

# 自己評価票

- 自己評価は全部で100項目あります。
- これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。
- 項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目のⅡやⅢ等)から始めて下さい。
- 自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。
- 自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
<b>I. 理念に基づく運営</b>	<b>22</b>
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を実践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>	<b>10</b>
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
<b>III. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>	<b>17</b>
1. 一人ひとりの把握	3
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	3
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	10
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>	<b>38</b>
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
<b>V. サービスの成果に関する項目</b>	<b>13</b>
<b>合計</b>	<b>100</b>

## ○記入方法

### [取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

### [取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に○をつけます。

### [取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で○をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

### [特に力を入れている点・アピールしたい点] (アウトカム項目の後にある欄です)

日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

## ○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

## ○評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(No.1からNo.87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(No.88からNo.100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	有限会社 INB
(ユニット名)	グループホーム「いっしょに暮らそう」
所在地 (県・市町村名)	静岡県 富士宮市 杉田1020-2
記入者名 (管理者)	稲葉 修
記入日	平成 20年 7月 10日

# 地域密着型サービス評価の自己評価票

(  部分は外部評価との共通評価項目です )

取り組んでいきたい項目

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>I. 理念に基づく運営</b>			
<b>1. 理念と共有</b>			
1	<p>○地域密着型サービスとしての理念</p> <p>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている</p>	○	この理念は、グループホームのみにとどまらず、高齢者が、住みなれた地域と人間関係の中で暮らし続けるために重要なものであるため、介護事業関係者で確認しあったり、一般住民に啓発したりしていきたい。
2	<p>○理念の共有と日々の取り組み</p> <p>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる</p>	○	理念は個々で捉え方や表現方法など異なるため、多くのスタッフで統一していくことは難しいが、具体的な事象を通してスタッフ会議等で意見交換しながら、一定の方向を確認している。
3	<p>○家族や地域への理念の浸透</p> <p>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる</p>	○	今後さらに、入居待ちの家族やデイサービスの家族、地元の住民などを対象に、認知症サポーター養成講座など積極的に行っていく。
<b>2. 地域との支えあい</b>			
4	<p>○隣近所とのつきあい</p> <p>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている</p>		
5	<p>○地域とのつきあい</p> <p>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている</p>	○	近隣の一人暮らしや高齢者のみの世帯の方が、ホームに訪れたり、ホームの入居者が、お茶をいただきに出かけたりできる関係がひとつでもできるよう、機会作りに心がけている。また、地元のスタッフを通じて地域の人にホームを訪れてもらい、認知症介護の実態を見ていただいたり、体感していただくよう努めている。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
6	○事業所の力を活かした地域貢献 利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる	ホーム長をはじめ、スタッフが市内の自習研究グループに所属し、生活や福祉などの現状や課題と取組について常時学びあっており、認知症サポーター養成講座の講師をしたり、グループホームにおける実践的な認知症ケアのノウハウを生かした家族相談を行っている。生き場の少ない精神障害者のボランティアとしての受け入れ、不登校児の受け入れ、近所の知的障害者の働く場としての試みも行っている。	○	現在若年認知症の方にあつたデイサービスがないことや、介護する家族の孤立感を解消する家族会の支援、ケアプランを自分の手に取り戻す、などを課題としている。さらに、今は失われてしまった井戸端会議や縁側でのコミュニケーションや軒先を取り戻すことなども課題としている。
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	評価を機に、全スタッフと共に日常の業務とケアの再点検を行い、問題点の改善、不足の整備や補充、次への課題を整理している。	○	自己・外部評価を超えて、サービスの質の向上や信頼などのために役立つ項目など整理していききたい。これは、静岡宅老連の組織活動を通して行っていききたい。
8	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に一度定期的に開催している。委員からは、地域行事の予定や、介護に関わる市内の情報、ケアへのアドバイスなどをいただいている。	○	会議の内容について、地元における身近な生活課題などに目を向けたものを含めて行きたいと考えている。
9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	毎月のホーム便りを届ける。法改正に伴う医療連携加算の手続きについて打ち合わせを行ったり、認知症見守りネットワークの相談に乗ったり、市からの委託業務についても積極的に受けることを伝えたり、市の実習生の受け入れや、認知症サポーター養成事業に市と共に積極的に取り組んだりしている。新設施設の相談支援のために、市とのパイプ役にもなっている。また、市主催の福祉作品展にも参加出品している。	○	市役所は、随時変化する介護保険制度への取組で多忙であり、介護保険制度の一サービスに当方が望むような応えは難しい現状が見えている。しかしその中でも、認知症の高齢者を地域で支える実践の場であり、その要として自覚して、市と共に考える問題提起をしていきたい。
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	市やNPO団体による講座に参加し学んでいる。以前入居者の家族から成年後見制度の活用についての相談があり、相談機関や医療機関との連絡の支援をした。また、ホーム長は実際に知的障害者の保佐人になって活動している。		
11	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	入居者を始め、特にデイサービス利用者の高齢者虐待の痕跡などに注意するようスタッフに伝えている。体重の激変の注意や、重大な疾病の放置なども無いよう努めている。また、セクハラについてもスタッフ間で互いにけん制をするよう促している。市主催の講座やケアマネの研修で学びを続けている。	○	管理者として、虐待の要因である、介護者(スタッフ)のストレス、心身の疲労、認知症の理解不足、介護者の孤立感など見過ごさないよう、日常のコミュニケーションを図り、ケアの喜びや充実感を日常の実践を通して共感し合っていくように努めていく。また、家族にも虐待をさせない支援にも努めていく。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>4. 理念を実践するための体制</b>			
12	○契約に関する説明と納得 契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の疑問点や要望などを尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。また、契約後でも随時尋ねてくれるようお願いしている。転倒やケガが行方不明などのリスクについても説明し、解約も申し出でいつでもできることを伝えている。	○ 契約後に変更になった重要事項についてはそのつど伝えていくこととしている。
13	○運営に関する利用者意見の反映 利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ホーム創立時から、入居者による月一回の「寄り合い会」を開き、ホームでの生活を自分たちで住みやすいようにしてもらうことを意図に行っている。この結果多くの改善がされた。運営推進会議に入居者代表が参加し、意見を言えるように図っている。不満・苦情窓口情報も提供している。聞いた意見はスタッフ会議で確認協議し対応している。	○ 利用者の要望や意見・苦情は決められた時間帯に全てを出せるわけでもなく、大切なのはスタッフが常時利用者の声に耳を傾けそれを意見や苦情として聴き取ることが大切であるとスタッフには伝えている。また聞き取った発言の全てに誠実に答えていくことでさらに発言を促すことができることも合わせて。
14	○家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	日常と変化があるときは随時家族に報告したり、医療機関への受診などの了解をもらっている。また、毎月発行しているホーム便りを、請求書と共に送り、月々の生活ぶりや職員の異動等についても報告している。さらに、随時面会に来られた家族にも個別状況を報告している。	
15	○運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	外部評価を受ける際に家族向けアンケートで実施されている。入居当初にはホームからの依頼の家族アンケートで要望等を書いていただき、入居後も、ケアプラン説明時や来訪時に管理者をはじめスタッフが、不満苦情も合わせて聴取するよう努めている。運営推進委員会にも家族の代表者に入っていたき会議の際に意見をもらっている。苦情受付窓口についても契約時等に情報提供している。	
16	○運営に関する職員意見の反映 運営者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月一回(3時間程度)のスタッフ会議(常勤職員全員と非常勤職員の一部の参加で)を開き、ホームの運営について話し合い、その時々の課題について意見や、提案などを聞く機会としている。業務改善などの提案については、随時書面などで受け付け、報奨金を出している。また、年1回のスタッフへのアンケートで運営面についても意見をもらっている。	
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている	毎月一回のスタッフ会議で了解をとったり、必要に応じて管理者とリーダー格職員と相談の上勤務調整を行っている。特にターミナル期の介護体制は困難度が高いが全職員協力のもとで行った。	
18	○職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	運営責任者として、職員の入れ替わりは極力避けたいとの思いから、定年制度は設けず、労働条件の改善や、給与の改善、福利厚生、健康管理など可能な限り努力している。おかげで、最近は異動もなく安定して推移している。	○ 離職の原因をできる限りなくしていくことに努めていく。またこの問題は、介護事業所の多くが抱えていることと思う。新人はリスクも高まるため、人材養成や質の高い人材の確保など、共通課題として事業所連絡会などで取り組みたい。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>5. 人材の育成と支援</b>			
19	○職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	業務経験のないスタッフには、ホームヘルパー講座の受講をスタートに3年の経過を見て介護福祉士を勧める、さらにケアマネージャーにも挑戦させるなど考えて実行している。そのほか、随時行われている各種研修には、希望を優先して、経験年数により推薦したりして参加してもらっている。また、グループホーム管理者やケアマネの必須研修も極力受講してもらうようになっている。さらに、自己能力開発手当を出し、介護業務に直接関係のない資格や体験でも、獲得した能力に手当を出している。	○ この課題は重く、一グループホームで取り組めるものではない。他の事業者や指導的組織の力も借りながらする必要を感じている。また、現場職員による実践発表の企画を考えている。一人を大切にケアの実践を、一日ケア、回想法、人生カルタ作り、自分史作り、自由画などを通して学び続けてもらうようになっている。
20	○同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	隣市グループホームと合同での情報交換会や研修の実施、市内のグループホーム連絡会にて、一カ月おきの定例連絡会、合同での運動会、スタッフの新年交流会など行って好評を得ている。また、外出時に近くを通過の場合は立ち寄りさせていただくなど、気軽な交流ができるよう努めている。	○ 随時、他のグループホームスタッフとの交換研修もできるような互いの理解ができているので、今後実施に移していきたい。また、本年度は、市内のグループホーム連絡会で、実践報告会を行う計画ができている。
21	○職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	職員のストレスは、職員自身の心身の病気を引き起こしたり、入居者処遇への悪影響があるため、意識的に軽減するようにしている。一人の職員に責任が偏らないよう、全職員のスタッフ会議で業務分担を図ったり、職員の希望がでた場合は極力取り上げたり、不満へは即対応を図ったり、皆で話し合いをして解決する場の設定に心がけている。また、リフレッシュのための整体やマッサージなどを利用した場合、経費の助成制度も作っており活用されている。	○ 今後、感染症への不安や、入居者とスタッフの対人関係障害などが大きなストレスになっているため、解消へのアドバイスを心がけていく。また、毎年スタッフへアンケートを行いそれをもとに個別ヒヤリングにて悩みや疲労・体調などを聞きストレス解消に努めているので継続していく。さらに、年数回の懇親会を行い食事をしながらお互いを知り合い親睦を深めていく。
22	○向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	介護スタッフに、常に課題を持ってもらうためにスタッフ会議などで提案をしてもらったり、管理者からの提案を考えてもらったりしている。また、毎年、職員アンケートにより個別のヒヤリングを行い、能力判定と共に、実績をたたえたり、次へのステップを示したりしている。	○ 向上心の刺激は、リーダーが常に課題を設定して提示していくこと、また、やってみたこと(成功、失敗どちらも)を認めていくことに心がける。機会を作ってスタッフが交代で実践発表する場を設けたり、日常的に、提案をもらったり自己能力の開発を刺激し、手当も積極的に出していく。
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>			
<b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b>			
23	○初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	グループホームの場合は、入居相談は大方ケアマネが行っているため、そこから情報をいただいている。入居決定前には、訪問面接にて不安、訴え、希望などを聴取し、入居後のケアに生かしている。入居直後に不安の強い人には、スタッフが1対1で落ち着くまで密着して対応している。本人の希望も当初のケアプラン作成にあわせて聞き受け止めるよう努めている。	
24	○初期に築く家族との信頼関係 相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	グループホームの場合は、入居相談は大方ケアマネが行っているため、そこから情報をいただいている。入居決定前には、訪問面接にて家族や本人の不安、訴え、希望などを聴取し、入居後のケアに生かしている。入居直後に不安の強い人には、家族に電話で対応協力してもらったりしている。初期には随時生活状況を電話で報告したり、頻繁に面会に来ていただくように促したりしている。	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	○初期対応の見極めと支援 相談を受けた時に、本人と家族が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	随時入居相談を受けている中で、実際の入居までの間、在宅で頑張れるための方法を共に考えてアドバイスを行っている。ケアマネの紹介、介護サービスの利用方法、家族としての認知症状への具体的な対応などもあわせて行っている。		
26	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	グループホームにおいては、ご本人と家族による事前見学を行い納得のうえで入居をいただいている。ただ、入居前に職員や他の利用者と馴染むまでの時間は現実とることができない。しかし、共用型のデイサービスを始めたため、デイの利用で場所や人になじむ機会ができています。		
<b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b>				
27	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	一日のうちでの個別処遇や、数ヶ月に一度の一日ケアの日、などを行い、日々ともにすごした時のお年寄りの教えはノートしておくこととしている。職員自身の悩み事相談なども真摯にして的確なアドバイスをいただいて喜んだりしている関係作りがある。	○	スタッフ、入居者共に過ごす年数がたつと、マンネリに陥り、日常的なかかわりの中では新鮮さを失いがちとなるため、ケアのリーダーは、1対1で過ごす時間の設定や、一人の人生に向かい合う中で、やるべきことを発見する刺激を与える必要性を感じる。そのひとつが、回想法であり、自分史作りや人生カルタ作りの取組である。
28	○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	家族の役割は職員にはできないことを自覚し、家族との関係を重視している。必要に応じてケアプランにも組み込んで家族の協力をもらっている。毎年開催している家族の集いや、家族同伴の宿泊温泉旅行の実施で職員とも共に過ごしつつ関係作りをしている。	○	入居者(妻)のご主人が二日おきに来訪して美容院や散歩の付き添い、昼食を共にするなどで過ごす方もいるので、今後は宿泊なども勧めたい。特にターミナル期の家族には、悔いを残さない介護となるようホームと話し合いながら進めている。
29	○本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	認知症の発症のために壊れかけたり変化した家族関係を、ホームでお年寄りをお預かりすることで、家族の介護疲れが取れ、かつ本人が落ち着いた生活ができるようになっていく中で、認知症への理解を深めてもらうことで、ゆとりと愛情のある家族関係を取り戻されている。		
30	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	認知症になったために、家族から外出をあらかじめさせられたり、多くの人間関係は断たれて入居されてくる。馴染みの場にいる大方の人たちも家族同様「だめになった」とあきらめている。このために、家族や馴染みの人たちに理解を求め、馴染みの場所への参加支援や、友人知人との再会などを支援している。結果、同伴の職員は久しぶりの再会の場に共にいることで感動を共にして帰ってきている。	○	安定したホーム内の生活に甘んじることなく、入居前にかかわりのあった人や、出会いの場所に出かけるよう心がけている。地域のお祭り、地域の敬老会、観光地などで、旧知の人や親族に出会ったり、実家への帰省の支援や墓参り支援、同級生のお宅に訪問するなど支援して、感動を共にしている。しかし、地理的なものや時間の問題、人の問題で限界はある。
31	○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	何の縁もない人たちの共同生活は、時に支えあい、時にぶつかりあいと社会の縮図を見せている。入居者同士で信頼関係の出来上がった方は、それまでの不安神経症が消えて落ち着きを見せている。外出時などには、軽度の方が重度の方の手を引いて歩いてくれる姿も見られる。孤立については特に注意を払っていて、食事時などに会話の中に引き込むなどの配慮をしている。また、集団レクなどで、ゲームなどを通して仲間意識や支えあい等ができるようにしている。	○	利用者同士の関係は、良好なものだけを支援することはできないのが現実である。非難や攻撃・喧嘩も集団生活をする仲間の中で起きており、なくすことはできない。これらのマイナス面については、心身を傷つけないように見守り、攻撃する側の欲求不満などの原因の解消に努力している。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
32	○関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	過去、契約終了は、死亡4件、長期入院1件あった。亡くなった家族とはその後も野菜の寄贈や毎年梅狩りの招待をいただいたり、法事の際に供養をさせてもらったりしている。長期入院者は、ご家族が県外のため県外施設に入院されたのではあるが、その後の生活の様子なども聞き取ったり、当地に出向いた時にはホームに立ち寄りさせてくれている。	○	グループホーム利用終了は、死亡、入院、他施設入所、自宅復帰などがある。最近入院から自宅復帰された方が居たが一晩で亡くなってしまった。在宅の間はホームにおける介護のノウハウを家族に伝えていく準備をしていたところだった。今後も同様なケースが出た場合、可能な限り支援して行きたいと思っている。
<b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>				
1. 一人ひとりの把握				
33	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	一人一人の思いや意向は、入居後しばらくして、ホームという場になれて、職員と信頼関係ができるとはっきりと見えてくる。それらは、時に集団の話し合いの場で、時に通院介護のとき、一日個別ケアの日、家族アンケートなどで把握している。	○	思いや意向は、まだまだ遠慮の中に閉じ込められているので、個別回想法や、人生カルタ作り、自分史作り、個別ケアの中で把握に努め、その実現の支援に努める。七夕の短冊に書く願い事を聞く中で、「家に帰りたい」などの本当の願いを耳にすることができている。
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の本人家族との面接調査やケアマネージャーからの情報提供、家族アンケート、個別ケア、回想法の時間などで把握し、ケアに生かしている。	○	今以上に、本人の語りの中から、人生体験を通して、生活観や価値観、子育て観、人生観などの様々な思いを引き出しながら、個人別ノートにまとめるなどして行きたい。
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	ケアプランの見直しを3ヶ月ごとに行う中で、ホームにおける日常の暮らしぶりや変化、意図的ケアの結果などを見て把握している。		
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し				
36	○チームでつくる利用者本位の介護計画 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映した介護計画を作成している	ケアプランは、本人の希望第一に、家族の意向、医師の意見などを聞き、個別担当職員、ケアリーダー、ケアプラン作成担当者と話し合いながら作成している。		
37	○現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	ケアプランは3ヶ月ごとにケア会議で見直しをしている。心身の急激な変化が生じた時は、本人、家族、医師などの意見を聞きながら、当面の対応プランを作成して、全職員で取り組むようにしている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
38	○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別記録は毎日丁寧に付けている。職員は業務に入る前に記録を読んで状況把握している。また、これらを元に介護計画も見直している。日々の心身の変化を的確に感じ取り、随時ケアの実践に移している。また、ケア会議で実施結果を確認し次期計画に生かしている。		
<b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>				
39	○事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	入浴嫌いの人へは、家族や仲間を誘って近くの浴場や温泉に出向く、墓参りの希望があれば支援する。家族の事情で通院介助ができなければホームで引き受ける。遠方の郷里へ行ってみたい希望があれば家族共々送迎したり、自宅の草取り支援、個別買い物支援、退院後のリハビリ、終末期ケア、家族友人などにホームに泊まっていただくなど、様々な支援を行っている。	○	共用型デイサービスを始めたことで、在宅の認知症を支える重要なポイントは、家族の抱えるストレスを極力少なくする支援が欠かせないことが判明。介護者全員が急用のため急きょ休日に預かってほしい、時間を延長してほしい、泊めてほしいなど要望がある。これらをストレスなく受け入れる体制がないと家族は在宅で支え続けられない。何らかの対応策が必要である。
<b>4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働</b>				
40	○地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	地域資源は極力活用することとしている。防災訓練には防災事業者の協力をもらい、救急法講座には消防本部から職員を派遣してもらって講座を開いたり、教育委員会の主催する講座に入居者と共に参加したり、文化祭・芸術祭などには鑑賞に出かけるなどしている。		
41	○他のサービスの活用支援 本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている	近所のデイサービスの行事への参加、訪問看護の利用、ヤクルトの訪問販売サービスの利用、出張ラーメンサービスなども利用している。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	入居家族からの、成年後見制度の活用について相談をかけた実績がある。また、精神疾患を伴う入居者への対応についてアドバイスを求めた。		
43	○かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医は、本人、家族に決めていただき、受診の際は家族または、職員で介助を行っている。新たな疾病などで医療機関が決まっていない時には、認知症やグループホームに理解のある医療機関を紹介している。また、本年1月からは訪問看護ステーションとの業務委託契約で毎週訪問看護師が派遣され、医療機関とのパイプ役となり、今まで以上に適切な医療を受けられるようになっている。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44	○認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	近隣の精神科専門の3医療機関と連携が取れており、職員の相談には親切に対応してもらっている。専門医未受診者についてはできる限り受診を進めているが、精神科を嫌う傾向もあるため家族の気持ちも汲みながら支援している		
45	○看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている	職員の家族に看護師がいるため、医療的知識や技術などが必要なときに相談に乗ってもらったり、指導をしてもらっている。また、本年1月からは訪問看護ステーションとの業務委託契約で毎週訪問看護師が派遣され、日常の健康管理や医療機関とのパイプ役となり、今まで以上に適切な医療が受けられるように支援している。		
46	○早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している	入院のために混乱が増し、認知症状が悪化するケースについては治療が終了し基本的なリハビリをただで退院受け入れすることを医師、家族の了解の下に行った。ホームに戻ったとたん元に戻りみんなどで感激した。入院で食欲を減退し、活気がなくなるケースも多く、治療が終了したい早期の退院受け入れを医師に伝えたり、医療相談員と連絡を取り合ったりしている。		
47	○重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	重度化や終末期に向けた方針は、医療連携体制加算の申請の際に整備した。今まで、2ケースの対応を行った。早い時期から、本人の従前からの意思の尊重と家族およびその他の親族、医師と話し合い連携をとりながら行った。	○	ホームにおける看取りは、医療機関の全面協力無しにはできないため、かかりつけ医との連携が鍵を握っている。
48	○重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	重度化への対応には職員のスキルが不可欠である。対応ノウハウがないところで引き受けるのは無責任となるため、職員の確保に心がけている。その職員の下に全スタッフが学びを深めながら実践を積み重ねてきた。医師・看護師、家族、全スタッフがチームであることを自覚して行うよう進めてきている。さらに、本年1月から訪問看護ステーションとの業務委託契約により体制が強化された。		
49	○住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている	今まで、特養に移ったケースと、病院に入院した2ケースがあった。特養に移ったケースの場合、事前に家族・施設職員と打ち合わせと共に、他の入居者と同伴で見学して本人の意向も捕らえながら進め、スムーズな移行ができた。入院のケースは、県外遠方の病院のため、相談員と電話と文書のやり取りで行った。入院は医療機関から勧められて家族が納得して決めてきたものだったが、結果は悲惨なものとなり、自分たちの力の限界を感じ、医療への不信が増した。	○	本年さらに一ケースが長期入院から自宅復帰となった。その際、ケアマネ、訪問看護師らと連携し、グループホームスタッフも在宅介護にスムーズに移行できるように家族支援する体制をとった。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>			
1. その人らしい暮らしの支援			
(1)一人ひとりの尊重			
50	○プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	日常的ケアは言葉による度合いが多い中で、プライドを傷つけない配慮をしたり、プライバシーに関することは選択的に行ったり表現に気遣いながら行っている。職員については、雇用契約時に守秘義務の確認をしている。また、地元の交番から入居者や職員の名簿の提出を求められたが、プライバシーの侵害の恐れがあることから提出を控えている。	
51	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援している	日常的に、本人の意思の尊重を基本としており、わがままと受け止められることも最大限受け入れる、それに振り回される職員はほめることとしている。また、その対応で周囲からえこひいきと見られるようなことも大いに推奨している。そのためあわせて、やきもち的訴えがあった人へも同様な対応をしてあげるようにしている。	○ 利用者は、お世話になっている関係性の中で、希望の表出をあきらめて我慢をし、決定は人任せ、他人に迷惑をかけたくないという遠慮の傾向がある。これらの自然な心理状態の中で、希望の表出や自己決定の場面を極力増やすように心がけている。(おひつの利用、牛乳の自由化、入浴の希望時間、自由画、好物など)
52	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	可能な限り入居者の生活リズムやペースを尊重しながらケアを行っている。食後すぐに自分の部屋に行きたい人、一緒に話していたい人、テレビを見たい人、散歩に生きたい人、買い物に行きたい人それぞれが決めたように生活している。希望の尊重で気をつけていることは、人との関係を断ち、閉じこもりになりたい人、一日の大半をベッドで横になっていた人についてのみ、廃用症候群を引き起こさないために、本人の言葉による希望に沿わない支援を一部している。	○ 集団生活を強いている現状の中でのその人らしい暮らしの保障は、限られたものとなってしまいが、最大限希望に沿うように心がけている。職員には、お年寄りの心理状態を理解し、できる限り「我が儘」を引き出すよう指示している。
(2)その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援			
53	○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている	その日の外出予定や行事などに応じて衣装を選び、装飾品なども選び、お化粧品をしたりしている。理容・美容は本人家族の要望により支援している。	
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は嗜好などに合わせながらメニューを考慮している。餃子作りのプロ、肉じゃがのプロ、そば打ち職人などがいて活躍する場をつくっている。日常的に、調理や配膳片付けなど一緒に行っている。さらに、ベランダや庭など場所を変えての食事、外注の弁当の取り寄せ、手作り弁当もちで公園で食事、外食、行事食を共に作りバイキング形式でいただいたり、テーブルカバーを変えてムードを作ったり工夫している。また、食事中はテレビを消し会話を楽しみながらするよう努めている。食べ忘れや混乱の人には近くのスタッフが声かけや支援をしながら行っている。	
55	○本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのもを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している	嗜好品については、ご本人の希望に沿っている。時に入居者に誘われホーム長やスタッフがビールを飲み交わしていることもある。おやつは外出時や家族来訪の折大量に確保されていることもあるが、様子を見て必要な支援をしている。	○ 現在喫煙希望者はいないが、出た場合は、火災原因の第一番のものであるため、管理体制を整える予定でいる。再び長崎同様の事件を起こさないために。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	○気持よい排泄の支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄最優先のケアに心がけている。トイレで最期まですることの支援は人間の尊厳の最後の砦との思いをスタッフ間で共有している。必要な方には排泄チェック表をつけ、その人の排泄リズムに合わせてその日のスタッフが全員で気を配るようにしている。便秘も大敵であることから、必要な人のチェックを行い排便支援をしている。排泄のためのオムツ使用はしないことを原則とし、外出時などの安心のための使用程度にすることとしている。		
57	○入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している	入浴の時間帯や回数、順番、湯温などすべて個人の好みに応じている。時に入用剤の使用や季節のゆず湯など楽しめるようにしている。スタッフの楽しみは、入浴時の会話の中から、本音の気持ちを垣間見たり、人生の教訓などが伝わってきたとき。		
58	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	日中の休息は各自の判断で行われている。夜間安眠を図れるよう、日中の活動を促し、便秘を気遣い、水分補給なども適宜しながら安眠支援をしている。ただ、一日の大半をベッドで横になっていた希望者には、廃用症候群にならない限度内で起きて頂いている。		
<b>(3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援</b>				
59	○役割、楽しみごと、気晴らしの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	スタッフの依頼などまったくなくても、台所の片付け、配膳、洗濯物干し、取り込み、たたみ、鶏へのえさやり、庭の草取り、植木に水遣り、掃除などそれぞれの役割が出来上がっている。また数人は個別の趣味(編み物、花いじり、詩吟、散歩、民謡、ピアノなど)楽しみごとスタッフと共に行っている。重度認知症の男性は見事な木工の腕を見せてくれて、皆を感動させ、今もその作品は使用されている。	○	少人数や集団ですることが多くなっている。今後は、一对一の支援も増やすように全体のバランスをとって行きたい。
60	○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	老いても、金銭への関心は無くしてほしくないものの一つとして大切にしている。入居時から家族には本人管理できる方には現金を持たせていただくよう依頼している。外出時には所持を促し、コンビニストアや百貨店などにも出向き買い物をして自分で支払いもしていただく機会を作っている。ヤクルトやパンの訪問販売時にも入居者に個人買いを勧めている。また、現金をもらえる正月富くじは毎年大好評を博している。	○	お金の所持は、紛失と盗難の訴えと隣り合わせである。これらへの対応を間違えると所持禁止となりがちなため、訴えの時にはスタッフと共に探す時間が大切であること、残額を紙に書いておくこと、家族には紛失時の了解をもらっておくことなど配慮している。
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援している	ホームの買い物同行、近隣の散策、コンビニへの買い物、受診介助など日常的に希望に沿って外出支援をしている。帰宅願望の方への繰り返しの外出付き添いや、長距離の外出付き添いなども行って来た。		
62	○普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	市内の名所旧跡、カラオケ、映画館、博物館、図書館、イルミネーションツアー、花火見物、蛍見物、滝見物、居酒屋、レストラン、喫茶店、お祭り見物など、個別にあるいは集団で出かける機会を多く確保している。また、本年4月には2回目の家族同伴の温泉旅行を行い多くの思い出ができた。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
63	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	実家からの贈り物にお礼の手紙を書いたり、年賀状を作成したり、愛妻への手紙の介助を行ったりしている。届いた手紙の代読も依頼により行っている。電話はいつでも無料で掛けられるように居室近くに設置しており、2~3人の方が使用されている。利用方法がわからない人には介助を行っている。		
64	○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	ホーム入居後は途絶えがちな人間関係をできる限り継続するよう、関係者に声掛けなどして支援している。また、認知症になってあきらめてしまった人間関係も復活する支援を行っている。遠くは島根県、群馬県などから兄弟や子供さんが訪れたり、同級生が来たり、先生や民生委員のかつての同僚なども見えている。また一日おきに嫁に行った娘さんが家事を終えた後夜7時過ぎに来て母娘で一緒に過ごしたりする姿もあり、その他の家族も頻繁に面会に訪れている。		
<b>(4) 安心と安全を支える支援</b>				
65	○身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束はしないことを全員で確認している。また身体拘束廃止委員会も設け、必要に応じ検討しながら行っている。		
66	○鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	鍵は夜間8時から翌朝7時まで、職員が一人体制の時のみ全てに施錠をしている。その他は全開放にしている。鍵をかけることは収容であり人権侵害であることを認識している。ただし一人無断外出時の事故想定などリスク管理も同時に行うこととしている。家族の了解と、近隣の住民の理解と具体的な協力によって管理されている。		
67	○利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	夜間は夜勤者を一名配置し安全の確保を行っている。日中はホーム長含めて4人体制で、監視にならないように注意しながら、常時見守り確認を行っている。		
68	○注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	心身に害を与える危険物品については、入居者が触れないところで管理をしている。異食や怪我等の予測は、一人一人の能力や状態に応じてしており、それへの対応も必要な範囲で行っている。		
69	○事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	リスク管理研修や救急手当で法など、外部研修や自らの企画研修、スタッフ会議時に一項目ずつ学んだりしている。	○	認知症の方の行動は、その進行や変化により予測が困難なことも多いため、他のホームのヒヤリハットなど教訓を広く共有することで防止策を取っていく必要を感じている。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
70	○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	既に身につけている職員もいるため、ホーム内で伝達研修を行ったり、スタッフ会義時にあわせて応急手当法などを学んでいる。	○	グループホーム職員体制から、その入れ替わりも多くある現状の中で、全ての職員が定期的に学び続けることには困難がある。しかし、入居者の人命保護を第一として今後も可能な限り取り組んでいきたい。
71	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	地震や火災を想定した避難訓練を年一回行っている。訓練の際には近所の人の協力ももらい行っている。また、災害時の非常用倉庫も設置し、非常用物品も整備しつつある。	○	災害は忘れたころにやってくることを念頭に置き、常時災害を想定した周囲や設備の安全確認に配慮していく。
72	○リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている	ケアプラン交付時あるいは、面会時に転倒やベッドからの転落、不時の外出など想定される危険について話し、防止策について話し合い、ベッドへの手すりの設置や足元の滑り止めなど、できる対策は採っている。		
<b>(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援</b>				
73	○体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	一人一人の体調の変化は、毎日のバイタルチェック時、入浴時に全スタッフで確認しあっている。気付いた時にはホーム長ケアリーダーに報告し、必要に応じて訪問看護師に相談し、訪問してもらったり、受診の指示や、家族への連絡など判断し指示を出している。		
74	○服薬支援 職員は、一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	服薬は医師の指示通りに飲むように厳密に管理している。薬の効能副作用なども各自理解しており、服薬による変化も見逃さないようスタッフ間で声を掛け合っている。さらに、訪問看護師による定期的な健康管理も行っており、必要に応じて対応ができる体制が整っている。		
75	○便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	便秘は様々な問題を引き起こすことを、職員が体験的に身につけており、朝食時の牛乳をはじめとした水分摂取に心がけたり、運動にも心がけている。慢性的な人には医療の手も借りている。食事後の30分を毎日にトイレ誘導など行うことで、自然排便支援に努めている。		
76	○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている	毎食後、一人一人の状況に応じた支援を行っている。また、重度の方は、歯科医に受診をすることで口腔衛生向上に努めている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
77	○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食欲もあり水分も自己管理できていて健康に過ごしている人には本人に任せている。自己管理できない方には、チェック表を作成したりでスタッフみんなを確認しながら、栄養状態水分摂取状況など確認しつつ支援している		
78	○感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	感染症対応マニュアルを設置し、入居者の状況に応じて、また必要に応じて予防対応を行っている。		
79	○食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	食材の管理には日常的に気を配っている。日々新鮮なものの購入に心がけ、保存についても冷蔵庫にて短期間に使い切るよう考慮している。調理器具、台所の衛生管理もスタッフ全員で心がけている。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり				
(1)居心地のよい環境づくり				
80	○安心して出入りできる玄関まわりの工夫 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている	玄関周りは花や植木で飾られ、デッキの設置やベンチの設置で気軽に休むことができる。この場で、全員でお茶をしたり会話を楽しんだりしている。通りかかりの人との気軽な挨拶も交わされる。家族や近隣の人が、気軽に立ち寄ってくれている。		
81	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	室内の様々な場所に、ベンチや椅子テーブルを配置し、自由に使ってもらっている。玄関の内外には緑や季節の花を常時飾り、落ち着く空間作りに心がけている。窓の外を見ればお茶畑の緑で癒され、嫌な音やにおいもなく日当たりも良好で快適な環境にある。居間や食堂テーブルにも散歩で摘んだ花などが飾られ、季節感を伝えている。		
82	○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中には、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用空間には、ベンチや椅子やテーブルが適宜配置され、一人であることもでき、友人と語り合うこともできるようになっている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
83	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室内の家具類は使い慣れたものを持ち込んでいただいている。また、本人の希望で電気器具類も持ち込まれて使われている。		
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のおよみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	嫌なおいにおいはすぐに断つように心がけている。空調は、季節や湿度温度などを見ながら、時間も配慮して調節している。屋内での熱中症に気をつけつつ、冷えすぎないように、乾燥し過ぎないように気をつけている。		
<b>(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり</b>				
85	○身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	ホーム内はバリアフリーとなっている。2階との行き来は階段とエレベーターを設置し、一人で移動ができるように配慮してある。各所に手すりも設置されている。車椅子常用でも自由に移動ができるようになっている。トイレも広く取っており、手すりもあり、介助もしやすくなっている。浴室は2つあり、左右麻痺に対応できるように考えてある。食堂の椅子は若干低くしてありテーブルの高さは3段階用意して身長に応じて使い分けている。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	居室の氏名表示は、入居当初の混乱期間だけとして普段はつけないこととしている。トイレ表示のみ、夜間寝起きの混乱を避けるため表示してある。このほかは各自できることは自然にされており、できないことのみ支援体制になっている。		
87	○建物の外周りや空間の活用 建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている	建物の東西にデッキがあり、夏の午前は西のデッキで、午後は東のデッキを活用して、カキ氷、お茶、流しソーメン、食事、園芸、工作、漬物、ひなたぼっこ、洗濯干しなど様々なことに使われている。また、庭には芝生がありそこでの食事はさながら、ガーデンパーティーである。そこでは食が細い人が進んだり、嫌いなものもほうばって食べたり、皆での楽しい会話が生まれ、平和で癒しのひと時が作られる。		

V. サービスの成果に関する項目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
項 目			
88	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる	○	①ほぼ全ての利用者の
			②利用者の2/3くらいの
			③利用者の1/3くらいの
			④ほとんど掴んでいない
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	①毎日ある
			②数日に1回程度ある
			③たまにある
			④ほとんどない
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどいない
91	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどいない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどいない
93	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどいない
94	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどいない
95	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています	○	①ほぼ全ての家族と
			②家族の2/3くらいと
			③家族の1/3くらいと
			④ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	○	①ほぼ毎日のように
			②数日に1回程度
			③たまに
			④ほとんどない
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	①大いに増えている
			②少しずつ増えている
			③あまり増えていない
			④全くいない
98	職員は、生き生きと働いている	○	①ほぼ全ての職員が
			②職員の2/3くらいが
			③職員の1/3くらいが
			④ほとんどいない
99	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどいない
100	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	①ほぼ全ての家族等が
			②家族等の2/3くらいが
			③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどできていない

**【特に力を入れている点・アピールしたい点】**

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

グループホームの創設時の原点に忠実に運営しています。生命と健康を守ることをベースにして、認知症状の全てを肯定し続け、今を生きようとするエネルギーを支えます。認知症がありながらも一人の人間としての不変の価値を求め続けるケアに努めています。特に、個性の尊重や主体性を引き出す個別ケアの象徴である自由画に取り組み、その作品が発しているメッセージを読み取り、介護職員の日頃のかかわりの振り返りに活用し、かつ、お年寄りの無言のメッセージを読み取る感性を刺激し、次からのケアの実践に生かす研究活動をしていきます。人間の奥深さがわかり、人間への興味が深まります。スタッフと共にお年寄りから学び自らを振り返る作業を通して、成長していきたいと思っています。今後はさらに、グループホームにおける介護する側もされる側も家族も元気になっていく認知症ケアの実践をまとめたり、脳の働きと認知症の関係の学習でさらに認知症ケアの向上に生かしたり、その成果を、今悩み苦しんでいる介護家族や介護職員に提供して行きたいと思っています。