

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)
. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	地域密着型サービスとしての理念 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		スマイルの理念「ゆっくり、一緒に、楽しく」とし、認知症のために見失われがちなその人の尊厳、可能性、求めている事を見い出して本人がその人らしい、生(生命、生活、人生)を支えていく事としている。
2	理念の共有と日々の取り組み 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		個別性、独自の生活スタイルの維持、人生観さまざまな、その人らしさを重要視して大切にしている。
3	家族や地域への理念の浸透 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		認知症の人との接し方、アセスメントとケアプラン、あらゆるケアの道標を理念として考えている。迷ったら理念に立ち戻り、自分の言葉でケアの基本的な考え方、方針を立てている。
4	家族や地域への理念の浸透 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		グループホームである事を知らせる、「看板を作ったほうが良い」と地域よりの意見もあったが、あえて作成をする必要性が無くなった。「黄色い建物」で十分知られる所になった。
2. 地域との支えあい			
4	隣近所とのつきあい 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		利用者離設時など、ホームまで連れて帰ってきて頂いたり、日常的に、関わりがあり、いつも助けて頂ける、スマイルでは欠かす事の出来ない強い味方となっている。
5	地域とのつきあい 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		近所の方の声掛けに、利用者の顔が生き生きする事もあり、暖かく周辺に支えられているので、こちらからも、出来る事の提案をしている。
5	地域とのつきあい 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		認知症モデル事業への参加、認知症ネットワーク作り、見守りボランティア、学生の為のサポーター養成講座等を、地域の方々と共に取り組んでいる。
5	地域とのつきあい 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		「認知症萬相談窓口」を地域の方の依頼で、開設しており、今後、新たにネットワーク作りの参画をしていく。

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)
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	二年ぶりの、地域の老人会の「お楽しみ会」の開催を企画、手伝わさせていただき、「認知症の寸劇」を見ていただいて、楽しみながら認知症への理解を、地域の高齢者にも深めていただいた。		全職員が、「認知症萬相談窓口」の受付が出来るようにしている。何時でも、何所でも、相談にのれるように研修している。
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	ケアの質を支え、更なる向上に向け、改善点を明確化して行く事で、事業所自体の努力、見直しを図る良い機会となり、新たな支援体制の構築が出来る。		職員全員で自己評価を行う事と、随時改善点を見直して行く事により、職員同士の連携も図れ、ケアの質の向上につなげて行く事が出来るようになる。
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	委員の方には常任委員となって頂き、年間の計画を打ち出して、継続的に会議の開催が出来るようにし、いくつかの提案をして行き、答えを委員の中から出して頂く会議の進行方針に変更し、結果が得られた。		会議の中で、萬相談窓口の提案があり発足。回覧板の作成依頼があり作成、配布している。今後ボランティアチームの構成と、ボランティア学習会の発足に向け、会議を進行させて行く予定。常任委員以外の家族の参加も継続的に促していく。
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	地域包括支援センターと地域の方々と「認知症地域支援体制構築モデル事業」に参加しており、野田区認知症支援会議に、毎月参加している。		タウンミーティングで、認知症介護現場の立場からとの依頼でパネラーを努める。様々な質問を受け、関心が深い事を改めて感じ今後に生かせる良い機会となる。
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	千葉県高齢者権利擁護・身体拘束廃止研修に参加。権利擁護についての施設内研修を定期的に関催。成年後見制度の提案、実行実績があり、必要に応じ支援できる。		複雑な内容の研修の為、施設内研修を定期的に関催。
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	全職員が「高齢者虐待防止法」の施設内研修を受ける事を必須としている。高齢者虐待防止、身体拘束廃止については細かなところまで徹底している。		職員は当たり前の事と捉えており、ごく自然な形で取り入れている。細部まで見落とす事の無い様支援体制を整えている。

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)
4.理念を実践するための体制			
12	<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約前に、全ての面で聞き取り調査を行い、十分な協議の上契約している。(緊急性を含む案件に関しては、この限りではない。)退去理由は出来る限り、死亡退去を目指している。</p>	<p>入居に際して、最終期末までの事を、家族が考慮できるように、事あるごとに話し合いの機会を段階的に重ね、本人がどうあるべきか、どうしたいかを一緒に模索している。</p>
13	<p>運営に関する利用者意見の反映</p> <p>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</p>	<p>外部に苦情相談窓口を2箇所設置している。利用者参加型の申し送りを毎日行い、個々の意見を聞くことより、その日一日の生活スタイルの流れが決まる。</p>	<p>全ての決定権は、利用者であり、タイムスケジュールなどは無い。時間の流れもスマイル流で利用者が変われば時間が変わる。</p>
14	<p>家族等への報告</p> <p>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</p>	<p>変化や変更事項は随時報告。毎月、金銭管理、健康管理、生活状況を手紙にて報告。昨年度より入居家族へは、支払いはホームに届けていただく事に変更し、その都度利用者の状況報告や、話し合いの機会を持つようにしている。</p>	<p>個人の金銭管理については定期的にチェックし、領収書添付の金銭明細にて管理。ヒヤリハット報告書は、前後2日以内に報告している。関係性の途切れない関わりを重視している。</p>
15	<p>運営に関する家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>常任委員以外の家族の方にも、運営推進会議に参加を促し、家族代表として話をさせていただく機会を持っている。交流も深く、キッチンに面会の家族がいる事もある。</p>	<p>お客様になっていたご家族もずいぶん変化があり、紆余曲折を一緒に繰り返す事で、職員と一緒に支える家族へとなって頂けている。</p>
16	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>きめ細かな申し送りで、早期の対応、他職員への周知が出来ている。毎月必ず何らかのミーティングと全体会議にて、変更箇所の決定がされている。</p>	<p>方針の基礎は出来ているので職員の提案により、体制作りを行っている。異論反論、活発で、さまざまな意見があり、取り合えず実行に移してみる。取り組みが上手くいかなければ、修正しその都度見直しを図ればよいと考えている。</p>
17	<p>柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>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</p>	<p>利用者が必要としている時間帯に、職員配置の比重を多くしている。その都度勤務体制を変更する為シフトは多様化している。</p>	<p>人員配置の人数は十分ではないが、現状の職員体制で対応できる、力を付けた職員力がある。</p>
18	<p>職員の異動等による影響への配慮</p> <p>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</p>	<p>各利用者に担当者がおり、配置を、馴染みの職員、新人職員で組んで行っている。利用者との信頼関係なくして、ケアの実行は困難である事を、全職員知っている。</p>	<p>離職をしないような、体制作りが必要とされるが、魅力ある現場と理解してからの離職をしてほしいと願っている。</p>

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)
5. 人材の育成と支援				
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	新人研修に始まり、マンツーマンでの現場指導と、利用者との人間関係の構築で試用期間が終わる。定期的に研修を行い、全職員が同じ目線に立てるまで、多種多様な施設内研修を実施している。		どのような場面でも応用の利く実践研修と併せ、認知症ケアの喜びや、楽しみについても、研修密度を濃くしている。時間の都合に合わせて、研修は1人から行っている。
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	タウンミーティング、外部研修、講演会の開催、他事業所への研修と、幅の広いネットワークを、構築してきた。グループホーム連絡会へ参加することにより、個別に交流する機会も増えつつある。		関係性の維持と、職員交流の機会の増大を図って行く、経過である。今後は、一部の職員だけでなく全ての職員が関係性を深める事に発展させる事に行きたい。
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	食事会の開催や、希望の休みを取り入れている。個別の座談会なども適時開催。		勤務表時間帯に、個々の都合を出来る限り聞いている為、勤務編成に多少の偏りが出てしまう。4月からはお誕生日休暇を取り入れていく。
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	「職務満足度の高い現場」を目指しており各自の努力と実績を、他職員にも伝わるように取り上げ評価している。ケアの現場で実際のマンパワーを感じ取る事が出来る。		ケアの力、楽しみ、気付きを見い出せた時に、共に喜び、感動の共有をしている。第三者評価は業務改善に向けた職場全体の取り組みとして組織力を上げて行く良い機械となっている。
.安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応				
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	新人職員から、全職員が総力を挙げて取り組む、一番大切な課題。利用者との信頼関係なくしてケアには進めない為、近づいては離れと時間を掛けて、お互いの関係性を深めていく。信頼関係構築には家族にも協力を依頼している。		本人の思いや、気持ちに伝えられるようになるまでは、じっくり向き合い、お互いに少しずつ歩み寄り、受容れていただけるように努力している。
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	家族の状況が細部まで把握できるように、詳しく聞き取りを進める。本来求めている家族の意向と金銭面まで不明点が無いか確認をしている。		家族対象にも「認知症ってなんですか？」研修を楽しく伝えている。「分かる」ことから、受け入れる。

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	<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>グループホームでの暮らしや、ケアの特徴を詳しく説明し、他施設の見学も勧めている。家族の目から本人にふさわしいと感じる施設選びの選択肢の提案と、他のケアサービスも含めていくつかの選択肢も紹介している。</p>		<p>残念な事に、家族から離さなければならない、逼迫した状況で、十分な検討の余地無く、「入居」のケースが増加している。</p>
26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>本人が安心して、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</p>	<p>最初は、家族が帰らないように、滞在時間を長くして頂いたり、時間を点在させ、いつも居ると感じさせる工夫をしている。焦燥感をあおらない様に、職員は「お疲れ様」を「行ってきます」に変えた。</p>		<p>部屋の確保はあるが、一時帰宅もあり、利用者が寄せる家族への視線が、職員への視線に変わるまで、気長に取り組む。</p>
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>生活の主体は利用者であり、職員はそれを支えていく為の役割と考えている。一緒に笑い、一緒に泣く、その為には信頼関係なくしては、ケアが成り立たない。新人研修より人間関係の構築から取りかかる理由でもある。</p>		<p>必要なときに必要な手を差し伸べる。「介護するとき」「支援するとき」を分けて考えている。</p>
28	<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>家族とのチームアプローチで、家族にしか出来ない事が見える。紆余曲折の中で、支えあいを認識できている。</p>		
29	<p>本人と家族のよりよい関係に向けた支援</p> <p>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</p>	<p>色々な、背景にある家族関係があり、全てを認識した上で、関係性の維持をしている。</p>		<p>一度、壊れてしまった家族も、支援の介入により、以前に近い関係性を取り戻すことが出来る。同時に、認知症の進行により、家族が、本人との関係を維持できない時もあることを、視野に入れておく。</p>
30	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>地域の自宅に帰り、ご近所の方に挨拶をしたり、井戸端会議になったりしている。遠方であっても、自宅に帰る時は帰れるように支援する。</p>		<p>冠婚葬祭への参加。以前から通院していた病院を掛かりつけ医としていることもある。</p>
31	<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている</p>	<p>利用者同士のほほえましい一コマも、喧嘩になってしまう一コマも、職員の介入で円滑なものとなっている。</p>		<p>個々の取り決めは様々で、順番も様々で、その取り決めを、職員が守る。それがスマイルの自然な流れとなっている。</p>

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	契約終了時には、必要な情報提供を行っている。死亡退去時は、本人が生き生きと生活した奇跡をまとめ、お悔やみとしている。		
.その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
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	自分の事が上手く表現できなくなったり、思いが伝えられなくても、職員はその過程で、意向を把握している。毎日の生活に決まりごとや取り決めが無いので、その都度利用者が決めている。		生活の中で、決定権や意思表示を汲み取れるように支援して行く。
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	以前からの生活空間を把握した上で、環境の変化にダメージを最小限にする為、馴染みの物を持ち込み、配慮している。以前からの暮らし方を守り、知っている事はとても重要なケアのポイントとなっている。		
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	利用者のその有する能力に応じ、利用者の出来る事、出来ない事を判断している。持っている力を引き出せるように支援して行く。そして達成感を共有している。		毎日変わる、利用者の生活の把握は、常に行い、申し送りにつなげている。
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	センター方式のケアプラン導入後、個々の個別性をより重要視する為、必要なページのカンファレンス強化、 unnecessaryページの削除、誰もが手を加える事の出来る機能にする為、個人記録に「気づき」にポイントを置いて記入する事となっている。		居室担当者の定期的なカンファレンスと、対応策の見直しは、随時対応職員により細かく申し送りノートにて周知。その後実践し導入に向けた介護計画の見直し行う。
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	期間の幅を持つ目標を立てたケアプラン、随時見直し方向性の変わるケアプランの2本を作成している。これにより細かなケアに反映される生きたサービスの提供につなげて行く事が出来る。		ターミナルケアの場合、想定していたより継続性の強いケアプランや、ケアの方針を打ち立てて行けない場合とがはっきり見えてきている。その場合は主に家族の意向に沿っている。

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)
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	1日の生活を個別に、時間を追って記録に残している。特記すべき点は申し送りノートで更に細かく伝え、朝礼では口頭で読み上げ周知している。確認の為、職員が読んだ所はサインしている。「気づき」に視点を置いた記録に情報を共有する。		今後も「気づき」に着目をおいた記録を残して行けるよう、視点を変化させないように維持していく。
3. 多機能性を活かした柔軟な支援				
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	利用していても、していなくても、増え続ける高齢者を支える、地域の大切な社会資源として機能と役割を担い、双方向的な連携を図る事により、グループホーム将来像も見える。		家族構成や周辺環境が急激に変化しても、それに耐えうる特徴を生かした機能や役割を随時見直していく必要性がある。
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				
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	イベントの際などは、多岐にわたる分野の方々に協力して頂く事により、密接な関係になるように努めている。本は図書館を利用し、警察官の巡回も依頼している。近くの小見川高校との交流も深く、文化祭に、毎年参加している。		
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	以前は、別なサービスが必要で活用していたが、今は必要としていない。福祉用具貸与は受けている。地域のサービス担当者会議に出席し、意見交換している。		
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	日常的に、問い合わせ等の相談などを行っている。利用者憩いの場にもなっており、多少迷惑掛けている。他市町村からの受け入れについても、一緒に検討して頂いている。		
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	本人の意向に沿った診療内容にならなければ、担当医師を変えて頂くか、病院を変えたりする。認知症に理解の深い医師に診て頂けるようにしている。救急車の出動要請は、極力控え、ホームからの直接搬送を主としている。		緊急時救急車を呼んで、救急隊が状態を見て、受け入れ先の病院へ搬送するより、効率的に搬送が可能な体制になっている。よほどの事が無い限り、呼ばないので、救急本部も要請時、大変な事が起きている事が予測できると言う。

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	かかりつけ病院に、認知症を専門とする、神経科医師がいる。適時、アルツハイマーの進行を追う検査や認知機能テストなどで状況把握できるようになっている。		本人が辛い、苦しい事について、緩和を図る為、処方依頼することはあっても、問題行動とされる事については、薬物治療を、ホームは望んでいない事を、担当医師はよく理解してくれている。
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	かかりつけ病院で、非常によく理解していただき、配慮していただいている。ホームでの生活に生かせる提案もしてくれている。担当医師への取り計らいもスムーズに行えるように、対応して頂いている。		
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	生活の変化に弱い利用者が入院加療が必要な場合、最短になるよう病院で話し合いを持っている。ホームで出来るような治療の常態となれば、主治医より指示をもらい、なるべく入院生活が短縮できるように協力関係を持っている。		
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	ターミナルケアが開始となった場合、まずは家族が何所までの治療を望んでいるかの確認を取り、担当医師と綿密なうちあわせを行い、どのタイミングで搬送すればよいか、日々の状況を連日、病院に申し送り、可能な限り家族も一緒に居て頂く。		家族が合わせたい方に連絡をしていただき、夜間帯など、職員配置が少なく、付き添っていなければ危険な事が予測される場合は、家族で持ち回りを持って、泊まって頂いている。
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	担当医師の指示に従い、看取りの支援対策を家族と協議し、その結果の対応策を、情報と共に職員間で方向付け、それぞれの職員が出来る事の確認を行い、配置、準備に入る。必要であれば、勤務時間の調整も行う。		
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	住み替えの変化は少ないものの、居室変更はある。部屋が分かるように工夫し、環境が変わらないよう整備する。馴染みの人間関係が重要となっている。		

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)
<p>.その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</p>			
<p>1.その人らしい暮らしの支援</p>			
<p>(1)一人ひとりの尊重</p>			
50	<p>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</p>	<p>朝の申し送りには利用者参加のアクティビティーも含む為、居室の番号で利用者の事を話したり、なるべく利用者が、理解しない言葉を使ったりしながらプライバシーに配慮している。うんち = BMと呼んでいる。</p>	<p>個人情報が集約された個人記録は職員しか出入りしない所に保管。重要書類は事務所で管理。カンファレンス内容は、録音又はメモ書きにして、集約するのは管理者とし、個人情報は持ち帰らない事を徹底した。</p>
51	<p>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をしている</p>	<p>利用者本人の持つ力を最大限を生かし生活できるようにしていく事を、目標にして支援している。本人の出来ない事だけを手伝い、出来る事については「待つ」努力をしている。</p>	<p>「待つ」「諦めない」の姿勢で支援して行く。</p>
52	<p>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し、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</p>	<p>具体的に、タイムスケジュールが決まっておらず、利用者の都合でこちらの支援体制が変更されて行く。それぞれのペースがあり、職員はそのペースに併せ生活支援していく。</p>	<p>職員の中にも決まりが無い為、誰が何をするか決まっていない。マニュアルも無い。その為、新人スタッフには、何をしたら良いか分からない時は、先ず、利用者の隣に座り話をすること。と指導している。「気づく」事から入るようにしている。</p>
<p>(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</p>			
53	<p>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</p>	<p>女性はイベントのときは、化粧をして楽しむ。美容師希望、理容師希望、行きつけの店希望、様々な好みに合わせ、対応している。洋服の組み合わせなどの本人の好みに合わせ、よほどの事が無い限り修正しない。</p>	
54	<p>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</p>	<p>利用者と一緒にメニューを決める為、いつもの献立を写真に写しておいたり、料理本の写真から選んでもらったり、台所仕事では、役回りがいつの間にか決まっていたりで、買い物から、食事の時間終了まで、利用者は、職員と一緒に忙しい。</p>	<p>機能低下により、嚥下困難となっても、最後まで口から食べることを諦めない支援をして行く。ペースト食でも、美味しく召し上がれる工夫をしていきたい。</p>
55	<p>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、好みのもの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</p>	<p>本人好みの飲み物を個別に用意する事で飲水量の確保が出来ている。嫌いなメニューについては、違うものを用意し嗜好を大切にしている。酒、たばこについても、好きなように楽しんでいる。</p>	<p>ホーム内禁煙なので、天候に関わらず、タバコを吸う利用者は外に出る為、いつも日焼けしている。</p>

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	<p>気持よい排泄の支援</p> <p>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</p>	<p>排泄パターンを確認する為、排泄チェック表にて把握。オムツの使用を最低限必要な方のみとし、トイレ誘導促し、個別に対応策を、居室担当が管理し、排泄適時、コントロールなどを管理している。</p>		
57	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>利用者のそれまでの生活習慣の時間帯で入浴している為、今は夕方希望の方が多い。夕方の入浴の調整のため職員配置を、多くしている。全介助の方についても一日おきに入浴支援している。ほぼ全ての方が毎日の入浴をしている。</p>		<p>それまでの生活習慣が、反映されるように、利用者の以前からの入浴時間に、全面的に合わせる。入浴したのを忘れてしまったら、バイタル確認後再度入浴支援行う。但し、体調管理の為、3回が限界であると判断している。</p>
58	<p>安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>食事の時間帯前後に忙しく働き、休憩といった流れが、今の利用者の流れで、日中の活動が活発で、夜間は良く休まっている。冬はコタツでごろ寝をしたり、食後の休息も、皆がいるところを好まれる様子。</p>		<p>個々の休息時間画が違う為、利用者と一緒にでは行き届かない所の掃除できる時間が夜になり、共有スペースの掃除は利用者が休まれた後にした。</p>
(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				
59	<p>役割、楽しみごと、気晴らしの支援</p> <p>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</p>	<p>利用者それぞれの役割があり、やりたいこともあり、朝から利用者の日課を、順番に支援して行く。ドライブ、買い物、園芸、音読、料理、掃除、働きかけにより趣味や、役割をどんどん広げていく事が出来る。</p>		<p>職員が、利用者のやりたい事、日課などが、重ならないように、役割の把握をし、分担し介入して行かないと混乱してしまう為、会議などで打ち合わせをしている。</p>
60	<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>全ての利用者ではないが個々に、財布を持ち、家族と相談して無くなっても良いとの了解を受け、金額を決め所持している。毎日の買い物でも機能を生かせるように支援している。</p>		
61	<p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>目的を叶えられる様に、個別に外出支援をしている。同時に、他利用者の参加により、方向性が変わったりもする。スマイルの車が動かない日は無い。職員の足腰も鍛えられている。</p>		<p>徘徊ではなく、何らかの目的を持って出かける事を職員は知っており、出来るだけその目的が果たせるような、納得行く外出支援を日々提供している。</p>
62	<p>普段行けない場所への外出支援</p> <p>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</p>	<p>正月の一時帰宅や、墓参り、個別に対応している。利用者の個別の思いや、願いを叶えるよう支援し、社会から切り離された存在にならないように支援している。</p>		<p>「最後に行ってみたい場所」と本人よりの意向があれば、個別に計画を立て実行している。昨年は、その希望の為、ターミナルケア中の利用者を、医師との連携の下に、ディズニールランドへ行くことを家族と共に、計画、実行した。救急搬送の準備もしていた。</p>

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	家族間の連携により、やり取りが出来る時間帯を把握しており、お互いに安心して連絡取り合えるように働きかけている。最近の年代層の変化より、携帯電話の所持在りで、入居される利用者も多い。相手の迷惑にならないような、支援が必要とされている。		切手の準備から近くのポストまで、手紙を出しに行く事も重要視して支援している。
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	個別に対応した空間スペースを作り、面会等をしている。家族には、一緒に食事をして頂き、同じ生活空間を過して頂く事により、「支えあい」に実感をしていただいている。		利用者の生活の中に家族が、介入する事により、新しいケアのポイントを家族から提案受ける事が出来き、次の介護計画に活かせる。
(4) 安心と安全を支える支援				
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	全職員に、身体拘束、権利擁護の理解を深める研修を行っている。身体拘束につながるであろう一連の事を、全職員で考えて、その都度見直しを図り、細かいところまで話し合い、対応策を考えて絶対に起きてはいけない事と認識を深めている。		
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	鍵はかけない。そもそも鍵という道具は、人が自らを補完する為の物。リスクを回避する為に重要なのは、その場で起こりうるリスクを客観的に想定できる事、予見する力だと考えると、鍵の開放は容易なことである。		現在に至るまで、鍵の開放による1階から2階へつなぐ階段からの、転倒、転落事故は起きていない。
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	利用者も、夜間自室に鍵を掛ける戸締りを行うが、夜勤者が寝静まった後には、不測の事態を考慮し開放している。監視されているような、圧迫感が無いように、利用者の目の高さに職員の位置関係を合わせ考慮するなど、見守りの実行をしている。		
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	薬品関係は職員しか出入しない所に保管し、脱衣所など共有スペースで、利用者が一人の時にも、危険なものは目に触れないよう、工夫している。又、危険なものを取り扱う事で、危険である事を忘れないで頂く支援を心がけている。		
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	「人は誰でも間違える」の概念により、失敗の現実より、「事実の公表」を説明している。細かなニアミス報告を生かし、今後の対応につなげていく力と変えることで、事故につなげない努力をしている。		新しいシステムを作るより、「どれだけ安全で快適なアクションを起こした。」という事実のほうが重要と考えている。

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	急変には、非常に対処が早く、職員各自で、消防署の救急対応訓練等に参加もしている。誤嚥の対応方法、心配蘇生法など、研修で行っている。		ターミナル期を迎えている方もおり、救急搬送先病院、担当医を決めており、24H受け入れ可能な状態を確保している。日々状態の変化を最低1週間に1度は上診している。病院でも夜間に申し送りを繋げて頂いている。
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	年2回消防署立ち入りの避難訓練の実施。その他、施設管理委員が主体となり、昼夜共に、色々な設定での避難訓練を想定し適時開催。近隣住民にも協力依頼している。火災時を想定、風呂の水は抜かない事している。		すぐ近くに消防署があり、火災通報装置の使用方法を周知し、運営推進会議でも、地域の方々に協力いただきたい旨相談し、地域の自警団に賛同していただいている。
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	「充実した生活で、より暮らしを、豊かなものにしようとする、実は小さな怪我は絶えず起きます。転倒、骨折もありえないことではありません」この事は入居相談の段階で説明事項としている。どうしても怪我をさせては困るという家庭の方は入居困難であること伝えている。		自ら動けない方以外の、転倒や怪我などは想定できているが、それでも中々防ぎきれないのは事実である。どんなに小さな怪我でも、内容、状況についてその都度報告している。
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
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	起床時のバイタル測定から、通常と変化ある場合は、継続的に測定。通常午前、午後のバイタル測定し、申し送りつなげている。入浴時の全身観察も欠かさず行う。必要に応じ別紙にて、個別に食事、排泄、飲水量のチェックをしている。		
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	内服薬の管理は、排泄委員が行い、薬の内容把握は、各居室担当者が行う。配薬時、確認は、排泄委員、配薬は居室担当者、翌日の配薬チェックは夜勤者、当日の配薬はフロア担当者が確認する。内容についての不明点は、2人いる居室担当者が把握しているので聞けば分かる仕組みにしている。		全ての利用者の内服薬が理解できるように、毎年居室担当者を編成し直し、順番に行っていくことで、利用者の内服薬について熟知出来るようにして行く。
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	好みや、希望を聞いていると、どうしても栄養バランスが偏りがちになる為、汁の具材に豊富な食物繊維を取り入れ、3食必ず汁物を提供。自力で動けなくなってしまった利用者も、可能な限り排泄はトイレで行うよう支援していく。		
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	口腔ケアは、毎食後、本人に合った、歯ブラシ、口腔ケアスポンジを使用し行っている。定期的に歯科受診して残存歯、入れ歯の、チェックをしている。現在、残存歯の治療中の方は1名のみ。後の方は、治療済みで、口腔内トラブル無し。		認知症の進行により、指示通りに口を開けられなくなる前に、積極的な治療を行うことを旨とし、理解、協力していただける歯科医院がある。

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	トータルで、一日の食事摂取量、飲水量の確保目標が個々の利用者それぞれにある。必要に応じ、代替食を提供したり、好みの飲み物を追加して、必要量の確保している。基本的に食事に対する制限はしない旨、家族と話し合い決めている。		必要に応じ、個別に記載して一日のトータルを出す事で、明日の支援につなげていくようにしている。
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）	感染症対策のマニュアルがあり、緊急時、感染症対策を打ち出せるよう準備している。毎日、次亜塩素酸を活用した、消毒を徹底している。手洗いの徹底と、使い捨てグローブも適時使用。嘔吐物処理にも対応策を打ち出している。		毎年、職員利用者共に、全員インフルエンザ予防接種を行っている。
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	食材は、必要量のみを買い、購入した翌日までに使い切る。庭の畑では、無農薬野菜を作って食べている。調理用具の消毒管理は、毎食後、そのとき食事に関わった職員が行っている。		
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	建物を取り囲む敷地を、家庭菜園にした。収穫時や、水やりの際に気軽に声を掛けて頂いている。玄関周りは、季節の花があり、段差の低い階段と、スロープ2通りの出入り口がある。門には小さいが、看板も取り付けた。		利用者は、「家に帰る」とスマイルを出て、しばらく歩いて、黄色い建物の、スマイルを発見。「やっと帰ってきた。」とほっとする。職員は「お帰りなさい」を忘れない。
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	共有スペースは、その時の利用者により、使いやすいように配置換えをしている。畳コーナーでは今はコタツを使用して、ごろ寝などをしている。様々な椅子もその都度置き換えられ、利用者の井戸端会議に役立てられている。定期的に季節の花を職員が持ってきている。その季節のイベントを写真にし掲示している。		
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	ちょっとした腰掛や、ソファが点在しており、小さな共有空間にしている。自室でテレビや、民謡を楽しむ方もいる。		

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のものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	それぞれの趣味と、以前の自分の寝室をイメージして、家族の協力で居室をしつらえる。物の出し入れが難しくなって来たり、物が探せない場合は、中身が分かるように物の名前を張ったり、筆筒を、透明なケースに変更して見えるように工夫し出し入れが出来るようにしている。		配置や物にはこだわりが有る為、乱雑に見えてもそれを正したりはしない。掃除に入るときに勝手に物の位置を変えたり、見えなくなる様な片付け方はしないように配慮している。
84	換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のだ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	定期的に換気をしている。夏場の日中は窓をいつも開放している。天気が良ければ、窓から布団が干されている。建物中心部に共同トイレがあるため、中心部に風が通るよう配慮している。		
(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				
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	細部に涉り、手すりが付いており、段差には見えやすいシールを貼って一人で歩いても、安全なように配慮している。トイレや風呂場は、利用者の目線で分かりやすい案内が記してある。階段に対応すべく、室内履きも考慮している。		水滴は、敵。少しの水でもすぐにふき取る習慣をつけ、滑らないように配慮している。
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	より専門性の高いケアが提供され、その人がありのままを受容られ、理解され、自身を持って日々の生活が送れるように、支援される事により、安心し、自立にした暮らしが出来るようになる。		認知症があってもその人が、その人らしく、持っている力を最大限発揮できるように目指していく。
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	利用者の希望により、ホームの周りには畑があり利用者と一緒に種蒔きから収穫まで行っている。食事の際、収穫してきては食べ収穫の喜びを共感している。洗濯物干しの下には芝を貼り転倒しても安全なように配慮している。		

. サービスの成果に関する項目			
項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
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	ほぼ全ての利用者の	
		利用者の2/3くらいの	
		利用者の1/3くらいの	
		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	毎日ある	
		数日に1回程度ある	
		たまにある	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての家族と	
		家族の2/3くらいと	
		家族の1/3くらいと	
		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	ほぼ毎日のように	
		数日に1回程度	
		たまに	
		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拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	大いに増えている	
		少しずつ増えている	
		あまり増えていない	
		全くいない	
98	職員は、活き活きと働いている	ほぼ全ての職員が	
		職員の2/3くらいが	
		職員の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての家族等が	
		家族等の2/3くらいが	
		家族等の1/3くらいが	
		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。)

より専門性の高いケアの追求、実践をしていく事で、利用者、家族が、入居から終末期まで安心して生活できるよう、スタッフ一同で、専門職としての認識を深め、心のケアから個別性の高いケアまで積極的に取り組んでいる。