

# 自己評価票

- 自己評価は全部で100項目あります。
- これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。
- 項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目（例えば、下記項目のⅡやⅢ等）から始めて下さい。
- 自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。
- 自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

|                                | 項目数 |
|--------------------------------|-----|
| I. 理念に基づく運営                    | 22  |
| 1. 理念の共有                       | 3   |
| 2. 地域との支えあい                    | 3   |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用          | 5   |
| 4. 理念を実践するための体制                | 7   |
| 5. 人材の育成と支援                    | 4   |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援          | 10  |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応      | 4   |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援      | 6   |
| 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  | 17  |
| 1. 一人ひとりの把握                    | 3   |
| 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 | 3   |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援              | 1   |
| 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    | 10  |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援      | 38  |
| 1. その人らしい暮らしの支援                | 30  |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり        | 8   |
| V. サービスの成果に関する項目               | 13  |
| 合計                             | 100 |

## ○記入方法

### 〔取り組みの事実〕

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。（実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入）

### 〔取り組んでいきたい項目〕

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に○をつけます。

### 〔取り組んでいきたい内容〕

「取り組んでいきたい項目」で○をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

### 〔特に力を入れている点・アピールしたい点〕（アウトカム項目の後にある欄です）

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やアピールしたい点を記入します。

## ○用語の説明

家族等＝家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族＝家族に限定しています。

運営者＝事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員＝管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム＝管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

## ○評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目（No.1からNo.87）とサービスの成果（アウトカム）の項目（No.88からNo.100）の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| 事業所名<br>(ユニット名) | グループホーム燦々(さんさん) |
| 所在地<br>(県・市町村名) | 鹿児島県薩摩川内市       |
| 記入者名<br>(管理者)   | 古城 順子           |
| 記入日             | 平成 22 年 3 月 1 日 |

# 地域密着型サービス評価の自己評価票

(  部分は外部評価との共通評価項目です )

取り組んでいきたい項目

| 項 目                | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                             | (○印)                                                                                                                                                             | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |                                                                             |                                                                                                                                                                  |                                  |
| 1. 理念と共有           |                                                                             |                                                                                                                                                                  |                                  |
| 1                  | ○地域密着型サービスとしての理念<br>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている      | グループホームを「家」としてとらえ、一人ひとりが地域の中にとけ込めるように、理念のひとつに「地域の人たちと交流をもつ」と挙げている。また漠然とした理念ではなく、本人と職員がその人の目標を共有して一緒に目指せるという意味を「その人らしく」と解釈するようにしている。                              |                                  |
| 2                  | ○理念の共有と日々の取り組み<br>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                         | 理念を事業所内に貼り、いつも目につくようにしている。また「先輩として敬意を表す」「自尊心を傷つけない」という内容はことある毎にケアの方法と結びつけて話をしている。理念の実現は難しいが、日々の業務調整やカンファレンスでケアの意味やその人の思いまで突き詰めて話し合うようにしている。                      |                                  |
| 3                  | ○家族や地域への理念の浸透<br>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 | 運営推進会議では当事業所の理念を常に理解してもらえるよう、入居者の報告の中でも伝えている。また家族会では理念や運営方針を必ずご家族に伝えている。月ごとの手紙で管理者が日々感じていることを理念につなぎ合わせながら伝えるようにしている。                                             |                                  |
| 2. 地域との支えあい        |                                                                             |                                                                                                                                                                  |                                  |
| 4                  | ○隣近所とのつきあい<br>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 | ご近所の一人暮らしの方には、家族会や催しの時に声をかけている。また隣のアパートや一軒家に住んでおられる方には、敷地内を散歩してもらったり、火災時の連絡体制に参加してもらったりしている。近くのスーパーにはよく買い物に行ったり、元々近所に住んでおられる利用者の知り合いの方々には、「いつでも寄ってください」と声を掛けている。 |                                  |
| 5                  | ○地域とのつきあい<br>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   | 自治会には加入している。地域の季節毎の祭りに参加している。また資源回収等にも積極的に協力し、自治会長からの信頼も得ている。また近くの小学校が田植えをする際は見学に行くなど、交流のきっかけになればと思っている。コミュニティー祭に作品を展示してもらうなど、徐々に地域活動に参加できるようになっている。             |                                  |

| 項 目                   |                                                                                                   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                                                | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 6                     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | 管理者である認知症介護指導者が認知症介護実践者研修・リーダー研修を担当し、実習を受け入れている。また介護職員基礎講座の受講生も長期の実習にきて学びを深めた。人材育成の貢献として地元の看護大学実習生の受け入れを積極的に行っている。また、介護相談会も年に1回開催する予定である。今年度は認知症サポーター養成講座も3回開催した。                                              |      |                                  |
| 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<br>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                           | 評価を受ける前には、管理者が作成した内容を職員と再度見直して、評価の意義やねらいについて周知できるように努力している。また前年度の外部評価の結果はグループホーム会で話し合い、サービスの向上に生かせるようにしている。                                                                                                    |      |                                  |
| 8                     | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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           | 前年度の外部評価で助言をもらい、会議開催の案内は全家族にしている。その結果会議に参加してくれる家族が増えた。会議に参加できない家族には議事録を送っている。内容は2ヶ月間の入居者の様子や行事参加について報告している。また地域での役割については、まずグループホームの方向性を示し、地域のニーズやについて自治会長や民生委員から意見をもらっている。またその報告は次の職員会議やグループホーム会で行い、内容を検討している。 |      |                                  |
| 9                     | ○市町村との連携<br>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つくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる                            | 市町村には、困難事例などを相談するようにしている。また認知症グループホーム連絡協議会を通じて、市町村との連携を図りやすい体制づくりに努力している。管理者は、いずみ川薩支部の副会長を務めている。また認知症介護指導者という立場でできることを、今後市町村と連携をとって質の向上に貢献しようと考えている。                                                           |      |                                  |
| 10                    | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 社内の介護支援専門員(権利擁護事業経験者)や主任介護支援専門員とも連携をとり、家族からの要望がある場合は制度を活用できるように支援する体制はとっている。また薩摩川内市の事業所連絡会による研修をホーム長が受け、徐々に専門的な立場で対応できるような体制となってきた。                                                                            |      |                                  |
| 11                    | ○虐待の防止の徹底<br>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            | 社内研修で高齢者虐待防止関連法について行っている。認知症高齢者へのケアの中で、特に言葉や態度による虐待(自尊心を傷つける内容)についてはその都度話し合いで意識付けを行っている。また女性の利用者が多いので、性的な言動にも注意している。                                                                                           |      |                                  |

| 項 目             |                                                                                                      | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                         | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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<br>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                                 | 契約前に必ず理念等について説明を行い、特にご家族には別室で話を聞くようにしている。周辺症状等に対する介護など、専門的に説明を行い安心してもらえるよう配慮している。                                                       |      |                                  |
| 13              | ○運営に関する利用者意見の反映<br>利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員なら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                                | 利用者との信頼関係を重要視し、日常のケアについて個別で話を聞くようにしている。認知症により適切に表現できない場合もあるが、利用者の奥に秘めた気持ちを察し目を向けられるような話し合いをもっている。                                       |      |                                  |
| 14              | ○家族等への報告<br>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                              | 1ヶ月に1回は(請求書を送付するときに)、職員からと管理者からの手紙を添えるようにしている。そのなかに利用者の暮らしぶりや健康状態を書くようにしている。また金銭管理については金銭出納帳のコピーと領収書を毎月送っている。                           |      |                                  |
| 15              | ○運営に関する家族等意見の反映<br>家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員なら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                                | 家族会の時に必ずアンケートを配り、無記名で返信してもらえるようにしている。また面会の度に、何かお気づきの点があれば遠慮なくお知らせくださいと、伝えている。苦情等があれば苦情委員会を通じて全体に伝え、内容を検討する。                             |      |                                  |
| 16              | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                            | 業務や介護内容に関して、職員から話したいという意見があり、グループホーム会の検討事項を管理者からだけではなく、職員の方からも出してもらうようにしている。また朝の申し送り後、業務調整を行い昨日の出来事から本日ケアに生かせそうな部分を、その日の職員と話し合うようにしている。 |      |                                  |
| 17              | ○柔軟な対応に向けた勤務調整<br>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ための話し合いや勤務の調整に努めている                      | 職員の配置に少し余裕をもたせ、行事や入浴に合わせて人員を増員している。またパーソンセンタードケアを行う上で必要な人員を全体で検討している。また状況の変化に対応できるよう、管理者を通常のシフトに入れていない。                                 |      |                                  |
| 18              | ○職員の異動等による影響への配慮<br>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 | 9名体制で勤務している。職員の異動は会社全体の運営上どうしても必要な場合のみとしており、馴染みの人の中で利用者が過ごせるよう配慮している。また異動があった場合は、オリエンテーションを10日以上行い、お互いに馴染めるような環境を作っている。                 |      |                                  |

| 項 目                       |                                                                                                   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                              | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すで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<br>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           | 管理者の外にホーム長が県主催の認知症介護実践者研修を受講している。また定期的に勉強会を開催しており、正社員・パート職員を問わず出席できるような配慮をしている。社外研修の案内は平等に参加できるよう全体に提示し、希望者が積極的に参加できるような声掛けもしている。                            |      |                                  |
| 20                        | ○同業者との交流を通じた向上<br>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、ネットワークづくりや勉強会、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 | いずみ川薩支部認知症グループホーム連絡協議会の副会長をしており、月に1回理事会を開催している。その中で情報交換を行い、職員の交流研修の予定を立てている。他事業所の報告なども参考にできた。                                                                |      |                                  |
| 21                        | ○職員のストレス軽減に向けた取り組み<br>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                                    | 日常的に介護者の表情や態度を見てストレスに関する声掛けを行うようにしている。また年に1～2回は一人ひとり面談を行うので、ストレスや悩みなどをできるだけ把握できる体制をとっている。また定期的に外の事業所と親睦を図る機会を設け、気分転換の機会を作っている。                               |      |                                  |
| 22                        | ○向上心を持って働き続けるための取り組み<br>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、各自が向上心を持って働けるように努めている                        | 運営者は週に1回は事業所を訪問し、事業所内の雰囲気や介護内容を把握するように努めている。また職員の資格取得に向けた支援を行っている。また人事考課システムを設け、1人ひとりと面談を行いながら目標管理をしている。                                                     |      |                                  |
| 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<br>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、受けとめる努力をしている             | サービスの利用に当たっては、まず事業所に来ていただき面談形式で家族や本人の状況把握を行うようにしている。その時には必ず認知症の中核症状を意識して、不安や不信などに対し受容・共感的に接し、率直な気持ちを表現してもらえるような環境を整えている。                                     |      |                                  |
| 24                        | ○初期に築く家族との信頼関係<br>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、受けとめる努力をしている                  | 家族は本当に切羽詰まった状況でグループホームを訪れられるので、それまでの苦労をゆっくり聞き労をねぎらうような声掛けに努めている。またサービスの利用状況等も把握し、もし入居(利用)にならなかったとしても必要な情報提供を行うようにしている。また当事業所の介護の方針を専門的に伝え、家族の知識を高める工夫も行っている。 |      |                                  |

| 項 目                       |                                                                                                         | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                                                                     | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すで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<br>相談を受けた時に、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                                | 家族の介護負担や本人の認知症の症状と困りごとを詳しく聞き、サービス利用状況を客観的に判断し、もし必要なサービスがある場合は、積極的に事業所(例えば包括支援センターなど)を紹介している。                                                                                                                                        |      |                                  |
| 26                        | ○馴染みながらのサービス利用<br>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 | 利用前には必ず、本人と家族に事業所を訪れてもらい、お部屋を見たり他の利用者の状況や雰囲気を感じてもらうようにしている。また計画作成担当者か主な介護員が利用者の自宅を訪れ、生活環境を把握した上でグループホームでの生活環境を整えられる工夫を行っている。                                                                                                        |      |                                  |
| 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<br>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                        | 介護者は利用される方を人生の先輩として敬うという理念に基づき、まずは本人が若い頃からされてきたことを尊重するようにしている。例えば盛りつけや味見など一緒に調理をして、手伝ってもらったことに感謝して喜びを分かち合うようにしている。また戦争など厳しい時代を生き抜いてきた利用者を、皆が尊敬できるよう情報を共有する努力をしている。                                                                  |      |                                  |
| 28                        | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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                                  | 介護で深く傷つき疲れ果てている家族へのケアの方向性を共有できるようにしている。面会時には、必ず最近の様子を伝えるようにして今後の介護方針についても一緒に考えてもらう。面会時のみでなく電話でも家族の思いを聴くように心がけている。「ここに来るとホッとすると家族も言われる。また受診時には家族に声をかけ可能なら一緒に付き添ってもらっている。花見や音楽鑑賞会などには家族も一緒に参加できるよう声をかけている。常に利用者にとって大切な存在であるということを伝える。 |      |                                  |
| 29                        | ○本人と家族のよりよい関係に向けた支援<br>これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している                                      | 1年に1回は家族会を開催しできるだけ他の家族との交流ももてるよう配慮している。また毎月ご家族には個別でお手紙を送り、生活状況や身体的な変化などを伝えている。その中で無理のない範囲で面会に来てもらえるように言葉を選びながら伝えている。また知識が十分でない家族には、声掛けやケアの仕方などの助言をして、どう接していいかと戸惑っている家族の支援を行っている。                                                    |      |                                  |
| 30                        | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                                        | 自宅に帰りたいと言われる利用者の家族に協力を得て、職員と他利用者と一緒にその人の自宅に訪問した。近所の店に立ち寄り職員も交えて馴染みの人との交流を図る。また法事やお正月などはできるだけ家族と一緒に過ごせるよう、家族との連絡を密にとっている。たとえその場所に行けなくても、行けたかのように話しをするなどケア・声掛けを工夫している。親戚や知人宅にもいつでも訪問できることを家族にも伝えている。                                  |      |                                  |
| 31                        | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                       | 食事やおやつの時間にできるだけ利用者同士のコミュニケーションがとれるよう会話をつなぐようにしている。また他利用者の排泄状況などをよく把握されている利用者には、職員に報告してもらい役割を担ってもらっている。食事介助なども利用者同士で自然と行ってくれるような状況である。                                                                                               |      |                                  |

| 項 目                                |                                                                                                     | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                              | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 32                                 | ○関係を断ち切らない取り組み<br>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                      | 退居されても、ご家族で洗濯できない方に洗濯を継続してサービスで行っている。その時に様子を聞き、職員が面会に行くようにしている。また他県へ引っ越しをされた利用者も手紙のやりとりなどをしている。親睦会や家族会には案内を出し、関係を断ち切らないようにしている。                                                              |      |                                  |
| <b>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</b> |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |      |                                  |
| 1. 一人ひとりの把握                        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |      |                                  |
| 33                                 | ○思いや意向の把握<br>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個別的な時間を設けるようにして、「何をしてみたいか」「どう過ごしたいか」など正直に思いを話せる雰囲気を作り、表情や言葉から推しはかって本人の思いを代弁できるように配慮している。また家族に今までの生活状況や趣味などを聞くようにしている。                                                               |      |                                  |
| 34                                 | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                    | 入居時には好きだったことや生活習慣などを本人・家族から詳しく聞いている。新しい情報は記録に残し、全体で情報を共有できるようにしている。また入居してからも日々の会話や暮らしの中で、以前からの習慣や生活の仕方などの情報を得、継続できるように情報共有を心がけている。                                                           |      |                                  |
| 35                                 | ○暮らしの現状の把握<br>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                                          | 一人ひとり生活のリズムが違うことを理解し、睡眠や食事時間にこたわらず個別で対応している。また押しつけるのではなく自然な形で一人ひとりの役割、たとえば洗濯物たたみや調理などをタイミングをみて促すようにしている。                                                                                     |      |                                  |
| 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<br>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、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     | 場合によっては、本人や家族にもカンファレンスに参加してもらう。本人の「できること」(生活機能)や家族の本音の部分をカンファレンスで意見として出し合い、一つひとつの情報に基づいた意味づけを皆で行う。そのようにアセスメントの内容が表現されたニーズを介護計画に記載するようにしている。またカンファレンスがパーソンセンタードケアについて、職員1人ひとりが理解を深める場だと考えている。 |      |                                  |
| 37                                 | ○現状に即した介護計画の見直し<br>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、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 | 一人ひとり生活のリズムや周辺症状を受け持ち介護員を中心に情報を集める。体調の変化や薬の変更、新しい本人の要望などがあるとすぐにカンファレンスで話し合いをもち、介護計画の追加・修正を行っている。                                                                                             |      |                                  |

| 項 目                         |                                                                                 | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                   | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 38                          | ○個別の記録と実践への反映<br>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     | 「個人申し送り」用紙を利用し、日々の変化や外出の段取り、ケアの方法や工夫内容、家族の情報などを漏れないように記入し全員が読みサインを確認している。個々のケア記録に利用者別で着目すべき点を記入する項目を設け、常に観察・記録ができるようにしている。また情報は申し送り前や夜勤時に必ず読むようにしている。             |      |                                  |
| 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<br>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               | 医療連携体制加算の指定を受けており、本人や家族にとって負担となる点滴治療等を事業所内で支援している。また協力医による往診を中心に医療面での支援を行っており、必要時早期に情報提供できる体制を取っている。また隣接するデイサービスや有料老人ホームともレクリエーション時に交流している。                       |      |                                  |
| 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<br>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              | 地域の方とのつながりや認知症サポーター養成講座をきっかけにしたつながりが広がり、今年は自衛隊の大規模なボランティアを受けた。また九州電力との協力関係も継続しており、防災訓練を通じて消防署の方に事業所内のチェックをしてもらっている。また看護大学や医療系の学校から実習施設として実習生を積極的に受けている。           |      |                                  |
| 41                          | ○他のサービスの活用支援<br>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ための支援をしている   | ビューティヘルパーを定期的に利用し、散髪をしてもらっている。また隣接する居宅介護支援事業所にケアマネジャーとの連携をとり、常にサービスの妥当性を検討している。また医療保険での訪問マッサージやリハビリも本人、家族、医師と相談し活用している。また協力調剤薬局が薬の形態や分包など柔軟に対応してくれ、薬の説明もしてもらっている。 |      |                                  |
| 42                          | ○地域包括支援センターとの協働<br>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  | 現時点で困難事例と思われる利用者はいないが、運営推進会議を通して市職員との連携をとり、必要な場合は地域包括支援センターに相談に行くようにしている。                                                                                         |      |                                  |
| 43                          | ○かかりつけ医の受診支援<br>本人及び家族等の希望を大切にし、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 | 利用開始までにかかりつけ医に関する情報を収集し、できるだけ継続して診てもらえるようご家族と話合っている。また受診等は家族の協力を得ながら行っている。本人が受診することが困難な場合は、写真や文書での情報提供を行い、必要な医療が受けられるように工夫している。                                   |      |                                  |

| 項 目 |                                                                                                                               | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                  | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 44  | ○認知症の専門医等の受診支援<br>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                                              | 2週間に1回専門医の往診を受けている。往診の前日までに書面での情報提供を行っている。特に周辺症状については詳しい生活状況まで報告し、微妙なくすりの調整をしてもらっている。                                                                                            |      |                                  |
| 45  | ○看護職との協働<br>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                                                             | 管理者と職員の一人が看護職であるため、連携をとり利用者の身体状況の把握に努めている。内科医の往診を2週間に1回受けている。微熱が続いたり、便秘になったりというような小さな変化も、往診時や適宜電話で看護師に報告・相談している。                                                                 |      |                                  |
| 46  | ○早期退院に向けた医療機関との協働<br>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                      | 入院の必要性を医師と検討する際には、入院による弊害についてもよく話し合うようにしている。また入院するときには生活に関する情報提供を細かく行っている。また環境の変化になるべく適応できるよう本人にも十分説明を行う。1日1回は介護職員の誰かが面会に行き、短時間でも話をするようにしている。                                    |      |                                  |
| 47  | ○重度化や終末期に向けた方針の共有<br>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                                   | 重度化に伴って意志の確認書を作成し、事業所が対応できる最大のケアについて説明を行うようにしている。家族や主治医と話し合いの場を設け、対応方針を決定する。本人と家族との時間をできる限り作り、利用者同士のお別れの機会を設け、今年はお一人の方をみなで心から看取ることができた。                                          |      |                                  |
| 48  | ○重度化や終末期に向けたチームでの支援<br>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 | 本人や家族の意向は状態が変化するたびに確認し、気持ちの動揺に対応できるように配慮している。また医療に関しては事業所内では限界(点滴・褥そう対応・酸素吸入まで)があるが、訪問看護を受けて可能な内容についても話をし、その意向に添えるよう努力をしている。また職員が看取りを肯定的に受け止められるよう、勉強会を行い死生観や看取りの体制づくりについて話し合った。 |      |                                  |
| 49  | ○住み替え時の協働によるダメージの防止<br>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、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、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている                      | 当グループホームに入居される場合は、本人が自分の居場所だと認識できるよう、馴染みの家具や好きな写真、掛け軸などをおいている。逆に他に引っ越される場合は、写真や文書(介護要約)などで十分な情報提供を行い、可能ならば当グループホームに関係者に来てもらい口頭でケアの方向性や方法を伝えるようにしている。                             |      |                                  |

| 項 目                                                                                          | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                           | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| <b>Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>                                                              |                                                                                                                                                                                           |      |                                  |
| 1. その人らしい暮らしの支援                                                                              |                                                                                                                                                                                           |      |                                  |
| (1)一人ひとりの尊重                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |      |                                  |
| 50<br>○プライバシーの確保の徹底<br>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り扱いをしていない                     | 「物忘れ」「勘違い」などによってご本人の自尊心を傷つけるようなことをしないという理念に基づき、言葉掛けや対応を徹底している。また記録等の個人情報に関しては勉強会等でそれぞれの意識の向上を図っている。また排泄介助時は、「させてもらっていいですか?」と必ず声を掛け本人の承諾を受けた上で介助する。                                        |      |                                  |
| 51<br>○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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 | 自分の気持ちや考えをうまく表現できないのが認知症という病気だと認識し、本人が何をして過ごしたいのかななどを常に意識し、声をかけている。また表現が困難な場合は、選択肢を提示し自己決定してもらえる機会を提供している。日常会話の中で、表情や声のトーン発せられる単語などを逃さず、思いをくみ取るようにしている。                                   |      |                                  |
| 52<br>○日々のその人らしい暮らし<br>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し、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      | 食事時間や就寝時間、面会時間など特に決めておらず、本人が希望したときに対応できるようにしている。また行事や入浴が予定されていても、本人の体調や希望によって時間や日程を変更できる。                                                                                                 |      |                                  |
| (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<br>○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                  | 着替えは選択できるように介護者と一緒に選ぶ機会を作っている。また入浴後は整容を自分で行ってもらう。またビューティヘルパーでの美容も鏡を見ながら、コミュニケーションをとり希望が言えるようにしている。                                                                                        |      |                                  |
| 54<br>○食事を楽しむことのできる支援<br>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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている           | 食事の準備は利用者の体調や気分、能力に合わせて、声をかけている。野菜切りや味見、盛りつけをしてもらう。また自力では寝返りも困難な要介護5の方も、みなで食事を楽しむという雰囲気を感じてもらえるよう、その方に合わせたリクライニングの車イスを事業所負担でリースし、1日1食でも一緒に食事を食べられるように配慮している。                              |      |                                  |
| 55<br>○本人の嗜好の支援<br>本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、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                  | お酒やたばこを好む利用者が現在はおられない。定期的にお小遣いを預かり金から渡して、買い物に行っている。おやつを購入して自己管理されている利用者もいる。自己管理が難しい方は、一度預かるがいつでも食べられることをそのつど伝え、「自分の物」という意識を持てるよう配慮している。気持ちが寂しいと異食などで口寂しさを表現されるので、身体状況に影響が少ない方には、おやつを常備する。 |      |                                  |

| 項 目                          |                                                                                  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                           | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                                        |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------|
| 56                           | ○気持よい排泄の支援<br>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         | トイレ誘導で排泄できる利用者には、その時間帯になったら声をかけるようにしている。また自力でトイレに行けるが、排泄行為が不十分な利用者にはさりげなく手伝いをしている。介護度が重度でオムツを使用しておられる利用者も、食事前などには必ずオムツ交換を行い、気持ちよく過ごせるよう配慮している。                                            |      |                                                                         |
| 57                           | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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    | 原則的には曜日毎に入浴予定者を決めているが、その日の状態によって次の日にしたり時間をずらすなどして対応している。日曜日は足浴の日としてケアを楽しみにしている利用者も多い。                                                                                                     |      |                                                                         |
| 58                           | ○安眠や休息の支援<br>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                     | いつでもどこでも横になれるようにソファを2箇所においており、眠たそうな時は「枕をもってきましょうか？」と声をかけている。また共有スペースの和室にもお昼寝用の布団を準備している。また就寝時間を特別設けておらず、眠たいときに寝てもらおうようにしている。                                                              |      |                                                                         |
| (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<br>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  | 麻痺がある人が、生ゴミ処理のための新聞紙を折り配膳前の食卓を準備してくれている。また調理や洗濯物たたみ・洗濯物干しなど、その都度声をかけ役割を果たしてもらえよう工夫している。また年間行事や季節行事など計画し、行事前からその話題や準備で楽しめるよう配慮している。天気の良い日は中庭でお茶会をしたり外も楽しんでいる。近隣のデイサービスの送迎に便乗してドライブを楽しんでいる。 |      |                                                                         |
| 60                           | ○お金の所持や使うことの支援<br>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  | 財布を管理している利用者が半数ほどおられる。チラシを見て次の買い物を楽しみにしながら、お小遣いを貯めている利用者もいる。大事に管理されていることを認めるような声掛けを行っている。また買い物に行くときは、一人ひとりが自由に使えるお金を準備して買い物を楽しむようにしている。                                                   |      |                                                                         |
| 61                           | ○日常的な外出支援<br>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                    | 外出を希望される利用者は限られているが、買い物や散歩などで希望に添えるよう支援している。また時にはお月見や屋外での食事などを楽しんでいる。外出を希望されない利用者にも、朝の散歩や花見などで「今日は特別」という雰囲気をもって促し、できるだけ外の空気に触れるよう配慮している。                                                  | ○    | 現在は、食材をカタログや電話で注文し届けてもらうようにしているが、近くにスーパーもあるため、日常的な買い物を毎日のようにできるよう工夫したい。 |
| 62                           | ○普段行けない場所への外出支援<br>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 | 年間行事で花見や祭り、クリスマスのイルミネーションツアーなどを計画している。また海添いの道の駅や草花がたくさんある山の公園、彼岸花のドライブ、実った稲穂を見に行くなど、季節を感じられるような工夫をしている。家族にも声をかけ一緒に外出を楽しむようにしている。また近くのレストランに外食に行きバイキングなどを楽しんでいる。                           |      |                                                                         |

| 項 目             |                                                                                         | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                      | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 63              | ○電話や手紙の支援<br>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                                  | 希望がある場合は事業所の電話で家族と話しをしている。家族が負担に感じられる場合は配慮している。難聴の方のために、電話に拡声器を設置している。また自宅や家族への思いが強い利用者には、手紙でその思いを表現できるように支援している。代筆や手紙の投函はいつでもできることを本人に伝える。また年賀状を準備し本人のメッセージとして、大事な知人や家族へのあいさつもしている。 |      |                                  |
| 64              | ○家族や馴染みの人の訪問支援<br>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                   | 家族へは、朝でも夜中でも面会に来てもらっていいと勧めている。面会時には必ず最近のご様子を伝えつつ、歓迎しているという気持ちを伝えている。また利用者の部屋で家族水入らずの時間を過ごしてもらえるようにしている。利用者の自宅に時々帰るため、顔なじみとなり近所の知人の方が面会にきてくれている。                                      |      |                                  |
| (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<br>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 | 身体拘束委員会を発足し身体拘束が必要な場合には十分検討を重ねるようにしている。職員も身体拘束についての研修を行い、知識を持って接している。                                                                                                                |      |                                  |
| 66              | ○鍵をかけないケアの実践<br>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                  | 夜間は玄関のカギを閉めるが、昼間は玄関も窓も閉めておらず身体拘束は全く行っていない。自己外出の可能性のある利用者もいるが、職員同士の連携を中心に危険防止に努め、外出されたときもその人のペースで歩き本人が納得できる方法で帰宅してもらっている。また外出する場合に自分の部屋に鍵を掛けたいという本人からの要望で、部屋に鍵をつけた。                   |      |                                  |
| 67              | ○利用者の安全確認<br>職員は本人の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                           | 職員同士が常に声を掛け合い、利用者全員の見守りができるよう配慮している。また無断で外出されそうな利用者については、玄関に出られたときに声をかけ、必要ならば一緒に外出を行う。                                                                                               |      |                                  |
| 68              | ○注意の必要な物品の保管・管理<br>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                     | 台所の包丁等は見つけにくい場所にしまっている。しかし食事準備等では利用者に包丁を持って調理に参加してもらっている。薬やはさみなどは特に鍵をつけなくてもいい状況である。また異食の危険性がある場合は、情報を共有し事前に防止策を立てている。特に夜間は洗剤等はみえないところに保管している。                                        |      |                                  |
| 69              | ○事故防止のための取り組み<br>転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる                  | 事故があった場合は事故報告書を早めに関し、リスクマネジメント委員会で検討している。また自立度が高い利用者に対しては声掛けや見守りを忘れることなく、常に危険を予測しながらケアを行っている。                                                                                        |      |                                  |

| 項 目                        |                                                                              | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                       | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 70                         | ○急変や事故発生時の備え<br>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                 | 急変や事故発生時のマニュアルを作成し、定期的にロールプレイ等で訓練を行っている。また利用者の身体的な変化について看護師による指導もそのつど行い、徐々に知識を高める努力をしている。                                                                                             | ○    | 地元の消防署に急変時の対応について指導を受けたいと思っている。  |
| 71                         | ○災害対策<br>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   | 災害対策委員会を発足して、台風などの自然災害への対応を事業所全体で話し合っている。また火災などの災害時にはマニュアルに従って大規模な避難誘導・通報・消火訓練を年に1回、通報訓練を1ヶ月に1回行っている。地元の消防団に防災訓練時に参加してもらい連携が取りやすいようにしている。また隣の九州電力や住民の方には、協力を普段からお願いしており、連絡体制を取っている。   |      |                                  |
| 72                         | ○リスク対応に関する家族等との話し合い<br>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 | 脳梗塞や脳出血の後遺症がある利用者で、現在2名が医療保険のリハビリを受けている。家族には、散歩や配下膳など楽しみや役割の重要性を説明した上で、転倒のリスクについて説明している。                                                                                              |      |                                  |
| (5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援 |                                                                              |                                                                                                                                                                                       |      |                                  |
| 73                         | ○体調変化の早期発見と対応<br>一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付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           | 要介護4・5で自己表現が非常に困難な利用者もいるが、普段の表情や意識状態と少し変わったことがあれば、すぐ管理者に報告ができるような体制を取っている。また食事や排泄などちょっとした変化も管理者や看護職にすぐ報告する体制をとっている。また毎朝バイタルサインのチェックを行い、食事・排泄・睡眠などの一般状態も毎日記録に残し、ちょっとした変化を見逃さないようにしている。 |      |                                  |
| 74                         | ○服薬支援<br>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       | お薬手帳やくすりの説明書に目を通すよう職員一人ひとりが心掛けている。また分からないくすりに関しては協力調剤薬局やインターネットで調べ、職員全員が共通理解できるように努力している。                                                                                             |      |                                  |
| 75                         | ○便秘の予防と対応<br>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等に取り組んでいる         | 便秘傾向が強い利用者は、看護職や医師とも連携をとりマッサージや整腸作用のある食事、下剤の調整など細かく検討している。また毎日排便のチェックを行い、ケア方法等についても統一できるように文書で示している。                                                                                  |      |                                  |
| 76                         | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、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                    | 口腔ケアは朝と夕に行っている。また嚥下体操を昼食前に行っている。一人ひとりのADLに合わせてケアしている。                                                                                                                                 |      |                                  |

| 項 目                     |                                                                                                           | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                                          | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 77                      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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                                   | 食事量が少ない利用者は、問題意識がもてるように1日の食事摂取量は毎回経過記録に残している。おやつにも栄養やカロリー補給の意識をもち、分割食で痩せへの対応を行っている。家族の協力もあり栄養補給食品の購入等も行っている。また特に夏場は水分が不足しがちなので、ゼリーなどで水分が摂れるよう工夫している。また毎月体重測定を行い、体重の増減にも注意している。                           |      |                                  |
| 78                      | ○感染症予防<br>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）                                         | 感染対策委員会があり、インフルエンザや食中毒など季節に応じた対策を事前に話し合い、職員全体に伝達している。また食前や眠前の手洗いなど利用者に声をかけ介助している。インフルエンザは職員・利用者はほぼ全員予防接種を受けている。職員は出勤時や食後には手洗いうがい消毒を必ず行う。また一動作後に手洗いをを行うように指導している。体調不良で感染のおそれがある場合は、無理をして出勤しないような体制をとっている。 |      |                                  |
| 79                      | ○食材の管理<br>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                                        | まな板・包丁は1日1回食器洗浄機にて高温消毒をしている。またふきんも1回使用毎に洗濯を行い、日光の下で乾燥させている。冷蔵庫は1週間に1回掃除と整理を行っている。食材は1週間に1回夜勤者が消費期限のチェックを行い、申し送るようにしている。また台所専用の食毒薬、環境整備用の消毒薬で、感染の拡大を防ぐ掃除も実施している。                                          |      |                                  |
| 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<br>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                              | 玄関には花や飾り付けをおいており、いつもお客様が見えても感じがよいように心掛けている。また木で作った暖かみのある看板を玄関前に出し、親しみが持てるような雰囲気作りに心掛けている。                                                                                                                |      |                                  |
| 81                      | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 壁には行事等で外出したときの写真を貼って懐かしく見直すことができるようにしている。またお月見や七夕、お正月、クリスマスなどの飾り付けを季節毎に行っている。実習生と一緒に作ったちぎり絵などで季節感を出すようにしている。台所が中央にあり、いつも食事を作る音や匂いを感じることができる。                                                             |      |                                  |
| 82                      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中には、独りになれたり、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                              | 2～3人がけのソファを置いており、そこでゆっくり仲のよい2～3人で過ごしていただいている。またリビングを少し奥まった場所にも設け、プライバシーが保てるような空間も作っている。食事は認知レベルの近い人同士でコミュニケーションがとれるよう配慮した配置にしている。                                                                        |      |                                  |

| 項 目                     |                                                                                         | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                                                                                                                                            | (○印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 83                      | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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、使い慣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 | ご本人が安心できるようにダンスや机などを持ってきてもらっている。目覚まし時計やお茶碗などもご本人のものを使用されている。またお気に入りの貼り絵や掛け軸、写真、化粧品なども近くに置いたり貼ったりして、リラックスできる環境を作っている。また部屋を開け放つこともあるため、プライバシーを保つために部屋の入り口にのれんをしている。本人の好みに合わせてガラや長さなども工夫している。 |      |                                  |
| 84                      | ○換気・空調の配慮<br>気になるにおいや空気のだよみがなくよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている        | ポータブルトイレはその都度きれいに洗浄する。24時間換気システムになっているが、朝は必ず窓を開けて外の空気を入れるようにしている。また外気温との差を5℃以上にしないような冷暖房の設定をしている。                                                                                          |      |                                  |
| (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<br>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                 | 車いすで洗面や炊事ができるような設備を整えている。また庭にも車いすのまま出られるようにスロープを造っている。共有スペースの和室は30cmの高さがあり、手すりを持って上がっていく利用者もいれば、椅子代わりに座って洗濯物をたたんでくれる利用者もいる。                                                                |      |                                  |
| 86                      | ○わかる力を活かした環境づくり<br>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                           | 場所の見当識障害がある利用者には、トイレの場所が分からないときは何気なく近くに行って、聞いてもらえる環境を作っている。また一人ひとりの生活習慣を把握し、今行きたい場所やしたいことを代弁したり促したりしながら、自己決定できるよう声かけをしている。いつも部屋を探される利用者には、部屋の前に名前を書いている。                                   |      |                                  |
| 87                      | ○建物の外周りや空間の活用<br>建物の外周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                                   | 玄関にはスロープがありそのまま事業所の周りを散歩できるようになっている。また洗濯場から庭に出られるので、庭での時間を楽しむこともできる。中庭や裏庭には花や野菜を植え、季節を感じられる環境を作っている。また利用者の要望で中庭や裏庭にベンチを置き、くつろげる空間を作っている。                                                   |      |                                  |

| V. サービスの成果に関する項目 |                                                  |                       |              |
|------------------|--------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| 項 目              |                                                  | 最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。 |              |
| 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ほぼ全ての利用者の   |
|                  |                                                  | ○                     | ②利用者の2/3くらいの |
|                  |                                                  |                       | ③利用者の1/3くらいの |
|                  |                                                  |                       | ④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                         |                       | 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      |
| 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     |
| 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みられている                 | ○                     | 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     |
| 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     |
| 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     |
| 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          |                       | 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     |
| 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ほぼ全ての家族と    |
|                  |                                                  | ○                     | ②家族の2/3くらいと  |
|                  |                                                  |                       | ③家族の1/3くらいと  |
|                  |                                                  |                       | ④ほとんどできていない  |

| 項 目 |                                                         | 最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。 |              |
|-----|---------------------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| 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                        |                       | 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      |
| 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 |                       | 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       |
| 98  | 職員は、生き活きと働けている                                          |                       | 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     |
| 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     |
| 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ほとんどできていない  |

**【特に力を入れている点・アピールしたい点】**

(この欄は、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やアピールしたい点を記入してください。)

理念に基づいて「自尊心の尊重」「受容・共感」という点では徹底して職員教育をしてきた。だから「帰りたい」「財布がない」というような周辺症状に関する利用者の思いを受け止める技術はかなり高いと思う。また記憶障害や見当識障害により「わからないこと」「不安なこと」を察知し、本人が表現される前にケアを提供できるように、「先取り介護」を心がけている。今後は「生活機能」の視点で利用者のできることにもっと目を向け、楽しみや役割、生き甲斐作りに力を入れていきたい。管理者が認知症介護指導者研修を修了している。認知症介護実践者研修や管理者研修、リーダー研修、看護大学等の実習を受けており、理論的に認知症の介護について理解し実践できる職員教育をしている。その学びをどんどん実践に取り入れて、「自分として受け入れてもらっている実感」を利用者自身がもてるようにケアを行っている。