

# 地域密着型サービス事業者 自己評価表

( 認知症要支援予防介護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	有限会社 碧 グループホーム むつみ	評価実施年月日	平成22年2月1日
評価実施構成員氏名			
記録者氏名		記録年月日	平成22年2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 (既に取り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。	地域密着型サービスとしての理念 開設当初の理念を見直し、新たに作り直した「のんびりと本人らしく生き生きと地域の中で過ごせる様な関係を持つ」と言う独自の理念を持って、スタッフや家族が入所したいと思えるようなグループホームを目指し努めたい。		地域密着と言ってもなかなか思うようには、行かない感じがする。もう少し地域の人達にも理解して頂きたいと考えています。
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。	理念の共有と日々の取り組み 職員全員が常に理念を意識、共有し理念にもとづいた利用者への支援を心がけている。毎月実施しているケアカンファレンスや研修報告会にても、理念を振り返り理念にもとづく支援の質の向上に向けた話し合いの場を頻繁にもうけている。		
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るよう取り組んでいる。	家族や地域への理念の浸透 利用者様、ご家族へは入所時及び面談時にお話し理解を頂いている。		地域の方への取り組みについて運営推進委員会等で理解して頂けるようお話ししていきたい。
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。	隣近所とのつきあい 立地が商業地区である事もあり、近隣の世帯との付き合いは少ないが買い物や散歩等の様子を近隣者が見て、「ここに、こんな人達がくらしている」と言った認識は広まってきており、認知症への理解も得られる様になって来ている。		もう少し近所付き合いがあっても良いと感じています。
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。	地域とのつきあい 町内会の方と何度か話し合い、町内活動への参加を申し出たがグループホームや認知症への御理解を頂けず正式に町内会会員とはなっていない。しかし、話し合いをもった事で夏祭りへの参加や行事への招待、町の広報誌が届くなどの具体的な交流と御理解の結果が少しづつできてきている。		今後も継続して町内会活動等への参加を申し入れ、話し合って行きたい。
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。	事業者の力を活かした地域貢献 標茶高校のインターンシップ実習の受け入れを通じ貢献と言うより、グループホーム入居者又、高齢者への理解を深めて頂いている。又秋の標茶町文化祭への作品展示に参加させて頂き、文化祭へも足を運び交流を持っている。		利用者支援のみであり、地域の御高齢者への取り組みは行っていない。推進会議又地域の方との話し合いの中で何かを受けるだけでなく、GHで出来る事があれば行って行きたい。小さな事でもよいので具体的な事を模索中。

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	<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>自己評価をするに当たり、評価表を職員全員に配布し個々が支援の振り返りの機会としています。その後全員にてグループホームとしてのまとめを行い、前回の評価が支援に生かされているのか、改善の余地はあるのか、改善への努力はなされたのかを検討し取り組みました。</p>	<p>設備に対しては取替えや新規設置等やや困難な状況ですが、小さな工夫や知恵にて利用者が安心出来る居住環境に成るよう努めています。</p>
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、そこの意見をサービス向上に活かしている。</p>	<p>現在は会議を1回実施したが、地域の包括センター、町の保健福祉課等へ働きかけ是非開催を3ヶ月に1回は実施するよう努めたいがH21年度実施出来ていない。</p>	<p>出来るだけ実施出来る様に努めたい。</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>	<p>町の介護福祉課担当者に対しては利用者へのサービスについて解らない事や要望等電話にて接触の機会も多い。</p>	<p>包括ケア会議への参加が毎回出来る様勤務調整を行いたい。</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>	<p>入居者個々の状況にこれらの制度が必要であるかの検討はされていず、御家族との関係において活用は慎重に為らざるを得ない実情である。</p>	<p>権利擁護の学習をし、グループホーム内での介護支援自体が入居者の権利擁護の観点に立って行われているのか等を皆で検討して行きたい。</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>学習の機会を持ち管理者はじめ職員へ周知の徹底を行っている。又、虐待に付いての学習会へも参加している。</p>	<p>グループホームでの介護支援が虐待ではないかを職員が注意し乍ら、判断出来る様に学習をして行きたい。又、日常で気になる事があれば皆で検討して行きたい。</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>契約時は金銭的な説明に加え入所後、起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応、医療連携体制などについて十分に説明をし、理解納得を得るように努めている。契約を急がず説明後、契約書を持ち帰ってもらい検討のうえ再度の来訪時に契約証を取り交わしている。</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 (既に取り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。	利用者が小さな不満等でも職員等に伝えられる雰囲気作りや、声掛けを行っている。受け取った事項に対しては可能な限り対処するよう努めている。又、同事業所の支援センター・ケアマネにケアカンファに参加して頂いたり、ホーム内で利用者と接して頂く事で、ホームの雰囲気等に対する感想や意見を頂いている。		
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。	家族の面会時には職員から声を掛け、利用者の最近の様子等について、お話をする機会としています。又、毎月発行の「むつみ便り」にて行事等の写真を掲載したり、受け持ち介護員からの近況の報告などにてご家族が利用者の日常の様子が分かり、ご安心出来る様努めています。金銭管理の報告は毎月の請求書郵送時に書面にて報告させて頂いております。		
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。	玄関に苦情箱を設置していますが利用された方は現在のところありません。面会時等にご家族にこちらから声を掛け、相談や希望、苦情を言えるような関係を築ける様努めています。		家族会を立ち上げ、家族も運営等に積極的に参加する事が必要と考えます。まずは御家族との交流会を開催したいと考えますが、入居者御家族が地方の方が多く実現していません。
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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている。	H21年度は運営者からの話合いの声は数回しかかからず、あらたまった状況報告等もありませんでしたが、現場に足を運び、職員へ声を掛け職場の状況の把握には努めようとする様子は有りました。		
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。	限られた職員のローテーションの勤務ですが利用者の状況や、行事等にて休日返上での対応を迫られる事もありますが、勤務調整に努めています。		
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。	急な退職でなく、事前に退職が分かっている場合は早急な職員の採用に努め、採用日からの現場へ足を運んでいただき、職場、利用者への理解をして頂く様にしています。		

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。	正職員は最低年1～2回の研修への参加を目標にし、希望する研修があれば参加できるよう勤務調整をしています。グループホーム協議会主催の他の施設での実務研修への参加、及び報告会を実施しています。又、資格取得を奨励し勤務調整に努めています。		今後も希望があれば参加させる様にしたいと思っています。しかし、研修や資格取得の為に個人にかかる経済的負担への援助が無く、もう少し援助して頂ける様働き掛けて行きたいと考えています。
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。	他市町のグループホームとの交流と勉強を兼ねた研修会を毎回交代で実施しており、お互いのスキルアップへの取り組みを行っています。		出来る限り交流をしようと思いましたがなかなか実施されておりませんが、H22年度は標茶、弟子屈のグループホームが交流会を持つ事が具体的と為っており、それを継続して行きたいと考えています。
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。	スタッフ間のコミュニケーションが良好であるように配慮し、新しいスタッフが何でも聞ける雰囲気作りに努めています。		
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。	運営者は話し合いの場で全員の意見を聞くよう努め、又現場へ足を運び、職員の仕事の状況や努力の様子を把握するように努めています。又、資格取得に対しては給与のアップを約束し向上心を持って仕事に望めるよう努めています。		
. 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 初め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作り、受け止める努力をしている。	ケアマネからの情報を受けた後本人との面談を行っています。利用者は病院や他施設入所中ですが足を運び、その時点での生活の状況を見せて頂き、又、直接御本人と面談する中で御本人の抱えている問題や悩み不安などを受け止めグループホーム入所でそれらを解消、対処できるのか検討させて頂いています。		
24 初め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作り、受け止める努力をしている。	相談を受け、ご本人との面談を済ませ検討後、御家族との面談を持っています。ご家族の抱える問題や悩み不安に対してグループホーム入居する事で、御家族が安心して御本人の生活任せられる様十分な説明に努めています。		

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 (既に取り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。	相談を受けた時点で現実的には御家族は御本人の居場所を探しております。グループホームについての十分な説明をさせていただきますが、まずは入居して生活をして、その時の御家族の悩みの解決に持っていくようにしております。その後については「先ず、入所して…」と言うケースが多いと思います。		
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、場の雰囲気徐徐に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している。	許す限りにおいて、複数回グループホームを見学して頂き、御本人、御家族からの御意見やグループホームの印象、生活上問題と感じた事等をよく聞き、受け止め安心して頂くよう努めています。		
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。	毎日を一緒に過ごす中で、昔話に生き方を学んだり、料理のちょっとしたコツを教えて頂いたりする事がありますし、昔からの行事食等はチョット適いません。菜園を細々としていましたがここ1年は入居者の高齢化もあり、職員が畑をして、チョットした気分転換や季節を感じて頂く為に収穫を一緒にして頂く程度と成っております。		
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。	御家族が面会に訪れた際、心配事や御意見、要望等があれば職員に気軽に相談出来る雰囲気作り、こちらからの声掛けに努めております。又、毎月の「むつみ便り」にて受け持ち介護者から通信欄へ入居者様の最近の具体的な様子や、御家族様へのお願い事を記入し御家族との関係を築く媒体としています。		
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。	ご家族の面会の際、利用者の日常であった良い出来事やエピソードをお伝えし、グループホームでの生活へのご理解を深めると共に御家族が利用者共感できる情報を提供しています。又、誕生日等の利用者の楽しんでいる時の写真を掲載したり、郵送させて頂いてご家族にも見て頂く等に努めております。又、面会がとおのいている御家族様にはむつみ便りにて面会のお願いを書かせて頂くケースもあります。		
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。	デイサービスに通われている知人の方の訪問等歓迎して迎えています。又、親戚等の高齢の方の面会時は職員も一緒にお話に入らせて頂き、利用者様の昔の生活ぶり等のお話を聞き、今と違った利用者様への理解を深める情報とさせていただきます。		

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。	H21年度は入所、退所が目立ち利用者の人間関係の確立が、ある程度の時間を要し、難しく感じる場面もありましたが、職員が新しい入居者を見守り、又、一緒にレクをする等して関係を作れる様に努めています。		
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。	退所した利用者がホームとの関係を必要としているか、否かは別とし、管理者が訪問したり、町内であれば職員が訪問したりし、様子を職員内で話をしたりはしています。が端的に言えば退所にて事業所としては関係が切れていると思います。		
. 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。	本人が希望や要望など意思を伝えられる対象者の場合は、毎日の会話等の中から介護員が得た情報を皆で共有し対応している。具体的には「買い物へ行きたい」や「美容室へ行きたい」など。意思表示困難な対象者に対しては、家族からの生活歴の情報や、入所後の生活ぶりの中から得られた情報を元に検討しプランをたてている。意思表示可能な利用者には居室にて面接を、生活しての心情等を聞きだしプランに反映する様努めています。		
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。	入所時家族にセンター方式アセスメント用紙のB-1, 2, 3を渡し生育歴、生活歴の情報収集の為に協力を得ようお願いしているが、家族も親の古い状況は分からないケースが多く用紙の回収が困難なケースが殆どにて、入所時に用紙を渡し情報を得る試みは中止している。入所時の面談、その後の御家族の来訪時、分からない情報を直接伺って情報を集めている。H18年から整理しているフェースシート、N02の内容を記入する事で最低限の生活歴生活環境の把握に努めている。入所して持参する情報は大まかであり、入所後面会に来られた御家族や御本人よりボロボロと情報が職員へ伝わる。情報をその都度追加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。	毎月の介護目標を立ててのカンファでの検討は中止している。カンファにて受け持ち職員からの問題提議またケアマネとしての問題提議をして検討しています。ケアカンファでの結果をプランに反映しますが、暫く様子を見て、プランの目標にそっていればプラン変更としています。又、入居2年3年と長い目での状況の変化が掴みづらくセンター方式アセスメント用紙のC1-1, D-1, 2を再度チェックし比較、評価する事としている。		入所長期に成っている入居者のセンター方式アセスメントの再チェックを是非実施したい。認知症重度の入居者の場合、半年単位で状況低下していると思われるが、経過が記録として残っていない。センター方式アセスメント用紙のD-1, 2を定期的にチェックして行きたい。
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。	初回面談時より、御本人、御家族がグループホームの生活に何を希望されているかのご意見は十分聞かせて頂きます。グループホーム入所し、実際に1月程生活する経過の中で問題や不都合があればカンファレンスにて介護員皆で相談、検討した結果を踏まえ介護プランを作成しています。初期プランが立つのに1月ばかりですが、御家族にも意見を求め確認のサインを頂いています。しかし、プラン内容に付いての御意見は頂けないのが現状です。		

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。	介護プランの見直しの期限になり、何か問題があればケアマネがカンファレンスにてプランの検討を申し出検討し必要であれば変更しています。それとは別に毎月のケアカンファにて受け持ちが何か問題があれば、問題提起、検討しプランの変更が必要であれば変更しています。プラン変更の中で御家族の協力が必要な場合等は「むつみ便り」にて受け持ち介護員が通信欄にてお伝えしています。期間に応じた評価、見直しは遅れ遅れで行っていますが、入退院等で状況が変わった時には取りあえずのケアプランはケアマネが立て経過を見て問題があれば修正する形となっています。		
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。	毎日の個別アセスメント用紙による記録と介護経過記録を書いています。介護をプランに沿って実施して頂く様に、ケアプランの用紙を経過記録と抱き合わせでファイルしています。記録もプラン上の利用者の目標は何なのかを念頭において書いて頂くようにしています。しかし記録が足りません。事故などの大きな出来事も後書きと成っている事が、ままあります。		夜勤者20時に経過記録全部に目を通し、一日のアセスメント記録でのポイントを経過記録に書いて行く様にする。
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。	デイサービスは同事業所内併設にて、時々利用者の希望もあり利用させて頂いている。又、支援センターのケアマネにも御支援をお願いしています。		
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。	具体的にはボランティア団体等もあり、行事等に何かをお願いする事も出来ますが、協力の依頼はしていない。H21年度としては標茶高校のボランティアの協力を依頼し、行事に参加、ご協力をお願いした。消防は避難訓練時、グループホームとしての注意点等詳しくご指導願った。		
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。	ホームケアマネ、管理者共夜勤もしており、主に対外的な対応を支援センターケアマネに依頼し、他の事業所関係者や包括センターケアマネ、医師等との関係を取り、協力をお願い等を行っています。具体的には他のサービスの利用はありません。		
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。	包括会議にケアマネ毎回参加出来ていないが、支援センター・ケアマネよりの報告受けている。又、重要となる事柄についてはセンターより連絡頂いている。入居者に付いて支援を頂きたい時にも動いて頂いている。		



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)
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。	主治医は包括会議に参加している医師とし、認知症に対して理解の深い医師としている。受診の際、本人が的確な医師への訴えが出来ない場合が多いので連絡ノート作り、最近の様子、問題と思われる症状、要望等を記入し持参、受診の際医師に見て頂いたり、付き添った職員が医師に報告している。		
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。	包括会議の委員である内科医を主治医とし受診時同伴した介護者が相談、状態の説明を行っている。認知症の症状についても相談し専門医の受診の紹介状を書いてもらい受診している。これからも、専門医の診断が必要な入居者が出てくれば主治医と相談し釧路の認知症専門医の受診を御家族と相談し支援したい。		認知症の診断を釧路の病院で受け、その後の受診をしていないケースがあり。大変ではあるが認知症の経過を正しく診て頂く為にも、定期受診を受ける様に援助して行きたいと考えています。
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。	ケアマネが看護資格者であり、日常の入居者の健康状態に対して、医療職としての観察をし、介護へのアドバイスをを行っている。何か受診時に医師へ報告したい状態があれば連絡ノートに記入し受診の際持参し報告して貰っている。町立病院に全員定期受診している訳であるが外来看護婦がまだ、認知症に対する理解が薄く、受診の際の対応に不満を感じる事もあり、包括センター等を通じて理解を求めて行きたい。		
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。	入居者が入院した時点で管理者より家族に対して説明行い、医師の説明には同席させて頂いている。入院中は時間の許す限り、毎日面会し状況の把握に努めている。入院時は個人の情報は十分に提供し、抑制を出来るだけ避ける様お話するが、どうしても治療優先であり退院時に認知症が著しく進んでいるケースが多く、出来る限り通院にて治療を受ける様努めている。		
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。	急変時の対応等については状況に応じ、医師からの説明と御家族の同意を得ている。現在は2名が同意書を頂いている。加齢に伴う変化等について、御家族にも受診時、年に一度位は同伴し医師の説明を受けて頂きたいが実行できていない。介護者から見ての変化等に付いてはむづみ便りにて御家族に伝えている。		
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。	ターミナルケアは取り組まない事と決定している。利用者がどの様な状態になれば、退所して頂き次の施設なり病院を検討するかは、先ず、1として「介助にても食事が摂れない」、2として医療的な処置が常に必要となるであるが、医療側の理解と協力が充分に得られているとは言えず、今後も医療側、又包括センター等とも連携を強くし準備がスムーズに出来る様に努めたい。		

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)
<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>入居者の殆どが特養を申し込んでおり、順番待ちの状況である。何時入居の声がかかるかは分からないが特養は定期的に情報があり、又特養の訪問面接がある。利用者が入院という場合は緊急であり、情報提供が送れたり、御家族に対しての説明が十分でないのか、後々に御家族の御理解がなかなか得られないケースがあった。</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>特にトイレ誘導等に配慮をしている。強度の難聴の入居者等に対しては手振りで居室やトイレへ誘導している。又、各入居者のプライバシーに係わる面談は居室に訪問し行っている。個人情報の使用時には管理者、御家族の許可、確認を取っている。</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>それぞれの認知症の程度が大きく違いがある為、個々の希望や要望に応じ対応している。それぞれの介護者が得た情報を引き継ぎにて共有し対応している。本人の納得が得られない時にも、強要はしないが毎日の働き掛けにて日常生活動作や日課に引き込んで行く様に働き掛けている。</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>個々入居者のペースに合わせて、居室で休みたい時は休んで頂いている。食事時間、入浴の曜日、時間は決めてあるが外出の用事があったり、身体の調子が良くない等の状況に応じて個人的に翌日に入浴して頂いている。自宅への外出に対しては御家族との連絡を取り許す範囲内で送迎をしている。</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>入居者が美容室へ行く事を希望したり、介護者が散髪が必要と感じた時行きつけの美容室へ車で送っている。美容室から苦情があった場合も許す限り職員が同伴し、無理であればホームへの出張や職員が散髪を行っている。</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>職員それぞれが食事当番になるが、入居者に「何を食べたいか」等尋ね、要望に応えられる様献立を立てている。又季節を感じられる様漬物を入居者と一緒に漬けたり、食材献立を工夫している。調理の中で入居者にお手伝い頂ける様な事はして頂いているが、台所は調理台が高く、又配膳スペースもないのでリビングにて個々に手伝って頂いている。</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。	入居者個々の嗜好を家族が来所した際の会話等から情報として得、誕生日やおやつ、水分の補給の工夫に活かしている。お酒の提供をしている。特に、御誕生日には御本人の希望を尋ね提供する事でお祝いの気持ちとさせて頂いている。		
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。	現在、リハビリパンツ使用者が8名中5名である。加齢に伴い、増えつつあるのが現状であるが、ある意味使用する事により、生活の質を排泄以外の事に上げて行きたいとも考えている。リハビリパンツ使用者中4名はトイレへの誘導をしている。		
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。	日常的な夜の入浴も試みたが、結局は入居者が希望せず、日中入浴となっている。試行錯誤で開所以来、入浴の頻度や曜日が変更となっているが、現在は毎日午後に入浴を3名づつとし、週に2回入浴となっている。曜日の変更は御本人の受診や外出等に応じ変更も可能であり、一度に少人数の為、ゆっくり入って頂けるし変更が可能なのでベストかと考える。		
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。	就寝時間、休息時間等は決めていない。認知症の重い入居者に対しては眠そうな様子などを見て居室へ誘導し横になってもらっている。起床時間は洗面済ませ朝食の時間に間に合う様に声掛けは行っている。新しい入居者を迎えても時間的な事を強要しないが1～2ヶ月経つと概ねホームの流れに合ってきている。		
(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。	年間行事、お誕生日など行事担当者が中心となって全員で取り組んでいる。暖かい季節はドライブ、野外の散歩など日常的に行っている。日課の流れの中で、個々の能力に合ったお手伝い、洗濯物たたみや朝の掃除の分担等をして頂く事で、ホームでの自分の役割と思って頂く様に働き掛けている。		
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。	お金の管理を出来る入居者にはお小遣い程度持って頂き、外出時等自分で買い物をして頂いている。管理出来ず詰め所預かりの入居者に対しては、何か希望する物があれば介護者に声を掛けてもらい、一緒に買い物に出掛けたり、買い物についでに買ってお渡ししている。		

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。	冬場は最小限、買い物や美容室、必要な手続きの為役場へ行ったり、病院の受診の為の外出となるが、夏季にはドライブや屋外でのお弁当を持っての遠出など行っている。夏期等はもう少しホームの周り等の散歩等を自由にして頂きたいが、入居者自身が歩行が困難に為ってきており、車椅子での散歩となってきた。最近はやデイサービスへ足を運ぶ機会が増えて来ている。		
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。	何処かへ行きたいと言う入居者の希望はあまりなく、職員が企画しドライブ等に連れ出す事が多い。歩く事を嫌がる傾向で、車なら出掛けるという事が多い。車での企画でも片道1時間が限界である。毎年、春にホームの周りでのお花見を御家族も参加して頂き実施しているが場所を変えても良いかとも考えている。		入居者の構成が2分化しており身体機能、認知度の軽い入居者に対してレクレ-ションの内容も検討する必要がある。全体としての参加とはならなくても対象者に合った形、方法を考えて行きたい。
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。	電話を掛けたい時は詰め所カウンターにて掛けて頂いている。		
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。	訪問者があった時はリビングでは他の入居者がおり、落ち着かない様子にて、それぞれの部屋にて談話して頂いている。居室にて一緒にお茶を飲んで頂く様、お茶やおやつを提供している。		
(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。	身体拘束はしていない。危険回避の為に拘束が必要と思われる場合もカンファレンスにて拘束をしない対処方法を検討し実施している。現在、ベッドからの転倒の危険性のある入居者1名にはベッドを使用せず寝て頂いている。		特に夜間、転倒、転落の為に骨折の可能性がある入居者に対して、御家族に説明し拘束の同意を得ている入居者も1名いる。
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。	居室は引き戸になっており、入居者が部屋を間違えて入ってしまうと言う弊害もあるが鍵は付いていない。入居者が自分の意思で戸を閉め中にいる事は本人にまかせ、他は日中戸を明けている事が多い。玄関もデイサービスと共用で日中開放、当ホームは二階であるが階段にドアがあるが転落の危険性がある為、ドアを施錠している。入居者の殆どが現在はエレベーターにて1階へ降りる状況であるが、エレベーターは基本的には施錠していない。1人で1階までエレベーターで降り玄関を出てしまう入居者もいるが、行動を見守り玄関を出ていただいた本人に納得して頂き、戻って頂くようにしている。		

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。	詰所より全居室の入り口は確認できる。日中は居室に長時間いる時何気なく声を掛け、様子を見る事はあるが食事、おやつの声掛けで2～3時間に一度は皆りピングに出てくる事となる。夜間は21時、0時、4時を巡回時間とし、その他トイレへ通う様子も常に把握して途中での転倒等にも目を配っている。		
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。	問題行動に至らない限り、裁縫道具、はさみ、ガラスの置物なども自由に居室に持ち込んで頂いている。が、防火の為に造花は全部撤去して頂いている。		
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。	研修等で学んでいるが、毎日の申し次ぎにて入居者の状態の変化の為、転倒や誤嚥等の危険性が無いかを確認、注意しながら介護に臨む様にしている。		
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。	マニュアルの確認を全員行っているが、初期対応の実際の訓練はしていない。実際に入居者がショック状態を起こしたり等あり看護資格者である職員が対応するが、説明や指導を行う様心掛けている。		
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。	避難、消火のマニュアルは全員確認し、H21年度は避難訓練を2度行っている。行った結果の検討と改善が不十分かと考える。		夜間の避難を設定し訓練を行ったが、具体的に非常階段を車椅子使用の入居者をどう1階まで避難させるか、等具体的ではなかった。本当に火災が起きれば数人しか避難出来ないと考えている。
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。	加齢に伴いリスクが高くなっており、折に触れ家族に対し説明している。具体的には2名の御家族に対して、医師も交え急変時の対応について(医療として)同意書を取っている。しかし日々の入居者の状況を見て介護側としては「抑圧感のない暮らし」と言った呑気な対応は取れず、何かへんだと判断すれば、受診し医療としての判断を仰ぐようにしている。		

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。	週1回月曜日にバイタル、体重測定を実施している。入居者の健康状態の変化を介護のなかで見落とさない様努めている。又、経過を引き継ぎ、介護者全員で情報を共有している。夜間の急変時対応はマニュアル化している。日中も速やかに病院受診等の対応に努めている。72番のリスクの解釈にもよるが、73番と72番は多少の矛盾を感じるが実際は、何かあればホームが医療機関ではない事を踏まえ、医療機関への受診としている。		
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。	定期受診の際、薬の変更等があれば受診ノート、申し次ぎノートにて全員に分かるようにしている。与薬の間違いや入居者が他の入居者の薬を飲んでしまう事を避ける為、食後に個々に薬を飲んで頂き、テーブルにセッティングする事は止めた。		
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。	入居者中8名が下剤を処方されている。服用は適宜となっているので、毎日の排便状況を記録、便の性状に応じ、下剤の服用をして頂いている。また、薬だけでなく、オリゴ糖を飲んで頂いたり、食物繊維の多い食品、ヨーグルト、ヤクルト等の乳酸菌食品を献立の中に増やしたり、水分の補給、運動を促す等の薬だけに頼らない取り組みをしている。		
76 口腔内の清潔保持 口の中の汚れや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。	入れ歯使用者が7名、他2名であるが入れ歯の洗浄、舌の状態を毎食後、誘導、確認、介助する事で口腔内の状態を観察し保清に努めている。必要時は歯科医受診の対処を行っている。		
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。	93歳から70歳の入居者にて自ずと食べる量も違い、適宜本人にあった量の食事を体重や健康状態の変化も考慮し提供している。最低1400kcalとしている。水分は個別アセスメント用紙にて24時間記入し飲み具合を見ながら補給している。1日量のトータルはしていないが入居者の状態の変化等が気になった時は2～3日の補給量チェックしている。自分で飲水的意思表示を出来ない入居者の1日水分補給の目標は1000mlとし、便秘や脱水に注意しているが、飲水が困難な場合は病院受診し医師の指示仰ぎ、処置を受けるようにしている。		
78 感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	マニュアルに沿って清掃、消毒等対応している。入居者、職員の手洗い、室内湿度の調整等を冬季は徹底して行っている。開所から現時点までインフルエンザ、ノロウイルス罹患入居者はない。感染についての学習をこれからも深め、感染者が出た時に迅速、適切な対処が出来るよう努めたい。実績として、開所以来ノロウイルス、インフルエンザ罹患患者は出ていない。		

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)
79 食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている。	食器、調理用具は洗浄後熱湯に浸し消毒している。食材は出来るだけ、毎日新鮮な季節の物を購入、調理し作り置きは原則(常備菜・漬物や佃煮等は除いて)していない。		
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。	グループホームは2階に位置し、玄関はデイスサービスと一緒にしている。デイスサービスも高齢者を受け入れているので、段差をなくしたり、直ぐに腰を降るせる配慮がされている。1階から2階へはエレベーターか階段であがって頂くが、上がった所にGHの表示、入居者全員の写真等を張り来訪に対して歓迎の意を表現している。		
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。	詰所を中心に居間、食堂、廊下とワンルーム様に位置している為に、居間でのテレビの音やざわめきが全体に響く事が悪条件である。静かに過ごしたい入居者は様子を見て居室へ誘導している。居間は季節に応じ植物を配置したり、行事の飾り付けをするなどし、季節感、生活感を感じられる工夫をしている。開所時よりトイレの位置が詰所前後にあり、予備スペースが無い為、出入りが丸見えで入居者のプライバシーを損ねる位置関係にある。誘導時、静に他の入居者に分からないようドアの開閉にも気を付けるようにしている。又、トイレ便器の高さが入居者には高すぎる事は問題であるが改善されていない。		行事や誕生日等の写真の掲示は御家族に好評であり、入居者の数名も楽しみにしているので続けていきたい。
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。	ワンルーム様の設計で居間から全体を見渡せる様な状況であるが、廊下の所々に椅子を置き一人になれる場所を設置している。利用者も一人になりたい目的ではなく歩きながらちょっと休む場所として利用している。		自立歩行の可能な入居者の場合、お互いの部屋を訪れ話をしている事が多く為ってきている。このような形で良いのかと考える。
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。	意思表示を出来る利用者様の場合は、自分で好きな様に居室内に持ち物を持ち込んで頂いている。特に持ち込みの制限はしていないが、認知の進んでいる利用者の場合、ご家族もあまり部屋環境に関心を持たず殺風景になりがちなので、部屋の壁に誕生日の写真を貼ったり、ご家族の写真を貼ったり人形を置いたり等の工夫をしている。		防火の為、造花は居室から撤去して頂き、殺風景に為ってしまった居室もあるので壁等を利用して貼り物等で補う様にしていきたい。又、車椅子使用者が増えたため、部屋内のスペースが必要な為、どうしても室内を整理する傾向あり。殺風景に為らない工夫に努めたい。
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。	トイレや居室独特の臭いにはかなり注意を払い改善するようにしている。冬場は感染予防の為もあり、温度、湿度計を見ながら室温の調整、加湿の調整を行っている。夏場に入るとエアコンが無い状態に状況に応じ窓や非常口など安全に配慮しながら開放し快適に過ごせるよう努めている。		冬季間の乾燥が著しく、加湿器や塗れタオルを下げる等しているが湿度が40%をきる事が多い。加湿器を増やす等もう少し方法を具体的に検討、実施する必要がある。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んで 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	<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、縦にも設置した手すり等設置時には利用者の安全を考えて設計されたと思われるが、いざ生活をするとなると多々問題箇所が出てきている。台所のシンクの高すぎ、トイレ便座の高さ、現在入居者に車椅子使用者を迎えての行動スペースの狭さなど。ハード面の改築はされないで結局、見守りや声掛けにて安全を確保するように努めている。居室のベッドの高さや配置は利用者の状況にあわせ対応している。</p>	<p>車椅子使用者3名、歩行器使用者1名、杖使用者2名となり、個々の入居者が安全に生活、移動出来るように個々に応じた対応、見守りが必要と為ってきており、ケアカンファにて、対処方法を検討している。</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>	<p>職員にとっては当たり前で気づかない事も多いと思うが、トイレ、台所、浴室等の表示、各居室のドアには写真を貼ったりの工夫をしている。利用者は表示を見るのではなく、生活動作に慣れてくる形で場所を理解している。認知症が進むにつれ、表示は意味を持たなくなり、介護者がどう上手に誘導するかにかかっていると考える。スムーズな誘導が出来る様に工夫するよう心掛けている。</p>	<p>認知症が進む事により、今まで分かっていた場所が分からなく為ったりするケースも増えて来ている為、その人にも分かる工夫等をするように努めている。</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>	<p>夏場になると外で焼肉等の行事をしたり、外回りのチョットした散歩に出たり、菜園をしたりと活用していますが、もう少し長期的に外回りをどう整備するかの検討が立ち遅れています。</p>	<p>H22年度は菜園が広く為ったので、入居者と一緒に菜園に少し力を入れ取り組みたい。</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="radio"/> 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	<p>毎日の介護は勤務者が全体を支援する体制で行っているが、入居者個々に受け持ちの介護者を決め、責任を持って日々の状況や心情を知る為に接触を持っている。得た情報は介護者全員へ伝える様に支援経過へ記録、申し送りノートでの毎日の確認、引き継ぎ後のミーティングにて全員の情報として共有する様に努めている。受け持ちの利用者に付いての経過記録がまだ、十分にされてはいない現状はある。</p>
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="radio"/> 毎日ある 数日に1回程度ある たまにある ほとんどない	<p>10時から勤務の遅番職員が全ての利用者の状況の確認と昼食までの余暇時間を利用し何かしらのレクをする事としていたが、あまり実行されていず、日勤者が変わって行っているが、あくまでも時間の余裕(職員の)のある場合と成っている。日中より、夕食の済んだ後就寝の準備を始めるまでの時間にテレビを見ながらゆっくりと時間をとっている。</p>
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	<input checked="" type="radio"/> 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	<p>1日の生活時間の大きな流れはあり、声掛け、誘導を行っているが強要はしていない。自力歩行可能者が減り、車椅子、歩行器での移動者が増えた事で誘導により利用者はベッドから離れたり、リビングへ出たりする事になるが、声を掛け同意を得て誘導している。</p>
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="radio"/> 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	<p>入所年数が長く成った入居者とは信頼関係が築かれていると感じる。支援に対しての感謝の言葉も出るが、21年度は退所、新しい入居者と続きまだ職員にとってもどのように対応するか迷う所もある。新しい利用者自身もホームの生活や介護者の態度等を観察している様子が見られる。入所して2~3ヶ月はこのような時間が必要かと考える。</p>
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="radio"/> 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	<p>高齢の入居者、身体的障害のある入居者等、車椅子や歩行器、杖を使用する入居者が増え、頻りにチョット散歩へとは行かなく成ってきている。杖歩行者や自立歩行の出来る利用者は買い物等の声掛けをし職員と一緒に買い物等にも出かけている。ただ、新しい入居者が近くに御自宅があり、帰宅願望とまではいかないが、ちょっとした用事足しに出かけたいと申し出てくる。自宅の出入りには管理して頂いている親戚の方への連絡や都合もあり、利用者の要望にはその都度応じる事が出来ないでいる。</p>
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="radio"/> 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	<p>連携医療機関である病院への定期受診は欠かさず、主治医の理解も得られている。本人の訴えが無くとも状態の変化に応じ、その都度受診し、医師の指示を仰ぎ、処置を受けている。主治医の配慮で入院治療、検査となる時もあるが認知症の状態が入院にて悪くなる事が多いので出来る限り通院にて治療するよう支援して行きたい。その辺の御理解を御家族にも求めている。利用者自体は健康管理に対して不安を強く抱いているとは思えないが、職員である我々が利用者の変化に対し医療が必要なのか、様子を見るべきなのか、又急変時の対応を十分出来るのかと不安を抱えている。</p>
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、安心して暮らしている	<input checked="" type="radio"/> 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	<p>グループホーム内の状況、入居者の状況に応じ勤務体制も調整し対応するように努めている。また、ホームでの生活はこうあるものと言った考えは持たず、利用者の状況により個々に、その時にあった対応をするように努めている。(ある程度のラインはケアカンファで話合うが、その辺は柔軟に対応するよう努めている。)</p>
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	<input checked="" type="radio"/> 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	<p>御家族の最大の困り事が入居にて解決した事で、その後の問題は金銭的な問題と利用者の加齢に伴う心情的問題であろうと思われる。具体的には金銭的な問題を抱え相談にのる事もある。入居の際、保護者を決めて頂いているが、御家族関係により他の御家族からのご不満の声等が時々ある。御家族間で解決して頂きたいのであるが、利用者には直接影響が及ぶ場合には間に入り一緒に相談をするケースもある。</p>
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="radio"/> ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまの ほとんどない	<p>現在8名の入居者中4名が町内の方となり、面会は多くなっている。新しい入居者は標茶町の丹頂大学へ通っていた方であり、これからも丹頂大学にて受け入れたいだけなのであれば続けて頂きたいが交渉はまだしていない。</p>

サービスの成果に関する項目		取り組みの成果	
項目			
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	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 全くない	1回目の運営推進会議を立ち上げ、地域の色々な関係者がグループホームの存在を意識して頂いていた事を実感はした。具体的な動きは双方でまだない。ホームは未だ地域住民に理解されていないし、ホーム自体も開放されていないと考える。理想としては地域の方が「こんなのならない」と気軽に声を掛けて頂けたり、行事の際に招待状がなくても覗きにきて頂けるような雰囲気になればと考えている。取りあえず、職員が殆ど町内の者であるので職員の御家族を巻き込みたいと考えている。
98	職員は、生き生きと働いている	ほぼ全ての職員が 職員の2/3くらいが 職員の1/3くらいが ほとんどいない	資格取得にて給料のアップを経営者は約束しており、取得の為の意欲を持って学習、仕事にも臨んでいる。しかし、開設し7年目に入るがボーナスが平均的な額がまだ出でず、昇給や給与体系等がはっきりしていません、決して他の人にも勧められる賃金体系でない事が労働の意欲を削がれる大きな一因である。
99	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての利用者が 利用者の2/3くらいが 利用者の1/3くらいが ほとんどいない	排泄、食事、清潔等の身体的介護に対しては特に不満はないと思われるが、衣食満ちて何を求めるのかと言う所である。自分は何も出来ないけれど、何か楽しい事をしてほしいとか、何かを食べたいとか、何かつまらない、寂しいとか精神的な満足は十分に満足はして頂けていないと考える。
100	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての家族が 家族の2/3くらい 家族の1/3くらい ほとんどいない	95にても少し触れているが、具体的要望や不満の意見は意見箱を設置しているが埃を被っている状況である。御家族にすれば利用者の居場所が確保出来、介護の負担が軽くなった事で良しとなっている。むつみ便りを毎月送らせて頂いているが御家族がチャント目を通して頂いているのか不安にもなる。又、介護プランの署名に対しても、内容云々以前に署名する事自体にも関心がない御家族もあり、この現状を御家族の満足と評価する事に少々疑問を感じる。

【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)  
健康管理を十分注意した取り組みを行っており、感染症の予防への取り組みを重要視して、常に手洗い、うがいを徹底しています。また、「寝たきりにさせない」「日中はおむつを外す」「水分の一日の摂取量を最低1を心掛け、補給不足にならないように常にチェックしています。これらを意識してケアに取り組み成果を出しています。