

# 1. 評価結果概要表

## 【評価実施概要】

事業所番号	3470900790		
法人名	社会福祉法人 興仁会		
事業所名	興仁会グループ・ホーム宮浦		
所在地 (電話番号)	三原市宮浦6丁目22番6号 (電話)0848-67-4645		
評価機関名	特定非営利活動法人 NPOインタッチサービス広島		
所在地	広島市東区福田1丁目167番地		
訪問調査日	平成20年4月10日	評価確定日	平成20年5月10日

## 【情報提供票より】(20年2月29日事業所記入)

### (1) 組織概要

開設年月日	平成 17 年 4 月 1 日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	16 人	常勤	15 人, 非常勤 1 人, 常勤換算 15.5

### (2) 建物概要

建物形態	併設 <del>単独</del>	<del>新築</del> 改築
建物構造	鉄骨造り	
	1階建ての	階 ~ 1階部分

### (3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	48,000 円	その他の経費(月額)	21,000 円	
敷金	有( ) 円 無			
保証金の有無 (入居一時金含む)	有( 200,000 円) 無	有りの場合 償却の有無	有 <del>無</del>	
食材料費	朝食	400 円	昼食	400 円
	夕食	500 円	おやつ	円
	または1日当たり		1,300 円	

### (4) 利用者の概要(2月29日現在)

利用者人数	18 名	男性	5 名	女性	13 名
要介護1	0 名	要介護2	6 名		
要介護3	7 名	要介護4	5 名		
要介護5	0 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 88 歳	最低	68 歳	最高	95 歳

### (5) 協力医療機関

協力医療機関名	特定医療法人 里仁会 興生総合病院
---------	-------------------

## 【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

設立当初から認知症の暮らしを支える理念と基本方針は確立されていて、利用者と職員が共に助け合いながら自分らしく生活できる理想のホームづくりを目指している。閑静な住宅団地の中で共に生活するグループホームとして基礎固めの三年が過ぎ、今後の更なる発展を目指して毎年職員全員で年度の重点目標を定めることにしている。今年度の重点目標は「地域社会との連携を深め地域に密着した暮らしを支える」である。利用者は職員と共に家庭的な環境のもとで自由に伸び伸びと生活をしていて表情も明るく、笑顔の耐えない明るく活力のあるグループホームである。

## 重点項目への取組状況

重点項目	①	前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4) 前回の要改善点は特になかったが外部評価や運営推進会議の助言やアドバイスを真剣に受け留めその改善に向けて努力されている。
	②	今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4) 評価の意義や重要性をよく理解し第三者の評価や助言・アドバイスを日常のケアの参考にして業務の改善に向けて取り組んでいる。
重点項目	③	運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4, 5, 6) 定期的に運営推進会議を開催し、自己評価や外部評価の報告、ホームの現況と取り組むべき課題、行事計画などの説明を行ない、出席メンバーからの意見や助言を得て日常のケアやホームの質の向上に役立っている。メンバー構成は、市関係者、老人会長、町内会長、民生委員、地域代表、家族代表、連携施設関係者、グループホーム関係者などである。また、会議の概要を「宮浦通信」に掲載し配布している。
重点項目	④	家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7, 8) 家族との面談時に近況を報告するとともに要望意見などを聞くようにしている。又ご意見箱も設置されている。毎月「宮浦通信」を発行して利用者の生活の様子やホームのその月の行事を知らせるようにしている。
重点項目	⑤	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3) 平成20年度目標にも地域社会との連携を取り上げ、利用者と一緒に積極的に地域の行事などに参加し、地域に密着した暮らしに取り組んでいる。

## 2. 評価結果(詳細)

(  部分は重点項目です )

取り組みを期待したい項目

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
1. 理念と共有					
1	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	地域密着型サービスの重要性を良く認識していて、毎年度スローガンを決めて利用者が地域の中で安心して暮らせるよう、努めている。		
2	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	毎朝理念を唱和するとともにホームの見えやすい所に運営理念を掲示し職員は共有化して具体的なケアに活かされている。		
2. 地域との支えあい					
3	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	地域のあらゆる行事に積極的に利用者共々参加する様に心掛け、又各種ボランティアも受け入れ地域の方々と交流を広めるように取り組んでいる。コミュニティーセンターの行事への参加などを通じ地域の方々と交流も年々その範囲を広めている。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
4	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	評価の意義や重要性をよく理解し、外部評価や助言を日常のケアの参考にして業務の改善に向けて取り組んでいる。		
5	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	定期的に運営推進会議を開催し市の関係者を初め地域の老人会長・町内会長・民生委員・家族会の方々に出席してもらい、ホームの現状を報告するとともに出席者の助言を受け日常のケアに活かすようにしている。又「宮浦通信」に会議の内容を掲載し配布している。		

NPOインタッチサービス広島

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6	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	毎月「宮浦通信」を届けたり、入居状況を報告して市の窓口との連携を深めている。 認知症介護アドバイザーとしての資格も登録し各種教室の開催も受け入れている。		
4. 理念を実践するための体制					
7	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	毎月発行の「宮浦通信」を通して利用者の様子やホームの行事予定等をご家族に連絡するとともに訪問時にくわしく状況をお話するようにしている。		
8	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	ご家族の苦情・意見・相談の受付については重要事項説明書に第3者機関の受付窓口を含めて明記するとともに、ホーム内にもご意見箱を設置し気軽に意見・相談が出来るように配慮されている。		
9	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	職員の異動は退職者の補充以外最小限におさえている。 平素職員と利用者との馴染の関係作りに努めて利用者へのダメージを最小限に防ぐように配慮している。職員の退職者は少ない。		
5. 人材の育成と支援					
10	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	管理者は職員の育成指導に努め又内外の研修にも積極的に参加を呼びかけホームの質の向上に向けて努力している。		
11	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	近隣施設との実習の受け入れ交互の研修などさかんに行い地域のホームとの交流を深めている。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
<b>Ⅱ.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					
12	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	ホームの雰囲気に馴染めるように体験入居や自宅への訪問など一緒に時間を過ぎて意見要望を聞き取り、入居後は信頼関係の構築に重点を置き利用者本位のゆったりとした普通の生活が送れるよう支援している。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援					
13	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	職員は利用者と共に買物・外出をしたり料理・掃除・洗濯物の片付など出来る事は手伝ってもらいながら、普通の家族のように親しみのある関係の中で暮している。		
<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>					
14	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	毎日の生活の中で利用者の希望や生活歴、家族の意向などを聞き出すようにして、ケアプランに盛り込んでその人らしく暮せるように支援している。		
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					
15	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	利用者の意向、家族の意見や希望をよく聞き、職員会議でよく検討して、本人・家族の理解を得て介護計画に活かすようにしている。		
16	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	定期的にミーティングをして利用者の状態に応じた介護計画の見直しを行っているが、状況の変化があるときは随時見直しを行い家族の理解を得ている。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
<b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援(事業所及び法人関連事業の多機能性の活用)</b>					
17	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	日常的な外出・買物のほかに利用者の要望や状況に応じて通院・墓参など臨機応変に対応して支援している。		
<b>4. 本人がより良く暮らし続けるための地域支援との協働</b>					
18	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	協力医の受診が主であるが利用者又家族の要望があればかかりつけ医の受診も支援している。常に医師との連絡を取り、利用者の健康管理には気配りをしている。		
19	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	利用者や家族とよく話し合い、その意向を尊重して医師・職員と相談の上方針を共有し、終末期の対応を決めている。		
<b>IV. 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					
20	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	ホームの運営理念とその基本方針の中にプライバシー保護の項目があり毎日職員と復唱している。利用者に対して慣れてしまい、ぞんざいにならぬ様、意識向上に努め、誇りを傷つけないように注意をしている。個人記録は鍵の掛る戸棚に常時保管している。		
21	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	利用者の行動を職員の都合や決まりで行うのではなく利用者のペースを大切にしてゆったりと過せる様に心掛けている。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(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					
22	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	楽しい食事となるよう職員も一緒に食卓につき同じものを一緒に食べながら全体の見守りや声掛けを行っている。又食事の準備や後片付けも出来る人には手伝ってもらっている。		
23	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	ホームや職員の都合で決めるのではなく利用者各人の希望に合わせて何時でも入浴を楽しめるように支援されている。就寝前の入浴介助も行っている。		
(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					
24	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	利用者各人の趣味や生活歴を把握して出来る事、得意なことを楽しみながら発揮できるように日々の作業や歌やゲーム花作りなどに参加してもらい気晴しになるよう支援している。		
25	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	天気の良い日は畑仕事・散歩・買物・ドライブ、又地域の行事参加など利用者の趣味・意向に合わせて出来るだけ外出出来るよう支援している。		
(4)安心と安全を支える支援					
26	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	職員は施錠する事の弊害をよく理解しており、日中は玄関の鍵はかけず常に見守りを重視した支援をしている。近隣の方々の見守りの協力もある。		
27	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	災害時の連絡網やマニュアルはよく見える所に張り出され、年2回、災害を想定した訓練には消防・警察・地域の方々に参加してもらい万全を期している。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援					
28	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	栄養士に献立され食事と水分の摂取量は個別に記録されていて、一日の水分量・栄養バランス等、把握されている。		
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					
29	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	高い天井と明るく広い居間兼食堂は雨天でも利用者が運動しやすくつるげようになっている。広い玄関廻りは、内外に机・椅子があり、季節の草花も要所要所に飾られ、家庭的で開放的雰囲気である。		
30	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	利用者が自宅で使いた家具や道具を持ち込み写真や季節の花などを飾り安心してつるげる居室になっている。		

NPOインタッチサービス広島

	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)
--	-----	---------------------------------	------------------------	---------------------------------

## I 理念の基づく運営

### 1 理念の共有

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。	設立当初より、認知症の暮らしを支える理念と基本方針は出来ている。又年度毎に重点目標を決めスタッフ各々がケアに生かしている。		
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。	毎日、日勤、夜勤共仕事始めに理念を唱和したり、内容の確認をし、スタッフ全員で理念を念頭にケアに当たっている。		
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。	理念を家族会や宮浦通信で伝え、理念に基づいた地域社会での生活振りの理解を頂いている。	○	コミュニティーセンター、町内会、老人会などにも徐々に訴えたい。

### 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。	散歩途中の会話、挨拶、年始廻り、防災訓練、行事の声掛け、野菜の差し入れ、GHからは収穫した物の分かち合いなど日常的に行っている、弁当持参で来られる方もある。		
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。	会費の納入、清掃活動（年3回）会報の交換、地域の商店、飲食店の利用、ディサービス交流、伝統行事、学園祭他可能な限り入居者と共に参加している。地域住民と積極的な挨拶に始まり、一年毎に交流の範囲を拡大している。	○	地域の行事、自治会は地域的に極少であるが、コミュニティーセンター行事への参加に取り組む。

	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)
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。	認知症を抱える家族の介護相談。 関連する病院や施設の紹介、助言。 災害時の協力、非常食の備蓄も地域住民のことを考慮に入れている。	○	行政サイドとの協働で「認知症の学習、理解」(仮)について学習会の開催。
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。	評価項目や考え方の指針には全員目を通し、各々が行っているケアを照らし合わせ、業務に取り込んでいる。又地域、行政との連携を蜜にするなど、第三者評価の助言はケア目標に組み入れている。	○	評価を今後6ヶ月毎に再考してみたい。
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。	会議には入居者2名ずつ出席してもらい意見等を述べている。地域の委員、行政サイドの助言を受け「宮浦の場合」を話し合い、ケアに生かしている。宮浦通信に掲載して配付している。		
9	○市町との連携 事業所は、市町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、市町とともにサービスの質の向上に取り組んでいる。	制度上不明なこと、入居者状況などその都度気軽に相談している。1回/月宮浦通信も忘れず届けている。	○	協働の実態を家族に伝え周知してもらおう。
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。	外部研修に参加した者の報告会を重ね学習会としている。認知症であるが故のプライバシー侵害をしているケースはないか？など検討している。又成年後見制度の適用を受けた方にも必要事項の提供をしている。	○	地域権利擁護事業、成年後見人制度についてさらに学びたい。
11	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法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。	外部研修に参加し、自分達の職場では虐待に当たる場面はないか？研修報告及び学習会を設け、新法の理解にも努めている。		
4 理念を実践するための体制				

	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)
12	○契約に関する説明と納得 契約を結んだり解約する際は、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。	入居申し込みの時や事前見学の時に説明を行い、又契約時には重要事項の説明等書類に依る説明をし、契約者、家族共に充分納得の上で入居してもらう。		
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、それらの運営に反映させている。	運営推進会議に出席してもらう方。ケアプラン（カンファレンス）で話してもらう方。個別に話してもらう方。暮らしの中で表情や言葉の端々で汲み取る方、レベルに合った意見の聞き取りで苦情の申し立ては可能な限り聴き取る助力をしている。又家族にも苦情の申し立ては自由に出来る事を伝えてある。GH以外にも申し立てや方法を知らせたり、掲示している。		
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合わせた報告をしている。	暮らし振りは面会時や毎月「宮浦通信」にて報告している。他に定期以外の受診の了解と報告、金銭出納帳の写しの送付。スタッフの異動も「宮浦通信」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、不満、苦情、を処理する為に講ずる措置として、ホームの窓口や投書箱、行政機関、国保連、第三者委員等を設け遠慮なく申し出れることが出来ることを伝えている。(N013と同様)		
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。	朝のショートミーティング。 定期ミーティング。 自己評価シートなど。		
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。	入居者の暮らしの都合を優先したケアに努めているのでパートの導入や行事の日には厚くしたり、夕刻勤務もするなどスタッフ同志納得の上で流動的にパワーを使っている。		

	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)
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。	離職者にはダメージ防止として数回、当分便りを書いてもらったケースがあったが、かえって混乱を招いた。スタッフの離職者は非常に低い。		
<b>5 人材の育成と支援</b>				
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。	対外研修→出張(内容によりスタッフを人選し参加→報告会) GH独自の勉強会。近くの医療施設との合同研修(GHスタッフも講師となる) 資格取得に向けたサポートを行う。 新入職員は初歩的な医療知識や技術の講習を受けている。	○	現場リーダークラスの力をもっと伸ばしたい
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。	認知症リーダーとして、近隣施設からの実習の受け入れや研修に出ている。又研修仲間との交流。新聞の交換など。		
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。	自由に飲茶、和室、ソファで休憩、食事会等で自由な話し合いが出来ている。又医療に関するストレスは、往診、訪問看護の介入で安心している。		
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。	自己目標管理シート、自己評価、施設の業績等に対し、給料、賞与に反映、スタッフ本人が自由に工夫出来る役割分担もある。	○	目標管理シート 自己評価シートをもう少し活用し満足する事なく向上心に繋げたい。
<b>II 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				

	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)
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。	入居当初は警戒心、不安、加えて自己主張が出来ない方も多。スタッフが付き添い色々な暮らしの場面に馴れるよう一緒に行動、助言、ほめ、ねぎらい等駆使しスタッフとの関係を広げていき、話し易い人間関係を築ける様努力している。		
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、受け止める努力をしている。	各々の家族の置かれている問題のどの部分が入居に依り解決するのか？又入居後のフォローはどの部分なのか？聴き取りに時間を費やし可能な限りスタッフも共有している。		
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。	GHの場合まず入居を希望されるが、満床の時は他施設、他の居宅事業所利用等相談にのったり、後日どのようにしておられるのか連絡を入れたりしている。		
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、場の雰囲気次第に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している。	事前に見学し共に過ごす時間を持ったり、入院先、ご自宅へ面接に行き納得したうえで入居して頂く。入居後は馴染んで頂く事に重点を置いて寄り添う。(暫定プランの活用)	○	納得して入居頂く為に、ショートステイの利用が可能であるか検討したい。
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	スタッフは介護する側でなく、准家族の一人として共に暮らしている。		
28	○本人と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。	入居生活を支える為には家族から教えて頂く事も多い、共に向きを合わなければ入居者は安心して落ち着いた生活は出来ない。		

	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)
29	○本人を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。	面会時→ゆっくり好みの場所で自由にお茶の提供、入居者の家族へ対する想いの代弁など。 遠方で面会が少ない→電話、手紙で相互の想いを伝えるなど。		
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。	昔交流のあった友人、教え子、お寺さん他面会は多彩、墓参りに行けない人の為にGHで慰霊祭、又地域の有名な文化芸能などにも出向いている、本屋、食事、喫茶店も度々利用している。	○	キーパーソンの許可が頂ければ、自宅周辺のドライブや自宅での生活時代の町内会行事の参加をもっと積極的に取り組んでいきたい
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。	施設も3年を経過する頃になると流石に入居者同志仲間意識が生まれ、お互いに他者を意識されている、馴染みの友人づくりでは、居室訪問したり、趣味活動などで意図的にセッティングする。		
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。	可能な限り、入院先や他入所施設へ見舞いや面会に出向いている。		
<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>				
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。	入居前後に本人や家族から聴き取りをしたり、暮らしで寄り添い乏しい言葉や仕草などから、本人の表出しにくい希望を察知し、ケアプランに盛り込んでいる。		
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活暦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。	ケアマネージャーや家族から情報の聴き取りをし、入居後も寄り添い共に暮らしながら、嫌なこと、気掛かりなこと、楽しいことなどの把握に努めている。		

	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)
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。	暮らしはスムーズに出来ているか？支障があればどの部分なのか？観察をしており変化のある情報は申し送り、連絡ノートで他スタッフに伝えている。ケアプランに反映している。		
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。	入居時暫定プランは家族、入居前の関係者の意見を、又初回、定期では本人、家族の同席にて意見を聞いている。		
37	○状況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。	レベル変化、ケア変更の必要性が出たらカンファレンス施行し、家族、本人に変更を伝え、了解を得て中途の変更プランとする。		
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。	担当者は個別記録を日々記入し、毎朝の申し送りで情報交換している。申し送りに参加できないスタッフは個別表、連絡ノートに記入したり目を通して把握している。又必要事項に於いてはケアプラン見直しに繋げている。		
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。	入居者を暮らし人として、視点を外さず、その人の周囲で起こったことへの対応、家族の異動や死別など、その時の要望に答える努力をしている。	○	ご本人と家族の要望の違いにはとするとキーパーソンの主張を優先する事がある、ご本人の潜在ニーズを家族に理解してもらう努力を
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				

	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)
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。	暮らしを楽しむ為に必要に応じて、行事、外出、空間作り、訓練など、又交流として市民、住民、大学、保育所、近隣施設などとの関わりがかなり築けたが、これに甘んじることのないように開拓する積もりである。	○	小学校生徒の下校の見守り、中学校生徒との交流
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ー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。	近隣の老健、デイサービスの活用を活用している。		
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。	地域運営推進会議に参加して頂き、当ホームの理解や気づきを教えてもらっている。		
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支援している。	往診と歯科診療は1/月で入居者は楽しみに待っている。Drや訪問看護の指示や助言で他科受診の援助もしているが、必ず事前に本人、家族の了解を得ている。		
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。	とにかくスタッフは平常の様子をしっかりと観察し、異変はすぐに訪問看護、主治医に報告し、必要とあれば検査、内服の指示や助言などスムーズに受けられるシステムとなっている。		
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。	1/2週位訪問看護による状態把握、スタッフへの助言、指導、相談にのってもらったりしている。		

	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)
46	○早期退院に向けた医療機関と協働 利用者が入院したとき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。	入院先に度々訪問し、退屈凌ぎにGHで過ごしていた折り紙、雑誌などの差し入れをし「皆が待っている」事を伝え元気付けている。途中経過や退院後の諸注意がDrやNsから届くシステム。		
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。	我GHでは、重度化した場合の過ごし方は、本人家族の意向を重視している。しかし、ここGHに医療専門職の常駐がないことから入居時の契約では終末期は病院でという意見が圧倒的に多い。(契約時の説明から)		
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、かかりつけ医等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。	可能な限り、このGHでその人らしく暮らしていただく方向で支援しているが、状態の観察からGHでの医療的ケアが困難になったら、主治医との相談で一旦病院加療に入ってもらえることがある。		
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勤めている。	本人や家族と充分話し合い、移り住む場所の見学もし、納得の上で決めてもらい、移り住む部署へ本人の状態、ケアの情報等了解を得て詳しく伝えている。		
<b>IV 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	○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。	プライバシー保護の復唱は毎日行っている 言葉掛けや入浴時、排泄時等他ケア場面でも失礼のないようにスタッフ同志お互いに注意しあってケアをしている。個人記録は鍵の掛かる書庫へ常時保管している。又写真の掲載等も契約時家族の了解を得ている。		他入居者の部屋に間違えて入ったり女性の部屋に入ろうとする入居者がおられるので随時声掛けをしている

	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)
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。	外食ツアーや買い物（毎週火）本人の希望を聞いて実施している。 自己決定が難しい人には選択の中から選んでもらうようにしている。		
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。	個人のペースに合わせて日課表を決めている、レクレーションや体操への声掛けも体調を伺いながら参加をして頂いている。		本人の希望もあるが、何をしたら良いか分からず自分の部屋に籠っている人などには様子伺いをしたり、話しかけをしていく。
(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。	本人の着たい服など自分で選んで頂いているが自立度に応じて援助を行っている。 理美容はGHへきかん坊が来られるので希望者は利用したり、又馴染みの美容室利用も自由にされている。		
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。	食事作りは出来る人と一緒に行っている。 スタッフと同じテーブルで一緒に食べたり味見もして頂いている、片付けも出来るだけ自分でして頂いている。 何が食べたいのか聞いてメニューも時には考える。		冬場は可能な日だけ、食材の購入に出かけていたが、毎週火曜日に一緒に出かけることにしている。
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。	タバコは禁煙にしているが不自由を訴える人はいない。お酒は行事等に少し出している。		おやつ作りを一緒にする。
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレ誘導、声掛けをし、トイレで気持ちよく排泄できるよう援助している。		

	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)
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。	週6日（日曜日は休）15：00～20：30 毎日入浴可体調により足浴、清拭等にて対応、又状態状況に応じて（失禁など）何時でも対応を行っている。		
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。	各々、自室があり何時でも休む事ができる。体調の異変、精神的に一人の方がよい時、必要に応じて各部屋に誘導、巡視し、又ホールにて休みたい方は簡易ベッドやリクライニングチェアで対応、見守りしている。		
(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の過ごせるように、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。	食事作り、食後の後片付け、洗濯、シーツ交換等、各自行える範囲内で共に行い、畑仕事の経験者には指導頂いたり共に畑作りをし、レクリエーション、散歩、外食、買物にも各自の意思を尊重し無理強いのないよう支援している		男性には、将棋、碁のメニューもある。
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。	本人、家族の意思、同意のうえ自分で管理できる方は所持、管理して頂き、難しい方はお預かりし、出納帳に支出入を記入し、領収書貼付け、ご家族にも安心して頂けるよう支援している。 (火) 買物日としているが、それに限らず希望に応じている。		出納長の写しは1/年家族に送付している。
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。	各々の状態、その日の体調を考慮し、徒歩、車椅子、シルバーカー等で散歩に出かけている。自主的に申し出られない方には声掛けを行い支援している。		

	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)
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。	個人の希望により、コーヒーを飲みに行ったり、買物（お菓子、本等）に行ったりしているが、外出希望が、生まれ故郷や遠方の知人、親戚の場合は、家族へ伝えるが、家族が拒否されれば、叶わぬ希望ばかり聞くことになっているのが現状である。		理由あって出かけられない場合は気晴らしを繰り返している。
63	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自ら電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	希望者には手紙、電話の援助を行いプライバシーに配慮しながら必要に応じ読み書きを援助したりしている。 スタッフに来た、手紙、電話でも内容によってはご本人に伝え安心を得ている。		家族の協力を得られない方もおられるので、理解していただけるようお願いする。
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。	居心地よく過ごせるよう、居室、ホール、和室など、好きな空間を利用しての面会を楽しんでおられる。 湯茶の接待など、職員の対応も出来ている。		
(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。	職員が身体拘束の内容と弊害を認識し、身体拘束は全く行っていない。		
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。	鍵をかける事への利用者へのデメリットについては話し合っている。利用者の状態を細かくキャッチしていくことで鍵をかけないケアが実践出来ている。又近隣の住民の見守り、協力もある。		施設内は全てオープンにし、自由に移動出来る、徘徊も含め屋外へ出たい希望の時はすぐに同伴外出している。
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。	利用者の意思を尊重し、自由に移動していただいております。常にその所在確認をとれるシステムをとっている。だから、屋外への無断外出にはすぐ、同伴し安全を保っている。		

	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)
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。	本人の力を活かした日常生活を営む上では必要な場合もある。一律に注意の必要な物品を排除するのではなく利用者の状態を十分に把握し危険を防ぐ。		視界から見えにくくしたり（刃物）、その時その時に手渡し、見守りなど。
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。	一人ひとりの状態から考えられるリスクや危険を検討し事故防止に努める。事故が発生した場合、状況を正確に伝えることが再発防止について全体的に検討されている。		ヒヤリハットの活用、ハイリスク、リスク者の特性を共有。
70	○急変や事故発生の備え 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期に行っている。	利用者の身体状態の急変や事故発生時にも慌てず正確且つ適切な行動がとれるよう応急手当に関して定期的に訓練を行い、緊急の場面で活かせるよう技術を身につける。		急変など常に利用者の健康状態を把握する。急変時、事故発生、受診マニュアル、BLS訓練などいろんな場面を想定し繰り返し訓練を積み重ねている。
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付け、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。	いろんな想定で入居者を含め近隣住民、近隣施設の協働で年2回の訓練を行っている。万一被災した時を想定し、近隣住民の分も備蓄食を考慮に入れている。		統一した避難場所の貼り出し。日頃より第一、第二、第三の場所の確保。
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。	利用者の安全を確保しつつ抑圧感のない自由な暮らしを支援する為、家族の納得と理解が不可欠である、一人ひとり予測されるリスクを家族と率直に話し合っケアをおこなっている。		
(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常の発見に努め、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。	一人ひとりの普段の様子をよく知り、常に変化や異常の発見に努めている 早期対応に結び付る行動をし、発見や対応が遅れないよう確認している。	○	協力病院との連携、受診、家族への連絡を新人スタッフが自力でスムーズに行えるようにする。

	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)
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。	飲み忘れなどない様2名のリーダーが確認、本人か、日/月、食前後の確認を服薬直前にも行っている。服薬の理解については効能注意など保管場所近くに貼り出している。体調に変化があれば主治医、訪問看護に連絡している。		
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。	一人ひとりの排便状態を把握し、水分補給、身体を動かす、食事量と対応し、3日(一)の場合は主治医の指示で薬を服用、日々記録している。		
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。	昼食後の歯磨きはスタッフによる声掛け、支援を行い、難しい所はスタッフが手伝っている。 1/W義歯洗浄剤に浸けている。 口腔衛生や不具合の早期発見に歯科Drの訪問診療1/月。		歯科外来への付き添い、状態説明。
77	○栄養摂取や水分確保の支援 食べれ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。	食事量に各々差があるので月/1回の体重測定と日々の摂取量の確認で判断している。水分補給に関しては、自分で飲める方にはボトルを各々持って頂き、そうでない方にはスタッフが提供している。		栄養管理されたレシピ→栄養士作成。
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)	感染症の怖さは年二回の勉強会に参加をし、職員全員が理解している。入居者の体調管理は目配りで把握。職員、入居者共に手洗いをしっかりとって頂き、体調不良のスタッフは調理担当から外している。インフルエンザ等の予防接種も受けている。		手洗い、うがいの施行、便の状態の観察、入浴時の皮膚観察、バイタルチェック、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。	調理用具は漂白剤等を利用し清潔に管理している。食材は毎日納品して頂き、新鮮なものを取り扱っている、調味料に関しては、容器に蓋の付いているものを使用している。		必ず加熱、疑わしい食材は使用せず。

	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)
<p>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</p>				
80	<p>○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、安心して出入りが出来るように、玄関や建物周囲の工夫をしている。</p>	<p>段差のない広々とした空間になっている。玄関前から中庭には沢山の花を植え、家族や近隣の住民等気持ちよく迎えることができる雰囲気作り、又テーブル、椅子がありお茶を頂いたり、話がはずむ場所を設けている。</p>		
81	<p>○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。</p>	<p>食堂には、季節の花を活けたり四季を感じる装飾をしている、又和室には囲碁や将棋がいつでもできる雰囲気作りをしている。</p>		
82	<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共有空間の中には、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。</p>	<p>共有空間（ホール）にソファを置いているが、二人掛けや三人掛けにしたり応接にしたり工夫している。</p>		
83	<p>○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。</p>	<p>居室はそれぞれ個室になっているので、自由に使っている。ベッドに不慣れな入居者は敷布団で寝たり、布団を畳むと広いスペースで居心地よく過ごして頂いています。</p>		
84	<p>○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気よど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。</p>	<p>24時間換気を行っている。臭いの原因を速やかに突き止め、対処する（ポータブルトイレ、異所排泄等）温度調節、夏は冷房28℃、扇風機使用。冬は暖房時には加湿器を使用。</p>		
<p>(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり</p>				
85	<p>○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。</p>	<p>空間はバリアフリー、壁面には全て手摺りが取り付け。一人ひとりの身体機能に合わせたシルバーカーや歩行器を使用している。失見当の人の為に自室や空間に表示プレートや室内貼紙。</p>		<p>洗濯物は個別ネットやハンガーを使い自己管理が出来るようにしている。 食事の時のお茶もそれぞれが淹れるようにしている。</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)
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。	トイレの案内表示を貼ったり、居室には目印になるものを飾ったりしている。自室に個々の目標や日課表を貼付。		ドアに認識できるよう大きい目印を貼る。
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。	玄関前に広いスペースがもうけてあり、テーブルと椅子が沢山あり、お茶を飲んだり談笑したりに利用している。又過ごしやすい季節には日向ぼっこ、歩行練習の場としても活用している。		

**V サービスの成果に関する項目**

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 <del>② 利用者の2/3くらい</del> <del>③ 利用者の1/3くらい</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
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 <del>② 数日に1回程度ある</del> <del>③ たまにある</del> <del>④ ほとんどない</del>
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 <del>② 利用者の2/3くらい</del> <del>③ 利用者の1/3くらい</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
91	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。	① ほぼ全ての利用者が <del>② 利用者の2/3くらい</del> <del>③ 利用者の1/3くらい</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。	<del>① ほぼ全ての利用者の</del> ② 利用者の2/3くらいが <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
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 <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
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 <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>

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。	<del>① ほぼ全ての家族と</del> <del>② 家族の2/3くらいと</del> <del>③ 家族の1/3くらいと</del> <del>④ ほとんどできていない</del>
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。	<del>① ほぼ毎日のように</del> <del>② 数日に1回程度</del> <del>③ たまに</del> <del>④ ほとんどない</del>
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。	<del>① 大いに増えている</del> <del>② 少しずつ増えている</del> <del>③ あまり増えていない</del> <del>④ 全くいない</del>
98	職員は、生き生きと働いている。	<del>① ほぼ全ての職員が</del> <del>② 職員の2/3くらいが</del> <del>③ 職員の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんどいない</del>
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。	<del>① ほぼ全ての利用者が</del> <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
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。	<del>① ほぼ全ての家族等が</del> <del>② 家族等の2/3くらい</del> <del>③ 家族等の1/3くらい</del> <del>④ ほとんどできていない</del>

※           は、外部評価との共通項目

	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 理念の基づく運営</b>				
1 理念の共有				
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。	設立当初より、認知症の暮らしを支える理念と基本方針は出来ている。又年度毎に重点目標を決めスタッフ各々がケアに生かしている。		
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。	毎日日勤、夜勤共仕事始めに理念を唱和したり、内容の確認をし、スタッフ全員で理念を念頭にケアに当たっている。		
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。	理念を家族会や宮浦通信で伝え、理念に基づいた地域社会での生活振りの理解を頂いている。	○	コミュニティーセンター、町内老人会との交流などにも除々に訴えたい。
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。	散歩途中の会話、挨拶、年始廻り、防災訓練、行事の声掛け、野菜の差し入れ、GHからは収穫した物の分かち合い等日常的に行っている、弁当持参で来られる方もある。		
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。	会費の納入、清掃活動(年3回)、会報の交換、地域の商店、食堂の利用、デイサービスの交流、伝統行事他可能な限り入居者と共に参加している。 地域住民とは積極的な挨拶に始まり一年毎に交流の範囲を拡大している。	○	地域の行事、自治会は、地域的に極少であるが、コミュニティーセンターの行事への参加に取り組む。

	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)
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。	認知症を抱える家族の介護相談 関連する病院や施設の紹介、助言 災害時の協力、非常食の備蓄も地域住民のことを考慮に入れる。	○	行政サイドとの協働で「認知症の学習、理解」 (仮)について学習会の開催。
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。	評価項目や考え方の指針には全員目を通し、各々が行っている。ケアと照らし合わせ、業務に取り込んでいる、地域、行政との連携を蜜にするなど第三者評価の助言はケア目標に組み込んでいる。	○	評価を今後6ヶ月毎に再考してみたい。
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。	会議には入居者も2名ずつ順番に出席し意見、感想を述べている。地域の委員、行政サイドの助言を受け「宮浦の場合」を話し合い、ケアに生かしている。宮浦通信に掲載して配付。		
9	○市町との連携 事業所は、市町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、市町とともにサービスの質の向上に取り組んでいる。	制度上不明なこと、入居者状況などその都度気軽に相談している。1回/月の宮浦通信も忘れることなく届けている。	○	協働の実態を家族に伝え周知してもらおう。
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。	外部研修に参加した者の報告会を重ね学習会としている。認知症であるが故のプライバシー侵害をしているケースはないか？など検討している。又成年後見制度の適用を受けた方にも必要事項の把握をしている。		

	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)
11	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法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。	外部研修に参加し、自分達の職場では虐待に当たる場面はないか？研修報告及び学習会を設け、新法の理解にも努めている。		
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。	入居申し込みの時や事前見学の時に説明を行い、又契約時には重要事項説明等書類に伝わる説明をし、契約者、家族共に十分納得の上で入居してもらう。		
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、それらの運営に反映させている。	運営推進会議に出席してもらう人、ケアプラン（カンファレス）で話してもらう人、個別に話してもらう人、暮らしの中で表情や言葉の端々で汲み取る人、レベルに合った意見の聞き取りで、苦情の申し立ては可能な限り聴き取る努力をしている。又家族にも苦情の申し立ては自由に出来る事を伝えてある。 GH以外にも申し立てや方法を知らせたり提示している。		
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。	暮らし振りは面会時や毎月宮浦通信にて報告をしている、他に定期以外の受診の了解と報告、金銭出納長の写しを家族に報告している。又スタッフの異動も宮浦通信で行っている。		
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、不満、苦情を処理する為に講ずる、措置として、ホームの窓口や投書箱、行政機関、国保連、第三者委員等を設け遠慮なく申し出れることが出来ることを伝えている。(NO13と同様)		

	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)
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。	朝のショートミーティング。定期ミーティング。自己評価シートなど。		
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。	入居者の暮らしの都合を優先したケアに努めているのでパートの導入や行事の日には厚くしたり、夕刻勤務もするなどスタッフ同志納得の上で流動的にパワーを使っている。		
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。	離職者にはダメージ防止として等分便りを書いてもらったケースがあったがかえって混乱を招いた。スタッフの離職者は低い。		
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。	対外研修→出張（内容によりスタッフを人選して参加→報告会） GH独自の勉強会。近くの医療施設との合同研修（GHスタッフも講師となる）。 資格取得に向けたサポートを行っている。 新入職員は初歩的な医療知識や技術の講習を受けている。	○	現場リーダークラスの力をもっと伸ばしたい。
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。	認知症リーダーとして、近隣施設からの実習の受け入れや研修に出ている。又研修仲間との交流、新聞の交換など。		
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。	自由に飲茶、和室やソファで休憩、食事会等で自由な話し合いが出来ている。又医療に関するストレスは、往診、訪問看護の介入で安心している。		

	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)
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。	自己目標管理シート、自主評価、施設の業績等に対し、給料、賞与に反映スタッフ本人が自由に工夫出来る役割分担もある。	○	目標管理シート 自己評価シートをもう少し活用し満足することなく向上心に繋げたい。
<b>II 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	○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。	入居当初は警戒心、不安、加えて自己主張が出来ない人も多い、スタッフが付き添い色々な暮らしの場面に馴れる様一緒に行動、助言、ほめ、ねぎらい等駆使しスタッフとの関係を拓けていき話し易い人間関係を築ける様努力している		
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、受け止める努力をしている。	各々の家族の置かれている問題のどの部分が入居に依り解決するのか？又入居後のフォローはどの部分なのか？聴き取りに時間を費やし可能な限りスタッフも共有している		
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。	GHの場合まず入居を希望されているが、満床時は他施設、他の居完事業所利用など相談に乗ったり、後日どのようにしておられるか？連絡を入れたりしている		
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、場の雰囲気になら馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している。	事前に見学し共に過ごす時間を持ったり、入院先、ご自宅へ面接に行き納得したうえで入居して頂く。入居後は馴染んで頂く事に重点を置いて寄り添う。(暫定プランの活用)	○	納得して入居頂く為に、ショートステイの利用が可能か検討したい。
2 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	○本人を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	スタッフは介護する側でなく、准家族の一人として共に暮らしている。		

	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)
28	○本人と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。	入居生活を支える為には家族から教えて頂く事も多い。共に向きを合わなければ入居者は安心して落ち着いた生活は出来ない。		
29	○本人を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。	面会時→ゆっくり好みの場所で自由にお茶の提供、入居者の家族へ対する想いの代弁など。 遠方で面会が少ない→電話、手紙で相互の想いを伝えるなど。		
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。	昔、交流のあった友人、教え子、お寺さん他面会は多彩、墓参りに行けない人の為にGHで慰霊祭、又地域の有名な文化芸能などにも出向いている、お茶、食事、喫茶店も度々利用している。	○	キーパソンの許可を得て、自宅周辺のドライブや、自宅での生活時代の町内会行事の参加をもっと積極的に取り組んで生きたい。
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。	施設も3年を経過する頃になると流石に入居者同志、仲間意識が生まれ、お互いに他者を意識されている、馴染みの友人づくりでは、居室訪問したり、趣味活動などで意図的にセッティングする。		
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。	可能な限り、入院先や他入所施設へ見舞いや面会に出向いている。		

### 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。	入居前後に本人や家族から聴き取りをしたり、暮らしで寄り添い、乏しい言葉やしぐさはどこから本人の表に出しにくい希望を察知し、ケアプランに盛り込んでいる。		
----	---	---	--	--

	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)
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活暦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。	ケアマネージャーや家族から情報の聴き取りをし、入居後も寄り添い共に暮らしながら、嫌なこと、気掛かりなこと、楽しいなどの把握に努めている。		
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。	暮らしはスムーズに出来ているのか？支障とあればどの部分なのか？観察をしており変化のある情報は申し送り、連絡ノートで他スタッフに伝えている。ケアプランに反映している。		
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。	入居時暫定プランは家族、入居前の関係者の意見を、又初回、定期ではご本人、家族の同席にて意見を聞いている。		
37	○状況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。	レベル変化、ケア変更の必要性が出たらカンファレンスを行い、家族、本人に変更を伝え、了解を得て途中の変更プランとする。		
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。	担当者は個別記録を日々記入し、毎朝の申し送りで情報交換している。申し送りに参加できないスタッフは個別表、連絡ノートに名前を記入したり目を通して把握している。又必要事項に於いてはケアプラン見直しに繋げている。		
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。	入居者を暮らし人としての視点を外さず、その人の周囲、その人の周囲で起きている事への対応と、家族の異動や死別など、その時その時の要望に答えている努力をしている。	○	ご本人と家族の要望の違いにはとするとキーパーソンの主張を優先する事がある、ご本人の潜在ニーズを家族に理解してもらおう努力を。

	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)
<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。	暮らしを楽しむ為に必要に応じて、行事、外出、空間作り、訓練など、又交流として市民、住民、大学、保育所、近隣施設などとの関わりがかなり築けたがこれに甘んじることのないよう開拓する積もりである。	○	小学校生徒の下校の見守り、中学校生徒との交流。
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ー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。	近くの老健、デイサービスを活用している。		
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。	地域運営推進会議に参加して頂き、当ホームの理解や気づきを教えてもらっている。		
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支援している。	往診と歯科診療は1/月で入居者は楽しみに待っている。Drや訪問看護の指示や助言で他科受診の援助もしているが事前に必ず本人、家族に了解を得て受診の援助をしている。		
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。	とにかくスタッフは平常の様子をしっかりと観察し、異変はすぐに訪問看護、主治医に報告し、必要とあれば検査、内服の指示や助言などスムーズに受けれるシステムとなっている。		
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。	1/2週位訪問看護による、状態把握、スタッフへの助言、指示、相談にのってもらったりしている。		

	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)
46	○早期退院に向けた医療機関と協働 利用者が入院したとき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。	入院先に度々訪問し、退屈凌ぎにGHで過ごしていた折り紙、雑誌などの差し入れをし「皆が待っている」事を伝え元気付けている。途中経過や退院後の諸注意がDrやNsから届くシステム。		
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。	我GHでは、重度化した場合の過ごし方は本人の家族の意向を重視している。しかし、ここGHに医療専門職の常駐がないことから入居時の契約では終末期は病院でという意見が圧倒的に多い。(契約時の説明から)		
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、かかりつけ医等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。	可能な限り、このGHでその人らしく暮らして頂く方向で支援しているが、状態の観察からGHでの医療的ケアが困難になったら主治医との相談で一旦病院へ病院加療に入ってもらえることがある。		
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勤めている。	本人や家族と充分話し合い、移り住む場所の見学もし、納得の上で決めてもらい、移り住む部署へ本人の状態、ケアの情報等詳しく伝えている。		
<b>IV 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	○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。	プライバシー保護の復唱は毎日行っている 言葉掛けや入浴時、排泄時他ケア場面でも失礼のないようにスタッフ同志お互いに注意しあってケアをしている。個人記録は鍵の掛かる書庫へ常時保管している。又写真の掲載等も契約時家族の了解を得ている。		他入居者の部屋に間違えて入ったり女性の部屋に入ろうとする入居者がおられるので随時声掛けをしている。

	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)
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。	外食ツアーや買物、本人の希望を聞いて実施している。自分での判断が難しい方には選択の中から選んでもらっている。		
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。	個人のペースに合わせて日課表を決めている。体調を伺いながら本人の意思を尊重しレクリーションや体操への声掛けを行っている。閉じこもりがちな方には本人の好みに合った気分転換を提供支援している、例えばレクリーションの代わりに散歩等。		本人の希望もあるが、何をしたら良いか分からず自分の部屋に籠っている人などには様子伺いをしたり、話しかけをしていく。
(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。	マニキュアを塗ってみたり、衣類は本人の選んだ物を着て頂くなど自立度に応じて援助を行っている。理容はNPO業者がGHに来て希望者は利用している、尚、各自なじみの美容室利用も自由にされている。		
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。	食事作りは出来る方と一緒に作っている。スタッフとも同じテーブルと一緒に食べている。片付けも可能な部分は入居者の行っている。		冬場は可能な日だけ、食材の購入に出かけていたが、毎週火曜日に一緒に出かけることにしている。
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。	お酒は行事時のみにしている。おやつやお茶は買物に行く方はその時購入している。おやつ作りも行っている。		10時のお茶やおやつは時には選んでいるがスタッフが決めることが多い。

	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)
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。	ポータブル使用者→ポータブル設置、その都度 洗浄。 腹圧、切迫性尿漏れ→布パンツ+尿とりパット。 尿意はあるが上手く表現できない、尿意がなく 尿失禁がある→紙パンツ+尿とりパット夜間は 尿意の有無に関わらず熟睡→紙パンツ+尿とり パット。 上記、各々昼夜に応じて2～3時間おきにトイ レ誘導又パット交換対応。 状態の変化に応じて声掛け時間を調節。		
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。	6日/週(日曜日休) 15:00～20:30、毎日入 浴可、体調により、足浴、清拭等対応、又状態、 状況に応じて(失禁等)何時でも対応できる柔 軟な支援を行っている。		
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。	各々自室があり、何時でも休むことが出来る。 体調の異変精神的に一人の時が良い時、必要に 応じ各部屋に誘導、巡視し、又ホールにて休み たい方には簡易ベッドやリクライニングチェア で対応し見守りしている。又車椅子利用者には 椅子、ソファに移乗し体位を変えている。		
(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の過ごせるように、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。	食事作り、食事後片付け、洗濯物干し、畳む、 シーツ交換等各自行える範囲内で手伝いを頂 き、畑仕事の経験者には指導頂いたり共に働き、 レクリエーション、散歩、外食、買物にも声掛け 実施している。ベッド上の生活時間の長い方にも 声掛けをし無理強いのないよう支援してい る。	○	男性に対して役割(出来る事)を探したい。

	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)
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。	本人、家族の意思、同意のうえ、自分で管理できる方は所持管理し、管理の難しい方にはお預かりし出納帳に支出入を記入、領収書を貼付し、収支決済を家族に送付し安心して頂いている。買物日は(火)としているが、それに限らず希望に応じ支援している。		出納帳は、1/年家族へ送付している。
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ぎずに、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。	各々の状態、その日の体調を考慮し、徒歩、車椅子、シルバーカー等で散歩に出かけている。自主的に申し出られない方には声掛けを行っている。近隣の方々との出会いは積極的に声掛け会話しながら、地域との触れ合いを行っている。		
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。	帰宅願望があり家族の同意が得られた方には自宅への同行支援を行っている。	○	本人の希望とはいえ、行き先、又距離的な事、家族の意向が得られない現状にあり、今後の課題かと考える。
63	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自ら電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	希望者には用件に応じて電話をしたり、手紙を出せるよう郵便局へ同行したり援助している。		レベル的に自分では出来ないが、代わりにさせて頂いている。
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。	キーパーソンの許可が有る限り、面会に来られたら気持ちよくまず笑顔で挨拶、ゆったり時間制限無く談話される様居室へ案内し、お茶、コーヒー等差し上げて対応している。		
(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。	身体拘束の弊害を全職員認識しているので「身体的に危険がない限り、絶対拘束は行わない」という心構えで援助を施行している。		車椅子の人には椅子に座って頂いたり、長椅子に座り直して頂いてリラックスした姿勢で過ごしていただいている。

	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 (取組んでい きたい項目)	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)
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。	日中は施錠せず入居者の安全の為、玄関当番を設け、外出希望者に同行、外部からも自由に面会に入られる様になっている。尚、緊急時は入居者の安全の為必要時のみ施錠を行っている。		
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。	意思表示が困難な入居者さんに対しては常に動きやサインを察知し見守り優先しケアに取り組んでいる。		
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。	個々の力を活かし必要な物を使用して頂いている。 危険を感じる時は寄り添い一緒に行っている 危ない物は預かる。		
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。	その方に適する補助具を使用し、夜間はコールマット或いはベッドをホールに出して見守る様になっている。 散歩時等外出時は職員の同行実施。 薬は2名のリーダーにて二重確認をしている。 各々の食卓に職員が同席し共に食し誤嚥防止に努めている。		
70	○急変や事故発生の備え 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期に行っている。	年一回職員全員が BLS 講習会にて実技を得ている。勉強会、研修会に出席し知識を得る様に心掛けている。月一回の職員介護研修に参加、常に容態の観察をする。		
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付け、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。	年2回消防訓練を行い、地域、他事業所の協力を得てる。常時バケツに水を汲み備えている。 歩行困難者の方は車椅子、布団等使用しいち早く避難出来るよう習得している。非常食の備え、避難制度の貼り出しを行い常日頃より念頭に入れるよう努めている。		

	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 (取組んでい きたい項目)	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)
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。	日常生活の中で各入居者の起こり得る危険な状態を把握し職員間で話し合いケアプランに繋げ安全な暮らしが出来るよう家族に説明し了解を得ている。		
(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。	常時利用者の行動、顔色、体調に気配り、いち早く変化に気付くようにしている、何かあればリーダーに報告したり、訪問看護に連絡したり、協力病院にも連絡する。	○	協力病院との連携、受診、家族への連絡を新人スタッフが自力でスムーズに行えるようする。
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。	飲み忘れなど無いように2名のリーダーが確認、名前、日時、食前後の確認をする。服薬の理解については、効能注意点など保管場所近くに貼っているため、体調に変化があれば主治医に連絡を入れる。		
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。	一人ひとりの排便状態を把握し日々記録している。水分補給、全身を動かす、食事量と対応し3日(一)の場合は主治医の指示で薬を服用。		1,500ml 要、水分(脱水の弊害)による行動の異常を細やかに観察し対応している。
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。	全員食後の歯磨きは義務付けている。本人が出来ない方は介助、出来る方は再確認する。1/週義歯洗浄剤に浸けている。月1回の歯科診療の受診。		
77	○栄養摂取や水分確保の支援 食べれ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。	食事量が個々差にあるので月/1回の体重測定で判断している。水分補給に関しては自分で飲める方には自室にボトルを個々に持って頂いている。そうでない方にはスタッフが提供している。		

	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)
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)	感染症の怖さは職員全員が理解していると思う。入居者の体調管理には目配りで把握。共通して言える事は清潔（手洗い、うがい）。年2回の勉強会に参加。インフルエンザの予防接種も受けている。		
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。	調理用具は漂白剤などを利用し管理している。食材に関しては、毎日納品して頂き、新鮮な物を取り扱っている。調味料に関しても蓋のあるものを使用。調理は過熱を十分に行い、生食は出来るだけ避けている。		
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、安心して出入りが出来るように、玄関や建物周囲の工夫をしている。	鉢やプランターに花を植えて親しみやすくしている。テーブルや椅子を置いて外の景色を眺めながら、談笑したり、お茶を飲んだり何時でも誰でも利用できるようにしている。		
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。	めだかを飼育したり、季節の花や飾り物（雛人形等）を置いて五感刺激や活動に繋げている。和室はコタツをしたり、囲碁や将棋を置いていつでも寛げる様にしている。		
82	○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共有空間の中には、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。	ホールにソファを2人掛けや3人掛けにして気のあった者同士思い思いに何時でも利用出来るようにしている。		

	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)
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。	居室は個室となっており、テレビや椅子、小物等なじみの物を置いて過ごして頂いている ベッドに不慣れな利用者には布団を敷いて居心地よく過ごして頂いている。		
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気よど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。	換気はこまめに行っており、寒暖に応じて温度調節をし、扇風機も併用、暖房時には加湿器も使用している。 においの原因を速やかに突き止め、対応している。(Pトイレ、異所排泄等の始末)		ホールで体操の時や掃除の時、窓を開け換気をする。
(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。	一人ひとりの身体機能に合わせたシルバーカーや歩行器の使用をしている。 床はバリアフリーとなっており、トイレ等には手摺りを設置している。 ベッドのP柵も使用して移乗しやすくしている。		
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。	居室の入り口に目印となるような絵や写真を貼っている。 トイレの案内表示を貼っている。		ドアに認識出来る様大きい目印をつける。
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。	日向ぼっこや歩行訓練の場として玄関前を利用し、又テーブルや椅子があるのでお茶を飲んで頂いたり、談笑の場にもなっている。 物干し場として洗濯物を干して頂いている。		

**V サービスの成果に関する項目**

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 <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
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 <del>② 数日に1回程度ある</del> <del>③ たまにある</del> <del>④ ほとんどない</del>
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 <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
91	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。	① ほぼ全ての利用者が <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。	<del>① ほぼ全ての利用者の</del> ② 利用者の2/3くらいが <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
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 <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>
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 <del>② 利用者の2/3くらいが</del> <del>③ 利用者の1/3くらいが</del> <del>④ ほとんど掴んでいない</del>

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。	<input type="radio"/> ① ほぼ全ての家族と <input checked="" type="radio"/> ② 家族の2/3くらいと <input checked="" type="radio"/> ③ 家族の1/3くらいと <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ① ほぼ毎日のように <input checked="" type="radio"/> ② 数日に1回程度 <input checked="" type="radio"/> ③ たまに <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ① 大いに増えている <input checked="" type="radio"/> ② 少しずつ増えている <input checked="" type="radio"/> ③ あまり増えていない <input checked="" type="radio"/> ④ 全くいない
98	職員は、生き生きと働いている。	<input type="radio"/> ① ほぼ全ての職員が <input checked="" type="radio"/> ② 職員の2/3くらいが <input checked="" type="radio"/> ③ 職員の1/3くらいが <input checked="" type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> ① ほぼ全ての利用者が <input checked="" type="radio"/> ② 利用者の2/3くらいが <input checked="" type="radio"/> ③ 利用者の1/3くらいが <input checked="" type="radio"/> ④ ほとんど掴んでいない
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。	<input type="radio"/> ① ほぼ全ての家族等が <input checked="" type="radio"/> ② 家族等の2/3くらい <input checked="" type="radio"/> ③ 家族等の1/3くらい <input checked="" type="radio"/> ④ ほとんどできていない

※           は、外部評価との共通項目