

地域密着型サービス自己評価票

- 指定小規模多機能型居宅介護
(指定介護予防小規模多機能型居宅介護)
- 指定認知症対応型共同生活介護
(指定介護予防認知症対応型共同生活介護)

(よりよい事業所を目指して・・・)

記入年月日	平成 20年 8月 14日
事業所名	グループホームあおいの里
事業所番号	2376500324
記入者名	職名 法人代表 氏名 鈴木 佳彦
連絡先電話番号	0533 - 72 - 2778

(様式1)

自己評価票

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	地域の人達との交流の継続を含む今までの生活の継続。また、地域の方々への発信など、「その方がその方らしく、地域の中で普通に生活すること」を理念としている。	
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	月に一度の会議の時折に触れて確認している。年に1～2回程度勉強会を行い理念の理解、確認等を行っている。勉強会では各項目ごとにゆっくり時間をかけてスタッフの意見を聞き話し合うようにしている。	
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よう取り組んでいる	地域の中で「その方がその方らしく、普通に生活する」ことを理解していただくために、利用者の家族には面会や家族会などを利用して折に触れて伝えている。また、認知症サポーター研修、地域福祉事業の講師として、研修等を利用して伝えている。また、地域での行事、健康福祉祭り、盆踊り等への参加や、地域の高齢者が集う高齢者サロン等へ参加し住民との交流などとともに、理解が得られるように取り組んでいる。また、運営推進会議には、老人会、民生委員の方などの協力を得ている。	
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	管理者はグループホームのすぐ近くに住んでいる。隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、良好な付き合いができており、協力が得られている。近くに住む方の入居が増え近隣の方でもあり入居者の家族である方が増え、気軽に立ち寄る家族も増えた。	

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	地域住民に向けて、認知症サポーター研修、地域福祉事業講師をしている。また、地域の介護従事者向けの研修も行っている。また、健康福祉祭り、盆踊り等への参加や、地域の高齢者が集う高齢者サロン等へ参加している。運営推進会議には、老人会、民生委員の方などの協力を得ている。		
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	認知症がある在宅での困難事例等の話し合いに参加し、小坂井町の地域包括支援センター、行政、民生委員、サービス事業所等と共に支援を行っている。認知症サポーター研修、地域福祉事業、介護従事者向けの研修講師等をしている。社会福祉協議会のボランティア事業や社会福祉体験事業等に必要な情報を提示したり提案したりしている。		
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	サービス評価ガイドラインを参考に自己評価の項目について年に1～2回勉強会を行い、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。		
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	年間計画を参加者に配布し確実に2ヶ月に1回運営推進会議を開催している(奇数月第四金曜日)。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		
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	頻回に話し合いを行っている(週に1回程度)。町職員向けの認知症勉強会を小坂井町庁舎内にて行い、約半数の職員の出席を得た。		
10	権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	管理者はリーダー研修で法人代表は認知症指導者養成研修にて学ぶ機会を持った。その後も司法書士(リーガルサポートの方)に直接話しを聞いた。熊田先生の講義を聴くなどしている。また、必要時に活用できるよう支援している。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	虐待防止に関して、定期的に話し合いや勉強会を持って情報を共有している。		
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	入居時は見学をしていただき、ホームの理念、実際の介護、料金等細かく説明した上、十分な話し合いの上、契約を締結する。解約は家族側からは自由にできる。違約金はない。		
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	「みんなの声」と題し、特に希望した時でなく普段から利用者のちょっとした意見や希望を書きとめるノートを作り職員間で情報を共有している。また意見や苦情があった場合話し合いを行い、再発防止に役立てている。重要事項説明書に、苦情受付窓口の説明として、当事業所だけでなく、市町村窓口、国保連、愛知県健康福祉部高齢福祉課を記載している。運営推進会議では利用者にホームの生活等を気兼ねなく話していただくよう気配りしている。		
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	月に1回あおいの里だよりとして、利用者の暮らしぶりや健康状態等を書いた写真つきの手紙を家族に郵送している。金銭管理は金銭管理委託契約書を取り交わし、面会時(概ね月の最初の面会時)に出金の明細を確認していただき、署名又は捺印をいただいている。		
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	面会の時などに気軽に話せる雰囲気づくりをしている。また意見や苦情があった場合話し合いを行い、再発防止に役立てている。重要事項説明書に、苦情受付窓口の説明として、当事業所だけでなく、市町村窓口、国保連、愛知県健康福祉部高齢福祉課を記載している。認知症と家族の会について説明している。運営推進会議では家族にも積極的にホームへの思い等を話していただけるよう気配りしている。		

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	普段から、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ている。月に1回の会議等も利用している。グループホームの運営の概ねはスタッフの意見提案から成り立っている。		
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	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が、夜勤等できるスタッフが減り一部スタッフの負担が増している。また、行事の時なども柔軟な対応ができるよう勤務の調整に努めている。		スタッフの力を借りさらに優秀な人材確保に努めたい。
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	異動は基本的にはない。離職を食い止めるためあらゆる手段をこうじている。運営者はスーパーバイズ、コーチング等を学びスタッフの仕事の喜びや満足度が高まるよう努めている。また、離職がある場合でもダメージを最小限に抑えるため、申し送りを徹底し、担当利用者へ影響が及ばないように配慮している。		継続して学習し、離職率の高さやバーンアウトの問題に対応したい。
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	愛知県グループホーム連絡協議会の研修などを利用して、知識や技術の習得に努めている。法人内でも定期的に研修を行っている。		
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	愛知県グループホーム連絡協議会、宝飯豊川介護保険事業者連絡会施設部会等を利用し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。小坂井町の中では介護従事者向けに認知症に関する勉強会をあおいの里が行った。愛知県グループホーム連絡協議会幹事。小坂井町社会福祉協議会監事。		
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	管理者や法人の代表は普段から職員の意見や話が聞けるような人間関係作りをしている。ストレスを軽減するための工夫や環境づくりとして、H19.4よりスポーツクラブの法人会員となった。食事会等定期的に行っている。		

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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>運営者は、常に現場を見ており、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を自ら把握している。各自が向上心を持って働けるよう担当利用者を決め、仕事の達成感や喜びが持ちやすいように工夫している。</p>		
<p>.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</p> <p>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</p>				
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>事前面談を行い現状の生活を把握している。可能であれば共用型通所介護を利用していただき、本人と話す機会を多く持ち、本音や不安が聞きだせるように努め、入居時のリロケーションダメージを最小限にできるよう努めている。</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>事前面談を行い現状の生活を把握している。見学、自宅訪問等、複数回話を聞く機会を設けて、自然に家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等が聞けるように工夫している。可能であれば共用型通所介護を利用していただき、グループホームをよく知ってもらってから入居につなげている。</p>		
25	<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>事前面談を行い現状の生活を把握している。見学、自宅訪問等、複数回話を聞く機会を設けて、アセスメントできるように努めている。入居にこだわらず、その方にとって一番良い選択ができるように情報提供している。</p>		
26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>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</p>	<p>訪問による説明、見学、お試し利用等段階的に進めている。可能であれば共用型通所介護を利用してもらっている。本人や家族が安心し、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。</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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援			
27	<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>「私たちはお年よりに教えていただき、時には頼りにし、共に生活していきます。人は頼りにされ、誰かの役に立つときが一番輝くときだと思うからです」をモットーに一緒に過ごしながらか学んだり、支えあう関係を築いています。怒られたり、感謝されたり、笑いあったり、一般家庭の中で普通にあるお年寄りと家族の関係が再現できるように努めている。</p>	
28	<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>家族の希望を本人と同じように大切に考えている。気軽に家族の思いや意見が聞けるような関係作りに努めている。家族に本人の情報を細かく伝え支援に関して一体感が持てるように努め、介護する側される側の垣根をなくすよう努めている。</p>	
29	<p>本人と家族のよりよい関係に向けた支援</p> <p>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</p>	<p>旅行や食事会、お酒が飲める機会などを作り、家族と本人の良好な関係が保てるよう演出している。</p>	<p>家族と疎遠になっている利用者の関係修復に役立つようにしたい。</p>
30	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>なじみの美容院やスーパー等を利用している。また、近隣の高齢者が集うサロンや地域のイベントの参加し、なじみの人との関係性も途切れないよう配慮している。</p>	
31	<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>	<p>利用者個々の特徴(例えば世話好き等)をしっかりとらえ、ふれあい(座る位置関係等)を演出、工夫するなどして、利用者どおしの支えあいができるようさりげなく支援している。</p>	
32	<p>関係を断ち切らない取り組み</p> <p>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</p>	<p>他のところへ移られたあとも、遊びに来てくれることや、訪問してくれることを歓迎している。また、入院などされた方には、お見舞いなどしばらく定期的に連絡をとっている。家族からも連絡がある。退居されてからしばらくたった方の葬儀等出席させていただいた。</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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
. 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	<p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>思いや希望の抽出方法として、何がしたいやどこへ行きたいか尋ねるより、普段の生活の中での利用者、利用者家族との係わり合いの中で、何気ない会話から出てくる話を書きとめ、生活支援に生かせる様に努めている。(みんなの声)言語によるコミュニケーションが難しい場合でも、その方にあった希望の抽出ができるように、努力している。また、意思表示が難しい場合においても、過去の生活歴、家族等の話より、その方にとってもっとも良い選択(生活)が出来るよう努めている。</p>	
34	<p>これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>サービス利用前に自宅訪問し、本人や家族から話しを聞く機会を設け、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。</p>	
35	<p>暮らしの現状の把握</p> <p>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</p>	<p>「出来ること出来ないことシート」を利用し、24時間の生活をアセスメントをして有する能力の把握に努めている。</p>	
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	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</p> <p>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</p>	<p>サービス担当者会議には、管理者、計画作成担当者、介護スタッフ、本人、できるだけ家族にも参加してもらい介護計画を作成している。</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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	常に利用者の状態、様子、要望に注意をはらい、現状のプランで不足がないか確認している。急な変化等プランの内容が現状に即していない場合は、迅速な話し合い、家族への電話連絡問い合わせなどを行い対応できるようにしている。		
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	「みんなの声」と題し、思いや希望の抽出方法として、何がしたいやどこへ行きたいか尋ねるより、普段の生活の中での利用者、利用者家族との係わり合いの中で、何気ない会話から出てくる話を書きとめ、生活支援に生かせる様に努めている。		
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 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	本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、住まう機能、泊まりの機能(ショートステイ)、通いの機能(認知症対応型通所介護共用型)等事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている		
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 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	運営推進会議には民生委員、老人会等の協力を得ている。消防には防災関係で立ち入り検査の時などに相談している。文化センター等においては認知症の講演会の講師をするなど協力をしている。		
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	必要に応じて外部のケアマネジャーとの連絡をとりあっている。地域の福祉サロンやカルチャー教室に参加している。ボランティアが定期的に来てくれている。		
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	小坂井町包括支援センターと連携し、在宅生活を送る認知症利用者の支援を協調して行っている。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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>	本人や家族が希望する医療機関を受診している。		
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>	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。		
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>	看護師が出勤し健康管理や関係医療機関との連携を行っている。		
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>	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		
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>	入居時より重度化した場合の指針を家族と共に話し合っている。また、家族等の考え方や方向に変更が応じたときにはそのつど話し合いを行い変更できるように取り決めがしてある。主治医とは受診時などに家族、本人の希望などを伝え方針を共有している。		
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>	重度化した場合の指針を家族と共に話し合っって文書にし共有している。また、家族等の考え方や方向に変更が応じたときにはそのつど話し合いを行い変更できるように取り決めがしてある。主治医とは受診時などに家族、本人の希望などを伝え方針を共有している。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	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は、次の居所の担当者にケアプランや情報提供書を送り、口頭でも伝えている。事前に何が問題になるかもよく話し合いを行い、リロケーションダメージを最小限に抑えるよう努めている。		
. 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	人前でトイレ誘導をあらかじめさまで行うなどの尊厳を傷つける行為を行わないことをスタッフは常に意識している。個人情報の取り扱いには十分注意し、個人情報が漏れないよう細心の注意をはらっている。利用者の生命を守るため等個人情報を利用する場合は、あらかじめ同意をもらっている。		
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	「みんなの声」と題し、思いや希望の抽出方法として、何がしたいやどこへ行きたいか尋ねるより、普段の生活の中での利用者、利用者家族との係わり合いの中で、何気ない会話から出てくる話を書きとめ、生活支援に生かせる様に努めている。その方にあったコミュニケーション方法をとっている。「自己決定」は欠かせないことであり、その重要性をスタッフにも徹底している。言語によるコミュニケーションだけでなく、ありとあらゆるその方から発せられる情報を読み取る力や豊かな想像力がスタッフに求められるということ。それらを常に感じ支援している。		
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、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	その方にあったペースを大切にしている。その時の気分に合わせて対応できている。希望の抽出(前出)にはあらゆる方法を駆使している。		
(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				

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	外出には着替えをしてよそ行きで外出することも多い。自分が今まで行っていた美容院が継続できている。		
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	「みんなの声」等を利用してメニューに利用者の希望が反映されるようにしている。日々、買物、調理は利用者とスタッフと共に行っている。調理をする方、味を見る方など利用者の有する能力に合わせた役割を持っている。食事はスタッフと一緒に食べている。		
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	お酒は晩酌など自由に楽しめる。飲み物（コーヒー）等趣向に合わせて好きなきに飲めるようになっている。おやつは買物に行ったとき自由に購入し、食べられる。たばこは、所定の位置でスタッフが付き添い楽しめるようにしている。		
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	排泄チェック表を利用し、排尿パターンの把握に努め、できるだけ良いタイミングで声かけや誘導ができるよう心がけている。またプライバシーに配慮しながら下痢や便秘等の把握に努め迅速に対処できるようにしている。		
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	特に時間等を決めず本人の意志を尊重している。入浴に拒否のある方には、さりげない誘導や足浴等を取り入れている。		
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	できるだけ日中の活動を促している。夜間眠れない方に対しては、特に強く睡眠を促したりせず、一緒にお茶や軽食をとるなど心がけている。また、夜間活動される方には、転倒防止に注意を払い、安心して過ごせるよう見守っている。		


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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(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	<p>役割、楽しみごと、気晴らしの支援</p> <p>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</p>	<p>本人のしたいこと、やりたいことが引き出せるように努め(みんなの声等)、それに合わせ支援するようにしている。過去の生活歴なども参考にしながら、その時の反応、表情などを常に観察し、言語以外の情報よりその方の思い(想い)がキャッチできるように努め、今行っていることが本人にとってどうなのかを常に気にするようにしている。</p>	
60	<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>本人の有する能力に合わせ、金銭管理を行っている。例えば、買物するときなどは、小銭(千円単位)で本人に渡し本人が支払いを行う。</p>	
61	<p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>買物、外食、喫茶、ドライブ、散歩等その方の気分や、希望にできるだけ合わせ外出できるように支援している。行き場所の選定には「みんなの声」の活用もしている。</p>	
62	<p>普段行けない場所への外出支援</p> <p>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</p>	<p>自分の家、自分の畑、思い出の場所などの外出支援をしている。面会時家族と利用者が一緒に外出(喫茶店、食事等)されることも時々ある。</p>	
63	<p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>電話は居間のわかりやすい場所に置いてあり、本人の希望により家族に連絡している。手紙も希望時や季節、年賀状等利用できるように支援している。</p>	
64	<p>家族や馴染みの人の訪問支援</p> <p>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</p>	<p>家族、友人の訪問を歓迎している。また、お茶、お菓子等を出すなど、居心地良く過ごせるよう配慮している。</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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(4) 安心と安全を支える支援			
65	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束廃止の勉強会を行っている。11種の身体拘束にスピーチロック等を含め、尊厳を守るための支援を行っている。</p>	
66	<p>鍵をかけないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>居室には鍵をかけない。玄関は夜8時から朝7時以外は鍵をかけない。身体拘束廃止の勉強会を行っている。</p>	
67	<p>利用者の安全確認</p> <p>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</p>	<p>職員はプライバシーに配慮しながら、見守りやすい位置にて利用者を見守り安全確保している。夜間も全居室が見渡せる位置にてすぐに対応できるように体制をとっている。夜間は、その方に合わせ、訪室、見守りを行っている。</p>	
68	<p>注意の必要な物品の保管・管理</p> <p>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</p>	<p>過剰な管理にならずに、本人の安全を確保し、包丁やハサミ、洗剤、漂白剤、殺虫剤等が使えるように支援している。使用時には環境を整え、見守りをしている。</p>	
69	<p>事故防止のための取り組み</p> <p>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</p>	<p>アセスメントをし、ひとりひとりの危険予測を行っている。インシデント報告書も作り、事故防止に役立っている。</p>	
70	<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>緊急マニュアルを整備し、緊急時に対応できるようにしている。骨折、のどのつまり、意識不明時の対応について勉強会にて学んでいる。</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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	避難訓練を年2回実施、うち1回は夜間想定。消防設備点検報告書を年1回提出。		
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	その方にとっての危険予測を面会時など折に触れて家族に話している。スタッフは介護リスクは生活リスクであることを理解し、自由な生活の妨げになるようなことのないよう気をくばっている。		
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
73	体調変化の早期発見と対応 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	看護、介護スタッフは定期的に観察、バイタルチェックを行い、異常、異変の発見時には申し送りや記載をしっかりと行い情報を共有すると共に、必要があるときには主治医に連絡、受診するようにしている。		
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	個人の記録ファイルに、ひとりひとりが使用している薬の説明書をファイルし、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		
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	排泄チェック表を用い、利用者の排泄状況を把握しており、下痢、便秘等異常に気づいた時には早急に対応していると共に、普段から便秘などの予防のため、適度な運動、繊維の多い食事等に心がけている。		
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	毎食後口腔ケアをその方の状態や有する能力に応じて行っている。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取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	利用者とスタッフが共に作った献立に、管理栄養士が全体量(カロリー) 栄養バランス等の確認をしている。毎食、食事摂取量の記録をしており摂取量に注意している。必要な方には水分チェックをしており、適度な摂取となるよう支援している。形態はその方に合わせたものとしている。		
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)	感染マニュアル、チェック表を整備しており、定期的に話し合っている。		
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	毎晩夜勤者が調理用具等の消毒をして記録している。		
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 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	一般住宅と違和感のない佇まいで施設に入っていると感じさせない工夫をしている。三枚扉の引き戸を使用し、開口部を広くとれるように工夫した。		
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	認知症の利用者にとって、重複する音を聞き分けることは困難であり、不安にさせる要素となることをスタッフは理解し、テレビ、音楽、スタッフの声、物音が重複したり、大きな音になる事できるだけ避け、穏やかな雰囲気になるよう心がけている。明るさは、昼間は光は天窓、窓、カーテンなどを利用し適度な明るさとなるようにしている。夜間は間接的な照明、自然色に近い蛍光灯などの使用により、やわらかで落ち着く照明になるよう心がけている。家庭的な雰囲気を損ねない程度の季節の飾りつけを行っている。		

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 (取組んでいきたい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	一階にテーブルとソファの2箇所、2階にテーブルの1箇所、共用空間に3箇所の空間作りをしている。また、利用者同士の間関係にも配慮した位置関係になるように配慮している。		
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	本人や家族と話し合った上で、使い慣れたものや好きなものを持ち込んで使ってもらっている。カーテンやベッドは無料で貸し出ししており、家族や本人に説明した上で選択し、使用してもらっている。		
84	換気・空調の配慮 気になるにおいや空気よどみがないよう換気に努め、温度調節は、外気温と大きな差がないよう配慮し、利用者の状況に応じてこまめに行っている	気になるにおいや空気よどみがないよう換気している、温度調節は利用者の状況に応じてこまめに行っている。毎日、居間の温度、湿度チェックをしており、記録している。		
(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	家庭的な雰囲気を損ねないように配慮した上で、身体機能を補う工夫をしている。段差のない床、滑り止め、物干しの高さ調節、手すり、木のぬくもり等。		
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	定期的なアセスメントし、ひとりひとりの認知能力や判断力を把握し、プラン、日々の支援に生かしている。状態や状況が変化した場合は、そのつどアセスメントし、プラン変更している。		
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	ベランダへは時々利用者が上がり、日向ぼっこを楽しむ場合もある。		

( 部分は外部評価との共通評価項目です)

. サービスの成果に関する項目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こ と)
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
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

項 目		取 り 組 み の 成 果 (該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こと)
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、生き活きと働けている	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。)

グループホーム入居中の方の家族支援をより強化したい。本人との良好な関係作りや法的支援を含めた社会資源やノウハウの説明などさまざまな支援を折り込むことで、本人の幸せな生活につなげていきたい。

「みんなの声」と題したノートがある。これは、意見や希望の抽出や自己決定のサポートとして、普段のスタッフと利用者、スタッフと利用者家族の会話からその方の、行きたい所や食べたいもの、したいことなどの希望や要望を書きとめ、スタッフが情報を共有し、生活支援に生かしていくためのもので、その段になり、どこへ行きたいか、何が食べたいか、何がしたいかと聞くのではなく、普段からそのような情報に注意し把握していくことで、より利用者や家族の本音に沿った支援が出来ると思う。

生活支援をする上で、「生活の継続性」「役割・生きがいのみつけ」「自己決定」これらを中心におき、「地域交流」「アセスメント」「社会資源」「チームケア」「家族支援」の視点を持ち支援していく。