

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)
 (項目5, 7, 8, 9, 14, 15は評価重点項目です)

↑ 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)
. 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	法人前全体の理念・事業方針に基づき施設目標を立て、個人目標に落とし込みをしている。		グループホーム会議や施設会議のたびに目標値の達成やできなかった理由を明確にし、運営上の方針について話し合っている。
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	部署目標に地域との積極的な交流が上がっており、日常的に地域に足を運んでいる。施設の理念や目標に沿って個人目標を立てており、その達成に向けて定期的に管理者と話し合い、日々実践している。		足を運んでいただけるように10月6日11回目の祭りを開催した。ボランティアは今後継続して受け入れていきたい。個人評価・360度評価の実施を行っている。
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るよう取り組んでいる	毎日、地域の商店で食事の買い物をしている。10月6日に秋祭りを開催し多くのお客様におこしいただいた。料理教室など、家族と過ごせる企画を取り入れている。		家族交流はまだ少ないので、積極的に企画をし交流を図りたい。
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	買い物や受診、外へ出た際はお声がけをして立ち寄っていただけるように挨拶の徹底を呼びかけている。		
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	地区の祭りへは積極的に参加している。春には町の清掃運動に参加しホーム周辺のゴミ拾いを行った。		

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	部署会議やミーティングを通じて意見交換している。認知症予防教室を奇数月に町と協賛で開催している。すでに2回実施。次回は11月に実施予定。		認知症予防教室
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	5月に内部評価の用紙を用いて評価を行った。		法人での理念に基づいての施設監査を実施している。指摘項目を改善し、取り組んでいる。
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回開催している。		地域との防災の連携について今後強化していく。
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	包括支援センターと協賛で2ヶ月に1回認知症予棒教室を開催している。		
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	10月17日に管理者が権利擁護の研修へ参加予定。現状では必要性のある方はいないが、今後は町の担当者と話し合いの場を持ちながら検討していきたい。入居時には必要となった場合を想定し、サービスの内容は伝えている。		家族が遠方にいる方や今は個人管理されている方など、早めの検討をしていく必要がある。
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	虐待防止の事例集を各ユニットに配布している。今後研修会への参加をしていく。		

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	<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>事前の面接でもサービスの概要と疑問点を必ず聞くようにしている。契約書の内容を順に追いながら、説明している。</p>	<p>職員全員が契約書の内容を説明できるように指導していく。</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>運営推進会議でお客様が言われることもある。顧客フィードバックに上げ是正策をあげて対応している。</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>受診や状態変化のたびに家族へ報告することになっており、徹底している。毎月お便りを発信し、写真でも実施した行事や利用者の表情なども伝えている。</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>面会時に面会記録と共に簡単なアンケートを実施し、意見を聞くようにしている。</p>	<p>アンケート結果の集計と公表ができていないため、早急に改善していく。</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>全体会議、部署会議、ユニットミーティングを通じて意見を聞いている。</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>企画や受診などの日は勤務表を工夫し、人員配置を調整している。GHのみでなく他部署の連携・協力もある。施設内の管理者が集まり毎週昼に話し合いをして連携を計っている。</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>職員は退職以外ほとんど変更は無い。関係性を考慮し人員配置を行った。</p>	
18-2	<p>マニュアルの整備</p> <p>サービス水準確保のための各種マニュアルが整備され、職員に周知されている。また、マニュアルの見直しが適宜行われている。</p>	<p>マニュアルはファイルに閉じ各ユニット、事務所に設置している。適時マニュアルの改正をしている。</p>	

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を進めている	法人には委員会により毎月勉強会が開催されており、参加を促している。またグループホーム協会の研修会や認知症関連の研修会に参加している。	役職ごとのフォローアップ研修や新人育成の研修があり参加している。
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	他施設との交流会を通じて意見交換を行っている。法人内のグループホームでは管理者による連絡会を2ヶ月に1回設けて話し合っている。	
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	職員面接を月に1回行い助言等を行っている。互助会による歓迎会や企画に参加出来るようにしている。介護負担が大きく職員に疲れが見える。管理者が現場に入るなどして介護負担の軽減に努めている。各部署と協力しケアを行っている。	業務上の不都合や日ごろの不満などを言えるように管理者や役職者は日ごろから職員に声をかけるように今以上に努力しなければならない。
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	半期ごとに目標を設定し、やりがいのある目標に向かって取り組めるように支援している。	業務上で負担にならないように、目標の設定には注意していく。
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	入居前は管理者・計画作成者による事前面接やサービス利用時の様子を見に行き本人・家族と話す時間を必ず設けている。	
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	入居前は管理者・計画作成者による事前面接やサービス利用時の様子を見に行き本人・家族と話す時間を必ず設けている。	

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)
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	情報だけでなく、利用者の様子を必ず見ることで見極めを行っている。		今後は包括支援センターなどの外部と検討する場面を作っていきたい。
26	馴染みながらのサービス利用 本人が安心して、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	見学の声かけを行い、雰囲気を見ていただいている。お客様が馴染めるように、入居前から徐々に愛用品を持ち込めるように声をかけている。		
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	家事の得意な方から教えていただいたり、共に食事を取ったり、入浴をしたり、一緒に住む生活者として日々学ばせていただいている。		居室担当の役割を明確にし、生活の声を取り入れたプランの作成をしていく。
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	お便りに日々の風景やコメントを記入した物を送付したり、電話での状況報告を行っている。行事や企画を通じて家族と共に楽しみを見出せる場を持つようにしている。面会の際は必ず近況をお話している。		
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	生活の中でよかったことや、向上したことは積極的にお話している。地域で支援していくことへの説明をし、関係が良くなった方もいる。企画や行事への参加を促している。		本人のやりたいことを支援できることを家族に認知症の特性を交えて話すことにより、理解は深まってきている。
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	買い物・病院・理髪店など行ける範囲で、馴染みの店舗へ足を運べるように支援している。出来ない方は地域の方に協力していただき来所していただいている。重度化に伴い介護量が増えたため、買物はファックスを使用している。		家族の面会が多いがその他の面会は少ない。家族に協力と理解を促していく。買い物で出れない分、人員が整った時点で外出の支援をしている。
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	食事作りや家事を通じてお互いが助け合い関わっている姿が見受けられる。		

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	退去されたお客様のお宅より畑をおかしいたいており、収穫した物で報告させていただいている。		
. 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	やりたいことが出来るホームを目標に支援している。外出や食事など可能な限り要望を取り入れるために努めているが、希望を話される入居者は少ない。		居室担当とのかかわりや日常生活の声を通じて希望を汲み取り実現できるようにプランに取り入れていく。
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	利用者個人票へセンター方式も取り入れて情報把握に努めている。ご本人や家族との会話からより詳しい内容を聞いている。		センター方式を一部取り入れたアセスメントを行っている。今後はもっと増やしていきたい。
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	訪問看護と連携し、身体の状況把握にも努めている。		
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 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	モニタリングは定期的に行っている。訪問看護を含めた話し合いの実施をしているが、ご家族様や本人を交えた内容のモニタリングを活発に行っていく必要がある。		ご家族や本人とのモニタリングの実施が十分でないので、改善していく。
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	随時状態変化に伴いモニタリングを行っている。訪問看護を含めた話し合いの実施をしているが、ご家族様や本人を交えた内容のモニタリングを活発に行っていく必要がある。		ご家族や本人とのモニタリングの実施が十分でないので、改善していく。

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	ケアプランの実施記録に基づき、記録を記入している。		
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 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	受診の付き添いは状況に合わせて対応している。企画等は他部署と連携して行っている。		
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、文化・教育機関等と協力しながら支援している	消防署立会いの下、防災訓練を行っている。民生委員や警察との連携はできていない。		離棟時の警察との連携。小・中学校との連携の強化をしていきたい。
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	包括支援センターや町の居宅支援事業所と、入居後も連携しサービスの調整をしている。		
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	権利擁護を実施しているお客様はいないが、今後の課題である。入院や退居については包括支援センターと今後について話し合っている。地域ケア会議に参加している。		
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、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	隣接する川口診療所が協力医療機関で入居者のほとんどがかかりつけである。入居者の希望も受け入れやすく早期受診・早期発見につながっている。必要時は往診もしていただき、支援体制は整っている。		緊急時の連絡体制においての確認を随時行い、夜間や休日における連携の強化に努めていく。

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	受診が必要と判断した場合は、認知症専門の医療機関への受診を進めている。必要時は職員が付き添い状況を伝えている。現在はかかりつけ医の診断のみの方もいる。		認知症の専門医に受診していない方もいるため、今後の必要性や連携について検討していく。
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	医療連携体制の看護師やかかりつけ医院の看護師、施設の看護師に相談し、モニタリングを行っている。早期受診にもつながっている。		処置の仕方などアドバイスを頂いている。入居者の主病について勉強会をして頂く予定になっている。随時指導をいただいている。
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	管理者は必要時は家族とムンテラに参加したり、早期退院に向けて支援している。病院の相談員と連携をとり、情報収集に努めている。		
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	見取りの同意書を作成しているのは1名のみ。状況に応じて医師や家族と相談している。緊急時の対応の仕方については入居時に家族に説明し同意を取っている。また、状態が悪い時点で医師・家族と相談し意向を確認している。		出来るだけ早い時期から確認できるように、緊急時の対応策だけでなく終末期のあり方についても検討が必要。
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	話し合ってはいるが十分ではない。随時モニタリングを行い「できること・できないこと」を確認しながら、医療と連携をはかっている。今後の変化については住み替えも考慮し老人保健施設や特別養護老人ホームへの申し込みを行っている。		医師・訪問看護との連携の強化。
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	入居の際は面接や見学を通じコミュニケーションを図っている。家族や居宅のケアマネージャーに情報収集をし、入居時に安心して過ごせるようにしている。		本人のやりたいことを支援できることを家族に認知症の特性を交えて話すことにより、理解は深まってきている。

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)
. 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>記録は鍵のかかる書庫に保管、鍵についてはマニュアルにのっとり管理している。プライバシーに関するマニュアルも整備している。</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している</p>	<p>一つ一つの場面において自己決定を促す場面作りをしている。</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、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>職員の業務はあるが、日課は無く、その日の状態に応じて対応している。</p>	<p>美容院・病院・家物・地域の行事などその日に出かけられる体制を柔軟に整えていきたい。</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>馴染みの店での理容・美容の支援をしている。必要時はホームに出張していただいている。季節に合わせた衣類についても家族に協力していただきながら支援している。</p>	<p>家族が馴染みの床屋に連絡してくれ、来ていただくこともある。</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>毎食時食事の準備、片付けは一緒に行っている。入居者の中では日課となっていて、役割を持って行われている姿が見られる。</p>	<p>行く人が決まってきたので、可能性を広げられるような支援が必要。</p>
55	<p>本人の嗜好の支援</p> <p>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</p>	<p>嗜好のチェックは行っている。おやつ等に関しては糖尿病や高血圧の方が多く、好きな物を常時提供できるわけではないが、医師や訪問看護と相談しながら提供している。</p>	<p>禁食のある方に関しては、代替食で提供している。ケアプランにあげているかたもいる。</p>

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	排泄の支援に関しては開所当時より力を入れて対応している。チェック表を用いて排泄感覚を把握し、随時誘導を行っている。薬を極力使用しないことを目標とし、食事に繊維・乳製品などを積極的に取り入れて自然排便を促している。		おむつや紙パンツより綿の下着に移行できた方多くいる。失禁も少なくなり、自力のトイレ通いが出来るようになった方もいる。今後も積極的に行って行きたい。
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	必ず声をかけ意向をお聞きしてから誘導・介助している。曜日の指定は無く、希望の時間に入浴できるように配慮している。		
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	就寝時間はお客様の希望に任せ、居室の気温や明るさもご本人の希望に沿った対応をしている。		
(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 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	ケアプランに取り入れながら支援している。		ホームの花壇、入居者の家族に畑をかり作物を作っている。踊りや行事を通じて楽しみを提供している。
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	金銭の所持を希望されるお客様には持参していただいている。入居時に紛失の危険性においては十分にお話し、家族管理をお願いしている。現在所持されている方はいない。		家族と協議して決めているが、本人の希望があっても家族希望で持たない方もいる。
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	毎日食事の買い物は入居者と一緒に行っている。ドライブや散歩、ホームの花壇での作物の収穫などを通じて支援している。		
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	地域の温泉の利用や地域の行事。大きなスーパーやホームセンターなど足を運んでみたいところには積極的にお連れしている。		外出や外泊の支援は積極的に行っているが少ないのが現状。家族との外出の支援を行っていく。

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	希望時に支援している。家族からの電話の取り次ぎをしている。入居者からの訴えがないのが現状。		入居者から気軽に希望を言えるように支援していく。年賀状など季節ごとに手紙を出していきたい。
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	和室や居室で過ごせるように支援している。お茶などを一緒に飲みながら過ごされている光景が見られる。		食事も定額で提供しているが今の所企画以外での食事は見られていないので、声かけをし理解を深めて行きたい。
(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	身体拘束は行っていない。		病的にホームでの対応が難しくなった方に対して、医師からの指示があったが、グループホームとして拘束することに判断に困ることがあったので、対応について検討していく。
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	鍵はお客様が中からしかかけられないようになっている。両ユニットや1階へ自由に降りられるように鍵はかけていない。		
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	確認し記録に残している。		
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	お客様の状態や希望に合わせて所持していただいている。		
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	リスクマネジメント委員会を中心にリスクについて話し合っている。リスクを考慮したケアプランを作成し、できることの裏にあるリスクも詳細に記入するようにしている。		事後報告書を基に、対応策とその後の経過についても確認し、同じことを繰り返さないように取り組んでいる。

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)
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	救急救命法の講習会を受けるように指導している。今期は全員が受講済み。		処置については全員が速やかに出来るまでではないため、今後勉強会として随時行っていく。
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	定期的に防災訓練を実施している。火災・地震について実施した。1階への移動は出来るだけ階段を使用し、災害時にもあわてずに階段を使用していただけるように習慣付けている。		運営推進会議にて地区の消団との連携について助言あり。今後、消防団や近隣施設とも連携を図るため話し合いをしていく。
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	考えられるリスクについては家族に状況を伝え理解をしていただいている。		
(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	入居1ヶ月のバイタル測定を行ない、お客様の状態を把握し、その後は訪問看護と体調に応じた測定で健康管理をし、早期受診につなげている。状態は適時ご家族に伝えていく。職員間の連携が不十分なきもある。		情報を共有し的確な対応ができるように改善していく。申し送りの確認。連絡ノートを活用。
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	服用までに3名の違う職員が関わることで3重のチェックをしている。服用の際にも薬の数・種類・名前の3回確認を行っている。お客様の体調により、医師と相談して調整している。		副作用についても目を向けられるように指導していく。
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	毎朝乳製品を取り入れた献立を作成している。食品にも繊維質の物や野菜を多く取り入れ、リハビリ体操への参加を促している。		食事面だけでなく体を動かせるような環境の工夫をしていく。
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	毎食後に声かけを行い、お客様の能力に応じて口腔ケアを行っている。毎月15日・30日に義歯の洗浄剤を用いて洗浄している。必要時に協力歯科医院に往診いただき歯科受診している。		定期的な口腔内のチェックと個人に合わせた口腔ケアの実施。

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	お客様の状態や体調を見ながら支援している。希望のある方には居室にいつでも飲水出来るようにペットボトルを用意している。		水分の必要な方や形態によっては取りにくい方には、形態をとるみやゼリー、好きな味に対応し提供している。チェック表を用いて排泄との関係も相互的に把握している。
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)	うがい手洗いの徹底。ハンドドープ・うがい液の使用を促している。毎日、手すり、床はハイターでモップかけをしている。感染のマニュアルもあり、感染委員会の委員を中心に啓蒙活動を行い理解を深めている。		
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	毎日、まな板や調理用具の漂白の実施。ダスターや食器拭きの漂白も行っている。買い物には毎日行き新鮮な食材を購入し、冷蔵庫の在庫管理も行っている。		
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 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	玄関はデイサービスの玄関と一緒にしているがグループホームの2階の玄関にはユニットごとに入居者手作りの看板を設置している。		
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	季節の花や入居者の作品を積極的に飾るようにしている。夜間帯はホールの明かりが気にならないように配慮している。		
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	和室では皆さんが思い思いに過ごせるようにテーブル・枕・座布団・テレビを設置している。足が悪い方が多いので洗濯物をたたむ際などに皆さんが集まり会話をしている姿が見られる。		和室を過ごしやすくする工夫をしていく。ホールにソファなどを設置し和室・ホール以外にも和める環境を作りたい。

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)
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	自宅で使用していたものや、写真、手作りの品を飾り、自宅と同じような環境に近づけるように支援している。		
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	お客様の様子や意見をお聞きし、こまめに温度調節をおこなっている。換気はこまめにしている。		
(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 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	廊下には障害物は置いていない。横手すりはないが、個人の状態に応じて歩行器やシルバーカーなどで自立を促している。		事故を活かし、危険個所には衝撃の吸収できるものを接している。
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	浴室の暖簾、トイレには花などを飾り、入居者が混乱しないように目印を付けている。居室には本人が好きな物や馴染みのものを押し花で名前を入れて飾ってある。		ベット位置の工夫や家で使用していたポータブルトイレと同じ位置でのセッティングを行っている。
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	外周りには畑、ベランダには鉢植えを置き、お客様が手入れや収穫をしてくださっている。		プランターに簡単にできる作物を作り、世話をいただいている。

. 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	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。)

・日常生活動作の維持・向上