

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 や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したのものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
・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
・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
・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
・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
・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(1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	グループホーム愛の家
(ユニット名)	B棟
所在地 (県・市町村名)	鹿児島県曽於市大隅町
記入者名 (管理者)	園田 タツ子
記入日	平成 21年 10月 15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)
・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	地域密着サービスの役割を考え、事業所独自の理念を作り上げている。		
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	毎月のミーティング、又朝礼時等に理念を確認し、日々のケアに実践できるよう努力をしている。		
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	家族はもちろんであるが、地域の人々にも認知症を理解して頂き、利用者が、普通の生活を送れるよう努力している。		家族や地域住民への認知症の理解と啓蒙。
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	常に隣近所と声を掛け合い野菜をあげたり、貰ったり、ホームの行事に参加して頂くなど近所付きあいをやっている。		
5	地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	ホームの利用者が、自治会に出かけていくことはないが、地域の方々がボランティアできてくださる。農協祭りや、夏祭り等への参加は行って地域との交流が出来ている。		

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)
6	<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる</p>	<p>中、高生の福祉体験学習の受け入れや、近隣老人を施設の行事に招待したりしている。</p>		<p>地域のお年寄りや、子供達にもっと頻繁に遊びに来てもらえるよう努力したい。</p>
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	<p>評価の意義の理解と活用</p> <p>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる</p>	<p>評価を受けた後は、改善項目を検討し、より良いケアのために取り組みを行っている。</p>		
8	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている</p>	<p>運営推進会議での意見は、常に前向きに検討を行い実行するよう努力し、次回の運営推進会議で報告を行う。</p>		
9	<p>市町村との連携</p> <p>事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる</p>	<p>現在は、市の担当者が運営推進会議に毎回出席していただき、質問や情報交換を行いサービスの質の向上に取り組んでいる。</p>		<p>運営推進会議が定着し、会の内容も充実してきた。今後より多くの方の参加を呼びかけ、ホームのことを知って頂けるようにしたい。</p>
10	<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している</p>	<p>以前は、成年後見制度の利用者様がおられ、勉強会を行っていましたが、現在制度を必を要としている方がおられないこともあり、勉強会をしていません。制度の理解はできていて、対象者があれば支援できると思います。</p>		
11	<p>虐待の防止の徹底</p> <p>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている</p>	<p>力や言語による虐待がないように常に目配りをし、職員同士でも、相互に注意をしあえるよう指導を行っている。</p>		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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>	<p>入居前に1回は施設見学をして頂き本人が納得した上で入居して貰う。本人に理解能力がない場合、家族との十分な話し合いを行い、本人にとって最善をつくす。その上で契約を行う。解約に際しても同じ。</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>	<p>利用者の意見や不満、苦情に対しては、常に情報を収集し、小さなつぶやきでも見逃さず、職員間で話し合う。</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あわせた報告をしている</p>	<p>入居1週間は、毎日ご家族へ報告している。病気、体調不良時も家族と密に連絡を取っている。毎月グループホーム便りを発行し、担当者が個々の利用者の様子をお知らせしている。本人の所持金はほとんど無いが、使った場合は、家族に連絡をしている。</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>	<p>意見箱の設置や苦情相談窓口を知らせて家族からの意見を貰うようにしている。不満や苦情は、ケアプランの支援記録に記載し、速やかに対応している。</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>	<p>毎月ミーティングを行い、運営全体について話し合いを行う。対応が可能なものは速やかに解決するようにしている。</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>	<p>利用者の体調や、介護量、病状に応じて柔軟に対応している。出勤時間の変動や、出勤者の増加等。</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>	<p>1ユニットが1家族として信頼関係を築いている。職員の移動はほとんど無いが、臨時で応援に入ったりすることがある。そのため、毎朝の合同の申し送りや、常に2ユニットの利用者様の状況把握を行っている。</p>	<p>問題の多い利用者様が増えているため、担当者会議等にユニットを関係なく参加しより多くの意見を聞いていく。</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	色々な勉強会には出来るだけ参加を促し、研修等も職務に影響がない限り参加している。		
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	管理者は市の福祉ネットワークに参加し交流を図っている。 又他のグループホームとの交流や、情報交換を行い、ケアの質の向上に努めている。		
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	職員親睦会で、研修旅行やボーリング大会、焼肉会等を開き、親睦と融和を図っている。		
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	働きやすい職場で向上心を持ってもらえるように努力している。		資格支援のための支援と賃金向上に取り組みたい。
. 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	実際には、申し込みから入所までの期間が短いことが多いが入所前にしっかりアセスメントを行う。 本人が不安に思っていることや望んでいることを聞き出せるよう努力する。		
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	十分に話を聞くことで信頼関係が出来、利用して貰っている。		

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	色々なサービスを紹介し、多角度から検討を行う。本人がどこで生活するのが一番良いか、又家族が介護疲れで共倒れにならないか、金銭的に1番出費の少ない方法はないかなど。		
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	体験入所等で慣れて頂くのがベストであるが、家族はすぐにも入所を望まれている状態であり、空室が出来ると即入所というのが現状である。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援				
27	本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている	常に共感しながら共同生活を行っている。餅つきや味噌作り等は、利用者様が、先頭に立って行っている。		
28	本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている	職員は、常に利用者様の様子を家族に連絡し、共に喜んだり心配したり、家族と共に支え合う関係作りを行っている。		
29	本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	利用者様と疎遠になっているご家族には、近況報告をしたり毎月のグループホーム便りを送り、関係の改善に取り組んでいる。		利用者様と家族の関係修復。
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	墓参りや、自宅訪問、お寺参りの支援を行っている。		
31	利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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	気の合った利用者同士で部屋を訪問したり、一緒に散歩をして庭でお茶をしたり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)
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	グループホームの場合は、入院されるか亡くなった場合に利用が終了することが多い。入院の場合は、ほとんどが再入所されるケースが多く、亡くなくても家族との交流は継続している。		
. 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	日々の生活の中で、本人の主体性を尊重しケアプランを作成し実行している。		
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	本人から生活歴や暮らしぶりを聞き、家族が面会に来られたときに家族から情報を得るようにしている。最初のアセスメントでは聞き出せない事柄が、1ヶ月以上経つてくると話してもらえることが多い		
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	個々の生活を大事にし個人の自由を大切にしている。心身の状況に合わせた生活リズムを把握し援助している。		
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	本人の意向を大事にして、本人主体の計画作成に努めている。家族や職員の意見も十分に検討し、本人がいかにか自分らしく生活できるかを常に頭に置いた計画作成を行っている。		自分の意志を伝えられる方が少なくなっている。本人の思いを分かる努力と、それを計画作成に生かすことを努力したい。
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	介護計画が現状に即しているか気を配り、心身に変化が見られたときは、速やかに見直しを行い追加の計画を作成している。		細やかなケア計画の見直しを行っていく。

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	個別記録の記入は、日中と夜間に分けて行い小さな気づき等も記録に残すようにしている。		
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	家族の希望に応じて受診や退院の支援、医療処置を受けながらの生活の継続、又ターミナル期における本人や家族への支援を行う。		
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	利用者様本人の意向ではないが、校区公民館長や老人会長、ボランティアの協力で、ホームでの催しを行っている。中、高生の体験学習を受け入れ子供達とのふれあいを支援している。		
41	他のサービスの活用支援 本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている	他の介護保険サービスを利用することは、ホームの保険料収入に 大きな負担が有り実現できません		
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	運営推進会議を定期的に行い、包括支援センターとの協議を行っている。包括支援センターが中心となり、2ヶ月に一回協議がもたれ、諸処の問題について、話し合う。		
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	かかりつけ医による定期的な往診、急変時の往診や受診を安心して受けられる。		

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	認知症外来がある病院が少なく、又認知症サポート医も少ないため認知症のみを診察してもらうのは困難である。特に必要と思われる方は、宮崎の認知症外来専門医に相談し、受診している。		
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	ホームの看護師と、訪問看護ステーションの看護師が十分に情報を共有して、健康管理に努めている。		
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	急盛期の治療が終わり、ホームでの療養が可能な時点で、出来るだけ早く退院出来るように、病院側の相談員と連絡調整を行っている		
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	ホームの終末期ケアに対する方針を家族に提示している。ホームの職員とかかりつけ医は、家族の意向を尊重し出来るだけ協力を行う		
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	終末期を迎える利用者様は、それぞれに経緯が異なるが、主治医の意見やご家族の意向を十分検討しホームで出来ることは支援を行う。実際に看取りの場合は、医師、家族、訪問看護、職員の密な連携が必要なので、カンファレンスを何回も行きその都度方向性を確かめる。		終末期を迎える利用者様の場合、ホームで臨終を迎えるか、病院へ搬送するかはとても難しい問題である。ご家族の意思を尊重しご家族にとって悔いのない方法をとっていきたい。
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	他の施設へ移られる場合は、今までの生活情報や、医療情報、嗜好等こまめな情報提供を行い、環境の変化によるダメージを極力少なくできるように気を配る。		

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)
.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	<p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>	その人らしさを尊重し、良いところを賞賛し、否定的な言葉掛けはしない。	
51	<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている</p>	利用者様に主体性を持たせるような働きかけを常に心がけ、本人が選べる場面を多く作っていく。自分の考えで行動することを支援する。	
52	<p>日々のその人らしい暮らし</p> <p>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している</p>	利用者様の生活リズムを大切にしながら、大まかなホームのリズムで生活して頂く。決して職員の都合に合わせた介護にならないようにしている。	
(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	<p>身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている</p>	行事やお出かけの時はその旨を説明し、自分で服を選んで頂く。日常は自分の着たい服を着て頂くが、季節や気温に合わないときは助言を行う。美容院は本人の希望があればお連れする。	
54	<p>食事を楽しむことのできる支援</p> <p>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	食事は生活の中で1番楽しみなことなので、一緒に野菜の下ごしらえをしたり、メニューを考える。包丁を使える人や、片づけが出来る人には、それぞれに仕事も手伝って頂く。	
55	<p>本人の嗜好の支援</p> <p>本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのもを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している</p>	現在は酒やたばこを飲む方はおられないが、利用者様が希望されれば対応する。コーヒーや紅茶はいつでも対応可能である。おやつは食事制限の方に対しては、カロリー過剰にならないように配慮している。	

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	利用者様個々の排泄パターンを把握し、トイレ誘導することで失敗が少なくなっている。紙パンツや布パンツを使用することで着脱も容易に出来る。時間毎の声掛けで排泄を促し、失敗が少なくな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	出来るだけ利用者様の要望にそうようにしている。夜間帯に入浴を希望されたりするときは、出来ない場合もある。入浴を苦痛なものではなく、気持ち良く楽しんで入れるよう工夫している。		
58	安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々々の状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	個室なので利用者様の好きな時間に部屋で休むことが出来る。ご家族が訪問されたときも自室でゆっくり談話される。		
(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	本人の出来る力を把握し、家事の手伝いをして頂く。自分の仕事を持つことで喜びや達成感を持って頂く。		
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	買い物の楽しみと、金銭管理を目的とした買い物ツアーを行っている。本人の希望があれば買い物同行している。		
61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、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	中庭や菜園、また戸外への散歩等は積極的に行っている。桜やコスモス、紅葉など季節を感じていただくためにドライブ等も行っている。		
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	墓参りや自宅訪問を定期的に行う。ご家族に協力して頂き、祝い事や法事等にも積極的に参加を促す。ホームの行事として、パラ園見学や食事会、文化行事の観賞、夏祭りや弥五郎どん祭り、農業祭り等の参加を行っている。		

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)
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	本人が希望されれば、いつでも電話が出来るよう支援している。		
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	面会時間の設定はなく、いつでもご家族の訪問や知り合いの方が訪問される。		
(4) 安心と安全を支える支援				
65	身体拘束をしないケアの実践 運営者及び全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束についての勉強会を開き、職員に理解して貰い、身体拘束のないケアに取り組んでいる。		
66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	日中は玄関や門に施錠はしない。夜間のみ出入りに施錠を行う。		
67	利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	職員は、利用者様を見渡せる空間で仕事をしている。夜間は、時間毎に利用者様の確認を行い、トイレ誘導や体位交換を行い転倒や徘徊を防止している。		
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	利用者様個々のレベルに合わせて物品の管理を行う。異食等がある利用者様があるときは、固形石けんを液体石けんに替えるなどの工夫をする。		
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	予測される事故について全員で話し合い、対策を検討してケアプランに掲げる。		

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	消防署の協力をもらい救急手当や蘇生術の研修を年に2回行っている。		
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	主に夜間を想定した火災訓練を、行っている。年に2～3回は消防署の立ち会いで連絡体制や、初期消火、利用者様を戸外へ誘導等を行い、評価をしてもらう。近隣消防協力隊の方々の参加もある。		
72	リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている	入所時や計画更新時、利用者様の障害に変化が見られた場合等、随時ご家族に説明を行い今後起こりうるリスクとその対応を検討する。		
(5)その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援				
73	体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	バイタルを初め、気分の抑鬱や食欲など、変化があれば職員間で情報を共有し、薬の変更時等は確実な申し送りを行う。		
74	服薬支援 職員は、一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	常に薬の効能を把握し、確実に飲んで頂けるように支援している。症状が変化したときは主治医に連絡し指示を貰うようにしている。		
75	便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	野菜中心の食事をし、水分を多く取ってもらうように働きかけることで、薬に頼らないように心がけている。どうしても便秘がちの方は、医師の指示を受け緩下剤で調節を行っている。		
76	口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、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	朝食と昼食後は声掛けを行い口腔ケアを促す。全介助の方は職員が行う。夕食後は、全員の方の口腔ケア、入れ歯の消毒、歯磨きを職員の介助で行う。		口腔内の健康は、食欲に直接影響があるため、常に気をつけて支援を行う。自分の歯を持っておられる方は可能な限り歯科受診を行い、現状維持管理をしてもらう。

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
77	栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	利用者様が食べやすいように切り方を工夫し、全量摂取してもらうように心がけている。水分摂取が困難な方には、お茶ゼリーを作り対応している。水分摂取量の制限がある方は、1日の摂取量チェックを行い調節をしている。		
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)	感染症に関するマニュアルを作成し十分な予防を行っている。感染症が発生した場合は、早期治癒に向け医師と連絡を取りながら対策を取っている。		
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	まな板や布巾、食器は塩素系漂白剤で定期的に消毒を行う。夏場は0157の予防のため熱湯消毒を行う。食材は週に1回1括購入するが鮮度保持に充分気をつけている。野菜類は自家製の物を使用し、農薬は一切使わないようにしている。		
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり				
(1) 居心地のよい環境づくり				
80	安心して出入りできる玄関まわりの工夫 利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている	玄関は施錠せず、いつでも出入りできるようになっている。近隣の人と一緒に、東屋でお茶を飲んだりすることもある。		
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	日中ほとんどの利用者様が過ごされる居間は、光が良く入り、炊事場と続きの空間なので料理のにおいがしたり、自宅にいるような安心感が持てる。季節毎の花を飾ったり、壁飾りを掛け、季節が分かるように工夫している。		
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	居間のソファーに座って話をしたり、個々に中庭に出たりされる。一人になりたい時は居室に帰って新聞や雑誌を見たりされる。気の合った人同士、部屋を訪問されることもある。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	利用者様は、自分のなじみの家具等を持ち込み、自分の部屋作りを行っている。		
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	出来るだけ外気を取り入れるようにしている。真夏は、冷房の効きすぎに注意すると共に個々に合わせた室温調整を行っている。冬場は床暖房を使用しているため、適温が保たれる。		
(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	施設全体がバリアフリーになっており、車椅子の方も自力で移動が出来る。廊下、トイレ、浴室等の手すりも利用者様の使いやすいように設置している。		
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	ADL低下時は、何ができて何が出来ないのかを確認し、本人が不安にならないように工夫し支援する。本人の出来る力を職員全体が把握し、個々に合わせた仕事やレクリエーションを行い自尊心を保てるようにする。		
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	畑や花壇に出て収穫を行ったり、中庭や東屋でのお茶や食事会も行っている。		

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		ほぼ全ての利用者の
			利用者の2/3くらいの
			利用者の1/3くらいの
			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		毎日ある
			数日に1回程度ある
			たまにある
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			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		ほぼ全ての家族と
			家族の2/3くらいと
			家族の1/3くらいと
			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	ほぼ毎日のように	
		数日に1回程度	
		たまに	
		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	大いに増えている	
		少しずつ増えている	
		あまり増えていない	
		全くいない	
98	職員は、生き活きと働いている	ほぼ全ての職員が	
		職員の2/3くらいが	
		職員の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		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	ほぼ全ての家族等が	
		家族等の2/3くらいが	
		家族等の1/3くらいが	
		ほとんどできていない	

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

利用者様が自分らしく生きることを念頭に置き、利用者様の意思を尊重してケアを行う。認知症の進行や、筋力低下をできるだけ防止することを目的として生活を支援する。自家農園で野菜を作り、無農薬の野菜をふんだんに使った料理を提供することで、食の安全や便秘対策に取り組んでいる。ビタミンやミネラルを多く含んだ野菜を食べる。そのせいか、風邪を引く方が少なく糖尿病の方も改善が見られる。