

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	有)マザープランニング代表取締役 小野哲朗	評価実施年月日	平成21年9月1日～平成21年9月25日
評価実施構成員氏名	加藤孟、吉田幸子、吉田喜久子、栗田まゆみ、戸塚美佐子、郷野香織、佐藤愛美、原下和美、菅野千雅		
記録者氏名	加藤 孟	記録年月日	平成21年10月31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>地域密着型サービスのための事業所独自の理念を作成している。</p>	<p>○</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>理念を共有し取り組んでいる。</p>	<p>○</p>	<p>理念があつてのサービス事業を、管理者も職員もともに自覚するように心がけたい。</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>取り組んでおり、家族にも周知している。しかし、地域住民までは浸透していない。</p>	<p>○</p>	<p>事業所の理念が地域に理解されるような周知方法やイベントなどのあり方を考えてみたい。</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>日常的とはいえないが、隣や近くの幼稚園との交流を大切にしている。また、各種行事に招待し多くの方が来てもらうようにしている。</p>	<p>○</p>	<p>地域の方が認知症である利用者と気軽に接するためには、やはりある程度認知症という症状を理解しておく必要があるように思う。</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>福祉運動会や産業祭り・花火大会などの地域行事に参加するように努めている。</p>	<p>○</p>	<p>利用者の重度化が進行しており、行事に参加する者は限定的になってきている。</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>取り組んでいないというのが実態である。</p>	<p>○</p>	<p>専門知識を有するものも存在するので、地域貢献に資することを勧めたいと考えている。</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 (既に取り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>評価の意義を理解し改善に役立てるように努力している。部分的には改善しているところもあるが各項目毎の具体的な検討までに至っていないのが現状である。</p>	○	全ての項目は難しいが、必要不可欠なものは協議し改善に努めている。
8	<p>○運営推進会議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>年に一度は開催しているが、2ヶ月に一度の開催はされていない現状である。委員の行事参加や毎月のホームだよりや情報提供により、忌憚のない意見を聴取する様に努めている。</p>	○	委員は無報酬によって委任している。これら報酬性にすることが必要なのか検討したい。
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> <p>標茶町地域包括ケアサービス会議にケアマネジャーが参加しており、町行政担当者との交流を図り、サービスの質向上、制度改正などの状況確認を行っている。</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。</p> <p>職員会議の中で制度の趣旨や必要性を話し合っている。なお、町行政や町社福協とも連携しながら対応している。</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ように注意を払い、防止に努めている。</p> <p>ケアカンファレンスで法律の根拠を説明し、その重大性を理解し防止に努めている。</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>入居時に本人及び家族に契約並びに重要事項説明書の内容を詳しく説明し、極力内容の理解と納得を得るように努めている。</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)
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。	日常的に利用者に声掛けして、心配事や意見・不満などが無いかを聴き取るように心がけている。	○	利用者、家族を含め誰でも運営について忌憚無く意見が言える雰囲気を作っていきたい。
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。	面会時や毎月の便りで生活ぶりなど紹介すると共に、利用料請求書の通信欄で個別に健康状態や生活状況を知らせている。また、緊急時は電話、もしくは自宅を訪問して経過を話すようにしている。	○	
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。	常に意見や不満、苦情があれば忌憚なく口頭、電話、手紙などで聞かせてもらえるように呼びかけている。	○	
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。	事は大事に至らないうちに苦情、不満は常に提案・提言できるよう環境を作り、運営に活かすように努めている。	○	職員の希望や苦情は管理者から運営者に伝え、改善・対応するようにしている。
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。	限られた職員体制では、可能な範囲で利用者の状態・変化に応じ他勤務の調整に努めている。(就業規則では日勤9時00分から18時00分を、夕食の介助・見守りを重視するため9時30分から18時30分まで。また夜勤は19時00分から翌日8時00分を起床時のアンバランスによるオムツ交換や朝食介助・見守りの頻度が高い時間帯にあるため、翌日の8時00分を9時00分までとして安全性を高めるようにした。)	○	利用者や家族の要望・状況により可能な範囲で臨機応変に対応したい。 (職員の賃金対応は考慮している。)
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。	1ユニットで異動はないが、離職を少なくするため処遇の改善に努め、利用者へのサービス低下を招かないよう努力している。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	○印 (取組んで きたい項目)	取組んでいきたい内容 (既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。	介護技術や認知症ケアの重要性を自覚し、自己研修の意識高揚を促し、法人内外の研修・講習会の受講に努めている。	○	個々に合せた研修や職員のレベルアップは重要である。学習の機会を更に増やしたい。
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。	同業者との交流は少ないと思っている。他介護施設、地域包括支援センター、町社協、町行政との交流機会を重視し、サービスの向上に役立てている。	○	道GH協議会道東ブロックでの研修会や交換研修の参加、受け入れを行っている。
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。	入居者が重度化してきていることに伴い、職員の疲労度やストレスの蓄積が懸念されるので、心配事や不満など提言があれば些細な事柄でも相談したり、話しかけたりするように呼びかけている。ケースの具体的な取り組みが十分でないと思う。		自らのストレス解消も必要であるが、職場として具体的な環境づくりが必要である。
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。	常に職員には介護業務の難しさを認識し、研鑽を図ることにより認知症ケアの重大性を理解して執務することが大切である。また、勤務条件の改善に努力し、経営概要を説明しつつ理解して働けるように努めている。	○	職員の意見が反映されるように努力する必要がある。
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。	入居当初は特に全職員が意識的に本人の訴えや希望を聴き取り、不安を少しでも減らすように努めているが十分とはいえないところがある。	○	認知症という症状(患者)からの聴き取りはきわめて難しさがあるので、専門的知識と十分な時間設定が必要であるため、信頼関係が必ずしも構築されているとはいえない。
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。	入居に当り、最初は本人からの相談は殆どなく、家族から本人を入居させたいという相談から始まるケースが多い。入居前にGHを訪問されたときに、ホーム内を案内し、情報公開票により概要を説明し、生活の実態やサービス内容などを話し、出来るだけ意見交換して疑問や不安を解消するように努めている。また、入居後も家族が来訪した際に話を聞くように努力している。	○	毎月の通信で入居に当たっての心配事や苦情を寄せてもらうように周知しているが、我慢しているのか？殆ど苦情らしいことが聞かれないのが不安である。

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。	本人、家族と時間を掛け話し合い、そのときのニーズを外部機関とも連携しながら解決するよう努めている。		
26	○馴染みながらのサービス利用 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。	当GHはディサービスやショートステイの利用もなく、自宅や病院から直接入居するため、本人は当然自分の家でないため不安があり、最初から馴染めるわけではないが、声掛けしながら少しでも不安を解消し、共同生活の雰囲気に慣れてもらうよう家族とも相談して、共同で日常生活できるように努めている。		
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。	本人から体験談を聞いたり、一緒にやれる遊びなど互いに行動するようにしている。	○	一緒にいる時間を増やして、学んだり支援し合ったりしたい。
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。	出来るだけ家族と共に本人を支えるように心がけている。ただ、家族の中にはホームに入居しているという事で安心して来訪が極めて少ない家族もある。「職員は家族にはなりきれない。やはり家族が一番です。」と家族に強く呼びかけている。	○	家族の来訪少ない方が見受けられるので、常に身内の方の訪問を呼びかけ、その中で様々な生活上のあり方を話し合っていきたいと考えている。
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支援している。	「職員は家族にはなりきれない。やはり家族が一番です。」と家族に話すようにしている。	○	本人と家族の面会の機会を増やしたい。
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う、支援に努めている。	これまで通っていたお店や理容・美容室などに継続して行けるように、本人に確認して支援している。しかし、年々利用者が重度化してきているので支援のあり方の難しさを実感している。	○	これからも本人の希望を叶えられるように努めたい。

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。	一部の利用者は話が通じて、支えあえる部分も見られるが、認知症の重度化に伴い、会話がかみ合わないため話の継続性が失われるのが実態である。	○	利用者同士の意思疎通は難しいが、可能な限り職員が仲介しながら、少人数での支え合いを確立したい。
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。	退居等により契約解除となるが、継続で在宅や他の施設で生活される方においては、十分な引継ぎを行いつつ、連携をとり情報の提供を行うようにしている。		
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。	全てをかなえるのは難しいが、本人の思いを大切にし、職員同士が協議してその方向で努力している。場合によっては家族の意見を拝聴することもある。	○	少しでも本人の思い・意向をつかみ、その人らしい暮らしが出来るようにしたい。
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。	本人や家族からの情報と職員から観た状況を提供し、共にその情報を共有しながら、センター方式を活用してこれまでの経過などを把握するように努めている。	○	生活歴は本人からも聴取するように努めているが、家族から聴き取ることが多くある。それら可能な限り介護計画に盛り込むようにしたい。
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている。	把握に努めているが、一人ひとり本人の残存能力を引き出しながら、日常生活で実践・反映させる難しさを感じている。	○	更に木目細かな利用者個々の現状を把握し、小さな変化にも気配りながら日常生活に活かしていきたい。
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。	本年4月から計画作成担当者が中心となり、スタッフ間で協議して、33、34、35の状態を把握しアセスメントして作成している。	○	完全なものとはいえないところがあるので、今後本人の思いをより組み入れる介護計画を作成したい。

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)
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。	毎月1回のカンファレンスの他、本人・家族の話し合いで必要に応じて見直しを行い、その都度新しい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。	4月からケアプランも入れた個別記録と1ヶ月毎のまとめの記録を作成して、情報の共有化と効率的な見直しができるようにしている。	○	業務日誌、個別記録、介護計画書の連動性のある記録書式、システム化ができるようにしたい。
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。	本人の要望で美容・理容室や商店への買い物に職員同行したり、また、家族が本人と共に一時帰宅や外食など、その時々ケース・要望で柔軟に支援、対応するよう心がけている。しかし、職員に余裕がないため十分に要望に応えられない事がある。	○	出来るだけ本人の要望が叶えられるようにしたい。
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。	高校生のインターンシップやボランティアの受入などを通じながらフォーマル・インフォーマルの社会資源と協議しながら支援するようにしている。	○	
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為の支援をしている。	介護タクシーの利用、地域包括支援センターとの情報交換をして、必要時に迅速な支援ができるようにしている。	○	SOSネットワークなど関係機関・団体との連絡調整は地域包括支援センターで行うが、更に具体的な取り組みを確立しておく必要がある。
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。	地域包括支援センターの運営委員のメンバーに当ホームのケアマネジャが参画しており、会議に出席し必要な情報提供及びセンターの協力や情報を迅速に受けながら、必要な対応ができるように心がけている。	○	町が行う地域支援事業(地域包括支援センター)の内容や動向を常に捉え、連携しながらその事業推進を協働化していきたい。

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 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。	在職している看護職員を中心にしながら、日常の健康管理を行っている。町立病院及び民間歯科医院と医療提携しており、一般受診はもとより健康管理の指導を受けている。		
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。	地元で認知症専門医が不在なので、必要な方には家族に説明・同意を得て専門医の受診治療をしてもらっている。また、入居前から通院している人には途切れることなく家族と受診し相談を継続している。		
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。	GHの管理者は准看護師、ケアマネジャは看護師である。また、町立病院の看護師とも入退院時には、連絡書を交換し合い、外来看護師とも必要時に相談、連携をとっている。		
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。	家族、主治医と相談・連携をとりながら、医療法上入院を要さなくなければ、早期に退院出来るよう体制づくりに努めている。	○	
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。	家族や主治医と相談しながら、本人・家族の負担がかからないような医療体制を加味しつつ、終末期のあり方を共通認識できるように心がけている。	○	出来れば家族と協力しながら終末期での見取りの体制を確立したいと思っている。
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。	年々入居者のADLが低下しており、限られた職員では十分なケアが行き届かない面がある。主治医の意見を参考にしながら家族とも相談し、医療機関や特養、療養型病床群等の入院・入所も検討している。		

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>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>入居の際、本人の希望というより家族の切実な介護疲労を解消したいという要望から、入居を希望するというケースが多く見られる。そのため入居ご本人の帰宅願望が強く出現するケースが見受けられる。本人の生活歴や近くの知・友人などを紹介してもらいながら、住み替えのダメージ緩和に努めている。</p>	○	<p>本人のダメージを防ぐには、入居前に家族から本人に説明、納得してもらうことが必要に思うが、認知症という病気に侵されているため、その時点で本人が理解したとしても後刻に至りその効果(理解度)は望めないと思う。</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>プライバシーや個人情報の保護の取扱いは細心の注意を払うよう心がけている。</p>	○	<p>個人情報保護法の趣旨を根本的に理解し行動できるよう、職場内で周知研修を図りたい。</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>本人の思いや希望を聞き出したり、自己決定できるように支援しているが、その思いなどを十分叶えられていないのが実態である。</p>	○	<p>出来るだけ一人ひとりの利用者に声掛けて、その方の思いを聞き受ける体制づくりをしたい。</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>出来るだけ一人ひとりにペースや希望に添えるように努めているが、職員の人数に限界があり、十分その人らしい暮らしが出来ているとはいえない現状である。</p>		<p>日常的には対応が無理でも、日内で部分的に対応する時間を増やしてゆきたい。</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>通い入れた美容室へ行けるように支援している。また、日常的に自分の化粧道具を用いて化粧行動してもらうように支援したり、行事の際に職員が化粧を手伝ったりしている。</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>利用者が重症化しているため職員と一緒に準備、調理することは以前と比べ極端に減少している。利用者がどんな料理が食べたいかを聞いて、その料理を調理して食べることもある。一部の方で声掛けて準備に参加してもらうことがある。</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。	希望があれば酒やタバコは提供するようにしている。現在の入居者で喫煙者はいないが、毎日晩酌したい方がいるので、夕食前に本人の希望量を調べて提供している。ホームが提供する飲み物やおやつ時間に、出来るだけみんな一緒に居間に集まり談笑するようにしている。なお、自らのおやつ別立ての要望は見受けられない。		
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。	本人の意向を尊重して失禁の少ない入居者はオムツ等は極力使用しないよう心がけ、本人の排泄パターンに従ってトイレ誘導をするようにしている。なお、失禁が多く排泄パターンが不順でトイレ誘導が困難な場合はオムツ(紙パンツ、尿取りパット)を使用している。	○	一人ひとりの排泄パターンをきちんと正確に把握することで、オムツ使用を減らすことが出来ると思うので継続して行きたい。
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。	高齢化・重度化してきていることが要因なのか、入浴を拒否する事が多くなってきている。一時夜間入浴を試みたことがあるが、就寝時間が速いことや職員の配置の難しさもあり、中止した経過がある。現在は午後からの入浴で定着し、入居者からの不満などは特に聞かれない。	○	入居者の重度化に伴い入浴は日中に行っている。浴室ではBGMを流して入浴を心地よくする工夫を行っている。なお、特養のような機械浴の必要な入居者はシャワー浴で対応している。
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。	なるべく睡眠薬を使用しないで入眠できるよう支援している。どうしても眠れない人は医師の処方により眠剤を使用することがある。また、夜間覚醒する方で眠れないと訴える人には、ホット牛乳を提供したり、話を聞いたり、声掛けしながら安心して入眠できるようしている。		
(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。	日常生活に楽しみや張り合いが持てるように努めている。	○	興味ある事を見出して支援するように努めたい。
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。	重度の方はお金を所持する、使うという認識はないように思われる。認識している方は個別に小遣いを持って自由に使えるようにしている(家族には、紛失しても余り支障ない金額を持参させるように依頼している)。一部金銭管理できない方は事務所職員が家族と協議の上管理している。		

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。	屋外散歩や買い物に出かけるように心がけているが、重度の方が多いため自力歩行・車椅子の自力運転は困難な方が多いため、外出する際は一人ひとり職員の付添いが必要なため、希望あるいは望ましい外出の支援が出来ないのが現状である。	○	暖かい日など重度者も近くの公園を利用して木々や草花を觀賞したり、短時間でも極力外出するように努めたい。
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。	全員で出掛けるためには家族やボランティアの協力が必要になる。以前は職員だけでも釧路のデパートや花見に出かけていたがここ1年くらい遠出はしていない。一部軽度の方で日帰り遠足(ドライブ)することがある。		
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。	本人が家族や友人に電話でお話したいときは、出来るだけ希望に添えるように支援している。(自ら手紙を書く、出したいという意思は働かないようである。)		
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。	家族には本人への訪問・面会を出来る限り多くされるよう強く要望している。「職員は家族になり得ない」ことを伝えている。友人・知人の訪問も気軽に出入りしていただくように呼びかけている。		
(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。	法律の趣旨・目的を周知し、運営者及び全職員で意識的に対応するように取り組んでいる。		
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。	日中は何処も施錠はしていないので、入居者の見守りや行動観察しながら対応している。夜間は職員一人配置なので、非常口や玄関・窓も全て施錠している。(施錠時間は夜勤者帰宅後20:00~翌日早出出勤前6:30まで)		

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。	日中居室で過ごしている方もいるので時々様子を窺ったり声掛けしている。夜間は時間を決め巡回して様子を見ながら、入居者によってはトイレ誘導する人もいる。	○	
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。	職員が見守りしながら使用するようになっている。自己管理できる方は使用中や保管時に危険がないように声掛けし、確認するようになっている。	○	継続して実行したい
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。	事故防止を図るため常に入居者の観察と洞察性を高めて見る目を養うことが大切である。また、周囲の危険度のある物品等の整理整頓を行い、事故発生の起因する状態を事前に除去することが大切である。なお、ヒヤリ・ハット事故報告書の記録を義務付け、報告書に基づいてケアカンファレンスでケース毎の検証するように努めている。	○	継続して実行したい
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。	事故防止や救命に関する応急手当の訓練を地元消防署の協力で、救命講習会を全職員が受講している。	○	継続して実行したい
71 ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている。	毎年防災訓練を消防署の協力で火災・自身時の訓練講習を通じ、非難・救助方法を身につけるようになっている。	○	継続して実行したい
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。	認知症及び身体の症状が重症化しており、家族が来訪した際や通信を通じて、本人の現在のリスク状況から日常的に注意すべき点について説明し、理解していただき、本人を余り抑圧しないで生活できるように話し合っている。	○	継続して実行したい

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 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。	自ら体調の変化を正確に表現できないことがあるので、毎日のバイタルチェックを通じながら、その時の行動や表情の観察をして、体調の変化を早期に発見するように心がけている。後刻の勤務者への口頭引継ぎで説明を加え、日誌や連絡ノートに記録し職員全員がその情報を共有できるように対応している。	○	健康管理は生活面の大きな役割を占めるので、見極めの難しさもあるが、見守り観察を続け今後も継続し重視していきたい。
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。	利用者の処方薬は全て職員が管理している。利用者が通院した際に処方された「あなたのお薬リスト」を卓上に備えており、職員は処方箋により薬の名前、処方量、効能効果、注意事項の点検を確認し、各利用者毎に投薬カレンダーにその日の担当者が配布しておき、投薬時(食後など)に職員から利用者へ手渡し(直接服用させる場合もある)服用を確認している。	○	継続して実施する。
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。	それぞれの症状により水分調整やセンナ茶の提供で対応しているが、症状が持続強固な場合は早めに受診し、事後処置の方法について医師から指導を仰ぐように心がけている。	○	継続して実施する。
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。	口腔清掃を拒否する方もおり、全員が口腔衛生が良いとはいえない。拒否する方には食後お茶を提供したり、うがいの励行を促して出来るだけ口腔内の清潔度を高めるようにしている。	○	今後職員の口腔衛生・清掃の支援の仕方を学習し、一人ひとりに応じた効率的な支援を工夫したい。
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。	職員は一人ひとりの状態をチェックシートで確認しながら、食事摂取の状況や水分の摂取量を十分出来るように努めている。なお、栄養学的な詳細な分析は出来ないが、余り偏らない栄養バランスを意識し、検査簿を見ながら重複しないメニューで調理するように心がけている。	○	健康管理上重要な要素なので継続実施したい。
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)	感染症予防マニュアルに基づき対応している。予防の方法など技術的な措置は行政の保健指導を仰ぎ予防対策を重点に進めている。	○	継続して実施したい。

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)
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。	共同生活なので食中毒の発生は厳に認められない。使用後の台所の清掃はもとより、夕食後の調理器具の使用が終了したら、塩素系希釈液に浸して消毒したり、物によってはアルコール消毒する場合もある。出来るだけその日の食材はその日に購入するようにし、長期保存はしないように心がけている。	○	継続実施する。
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。	玄関を出るとき、訪れたとき誰でもちょっとした植物や花があると心を癒す効果があるので、花壇に花を植えたり、プランタを配置して馴染みやすい環境づくりをしている。	○	更に親しみやすい環境づくりをしたい。
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。	大きな文字のカレンダーや季節がわかるタペストリーを貼るなどで視覚的に季節を感じるように努めている。	○	利用者や職員にアイデアの提案を促している。ただし、急激な環境変化が利用者にとって、それが戸惑いにならないよう気配りしながら進めたい。
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。	食堂食卓以外にソファやベンチ、畳などあちこちに配置してあるので、その時の気分で一人で好きなところで物思いにふけったり、2,3人で好きなところに掛けて語り合ったり出来るようにしている。	○	更に改善工夫したい。
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。	入居前の居室は暖房用のスチームだけ備えてあるが、入居時に本人や家族に照明電気、カーテン、カーペット、タンス、ベット、ソファなど多少傷ついたり汚れたりしていても、出来るだけ本人がなじみ、見慣れ、使い慣れたものを居室に持ち込んで欲しいとお願いしている。日頃も本人の意向を聴き、家具の配置や空間を作り、本人が落ち着いて過ごせるように居場所(居室)づくりを支援している。	○	更に心地よい居場所づくりの工夫をしていきたい。
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のおよみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないように配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている。	居室の換気は時々窓を開けるなど対応しているが、一部トイレに窓がなく換気機能が弱いので臭いがこもるので、こまめに換気扇の掃除をするようにしている。居室やロビーの温度・湿度も温度計・湿度計を見ながら調整するようにしている。	○	トイレの換気機能を強化したい。

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 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。	ホーム内はバリアフリーになっている。廊下やロビー、トイレ、浴室には手摺を設置している。ロビーは比較的広く造られているので、リハビリを兼ねた歩行(移動)にも役立っている。しかし、利用者が重度化するに連れ、居室から目的の場所まで遠いため、移動の困難さが見られるようになった。	○	寝たきりに近く立位保持が困難になっている入居者が浴槽が広いため利用しづらい入浴施設になっている。浴槽の改修が求められている。
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。	トイレの場所、自分の居室が解るように大きな文字で表示したり、混乱や失敗を減らすようにその人にわかり易い、目印になるようなものを入口に置いたりしている。	○	更にわかりやすいようにする工夫を検討したい。
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。	外には犬を飼育して犬にオヤツを与えたり、遊んで楽しむ入居者がいます。外回りに花壇を作り四季の花を觀賞しながら、ベランダで日向ぼっこして寛ぐようにしている。冬の降雪時は早期に除雪し、非常口の避難経路を確保し、ベランダの広場を利用して、雪ダルマやかまくらなど造り、アイスキャンドルやイルミネーションを飾り付け、厳しい寒さの中でも夜の雪明りを窓越しに冬の風情を楽しむことが出来るように努めている。	○	試行を凝らし、利用者が楽しんだり活動できる雰囲気・環境づくりを進めたい。

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 3
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 ②
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 ②
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 ③
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 ①

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 ②
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】

1. 重度の利用者が増えているので、職員の介護知識、技術を向上するため研修会や講習会への参加を積極的に勧めたい。
2. 外部研修と併せて職場内研修の推進を図りたい。
3. 軽・中度者の生活向上と身体機能保持を図るため、日常生活リズムを整え、利用者の出来る生活作業を共に行うようにしている。
(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)