

# 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	上越ケアセンター そよ風
(ユニット名)	3階 コスモス
所在地 (県・市町村名)	上越市安江1丁目3番40号
記入者名 (管理者)	廣川 正美
記入日	平成 20年 3月 26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 (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)
<b>. 理念に基づく運営</b>				
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	全社共通の基本理念を掲げている。		
2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	実現に向かって行なっているが、全ての職員に浸透していない。		全体会議や初期研修で運営理念の理解を深める。
3	家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる	入居時にGHの施設概要の話が中心となり、理念についての説明が足りない。		入居契約時に運営理念の説明を十分に行なう。
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	外周などに季節の草花等を植え親しみやすい環境造りを心掛けている。挨拶程度はあるが日常的な付き合いはない。		立ち寄ってもらえるきっかけづくりが必要。
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	近くの保育園やボランティアを受け入れている。地域活動への参加機会は多いとは言えない。		定期的に参加できるように計画を立てる。地域活動の担当者と連絡を取り合いいつでも参加できる体制をつくり参加する機会を増やしていきたい。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	市や町内に向けて災害時に社有車の提供や援助活動へ積極的に参加する旨を伝えている。		市町村からの要請があればいつでも参加できる体制がある。
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	評価内容について全体会議等で職員に伝えている。また各ユニット毎で話し合いの場を設け改善に向けてはセンター内だけではなく本社も含め前向きに検討している。		改善についてはセンター内だけでなく、同グループ内のセンターでの取り組み状況も聞きながら改善していく。
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	担当地域包括支援センター、町内会長、民生委員、施設提携医に声を掛けるが会議に人が集まらない。		2ヶ月に1回定期的に会議が行なえるようにしたい。またその内容も検討する。
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	施設の季節行事や施設案内を配布し参加を呼びかけている。		
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	擁護制度についての理解は深いとは言えないが、入居者の状況についてはご家族または主介護者との連絡は密に行っている。		各制度についての研修は積極的に参加していく。
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	虐待について資料を職員に配布しマニュアル化してある。職員間でも身体チェック等を行い防止に努めている。		現在の研修量では少ないので今後は増やしていきたい。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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>重要事項の説明を十分に行い納得して頂いた上で契約を行っている。また、いつでも相談を受けれる体制となっており退居に関しても柔軟に対応できる体制である。</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>契約時に苦情相談窓口の説明をしている。契約書内に相談先を記載し、事業所に苦情が寄せられた場合にも専用用紙に記入後管理者が確認し職員に苦情内容を伝達するようになっている。</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>入居者の生活状況については毎月手紙で報告している。また居室担当者を決め生活全般に関わる事は担当者が家族に連絡をし、計画作成担当者に報告をしている。</p>		<p>遠方の家族も多いため、手紙だけではなく定期的な電話連絡も必要。</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>契約時に苦情相談窓口の説明をしている。契約書内に相談先を記載し、事業所に苦情が寄せられた場合にも専用用紙に記入後管理者が確認し職員に苦情内容を伝達するようになっている。</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>全体会議、リーダー会議、ユニット介護にて情報の収集を行っている。また、定期的に個人面談も行っている。</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>計画作成担当者が介護人員には入っておらず入居者・ご家族の要望や緊急時に対応できる体制になっている。</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>退職しても入居者には転勤したと伝えてある。新人職員ができるだけ入居者と馴染みの関係が早くできるよう個別行事行を初期研修に取り入れている。</p>		<p>職員移動や退職があった場合、入居者へどのように話しをするのがいいか教えてほしい。</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)
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	担当者を付け指導にあたっているが、検討の必要がある。		定期的な研修を計画し職員全員が参加できるようにする。また、職員それぞれの不足しているスキルを高められる取り組みを考えていきたい。
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	そよ風内で事業所間による研修は行なっているが他事業者との研修、交流をする機会は少ない。		地域包括支援センターや市の福祉課を巻き込み地域全体でGHのサービスの質を向上させていく取り組みをしていきたい。
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	他のセンターとの交流を取り問題の共有化・解決策を話しあっている。		
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	1日1度以上ユニットに行き、個人の介護能力を把握するようにしている。		職員一人々の長所、短所を個人面談を行い把握している。
<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	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	ご家族に入居予定者が同席している場合、ご家族の相談が中心になりがちだが、入居者本人の言葉で要望を聴くように心掛けている。		本人の話をまず聴くようにしている。GHの入居対象かは最後に決めるようにし、本人の訴えを十分に受容している。
24	初期に築く家族との信頼関係 相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	できるだけこちらから訪問し家族の負担が少ないようにしている。電話は随時相談を受けれる状況にあるが、話しの内容によっては訪問するようにしている。		介護負担による不安を抱えているケースが多いため、家族の話も十分に聴くようにしている。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	相談内容がグループホームに入居する以外の選択肢があった場合地域包括支援センターや馴染みのケアマネージャーに相談している。		関係機関のネットワークを広げあらゆるケースでも対応できるようにする。
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	施設概要は写真や見取り図をできるだけ使い分かりやすく説明している。入居前の見学は随時受け付けておりいつでも対応できるようにしている。		
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	入居者と一緒に色々な出来事に共感することで本人の気持ちわかる職員となって欲しい。		業務に追われることなくじっくり入居者と話しができるよう今後も心掛けていきたい。
28	本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	家族は入居が決まると疎遠になりがちだが、GHに入居しても家族の協力が必要であることを説明している。また、家族の相談も積極的に聞き介護に関する不安を解消できるようにしている。		家族の状況も入居者と同じように理解し話しあえる信頼された関係を築く。
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	今までの生活歴や入居者本人、家族の話を聞き取りする中で、入居者と家族の中に入り介護職での専門的な意見や時には心情的な話を聞くことができる。		
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	個別外出や行事等で対応している。		比較的外出する機会が多い。
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	様々な身体的、認知症の症状の入居者がいるため、職員が中に入り円滑に行なえるように支援している。		

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	入院によりGHを退去しても入院後の受け入れ先の相談や手続きを要望があればしている。		
<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 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	日常会話の中で本人のニーズを聞きだしできるだけその場、その日に対応できるようにしている。また、意思疎通が困難な入居者に対しては今までの生活暦や家族の要望も踏まえ行なっている。		
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	家族や入居者本人からの聞き取りを中心に行なっている。介護サービスの利用が過去にあった場合はその利用機関に連絡をし生活状況の聞き取りを行なっている。その内容は生活シートに記入し職員で共有できるようになっている。		
35	暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	朝、夕の申し送りを中心に入居者一人々の日々の変化は確認しているが、様子観察している内容をもっと充実させてたい。		「特変無し」でも何について変化が無かったのかがしっかり報告できるようにしたい。
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	居室担当、リーダー、計画作成担当者がモニタリング、アセスメント、プランニングに関わっている。家族からの情報収集量が少ないケースが多くある。		家族からの要望を聞く(聞き出せる)取り組みが必要。
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	入居者本人のニーズを中心に介護計画を作成している。計画作成者の主観的な計画にならないように心掛けている。また、計画内容についても身近な(簡単な)内容であっても本人の要望があればどんどん受け入れるようにしている。		介護計画の進行状況が計画作成担当者だけでなく、他職員にも十分に伝わるようにする。

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	個人介護記録・申し送りノート・業務日誌に記録しているが、日々の変化に気づきにくくなっている。		入居者にとって何気なく過ぎていく毎日であっても、ちょっとした身体的な変化やそぶりを職員がすぐに察知できるような体制と心構えでいるようにしたい。
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	1階のデイサービスの行事参加や交流を積極的に行なっている。		
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	必要性のある場所は支援関係はあるが、それ以外はあまりしていない。		支援関係をもつ機関を増やしていきたい。
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	他介護施設の空き情報等、定期的に聞きいている。		
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	実施していない。		今後一人々の入居者に対して長期アセスメントを作成する。
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	2週間に1回金曜日に主治医が回診にGHに来ている。また、家族、本人の要望で外部受診者もいるが受診後家族から受診状況を聞いて記録している。		医療情報は毎月の家族への手紙で報告している。



項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	入居者の身体的な変化や認知症症状の変化があった場合担当医師に相談している。		認知症に対しての職員の知識が不足している。今後の研修を増やしていきたい。
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	地域の看護職との係わり合いはないが、施設内で看護職員がいる為医療的な相談はしている。		
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	入院した場合計画作成担当者が1/w程度病院に訪問し、治療状況や退院予定について担当看護師と話し合いをしている。		
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	重度化した場合のGHでの対応については一定の基準があり、入居時に家族へ説明しているが対象者の身体的な状況、医療状況、本人、家族の希望を踏まえその都度検討している。		
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	家族、入居者の希望を踏まえできるだけ安楽に過ごす事ができるよう、また、介護職員で出来る対応の内容、職員の心構え、緊急時の対応、緊急時の受け入れ病院等事前に決めている。		ターミナルの入居者は2人対応した事があるが職員の知識不足が介護不安につながった。ターミナルケアについてユニット内で共通の認識を持つ必要がある。
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努めている	計画作成担当者が住み替え先の担当者に今までの生活状況や医療情報を説明している。また、馴染みの物等も受け入れ先に渡し対応してもらっている。		馴染みの物等も受け入れ先に渡し対応してもらっている。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<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	<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>各居室は施錠やトイレは施錠できるようになっており、個人記録も施錠でき外部者が容易に持ち出せない場所に保管してある。</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をしている</p>	<p>職員主導ではなく入居者主導で何事も行なっている。希望が聞きだせない入居者についても過去の生活暦等を踏まえ内容を決めている。</p>	<p>何でも本人に聞いてから取り組んでいる。</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>職員主導ではなく入居者主導で何事も行なっている。</p>	<p>何でも本人に聞いてから取り組んでいる。</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>化粧、マニキュア、お買い物等は随時対応できるようになっている。散髪も訪問理容、外出理容と選択できるようになっている。</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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	<p>調理自体は難しい場合でもできるだけ補助としてお願いしている。また味見をしてもらうことで味付けの傾向を把握している。</p>	<p>盛り付けは手伝う習慣ができています。</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、好みのお酒、飲み物、おやつ、たばこ等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>自分の居室におかしを持ち込んでいる入居者に関してはおやつ(間食)を少し制限しているが、カロリーを控えた手作りのおやつ作りをしたり工夫もしている。</p>	<p>糖尿病の治療をしている入居者が2名いるが、ある程度自分自身で制限を心掛けている。食事やおやつがあらさまに特別なメニューにならないように配慮している。</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)
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	定期的な声かけによって失禁回数を減らしている。リハビリパンツだった入居者が布パンツになった入居者もいる。		失禁が本人の自尊心に悪影響が及ばないよう出来るだけ時間で誘導し便器の中で排泄できるように心掛けている。
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	毎日聞きながら行なっている。希望者に対して応えることができない日がある。		入浴剤を入れたり、デイスービスの大きな浴槽で入浴したりしている。当日入浴できなかった人に関しては翌日必ず入浴出来る様にしている。
58	安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	就寝時間は設けず個別で対応している。夜間帯は2時間毎の巡視を行い、一人に対応できないことがあれば管理者へ電話連絡することになっている。		GHの周辺に住む職員に電話連絡がいくようになっている。また、事業所全体での連絡網も作成してある。
(3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援				
59	役割、楽しみごと、気晴らしの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	個々の役割を持って生活できるよう声掛けは行なっているが、特定の入居者の参加となてしまっている。		支援に偏りはあるが一人々に合わせて取り組んでいる。楽しみ・役割・気晴らしの観点から行なっている。
60	お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分でお金を小額管理している入居者もいるが殆どは無くなっては困るとの家族要望から、1階事務所で管理している。		入居時は本人の要望と財布を持つことでの安心感を配慮し、必要と判断すれば持ってもらうようにしている。
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	車でのドライブや周辺の散歩、買い物同行等を行なっている。また個別レクリエーションとして月間の計画に位置づけている。		要望があれば外出するようにしている。言葉に出さない入居者の支援も十分に配慮していきたい。
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	月間行事や個別行事として予定しているが、家族が参加できる内容のものがない。		家族が参加できる行事内容を検討し実施していく。

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)
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	居室に電話はないが事務所のコードレス電話で対応し居室内でいつでも会話することができる。手紙に関しても郵便局まで同行しポストに投函してもらっている。		
64	家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	居室やリビングで歓談または一緒に食事ができるようにしている。		居室内へのテーブルやイス、飲み物やおやつを提供している。
(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	拘束について資料を職員に配布しマニュアル化してある。職員間でも身体チェック等を行い防止に努めている。		現在の研修量では少ないので今後は増やしていきたい。
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	以前、玄関とエレベーターは暗号化されていたが今は解除し自由に出入りできるようになっている。		入居者の見守りは十分に行い一人で出掛けることのないように注意する。
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	日中、入居者が集まるリビングは必然的に見守る体制が出来ているが、奥の廊下や居室内が十分に把握できていない時がある。		利用者把握が主である日勤者はもちろんだが、それ以外のシフト職員も業務優先にならない様に意識付ける。
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	喫煙者や居室に仏壇をおいてろうそくを使う入居者はいない。台所もHI対応となっており火を使う機会は無い。調理時は包丁を持つことはあるが、職員と一緒にいかない見守りをしている。		台所に包丁を置きっぱなしにならないように注意をしている。
69	事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	転倒に関しては転倒しそうな入居者はもちろんだが、転倒歴の無い入居者にも十分注意する必要があることを職員全員が意識して欲しい。		危険を予測する方法や意識をユニットの共通認識として定着させたい。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
70	急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	掲示物やマニュアルは事務所にあるが、実際に応急手当等の研修を受けた事がある職員は少ない。		センターの内部研修として蘇生法等の研修を消防署に依頼し定期的に行なう。
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	防災については地域の住民との連携を図る必要がある。		町内会長や地域の消防団、地域を管轄する消防署と連携を図り防災について話し合う必要がある。特に夜間帯の対応については検討が必要。
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	入居時の説明で話しをしている。特に夜間帯の対応については介護職員が一人になっていまいことに関して理解してもらった上で契約をするようにしている。		
(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	毎日バイタルを確認し記録をしている。異常時には主治医や看護師に相談し早期の対応を心掛けている。		
74	服薬支援 職員は、一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	入居者毎の処方箋を確認し配薬ケースによって誤薬を防止している。		配薬ケースのダブルチェックと入居者へ配薬時に日付、名前、どの時期の薬かを復唱している。内服している薬の効果について把握できてないことがある。
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	便秘に関しての支援は不十分。薬に頼ってしまっている。		食事内容や運動量を等を工夫し薬に頼らないで自然排便できるようにしていく。
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	入居者全員が実施している。出来ない入居者に対しては職員が介助している。		

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	毎食記録している。食事量や水分量が少ない場合は促している。		
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)	マニュアル化しており実施している。インフルエンザの予防接種も全員受けている。		インフルエンザ、風邪予防、食中毒等、その時期に合わせて定期的に研修機会を設けていきたい。
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	調理道具は毎日殺菌している。調理従事者もその都度手を消毒し調理業務を行なっている。		衛生管理についてもより深く知識を高めていきたい。
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	外周に季節の草花等を植え親しみやすい環境づくりを心掛けている。		外から見て殺風景にならない様にしている。
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	その月の行事に合わせて毎月違った飾りつけをしている。		
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	リビングでは気の合った入居者同士が歓談したり畳のこあがりできつろいだりしている。独りになりたり場合は居室に入り自分の好きなことをしている。		廊下の奥にも椅子を置きリビングまで来なくても歓談できるスペースをつくっている。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	入居時に今まで使っていた馴染みの物を持ち込んでもらっている。入居した後も居室担当が中心に飾りつけをしている。		入居後もより住みやすい居室空間になるように入居者と話し合いながら「自分の部屋」をつくっていく。
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	時間を決め毎日定時に換気をしている。施設独特の施設臭が付かないように心掛けている。また風邪予防の観点からも加湿器を置き空気が乾燥しないようにしている。		
(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	ハード面では全てバリアフリーとなっている。廊下やトイレ等、必要と思われる場所には手すりが付いており安楽に移動できるようにになっている。		
86	わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	何でも職員が手伝ったり介助したりするのではなく、本人の有する体力や身体機能でできることはできるだけしてもらっている。また解除する場合でもさりげない介助を心掛けている。		職員の係わり合いが過度にならない様にしていく。
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	畑の草取り、花植え等の活動を一緒に行なっている。		

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。)

入居者の話をよく聴き受容し共に考え行動することを心掛けています。会話することでその方の生活歴や家族の話等、グループホームに入居する前のことも把握し今後の生活