

山形県地域密着型サービス自己評価票

- 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

※項目番号26 馴染みながらのサービス利用
項目番号39 事業所の多機能性を活かした支援
については、小規模多機能型居宅介護事業所のみ記入してください。

○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 ひまわりの丘
（ユニット名）	大地の広場
所在地 （県・市町村名）	庄内町
記入者名 （管理者）	高橋 利美子
記入日	平成 19 年 8 月 24 日

山形県地域密着型サービス自己評価票

(☐ 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	「生命を安心して預けられる施設」を第一に掲げ、毎日の朝礼での唱和において職員の意識付けを図っている。また、グループホーム独自の「いっしょに、ゆっくり、楽しく」というスローガンもつくりあげている。	
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	理念、およびスローガンについては、日々ケアを行っている中で「道に迷った時の道しるべ」として、職員は共通の認識をもっている。	
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	玄関の真正面にスローガンを貼り出して、ご家族・地域の方にも目に付くように、またご家族の定期受診の付き添い時・面会時においては、常に急がないゆったりした老後の生活を送れるように支援していることを説明している。	
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	散歩時など、道で会う隣近所の方には積極的に挨拶をするように心掛け、気軽に見学に来ていただけるような声かけは忘れない。	○ 利用者の中には、入居していることを知られたくないという方も居られるため、慎重な対応を行っていきたい。
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	併設老人保健施設と一緒に取り組んでおり、自治会と子ども会合同の行事や自治会の祭りなどのお誘いもある。利用者の身体状況を考えながら交流には努めるようにしている。また、知的障害者施設との交流は利用者にとって楽しみの一つとなっており今後も継続して行きたい。そのほか地域の学校の体験学習の受け入れも行っている。	

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	併設の居宅介護支援センターとの連携により、在宅で暮らす高齢者の支援ということで今年の5月から、通所介護の事業を実施している。		
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	評価の意義は大きく、抱え込み・閉鎖的に陥らないように常に学習の機会を持ち、利用者が落ち着いてホームで暮らせるように専門性の向上に研鑽している。		
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	2ヶ月に1回実施、当初は報告・話し合いで留まっていたが、ようやく会議の方向性がみえてきたところである。消防署・警察署・3地区の自治会長さんの参加も実現し、今後はテーマを決めて取り組んでいくことを役場職員の方も交え決定した。サービスの向上につながるような会議でなければ意味がないと考えている。		
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	近いこともあり都度、報告・連絡・相談に伺っている。役場の方の対応は迅速・丁寧である。町の連絡誌の配布、ボランティアの実施、運営推進会議の欠かさない出席などで関係は良好なものとなっている。項目10の研修会の開催を依頼しており、実現していただけるものと確信している。		
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	管理者は、学んでおり、必要な人には活用できる。職員についてはまだ知識不足であるため項目9に記載したとおりである。	○	研修会(ロールプレイ)の開催を行政に依頼しているほか、事業所内でも実施する方向で検討中である。
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	過日、管理者が研修会に参加、伝達講習を行った。虐待はないと認識しており、今後もしっかり見守っていく必要がある。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	入居時には、今後の意向を聴き、特養の申請も含め、看取り介護の説明も行っている。リスクの可能性の説明も行い、利用者本人の入居の意思が原則であり、退去時においても納得のいく形での退居以外はなく、クレームなどもない。		
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	居室担当者がその役目を果たしていることと、家族会会長さんのほぼ毎日の来ホーム時に利用者一人、一人から意見などが聴けるように配慮している。		
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	毎月の請求書発送時に各居室担当者が全員の利用者に手紙でお知らせしている。金銭管理については管理者が毎月収支報告明細書を作成し、送付している。職員の異動については、隔月発行の「ひまわり通信」で行っている。		
15	○運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情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	意見箱の設置、又、定期受診の付き添い・面会時など、個別に対応して意見等を聴くことにしている。意見・苦情・相談などがあつた場合については書面で概要・経過・結果を文書で残し、母体施設合同の相談・苦情処理委員会で取り上げて今後の対応について話し合い、重大な意見については、第三者委員にも報告するようにしている。		
16	○運営に関する職員意見の反映 運営者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	個人面談および毎月開催されるフロア会議での意見聴取を実施、会議には総師長の出席もある。急ぐ必要のあるものについては、連絡ノートの活用が功を奏している。		
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている	平日については常に基準を上回る人員配置となっている。緊急の場合については、連絡網によって確保できる。		
18	○職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの職員による支援が受けられるよう配置異動を行い、職員が交代する場合でも、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	グループホームは異動においては、最小限に留めている。退職などで已むを得ない場合については、新人研修・指導を行っている。各利用者のアセスメントが重要な鍵となる点について、しっかり指導を行ったうえで関わるようにしている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	○職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	教育委員会が年間計画をたて、各委員会の勉強会も多彩である。統一したサービスを職員全員が提供できるように考慮している。新人研修、中級者向け、管理者向け研修についても徳洲会グループの研修もあり、中央に行けるようにしている。法人外でも希望する研修があれば稟議によって可能となる。		
20	○同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、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	庄内町にはもうひとつのグループホームがあり、交流を図っている。相互訪問や悩みの相談など関係を築いている。また、酒田市の老健の研究発表にも出向いたり、県グループホーム協会主催の交換研修にも協力している。		
21	○職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	徳洲会グループの電話サービスによるメンタルヘルスチェックと相談の機会もある。ストレス解消のために夏季休暇、有給休暇などパート職員についても付与している。		
22	○向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	勤務表については三役の検印の上、実施されるようになっている。また、各職員の上期・下期の目標も把握している。年二回の個人評価で努力や実績を讃えるようにしている。		
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 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	入居に際しては実調のうえ、本人の意思を尊重することを原則とし、時間をかけてじっくり行うようにしている。認知症が重度の場合についても本人同席のもと実施している。		
24	○初期に築く家族との信頼関係 相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	上記項目23に基づき実調によってじっくり行う。		

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	母体施設の支援相談員、介護支援センターのケアマネと連携をとりながら対応している。		
26	【小規模多機能型居宅介護のみ】 ○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			
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	個別ケアを原則としており、常に傍にいて寄り添うことを忘れないようにケアを行っている。認知症の進行に伴う症状の経過は職員の知識と技術の向上につながっている。日々の暮らしの中で昔の歌・ならわし言い伝え・ことわざ・大和なでしこはこうあるべきということ・明治女の粹さなど教えられることは多い。		
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	ケアプランの評価時には必ず面談を行い、家族の意向も踏まえ、本人、家族とも良い方向に進むように話し合いをもって。一緒に本人を支えていくために協力は惜しまないことも話している。		
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	アセスメントの把握において、一方に偏った支援は行っていない。入居された利用者には、家族の協力なしには成り立たないことも十分理解してもらえるように日常の業務の中でさりげなく話し掛けをするようにしている。		
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	家族の協力も得ながら、ホームへの面会のお誘い、亡夫の墓参り、自宅へ行ってみるなど、職員ができることについては努めている。		
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	日中、居室で過ごす方は限られたほんの少しの方だけであり、おのずと関係はできている。認知症が重度になり、悪影響を及ぼす利用者については、個別に対応している。	○	今後、更に検討を重ね、利用者全員が落ち着いて生活が出来るように職員側の問題点として、取り上げていきたい。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	地域柄、町なかで合ったりすることも多く、連絡があればいつでも受け入れる態勢でいる。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
1. 一人ひとりの把握				
33	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	3ヶ月に1度のケアプラン評価時に確認を行い、希望に沿うように努めているが、認知症が重度の方については、聴き取り不可能であるため家族の意向が優先される。しかし、本人の思いや心の側面を職員は見逃さず、現在の状態の情報提供を行い、本人の代弁者となり得るように努めている。		
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	概ね、1日の暮らし方は利用者夫々パターンができており、すでに家となっている。		
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	人居されてすでに何年も経っており、職員は、利用者夫々の現在の状態について把握している。、体調の変化が分かり、日に日に進行する認知症や低下していく有する能力に即したケアを実践している。変化が著明となった場合については急を要する場合は口頭での申し送りをを行い、ケアプランの立案(ミニケアプラン)に至る。		
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	ケアプラン評価は職員全員で行い、金銭的・家族の協力等が必要な場合の課題については出席が不可能な家族には電話連絡で確認・承諾をもらうようにしている。本人については可能な限り意見聴取を実施している。医師の指示を受ける場合もある。職員は日々の様子を察知し、意見やアイデアを述べる習慣が身についている。		
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た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	3ヶ月に1度のケアプラン評価を職員全員で行い、見直しを実施している。急を要する場合は口頭での申し送り後、ケアプランの立案(ミニケアプラン)に至る。当然、家族への連絡も行う。ミニケアプランが有効かつ必要であればケアプランにおとし、反映される。申し送りの不備を防ぐ為には連絡ノートの活用も変則勤務の場合、役立つ。		

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	申し送りは口頭だけに留めず、変則勤務にも対応できるように書面にもしている。個別記録を記録する前に、日々の重要な点についてはバイタルチェック簿に記載し、誰もが分かるようにしている。そのほか、項目36・37に準ずる。		
3. 多機能性を活かした柔軟な支援				
39	【小規模多機能型居宅介護のみ】 ○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			
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、公民館、図書館、その他公共的施設などの協力を得ながら支援している	民生委員・100万人キャラバンの見学・説明会を実施した。図書館からの紙芝居等の貸し出し、そのほか、警察・消防・自治会会長さん合同の運営推進会議の開催も行い、今後の協力体制の連絡網も出来上がったところである。自治会においては、住民の協力の依頼について文書で提出した。	○	消防については、今後、緊急時の協力体制の締結を地区の消防団も含めて検討していきたい。
41	○他のサービスの活用支援 本人の意向や生活支援上の必要性に応じて、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、介護保険外も含めて他のサービスを利用するための支援をしている	グループホームの利用者については、サービスが限られており介護保険外については医療保険での訪問看護・往診などを利用している。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	地域包括センターとは、通所介護の開始に伴い行き来している。又、包括センターの職員が当ホーム利用者のケアマネとなっている件数も多く都度、相談、利用者の現在の情報提供、将来等について話し合っている。		
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、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	かかりつけ医については18人全利用者にいる。定期受診・往診と半々の現況にある。定期受診については、居室担当者が予約日を把握して家族に都度電話連絡を行っている。往診については1ヶ月に1度ある。急変時などは医療連携体制をとっている看護師の指示により家族に連絡、受診または往診となる。		

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)
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	余目病院の医師がそれを担っている。アルツハイマー型認知症の治験にも参加した利用者もいる。認知症の治療については、薬よりケアのあり方を優先している。		
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	医療連携体制をとっている為、日常的に看護師の巡回があり指示を仰ぐことになっている。		
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	余目病院・市立酒田病院の地域医療相談室の関係者との連携がある。また、母体老健の相談員とは密接な関わりがあり、早期退院に向けた体制は整っている。		
47	○重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	医療連携体制を開始して、看取り介護の指針も出来、契約書の取り直しを行った時に、説明、意向は聴いている。職員については方針を全員で共有している。ケアプランの(1)①の意向もその時に聴取し直している。終末期の意向が決定している場合は、かかりつけ医にもその旨、話している。特別養護老人ホームへの申請者も多い。		
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	医療連携体制は看護師が、医療行為を行う定めはないことから、かかりつけ医との連携が欠かせない。しかし現在、チームとしての支援に取り組んでいる実績はない。	○	今後、病状の経過を把握し、本人・家族の希望で必要があれば検討や準備を行っていく。
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	住み替え先は特別養護老人ホームが主である。実調前後とも十分な情報交換を行っており、退居後、住み替え先に職員が尋ね、様子を伺うなどしている。今のところ、大きな混乱はないと認識している。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	接遇・個人情報保護法の勉強会を行っている。特に接遇については回を重ね職員の認識も向上している。記録についても、特定できる記載の仕方は言語道断という教育を受けている。		
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	個別ケアを原則としており、常に傍にいて寄り添うことを忘れないようにケアを行っている。利用者の生活パターンはほぼ決まっており、自分で考えて生活を送っている。認知症の重度の方や寝たきりに近い方については、アセスメントを熟知し、支援している。本人の表情が決め手となることも多い。		
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	その日をどう過ごすかは、利用者自身が自分で決めている。認知症が重度で支援が必要な方については「、いっしょに、ゆっくり、楽しく」を心掛け穏やかに過ごせる環境づくりに配慮している。他利用者に悪影響のある方については、職員がひとり付き添っている。		
(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	○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	出張理容・家族と美容院に行く等、夫々である。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の出来ること、出来ないこと、したいこと、したくないことを職員は把握している。日によってもその感情・能力が違う為、見極めを行い、一緒に行っている。		
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	お酒・たばこについて、望んでいる現況はないと判断できる。おかし等は高齢者が好むものを選んでいいる。飲み物については、好きなものを職員は把握しており、利用者夫々で準備している。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	ついこの間までは全員、布パンツ対応であったが、認知症の進行とともにそれも適わず止むを得ずリハビリパンツになった方が数名いる。リハビリパンツ使用の方も声がけ、定時の誘導で失禁を防ぐようにしている。日中、オムツ対応の利用者はいない。		
57	○入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、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	時間と曜日は一応決まっているが、いつでも希望があれば入浴できるようにしている。		
58	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	利用者の自由であることが、当然のことと認識している。そしてその環境は万全である。		
(3)その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援				
59	○役割、楽しみごと、気晴らしの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	手工芸が好きな方、調理に携わりたい方、台所の後片付けの役割のある方、外に行きたい方と夫々である。職員は一人、一人の好みを知っており、それに向けた支援を行っている。		
60	○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	利用者の状態に応じて、家族の意向も踏まえ、ご自分で持っておられる方もいる。ホームでお小遣いとして預っている中で自由に使えるように支援している。		
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	利用者全員で出掛ける外出(年2回の外食レク・花見・季節の植物見学・海風浴・芋煮会・紅葉狩り)に加え、買い物・散歩・日向ぼっこ等外に出る機会はあるべく多く持つように年間行事計画を立て、レク委員が主体となって取り組んでいる。	○	今後もレクの充実を図りたいと考えている。
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	家族の協力を得、住んでいた自宅に他利用者とともに出掛け、しばらくそこでくつろぐ逆デイのようなことも行っている。亡夫の墓参りに行ったり、酒田方面迄ドライブを兼ねた100円ショップでの買い物や昔懐かしい地元の名所に出掛けたりしている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	電話を掛けることについてはいつでも自由にできる環境にある。認知症の進行とともに手紙のやり取りは困難になってきており、利用者自身も手紙を書くという自分の能力を知り得ており、無理に勧めるようなことはしていない。賀状については名前だけ、書ける方は書くなどの支援が適切と考えている。		
64	○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	居室・ホール・茶の間等、本人の希望する場所を提供して家族の方や知人・友人の方々と過ごせるように支援している。いつでも気軽に来てもらえる環境は整えている。		
(4)安心と安全を支える支援				
65	○身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束ゼロ推進委員会の毎月の巡回、禁止行為以外の評価・検討に基づき、身体拘束は行っていない。管理者が身体拘束委員であり、この点については勉強会もあり、職員は十分理解している。		
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、環境や利用者の状態を考慮しながら鍵をかけないで安全に過ごせるような工夫に取り組んでいる	項目65に準じる。居室や日中、玄関に鍵を掛けることはしていない。		
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	利用者の安否・所在確認は常に行っている。夜間についても2人体制をとり、1時間毎の巡視に加え、物音での訪室を確実に実施している。プライバシーについても配慮はしている。様子についても変化があった場合については、文書で残し職員全員が把握できるようにしている。		
68	○注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	1人の利用者に対しては、危険が伴う為、その時々で別の場所に移動し、時間をおいてまた、元の場所に戻すようにしている。はさみ・カッター・針・包丁は朝と夜勤帯で数量の申し送りを実施し、夜間においては事務所保管となっている。見守りのもと、自由に包丁なども利用者は使用している。		
69	○事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	火災については設備が全て電気関係となっており、火を使うのは誕生日パーティの蝋燭だけである。誤薬については職員が薬を管理、飲み込み迄確認している。行方不明時についてはマニュアルがあり警察署の指導も受けたところである。転倒についても介護という立場から、先日、医療連携体制下の看護師による勉強会の開催があった。	○	事故時には日中・夜間の医療連携体制のマニュアルがあるもののとっさの時に動じないよう、今後も看護師の指導・指示を仰ぐようにしていきたい。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	職員全員が救急救命講習を受けており、先日、実技も含めた勉強会を実施したところである。		
71	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	消防署の立会いの下、年2回、防災委員会主催の防災訓練および召集訓練を実施している。運営推進会議で警察・消防署・地域の住民の協力体制の連絡網も出来上がった。	○	今後、利用者の居室からの避難訓練を消防署の指導の下、実施する予定である。
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	入居時に、1人1人のリスクについて説明を行っている。また、入居期間が長期になるに従い、身体機能が変化していることから面会時、受診の付き添い時に管理者が説明をいている。利用者の自立も支援するために見守りを徹底し抑圧感のないことは、本人の日々の暮らし方をみてもらっている。		
(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 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	マニュアルができており、異変時は、医療連携を結んでいる看護師の来ホームが数分のうちにある。毎日バイタルチェックも実施、通常との変化も分かるようにバイタルチェック表に記録して管理している。		
74	○服薬支援 職員は、一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	職員は、薬情報簿の管理および受信簿への記入を徹底している。服薬については担当も決まっており、配薬は二重チェックの仕組みになっている。飲み込みまでの確認を行い、薬に変更があった場合は申し送りの文書化で職員全員が把握している。症状の変化についても利用者の通常の状態が把握できているので察知できる。		
75	○便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	下剤を使用している方については主治医の指示の下、行っている。水分補給、野菜や果物もふんだんに摂取できるよう努め、散歩・レク等個々の状態に合わせた支援を行っている。		
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	毎食後に行っている利用者もいるが、就寝前に全員の口腔ケアを個々に合わせた形で実施している。異常があった場合については家族に連絡を行い相談しており、月2回の老健の歯科往診に合わせ、職員が全面的に介助を行っている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	カロリー的には、併設老健の管理栄養士より定期的にメニューの点検をしてもらっている。全員の日々の摂取量は記録に残し、異常があった場合は看護師に連絡、指示に従っている。排便・排尿チェックを行い、記録も実施している。とろみ・きざみ・かゆ食などまた、水分ゼリー・高カロリーゼリー等、個々に合わせた支援を行っている。		
78	○感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	すべてマニュアルがあり、異常に気づいた時には、老健医師の来ホームがあり、指示に従っている。特にノロウイルスについては、必要物品もそろえ、台所には食器の取り扱い方法を印刷したものが貼られている。感染委員もあり、対応については老健から都度、指示をもらうことを原則としている。		
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	ごみはごみだしマニュアルに従い、台所・調理用具については毎日夜間帯で消毒を実施している。新鮮な食材を使用するために買い物はほぼ毎日行っている。冷蔵庫も掃除担当者が決まっている。また、感染委員会の巡回点検もある。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり				
(1)居心地のよい環境づくり				
80	○安心して出入りできる玄関まわりの工夫 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている	玄関前には花壇を作り、利用者がいつも花を眺めることができるようにしている。近所の方も季節の花や神棚に供える榊を毎月届けてくれている。園芸担当の職員が一手に玄関回りのディスプレイを引き受けている。		
81	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	ホームは閑静な住宅街に位置している。ホールにはいつも季節が感じられるように花や植物をおいている。壁には利用者手作りの季節の果物や花の貼り絵を貼っている。トイレや風呂は場所が分かるように、フロアからトイレへの行き方も分かるようにランドマークにも配慮している。		
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	茶の間も有しており、ソファも置かれている。自由にくつろげる空間である。他利用者の居室で歓談されることもあり、職員はその時々で気配りをしている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	住んでいた家から持ち込まれる方も多し。利用者によっては何も無いほうが落ち着いて過ごされる方もいる。自分で訴えの出来ない方は家族に頼んだりしながら居室担当者がメイクしている。利用者については自分の部屋が分かり、夫々に特徴がある。		
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	空気清浄機は年中稼働している。居室は窓の開放を夜勤者が天気の良い日は常に行っている。温度については夏期でも28度設定で老健医師より指示があるのでその通りに実施している。直接エアコンの風が当たる所に席のある方には衣服で調整してもらっている。		
(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 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かし、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	要所要所には手すりの取り付けがされており安全面での配慮は為されている。1人、1人の身体機能と状態、本人の想いに副って自立支援は行っている。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	本人の分かることを見極め、個別に対応している。		
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	ホームの前には花壇、畑(ホーム所有)があり、気軽に楽しめるようにしている。草取り、水まき、収穫などで気分転換を図っている。また、併設老健の花畑に散歩すること多い。縁側からテーブルを出して外でお茶を飲んだりすることもある。		

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。)

開設から、5年半目を迎え、利用者の平均年齢は86歳を数えている。また、ADLの低下・認知症の進行も著明となってきた。敷地内には、グループの総合病院、母体施設の老人保健施設があり、医療面は連携もとれ、安心できる環境にあるといえる。認知症の重度化に伴い十把ひとからげのケアでは追いつかない現状は、1人、1人の認知症の表れ方においても異なり、個別に対応している。今年度は目標としていた、外部評価と運営推進会議を連動させるための取り組みを実施した。警察・消防・行政・町内会・地域住民・家族会合同の運営推進会議が開催されたことを契機として、今後その連携体制が十分に機能するように前進していきたい。閑静な住宅街に位置しており、「いっしょに、ゆっくり、楽しく」をスローガンに掲げ、穏やかでゆったりした老後が送れる様な支援を大切にしている。医療連携体制も整えており、夜勤も2名体制をとっている。職員の平均年齢も48歳と高く、ゆとり・余裕のあるケアを展開している。