

# 自己評価票

自己評価は全部で100項目あります。

これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。

項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目の や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したのものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

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

## 記入方法

### [取り組みの事実]

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

### [取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に をつけます。

### [取り組んでいきたい内容]

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

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

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

## 用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

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

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

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

## 評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目( 1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目( 88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	グループホーム上祓川
(ユニット名)	
所在地 (県・市町村名)	鹿屋市上祓川町8469-1
記入者名 (管理者)	内園ゆう子
記入日	平成 20年 5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 )

取り組んでいきたい項目

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印 )	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>. 理念に基づく運営</b>			
1. 理念と共有			
1	地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	認知症という障害を持つなかで、生活の全てが出来なくなった人ではなく、個々の残された機能、能力に注目し、その部分に働きかける事でその人の力を発揮できるようにサポートしていくことを踏まえ、ホームの理念として「笑顔で満足～あきらめない～」とした。また、入所時にご家族や、運営推進会議でも地域の方に説明している。	
2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	常に「できなくなった事」ではなく、「少しでも出来る可能性や、できること、できていること」をミーティング等を通し、スタッフ間で話し合い毎日の生活の中に取り入れている。	
3	家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえるよう取り組んでいる	理念の中で、「住み慣れた地域のなかで・・・」と表現し、当ホームに入所していても地域とのつながりを意識している。運営推進会議資料の表紙に記載し、ホーム内にも目に付きやすい場所に掲示している。	
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	隣近所の方とは場所として離れているが、数人の利用者の方は地元の方で、家族以外の方が遊びに来て話しかけていただく場面も多い。また、地元の方が共同で野菜などの販売所(あすなる)があり、利用者と一緒に出かけに行くことで、地域の方との交流もある。	
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	運営推進会議の中で、町内会長から行事への誘いを受けたり、利用者が過ごしやすいようになど、意見交換ができています。	

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心じて、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	認知症の理解に向けて、運営推進会議で話をしたり、家族にも便りの中に盛り込んでいる。また、運営推進会議の中で高齢者の暮らしに役立つ方法が無いか話しあっている。		
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	外部評価の結果はミーティングの中で改善が必要な点を全体で検討し、運営推進会議の中でも報告することで具体的な改善に向けて取り組んでいる。		
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	2ヶ月に1回、開催する中で、利用者の2ヶ月ごとの状況、受診の内容や、臨時受診状況、面会の状況、事故報告等を報告しその中でメンバーの意見を伺い、サービスに取り組むようにしている。		
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	事故報告の時など検討内容など意見を伺うこともある。また、実地指導もあり、記録物、マニュアル等の工夫についてアドバイスを受けている。ホーム内で判断しにくいことは相談するようにしている。		
10	権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	毎月、第2金曜日の学習会を実施している。H19年7月の学習会で「地域福祉権利擁護事業」「成年後見人制度」について目的、種類、対象者など資料を用いて学ぶ機会を設けた。必要な方には支援をしていくが、現在は対象者が存在していない。		
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	毎月、第2金曜日の学習会を実施している。H19年7月の学習会で「虐待防止法」の法律内容、実際に起きたケースや関係者のかかわり、介護者の行為など伝達し、スタッフ一人ひとりが考える機会があった。身体拘束委員会の中に盛り込み、毎月虐待のケースが無くても未然に防止できるように意識付けしている。		

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)
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>		
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>		
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>		
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>		
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>		
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>		
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>		

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	ホーム内で月1回(第4金曜日)学習会を行い、高齢者の疾患や感染症、介護技術、認知症について等テーマとし、学ぶ機会を維持している。事業所全体では、年4回外部の講師を招き、口腔ケア研修会、倫理研修を合同で実施。他に大隅地区GH協議会主催の研修や介護技術など交代で参加させてもらい研修レポートに学んだこと、感じたことなど記録に残している		
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	大隅地区GH協議会の研修への参加、他介護保健施設が主催する「認知症への理解」などへの参加をする中で、他GHのスタッフとの交流の機会がある。その中で、他のGHの取り組みなど意見も交えながら当ホームのサービスを検討する機会もある。		
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	介護や、対応に戸惑う場面もあり、日々のコミュニケーションの中やミーティングの中で感じていることを表現してもらうようにしている。		
22	向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	スタッフ個人の年間目標を1月に立て、6月には中間の振り返りを行っている。勤務の状況も個別に評価し、評価手当て等の支給もある。スキルアップができるように試験や、研修に参加しやすいよう勤務の調整も実施している。		
.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	サービスの利用について相談があったときは、本人に会って現在困っている状況を尋ねたり、話をゆっくり聴くようにしている。状況に応じて数回訪問することもある。		
24	初期に築く家族との信頼関係 相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	利用相談がある時は、家族の介護状況や不安に感じたり、困っていることを聞くようにしている。また、利用にあたり、家族の要望を聞きながら、ホーム内のサービスなど説明するようになっている。		

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)
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	「GHに入所させたい。」と言うことで相談に来られるケースが多いが、家族と一緒に生活することが難しい点や、独居であればその生活を聞き、また他のサービスも視野に入て対応するようにしている。		
26	馴染みながらのサービス利用 本人が安心して、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	施設から直接入所するケースが多いが、利用者本人の不安や最小限になるよう家族と一緒に来てもらったり、関係者と一緒に来てもらっている。また、ホームのスタッフも利用者本人や家族に少しでも安心していただけるように、対応も配慮している。		
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か喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	洗濯物を干す、取り入れる、たたむなどひとつの作業と一緒にする機会を維持し、共に支えあって生活している場面を設けている。		
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	毎月、利用者本人の様子を伝え、生活の中でスタッフが気になることがあれば家族に相談するなどお互いに協力できる関係作りをしている。		
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	ホーム行事として「敬老会」「クリスマス会」「夕涼み会」で年2,3回家族と一緒に食事など一緒に過ごす機会を設けている。個々に応じて、家族と月に1回外出したり、遊びに来たり、遠方の家族に電話をかけて話をするなど家族との繋がりを意識しサポートしている。		
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	本人の希望に沿って、墓参りや近所の美容室に出かけたり、友人が生活している他のGHへ遊びに出かけたりしている。		
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	利用者同士で仲が良くひとつの作業を一緒にしたり、買い物に出かける関係性と、側に近寄るだけでトラブルに発展する関係性をスタッフが把握しており調整している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印 )	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
32	関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	入院期間中も利用者に面会に行ったり、家族と連絡し相談に乗る様にしている。		
<b>.その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>				
1.一人ひとりの把握				
33	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	普段の生活から暮らしの希望や、本人の表情、しぐさなどから意思を推測したりしている。また、家族からの情報や、現在の状況を伝える中で、スタッフの一方的な考えとならないように配慮している。		
34	これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	利用時に自宅や生活している場所に訪問したり、関係者や家族から生活歴、既往歴など聞き取りを行い把握に努めている。家族の中には一緒に生活したことが無く説明ができないことを心配することもあり又、、他人に話しにくい事もあるので配慮しながら把握するように努めている。利用していく中で話しやすい雰囲気が出てくると、会話の中で今まで分からなかったことも少しずつ出てきているため、あせらずゆっくり聞くようにしている。		
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	トイレのタイミングを計るために、チェック表を活用し、トイレに行くようにしている。また、睡眠状態を把握することで、日中の活動や睡眠を妨げるものなど検討するなど本人の全体像をつかむように努めている。		
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 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	本人との会話や表情などから、生活に対する要望、家族とのかかわり、医療に対しての要望などアセスメントし、他スタッフや家族の意見も含め介護計画を作成している。		
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	3ヶ月ごとにプラン内容を確認している。心身の変化が生じている時などはその都度見直し、関係者等からの情報や話し合い、家族の意見を踏まえながら計画を作成するようにしている。		
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	「SOAP」の記録形式とし、利用者の言動、その時の状況、その中で原因や背景を振り返り、サービスを工夫するようにしている。また、介護計画に沿ったサービスを提供できるように、個人の記録としてまとめている。		

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)
3. 多機能性を活かした柔軟な支援			
39	<p>事業所の多機能性を活かした支援</p> <p>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</p>	<p>平成18年4月より医療連携体制を実施。ホーム職員に看護師を配置し、日々の健康管理・受診援助・緊急時の対応(24時間連絡体制あり)等、実施している。又看取りが必要な場合も本人や家族の意向を最大限に尊重した中で実施する方針がある。入院生活が困難な方が入院治療が必要な場合、主治医と相談し通院で療養していただいたり、早期に退院していただき、リハビリに通院する等、一人ひとりの利用者の状態に合わせるようにしている。</p>	
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	<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議のメンバーの中に町内会長や駐在所の方、地区の消防団の方など含めており、利用者の状況を把握していただいている。また、防火訓練も地区の消防団の方と合同で行っている。</p>	
41	<p>他のサービスの活用支援</p> <p>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</p>	<p>近隣の美容室へ出かけられない方は、ホームへ来ていただきサービスを利用している。また、ボランティアの方の訪問もあり踊りを披露していただきながら交流を図っている。</p>	
42	<p>地域包括支援センターとの協働</p> <p>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</p>	<p>2ヶ月に1回開催する運営推進会議で市と交互に参加し、利用者以外の情報等の交流も図れるようになっている。また、ホームの空室についての情報を提供している。</p>	
43	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>協力医療機関以外に、かかりつけ医があれば入所しても継続したかかりつけ医での医療を提供してもらえるように援助している。また、必要に応じ、専門医へ紹介してもらったり、相談しやすい関係作りをしていくことで、本人や家族にとっても安心した医療が受けられるように努めている。</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)
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	協力医療機関の脳神経内科医へ相談し、必要な治療など受けられるようにしている。		
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	ホームに看護師を配置し、毎日の生活の中で変化など無いか観察している。また、夜間利用者が発熱したり、判断に困る時など、連絡しアドバイスを受たり、ホームに行き利用者の状態を看護師が確認するなど臨機応変に対応している。		
46	早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している	利用者が入院したときは、病状の説明を家族と一緒に聞いたり、医療機関の相談員と連絡を取っている。家族や本人の要望に応じ、入院しても、これまで生活していたホームの環境に帰ることを目標とし病状が安定したら早期で退院できるようにしている。		
47	重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	医療連携体制のなかで、重度化したとき、ホーム内の指針を定め、医療としてターミナルとなったとき、家族や本人の希望に沿ったサービス内容であれば、医療機関関係者、家族、ホーム職員との話し合い対応を話し合い、ケアを行うようにするが、途中で家族や本人の方針に変化があれば、その意向に応じていくように努める。		
48	重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	ホーム内の体制として、できることを家族、医療機関へ説明し、本人、家族の意向を踏まえた中で支援できるか検討していく。家族や本人が安心した中で、最後の暮らしを支えられるように、医療機関との連絡体制も十分に図っていく。		
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	他施設に移るとき、これまでの生活の状況、本人の習慣、好みなど情報提供書に記載するが、関係者へ面会し提供書以外のことも必要に応じ伝えている。また、何度か通う中でこれから生活する場所に馴染めるようにかかわり、不安が最小限になるようにしている。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印 )	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<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	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	ミーティングや学習会を通し日常の対応や言葉掛けがしっかり出来ているか振り返る機会としている。個人情報に関しては守秘義務を周知徹底してある。	
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	利用者一人ひとりの希望や関心ごとを知り、外出支援(買い物、ドライブ、知人宅訪問など)を行っている。言葉で表現することが難しい方に簡単に選択できるような言葉かけを行い、その時間帯の過ごし方も決めてもらうように工夫している。	
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し、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	1日の生活の中で、スタッフ都合とならないように注意し、一人ひとりのペースを把握しながら対応に努めている。日中も部屋でゆっくり過ごしている方の様子を時々伺ったり、外に出かけたい方の付き添いなど希望に沿って支援ができるようにしている。	
(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 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	朝の着替えを手伝う時、利用者の方にも決めてもらうよう声かけしている。また、男性の場合は髭そりが出来るようにシェーバーを準備し、手渡したり、剃り残しが無いか確認している。洗面も十分にできない方も居るので、洗面器を利用し身だしなみが整えることに努めている。	
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	調理でその方ができることを手伝ってもらったり、盛り付けなども任せられることもある。利用者自ら食事の後にお盆を取りに行き、他の利用者にも片付けを促す場面もある。メニューは決めていないので、時には「今日は何が食べたい？」など声をかけることもある。	
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	利用者一人ひとりの好みを把握し、お茶の時間に好みのものを準備している。	

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)
56	気持ちよい排泄の支援 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	ある程度の動作を手伝うことで、トイレに座ることができる方は、トイレのタイミングをつかむために、排泄チェック表に時間を記入し、一人ひとりの排泄感覚でトイレに行くようになっている。尿漏れが不安な方には尿取りなど使用しているが、スタッフが声をかけてトイレに行くようになっている。尿漏れしたときは、早めに交換し不快な思いをさせないように努めている。		
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	入浴は毎日実施しているが、利用者一人ひとりに入浴するか、しないかを確認している。毎日入りたい方も居るので希望に応じるように努めている。		
58	安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	利用者一人ひとりのペースに合わせて、日中も休息をしている。夜間の睡眠状況も昼夜が逆転しないように、庭に出たりと活動を促すこともある。夜間、不安が強く寝つけない方の側に付き添い安心出来るように心がけている。		
(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 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	季節ごとに餅つき、梅干つくりなど利用者も一緒にすることで、経験や知恵を発揮する場面づくりができています。		
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	金銭管理や、支払いが苦手となっている方もいるが、家族と相談しいくらが手元に持っており、買い物に出かけた時に、自分の財布を取り出し、この中から支払いをするようスタッフに伝える方もいる。		
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	「たまには外にでらんなら」と外出を楽しみとしている方も多いため、買い物に出かけたり、知人が生活しているGHに出かけたり、今まで生活していた地域にドライブに行くことも多々ある。		
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	一人ひとりが出かけた場所に行くことができるように外出支援を行っている。また、家族と一緒に外出する機会もある。		

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)
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	電話で話ができる方は、スタッフが家族に電話をかけ、ゆっくり話す機会を設けている。本人に代わりスタッフが毎月の様子を書き家族に送付している。		
64	家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	家族の面会も多く、知人が一緒に来たりと本人を中心に楽しく過ごす時間もある。家族や知人など気軽にホームに来てスタッフや他の利用者に気兼ねなく過ごせるように配慮している。		
(4)安心と安全を支える支援				
65	身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束廃止委員会があり、月1回のミーティングでも言葉による拘束など無意識に発していることなどが無かったか、再確認をしている。頻回に外に出て行こうとする利用者もいるが、家族も含めて身体法則による弊害についても話し理解してもらおう工夫をしている。		市からの実地指導の際、身体拘束による弊害についてスタッフが聞かれたが、答えることが出来ていなかったので、学習会、ミーティングの中で定期的に周知し、身体拘束をしないケアに取り組んでいく。
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	夜間、防犯目的で玄関等を施錠するが、それ以外は鍵をかけないことをルール化しており意識的に取り組むことができる。		
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	利用者の所在確認を行いながら他の利用者の手伝い、食事の準備、入浴など行うように努めているが、スタッフ間で声かけが十分にできていないこともあるので、常に意識した関わりを続ける必要がある。		歩行等が不十分で転倒のリスクも高い方が多いので、スタッフ間でも声かけを十分にし安全面への配慮ができるようにする。
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	常時使用する洗剤等は、同じ場所へ保管している。包丁やはさみなど、個人の能力に応じ使用してもらおう。		
69	事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	転倒などインシデントが起きた時は、レポートに状況をまとめスタッフ間でその対策など話し合うようにしている。また、リスクマネジメント委員会としてミーティングや学習会の中で周知している。		インシデント記録が日常のケアの中にフィードバックされるようにスタッフ一人ひとりが意識したケアへの取り組みを常に心がけたい。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	( 印 )	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
70	急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	緊急時のマニュアル、ホーム内の学習会で応急処置の手順など学ぶことがある。訓練としてこれまで行う機会がなかったので、今年度は「緊急時の対応」の訓練を実施する計画を立てている。		
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	運営推進会議の中でも、災害発生時の避難場所、方法など話題として出ている。地元の消防団と一緒に火災訓練を実施したり、自動通報器の任意連絡に登録してもらい協力体制ができています。		
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い対応策を話し合っている	家族に利用者の身体機能や認知症による判断能力の低下等から予測される怪我など話を具体的にさせてもらっている。転倒などが頻回な方について家族と方法を検討したり、本人の暮らし、自由などを奪うことがないように工夫している。		
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
73	体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	いつもと異なる様子がある時は、介護スタッフから看護師へ報告をする中、早めに医療機関へ相談できるようにしている。業務日誌の活用で日勤者、夜勤者がそれぞれの時間帯で起きたことを把握するように努めている。		
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	個別に「薬剤情報」をファイルしている為、いつでも閲覧できる。また、大まかに個人の服用している薬の内容は把握している。		
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	便秘傾向の利用者も多く、便秘が続くことで利用者がイライラしている様子もあるため、利用者が落ちつかない時は、便秘にも注意を向けている。また、水分を多く取れるよう準備したり、進めたりし、牛乳や繊維物の多い食材など摂取することで自然に排便が出るように工夫している。		
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	外部の研修で口腔ケアの研修を受け、「いつまでも自分の口を使っておいしく食べる」を目標に、口腔ケアへの関心を持つようになった。義歯洗浄以外に定期的に消毒し、口腔内の汚れ、異常など確認をする。スポンジで口腔内の清掃も行い、利用者も手渡すと3、4回磨く動作も見られるようになってきた。		

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)
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	食事の摂取量、水分の摂取量など、個別に把握するようにしている。飲水量が少ないときは、補給しやすい飲み物などをすすめ脱水にも注意している。また、定期的にカロリーをチェックするようにしている。		
78	感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	感染対策のマニュアルがあり予防に努めている。また、スタッフはインフルエンザ流行前に事業所負担でワクチンの接種をし、利用者も予防接種を受けている。食中毒をはじめとする細菌繁殖の時期や、ウイルスが流行する期間の前にはスタッフにも注意を呼びかけている。		
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	毎週月曜日は冷蔵庫内の賞味期限チェックと、消毒(アルコール使用)を実施。また、購入した食材の賞味期限をメモ紙に記載し冷蔵庫前に貼り確認するようにしている。衛生マニュアルを整備し、各食材ごとにまな板、包丁を分けたり、毎回、毎週チェックするシートもあり衛生管理を意識し安全な食事を提供できるように努めている。		
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 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	ホーム周辺に草花を植えたり明るい雰囲気にも努めている。また、利用者の道路への飛び出し防止、一人で出て行くことで発見が遅れないように門扉をつくった。		
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	共同で使用する場合は、不快に感じる事が無いように努めている。季節を感じる事が出来るように壁等に折り紙で季節に応じた飾りを作り飾ったり工夫している。		
82	共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中には、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	仲がよい利用者同士と一緒にテレビを見たりしている。また、一人でゆっくりしたい時はその方のペースで部屋で休んだり、和室で横になったりしている。		

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)
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	入所時は自宅で使っていたものをなるべくもって来てもらうように伝えている。入所後は好きな写真や人形などが飾ったり置かれていたり本人が心地よく過ごせる工夫ができています。		
84	換気・空調の配慮 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	トイレは換気扇を常に回し、使用時のおむつは新聞紙に来るんで廃棄している。1日1回袋をまとめ外の専用容器に出すようにしている。また、温度湿度を確認し利用者の体調管理に役立てるように工夫している。温度設定は利用者に合わせている。		
(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	入浴時は手すりを使い安全に起立保持が出来るよう、また、スタッフも付き添い安全に入ることが出来るようにしている。洗面台の高さは、車椅子使用者で円背の方にとって使用しにくいですが、スタッフの介助の中で、出来ることは本人に任せよう工夫しながら実施している。		
86	わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	「出来ること、出来ないこと」を考えながら、出来ることが多くなるように意識して関わっている。シルバーカーを使うことを忘れる方で文章が読める、その書いてある内容を理解する、その通り行動に移すことができることを把握した中で張り紙をするなど工夫をしている。		
87	建物の外周や空間の活用 建物の外周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	天気がよい時はホームの庭でお茶を飲んだり、日光浴をしたりしている。また、冬場は日のあたる窓際に行き外を長めながら日光浴を楽しめるように工夫している。		

. 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	ほぼ全ての利用者の	
		利用者の2/3くらいの	
		利用者の1/3くらいの	
		ほとんど掴んでいない	
89	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	毎日ある	
		数日に1回程度ある	
		たまにある	
		ほとんどない	
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
91	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
93	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
94	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
95	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています	ほぼ全ての家族と	
		家族の2/3くらいと	
		家族の1/3くらいと	
		ほとんどできていない	



項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	ほぼ毎日のように	
		数日に1回程度	
		たまに	
		ほとんどない	
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	大いに増えている	
		少しずつ増えている	
		あまり増えていない	
		全くいない	
98	職員は、生き生きと働いている	ほぼ全ての職員が	
		職員の2/3くらいが	
		職員の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
99	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
100	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	ほぼ全ての家族等が	
		家族等の2/3くらいが	
		家族等の1/3くらいが	
		ほとんどできていない	

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

ホームの理念は、「住み慣れた地域の中で・・・笑顔で満足～あきらめない～」である。少しずつ身体的な機能が低下してくる中、生活上の動作で部分的に本人ができる事を続けていくように工夫している。繰り返し動作の中で半身麻痺となった利用者がリハビリでは上手く獲得できなかった動作面もできるようになったこと、口から食べ続けることを意思して工夫することで、食事の形態は変わっても自分で口に運ぶことが維持できている。開設時から生活が続いている方も病状の変化もあり医療面のニーズが高くなってきているが、本人や家族の希望にできる限り応じ、医療機関との連携も十分に図ることができるようにしている。利用者、家族が満足し、自然と笑顔で生活ができるよう私たちが「できること」を意識した関わりを行い諦めずに前向きに生活のサポートを続けている。