

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	グループホーム がじゅまる
(ユニット名)	
所在地 (県・市町村名)	鹿児島県大島郡喜界町志戸桶4545番地
記入者名 (管理者)	長谷川 洋子 (早川 百合枝)
記入日	平成 20年 7月 16日

(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 きたい項目)	取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	開設当初の理念を見直し、平成17年にスタッフと一緒に運営理念を考え意見を出し合い管理者がまとめた。その人らしさ、安心した暮らし、家族・地域との絆、地域生活の継続を支えるための理念をつくっている。	○	理念に沿った支援の継続や向上に向けての取り組み
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	理念についての話し合いの機会は少ないが、理念の実践に向けた支援をしている。	○	ケア会議や自己評価、日々の支援の中で話し合いの機会を持ち確認し合う。
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	管理者は、地域での講話の場やホーム見学受入れ時、家族への入居説明、訪問時など折に触れて取り組んでいる。	○	がじゅまる便りの活用等不十分なので、年4回(季節ごと)は発行し地域への浸透を図りたい。
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	隣近所との付き合いがあり、遊びに来たり、お茶をもらったり、一緒にドライブされるご近所さんもいる。また、季節の野菜や玉子などの差し入れも頂いている。日常的に利用者が外出しているので、同伴時は挨拶や会話をする機会もある。集落の班に入っている。	○	隣近所との付き合いの継続や構築
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	集落の行事(ひぐるうむらい・運動会)、小学生ボランティアの受入れを兼ねた交流会、偶数月に行っている近所の高齢者のご近所交流会、その他ボランティアの受入れ等積極的に行っている。また昨年より、子供110番の家を委託されている。		

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 (取組んで 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)
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	管理者は、高齢者学級(町主催)、介護教室(包括支援センター)等その他の集まりで依頼があれば受託し認知症の理解やケアの啓発に努め、高齢者見守り隊への協力、施設内の共有スペースで交流会も行っている。また、地域の方々から相談があれば受け入れる体制がある。		
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	サービス評価の意義や狙いは理解している、自己評価をスタッフ全員で行いながら議論し改善に取り組む場面もあるが、議論だけで終わったり続かない事もある。外部評価の結果は、ケア会議で報告し改善に向けての具体案の検討や実践に繋げるための努力をしている。	○	評価の中で気づきや改善策の実施及び継続の向上に努める。
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	地域行事の参加の意見があったので出来る範囲で努めている。運営推進会議の議事録を家族に送付したり、誰でも閲覧できるようにしている。会の内容を職員会議時に話している。また、委員からは、がじゅまるを良く知る機会になっているという意見も頂いた。	○	会で意見が出難いので、評価と運営推進会議を結びつける取り組みや工夫を行う。
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	頻繁ではないが、機会があるごとに連携を取っている。昨年は、台風時に町職員の方がホームや防波堤付近の見回りを行ってくれた。	○	災害時や緊急時のために、老人ホーム(町)と細かい取り決めを行う。
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	管理者は理解している、また必要なカタの支援や家族への協力をを行い、個々の必要性に応じて対応する体制がある。職員への勉強会が不足している。	○	ケア会議や地域での研修会等があれば活用する。
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	ケースによっては、関係機関と協働しながら速やかに対応している、また体制もある。虐待への注意を払い防止に努めている。また、一部職員は研修会に参加し、ケア会議で簡単な報告はしている。だが、全職員が法について学ぶ機会が無い。	○	法について学ぶ機会を設ける。ケア会議や地域での研修会等があれば活用する。

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)
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	契約の時点で重要事項説明書や契約書を元に話をしている。また解約時も、利用者の状態の変化により解除に至る場合は、こまめに話し合いの場を持ち理解・納得を得て退居に向けてサポートしている。デイ利用者においても、契約時に話を聞きながら説明を行っている。	
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	言葉や態度からその思いを察する様にしたりしているが、利用者全員の意見の反映は難しい。出来る範囲で行っている。直接意見を出してもらおう働きかけは行っていない。	○ 意見が出しやすい言葉掛け、気付きはないですか？と声掛けする。
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	請求書送付時に日々の暮らしぶりが解る様に月次報告書を送付している。また、変化があればその都度連絡し、来訪時の声掛け等行っている。金銭の預かりがある利用者は出納帳を明示している。	
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	介護計画作成時や訪問時、また年2回の家族会時に機会を設けている。	○ 気付きがあれば話して欲しいと思っており、それを運営に反映させて行きたいと思っている。
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	ケア会議等機会を設けている。	
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に応じて勤務調整を行っている。また必要に応じてパート職員を時間で配置したり、夜間帯の利用者の変化や台風災害時の対応も行っている。その都度、状況に応じての体制がある。	

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)
18	<p>○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</p>		
5. 人材の育成と支援			
19	<p>○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</p>	○	個別の意識付けや、外部者にホームに入ってもらい指導を仰ぐ機会を設ける。
20	<p>○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</p>		
21	<p>○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</p>		
22	<p>○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</p>	○	向上心を持って働き続けるための工夫を考える。
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	<p>○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</p>	○	ケース記録簿に本人の言動を細かく記録する事により、本人の意に沿う様なサービス提供が出来たらと思う。

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 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)
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	共用型デイサービスの利用者の家族とは、連絡帳、送迎時、気付きがあった時などに話をしている。(デイ利用から入居となるので)また、受けとめる努力をし職員で共有している。		
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	町内のサービス事業所の紹介をしたり、包括支援センターや居宅介護支援事業所等、介護保険関連の説明も行う様になっている。見極め助言をしている。		
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、場の雰囲気に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	共用型デイサービスについては、ケアマネの紹介によりサービス担当者会議の中でサービス提供の説明を行い、小回数から始めている。大体の方が共同生活利用者の方や職員と顔見知りか共通の話題がありすぐに馴染んでいる様に思われる。また、サービスに慣れない間は家族同伴で利用された方もいた。		
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	季節感を感じる場面、心の持ちよう、昔の言葉や知恵など教えて貰ったり気付かされる。また入居者より、ねぎらいの言葉を貰ったり笑顔を貰ったりと、頑張る支えになっている。	○	更に共に支えあう関係作りを実践していく。
28	○本人と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	月次報告書による利用者の暮らしぶりの報告、家族の来訪時、電話、行事等を通して協力関係を築いている。ホーム外で会った時の声掛けも自然とある。		
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	家族による通院介助、誕生日の食事会に誘ったり、遠方の家族宿泊の受入れ、家族介助による墓参り等を行い、家族と本人の絆を大切に、家族の役割を奪わないような配慮を行っている。また、個々の家族の状況によっては柔軟に支援している。月次報告書で何でも報告し、また家族の大切さも伝えている。	○	更に努め工夫する。

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)
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	それぞれの利用者・家族の意向、および状態や状況を踏まえ、親せきや知人宅の訪問、位牌参り、買い物、理美容等の支援を出来る範囲で行っている。	○	個々の状態に合わせて、関係作りを工夫する。
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	加齢に伴い居室が主になっている人もいるが、共有部分での支えあいの場面、長いすでの語り、時にはケンカの場面も見られる。また、職員が間に入って語らいの場面を作る事もあり、気の合う入居者もいれば気の合わない入居者もあり、その人らしい生活の場がある。	○	入居者間のトラブルの場合、様子を見ながら間に入ったりフォローする。
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	体制がある。また、実際に退居後の支援や他のサービス機関との情報提供や連携をとっている。		
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	家に帰りたいと希望する人達はあるが、諸事情により実際は困難な人もいる。本人の意向や思いを把握する様に努め、出来る事は取組んでいる。管理者と家族で自宅への日帰りを行っている人もいる。		
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	家族・本人より基本情報を得ている。入居後も本人・家族・知人等の訪問などの折に、少しずつ把握に努めている。ほとんどの方が入居歴が長い。	○	センター方式の取り組み(書き込み途中)、本人の言葉や言動など糸口となる情報収集などを行い、その人を知っていききたい。
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	個々のケース記録簿を作成し、1日・15日のケア会議に話し合っている。また、朝夕の申し送りや申し送りノートにて職員全員が把握できる様になっている。	○	個々の能力を把握し、職員が対応した方法、行動なども記録する。

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 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. 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	利用者本位の介護計画を心がけている。ケース記録簿を活用している。家族とはホームに見えたときなど折りに触れて機会をもうけている。	○ 担当者と協力しながら介護計画を作成する。
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	後先になってしまう事が多い、利用者に変化が生じた場合、家族や職員との話し合いの場を設けているが、見直し分の作成が遅れてしまう。	○ 前よりは早くはなっているが、早めに見直しを行い介護計画を作成する。
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	月次報告書を家族に送っている。個別のケース記録簿に食事量・服薬状況、バイタル・排泄等身体的状況、日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソード等記録し、朝夕の申し送り、申し送りノート、ケア会議等を活用し情報の共有を行っている。また、ケース記録簿を基に介護計画の見直し、評価を実施している。	○ 行動面や発した言葉など間違い行動の少ない人、認知症のすすんでくる人の言葉・行動等にも目を向け記録の充実を図る。
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	利用者や家族の状況に応じて、特別な外出の支援(買い物・ドライブ・理美容院)、病院介助、家族の宿泊受入れ、外泊支援等の体制があり、また相談・依頼等あれば柔軟に対応している。	○ 本人・家族の状態に応じ、出来る範囲のことは行っていきたい。
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	本人と関係のある民生委員やボランティアを依頼する事は無いが、地域の知人が訪れる事がある。消防署→隊員に来てもらい消防訓練を行っている。地域の特別養護老人ホームへは災害時等の避難場所として依頼している。また、地域の小学生・幼稚園生・その他ボランティアグループの受入れを行っている。	○ 地域資源を活用し、また、がじゅまるが地域の資源となり貢献出来る様取り組む。
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	グループホームの入居者は、他のサービスを活用することは無いが、デイ利用者については、担当者会議に参加したり、ケアマネと連携を取っている。	

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 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)
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	運営推進会議に出会してもらい意見や助言を頂いている。また、管理者は包括支援センターの地域ケア会議に参加し情報交換、協力関係を築いている。また、事業所で解決出来ない問題等があれば相談に応じてもらっている。	
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し、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	利用者の主治医は、本人・家族の希望する機関に依頼している。また、全利用者が同じ主治医の病院の為、協力医療機関として確約を頂き、スムーズな定期受診、緊急時の受入れ等協力して頂いている。	
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	一島一町の小さな島なので、専門医がいない。だが、主治医の病院の受診時に相談・助言を頂くこともある。	
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	看護職を配置していないので、協力医療機関に連携や、日常生活の助言等協力してもらっている。	○ 協力医療機関の訪問看護との連携を構築する。
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	入院によるダメージを極力防ぐ為に、医師・家族と話をする機会を持ち、事業所内で対応可能な段階でなるべく早く退院できるよう連携をとっている。また、管理者・職員が出来るだけ見舞いに行き、利用者ががじゅまるを忘れない様声掛けを行っている。	
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	簡単な指針はある。早い段階では無く、個々の状態の変化に応じて家族の気持ちや意向を伺い、主治医・協力医療機関と連携を取り、事業所が対応できるか見極めながら対応している。	

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 きたい項目)	取り組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	本人や家族の希望により、ホーム内で終末期を迎えた方がいる。対象者がでた場合は、その都度、家族・本人・主治医・協力医療機関・職員と話し合いの場を設け、連携を取り、変化に応じて出来る範囲を見極め対応する体制がある。	
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	他の事業所に移られた場合、ケアプラン等支援状況を情報提供している。また、退居後も必要に応じて支援する体制がある。家族への情報提供も行っている。	○ 当事業所へ住み替える場合、情報提供を受けているが、状況に応じより細かな情報収集を行う。
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	一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねない言葉掛けはやっているつもりだが、できていないのではと思う場面もある。個人情報の取り扱いは事業所と職員での取り決め、事業所と本人(家族)との取り決めを書面で行い、外部に漏洩しない様徹底している。	
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	ドライブ・買い物・位牌参り・知人宅訪問等、可能な時は行っているが、頻繁には対応できない。時折、意識的に選択の場面を作っている。周りの状況、家族の協力等	○ できるだけ場面作りを行う。
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	基本的な一日の流れはもっているが一人一人の体調や希望を尊重し支援している。その日の状況や職員配置、個々の対応の増加に伴い、希望に沿った支援が難しい時もある。	○ もう少しいろいろできればと感じる事がある。
(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 (すでに取り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	理容・美容の支援は出来ている人はいるが、本人の希望で家族が来訪時カットする人もいる。髪がのびてきた時の声掛け、身だしなみの声掛け等行っている。	○	持っている服の中で、外出時や催し時はメリハリをつける。衣類・理美容について家族の出来る範囲で協力を得る。
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	時々一部の料理、盛り付け、食器片付け、洗い等を一緒に行っている。職員と利用者が同じテーブルを囲んで食事を摂っている。	○	場面を多く作る。
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	たばこ・飲酒の支援はしていない、ホーム内火気厳禁。また、たばこが嗜好の入居者がいない。お酒は家族の希望、医師の指示等で飲めない人に合わせ飲酒を支援していない。おやつは、黒糖や昔ながらの食べ物、みき等を取り入れたりしている。		
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	個々の能力に沿って支援している。現在、オムツ利用者は無く、個々の能力に沿って、リハパン・尿取りパット、ポータブルトイレ、トイレ誘導、介助、排便・トイレチェック等行っている。	○	これからも個々の能力に応じて支援する。
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	入浴の曜日・時間帯等決めていない。タイミングを計り声掛けにより入浴したり、本人の希望時に入浴している。	○	本人の希望の入浴形態を尊重する取り組みを行う。本人の能力を生かす入浴器具を取り入れる。
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	個々のリズムに合わせて対応している。夜間寝付けない時は、一緒に共有部分で飲み物を飲んだり話をしたりして過ごしている。		
(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				

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 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)
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	○	役割を作ったり、マンネリ化しない様心がける。
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		
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		
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		
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		
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		
(4)安心と安全を支える支援			


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 (すでに取り組んでいることも含む)
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	身体拘束をしていない、また、折を見てケア会議で身体拘束について話をしている。	○ ケア会議の中で定期的に勉強会を行う。
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	夜間帯は、防犯・安全の為に鍵を掛けている。日中玄関に鍵を掛けていない、利用者に拘束感を与えない様心がけている。	○ 個々の状態を見極めて接する。
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	記録等は同じ空間で行ったり、一緒の活動、所在の確認、外出時の同伴若しくは見守り、声掛け、コースの把握等行っている。夜間は見守りやすい位置におり、トイレ利用時の確認、本人の状態によって注意したりしている。	
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	共有部分の危険物等は、保管場所を定めている。鍵等はしていないが、利用者の状態の変化に応じて注意する体制がある。	
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	食事(きざみ・ミキサー食)、薬の管理、行き先確認(所在の確認)、火の元確認、煙探知機、見守り等一人一人の状態に応じた事故防止に取り組んでいる。	○ ケア会議時にヒヤリハットの記録を活用する。ヒヤリハットの記録の充実。
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	簡単なマニュアルはあるが、周知徹底が不十分、不定期に消防職員を依頼し応急手当や初期対応の訓練を行っている。	○ 実際に緊急時の対応は行っているが、職員の不安感があるので定期的に訓練を行う。

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 (すでに取り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	マニュアルを作成し、年2回の消防訓練(年1回は消防職員依頼)を行っている。災害時は、町内の特別養護老人ホームに緊急避難先を依頼しており、職員および関係者が近くに住んでおり体制がある。一部ご近所さんにも協力を依頼している。	○	近隣の協力が得られる様働きかける。特老との災害時避難の細かな取り決めを行う。
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	その人の状況によって家族と話をする場を設けたり対応策を講じているが記録に残していない場合もある。怪我やヒヤリハット等は、ケース記録やヒヤリハットノートに記入し月次報告書若しくは電話を入れている。家族に泊まってもらう事もある。	○	家族との話の内容を記録に残す。

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 (取組んで 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)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	毎日のバイタル、食事量チェック、様子観察を行い変化に気付いたら管理者へ報告し、申し送り等で情報を共有している。場合によっては、家族へ報告し病院受診等行っている。	
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	処方箋受付ノート、薬辞典を利用し服薬の作用・副作用ノートを作成している。また、服薬は職員で管理し、服薬時に渡し服用の確認を行い記録している。薬の処方や用量等が変更されると、様子観察を行い医療機関との連携を取れるようにしている。	○ 薬の変更等があった場合、職員間の周知徹底を行う。
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	体を動かす働きかけ、水分摂取の声掛け、食事の工夫等行っている。また、排便の確認をし個々の状態に合わせて便を軟らかくする薬や下剤を使用している人もいるがむやみに利用せず状態によっては止めたりもしている。	○ 更に工夫をする。
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	自分で出来ている人、声掛けで出来る人、自分で出来ない人がいる。夕食後の歯磨きは必ず声掛けしているが、10時茶、3時茶後の声掛けはしていない。歯の無い人の支援や、その他の人の声掛けや介助が不足しがち。	○ 毎食後は難しいが、口腔ケアの声掛けを一人一人に合わせ工夫する。
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	献立表を見てもらい保健センターの栄養士にアドバイスをもらっている。夜間・季節に応じた水分補給、食事量チェック等行っている。ひとりひとりの状態に応じ、刻み食やミキサー食等利用している。	
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）	安全対策マニュアルの整備、手洗いうがいの励行、インフルエンザの予防接種、主治医による健診、季節によっての対応、世間での感染症流行時の対応等行っている。	○ マニュアル本の活用、定期的勉強会

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 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)
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	調理器具・台所の水周りの清潔・衛生を保つよう、職員で取り決めて実行している。週2回、職員と入居者で買い物に行っている。時に近所の商店で買出しをしている。冷蔵庫内の期限切れ管理を行っている。	○	冷蔵庫の掃除や台所回りの清潔確認を定期的に行う。
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	入口にオリジナルの案内板を掲示し、玄関前にオリジナルのポストを設置している。玄関はカギを掛けず、庭には花を植えたり観葉植物がある。また、庭先に腰掛スペースがあり、気軽に出入りできる様工夫している。また、気軽に訪問して頂ける様、子供110番を受託した。	○	庭の手入れを充実させる。
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	食事を作る音・匂い、鳥唄の音楽、季節ごとの料理、夏場はよしずで遮光等、生活感や季節感を取り入れている。玄関先の長いすでも過ごしやすくするため、西日対策でロールカーテンを設置した。大半の入居者様は、日中帯、共有部分で過ごす人が多い。		
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	共有部分の長いすやソファ、干し場で涼んだりと仲の良い利用者同士でくつろいだり、一人で過ごしたりする居場所がある。		
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	ホームで用意しているのはカーテンとベット。それ以外は、本人の馴染みの物等危険物以外何でも受入れの体制はある。家族(本人)に声掛けし家族(本人)に任せている。それぞれの部屋になっている。		
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	職員間で匂いや空気のだよみ等気を配っている。空気の入替えを毎朝行っている。エアコンを使っていないので、外気との大きな差が無い。扇風機やコタツ等利用し五感に働きかけている。トイレは毎日の掃除・換気扇・消臭剤と気を配っている。	○	よどみと臭いに気を配る。

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)
(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		
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		
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		

( 部分は外部評価との共通評価項目です)

V. サービスの成果に関する項目

項目		回答
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	③ ①ほぼ全ての利用者の 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 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	② 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とした表情や姿がみられている	① 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	② 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	② 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

項目		回答
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	② 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 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
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 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	② 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、生き活きと働いている	② 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	② 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	② 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。)

- ・健康に過ごして頂く為に心身機能活性療法という運動療法を取り入れ、入居者・デイ利用者・職員で毎日頑張っている。
- ・閉じこもりにならない様に外に出る機会を多く設けて買い物かごのドライブ、デイ利用者送りがてらのドライブとほぼ毎日行っている。
- ・地域性にもよるが、日中帯は鍵を掛けず出入りを自由に行っている。
- ・地域の高齢者の方と2ヶ月に1回交流会を行い、ゲーム・お茶会で楽しんでいる。
- ・職員が地域に住んでいる人が多い。
- ・毎月1回、ボランティアで絵画教室を行ってもらっている。
- ・家族の協力、地域の協力をたくさんもらっていると感じる。
- ・希望があれば365日浴室を利用できる。