

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 (ユニット名)	グループホーム ぬくもりの里 つつじ棟
所在地 (県・市町村名)	鹿児島県 曾於市
記入者名 (管理者)	大當 奈穂子
記入日	平成21年7月10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	○	(○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	開設当初からの理念をH18年度より変更。地域との連携をさらに深め、地域の中で安心した生活が継続できるように支援することを理念の柱に置いている。	
2	○理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	職員の採用時には必ず理念を伝え、理解してもらっている。またスタッフ全員が毎月のミーティングで斉唱し、確認合っている。	
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	家族には面会時や家族会等、折に触れ繰り返し理念を説明している。又毎月発行している「ぬくもり新聞」に理念を掲載し、周知を図っている。	
2. 地域との支えあい			
4	○隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	* 利用者様の重度化に伴い、日常的に買い物や散歩、遠出に出かける回数は減ったが、隣近所人達が立ち寄り、遊びに来たりして畑の作物の差し入れや暇を見てお話相手に来られる方もいる。	
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	* 事業所に校区の小学校や保育園の子供たちが遊びに来てくれるなど地域との交流がある。* 毎年小学校の持久走大会や学習発表会に利用者と一緒に参加している。* 近くに地域のコミュニティセンターがあるので老人会のゲートボールの見学などをして、地域住民との交流を深めている。	

項目	○	(○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	* 管理者は事業所での実践内容を踏まえ、地域のさまざまな会合に関わりながら認知症ケアの啓発に努めている。* 事業所では積極的に小・中学生の福祉体験の受け入れを行っている。* 随時地域の方々から認知症の相談も受けている。		
7 ○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	* サービス評価の意義や目的を全職員に伝え全員で自己評価に取り組むようにしている。又、外部評価の結果を踏まえ、改善に取り組んでいる。* 外部評価の結果はミーティングで報告し、改善に向けて具体案の検討や実践につなげる努力をしている。		
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	推進委員の退所や不幸、後任者の決定遅れなどで2ヶ月に1回開催が出来ないときがあった。運営推進会議で挙げられた検討事項や懸案事項についてその経過をスライドなどを取り入れて報告している。またヒヤリハットや事故の報告、認知症についてや自主研修など行っている。いつも話しやすい雰囲気や質問や意見がよくでている。		
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	市町村の担当者とは随時情報交換を行うとともに、事業所の活動状況についてはぬくもり新聞等で情報提供をしている。今年から市内でグループホーム・小規模多機能の会が発足し、市担当者にもバックアップをお願いしている。		
10 ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	対象者は現在いないが毎月1回の勉強会を利用して以前から成年後見制度や地域福祉権利擁護事業について理解を深めるように研修をおこなってきた。今年度も計画をたて研修を開催する予定である。又グループホーム協会等が主催する研修に参加している。ホーム長が以前民生委員をしており、その場でも研修を受けているので、研修内容を職場でも生かせるように努力している。		
11 ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	施設での高齢者への虐待等に関しては、勉強会やミーティングなどで取り上げ、虐待防止に対する共通理解を深めている。また身体拘束廃止委員を立ち上げ、虐待や身体拘束の防止に取り組んでいる。		

項目	○	(○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	時間をとって丁寧に説明している。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応、医療連携体制の実態などについては詳しく説明し、同意を得るようにしている。	
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	現在会話の出来る利用者に関しては直接管理者や職員に意見、不満をいつでも言える雰囲気作りに努めている。また話の出来ない利用者に関してもその思いを察する努力をし、利用者本位の運営を心がけている。	
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	利用者の暮らしぶりに関しては毎月、新聞を発行し家族にお送りしている。又、遠方やご都合が取れない場合でもメールでの配信をしており、家族との細かいやり取りが出来るようにしている。メールが出来ない家族にも面会時等に逐一報告を行っている。又、預り金については随時家族に報告し、サインを貰うようにしている。	
15	○運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情というと、家族もなかなか意見を言い出しにくいと考えられるので、気づいたことは何でもお聞かせくださいと家族会等で呼びかけている。又、家族に各ユニット毎に代表者を1名(計2名)決めていただいております。苦情等があったときには代表から伝えてもらっている。近くの民生委員の方を第三者委員になってもらっているほか、現場リーダー2名による苦情担当を設置し、玄関に名前、写真等を掲示している。	
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	ミーティングと勉強会を毎月1回行い、意見を聞けるようにしている。また日頃からコミュニケーションを図るように心がけ、問いかけたり聞き出ししたりしている。又月1回現場リーダー1名とのミーティングを行い意見を聞けるようにしている。	
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	各棟ごとに利用者の自由な暮らしに合わせた業務やローテーションを組んでいる。又、その必要性に応じて職員配置を行っている。	
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	年々利用者様が重度になっていき、全てのスタッフが状態の把握を出来るよう日々、各棟の交流を行っている。利用者様の安全確保に努めている。	

項目	○	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
19	○職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	事業所外で開催される研修にはなるべく多くの職員が参加できるようにしている。又、それらの研修報告は、毎月のミーティングで発表してもらい、研修報告書を全職員が閲覧できるようにしている。	
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	管理者は市内のグループホーム小規模多機能の会に2か月に1回参加し、情報交換している。又、2ヶ月に1回「夜明け会」という認知症の勉強会が医師や同業者を交えて地域で開催されるので、極力受講するよう指導している。	
21	○職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	毎週金曜日の20時から22時まで小学校の体育館を借り、ミニバレー・バドミントン・卓球等を行い、ストレス発散と共にお互いに親睦を図っている。休憩室は各棟に確保している。又、職員同士の人間関係を把握できるように随時個別対話を行っている。また親睦会が中心となりスタッフの食事会を開催しコミュニケーションを図っている。	
22	○向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	職員の資格取得に向け情報を提供する等支援を行っている。運営者もほぼ毎日現場に来ており、利用者や過ごしたり、職員と業務を共にしたりしている。又、職員が向上心をもって働けるよう関係作りを努めている。今後は全員の資格取得を目指したい。	
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	○初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	事前面談で生活状態を把握できるよう努めている。特に利用者様の病歴、生活歴などあらゆる角度から情報を集め、利用者様を捉えるとともに、利用者様の気持ちをまず受容できるよう傾聴の姿勢をくずさないようにしている。	
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	家族のニーズを理解し、これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況など、経緯について、よく聞くようになっている。家族の気持ちについては、よく傾聴し共感を示すことで、相談しやすい関係づくりに努めている。	

項目	○	(○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	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>		
26	<p>○馴染みながらのサービス利用</p> <p>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</p>		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援			
27	<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>		
28	<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>		
29	<p>○本人と家族のよりよい関係に向けた支援</p> <p>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</p>		
30	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>		
31	<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>		

項目		○	(○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	他の事業所や病院へ移られた方を訪問したり、お見舞いに行ったりしている。利用契約の終了後も家族とは随時連絡を取り合っており、必要時は相談に乗ったりしている。		
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				
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	日々の関わりの中で声をかけ把握に努めている。言葉や表情などからその真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。意思疎通が困難な方には、家族や関係者から情報を得るようにしている。		
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	サービス利用開始時に家族から、以前利用されていた事業所のケアマネジャーから、面会時に関係者から聴き取るようにしている。又、ご本人の語りをよく傾聴し、情報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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解するとともに、行動や小さな動作から感じとって本人を把握しようと努めている。また、バイタルサイン等から健康面での把握もできるようにしている。定期的にケアチェック表によるアセスメントで本人の状態を再確認している。		
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	ご本人や家族には日頃の関わりの中で、思いや意見を聞き、反映させるようにしている。アセスメントを含めスタッフで意見交換、カンファレンスを行い介護計画を作成するように心がけている。		
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	介護計画の遂行状況、効果などを評価するとともに、職員が記録する利用者の状態変化や状況、家族・本人の要望に応じて見直しを行っている。月に1回はモニタリングを行っている。		

項目		○	(○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	個別にファイルを用意し、ケアプランにそって食事・水分量、排泄等身体的状況および日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソード等を記録している。気づきがあれば連絡帳にスタッフだれでも記載し、いつでも全ての職員が確認できるようにしており、勤務開始前の確認は義務付けている。またそれらをケアプランの見直しにも役立てている。		
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	* 医療連携を病院としており、健康面でも安心できるように支援している。又、自主サービスとして外出の支援、外泊の支援をしている。 * 認知症の方が自宅での介護が限界になった時、気軽に住み替えができるよう支援している。		
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	利用者が安心して地域での暮らしを続けられるよう、民生委員や校区公民館、地元の小学校、保育園、ボランティア等と普段から連携をとっている。		
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	本人の希望や体調に応じて、訪問理美容サービスを利用している。難病の利用者には訪問リハビリや訪問看護、訪問歯科などの支援を行っている。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	地域包括支援センターに、事業所発行の新聞を届けるなど日ごろから連携をとり、周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。		
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	事業所の協力医のほか、利用前からのかかりつけ医での医療を受けられるよう家族と協力し通院介助を行ったり、訪問診療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と関係を密に結んでいる。		

項目	○	(○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>		<p>認知症に詳しい医師に、診断情報や治療方針など指示と助言をもらっている。又、2ヶ月に1回医師を交えて認知症の勉強会・交流会を行っている。</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>		<p>ホーム長が看護師であるほか、看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。緊急時や夜間時などもホーム長、管理者、看護職員が対応している。</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>		<p>入院によるダメージを極力防ぐために医師と話をする機会をもち、事業所内での対応可能な段階でなるべく早く退院できるように、アプローチしている。入院時には頻繁にお見舞いをするほか、洗濯物を取りにいくなど家族支援を行い、速やかな退院支援に結び付けている。</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>		<p>重度化に伴う意思確認書を作成し、事業所が対応し得る最大のケアについて説明を行っている。又、状態の変化があるごとに、家族の気持ちの変化や本人の思いに注意を払い、支援につなげている。</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>		<p>本人や家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携をとり、安心して納得した最期を迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。1か月に一回はターミナルケアについて職員研修を行っている。</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>		<p>新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性を損なわないように、これまでの生活環境、支援の内容、注意が必要な点について情報提供し、きめ細かい連携を心がけている。</p>

項目	○	(○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、記録等の個人情報取り扱いをしていない	勉強会やミーティングの折に、職員の意識向上を図るとともに、日々の関わり方をリーダーが点検し、利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応の徹底を図っている。	
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	利用者個々にわかりやすい言葉、表現を使い本人の希望に沿う生活ができるように配慮している。	
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し、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	利用者一人一人のその日の体調や気分によりスケジュールを決めている。散歩、ドライブ、買い物、外食等	
(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	朝の更衣等、自分でできる方は少ないが、出来るだけ本人の意思を尊重し決めている。理髪等は地域の理髪店にお願いをし、不定期だが来てもらっている。	
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の好みを聞いたり、調理方法を聞いたりしながら作ることも多い。ちまきやそばなど昔ながらの料理をメニューに取り入れている。また片付けもできることは一緒にしていただいている。	
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	晩酌を今される方はいらっしゃらないが、おやつ飲み物は好みのものを楽しめるようにしている。	

項 目		○	(○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	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも声掛けにてトイレ案内している。利用者の状態をみて、紙パンツは使用せずに、極力下着に尿とりパットのみになっている。スタッフ全員で協力し、おむつ使用が少しでも減るよう支援している。		
57	○入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している	毎日午後から入浴をしている。すこしでも、利用者がゆっくり入れるようミーティングなどで時間の変更や業務の工夫を行っている。		
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	日中の活動を促し、夜間はゆっくり休めるよう支援している。又、その日の体調や希望を尊重し休める環境を作っている。寝付けない時には、温かい飲み物を飲みながらおしゃべりをする等配慮している。		
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	得意分野でその人の力を発揮してもらえるようレクリエーション(ことわざやボール遊び、風船遊びなど)を行っている。又、お願いできそうな仕事を手伝ってもらい感謝の言葉を伝えている。		
60	○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金の管理が出来る利用者には小額を持っていただき、買い物等で自分で支払いをしてもらい、レシートを保管している。又、預かり金は事務室でお預かりし、その都度手渡すなど工夫を行っている。		
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援している	その日の天気や本人の体調、気分を考慮し、時々自宅へのドライブや公園での食事などに出かけている。しかし利用者様の重度化にともない最近ではホーム周りの散歩が主となっている。		
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	できるだけ希望に添えるようにしたいが、出来ていないのが現状である。ご家族と一緒に誕生会や敬老会などは行っているが、一緒には外出できていない。		

項 目		○	(○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	毎年とどいた、年賀状や暑中見舞いなどを読んでさしあげなどの支援をしている。また電話をかけるときなどは、ご本人の希望に添ったかたちで話をさせていただけるよう配慮している。		
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	家族も親の家を訪れるような気軽で来やすい雰囲気作りを心がけている。訪問時間などは定めておらず、仕事帰りやご家族の都合のいい時間帯にいつでも訪ねて来ていただけるような配慮をしている。		
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	身体拘束廃止委員を任命し、高齢者の権利擁護や身体拘束に関する勉強会を事業所の中で実施し、職員の共有認識を図っている。また日々身体拘束廃止に努めている。		
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	利用者が外出しそうな様子を察知したら止めるのではなく、さりげなく声掛けをしその意図に添えるよう一緒に付いて行くなど安全面に配慮して自由な暮らしを支えられるようしている。現在は日中もカギはかけずに、どこからでも自由に外へ行けるようになっている。		
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	日中はホール担当が必ず1人は居るよう業務を組んでいる。夜間は2時間おきに巡視を行い、利用者の状態・安全確認をおこなっている。夜間休憩も全体が見通せる和室やホールにて行っている。		
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	石鹼等は固形ではなく、液体石鹼でプッシュ式の容器に入れている、すべてを取り除いているわけではないが、洗剤・薬品等は鍵つきBOXにて管理をしている。		
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	ひとり一人の状態から予測できる危険を検討し、事故を未然に防ぐための工夫に取り組んでいる。たとえば窒息の可能性のある利用者様には本人状態に応じた食事形態を十分に検討し食事時は随時スタッフが横にいる。また近隣の方にホームの図面を配布し、あらゆる面での協力を得られるようにしたいと思っている。徘徊の可能性のある利用者様が入居された時は、近隣の人の協力を得たいと思っている。		

項 目	○	(○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	<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>		<p>緊急時の対応マニュアルは、随時スタッフが目を通せるよう整備している。訓練に関しては不定期でホーム長、看護師が指導、初期対応の説明等を全体ミーティング、勉強会等で行っている。</p>
71	<p>○災害対策</p> <p>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</p>		<p>年2回避難訓練を行っている。地域の協力体制については、運営推進会議等で協力を呼びかけている。</p>
72	<p>○リスク対応に関する家族等との話し合い</p> <p>一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている</p>		<p>家族に利用者個々に起こりうるリスクを説明し、本人にとって最大限自由な暮らしを支援できるよう、ホームの取り組みに理解をしていただけるように努めている。</p>
73	<p>○体調変化の早期発見と対応</p> <p>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</p>		<p>朝9:00ごろに全員のバイタルチェックをし夜間の状態、前日の様子などを夜勤者より申し送りをしている。状況に応じ、医療機関への受診、訪問診療につなげている。些細なことでも異変等があるときは家族へ報告を行っている。</p>
74	<p>○服薬支援</p> <p>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</p>		<p>薬の効能表をケース記録とともに置き、職員全員が内容を把握できるようにしている。(服薬状況に関してはケアチェック表に記入している)また薬が原因と思われる状態の変化がみられるときは、医療機関との連携を図れるようにしている。</p>
75	<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p>		<p>繊維質の多い物や乳製品を多く摂り入れるように努めている。又散歩、レクリエーションなど体を動かせるように努め自然排便が出来るように心がけている(取り組んでいる)。おむつを少しでも減らせるよう取り組んでいる。</p>
76	<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>		<p>毎食後、自分で出来る利用者には声掛けを行い、出来ない方も洗面所にお連れして口腔ケアを行っている。利用者の気持ちに配慮しつつ対応させていただいている。</p>

項目		○	(○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	ケアチェック表にて、個々の利用者の食事摂取量、水分量などを記録し情報を共有している。不定期だが管理栄養士の方にカロリー計算をしてもらっている。又、在宅訪問診療の血液検査から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）	ホームにて起こりうる感染症について、マニュアルを作成し勉強会などで学習して予防、対策に努めている。早期予防としてインフルエンザの予防接種など職員ともに行っている。		
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	調理器具、台所水周りの清潔、衛生を保つように職員で管理を取り決めて実行している。又食事専門スタッフにより冷蔵庫の中身などの管理も行っている。		
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	建物の周りにはつつじ、さくらなどの植物を植え、玄関周りにも手作りの看板、“いらっしやいませ人形”を置くなど、親しみやすく気軽に立ち寄れるような工夫をしている。		
81	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	落ち着いたインテリアに気をくばり、テーブルやリビングに季節の花を飾るなど季節感を実感できるよう工夫している。		
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	食事のときの座席の配置など気の合う利用者同士を隣にしたり、交流できるよう工夫している。さくら棟では和室にTVを置くなどして1人(ごく少人数)で過ごせるようにしている。		

項 目		○	(○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	自宅で使っていたドレッサー本、日記など持ってきていただき置いている。(パンフレットに記載)又外出時の写真や家族が持ってこられたパッチワークなどを壁に飾り、居心地の良い空間作りに努めている。		
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	フローには温度計を設置し利用者の様子をみながら温度調整をこまめに行っている。空調は24時間空調システムを設置しており、利用者の意見を聞きながら温度調整をしている。(共用スペース・各部屋)		
(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	利用者の状態に合わせて手すりや、浴槽、トイレなど居住環境が適しているかを見直し安全確保と自立への配慮をしている。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	本人にとって「何が分かりにくいか」「どうしたら本人の力でやっていただけるか」を追求し状態に合わせて環境整備に努めている。又、カンファレンスを行い混乱や失敗を防ぎ自尊心を傷つけないよう(不安にならないよう)スタッフ同士で取り組んでいる。		
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	中庭で涼んだり日向ぼっこが出来るような工夫をしている。又、縁側でちょっとお茶でも出来るようにしてある。中庭に雨の日でも自由に行き来できるよう、渡り廊下を設置。その下での外気浴も楽しめるようにしている。		

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない
95	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている ○ ①ほぼ全ての家族と ②家族の2/3くらいと ③家族の1/3くらいと ④ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	<input type="radio"/>	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	<input checked="" type="radio"/>	①大いに増えている
			②少しずつ増えている
			③あまり増えていない
			④全くいない
98	職員は、生き活きと働けている	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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。)

- 1 利用者本位のケアの実践
 - * 利用者の意思を尊重
 - * 家族との信頼関係の構築(利用者のことで気になることは逐一家族に連絡相談し、了解を得るようにしている)
 - * 「ぬくもり新聞」を通じてホームでの生活状況を毎月お伝えしている。
- 2 外出することによって、自然や社会との触れ合いを持つ
 - * 買い物・外食・ドライブ・花見・散歩
- 2 記憶をよみがえらせる行事
 - * からいも飴・ちまき・そば・もちつき
- 3 地域との交流
 - * 笠木保育園との交流 ~ 慰問
 - * 笠木小学校との交流 ~ 慰問・持久走の応援・学習発表会への参加)
- 4 職員参画の行事
 - * 運動会の道具作り
 - * 誕生会は職員の手料理を家族に提供し、地域のボランティアを積極的に受け入れている。
- 5 脳活性化
 - * 漢字の読み取り
 - * 簡単な計算
 - * 毎月のマイカレンダー作り
 - * 方言・ことわざ

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 (ユニット名)	グループホーム ぬくもりの里 さくら棟
所在地 (県・市町村名)	鹿児島県 曾於市
記入者名 (管理者)	大當 奈穂子
記入日	平成21年7月10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	○	(○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	開設当初からの理念をH18年度より変更。地域との連携をさらに深め、地域の中で安心した生活が継続できるように支援することを理念の柱に置いている。	
2	○理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	職員の採用時には必ず理念を伝え、理解してもらっている。またスタッフ全員が毎月のミーティングで斉唱し、確認し合っている。	
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	家族には面会時や家族会等、折に触れ繰り返し理念を説明している。又毎月発行している「ぬくもり新聞」に理念を掲載し、周知を図っている。	
2. 地域との支えあい			
4	○隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	* 利用者様の重度化に伴い、日常的に買い物や散歩、遠出に出かける回数は減ったが、隣近所人達が立ち寄り、遊びに来たりして畑の作物の差し入れや暇を見てお話相手に来られる方もいる。	
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	* 事業所に校区の小学校や保育園の子供たちが遊びに来てくれるなど地域との交流がある。* 毎年小学校の持久走大会や学習発表会に利用者と一緒に参加している。* 近くに地域のコミュニティセンターがあるので老人会のゲートボールの見学などをして、地域住民との交流を深めている。	

項目	○	(○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	* 管理者は事業所での実践内容を踏まえ、地域のさまざまな会合に関わりながら認知症ケアの啓発に努めている。* 事業所では積極的に小・中学生の福祉体験の受け入れを行っている。* 随時地域の方々から認知症の相談も受けている。		
7 ○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	* サービス評価の意義や目的を全職員に伝え全員で自己評価に取り組むようにしている。又、外部評価の結果を踏まえ、改善に取り組んでいる。* 外部評価の結果はミーティングで報告し、改善に向けて具体案の検討や実践につなげる努力をしている。		
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	推進委員の退所や不幸、後任者の決定遅れなどで2ヶ月に1回開催が出来ないときがあった。運営推進会議で挙げられた検討事項や懸案事項についてその経過をスライドなどを取り入れて報告している。またヒヤリハットや事故の報告、認知症についてや自主研修など行っている。いつも話しやすい雰囲気や質問や意見がよくでている。		
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	市町村の担当者とは随時情報交換を行うとともに、事業所の活動状況についてはぬくもり新聞等で情報提供をしている。今年から市内でグループホーム・小規模多機能の会が発足し、市担当者にもバックアップをお願いしている。		
10 ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	対象者は現在いないが毎月1回の勉強会を利用して以前から成年後見制度や地域福祉権利擁護事業について理解を深めるように研修をおこなってきた。今年度も計画をたて研修を開催する予定である。又グループホーム協会等が主催する研修に参加している。ホーム長が以前民生委員をしており、その場でも研修を受けているので、研修内容を職場でも生かせるように努力している。		
11 ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	施設での高齢者への虐待等に関しては、勉強会やミーティングなどで取り上げ、虐待防止に対する共通理解を深めている。また身体拘束廃止委員を立ち上げ、虐待や身体拘束の防止に取り組んでいる。		

項目	○	(○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	時間をとって丁寧に説明している。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応、医療連携体制の実態などについては詳しく説明し、同意を得るようにしている。	
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	現在会話の出来る利用者に関しては直接管理者や職員に意見、不満をいつでも言える雰囲気作りに努めている。また話の出来ない利用者に関してもその思いを察する努力をし、利用者本位の運営を心がけている。	
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	利用者の暮らしぶりに関しては毎月、新聞を発行し家族にお送りしている。又、遠方やご都合が取れない場合でもメールでの配信をしており、家族との細かいやり取りが出来るようにしている。メールが出来ない家族にも面会時等に逐一報告を行っている。又、預り金については随時家族に報告し、サインを貰うようにしている。	
15	○運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情というと、家族もなかなか意見を言い出しにくいと考えられるので、気づいたことは何でもお聞かせくださいと家族会等で呼びかけている。又、家族に各ユニット毎に代表者を1名(計2名)決めていただいております。苦情等があったときには代表から伝えてもらっている。近くの民生委員の方を第三者委員になってもらっているほか、現場リーダー2名による苦情担当を設置し、玄関に名前、写真等を掲示している。	
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	ミーティングと勉強会を毎月1回行い、意見を聞けるようにしている。また日頃からコミュニケーションを図るように心がけ、問いかけたり聞き出ししたりしている。又月1回現場リーダー1名とのミーティングを行い意見を聞けるようにしている。	
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	各棟ごとに利用者の自由な暮らしに合わせた業務やローテーションを組んでいる。又、その必要性に応じて職員配置を行っている。	
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	年々利用者様が重度になっていき、全てのスタッフが状態の把握を出来るよう日々、各棟の交流を行っている。利用者様の安全確保に努めている。	

項目	○	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
19	○職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	事業所外で開催される研修にはなるべく多くの職員が参加できるようにしている。又、それらの研修報告は、毎月のミーティングで発表してもらい、研修報告書を全職員が閲覧できるようにしている。	
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	管理者は市内のグループホーム小規模多機能の会に2か月に1回参加し、情報交換している。又、2ヶ月に1回「夜明け会」という認知症の勉強会が医師や同業者を交えて地域で開催されるので、極力受講するよう指導している。	
21	○職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	毎週金曜日の20時から22時まで小学校の体育館を借り、ミニバレー・バドミントン・卓球等を行い、ストレス発散と共にお互いに親睦を図っている。休憩室は各棟に確保している。又、職員同士の人間関係を把握できるように随時個別対話を行っている。また親睦会が中心となりスタッフの食事会を開催しコミュニケーションを図っている。	
22	○向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	職員の資格取得に向け情報を提供する等支援を行っている。運営者もほぼ毎日現場に来ており、利用者や過ごしたり、職員と業務を共にしたりしている。又、職員が向上心をもって働けるよう関係作りに努めている。今後は全員の資格取得を目指したい。	
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援			
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応			
23	○初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	事前面談で生活状態を把握できるよう努めている。特に利用者様の病歴、生活歴などあらゆる角度から情報を集め、利用者様を捉えるとともに、利用者様の気持ちをまず受容できるよう傾聴の姿勢をくずさないようにしている。	
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	家族のニーズを理解し、これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況など、経緯について、よく聞くようになっている。家族の気持ちについては、よく傾聴し共感を示すことで、相談しやすい関係づくりに努めている。	

項目	○	(○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	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>		
26	<p>○馴染みながらのサービス利用</p> <p>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</p>		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援			
27	<p>○本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>		
28	<p>○本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>		
29	<p>○本人と家族のよりよい関係に向けた支援</p> <p>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</p>		
30	<p>○馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>		
31	<p>○利用者同士の関係の支援</p> <p>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</p>		

項目		○	(○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	他の事業所や病院へ移られた方を訪問したり、お見舞いに行ったりしている。利用契約の終了後も家族とは随時連絡を取り合っており、必要時は相談に乗ったりしている。		
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				
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	日々の関わりの中で声をかけ把握に努めている。言葉や表情などからその真意を推し測ったり、それとなく確認するようにしている。意思疎通が困難な方には、家族や関係者から情報を得るようにしている。		
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	サービス利用開始時に家族から、以前利用されていた事業所のケアマネジャーから、面会時に関係者から聴き取るようにしている。又、ご本人の語りをよく傾聴し、情報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	利用者一人ひとりの生活リズムを理解するとともに、行動や小さな動作から感じとって本人を把握しようと努めている。また、バイタルサイン等から健康面での把握もできるようにしている。定期的にケアチェック表によるアセスメントで本人の状態を再確認している。		
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	ご本人や家族には日頃の関わりの中で、思いや意見を聞き、反映させるようにしている。アセスメントを含めスタッフで意見交換、カンファレンスを行い介護計画を作成するように心がけている。		
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	介護計画の遂行状況、効果などを評価するとともに、職員が記録する利用者の状態変化や状況、家族・本人の要望に応じて見直しを行っている。月に1回はモニタリングを行っている。		

項目		○	(○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	個別にファイルを用意し、ケアプランにそって食事・水分量、排泄等身体的状況および日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソード等を記録している。気づきがあれば連絡帳にスタッフだれでも記載し、いつでも全ての職員が確認できるようにしており、勤務開始前の確認は義務付けている。またそれらをケアプランの見直しにも役立っている。		
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	* 医療連携を病院としており、健康面でも安心できるように支援している。又、自主サービスとして外出の支援、外泊の支援をしている。 * 認知症の方が自宅での介護が限界になった時、気軽に住み替えができるよう支援している。		
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	利用者が安心して地域での暮らしを続けられるよう、民生委員や校区公民館、地元の小学校、保育園、ボランティア等と普段から連携をとっている。		
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	本人の希望や体調に応じて、訪問理美容サービスを利用している。難病の利用者には訪問リハビリや訪問看護、訪問歯科などの支援を行っている。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	地域包括支援センターに、事業所発行の新聞を届けるなど日ごろから連携をとり、周辺情報や支援に関する情報交換、協力関係を築いている。		
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	事業所の協力医のほか、利用前からのかかりつけ医での医療を受けられるよう家族と協力し通院介助を行ったり、訪問診療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と関係を密に結んでいる。		

項目	○	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44 ○認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	認知症に詳しい医師に、診断情報や治療方針など指示と助言をもらっている。又、2ヶ月に1回医師を交えて認知症の勉強会・交流会を行っている。		
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	ホーム長が看護師であるほか、看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。緊急時や夜間時などもホーム長、管理者、看護職員が対応している。		
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	入院によるダメージを極力防ぐために医師と話をする機会をもち、事業所内での対応可能な段階でなるべく早く退院できるように、アプローチしている。入院時には頻繁にお見舞いをするほか、洗濯物を取りにいくなど家族支援を行い、速やかな退院支援に結び付けている。		
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	重度化に伴う意思確認書を作成し、事業所が対応し得る最大のケアについて説明を行っている。又、状態の変化があるごとに、家族の気持ちの変化や本人の思いに注意を払い、支援につなげている。		
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	本人や家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携をとり、安心して納得した最期を迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。1か月に一回はターミナルケアについて職員研修を行っている。		
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	新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性を損なわないように、これまでの生活環境、支援の内容、注意が必要な点について情報提供し、きめ細かい連携を心がけている。		

項目	○	(○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、記録等の個人情報取り扱いをしていない	勉強会やミーティングの折に、職員の意識向上を図るとともに、日々の関わり方をリーダーが点検し、利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応の徹底を図っている。	
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	利用者個々にわかりやすい言葉、表現を使い本人の希望に沿う生活ができるように配慮している。	
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し、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	利用者一人一人のその日の体調や気分によりスケジュールを決めている。散歩、ドライブ、買い物、外食等	
(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	朝の更衣等、自分でできる方は少ないが、出来るだけ本人の意思を尊重し決めている。理髪等は地域の理髪店にお願いをし、不定期だが来てもらっている。	
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者の好みを聞いたり、調理方法を聞いたりしながら作ることも多い。ちまきやそばなど昔ながらの料理をメニューに取り入れている。また片付けもできることは一緒にしていただいている。	
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	晩酌を今される方はいらっしゃらないが、おやつ飲み物は好みのものを楽しめるようにしている。	

項 目		○	(○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	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも声掛けにてトイレ案内している。利用者の状態をみて、紙パンツは使用せずに、極力下着に尿とりパットのみにしている。スタッフ全員で協力し、おむつ使用が少しでも減るよう支援している。		
57	○入浴を楽しむことができる支援 曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している	毎日午後から入浴をしている。すこしでも、利用者がゆっくり入れるようミーティングなどで時間の変更や業務の工夫を行っている。		
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	日中の活動を促し、夜間はゆっくり休めるよう支援している。又、その日の体調や希望を尊重し休める環境を作っている。寝付けない時には、温かい飲み物を飲みながらおしゃべりをする等配慮している。		
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	得意分野でその人の力を発揮してもらえるようレクリエーション(ことわざやボール遊び、風船遊びなど)を行っている。又、お願いできそうな仕事を手伝ってもらい感謝の言葉を伝えている。		
60	○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金の管理が出来る利用者には小額を持っていただき、買い物等で自分で支払いをしてもらい、レシートを保管している。又、預かり金は事務室でお預かりし、その都度手渡すなど工夫を行っている。		
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援している	その日の天気や本人の体調、気分を考慮し、時々自宅へのドライブや公園での食事などに出かけている。しかし利用者様の重度化にともない最近ではホーム周りの散歩が主となっている。		
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	できるだけ希望に添えるようにしたいが、出来ていないのが現状である。ご家族と一緒に誕生会や敬老会などは行っているが、一緒には外出できていない。		

項 目		○	(○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	毎年とどいた、年賀状や暑中見舞いなどを読んでさしあげなどの支援をしている。また電話をかけるときなどは、ご本人の希望に添ったかたちで話をさせていただけるよう配慮している。		
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	家族も親の家を訪れるような気軽で来やすい雰囲気作りを心がけている。訪問時間などは定めておらず、仕事帰りやご家族の都合のいい時間帯にいつでも訪ねて来ていただけるような配慮をしている。		
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	身体拘束廃止委員を任命し、高齢者の権利擁護や身体拘束に関する勉強会を事業所の中で実施し、職員の共有認識を図っている。また日々身体拘束廃止に努めている。		
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	利用者が外出しそうな様子を察知したら止めるのではなく、さりげなく声掛けをしその意図に添えるよう一緒に付いて行くなど安全面に配慮して自由な暮らしを支えられるようしている。現在は日中もカギはかけずに、どこからでも自由に外へ行けるようになっている。		
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	日中はホール担当が必ず1人は居るよう業務を組んでいる。夜間は2時間おきに巡視を行い、利用者の状態・安全確認をおこなっている。夜間休憩も全体が見通せる和室やホールにて行っている。		
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	石鹼等は固形ではなく、液体石鹼でプッシュ式の容器に入れている、すべてを取り除いているわけではないが、洗剤・薬品等は鍵つきBOXにて管理をしている。		
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	ひとり一人の状態から予測できる危険を検討し、事故を未然に防ぐための工夫に取り組んでいる。たとえば窒息の可能性のある利用者様には本人状態に応じた食事形態を十分に検討し食事時は随時スタッフが横にいる。また近隣の方にホームの図面を配布し、あらゆる面での協力を得られるようにしたいと思っている。徘徊の可能性のある利用者様が入居された時は、近隣の人の協力を得たいと思っている。		

項 目	○	(○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	<p>○急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>		<p>緊急時の対応マニュアルは、随時スタッフが目を通せるよう整備している。訓練に関しては不定期でホーム長、看護師が指導、初期対応の説明等を全体ミーティング、勉強会等で行っている。</p>
71	<p>○災害対策</p> <p>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</p>		<p>年2回避難訓練を行っている。地域の協力体制については、運営推進会議等で協力を呼びかけている。</p>
72	<p>○リスク対応に関する家族等との話し合い</p> <p>一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている</p>		<p>家族に利用者個々に起こりうるリスクを説明し、本人にとって最大限自由な暮らしを支援できるよう、ホームの取り組みに理解をしていただけるように努めている。</p>
73	<p>○体調変化の早期発見と対応</p> <p>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</p>		<p>朝9:00ごろに全員のバイタルチェックをし夜間の状態、前日の様子などを夜勤者より申し送りをしている。状況に応じ、医療機関への受診、訪問診療につなげている。些細なことでも異変等があるときは家族へ報告を行っている。</p>
74	<p>○服薬支援</p> <p>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</p>		<p>薬の効能表をケース記録とともに置き、職員全員が内容を把握できるようにしている。(服薬状況に関してはケアチェック表に記入している)また薬が原因と思われる状態の変化がみられるときは、医療機関との連携を図れるようにしている。</p>
75	<p>○便秘の予防と対応</p> <p>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</p>		<p>繊維質の多い物や乳製品を多く摂りいれるように努めている。又散歩、レクリエーションなど体を動かせるように努め自然排便が出来るように心がけている(取り組んでいる)。おむつを少しでも減らせるよう取り組んでいる。</p>
76	<p>○口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>		<p>毎食後、自分で出来る利用者には声掛けを行い、出来ない方も洗面所にお連れして口腔ケアを行っている。利用者の気持ちに配慮しつつ対応させていただいている。</p>

項目		○	(○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	ケアチェック表にて、個々の利用者の食事摂取量、水分量などを記録し情報を共有している。不定期だが管理栄養士の方にカロリー計算をしてもらっている。又、在宅訪問診療の血液検査から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）	ホームにて起こりうる感染症について、マニュアルを作成し勉強会などで学習して予防、対策に努めている。早期予防としてインフルエンザの予防接種など職員ともに行っている。		
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	調理器具、台所水周りの清潔、衛生を保つように職員で管理を取り決めて実行している。又食事専門スタッフにより冷蔵庫の中身などの管理も行っている。		
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	建物の周りにはつつじ、さくらなどの植物を植え、玄関周りにも手作りの看板、“いらっしやいませ人形”を置くなど、親しみやすく気軽に立ち寄れるような工夫をしている。		
81	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	落ち着いたインテリアに気をくばり、テーブルやリビングに季節の花を飾るなど季節感を実感できるよう工夫している。		
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	食事のときの座席の配置など気の合う利用者同士を隣にしたり、交流できるよう工夫している。さくら棟では和室にTVを置くなどして1人(ごく少人数)で過ごせるようにしている。		

項 目		○	(○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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使っていたドレッサー本、日記など持ってきていただき置いている。(パンフレットに記載)又外出時の写真や家族が持ってこられたパッチワークなどを壁に飾り、居心地の良い空間作りに努めている。		
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	フローには温度計を設置し利用者の様子をみながら温度調整をこまめに行っている。空調は24時間空調システムを設置しており、利用者の意見を聞きながら温度調整をしている。(共用スペース・各部屋)		
(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	利用者の状態に合わせて手すりや、浴槽、トイレなど居住環境が適しているかを見直し安全確保と自立への配慮をしている。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	本人にとって「何が分かりにくいか」「どうしたら本人の力でやっていただけるか」を追求し状態に合わせて環境整備に努めている。又、カンファレンスを行い混乱や失敗を防ぎ自尊心を傷つけないよう(不安にならないよう)スタッフ同士で取り組んでいる。		
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	中庭で涼んだり日向ぼっこが出来るような工夫をしている。又、縁側でちょっとお茶でも出来るようにしてある。中庭に雨の日でも自由に行き来できるよう、渡り廊下を設置。その下での外気浴も楽しめるようにしている。		

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない
95	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている ○ ①ほぼ全ての家族と ②家族の2/3くらいと ③家族の1/3くらいと ④ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている	<input type="radio"/>	①ほぼ毎日のように
			②数日に1回程度
			③たまに
			④ほとんどない
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	<input checked="" type="radio"/>	①大いに増えている
			②少しずつ増えている
			③あまり増えていない
			④全くいない
98	職員は、生き活きと働けている	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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。)

- 1 利用者本位のケアの実践
 - * 利用者の意思を尊重
 - * 家族との信頼関係の構築(利用者のことで気になることは逐一家族に連絡相談し、了解を得るようにしている)
 - * 「ぬくもり新聞」を通じてホームでの生活状況を毎月お伝えしている。
- 2 外出することによって、自然や社会との触れ合いを持つ
 - * 買い物・外食・ドライブ・花見・散歩
- 2 記憶をよみがえらせる行事
 - * からいも飴・ちまき・そば・もちつき
- 3 地域との交流
 - * 笠木保育園との交流 ～ 慰問
 - * 笠木小学校との交流 ～ 慰問・持久走の応援・学習発表会への参加)
- 4 職員参画の行事
 - * 運動会の道具作り
 - * 誕生会は職員の手料理を家族に提供し、地域のボランティアを積極的に受け入れている。
- 5 脳活性化
 - * 漢字の読み取り
 - * 簡単な計算
 - * 毎月のマイカレンダー作り
 - * 方言・ことわざ