

地域密着型サービス事業者 自己評価表

(認知症対応型共同生活介護事業所 ・ 小規模多機能型居宅介護事業所)

事業者名	グループホームこころ (ユニット1)	評価実施年月日	平成21年7月23日
評価実施構成員氏名	岡崎 佐藤 鈴木 中川		
記録者氏名	岡崎 繁代	記録年月日	平成21年8月1日

北 海 道

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営			
1. 理念の共有			
1 地域の中でその人らしく暮らしていくことを支えていくサービスとして、事業所独自の理念を作り上げている。	「利用者を中心に…」を理念にその人、その人に合わせたケアを心がけている。又、「利用者様の権利…」を、玄関他数箇所に掲示している。		
2 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。	月1回の全体会議などで経営者、管理者から伝達されている。その都度ケアへの迷い・疑問等あれば理念を内包しつつ話しあい、具体的実践に結び付けている。		
3 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。	入居時や介護計画の説明時に当事業所の理念や大切に考えている事等、分かり易く説明している。「こころ新聞」を発行し地域への理解の浸透をしている。		
2. 地域との支えあい			
4 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄りし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。	散歩時に地域の方と挨拶や会話を楽しんでいる。近所の方が、介護の相談やGHの事について相談に来られることもある。		
5 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。	町内会に加入、清掃活動や町内行事等への参加、ラジオ体操、盆踊りへの参加。月1回の廃品回収の協力を努めている。		
6 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。	こころ新聞(広報)で地域の方へ認知症に対する理解を深めていこうとしている。		地域のニーズを把握したうえで、事業所として現状でできる範囲での介護の相談、認知症の理解の促進等、地域貢献に取り組んでいければと思っている。

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	自己評価を職員各々が行き、意識の再確認を行っている。外部評価結果を今後のサービス向上にむけ、改善すべき点を周知し改善している。		
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。	地域からの意見や改善案があればサービスの向上に繋げていきたい。		地域に向けた関わりを更に充実させ、当GHの理念や利用者、ケアの実際を理解していただき、認知症の方に対する理解を深められるよう取り組んでいきたいと思っている。
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作り、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる。	関係各課との連携や警察署、消防署からの講習を受けている。民生委員の方との連携。		
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。	必要性のある利用者には、関係者と話しあい支援していく。今後も権利擁護について、意識を高めていく為に研修への参加を奨励していく。		
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。	虐待については、確認された事例はないが、家族やスタッフのストレスや悩み等をできるだけ話し易い環境に配慮し、表出できるよう心がけている。また、不適切ケアについてはその都度、話し合い「気づき」を促していく。虐待・身体拘束廃止の研修等に参加している。		
4. 理念を実践するための体制			
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。	入居前の相談時には丁寧な説明を行い、契約書、重要事項説明書を自宅で確認してもらっている。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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並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。	利用者からの疑問、不満等を受けた場合、朝のミーティングや会議で報告し改善の為に検討を行っている。		
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。	家族の来訪時にその都度、最近の様子や健康状態、事業所からのお知らせ等を報告している。その都度、電話でも情報提供をしている。		
15	運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情等を管理者や職員並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。	ご意見箱の設置や苦情相談の案内をエントランスに明示している。意見があった時には、すぐに対応している。来訪時には落ち着いて話が聞けるよう環境に配慮している。		
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。	月1回の会議や必要に応じて、主任や役割に応じたスタッフとの話し合いを適宜行っている。各委員(ヒヤリ・ハット、感染予防、レク行事、口腔ケア、おやつレク、新聞)スタッフ全員が各役割に関わり、担当委員ごとに相談や検討を行い、各委員担当者からの報告や推進に関する連携や共有化を定例会議で行っている。		
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為の話し合いや勤務の調整に努めている。	早遅出、夜勤の2人体制や、ターミナル期における濃密な体制をできるだけ作るようにシフト調整をしている。		
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。	利用者の担当を複数にしている。介護計画は全スタッフで共有できるようミーティングや伝達ノートに貼り周知しケアの統一を図っている。中心となる担当者は固定されているが、毎日担当は替わり、全員が利用者に関わる体制になっている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
19	<p>職員を育てる取り組み</p> <p>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。</p>		職場内研修(勉強会)の充実
20	<p>同業者との交流を通じた向上</p> <p>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、ネットワーク作りや勉強会、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。</p>		
21	<p>職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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。</p>		
22	<p>向上心をもって働き続けるための取り組み</p> <p>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、各自が向上心をもって働けるように努めている。</p>		
. 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	<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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作り、受け止める努力をしている。</p>		
24	<p>初期に築く家族との信頼関係</p> <p>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作り、受け止める努力をしている。</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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
25	初期対応の見極めと支援 相談を受けたときに、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。	予め本人・家族から入所に至るまでの経緯、生活歴、どのような暮らし方を望まれているのか等を把握している。また、本人や家族の不安や意向など聞き取り支援に生かしている。		
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。	本人や家族が施設を見学してもらい、当事業所の特徴やサービス内容を説明している。分かり易い説明を建物内を見学しながら丁寧に説明している。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
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。	その方の暮らしのペースを大切にゆったりした時間を一緒に過ごせるよう努めている。入居者同士の支えあいや入居者からスタッフへの心配りなどが自然にありスタッフとの関係は良好である。入所者から学んだり、助け合ったりの関係がある。		
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。	家族とは、来所された時には、その方の情報やよりよく暮らせる為の支援についてなど相談しており、一緒に考え、その過程を共有するようにしている。		
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、よりよい関係が築いていけるように支援している。	家族関係については、生活歴等で把握し、家族からも情報収集している。家族とのコミュニケーションも重要であり、家族の介護に対する考え方、今後の意向等について把握し家族への理解するよう努めている。		
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。	以前より通われていた馴染みの飲食店、美容院等、これからも継続して楽しむことができるように支援している。また、ADLの低下で介助が必要になった場合、負担なく楽しめるように支援している。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	誕生会や行事、ドライブなど様々な機会を活用しながら個々の性格を踏まえて対応している。車椅子を押して近所を散歩したり、話し相手になったりしている。		
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。	入所時の支援や電話、手紙での相談に応じることやこころ祭の案内を出すなどしている。		
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。	日々の関わりの中での会話や家族からの情報などで、思いや毎日の過ごし方の意向など把握している。また、自ら意向を伝えることが困難な方に対しては、その方の生活歴や以前住まわれていた所での情報など把握しながら、その人なりのよりよく暮らせる支援をしている。		
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。	以前住まわれていた所での情報や家族からの情報等を把握し、本人にとって落ち着ける環境を作っていくよう支援している。		
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。	毎朝のミーティングでの情報伝達や訪問看護師との情報交換、その都度の情報共有等を、口頭や引継ぎノートなどで共有し把握している。		
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、介護支援専門員の適切な監理のもとに、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(C-1-2)を活用し利用者の把握をしている。それらを踏まえ本人・家族・ケアマネ・介護スタッフ・主治医等と話し合い計画を作成している。毎日のミーティングや、その都度のミニカンファを行っている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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、介護支援専門員の適切な監理のもとに、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。	その都度、身体状況の変化によって介護計画の見直しをしている。状態の変化により今までできていた日常行為が困難になってきた場合、ケアの内容・支援方針の変更など状態に沿った計画を作成している。		
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。	介護記録はスタッフは事前に読み、利用者の暮らしの変化や身体状況等の把握・確認をしている。記録と他のスタッフとの情報交換等で、課題点など検討しながら実践している。		
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。	2階に「児童デイサービス」「訪問看護ステーション」が併設されている。児童との交流や合同で年に一度お祭りを開催し、ご家族と交流している。		
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。	警察からは交通安全講習、消防からは救命救急法の講習を実施している。民生委員から情報を頂戴したり、近隣の方たちとはできるだけ会話や挨拶をしながら、入居者の理解を深め、何かあった場合には連絡していただけるようにコミュニケーションをふかめている。		
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ー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為の支援をしている。	福祉用具等の利用にあたって情報提供したり、利用者の入所時にサービス事業者やケアマネージャーから情報提供をしていただくことがある。		
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。	学習会等の参加などで意見交換・情報交換をし、全体的に支援できるよう必要時に連携していきたい。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
43	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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。</p>	<p>今までかかっていた医療機関を継続していかれるように本人・ご家族の意向を優先している。往診・訪問看護を利用して、緊急時や様態変化時にも対応できる体制となっている。また、かかりつけ医以外の受診もスムーズに利用できるように支援している。</p>		
44	<p>認知症の専門医等の受診支援</p> <p>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。</p>	<p>かかりつけの医師・ご家族とも相談しながら状況によって、認知症専門医への受診ができるよう支援している。</p>		
45	<p>看護職との協働</p> <p>事業所として看護職員を確保している又は、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。</p>	<p>訪問看護を利用している。利用者の体調の変化など早期に発見し必要な場合受診につなげている。また、夜間などの緊急時の対応も行っている。日常の健康管理を介護スタッフと情報交換しながら連携している。</p>		
46	<p>早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院時には、本人の普段の暮らしの状況や身体状況など書面で情報を送っている。また、入院中も面会に行き、本人の様子など確認している。退院に向けて医師からご家族への説明を一緒に聞かせて頂くこともある。その事で退院からスムーズなこちらでの暮らしに移行できている。</p>		
47	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>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。</p>	<p>日常的に、ご家族が訪問された時には、本人の状況の変化等報告しているので、都度話し合っている。主治医とも必要時、ご家族をまじえ話をしている。話し合われた方針については、朝のミーティング等でスタッフに周知している。</p>		
48	<p>重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>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。</p>	<p>状態の悪化や変化を予め予測し、ご家族に対しては事業所として対応できることと、出来ないことを出来るだけ分かり易く、具体的に説明している。また、医療機関ではなく、GHであることによる医療体制の限界について家族に説明し、理解と了解を得ている。</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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
<p>住替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>49 本人が自宅やグループホームから別の居宅へ移り住む際、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、住替えによるダメージを防ぐことに努めている。</p>	<p>入所前には、ご家族や施設関係者からの情報提供や自宅での状況などご家族から情報提供してもらっている。事前の本人の状況をできるだけ把握して、環境が変わる事で起こる混乱や不安などを軽減できるよう支援している。</p>		
<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>			
<p>50 プライバシーの確保の徹底</p> <p>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扱いをしていない。</p>	<p>入所者の方々に対しての呼び方には、配慮している。個人ファイルなどの情報はスタッフ以外の目に触れないようにしている。その人にとって、接する際配慮すべきこと(禁句や触れられたくないこと)等を把握し、共有しその人に合わせたケアを行っている。</p>		
<p>51 利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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>本人が思いや気持ち等を自然に伝えたり、表現したりできるような環境を作っている。分からないことや納得のいかないことなど、何度でも尋ねることができるような雰囲気・環境を作っている。</p>		
<p>52 日々のその人らしい暮らし</p> <p>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。</p>	<p>その方のペースや暮らしかたを大切にしながら、できるだけ意向に沿った毎日を送れるように支援している。毎朝足浴を行い、スタッフとゆっくりした時間を過ごしながら、本人の思いや意向など上手く表出できない方には、会話の中から意向を把握し希望にそえるようにしている。</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>			
<p>53 身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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>理容・美容は本人の馴染みの店など指定してもらっている。又は家族と相談し決めている。買い物など本人の行きたい所などには、職員と個別に出かけている。</p>		
<p>54 食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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、利用者職員がその人に合わせて、一緒に準備や食事、片付けをしている。</p>	<p>好みのものを食べるに時々外食される方もいる。その方の状態や気分に合わせて、片付けや簡単な調理の下準備など行っている。その方の状態に応じて一緒に食事している。</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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
55	本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、タバコ等、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。	喫茶店、なじみの飲食店や買い物など、その都度食べなくなったものを食べに、外に出かけることを適時している。普段は好みに合わせお茶・コーヒー・牛乳・ジュースなどを提供している。		
56	気持ちよい排泄の支援 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。	水分・排泄の記録をし、排泄パターンを把握している。その方の排泄リズムをできるだけ把握し、トイレへの誘導・声かけを行い失禁を防ぐようにしている。		
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。	本人の状況や希望を優先している。本人の好みや意向をできるだけ尊重できるようにしている。		
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。	その方の毎日の過ごし方により違いますが、自室で昼寝などされる方や、一人になれる共有スペースでソファで横になったりと自由に気ままに過ごされている。		
(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	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。	馴染みのお店での飲食や手芸などそれぞれ楽しんでいる。ご自分から意思を表出できない方には、野菜の収穫や洗濯もの干しやたたみなど手伝ってもらっている。		
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。	自分で管理され、殆どの支払いを行っている方もいる。買い物などその都度、預かっている。施設で金銭を預かり管理している方が多い。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	日常的に近所の散歩や買い物、喫茶店、レストランでの食事など本人の意向に添って外出している。		
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。	行事班を設置しており、年間行事を計画している。花見やお祭り、ドライブ、など計画し行っている。また、個別に計画を立て外出できる機会を作っている。		
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。	お手伝いの必要な方には、電話をかけたたりなど支援している。手紙なども同様に、さりげなく気を配り本人のやりずらいところを手伝っている。		
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。	家族や知人等がいつでも来られるように面会時間の設定はしていない。いつでも訪ねてこられるようにしている。また、利用者の状態など報告をしている。見えられた方には気軽に来て頂ける様に声をかけている。		
(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。	身体拘束は行っていない。また、その状態にあてはまるような不適切ケアについても、スタッフ間で情報共有できており理解されている。		
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。	夜間は鍵をかけるが、日中は鍵はかけていない。その事によるリスクは生じるが、都度可能な限り同行したり、本人の意向を尊重し、影から見守ることもある。個々の状況によって対応している。利用者が抑圧感を感じることのないようなケアを心がけている。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
67	利用者の安全確認 職員は、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。	その人それぞれの日常の暮らしぶりに配慮しながら見守りを行っている。予測できる危険(リスク)があれば、声かけや本人と共に行動をし危険(リスク)を避けるようにしている。		
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。	利用者の認知状況、判断力を踏まえ予測できる危険(リスク)を予防する為に、目にふれないように、手に入らないように配慮している。		
69	事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐ為の知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。	リスクの高い利用者に対しては、スタッフ間で情報共有し、ケアの統一を図っている。引き継ぎノート等を活用している。その都度、情報交換、朝のミーティング等で、ヒヤリ・ハットが生じた時、情報の公開と正確な伝達、今後の対策を朝のミーティング又は、全体会議で検討している。		
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。	全スタッフが状態変化・急変時の基本的な対応は理解し、行っている。バイタル測定、状態の把握と報告(訪問看護師・管理者等)		
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。	マニュアルが作成されている。その都度、近隣者とは交流している。		
72	リスク対応に関する家族との話し合い 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された対応策を話し合っている。	当事業所における基本理念(カギをかけないケア)をモットーにしており、利用者の行動に対しその都度、本人主体の行動を尊重している。であるので、リスクが当然生じる為、ご家族に都度報告し了解を得ている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
(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、気づ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。	体調や様子の変化のある時は、スタッフが体温測定等のバイタルを測り、看護師や管理者に機敏に報告している。訪問看護との連携が密で、状態に即して相談、報告を行い訪問看護の緊急時の対応へと結び付けている。		
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。	毎朝のミーティング時に介護スタッフと訪問看護師とが情報交換を行っている。その際、訪問看護より留意事項、薬の変更内容について説明があり、周知徹底されている。連絡ノートにも記入し、共有もれのない様行っている。		
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に取り組んでいる。	毎日の水分摂取量や排便の状況を記録している。その状況をもとに、便秘への予防や本人の不快をできるだけ軽減できるよう行っている。(水分の促し、運動量の無理強いのない促し等)、訪問看護と連携し下剤のコントロール。		
76 口腔内の清潔保持 口の中の汚れやにおいが生じないよう、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。	毎週1回、歯科の往診があり必要な方に対して、義歯の調節や口腔内トラブルについて治療を行ってもらっている。その際、入居者の方の口腔内トラブルの相談と指導を得られている。スタッフより、食後のうがいや歯磨きの促しを行い、援助の必要な人には、スタッフが口腔ケアを行っている。		
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。	日々の介護記録に食事摂取量や水分量を記録している。摂取量に変化がある場合、訪問看護師と連携し本人の好むもの、摂取しやすいものを負担なく摂れるよう工夫している。誤嚥を防ぐ為、水分ゼリーやエンシュア等で状態に即して行っている。		
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)	入居者、スタッフ、来所者に対し、うがい・手洗いを行っている。施設内数箇所に加湿器(殺菌・消臭効果)を置き、常時使用している。衛生・口腔ケア班を設置している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
79	<p>食材の管理</p> <p>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。</p>	冷蔵庫の洗浄を定期的に行っている。食材は毎日買い物し新鮮な食材を使用している。		
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	<p>安心して出入りできる玄関まわりの工夫</p> <p>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。</p>	植物や置物等を置き、照明も暖色にしている。風除室、玄関と広めのスペースになっており、来訪しやすい空間になっている。		
81	<p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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。</p>	照明は暖色の蛍光灯にしており、玄関・廊下・居間等の共有空間のあちこちに椅子を置き、利用者がゆったりくつろげるようにしている。季節の花や観葉植物も置いている。季節の催し物の飾りをしている。室外では東屋があり、畑や花壇を眺めながらくつろげる場となっている。		
82	<p>共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>共用空間の中には、一人になれたり、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。</p>	81同様		
83	<p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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、使いな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。</p>	使い慣れた整理ダンスや仏壇など利用者各々、もって来られている。また、様々な理由から家具など持参することが出来なかった方には本人の意向を尊重しながら住み易く落ち着ける環境作りをしている。		
84	<p>換気・空調の配慮</p> <p>気になるにおいや空気のおよみがないう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないように配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。</p>	適度な換気を行っている。加湿器(殺菌・消臭効果のある機器)を設置し空間殺菌している。冬期間は、温度調整はヒーターなど個室で使えるもので個々対応している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
(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。	共有スペースには手すりを設置し、安全に移動できるようになっている。車椅子又は歩行器使用の利用者がスムーズに移動できるようになっている。身体機能に合わせて福祉用具も購入している。入浴時は、状態にあわせて、入浴リフトを使い安全・安楽に入浴できるようにしている。		
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。	自室を間違えてしまう方には、表札や飾り物の工夫をしている。上手に意思表示のできない方には、サインや行動の意向を汲み取り、スタッフ間で情報共有し統一した支援をしている。		
87 建物の外回りや空間の活用 建物の外回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。	玄関からとベランダの両方から東屋に行かれ、外気浴などくつろげるベンチが設置されている。畑があり、野菜、花等を育てておりスタッフと共に収穫している。		

. サービスの成果に関する項目		
項目	取り組みの成果	
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 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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見られている	✓ほぼ全ての利用者 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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 ✓家族の2 / 3くらい 家族の1 / 3くらい ほとんどできていない
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

. サービスの成果に関する項目	
項目	取り組みの成果
97	<p>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</p> <p>大いに増えている <input checked="" type="checkbox"/> 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない</p>
98	<p>職員は、生き生きと働いている</p> <p>ほぼ全ての職員が <input checked="" type="checkbox"/> 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</p>
99	<p>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</p> <p>ほぼ全ての利用者が <input checked="" type="checkbox"/> 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</p>
100	<p>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</p> <p>ほぼ全ての家族等が <input checked="" type="checkbox"/> 家族等の2/3くらいが 家族等の1/3くらいが ほとんどいない</p>

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(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・アピールしたい点等を自由記載)
 訪問看護との連携 医療的ニーズへの対応 医師との連携 ターミナルケアの実施
 外出支援

地域密着型サービス事業者 自己評価表

(認知症対応型共同生活介護事業所・小規模多機能型居宅介護事業所)

事業者名	グループホームこころ (ユニット2)	評価実施年月日	2008年7月4日
評価実施構成員氏名	米陀 木村 山田 笹森		
記録者氏名	米陀 悠一	記録年月日	2008年8月16日

北海道

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営			
1. 理念の共有			
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ていくことを支えていくサービスとして、事業所独自の理念を作り上げている。	「利用者を中心に…」を理念に個々合せたケアを心掛けている。 今年度より経営者とスタッフ個々がそれぞれ理念を元に個人目標を設定し、理念をより具体化したケアを提供できるように取り組んでいる。		
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。	ネームプレートの裏に理念印刷し常に意識。又、月1回の会議で経営者、管理者からの話がある。 管理者は、個々の目標への支援として、実際のケア場面や評価期日に面接など、達成感につながるよう支援している。 また、スタッフが個人目標を作成しケア・仕事に対し目標達成に励んでいる。		
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。	「こころ新聞」を発行している。認知症ケアについての記事も載せている。(地域、町内) 入居時や、介護計画の説明時に理念を踏まえた計画や危険性を含め意見や同意を得るよう相談させていただいている。 町内会等の地域行事に参加し、理解を得られるように取り組んでいる。		
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。	近所の方(町内の入居者家族含む)が花や、野菜の種、苗を持ってきて下さり、共に成長を楽しんでいる。 散歩に行った時など地域の方と挨拶 近所の方が介護の事、GHについての事で相談に訪れるなどしている。		
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。	町内公園の清掃活動や町内行事の参加、月一回の廃品回収の協力を努めている。 町内行事の盆踊り、ラジオ体操に参加している。		
6 事業者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。	こころ新聞に認知症についての知識や介護方などを掲載している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	外部評価結果を謙虚に受け止める事。また、職員各々で自己評価を行い、初心にもどる機会としている。 毎年自己評価を各個人で行い、それぞれが意識の再確認をしている。 外部評価結果において改善すべき点を周知し改善している。		
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。	救命救急法講習会やこころ祭など行事の祭に運営についての意見を頂戴している。		
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作り、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる。	関係各課との連携や警察署、消防署からの講習を受けている。 民生委員の方との連携。		
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。	後見人制度を学び必要な方に活用したことがある。今後も必要ケースには対応していく。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待事例は無いが、職員へ年休消化の推進、公休以外の休暇の付与(正月、GW、お盆の時期に)や管理者とスタッフとの面談を行い、介護疲労やストレスに留意している。 入院時必要時でもできるだけ早期退院していただけるようにGHから医療機関へアプローチしている。		
4. 理念を実践するための体制			
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。	重要事項については十分な説明を行っている。 また、入居前の家族は焦りや混乱、介護疲労などもある為、誤認、誤解を避ける為にその日のその場での説明から契約に至るのではなく、一旦自宅に持ち帰り読んでもらうことにしている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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並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。	家族や知人の来訪時は、ゆっくり話ができる環境(家族だけで)にし、家族や知人には利用者の状況や状態の説明をし情報共有を図るよう心掛けている。 利用者からの要望や意見は朝礼や会議などで報告し、改善に努めている。本人から職員に言いづらいことは家族を経由し、報告、相談を受け改善している。		
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。	ご家族の来訪時に都度報告している。 また、全てのご家族の環境の違いや家族関係の違いを把握し、その方に適した情報量での情報提供を行っている。		
15 運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情等を管理者や職員並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。	ご意見箱の設置や苦情相談の案内をエントランスに明示している。 意見があった時には、すぐに対応している。 来訪時はゆっくり話が聞ける環境にしている。(プライバシー、ゆっくりとした対応で家族に気を使わせないこと)		
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。	月一回の会議や主任や役割に応じたスタッフとの話し合いを適宜行っている。 各委員(ヒヤリハット、感染予防、レク行事、新聞、口腔ケア、おやつレク)スタッフ全員が各役割に関わり、担当委員ごとに相談や検討を行い、各委員担当者からの報告や推進に関する連携や共有化を定例会議で行っている。		
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為の話し合いや勤務の調整に努めている。	ターミナル期におけるマンツーマン体制や、早遅出、夜勤の2人体制など、利用者の状況に応じてシフト調整している。		
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。	利用者の担当者を複数にしている。介護計画は全スタッフで共有できるようミーティングや会議で統一している。 退職した職員とも必要時には利用者の状態を報告し、退職後でも職員が来訪できる関係を構築している。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取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。	外部研修へは、スタッフの個人目標に応じた研修支援と積極的な申込み、参加している。(職員の雇用体制に関わらず)認知症介護者実務者研修への参加、GH協議会(道・道北ブロック)主催の研修参加など計画的に外部研修に参加している。また、認知症や介護に関する研修だけではなく、医療関係者が主催する研修への参加も積極的に参加している。		
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、ネットワーク作りや勉強会、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。	合同学習会や行事や催しを一緒におこなっている。GH協議会や地域のケアマネ会議への参加によりネットワークが作られている。他介護施設から実習の申し込み、受け入れがあり、相互向上の機会としている。		
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。	職員の心身の疲労に留意し取り組まれている。個人目標を参考に定期的に面接や本人の課題の把握取り組んでいる。また、昼休みにリラックスできる環境作りを検討している。 スタッフが抱えている仕事の悩みを話しやすいように管理者が個別に面談している。スタッフの身体疲労にも留意し有休休暇の消化や特別休暇がある。		
22 向上心をも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、各自が向上心をもって働けるように努めている。	個人面談の実施、外部研修の参加や研修案内の提示などで個々のレベルに応じた研修参加、研修参加の希望の受け入れで向上心を持ってもらっている。		
. 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、受け止める努力をしている。	入居前の面談の実施や家族、関係事業所からの情報に基づき対応している。それらと入居後1ヶ月はセンター方式Dシート(1~4)を日々の記録とともに情報収集し共有化で、ケアにつなぎ支援している。不安の解消につとめている。		
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、受け止める努力をしている。	入居前には家族の意向や希望、家族介護の疲労度などを話しの中から察知しできるだけ不安のないように取り組んでいる。事前訪問や見学などできるだけ、多くの関わりをもつ機会をつくる。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
25 初期対応の見極めと支援 相談を受けたときに、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。	入居前には本人、家族と面談を行い情報収集し、本人の生活歴や入居後の希望を聞き入れている。(なりたい、なっほしい姿) また、現在の不満や不安なことも聴取し、ケアに活かしていく。		
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、場の雰囲気などに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。	認知症の方にとって「引越し」による環境の変化は多大なストレスになる事から、入居前には家族と話し合いをしてもらったり、又その時の様子を家族から報告を受けるなどしている。また、少しでも安心してもらえるように入居前に本人にホームに見学に来ていただく事している。その方の状況、状態に応じた入居の際の移動方法を選択している。(家族送り、施設迎、他施設送りなど利用者が家族に憎悪(置いていかれた、捨てられたなど)を抱かせないように配慮していること、心的ダメージを最小にする為に必要に応じて職員をマンツーマンで配置するなど配慮している。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援			
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。	入居者から教わる場面(料理、料理法、畑、花など)や会話(昔話等)で共に学んでいる。 また、介護スタッフと利用者間だけではなく利用者同士も助けあっている。 未然に防げるもの以外の怒ったり、怒鳴ったりしている利用者がいても他の利用者に配慮しながら見守ることとし、無理にとめず悲しみ怒りも共にし、利用者の「尊厳」を尊重する事と「できること」への支援を柔軟に行っている。		
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。	スタッフは家族と共に学んでおり、利用者を支えている。情報交換しあい、共に試行錯誤しながら利用者を支援している。		
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、よりよい関係が築いていけるように支援している。	家族関係の理解と傾聴、支援の姿勢に努めている。家族間の状況によっては、時間(面会)を置いて入居者の心の状態が落ち着くまで家族にも理解していただいている。 また、家族介護力の把握と家族と入居者のこれまでの関係の把握に努め、その家族のできる部分でできるだけ利用者に関わってもらっている。介護計画への反映と家族との外出。		
30 馴染みの人や場所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。	入居後も継続して、行きつけの理美容室、喫茶店、病院、友人宅など昔からの馴染みの場所や人との関係を継続できるように支援(希望の聴取、同行、送迎)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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	誕生会や行事、ドライブその他の機会を活用しながら個々の性格を踏まえて対応している。 世話好きな入居者が見守りを要する入居者の話し相手になってくれたり、見守りをしてくれたりしている。また、職員の見守りの元、本人の運動もかねて車椅子を押しての散歩の機会を作ったりしている。		
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。	入退所の支援や電話、手紙での相談に応じる事やこころ祭の案内を出すなどしている。 お盆時季に来訪される方もいらっしゃる。		
. 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。	本人の生活歴や家族とのやりとり、普段の会話の中から聴取し、本人が望む生活やケアに近づけられるように本人の希望する1日の過ごし方(外出、食事、入浴支援など)を配慮している。		
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。	利用の以前の状況や、入居までの経緯を本人や家族、事業所などからできるだけ聞き取りを行い、入居時からできるだけ継続した支援ができるよう、サービス計画に反映している。 また、入居後もセンター方式を用いて情報収集している。		
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。	33項と同様の文章の他に、利用者間との関係や、利用者が不安や不穏になる要因等にも配慮、把握し、ミーティング時に共有している。		
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、介護支援専門員の適切な監理のもとに、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。	担当スタッフにはセンター方式のC1-2の用紙を活用し、利用者の全体像をつかみ計画に反映させている。また、毎日のミーティングでも、随時必要なケアや課題の検討(カンファレンス)をするようにしている。 また、主治医、訪問看護師とは、医療面のみではなく本人や家族の想いも伝えている(ターミナル支援)		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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、介護支援専門員の適切な監理のもとに、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。	入居初期、状態の変動時には1～3ヶ月で評価実施し、必要に応じて計画の変更をしている。 また、毎日のミーティングで必要なケアの見直し等を行っている。 ADLの認知力の低下などから、利用者が今まで出来ていた事ができなくなってしまう事への焦燥感や困惑、混乱などの心のケアにも配慮し計画の見直し、作成を行っている。		
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。	個人記録用紙で日常の利用者の様子と訪問看護師からの体調の様子を一枚の様式で確認しやすくしている。 担当スタッフ、ケアマネは、日々の記録に目を通しモニタリングに活かしたり、他職種との連携に繋げている。		
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。	併設されている訪問看護STにより、病状悪化時の対応がタイムリーに行われている。 併設されている障害児デイサービスと合同で行事を催し、楽しんだりお互い交流しながら「子供のいる生活、子供とふれあえる生活」を味わっている。		
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。	警察からは交通安全講習、消防からは救命救急法の講習を実施している。 民生委員から情報を頂戴したり、近隣の方たちとはできるだけ会話や挨拶をしながら、入居者の理解を深めてもらったり、何かあった場合には連絡をいただけるようにコミュニケーションを深めている。		
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為の支援をしている。	他の施設から転居の際のサービス担当者会議への出席と必要なケアの継続、改善に努めている。		入居者が制度上の給付対象ではない実費での他の介護保険サービスを利用したケースはないが、利用者や家族が希望した時にはいつでも利用、相談できるような関係をより多くの事業所等と築いていきたい。
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。	学習会等での意見交換などより良いケアマネジメントにつながるよう参加している。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	往診医や訪看を活用している。病状や体調の急変時の対応、訪問をしてもらっている。 利用者が抱えている病気に対しての不安感を長期化させないように、利用者が医療従事者といつでも相談できる体制で支援している。 本人の体調の変化などで主治医以外の他科受診をスムーズに行えるように連携している。		
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。	往診医師3名と専門病院2件の受診時は電話や手紙で情報提供を行い、情報の共有を行っている。 医師には病状報告だけではなく、その方の認知症に関する状態報告も行い、情報共有している。		
45 看護職との協働 事業所として看護職員を確保している又は、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。	併設されている訪問看護からは、担当の看護師が決められており、入居者と馴染みの関係が構築されている。また、スタッフも医療に関する事などを気軽に相談できる関係ができています。 ケアマネを中心に併設されている訪問看護STの担当看護師が医師との連携を図っている。 医師の医療的な方針や指示は訪問看護師も朝のミーティングに参加し、訪看より具体的な説明をしている。		
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。	理解のある入院先を確保している。早期の退院に向けた情報を医師、看護師、MSWへ提供、依頼している。 病状が安定すれば、訪問看護と協働していること、予定入院期間より早く受け入れる準備があることを伝え早期退院の体制と認知症の悪化防止に努めている。		
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。	家族、医師、訪問看護師、介護スタッフで話し合いを行い終末期のケアに取り組んでいる。 また、終末期の段階に応じて本人、家族の意思の確認やキーパーソン以外の家族や親族へも理解(同意)を得られるよう依頼している。		
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。	希望があれば家族が宿泊できるようにしている。(寝具類の準備) 主治医も朝夕で往診対応してくれることや、訪問看護も24時間で随時対応していることなど、他機関、他職種と連携しながらターミナルでも安心して過ごせるよう支援している。 終末期の利用者の支援はGHだけでは不可能であり、インフォーマル、フォーマルサービス全てがチームとなり、情報の共有、各機関の専門的な知識、利用者の日々の状態を把握しそれぞれが出来ることを最大限に行い支えている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
49 住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宅へ移り住む際、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、住替えによるダメージを防ぐことに努めている。	自宅からの移住時や施設などからの移動時には家族や他機関スタッフとケアプランの作成に参加してもらっている。 入居の際にはその方の認知症の状態を把握し、入居時の不安軽減の為に、他機関や、家族に協力をいただいている。(その方が一番安心できる人の同行を求めることや、逆に、入居される方が家族に憎悪を抱かないように(置いてかれたなどの)あえて同行させないことなど。)		
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 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扱いをしていない。	全スタッフが、まず名前の「呼び方」や、対応における注意点(禁句や触れられたくない物事)などを確認、把握、共有化を図りその人に合せたケアを提供している。		
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をしている。	利用者個々に合わせて理解しやすい簡潔な言葉で説明している。また、利用者が判断できない時には選択してもらう場面をつくることや、その方の趣向を家族から聴取するなどの対応をし、できるだけ自己決定できる場面を作っている。		
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。	利用者のその時の思考に合せたケアを提供している。またその人がとる行動から何を希望しているかを察知している。 希望を上手に伝えられない方や、環境の変化に戸惑う方には、情報、日々の記録から情報を収集し支援している。		
(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。	利用者が希望を伝えやすいような言葉かけや、馴染みの店がある人には予約や送迎(同行)を行っている。		
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、利用者と職員がその人に合わせて、一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者が希望した食材や季節の食材をメニューに取り入れている。 食事は一緒に楽しみ、できる方は他の利用者の分の配膳、下膳をしてくれている。 利用者の体調や気分に応じて外食を楽しめるようにしている。 また、食事を楽しめるように外食に出かけるなどしている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
55	本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、タバコ等、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。	喫茶店、買物、外食等を適宜行っている。晩酌を楽しまれている方もいる。普段の飲み物は好みに合わせてお茶や牛乳、ジュース、コーヒーなどを提供している。また、月一度程度の外食と、誕生日には、職員と外食(居酒屋、喫茶店、レストラン、なじみの飲食店など)をしている。		
56	気持ちよい排泄の支援 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。	水分、排泄の記録の記入、活用しパターン、習慣の把握をしている。その内容を基に声かけ、誘導を行い、できるだけ失禁を防いでいる。紙パンツから布パンツへの変更も状況を見定めながらすすめている。		
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。	利用者が希望した日時に合わせて入浴日を設定している。体調不良やタイミングによって拒否されるなどの理由で入れない日は、翌日にしたり時間帯をずらす等している。希望される方や、必要な方には毎日入浴されている。		行ける方、行きたい方に温泉に行くことを検討中である。毎年の行事として計画している。
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。	朝、夕の足浴では足を温めての安眠支援と、利用者とのコミュニケーションを図り、一日の出来事、不安な事などの意思表示できるような場面づくりを行い安眠支援をしている。		
(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	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。	畑の水やり、収穫、草むしり、掃除、食材の買出し、雪はね、などの手伝いをしてきている。また、利用者がやらされている感覚にならないように間隔を空けること、心身の状態を把握して声かけしていること、利用者が職員に教える、指導できる、共に考える場面を作っている。		
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。	利用者、家族の意向、認知症の状態でお金を施設で管理する場合。小額を利用者に管理してもらう場合。(紛失するリスクを説明後)買物の時だけ預ける場合。などその利用者にあった支援をしている。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	個別の外出(馴染みの店、場所など)や利用者数名での外出(地域の催し、お祭り)などへ外出している。 日常的な散歩の他に、食材の買出しでは、利用者もできるだけ同行してもらうようにしている。 同行、見守り、家族への説明、同意(状態、リスクなど)を得た後に一人で散歩に行っている方も数名いる。		
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。	個別の外出(馴染みの店、場所など)や利用者数名での外出(地域の催し、お祭り、海、動物園)などへ外出している。		
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。	電話の希望時には取り次ぐ事や手紙の投函などの一連の作業の中で出来ない部分を一緒に行っている。 入居者がよくかける電話の相手先にも協力を得ている。		
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。	家族や知人の方の来訪時やお寺さんの来訪時には多人数になる事もあるので自室以外にも別室の使用も勧めている。 入居者と共に見送りをし、来て下さった事への感謝の言葉とまた来て下さることのお願いをしている。		
(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。	身体拘束はされていない。入居契約書にも身体拘束はしない旨の文書記載がされている。 入居時に外出、散歩など行動の自由との引き換え(あらゆる拘束をしない為)に起こりうるリスク(転倒など)の説明をさせて頂いている。		
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。	夜間のみ施錠しているが日中に鍵をかけることは無く、利用者は自由気ままに外の庭や散歩に出かけている。スタッフはそれに対して遠くから見守る事や、一緒に同行するなどして抑圧感を与えないようにしている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
67 利用者の安全確認 職員は、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。	朝夕のミーティングで状況の共通理解を図り、夜間も適宜巡回を行っている。必要時には30分毎で巡回や、居室内での見守りを行っている。		
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。	注意の必要なものに関しては利用者の認知力、ADLの状態等で判断している。刃物や洗剤、薬品に関しても認知できない方がいる場合にはその利用者が気にならない場所へ移す事や、事務所、物品庫で管理したりしている。家族とも相談している。		
69 事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐ為の知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる。	ヒヤリハットでその利用者が危険な時間帯や場所を把握できるようにしている。心身の状態、時間帯、職員の配置の状況、などをまとめ職員全員に周知してもらい再発の防止や事故を未然に防ぐ方法を考え対応している。ヒヤリハットがあった場合には、朝のミーティングにて内容を即時検討し、対策を講じている。また、月ごとに種類ごとにわけて一覧表にしている。		
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。	旭川市の消防署の救急隊員を招き救命救急講習を行った。全スタッフが普通救命講習修了証を頂戴した。マニュアルの作成、周知している。		
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。	消防法に基づく防災対策を行っている。		スプリンクラーの設置をすすめたい。
72 リスク対応に関する家族との話し合い 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。	状態の変化に応じて利用者これから起こりうるリスクに対して説明、同意を得ている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
(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、気づ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。	訪問看護ST看護師への相談体制がある。(24時間) 介護者の気付きはすぐに訪問看護に情報提供されている。GHと訪看が共に連携を図りながら行っている。必要時には早急に往診の依頼をすることや、必要な医療機関への受診をしている。		
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。	内服ファイルを常備している。07年8月より、「薬変更ノート」を作成活用している。内服の追加、変更などがあった場合に都度記入している。その場合は訪問看護から、変更の理由、薬剤の情報や取り扱い方、注意点を含め説明してもらい理解を深めている。また、スタッフからの内服に関する質問や不明点があればいつでも訪問看護に聞ける体制がある。		
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に取り組んでいる。	水分、排泄表の活用している。散歩や必要な方にはホットパック、マッサージをしている。医師、訪問看護との連携により、その方の内服の調整などストレスや不穏にならないようにその方に応じた早め対応を心がけている。		
76 口腔内の清潔保持 口の中の汚れやにおいが生じないよう、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。	訪問歯科が週1回往診してくれる。歯磨きができない人にはスタッフがうがい、ブラッシング等の介助をしている。口腔ケアの担当委員(スタッフ)を配置し、利用者全員に行き届くようにしている。		
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。	摂取量のチェックと補助食品の活用と食材、食器の工夫、介助の必要性などをその人に合せた支援している。 環境を変えてみる(外食や家族との食事)などしている。		
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)	うがい、手洗いの励行 マニュアルや感染予防に対する用具の準備、使用衛生管理、感染予防委員を置いている。皮膚に変化があった場合は専門医に受診している。冷蔵庫や洗濯機の定期洗浄をしている。		

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 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
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。	定期的に冷蔵庫の清掃(夏季は週1回・その他は月1回) 食材は毎日買出しをし、常に新鮮な食材を使用している。 残り物は、入居者の目に触れないように(もったいないと怒る方もいる為)廃棄している。		
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。	スロープや段差の境目着色、花や飾り物を置いて来訪しやすい空間にしている。		
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。	共用の空間には利用者がくつろげるような椅子の設置や、花、木の鉢を置いている。 不快なおいは加湿器(殺菌、消臭効果のある機器)を使用している。 また、施設の照明の蛍光灯は白色ではなく電球色にしている。 屋外に東屋がある。エントランス、廊下などには入居者が作った作品が飾られている。 共用空間では外を眺めたり、歌謡曲を聞いたりができる。 2階の障害児デイサービスに来ている子供たち過ごしたりされている。		
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、一人になれたり、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。	81項同様		
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、使いな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。	利用者の個室には自宅から本人が使い慣れた家具を持ってきてもらっている。社会的理由から自分のものがほとんど無い方には住みやすい環境を作る為に、入居後も継続して環境づくりをしている。 身体の状態に応じて安全面にも配慮しながら、家具の配置をしている。 仏壇を置いている方や、家族の写真、思い出の写真、趣味の装飾品などをそれぞれ飾っている。		
84 換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のよど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に配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。	適度な換気、温度調整、加湿器(消臭効果のある)の設置		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (既に取組んでいることも含む)
(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり			
85	<p>身体機能を活かした安全な環境づくり</p> <p>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。</p>		
86	<p>わかる力を活かした環境づくり</p> <p>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。</p>		
87	<p>建物の外回りや空間の活用</p> <p>建物の外回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。</p>		

. サービスの成果に関する項目		
項目	取り組みの成果	
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	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ全ての利用者 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ全ての利用者 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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見られている	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ全ての利用者 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ全ての利用者 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ全ての利用者 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ全ての利用者 利用者の2 / 3くらい 利用者の1 / 3くらい 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 <input checked="" type="checkbox"/> 家族の2 / 3くらい 家族の1 / 3くらい ほとんどできていない
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	<input checked="" type="checkbox"/> ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに ほとんどない

. サービスの成果に関する項目	
項目	取り組みの成果
97	<p>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</p> <p>大いに増えている <input checked="" type="checkbox"/> 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない</p>
98	<p>職員は、生き生きと働いている</p> <p>ほぼ全ての職員が <input checked="" type="checkbox"/> 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</p>
99	<p>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</p> <p>ほぼ全ての利用者が <input checked="" type="checkbox"/> 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</p>
100	<p>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</p> <p>ほぼ全ての家族等が <input checked="" type="checkbox"/> 家族等の2/3くらいが 家族等の1/3くらいが ほとんどいない</p>

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(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・アピールしたい点等を自由記載)

訪問看護との連携 医療的ニーズへの対応 医師との連携 ターミナルケアの実施
 外出支援