

# 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 や 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 |
|--------------------------------|-----|
| 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   |
| 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   |
| 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  |
| 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   |
| 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( 1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目( 88から 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            | 有限会社 ムツミサプライ       |
| (ユニット名)         | グループホームたらみ A棟・B棟   |
| 所在地<br>(県・市町村名) | 長崎県諫早市多良見町化屋1235番地 |
| 記入者名<br>(管理者)   | 松本 宏一郎             |
| 記入日             | 平成 19 年 10 月 20 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>. 理念に基づく運営</b> |   |       |                                  |
| 1. 理念と共有          |   |       |                                  |
| 1                 | <p>地域密着型サービスとしての理念</p> <p>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</p>                |       |                                  |
|                   | 『介護とは我が年老いた母を背負うが如く 父の手を引くが如し』を理念におき、入居者の皆様を尊重し、地域との交流や昔からある伝統にもふれあい、一日一日を充実した日々を送ってもらうよう努めている。 |       |                                  |
| 2                 | <p>理念の共有と日々の取り組み</p> <p>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</p>                                   |       |                                  |
|                   | 介護理念を正面玄関に掲示し、職員全員がそれを実行している。   |       |                                  |
| 3                 | <p>家族や地域への理念の浸透</p> <p>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</p>           |       |                                  |
|                   | 市介護課の職員の方を招き、運営推進会議を設けており、地域からは、有識者や家族にも参加していただき、良いホームづくりを目指した話し合いを行っている。                       |       |                                  |
| 2. 地域との支えあい       |   |       |                                  |
| 4                 | <p>隣近所とのつきあい</p> <p>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</p>           |       |                                  |
|                   | 管理者は多良見町で生まれ育ち、地域の皆さんと親しくしている関係上、ホームにはボランティアの方や利用者の友人の方々の出入りが多い。                                |       |                                  |
| 5                 | <p>地域とのつきあい</p> <p>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</p>             |       |                                  |
|                   | 地元の中学、高校生の実習を毎年受け入れ、また老人会にも出席している。  |       |                                  |

| 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) |
|-----------------------|---|---|------|----------------------------------|
| 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>管理者の父は地元で外科医として約50年以上医療事業を行い、現在は管理者の兄が病院、老健を引き継ぎ、病院と連携をとり、老人の相談を日々行っている。</p>         |      |                                  |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用 |   |   |      |                                  |
| 7                     | <p>評価の意義の理解と活用</p> <p>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる</p>                           | <p>定期的カンファレンスを行い、積極的に意見を出し合い、良いホームづくりに努力している。</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>運営推進会議では、当ホームにおいての理念の取り組みを説明し、実際、それが行われているか見学してもらっている。また、注意点は必ず職員に報告し、見直しを図っている。</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>主に疑問点や、今後のグループホームにおける問題等を相談に行っている。</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</p> | <p>当ホームでは、社会福祉協議会とも連絡をとり、また、研修等にも参加し、いつでも対応できるようにしている。</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>虐待防止については、日頃より、カンファレンスにおいて、充分話し合い、その行動は職員に行き届いており、問題は無い。</p>                         |      |                                  |

| 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             | <p>契約に関する説明と納得</p> <p>契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている</p>                                 | <p>入居時において当ホームの施設長が、家族の希望を尊重し、その要望に応じたプランを実行している。また全ての入居者の家族との信頼関係を作っており、スムーズに運営が行われている。</p> |                                  |
| 13             | <p>運営に関する利用者意見の反映</p> <p>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</p>                                | <p>当ホームでは、必要に応じて入居者の家族と面談し、家族の意見を聞くようにしている。現在入居中の家族からの苦情、不満は無いと考えている。</p>                    |                                  |
| 14             | <p>家族等への報告</p> <p>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</p>                              | <p>毎月、利用料の支払の時に、金銭管理帳簿に目を通してもらい、印鑑を押してもらっている。生活状態やADLの状態、血液検査の結果、暮らしぶりは、施設長が直接説明している。</p>    |                                  |
| 15             | <p>運営に関する家族等意見の反映</p> <p>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</p>                                | <p>当ホームでは入居者はもちろん、その家族も当ホームの職員全員が同じ家族と認識しており、苦情や不満があれば、施設長が直接話を伺うようにしている。</p>                |                                  |
| 16             | <p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>  | <p>定期的にカンファレンスを設け、意見交換を行っている。</p>  |                                  |
| 17             | <p>柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>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</p>                      | <p>家族が面談を希望される場合は、基本的に施設長が24時間体制で行っている。施設長は原則的に休みの日も同じである。</p>                               |                                  |
| 18             | <p>職員の異動等による影響への配慮</p> <p>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</p> | <p>職員の異動がある場合は、その職員は、事前に次のユニットへ度々顔を出し、入居者と話したりしながら、名前やその入居者の特徴をとらえている。</p>                   |                                  |

| 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                        | <b>職員を育てる取り組み</b><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           | 各種の研修会への参加を積極的に促し、参加後にカンファレンス等で発表してもらっている。また、職員を実践的にするよう努めている。                                      |                                  |
| 20                        | <b>同業者との交流を通じた向上</b><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 | グループホーム連絡協議会、介護支援専門員連絡協議会の定例会に出席し、情報交換等を行い、事業所内での勉強会に役立たせている。                                       |                                  |
| 21                        | <b>職員のストレス軽減に向けた取り組み</b><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                                    | 1年間を通し、大きな行事等を行った後には、全員での食事会を設けている。   |                                  |
| 22                        | <b>向上心を持って働き続けるための取り組み</b><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                        | 当ホームは施設長が各ユニットに出向き、介護の状況を見ると共に、職員とのコミュニケーションはもとより、介護福祉士等の資格を取得する目標を持たせ、働く意欲を促している。                  |                                  |
| <b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>  |   |   |                                  |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応 |   |   |                                  |
| 23                        | <b>初期に築く本人との信頼関係</b><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             | 入居時から、介護支援専門員が入居者と直接面談し、聞き取り調査を行っているが、認知症(アルツハイマー型)が多く、そこまで行き届くのは困難と思われる。                           |                                  |
| 24                        | <b>初期に築く家族との信頼関係</b><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                  | 入居の相談時に家族が入居者を入居後どのような暮らしをしてもらいたいのか事前に聞き取り、できる限りその要望に答えている。内科的にも病気を持たれている方が多いので、全てがパーフェクトにいくとは限らない。 |                                  |

| 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                               | 相談時、必ず軽度の認知症で、ある程度の日常生活を送れる方には、在宅介護を勧めているが、ほとんどが認知症が進行し家庭では生活できない方を入居可としている。現在当ホームは重症者が多く、日常会話もうまくできず、グループホーム本来のあり方について考えさせられる。 |     |                                  |
| 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 | サービスの内容は、利用者は認知症のため理解できないので家族と相談し、納得されてからサービスを開始している。   |     |                                  |
| 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<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                       | 職員一人一人が毎日の生活を送る中で利用者に淋しさがあれば励まし、不安があれば話を聞いて、不安を取り除くよう努めている。   |     |                                  |
| 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                                 | 当ホームにおいては、利用者が入居された日から利用者はもちろん家族の方とも皆、ホームの職員と家族意識を持って接している。   |     |                                  |
| 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                                     | 家族によっては、チームワークができて、本人、家族、職員と密に連絡をとっているが、中には兄弟仲が悪く、この問題は課題としている。   |     |                                  |
| 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                                       | 当ホームの入居者は近隣の方が多く、老人会での友人や同級生の方々が訪問され、喜ばれている。  |     |                                  |
| 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                                      | 利用者同士の関係がうまくいくようレクリエーション等を通して、会話をできるよう支援している。暴言・暴力の方も受け入れているので、そう簡単にはいかない現状がある。   |     |                                  |

| 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                      | 当ホームで病状悪化の為、協力病院等に入院された場合でも、施設長はもとより職員も利用者を見舞っている。                          |     |                                  |
| <b>. 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  | 入居時にはアセスメントを実施し、利用者及び家族の意向に沿っていきよう各ユニットの責任者が職員と話し合い、実行している。                 |     |                                  |
| 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                                    | 入居時には必ず生活歴を聞き取り、若い時の職業に合った仕事等をして、その反応を見ている。                                 |     |                                  |
| 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  | 利用者のカルテは一目見れば健康チェックができるようにし、常に変化には気をつけ、主治医と相談をしながら、体調管理を行っている。              |     |                                  |
| 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     | 当ホームにおいては、利用者の方が認知症の進行が少しでも遅くなるよう、主治医、家族、施設長が相談し、色々な取り組みをしている。              |     |                                  |
| 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 | 利用者の介護計画は、あらゆる観点から作成するが、認知症高齢者が体調面が悪くなる場合も多く、その都度、家族、主治医とも相談しながら、変更する場合が多い。 |     |                                  |

| 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    | レクリエーションの時のちょっとした表情変化やいろんな会話の中での反応はカルテに記録するようにしている。それをもとに今後の計画の作成に役立てている。            |     |                                  |
| 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              | 基本的に2週間に一回、協力病院にて診察を行っており、職員がカルテ持参で、主治医に利用者の変化を報告している。                               |     |                                  |
| 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             | できる限り本人の意向に沿って、ボランティアを受け入れている。また、民生員の訪問も多く、中学、高校生の実習も数多く受け入れている。                     |     |                                  |
| 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  | 利用者の希望により美容院との連携、また、体が不自由な方には、出張美容院に来てもらい、家族の方々や訪問の方が何時来られても、身だしなみをきれいにしている。         |     |                                  |
| 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 | 地域包括支援センターとは密に連絡をとり、成年後見人制度が必要と思われるケースがあれば、いつでもその用意はできている。                           |     |                                  |
| 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、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 | 日頃から主治医と話し合い、夜間の対応(発熱、血圧異常、頭痛)を施設長が聞き、24時間体制で施設長、看護師がその対応を行っている。医療知識がないと介護員では無理と考える。 |     |                                  |

| 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  | 協力病院の他、精神科病院との連携は欠かせないと思う。当ホームでは状態に応じて、メンタルクリニックを受診するようにしている。                               |     |                                  |
| 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   | 当ホームは、看護師が2名おり、バイタルチェックを行い、健康管理に充分注意している。   |     |                                  |
| 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                      | 利用者の入院は、できるだけ短くするよう主治医と話し合い、最低限度の入院に努めている。普段から協力病院とは情報交換を密にし、医師も協力してくれている。                  |     |                                  |
| 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                                   | 入居時の面接のときに、家族の方針を聞くのが、当ホームの最大のテーマとしており、それを主治医に報告している。                                       |     |                                  |
| 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 | 事業所、職員でできることは努力し、支援しているが、常にかかりつけ医と相談して受診が無理な時は往診、点滴などしてもらっている。家族とも利用者の希望する終末について話し合いを行っている。 |     |                                  |
| 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                      | 生活、健康状態、薬、食事の様子など書面にて情報提供して、退居後もスムーズに過ごせるよう努めている。   |     |                                  |

| 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>. 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                             | <b>プライバシーの確保の徹底</b><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                     | 言葉遣い、言葉掛けや対応は常に注意している。  |                                  |
| 51                             | <b>利用者の希望の表出や自己決定の支援</b><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 | 散髪希望、買い物、裁縫、草履作りなど入居者のやりたいことを出来るように支援している。                                  |                                  |
| 52                             | <b>日々のその人らしい暮らし</b><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、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       | レクリエーションなど無理強いせず、入居者のペースでのんびり楽しく過ごせるように支援している。                              |                                  |
| (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                             | <b>身だしなみやおしゃれの支援</b><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                  | 希望の美容室のある方は、希望日に予約をして行き、外出の無理な方は、ホームに来ていただき、その方に合った身だしなみ、おしゃれをしてもらうよう努めている。 |                                  |
| 54                             | <b>食事を楽しむことのできる支援</b><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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている           | 食事が一番の楽しみの方が多いので、希望を取り入れ、メニューを作ったり、ホームの畑の野菜の収穫、皮むきなど一緒に行っている。               |                                  |
| 55                             | <b>本人の嗜好の支援</b><br>本人が望むお酒、飲み物、おやつ等、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                      | 晩酌をされる方には家族、本人と話し合い、出来る限り希望に沿って楽しんでいただき、好みの飲み物を用意している。                      |                                  |

| 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) |
|-------------------------------|---|--|------|----------------------------------|
| 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         | 排泄パターンを計り、オムツの使用を減らし布パンツにしたり、排便も記録などで注意し、その方に合わせ、下剤、摘便など行っている。                             |      |                                  |
| 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    | 仲の良い方2人で入浴されたい時は一緒に入ってもらったり、拒否のある方は時間をずらしたり、次の日に入浴してもらうようしている。                             |      |                                  |
| 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                     | 本人のペース、体調に合わせて自室で休息・昼寝されたり、さみしがる方は、リビングのソファで横になってもらうようになっている。就寝もそれぞれのペースでゆっくり眠れるように支援している。 |      |                                  |
| (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  | モップ掛けや毎食後の食器洗い、洗濯物の取り込み・畳みをされる方、草むしりをされる方、おやつ作りをされる方、それぞれ楽しみながら出来るよう支援している。                |      |                                  |
| 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  | 自分で財布を持って、買い物、散髪代、病院代など支払いをされる方もいますが、多くの利用者はホーム事務所に、お小遣い帳にて管理して、支援している。                    |      |                                  |
| 61                            | 日常的な外出支援<br>事業所の中だけで過ごさず、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                     | 気候の良い日は近所の観音様まで散歩に行ったり、庭で歌ったり、体操したりしている。洋服、食品の買い物も希望のある時は同行している。                           |      |                                  |
| 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 | 春は少人数づつで桜見物にドライブしたり、秋は白木峰に家族の方にも協力してもらい、コスモスを見に朝から弁当を作って出掛け、四季を肌で感じてもらえるよう支援している。          |      |                                  |

| 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)  |
|-----------------|--|---|------|-----------------------------------|
| 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                                  | 手紙や葉書が届くと、とても喜ばれるので返事を書くように支援している。電話は自分で掛けられたり、職員に掛けてもらったり、遠方の親族、友人から掛かって話しをしている。 |      |                                   |
| 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・友人・知人・近所の方は、いつでも自由に出入りしていただいております、一緒に居室等で御茶やお菓子を食べています。                        |      |                                   |
| (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 | 身体拘束をしないケアについて話し合い、理解して取り組んでいる。   |      |                                   |
| 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                  | 居室については希望される方は本人が鍵を持ち、自己管理しているが、ホーム職員が掛けることはない。                                   |      | 玄関前の外回りをスロープにして、鍵を掛けないようにしたい。計画中。 |
| 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                           | ほとんどの方がリビングに居るので、常に職員が一人は見守りを行い、居室・トイレに入っている方についても様子を把握している。                      |      |                                   |
| 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                     | 危険な物は手の届かない所に管理し、包丁などは数を確認している。   |      |                                   |
| 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                  | 薬の管理は職員が行い、その都度その方に合った飲ませ方を行っている。一人一人のADL状態は職員全員が把握し、事故防止に取り組んでいる。                |      |                                   |

| 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)          |
|----------------------------|---|---|------|---|
| 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                 | 定期的なカンファレンスで、研修・講習会の報告、話し合いを行っている。  |      | 急な発作などの時、職員の出来る処置について協力病院の医師に勉強会をお願いしている。 |
| 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   | 火災・避難訓練を年に2回行っている。地域・近所の方の協力を得られるよう努めている。                                       |      |   |
| 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された対応策を話し合っている | 常に家族と連絡を取り、現在の状態など、起こり得るかもしれない事を説明し、話し合っている。                                    |      |   |
| (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<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           | 申し送りは確実に言い、排尿・排便の回数、食事・日常の様子に常に注意している。  |      |   |
| 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       | 一人分ずつ毎回準備し、食前・食後・眠前と常に確認して与薬、手渡ししており、主治医との連絡で下剤など調整している。                        |      |   |
| 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         | 排泄チェックにより、薬の調整や腹部のマッサージ、ひどい便秘は主治医の指示にて看護師が排便を行っている。午前中の牛乳タイムや、なるべく体を動かすよう努めている。 |      |   |
| 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に、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                   | 口腔ケアを行い、ポリドントによる義歯の洗浄、歯磨きの介助にて清潔保持に努めている。                                       |      |   |

| 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                                   | 毎食摂取量をチェック、記録している。キザミ・とろみなど状態に応じて支援している。   |     |                                  |
| 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)   | 予防接種(インフルエンザ)を職員全員実行しており(ホーム負担)、利用者については家族に同意をいただき接種している。外出から帰ったら必ず手洗いをしている。                       |     |                                  |
| 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  | 新鮮・安全な食材の購入、賞味期限に近い食材の廃棄の徹底、まな板・包丁・ふきんなどの殺菌・除菌を行い、衛生管理に努めている                                       |     |                                  |
| 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                              | ホーム入口の畑に野菜を作り、利用者の方に草取りを手伝ってもらいながら、収穫を楽しんでいる。玄関前・中庭には季節ごとの花をプランターに植えて、近所の方達のアドバイス・手助けをもらいながら育てている。 |     |                                  |
| 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 | 季節に合わせ、貼り絵に利用者の顔写真を入れて飾ったり、クリスマスツリーを置いたりしている。花は常に欠かさないように努め、ソファーには手作りのクッションを置いたり、家庭的な雰囲気作りに心がけている。 |     |                                  |
| 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                              | 気の合った利用者同士、食事のテーブルを囲めるよう工夫している。中庭に出る方のイスも用意している。   |     |                                  |

| 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) |
|-------------------------|--|---|------|----------------------------------|
| 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 | 居室には使い慣れた鏡台、家族の写真、宗教関係の物、お位牌などを持ってこられたり、たくさんの花に囲まれていたり、居心地よく過ごしてもらおう心がけている。 |      |                                  |
| 84                      | 換気・空調の配慮<br>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        | エアコンの温度調整、各居室・トイレなどの換気に注意している。  |      |                                  |
| (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                 | リビング他、共同の部屋に手すりを設置し、安全に移動できる。   |      |                                  |
| 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                           | 居室のドアには、名札をつけているが、間違われる方には目印になる飾りをつけるなど工夫している。                              |      |                                  |
| 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                                   | 中庭でイスに座り、お茶を飲んだり、花を植えたり眺めたり楽しめるようにしている。                                     |      |                                  |

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                      | ほぼ全ての利用者の             |  |
|     |  | 利用者の2/3くらいの           |  |
|     |  | 利用者の1/3くらいの           |  |
|     |  | 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                         | 毎日ある                  |  |
|     |  | 数日に1回程度ある             |  |
|     |  | たまにある                 |  |
|     |  | 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                            | ほぼ全ての利用者が             |  |
|     |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|     |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|     |  | ほとんどいない               |  |
| 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                 | ほぼ全ての利用者が             |  |
|     |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|     |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|     |  | ほとんどいない               |  |
| 92  | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている                           | ほぼ全ての利用者が             |  |
|     |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|     |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|     |  | ほとんどいない               |  |
| 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                     | ほぼ全ての利用者が             |  |
|     |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|     |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|     |  | ほとんどいない               |  |
| 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          | ほぼ全ての利用者が             |  |
|     |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|     |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|     |  | ほとんどいない               |  |
| 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 | ほぼ全ての家族と              |  |
|     |  | 家族の2/3くらいと            |  |
|     |  | 家族の1/3くらいと            |  |
|     |  | 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                        | ほぼ毎日のように              |  |
|     |   | 数日に1回程度               |  |
|     |   | たまに                   |  |
|     |   | 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 | 大いに増えている              |  |
|     |   | 少しずつ増えている             |  |
|     |   | あまり増えていない             |  |
|     |   | 全くいない                 |  |
| 98  | 職員は、生き生きと働いている  | ほぼ全ての職員が              |  |
|     |   | 職員の2/3くらいが            |  |
|     |   | 職員の1/3くらいが            |  |
|     |   | ほとんどいない               |  |
| 99  | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                           | ほぼ全ての利用者が             |  |
|     |   | 利用者の2/3くらいが           |  |
|     |   | 利用者の1/3くらいが           |  |
|     |   | ほとんどいない               |  |
| 100 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                       | ほぼ全ての家族等が             |  |
|     |   | 家族等の2/3くらいが           |  |
|     |   | 家族等の1/3くらいが           |  |
|     |   | 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。)

- ・施設長と家族との信頼関係が出来上がり、将来（死「または寝たきり」）になった場合など、すべての利用者の方の方針を聞き、実行している。
- ・今回の聞き取りについて疑問点があるのは、利用者の皆さんは認知症で自分の意見はもとより、自分の子供さんの顔も分からない方も多い訳ですから、問92・99はご家族が判断すると考えています。
- ・私達は現場に置いては色々な問題に直面し、主治医・家族と相談しながら日々介護に取り組んでおり、事務的に仕事をしているわけではありません。今後とも、市介護課の指導の下、より良い施設作りに精進するのみです。