

# 認知症対応型共同生活介護事業所自主評価票

## 【用 語】

- ◇グループホーム . . . . . 認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護事業所）
- ◇ホーム . . . . . 自主評価者の属するグループホーム
- ◇管理者 . . . . . 管理者不在の場合に、これを補佐する者を含む
- ◇職員 . . . . . 管理者及び非常勤職員を含む
- ◇チーム . . . . . 一人の人を関係者が連携し、共通認識で取り組むという意。  
関係者とは管理者・職員はもとより、家族、かかりつけ医、包括支援センターなど、事業所以外で本人を支えている関係者を含む。

グループホーム名      グループホーム北山

記入者 職 氏名      ホーム長 栗井 由理

記入年月日      平成 2 1 年 1 月 1 9 日

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号                        | 項 目                                                                                                                    | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| <b>I 運営理念</b>              |                                                                                                                        |       |       |      |         |
| <b>1 運営理念の明確化</b>          |                                                                                                                        |       |       |      |         |
| 1                          | ○理念の具体化、実現及び共有<br>事業主と全ての職員は、グループホームの理念・意義と役割を理解している。                                                                  | ○     |       |      |         |
| 2                          | ○運営理念及び権利義務の明示<br>ホームの理念及び入居者の権利義務を運営規定等に分かりやすい表現で明示しており、入居者及び家族等に十分説明し、同意を得ている。                                       | ○     |       |      |         |
| <b>2 運営理念の啓発</b>           |                                                                                                                        |       |       |      |         |
| 3                          | ○運営理念の啓発<br>ホームの運営理念や役割が地域に理解されるよう、地域に対する運営理念の啓発・広報に取り組んでいる。（ホームの説明会、ホーム便り等）                                           | ○     |       |      |         |
| <b>II 生活空間づくり</b>          |                                                                                                                        |       |       |      |         |
| <b>1 家庭的な生活空間づくり</b>       |                                                                                                                        |       |       |      |         |
| 4                          | ○家庭的な共用空間づくり<br>共用の生活空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）がいずれも家庭的な雰囲気有しており、調度や設備、物品や装飾も家庭的である。                                   | ○     |       |      |         |
| 5                          | ○共用空間における居場所の確保<br>共用空間の中に、入居者が一人になったり気のあった入居者同士で自由に過ごせるような居場所を確保している。                                                 | ○     |       |      |         |
| 6                          | ○入居者一人ひとりにあわせた居室の環境づくり<br>居室には、使い慣れた家具や生活用品、装飾品等が持ち込まれ、安心して過ごせる場所となっている。                                               | ○     |       |      |         |
| 7                          | ○建物の外周リや空間の活用<br>建物の外周リやベランダを、入居者が楽しんだり、活動できるように活かしている。（物干し場、園芸、水まき、草取り等）                                              | ○     |       |      |         |
| <b>2 心身の状態にあわせた生活空間づくり</b> |                                                                                                                        |       |       |      |         |
| 8                          | ○身体機能の低下を補う配慮<br>入居者の身体機能の低下にあわせて、安全かつできるだけ自立した生活を送れるようにするための設備や工夫がある。（すべり止めや要所への手すりの設置、浴槽・便座・流し台等の使い勝手の工夫、物干しの高さの調節等） | ○     |       |      |         |
| 9                          | ○混乱や失敗を招かない環境づくり<br>認知症による誤認や錯覚を引き起こして混乱や失敗を招くような状態を放置していない。（壁のシミを動物等と錯覚し、混乱を招くような状態等）                                 | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号               | 項 目                                                                                                      | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 10                | ○場所間違い等の防止策<br>職員は、入居者一人ひとりがホーム内の場所が分かるかを把握していて、家庭的な雰囲気をこわさずに、場所の間違いや分からないことでの混乱を防ぐための工夫がある。（トイレや部屋の目印等） | ○     |       |      |         |
| 11                | ○音の大きさや光の強さに対する配慮<br>入居者が落ち着いて暮らせるように、音の大きさや光の強さなどに配慮している。（テレビの音量、職員間の会話のトーン、照明の強度・まぶしさ、日差し等）            | ○     |       |      |         |
| 12                | ○換気・空調の配慮<br>気になる臭いや空気のよどみがないように、日頃より心掛けている。また、冷暖房が利き過ぎないように適切に温度調節を行っている。                               | ○     |       |      |         |
| 13                | ○生活感への配慮<br>入居者が生活感を自然に持てるように生活環境に配慮している。（家事の音、調理のにおい、季節の草花、こたつのぬくもり等）                                   | ○     |       |      |         |
| 14                | ○活動意欲を触発する物品の用意<br>入居者が昔を懐かしんだり、関心を持てる馴染みの物を用意している。（ほうき、たらい、裁縫道具、大工道具、園芸用品、趣味の品、昔の思い出の品々等）               | ○     |       |      |         |
| <b>Ⅲ ケアサービス</b>   |                                                                                                          |       |       |      |         |
| <b>1 ケアマネジメント</b> |                                                                                                          |       |       |      |         |
| 15                | ○アセスメントの実施<br>入居者一人ひとりの状態像、生活特性（生活歴、ライフスタイル等）、入居者や家族の求めていることを把握し、これによってアセスメントを行い、課題を明らかにしている。            | ○     |       |      |         |
| 16                | ○個別具体的な介護計画<br>アセスメントに基づいて、入居者主体の目標を立て、入居者一人ひとりの特徴を踏まえた具体的な介護計画を作成している。                                  | ○     |       |      |         |
| 17                | ○介護計画の職員間での共有<br>介護計画を、すべての職員の気づきや意見を採り入れて作っており、すべての職員が内容を知ることができる仕組みを作っている。                             | ○     |       |      |         |
| 18                | ○介護計画への入居者・家族の意見の反映<br>介護計画を、入居者や家族とも相談しながら作成している。                                                       | ○     |       |      |         |
| 19                | ○介護計画の見直し<br>介護計画に実施期間を明示し、その期間が終了する際に見直しを行うことはもとより、状態変化に応じた随時見直しを行っている。                                 | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号                            | 項 目                                                                                                                                             | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 20                             | ○個別の記録<br>日々の介護や介護計画に反映させるため、入居者一人ひとりの特徴や変化を具体的に記録している。                                                                                         | ○     |       |      |         |
| 21                             | ○確実な申し送り・情報伝達<br>職員の申し送りや情報伝達を確実にし、重要な点はすべての職員に伝わる仕組みを作っている。                                                                                    | ○     |       |      |         |
| 22                             | ○チームケアのための会議<br>チームとしてケアを行う上での課題を解決するため、すべての職員で、定期的に（緊急案件がある場合にはその都度）会議を開催し、活発に意見交換を行って合意を図っている。                                                | ○     |       |      |         |
| 2 ホーム内でのくらしの支援<br>(1) 介護の基本の実行 |                                                                                                                                                 |       |       |      |         |
| 23                             | ○入居者一人ひとりの尊重<br>職員は、常に入居者一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応を行っていない。（入居者一人ひとりの違いの尊重、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等） | ○     |       |      |         |
| 24                             | ○職員の穏やかな態度と入居者が感情表現できる働きかけ<br>入居者のペースに合わせて職員の言葉かけや動きがゆったりとして、喜びを引き出す言葉かけや雰囲気づくりをしている。                                                           | ○     |       |      |         |
| 25                             | ○入居者一人ひとりの過去の経験を活かしたケア<br>入居者一人ひとりの生まれてからこれまでの生活歴、本人にとって大切な経験や出来事を知り、それをその人らしい暮らしや尊厳を支えるために活かしている。                                              | ○     |       |      |         |
| 26                             | ○入居者一人ひとりとのコミュニケーション<br>入居者一人ひとりの伝えたいことをしっかり受けとめ、職員側からは本人に分かるように伝えている。（十分に話を聞く、顔を見ての会話、短く分かりやすい言葉等）                                             | ○     |       |      |         |
| 27                             | ○入居者のペースの尊重<br>職員は、職員側の決まりや都合で業務を進めていく態度ではなく、入居者が自由に自分のペースを保ちながら暮らせるように支えている。                                                                   | ○     |       |      |         |
| 28                             | ○入居者の自己決定や希望の表出への支援<br>職員は、入居者一人ひとりが自分で決めたり希望を表したりすることを大切に、それらを促す取組を日常的に行っている。（選んでもらう場面を作る、選ぶのを待つ等）                                             | ○     |       |      |         |
| 29                             | ○一人ですることへの配慮<br>入居者一人ひとりのいいところ、できているところ、その人らしさ等を見つけ、今ある力を維持し、楽しく安心して自分のことをしたくなるように、見守ったり、力づけるようなコミュニケーションや働きかけを行ったり、一緒にやったりするように日常のなかで心がけている。   | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号           | 項 目                                                                                                                                             | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 30            | ◎共に支えあう場面づくり<br>職員が入居者に助けてもらったり、経験を活かせるような場面を作っている。（入居者を介護される一方の立場にいない）                                                                         | ○     |       |      |         |
| 31            | ◎身体拘束のないケアの実践<br>身体拘束は行わないということをすべての職員が正しく認識しており、身体拘束のないケアを実践している。                                                                              | ○     |       |      |         |
| 32            | ◎鍵をかけない工夫<br>入居者の自由な暮らしを支え、入居者や家族等に心理的圧迫をもたらさないよう、日中は玄関に鍵をかけなくてもすむような配慮をしている。やむを得ず鍵をかける場合は、その根拠が明白で、その理由を家族に説明している。（外出の察知、外出傾向の把握、近所の理解・協力の促進等） | ○     |       |      |         |
| 33            | ◎入居者の状況の把握<br>職員は、常に入居者を見守りやすい場所において、入居者一人ひとりの位置と様子を把握している。（入居者のそばでの記録、入居者の様子が分かる調理・配膳場所等）                                                      | ○     |       |      |         |
| 34            | ◎虐待の防止の徹底<br>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。                                                         | ○     |       |      |         |
| (2) 日常生活行為の支援 |                                                                                                                                                 |       |       |      |         |
| 1) 食事         |                                                                                                                                                 |       |       |      |         |
| 35            | ◎献立づくりや調理等への入居者の参画<br>献立づくりや食材選びを、入居者と共に行っており、可能な限り買い物や調理も一緒に行っている。意思の確認が困難な場合には、好みを把握して献立や調理に活かしている。                                           | ○     |       |      |         |
| 36            | ◎献立の工夫<br>献立には、季節感を感じさせるものや、入居者にとって昔なつかしいもの、個別のお祝い等を取り入れている。                                                                                    | ○     |       |      |         |
| 37            | ◎食べる意欲を引き出す働きかけ<br>食事に際して、食欲を高め、楽しく食べられるような言葉かけや働きかけを行っている。                                                                                     | ○     |       |      |         |
| 38            | ◎馴染みの食器の使用<br>家庭的な食器が使われており、茶碗や湯飲み、箸等は、入居者一人ひとりの使い慣れたものになっている。                                                                                  | ○     |       |      |         |
| 39            | ◎入居者一人ひとりに合わせた調理方法・盛り付けの工夫<br>入居者一人ひとりの咀嚼・嚥下等の身体機能や便秘・下痢等の健康状態にあわせた調理方法としつつ、おいしそうな盛り付けの工夫をしている。                                                 | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号   | 項 目                                                                                                                                           | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 40    | ○個別の栄養摂取状況の把握<br>入居者一人ひとりの摂取カロリーや水分摂取量、栄養バランスを、一日全体を通じておおよそ把握している。                                                                            | ○     |       |      |         |
| 41    | ○食事のペースを乱さない配慮<br>不用意な言葉かけや刺激で食事が止まってしまうことのないように配慮している。（職員の慌ただしい動き、真剣に食べている途中で脈絡のない言葉かけ、他の入居者との相性や個人の好みに配慮しない座る位置決め、誰も見ていないテレビをつけたままにしておくこと等） | ○     |       |      |         |
| 42    | ○食事を楽しむことのできる支援<br>職員も入居者と同じ食事を一緒に楽しんで食べながら、食べ方の混乱や食べこぼし等に対するサポートをさりげなく行っている。                                                                 | ○     |       |      |         |
| 2) 排泄 |                                                                                                                                               |       |       |      |         |
| 43    | ○排泄パターンに応じた個別の排泄支援<br>おむつをできる限りしないで済むように、入居者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。                                                       | ○     |       |      |         |
| 44    | ○状態にあわせた下着等の使い分け<br>下着、おむつ又はパットは、入居者一人ひとりのその時々状態にあわせて使い分けている。                                                                                 | ○     |       |      |         |
| 45    | ○排泄時の不安や羞恥心等への配慮<br>排泄の誘導・介助や確認、失禁の対応は、不安や羞恥心、プライバシーに配慮して行っている。                                                                               | ○     |       |      |         |
| 46    | ○個別の便秘予防<br>便秘予防に配慮して、飲食物の工夫や排便誘導、運動への働きかけ等に取り組んでいる。                                                                                          | ○     |       |      |         |
| 3) 入浴 |                                                                                                                                               |       |       |      |         |
| 47    | ○入居者一人ひとりの入浴可否の見極めと希望にあわせた入浴支援<br>入浴前に健康状態の確認ができており、入居者の希望に合わせ、くつろいだ入浴ができるように支援をしている。                                                         | ○     |       |      |         |
| 48    | ○入浴時の不安や羞恥心等への配慮<br>入浴は、入居者の不安や羞恥心、プライバシーに配慮した方法となっている。（誘導、着脱衣、洗身、洗髪、浴槽への出入り等）                                                                | ○     |       |      |         |
| 4) 整容 |                                                                                                                                               |       |       |      |         |
| 49    | ○個性を尊重したおしゃれの支援<br>入居者一人ひとりの個性を大切に髪形や服装、おしゃれを支援している。                                                                                          | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号            | 項 目                                                                                                            | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 50             | ○理美容院の利用支援<br>入居者一人ひとりの希望にあわせて、理美容院の利用を支援している。<br>(カット・パーマ・染め、セット等)                                            | ○     |       |      |         |
| 51             | ○プライドを大切にした整容の支援<br>整容の乱れ、汚れ等に対し、プライドを大切にできさりげなくカバーしている。(髪、着衣、履き物、食べこぼし、口の周囲等)                                 | ○     |       |      |         |
| 52             | ○衣類の調節の支援<br>気温や時間、場所、場面(TPO)に合わせた服の調節やみづくろいを支援している。                                                           | ○     |       |      |         |
| 5) 睡眠・休息       |                                                                                                                |       |       |      |         |
| 53             | ○安眠の支援<br>入居者一人ひとりの睡眠のパターンを把握し、夜に眠れない入居者には、1日の生活リズムづくりを通じた安眠策を採っている。                                           | ○     |       |      |         |
| 54             | ○休息の支援<br>落ち着きのなさや緊張、疲労の程度に応じて、一服したり、心身を休める場면을個別に取れるよう支援している。                                                  | ○     |       |      |         |
| (3) 生活支援       |                                                                                                                |       |       |      |         |
| 55             | ○身辺を整える際の支援<br>居室の掃除、洗濯、持ち物の整理や補充などにおいては、入居者のプライバシーを大切に、場面ごとに本人の力を引き出しながら支援している。                               | ○     |       |      |         |
| 56             | ○金銭管理と買い物の支援<br>日常の小遣い程度の金銭管理を本人が行えることを尊重し、個々の力量に応じて必要物品や好みの買い物をする機会を日常的に作っている。                                | ○     |       |      |         |
| 57             | ○通信の支援<br>入居者が、手紙や電話を日常的に利用できるよう、プライバシーに配慮しながら支援している。(手紙や電話の利用の奨励・介助等)                                         | ○     |       |      |         |
| (4) ホーム内生活拡充支援 |                                                                                                                |       |       |      |         |
| 58             | ○ホーム内の役割・楽しみごとの支援<br>ホーム内で入居者一人ひとりが楽しみごとや出番を見い出せるよう、場面づくり等の支援を行っている。(テレビ番組、週刊誌、園芸、食器洗い、掃除、洗濯物たたみ、小動物の世話、新聞取り等) | ○     |       |      |         |
| 59             | ○馴染みのならわし等を楽しむ支援<br>その地域や入居者に馴染みの季節のならわし等を、入居者に主体になってもらいながら家庭的な雰囲気で行っている。(お正月、節句、お祭り、お盆、すす払い、ユズ湯等)             | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号               | 項 目                                                                                                                                              | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| (5) 医療機関の受診等の支援   |                                                                                                                                                  |       |       |      |         |
| 60                | ○医療関係者への相談<br>心身の変化や異常発生時に、気軽に相談できる医療関係者を確保している。<br>(医師、歯科医師、保健婦、看護婦等)                                                                           | ○     |       |      |         |
| 61                | ○希望する医療機関での受診<br>入居者又は家族が希望し、又は納得している医療機関、歯科医療機関等<br>を受診している。                                                                                    | ○     |       |      |         |
| 62                | ○認知症に知見の深い医師の確保<br>認知症に関する診断や治療、対応方法等について、指示や助言をもらえ<br>る医師を確保している。                                                                               | ○     |       |      |         |
| 63                | ○認知症の人の受診に理解と配慮のある医療機関、入院受け入れ医療機<br>関の確保<br>直ぐに診てもらえたり、往診してくれたり、入院を受けてもらえる医療<br>機関が確保できている。                                                      | ○     |       |      |         |
| 64                | ○早期退院に向けた医療機関との連携<br>入院した場合、早期退院のための話し合いや協力を医療機関と行ってい<br>る。                                                                                      | ○     |       |      |         |
| 65                | ○定期健康診断の支援<br>受診を定期的に行っていない人には、年に1回は、検診を受けられるよ<br>うに支援している。開設間もないグループホームは、健康診断を受けら<br>れる準備や体制を整えている。                                             | ○     |       |      |         |
| (6) 心身の機能回復に向けた支援 |                                                                                                                                                  |       |       |      |         |
| 66                | ○心理機能の把握・維持<br>職員は、見当識障害によって引き起こされる認知症の人の不安は、人で<br>あれば当然起こり得る心理状態であること、入居者のどんな行動にも理<br>由があることを理解し、入居者が不安に感じている理由を考え、不安を<br>取り除いたり、和らげるように努力している。 | ○     |       |      |         |
| 67                | ○身体機能の維持<br>認知症の人の身体面の機能低下の特徴（筋力低下、平衡感覚の悪化、嚥<br>下機能の低下等）を理解し、買い物や散歩、調理、楽しみこと等の日常<br>生活の中で自然に維持・向上するように取り組んでいる。                                   | ○     |       |      |         |
| (7) 入居者同士の交流支援    |                                                                                                                                                  |       |       |      |         |
| 68                | ○入居者同士の支えあい支援<br>入居者同士の助け合いや気持ちの支え合いができるような支援を、日常<br>に行っている。（仲の良い入居者同士が過ごせる配慮をする、孤立し<br>がちな入居者が交わる機会を作る、世話役の入居者にうまく力を発揮<br>してもらう場面をつくる等）         | ○     |       |      |         |
| 69                | ○トラブルへの対応<br>職員は、入居者同士のけんかやトラブルの原因を把握し、必要な場合<br>にはその解消に努め、当事者や他の入居者に不安や支障を生じさせない<br>ようにしている。                                                     | ○     |       |      |         |



◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号      | 項 目                                                                                                                   | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| (8) 健康管理 |                                                                                                                       |       |       |      |         |
| 7 0      | ○身体の清潔保持<br>入居者の身体を、清潔に保っている。(頭髮、髭、目の周囲、口の周囲、耳、手足の爪、皮膚等)                                                              | ○     |       |      |         |
| 7 1      | ○口腔内の清潔保持<br>入居者の力を引き出しながら、口の中の汚れや臭いが生じないように、口腔の清潔を日常的に支援している。(歯磨き・入れ歯の手入れ・うがい等の支援、出血や炎症のチェック等)                       | ○     |       |      |         |
| 7 2      | ○身体状態の変化や異常の早期発見・対応<br>入居者一人ひとりの身体状態の変化や異常のサインを早期に発見できるように、すべての職員が注意しており、重度化や入院を防ぐ努力をしている。また、その変化やサインを記録に残している。       | ○     |       |      |         |
| 7 3      | ○体重の管理<br>体重の経過をモニターし、運動量と食事量に留意している。                                                                                 | ○     |       |      |         |
| 7 4      | ○服薬の支援<br>職員は、入居者が使用する薬の目的と副作用、用法や用量を知っており、入居者一人ひとりが医師の指示どおりに服薬できるよう支援し、症状の変化を確認している。                                 | ○     |       |      |         |
| 7 5      | ○持病等の管理<br>職員は、入居者の持病やアレルギーについての留意事項をプライバシーに配慮しながら共有しており、それらの事項を守っている。(高血圧や糖尿病等による食べ物の留意点の記録等)                        | ○     |       |      |         |
| 7 6      | ○緊急時の手当<br>入居者のけが等の緊急時に、職員は応急手当を行うことができる。(けが骨折、発作、のど詰まり等)                                                             | ○     |       |      |         |
| 7 7      | ○感染症対策<br>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等)                                                           | ○     |       |      |         |
| 7 8      | ○健康管理情報の家族との共有<br>入居者の健康状態について記録があり、必要に応じて家族との連絡がとれている。                                                               | ○     |       |      |         |
| 7 9      | ○家族が通院介助を行ったときの情報交換<br>家族が通院を介助する場合、受診前に家族に情報を提供するとともに、受診後は家族から医師や歯科医師の指示や説明の伝達(診断内容、治療、薬、注意事項等)を受けて、入居者の健康管理に活かしている。 | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号            | 項 目                                                                                                                   | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 3              | 入居者の地域での生活の支援                                                                                                         |       |       |      |         |
| 80             | ○ホームに閉じこもらない生活の支援<br>入居者が、ホームの中だけで過ごさずに、積極的に近所に出かけて楽しめるような雰囲気を作っている。（買い物、散歩、近隣訪問、集会参加等）                               | ○     |       |      |         |
| 81             | ○地域に出やすい周辺環境の整備<br>入居者の外出が容易になるように、ホーム周辺の安全対策やホームを認識しやすいような工夫を施している。                                                  | ○     |       |      |         |
| 82             | ○入居者の行きたいところへの訪問支援<br>入居者が行きたいところを本人や家族から把握しており、訪問が実現するよう支援している。（ふるさと訪問、墓参り、特別な催しへの参加等）                               | ○     |       |      |         |
| 83             | ○行事での外出や旅行等の機会づくり<br>入居者・家族と相談・協力して、行事での外出や旅行等の機会を作っている。（地域の行事や集会に出かける、ホーム主催での花見や小旅行等を企画・実施する等）                       | ○     |       |      |         |
| 4              | 入居者と家族との交流支援                                                                                                          |       |       |      |         |
| 84             | ○家族の訪問支援<br>家族が気軽に訪問でき、訪問時は居心地よく過ごせるような雰囲気を作っている。（来やすい雰囲気、歓迎、関係再構築の支援、湯茶の自由利用、居室への宿泊のしやすさ等）                           | ○     |       |      |         |
| 85             | ○家族の参加支援<br>家族がホームでの活動に参加できるように、場面や機会を作っている。（食事づくり、散歩、外出、行事等）                                                         | ○     |       |      |         |
| <b>IV 運営体制</b> |                                                                                                                       |       |       |      |         |
| 1              | 事業の統合性                                                                                                                |       |       |      |         |
| 86             | ○責任者の協働と職員の意見の反映<br>法人代表者及び管理者は、ケアサービスの質の向上に熱意を持ち、それぞれの権限や責任をふまえて共に取り組んでおり、介護従事者の採用、運営方法、入居者の入退居の判断等について、職員の意見を聴いている。 | ○     |       |      |         |
| 87             | ○管理者による状況把握<br>管理者は、直接に、又は報告により、毎日の昼夜の入居者と職員の状況を把握している。                                                               | ○     |       |      |         |
| 88             | ○評価の意義の周知と活用<br>ケアサービスの質の評価の意義について、職員に周知し、評価結果をサービス改善に活かしている。また、その体制がある。                                              | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号                    | 項 目                                                                                                                  | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| <b>2 職員の確保・育成</b>      |                                                                                                                      |       |       |      |         |
| 89                     | ○入居者の必要に応じた職員の確保<br>入居者の必要に応じたケアサービスを提供できるための職員数が確保されている。                                                            | ○     |       |      |         |
| 90                     | ○継続的な研修等の確保<br>職員がそれぞれの段階に応じた研修や指導・助言を受けている。（採用時、フォローアップ、介護計画作成担当者、管理者等）                                             | ○     |       |      |         |
| 91                     | ○ストレスの解消策の実施<br>職員の業務上の悩みやストレスを解消する方策を採り入れている。（外部者と接する機会、職員相互の親睦、悩みの聴取、スーパーバイザーの導入等）                                 | ○     |       |      |         |
| 92                     | ○職員の休憩場所の確保<br>職員の休憩の場所には、職員が十分にくつろげ、心身を休めるのに適した設備を設けており、必要な備品も整っている。（冷暖房設備、寝具等）                                     | ○     |       |      |         |
| <b>3 入居時及び退居時の対応方針</b> |                                                                                                                      |       |       |      |         |
| 93                     | ○入居前のアセスメントの実施<br>入居前に適切なアセスメントを行っている。                                                                               | ○     |       |      |         |
| 94                     | ○料金の内訳の明示と説明<br>利用契約時及び料金改定時には、料金の内訳を文書で示し、料金の設定理由を十分説明している。（食費、光熱水費、その他の実費、敷金設定の場合の償却、返済方法等）                        | ○     |       |      |         |
| 95                     | ○退居の支援<br>退居は、契約に基づくとともに、その決定過程が明確である。また、入居者や家族に十分な説明を行った上で、納得のいく退居先に移れるように支援している。退居事例がない場合は、その体制がある。                | ○     |       |      |         |
| 96                     | ○入退居時のダメージの防止策<br>入退居の前後には、入居者が「移り住むことのダメージ」を最小限に食い止めるために、家族等はもちろん、保健医療福祉の関係者と十分な情報交換と話し合いを行っている。退居事例がない場合は、その体制がある。 | ○     |       |      |         |
| <b>4 衛生・安全管理</b>       |                                                                                                                      |       |       |      |         |
| 97                     | ○ホーム内の衛生管理<br>ホーム内の清潔や衛生が保持されている。                                                                                    | ○     |       |      |         |
| 98                     | ○注意の必要な物品の保管・管理<br>薬や洗剤、刃物等の注意が必要な物品については、保管場所、保管方法等を明確に取り決め、かつ、そのとおりに実行している。                                        | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号          | 項 目                                                                                                      | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 9 9          | ○緊急時の対応の周知と緊急時の報告書の活用<br>けが、転倒、窒息、行方不明等の対策がマニュアル化され、職員に徹底<br>されていて、発生した場合には、事故報告書があり、サービスの改善に<br>つなげている。 | ○     |       |      |         |
| 1 0 0        | ○災害対策<br>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<br>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。                          | ○     |       |      |         |
| 5 情報の開示・提供   |                                                                                                          |       |       |      |         |
| 1 0 1        | ○開示請求に対する対応<br>入居者及び家族からの情報開示の要求に応じている。（開示情報の整理、<br>開示の実務等）                                              | ○     |       |      |         |
| 1 0 2        | ○調査等の訪問に対する対応<br>介護相談員や評価調査員の訪問時には、情報を積極的に提供している。                                                        | ○     |       |      |         |
| 6 相談・苦情への対応  |                                                                                                          |       |       |      |         |
| 1 0 3        | ○相談・苦情受付の明示<br>相談や苦情を受け入れるホーム側の窓口および職員が明確であり、入居<br>者及び家族にその利用の仕方を文書と口頭で繰り返し伝えている。                        | ○     |       |      |         |
| 1 0 4        | ○第三者への相談機会の確保<br>家族が、相談や苦情を第三者に伝えるための機会を積極的に設けている。<br>（第三者も交えた家族の会の開催、公的窓口の紹介、外部者による家族<br>アンケート等）        | ○     |       |      |         |
| 1 0 5        | ○苦情への迅速な対応<br>入居者や家族から苦情が寄せられた場合には、職員で速やかに対策案を<br>検討して回答するとともに、サービスの改善につなげている。                           | ○     |       |      |         |
| 7 ホームと家族との交流 |                                                                                                          |       |       |      |         |
| 1 0 6        | ○家族の意見や要望を引き出す働きかけ<br>家族が、気がかりなことや、意見、希望を職員に気軽に伝えたり相談し<br>たりできるように、面会時の声かけ、定期的連絡等を積極的に行っている。             | ○     |       |      |         |
| 1 0 7        | ○家族への日常の様子に関する情報提供<br>家族に、入居者の暮らしぶりや日常の様子を定期的、具体的に伝えている。<br>（「たより」の発行や行事ビデオの上映、写真の送付等）                   | ○     |       |      |         |
| 1 0 8        | ○外泊時の家族との情報交換<br>家族との外出や外泊時には、入居者の生活やケアの連続性が保たれるよ<br>うに、情報交換を行っている。                                      | ○     |       |      |         |

◎「できている」、「要改善」、「評価不能」のいずれかに○を記入する。  
◎「評価不能」と判断した場合、その理由を記入する。

| 番 号          | 項 目                                                                                                                     | できている | 要 改 善 | 評価不能 | 評価不能の理由 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| 109          | ○家族同士の交流促進<br>家族同士の交流が図られるように、様々な機会を提供している。（家族会、行事、旅行等への働きかけ）                                                           | ○     |       |      |         |
| 110          | ○入居者の金銭管理<br>入居者が金銭の管理ができない場合には、その代替方法を家族と相談の上定めており、家族に定期的にその出納を明らかにしている。                                               | ○     |       |      |         |
| 8 ホームと地域との交流 |                                                                                                                         |       |       |      |         |
| 111          | ○運営推進会議を活かした取組<br>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。                                  | ○     |       |      |         |
| 112          | ○市町村との関わり<br>市町村との連携を密にとり、家族介護教室等の市町村事業を積極的に受託している。                                                                     | ○     |       |      |         |
| 113          | ○在宅介護支援センター等との連携<br>在宅介護支援センターや居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）と、情報交換等の連携を図っている。                                                      | ○     |       |      |         |
| 114          | ○地域との連携と交流促進<br>地域の一員として町内の活動に参加し、地域の人達が遊びに来るような働きかけをしている。                                                              | ○     |       |      |         |
| 115          | ○生活の拡充を支える近隣住民等への働きかけ<br>近隣住民、家族、ボランティア等が、入居者の生活の広がりや充実を図ることを支援してくれるよう、働きかけを行っている。（日常的な活動の支援、遠出、行事等の支援）                 | ○     |       |      |         |
| 116          | ○周辺施設等の理解・協力への働きかけ<br>入居者の生活の安定や広がりのために、周辺地域の諸施設・機関等から協力を得ることができるよう、理解を拡げる働きかけを行っている。（商店、福祉施設、医療保健機関、警察、消防、文化教育施設等）     | ○     |       |      |         |
| 117          | ○ホーム機能の地域への還元<br>ホームの機能を入居者のケアに配慮しながら地域に開放している。（認知症の理解や関わり方についての相談対応・教室開催、家族・ボランティア等の見学・研修の受入れ等）                        | ○     |       |      |         |
| 118          | ○人材育成への貢献<br>他のグループホーム等から実習生の受入れの要請がある場合には、入居者及び家族の意向や状況、受入れ人数等を勘案して対応している。（受け入れ方針の明示、入居者・家族への事前説明、担当者の選任、効果を上げるための工夫等） | ○     |       |      |         |