

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	11
1. 理念の共有	2
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	2
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	6
1. 一人ひとりの把握	1
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	2
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	2
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	11
1. その人らしい暮らしの支援	9
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	30

事業所番号	1472602745
法人名	医療法人社団 珠泉会
事業所名	グループホーム オカリナ
訪問調査日	平成 20 年 12 月 11 日
評価確定日	平成 21 年 2 月 2 日
評価機関名	社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会

○項目番号について

外部評価は30項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

番号に網掛けのある項目は、地域密着型サービスを実施する上で重要と思われる重点項目です。この項目は、概要表の「重点項目の取り組み状況」欄に実施状況を集約して記載しています。

○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[取り組みを期待したい項目]

確認された事実から、今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みを期待したい項目に○をつけています。

[取り組みを期待したい内容]

「取り組みを期待したい項目」で○をつけた項目について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○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。

1. 評価結果概要表

作成日 平成20年2月2日

【評価実施概要】

事業所番号	1472602745
法人名	医療法人社団 珠泉会
事業所名	グループホーム オカリナ
所在地	神奈川県相模原市横山台2-5-1 門倉センタービル3階 (電話) 042-858-7722

評価機関名	社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会		
所在地	神奈川県横浜市神奈川区沢渡4-2		
訪問調査日	平成20年12月1日	評価確定日	平成21年2月2日

【情報提供票より】(平成20年10月26日事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	平成 17 年 3 月 1 日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	12 人	常勤 8 人, 非常勤 4 人, 常勤換算	11.5 人

(2) 建物概要

建物構造	鉄筋コンクリート造り		
	7 階建ての	3 階 ~	3 階部分

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	80,000 円	その他の経費(月額)	35,000 円	
敷金	無			
保証金の有無 (入居一時金含む)	無	有りの場合 償却の有無	有/無	
食材料費	朝食	円	昼食	円
	夕食	円	おやつ	円
	または1日当たり 1,300 円			

(4) 利用者の概要(平成20年10月26日現在)

利用者人数	18 名	男性	6 名	女性	12 名
要介護1	1 名	要介護2	4 名		
要介護3	8 名	要介護4	4 名		
要介護5	1 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 81.5 歳	最低	72 歳	最高	92 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	横山台メディカルクリニック
---------	---------------

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

- ◆JR横浜線相模原駅からバスで5、6分、JR相模線上溝駅から徒歩15分ほどの距離にある街中の7階建てビルにある。同じ3階に協力医療機関、1階にスーパー、4階以上は適合高齢者専用賃貸住宅、近くには公園もあり、散歩、買物、通院などに外出している。
- ◆理念の実践に向けて、利用者一人ひとりの思いやペースに合わせた生活の支援、地域との交流に努めている。
- ◆看護師を配置して24時間連絡をとれる体制を確保し、利用者の健康管理に努めている。
- ◆職員の資質向上に向けて、法人全体研修、事業所内の勉強会を開催している。外部研修には常勤・非常勤職員を問わずに参加している。

重点項目①	前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4)
	前回の外部評価で改善課題はなかったが、終末期ケアのあり方について医療機関と検討している。
重点項目②	今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)
	勉強会で、自己評価及び外部評価を実施する意義について周知し、自己評価は、全職員で取り組み、各ユニットの計画作成担当者がとりまとめ、現場リーダーと管理者が確認し作成した。自己評価結果は誰でも確認できるように玄関ホールに掲示している。
重点項目③	運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4, 5, 6)
	運営推進会議は、民生委員、地域包括支援センター職員、事業所管理者を主要なメンバーとして、2~3ヶ月ごとに開催し、活動状況等の報告をもとに、意見等を出し合っている。なかでも、利用者家族向けに「認知症理解」のための資料を作成し送付したところ、出席者から評価されて地域へも展開するよう要望が出されている。運営推進会議を通じて、さらに地域に根ざした運営を続けていく意向である。
重点項目④	家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7, 8)
	重要事項説明書に苦情相談窓口を明記するとともに、玄関に「苦情申し出窓口」を掲示している。「苦情対応手順書」を整備し、苦情解決までの体制を整備している。職員は家族が相談しやすい雰囲気作りを心がけ、家族の来訪時には意見等を聞くようにしている。年2回家族会では毎回アンケートで感想・意見・要望等を受けている。寄せられた意見等は「個人別記録」に記録し、職員間で共有して対応している。
重点項目④	日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)
	外出の際の挨拶や、同じビル内にあるスーパー等での買い物、どんどこ焼き等の地域行事への参加などを通し、地域の方々と交流している。保育園児が歌や踊り等で来所したり、老人会が来所して月1回「生き生きサロン(民謡や三味線、おやつ、雑談の集い)」を開いたり、また同じビル上層階の適合高齢者専用賃貸住宅の住民と相互訪問し、お茶を楽しむこともある。「生き生きサロン」を通じて地域との交流をさらに深めたい意向である。

2. 評価結果(詳細)

(部分は重点項目です)

取り組みを期待したい項目

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取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	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	「1人1人の価値観と生活パターンを大事にします、あなたらしい暮らしを共に作っていきます」を事業所の理念として掲げ、職員自ら実践指標として、「美しい物を提供、笑いのある環境、行きたい時に外出できる、職員に一致団結・季節感を大事にする」、「健康で安らぎのある生活を共にします、個々の生活歴を尊重します、家庭的な雰囲気を大切にします、地域とのふれあいを大事にします」をそれぞれのユニットの理念として掲げている。		
2	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	理念はスタッフ室及び各ユニット玄関に掲示し、会議や3ヶ月ごとに行うケアカンファレンスで理念の実践に向けて話し合い、利用者一人ひとりの思いやペースに合わせた生活の支援、地域との交流に努めている。		
2. 地域との支えあい					
3	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	外出の際の挨拶や、同じビル内にあるスーパー等での買い物、どんど焼き等の地域行事への参加などを通し、地域の方々と交流している。保育園児が歌や踊り等で来所したり、老人会が来所して月1回「生き生きサロン(民謡や三味線、おやつ、雑談の集い)」を開いたり、また同じビル上層階の適合高齢者専用賃貸住宅の住民と相互訪問し、お茶を楽しむこともある。「生き生きサロン」を通じて地域との交流をさらに深めたい意向である。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
4	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	勉強会で、自己評価及び外部評価の意義について周知し、自己評価は、全職員で取り組み、各ユニットの計画作成担当者がとりまとめ、現場リーダーと管理者が確認し作成した。自己評価結果は誰でも確認できるように玄関ホールに掲示している。前回の外部評価で改善課題はなかったが、終末期ケアのあり方について医療機関と検討している。		
5	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	運営推進会議は、民生委員、地域包括支援センター職員、事業所管理者を主要なメンバーとして、2~3ヶ月ごとに開催し、活動状況等の報告をもとに、意見等を出し合っている。なかでも、利用者家族向けに「認知症理解」のための資料を作成し送付したところ、出席者から評価されて地域へも展開するよう要望が出されている。運営推進会議を通じて、さらに地域に根ざした運営を続けていく意向である。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6	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	市の介護保険課と、各種報告書の提出などの際に、情報交換を行っている。また、市の事業である介護予防のための「家族介護教室」の講師依頼を受けるなど、連携してサービスの質の向上に取り組んでいる。		
4. 理念を実践するための体制					
7	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合わせた報告をしている	毎月「オカリナ通信」を発行し、写真入りで利用者の様子を報告し、併せて新入職員も写真入りで紹介している。家族の来訪時には、利用者の様子について話し合い、「おこづかいノート」に確認のサインをもらっている。体調不良等の際には随時家族に連絡し、すぐに対応できるよう「緊急時の対応」マニュアルを整備している。		
8	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	重要事項説明書に苦情相談窓口を明記するとともに、玄関に「苦情申し出窓口」を掲示している。「苦情対応手順書」を整備し、苦情解決までの体制を整備している。職員は家族が相談しやすい雰囲気作りを心がけ、家族の来訪時には意見等を聞くようにしている。年2回家族会では毎回アンケートで感想・意見・要望等を受けている。寄せられた意見等は「個人別記録」に記録し、職員間で共有して対応している。		
9	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	職員の定着をはかるために、管理者は日頃から職員と話す機会を設け、職員の都合を取り入れて勤務時間を調整したり、職員の体調管理も重視している。離職する際には、引継期間を設けて、利用者に不安を与えないように配慮している。		
5. 人材の育成と支援					
10	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	内部研修として、法人全体の研修と事業所内の勉強会があり、虐待防止や終末期介護等について取り組んでいる。外部研修では、承認されたものは出張扱いとして受講機会の確保に努め、ICFによる介護計画、学習療法等に参加している。受講後は報告書を作成し、資料とともに回覧するほか、全職員にコピーを配付するなどして、共有している。		
11	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	神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会に加入し、研修等に参加して同業者と交流する機会を持っている。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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					
12	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	入居前に見学をしてもらったり、「お試し入居」をしてもらい、その後に入居を決めてもらうこともある。入居後も本人の様子や思いを観察し、不安など次にくるものを想定して対応するようにしている。家族とも情報交換を多く持ち、面会回数を増やしてもらうなど、徐々に馴染めるよう工夫している。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援					
13	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	本人の生活歴を尊重し、話をよく聴くなど、その人を知ることを第一に支援している。「得意の詩吟を独詠してもらい皆で聴き、自信を持ってもらう」、「料理の味付けを教えてもらう」「食事の際に『今日のジャガイモむきはどなた？』等とたずねて、むいてくれた利用者に感謝の言葉をかける」などの工夫をしている。		
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					
14	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	アセスメントの「やってみたいこと欄」には、本人が話した言葉で記録し、本心を知るようにしている。思いや意向等の表出が困難な利用者には、声かけや観察等から汲み取るように努めている。利用者一人ひとりの思いや意向等を職員間で共有して、「何が出来ないか」より、「どこを支援すればできるか」を中心に、全職員で介護計画を作成している。		
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					
15	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	介護計画の作成前に、本人、家族の要望を聞き、全職員でアセスメントを行っている。介護計画は、課題、短期目標、ケア内容を日中と夜間に分けて作り、できた・できていないを毎日評価している。家族の面会日に合わせてカンファレンスを行い、本人、家族の意見・要望等を確認し、介護計画の内容に同意を得ている。		
16	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	3ヶ月ごとに介護計画の見直しを行っている。毎日の「個人記録」に○×で評価を記録して×が多くつく場合や、変化が生じた場合には、介護計画の期間途中でも見直しをしている。介護計画と「個人記録」はカーデックスに綴じて同時に見られるようにして、職員が日々確認できるようにしている。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取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(事業所及び法人関連事業の多機能性の活用)					
17	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	要介護認定の見直しで要支援1になった人に、在宅生活が送れるよう訪問看護等の情報を提供するなど、本人の状態や本人・家族の希望等に応じて、対応している。看護師(管理者)を配置し、24時間連絡をとれる体制を整備して、医療連携体制加算の指定を受けている。また、地域包括支援センターで開催される、介護予防のための「家族介護教室」の講師を引き受けている。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域支援との協働					
18	43	○かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居前に希望する医療機関を確認している。建物の同じフロアにある医療機関を協力医療機関として、通院に職員が同行して状況を確認している。家族が同行の場合は家族から説明を聞いている。協力医療機関以外の医療機関にかかる場合は、家族が対応することになっている。		
19	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	「重度化した場合の対応に関する指針」を整え、利用者、家族に説明し、同意を得ている。職員間で重度化対応・終末期ケアについて、ケアカンファレンスや勉強会で話し合っている。家族、医師、看護師である管理者、職員間で話し合いを行いながら対応している。		
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					
20	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	初任研修で個人情報保護を指導し、誓約書の提出を受けている。個人情報には鍵のかかる戸棚に保管し、毎日の記録は裏向きに隠して置いている。利用者の特異な行動も、認知症による行動障害として理解し、利用者の尊厳、誇りを損なわないよう対応にあたっている。職員は利用者の耳元で口に手を当てて話すなど配慮し、やさしく話しかけている。		
21	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	利用者一人ひとりのペースを大切に、起床時間は自由で、食事の声かけで起きる人もいる。昼食は食事介助の人は早めに食べ始めるなど、その人の状態に合わせている。昼夜逆転をしている人には、時間を知らせて入眠を促すこともある。希望に合わせて、散歩、買い物、ラジオを聞く、テレビを見る、職員と歌うなど、過ごしてもらっている。家族の来訪時間も自由である。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(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					
22	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	利用者の希望を受けて、階下のスーパーへ一緒に買出しに行き食膳に出したり、嫌いな物がある人には家族に相談して別のメニューにするなどしている。食事作りや盛り付け等は、利用者と職員が行っている。利用者と職員は談笑しながら一緒に食べ、「今日のジャガイモむきはどなた?」とたずねて、むいてくれた利用者には感謝の言葉をかけるなどしている。		
23	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	毎日入浴を希望する人、習慣で夕方の入浴を希望する人など、利用者の希望に合わせて入浴ができるよう支援している。体調により入浴できない場合には清拭やシャワー浴で対応し、チェック表に入浴中止の理由も記録している。入浴を好まない人には、声かけで工夫をしている。		
(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					
24	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	利用者一人ひとりの生活歴や関心のあること、得意なこと等を把握し、利用者の得意なことを活かして、料理の得意な人には食事作り、きれい好きな人にフロアの掃除を担ってもらうなどしている。散歩・買い物などを希望に応じて行い、気分転換もはかっている。		
25	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	近くの歩道は平坦で広く、車いすを利用している人も含めて、利用者の希望に応じて散歩に出かけている。近くの公園へ弁当持参したり、買い物、月1回の外食なども行っている。利用者の中には、家族と墓参りに行く人、駅前の温泉施設へ行く人もいる。		
(4) 安心と安全を支える支援					
26	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	居室に鍵はなく、玄関は夜間のみ施錠する。職員は外出傾向のある利用者の行動パターンを把握し、共有スペースから各居室、玄関を見守り、利用者の所在を確認している。運営推進会議で地域の見守り支援を依頼している。		
27	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	総合防災訓練を実施するほか、新入職員には設備知識、消火・避難訓練を実施している。避難誘導灯、消火器を設置している。「消防訓練等実施申請書」、「自主検査チェック表」、「防災教育実施記録」に実施の記録がある。ビルテナントの合同訓練も実施している。		

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り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					
28	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・服薬チェック表」に10段階で食事摂取量を記録している。現在は水分摂取量の記録をしていないが、一日当たり1,000～1,500mlを目安に摂っている。昼食は配食サービスを利用することが多く、夕食は利用者の希望を取り入れ、献立内容を「献立実績ファイル」に記録している。摂取量や栄養バランスを考え、看護師である管理者が栄養の過不足等を判断して、献立を変えるなどの工夫をしている。		
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					
29	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	南向きで暖かく明るい。照明、空調、広さ、バリアフリーも確保されている。屋外の交通量はあるが、室内は静かである。クリスマスツリーやクリスマスソングで季節感を演出し、壁には手製キルトのクリスマス飾りや大きいカレンダー、ちぎり絵、保育園児作成の折り紙飾りが多数ある。アイランド型キッチンの上に皆が集まり、過ごしている。		
30	83	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	「入居に伴う業務チェックリスト」「持ち物リスト」で受入れに不備がないようにしている。持ち込みは本人が管理できるかの判断で決め、特に制約はない。大型いすや仏壇、固定電話、携帯電話などの持ち込み、家族写真を飾っている利用者もいる。衣類などは乾燥機で熱処理をして、衛生面にも気をつけている。窓開け換気、オゾン脱臭もしている。		

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 オカリナ
(ユニット名)	バンジー
所在地 (県・市町村名)	神奈川県相模原市横山台2-5-1門倉センタービル3
記入者名 (管理者)	水向浩子
記入日	平成20年10月26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)
I. 理念に基づく運営			
1. 理念と共有			
1	<input type="checkbox"/> 地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	一人一人の価値観と生活パターンを大事にする。 ＊美味しい物を提供 ＊笑いのある環境 ＊行きたい時に外出できる 職員に一致団結・季節感を大事にする。	
2	<input type="checkbox"/> 理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	日々のサービスで大切な事を意識してミーティングをしている。全員が自由に意見を言える雰囲気作りをしている。	
3	<input type="checkbox"/> 家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる	理念をパンフレットに記入またはホームの見やすい位置に提示し入居者や家族の方にわかりやすい説明を行っている。	
2. 地域との支えあい			
4	<input type="checkbox"/> 隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	3階フロア入口付近に気軽に見学できる様に案内板やパンフレットを置いてある。	
5	<input type="checkbox"/> 地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	散歩や買い物の菜にあいさつで交流を深めている。毎月1回生き生きサロンを実施し交流している。	<input type="radio"/> 地域行事への参加

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	<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	横山地域包括センターと協働して地域の高齢者を対象に認知症予防講習会の講師をしている。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	<p>○評価の意義の理解と活用</p> <p>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</p>	全員でミーティング実施。評価の意義を理解し前回評価の課題の改善に努めている。		
8	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	定期的に運営推進会議を開催し双方からの意見交換を行いサービスの向上に努めている。		
9	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	市町村との連携を密に取り家族介護予防教室などの市町村事業を積極的に受け入れている。		
10	<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援している。		
11	<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	関連法について学べるよう資料作成。いつでも学べるようにしている。入居者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告を行っている。		

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)
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・更新時に説明を行い署名・捺印を頂いている。	
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	契約書グループホーム玄関に苦情窓口を提示している。また苦情が発生した場合は苦情対応手順書に従い対応行っている。	
14	○家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	毎月オカリナ通信を発行し請求書に1ヶ月の様子を報告している。必要に応じて電話や面会時に報告を行っている。	
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	面会時に遠慮なく希望・要望を言いやすい環境作りをしている。	
16	○運営に関する職員意見の反映 運営者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。日報・ミーティング議事録などからも情報収集を行っている。	
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	事前に計画した行事には人員を厚く配置している。家族の希望に合わせて勤務を調整している。	
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	退職にあたっては十分な引継期間をもって入居者に不安を与えないようにしている。離職者を抑える為に働きやすい環境作りを行っている。	

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)
5. 人材の育成と支援			
19	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている</p>	<p>研修は本人の希望・管理者からの参加指示を受けながら日常のケアに必要な知識・技術取得の為常勤・非常勤を問わず研修に参加している。外部研修のみならずOJTでの教育訓練も行っている。</p>	
20	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている</p>	<p>研修・講習会など外部の方と交流する機会があり又参考になるケア方針など取り入れている。</p>	
21	<p>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる</p>	<p>管理者は日頃から職員と交流を図り個人の相談を受けている。毎月希望の休みも取り入れている。有給・リフレッシュ休暇を積極的に取って心身共に休養できる環境を作っている。</p>	
22	<p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている</p>	<p>介護福祉士・ケアマネージャー資格取得に向けたアドバイスを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識の情報提供を行っている。</p>	
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</p> <p>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>入居相談時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。</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>入居相談時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。必要時には電話で気軽に相談できる環境を作っている。</p>	

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	○初期対応の見極めと支援 相談を受けた時に、本人と家族が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族・関係者から情報を頂き管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設・高齢者住宅・有料老人ホームなどの情報提供を行い本人・家族に選択して頂く。		
26	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	入居前に見学・相談を行うと共に不安を抱えて迷っているケースに関してはお試し入居をご利用頂いている。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	入居者と共に作業・活動を行う事により喜びや楽しみをわかちあい、生活の活力につなげられる様支援している。		
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	家族と面会時や電話で情報交換を密に行い必要時には話し合いの場を作り一緒に支えている関係を築いている。又行事参加等積極的に声かけを行っている。		
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	適度の距離をおくことにより、本人・家族の希望・要望を聞き必要に応じて情報提供していく事で、優しい気持ちや心のゆとりができよりよい関係が保てる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	周囲に人達と関係がとぎれない様に電話や手紙や面会などの支援を行っている。		
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利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	個々の関係を把握し良好な交流が出来るように座席の配置をかえたり、個々が助けあえるように支援を行っている。		

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)
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	関連機関に退所された方は、その後の様子や面会に行っている。		
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	日常的にスタッフと共有の場を設定して本人の要望を引き出すように努めている。困難な場合は行動や言動からくみ取っている。		
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	家族から生活歴などの情報を提供して頂き回想法を用いて個性の把握に努めている。		
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	ケアプラン・アセスメントで把握している。様々な観点から本人の状態を把握するようにしている。		
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	事前に本人・家族の要望を聞き職員全員でアセスメントを行いICFの視点でケース検討・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	3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時は期間途中でもプラン変更を行っている。		

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)
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	毎日ケアプラン評価を記入している。連絡ノート・カンファレンス記録なども活用し情報を共有し必要時にはカンファレンスを行っている。		
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	状態変化や本人・家族の希望に応じて支援している。		
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	民生委員は2ヶ月に1回グループホームに来設。年1回消防署と合同で消防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	本人・家族の希望でヘルパーなどを依頼して外出している。		
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	横山地域包括センターの職員が2ヶ月に1回グループホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い協働している。		
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、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	月に1回かかりつけ医を受診している。体調不良時は随時受診している。本人が動けない場合はかかりつけ医がグループホームに診察に来ている。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している</p>		
45	<p>○看護職との協働</p> <p>利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている</p>		
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している</p>		
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している</p>		
48	<p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている</p>		
49	<p>○住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている</p>		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	個々の人格を尊重しプライドを傷付けないように認知症の行動障害に対応している。個人情報鍵のかかるスチール棚に保管している。	
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している	食べたい物・やりたい事・行きたい所などを日頃のコミュニケーションから聞き出し自己決定出来る様に声かけして作業・活動を行っている。	
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	時間の概念のない入居者には本人の負担にならない程度に生活リズムを作り支援している。その他の入居者は出来る限り希望に添えるように支援している。	
(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	本人のなじみの店には行けないが月1回訪問理美容があり自己決定出来ない方は家族に相談して職員が支援している。	○ 外出時にはおしゃれやお化粧ができる様支援していく。
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食べたい物をメニューに取り入れたり、買い物での食材選び・簡単な調理・家事作業を行っている。職員も同じ食事を一緒に食べている。	
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	入居者の能力に応じて居室に冷蔵庫やポットを置き自分の好きな時に飲める様にしている。お酒・煙草は家族の要望も取り入れながら健康面(食事制限・薬との相互作用など)を重視して考えている。	

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	個々の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行っている。オムツなどの確認は羞恥心・プライバシーを配慮している。失禁など失敗してしまった場合は自信を失わない様に配慮した声かけを行っている。		
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	極力本人の希望に応じて支援している。		
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	個々の健康状態・身体能力に応じて休息が必要な方は臥床時間を設けている。夜間良眠出来る様に日中の活動量を確保する。出来るだけ睡眠薬を使用しない様支援している。		
(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	個々の生活歴の中から得意分野のある方は積極的に作業を行ってもらっている。散歩・買い物などをして気分転換を図っている。		
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	本人の能力の応じて買い物の行った時には支払い・レシート受け取り・釣り銭受け取りなど行ってもらう様にしている。本人が欲しい物があるときは、買い物に付き添い支援している。		
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	希望に応じて近隣散歩・買い物に出掛ける。歩行困難な人は車椅子にて対応している。		
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	季節感を味わえる様に企画を行い外出している。市の行事にも参加できる様支援している。		

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	能力に応じて居室に電話を設置している。手紙など自由に出せる様支援している。		
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	特に面会時間は設定していない。面会時は自由に過ごしてもらい、居室・談話コーナー・食堂などで他の入居者とも交流できる。		
(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	身体拘束を行わないケアを職員は認識している。身体拘束の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	居室に鍵はない。夜間は防犯上玄関に施錠を行う。		
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	利用者の行動パターンに合わせて巡視・所在確認を行っている。夜間は2時間毎に巡視を行っている。		
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	薬・洗剤は鍵のかかる所に保管している。包丁・ハサミなどは使用した後に数を確認して使用しない時はスタッフが管理できる場所に保管している。個々の能力に応じて本人がはさみ・爪切りを管理している。		
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	事故発生時はアクシデントレポートを作成する。再発防止策に関してはカンファレンスを行っている。		

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	マニュアルを作成している。スタッフの力量に応じて管理者(看護師)が指導(OJT)を行っている。緊急時には看護師に24時間体制で報告を行う。		
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	定期的に避難訓練を実施。マニュアル作成。非常用の食品・備品を準備している。		
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された対応策を話し合っている	入所持・面会時・ケアプラン提示時に説明をおこなっている。アクシデントが発生した場合は直ちに家族に報告している。		
(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	毎日体調の変化がないか確認している。体調不良時は直ちに看護師に報告を行う。家族にも報告を行う。		
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	処方箋に基づき名前・薬・服薬方法を確認して内服確認したら処方箋に印鑑を押している。		
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	散歩や適度な運動を行い食事でも繊維質の多い物を考慮している。水分摂取にも心かけている。		
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	口腔ケアの重要性を理解して毎食後に口腔ケアを行っている。本人の自立度に合わせて援助を行う。		

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	個々の摂取量や嗜好を把握して楽しみながらバランス良く摂取できるようにしている。毎日の献立・摂取量は記録している。		
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)	マニュアルに添って対応している。インフルエンザは予防接種を受けている。ディスポ手袋を着用しスタンダードプリコーションの実施。		
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	衛生チェック表を作成し管理している。新鮮な食材で調理している。		
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	家庭的な雰囲気作りを行い温かく明るく親しみやすい装飾をしている。季節感を取り入れている。		
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	家具の配置・季節の飾り付けなど家庭的な雰囲気が持てるようにしている。		
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	共用部分を自由に使える。		

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	自宅で使い慣れた家具・小物を持ち込んでいる。在宅からの持ち込みの際には衛生面にも注意して疥癬などの感染症に注意して消毒している。長期間着用していない衣類は洗濯して熱処理をしてから使用している。		
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	オゾン脱臭を使用。窓を開けて毎日換気を行っている。冷暖房は個別に対応できる。		
(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	移動スペースには手すりがある。また移動の妨げにならない様に環境整備を行っている。		
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	個々の能力に配慮して目印・トイレ・浴室は表示している。		
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	外周りを利用して散歩・外気浴を行っている。		

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ます	○	①ほぼ全ての家族と
			②家族の2/3くらいと
			③家族の1/3くらいと
			④ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	<input type="radio"/>	①ほぼ毎日のように
		<input type="radio"/>	②数日に1回程度
		<input type="radio"/>	③たまに
		<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	①大いに増えている
		<input type="radio"/>	②少しずつ増えている
		<input type="radio"/>	③あまり増えていない
		<input type="radio"/>	④全くいない
98	職員は、生き生きと働いている	<input type="radio"/>	①ほぼ全ての職員が
		<input type="radio"/>	②職員の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	③職員の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	①ほぼ全ての利用者が
		<input type="radio"/>	②利用者の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	③利用者の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	①ほぼ全ての家族等が
		<input type="radio"/>	②家族等の2/3くらいが
		<input type="radio"/>	③家族等の1/3くらいが
		<input type="radio"/>	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。)

利用者が行きたい所に行く事は一対一での対応を要する利用者が多い為なかなか行く事は出来ないが、月一回外出や行事の計画を立て行っている。週二回以上は近隣への散歩に出掛け、気分転換して頂いている。

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 オカリナ
(ユニット名)	マハロ
所在地 (県・市町村名)	神奈川県相模原市横山台2-5-1 門倉センタービル
記入者名 (管理者)	水向浩子
記入日	平成20年10月26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)
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	【基本理念】あなたらしい暮らしを共に作っていきます 【基本方針】 ・健康で安らぎのある生活を共にします ・個々の生活歴を尊重します ・家庭的な雰囲気を大切にします ・「地域」とのふれあいを大切にします	
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	理念に基づいたサービスの提供。玄関や職員室に明示し共有すると共に日々業務に取り組んでいる	
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よう取り組んでいる	家族に対して契約書に明記・説明・同意を得ている。パンフレットにも明記し見学者や地域の方々にも案内している	
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、気軽に立ち寄りし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	地域の老人会の訪問や高齢者住宅の入居者との交流などを行っている	
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	地域の社会福祉協議会「生き生きサロン」の実施により地域の方々と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)
6	<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	横山地域包括支援センターと協同して地域の高齢者を対象に認知症予防講習会の講師を行っている		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	<p>○評価の意義の理解と活用</p> <p>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</p>	全職員でミーティング実施。評価に意義を理解し前回評価の課題の改善に努めている		
8	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	運営推進会議年間計画を立案し実施後は議事録を作成し職員に報告している		
9	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	横山地域包括支援センターと情報交換を行うと共に行き来している。必要時に相模原市介護保険課にサービスについての確認を行う		
10	<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援をしている。現在1名が制度を活用している		
11	<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	関連法について学べる様に資料を作成。いつでも学べる様にしている。入居者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告を行っている		

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)
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	入居時及び更新時に説明を行い署名・捺印を頂いている。	
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	契約書・グループホーム玄関に苦情窓口を提示している。また、苦情が発生した場合は苦情対応手順書に従い対応を行っている。	
14	○家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	毎月オカリナ通信に利用者の状態報告を行っている。また面会時に状態説明・金銭管理ノートを提示して捺印またはサインをもらっている。	
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	面会時、希望や要望を伺いながら確認を行っている。	○ 家族会、定期開催(年に2回)
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	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。日報・勉強・ミーティング議事録などからも情報収集を行っている。	
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	管理者は体調不良者・家族の希望に合わせて勤務を調整している。	
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	職員から退職願があった場合は本人と個人面談を行い退職理由を聞き仕事を継続するため提案を行うと共に退職受理にあたっては補充職員を確保するまでの期間を考慮している。職員が退職する場合は2～4週間の引継期間を設けている。	

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	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている</p>	<p>外部研修参加。参加後は報告書を提出して報告書を回覧して自己学習を行う。ケアプラン立案に関しては個々のスタッフの能力に応じて育成する。</p>	
20	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている</p>	<p>GH協会大会・研修・講習会などで外部の方と交流する機会があり、参考になるケア方針などを取り入れている。</p>	
21	<p>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる</p>	<p>管理者は日頃から職員と交流を図り個人の相談を受けている。毎月希望の休みを入れている。有給・リフレッシュ休暇を積極的に取って心身共に休養できる環境を作っている。</p>	
22	<p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている</p>	<p>介護福祉士・ケアマネージャー資格取得に向けたアドバイスを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識の情報提供を行っている。</p>	
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</p> <p>相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている</p>	<p>入居相談時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録する。</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>入居相談時に聴取している。また、不安なこと等柔軟に対応できるようにしている。</p>	

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
25	○初期対応の見極めと支援 相談を受けた時に、本人と家族が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族・関係機関から情報提供をして頂き管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設・高齢者住宅・有料ホームなどの情報提供を行い本人・家族に選択していただく。		
26	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	入居前に見学・相談を行うと共に不安を抱えて迷っているケースに関してはお試し入居をご利用頂いている。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	本人の意向を確認し共に活動を行う。役割分担を担っていただく事によって生活の活力を引き出し役割を果たしていただいた時は感謝の言葉をかけている。		
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	面会時や行事の時に来設された時には情報交換を蜜に行い家族に参加していただき共に支えて行く支援をしている。		
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	情報提供を行い必要に応じて職員が本人・家族の間に入り関係構築を行っている。		
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	友人の面会や手紙・電話などできるよう支援している。		
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	個々の関係を把握して食席などを決めている。また自由に交流できる様に将棋などの娯楽活動も行っている。		

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)
32	○関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	退所後も行事に参加して交流を図る機会がある。		
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	入浴・食事・外出などの希望を聞いている。又、本人の希望や要望を聞きだすよう努めている。		
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	入居時に本人・家族からヒアリングしている。サマリーなどから情報提供を受け把握している。又、回想法等を用い、個性の把握に努めている。		
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	ケアプラン・アセスメントで把握している。又、本人の状況に合わせ個別対応を行っている。		
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	スタッフ全員でアセスメントを行い本人・家族のニーズを元にICFの視点でケース検討・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	3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時は期間途中でもプラン変更を行う。		

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	ケース記録に様子・ケアプラン評価を記入している。連絡ノートも活用し情報を共有し、記録は次回プラン作成時に活用している。	○	フロア会議を開き、勉強会及び利用者のカンファレンスを行い、プラン作成に活用している。
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	状態の変化や本人・家族の希望に応じて支援している。(介護老人保健施設・高齢者住宅・病院・在宅など)		
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	民生委員は2ヶ月に1回グループホームに来設。年1回消防署と合同で消防訓練を実施。		
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	本人や家族の希望でヘルパーを依頼しての外出など支援は行っているが、現在使用していない。		
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	横山地域包括支援センター職員が2ヶ月に1回グループホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い協働している。		
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、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	月に1回かかりつけ医を受診している。体調不良時は随時受診している。本人が動けない場合はかかりつけ医がグループホームに診察にきている。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している</p>		
45	<p>○看護職との協働</p> <p>利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている</p>		
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している</p>		
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している</p>		
48	<p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている</p>		
49	<p>○住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている</p>		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	個々の人格を尊重しプライドを傷付けない様に認知症の行動障害に対応している。個人情報鍵のかかるスチール棚に保管している。又、個人情報で不要となった書類等はシュレッダーにかけてから廃棄している。	
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	外食・出前・誕生日ケーキなど本人の希望を聞いて提供したり、入浴なども希望に応じている。	
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	入浴・食事・外出などの希望を聞いている。又、本人の希望や要望を聞きだすよう努めている。時間の概念のない入居者には本人の負担にならない程度に生活リズムを作り支援をしている。	
(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	本人の希望を取り入れ洋服は自分で選んでもらう。定期的に訪問理美容を利用している。	
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に食事の準備や片付けを行っている。好き嫌いのある方は個別に対応している。	
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	栄養バランスを考慮しながら献立立案時は希望も取り入れながら買い物と一緒に掛付け品選びをしてもらう。手作りおやつなども行っている。家族や本人の希望に応じ、居室内に冷蔵庫を置き好きなきときに好みのものを飲水できる。又、飲酒を子捧する利用者には対応している。	

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)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	○気持よい排泄の支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄表から個人の排泄パターンを把握して誘導を行う。また排泄状況に応じた用具を選定している。排泄機能向上の可能性のある方はケアプランにて重点的に取り組んでいる。		
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	毎日の入浴希望も取り入れている。在宅で夕方入浴していた方は夕食前後に希望に合わせて支援している。		
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	夜間安眠できるように日中の活動量を確保する。また個々の健康状態に応じて日中も休息が必要な方は臥床時間を設けている。		
(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	調理手伝い・選択たみなど日課として役割を担ってもらっている。散歩・買い物など外出し気分転換を図っている。		
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	能力に応じて買い物の時に支払い・お釣りやレシートの受け取りなどを行ってもらう。本人が欲しい物が有るときは買い物に付き添い支援している。		
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	希望に応じて散歩に出掛けたり買い物に出掛ける・車椅子の方も積極的に散歩にでかけ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	温泉施設など個別またはグループで出掛ける支援をしている。		

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)
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	能力に応じて家族の了解のもと居室に電話を設置している。間違い電話をかけてしまう方には職員が援助を行い電話をしている。		
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	面会時間は決めていない。面会時には職員から積極的にコミュニケーションを図り日頃の様子などを報告している。面会時は居室や談話室を自由に使ってゆっくり面会をしていただけるよう工夫している。(お茶もお出ししている)		
(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	入居時にも説明を行っている。認知症進行により行動障害が悪化した場合のケアの方法はスタッフでケアの工夫について検討を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいるが、現在1名4いる。家族の同意、定期的に評価を行い解除に努めている。		
66	○鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	夜間は防犯上玄関に施錠を行うがそれ以外は施錠を行わない。居室に鍵はない。		
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	日中は見守りを強化し夜間は2時間毎に安否確認を行っている。関節業務も入居者が見守れる位置で行う。		
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	個々の能力に合わせ本人がハサミ・爪切りを管理している。管理能力が不十分な方はスタッフが管理している。		
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	事故発生時はアクシデントレポートを作成する。アクシデントレポートから再発防止策の勉強会を行い事故防止に努めている。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	マニュアル作成。緊急時は看護師に24時間体制で報告を行う。		
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	定期的に避難訓練を実施。マニュアル作成。非常食量・備品を準備している。		
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された対応策を話し合っている	リスクに関して入居時・プラン提示の時に説明を行っている。アクシデントが発生した場合は直ちに家族に報告を行う。		
(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	身体状況の変化があれば直ちに看護師報告を行う。看護師が定期的に入居者の観察を行いスタッフに健康面のアドバイスをを行うと共に必要に応じて家族にも報告を行う。		
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	薬と処方箋を確認して内服したところまで確認を行う。服薬が完了したら処方箋にサインをする。利用者が内服している薬の一覧を観て作用・副作用について理解する。症状変化時は医師に相談を行い指示を受ける。		
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	水分補給に心がけ散歩・体操など運動量の確保を行う。また毎朝牛乳やオリゴ糖シロップなどの食事の工夫も行っている。		
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	義歯の管理・毎食後の口腔ケアについては声をかけて行っている。自分で行えない方はスタッフが管理している。外出から戻ったときはうがい・手洗いを励行している。		

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	食事チェック表にて摂取量の確認を行う。摂取量が不足している場合は補食を行う。補助食品を利用したり個々の思考を取り入れながら健康状態に応じた対応を行っている。		
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)	感染症マニュアル作成。インフルエンザは予防接種を受けている。ディスポ手袋を着用してスタンダードプリコーションを徹底している。		
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	毎日消毒を行っている。チェック表にて確認している。賞味期限の確認・残食は破棄している。		
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	玄関には四季おりおりの飾り付けを行い表札もかけている。		
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	生活空間の飾り付けは入居者・スタッフの手作りの作品を飾っている。		
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	談話コーナーを自由に使用できる。		

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	家具は自宅で使い慣れた物を持ちこんでもらっている。希望者には仏壇の持ち込みも許可している。在宅からの衣類や道具の持ち込みの際には衛生面にも十分注意している。		
84	○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気のお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	オゾン脱臭を使用。窓を開けて毎日換気を行っている。冷暖房は個別に調節できる。		
(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	異動スペースは手すりを設置している。流し台・洗面台は高齢者に合わせた高さにしてある。		
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	トイレ・浴室は表示をしてある。個々の居室には表札をかけてある。		
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	建物内はバリアフリー。3階という立地環境から庭園がない為植木や花を室内で育てている。		

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ます	○	①ほぼ全ての家族と
			②家族の2/3くらいと
			③家族の1/3くらいと
			④ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている		①ほぼ毎日のように
			②数日に1回程度
		○	③たまに
			④ほとんどない
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	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。)

詳細にアセスメントを行いケアプランに反映させ日々評価を行っている。
 個人の体調、疾患に合わせた上で家庭的な献立作成を行っている。
 旬の食材を取り入れ季節感が味わえるようにしている。