

# 自己評価票

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

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

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

## ○記入方法

### [取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

### [取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に○をつけます。

### [取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で○をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

### [特に力を入れている点・アピールしたい点] (アウトカム項目の後にある欄です)

日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

## ○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

## ○評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(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	医療法人 聖母会 古賀内科
(ユニット名)	グループホーム 次郎ん家(ユニットB)
所在地 (県・市町村名)	佐賀県神埼市千代田町境原282の2
記入者名 (管理者)	古賀淳子
記入日	平成 20 年 6 月 10 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>I. 理念に基づく運営</b>			
1. 理念と共有			
1	<input type="checkbox"/> 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	○	地域の婦人会の方を対象に介護教室を7月中に開催する予定。認知症に対する理解を深め、入居者だけでなく高齢者が自然に声を掛けてもらえる町づくりに寄与したい。大牟田市の活動を手本に少しずつ活動を広め子供たちにも広げたいと考えている。
2	<input type="checkbox"/> 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	○	カンファレンスや勉強会の継続を行なう。具体的な行動目標を立てる。
3	<input type="checkbox"/> 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るよう取り組んでいる	○	地域の婦人会の方を対象に介護教室を7月中に開催する予定。認知症に対する理解を深め、入居者だけでなく高齢者が自然に声を掛けてもらえる町づくりに寄与したい。大牟田市の活動を手本に少しずつ活動を広め子供たちにも広げたいと考えている。
2. 地域との支えあい			
4	<input type="checkbox"/> 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	○	
5	<input type="checkbox"/> 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	○	

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	認知症の方が地域で安心していただくためにどうしたらよいかの話し合いやセミナーにも参加し、地域に出かけ介護教室を開きたいと志気はあがっている。	○	時間外を利用しスタッフ輪番制で地域に出かけ介護教室を開きたいと思っている。
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	外部評価の意味については、スタッフ全員に配布し自己評価を実施したためグループホームのケアあり方について再確認の機会となった。前回の外部評価の後、評価結果をもとに話し合いはしたが改善できていないものもある。評価結果について運営推進会議・家族会で報告している。	○	具体的に改善計画を作成し評価日を決め改善できているか確認し質の向上につなげる。担当の者を決めて行う予定。又、その評価結果については、運営推進会議で報告する予定。
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	防火体制などについて近くの工場との連携や水位権など貴重な意見を頂いた。委員の方地域と施設の連携の目的や地域住民は、具体的にどう動けばよいのかという質問を受けたため認知症の方の思いなどを通して施設の中に孤立するのではなく地域で生きていくことの意味の説明を行い手ごたえがみられている。		
9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	神埼市で行われている高齢者サービス担当者会議に毎月参加している。その中で困難事例について提議し意見交換を行っている。千代田町民生委員の方との交流を図り、1月の定例会では認知症の理解と対応について理事長とホーム長で講義を行った。民生委員の方からは認知症の理解が深まったとの声を頂いた。		
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	ひとりの入所者様の関わりを通してスタッフに担当してもらい権利擁護について勉強会を行った。耳慣れない言葉などの意味を知る機会となり知識は、深まったと思う。入所者様の中に地域福祉権利擁護事業としてあんしんサポートセンターを利用されているため生活支援員の方と連携をとっている。		
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	虐待防止についてのマニュアルを作成し運営者・管理者により勉強会を実施した。今まで意識していなかった言動が虐待行為にあたることもあるということスタッフの驚きもあり意識の向上につながったと思われる。介護者がストレスを溜めないためストレス原因・予防を考えたい。又、入所者様の事故報告(特に不可解な打撲痕)等については詳しく状況を聞きカンファレンスするようにしている	○	管理者は、スタッフが困っていることなど把握すると共にスタッフ同士で虐待防止に対して

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>4. 理念を実践するための体制</b>			
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	入所者家族(キーパーソン)が高齢であつたり理解が得られにくいと思われる方に関しては、もう一人説明に加わって頂く様にしている。契約に関しては、必要時、事務長にも加わって頂くようにしている。	
13	○運営に関する利用者意見の反映 利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議の際に入居者代表の方にホームでの生活で困っていること・改善してもらいたいことを発言して頂く様にしている。食事についての意見・要望があり、改善に役立っている。	
14	○家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	家族の会で全般的な報告を行っているが年に2回程度なために全家族に浸透しているとは言えない。健康状態については、必要時主治医より連絡して頂く様にしている。又外来で実施された検査データをお小遣いの領収書と一緒に家族に送付している。又お小遣いの残金と出納帳の照合で捺印を頂く様にしているが徹底出来ていない。それ以外で連絡をとった場合は内容をノートに残している。	○ 隔月に報告書(生活状況・健康状態)お知らせ文書の様式を作成し家族に状況を報告する。偶数月に発送し8月より実施予定
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	家族の会等でご家族のご意見を聞く機会を設けており設備や外来受診の際の対応についての意見があり改善を行なった。又、ご家族からの言動には最新の注意を払い苦情につながる前の段階で要望として気軽にスタッフが記録出来る様に様式を作成し記録し必要に応じてカンファレンスまたは、捺印を求めるようにしている。	
16	○運営に関する職員意見の反映 運営者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月に1回は、運営ミーティングを実施する予定であったが勉強会とショートカンファレンス等に時間を要し定例化できていない。ミーティングを設けても活発な意見が出ないため方法を検討する必要がある。	○ 運営者・管理者サイドが企画に入らずスタッフの中から意見を吸い上げ話し合いを行うような取り組みを考えていきたい。
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	看護師2名は、なるべく重ならない様に勤務を組み入れ入所者様の健康状態の把握・急変時に対応出来る様している。又、夜勤者も新人同士が重ならない様に留意しているがスタッフの出入りかあり思うようにならないこともある。特にターミナル期を抱えている場合は、早出の人数等を検討し変更している。	
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	スタッフの離職に対し個人的に話を聞いたりしているがなかなか実情は把握できないのが現状。処遇面であれば事務長と相談したりしている。与薬に関しては、信頼関係が結べていない新人のスタッフはかかわらず馴れたスタッフが関わる様指導している。	○ 離職の原因が個人の理由だけでない場合も有り得るのでホームの人間関係等が上手く行くような取り組みを考えたい。

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)
<b>5. 人材の育成と支援</b>			
19	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>評価を文書化していないが、一人一人の知識・技術・態度で評価し研修参加や役割分担を決めている。しかし、当事者は、納得がいかない事も有り得るため基準を作り評価表として明文化する必要がある。</p>	<p>○</p> <p>評価表の基準づくりを運営者と共に話し合い作成する。</p>
20	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>同市内のグループホームでの勉強会に参加させて頂いたり、当ホームでの勉強会に招待したこともある。他施設での取り組みを知ることで勉強会の中身だけでなくスタッフの取り組みの姿勢がよい刺激になっていると思う。</p>	
21	<p>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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</p>	<p>年に2回の宴会等の機会を頂いているが全員が何らかの形で参加出来る様工夫してもらいたい。個人的な介護に対する不安や悩みを聞く機会を設けてもらいたい。</p>	<p>○</p> <p>介護労働安定センターにおいてヘルスカウンセラーによる相談日があるので運営者と話し合い申し込みを検討してもらおう。</p>
22	<p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>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</p>	<p>研修の機会は、与えてもらっている。研修における学びについては研修報告書書面をもって報告している。しかし、人数の制限がありスタッフ全員が平等には参加出来ていないのが現状。</p>	
<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	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居になられる前に例えば、デイサービスを利用されていればそこにスタッフと管理者と共に出向き面会することで状況を把握するとともに顔見知りの関係作り心掛けています。</p>	
24	<p>○初期に築く家族との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>担当のケアマネジャーからの情報を十分聞いたうえで家庭を訪問したり事前にホームに来て頂くなど信頼関係を結ぶ様努力している。直接尋ねにくい場合は、信頼関係のある担当のケアマネジャーを通して話を聞くようにしている。</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)
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	入居当日に、ニーズを引き出せる様に情報収集としてバックグラウンド・個別援助計画書に記入している。そこでニーズまでとらえることの出来なかったことに対しては当面は、問題点としてとらえケアプラン2に計画を立て実施する様にしている。		
26	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気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	しばらくは、困っておられることや問題点として捉えた事項に対しケアプラン2に沿ってケアを実施しとりあえず“此処に来てよかった”“此処は安心”と思っただけのようにしかかわるようになっている。又、寝具や家具は使い慣れた物をもって来て頂くよう又、習慣等の継続ができる働きかけを行い在宅での生活とのギャップを少なくする様つとめている。その他必要に応じて家族の写真等をもって来て頂くようにしている。		
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	入所者様の昔取った杵柄などの情報をキャッチ出来るところに目を向け介護を受けなくて済むありがとうを言わなくて済むケアを目指すようにしている。又、誰かの役に立てる感謝さける場面づくりをケアプランに取り入れている。		
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	事故や問題については、管理者が報告しているが、入所者様が喜ばれたことなどは、家族に対して面会時にスタッフが積極的に話すようにしたり写真を見てもらったりして共有するよう心掛けている。又、入所様の終末期は、精神的ケアとして心の安寧を図るためご家族に少しでも付き添っていただくよう働きかけたり、清拭など一緒に行うなしている。		
29	○本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	家庭崩壊の寸前で入居されたご家族に対しては面会を強要するようなことは控え家族の方がゆとりをもてるようになられるまで待つ。入居者が穏やかになられるとご家族も自然に受け入れられるようになられることがあるのでその時期まで見守る。折に触れ在宅での介護に対するねぎらいの言葉を掛ける様に心がけている。実際、入居により家族関係の修復が見られた事例が何事例もある。		
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	入所者様の状況に応じて自宅周辺へドライブに出かけその周辺の建物や店などまた隣人の方より話を聞きその後その入所者様とのコンタクトに役立てコミュニケーションがとれた事例もある。また、故郷ドライブとして入所者様の生まれ育った町や会話に出てくる場所へドライブすることも試みている。入所者様表情が生き生きとなられ手ごたえを感じる事例もある。		
31	○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	気が合う入所者様(例えば歌が好きの方同士)は、一緒に歌って頂いたり、スタッフが会話の橋渡し役をしてコミュニケーションを図っている。又、気が合わない入所者様同士は、同じテーブルに着かれることを意図的に避けるように関わっている事もある。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取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	退居後も運営推進会委員として参加して頂いた方もいらっしゃったがご家族の身体的理由で辞退された。入居者の退居は、死亡が多く、継続的にかかわることは出来ない。		
<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>				
<b>1. 一人ひとりの把握</b>				
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	センター方式の暮らしの情報シートを利用し入居前の生活と入居後の生活の変化の把握に努め出来るだけ在宅での生活に近づける様努力している。全員に対して実施できるように取り組みたい。	○	ケアプラン見直しの際の参考資料としてセンター方式を利用する。
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	入所時にバツグランドアセスメントのツールの中に生活歴や暮らし方についての情報欄があるが情報が不足に対しては、家族や知人の面会時に尋ねたり、実際にその方の自宅周辺にドライブにでかけたりして把握に努めている。又、その情報は、カンファレンスの際にスタッフ間で共有するようにしている。		
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	スタッフは、常時入所者様と一緒に食事をしたりリビングで過ごしたりして見守り把握に努めている。又、その方のできることでできないことを見極めが不十分な場合は、センター方式のできることでできないことシートを使い見極めするようにしている。出来ることまで手を出している傾向があるので意識して関わる必要がある。	○	センター方式の活用焦点情報(できることシート・できないことシート)を必要に応じて活用する。
<b>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</b>				
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	ケアプラン作成は、アセスメント表・個別援助計画の記入をスタッフ全員が担当。計画作成担当者は、情報の不十分なところは、家族に聞き立案しケースカンファレンスを実施している。その際、スタッフの意見やケアマネのアドバイスを参考にしてケアプランを作成している。今後は、主治医・家族ともにカンファレンスし意見交換をしたいと思う。	○	ケアの見直しは、主治医・家族を含めたカンファレンスを定例化する。そのために一覧表にて年間計画として組み入れる。偏りがなくケアに支障をきたさないようにする。9月より予定を組み入れる。
37	○現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	ケアプラン2の様式を活用している。これには、日々問題として上がっている症状やニーズも含めて、「解決すべきニーズ及び問題点」として対応策を記入している。医療・看護的視点が多く、主治医からの指示を含め主に看護師が記入・記録している。繰り返す問題点に対しては、長期のケアプランに組み入れている。		

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)
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	個別の記録は、介護計画にそったケアプラン実施表とバイタルサインチェックを含めた介護記録に記録している。急変や重症化された場合記録しにくかったために記録様式の見直しを行った。今年3月より記録様式を改め以前より記録しやすくなり、情報が共有出来る様になった。		
<b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>				
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	腰痛や不定愁訴の方には、治療と気分転換のため隣接のデイケアにて物理療法を行っている。又、福祉用具の選択やポジショニングの際は、作業療法士のアドバイスを受けるようにしているために科学的根拠に基づいたケアにつながっていると思う。		
<b>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</b>				
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	月に一回ビハーラ活動の一環として僧侶の方のホームでお説教を受けている。本人・家族の希望で美容師の訪問でのカットも行っている。敬老の日のイベントには、民生委員の方を招待し入所者様の日頃の生活を見て頂いた。		
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	市の高齢者のサービス調整会議等があるときに管理者が出席し困難事例に対してアドバイスを貰ったりしている。金銭面で転院を希望された方についても担当のケアマネジャーと家族と施設管理者・運営者で話し合いも行った。		
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	入所者様の権利擁護について問題があると思われた事例に対しては包括支援センターに相談を行った。契約を交わせず困った事例に対しては、市役所よりご家族に電話をして頂いきスムーズに対応できたこともあった。		
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	入居の際にかかりつけ医をなるべく変わらないで済むように支援しご家族・本人の希望を優先している。主治医が当ホーム院長以外の場合の定期的な診察は、ご家族に付き添っていただいている。入所者様の状況については、ほぼ毎日協力医に報告を行っているため早急対応は出来ている。状態報告は、事後報告になる場合もあるが必ず家族にも報告している。		

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	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>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</p>		
45	<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>		
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>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</p>		
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>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</p>		
48	<p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>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</p>		
49	<p>○住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>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</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)
<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 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	個人の記録データは、持ち出しを禁止している。裏紙を再利用する際も留意している。言葉賭けでは、その方のバックグラウンドを把握した上で必要時方言を使うなどして適切な言葉を使うようにしている。	
51	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている	スタッフの意識を保つために認知症の方の気持ちを代弁したポエムをスタッフの目の届くところに掲示している。それにより入所者様の気持ちを大切にしなければと心新たになっている。ケアプランの中にも自己決定を促す言葉が目立つようになったと思う。	
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	食事の時間等は、決められた時間にこだわるのではなくご本人が食べたい時間に食べて頂く様にしている。排泄誘導も個別に時間が違いその方の排泄パターンに合わせ誘導している。訴えることが出来ない方の場合、こちらの都合あわせがち	
(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	毎日の更衣は、スタッフが準備してしまっている事が多いのでご自分で選択できる機会を持つ必要がある。髪カットは数名の方は、行きつけ理美容室に行っている。	○ ひとりひとりのできること・できないことの見極めが出来ず介助してしまっている事が多いのでセンター方式焦点情報様式等を使いカンファレンスを行いたい。
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	食事の準備など一緒にすると生き生きなられることを実感している。しかし、献立の手順をスタッフが十分に把握していないとかかわりがむずかしいことやスタッフにゆとりがないことより出来ているとはいえない。	○ 業務の見直しを行いゆとりをもったかわりを検討する。人の不足か物品が足りないのか運営者とも話し合い改善していきたい
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	ご本人の好まれる嗜好品についてはご家族に持ってきていただき食べて頂いている。飲酒に対しては、コントロールが難しい方がいらっしゃる。	

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)
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	センター方式の排泄リズムパターンシートを半月分ずつに作り変え使用し、ひとりひとりの排泄のリズムを把握し誘導している。コントロールが可能な方は、本人の希望・同意を得てオムツよりパンツへ移行し尿取りパットのみになられた方もいらっしゃる。ご本人の自尊心を傷つけないよう又自信を取り戻していただく様配慮している。		
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	入居前の生活スタイルにあわせた時間に入浴していただいていたが入居者が重度化しひとり介助では困難となりスタッフの人数ないと入浴介助が困難であるためスタッフの都合に合わせている傾向にある。		
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	自ら、午睡される方は、ご本人の意思にまかせている。訴えない方も食後は、しばらく居室で休んで頂いたり、リビングの畳に休んで頂いたりしている。身体拘縮のある方は、クッション等を使用しポジショニングを考慮している。又、置時計の位置・テッシュの位置など配慮している。		
<b>(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</b>				
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	生活歴を生かした役割や楽しみをケアプランにあげている。昔撰った杵柄に着目したかかわりをケアプランに組み入れている。女性の場合は、調理の下ごしらえ・おやつ作りや洗濯たたみをおこなっていただいているが男性の場合は、かかわりが希薄になりがち。		
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	お金を所持されている方は、ご家族と話し合いトラブルのない様に残金を確認している。ホームで預かっている場合は、買い物先でご本人に手渡し直接支払っていただくよう支援している。		
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	季節に合わせて外出を行っている。人数も個別的に実施しているがスタッフの人数に余裕がないと外出できないのが現状で年間を通して関われる時期とそうでない時期があり、入所者様本意にできていない事が多い。毎日の日課の中に散歩等を取り入れたい	○	毎日に日課の中に散歩等も組み入れ外に出る機会を多くしたい。一日の流れの検討を行う。
62	○普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	全員を対象ではないが、回転寿司やファミレス等にて食事をしたり、温泉に出かけている。日頃見れない言動に驚かされる場面があり大変喜んでいただいている。又、計画があるとのお楽しみとして活性化につながっている。		

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)
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	自ら電話かけたいと訴えられる方はわずかである。家族より電話があった場合は、なるだけ本人に代わるように配慮しているが機会が少ない。手紙が届いたら返事を一緒に書くように支援している。	○	家族や知人より電話をかけて頂いたり、手紙を出していただけるような働きかけを家族の会等でお願ひする。
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	大勢での面会は、控えて頂く様にしている。面会に来られたら居室でお話される様誘導したり、お茶を出したりして一緒にくつろげるように配慮している。		
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	身体拘束をしないことは、理念にも掲げている。車椅子も移動の道具として使用し、食事の時は、椅子に腰掛けなおしてもらっている。ベット柵も最小限にとどめている。		
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	玄関は、ツータッチ式のドアで施錠していないため入所者様は自由に出入りされている。歩行不安定な入所者様がスタッフが気づかない時にひとりで入浴され危険なことがあったので、現在は浴室のドアに鍵をつけている。入所者様の目には触れないようにしている。		
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	昼間、所在確認・安否堪忍のため居室に尋ねるときはノックをするか呼名し入ることを予告して入るように心がけている。夜間は、確認が必要な方で音で覚醒される方は、ドアを少し開くか手作りのスクリーンを立てている。リビングでソファーに休んでおられるときもスクリーンを使用している。		
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	はさみなど目的と用途も理解できておられる方は、ご自分の部屋にもっておられることもある。居室より持ち出される際に置き場所等の配慮が必要と思われる。男性の入居者で髭剃りのためかみそりを持参されておられた為に手に傷を負われていたこともあった。	○	入居時、ご家族と共に持ち物確認とご本人が目的と用途が理解でき能力があるのか見極める必要がある。
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	マニュアルを作成し捺印するようになっている。個別に対しては、ケアプランの中に具体的な行動目標・対策が記入されている。		

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)
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	入居者が食事中に喉に詰まらせることがあった場合に掃除機に接続する吸引用具の説明をし、デモンストレーションを行なっている。実際、食事中に喉に詰まらせようになられた際、介護スタッフが対応し大事にはいかなかった。しかし、スタッフの入れ替わりもあり全員がマスター出来てるわけではないので定期的な勉強会が必要	○	新人スタッフのオリエンテーションの中に組み入れる。
71	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	火災訓練はスタッフの入れ替わりがあり現在のスタッフの半数以上が経験していない。地震についての対策について話し合いを行っていない。早急に対応したい。	○	火災時のマニュアルは、あるが地震・水害・及び台風等の停電等に対する対応について七月中に実施し備える。
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	ご家族へのケアプランの説明時に転倒・誤嚥等のリスクについて説明を行っている。特に転倒についてはスコア表を作成しているが現在活用がなされていない。また、内科的疾患で突然死のおそれや脳梗塞のリスクが高いことについては、主治医より説明している。	○	転倒については、スコア表を活用する。また、誤嚥についてもスコア表を作成し説明する。
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
73	○体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	定刻にバイタルサインのチェックを行い異常がある場合やいつもと違う変化が見られたときは、看護師・リーダーに報告し必要時主治医へ連絡し診察を仰いでいる。またケアプラン2に、特に内科的疾患で現れやすい症状については、看護師が記載しているのでそれをみて介護スタッフが観察を行っている。過去に早期癌の発見や消化器官出血など早期に発見することが出来ている。		
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	内服薬が開始になった場合は、申し送りとケアプラン2に目的と留意事項を記載しているためほとんどのスタッフは、理解している。用法や用量については、看護師が一週間のケースに分配しているため変更があった場合もスタッフ全員がわかるようにしている。しかし、新人や一部のスタッフで理解が困難な場合には、ホーム長の判断で与薬は任せていない者もいる。		
75	○便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	なるべく自然排便を促す工夫としておやつに芋・豆類を選択したり小まめに水分補給をしたり、ヤクルトや牛乳など飲んでいただく配慮はしている。また、ビール好きな方でビールで便秘が解消する方やドライブで解消する方は、ケアプランに組み入れている。また、緩下剤を服用して頂いているが苦痛がないように便の性状をみて服薬量を加減している。しかし、緩下剤に頼らざるを得ないのが現状である。		
76	○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている	食後に歯磨きを誘導しているがほぼ自立の方が出来ていない場合が多い。残存歯がなく義歯も装着されていない方は、食後にお茶をすすめている。義歯の洗浄は、ご本人がされるが仕上げはスタッフが行っている方もいらっしゃる。義歯の汚れ具合をみてポリドントなどの洗浄液を使用している。定期的に歯科の訪問に来ていただいている方もいる。	○	先月までは、スタッフの中に歯科衛生士がいたため定期的に口腔状態を観察してもらっていたが勤務交代があったため今後は、歯科医師と相談し家族の了解を得、定期的な歯科受診を検討したい。

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	<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>		
78	<p>○感染症予防</p> <p>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)</p>		
79	<p>○食材の管理</p> <p>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</p>	○	衛生管理についてチェック表を作成しそれによりチェックを行ない管理していきたい。早急に作成する。
<p>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</p> <p>(1)居心地のよい環境づくり</p>			
80	<p>○安心して出入りできる玄関まわりの工夫</p> <p>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</p>		
81	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>		
82	<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</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)
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	入居されるときに家庭で使い慣れた家具や着慣れた服を持ってきて頂けるようお願いしているが認知症の進行された方は、物が多いと危険なこともありやや殺風景になっているところ部屋もある。		
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	温湿度計をみて調節するようにしている。居室は、入所者がリビングで過ごされているときに窓を開けるなどして換気を行なっている。冬場は、就寝前・起床前に暖房し気持ちよく睡眠・覚醒できるように心がけている。また、トイレなどにもハロゲンヒーターを置き快適に排泄出来る様に工夫している。夏場は、就寝前に冷房にて居室を冷やすなど考慮している。		
(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	ホーム内は、いたる所に手すりがついてはいるが活用しにくいため移動用具として、歩行器・シルバーカーを使っている。居室は入り口は、畳と板張りのため段差があり履物を脱がれるが転倒は、ほとんどない。トイレや浴室は、バリアフリーとなっており車椅子での出入りがしやすい。		
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	トイレなどは、赤色でトイレと書いた札をかけている。また、トイレと判る様に夜間は、そこだけ電気をつけたりしている。また、浴室に一人で入られないように札を立てたりして工夫している。		
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	庭には、椅子とテーブルや昔馴染みのばんこを置いたりして楽しんでいただく様しているがベランダは、洗濯干し場になってしまっている。もっと入所者様に外庭に出ただけのような工夫が必要	○	入所者さまがひとり一鉢など花などを植えたり外に関心を持てるように工夫する。

## 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させている	○	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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている		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。)

ターミナルケアの経験があること・看取りに対するケアの連携。ケースカンファレンスで情報を共有できているところ。重度な方から軽症の幅広い入所者様を受け入れ、その中で行事等は、全員参加を目指していること。