

# 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 ハッピードウナンⅡ 伊倉ユニット	評価実施年月日	平成21年8月20日～9月1日
評価実施構成員氏名	田中 瞳、石橋 啓子、牧野 美智子、紺井 麻美、釜谷 真紀		
記録者氏名	伊倉 昭仁	記録年月日	平成21年9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)
I. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
<p>○地域密着型サービスとしての理念</p> <p>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。</p>	<p>「もう一つの家、もう一つの家族作り、一人ひとり、その人らしい普通の暮らし、地域や自然そして家族や仲間の力を活かした暮らし」を理念に掲げている。</p>	○	<p>町内の方と気軽に挨拶をかわし、さらにその人らしい活動ならびに生きがいを見出している。</p>
<p>○理念の共有と日々の取組み</p> <p>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。</p>	<p>運営理念は玄関に掲示しており、職員の目の付く所にある。また、職員のネームの裏に記載。</p>	○	<p>つねに理念を忘れないように朝の申し送りの時に再確認している。週1回のカンファレンス、月1回のミーティングや全体会議でも確認し合っている。</p>
<p>○家族や地域への理念の浸透</p> <p>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るよう取り組んでいる。</p>	<p>パンフレットに記載、また入所時に家族に説明している。地域の方には運営推進会議を通じ、説明している。</p>	○	<p>事業所独自の勉強会を年に2回ないし4回開催し、その中でさらに家族、町内会の方たちに理解を求めている。</p>
2. 地域との支えあい			
<p>○隣近所とのつきあい</p> <p>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>	<p>玄関前に季節の花や野菜を植えている。フォーラム・勉強会・他ポスターを玄関に掲示している。</p>	○	<p>町内会の協力が得られる体制が整っており、日常的にやりとり出来ている。</p>
<p>○地域とのつきあい</p> <p>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。</p>	<p>町内会から案内頂き、盆踊り大会、敬老会・町民文化祭・健康祭り・神社の夏祭り等に積極的に参加させていただいている。</p>	○	<p>夏祭りやクリスマス会を毎年盛大に行っている。その中で地域のお年寄りや行政、介護関係等の事業者にも大勢参加して頂いている。</p>
<p>○事業者の力を活かした地域貢献</p> <p>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。</p>	<p>配食弁当を地域に配り安否確認等を行っている。</p>	○	<p>町内ボランティア・長寿会の方々にはマスコットの小物や大きな人形・置物・袋・雑貨・物を作ってもらって事業所の行事に出展・並びに販売などを行っている。</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。	意義を理解して頂く為に、職員全員に評価表を渡し作成してもらっている。さらに評価表の意義を理解してもらう為、勉強会を行っている。	○	毎年外部評価を行う為にも2ヶ月に1度くらい勉強会を徹底する。さらに改善項目を周知してもらい、改善に向け努力している。
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。	2ヶ月に1度議題を決め、参加していただいた方たちに私共から提案し、意見を頂き、議事録に残しホームページにも掲載し、見て頂いている。町保健福祉課に議事録を提出している。	○	議事録を月1回のミーティングや全体会議で職員に周知させ、徹底している。課題を頂いたことに対し、真摯に受け止め、努力している。
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。	なるかわ病院院長先生と話し合い、認知症の基礎知識について、ならびにSOSネットワーク作りについて私共から町保健福祉課に働きかけ、話し合いなどを持っている。	○	保健福祉課課長と町内会長と徘徊模擬訓練の視察に出掛けている。
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。	後見人制度については行政書士または函館裁判所と包括支援センターと連携を図っている。	○	すでに後見人制度を活用している利用者が2名いるので、管理者は最低限把握している。他の職員にも周知させていく。
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。	管理者は年1回虐待防止の道の研修に参加している。さらに虐待防止マニュアルを作成し職員に周知させている。	○	社内研修の中にも勉強会の機会を設けている。さらに地域での研修にも積極的に参加させ、周知を徹底している。
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。	始めに契約書を、家族にお渡しし、読んでいただき、質問点をあげて頂いている。	○	説明時疑問点について家族から、お話を先にして頂き、一つ一つ丁寧に理解を求めている。さらに解らない点については電話や文章等でもサポートしている。

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)
<p>13 ○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。</p>	<p>意見箱をホームの玄関に設置している。ならびにホームページでも意見が気軽に言える。また、家族会の中で意見を言える体制になっている。</p>	○	<p>週1回ふれあい時間を設け、スタッフと利用者が何でも話せるような雰囲気作りをして、気さくに話している。</p>
<p>14 ○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合わせた報告をしている。</p>	<p>受診往診の電話連絡・ハッピー通帳での金銭管理・職員の異動については新聞</p>	○	<p>ハッピー通信を毎月郵送し、行事予定・職員の異動・日々の生活の様子を写真で掲載している。受診・往診報告についてもその都度電話やメールで行っている。ホームページを開設し、いつでも閲覧できるようにしている。。金銭についてはハッピー通帳のコピー・領収書を送付し、残高のか確認サインを頂き管理している。</p>
<p>15 ○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。</p>	<p>意見箱の設置・アンケート調査・ホームページ上契約書にも明記している。</p>	○	<p>面会時に意見や不満、苦情などあった場合にはいつでも言ってもらえるよう伝えている。重要事項説明書に苦情窓口として管理者の氏名を記載。ホーム関係者以外の連絡先を掲載している。意見があった場合には即座に話し合い、改善に結び付けている。また、年2回匿名でアンケート調査を実施している。契約時にも第三者機関があることも伝えている。</p>
<p>16 ○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>月1回の管理者会議・ホーム内でのミーティング、カンファレンスなどで職員の意見を聞いている。</p>	○	<p>ミーティングの中で職員一人ひとりに意見、思いを述べてもらって議事録に残している。そして管理者会議に持って行き会社に伝えている。</p>
<p>17 ○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為の話し合いや勤務の調整に努めている。</p>	<p>毎月21日から翌月20日までのシフトを作っている。</p>	○	<p>緊急時があっても最低限勤務調整が可能な体制ができている(早番・日勤・遅番・夜勤)。また行事などに合わせた勤務調整に努めている。</p>
<p>18 ○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>会社内の異動は極力最小限にとどめている。</p>	○	<p>ダメージを防ぐ為に利用者と馴染みの関係があるデイサービス、ショートステイ、ヘルパーステーションの職員を異動している。</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)
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。	4月に年間研修計画・北海道グループホーム協議会、南北海道グループホーム協議会の研修を進めている。	○	年2回から3回の社内研修、北海道グループホーム協議会、南北海道グループホーム協議会の研修、またそれ以外の研修が多数来るので学ぶ機会を作っている。
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。	七飯町5グループホーム連絡会・七飯町介護保険事業者連絡会	○	5グループホーム連絡会で2ヶ月に1回、勉強、意見交換、サークル活動、親睦を図っている。介護保険事業者連絡会は各々の立場で意見交換、情報の共有を行っている。
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。	個人面談・飲み会(新年会、忘年会、花見)	○	個人的に話を聞く機会を常に作っている。運営者は悩み、仕事、生活色々な事で話を聞いてくれる環境にある。行き詰ると相談することがある。また、忘年会や新年会、交流会を開催して、少しでもストレスが軽減されるように取り組んでいる。
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。	年度初めに個人目標を掲げている。	○	介護福祉士、介護支援専門員の資格取得推進している。介護技術が向上する事によって会社が評価をしてくれている。
II. 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。	フェイスシート、バックアセスメントにおとしている。	○	フェイスシートやバックアセスメントに、おとしたことを基に職員と話し合い、さらに家族にも本人の生活歴等を詳しく聞いている。
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。	担当の介護支援専門員、医療相談員、サービス事業者との連携。	○	担当の介護支援専門員、医療相談員、サービス事業者と担当者会議を開き情報集めてシートにおとし、問題点の分析をし、わかりやすく相手の立場になって考えている。

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)
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。	七飯町役場、介護支援専門員、地域包括支援センターとの連携。	○	当事業所には居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、デイサービス、ショートステイがあるので担当者に引き継いでいる。
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。	地域包括支援センター、介護支援専門員との連携。	○	相談内容がグループホーム入所以降であれば、デイサービスやショートステイを併用しながら、徐々に慣れていただき馴染みの関係を作り支援していく。
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。	フェイスシート、バックアセスメントを活用し、支援している。	○	本人の趣味、喜び、出来る事、出来ない事等利用者に寄り添い、感じ取っている。
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。	家族との話し合いをもとに、築きあげている。	○	家族に認知症の最低限の基礎知識を理解していただき、ホーム内の行事、面会時に話し合いの時間を設けて、外泊や外出の支援をして頂いている。
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。	ハッピー通信では本人がメッセージを書いたり、手紙、電話を活用している。	○	月に1度の新聞発行の際、利用者から家族に対してのメッセージを書いて送っている。また、クリスマス会にはメッセージカードや手作りの物を渡している。遠く離れている家族には定期的に手紙などで現状報告をしている。
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。	お盆・正月・法事・美容室	○	お正月には家に帰って、家族とおせち料理を頂き、お盆には、お墓参りや仏壇に手を合わせている。行きなれた美容室に定期的に通っている。

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)
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。	買い物・外出(喫茶店等)	○	買い物に出掛けた時は他の利用者から頼まれた物を一緒に買ったり、気の合う利用者同士でおやつ外出に行き、帰りに他の利用者のおやつも購入している。
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。	法事、年に2回程の手紙のやり取りを大切にしている。	○	月命日や一周忌など自宅に訪問し、家族と一緒に偲んだり、年賀状を出したり、たまに思い出して頂けるよう行事の際に案内状を出している。
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			
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。	会話や仕草、表情から感じ取っている。	○	アセスメントやカンファレンスの中で、本人の出来る事、出来ない事、楽しみや喜びを見出せるように、本人に寄り添い支援している。
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。	アセスメント・バックアセスメント	○	本人や家族、今までの支援者(病院、介護事業者、民生委員等)から情報を聞き取り、生活パターンを同じにするように努めている。
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。	記録(グループホーム記録、医師記録やバイタル・排泄・水分・食事チェック表等)・申し送り・カンファレンス	○	毎日、朝夕の申し送りの中で、一人ひとりの状態を把握し週1回カンファレンスでも話し合っている。個別に記録やチェック表に記載し、心身状態の把握に努めている。
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。	カンファレンス・モニタリング・医療機関	○	面会時や受診結果を伝える際に家族から聞き取りをし、また主治医や正看護師に相談し、カンファレンスを行い、意見を取り入れながら担当者が作成している。

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)
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。	6ヶ月毎のアセスメント、3ヶ月毎のモニタリング、介護計画作成。	○	担当職員は面会時、家族と面談し、主治医には定期受診時に相談し、モニタリング、介護計画作成を行っている。変化があった場合は家族や医療機関と相談しながら介護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。	時間、内容、対応を記した個別の記録から、月間要約(バックグラウンドアセスメント)にまとめ、介護計画に活かしている。	○	毎日の記録を1ヶ月毎に個別に月間要約(バックアセスメント)にまとめ、介護計画の見直しに活かしている。
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。	地域包括支援センター・介護支援専門員	○	当事業所の居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、デイサービス、ショートステイ、配食サービス、担当者と連携を図っている。
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。	消防訓練・体験学習・町民文化祭・運営推進会議	○	年2回の防災訓練実施。町主催の文化祭への参加を行っている。運営推進会議は地域の民生委員にも参加して頂いている。学生の体験学習受入や敬老会、敬老会、クリスマス会には地域のボランティアに参加して頂いている。
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。	地域包括支援センター、居宅支援事業所との情報の共有。	○	運営推進会議の中で、事業者と情報の共有を図っている。
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。	後見人制度、運営推進会議に参加していただき、ホームのあり方、質について話し合いを設けている。ケアマネジメント的な部分には、まだ相談が出来ていない。	○	マネージメント的な部分では今後相談し、可能であれば年1~2回総合的に判断してもらおうよう取り組んでいく。



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)
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。	週2回内科、月2回皮膚科、月1回眼科、必要に応じて歯科の往診・定期受診の主治医	○	定期的に往診に来て頂いている。また以前からかかっていたかかりつけ医を大切にしている。特変があった際にも対応していただけるよう体制を整えている。
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。	専門の医療機関(なるかわ病院精神科)	○	専門の医療機関が協力医であり、医療相談室と連携を図り、相談し、受診している。受診時日常の様子や変化を報告している。緊急性があると判断した場合には電話で相談し、適切な処置、治療が受けられるような体制を整えている。
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。	正看護師によるバイタル、健康チェック。	○	同一敷地内の正看護師による健康チェック、またいつでも相談連絡できるような体制になっており、定期受診時や往診時にも相談報告の徹底をしている。正看護師が医療機関と連携を図ったり、薬、病気の事は必要時相談している。
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。	医師、医療相談員、職員が連携を図り、早期退院に向けての体制を整えている。	○	家族と職員とで入院から1週間後、話し合う機会を作り、医師より状況をうかがい、医師や家族の意向をふまえ、正看護師と連携し、早期退院につなげている。
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。	契約書の中に、重度化対応、終末ケア対応指針が載っている。申込書にも、終末期の要望に対する希望をチェックする欄を設けている。	○	定期的に家族と共に主治医の所に行き、医師からケア方法や状態について、事細かく報告し、指示を頂き、職員全員に周知させ、記録に明確におとしている。
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。	主治医・看護師・家族	○	状態の変化をご家族に伝え、家族、職員と主治医に今の状態を細かに伝え、医師からの今後予測される事や指示を受け正看護師と連携をとりながら全職員で周知対応している。今後のありうる状態をふまえ、エアーマットや電動ベット、三角クッションなどご家族と相談し福祉用具を入れている。

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)
<p>49 ○住替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>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>介護要約・バックアセスメント・生活歴</p>	<p>○</p>	<p>住居が変わっても、馴染みの関係ができるまで、職員が面会に行き、関わりを持つよう支援している。</p>
<p>IV. 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>ミーティング・カンファレンス</p>	<p>○</p>	<p>ミーティングやカンファレンスでその人のプライバシーや配慮の統一を図り、その都度、注意し合い、振り返りしている。</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>自己決定の支援・行動・しぐさ・言葉</p>	<p>○</p>	<p>その人の今までの生活歴や、表情、仕草から読み取り、こちらから、その方に尋ね、自己決定ができるよう支援している。</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>行動・しぐさ・言葉</p>	<p>○</p>	<p>言葉や表情、しぐさから、今何を思い、して欲しいのか伺ったり判断したりしている。買い物、散歩など利用者の思いにそった関わりをしている。</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>出張美容室・馴染みの美容室の利用</p>	<p>○</p>	<p>出張美容室が来訪したり、今まで通っていた美容室を希望される方には、家族や職員が連れて行っている。</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。</p>	<p>週2回の食事作り・外食外出</p>	<p>○</p>	<p>週2回食事作りを行っているが、楽しみとなるような支援が出来ていないため、月1回外食等企画し、好みの物を選択して頂いている。</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)
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。	外出・買い物	○	食べ物や飲み物に関しては希望時、一緒に買い物に行ったり、外出に組み入れたりしている。
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。	ケアプラン、排泄チェック表の活用。	○	日中は下着を着用して頂き、トイレでの排泄を心掛けている。夜間やむを得ない場合に限り、睡眠確保の為、紙パンツやパットを使用している。
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ず、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。	週3回の午後を入浴日と設定している。	○	失禁時や希望があった場合など、曜日や時間を問わず、本人の希望に沿った形で入浴できるよう対応している。今後は、菖蒲湯、ゆず湯、まるめろなど季節に応じ、取り入れて行きたい。
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。	個々の利用者に合わせ対応している。	○	食後、小上がりで横になったり、ソファでうたた寝したりできる環境作りをしている。日中、レクや散歩、外気浴などで安眠を促している。
(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。	ケアプラン・家族支援	○	家事が好きな人は食材を切ってもらったり、洗濯たたみや、洗濯物を干してもらっている。男性利用者には神棚を奉っているため、お参りしたりしている。家族と一緒に外食や買い物に行ったりしている。また地域のお祭りなどイベントにも参加している。
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。	お小遣いとして、家族より月3千円程度預かっている。	○	外食、買い物の際使用したり、希望時に個別に買い物に行ったりしている。またスーパーは本人に手渡し、支払って頂いている。また自動販売機でコインを渡し、本人に選んで頂き、購入したりしている。

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)
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、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。	外出・買い物・散歩	○	毎日、その人の希望にそって散歩したり、買い物に行ったりしており、月2～3回外出行事を企画している。
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。	行事計画にもりこんで春夏秋冬に合わせ、外出している。	○	春には花見、四季の杜公園に花を見に行ったり、夏にはフェリー見学、函館山、大沼遊覧船、秋には紅葉見学、果物狩り、冬には大沼の白鳥を見に行ったり、季節ごとに外出している。
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。	電話はいつでもかけれる状態になっている。年賀状、クリスマスカード。	○	受診などの報告で家族と連絡を取る際、本人と話をし、頂いたり、クリスマス会にはメッセージカード、年賀状を作成し一言添え送っている。
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。	家族にお願いしイベントへの参加を呼びかけている。	○	夏祭りやクリスマス会など楽しい環境を整え、遠方であれば利用者の自室と一緒に泊まったり、食事を一緒にしたりできる体制を整えている。
(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。	身体拘束マニュアルを作成している。	○	研修を受けてきた職員から指導をしたり、ミーティングの中で利用者の対応を話し合う際には身体拘束にあてはまらないかどうかを念頭におき検討している。
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。	出入りは自由になっている。	○	夜間は防犯のため、玄関は21時から6時まで施錠している。契約時に利用者、家族に説明し承諾理解して頂いている。

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。	常に利用者のそばで、職員同士の声掛けをしながら見守っている。	○	そばで記録を書いたり、常に声をかけあい所在確認をしている。夜は2時間毎に巡回をしている。
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。	保管場所を決めている。	○	刃物など注意が必要な物は使用前使用後に数を確認している。また、利用者が使用する時は職員が見守りしている。
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。	年2回の防災訓練、誤嚥、窒息については主治医、正看護師と連携を図り、常に知識を学んでいる。	○	主治医や正看護師より知識を学んだり、一人ひとりの状態を把握し、職員個々に理解している。事故報告書、ヒヤリハットを活用し、事故防止に努めている。
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。	応急手当や緊急時対応マニュアルを作成している。	○	同一敷地内の正看護師の指導を受けたり、応急手当や初期対応訓練は受けた職員が定期的にミーティングで指導するようにしている。緊急性があると判断した場合には、モデルをたて模擬訓練をしている。
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。	年2回防火訓練しており、その中で災害対策とし、消防署員より学ぶ機会をもうけている。	○	同一敷地内の職員や同事業所の協力を得られる体制が整っている。
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したい対応策を話し合っている。	入所時に説明し、入所後は状態に応じて話し合う機会を設けている。	○	転倒、骨折、外出時の事故などについて家族会や面会時に説明するようにしている。今後リスクを書面にし、家族に説明していきたいと考えている。

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)
(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。	毎朝バイタル測定し、体調の把握をしている。また、日常でも顔色、表情、行動、食事量、排泄なども記録している。	○	正看護師に伝え、すぐに診ていただき、判断してもらい、その指示に従い、状態観察や病院受診をしている。また、連絡ノートで全職員に伝え周知徹底させている。
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。	処方箋で服用方法、副作用を理解している。	○	さらに解らない場合は受診時、医師や正看護師に事細かく指示を仰いでいる。急変時には医師と連携を図っている。
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。	医師、正看護師、栄養士と連携し予防努めている。	○	栄養士の指導を受けたり、医師、正看護師に相談し、指示を受け、運動したり水分の調整をしたりし予防している。
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。	歯科医師往診、正看護師と連携をとっている。	○	歯科医師よりアドバイスを受け、毎食後入れ歯の洗浄、口腔清拭したりしている。異常が見られた場合は正看護師に相談、必要に応じ歯科医師に診察の依頼をしている。夜間はポリデントで洗浄している。
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。	水分・排泄チェック表の活用、栄養士が管理している。	○	水分量は、夏2000cc、冬1500ccで、一日のカロリーは1650kcalとしており、糖尿病の方がいるため、相談しながら塩分、水分、食事量の調整をしている。
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)	感染マニュアルを作成している。	○	定期的に主治医による血液検査を行っている。手洗い、うがいの徹底している。

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)
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。	布巾、まないた、包丁、食器などは毎日消毒している。	○	栄養士、調理師の指導のもと、食材は厨房から上がってくるため、専門職の管理となっている。
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。	玄関前のスロープにはプランターを並べ、菜園や花壇などを作っている。	○	利用者と一緒に野菜や花を植えたりしている。冬にはイルミネーションを点灯している。
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。	季節に合わせた設を飾っている。	○	フロア内には昔懐かしいタンスやストーブを設置。生け花、手作り作品、写真を飾る等毎月行っている。
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。	居室の前にテーブルやソファを置いている。	○	本人が好きな所で過ごせるよう環境を整えている。居室より出てきてもすぐに休める空間がある。
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。	入所時に使い慣れた家具等を持ち込んでもらっている。	○	個々の事情で相当する物がない方もおり、本人や家族の好む物を購入する場合もある。さらにその人の好みに合わせた空間作りをしている。契約時に泊まれる事も伝えている。
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に配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。	湿温計で管理している。	○	夏場は湿温計を見ながら換気、GHPでの除湿などし、冬場は1日に5回換気したり、加湿器を使用している。

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)
(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を送れるように工夫している。	バリアフリーでトイレ、浴槽、廊下には手すりをつけている。福祉用具の活用。	○	各居室、トイレ、風呂場、洗濯室にはナースコールが設置されている。浴槽内にも手すり、滑り止めなどがあり、シャワーチェアやシャワーキャリーを使用している。その方の能力に応じ車椅子、杖、シルバーカーを使い、見守り、声掛けし安全かつ自立した生活を送れるよう支援している。
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。	一人ひとりの機能にあった対応を心掛けている。	○	部屋に写真を貼ったり、トイレ場所もわかりやすく示している。タンスや衣装ケースには何が入っているか表示している。食器などには名前をつけたり、色や柄でわかるようにしている。混乱を防ぐため、そばによりそい話を聞いたり、見守りをしている。
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。	ホーム前に花壇や菜園を作ったり、物干し場を設置している。またベンチを置いている。	○	バーベキュー等の行事を行ったり、散歩や外気浴がてらトマトやピーマンを収穫したり、花を観賞したりしている。



V. 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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2/3くらい ③利用者の1/3くらい ④ほとんど掴んでいない ②
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 ①
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 ②利用者の2/3くらい ③利用者の1/3くらい ④ほとんどいない ①
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	①ほぼ全ての利用者 ②利用者の2/3くらい ③利用者の1/3くらい ④ほとんどいない ①
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 ②利用者の2/3くらい ③利用者の1/3くらい ④ほとんどいない ②
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 ②利用者の2/3くらい ③利用者の1/3くらい ④ほとんどいない ①
94	利用者は、その時々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 ②利用者の2/3くらい ③利用者の1/3くらい ④ほとんどいない ①
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 ②家族の2/3くらい ③家族の1/3くらい ④ほとんどできていない ②

V. サービスの成果に関する項目			
項目		取り組みの成果	
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	③
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。	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	①
98	職員は、生き生きと働けている	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	②
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	②
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ほとんどいない	②

【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)