

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。	『その人らしい生活・安全であたりまえの生活・尊厳のある生活をめざし、安全で自立(自律)した生涯への支援を行う』という花縁独自の理念を作っている。また、その基本理念を具体化し現場スタッフが日々利用者との関わりを導きやすいように、平成19年10月ケア理念を作成。2つのユニットの代表者3名ずつ計6名により作成した。その中に「地域で暮らす」ことについての理念を掲げた。		
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。	『その人らしい生活・安全であたりまえの生活・尊厳のある生活をめざし、安全で自立(自律)した生涯への支援を行う』という理念と具体的なケア理念の基、毎日の業務の中の細かなケアの方法や考え方などの指針として取り組んでいる。また、理念についての職場内研修も行った。		
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るよう取り組んでいる。	毎月発行している「すずらん通信」において、花縁の理念を含め地域の中で普通に生活することの大切さを伝えている。また施設長がブログ上において認知症をどのように考え、どう関わっていけばいいのか等の情報を発信している。		
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。	ウッドデッキが道路に面しているため、道行く人と日常的に挨拶を交わすことができる。また散歩に出かけた際には気軽に挨拶を交わしている。近隣の方たちが「ここはどんなところですか」と立ち寄ったり、話をしていくなどの交流を持てるようになってきた。		引き続きホーム行事の参加呼びかけや、広報誌の回覧等により気軽に立ち寄っていただけるような雰囲気づくり、活動を進めていく。
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。	個別に老人会に加入している方はいないが、ホームとして町内会に加入し町内会費、諸々の募金活動に参加している。また町内会の行事(お祭り)に参加したり町内の喫茶店を利用したり地元の人達との交流に努めている。		運営推進会議において花縁の存在をかなり理解していただけるようになってきている。今後地元町内独自に取り組んでいる子ども会活動や小学校のクラブ活動等との交流について検討していきたい。
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。	施設長はキャラバンメイト養成講座を受けており、苫小牧市認知症キャラバンメイト連絡会の役員を務めており、啓蒙活動やサポーター養成講座を開いている。運営推進会議の中で認知症についての説明を行ったり町内会からの要請で制度利用の説明なども行っている。		地域の高齢者及び高齢者世帯、高齢者を抱える世帯の方たちに対して、事業所として何をどのように関わっていかれるかを運営推進会議、広報誌の回覧を通して話し合っていきたい。

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)
3. 理念を実践するための制度の理解と活用			
7	<p>評価の意義の理解と活用</p> <p>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。</p>		<p>今後も外部評価による改善項目については実行可能な計画と共に全スタッフで取り組んでいく。各スタッフが個別に自己評価した項目やスタッフ全体で課題となっていることについてはどうしたら改善できるかを管理者および指導者とともにカンファレンス等で検討したり個別面談時に検討していく必要がある。</p>
8	<p>運営推進介護を活かした取り組み</p> <p>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。</p>		<p>評価結果は各委員に配布したが、評価結果を基にした改善計画、実施については会議の中で検討していない。今後の取り組みが必要か。</p>
9	<p>市町村との連携</p> <p>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。</p>		
10	<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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。</p>		
11	<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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要注意を払い、防止に努めている。</p>		
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>入居時に実施している。</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)
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。	日常的な会話の中から利用者の意見や苦情を汲み取る努力をしている。また老人クラブという位置づけの中で、利用者に行事についての意見を聞いている。それについてカンファレンスの中で話し合っている。		運営推進会議やご本人がカンファレンス等に出席できるようなシステムを考えていく。
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合わせた報告をしている。	「すずらん通信」を毎月配布し常にホームの状況を伝えている。また個別の状況については、面会にいらした際に変化のあったこと、利用者の要望や考えていること等を細かくお話している。また面会にこれらのご家族に対しても変化があれば電話にて報告、相談を行っている。		
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。	家族会を設けており、職員の参加しないご家族同士の集まりの中でホームに対する要望や意見をまとめていただき代表の方からその報告がある。また、運営推進会議のメンバーにもなっているためその中で意見を伺うこともある。		
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2回カンファレンス、および会議が開かれておりその際に意見を述べるようになるようになっている。また個人面談を定期的(入社時は1ヵ月毎3ヶ月まで、その後6ヶ月に1回)に行っているが不満や苦情については言い難い事があるかもしれない。		発言しやすい雰囲気、意見を言いやすい関係の構築をもっとしていく必要があるかもしれない。また、運営推進会議の内容についてもスタッフに周知してもらう必要がある。
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。	そのつど柔軟に対応している。		
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。	基本的に各ユニットの職員は固定しており馴染みの関係の構築に努めている。異動や退職の場合にも利用者への影響を考慮して個別に挨拶をしたり紹介をしたりしている。		

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。	北海道GH協議会の研修、苫小牧GH連絡会の研修、市内で行われる各研修、日本認知症ケア学会の研修等それぞれのレベルに合わせた研修を必要に応じて可能な限り受講している。受講後はレポート提出を義務付け、受講できなかったものたちに対しての伝達講習も行っている。また内部研修も毎月1回行われている。また定期的な個人面談において仕事の上で目標を定め達成できるよう各自が取り組んでいる。	
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。	苫小牧GH連絡会がありそこで行われる研修および交流会に参加している。	
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。	ストレスには個人差がありなかなか全ての職員のストレスを軽減するまでにはいかないと思う。定期的に面接(6ヶ月に1回)を行い抱えている問題やストレスに管理者もスタッフ自身も気づけるよう配慮しているが実際のところ十分であるかは定かでない。ただ、運営上可能な限り、業務時間外のカンファレンスや公休出勤(行事等)、行事の会議等の時間は時間外手当として支給したり、研修費用の支給を行っている。	管理者は職員のストレスに気づき、スタッフ個人とともに解決していくべき手法を学んでいく。
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。	定期的に各職員を面接を行い、半年間で達成できるよう各々の自己目標を掲げてもらっている。また順番にその職員の力量に合わせた研修に参加している。	
. 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。	入居前訪問調査による聞き取り、センター方式シートによる聴取等機会を作って努力をしている。	
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、受け止める努力をしている。	入居前訪問調査による聞き取り、センター方式シートによる聴取等機会を作って努力をしている。	

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)
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。	それぞれのケースによって、入居までの間のサービス利用の相談や在宅生活継続のための支援方法の助言等、必要に応じ他の支援に結び付けている。		
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。	入居までに時間のあるひと、またはご家族がご本人に入居の話を勧め、ある程度納得していただくため見学しに来るケースもある。また入居前には出来る限り自宅に訪問しご本人と面談を行っている。		
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。	常に「介護される人」という意識を感じさせないような配慮に心がけている。実際にケアプラン上でサービス内容に掲げられている場合もあるが、日常的に共に生活する人ととらえ、時に相談を持ちかけたり、教えてもらうなど互いに支えあいの関係を築けるよう努力し行っている。		ご本人の持っている本来の力、得意分野の発揮等についてまだ不十分なケースもあると思われる。「施設に入居している」という意識が強く生活の中で自分の立場や役割が意識できない方に対しての関わりを継続して考えていく。
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。	ご本人を中心に、ご家族と情報を共有し、共に支えていく関係に配慮している。ケースによってはご家族の存在そのものがご本人の生活を支える基盤になっていたり、ご本人の家族に対する想いを強く尊重していきたい場合もあり、その都度できる限りご本人を支えていく関係性のご協力をいただいている。		
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。	今のご本人の状態を考慮して必要に応じご家族とのよりよい関係が継続されるよう配慮した関わりを行っている。また、行事にも積極的にご家族の参加を募っている。		
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。	いつも昔から利用している美容室にご家族が連れて行くかたやお墓参りなどの週間を継続している利用者がある。知人や友人は向こうから会いに来てくださる場合がほとんどで知人友人の家にこちらから出かけていくことは少ないが希望があれば可能な限り対応している。		極めてプライベートでデリケートな部分の場合もあるため、十分に情報を収集し検討していきたい。

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)
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。	利用者同士の関係は常に職員が情報を交換共有しておりカンファレンスの中で検討している。その日の心身の状態によって変化することが多いため注意深く見守っている。		支えあっていくという関係性や利用者間での役割等掘り下げた支援をしていきたい。
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。	利用者が入院した場合はお見舞いに行くなどしている。ホームで看取りを行った利用者のご家族はその後ホームを気軽に訪れ一緒に昼食をとるなど継続的な関わりをしている。		
. 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。	できる限りご本人の希望、意向を把握するよう努めている。センター方式シートのアセスメントにより本人本意が引き出せるよう配慮している。想いを表出できない方はご家族と共に折に触れその方のために何が最善かを話し合っている。		
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。	入居前訪問調査、センター方式シートによる情報収集と入居後のご家族やご本人との会話の中から情報収集している。入居後もご本人やご家族にその都度生活歴や馴染みの暮らし方等聞いて把握するよう努めている。		ご家族が面会にいらした際などに必要な事項をさりげなく情報収集していく。またどの部分が重要なことなのかについても各自価値観を深め統一していく必要がある。
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努めている。	毎日の記録(アセスメントシート)により一日の状況がわかりやすくなっている。一日の暮らしの流れに添った関わりの中でできることできないことを細かく見極め、できることを多く探していくよう努力をしている。		可能性を見出すような視点をどの利用者にも持ち続けられるよう関わっていきたい。
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。	センター方式のアセスメントにて月2回のカンファレンスを行い、ケアプランを作成、モニタリングを行っている。カンファレンス時にはスタッフ同士がディスカッションしている。ご家族またはご本人については事前にまたはケアプラン作成時に要望、希望を伺い組み込めるよう配慮しているがカンファレンスへの参加には至っていない。		カンファレンスで話し合う前、担当者がケアプラン立案を考える際に多くのスタッフやご家族の意見をもっと聞いていくことが重要と考える。

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)
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。	各利用者は毎月モニタリングを行っている。また状況の変化があった場合もそのつど立案・変更をしている。		
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。	生活アセスメントシートを使用しており、水分量、排泄、その時々言動等詳しく書き込んで記録に残し計画に活かしている。		
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。	外出、外泊、ご家族の宿泊、ご家族の来訪時の食事等々柔軟な対応を行っている。退去した方のご家族が時折訪問され昼食を召し上がっている。		
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。	町内会の園芸ボランティア、書道ボランティア等活用させていただいている。また、町内に大正琴やオカリナサークル、手品などのボランティアが数多く存在している為、利用させていただいている。		
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。	民間の訪問理美容サービスを受けている。		
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。	それにあたるケースはないが今後発生した場合は検討していく。運営推進会議に参加していただいているため情報の交換が容易になった。		

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 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。	基本はご家族またはご本人の希望するかかりつけ医である。また受診はご家族同行をお願いしており入居時にその旨をお話して同意を得ている。協力医療機関は同じ地域の病院でありコンタクトをとっている。またもうひとつの協力医療機関からは訪問診療を受けており月2回の医師の訪問があるためそのつど気軽に相談でき健康管理や医療の活用ができています。また医師の指示のもと訪問看護ステーションを利用する等の支援を行っている。		
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。	必要に応じ専門医の受診を受けている。地域に気軽に相談できる専門医は少ない。		
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。	施設長が看護師、副施設長が准看護師である。スタッフは常に相談できる体勢にある。医師の指示により訪問看護ステーションの利用を受けることも出来る。		
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。	約1ヶ月をめどに退院の日程を調整していただいている。		
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。	ホーム独自で看取りの指針を掲げている。必要に応じてご家族に説明し話し合いの機会を持っている。重度化した場合や終末期と診断された場合でもご家族の気持ちは揺れ動くので状況が変化するたびに意思の確認や話し合いの機会を作っている。		
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。	医師の指示により終末期の看取りとして判断されたときから、チームで話し合い、ご本人にとってよりよい日々を送っていただけるよう検討し実行してきた。またケアプランの直直し、見直しなどすばやく反映させている。初めての看取りケアを終えた時点ではその関わりが一人ひとりのスタッフにとってどのように受け止め今後のケアにどう活かしていけるかを皆でディスカッションし記録してその後も参考にしている。		何度看取りを行っても、個別の事例については幾度となく「もっとできることがあったかもしれない」と考えることがある。どんな形で看取りを迎えるとしてもその方の生活の延長として捉え、満足がいくような関わりを常に提供できるスキルを身につけるよう今後も努力していきたい。

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)
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。	入居前訪問調査やセンター方式シートによる聞き取り調査にて情報収集しリロケーションダメージを防げるよう努力している。		
. 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。	配慮した言葉使いをしている。また「徘徊」「ろうべん」「拒否」「暴力行為」等の利用者に対して問題意識を持った言葉の使用をしていない。また必要以上に大声で話さない、プライバシーが守られるような気配りのある言葉遣いに気を配り、日々指導している。		
51 利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや記号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。	日々の会話の中から思いや希望を聞きだすよう心がけている。その時々で自分で決める、自己決定できるような会話をして、各自に合わせた対応を行っている。意思表示が困難な場合でも表情などから判断し支援している。		
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。	業務マニュアルはないので、職員主体ではなく利用者主体の一日の生活流れになっていると思うが基本的な一日の流れはもっている。が、その日の個々の状況に合わせて柔軟に支援している。		その時々希望や自分の意思で動く行動について、できるだけ利用者主体、利用者独自のペースに合わせていくよう努力していく。常に利用者中心に動いているかを振り返り検討する。
(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。	ご本人の好むおしゃれや身だしなみに気を配っている。また理容、美容についても希望に添えるよう、また負担の軽減も図れるよう配慮している。		
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。	メニューは事前に一週間分ごとに職員が考えているがそのときも利用者を交えて希望を聞きながら考えている。食事の支度はその方の能力に合わせた個別の作業を行っている。		

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。	できるだけ希望に添えるような提供しているが健康、身体面においてカロリーの制限や水分の制限があるかたもいるため個別対応となっている。また、今のところタバコを吸う利用者はいない。		
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。	尿意の有る無しにかかわらず必要に応じてケアプランに記載し個別に対応している。		
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。	できるだけ希望に沿った入浴援助ができています。入浴した日にちを記録し満遍なく均等に入浴できるよう配慮している。		
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。	その方のそのときの状況に応じて随時対応しているが基本的に日中の活動を増やして夜は安眠できるような生活リズムを考慮している。寝つきが悪いときなどは可能な限りそばにいて安心を促したりすることでよい睡眠に導ける配慮を心がけ眠剤等の使用はできるだけ避けている。		
(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。	センター方式シートから力を引き出せるような考察を行っている。また半年に一度の立案時にも再アセスメントを行い、ご本人にとっての張り合いや喜びを導き出そうとしているが、お一人の可能性を広げていくには長い時間がかかるため根気良く取り組んでいる。日常的な場面では食事作りや大工仕事、外出や行事などについて利用者と相談しながら行っている。		今後もチームでのカンファレンスやスタッフ個人の気付きを引き出し、ゆっくり時間をかけ個別の喜びを探す取り組みをしていきたい。
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。	ご家族の協力を得てお小遣い程度の金銭を所持している方がいる。買物や床屋などに行ったときにご自分で支払いをしていただくことでその能力を維持できるよう努めている。		

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。	外出の希望に応じてそのつど出かけている。外出の頻度が少ない方にも天候の良いときは随時声をかけて誘っている。また週に一回食材の買物に近くのスーパーに出かけている。歩けない方は車椅子を利用して出かけている。		
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。	日常的に頻度は多くないが普段行けないようなところで行きたいという声があればかけている。また行事のひとつに温泉一泊旅行を毎年行っている。ご家族も一緒に行けるため喜んでいただいている。		
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している。	その方の能力に応じボランティアの協力を得ながら暑中見舞いや年賀状を出す支援を行っている。		
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。	面会時間を設定せず、夜間以外は施錠していないので馴染みの方たちが何時でも訪問できるような環境にある。また、希望に応じて夜間でも訪問できるよう柔軟な対応を行っている。実際いつでも気軽に来てくださることが多い。		
(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。	毎年職員は研修に行っており、その伝達講習を行っている。日ごろの細かな部分まで詳細に話し合い、身体拘束(スピーチロックについても)をしないケアを心がけている。実際身体拘束はない。		
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。	職員は鍵をかけないことの理解ができており、鍵はかけていない。		

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)
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。	安全でありながらあたりまえの生活が理念となっており、常に考えられるような取り組みをしている。日中であれば自分以外の職員がどこにいるかなど思索しながら、利用者の安全を確保できるよう支援している。		
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。	利用者個々の状況に合わせて何が危険かを把握するようにしている。危険な行為があった場合は「ひやり・はっと報告書」にて話し合いを持ち随時検討している。物をなくしてしまうのではなく、自然な形で安全が確保できるような取り組みを行っている。		
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。	安全対策としては「ひやり・はっと報告書」にて報告、分析、対策の検討をカンファレンスごとに行っている。個別に事故が発生しやすい方についてはケアプラン上でも検討し立案している。また突発な緊急事態については内部研修会や外部研修会などで各自勉強する機会を設けている。		
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。	個別に市で行っている心肺蘇生法の一般受講を受けている。事業所として定期的には行っていない。内部研修において勉強している程度である。		緊急時マニュアルを作成しているが、実際その場に携わらないと対応はできない場合が多いと思うので、定期的に勉強会を開催していく。
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。	事業所内では避難訓練等年に2回消防署と連携して行っている。災害時に町内会との連携を図るために運営推進会議において話し合いを重ね連絡網の整備や連携についての取り決めがある。		
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。	転倒などが発生した場合には、管理者がそのつご家族に報告し、今後のリスクを含め話し合っている。リスクがあってもできるだけ自由で安全に生活できるよう、理念の基、希望を伺いながらケアしている。		
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援			

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)
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。	体調の変化に気づくようケアプランにも上げて取り組んでいる。変化に気づいたときは管理者へ報告し、そのつご家族へも連絡し対応している。		
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。	薬の説明書は記録物と一緒に掲示してある。また新しい服薬については随時その効果や副作用について職員に説明を行っている。利用者一人ひとりの定期薬の効果や副作用については一度職場内研修で取り上げたが定期的には行っていない為、把握できていない職員もいるかもしれない。		特に職員が入れ替わったときには職場内研修で取り上げていくようにするか個別に指導していくか検討したい。
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。	便秘の予防については各利用者の排泄の状況を見極めながら対策を講じている。また職員には便秘予防に繋がるような献立のたて方も指導している。頑固な便秘の方には摂取水分の把握や活動の見直し、食事の嗜好の問題などあらゆる点から便秘を改善できるような取り組みを行っている。下剤や坐剤を使用している方でもその量や用法について主治医と相談しながら決めている。		
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。	状況に応じ個別に口腔ケアをアセスメントし行っている。口腔ケアに関する研修会に参加した職員が職場内で伝達講習を行ったり、今後も職場内研修の予定がある。		
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。	カロリー計算は行っていないが、一人ひとりに合わせた栄養摂取、水分補給を必要に応じて主治医と相談しながら行っている。個々の食事摂取量についてはアセスメントシートに細かく記載している。徐々に摂取が困難になってきた場合でも食事の形態を変えるなどの多様な工夫をしながら口から食べられる支援を続けている。		
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)	感染症予防の勉強会を行っている。発生した際のための備品も用意しており、また毎日の清掃に関しても感染に留意した対策を行っている。インフルエンザに関しては利用者・ご家族・職員も理解を得て毎年予防接種を行っている。今年1月に事業所内でノロウイルスが発生したが勉強会での取り組みが活かされ重症者が出ずに済んだ。		

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	<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>	必要以上の在庫、作りおきなどしないように徹底している。週1回の冷蔵庫清掃時に賞味期限等を確認し衛生管理に努めている。食材は毎日のように配達され新鮮で安全なものを使用している。		
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>	木のぬくもりのあるたたずまいで、玄関先には草花が植えられ、親しみやすい雰囲気になっている。また玄関の門は以前の外部評価において、開けていたほうが開放感があるとの指摘から随時開放し入りやすくしている。		
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>	ホール内は季節感のある装飾品を飾るなど工夫している。居間には明るい日差しが差し込み、あたたかな雰囲気があり過ごしやすい環境となっている。また台所がすぐそばにあり生活感があふれている。		
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>	食堂以外に居間、くつろぎの場、廊下の突き当たり、玄関ホール等思い思いに過ごせる場所がたくさんある。		
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>	自宅で使用していた家具等を持ち込んだ個別の居室となっている。ご家族と相談しながら過ごしやすいものになるよう工夫している。		
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。</p>	建物全体には24時間換気システムピアラを採用している。また例年10月から6月までは定時に湿度・温度調査を行っている。調査を行っていない時期でも常にホール内や個室の温度などに配慮して換気を行っている。		
(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				

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>85</p> <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>	<p>バリアフリーで随所に使用しやすい手すりや椅子を配置し、自立歩行がしやすいようになっている。</p>		
<p>86</p> <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>	<p>様々な作業のなかでも個別の能力に応じて、できる部分の力が引き出せるようなかわりを工夫している。昔ながらのポットを使用したり、茶わん拭きなどもそのつど行って混乱が起こらない配慮をしている。個々の状況に変化が生じた場合には都度カンファレンスで検討し能力に応じた支援が出来るように検討している。</p>		
<p>87</p> <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>	<p>居間に面したウッドデッキでは草花を植え観賞したり、椅子で日向ぼっこをしたり、活用し楽しんでいる。人員の問題でなかなか手入れする時間がないがボランティアや利用者の協力を得ている。</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 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

. サービスの成果に関する項目	
項目	取り組みの成果
96	<p>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</p> <p>ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに ほとんどない</p>
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 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 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 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 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)

看護師が2名配置されており健康管理面で手厚く、些細なことでも連携機関とコンタクトをとり指示を仰ぐことができ安心を提供できており、今年になってさらに2名の方の看取りを行った。この経験はスタッフ各個人に大きな自信と介護観、死生観を考えるいい機会になり今後に役立てていけると思う。日ごろの実践は認知症ということにこだわらず、偏らず、人と人が関係性を持ちながら生活する場として、自分自身の存在がどうあるべきかを考える場所となっている。生活されている方たちの希望やニーズが表出しやすいような雰囲気づくり、介護される人ではなく「生活主体者」を特に意識した生活、生き活きた生活の場を提供できている。そのためにケアプラン作成時にはセンター方式を使用しスタッフも担当制にし、多様な角度からアセスメントでき、カンファレンスで十分に話し合える環境を今後も構築していきたい。