

## 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                           | 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 | 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         |
| <b>合計</b>                    | <b>100</b> |

### 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 アルテンハイム鶴宮園グループホームうらら  
(ユニット名) 1号館

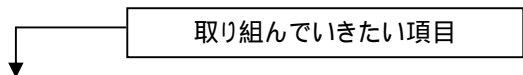
所在地  
(県・市町村名) 鹿児島県薩摩郡さつま町紫尾4088-1

記入者名  
(管理者) 小川 まゆみ(谷口・川内・三重・湯田・大園・中王子・西田)

記入日 平成 20 年 1 月 30 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 )



| 項目               |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印 ) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)   |
|------------------|---|--|-------|--|
| <b>・理念に基づく運営</b> |   |  |       |  |
| 1. 理念と共有         |   |  |       |  |
| 1                | 地域密着型サービスとしての理念<br>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       | 自宅・地域での生活により添えるよう、事業所の暮らしの目標として理念を掲げている。<br>* 明るい笑顔を大切にします。* 自分らしい生活を支えます。                   |       |  |
| 2                | 理念の共有と日々の取り組み<br>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                          | 理念を生活目標に掲げ暮らしの中で活かされるよう努力している。   |       | スタッフ会議・毎日の申し送り・うらら館内あちらこちらへの掲示。  |
| 3                | 家族や地域への理念の浸透<br>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 | 来園者には周知していただけるよう、玄関正面に理念を掲げている。ホームのパンフレットにも理念を掲げているが、地域の人々への積極的な浸透は図られていない。                  |       | 受け入れる機会を待つだけでなく、地域へ出かけていき事業所の理解を積極的に図りたい。(自治会・老人会・婦人団体・高齢者サロン・デイサービス・健康教室など)又、施設の広報誌やホーム便り等に掲示するようしたい。 |
| 2. 地域との支えあい      |   |  |       |  |
| 4                | 隣近所とのつきあい<br>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・屋外活動など地域の方々とふれ合う機会には、気軽に声をかけてくださる。買い物は地域のなじみの店で買い物をしている。又通勤時車内からではあるが毎日あいさつを交わしている。       |       |  |
| 5                | 地域とのつきあい<br>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    | 子ども会・婦人団体・高齢者サロン利用者の方々にとって機会を設け施設を通じて交流している。地域から職員の入職によりボランティア受け入れ、夏祭りなどの行事への自由参加が多くなって来ている。 |       |  |

| 項 目                   |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印 ) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                |
|-----------------------|--|--|-------|---|
| 6                     | 事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | 近隣の高齢者サロンのボランティアの方々の訪問を受け入れ、活動を通じて「生き甲斐づくり」の支援をおこなっている。又実習生の受け入れ・行事などに参加いただき地域の皆様の楽しみに貢献している。                |       | 楽しみ事は変わらず提供していき、認知症状への理解や接し方などについて学ぶ機会を作っていきたい。 |
| 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<br>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                           | 自己評価を行うことで改めて事業所のあり方を振り返るきっかけとなり、認識を深めている、また、指摘事項はスタッフが共有して改善できるように努力している。<br>スタッフ全員による自己評価を実施している。          |       |   |
| 8                     | 運営推進会議を活かした取り組み<br>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           | 運営推進委員により、事業所への理解を頂き、利用者の暮らしぶりを身近に感じて頂ける手立てにもなっている。ご意見の中には考えさせられる発言もあり参考にして向上に活かしている。外部から見た事業所の状況を感じることができる。 |       |   |
| 9                     | 市町村との連携<br>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                            | 相談連絡は気兼ねなく出きる状況にありサービスの向上に努めている。   |       |   |
| 10                    | 権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 管理者は研修会に参加し法人の勉強会で報告する事で、職員全員で学んでいる。   |       |   |
| 11                    | 虐待の防止の徹底<br>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            | 研修会に参加した職員の報告会で認識を深めよく理解している。自宅内での虐待については把握できていない。   |       |   |

| 項 目             |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                      |
|-----------------|--|--|------|---|
| 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>                                 | 不安や疑問点などは、契約の際責任者より、充分説明が行われており同意してもらっている。   |      | 内容についてはどの職員でも説明できるようにしておきたい。                          |
| 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>                                | 面会者の受け入れや外出、外泊は自由であり入居者様の意見や苦情の制約は一切ない。逆に、職員へ言いにくい事が在るような事が察しられる時は、職員から家族に協力してもらい情報を得ることも在る。       |      |   |
| 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>                              | 面会時や家族面談時を利用して行っている。健康状態が急変された場合はご家族様と連絡を密にして情報を提供している。金銭管理は個人台帳を作成しお小遣い入金時などを利用して確認してもらい押印を頂いている。 |      | 面会時などを利用してケース記録もどンドン読んで貰うように働きかけていきたい。                |
| 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>                                | 苦情箱の設置を行いポスターを貼っている。また、家族面談にて意見や苦情を引き出すようにしている。  |      | 家族へ無記名でのアンケートを実施しサービスにつなげているがアンケートの回数を増やし、意見の収集に努めたい。 |
| 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>  | 毎日の朝礼や毎月1回のスタッフ会議、や職員会議で職員の意見を聞き入れて意思の統一を図っている。また管理者はスタッフ会議等で出された意見を責任者会議で検討してもらう機会が在る。            |      | 12号館合同の朝礼、スタッフ会議、責任者会議、職員会議の実施。                       |
| 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>                      | 公私の予定が分かっている分については調整を行っているが、職員の急病や急用の場合の調整は難しい。  |      |   |
| 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> | 職員の一身上の都合による離職以外での職員の移動は最小限度に配慮されており、なじみの関係が築けている。法人間移動もなじみの在る職員が携わっている。                           |      |   |

鹿児島県 グループホームうらら

| 項 目                       |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)                                     | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)       |
|---------------------------|--|---|------|--|
| 19                        | 職員を育てる取り組み<br>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくを進めている             | 法人内の月1回の園内勉強会の実施を行っている。また、法人外の講習会の情報を随時提供し参加の確保を進め育成に努めている。         |      |  |
| 20                        | 同業者との交流を通じた向上<br>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 鹿児島県GH連絡協議会やいずみ川薩地区視部会の設立や運営に参加する機会に理解を持ち同業者との交流に取り組んでいる。           |      |  |
| 21                        | 職員のストレス軽減に向けた取り組み<br>運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる                                    | 職員一人ひとりと面談する時間を設けて職員の思いや働いている状況について協議するよう努めている。                     |      | 職員の休憩時間の確保が出来ておらず、気持ちをリセットする環境ができていない。 |
| 22                        | 向上心を持って働き続けるための取り組み<br>運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている                        | 1週間に1回以上ホームを訪問してケース記録等から職員の取り組みを理解した上で一緒に過ごして職員の状況把握に努めつながりに配慮している。 |      |  |
| <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<br>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている             | ホームに遊びに来てもらうように進めている。また自宅訪問を行い話をし、なじみの関係づくりに努めている。                  |      |  |
| 24                        | 初期に築く家族との信頼関係<br>相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている                  | ホーム見学時や入所申し込み時にご家族から話しやすい雰囲気づくりに努めている。                              |      |  |

| 項 目                       |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                             |
|---------------------------|---|--|------|--|
| 25                        | 初期対応の見極めと支援<br>相談を受けた時に、本人と家族が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                               | 相談時には必要としている事柄に対して十分にケース会議で検討しプランに反映させるように努めている。   |      |  |
| 26                        | 馴染みながらのサービス利用<br>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している | 入所前には入居者様と一緒にホームを見学してもらい雰囲気分かってもらうように支援している。又、サービス開始には必ず、自宅訪問や事前調査を行っている。その情報は職員と共有している。面会や外出や外泊も気軽に応じている。                               |      |  |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援 |   |  |      |  |
| 27                        | 本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている                       | 四季ごとの習わしや食事の準備、昔話などの話から、一緒に時間を共有する事で職員が人生の先輩としての言葉から学ぶ事が多く在ることに気づけている。   |      | 職員がゆっくりした気持ちで入居者様の傍で寄り添うことの大切さを職員一人ひとりが意識できるようにこれからも努めて行きたい。 |
| 28                        | 本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている                                 | 面会時や家族面談時を利用して相談を受けたり現状を全職員が提供し共有するようにしている。家族からの、情報は全職員が共有できるようにしている。また、特変時やリスク発生時などもすぐに情報を提供している。運動会は家族参加で行っている。                        |      | もっと家族と一緒に参加してもらえる様な機会を作って行きたい。                               |
| 29                        | 本人と家族のよりよい関係に向けた支援<br>これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している                                     | 事前調査や家族面談や面会時などに介護に対する家族の思いを情報としてもち、職員が間に入る事で余裕ができていい関係が出来たと思ってもらえるように支援している。帰宅や外泊等は双方で話し合い無理強いしないようにしている。                               |      |  |
| 30                        | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                                       | 家族の写真や大切な人の写真を自室に張っていつでも思い出せるよう支援している。また、近所の方が併設施設のデイサービスにこられる時は面会に行く事も在る。近所のスーパーに買い出しに行く時は体調を見て一緒に行くように支援している。                          |      |  |
| 31                        | 利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている                                      | 一人で自室にいるよりはフロアで一緒にいる事が多い。ゲームやテレビなど共に参加したり見たりされている。その為言い合いになる事もあり、その時は職員が間に入ったり食事の場所を変えたりしている。一人ひとりの相性的なものを職員が把握しておりできるだけ傍に置かないように支援している。 |      |  |

| 項 目                               |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ( 印 ) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)            |
|-----------------------------------|--|---|-------|---|
| 32                                | 関係を断ち切らない取り組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている                      | 年賀状やうらら便りの発送など行いいつでも又遊びに立ち寄ってもらうようにしている。頻回ではないが遊びに立ち寄ってくださる方もいる。  |       |   |
| <b>. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |  |   |       |   |
| 1. 一人ひとりの把握                       |  |   |       |   |
| 33                                | 思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している  | 暮らしについての要望など会話や態度から汲み取るようにしているが発せられる言葉を理解できない場合がある。   |       | 傾聴し同じ目線に立ち返る勤めをしっかりと行う。                     |
| 34                                | これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                    | ご本人やご家族、知人の方からの情報や生活の中や会話の中で拾い集めた情報を気づきシートに落とし込み職員の情報の共有としている。気づきシートの作成。  |       |   |
| 35                                | 暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている  | 出きる事はしてもらう。すぐに手を出さず見守るように努めている。   |       | 職員のできる事できない事を見極める力の差があり今後指導を行う事でレベルUPを図りたい。 |
| 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<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映した介護計画を作成している     | お1人事に要望を聞く様に努めており言葉として言えない方については日々の生活の中から汲み取り3ヶ月～6ヶ月毎に職員とケア会議を持ちその方の思いや暮らし、リスクについて話し合い家族面談で情報を求め、共有しプラン作成を行っている。担当ケアマネ、担当職員とご家族様(ご本人が参加可能者もいる)で家族面談(担当者会議)を行っている。 |       |   |
| 37                                | 現状に即した介護計画の見直し<br>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している | 突発的な変更が生じた場合にも職員とケア会議を持ち家族面談を行った後プラン作成を行っている。   |       |   |

| 項 目                         |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)   |
|-----------------------------|---|--|------|------------------------------------|
| 38                          | 個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている    | 毎日の記録はケース記録に落とし込み重要な内容についてはアンダーラインを引き職員の共通情報としている。又、気づきシートを作成し家族やご本人からの情報を集約して全職員の財産としている。ヒヤリハット情報やリスク報告書もこまめに記入しスタッフの共通意識とし、プランに反映している。気づきシート、ケア会議、スタッフ会議、リスク報告書、ヒヤリハット情報、スタッフ連絡帳を活用している。 |      |                                    |
| 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<br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている              | 通院や薬取り、外出外泊の希望に沿った支援を行っている。外泊時はお互いの情報交換も密に行っている。   |      |                                    |
| 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<br>本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している             | 防災訓練への協力や不審者対応などの刺又の紹介などしてもらっている。地域のボランティアの受け入れや生き生きサロン、や老人会などの交流会、地域の子ども会との交流会など行っている。地域の職員が多く入職しており地域の行事の参加が多くなっている。   |      |                                    |
| 41                          | 他のサービスの活用支援<br>本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている  | 地域のビューティーヘルパーの利用や生き生きサロンへの参加を行っている。  |      |                                    |
| 42                          | 地域包括支援センターとの協働<br>本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している | 権利擁護の利用者はいる。GH入居者の希望についての問い合わせと認知症の方の支援についての相談は在るが現在凝議には至っていない。  |      | 次年次の地域運営会議のメンバーに加わって貰えるように進めていきたい。 |
| 43                          | かかりつけ医の受診支援<br>本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | かかりつけの医療機関は継続している。夜間についてはホームドクターを利用している。病院受診についてはスタッフが支援する事が多いが場合によってはご家族の同行も在る。受診の結果は必ずご家族にも連絡を入れている。主治医による3ヶ月毎の定期受診と協力医療機関(林田内科)による1年に1回のレントゲン検査心電図と2回の採血検査等の健康診断を実施している。                |      |                                    |



鹿児島県 グループホームうらら

| 項 目 |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)   |
|-----|--|---|------|------------------------------------|
| 44  | 認知症の専門医等の受診支援<br>専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している  | 主治医と相談協議しながら必要な場合には専門医療(宮之城病院)の診察を行い助言を受けている。   |      |                                    |
| 45  | 看護職との協働<br>利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている   | ホームドクターで在る林田内科の看護師や併設施設の看護師の協力が在る。  |      | 医療的な知識不足はまだあり、GHにも看護師のスタッフの必要性が在る。 |
| 46  | 早期退院に向けた医療機関との協働<br>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している                      | 病院関係者との情報交換は密に行っており、入院時は面会を多く行うようにしている。また、入院時はご本人の安定の為に大切な持ち物(本やバックなど)も持参している。  |      |                                    |
| 47  | 重度化や終末期に向けた方針の共有<br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している                                   | 家族面談等で話し合い主治医や協力医療機関の協力体制があり情報交換にも努めている。全員の意思の統一が在る。  |      |                                    |
| 48  | 重度化や終末期に向けたチームでの支援<br>重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている | 現在はご本人やご家族の思いを大切にしながら主治医の協力を貰いながら往診や夜間時の協力医療機関の医師とホットラインを設けてケアを行っている。医療的なケアが日常的に必要なようになって来るような場合やGHでの生活が営んで行く事が困難に成るような時はあらかじめ家族面談等で特養などの申し込みを支援している。 |      | 看護師スタッフがいない為医療的なケアが日常的に成ると難しい。     |
| 49  | 住み替え時の協働によるダメージの防止<br>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている                      | GH入居にあたっては事前に訪問し情報を得ている。得た情報はスタッフにも共有している。他への移管時もサマリやケアプラン等本人や家族の許可を得て提供している。   |      |                                    |

| 項目                            | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印)  | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                                      |
|-------------------------------|--|---|---|
| <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>周りに配慮した言葉づかいを意識している。特に排泄介助時や排泄の誘導時などは言葉の大きさの配慮に努めている。ケース記録等の取り扱いや電話などの問い合わせにも個人情報保護に全スタッフで意識して取り組んでいる。</p>                 | <p>言葉による配慮は無意識になりやすい為朝礼やスタッフ会議で意識付けに勤める。</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>職員からの質問はご本人が分かる言葉で聞くようにしていて意思の確認は行い否定はしないように努めている。自主的な行動についてはまずはすぐに聞かずにまずは様子を見るようにしている。</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>できるだけ一人ひとりのペースを大切にしたいが、突発的な出来事が起こった場合や業務が立て込んだ時はスタッフ優先に決めてしまう事がある。しかし外出等は本人の意思確認は行っている。</p>                                | <p>スタッフ会議等でできるだけ業務の見直しやスタッフの意識確認を皆で行ってはいるが個々人の意識の差があり今後意識統一を図りたい。</p> |
|                               |  |   |   |
| 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>一人でできる人は自分にあつた身支度をしてもらっている。スタッフが手伝う場合でも着たい服と一緒に選び着てもらっている。理美容についてはなじみの美容院がない人が多くビューティーヘルパーを利用している。敬老会や外出時などお化粧を支援している。</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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている</p>           | <p>調理はほとんどスタッフが行っている状態では在るが、野菜を切ったり、皿に付き分けたり、お茶入れや、ヨーグルトの取り分け、お箸配りお茶碗洗い、下膳等は能力に応じてしてもらっている。一人ひとりの能力に応じきる事はして貰うように支援している。</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>喫煙については希望があれば場所を決めてタバコライターは預かって保管し希望時にスタッフが見守っている時に支援していた。ご本人の希望で寝る前の梅酒や焼酎、養命酒など飲んでもらっている。現在喫煙者はいない。</p>                   |   |

鹿児島県 グループホームうらら

| 項 目                           |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)  |
|-------------------------------|---|---|------|---|
| 56                            | 気持よい排泄の支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している         | 排泄チェック表に記入し常に把握し、尿意の難しい方は時間を見て個別に支援している。また、必要に応じて尿測を行い、その方に合った尿取りパットを選び夜間の安眠や失禁の心配を感じないように支援している。<br>定期、または随時的にユニチャーム様のパット講習会を開催し、パットの見直しや、スタッフの意識向上に努めている。 |      |   |
| 57                            | 入浴を楽しむことができる支援<br>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している    | 2日に1回は入ってもらう様に支援している。希望によっては必要に応じている。入浴は午後から行いゆっくり楽しんで入ってもらうように努め個浴を行っている。  |      |   |
| 58                            | 安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している                     | 夜間の睡眠の状態に応じながら居室や和室で支援している。昼夜逆転の可能性が在る方については主治医と相談しながら、できるだけ寝てほしいからできるだけソファで過ごしてもらう場合も在る。   |      |   |
| (3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援 |   |   |      |   |
| 59                            | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている  | お花の水替えやお茶碗洗い、菜園の草取りや収穫、掃除の手伝い、洗濯など一人ひとりの生活歴や能力に応じて参加してもらっている。<br>生活歴などのきずきシートの作成を行い日常生活に活用している。   |      |   |
| 60                            | お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | それぞれの希望や能力に応じて買い物支援を行っている。また病院受診の時には自分でお金を払ってもらう事も在るが、ほとんどの方はスタッフに払ってほしいと思っておられる事が多い。   |      | 物を買うにはお金が必要で在る事は理解されているが機会少ない為今後増やして行きたい。   |
| 61                            | 日常的な外出支援<br>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                    | 散歩やドライブ、足湯、お弁当を持って近くの公園には多く行っている。   |      |   |
| 62                            | 普段行けない場所への外出支援<br>一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している | 季節の花見や外食に出かけている。  |      | ホームとして家族と一緒に外出する事はない。入居者様とご家族での外出はありご本人様も希望に添えるよう支援している。家族によっては難しい場合も在る。時間を掛けて支援に結びつけて行きたい。 |

鹿児島県 グループホームうらら

| 項 目            |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|----------------|--|---|------|----------------------------------|
| 63             | 電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                  | 年賀状や手紙については職員と一緒に書いている。電話についても要望に応じて行っている。ご本人自らが難しい場合には職員が気持ちを汲み取り代筆している。   |      |                                  |
| 64             | 家族や馴染みの人の訪問支援<br>家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している                   | 面会者については入居者様の家で在る事を職員が十分認識し、暖かく出迎えるつらいでもらえるよう支援している。お茶などを準備し一緒に楽しんでもらっている。帰られる時は玄関まで一緒にお見送りしている。                  |      |                                  |
| (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<br>運営者及び全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束委員会を設置しており身体拘束の意義を全スタッフが意識しており身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。言葉による拘束もスタッフ会議等で話し合っており意識している。                              |      |                                  |
| 66             | 鍵をかけないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる                  | 居室や玄関には鍵は掛けず自由に入出入りできている。職員の人数が確保できない時間帯や入居者様の状態に応じて玄関にチャイムを入れ出入りの確認ができる様にはしている。ホーム外への外出は止めたりせず、必ず職員が付き添うようにしている。 |      |                                  |
| 67             | 利用者の安全確認<br>職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している                           | スタッフ間で声掛けを行い入居者様の位置確認を怠らないように気を配っている。時に転倒のリスクの高い入居者様については出きるだけ目を離さないように職員同士でタッグを組んでいる。                            |      | 居室や死角などの気配りの配慮。                  |
| 68             | 注意の必要な物品の保管・管理<br>注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている                     | はさみ等については事前に把握しておき、危険が及びそうな時は本人や家族とよく協議した上で預かり、必要な時にスタッフと一緒に使用している。   |      | 異食行為が在る入居者様の環境は特に注意する。           |
| 69             | 事故防止のための取り組み<br>転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる                  | リスク報告書やヒヤリハット情報で全スタッフが情報や入居者様の行動の特徴を共有している。職員の声掛けや随時に人数確認を行っている。行方不明者についてはすぐに情報が配布できるように写真等は一箇所に準備している。           |      |                                  |

鹿児島県 グループホームうらら

| 項 目                        |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)             |
|----------------------------|---|--|------|--|
| 70                         | 急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている                 | マニュアルや応急処置の訓練を行っているが全職員のレベルの差がある。一人での対応に不安がある。   |      | 応急処置の講習会への積極的な参加。職員のレベルUPの取り組み。個別指導の徹底を図りたい。 |
| 71                         | 災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている   | 定期的な避難訓練の実施。毎日夜勤者同士で避難経路、誘導、通報などを確認し常に意識付けを行っている。また、地域運営会議等で避難訓練に参加してもらい地域の方の協力を働きかけている。   |      | 一人ひとりの職員が確実に通報、誘導ができる様に意識と行動の徹底。             |
| 72                         | リスク対応に関する家族等との話し合い<br>一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている | 担当ケアマネと担当職員と家族とで3ヶ月～6ヶ月毎に家族面談を必ず行いリスクの説明と対策を話し合っている。また、転倒などの事故発生時には必ず家族に報告しリスク報告書を作成し、情報の共有化を図りケース会議等で対策を話し合っている。  |      |  |
| (5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援 |   |  |      |  |
| 73                         | 体調変化の早期発見と対応<br>一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている           | 1日2回のバイタルを行いバイタルチェック表に記入し管理している。朝礼時や夜勤者引継ぎ時には徹底して申し送りを行っている。特変時は管理者不在時でも職員自ら主治医と連絡を取り受診につないでいる。主治医による3ヶ月毎の定期受診と協力医療機関(林田内科)による1年に1回のレントゲン検査心電図と2回の採血検査等の健康診断を実施している。 |      |  |
| 74                         | 服薬支援<br>職員は、一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている       | 薬剤情報は個別ケース記録に綴じこんでありいつでも情報を再確認できるようにしている。随時変更の在る時は連絡帳で全職員が情報を共有できるようにしている。服薬確認は飲み込むまで見守っている。薬剤が変更になった時や追加の薬剤が在る時は特に注意して観察し異常が在る時は主治医とすぐに連絡が取れるようにしている。               |      |  |
| 75                         | 便秘の予防と対応<br>職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる         | 毎日の体操は行っている。水分摂取のチェックや毎日の牛乳やヨーグルトの他に食物繊維の入った食材を出来るだけ使用した献立に努めている。排泄チェック表に毎日チェックし排便がそれでも、数日ない時はその方にあった薬を主治医と相談の上使用している。   |      |  |
| 76                         | 口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、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                    | 毎食後すべての入居者様のレベルに応じてワンツーマンで口腔ケアを行い口腔内の確認を行っている。また1週間に一回の義歯洗浄剤を使用し清潔保持に努めている。  |      | まずは一人でやってもらって出せる事の大切さを本人様とスタッフ共有する。          |

鹿児島県 グループホームうらら

| 項 目                     |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                                   |
|-------------------------|--|--|------|--|
| 77                      | 栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている                                   | 食事摂取量、水分チェックに置いてはチェック表が個別にあり対応している。  |      | 栄養バランスについては出来るだけ野菜を中心に考え麦ご飯の導入など行っているが、定期的な専門家の意見が貰えるように取り組んでいきたい。 |
| 78                      | 感染症予防<br>感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)   | マニュアルが作成してあり全職員が共有できるようにしてある。スタッフと来訪者には常にマスクと手袋や手指消毒等が玄関横やリビングに置いてある。また玄関には来訪者向け注意を促す掛け軸を設けてある。年間を通じ毎日の掃除には次亜塩素液で消毒を徹底している。                      |      | 予防にはマニュアル道理の共有は出来ているが有事に於ける職員の知識レベルの徹底。衛生管理の徹底。                    |
| 79                      | 食材の管理<br>食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている  | 食器乾燥機は業務用を導入し、85度で殺菌処理している。布巾や食台や椅子は次亜塩素系のハイターで殺菌している。食材の管理は担当者を決め賞味期限に留意し新しい食材に気を配っている。   |      | 備蓄できる食材の管理の徹底。賞味期限間じかの食材申し送りの徹底。                                   |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり |  |  |      |  |
| (1) 居心地のよい環境づくり         |  |  |      |  |
| 80                      | 安心して出入りできる玄関まわりの工夫<br>利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている                              | 玄関前には菜園があり近隣の方との語らいの場にもなっている。玄関まではスロープに成っており、車椅子やシルバーカーでも安心して利用している。また季節の花などプランターに植えて家庭的な雰囲気を作っている。  |      |  |
| 81                      | 居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 中庭には植木が植えてありウッドデッキもある。廊下は回廊式で出窓を利用して季節事の花を生けてあり、着物やぬいぐるみや季節事の置物などで家庭的な雰囲気を作っている。共有空間は一人ひとりの趣味趣向が異なる為ソファの位置や入居者様同士の間人間関係をも含めた情報収集(きずきシート)を作成している。 |      |  |
| 82                      | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中には、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                              | ホールにはソファや個別の椅子がある。また和室が同じフロアに設けてあり、良き語らいの場がある。また玄関脇にも椅子が置いてある。   |      |  |

鹿児島県 グループホームうらら

| 項 目                    |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)   |
|------------------------|--|--|------|--|
| 83                     | 居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 事前調査時や入居時の説明等で使い慣れた筆筒や寝具茶碗などの他、一番大切な物は必ず持ち込んでもらって使っている。本人や家族の意向を大切にしている。   |      |  |
| 84                     | 換気・空調の配慮<br>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         | その日の気候や気温に応じて換気や湿度調整を職員全員で意識して行っている。   |      | 湿度計をリビングに置いて管理しているが1台では加湿が追いつけない時があり、湿したタオルやバケツなどで対応しているが限界もあり追加の加湿器の検討を行っている。 |
| (2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり |  |  |      |  |
| 85                     | 身体機能を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                 | 手すりやバリアフリーはもちろん車椅子やシルバーカーを使っても十分な広さがある。椅子の高さがあわない方はクッションや肘掛椅子の導入を行っている。ソファが移動式な為入居者様の移動に合わせ組み合わせられる。   |      |  |
| 86                     | わかる力を活かした環境づくり<br>一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している                           | トイレの入り口には「便所」「しょ便つぼ」等入居者様の言葉で書いてある。また部屋が分かりづらくなった方は居室までの誘導も個別に道しるべを書いて張っている。居室の表札は出来るだけ自分で書いてもらい、一人ひとりの目の高さに掲げているなど個々に応じた対応を行っている。視力の問題や認識の度合いに応じて行っている。 |      |  |
| 87                     | 建物の外周りや空間の活用<br>建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている                                   | 建物の周りには散歩が出来るように設備があり、広い庭やベランダがある。天気や気候のいい日には日常的に、散歩や日向ぼっこを行っている。また、菜園もあり季節事の野菜と一緒に作っている。運動会などの行事も裏庭を利用している。   |      | 裏庭に行くには狭い通路や階段もあり、入居者様が自由に散策するには危険性もある。スロープに変更するように改善計画を行っている。                 |

| . 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                      | 1                     | ほぼ全ての利用者の   |
|                 |  | 7                     | 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                         | 1                     | 毎日ある        |
|                 |  | 5                     | 数日に1回程度ある   |
|                 |  | 2                     | 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                            | 2                     | ほぼ全ての利用者が   |
|                 |  | 4                     | 利用者の2/3くらいが |
|                 |  | 2                     | 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                 | 3                     | ほぼ全ての利用者が   |
|                 |  | 5                     | 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   |
|                 |  | 1                     | 利用者の2/3くらいが |
|                 |  | 2                     | 利用者の1/3くらいが |
|                 |  | 5                     | 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                     | 6                     | ほぼ全ての利用者が   |
|                 |  | 2                     | 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            | 3                     | ほぼ全ての利用者が   |
|                 |  | 5                     | 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 | 4                     | ほぼ全ての家族と    |
|                 |  | 4                     | 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  |



鹿児島県 グループホームうらら

| 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    |
|     |   | 2                     | 数日に1回程度     |
|     |   | 6                     | 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    |
|     |   | 6                     | 少しずつ増えている   |
|     |   | 2                     | あまり増えていない   |
|     |   |                       | 全くいない       |
| 98  | 職員は、生き活きと働けている  | 3                     | ほぼ全ての職員が    |
|     |   | 3                     | 職員の2/3くらいが  |
|     |   | 1                     | 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                           | 1                     | ほぼ全ての利用者が   |
|     |   | 7                     | 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                       | 4                     | ほぼ全ての家族等が   |
|     |   | 4                     | 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。)

職員のチームワークの良さ・協力する姿勢は強い。困難事例に対する解決策を他人事とせず助言を聞き入れ職員全員で取り組める。家族と情報の共有が出来ており信頼関係が出来ている。