

# 自己評価票

## 【自己評価の意義・目的】

- 自己評価は、事業者自らが主体的にサービスの評価を行い、サービスの提供状況を見直すことにより、サービスの質の向上を図るシステムの1つです。
- サービスの質の向上は、この自己評価をはじめ、事業者の取り組みを第三者の目で確認して評価を行う外部評価や第三者評価、苦情解決制度や権利擁護制度、さらには、アンケート調査等による利用者からの声の反映、オンブズマン機能などが相まって実施されることにより達成されるものです。
- この自己評価の結果を公表することにより、利用者にとっては、客観的な指標、判断材料として事業者の選択に役立つものとなります。

記入年月日	平成 19年 11月 5日									
法人名	有限会社 イークォル									
代表者(理事長)名	斉藤登美子									
介護保険事業所番号	2	7	7	0	1	0	7	4	1	1
サービスの種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症対応型共同生活介護</li> <li>・ 小規模多機能型居宅介護事業所</li> </ul>									
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防認知症対応型共同生活介護</li> <li>・ 介護予防小規模多機能型居宅介護事業所</li> </ul>									
事業所名称	グループホーム 和の家									
事業所所在地	大阪府堺市北区東上野芝町2丁287									
記入担当者職・氏名	(職)ホーム長		(氏名)河 洋子							
連絡先電話番号	072-255-7618									

## 自己評価項目構成

### I. 理念に基づく運営

1. 理念の共有
2. 地域との支えあい
3. 理念を実践するための制度の理解と活用
4. 理念を実践するための体制
5. 人材の育成と支援

### 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
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援

### 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
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. 多機能性を活かした柔軟な支援
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

### IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

1. その人らしい暮らしの支援
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり

### V. サービスの成果に関する項目

## 【自己評価の実施方法】

- 運営者(法人代表者等)の責任の下に、管理者が従業者と協議しながら実施してください。
- 「評価項目」ごとに評価をしてください。
- その判断した理由や根拠のポイントを記入してください。
- 少なくとも、年に1回は自己評価を実施してください。
- 優れている点や改善すべき点などの特記事項についても、別途、記録しておいてください。
- 改善すべき事項については、改善のための計画(任意様式)を作成してください。
- 利用者やその家族等が今後、サービスを受けようとする時の情報として、この評価結果を利用できるように、利用申込者又はその家族に交付する重要事項説明書に添付の上、説明するとともに、事業所内の見やすい場所に掲示するなどし、評価結果を積極的に公表してください。
- 評価結果及び記録等は、評価を完了した日から3年間は保存してください。

## 自己評価票

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 (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>			
<b>1. 理念と共有</b>			
1	○地域密着型サービスとしての理念  地域の中でその人らしく暮らし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	運営理念：「一人一人の意志を尊重し、よく理解して、安心と豊かな暮らしを地域と共に支えます。」	
2	○理念の共有と日々の取り組み  管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	入職時に理念の説明を行い、またミーティングや面談でもそれを確認し共有しています。具体的には個々のケアプランに基づき一人一人の希望、ニーズに応じた目標を持ち個別ケアに取り組むと同時に、地域との交流には力を入れ様々なイベント活動を企画し実施しているところです。	
3	○家族や地域への理念の浸透	「和の家便り」という広報誌を「地域回覧板」と「ご家族版」の2種類を毎月発行して、その中で理念の紹介を行っています。	
<b>2. 地域との支えあい</b>			
4	○隣近所とのつきあい  管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	イベント、行事には気軽に参加して頂けるように声をかけさせていただいています。また回覧板でもお知らせし、地域のどなたでも参加できるようにしています。実際、日常的にホームには近所の方が訪れて下さっています。	
5	○地域とのつきあい  事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	老人会の会合に参加し老人会のサークル活動にも参加させて頂いています。自治会の班長をしたり、地域の一員として活動しています。地元の人との交流には何より力を入れ、幸い入居者様と近所の方が笑顔いっぱい交流できています。	

6	<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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>認知症の普及活動を行いたいと考え、情報の提供（具体的には、回覧板で認知症Q &amp; A等の記事をまわしている）をしたり、また介護相談も受付けています。</p>		
<b>3. 理念を実践するための制度の理解と活用</b>				
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>勉強会にて、外部評価の意義や目的を全職員に説明しています。また各職員用に自己評価表を作成し、実施、それに基づき個人面談で改善点を話し合う機会を持っています。</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、そこでの意見をサービス向上に活かしている</p>	<p>3ヶ月に1度の運営推進会議では、過去3ヶ月間の行事、日々の様子や変化、課題や取り組み内容、職員勉強会の内容も含めて報告を行っています。参加者からの要望や意見に対し改善すべき点は改善し次の会議で報告します。また欠席者にも往復ハガキで意見を求めるようにしています。</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</p>	<p>会議以外でホームに来られる市職員は生活援護課のみですが、ホームとして地域包括支援センターや事業所指導課、介護保険課への相談や報告を行う等、常に連携を心がけています。</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>権利擁護や後見人制度の研修には積極的に参加しています。必要と思われる場合に後見人制度について、ご本人やキーパーソンに情報を提供しています。</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>高齢者虐待防止法についての研修には参加しています。ホーム内では虐待や、拘束についての勉強会も開催し、理解と、防止に努めています。</p>		

4. 理念を実践するための体制				
12	○契約に関する説明と納得 契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には時間をとって説明を行うと同時に、利用者や家族の不安を受けとめ、出来るだけ早期に不安が解消されるためにどうしたら良いか話し合いを行います。疑問点には十分説明を行うように心がけています。		
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	利用者には、「何かあったらいつでも言っただけね」と声かけをしたり話せる場面を作ったりもしますが、職員は利用者が日常ふとした時に発した小さな不満や苦情を聞き漏らさないように心がけ、それをその場で終わらせず必ず報告するように、そして問題解決に結びつけるように統一しています。		
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	面会に来られた際やケアプランの交付時には日常の様子をお伝えしています。それ以外にも様子や体調に変化があれば都度電話やFAXで状況を報告しています。 ケアスタッフの移動に関しては特に報告はしていません。	○	ケアスタッフの移動に関しても、面会時に報告していきたいと思います。
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	運営推進会議で機会を持っています、また運営推進会議の告知用の往復ハガキでは、意見を記入できるスペースを必ず確保しています。苦情が発生した場合はスタッフミーティングで内容の確認と今後の対応方法の統一を図っています。		
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	ご意見書を作り毎月提出してもらっていましたが、あまり意見がでなかつたので廃止しています。現在はスタッフの個別の意見を聞けるようにスタッフが事務所で休憩している時間を利用し意見や提案の有無を聞いたり個別面談の実施もしました。結果、普段の考え方やしんどさを意見書よりも収集できていると思います。		
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ための話し合いや勤務の調整に努めている	人手がたくさん必要な時には職員の協力を仰ぎ人員の確保に努めています。職員は状況を理解し協力してくれています。		
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	出来る限り固定した職員により支援を実施したいと考え努力しています。職員が変わった場合は、まずは利用者や馴染みの関係が出来るようにコミュニケーションに時間をとるようにしています。		

5. 人材の育成と支援				
19	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>今年はケアマネだけでなくケアスタッフも外部の研修に参加できる体制にしました。他のグループホームとの交換研修を行う等、内部研修だけでなく外に出て学ぶという機会を設けています。</p>		
20	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>地域のグループホーム会議には出席し情報交換を行っています。他グループホームとの交換研修ではお互いの良い点、改善できる点を話し合う等、相互訪問によりサービスの質の向上に取り組みました。</p>		
21	<p>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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</p>	<p>出来るだけ話を聴く機会を持ち、仕事がしやすくなるように支援をしています。</p>		
22	<p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>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</p>	<p>各職員の特技ややりたい事が仕事に生かせるように自由に動けるように勤めています。</p>		
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	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>とまどいや混乱を早く軽減できるように、初期にはご本人の思いを聴く時間を多く持ち共感し、職員に対して少しでも安心感や信頼感を持って頂けるような声かけを意識しています。</p>		
24	<p>○初期に築く家族との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>ご家族のニーズにも出来るだけ答えられるように努めています。それぞれのご家族の事情も考慮して援助できるようにご家族の話をよく聴き、受け止める努力をしています。</p>		

25	○初期対応の見極めと支援 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	待機者でご家族の負担が大きい時には、他の施設への入所やショートの利用が出来るように情報の提供や、紹介をしています。		
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、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	1週間程度体験利用を実施しています。また様子を見るために昼間だけの体験利用も提案しています。		
<b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b>				
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	「ありがとう」と言われるのではなく職員が利用者「ありがとう」と言える場面作りに努めています。日常の生活の中で、利用者にいるんな事を教えて頂いたり、利用者が主体になり活躍できる機会を沢山作っています。		
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	認知症による不穏や混乱に対して、これまでご家族の協力を得てこそ1つ1つ解決してこれたと実感しています。電話でのご本人との関わりや面会や専門病院への通院等、相談の上、協力を頂いています。ご本人が穏やかな毎日が送れるようになった時には、ご家族と喜びを共感しています。	○	ご家族にとって、負担にならないように配慮しながら、これからも一緒にご本人を支える事ができたらと思います。
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、より良い関係が築いていけるように支援している	複雑な家族関係をできるだけ理解し、家族に負担がかからない方法で良い関係を築けるように、一人一人違った方法で支援しています。		
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	友人との外出や電話での交流が出来るようにしています。また個別にお墓参りや馴染みの場所や好きな外食ができるように企画し実施をしています。	○	外食時は食欲もアップします。もっと気軽に外食が楽しめるようにしていきます。
31	○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	利用者同士の良好な関係が出来るようにどのように支援するか職員間でよく話し合いを実施し最善策はなにか相談をします。	○	共同生活の中でお互いを認めて理解しあうという事は認知症をお持ちの入居者には大変難しいと痛感していますが、常に穏やかな気持ちで暮らすには人間関係のストレスを軽減しなければいけません。日々変化する状況の中で最善の関わり方を考え続けていくしかないと思います。

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	長期入院の為、契約終了となっても職員が病院へ行って様子を伺って関係を断ち切らないようにしています。		
<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>				
<b>1. 一人ひとりの把握</b>				
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	希望や意向を出来るだけかなえる為の努力をしています。希望や意向を表明されない利用者も、会話の中でふと漏らした一言から把握できるように心がけています。		
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	入居前には、居宅のケアマネジャーや病院のケースワーカーより総合的な情報を収集し、その後入居時のアセスメントで、本人と家族から生活歴やサービスの利用経過について、必ず尋ねています。		
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	ケース記録に時間ごとの様子を記録しどのように過ごされているか、また毎朝バイタルチェックを行い身体面の異変にもすぐ対応できるよう観察、把握をしています。		
<b>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</b>				
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、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	職員は各1~2名の利用者を担当し、ケアマネ、ユニットリーダーと共にケアカンファレンスへの参加をして利用者1人1人の課題解決のために話しあいます。そこで決定されたケアプランに基づき担当者は介護計画と実践表を作成しています。困難事例ではご本人を一番よく知るご家族に問題解決のために相談に参加していただく事もあります。	○	ご家族へは、困難事例以外は決定されたケアプランの説明を行う事で同意を得ているが、今後はケアプラン作成前の段階で現在の状態の説明を行い問題解決のための意見を求めていきたいと思えます。
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、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	特に大きな変化がない場合は3ヶ月に1度のケアプラン見直しを行っています。入居当初や目立つ変化があった時はその都度カンファレンスを開催し、ケアプランを変更しています。		

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	個別に行っている記録には、ケアプランの目標を達成する為の具体的な援助内容が実践できたかどうか、毎日チェックを行っておりそれをプランの見直しに活かしています。		
<b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>				
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	グループホームなので、多機能性はありませんが、体験入居を実施したり家族や本人の要望に応じ可能な範囲で柔軟に対応しています。		
<b>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</b>				
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	傾聴ボランティアが入る事で個別にじっくり寄り添い効果をあげて下さっています。		
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ための支援をしている	必要に応じて他の在宅サービスを利用されている利用者もおられます。本人の希望があれば他の社会資源の情報もどんどん紹介しています。		
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	必要に応じて地域包括支援センターには相談し状況を説明してアドバイスや情報を頂く事があります。		
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	ホームの連携病院だけでなく各専門病院を受診される利用者も多く、主治医やケースワーカーとの連携がスムーズにいくよう情報の提供等、支援しています。		
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	状態により認知症の専門病院を受診し、専門的な治療が受けられるようにしています。その際には、職員が同行し直接医師に相談する事で、スムーズな治療や対応に結びついています。		



45	<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>連携先の看護職員には、24時間いつでも相談できる体制になっており、普段の健康管理から急変時まで、気軽にすばやく相談しています。</p>		
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>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</p>	<p>入院時には主治医やケースワーカーとの面談を行い、情報の共有に努め、退院後も適切な対応が出来るよう早めから相談するようにしています。</p>		
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>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</p>	<p>終末期の利用者では、主治医とご家族と一緒に急変時の対応や方針を話し合う場を複数回持ち、ユニットの職員全員で共有しその方針に基づいたケアを実施しました。</p>		
48	<p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>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</p>	<p>ホームとしてできる事、どこまで可能かという事を、連携先の医師とも相談しながら決定している。医師の往診時に合わせてご家族への説明を行い同意を得ています。</p>		
49	<p>○住み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</p>	<p>移り住む利用者には次の施設や病院関係者への情報提供を十分に行いできるだけスムーズに住み替えができるように支援しています。</p>		

#### IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

##### 1. その人らしい暮らしの支援

###### (1)一人ひとりの尊重

50	<p>○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り扱いをしていない</p>	<p>職員は一人一人が、利用者の誇りやプライバシーを損ねるような発言はしないよう意識して関わりを持っていますが、時に後で振り返った場合、あれで良かったのだろうか、もっと別の言葉がけをしたら良かったのか、それぞれが自分なりに悩み、考え込む事もあります。しかし利用者の尊厳を大切にするという気持ちはいつも持っています。</p>		
51	<p>○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>意思を表明されない利用者に対して希望を聴き取れるようなコミュニケーションの時間を持つようにしています。希望ができるだけ叶えられるようにカンファレンスで援助方針を決め、個別対応ができるよう努めています。</p>		
52	<p>○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</p>	<p>「今日買物に行きたい」等の声があがれば、職員は余程のことがなければ対応しています。あまり希望を訴えない利用者についても、どのような事を望んでいるのかをコミュニケーションや観察の中でつかみ、支援できるように努めています。</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				
53	<p>○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>現在はそのような希望がありませんが、以前は昔からの行きつけの美容院でカットがしたいと希望があり、そこでカットができるように付添いをしていました。</p>		
54	<p>○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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	<p>毎日キッチンには職員と一緒に利用者が入ります。キッチンに入れない人はテーブル席に座り野菜を切ったり、お皿に盛り付けたり味見を担当したり、それぞれができる事をして一緒に食事作りを楽しんでいます。</p>		

55	○本人の嗜好の支援 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	たばこ、お酒やジュース、おやつについて、特に問題のない利用者に対してはご家族との相談の上、日常的に楽しめるように工夫をしています。		
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	必要に応じたトイレ誘導で失敗やオムツの使用を減らすように、毎日の排泄チェックを行っています。		
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	可能な限り、一人一人の希望やタイミングを大切にしたいのですが、夜勤帯の入浴が難しくご家族の協力も得て夜に入浴して頂いたりしています。		
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	自宅で寝ていた状況に近づけるように環境を整えるように努めています。		

(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	一人一人の特技や趣味や元の職業を活かし活躍できる場面を作るようにしています。例えばホームで使用する本棚作りや、雑巾縫い、また畑での野菜作りにも取り組んでいます。		
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	自身でお金を持ち買物をされる利用者も、安心の為に金を持っておられる利用者もおられ、それぞれの希望や力に応じてご家族と相談しながらお金を持って頂いています。		
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	季節にもよりますが、できる限り外に出るという事を大切にしています。3時のおやつを近所のコーヒーショップで頂いたり昼食を外食にしたり、日頃の公園散歩やスーパーへの買物、遠足等職員が企画したり、利用者の希望で出かけたります。		

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	お墓参りへの付添いや、元々住んでいた自宅近所の友人との交流支援や、ご家族との外食等、なかなか普段はできない事も時々実現できるように支援しています。		
63	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族、友人との電話での交流は頻繁にできるように支援しています。手紙で友人との交流を続けている利用者もおられます。		
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	家族や友人、在宅でのヘルパーさん等、馴染みの方々がよく面会に来て下さいます。また行事の際には、声をかけさせて頂き馴染みの方々と一緒に楽しめるよう努めています。		
<b>(4)安心と安全を支える支援</b>				
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・抑制については、職員勉強会も開き具体的にどのような行為がどうして禁止なのかについて詳しく説明をし身体拘束ゼロケアに取り組んでいます。		
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	鍵はかけず、外に出て行かれた場合は弊害がなければ本人が納得するまで付き添うようにしています。		
67	○利用者の安全確認 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	フロアのどこに誰がいるのか、常に把握し安全性を確保するようにしています。様子についてはケース記録に細かく記入することで職員間の情報の共有をしています。		
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	注意の必要な物品を一律になくす事はしてません。当然一人一人の状態に応じてのリスクマネジメントを実施しています。		

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	担当職員とケアマネジャーは、個別のリスクについて話し合いをしています。事故を防ぐための対策、実施した事の記録を残すようにしています。		
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	急変時の対応や応急手当については、連携病院の看護師による勉強会を9月に実施しましたが定期的にはしていません。救命講習は各職員が消防署が実施する研修に順番に参加するようにしています。	○	急変時や応急手当の勉強会は、定期的を実施していこうと思います。
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	消防署の協力を得て非難訓練は行ったが、実際に夜勤帯に災害が起こったら人員配置的に考えてスムーズに避難できるとは言えません。	○	昼夜問わず職員の力だけでは、避難誘導には限界があります。今後は、近隣の皆様に協力を依頼し、災害時に応援を得られる体制を確保します。
72	○リスク対応に関する家族等との話し合い 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	ご家族には、個々予想されるリスクについてと、実際に行っている対策の説明を行っています。ご本人が抑圧感を感じる程の予防策ではストレスになるので、どこまでするのか相談を重ね理解を得て実施しています。		
(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	小さな異変も全員が情報を共有できるよう記録やバイタルチェックを行っています。早めに主治医に相談したり、早期発見早期対応をしています。		
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	利用者が使用してる薬の効用がすぐ確認できるよう事務所に一覧を貼りだしています。用法や用量の変化があればホーム日誌にて予想される副作用も含め情報を共有しています。		
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等に取り組んでいる	排便チェックを行い排泄パターンを掴むように努めています。パターンが乱れた場合には排便を促しやすい飲食物を摂取して頂き、腹部マッサージを行います。改善されない場合は主治医に相談をしています。		


76	○口腔内の清潔保持 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	個々の生活習慣も考慮しながら口腔内の清潔を保つため口腔ケアの声かけ、介助を行っています。必要な方、希望する方には週に1度の専門家による口腔ケアを実施しています。		
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	食事量や水分量は必ず記録して不足している場合には、主治医と相談の上、必要な対応を状況に応じて行っています。		
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）	インフルエンザの予防接種は毎年おこなわれています。感染対策マニュアルを作り職員はそれに基づいた予防策の徹底をしています。		
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	ホームで作成した感染対策マニュアルに基づき毎食後布巾の消毒、毎晩調理器具の消毒を行っています。野菜や肉等種類によりまな板の上に敷くシートを交換しています。キッチンに入る際には手洗いを徹底しています。		

## 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	玄関の飾りつけをしたり花を置いたりして気軽に出入りできる雰囲気作りに努めています。		
81	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節ごとに変わるリビングの壁面の飾りつけには利用者も参加しています。棚には利用者の作品が沢山あり写真、金魚、植物等に囲まれ居心地の良い雰囲気ができていると思います。		

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、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	テーブル席のほかにくつろげるソファや藤椅子を配置し、それぞれお気に入りの場所で過ごして頂けるようにしています。		
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	ご本人の気持ちを大切にしています。自宅で使っていた馴染みの家具を居室に並べて落ち着いたお部屋になっている方もあれば、あえて物を置かずシンプルにしている方もおられます。ご本人が一番落ち着くように配慮しています。		
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配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	利用者の状況に応じて換気、温度、湿度調整は頻繁におこなっています。		
<b>(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり</b>				
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	建物内はバリアフリーで手すりの設置により歩行の不安な方もできる限り自立した生活が出来るように配慮しています。		
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	混乱や失敗を未然に防ぐように、また混乱が起こっても最小限にとどめる様にケアプランに添って統一した方針を持つようにしています。個々の力を活かすためにどうしたらいいか相談し一人一人に合った対応をしています。		
87	○建物の外周りや空間の活用 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	敷地内にある畑はもちろん日当たりの良い出窓にも野菜を育てたり花を育てたり、利用者の希望により空間を十分に活用しています。		

(  部分は外部評価との共通評価項目です )

V. サービスの成果に関する項目		取 り 組 み の 成 果 (該当する箇所を○印で囲むこと)
項 目		
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
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



項 目		取 り 組 み の 成 果 (該当する箇所を○印で囲むこと)
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
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。)

御利用者が主体となる事、地域の一員になる事、を常に考えています。近隣の皆様との交流が出来るだけたくさんできるような企画に力を入れて取り組んでいます。日々の生活の中での自己決定とまた希望を叶える機会を大切にお手伝いをさせて頂いています。