

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	グループホーム さくら
（ユニット名）	A棟
所在地 （県・市町村名）	登米市南方町
記入者名 （管理者）	畠山 育美
記入日	平成 20年 9月 3日

宮城県

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		
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		
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		
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		
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	○	地域の行事に参加する機会をもっと多く持ちたいが、行事そのものがないのが少ないのが悩みである。

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)
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	運営推進会議で話題を提供し、その会議の中から行政区長を通して、地域の高齢者の中から希望者を募り、一緒に畑仕事や食事会を持つような企画を現在行っている段階である。		
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	自己評価を記載する際、自己評価表を各職員に回覧し意見をもらい自己評価票を記載すると共に、評価頂いた外部評価の内容はこれまでも各職員に回覧するとともに、各職員がいつでも見られるような場所において、自分たちの取り組みに問題はないかと検討の目安としている。評価で見いだされた課題については、全体会で話し合い、改善計画を作り、それに沿って全職員で改善した。		
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	運営推進会議では利用者の状況、サービスの提供状況や行事報告並びに行事予定を報告し、それに対して参加者から意見や要望を聞き、そこで話し合われた内容をスタッフミーティングで協議し、実践可能であれば実行する。また、実践した内容は次の会議に内容を報告し、意見や評価を頂いている。		
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	運営上解らないことや困ったことなどがあれば、市役所を訪問したり、電話での相談を行ったりしている。		
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	人権擁護に対する研修などに参加し、その報告書を回覧して各職員が理解できるようにしている。またこれらの事業や制度を活用している利用者もいる。		
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	研修会に参加して、その報告書を各職員に回覧している。またこの法案を職員がいつでも見られる場所に置いて、虐待の種類について学び、虐待が見過ごされることがないように心がけている。		

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	○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	契約時には重要事項説明書や契約書の内容を十分説明し、疑問や質問に答え、十分に理解をいただいた上で契約を結んでいる。退所の際には、次の施設や病院を紹介し、継続して介護が受けれるように支援している。		
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	日常の会話の中から、食事や日頃の過ごし方、要望などについて、常に利用者がどのように考えているかを聞くようにしており、可能であれば取り入れるようにしている。		
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	毎月「ご家族への報告書」や「さくらだより」を発行し、ホーム全体の暮らしぶりや利用者個々の状況について報告している。また、面会の際には出来るだけお話しする機会をもうけると共に、利用者に変化が会った時などはすぐに電話等で連絡し報告するようにしている。		
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	家族より苦情や不満、意見などを気軽に出して頂けるように、「ご意見箱」を玄関に設置している。来所時には、出来るだけ要望を聞くなどしている。苦情などが発生した際は、苦情処理マニュアルに沿って苦情を速やかに解決すると共に、報告をするようにしている。また、運営推進会議でも、参加者に苦情を受け付ける場があることを説明している。(これまでに苦情は一件もない)		
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	チーフスタッフは棟ミーティングで取り上げられた内容を取りまとめ、定期的に行われる運営者・管理者・チーフスタッフの会議の場で報告・検討している。		
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	終末ケアなどの時には、夜勤者を2名体制にするなどの対応がとれるようにしている。(管理者、ケアマネが常にスタンバイしている)		
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	職員の移動は必要最低限にとどめ、交代時には十分な引き継ぎをして利用者への影響がないように努めている。また職員はA・B両棟の利用者を常に把握理解するように努め、日頃から顔なじみになるように心がけている。		

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)
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	職員一人ひとりの能力、適性、職務内容に応じて、その人に最もふさわしい研修に参加させている。また研修への参加も年間を通して均一になるように心がけている。また、月1回のスタッフミーティングや2ヶ月に1回の全体会議などで、勉強会を開催し、全体のレベルアップを図っている。		
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	宮城県認知症高齢者グループホーム連絡協議会に加盟し、グループホーム協議会への参加や交換研修を行い、相互の資質の向上に努めるとともに、情報交換を行っている。特に登米市のグループホームとは綿密な情報交換をしている。		
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	管理者は常に職員の相談や話を聞くように努めると共に、職員親睦会を立ち上げ、職員相互の親睦を図るとともに、積み立てをし、旅行をしたりして、ストレスの軽減に努める。		
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	職員個々に自己評価票を書いてもらい、それを基に、運営者・管理者及び本人の三者で話し合いの機会をもち、助言・指導をしている。また、その時に直接運営者に意見を言うこともある。		
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	○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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人の状況や悩みごと、希望などを聞くとともに居宅のケアマネジャーの意見も聞き、本人の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承認を得ている。		
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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人と家族の状況や悩みごと、希望などを聞き、本人及び家族の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承認を得ている。		

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	最初の相談を受けた時、まず本人及び家族の主要ニーズを聞き、それがグループホーム利用より適切なサービスがある場合には、そちらのサービスの内容を紹介し、具体的な施設などを紹介することもある。		
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、場の雰囲気にならに馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	本人が利用に不安を抱いている時は、本人や家族と話し合い家族と共に来苑して頂き、一日利用や週1回程度利用し帰宅したりしながら、徐々に馴染んでいただき、本格的利用に移るようにする場合もある。		
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	本人が昔していた仕事や趣味を活かす活動を取り入れ、本人と職員が一緒に行くことにより、共に学び、支え合い、喜びを分かち合うようにしている。		
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	月1度「ご家族への報告書」を作成し、本人の状況などを報告し、情報の共有を図っている。必要に応じて面会の要請や行事への参加要請などを記入し、共に本人を支えていくよう努めている。		
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	月1度「ご家族への報告書」や面会の時に、本人の状況などを報告し、情報の共有を図るとともに、家族が本人にとって、いかに大切な存在であるかを知っていただくように働きかけている。		
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	在宅時代に馴染みの人が面会に訪れたり、「ふるさと訪問」や地域の行事の参加・見学など、こちらから訪れたりしている。また自宅近くの馴染みの理容院へ行ったり、知り合いと手紙のやりとりをするなど、関係が途切れないよう支援している。		
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	利用者同士が共にスムーズな会話がもてるように、職員が中に入り共通した話題を提供して利用者が気軽に話し合えるようにしている。また、書道や塗り絵などの趣味活動を通して利用者同士の交流を図っている。		

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)
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	利用者が他の施設などに移り住んだ後、面会に訪れたりしているが、継続的には行っていないが、家族から相談があれば相談に乗っている。		
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	管理者や職員が日常の会話などを通して、利用者がどのような思いでいるのかを知り、できる限り本人の意向に沿えるように努めている。また、それが困難な利用者には、これまでの生活や思想信条を家族から出来るだけ話を聞くと共に、本人の日頃の言動を把握し、本人の意向を推測し 思いに添えるように努めている。		
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	入居前に家族や居宅担当ケアマネジャー等から本人の生活歴などをできる限り詳しく聞くことにしており、家族にはそれを所定の用紙に記入してもらっている。入居後も本人から日常の会話の中で聞き出すようにしている。		
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	月1回の棟ミーティングで、利用者一人ひとりの日常の様子、心身の変化などを皆で話し合い、変化が見られる時はケアプランの見直しをする場合もある。さらに、毎日の申し送りでも、常に状態の変化や様子などの把握に努めている。		
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ィアを反映した介護計画を作成している	ケアマネジャーがスタッフとでアセスメントを行い、さらに本人と話し合い意向を聞き、さらに毎月のモニタリングに基づいて仮のケアプランを作成し、それを家族、担当医師やスタッフなどと話し合い、意見を反映して修正して新たなケアプランを作成している。		
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	ケアプランの期間は概ね3ヶ月としているが、急激な変化が生じた場合はケアマネジャーがスタッフや家族と話し合い、再アセスメントを行い、仮のケアプランを作成し、チームと話し合い、修正して新たなケアプランを作成している。		

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)
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	日々の様子はその都度ケース記録に記入し、特記事項があれば、連絡ノートにも記入し、情報を共有し実践やケアプランに活かしている。		
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	通院などは、利用者の状況に応じて随時対応している。外出や外泊の要請があれば、当日でも対応し、日常の様子や外出中の注意点などを的確に家族に伝えるようにしている。		
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	利用者の中に習字を希望する利用者が数名おり、書道の先生に月2回ボランティアで来ていただいて指導してもらっている。利用者も楽しみにしている。また、年1回は消防署立ち会いのもと、夜間想定避難訓練を実施している。		
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	介護支援事業所と密接な関係を持ち、常に新しい情報を取り入れるようにしている。また、利用者の入退去に関しても、相談を行っている。		
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	利用者にとって必要な状況に応じて、権利擁護のための後見人制度の適用やその他必要と思われることについて、地域包括支援センターと協力し対応している。		
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	協力医である内科医の月1回の往診や皮膚科の往診を行うほか、本人及び家族等が希望する医師にかかり、専門医による医療が必要である場合には、家族の了解を得て専門医にかかっている。通院介助は原則的に職員が行っている。通院の結果は家族報告書で報告したり、緊急の場合は、電話で報告し必要があれば実際にあつて相談することもある。		

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)
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	認知症の専門医への受診の際には、職員が利用者の状態を日々記録した内容を報告し、適切な診断や治療が受けられるよう支援している。		
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	協力医のサングリニックの協力をもらい、日常の健康管理や医療活用の支援をもらっている。		
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	利用者が入院した時は、病院や家族まかせにするのではなく、職員が定期的に病院を訪れ、必要に応じて病院関係者と情報交換や相談に努めている。入院している利用者様には、ホームのことを忘れないようにメモに書くなどして、入院中や退院後の安心を提示している。		
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	終末期が近付いた時は、かかりつけ医、家族を含めて協議し、できる限り家族の意向を尊重して今後の支援の方向付けをしており、家族が希望し、ホームで可能であれば、終末ケアも受け入れその内容を職員全体で共有している。		
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	かかりつけ医の指導・指示をもとに、家族とも常時連絡を取りながら、小さな変化をも見逃すことのないようにし、チームが連携をとりながら支援に取り組んでいる。受診や往診にはスタッフも付き添い、医師の指示を直接聞くことで、安心することが出来る。		
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	利用者が自宅や他の施設へ移り住む際には、本人のホームでの生活状況や留意すべき事項などを実態調査時及び文書で情報を提供している。		

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)
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	利用者のプライドやプライバシーには特に配慮し、リビングや他の利用者、家族等の前で、本人が恥ずかしい思いやプライドが傷つかないように声をかけるタイミングや、言葉づかいには十分に注意している。また個人情報保護には特に注意し、個人の記録やメモを人前に放置しないように気を付けている。	
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	日頃の会話から、本人がどのような思いや希望を持っているか聞くようにしている。本人が希望すれば、できる限りそれを実現できるように努力している。すぐに実現ができない場合は、わかるように説明し、納得していただいている。	
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	意思表示できる利用者には本人の意向を聞くようにして、個々のペースに合わせているが、時に業務中心になりがちなこともあり、注意しなければならないことも見受けられる。	
(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	昔から行きつけの理・美容院がある利用者にはその理・美容院に行き、本人が意思表示ない場合は近くの店に行っている。また日常の身だしなみやおしゃれにも、職員が助言や援助している。	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は、利用者にとって大きな楽しみの一つとなっているので、季節の食材や新鮮な食材を取り入れ、利用者の好みを踏まえたメニューを作るように心がけている。食事の準備や後片付けも、出来るところはやって頂き、食事常にも職員も一緒に、お話ししながら楽しんで、食事を行っている。ホームの畑でとれた野菜を収穫し食卓にあがるのは楽しみである。	
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	個々の病気や体調に合わせ、希望があれば時々提供している。おやつは毎日嗜好を変えて提供している。	

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	一人ひとりの排泄時間を記録し、個々の排泄パターンを把握してトイレ誘導することで、できる限り失禁を少なくし、快適な排泄ができるように支援している。		
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	入浴の希望の有無を本人に確認し、健康状態や個々の疾病などを十分把握した上で、入りたい時間にゆっくり、気持ちよく入っていただくように心がけている。		
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	個々の利用者によって、休息時間が異なるため、その人の休みたい時に休まれている。各部屋にエアコンを設置しており、また、季節に応じて衣類や寝具などの調節をし、その人の希望や健康状態を見ながら温度調節して、快適な睡眠がとれるように配慮している。		
(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				
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	畑仕事(野菜の収穫、草取りなど)、食後の片づけ、書道など、一人ひとりの得意の分野の役割や趣味活動を持っていたり、本人の希望に応じた活動が出来るように支援している。日常の生活に張り合いを持ってもらえる事で、ホームでの生活を楽しんで頂いている。		
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	お金を自分で管理できる利用者には各自所持し、日用品や嗜好品などは職員付き添いのもと外出し、買い物をしている。		
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	季節や天候に合わせて、苑庭でのおやつや近所の散歩や買い物をしている。時には車でのドライブや行楽に出かけている。またふるさと訪問で自分の家の近くを散策したり、家族の協力があれば、家に立ち寄りたりもしてくる。		
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	家族の申し出があれば、自由に外泊や外出、温泉に行ったりもしている。時には家族が連れて行けない場合に、本人の希望により自宅近くを散策したり、墓参りをしてくることもある。		

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	本人が家族に会いたがったり、心配事や用事がある時にはいつでも電話ができたり、手紙を書いたりしている。		
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	日中はいつでも面会できるようにしている。また、一緒に泊まっていく家族もいる。		
(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	身体拘束に関するマニュアルを作成し、それをスタッフルームに置いており、職員全員が理解しており、拘束をしないケアを実践している。		
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	居室には鍵を取り付けておらず、日中は玄関やその他の場所にはいっさい鍵をかけず開放している。		
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	普段職員がいる場所は棟内全体が見渡せるところにあり、利用者の把握には十分に配慮している。また、長時間居室にいる場合には居室を訪ね、プライバシーに配慮しながら、様子伺いや声がけをしている。		
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	本人が管理できるものであれば、本人が管理しているが、管理することに注意が必要なものは、本人に説明し納得した上でホームで保管し、使うとき職員と一緒に使う。		
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	本人の状況に合わせて、手すり、杖、シルバーカー、手引き誘導、見守りなどを行い、周辺には危険な物は置かないように配慮している。嚥下状態を把握し、その人に合った食事の提供、服用前の薬の確認を行っている。また、火災や地震に対して、消防署からの指導のもと訓練を行っている。		

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	急変対応マニュアルを作成し、急変時にはマニュアルどおり、119通報や上司への連絡する訓練をし、実践している。		
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	緊急対応マニュアルを作成し、災害時にマニュアルどおりの訓練を実施している。また、行政区長を通じて近隣の協力を得られる体制づくりをしている。		
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したい対応策を話し合っている	利用者の状態を常に家族に説明すると共に、変化が合ったときには転倒やその他考えられるリスクについて説明し理解を得ると共に、ご本人には、見守りを中心として、リスクに対して各職員が対応をしている。ケアプランにも反映させている。		
(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	1日2回のバイタルチェックを実施している。また、普段の生活での些細な変化を見逃さないようにし、変化があれば、職員同士で相談・判断し、上司に連絡し、指示を受けたり受診したりしている。		
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	介護カルテに薬の処方内容を掲載して各職員が一人ひとりの薬について理解するように努めている。薬の用法や用量については各人ごと処方時ごとに予め分けるなど各段階で誤りのないよう努めている。		
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	便秘予防として、お茶や水など提供して水分補給に努めている。また散歩や室内での軽い運動も行っている。		
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、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	起床時や就床時には歯磨き、入れ歯の手入れを行い、毎食後にはうがいをするなどしている。一人で出来ない場合は職員がお手伝いをする。医師から指示の合った時はその都度指示どおりに実施している。		

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)
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	医師の指示がある利用者には、その医師から指導を受けて、食事を提供して、全員の食事摂取状況を記録している。水分補給は食後及びおやつ時は必ず提供している。特に水分補給が必要な利用者には随時提供し記録している。		
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)	感染症防止マニュアルを作成し、それに沿って対応している。またインフルエンザは予毎年、防接種を確実にやっている。外出時や食前の手洗いやうがいアルコール消毒を実施して予防に努めている。		
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	自家野菜や週3回の食材の購入で新鮮な食材の提供をしている。生物は当日購入することになっている。調理用具は毎日漂白殺菌している。		
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	玄関前はスロープに手すりを取り付け、安心して出入りができるようにしてある。庭にはテーブルや椅子が設置にてあり、花壇の花が見られるようにしてある。		
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	リビングには利用者と職員が作った四季折々の飾り付けされている。和室とテーブルがあり、気の合った利用者同士が集まってお茶飲みをする。季節の花を飾って季節感を味わう。		
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	和室やソファに気の合った利用者同士がお茶を飲んだり、音楽を聴いたりしている。		

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	本人が自宅で使っていた物や希望するものは家族に持ってきていただき居室に置いておく。一人で整理できないでいる場合は、本人と相談しながら整理整頓する。		
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	毎日居室の窓を開け、換気や防臭に努めている。特に空気がよどんでいる場合は換気扇を回す。また各居室には温度計やエアコンを取り付け、その利用者の状況に合わせて温度調節をしている。		
(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	廊下やトイレ、風呂場など必要な場所には手すりを取り付け、周辺には危険な物は置かないようにし自立した生活ができるように配慮している。		
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	夜間は排泄に失敗しないよう自立してできるように、ポータブルトイレをおいている。また居室を間違えないように、入り口には色別した暖簾を下げたり、名札や必要に応じて写真を取り付けている。		
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	庭にはテーブルやベンチがあり、天気の良い時はお茶を飲みながら、会話をもったり、歌を歌ったり外気浴をして楽しんでいる。		

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る	○	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、生き生きと働いている	○	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。)

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

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 さくら
（ユニット名）	B棟
所在地 （県・市町村名）	登米市南方町
記入者名 （管理者）	畠山 育美
記入日	平成 20年 9月 3日

宮城県

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	利用者個人の人生観・価値観を尊重し、その人らしさを大切にしたい、明るく家庭的な雰囲気づくり、地域や家庭との結びつきを重視した介護を目指すとともに、ホームが地域の一員として、一定の役割を担っていくという独自の理念を持っている。	
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	理念を玄関やスタッフルーム等に明示したり、毎月の各棟ミーティングや、2ヶ月に1回行われる全体会議などでも理念を重視した話し合いをおこなうことで、職員はこの理念を常に念頭におき、日々の介護に取り組んでいる。	
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	入居時に重要事項説明書などでホームの理念を家族に説明している。また地域の人々には玄関に理念を明示するとともに、見学者やボランティアなどを積極的に受け入れ、理解を働きかけている。より近隣中学校の職場体験や、大学のインターシップなども受け入れている。	
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	朝夕の通勤・退勤時、散歩などでお会いしたとき、お互いに挨拶をしたり、声を掛け合っている。またすぐ近くにある美容院にカットに行くなど日常的なつきあいをしている。	
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	地域の一員として町内会に参加すると共に、夏祭りの行事には地域の方々を招待したり、地域の保育園との交流会を持つなどして、交流に努めている。また、近くの習字の先生が月2回ボランティアに来て習字を教えてくれる。	○ 地域の行事に参加する機会をもっと多く持ちたいが、住宅地で行事そのものがないのが少ないのが悩みである。

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)
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	運営推進会議で話題を提供し、その会議の中から行政区長を通して、地域の高齢者の中から希望者を募り、一緒に畑仕事をしたり、食事会を持つような企画を現在行っている段階である。		
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	自己評価を記載する際自己評価表を各職員に回覧し意見をもらい自己評価票を記載すると共に、評価頂いた外部評価の内容は各職員に回覧するとともに、各職員がいつでも見られるような場所において、自分たちの取り組みに問題はないかと検討の目安としている。評価で見いだされた課題については、全体会で話し合い、改善計画を作り、それに沿って全職員で改善した。		
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	運営推進会議では利用者の状況、サービスの提供状況や行事報告並びに行事予定を報告し、それに対して参加者から意見や要望を聞き、そこで話し合われた内容を棟ミーティングで協議し、実践可能であれば実行する。また、実践した内容は次の会議に内容を報告し、意見や評価を頂いている。		
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	運営上解らないことや困ったことなどがあれば、市役所を訪問したり、電話での相談を行ったりしている。		
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	人権擁護に対する研修などに参加し、その報告書を回覧して各職員が理解できるようにしている。またこれらの事業や制度を活用している利用者もいる。		
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	研修会に参加して、その報告書を各職員に回覧している。またこの法案を職員がいつでも見られる場所に置いて、虐待の種類などについて学び、虐待が見過ごされることがないように心がけている。		

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	○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	契約時には重要事項説明書や契約書の内容を十分説明し、疑問や質問に答え、十分に理解をいただいた上で契約を結んでいる。退所の際には、次の施設や病院を紹介し、継続して介護が受けれるように支援している。		
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	日常の会話の中から、食事や日頃の過ごし方、要望などについて、常に利用者がどのように考えているかを聞くようにしており、可能であれば取り入れるようにしている。		
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	毎月「ご家族への報告書」や「さくらだより」を発行し、ホーム全体の暮らしぶりや利用者個々の状況について報告している。また、面会などには出来るだけお話しする機会をもうけると共に、利用者に変化が会った時などはすぐに電話等で連絡し報告するようにしている。		
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	家族より苦情や不満、意見などを気軽に出して頂けるように、「ご意見箱」を玄関に設置している。来所時には、出来るだけ要望を聞くなどしている。苦情などが発生した際は、苦情処理マニュアルに沿って苦情を速やかに解決すると共に、報告をするようにしている。また、運営推進会議でも、参加者に苦情を受け付ける場があることを説明している。(これまでに苦情は一件もない)		
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	チーフスタッフは棟ミーティングで取り上げられた内容を取りまとめ、定期的に行われる運営者・管理者・チーフスタッフの会議の場で報告・検討している。		
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	終末ケアなどの時には、夜勤者を2名体制にするなどの対応がとれるようにしている。(管理者、ケアマネが常にスタンバイしている)		
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	職員の移動は必要最低限にとどめ、交代時には十分な引き継ぎをして利用者への影響がないように努めている。また職員はA・B両棟の利用者を常に把握理解するように努め、日頃から顔なじみになるように心がけている。		

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)
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	職員一人ひとりの能力、適性、職務内容に応じて、その人に最もふさわしい研修に参加させている。また研修への参加も年間を通して均一になるように心がけている。また、月1回の棟ミーティングや2ヶ月に1回の全体会議などで、勉強会を開催し、全体のレベルアップを図っている。		
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	宮城県認知症高齢者グループホーム連絡協議会に加盟し、グループホーム協議会への参加や交換研修を行い、相互の資質の向上に努めるとともに、情報交換を行っている。特に登米市のグループホームとは綿密な情報交換をしている。		
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	管理者は常に職員の相談や話を聞くように努めると共に、職員親睦会を立ち上げ、職員相互の親睦を図るとともに、積み立てをし、旅行をしたりして、ストレスの軽減に努める。		
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	職員個々に自己評価票を書いてもらい、それを基に、運営者・管理者及び本人の三者で話し合いの機会をもち、助言・指導をしている。また、その時に直接運営者に意見を言うこともある。		
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	○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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人の状況や悩みごと、希望などを聞くとともに、居宅のケアマネジャーの意見を聞き、本人の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承認を得ている。		
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	利用する前には必ず管理者やケアマネジャーが実態調査を行い、本人と家族の状況や悩みごと、希望などを聞き、本人及び家族の意向に沿ったケアプランを作成し、本人や家族の承認を得ている。		

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	最初の相談を受けた時、まず本人及び家族の主要ニーズを聞き、それがグループホーム利用より適切なサービスがある場合には、そちらのサービスの内容を紹介し、具体的な施設などを紹介することもある。		
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、場の雰囲気にならに馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	本人が利用に不安を抱いている時は、本人や家族と話し合い家族と共に来苑して頂き、一日利用や週1回程度利用し帰宅したりしながら、徐々に馴染んでいただき、本格的利用に移るようにする場合もある。		
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	本人が昔していた仕事や趣味を活かす活動を取り入れ、本人と職員が一緒に行くことにより、共に学び、支え合い、喜びを分かち合うようにしている。		
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	月1度「ご家族への報告書」を作成し、本人の状況などを報告し、情報の共有を図っている。必要に応じて面会の要請や行事への参加要請などを記入し、共に本人を支えていくよう努めている。		
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	月1度「ご家族への報告書」や面会の時に、本人の状況などを報告し、情報の共有を図るとともに、家族が本人にとって、いかに大切な存在であるかを知っていただくように働きかけしている。		
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	在宅時代に馴染みの人が面会に訪れたり、「ふるさと訪問」や地域の行事の参加・見学など、こちらから訪れたりしている。また自宅近くの理容院へ行ったり、知り合いと手紙のやりとりをしたり、関係が途切れることのないよう支援している。		
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	利用者同士が共にスムーズな会話がもてるように、職員が中に入り共通した話題を提供して利用者が気軽に話し合えるようにしている。また、書道や塗り絵などの趣味活動を通して利用者同士の交流を図っている。		

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)
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	利用者が他の施設などに移り住んだ後、面会に訪れたりしているが、継続的には行っていないが、家族から相談があれば相談に乗ることもある。		
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	管理者や職員が日常の会話などを通して、利用者がどのような思いでいるのかを知り、できる限り本人の意向に沿えるように努めている。また、それが困難な利用者には、これまでの生活や思想信条を家族から出来るだけ話を聞くと共に、本人の日頃の言動を把握し、本人の意向を推測し 思いに添えるように努めている。		
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	入居前に家族や居宅担当ケアマネジャー等から本人の生活歴などをできる限り詳しく聞くことにしており、家族にはそれを所定の用紙に記入してもらっている。入居前の調査で知り得なかった情報を、日常の会話の中で収集し、職員間で共有している。		
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	月1回の棟ミーティングの他毎日の申し送りなどで、利用者一人ひとり状態の変化などを把握し、問題点がある場合は管理者やケアマネジャーなどを交えて話し合う。大きな変化が見られる時はケアプランの見直しをする場合もある。		
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	ケアマネジャーがスタッフとアセスメントを行い、さらに本人と話し合い意向を聞き、さらに毎月のモニタリングに基づいて仮のケアプランを作成し、それを家族、担当医師やスタッフなどと話し合い、意見を反映して修正して新たなケアプランを作成している。		
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	ケアプランの期間は概ね3ヶ月としているが、急激な変化が生じた場合はケアマネジャーがスタッフや家族と話し合い、再アセスメントを行い、仮のケアプランを作成し、チームと話し合い、修正して新たなケアプランを作成している。		

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)
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	日々の様子はその都度ケース記録に記入し、特記事項があれば、連絡ノートにも記入し、情報を共有し実践やケアプランに活かしている。		
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	通院などは、利用者様の状況に応じて随時対応している。外出や外泊の要請があれば、当日でも対応し、日常の様子や外出中の注意点などを的確に家族に伝えるようにしている。		
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	利用者の中に習字を希望する利用者が数名おり、書道の先生に月2回ボランティアで来ていただいて指導してもらっている。利用者も楽しみにしている。また、年1回は消防署立ち会いのもと、夜間想定避難訓練を実施している。		
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	介護支援事業所と密接な関係を持ち、常に新しい情報を取り入れるようにしている。また、利用者の入退去に関しても、相談を行っている。		
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	利用者にとって必要な状況に応じて、権利擁護のための後見人制度の適用やその他必要と思われることについて、地域包括支援センターと協力し対応している。		
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	協力医である内科医の月1回の往診や皮膚科の往診を行うほか、本人及び家族等が希望する医師にかかり、専門医による医療が必要である場合には、家族の了解を得て専門医にかかっている。通院介助は原則的に職員が行っている。通院の結果は家族報告書で報告したり、緊急の場合は、電話で報告し必要があれば実際にあつて相談することもある。		

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)
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	認知症の専門医への受診の際には、職員が利用者の状態を日々記録した内容を報告し、適切な診断や治療が受けられるよう支援している。		
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	協力医のサングリニックの協力をもらい、日常の健康管理や医療の支援をもらっている。		
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	利用者が入院した時は、病院や家族まかせにするのではなく、職員が定期的に病院を訪れ、必要に応じて病院関係者と情報交換や相談に努めている。入院している利用者様には、ホームのことを忘れないようにメモに書くなどして、入院中や退院後の安心を提示している。		
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	終末期が近付いた時は、かかりつけ医、家族を含めて協議し、できる限り家族の意向を尊重して今後の支援の方向付けをしており、家族が希望し、ホームで可能であれば、終末ケアも受け入れその内容を職員全体で共有している。		
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	かかりつけ医の指導・指示をもとに、家族とも常時連絡を取りながら、小さな変化をも見逃すことのないようにし、チームが連携をとりながら支援に取り組んでいる。受診や往診に介護もスタッフも付き添い、先生の指示を直接聞くことで、安心することが出来る。		
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	利用者が自宅や他の施設へ移り住む際には、本人のホームでの生活状況や留意すべき事項などを実態調査時及び文書で情報を提供している。		

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)
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	利用者のプライドやプライバシーには特に配慮し、リビングや他の利用者、家族等の前で、本人が恥ずかしい思いやプライドが傷つかないように声をかけるタイミングや、言葉づかいには十分に注意している。また個人情報保護には特に注意し、個人の記録やメモを人前に放置しないように気を付けている。	
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	日頃の会話から、本人がどのような思いや希望持っているのかを聞くようにしている。本人が希望すれば、できる限りそれを実現できるように努力している。すぐに実現ができない場合は、わかるように説明し、納得していただいている。	
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	意思表示できる利用者には本人の意向を聞くようにして、個々のペースに合わせているが、時に業務中心になりがちなこともある、注意しなければならないことも見受けられる。	?
(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	昔から行きつけの理・美容院がある利用者にはその美容院に行き、本人の希望がない利用者は近くの理・美容院に行っている。また日常の身だしなみやおしゃれにも、職員が助言や援助を行っている。	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は、利用者にとって一番の楽しみなので、利用者の嗜好調査を行い献立をたてている。ホームで収穫された野菜を用い、野菜の下ごしらえ、食事の用意、後片付けなど出来る範囲でお手伝いしている。	
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	おやつは毎日嗜好を変えて、提供している。お酒は希望があれば行事の時、体調に応じて提供している。	

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	一人ひとりの排泄時間を記録し、個々の排泄パターンを把握してトイレ誘導することで、できる限り失禁を少なくし、快適な排泄ができるように支援している。		
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	入浴の希望の有無を本人に確認し、健康状態や個々の疾病を十分に把握した上で、入りたい時間にゆっくり、気持ちよく入っていただくように心がけている。		
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	個々の利用者によって、休息時間が異なるため、その人の休みたい時に休まれている。各部屋にエアコンを設置にてあり、また季節に応じて衣類や寝具などの調節をし、その人の希望や健康状態を見ながら温度調節して、「快適な睡眠がとれるように配慮している。		
(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				
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	畑仕事(野菜の収穫、草取りなど)、食後の片づけ、書道など、一人ひとりの得意の分野の役割や趣味活動を持っていたき、本人の希望に応じた活動が出来るように支援し、ホームでの生活がマンネリにならないよう気配りしながら支援している。		
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	自分で管理できる利用者は各自財布を所持しており、買い物時には手持ちの財布から支払いするなどしている。		
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	その日その日の天候や利用者の状態をみて、外出する機会を設けている(少人数でも)。またふるさと訪問も行い、懐かしい実家の方面へのドライブも実施している。		
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	家族の申し出があれば、自由に外泊や外出、温泉に行ったりもしている。時には家族が連れて行けない場合に、本人の希望により自宅近くを散策したり、墓参りをしてくることもある。		

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	本人が家族に会いたがったり、家族の面会を待っている場合は電話をかけたり、手紙を書いたりしている。		
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	いつでも面会に来れる環境づくりをしており、一緒に泊まっていく家族もある。		
(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	身体拘束に関するマニュアルを作成し、それをスタッフルームに置いており、職員全員が理解しており、拘束をしないケアを実践している。		
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	居室には鍵を取り付けておらず、日中は玄関やその他の場所にはいっさい鍵をかけず開放している。		
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	スタッフは常に目配りをしており、棟内全体が見渡せる場所にしている。また居室にいる場合は職員がプライバシーに気を付けながら、様子を伺いにいくようにしている。		
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	本人が管理できるものであれば、本人が管理しているが、管理することに注意が必要なものは、本人に説明し納得した上でホームで保管し、使うとき職員と一緒に使う。		
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	本人の状況に合わせて、手すり、杖、シルバーカー、手引き誘導、見守りなどを行い、周辺には危険な物は置かないように配慮している。嚥下状態を把握し、その人に合った食事の提供、服用前の薬の確認を行っている。また、火災や地震に対して、消防署からの指導のもと訓練を行っている。		

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	急変対応マニュアルを作成し、急変時にはマニュアルに基づいて対応し、119通報や上司への連絡する訓練をし、実践している。		
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	緊急対応マニュアルを作成し、災害時にマニュアルどおりの訓練(夜間想定)を実施している。また行政区長を通じて近隣の協力を得られる体制づくりをしている。		
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したい対応策を話し合っている	利用者の状態を常に家族に説明すると共に、変化があったときには転倒やその他考えられるリスクについて説明し理解を得ると共に、ご本人には、見守りを中心として、リスクに対して各職員が対応をしている。ケアプランにも反映させている。		
(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	1日2回のバイタルチェックを実施している他、普段の生活での些細な変化を見逃さないようにし、変化があれば、職員同士で相談・判断し、上司に連絡し、指示を受けたり受診したりしている。		
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	介護カルテに薬の説明書を綴り、処方内容を各職員が一人ひとりの薬について理解するように努めている。薬の用法や用量については各人ごと処方時ごとに予め分けるなど各段階で誤りのないよう努めている。		
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	便秘予防として、お茶や水などを提供し、水分補給に努めている。また散歩や室内の軽い運動も行っている。		
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、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	起床時や就床時には歯磨き、入れ歯の手入れを行い、毎食後にはうがいをするなどしている。一人で出来ない利用者には職員がお手伝いをする。医師から指示の合った時はその都度指示どおりに実施している。		

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)
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	医師の指示がある利用者には、その医師から指導を受けて、食事を提供して、全員の食事摂取状況を記録している。水分補給は食後及びおやつ時は必ず提供している。特に水分補給が必要な利用者には随時提供し記録している。		
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)	感染症防止マニュアルを作成し、それに沿って対応している。またインフルエンザは毎年、予防接種を確実に行っている。外出時や食前の手洗いやうがいアルコール消毒を実施して予防に努めている。		
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	自家野菜や週3回の食材の購入で新鮮な食材の提供をしている。生物は当日購入することになっている。調理用具は毎日漂白殺菌している。		
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	玄関前はスロープに手すりを取り付け、安心して出入りができるようにしてある。庭にはテーブルや椅子が設置されており、花壇の花が見られ、くつろげる場所づくりをしている。		
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	リビングと廊下には利用者と職員が作った四季折々の飾り付けされており、テーブルなどに季節の花を飾って季節感を味わう。		
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	和室やソファに気の合った利用者同士がお茶を飲んだり、音楽を聴いたりしてくつろげる場所がある。		

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	本人が自宅で使っていた物や希望するものは家族に持ってきていただき居室に置いておく。一人で整理できないでいる場合は、本人と相談しながら整理整頓する。		
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	毎日居室や廊下の窓を開け、換気や防臭に努めている。特に空気がよどんでいる場合は換気扇を回す。また各居室には温度計やエアコンを取り付け、その利用者の状況に合わせて温度調節をしている。		
(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	廊下やトイレ、風呂場など必要な場所には手すりを取り付け、周辺には危険な物は置かないようにし自立した生活ができるように配慮している。		
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	夜間は排泄に失敗しないよう自立してできるように、ポータブルトイレをおいている。また居室を間違えないように、入り口には色別した暖簾を下げたり、名札や必要に応じて写真を取り付けている。		
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	庭にはテーブルやベンチがあり、天気のよい時はお茶を飲みながら、会話をもったり、歌を歌ったり外気浴をして楽しんでいる。		

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る	○	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、生き生きと働いている	○	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。)