愛　知　県

地域密着型サービス自己評価票

◦　指定小規模多機能型居宅介護
（指定介護予防小規模多機能型居宅介護）
◦　指定認知症対応型共同生活介護
（指定介護予防認知症対応型共同生活介護）

（よりよい事業所を目指して・・・）

記入年月日	平成２０年２月１５日
事業所名	グループホーム若宮
事業所番号	２３７５７００８２６
記入者名	職名　管理者　　氏名　伊藤　千代子
連絡先電話番号	０５６９－７４－１８８８

自 己 評 価 票

○ 自己評価は全部で100項目あります。
○ これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。
○ 項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目（例えば、下記項目のⅡやⅢ等）から始めて下さい。
○ 自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

○ 自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
Ⅰ．理念に基づく運営	22
1．理念の共有	3
2．地域との支えあい	3
3．理念を実践するための制度の理解と活用	5
4．理念を実践するための体制	7
5．人材の育成と支援	4
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1．相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2．新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
Ⅲ．その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	17
1．一人ひとりの把握	3
2．本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	3
3．多機能性を活かした柔軟な支援	1
4．本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	10
Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1．その人らしい暮らしの支援	30
2．その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
Ⅴ．サービスの成果に関する項目	13
合計	100

○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	グループホーム若宮
（ユニット名）	1ユニット
所在地 （県・市町村名）	愛知県知多郡武豊町
記入者名 （管理者）	伊藤　千代子
記入日	平成20年2月15日

（様式１）

自己評価票

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 （すでに取組んでいることも含む）
Ⅰ．理念に基づく運営				
1．理念と共有				
1	○地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	開所時に事業所独自に作成した理念を、その現状に応じて地域に根ざしたサービス提供できるように、見直しを行っている。		
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	毎朝の申し送り時に斉唱し、理念から具体的な目標を立て随時見直しが不十分だった。	○	理念の実現度を１年毎に全職員で確認できるような具体的な目標設定し達成度を判定する。
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	玄関に掲示に掲示はしている。見学の方や利用者家族等必要時は説明行っている。		
2．地域との支えあい				
4	○隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	利用者が近所へ散歩に出かけ際に、出会った方にはあいさつをし、ホームに気軽に来てもらうように声かけ行う。野菜の差し入れを頂く。「行事に誘う」とか「手作り菓子を食べて頂くように」近所の方に届けてている。		
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	町内会に入り、地区の活動（祭り・盆踊り）利用者と参加。推進会議でもそういった貢献できる活動に声かけてもらえるように話をする。ボランティア活動時、地域の方・ご家族に参加して頂いている。		

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	緊急災害時の避難場所としての活用を推進会議で伝えている。近隣の防災に協力している。	○	施設のノウハウを、今後地区での介護者教室や相談窓口として貢献していけるように取り組む。
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	職員は自己評価を通じて、ケアサービスの質の向上意識を持つようになった。利用者の急変時等統一した介護法と、病院との連携が出来るように、日頃、病院関係者との人間関係作りをしている。		
8	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	「日中玄関に施錠していることについて」の説明を行う。介護度平均2.7、徘徊者3名のため施錠に理解を得ている。散歩等実施している。		
9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	毎月、町内の事業所との会議があり、福祉課も参加しており情報交換を行う。それ以外でも役場に現況等の報告行う。		
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	利用者に対して不利に判断している家族は現在いないと思われる。現在、利用者に身寄りがない方はいない。権利擁護等の事業必要と思われるときは施設内で検討し必要機関と連携を図る。。	○	スタッフの理解は低い。この項目での勉強行って行きたい。
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注意を払い、防止に努めている	虐待関連法については、施設内で勉強行ったりする機会設けている。施設より研修会にも参加し日頃の介護に生かす。夜間帯スタッフ１人になることで、目が届かない時間帯あるが、日頃より介護にストレスで行き詰らないように申し送り時等に話し合っている。		

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）	取り組んでいきたい内容 （すでに取組んでいることも含む）
4. 理念を実践するための体制				
12	○契約に関する説明と納得 契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約の時点ではなく、事前に書類を渡し一読して頂く、また、説明を済ませて置き、当日確認をするようにしている。		
13	○運営に関する利用者意見の反映 利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	利用者から職員に訴えあれば、管理者に報告があります。それについて聞き取り行い、その結果で職員や法人との検討を行う。その内容によって計画変更から運営の反映まで幅を持たせて対応行っている。		
14	○家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	毎月１回は施設で近況報告を行う。家族によって手紙での報告を行う場合もある。電話をして面会してもらえるように依頼するときもある。		
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	近況報告時に利用者への要望、施設への要望を確認するようにしている。		
16	○運営に関する職員意見の反映 運営者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月の会議で利用者の処遇や運営面でのことの話し合いをしている。利用者様チェック表（1日A４1枚）を月1回見直し。特に、ICF対応の視点で利用者をとらえた介護の実施と評価をしている。		
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている	共用型認知症デイの行事等計画を共に実施している。特別な行事は、職員の時間調整をして確保している。体制として組んではいないが、急なときでも対応できる職員がいれば確保行っている。		

項　　目		取り組みの事実 （実施している内容・実施していない内容）	○印 （取組んでいきたい項目）	取り組んでいきたい内容 （すでに取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	利用者に与えるダメージ軽減に重点を置き、それまでの個々の経過をしっかり引き継いでいる。管理者は、交代職員の性格を理解し、利用者対応のアドバイスしている。		
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	個人の目標を上げてもらい、管理者はそれに対する具体的な計画やアドバイスを行う。実践活動に協力している。0JT実施やプリセピターの活用をしている。	○	スキルアップの手段として、介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得も積極的に行っている。
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	同法人のグループホームとは行事での交流はある。その中で互いのサービスの質を高めるように努力している。	○	他法人の通所との交流。
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	、利用者と離れて時間を過ごせるように配慮（ソファーを事務所に置き横になれるようにし、窓に目隠ししている）。職員の訴え等をしっかり聞くように取り組んでいる。	○	今後全スタッフ個々のストレスの原因把握し、分析し主原因の除去に努める。
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	声かけによる励ましを行い、職員からの意見もなるべく取り入れ、モチベーションの低下を防ぐ。個別に相談できる雰囲気作りも行っている。		

項　　目		取り組みの事実 （実施している内容・実施していない内容）	○印 （取組んでいきたい項目）	取り組んでいきたい内容 （すでに取組んでいることも含む）
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
1．相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応				
23	○初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	センター方式アセスメントを充実する。生活歴を含めてアセスメントを行い信頼関係を築く。初期の段階では互いに慣れるまで接する時間を多く持つようにしている。	○	センター方式の一部活用を検討。
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	キーパーソンを確認し、家族の思いを確認する。		
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	担当ケアマネと情報交換し入居までに時間かかるため、その間の計画について本人・家族と一緒に相談に乗る。支援事業所が決まっていない場合や、介護認定の無い場合は今後の流れを説明した上で適当な機関等の紹介を行っている。その後も必要であれば継続して相談にも乗る。		
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	担当ケアマネとも情報交換し、実際に入居する場合の想定される問題点を検討し、サービス利用の本人に不安の無いようにしている。		
2．新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	リアリティ・オリエンテーションの活用として、昔の知恵を活用したり、過去の出来事を他の利用者も交えて一緒に話を聞く事でそれぞれの思いを確かめ合ったりする。		

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）	取り組んでいきたい内容 （すでに取組んでいることも含む）
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	毎月の情報交換の中で、ホームの生活の中で本人が話していた内容や行動を報告し、そのときの本人の様子や思いをできるだけ伝えるようにしている。それによって家族よりさらに補足の情報をもらい援助に生かし、その結果についても報告している。		
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	入居前の関係は把握し、入居後の面会時に本人とコミュニケーション取りやすいように、最近の様子や行事等のこと伝え、円滑に関係保てるようにしている。絶えず連絡して家族からの応援を頼んでいる。		
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	事前に家族と馴染みの関係や面会者についての注意等確認。面会に来る方に認知症理解してもらったり、本人外出時に以前の知人等と会うときも、必要なときは認知症について事前に説明行ったりし、交流の大切さ理解してもらう。認知症ということで関係が途切れないように依頼をしている。		
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	互いに病気である事を必要に応じて判りやすく説明し、一緒に生活する事で、相互援助できるように人間関係調整の配慮をしている。		
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	退居された場合でも、その後の家族の相談に乗ったり、本人との面会が必要であれば、職員が馴染みの人として会うようにしている。死亡した利用者の家族に「悲嘆のプロセス」考慮し支援している。		

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）	取り組んでいきたい内容 （すでに取組んでいることも含む）
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	計画作成時以外でも日常の生活に不満が無い、確認して介護計画の評価変更をしている。本人の思いを基本としている。		
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	、事前に確認し把握行っている。		
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	職員には全体的に気持ちにゆとりを持ち「こうでなければという思い」は無くしてケアを柔軟に行っている。個人記録をスタッフで共通認識として総合的に活用している。		
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ィアを反映した介護計画を作成している	細かいケアの見直しが必要なときも本人に説明し確認、その後、家族に報告を行う。医師・看護師・理学療法士など必要に応じた職種の意見を取り入れ計画作成をしている。		
37	○現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	定期的に見直し、対応困難の状態が発生した時は、即話し合いを持ち対応している。訪問診療の医師・看護師からも気になる変化あった場合はその場で指導してもらい、状況に応じて対応できる部分は個別で行っている。同じく家族や面会者からの指摘等も検討行うようにしている。		

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）	取り組んでいきたい内容 （すでに取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	記録者は自分で共有したい情報を判断し、記録（利用者様チェック表）してもらう。各職員・管理者は毎日の記録に目を通し「情報を見た」ことを各自サインをし情報共有している。気づいた点は意見を出し合い検討を行う。計画作成者ともどういった情報が欲しいか確認している。		
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	多機能化は現在していない。利用者は日々訴えに変化ある。その都度施設内で対応できるのか、地域で対応できるのか判断している。極力ホーム内で満足してもらえるよう調整している。時々、地区の公民館で実施される活動に参加する。		
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	動物好きな方に「犬と人の交流のボランティア」を定期的に利用している。また、地域の方々の民謡・バレー教室・ハーモニカ演奏を依頼している。時に、公民館活動に参加する。		
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	外出しにくい方のために理美容師の訪問サービスの活用を行っている。訪問リハビリを自費対応で1名受けている。		
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	運営推進会議や地域の会議で今後の連携の取り方や、包括担当者から軽度認知症の方の相談等をうけたりする。		

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）	取り組んでいきたい内容 （すでに取組んでいることも含む）
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に支援している	家族の了解のもと、同法人病院の通院援助を行っている。事前指定書に基づき緊急時、病院受診している。職員が付き添っている。		
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	同法人内病院の神経内科医に、通院受診し連携を行っている。		
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	体調悪いときは、訪問診療前に必要な情報提供し診療がスムーズに行くように連携している。週５日訪問診療で医師・看護師がホームへ来る為気軽に相談できる環境となっている。		
46	○早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している	入院時病院側に日常生活の情報提供し、なるべく利用者側が混乱しないようにする。退院後の経過は病院へ情報提供し、フォローアップも対応している。		
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	事前指定書でできるだけ家族・本人と確認した上で、主治医に報告し緊急時の処置の目安としている。。終末期については主治医から家族へ説明してもらう。家族より方針変更あったら申し出てもらう。		
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	具体的にどこまでできるかは職員と話し合いができている。母体である病院とも体制組めるようにしている。		

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）	取り組んでいきたい内容 （すでに取組んでいることも含む）
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	在宅希望の方は、しっかり計画を行っている。経済的な理由で他施設へ移動する場合も情報提供を行い、担当者と意見交換行うことで対応している。		
Ⅳ．その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 **1．その人らしい暮らしの支援** **（1）一人ひとりの尊重**				
50	○プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	個人情報の扱いはマニュアル化している。記録で気になる表現等あれば職員間で検討し改善行う。職員間の日常の会話は利用者・家族に失礼の無いよう心がけている。訪問診療時のプライバシーにも気を配る。		
51	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている	日常的な好みや生活パタンを把握しながら、その時々で本人が選択しやすいように配慮し項目を分け、自己決定しやすくする。認識レベルによっても選択方法を変える。		
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し、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	ホーム内の日課はあるが利用者一人一人のペースがあるので、無理に合わせるのではなく、声かけで誘導行う。また、そのときにどのように過ごしたいかの確認をし対応できるところは行っている。		
（2）その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援				
53	○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容･美容は本人の望む店に行けるように努めている	衣類は一人一人好みのものを使用してもらっている。理美容は希望に応じて家族が行ったり、外出して行う方もある。		

項　　目		取り組みの事実 （実施している内容・実施していない内容）	○印 （取組んでいきたい項目）	取り組んでいきたい内容 （すでに取組んでいることも含む）
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	個々の生活歴も配慮し、準備や手伝いができる部分や片付け等自発的にやれるように雰囲気作り誘導する。昼食は職員と一緒に食べることや、見守りの中で談笑しながらも安全な環境を作っている。		
55	○本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している	個別に嗜好確認し、日によってその方の食べたい物にしたりする。お菓子の居室持ち込みは本人の希望で応じる。酒・たばこは希望あれば応じるか検討する。現在は好きな方はいない。		
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	排泄介助の必要な方はパターンをチェックしそれを基に支援方法決める。自尊心傷つけないように行う。		
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	隔日に入浴できるように支援している。状態に応じ毎日入浴する。風呂を活用できない方に、シャワー浴を行う。嫌がる方も声かけのタイミングを考慮し入浴を行う。		
58	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	消灯等は決めず各利用者の様子を見て声をかけ、眠りに誘導する。日中も自由に居室で休めるようにはしている。日中居室で閉じこもりがちな方は、声かけしレクリエーション参加促したりする。		
（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	レクリエーション活動等で個々の好みを把握し偏りしないようにする。ぬり絵・観葉植物の世話。見たいTVの鑑賞。唄や踊りなど各個人の趣味の援助を行っている。		

項　　目		取り組みの事実 （実施している内容・実施していない内容）	○印 （取組んでいきたい項目）	取り組んでいきたい内容 （すでに取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	家族と事前に話をして、希望があれば自分で管理してもらうようにしている。外出時の買い物などは自分で使えるようにしている。		
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	近所への散歩や買い物での外出を行い、偏りが無いように利用者に声かけしている。毎日の散歩はできないが行いたいと思う。		
62	○普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	家族との外出等するときは最近の認知症状況や注意点等を伝え、安心して外出できるように支援している。		
63	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話は事前に家族と協議した上でどこまで掛けて良いか確認し、個別対応している。家族の承諾があれば電話は自由に使用してもらっている。それぞれ家族に年賀状や暑中見舞いを出す。		
64	○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	面会の時間特に制限はしていない。面会しやすいように面会場所は居室で行う。ホームからお茶なども提供し、くつろげるようにしている。	○	利用者によって面会者が頻繁な方と少ない方とある。少ない方淋しがる、対応が課題ではある。
（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	禁止行為の項目について認識できており、ホームでは拘束を行っていない。		

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）	取り組んでいきたい内容 （すでに取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	日中は基本的に玄関を施錠。居間から芝生の庭に出られるガラス戸は無施錠。自由に出入りできます。「玄関の施錠」につては、ご家族や運営推進会議の中でも現在の状況を伝え施錠を行うことを伝える。徘徊3名／9名中で常時観察が必要のため。		
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	一人一人の生活パタン把握し、動きやサインを見逃さないようにして安全確保している。利用者にも常に声が届く範囲にスタッフがいることで安心感を持ってもらっている。	○	「利用者の安全確保」をしながら、日中玄関に鍵をかけないケアの取り組み。
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	キッチンの包丁は夜間のみしまってある。手指消毒薬・洗剤の置き場所をきめ、職員が常時確認する。損失がない		
69	○事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	転倒転落リスクが高い・誤嚥・徘徊・異食の方は常時見守り体制でいる。介護者が起こした誤薬は、ヒヤリハットの提出。その内容の分析して対策を立てている。転倒転落アセスメントスコアでチェックし、利用者観察・環境整備の指導をしている。		
70	○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	急変時のマニュアルを活用する。定期的に防災訓練等で行っている。	○	OJT・プリセプターの活用して、習熟度測定して職員の質の向上を図る。
71	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	運営推進会議では「ホームの火災時マニュアル」の内容を確認してもらっている。現在地域の方との訓練は行っておらず、今後は訓練を通じて協力をしてもらう事が課題である。		

項　　目		取り組みの事実 （実施している内容・実施していない内容）	○印 （取組んでいきたい項目）	取り組んでいきたい内容 （すでに取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した対応策を話し合っている	入居時にグループホーム利用する事のリスクは説明。病気等でＡＤＬ低下した場合、その後のリスク説明と事前指定書の説明をして、リスク対応方法を選択してもらう。	○	開設以来、4件のターミナルケアに関われる機会を得た。ご利用者・家族からの協力があればターミナルケアを検討する。
（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	毎日のバイタルチェックや経過報告で状態の変化を把握し、異変を早期発見するように努めている。主治医診察時に職員が立会い情報交換行っている。その情報は記録を通じて職員間で共有する。		
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	服薬について「利用者様のお薬の説明書です」を確認する事で理解している。新しく処方された薬については申し送り等で伝達し情報共有している。他病院受診時は内服一覧を家族に持たせる。体調変化があった時医師と相談している。		
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	利用者ごとに排便パタン確認し、食事や水分、体操等でなるべく自然排便できるように心がけている。どうしても出ない時は、処方されている薬剤を服用し、確認行う。利用者によって排便があったかの確認がとりにくい点がある、今後の課題でもある。	○	プライバシーを考慮し、排便の確認が困難な利用者には、さらに、トイレに入った後の状態観察を蜜にする。
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	歯磨きは毎食後行う。認識力によって声かけによる援助、一部介助を行う。歯科訪問診察医師から、口腔ケアについて指導を受ける。利用者全員の口腔ケアで問題がでてきたら相談・指導を受けている。		
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	栄養士に相談して、メニュー作成し栄養のバランスを保つ。水分も排泄状況と照らして調整する。毎日、利用者チェック表に水分量を記録する。毎月１回の体重測定を行う。		

項　　目		取り組みの事実 （実施している内容・実施していない内容）	○印 （取組んでいきたい項目）	取り組んでいきたい内容 （すでに取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）	マニュアルに応じて予防を実施している。インフルエンザ予防接種を年間計画に組んでいる。日常的にうがい薬、手洗い後手指消毒実施している。		
79	○食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	こまめに食材購入し台所も適宜漂白消毒行う。食器乾燥機も有効に使用する。		
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	家庭的な雰囲気出せるように、玄関周り草花を植えるとか植木鉢を置いている。清潔にしている。		
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	利用者の不満等を聞き、それを改善していく事にしている。トイレの扉を閉めることの励行やリビングのテレビの位置の変更をする。季節の飾り物等（正月・雛人形・クリスマス）で楽しむ。		
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	食事の席は決まってはいるが時々は配置を変えて１箇所のテーブルに集まったり、ソファーに集まる事もある。一人で過ごす空間もある。		

項　　目		取り組みの事実 （実施している内容・実施していない内容）	○印 （取組んでいきたい項目）	取り組んでいきたい内容 （すでに取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	居室はプライベート空間として、本人の嗜好や好みを尊重し、持ち込みの対応や配置にも考慮している。家族からの「本人への生物のおやつ・寿司等」連絡をし合いながら食してもらう。		
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気の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	朝の窓開放による換気行う。随時エアコンと窓による換気で調整する。		
（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	ベッド高さの調整、杖を使用している方には個別で杖を置くところ設置。廊下の手すりを利用しての、立ち上がり訓練・歩行訓練を日課にする。		
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	説明する際に認識力を考えなるべく混乱の無いように対応。大きな札（トイレ・風呂・部屋・戸棚に入れる物）大きく名前を書いてわかりやすくする。職員と共に戸棚に入れて出来る喜びを味わう。生活の中で失敗しても不安にさせないように声かけを行う。		
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	芝生の庭では、洗濯物干す。、利用者家族近隣の方との、五平餅を作り焼きたべることで、それぞれ思い思いに外で過ごせるようにしている。		

（　　部分は外部評価との共通評価項目です　）

Ｖ．サービスの成果に関する項目

項　　目		取り組みの成果 （該当する箇所を○印で囲むこと）	
88	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる	○	①ほぼ全ての利用者の ②利用者の２/３くらいの ③利用者の１/３くらいの ④ほとんど掴んでいない
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	①毎日ある ②数日に１回程度ある ③たまにある ④ほとんどない
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の２/３くらいが ③利用者の１/３くらいが ④ほとんどいない
91	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の２/３くらいが ③利用者の１/３くらいが ④ほとんどいない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の２/３くらいが ③利用者の１/３くらいが ④ほとんどいない
93	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の２/３くらいが ③利用者の１/３くらいが ④ほとんどいない
94	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている	○	①ほぼ全ての利用者が ②利用者の２/３くらいが ③利用者の１/３くらいが ④ほとんどいない
95	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている	○	①ほぼ全ての家族と ②家族の２/３くらいと ③家族の１/３くらいと ④ほとんどできていない
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	○	①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 ③たまに ④ほとんどない

項　　目		取　り　組　み　の　成　果 （該当する箇所を○印で囲むこと）
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○　①大いに増えている ②少しずつ増えている ③あまり増えていない ④全くいない
98	職員は、活き活きと働けている	○　①ほぼ全ての職員が ②職員の２/３くらいが ③職員の１/３くらいが ④ほとんどいない
99	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○　①ほぼ全ての利用者が ②利用者の２/３くらいが ③利用者の１/３くらいが ④ほとんどいない
100	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○　①ほぼ全ての家族等が ②家族等の２/３くらいが ③家族等の１/３くらいが ④ほとんどできていない

【特に力を入れている点・アピールしたい点】
（この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。）