

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のものになるよう、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	グループホーム 雅の家
(ユニット名)	ぐるーぷほーむ みやびのいえ
所在地 (県・市町村名)	大阪府大阪市西淀川区大和田5-4-14
記入者名 (計画作成者)	脇本 律子
記入日	平成 19 年 5 月 10 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 (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 (すでに取り組んでいることも含む)
I. 理念に基づく運営				
1. 理念と共有				
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	御利用者様一人一人の個性と御家族の状況を把握し、ケアにあたっている	○	時間の許す限り、散歩・外出・買物を心掛けている。帰宅願望の強い利用者さんには、ワーカーと作業を共にする。(外へ洗濯物を干したり、取り込んだり行う。)
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	「自分が主役である」「ここが我が家」と感じる、安心と安楽さを得られる事により認知症の進行を緩和され心身の状態を平穏に保ち終の棲家と感じて頂ける。	○	気配り・目配り・思いやりを実践常に利用者様を中心に「考える」分からない事は「聞く」何かあれば「報告」
3	○家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる	地域での買物を基本としている自治会への参加	○	利用者と近くのスーパー・タバコ店・喫茶店散髪等で地域の人々と接す
2. 地域との支えあい				
4	○隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	隣近所の付き合いは挨拶から行う。	○	気軽に声掛けし、挨拶運動実施
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	地域の一員として自治会に入会 民生委員に行事の時の声掛け(ボランティア募る) 近くでの行事は、小中学校の近くで実施	○	地域のイベントに参加 行事の時は声掛けによりボランティアの要請可能となる 学校のトイレを借りる

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)	取り組んでいきたい内容 (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 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			
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 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	自己評価・内部評価(月1回)・外部評価を活かし具体的な改善に取り組んでいる。	○	改善すべき点等の特記事項は、前向きに実行。推進会議。近隣の中学校の利用。一年間の目標を立てる(決めた事・決められた事は必ず実行しよう)
8	○運営推進会議を活かした取り組み 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	二ヶ月に一回運営推進会議を実施	○	自治会に加入し、自治会、民生委員等の協力を得、地域の行事に参加している。地域包括センターより情報を得る。
9	○市町村との連携 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	地域包括センターとの連携。 市町村との連携。	○	空き部屋情報の公開。 入居者に関する情報の公開。 (入院、退院、退去等)
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	認知症介護研修の受講、 介護支援専門員習熟研修等での勉強の会を得ている。	○	H19.5現在大阪裁判所へ提出 (成年後見人制度)入居者の家族。
11	○虐待の防止の徹底 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	グループホーム雅の家では虐待、 身体拘束(行動制限)しない	○	常に利用者が心身状態を平穏に保ち生活できるよう支援している ・玄関センサー扉は玄関前がバス通りなので危険回避の為

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)	取り組んでいきたい内容 (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 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	グループホーム雅の家 重要事項説明書 2部作成	○	重要事項の説明の義務(2部作成) 説明を受けたことを確認している
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	グループホーム雅の家 運営基本方針	○	サービスの提供に関する基本的な考え方 グループホーム雅の家介護マニュアルを職員に周知徹底している
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	早期発見・異常時は家族に連絡を随時取り対応している	○	通院前、通院後は必ず家族様に連絡する 日常と様子が違う場合も随時報告
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	法人及び管理者・介護支援専門員がサービスの質の管理責任者として書面あるいは口頭で苦情、相談等を随時行っている	○	苦情受付簿を設置 玄関先に苦情入れポストを設置
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	適宜に会議を開催する	○	管理者は職員の意見や提案を聞き話し合いに応じる
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている	利用者や家族様の状況の変化に合わせて適宜に必要な時間帯に職員を確保できる	○	職員同士の助け合いで勤務の調整に努めている
18	○職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	勤務(予定)表(日々の勤務時間帯・常勤/非常勤制)で明確になっている	○	シフト制(変形労働制を採用)

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)	取り組んでいきたい内容 (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	<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>	内部研修 外部研修	○ 勉強会(1F・2F Dルーム掲示)
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>	関連施設の勉強会に参加・交流	○ H18.12.16 松井医療福祉グループ研修発表会 テーマ:2ユニット制の利点について
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>	シフト制の勤務形態であるが 希望休を聞き出しシフトに反映させる 働く仲間への思いやり	○ 職員が困難に遭遇した場合 助言・援助を行い解決している。 急な勤務変更でも仲間は気持ちよく交代出来る
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>	接遇に関する自己評価	○ H19.3 実施
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>	入居前の面接は必ず実施 ご入居者の心身状況の把握	○ 入居前に家族・御本人との面会を済ませ納得が行くまでメンタルを行う。施設見学にも参加して頂く
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>	入居前の家族さんとは時間を掛けて面接	○ 施設見学にも参加して頂く(入居前)入居出来ない場合のフォローアップも兼ねる

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)	取り組んでいきたい内容 (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 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	グループホームは認知症の人が入居対象となる為そうでない人への介護保険制度を十分に説明し他の支援方法を薦める	○	入居できなかった人に対しては後日、電話等で他の支援がうまくいったかどうかお伺いする
26	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	入居が決まった時点で家族様等と相談しながら(生活習慣・既往症)サービスを勧める	○	入居前に使っていた日常生活用品の持込を依頼する
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	事実の前では対等である 思いとスキルは違う	○	介護は誰の為のものか 自分の思い込みで(事実を捉えず)介護はしない
28	○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	施設行事(御誕生日会)には家族さんに連絡を取りレクリエーションに参加して頂く	○	毎月月末御誕生日会を開催 お正月・お盆・暮・クリスマス会等レクリエーションを企画している
29	○本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	家族的な生活空間作り 家族さんが来訪しやすいような雰囲気を作る	○	家族さんが来られた時は気持ちよく迎え御本人と、家族様の時間を作る
30	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご利用者に来る手紙、葉書等を読んで聞いて頂く	○	返事の代筆を行う
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利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	入居者のくつろげる空間がDルームしかないのでTVのチャンネルの取合い・不成立会話での喧嘩等 ワーカーが常に中に入り穏やかさを保つ	○	居場所の確保をワーカーが利用者伝える

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (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 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	グループホーム退去の理由は、入院・死亡である	○	入院後のケアと家族様・病院との連携を密にする
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
1. 一人ひとりの把握				
33	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	本人・御家族からアセスメントにて情報を得ている個別の状況(入居者の主体性を重視)	○	認知症グループホームの為本人の意向の把握出来ないが家族様への意見の反映を行い実際のケアに活かしている
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時家族様より情報提供して頂いている 病院:サマリー(看護) 施設:退所は看護要約	○	サマリー・看護要約に沿って介護支援を行う
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	水分・食事量・排泄等、日常生活自立度を把握している	○	日課計画表・介護経過を利用して現状を維持できるように支援 居室担当者を決める
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 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	認知症対応型共同生活介護サービス計画書①② サービス担当者会議、日課計画書 家族より承諾書	○	三ヶ月に一回更新 個別の状況や特徴を踏まえた介護計画を作成している
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	サービス担当者会議を開催し見直しを行う 実施期間が終了する際と状態変化に応じた随時の見直し	○	介護サービス計画①②の見直し(随時)

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)	取り組んでいきたい内容 (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 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	服薬管理表・ケース記録・水分排泄チェック表 バイタルチェック表・入浴サービス表・介護日誌	○	確実な申し送りノート・ケース記録 介護日誌に於いて情報の共有・異常の早期発見に努める
・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	関連施設との交流	○	大きなレクリエーションに参加させて頂く (芝居・地域のお祭り)
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	レクリエーション等で外出する時、民生・自治会の方から応援要請を行う 歌体操・紙芝居	○	推進会議の利用(1/W来訪)
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	地域包括センター 老人保健施設・特別養護老人ホーム等の話し合い	○	空室情報の提供(受入)
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	大阪市社会福祉協議会・地域包括センター 認知症高齢者グループホームと情報交換	○	グループホームネットワーク 研究大会への参加 研修会への参加
43	○かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	訪問診療 訪問歯科 訪問リハビリ	○	各個人同意書頂き 適切な医療支援

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (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 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	グループホーム入居条件として認知症がある為入居時点では認知症の診断有	○	入居生活支援していく上で日常のレベルが低下したと思われる時通院し認知症の進行具合を診断して頂く
45	○看護職との協働 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	事業主体が医療法人で、ホームの前には病院・診療所もあり、入居者の緊急事態にも即応出来る	○	入居者が安心して生活できる環境である通院・往診(点滴)随時行っている
46	○早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している	医療機関ソーシャルワーカーとの連携 家族・医師・ソーシャルワーカー・ケアマネでのカンファレンスを実施する	○	出来るだけ早く退院出来る用に医師・家族と連携を取り早期の退院を支援しています
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	ケアマネ・管理者・介護職等リーダー・サブリーダー 家族との会議の場を持ち、話し合い	○	終末ケアに対して支援はワーカー全員で方針を供給(会議内容を提示する)
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	グループホームで「出来る事」「出来ない事」を見極め医療(かかりつけ医)と共にチームとしての支援に取り組んでいる	○	対処療法のみで体調が回復すればグループホームに戻って頂く(例:脱水、誤嚥性肺炎など)
49	○住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、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	グループホームの退居時は、入院がほとんどである。 ケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行う	○	出来るだけ早く寝たきりではなく寝かせきりから脱却して頂く。 グループで又生活して頂くよう支援

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	○プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	入居者一人一人の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねる言葉掛けや対応を行っていない	○ ゆっくりした会話 ゆっくりした傾聴を心がけ 支援してしている。さりげない介助
51	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	本人の返答能力に応じた支援 本人の思い込みを否定しない	○ コミュニケーションの困難な入居者に対しても (例:失語症)毎日の生活での関わりで 何を欲しているのかが判る
52	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入居者が自由に自分のペースを保てるよう支援している	○ 入浴、朝食の時間 個人のペースに合わせている
53	○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている	その人らしい暮らしや尊厳を支える為の支援	○ 季節ごとの服の入れ替え・部屋の模様替え 本人の望む服の購入
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	選んでもらう(パン・お粥・白飯等)選ぶのを待つ 食事状況の把握(量・水分)職員も入居者と同じ食事を一緒に楽しんでいる	○ 食事の片付けを介護職員と一緒にしている。 食べ方の混乱や食べこぼし等 サポートをさり気なく行っている
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	嗜好の支援 自分で飲みたい希望を表すよう日常的に行っている	○ 10時・15時 おやつや飲み物の時間好みの飲み物を入居者に聞きながら用意する

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	排泄パターンに応じた個別の排泄支援 不安や羞恥心、プライバシーに配慮して行っている誘導・介助や確認	○	入居者一人一人の排泄パターンを把握 出来るだけトイレでの排泄の自立に向けた支援 失禁に向けた対応 おしめ⇒紙パンツ⇒布パンツへの移行
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	入居者一人一人の希望にあわせて入浴 (時間帯・長さ・回数など)	○	バイタルチェック(血圧・体温・脈拍)を実施 入浴前と入浴後の水分補給 時間帯は決まっているが入浴長さ・回数は入居者の希望に合わせている
58	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	入居者一人一人の睡眠パターンを把握	○	夜間良眠を得られない入居者には 日中の活性化、寝る前の足浴
(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	自立支援と凶る為「出来る事」については見守りや一緒に行ったりしている 場所作り・環境整備	○	寝着から普段着の着脱、洗濯物の取り込み 髭剃り・口腔ケア等 一人一人の見守り・支援
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	家族からホームに託された預かり金の管理については本人(力量に応じて支援)及び家族様の同意の元でその方法を定め随時家族本人に報告	○	現金出納帳を製作、定期的に本人及び家族様に報告し、随時確認して頂く
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	ホームに閉じこもらない支援 積極的に近所へ出かけ楽しめる雰囲気を作り支援している	○	近くのスーパー・公園・ホームの周り 散歩を兼ね出かけている
62	○普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	家族様の応援を頂き、外泊・外出等(日・祝・お盆・正月・連休等)をお願いする 支援・年に2・3回グループホームのレクリエーション	○	平成19年度 6月 天王寺動物園を企画 8月 花火大会参加

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	利用者から電話をして欲しいとの依頼がある時は介後職員が電話(ダイヤルを回し呼び出す)を掛ける 手紙は利用者より申し出あった時代筆	○	暑中見舞・年賀状等は介護職員が代筆 連絡は介護職員が間に入る
64	○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	面会時間は拘らず(夜間のみ20時頃まで) 何時でも気軽に訪問できる様に工夫している	○	面会等、外泊・外出届けの設置 訪問時は居心地良く過ごせるような雰囲気を作る努力をする
(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(行動制限)をしない工夫 外出の察知・外出傾向の把握・近所の理解	○	グループホーム雅の家出は身体拘束をしない 身体拘束ゼロ宣言を行っている
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	鍵を掛けないなど身体拘束(行動制限)しない工夫・徘徊のきつい入居者にはその都度外へ連れ出し気分転換を図る	○	玄関前がバス通りであり、危険回避の為職員と共に外出するようにしている (ドアはセンサーで開閉)
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	居室担当を作り、介護職員が全体と利用者の現状を一番に把握できるようにしている	○	居室担当者に聞けば、その利用者の事は何でも判る
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	洗剤、その他必要な部品は利用者の手の届かない所に保管・管理	○	引き出しが下にある保管場所には、鍵を掛ける
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	転倒・窒息に関しては常に見守り強化 服薬については、夜間帯2人で薬のセットをする 誤嚥に関しては介護の仕方の訓練	○	防災訓練 年2回実施 服薬に関しては飲み込むのを確認

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)	取り組んでいきたい内容 (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 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、救急員対応、受入病院の手配 家族への連絡、随時対応可能	○	夜間救急の対応の仕方の練習 家族への連絡 必ず管理職又は介護職員が付き添う
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	災害対策として介護職員に 救急処置の方法等勉強会参加させている	○	防災訓練 年2回実施 非難時の方法
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された対応策を話し合っている	利用者状態変化は随時家族様へ知らせる 例: 食事普通食⇒きざみ食⇒ミキサー食等	○	病院への通院、搬送に関しては 家族様への了承を得る
(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 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	バイタルチェック・水分補給 食事摂取量、排便、排尿等の管理表あり	○	午前7時のバイタルチェック 入浴時前のバイタルチェック 入浴後のバイタルチェック 食事・水分に関しては毎日チェック 排便・尿に関しても毎日チェック
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	ケース記録に利用者一人一人の服薬表を貼っている	○	薬・管理表を作成 (定期薬・臨時薬の把握)
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	診療所と訪問診療により予防支援	○	排便チェック表を作り各自の排便チェック 体を動かすことへの支援
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	訪問歯科と介護職員により支援	○	毎食後口腔ケア 2/W 訪問歯科により口腔ケア

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)	取り組んでいきたい内容 (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 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	毎食後残量チェック・水分補給量チェック 本人の好みによりパン食・おかゆ・米と用意する 個別の食事状況の把握	○	一日を通して水分は 1000ccを越えることをめどをしている 食事時は車椅子から降りて椅子に移る工夫
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)	入居時健康診断の実施 ツ反・MRSA・血液・心電図・胸部レントゲン 感染症予防のマニュアル有	○	年2回入居者健康診断の実施 体調状況に合わせ通院・検査
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	食中毒の予防の為塩素系を使用 (台所・調理器具等)	○	病院の栄養管理をそのまま利用 手洗いの励行
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	入居者や家族が入りやすいように 玄関周りや建物の周囲には季節の花・植木を植える	○	入居者と一緒に散歩や病院の帰りに出入口で足(車椅子)を止め、咲いてる花で話が弾む
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	共用空間がいずれも家庭的な雰囲気を有している	○	調度や設備、物品や装飾品も家庭的である
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	共有空間における居場所の確保	○	入居者のくつろげる空間が不足しているように思われるが、入居者のくつろげる場所として事務所がある入居者よく会話に来る

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)	取り組んでいきたい内容 (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 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	居室には使い慣れた写真や生活用品 装飾品が持ち込まれ安心して過ごせる場所となっている	○	家から持ってきたダンス、テレビ 布団・枕・壁には絵・写真
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のおよみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	入居者がおちついて暮らせるように配慮している (テレビの音・職員の会話のトーン・照明の強度 陽射し等)	○	各部屋の換気・空調には利用者の健康状態により 温度設定の管理・カーテンの開閉等 こまめに見守りを実施
(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり				
85	○身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	身体機能の低下を補う配慮	○	すべり止めや要所への手すり等設置 浴槽・便座の使い勝手
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	職員は、入居者一人一人がホーム内の場所をわかっているかを把握しており場所の間違いや判らないことでの混乱を防ぐ為の工夫がしてある	○	トイレや部屋の目印
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			

V. サービスの成果に関する項目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
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、生き生きと働いている	○	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。)

気配り・目配り・思いやりを実践。常に利用者様を中心に「考える」わからない事は「聞く」何かあれば「報告」業務、仕事をこなすだけが介護ではない。業務＝ケアではない。介護職員にはプロ意識を持って下さい。気付きを育ててください。グループホーム雅の家では入居者はもちろんのこと家族様との日頃のメンタルがいかに大切かを実践しています。