

(様式 1)

# 自己評価票

## 【自己評価の意義・目的】

自己評価は、事業者自らが主体的にサービスの評価を行い、サービスの提供状況を見直すことにより、サービスの質の向上を図るシステムの1つです。サービスの質の向上は、この自己評価をはじめ、事業者の取り組みを第三者の目で確認して評価を行う外部評価や第三者評価、苦情解決制度や権利擁護制さらには、アンケート調査等による利用者からの声の反映、オンブズマン機能などが相まって実施されることにより達成されるものです。この自己評価の結果を公表することにより、利用者にとっては、客観的な指標、判断材料として事業者の選択に役立つものとなります。

記入年月日	平成 19 年 7 月 10 日									
法人名	株式会社 ティー・エッチ・アイ									
代表者(理事長)名	今泉 未雄									
介護保険事業所番号	2	7	7	1	2	0	0	3	0	6
サービスの種類	・ 認知症対応型共同生活介護									
	・ 介護予防認知症対応型共同生活介護									
事業所名称	グループホーム なぎさ									
事業所所在地	泉南郡岬町淡輪4658-1									
記入担当者職・氏名	(職) 計画作成担当者 (氏名) 渡鍋 宏史									
連絡先電話番号	072-488-2555									

## 自己評価項目構成

### ・理念に基づく運営

1. 理念の共有
2. 地域との支えあい
3. 理念を実践するための制度の理解と活用
4. 理念を実践するための体制
5. 人材の育成と支援

### ・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
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援

### ・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
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. 多機能性を活かした柔軟な支援
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

### ・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
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり

### ・サービスの成果に関する項目

## 【自己評価の実施方法】

運営者(法人代表者等)の責任の下に、管理者が従業員と協議しながら実施してください。  
「評価項目」ごとに評価をしてください。  
その判断した理由や根拠のポイントを記入してください。  
少なくとも、年に1回は自己評価を実施してください。  
優れている点や改善すべき点などの特記事項についても、別途、記録しておいてください。  
改善すべき事項については、改善のための計画(任意様式)を作成してください。  
利用者やその家族等が今後、サービスを受けようとする時の情報として、この評価結果を利用できるように、利用申込者又はその家族に交付する重要事項説明書に添付の上、説明するとともに、事業所内の見やすい場所に掲示するなどし、評価結果を積極的に公表してください。  
評価結果及び記録等は、評価を完了した日から3年間は保存してください。

(様式1)

### 自己評価票

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 たい項目)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
<b>理念に基づく運営</b>			
<b>1. 理念と共有</b>			
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		地域密着型サービスとなり、より地域に根ざした理念を掲げている
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		理念を盛り込んだ運営方針については、事業所の見えやすいところに掲示し、その実践に努めている 新入職員に配布・説明するなどその徹底取り組みたい
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		家族に対しては、面会や自宅への外出を促し、地域に対しては、小学校・幼稚園・公民館の地域住民が集う行事に積極的に参加し、地域の一員であることを表すようにしている
<b>2. 地域との支えあい</b>			
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		クリニックとデイケアに隣接しているので、通院時や入浴時(デイケア施設の共用)に地域の患者・利用者との接点があり、それを機に会話や訪問があり、地域に開かれたものとなっている デイケアとの合同の行事を増やしていきたい
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		3、で延べた通り、地域行事にもお誘いいただき参加している

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取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	行っていない		演奏や舞踊等のボランティアの慰問を受ける際は、隣接しているデイケア利用者（地域の高齢者）を招くようにしたい
<b>3. 理念を实践するための制度の理解と活用</b>			
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	前年度の外部評価・自己評価は回覧し、また職員会議でもその意義について説明し、指摘事項について改善を検討した		
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	役場職員・民生委員等外部の方を招いて、施設行事・メニュー等の報告を行い、そこでの意見・指摘を運営に役立てるようにしている		地域の校区福祉委員会の取り組みにもお誘いいただきなど地域とのあらたな接点を作りつつあり、それを活かしていきたい
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	町内唯一の地域密着型サービスでもあり、日頃から役場・地域包括支援センターの方にはよく訪問いただいている。また入居者の認定調査も町職員であり、調査の合間に感じたことをご指摘いただいている		
10 権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している	地域権利擁護事業を利用している利用者もあり、日頃から町社会福祉協議会の支援をみて、制度について学んでいる。成年後見制度については利用者家族に活用を呼びかけている		
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	学ぶ機会を持っていないが、入浴や清拭、受診時看護師が立会い身体的な変化（アザ・皮下出血）がないか、注意を払っている		言葉や行動上の虐待（無視）をどうみつけるかが課題である

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
<b>4. 理念を実践するための体制</b>			
12	<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>契約時の説明は、質疑応答も含め時間をかけて行っている</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>	<p>非常勤の社会福祉士を配し、意見・不満の聴取に努め、生じた際は現場職員に伝えている</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あわせた報告をしている</p>	<p>面会時の口頭での報告はもちろん、月1回発行している「なごさだより」に、個々の利用者の状況について担当者が文章でも報告している</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>苦情・不満についての外部機関への通報先について明らかにすると共に、「ご意見箱」の設置や、家族会の開催を行っている</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>職員会議を開催し、業務改善に役立てている</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>人手のかかる入浴、診療所への受診については、協力医療機関職員の協力を受けている また夜間の緊急受診については管理者がオンコールで対応している</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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
18	<b>職員の異動等による影響への配慮</b>  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	職員の定着に努めており、同時期に2名以上の離職をさせていない		
<b>5. 人材の育成と支援</b>				
19	<b>職員を育てる取り組み</b>  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	日常業務にかかる研修は行えていないが、「ヘルパー2級取得者」の「介護福祉士」取得のための支援（実技講習会の案内・昨年6月から今年1月にかけて業務後の受験勉強会の開催）を行い、今年は3名の合格をみている 職員自身のキャリアアップに資している		
20	<b>同業者との交流を通じた向上</b>  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	地域の介護サービス事業者に限らず、医療機関への訪問を通じて、利用者の変化（急性疾患への対応時・要支援や在宅ケア移行）時の社会資源活用・紹介に役立っている		
21	<b>職員のストレス軽減に向けた取り組み</b>  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	非常勤の社会福祉士は年齢・経験からスーパーバイザー的な役割を担っている 非常勤であるから故、職員の精神保健上の役割も担っている		
22	<b>向上心を持って働き続けるための取り組み</b>  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	勤務状況の把握はもちろんのこと、日々の業務や職員個々の状況についても管理者が報告を行い、把握している		「向上心」を持てるような支援について引き続き検討していきたい

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>			
<b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b>			
23	<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居前に情報収集と本人の意思確認を兼ねて体験入居を行い、本人の要望・考えを聴き取るようにしている</p>	
24	<p>初期に築く家族との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居申込時また契約時、家族の思いを十分に聴き取り受け止める努力をしている</p>	
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>	<p>相談時すべて自施設の利用に結びつけるのではなく、医療的ケアや精神症状、集団生活への適応等から他のサービス・施設（老健・介護療養型・医療療養型・特定施設等）の紹介を行うこともある</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</p>	<p>契約前に体験入居をして、本人・家族・施設側がそれぞれ納得の上、正式な入居となるようにしている 必要であれば2回、3回と「体験」を重ねることも可能である</p>	
<b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b>			
27	<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>	<p>単なるADLの支援・介護にとどまらず、掲示物を一緒に作ったり、花の手入れをするといった協働行為をすることによって、「一緒に生活をしている」という関係づくりを行っている</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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	日常「一緒に生活をしている」中での様々な経過や変化をご家族に報告する中で、その「変化」を共有するようにし、入居者を支えとりわけ「精神的な役割」をお願いしている		
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	入居に至る様々な経過を理解し、決して疎遠にはならないような距離を意識し、面会や報告をしばしば行うことによって、入居後の良好な関係づくりに努めている。面会が少ない場合は促すようにして、「関係の維持」にも注意している		
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	地域密着型サービスになって、より地元の方の利用が増えていくことになるが、入居者の地域での友人の面会や行き慣れた場所への散歩の機会を勧めている		
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	居室にこもることなく、一緒に生活しているという一体感を感じてもらうため、作業や手伝いを分担して行ってもらうように支持している		
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	条件が整って（地域の）自宅への退居や、症状の変化による入院後軽快しても、再び「入居」することも有り得る。そのため関係を断ち切らないような声かけを心がけている		

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
<b>. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>			
<b>1. 一人ひとりの把握</b>			
33	<p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>入居前の聞き取りにより、本人の生活様式を把握し入居者の生活支援に役立てている</p>	
34	<p>これまでの暮らしの把握</p> <p>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</p>	<p>入居前に生活歴の聞き取りも行い、趣味や仕事のこと、在宅時のサービス利用について把握している</p>	
35	<p>暮らしの現状の把握</p> <p>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</p>	<p>入居前、自宅での一日の過ごし方を聞き取っているが、心身の状況については、協力医療機関の医師から常に情報を得、また入居後の日課や残存能力についても把握をしている</p>	
<b>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</b>			
36	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</p> <p>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</p>	<p>入居前の聞き取りや体験入居を通じて入居前に必要な情報を得て、アセスメントを行っている 入居後は必要に応じてケース会議を行って介護方法についての見直しを検討している</p>	
37	<p>現状に即した介護計画の見直し</p> <p>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</p>	<p>原則認定の有効期間に行っていたが、入退院や本人に著しい変化が発生した場合、見直しを行っている</p>	<p>特に変化がない場合、1年おきとしていたものを、現在は6ヶ月おきを心がけており、更に短縮できるように改善したい</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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取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	午前・午後・夜間及び深夜、記録を行い、申し送り等で情報の共有を行っている また訪問診療時やケース検討を行う際に活用している		
<b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>			
39 事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	建物の中での「介護」にとどまらず、家族との関係調整や経済的問題等「本人をとりまく問題」についても、役場・町社協・地域包括支援センター等への紹介・介入の依頼によって、構造的な支援を行うこともある		成年後見制度の利用について、過去「町長申立」が不調に終わった事例があった 社会福祉士会・司法書士会の指導を受けて、家族関係が困難なケースについては、積極的に家裁への申立を勧めていきたい
<b>4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働</b>			
40 地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	単身者には、町社協から相談員の受入を行い、相談を聞いてもらっている 幼稚園・小学校も行事のたびに声をかけていただき、地域の一員として加わらせていただいている		
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	条件が整って在宅での生活となるケースもあり、個人情報使用の許可を得た上で、居宅サービス事業者の紹介・情報提供を行っている		
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	成年後見制度の活用等、権利擁護に関わることについては、家族・本人の合意・依頼のもと、センターの社会福祉士に、要支援や自立判定（特定高齢者）に至った場合は主任ケアマネジャーに地域での生活を引き継いでいくものとする		逆に要支援2の予防給付対象者の方の、施設でのケアマネジメントについて相談を受け、協働の形をとりつつある

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	定期的に内科・歯科の訪問診療を受けている 協力医療機関は眼科・耳鼻科・整形外科・泌尿器科も診療し、送迎を行っている		
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	協力医療機関の医師は老人医療にも詳しく、周辺症状への対応についても相談に乗り、指示をもらうことが出来る。また「精神保健福祉手帳」の診断書も依頼している		
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	施設として常勤の看護職員を雇用すると共に、協力医療機関の看護職員もしばしば来所され、入居者の健康管理の支援を行っている		
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	協力医療機関には入院施設（有床診療所）があり、内科の入院には対応をしているが、長期入院はせん妄を起こすことがあるため、協力医療機関の入院の場合は早期退院を働きかけている		
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	嚥下困難で経口から食物が入らなくなった場合、施設での生活では対応が出来ないので、主治医・家族と状況を見極めて、医療的ケアの出来るところを一緒に考えている。「看取り」に対する要望もあるが、深夜の勤務体制上対応が困難なため、医療機関につなぐこととしている		
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	人工肛門・人工透析・自己血糖測定といった医療的管理・ケアの必要な方も、看護職員が配置していることもあり、受け入れてきた。しかし病状の進行やADLの低下によって、他の入居者のケアに影響を与えるようになると、グループホームの範囲外となる。病状のことはかかりつけ医との相談で、日常の介護についてはスタッフ間で相談し、施設での守備範囲について検討を行っている		

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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>・その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</p>			
<p>1. その人らしい暮らしの支援</p>			
<p>(1) 一人ひとりの尊重</p>			
50	<p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>		
51	<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている</p>		
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>		
<p>(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援</p>			
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>		<p>毛染めの希望者には送迎を行っている</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 たい項目)	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)
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	配達された食材の仕分け、野菜の皮むきといった準備の段階からお手伝いいただき、食後の片付けもお手伝いの出来る方をお願いしている		
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	酒・タバコの提供は行っていない 飲み物・おやつは、本人の嫌いなもの・固いもの等好みによって配慮したり、細かく刻み摂取しやすくすることもある		
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	排泄パターンが確立している場合、定時にトイレ誘導をしている また尿取りパッド・リハビリパンツも自分で交換できる場合は、自分での交換を勧めている		
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	週3回 時間を決めて行っている		夏場、シャワー浴等増やせることが出来ないか、検討の余地がある
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	作業に熱中して、後で疲労が溜まって寝込んでしまったり、両下肢に浮腫が生ずることがある 自分でコントロールしにくい方もあるため、睡眠確保以外に日中も居室で、休息をとるよう声をかけている		
(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	若い頃の趣味や仕事について聞き取りを行っているが、個々の特性を活かした様な作業やレクリエーション・役割を準備するように努めている		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	印 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	外出時買物に出かけた際「選ぶこと」は行っているが、支払・金銭管理の支援は行っていない また金銭については「物取られ妄想」が頻回に起こる入居者もあり、お金の所持は認めていない		
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	散歩や近隣の店へ職員が同行して買物を行っているが、個々の希望には応じられていない		
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	家族との外出には制限を設けていない 家族を巻き込んだ形の外出も試みたいが、入居者が重度化し歩行の出来ない方や座位保持すら出来ない方が増えているため、全員で外出する機会は減ってきている		
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	電話については申し出にすぐ応じている 手紙についても申し出があれば応じているが、電話や面会で済ますことが多いようで、実際はほとんどない		
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	地域密着型になったこともあり、地元の入居者が多くなり、地元の方の面会が多くなっている 各居室は入居者の「自宅」であり、その「自宅」で面会いただき、お茶やテーブル・椅子を用意することを徹底している		
(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	原則しないことにしているが、家族の同意のもと、つなぎの着用・4本柵の使用もある		昨年は2人つなぎ着用の方がいたが、今年は1人になっている つなぎを使用している方については、「掻き毟る」「不潔行為」があるが、普通のパジャマを使えるようにしたい

	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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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	玄関については施錠をしている 1階は帰宅願望の強い方が再三飛び出す危険がある		
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3回の食事以外に、お茶やおやつ時間を設けて、リビングに集まるか部屋に声かけを行い、様子観察をしている 夜間は1時間おきに巡回をしている		
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	財布・くだものナイフ・はさみ・針(裁縫道具)・現金といった持込があったが、一度に取り上げるのではなく、家族との相談の上、寮母室で預かるなどの対応をしている 刃物の持ち込みはお断りし、はさみについては施設管理としている		
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	転倒については上履きの徹底(スリッパ・サンダル不可)、誤嚥は食事の形態(普通食以外にフードプロセッサで加工)、服薬は2人の職員で確認し、事故防止に努めている 個々の入居者に対して個別に対応している 気道確保や水分摂取の介助については看護職員から指示を受けている		
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	日常的なことについては配属されている看護職員の指示を受け、酸素吸入・ネブライザーをできるようにしている(携帯用酸素ボンベ・ネブライザーを施設に設置)		
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	非常口・経路については徹底しているが、地域の方の協力・はたらきかけは行っていない		

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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 切にした対応策を話し合っている	転倒・骨折・挫傷・嚥下障害・発作等起こりうる リスクについては、前もって個々の家族に説明し ている 本来ならば医療的ケアが優先される場 合であっても、異なる環境に移ることによる見当 識障害・せん妄のリスクもあり、その選択につい ても説明を行っている		
(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	変化があった際は、職員である看護職員（不在時 は介護職員から）から協力医療機関に連絡の上、 受診するシステムとなっている		
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	薬剤情報提供書を個々の記録に綴じ込み、情報の 共有を図っている		
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	毎日排便のチェックを行い、緩下剤の調整を行っ 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	毎食後口腔ケアを行っているが、基本的には自分 でうがいをしてもらっている 入れ歯は毎晩 洗浄している また歯科の訪問診療の際、必 要に応じて歯科医師の指導を受けている		
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	体重を毎月計測し、また食事は毎食記録を残し ている また食事以外に1日2回水分量補給の 機会を設けている		協力医療機関が栄養士を配しているので、今後メ ニューについて指導を受ける機会を設けたい

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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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）	マニュアルを整備し、ノロウイルスについては現在も対策を実行している		
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	生ものは提供せず、必ず加熱している		
<b>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</b>				
(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	玄関にはプランターを置き、段差をなくしている		
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	共用部分には不快な音・光はなく、壁には季節感のある題材で、利用者が作った貼り絵のカレンダーを貼っている		
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	ソファと6人掛けのテーブルがあるが、共用空間の中に一人になれる場所はない 1階はプランターの横にベンチを置いている		



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 (取組んでいき たい項目)	取組んでいきたい内容 (すでに取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	慣れ親しんだ用具の持ち込みは危険でない限り認 めている		
84	換気・空調の配慮  気になるにおいや空気よどみがないよ 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	各居室・リビングにはエアコン・空気清浄機があ るので、各入居者の状態・好みに応じて調整をこ まめに行っている		
(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	建物内は段差がなく、また手すりを設置している		
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	部屋を間違えることのないように、顔写真を貼っ た手作りのプレートを居室の入口にぶら下げている		
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	ベランダは洗濯干し場になっているので、利用者 が洗濯物の取り込みを行ってくれている		

(  部分は外部評価との共通評価項目です )

. サービスの成果に関する項目	
項 目	取 り 組 み の 成 果 ( 該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こ と )
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
利用者職員が、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
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
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
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
利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている	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
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	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
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	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
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

項 目	取 り 組 み の 成 果 ( 該 当 する 箇 所 を 印 で 囲 む こ と )
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
職員は、生き活きと働けている	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
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
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。)

高齢者は体調の変化を起こしやすく、またいくつもの疾病を併せ持っている。施設として生活面はもちろん医療面に関するニーズも大きい。一方多くの居住系施設（グループホーム・特定施設）は、通院は家族の責任としたり、医療行為（自己血糖測定・人工肛門・透析）が必要となると退居を迫る例も聞かれる。高齢者にとって医療は必須である一方、介護職員の行いうる医療行為には限界もある。看護職員を常勤職員としましまた有床診療所を協力医療機関として日常の医療的管理を行っていることは、いたずらに「退居」による「住み替え」を求めることを防ぐこともできる。居住系施設にもターミナルや「看取り」の機能も求められつつある。岬町は（健康保険で入院できる）病院がなく、また当施設は町唯一の地域密着型サービスであることに鑑み、医療機能を今後もより充実させていきたい。