

# 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 やわら
(ユニット名)	鶴
所在地 (県・市町村名)	鹿児島県曾於市
記入者名 (管理者)	瀬戸口 陽子
記入日	平成 21 年 1 月 17 日

# 地域密着型サービス評価の自己評価票

(  部分は外部評価との共通評価項目です )

取り組んでいきたい項目

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>I. 理念に基づく運営</b>			
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		
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	○	理念の見直しを検討していきたい。
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		
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		近隣の散歩コース周辺では顔なじみが出来ており、見守りがてら、声かけして下さる。
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	○	役所、集落への働きかけを行うも、自治会加入に至っておらず、今後再度、役所、集落への働きかけを行いたい。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	地域の研修、会合に参加し、認知症の啓発に努めている。運営推進会議を生かし、認知症の理解や接し方等勉強を行っている。		集落、団体等、講演をさせていただきよう依頼しているが、実施には至っておらず。
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	再度、サービス評価の意義や目的を全職員へ伝え、昨年の外部評価の結果に基づいて、課題への改善策等を話しあった。それを踏まえ自己評価に取り組んでいる。		
8	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ホームの現状報告、認知症の勉強会を行っている。行政、地域住民、入居者ご家族が参加協力していただき、活発な意見交換が実施されている。		
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	役所の取りはからいにより包括支援センター、グループホーム、家族と一緒に研修の機会を得る事ができた。今後協力しながら取り組んで行く事を話しあった。(9月、10月、12月)		社会福祉協議会、包括支援センター、ボランティア、消防、警察等様々な職種の方々が研修に参加された。グループホームの役割、認知症を地域で支える事を話し合う機会があった。
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域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	地域の司法書士の方へ相談し、意見を求めている。		今後必要なケースがある場合を考え、全職員への勉強会を実施したい。
11	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	身体拘束および虐待について、毎月ミーティング時、報告・話し合い記録に残している。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>4. 理念を実践するための体制</b>			
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	利用契約は文書にて行っており、料金、リスク、看取り、医療連携体制、契約解除等について、詳しく説明し同意を得るようにしている。料金改定の際は、家族会を開き同意をいただくようにしている。主介護者が高齢者の場合は、本人に携わる介護者へも伝えるように配慮している。	料金改定の際は、家族会を設け、ご協力いただけるようにしている。特に、看取りに関しては、状態の変化によりその都度対応している。
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	日々の暮らしの中で、入居者の言葉、態度で本人の意向を察するようにしている。	
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	金銭管理は出納長に記載し、買物をする時は随時、家族に連絡し、暮らしぶりについても報告するようにしている。	異常時には勿論の事、面会時にも随時、現状報告を行っている。
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	運営推進委員会、家族会等で開示し意見を聞き反映している。	
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	月1回の全体ミーティング時、話し合う項目に必ず、事業所への意見要望を入れている。運営者・管理者は日頃のコミュニケーションから、不満・要望等を問いかけたり、聞き出したりするようにしている。皆で「やわらを作る」事を基本にしている。	食事係や入浴係等、担当を決め、課題について全員で話し合いをしている。
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	利用者の状態に合わせて勤務時間を調整し必要な時に人員の確保を行い負担の無いよう配慮している。勤務希望を出し、重なった時はスタッフ間で話し合いスタッフがリフレッシュ出来るよう配慮している。夜間の緊急時は管理者に連絡し柔軟な体制をとっている。 早番8:00～	
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	新人スタッフが入れられたが、入居者への影響は見られず。入居者のみに至らず、家族の情報も詳しく伝えるようにしている。	

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)	
<b>5. 人材の育成と支援</b>				
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	研修報告の場、能力に応じて声を掛け文献を参考にした資料を作成し指導を随時行っている。	○	21年度より研修の場を更に設ける事を検討している。
20	○同業者との交流を通じた向上 運営者は、管理者や職員が地域の同業者と交流する機会を持ち、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている	福祉ネットワーク研修や勉強会の機会があり曾於市グループホーム、小規模多機能の会を発足		12/15第1回を実施し会長・副会長を選任、21年度よりサービスの質の向上への取り組みとし定期的に会を実施することとなった。
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	休憩の時間を確保しているが中々うまくとる事ができていない。自由にコーヒーを飲むなど臨機応変にしている。シフトの作成に当たり身体的・精神的に負担が無いよう配慮、またリフレッシュ休暇(有給)をそれぞれにとるように声かけしている。		ストレスを溜め込まない方法、対応についてミーティング時、業務時常に話合っている。否定すればすればするほどストレスを感じる為に否定せず受け入れ共感すること・自己で健康管理を行い気持ちにゆとりを持つ・無理せず距離を置く、コミュニケーション方法など
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	就業規則、健康診断の実施、年1回の職能評価を行い契約を交わしている。		現場においては、それぞれの担当を決め責任を持たせる事、改善すべき点があれば皆で話し合い決定している
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
<b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b>				
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	相談があった時は、本人はもとより、家族、関係者に必ず会う。また見学などしていただき心身の状態、不安など受け止め、他入居者の方々へも伝え交流して下さるよう協力の声かけを行っている。		
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	相談があった時は、家族、本人(状況による)に見学をしていただき、ご家族の介護負担、ホームの理念、仕組み、料金等詳しく説明した上で入居していただいている。		特に退居時は、受け入れ先相談員の方々と相談を重ね、本人、ご家族の方々が不安にならないように努めている。

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)
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	早急な相談時は、協力機関施設、同業者の紹介を行い紹介施設への連絡も行っている。入居希望の相談時は社会資源への活用の指導を行い緊急を見極め対応している。		
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	「ホームに慣れていただく」を優先にスタッフ、入居者間のコミュニケーションを重点に置き不安の除去、馴染めるよう配慮している。		
<b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b>				
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	時間と共に、なじみの関係ができ喜怒哀楽を共に、忙しい時など手伝ってくださる。当たり前のように後片付けされる方々様々である。		
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	負い目を感じる事のないよう気配りしながら現状を報告しスタッフを含め家族であることを機会ある毎に説明、本人が少しでも楽しい時間が過ごせるよう支えてくださるよう協力を求めている。		長い付き合いの中で家族は偏見を持たずスタッフに対しなんでも打ち明け支えあいの気持ちが見られている。
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	ご家族面会時は、本人・ご家族が楽しい時間が過ごせるように、心がけている。		家族会ごとに認知症の説明を実施、ケアプランの変更時等、現状報告を行い理解を得るようにしている。
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	お墓参りや、お買い物等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	入居者同士の関係性をスタッフが共有し、関係が円滑になるような働きかけをしている。		

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)
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	契約の終了は死亡時のみであるが、1年忌の報告、挨拶お便りなどがある。又ご紹介を頂くなど見学にこられることもある。		
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	買い物、電話連絡、外食、墓参りなどの希望に添えるよう実行している。		本年度は入居者の希望を聞き外食の機会を多くし大変喜んでいただいた。友人との昼食会、夫の墓参りなど、送迎援助を行っている。
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	ご家族以外の面会の方々より、これまでの生活ぶり等を把握したりしている。		衣替え、利用料の集金援助の為に住宅に向く事がある。ホームの生活の中で生活環境を感じ納得、ケアに活かす事がある。
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	出来ること、出来ないことは把握され、本人に合わせることを基本としている。その日の活動、睡眠、排泄、内服変更、体調の変化等、朝、夕の引継ぎ時、報告している。		8:50(亀棟、鶴棟一緒):当直者から日勤者への申し送り 16:50(各棟毎):日勤者から当直者への申し送りが充実している。
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	1回/月会議を持ち課題となる事をスタッフと話し合い、介護計画の見直しを行っている。		第4金曜日カンファレンスを実施し医療機関、家族の情報を共有、統一したケアが出来るよう全員参加が出来ている。
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	入院時、悪化時、随時カンファレンスを実施し見直しケア計画を作成している。		ケアの充実を図る為にチェック表にした事でゆとりを持って出来るようになった。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	個人の身体、精神状態、内服変更による経過、気づきなど、情報の共有の徹底に努めている。介護計画にも活かしている。		ケアチェック表にした事で個々が分かり易く気づき見えるようになった。
<b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>				
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	往診(協力医療機関、心療内科、歯医者)、ステーションの定期訪問、急変時の受診、随時家族と連絡を取り合い全面援助を行っている。Drから家族に対し説明がある事がある。病院の方へ出向かずホームに於いて計画を立て家族同伴で説明を受けるようにしている。		「家族の負担軽減、面会に快く来て欲しいの思い」の為に全面的に援助、病状報告受診、結果は随時報告
<b>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</b>				
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	末吉地区福祉ネットワークの実施により「認知証の人を地域で支えていくために・・・」消防、警察、教育委員会、老人会、地域の活動の方々の参加ありグループホームの存在を少しずつ知っていただけようになった。		
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	近隣の理容院より、訪問サービスを実施している。		
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	9月以降「認知症の増加により住宅を支えて行きましょう」と積極的な動きがあり又いろんな研修と一緒に参加させてもらう等情報交換、協力関係が築かれてきた。		役所の取り計らいにより包括支援センター、グループホーム、家族と一緒に研修の機会を得ることができた。今後、協力しながら取り組んで行くことを話しあった。(9月・10月・12月)
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	協力医療機関、心療内科、歯医者の協力があり訪問受診を行っている。利用契約時その旨を伝え同意を得ている。急変時は家族に伝え外来受診を代行している。		連携が充実し重度化せず安定した生活を築くことができた。



項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	一回/月、県外の心療内科の往診があり個々の状態をファックスにて伝え指示、助言を頂いている。		連携が充実し穏やかに過ごされるようになりスタッフの精神的負担の軽減、向精神薬を使用するにあたり勉強をする機会を得ている
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	定期的に看護訪問ステーションの訪問あり日頃の健康管理や相談・助言・また急変、深夜、医師との連携も体制が確保されている。		気軽に相談、連携を図ることで重度化せず安定した暮らしが出来ている。
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	環境の変化により入院が出来ない方に対しては末吉訪問看護ステーションを利用、入院治療を必要とした場合は定期的に状態を見るために見舞ったり家族と一緒にDrからの説明を受けている。		本年度は点滴や剥離処置等で利用。入院に至るときはグループホームのシステムを説明し短期、長期の入院になるか伺い入院先の医療機関と随時連携を図るようにしている。環境を受け入れられず入院先が入院困難と判断した時は末吉訪問看護ステーションとの連携、家族の同意の下ホームで療養している。
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	重度化した場合や終末期には、主治医、訪問看護師、ご家族と密に連携を図り、方針を共有している。		
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	本人、ご家族の意思確認を随時行いながら、医師、訪問看護ステーション、ホーム職員で連携を図り、安心して最期を迎えられるように努めている。		ホームで出来る、出来ない事について医療機関もチームとして理解があり支えをいただいている。今後の変化に備え随時話し合いを行っている。
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	他事業所に移られるケースは無い。入院時は情報を提供しダメージのないよう面会するようにしている。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>			
1. その人らしい暮らしの支援			
(1)一人ひとりの尊重			
50	<p>○プライバシーの確保の徹底</p> <p>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</p>		
51	<p>○利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>		本人が納得できる声かけを努力している
52	<p>○日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>		
(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	<p>○身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>		同じ服への執着、着る順番の分からない方、外出時の身だしなみ等、本人の日常生活活動に合わせて定期的に近隣の床屋へ行ったり出張に来てくださるなど実施している。
54	<p>○食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>		
55	<p>○本人の嗜好の支援</p> <p>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</p>		甘いものは欠かせず高齢者の好むものを手作りする事もある。

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)
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を把握し、個々にあった下着、パットを使用している。尿意のない方に対しては間隔を見て声をかけ誘導、清潔に保たれるよう配慮している。		尿意はあるものの汚染の感覚が無くプライドがある入居者の方に対して事前のトイレ誘導は困難なことから本人がトイレに行かれた時を見計らって、さりげなく理由を付けパット交換、入浴を勧めるようにしている。
57	○入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している	その日の体調、本人の希望を聞き、楽しい入浴となるように努めている。		
58	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	昼夜逆転の恐れのある入居者に対し生活のリズムを整え、日中の活動を高めたりと安眠につなげている。		コミュニケーション、新聞の読み聞かせ、散歩。ドライブ、下ごしらえ、お茶詰め、後片付け、洗濯畳み、干し等、活動している。
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	食事作り、下ごしらえ、後片付け、洗濯干し、畳み、草取り等それぞれに役割を持ち張り合いにされている。気晴らしに外食、散歩、買い物、墓参り等希望を聞き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	入居者が金銭管理を行えない場合には、ご家族と相談の下、ホーム管理、本人管理の見極めを行い買い物をしていただいている。残金の確認は面会時にご家族に出納帳にサインをいただくようにしている。		自分の手元に少しでも持っていることで安心して、穏やかに過ごせたりする。スタッフ間の中で金額、残金の送りはしている。紛失時は一緒に探している。
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	外食、墓参り、散歩、ドライブなど屋外に出掛けている。本年度は外食をする機会を多く持ち大変喜んでいただいた。		気候の良い日は庭で過ごしたり散歩、ドライブ、外食、市民祭、花見などに出掛けることが多いが冬場は感染予防の為に遠出は控えるようにして、近隣のスーパー程度にしている。
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	墓参りに行きたい生まれ在所に行きたい等聞かれた時は勤務体制を見て計画している。		スタッフと一緒に葬式、墓参り、友人の家に出掛けたり、家族と一緒に結婚式、年忌、子供の帰省によりに出掛けた。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	日常的に家族とのやり取りが出来るよう対応している。		電話は本人の希望により、自由に利用していただいている。年賀状を書いていただき、ご家族に喜ばれている。
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	面会時間は決まっておらず、自由に面会に来ていただき水入らずの時間を過ごされるよう環境を整えている。		
<b>(4)安心と安全を支える支援</b>				
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	身体拘束委員を設置し、ミーティング時話し合いを行っている。緊急やむおえない場合においては、入居時の同意書の他、その都度ご家族より同意をいただいております、その場合市町村への報告を行っている。		奇声を発する、妄想により他入居者に支障をきたす場合は家族の同意を得た上で精神科医に相談、向精神薬の使用にあたり経過を見ながら適量使用している。高齢、状況を見ながら中止、継続を検討している。とがめず行動を押さえつけず気分転換を図ることを実行している。
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	日中は門、玄関の施錠は行っていない。居室へは鍵が設置されていない。夜間は門を19時に施錠するよう取り決めている。外出者は一緒に出たり、さりげなく見守っている。		日中は本人に合わせて行動し鍵はしない、遅番の退勤(19時過ぎ) 門、玄関の施錠をしている。
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	日中の所在確認は目が離せず、その場を離れる時は声を掛け合い見守りを行っている。夜間は転倒のリスクの見極めを行い随時対策を取るようになっている。		カンファレンス、ミーティング時話し合いを持って対策を取っている。
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	入居者自身が使うことのない薬、洗剤等は目に触れない所に管理、入居者の状況変化によってカウンターの整理整頓(異食)を行っている。包丁使用は見守りを行っている。		入居者のレベルに合わせて取り除くなどしている、下ごしらえする時は見守りを行っている。
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	事故が発生した場合、速やかにヒヤリハット・事故報告書を提出し、全体ミーティングで話し合い事故防止策を検討実施している。家族に事故内容の報告を行っている。		行方不明:近隣の協力の声かけ、福祉ネットワークでの協力体制、運営推進委員会での連絡体制について研修、会議を行い協力の呼びかけをした。窒息・転倒・誤薬は随時対策をとりケアプランに反映している。

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)
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	カンファレンスの際、個人のリスクにあった話し合い、訪問看護ステーション所長、Dr、消防の指導の下、応急処置している。連絡、対応方法等について想定し習得するようにしている。		急変時は随時ステーションとの連携を図りながら対応している。事前に考えられる問題に関してはステーション所長にカンファレンス参加を依頼し指導を受けるようにしている。
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	火災、地震、台風に備えての話し合い、避難訓練を実施した。非常食、飲み水を備蓄している。		
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	認知の進行、日常生活動作の低下に伴いリスクが高くなっていく事についてその都度、家族に報告、方向性を相談させていただいている。		認知症の進行と共に問題、リスクが高くなっていく事に対し随時報告、会毎に知識を高めてくださるよう勉強会を実施
<b>(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援</b>				
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	普段の状況を職員は把握しており、体調の変化、行動の変化の早期発見に努めている。変化に気づいた際は、まず管理者へ連絡し、その後必要に応じて訪問看護ステーション、協力医療機関への連絡をし支持を仰ぐようにしている。		観察を欠かさず発熱、異常時は日勤帯で外来受診を行い、入居者・スタッフの不安を取り除いている。
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	服薬の処方記載用紙を個人のファイルに綴り、職員が内容を共有できるようにしている。服薬時は必ず確認を行い、状態変化が見られた場合は速やかに協力医療機関との連携を図るようにしている。内服変更時は経過観察を行い申し送りにて情報を共有している。		内服効果、副作用に関し経過を看ながら医療機関との連携を図り改善を行っている。
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	食事へ繊維質の多い食材、水分、乳製品を多く取り入れるよう心がけている。運動や定期的な排泄の声かけを行っている。		活動の声かけ、水分、繊維質、下剤の調整等を行いコントロールが出来るよう実施
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	3回/1日の口腔ケア、3回/Wの義歯洗浄を徹底し感染予防に努めている。		毎食後、声かけと全介助にて実施、毎日歯ブラシ、コップは消毒液に浸け、義歯は週3回ポリデントにつけ実行している。

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	持病(糖尿病・腎臓病等)や習慣に応じた量を盛る、1回/月の体重測定、刻み食、水分量のチェック、残食についてメニュー表に記録するようにしている。		定期的に採決実施し検査の結果、栄養状態を把握している。
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)	スタッフ、入居者のインフルエンザ、入居時の肺炎球菌ワクチンの実施、うがい、手洗い励行、希望に応じ毎日入浴実施等、皮膚炎も早期対応をしている。		インフルエンザ、肺炎球菌ワクチンの実施、寝具の交換、毎日入浴、口腔ケア等、清潔に保っている
79	○食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	食器や布巾、まな板等は曜日を決め漂白するようにしている。床掃除は毎日交代する際、実施。肉・魚は毎日近所のスーパーに配達してもらい野菜、他は毎日買い物に出掛けている。		当日のメニューの肉・魚は朝 配達され野菜・乾物は前日買出しに行っている。食器・まな板類は毎週木曜日にハイター消毒をしている。
<b>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</b>				
<b>(1)居心地のよい環境づくり</b>				
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	門、玄関には施錠せず、畑や花壇、車椅子も通れるレンガ通りを作るなど威圧感や違和感を感じさせないような環境づくりに努めている。		
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	木造平屋建てであり、ホール中心に柱がありその周辺には昔懐かしい着物、折柄の暖炉を飾り和風で温かみのある空間にしている。特徴としては、カウンターキッチンである。五感を感じられるように配慮している。庭には季節に応じて花の植え替えを行っている。		ホームを囲むように芝桜、花ショウブ、五月など季節の移り変わり毎に咲き入居者の目を楽しませているようである
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	リスクに配慮しながら空間に椅子、ソファを置き、思い思いに気の合う仲間と過ごされる。		思い思いの場所に座りコミュニケーションを図られ楽しそうに過ごされている

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	馴染みのもの(ベッド・布団・ダンス等)を持ち込んでいただき、自宅を想定しながら配置していただいている。仏壇・写真等を持ってこれ個人空間をつくられている		入居時は使い慣れたものを設置するが、認知の進行と共に危険なものを取り除くなどしている方もある。
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	便臭時は即対応、換気は適宜行っている。浴室、ホール、居室の温度差に配慮、又冬場は乾燥し易い為に夜間洗濯物を干すなど工夫、足が冷たく寝付けない方には湯たんぽを使用し安眠につながる様にしている。		夏場は脱水、冬場は脳卒中に配慮し入居者の身体状況に合わせて対応している。
<b>(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり</b>				
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	身体機能の変化により家具の配置、入居時の手すりの位置、使用するトイレ等を職員で話し合い、自立支援を行っている		自立した生活が送れるようベッド・畳みの交互入れ替え、不安定な物、滑りそうな物の除去を行った。
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、風呂、居室等入居者の目線に合わせて分かり易くしている。		居室確認できるよう、同意をいただき名前を入り口につけている。
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	国道から少し入り込んだ所に位置し、車の往来が少なく、田畑に囲まれ散歩コースには適し、また畑、荷は荷は季節ごとに色んな実をつけ花が咲くなど入居者、外部の方々も収穫、鑑賞を楽しんで下さっている。		ホームを囲むように芝桜、花ショウブ、五月など季節の移り変わり毎に咲き入居者の目を楽しませているようである。自由に出入りされ楽しませる。

V. サービスの成果に関する項目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
項 目			
88	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる	○	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。)

\*カウンターキッチンである為、食事の準備をしていただける機会を多い。

\*協力医療機関の往診、心療内科の往診、歯医者への往診と、急変時等に連携が図れる事から、スタッフの不安も軽減されている。