

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ことになるよう、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	グループホームふれやか和
（ユニット名）	1・2階
所在地 （県・市町村名）	北海道 北見市
記入者名 （管理者）	田村幸一郎
記入日	平成 20年 5月 31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)
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	事業所独自の理念があります。	理念の中の「第二の我が家」を目指して、これからも地域とのふれあいを大切にしていきたいと考えています。
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	理念を、誰もが目に入るところに掲示しています。	○ 今後、理念をケア理念に具現化。職員は中期目標を設定し、理念の実践に向けて、具体的に取り組んで行くような体制をつくりたいと考えています。
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	パンフレット等に理念を明記しています。	○ 文章だけでなく、理念をイメージした草・花等のお印(キャラクター)を考えて、わかりやすく、親しみやすくしていきたいです。
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	○ 隣近所を散歩コースとし、あいさつ・談話を楽しみながら、自然に馴染みの関係ができています。近所の方から庭の花を頂いたりして、家の前で立ち話もできる間柄になっています。	○ 事業所内に気軽にちょっと寄って、談話ができるような(カフェ)スペースをつくりたいです。
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	町内会清掃、花見、盆踊りなどに参加しています。	○ 日頃お世話になっている地域の方にお礼の意味を込めて、参加していただけて交流がはかれるような、施設発信の何かを考えたいと思っています。

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	やわらぎ便りを毎月発行し、町内会の班長さんにお渡ししています。	○	通信を通じて、気軽に福祉の相談に立ち寄れるような、『まちかど相談(室)』をつくりたいです。
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	△職員会議で周知し、取り組み、改善点を話し合っていました。	○	課題を抽出。平成20年度は5つの課題に絞ってワーキンググループ(作業部会)を構成。解決に向けて具体的に取組んでいます。
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	△人員不足で運営推進会議は滞っています。	○	平成20年度は7月から2ヶ月に1回実施します。
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	報告ごとや申請時に窓口に出向いて行き来するようになってきました。	○	行政の担当係・者と、課題に対して積極的に相談していきたいと思います。電話・来所のほかにも、訪問してもらう等、パートナーシップを築きたいと思っています。
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	現在、成年後見制度と地域権利擁護事業の利用者が数名います。	○	管理者が社会福祉士で権利擁護事業に精通しています。権利擁護の啓蒙・啓発を、利用者・家族、職員にしています。
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	高齢者虐待防止関連の法令について説明したことがあります。	○	権利擁護意識の徹底により、虐待が防止できます。虐待が見過ごされないようにします。

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	○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	○マニュアルを作成。契約に至る過程(流れ)を説明できるようにしました。	○	契約・解約に関する説明が、利用者や家族の十分な理解が得られるように、包括支援センター等の相談機関にて客観的アドバイスを得る予定。
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	○マニュアルを見直しました。施設として、すべての仕事に優先させて取り組む体制をつくりました。	○	施設長が利用者にラーメンを振舞って、リラックスした雰囲気でお茶を飲みながら座談会形式で、気軽に、直に意見が言える場をつくります。
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	「やわらぎ便り」を郵送する際に、利用者の暮らしぶりやその他のことも個々にあわせてお伝えしています。	○	家族の一番の気掛かりである「健康状態」について。医療連携体制の強化をしている経過報告を、家族会でお伝えする予定です。
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	アンケートを実施しています。	○	家族会を自治組織に発展的改組したいと考えています。運営推進会議に家族代表が参加。その他、身近なレベルで「庭・畑づくり」や「誕生・焼肉パーティー」等を通して話しやすい雰囲気でご家族の想いをすくいあげ、一緒に取り組める体制をつくります。
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	△日々傾聴しています。	○	職員の互助会を組織化したいと思います。代表者が運営推進会議に職員代表として参加。組織図も見直し、「指示」でなく、「支持」体系をつくることで、職員の意見や提案をすくいあげる体制が出来ると思います。
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	△日々調整に努め、苦慮しています。	○	職員のスケジュール・配置の見直しをします。そのうえで職員確保の時間帯の話し合い・調整を予定。
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	△人材確保に苦慮しています。	○	求人から育成に発想転換。職員が定着するように長期計画で「人材確保」に取り組むたいと考えています。

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)
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	認知症実践者・管理者研修を受講しています。	○	職員にセミナー・勉強会のお知らせをし、参加する機会をつくっています。O・J・Tについては管理者がマニュアル作成や日々の打ち合わせ振り返りの中で指導していきたいと考えています。
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	○施設長自らがグループホーム協議会網走ブロックの研修担当として研修の機会の確保の企画に携わっています。管理者も社会福祉士会の活動に携わっています。	○	グループホームが所属する地域(北見東部・端野ブロック)で勉強会を予定しています。
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	職員休憩室をユニットごとに設けています。じゅうたん・テーブル・ロッカー・暖房設備も完備しています。	○	互助会を設置予定。互助会で冠婚葬祭のみだけでなく職員交流の企画をしています。
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	手当てや昇給により実績評価をしています。パート職員の評価はとくに積極的に行っています。	○	情意評価を職員全体にわかりやすく提示し、公平感を感じてもらえるようにしたいと思っています。
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	生活暦、病歴、家族の意向を認識し、アセスメントをしてきました。	○	「人に歴史あり」。利用者の相談に至るまでの歴史に耳を傾けて、信頼関係を築くことを心掛けたい。そのうえで、十分な説明と同意を得られるようにマニュアルを作成します。(ナラティブアプローチ理論・技術の活用)
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	入居に至るまでの経緯を伺ってきた。	○	「家族にも歴史がある」。ご家族の利用者に対する思いや願い等、これまでの歴史、これからの関わりを伺い、信頼関係を築くことに努めたい。そのうえで、わかりやすい説明と同意が得られるようにマニュアルを作成します。

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	事業所の同グループの多様なサービスを紹介してきました。	○	初回面接でのニーズキャッチする際に、ノーマティブニーズとフェルトニーズを分類し、リアルニーズを導いていきたい。そのうえで、どのような支援が必要で、そのための社会資源を提示していきたいと思います。(ニーズキャッチ→トリガー→インターベーションのソーシャルスキルを活用)
26	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	入居前に利用者・ご家族に施設見学を勧めてきました。	○	体験入所の要綱を作成していきたい。また、開設後3年以上経っているので、短期入所ができるように届出準備をしていきたいと考えています。
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	本人と一緒に過ごすことを心掛けています。	○	「支えあう関係」について。具体的に考察し、定義し、共通理解していきたい。(センターパーソンドケア理論の活用)
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	家族と一緒に、本人を支えていく関係が築けるように努めています。	○	「本人を支えていく関係を築く」具体的な手段を、ご家族と共有することで実感したい。例えば、医療連携体制を構築する中でご家族と共感していきたいと考えています。(センター方式の検討・導入)
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	初回面接、入所までの面接の中で家族関係について伺ってきました。	○	思い出やよかった時のエピソードを伺いながら、ナラティブアプローチをしていきたい。
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	本人の住んでいた町や家に気軽にドライブしています。	○	馴染みの人や場所の話をして回想したり、気軽にドライブに出掛けて、目で確かめ実感することで安心・満足していただきたいと考えています。(アクティビティプログラムの検討・実施)
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	○「まるで兄弟姉妹のようだ」と、利用者同士で自然に関係ができています。	○	自然にできている関係を、後方支援していきたいと思います。利用者同士のよい関係(ストレングス)に着目していきます。(コミュニティワーク理論の導入)

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	お見舞い・年賀状のやり取りをしています。	○	利用者と絵手紙を描いて、近況報告しながらやんわりと関係を続けて行きたいと思っています。(アクティビティプログラムの検討・実施)
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	△一部、センター方式を活用。一部、センター方式を活用。	○	センター方式の検討・導入。認知症ケアの研修を受けている地域包括支援センター職員と管理者が共同開発で、和独自のセンター方式シートを検討中。
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	△一部、センター方式を活用。一部、センター方式を活用。	○	センター方式の検討・導入。認知症ケアの研修を受けている地域包括支援センター職員と管理者が共同開発で、和独自のセンター方式シートを検討中。
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	△一部、センター方式を活用。一部、センター方式を活用。	○	センター方式の検討・導入。認知症ケアの研修を受けている地域包括支援センター職員と管理者が共同開発で、和独自のセンター方式シートを検討中。
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	△ケアプラン案を、会議にて検討し、同意を経て交付、という流れが不十分です。	○	チームケア・アプローチを実施予定。管理者より職員に援助過程を指導。そのうえで会議の重要性を共通理解し、介護計画の活用方法を指導予定。
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た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	△モニタリングは不十分です。	○	ケアプランの意義から職員教育が必要。管理者より職員にケアプランの重要性を説明し共通理解をします。そのうえでモニタリングの意義を説明します。

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	他施設で導入しているセンター方式のシートを活用。	○	支援経過の記録の意義から職員教育が必要。管理者より職員に支援経過記録の重要性を説明し共通理解をします。そのうえで記録の書き方から指導します。
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	△機能を活かした支援は不十分です。	○	ハザードマップづくりなど、まずは機能を見直すところからはじめたい。物理的機能だけでなく、人的機能も見直すことで、「機能を活かす支援」「柔軟な対応」を検討したいと考えています。
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	△関係機関との協力はありますが、不十分です。	○	交流の中で、自然発生的に、地域資源との協働ができるのがよい。それが、その後も協力関係が継続しつながっていくには、協働後のアフターが大切。利用者とともにお礼状を送るなどアフターフォローを考えたいです。
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	入居者の入退院の際にMSWと連携することはありました。	○	今後は、管理者がMSWやケアマネの経験が長く、医療・福祉の連携に精通しているので、経験を活かして連携が図れます。
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	運営推進会議でのアドバイスを頂いてき、ました。	○	今後は、管理者が社会福祉士、ケアマネとして、居宅・介護予防の経験もあり、権利擁護、ケアマネジメントに精通しているので、地域包括支援センターと協働して取り組んでいけます。
43	○かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	協力病院の他、在宅時からのかかりつけにしている病院との関係も大切にしています。	○	グループホームにいながら、受診後もきめ細かく継続診療が出来るようにする為に、施設としては「病院よりクリニック」を協力病院と考えています。

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	△周辺症状を精神科医に相談はしていたが、中核症状の改善には至っていなかった。	○	脳外科の専門医と協力医療機関の関係ができました。クリニックで、訪問診療もあり、継続ケアが期待できます。今後セラピストへの指示体制も構築予定です。
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	職員に准看護師がいます。	○	訪問看護ステーションと契約し週1回の訪問による看護連携を確保。その他医療保険での訪問看護体制も確保します。
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	職員にMSW経歴のある社会福祉士がいます。	○	入退院の際のマニュアル整備。クリニカルパスも開発予定。
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	急変時マニュアルがあります。	○	「看取りを施設でする」という施設の方針のもと、対応できるように看取りの指針の具体化。事例検討と医療連携体制及び緊急時対応のシミュレーション等具体的に取り組みたいです。
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	○「できることは連携、できないことは医療行為」と施設の方針は決まっています。	○	「医療連携」のもと、家族の協力を得ながらチームケアができるように、事例検討し具体的に取り組みたいです。
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	△入院後、嚥下困難な為に経鼻経管栄養、及び頻繁に吸引が必要なケースで退所したケースがあった。その際の情報交換にあたり話し合いはしたものの、添書など文書マニュアルがなかったので不十分でした。	○	援助者共通のICF理論に基づく情報交換用紙を開発しました。

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)
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	○	接遇の指導・改善。記録整備をしました。
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	○	ストレングスに着目したニーズキャッチの手法を指導します。エンパワメントの理論を職員に教育します。
52	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	○	センターパーソンドケア理論のもと、センター方式活用による「利用者第一」の意識を、管理者から職員に、施設の命題として指導、教育していきます。
(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	○	日常の中でも、髭を整えたり、化粧をしたり。服を選んで身だしなみを気に掛けたりする気持ちや時間の余裕を大切にしたいです。
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	○	テーブルウェアの工夫による雰囲気演出。食前・食後の会話の工夫等、ゆったりとした気分でおひとりおひとりが「満たされた」と思っただけのようにしたいです。
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	○	好みの把握をして、おひとりおひとりが楽しめる時間を聞き取り中です。

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	職員の排泄に関する認識不足から支援が不十分でした。	○	排泄介助の意義、基礎知識等の基本と、介護技術の教育・指導を、管理者から職員にしています。
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	曜日や時間帯等職員の都合で決めてしまっていました。	○	スキントラブルなどのある場合の臨機応変な対応から改善しています。いつでも入浴できるように調整中です。
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	消灯時間は特に設けていません。夜間巡回時に睡眠状況を記録しています。	○	質のよい睡眠や精神的にも休息できるように、ソファの配置やクッションの工夫、音の配慮をしています。
(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	△やってもらっているという感じで、主体的・自発的に取り組むように支援しているとはいえない難かったです。	○	センター方式導入で役割・楽しみごと・気晴らしの再アセスメントからはじめます。エンパワメント理論を指導・教育して、パターナリズムに陥らないように徹底したいです。
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	金銭管理は、数名を除いて、施設預かりになっています。	○	お金を所持して、買い物を楽しめるように、ソーシャルスキルトレーニングをしていきたいです。
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	希望があれば、職員が伴うことを前提に戸外に出掛けられるという支援をしてきました。	○	家の周りに自由に出て行けるようにします。迷った時の名札の準備や施設周りの休憩箇所、地域の人への協力依頼など具体的に計画中。
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	利用者の意見を反映したつもりで、行楽地に出掛けていました。	○	おひとりおひとりに「行きたいところ」を伺っています。そこへお伴するようにします。

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	制限はしていないが、積極的に支援はしてこなかったようです。	○	絵手紙などを描いて、家族や知り合いに近況報告できるように、具体的に支援していきます。
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	職員は、家族等が施設に気軽に来所され、居心地よく過ごしていただけるように、声を掛けてきました。	○	お部屋の他にも、本人と家族が談話しやすいスペースや、コーナーの工夫をしたいです。
(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	法令順守し身体拘束はしていません。	○	身体拘束以外のロックである、ドラッグロック、スピーチロックについても同様な扱いを実践して行きます。
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	日中玄関に鍵を掛けていません。	○	内階段や外の非常階段、物品収納棚の施錠の必要性について検討予定。センサー、さらにそれによる呼び出しの電子音についても検討予定。
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	日中はそっと見守り。夜間はドアの隙間から様子を伺っています。	○	本人とご家族に安全確認の方法を説明し同意を得る予定です。
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	鍵のついた薬品棚を使用していたが必要性に疑問を感じ新規購入から食器棚のような家庭的なものを購入し管理するようになりました。	○	個々人と施設で保管している危険なものの、保管や管理状態の把握をしたうえで、制限するのではなく、安全に使用できる配慮をしていきたいです。
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	誤嚥の見守り、全員の服薬管理をしています。	○	事故を防ぐ為に単にロックするのではなく、予防方法、万が一の対処方法の知識を指導・教育していきます。

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	緊急時マニュアルがあります。	○	個々人に緊急時の報告・連絡・相談ルートを作成し、緊急時の連携体制を明確にします。
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	避難訓練を実施しています。向かいの下宿の学生に災害時の協力依頼をお願いしています。	○	施錠解除の手段、避難経路、防災の互助組織の設立等地域の協力も得られるように検討していきたいと思っています。
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	抑圧感をかじられないように積極的にご家族に相談をしています。	○	リスクマネジメントをする為に、窓口を管理者へ一本化。利用者ご家族に十分な説明と同意を得られる体制をつくります。
(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	生活アセスメントシートの活用により、体調の変化や異変の早期発見に努めています。	○	情報の共有と早期対応の為に、打ち合わせ・振り返りの徹底をします。管理者に情報を一元化し関係機関と適切に連携を図れるようにルートを確保します。
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	薬局から発行されるお薬の説明所の他にお薬手帳を全員に作成しました。院外処方一元化し薬剤師と分封や服薬管理方法・薬効の相談が出来る体制をつくりました。	○	残薬を把握し、適切に服薬介助ができる環境づくりに配慮し、誤薬等の事故を防ぎます。受診や往診時に服薬効果についてDrに報告・連絡・相談できる体制をつくります。
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	献立の工夫と水分補給に配慮しています。	○	アクティビティプログラムの開発による気分転換と活動量の確保をします。また便秘状況を的確に把握しDrに報告・連絡・相談といった連携を図り適切な処置がなされるように支援します。
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	毎食後、歯磨き・うがいを励行している。	○	口腔ケアマニュアルを作成予定。感染予防の観点からも口腔ケアを施設として励行したい。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	バランスの配慮はしています。禁忌事項の遵守を前提にしているものの、利用者の「満たされた」という気持ちを大切にしています。	○	専門家(医師・薬剤師・保健師・栄養士など)のアドバイスをもらえる体制を作りたい。連携体制の確保で可能と考えています。
78	○感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	感染予防マニュアルがあります。	○	手洗い・うがいの励行と周知徹底。清潔・不潔概念の遵守をしています。
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	衛生マニュアルがあります。	○	漂白の際の十分なゆすぎ等、細かなところまで指導・監督をしています。
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	○プランターに花を飾り、近隣の方にも見て楽しんでもらっています。	○	建物周囲のガーデニングと玄関から入ってすぐにカフェコーナーを設置します。
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	清潔・危険回避に心掛けています。	○	利用者にすぐ対応できるように動線を考え機能的な配置のもと、音と照明(採光)に配慮し和らげる雰囲気演出していきます。
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	テレビの前にソファを置いたり、食卓テーブルにて作業もできるようにしている。	○	静かに本を眺めたり・読み聞かせができたり(図書コーナー)、ほっと和めて落ち着く場所(祈りコーナー)を工夫していきます。

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	使い慣れたものや好みのものを持ち込んでいただくように利用者のご家族に話しています。	○	仏壇や植物など、部屋でも祈ったり育てたりすることができる配慮をしていきたいと思います。
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のだよみがなく換気に努め、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	湿度計により湿度管理。オール電化により室温を一定に保っています。	○	空気清浄機による脱臭や加湿器による湿度調整よりも、まめな換気と植物の湿度調整とエコ意識を職員に励行していきたいです。
(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、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	建物自体はバリアフリーです。主要箇所の手すりも完備しています。	○	ハザードマップを作って自己点検します。特に居室の環境整備を見直したいです。
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、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	視覚の工夫はしています。	○	視覚からの認識伝達が認知症になると低下するので、比較的維持できる聴覚・嗅覚等で混乱を和らげて行きたいです。
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	畑で野菜づくりをしています。	○	今年の秋から来年以降利用者が主体的に楽しみ・活動できるような庭の活用方法を考えて、花畑や日陰に映える植物等の準備をしています。

V. 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
		○	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ます		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

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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		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。)

○利用者さん同士が仲が良く、「兄弟姉妹みたいね」と和気あいあいと過ごしています。そんな雰囲気の中で施設も開設して数年が経ち、北見市内のグループホームでは古株になりました（笑）。その点では責任もあり、認知症ケアの先駆者としての自覚を持とうと、グループホーム協議会に所属し、職員は研修活動を励行しています。○管理者が新たに加わり、ますます「利用者・家族が第一」のケアが実践されるようにチェンジアンドチャレンジしています。○施設理念である「自由に、ゆったり、ありのままに」和らぎのある生活を送っていただけるように願っています。