

# 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 |
|--------------------------------|-----|
| 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(No.1からNo.87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(No.88からNo.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            | 浜松市 永島 グループホーム耀 |
| (ユニット名)         | 2F              |
| 所在地<br>(県・市町村名) | 浜松市             |
| 記入者名<br>(管理者)   | 河本 芳江           |
| 記入日             | 平成 20 年 4 月 1 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<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>I. 理念に基づく運営</b> |   |      |   |
| 1. 理念と共有           |   |      |   |
| 1                  | <p>○地域密着型サービスとしての理念</p> <p>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</p>       |      |   |
| 2                  | <p>○理念の共有と日々の取り組み</p> <p>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</p>                          | ○    | 年度末には目標の評価をし、次年度、さらに向上できるように取り組んでいきたい。数値に表せない評価もあるし、結果だけでなく、取り組みの経過を重視していきたい。 |
| 3                  | <p>○家族や地域への理念の浸透</p> <p>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</p> | ○    | 運営推進会議に地域の方の参加を増やし、地域におけるグループホームの果たすべき役割や、認知症の正しい知識の普及に努めたい。                  |
| 2. 地域との支えあい        |   |      |   |
| 4                  | <p>○隣近所とのつきあい</p> <p>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</p>  |      |   |
| 5                  | <p>○地域とのつきあい</p> <p>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</p>    |      |   |

| 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                  | ホーム利用者の対応に追われ、地域の高齢者の暮らしにまで取り組めていないのが現状。高齢者の介護についての相談を受ければ対応はしているが、積極的な取り組みはできていない。                     | ○    | 地域住民との交流を活発にして、地域のニーズに対応できる事業所となるように努力したい。                     |
| 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                           | 小規模ホームのデメリットとして閉鎖的であり、日々のケアがマンネリ化しやすい傾向にある。項目の一つ一つに対し、自己を振り返る機会と捉え、第三者の方の評価を受け、改善していくことは必要であると感じ実践している。 | ○    | 今後も自己評価をしていくことは勿論、外部からの評価も前向きに捉え、改善し、よりよいホームを築いていきたい。          |
| 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           | これまでに8回実施しており、参加者の交流の場になっている。そこで出された意見をサービスの質の向上に活かしている。今後地域住民の参加を増やして地域の意見や要望を汲み取っていききたい。              | ○    | 評価の取り組みや、評価後の改善への取り組みを運営推進会議でモニターしていただき、さらにサービスの質の向上へ努力していきたい。 |
| 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                            | 常に相談に乗って頂いており、日常的に指導を受け、サービスの質の向上に取り組んでいる。  |      |  |
| 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 | かつて成年後見制度を利用されている方がいたので、制度について学ぶ機会になってはいたが、勉強会を行なうことはできなかった。外部の研修会で学んでいるスタッフもいるが、ホームとして取り組みの必要性を感じている。  |      |  |
| 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            | 身体的虐待だけでなく、言葉による虐待や心理的虐待なども見過ごされないように常に職員間で話し合いを持っている。  |      |  |

| 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) |
|-----------------|--|---|------|----------------------------------|
| 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<br>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                                 | 事業所からの一方的な説明だけでなく、利用者や家族からの不安・疑問・意見など傾聴。必要なことを説明して、安心して利用して頂けるよう努力している                            |      |                                  |
| 13              | ○運営に関する利用者意見の反映<br>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                                | 日常生活の会話からの聞き取りや、市の相談員派遣事業を活用して利用者が意見を自由に言える機会を設けており、出た意見を反映している。                                  |      |                                  |
| 14              | ○家族等への報告<br>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                              | 毎月のホーム発行のお便りで連絡したり、家族面会時やケアプラン説明時には必ず、また、必要に応じて電話連絡などで報告している。預かり金については、毎月、明細と領収書を郵送している。          |      |                                  |
| 15              | ○運営に関する家族等意見の反映<br>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・苦情などは管理者や職員に出来るだけ直接話して頂けるように、常日頃から信頼関係を築く努力をしている。また、苦情処理機関を明示している。出された意見は謙虚に受け止め、運営に反映している。 |      |                                  |
| 16              | ○運営に関する職員意見の反映<br>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  | 月1回の全体会やユニット会議の場や、必要時は随時機会を設けている。また、日頃から職員の気持ちを察知できるように些細な言動にも注意を払っている。出された意見は反映するように努力している       |      |                                  |
| 17              | ○柔軟な対応に向けた勤務調整<br>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                      | 限りある人員の中で難しい面もあるが、必要最低限の勤務調整はしている。そのため、超過勤務を強いてしまうこともある。  |      |                                  |
| 18              | ○職員の異動等による影響への配慮<br>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 | 体調不良による退職者がいたが、新採用の職員を含め、ユニットの職員は原則固定し、馴染みの関係が築けるように配慮している。                                       |      |                                  |

| 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>5. 人材の育成と支援</b>               |   |  |      |                                  |
| 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ことを進めている           | 認知症ケアは専門的知識と技術・また人としての感性が必要であるが、外部への研修には参加しにくいいため、専門雑誌や書籍を紹介したり、ホーム内で学習する機会を作っている。外部の研修会に参加した場合は、全体会の中で伝達講習をして、全職員が共有できるようにしている。 |      |                                  |
| 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 | 県と全国のグループホーム協会に加入しており、可能な限り研修会へ参加している。また、見学者や実習生の受け入れなどを通して、お互いに学ぶ機会を作り、サービスの質の向上に努めている。   |      |                                  |
| 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                                    | 日常的に各職員の心身の状態や、職員同士の人間関係を把握することに努め、ストレスを早めに軽減できるように環境の調整などしている。  |      |                                  |
| 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                        | 結果だけではなく経過を重視し、些細なことでも努力したことに対して評価している。また、資格取得のためには出来る限りの援助をし、向上心を持って働けるように努力している。   |      |                                  |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>     |   |  |      |                                  |
| <b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b> |   |  |      |                                  |
| 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             | 初対面の印象が大切であると考え、本人から話されることには真摯に耳を傾け、職員が利用者に受け入れられるような関係作りに努力している。  |      |                                  |
| 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                  | 電話・訪問問わず、初回での信頼関係が大切と考えている。在宅ケアに対する悩み事・利用に対する不安など聞く機会を作り、受け止める努力をしている。   |      |                                  |

| 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)                    |
|---------------------------|--|--|------|---|
| 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                               | まず在宅ケアの大変さの聞き手になり、今、必要としているサービスは何かを見極め、同じ法人内のサービス事業所に相談したり、他のサービス利用を紹介したりしている。話を聞いてもらうだけでストレスが軽減できる家族には、いつでも訪問して頂けるよう門戸を開いている。 |      |   |
| 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 | 利用が決まった時には、管理者と、利用したら担当となる職員がその時に生活しているところへ出向いて面談している。利用者・家族が希望される時はいつでも見学をして頂いている。また、入居日には、管理者は勿論、担当職員ができるだけ出迎えるようにしている。      |      |   |
| 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<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                       | 利用者が長い人生の中で行ってきたことや、人生の先輩から学ぶ姿勢を職員は持っている。一緒に生活している家族として喜怒哀楽を共にし、支え合う関係を築く努力をしている。  |      |   |
| 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                                 | 長年一緒に生活されて来た家族には教えて頂くことがたくさんあり、本人を真ん中に据えて、生活の場はホームであっても家族と一緒に生活支援をしている関係を築く努力をしている。  |      |   |
| 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                                     | これまで介護されてきた家族の苦勞を受け止め、尊重し、本人と家族が笑って会えるように、楽しいエピソードなどを家族へ報告している。  |      |   |
| 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                                       | 話の中で名前・地名が出た時には、どんな関係なのかを家族に聞くようにしている。これまでの生活で培われたものが、失われないように努力している。  |      |   |
| 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                                      | 認知機能の面で利用者同士のコミュニケーションが難しい部分もあるが、少しでもスムーズに話ができるように見守ったり、橋渡しをするようにしている。また、お互いの言動が不快に感じないように心を砕いている。                             | ○    | 現在も行なっていることではあるが、さらにより心地良い関係が築けるように、職員のスキルアップを図りたい。 |

| 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)   |
|------------------------------------|---|--|------|--|
| 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                      | 契約が終了しても、利用中に培った関係性を大切にし、必要に応じて本人・家族への訪問を継続したり、家族の訪問を受けている。  |      |  |
| <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<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  | 職員全員が一人一人の思いや意向について関心を払い、日常的に、食べたい物・行きたい所・したいことなど、希望や要望を引き出しケアプランに反映、職員間で共有している。   | ○    | 具体的なひとつひとつの希望の積み重ねが、暮らし方の希望に繋がると思うが、視野を広くして一人一人を総合的に捉えることができるように、職員のスキルアップを図りたい。 |
| 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                                    | 利用が決定した時点で、本人・家族、また、他のサービスに関わっている職員から出来る限り生活歴や馴染みの暮らし方の情報を得ている。可能であれば自宅訪問も行なっている。利用開始後、普段の会話で得た情報は、全職員へ伝えたり、記録するようにしている。 |      |  |
| 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  | カンファレンスや、ユニット会議において、また、日々の勤務の中で一人一人のできること・わかることの情報交換をして多面的に把握するように努力している。  |      |  |
| 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<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     | 利用者の担当と計画作成担当者を中心に、毎日のカンファレンスやユニット会議においてそれぞれが得た情報を基にユニット職員全員で作成している。また、家族からの意見・希望は積極的に取り入れている。                           |      |  |
| 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 | 期間に応じた見直しは勿論のこと、状態が変化した時や、本人・家族の要望があった時には随時、見直しを行っている。   |      |  |

| 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    | ケアプランの中からチェック項目を設定し、実践や変化の有無がわかるようにしている。介護日誌と個々のケース記録を効率的に活用している。                            |      |                                  |
| 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              | 本人の希望がある時には個別に外出支援をしたり、家族の状況により、通院支援や入院時の付き添い支援など、利用者・家族が安心して暮らし続けたいけるようにその時々々の要望に応じて対応している。 |      |                                  |
| 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             | 利用者が安心して地域での暮らしを継続できるように民生委員やボランティア、消防・警察、地域の小学校などと連絡を取り合っている。                               |      |                                  |
| 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  | 必要に応じて、本人をよく知る他のケアマネジャーや、他のサービス事業者と連絡を取り合ったり、本人の意向に沿う訪問理美容サービスを受けている。                        |      |                                  |
| 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 | 運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加して頂ける様になり、これをきっかけに関係が強化されている。周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。              |      |                                  |
| 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 | 全利用者・家族が当事業所と同じ法人の病院を希望されており、適切な医療を受けられる環境にある。   |      |                                  |



| 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)                    |
|-----|---|--|------|---|
| 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  | 当事業所と同じ法人の病院に精神科もあるため、専門医の医療が受けられている。  |      |   |
| 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   | 認知症ケア専門士でもある看護師を常勤で配置しており、一人一人の健康管理や医療的な支援を行なっている。日中は勿論、休日や夜間でも常に連絡が取れる体制にある。                                  |      |   |
| 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                      | 一般病院に認知症の方が入院すると本人・病院側双方にとって混乱を招いているのが現状である。家族の気持ちを尊重しながら、治療に支障がない範囲で早期に退院をさせてもらっている。リハビリが必要であっても、生活の中で行なえている。 |      |   |
| 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                                   | 開設五年が経過し、徐々に重度化してきている。揺れ動く家族の気持ちを受け止め、本人にとってどのようにしたらベストなのか、の視点で、できるだけ早期に話し合いの場を設け、方針を共有している。                   | ○    | 終末期の状態は個々に違うので、その都度、かかりつけ医を交え、家族が納得できる方針を打ち出していきたい。 |
| 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 | かかりつけ医や家族と相談を重ね、利用者はもとより家族も安全で安心して最も穏やかな環境で暮らせるようにチーム全体で支援している。当事業所でできるケアの限界も家族へ伝えている。                         | ○    | チームでの支援が不可欠なので、職員間で話し合いを密にしていきたい。                   |
| 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                      | 今までの暮らしやケアが継続されるように必ず、サマリーを作成して情報を提供している。また、可能な限り、移り住んだ先への訪問も行ない、環境変化によるダメージを最小限に食い止めるようにしている。                 |      |   |

| 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>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<br>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                     | 言葉遣いや態度には充分注意し、人権の尊重に努めている。また、記録に関しても個人情報を漏洩することのないように配慮している。   |                                       |
| 51                               | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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 | その方の理解できる言葉や話し掛け方で接し、自分の気持ちを表出できるよう支援している。また、自分の想いを伝えられない方には、気持ちを汲み取る努力をしている。                               |                                       |
| 52                               | ○日々のその人らしい暮らし<br>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       | どうしても重度の方を優先せざるを得ないため、他の利用者の希望に沿えないこともあるが、できるだけ希望に沿えるように努力している。   |                                       |
| (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<br>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                  | 一人一人の個性や希望に応じて、身だしなみやおしゃれができるように支援している。理美容は家族と馴染みのお店へ行く・近隣のお店へ散歩がてら行く・訪問理美容サービスを利用する、など、本人や家族が希望する方法を取っている。 |                                       |
| 54                               | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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           | 心身機能のレベル的にできる方が減っているが、その方のできる力を見極めて盛り付けや片付けを一緒に行なっている。食事介助者が増えているため、楽しんで食事をする支援にまでなっていない。                   | ○ “食は文化”の意識を高め、楽しんで食事ができるように支援していきたい。 |
| 55                               | ○本人の嗜好の支援<br>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                  | 個人でコーヒーやおやつを用意している方もいる。水分に関しては、その方の好む物を用意している。  |                                       |

| 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)   |
|-------------------------------|--|--|------|------------------------------------|
| 56                            | ○気持ちよい排泄の支援<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        | 一人一人の排泄パターンを把握し尿パットでも利用者によって大きさや容量の違う物を用意している。トイレ誘導する時間もその方に合わせている。二人介助をしながらでもトイレに座る習慣を失わないように支援している。    |      |                                    |
| 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    | 二人介助での入浴者が増え、職員の都合で決めている部分もある。入浴剤を使用し、少しでも楽しんで入浴できるように支援しているが、拒否する方には強制はしていない。                           |      |                                    |
| 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                     | 自分で起きることができる方は、好きな時間に就寝・起床している。介助を要する方は、前日の睡眠状態や本人の様子から、ソファを使用したり、適宜入床介助している。                            |      |                                    |
| (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<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  | 利用者の重度化に伴い、一人一人の役割りや楽しみごとが少なくなっているが、ゴミ出しや、食器洗い、洗濯物たたみなど、その方の持っている力や、意欲に合わせて支援している。                       | ○    | 残されている機能が少しでも引き出せるように、さらに努力していきたい。 |
| 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  | お金は人間が生活していく上で、必要不可欠な“手段”であると考え、家族と相談しながら自分で所持できる方は自己管理している。保管は事業所でしていても、支払い能力のある方は、事前に財布を渡して自分で支払いしている。 |      |                                    |
| 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                    | 重度化に伴い、充分には支援できていないが、外出の大切さや必要性は理解しており、短時間でも散歩やドライブに誘っている。食材の買い物へも出掛けている。                                | ○    | 今後、地域の人達との交流も含め、戸外に出る機会を多く作ってきたい。  |
| 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 | 行事としては行っているが、全員での外出も難しくなりつつある。必要性は理解している。  |      |                                    |

| 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) |
|-----------------|---|---|------|----------------------------------|
| 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                                  | 希望される時は必要に応じ対応している。また、内容によっては職員が代行することもある。家族の協力を得ているが、負担が増えないように配慮している。   |      |                                  |
| 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                   | 家族には、最近の様子をお話したり、居室で本人と一緒にお茶を飲んで頂いたり、その家族に合った面会の支援をしている。心地良い雰囲気作りに努力している。                                       |      |                                  |
| (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 | その方の人権を守ることを徹底し、身体拘束せず安全に生活できるケアに取り組んでいる。ベットから転落の危険のある方には巡視回数を増やしたり、ベットサイドの床に布団を敷いたり工夫をしている。                    |      |                                  |
| 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                  | 一階へ降りる階段は転落防止のために金具は掛けてあるが、いつでも外す事はでき、自分ではずせる方は自由に行き来している。また、エレベーターはいつでも使用できる。                                  |      |                                  |
| 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                           | 一人一人の暮らしのスタイルを把握したり、些細なサインも見逃さないように気を配っている。居室で過ごしている時でも、時々訪室して様子を伺うようにしている。                                     |      |                                  |
| 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                     | 自分で危険行為が判断できない利用者であっても、危険な物品を排することは、最終手段と捉え、その前にその方の状態に合わせ、危険を防ぐ出来る限りの工夫をしている。                                  |      |                                  |
| 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                  | アクシデントレポート・インシデントレポートを活用して事故防止に努めている。誤嚥防止のため、その日の状態により食事形態を変えて対応している利用者もいる。月一回、交代で防災機器の点検を行ない、防災に関する知識を身につけている。 |      |                                  |

| 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)            |
|----------------------------|--|---|------|---|
| 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                 | 日常的に、予測される必要な応急手当などは、常勤の看護師が指導をしているが、初期対応の訓練は定期的には行なえていない。                                    | ○    | 利用者の重度化や、急変する可能性のある利用者はいるので、今後定期的に行なっていきたい。 |
| 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   | 防災訓練は、夜間想定を含めて年に二回行なっている。自治会の回覧板で訓練のお知らせをし、地域の方の協力を頂いている。災害時、慌てないためにマニュアルを見やすいところに掲示している。     |      |   |
| 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 | 自由を大切にするとリスクは増大することを折りに触れ、家族に話している。常日頃から家族との関係作りに努めながら、でき得る限りの対応策を考えて実践している。                  |      |   |
| (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<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           | ユニット別勤務体制になり、馴染みの関係からいつもと違う様子に早く気付くようになってきている。体調変化がある時は、常勤の看護師にすみやかに報告し、個人記録や日誌へ記入して周知を図っている。 |      |   |
| 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       | 薬関係のファイルや、薬ノートを活用。いつでも誰でも見ることができるようになっている。疑問がある時は看護師に相談したり、指導を受けている。                          |      |   |
| 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         | 利用者一人一人の便秘の原因を考えて、できるだけ自然排便があるように、運動や食事の工夫をしている。習慣的にトイレに座ることは大切なことと捉え、二人介助でも行なっている。           |      |   |
| 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に、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                   | 感染症の予防のためにも支援の必要な方には行なっているが、今までの生活習慣から毎食後に行なっていない方もいる。  |      |   |

| 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) |
|-------------------------|---|--|------|----------------------------------|
| 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                                   | 同じ法人の病院の管理栄養士に実際に食べた献立の栄養計算を依頼。その結果を献立に活かしたり、食事作りの参考にしてしている。摂取量や、嗜好により、個別に対応をしている方もいる。               |      |                                  |
| 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）   | 疥癬についてマニュアルを作成。インフルエンザ・ノロウイルスについては、マニュアルはないが、市からの指導を徹底している。  |      |                                  |
| 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  | 包丁・まな板は熱湯で消毒、布巾は漂白剤で消毒している。食材はできるだけ国産を使用するように努め、毎日か、二日に一回は購入して、生鮮食料品は在庫を置かないようにしている。食品の賞味期限の確認もしている。 |      |                                  |
| 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<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                              | 門扉はなく、玄関に施錠をしていないから、自由に出入りできている。階段には転落予防のため金具を掛けているが、自由にはずすことができる。また、エレベーターはいつでも自由に使用できる。            |      |                                  |
| 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 | 陽あたりの良い食堂にはソファを設置し、くつろげる環境を提供している。廊下は陽があたらず暗いため、照明で調節している。季節の置物や花を飾るよう努力はしているが、充分ではない。               |      |                                  |
| 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                              | 食堂や廊下にソファやベンチを置いている。また、職員休憩室のソファで過ごされる方もいる。ベランダにもベンチを置いているので、一人物思いにふける方もいる。                          |      |                                  |

| 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) |
|------------------------|---|---|------|----------------------------------|
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 自宅で使っていた馴染みの家具や調度品、本人にとって大切な思い出のアルバムや装飾品など家族と相談しながら用意して、穏やかに過ごせるような工夫をしている。               |      |                                  |
| 84                     | ○換気・空調の配慮<br>気になるにおいや空気のお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        | 一日に一回は新鮮な空気を取り入れるようにしている。居室にあるエアコンはその方の体調を考慮しながら、適宜調整している。                                |      |                                  |
| (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<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                 | ホーム内は手摺りが設置されているので、可能な限り手摺りを持って歩いて頂くよう支援している。車椅子で自走可能な方には時間がかかっても見守りしている。                 |      |                                  |
| 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                           | トイレには大きな字で張り紙をしたり、居室ネームプレートにぬいぐるみや花を飾り、自分の居室が認識できるようにしている。失敗しても不穏になったり、落ち込まないような声かけをしている。 |      |                                  |
| 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                                   | 北側ではあるが、ベランダに出て、洗濯物を干したり、夏には花火を楽しんだりしている。また、プランターで花作りをすることもある。一階の畑へ野菜の収穫に行くこともある。         |      |                                  |

| V. サービスの成果に関する項目 |  | 最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。 |              |
|------------------|--|-----------------------|--------------|
| 項 目              |  |                       |              |
| 88               | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる                      | <input type="radio"/> | ①ほぼ全ての利用者の   |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②利用者の2/3くらいの |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③利用者の1/3くらいの |
|                  |  | <input type="radio"/> | 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                         | <input type="radio"/> | ①毎日ある        |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②数日に1回程度ある   |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③たまにある       |
|                  |  | <input type="radio"/> | 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                            | <input type="radio"/> | ①ほぼ全ての利用者が   |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②利用者の2/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③利用者の1/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | 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                 | <input type="radio"/> | ①ほぼ全ての利用者が   |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②利用者の2/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③利用者の1/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | 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                           | <input type="radio"/> | ①ほぼ全ての利用者が   |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②利用者の2/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③利用者の1/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | 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                     | <input type="radio"/> | ①ほぼ全ての利用者が   |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②利用者の2/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③利用者の1/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | ④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            | <input type="radio"/> | ①ほぼ全ての利用者が   |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②利用者の2/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③利用者の1/3くらいが |
|                  |  | <input type="radio"/> | 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ます | <input type="radio"/> | ①ほぼ全ての家族と    |
|                  |  | <input type="radio"/> | ②家族の2/3くらいと  |
|                  |  | <input type="radio"/> | ③家族の1/3くらいと  |
|                  |  | <input type="radio"/> | ④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                        |                       | 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      |
| 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、生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。)

開所当時から利用されている方はすでに五年経過し、身体的にも、認知機能も低下している方が増えている。

できないことが増えているのも残念ながら現実である。そんな中でも、まだ残されている機能はなんだろうか？

と、日々考えながらケアにあたっている。

個別ケアは勿論であるが、利用者同士の関係の調整も不可欠であり、その日、その時の利用者の気持ちを知る努力をし、一人一人が穏やかに楽しく生活できるよう、支援している。