

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 ふぬいの里 A棟 |
| 所在地 (県・市町村名) | 鹿児島県大島郡龍郷町赤尾木134-1 |
| 記入者名 (管理者) | 碓山 泰幸 |
| 記入日 | 平成 21年 3月 20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 | 人を支える「優しさ」を基本に、地域交流や馴染みの地域での関係を継続していき、不安や混乱を感じることなく安心して暮らせるよう理念作り上げて実践している | |
| 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 | 毎月の定例会で必ず理念を声に出して唱和して熟知するようにしている | |
| 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された理念を、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 | 家族会では理念について説明をしている 新しい理念に向けての目的や今後の取り組みについての理解を深めていく | ○ 家族や地域の方々へ認知症を正しく理解してもらい、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりの啓発活動をしている |
| 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 | 近隣の方達とは散歩時等に気軽に声かけをしている 花を庭いっぱい植えられて入居者の方達に開放して下さったり、切花の提供等もある | |
| 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 | 六月灯や八月踊り等入居者が出掛けたり、地域住民の方々が踊りにいらして下さったり毎月交流をしている 施設内でのコンサート等に地域住民を招待している | ○ 地域住民への啓発活動に向けて老人クラブや婦人会等の集会等で認知症になっても安心して暮らせる地域づくりについて講話していきます |

| 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 | ホームの庭先の一人暮らしの方の見守りや訪れてこられるお年寄りを温かく迎え入れ一緒にお茶をしたりしている | ○ | 認知症サポーター養成講座を開催し、認知症と事業所の取り組みについて再度理解と協力を得られるようにしていきたい |
| 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 | 全体会議で改善点を検討し、実践へと活かせるように取り組んでいる。 | ○ | 各職員がより理解できるような関わり方を検討し、資質の向上へつねげていきたい |
| 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 | おおむね2ヶ月に1回開催するように努めているが、2ヶ月に1回の定期開催できるようにしていく討をしなければならない | ○ | 偶数月に開催できるように協力を得る |
| 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 | 市町村のケア会議委員、社会福祉協議会の評議員を努め、常に各担当者と連携し、ご指導や意見を伺っている | | |
| 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 | 成年後見人制度については入居者のお一人が活用されたので、その時に話をして理解出来るようにした 家族等で必要な場合には家族会で話す | | |
| 11 | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 研修や定例会の場にて繰り返し虐待することは自分自身が入居者との間にカギをかけてしまう苦しみがあるので、どのような時でも慌てず笑顔で接することの喜びを分かち合えるように指導している | | |

| 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) |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 4. 理念を実践するための体制 | | | |
| 12 | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p> | | |
| 13 | <p>○運営に関する利用者意見の反映</p> <p>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</p> | | |
| 14 | <p>○家族等への報告</p> <p>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</p> | | |
| 15 | <p>○運営に関する家族等意見の反映</p> <p>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</p> | | |
| 16 | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p> | | |
| 17 | <p>○柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>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</p> | | |
| 18 | <p>○職員の異動等による影響への配慮</p> <p>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</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) |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 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 | 研修の機会がある時はユニット毎に回覧し自主的な参加の希望等も重視している 必要な参加者には勤務調整をし参加できるようにしている 資格取得への取組みや、学業の支援もしている | |
| 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 | 大島地区GH連絡協議会の発起人を務め4地区での研修を通して同業者と交流する機会をつくってきたことでお互いにサービスの質の向上を図る為の連携体制ができつつある | |
| 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 | 一人一人の趣味への参加が出来るように勤務体制を配慮している 管理者は職員が話し合えるような雰囲気づくりに努めている | |
| 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 | 運営者も頻繁に現場に来て利用者や過ごし、職員のケアに対する悩み等アドバイスしている 職員の資格取得に向けた支援もしている | |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応 | | | |
| 23 | ○初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている | ご本人の思いを知る必要性は職員一同良く理解しており、話しを聞く環境・姿勢・ケアプランへ活かせるように努めている | |
| 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 | 各利用者に担当職員を設け、連絡を密にし、家族の発言の場を多く設け、信頼関係と協力体制の強化を図っている。 | |

| 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) |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|
| 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 | 困っている事や不安に対して、出来る事はすぐに実行し、出来ない事でも他の職員の意見等を聞きながら方策を考えている 場合によっては他の事業所や支援センター等との連携も考えている | | |
| 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 | 本人や家族が事業所を見学してもらうことから始め、職員が数回にわたり本人と会う機会をつくり安心してもらえるように支援している ホームに馴染めるまでは家族の協力や必要に応じ夜勤を2人体制をとり一緒に宿泊する等している | | |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援 | | | | |
| 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か喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている | 本人の感情のままに過ごす事でスタッフも健やかな生活を実感できる日々がある 静に寄り添ったり遊びを通して笑いを提供したり1日共に支え合っている喜びがある | | |
| 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 | 月次報告書で情報提供し、担当者からご家族が会いに来られるのを楽しみにしている等を伝えて、訪問することの意義等を伝えるようにしている。また、家族や地域交流の利点を説明し、家族による利用者支援の協力も得ている | | |
| 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 | ホーム便り等を他の県に住んでいるご家族にも送付し喜びの声が入居者にも伝わるように電話や手紙等をしている | | |
| 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 | 近隣の知人宅を訪問したり、仏壇を持ってこられたり、墓参り等の支援をしている | ○ | どうくさ会(包括支援センター主催)へ参加し馴染みの方々との交流の場を設けている |
| 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 | 気の合う入居者同士が対話しやすいように座席を決めたり、それぞれの居室を訪問してゆっくり話をしながらお茶をしたり出来るようにしている | | |

| 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) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------|
| 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 | ホームの行事や、ホーム便り等を送付し交流できるようにしている 入院されたり他の施設に移られた方については情報を家族から得られるようにし、できる限り訪問している | ○ | 認知症とその家族を支える会等や訪問する機会をつくり、継続的な関係を続けている |
| 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 | 一人一人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合には家族と連絡をとり協力を得ている | | |
| 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 | 入居時に自宅を訪問したりご本人やご家族関係者などから聴き取るようにしている 入居後は、知人友人等の訪問後に聞き取り把握している | ○ | 生活歴の必要性を職員一同、記憶障害等への必要性を理解し各担当が必要に応じ家族の協力を得て、情報収集を行えるように支援していく |
| 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 | 利用者の生活のリズムを理解すると共に行動や動作から感じ取り、本人の全体像把握している。出来る事に注目している | | |
| 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 | 毎月のケア会議の中で利用者を中心に、担当者や職員、家族の協力体制も含めて介護計画を作成するように取り組んでいる | | |
| 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 | 変化に伴う介護計画の変更が必要な時にはケア会議や本人、各職員、家族と話し合い介護計画の作成に努めている | | |

| 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) |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 個別の介護記録に毎日記録し、見直しに活かしている | | |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援 | | | | |
| 39 | ○事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている | 本人及び家族の状況に応じて共用型認知症通所介護サービスの提供や、かかりつけ医と連携がはかれるように職員が病院介助支援を行い、状況に応じて家族会への参加を促したり、地域参加への支援等も行っている | | |
| 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 | 警察、消防、教育機関等と協力しながら支援している。民生委員へは認知症サポーター養成講座を開催し、地域での認知症ネットワークや相談窓口としての支援者として連携できるよう協力を促した | | |
| 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 | 多数の事業所と連携し、必要に応じ支援が得られるよう努めている | | |
| 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 | 他の困難事例等についても検討する場を設ける等、地域支援センターとの連絡は密にとれている | | |
| 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 | 入居時においてかかりつけ医並びに主治医の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必要時には家族も職員と同行して適切な医療を受けている | | |

| 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) |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 認知症に詳しい協力医と随時連絡及び相談が出来ている。さらに大島地区認知症ネットワーク検討会等で専門医との情報交換や交流を深め必要に応じ診断や治療が得られるように支援している | | |
| 45 | ○看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている | 当ホームの準看護師が全体の看護主任として健康管理に努め、協力医との連携を図っている | | |
| 46 | ○早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している | 管理者が入院中、主治医、ご家族と連携をとりながら早期退院に向けて支援をしている | | |
| 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 | 医師との連携を密にし、医師・家族・本人・職員等による話し合いをし、方針を検討している | | |
| 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 | 3例経験をした(ご家族、医療、当ホームとの連携がしっかりとれ、今後も経験を活かして取り組んでいきたい) | | |
| 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 | 管理者・計画作成担当者が家族の希望する施設に同行して見学や話し合いをもっている。移り住んだ後も、電話及び訪問等で支援を行っている | | |

| 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) | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| 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 | 一人一人の誇りやプライバシーを損ねないような、言葉かけや対応の徹底を図っている | ○ | 認知症基本研修を開催し、ユニットケアや認知症ケアの質の向上に努め、本人主体のケアに努めていきたい |
| 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 | 本人の思いは何か一緒に考え、出来ることを本人、ご家族、スタッフ等で意思決定しやすい様なケアをしている | | |
| 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、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 | 一人一人の状態や体調に合わせて出来るだけ個別性を尊重した支援をしている | | |
| (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 | その人らしい身だしなみやオシャレが出来るように支援している(お出かけ着、季節の行事や特別と感ずる外出等に着けていける洋服を準備している) | | |
| 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 | 島の食文化を取り入れ行事や誕生会の時などに昔ながらの料理を提供している。地域より頂いた食材を使う。食事の時に職員も介助の必要な方の隣等に入り一緒に食事をしている | | |
| 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 | 食べなれてきたオヤツ、めずらし食べ物、本人の希望によりコーヒーやお酒等を楽しめるようにしている | | |

| 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) |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 入居当初よりオムツはずしを支援している。排泄チェック表を使用し尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導するようにし、トイレの場所もその人の分かり易いように表示工夫している | | |
| 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 | 季節に合わせた入浴支援をしている 夏場は、ホーム横の海で海水浴をしてアセモ予防等も行っている | | |
| 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 | 日中の生活活動を活発に参加してもらい、良眠してもらえる様努力している。必要に応じて睡眠チェック表等、眠れない方に対して添い寝をしたり、お腹が空いた時にはおにぎり等を食べてもらうなどの対応をしている | | |
| (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 | | | | |
| 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 | 利用者が出来る事を提供し、やって頂いた事に対して必ず感謝の気持ちを伝えるようにしている。チームリーダー的な役割や楽しみを見つけ、家族が必要と思えるときには家族の協力も得た支援策を検討している | | |
| 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 | 近隣のお店へオヤツや買い物支援を行えるように協力を得る。同行可能な時にご家族の了解の下、本人に好みや金額を決めてもらい支払いをしてもらっている。 | | |
| 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 | 日勤帯は、危険に配慮しながら出来るだけ自由に戸外へ出られるように支援したり、職員と共に戸外へ出る機会を受けている | | |
| 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 | ドライブ、花見、墓参り、イベント等ご家族に協力をしてもらいながら出掛けている | | |

| 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) |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | ご家族への電話は、事前に家族の協力を得られるように話し合い、可能な限り本人の希望する時間にいつでも出来るように支援している | | |
| 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 | いつでも気軽に訪問できるように職員も入居者も温かい挨拶や声かけが出掛けている | | |
| (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 | 拘束の事例はない。身体拘束のマニュアルを作成し職員も拘束について熟知している | | |
| 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 | 安全性や外出時間等、確認しながら、出来るだけ自由に入りが出来るようにしている | | |
| 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 | 一人で出かけられる入居者に対しては時間を見計らって様子を見たり、室内では定期的に声掛けや巡回等で把握している。地域住民の協力も呼びかけ入居者の安全に配慮している | | |
| 68 | ○注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている | 個人日用品に関しては、個々の危険等考慮し、薬剤等はカーテンで目隠しをしている | | |
| 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 | 危険と判断されるような事項が考えられる場合には、対応を話し合い防止に努めている | | |

| 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 | 一年に一回の消防立会いの火災訓練と自主訓練を行っている。また、定例会において、看護主任や防火管理者による対応訓練も行っている | | |
| 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 | 地域の人々の協力が得られるよう働きかけている | ○ | 実際の訓練に参加してもらう |
| 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 | ひとり一人その人らしい生活や認知症共同生活を理解してもらい、身体、周辺症状等リスクの説明を話し合っている | ○ | 認知症サポーター養成講座等の受講を促し、さらに理解を得られるようにしていきたい |
| (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 | 体調の変化や異変の発見を速やかにする為にバイタルチェックや日々の状態を観察記録し職員全員が情報を共有し、必要時に、医療受診等の対応を行っている | | |
| 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 | 看護主任及び計画作成担当者が連携し、個々の担当職員が薬の用法等を把握し、主治医と連絡をとりあっている | | |
| 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 | 排便チェック表の記録をもとに、食事、水分補給、運動等の対応に取り組んでいる | | |
| 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 | 口腔ケアは十分に出来ている | | |

| 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) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 管理栄養士の指導によりバランス良く食べてもらっている 出来る限り昔ながらの食材を使った料理も工夫している | | |
| 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） | マニュアルも作成してある 入居者、職員共うがい、手洗いを徹底している 流行時には、外部の面会を制限したり必要時以外の外出等も控えたりしている | | |
| 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 | 台所の衛生管理に気をつけ、食材の賞味期限の確認を行っている | | |
| 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 | 中庭にテーブルやイスがあり、いつでも訪問者と一緒にお茶が飲めるようになっている | | |
| 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 | 玄関や居室の扉等は家庭的な雰囲気が出せるようにしている 五感を刺激する音楽、臭い、光、人の気配等安心して生活出来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 | 仲間意識が芽生える様に座る位置や居心地の良い場所づくりに努めている | | |

| 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) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 馴染みの家具や物品などをご家族と相談し持ってきてもらっている テレビ、タンス、仏壇等 | | |
| 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 | 十分に行われている | | |
| (2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり | | | | |
| 85 | ○身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、安全かつできるだけ自立した生活を送れるように工夫している | シルバーカー等を使い、安全かつ自立した生活を送れるように工夫している(必要に応じて出来る限り職員の手のぬくもりを感じてもらえるよう支援している) | | |
| 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 | 出来る事を活かした生活を送る中、混乱や不安を抱かないように見守りや声かけ等支援を行っている。トイレの表示、居室の表札等目印になる物で、混乱しないように工夫している | | |
| 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 | 季節を感じてもらえるように建物の周りを工夫している ベンチ、中庭、花や鳥のさえずり | | |

| 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、活き活きと働いている | ○ | 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。)

地域密着型としての地域交流の機会、大島地区GH協会での認知症勉強会、職員の認知症理解と利用者ひとり一人尊厳のある生活や地域交流、認知症啓発活動「認知症サポーター養成講座」、支援活動「家族会」の提供、音楽治療として各職員の出来る島唄や楽器の演奏、ADL体操等の運動による脳の活性化、昔ながらの野菜つくろいの手作業、個人個人の生活のリズムを大切に、離島の特性を活かした、認知症へのアプローチを考え、利用者が安心して楽しく日々を送れるようにしています。

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 ふぬいの里 B棟 |
| 所在地 (県・市町村名) | 鹿児島県大島郡龍郷町赤尾木134-1 |
| 記入者名 (管理者) | 碓山 泰幸 |
| 記入日 | 平成 21年 3月 20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 | 利用者本人の「思い」内的世界を知り、地域や馴染みの方々と共に暮らしていると感じてもらいながら、穏やかに過ごせるように利用者、ご家族、職員、地域の方々と協力しながら支援できるように理念をつくっています | |
| 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 | 毎月の定例会で必ず理念を声に出して唱和して熟知するようにしている | |
| 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された理念を、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 | 家族会では理念について説明をしている 新しい理念に向けての目的や今後の取り組みについての理解を深めていく | ○ 地域の各々の集会等で認知症を正しく理解してもらい、認知症になっても安心して暮らせる地域づくりの手伝いをしていく |
| 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 | 近隣の方達とは散歩時等に気軽に声かけたり、利用者がお茶を飲みにいったりしている。花を庭いっぱい植えられて入居者の方達に開放して下さったり、切花の提供等もある | |
| 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 | 六月灯や八月踊り等入居者が出掛けたり、地域住民の方々が踊りにいらして下さったり毎月交流をしている 施設内でのコンサート等に地域住民を招待している | ○ 地域住民への啓発活動に向けて老人クラブや婦人会等の集会等で認知症になっても安心して暮らせる地域づくりについて講話していきたい |

| 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 | 認知症支援活動としてサポーター養成講座や奄美地区の認知症家族会、GH協会として奄美地区の認知症ネットワーク検討会への参加等取り組んでいる。 | ○ | 職員も参加し、地域貢献や認知症支援活動への意欲向上を進めていきたい |
| 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 | 全員が評価内容を理解しグループホームでのケアに活かせるよう、結果や改善点について話し合い見直している | | |
| 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 | おおむね2ヶ月に1回開催するように努めているが、2ヶ月に1回の定期開催できるようにしていく討をしなければならない | ○ | 偶数月に開催できるように協力を得る |
| 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 | 保険者単位や島単位でのサービスや認知症支援活動に取り組んでいる | | |
| 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 | 成年後見人制度については入居者のお一人が活用されたので、その時に話をして理解出来るようにした 家族等で必要な場合には家族会で話す | | |
| 11 | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 研修や定例会の場にて繰り返し虐待することは自分自身が入居者との間にカギをかけてしまう苦しみがあるので、どのような時でも慌てず笑顔で接することの喜びを分かち合えるように指導している | | |

| 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) |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 4. 理念を実践するための体制 | | | |
| 12 | <p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p> | | |
| 13 | <p>○運営に関する利用者意見の反映</p> <p>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</p> | | |
| 14 | <p>○家族等への報告</p> <p>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</p> | | |
| 15 | <p>○運営に関する家族等意見の反映</p> <p>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</p> | | |
| 16 | <p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p> | | |
| 17 | <p>○柔軟な対応に向けた勤務調整</p> <p>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</p> | | |
| 18 | <p>○職員の異動等による影響への配慮</p> <p>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</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) | |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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 | 個々に合わせた研修や全体の資質の向上の為に認知症研修等、認知症介護指導者等の協力も得ながら施設内外の機会を提供している。資格取得(介護・趣味)への取り組みや、学業の支援もしている | ○ | 自施設、他施設、GH連絡協議会、ケアマネ会等多数の参加を促しながら、資格取得や施設外での活躍の場を提供していきます |
| 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 | 大島地区GH連絡協議会の発起人を務め4地区での研修を通して同業者と交流する機会をつくってきたことでお互いにサービスの質の向上を図る為の連携体制ができつつある | ○ | 大島支部、鹿児島地区のGH協会のネットワークや研修の機会や交流等の活動を行っています |
| 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 | 一人一人の趣味への参加が出来るように勤務体制を配慮している 管理者は職員が話し合えるような雰囲気づくりに努めている | ○ | 職員の特性を活かせる様、趣味等を施設や地域交流へ活かし職員の意欲向上や喜びを共に感じながら取り組んでいます |
| 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 | 運営者も頻繁に現場に来て利用者や過ごし、職員のケアに対する悩み等アドバイスしている 職員の資格取得に向けた支援もしている | | |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応 | | | | |
| 23 | ○初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている | 本人支援を目的にご家族との協力や「ここなら安心して暮らせる」と思えるように入居当初、家族に毎日訪問をお願いしたり、本人の思いを聞き信頼関係が築かれるように努力しています | | |
| 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 | 本人、家族との面談を繰り返し、当ホームで過ごしていただく時間等をつくる事で本人も家族も安心して出来るように支援している | | |

| 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) |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------|
| 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 | 困っている事や不安に対して、出来る事はすぐに実行し、出来ない事でも他の職員の意見等を聞きながら方策を考えている 場合によっては他の事業所や支援センター等との連携も考えている | | |
| 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 | 本人や家族が事業所を見学してもらうことから始め、職員が数回にわたり本人と会う機会をつくり安心してもらえるように支援している ホームに馴染めるまでは夜勤を2人体制をとり一緒に宿泊する等している | | |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援 | | | | |
| 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か喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている | 本人の感情のままに過ごす事でスタッフも健やかな生活を実感できる日々がある 静に寄り添ったり遊びを通して笑いを提供したり1日共に支え合っている喜びがある | | |
| 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 | 月次報告書で現在の状況を理解してもらいながら、家族だから出来る事等の協力や支援が得られるようにしながら、関わりの必要性と本人への支援を行っていただいています | | |
| 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 | ホーム便り等を他の県に住んでいるご家族にも送付し喜びの声が入居者にも伝わるように電話や手紙等をしている | | |
| 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 | 近隣の知人宅を訪問したり、仏壇を持ってこられたり、墓参り等の支援をしている | ○ | どうくさ会、家族との墓参り、馴染みの方々の来訪等支援に努めていきます |
| 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 | 気の合う入居者同士が対話しやすいように座席を決めたり、それぞれの居室を訪問してゆっくり話をしながらお茶をしたり出来るようにしている | | |

| 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) |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------|
| 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 | ホームの行事や、ホーム便り等を送付し交流できるようにしている 入院されたり他の施設に移られた方については情報を家族から得られるようにし、できる限り訪問している | ○ | 今後も、認知症支援活動への参加呼びかけや、訪問する機会を継続的に続けていきます |
| 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 | 一人一人の思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合には家族や職員、他の協力者と協力しながら検討しています | | |
| 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 | 認知症介護における記憶障害の理解により、生活歴や環境について職員からご家族や本人への聞きとりやケアプランでの実践へつなげる努力しています | | |
| 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 | 利用者の生活のリズムを理解すると共に行動や動作から感じ取り、本人の全体像把握している。出来る事に注目し、出来なくなった事への支援を考えています | | |
| 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 | 本人の変化に合わせて担当職員と計画作成担当者が中心となり、ユニット単位、全体での意見や工夫した介護計画を検討し作成しています | | |
| 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 | 職員の気付きや本人の変化に「合わせて変更や追加項目として介護計画を作成しています | | |

| 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 | 個別の介護記録に毎日記録し、見直しに活かしている | | |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援 | | | | |
| 39 | ○事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている | 本人及び家族の状況に応じて共用型認知症通所介護サービスの提供や、かかりつけ医と連携がはかれるように職員が病院介助支援を行い、状況に応じて家族会への参加を促したり、地域参加への支援等も行っている | | |
| 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 | 小域における利点を活かし様々な協力者が支援してくださります | | |
| 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 | ケアマネ会や地域ネットワーク、交流があり、他のサービス事業所との連携も密にできています | | |
| 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 | 日々連携しており、事業所外での困難事例や認知症支援に関わり協力しながら、利用者等の支援も得られています | | |
| 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 | 入居時においてかかりつけ医並びに主治医の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必要時には家族も職員と同行して適切な医療を受けている | | |

| 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) |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------|
| 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 | 認知症に詳しい協力医と随時連絡及び相談が出来ている。さらに必要時には専門医への受診が行えるように連携しています | | |
| 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 | 当ホームの看護主任が全体の把握に努め、協力医との連絡も密に健康管理に努めています | | |
| 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 | 管理者が入院中、主治医、ご家族と連携をとりながら早期退院に向けて支援をしている | | |
| 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 | その都度、繰り返し話し合いは持っているが対応指針の共有ができていない | | |
| 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 | 3例経験をした(ご家族、医療、当ホームとの連携がしっかりとれ、今後も経験を活かして取り組んでいきたい) | | |
| 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 | 管理者・計画作成担当者が家族の希望する施設に同行して見学や話し合いをもっている。移り住んだ後も、電話及び訪問等で支援を行っている | ○ | 在宅介護が可能な利用者がある場合には週末帰省支援等、ご家族と連携しながら取り組んでいきたい |

| 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) | |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 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 | 一人一人の誇りやプライバシーを損ねないような、言葉かけや対応の徹底を図っている | ○ | 認知症スキルアップ研修を開催し、同じ考えによる認知症ケアを協力しながら実践できるように毎年計画してき質の向上を目指していきたいです |
| 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 | 希望は何か一緒に考え、出来ることを本人、ご家族、スタッフ等で意思決定しやすい様なケアをしている | | |
| 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、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 | 一人一人の状態や体調に合わせて出来るだけ個性を尊重した支援をしている | | |
| (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 | その人らしい身だしなみやオシャレが出来るように支援している(お出かけ着、季節の行事や特別と感ずる外出等に着けていける洋服を準備している) | | |
| 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 | 島の食文化を取り入れ行事や誕生会の時などに昔ながらの料理を提供している。地域より頂いた食材を使う。食事の時に職員も介助の必要な方の隣等に入り一緒に食事をしている | | |
| 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 | 食べなれてきたオヤツ、めずらし食べ物、本人の希望によりコーヒーや紅茶、お酒等を楽しめるようにしている | | |

| 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) |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 入居当初よりオムツはずしを支援している。排泄チェック表を使用し尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導するようにし、トイレの場所もその人の分かり易いように表示工夫している | | |
| 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 | 季節に合わせた入浴支援をしている。入浴以外にも足浴を実施し皮膚感染や良眠対策としても取り組んでいる | | |
| 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 | 日中の生活活動を活発に参加してもらい、良眠してもらえる様努力している。夜間に睡眠が不十分な方は日中仮眠してもらっている。 | | |
| (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 | 利用者が出来る事を他の利用者との関係に配慮しながら行ってもらい、やって頂いた事に対して必ず感謝の気持ちを伝えるようにしている | | |
| 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 | 近隣のお店へオヤツや買い物支援を行えるように協力を得る。同行可能な時にご家族の了解の下、本人の好みや金額に合わせた買い物支援をしています | | |
| 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 | 本人の体力やリスクに配慮しながら、帰宅、散歩、ゴミ捨て等、自立もしくは同行しながら、出来るだけ希望に添いえるように支援しています | | |
| 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 | ドライブ、花見、墓参り、イベント等、ご家族にも協力依頼を促しながら出かけています | | |

| 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 | ご家族への電話は本人の希望する時間にいつでも出来るようにご家族に支援協力を得ています | | |
| 64 | ○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している | いつでも気軽に訪問できるように職員も入居者も温かい挨拶や声かけが出掛けている | | |
| (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 | 拘束の事例はない。身体拘束のマニュアルを作成し職員も拘束について熟知している | | |
| 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 | 安全性や外出時間等、確認しながら、出来るだけ自由に出入りが出来るようにしている | | |
| 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 | 一人で出かけられる入居者に対しては時間を見計らって様子を見たり、室内では定期的に声掛けや巡回等で把握している。地域住民の協力も呼びかけ入居者の安全に配慮している | | |
| 68 | ○注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている | 個人日用品に関しては、個々の危険等考慮し対応しています。 | | |
| 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 | 危険と判断されるような事項が考えられる場合には、対応を話し合い防止に努めている | | |

| 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 | 一年に一回の消防立会の火災訓練と可能な限り毎月単位で自主訓練を行っている | | |
| 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 | 地域交流等により、支援が得られるよう働きかけている | ○ | 実際の訓練に参加してもらう |
| 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 | ひとり一人その人らしい生活や思い、認知症を理解してもらい、ケアの実践や本人のリスクを話し合いながら、対応策や協力体制を得ている | ○ | 認知症サポーター養成講座の受講を促し、理解が得られるようにしていきたい |
| (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 | 体調の変化や異変の発見を速やかにする為にバイタルチェックや日々の状態を観察記録し職員全員が情報を共有し、必要時に、医療受診等の対応を行っている | | |
| 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 | 看護主任と計画作成担当者が中心となり、個々の担当職員が薬の用法等を把握し、主治医と連絡をとりあっている | | |
| 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 | 排便チェック表の記録をもとに、食事、水分補給、運動等の対応に取り組んでいる | | |
| 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 | 口腔ケアは十分に出来ている | | |

| 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) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 様々な食材を使い、バランス良く食べてもらう。出来る限り昔ながらの食材を使った料理も工夫している。定期的に栄養・量の見直しを行っている。 | | |
| 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） | マニュアルも作成してある 入居者、職員共うがい、手洗いを徹底している 流行時には、外部の面会を制限したり必要時以外の外出等も控えたりしている | | |
| 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 | 台所の衛生管理に気をつけ、食材の賞味期限の確認を行っている | | |
| 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 | 中庭にテーブルやイスがあり、いつでも訪問者と一緒にお茶が飲めるようになっている | | |
| 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 | 玄関や居室の扉等は家庭的な雰囲気が出せるようにしている 五感を刺激する音楽、臭い、光、人の気配等安心して生活出来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 | 仲間意識が芽生える様に座る位置や一人になれる場所、居心地の良い場所づくりに努めている | | |

| 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) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------|
| 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 | 馴染みの家具や物品などをご家族と相談し持ってきてもらっている テレビ、タンス、仏壇等 | | |
| 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 | 十分に行われている | | |
| (2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり | | | | |
| 85 | ○身体機能を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している | それぞれの機能に合わせた生活が送れるように、補助具等を使い、安全かつ自立した生活が送れるように工夫している (必要に応じて職員の手ぬぐもりを感じてもらえるよう手を加えている) | | |
| 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 | トイレの表示、居室の表札等目印になる物で、混乱しないように工夫している | | |
| 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 | 気持ち良く過ごしてもらえるように、建物の周りを工夫している(ベンチ、中庭、花、景色) | | |

| 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、活き活きと働いている | ○ | 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。)

地域密着型としての地域交流の機会、大島地区GH協会での認知症勉強会、職員の認知症理解と利用者ひとり一人尊厳のある生活や地域交流、認知症啓発活動「認知症サポーター養成講座」、支援活動「家族会」の提供、音楽治療として各職員の出来る島唄や楽器の演奏、ADL体操等の運動による脳の活性化、昔ながらの野菜つくろいの手作業、個人個人の生活のリズムを大切に、離島の特性を活かした、認知症へのアプローチを考え、利用者が安心して楽しく日々を送れるようにしています。 理念に掲げる、社会参加ができるよう柔軟な取組みを目指しています。