

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	まきの家の運営理念を、解かりやすい言葉で表示している。		
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	玄関先、職員事務室、食堂に、運営理念を明示し、日常的に意識しやすくしている。		
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	新聞に記載し、家族、母体の病院、運営委員会に配布している。		地域の人々に対しても、まきの家の運営理念を伝えていく。
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	近所の商店に買い物に出かけ、顔を覚えてもらい、最近では、近所の人から声をかけてもらえるようになった。ホームにも近所の方が時々立ち寄ってくれる。		
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	具体的な活動はしていない。地域の方が、ボランティアに来てくれる。		公民館活動、市の活動に参加していく。現在、入居者から希望の出ている、市議会の傍聴、詩吟を行いたい要望に応えていきたい。

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	特にしていない。		
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	新聞に基本理念を掲載するようにした。その他は、入居者に日めくりカレンダーをめぐってもらい日にちの確認をもらう、マニュアルの再確認など、前回の評価を活かし、改善に取り組んでいる。		
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	状況、事故、取り組みなど活動の報告をしている。今後の活動について、参考の為、委員に意見を聞く。また、委員の意見、感想を聞き入れる姿勢がある。		
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	何か必要なことがあれば、介護保険課、市町村に質問したりしている。		
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	制度について、職員が学べるように、資料を用意し、いつでも見れるようにしている。勉強会で触れたこともある。		今後の勉強会で取り入れていく。職員が詳しく理解できるようにする。
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	研修に参加して、勉強会で発表し、職員は勉強している。原因不明のあざや傷があった時は、記録し、インシデント扱いにして、出来るかぎりの原因の究明をしている。		どんなに小さなことでも、職員間で、お互いが気付き、話合えるようにしていく。

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)
4.理念を实践するための体制			
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、書類を説明し質問を受け、入居当日に、再度内容についての疑問点などを聞き、説明を納得してもらうようにしている。</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>特別に機会を設けたりはしていないが、個々に聞いたものについては、職員間で話し合いの機会を設け、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あわせた報告をしている</p>	<p>面会時に最近の状態の説明をしたり、何かあった時、健康状態、事故は必ず連絡を入れてる。定期的には行っていないが、殆どの家族は1ヶ月に一度は面会がある。また、毎月、担当者が手紙を書き、最近の様子を伝えるようにしている。</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>契約時、説明している。新聞、掲示板に記載して何かあったら、小さなことでも言ってもらえるように呼びかけている。また、言い出しづらい方は、玄関に御意見箱を設置し、いつでも入れられるようにしている。</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>直接職員に、意見を聞いている。また、申し送りや会議の時に出た意見で、それに基づくことがあれば、反映に結びつくようにしている。</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>必要時の勤務調整は行っている。状況に応じて、時間帯をずらすことも行っている。</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>	<p>職員の移動は、できるだけ行わないようにしている。やむおえない事情は仕方が無い状況。何の前触れも無く職員が変わると、混乱の原因にもなるので、突然、人がいなくなるのではなく、入居者、職員で、ささやかな送別会、歓迎会を行っている。</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)
5. 人材の育成と支援			
19	<p>職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>育成の段階に応じて、研修を予定するようにしている。法人内で、研修の人数は、ある程度決まっているので、全職員は困難。</p>	
20	<p>同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>老人疾患センターの研修会を設け、年に一度は交流会を持つ方向でまとまっている。</p>	
21	<p>職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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</p>	<p>ストレスがたまらない様に、不満や意見を聞くようにしている。疲れる仕事なので、時間外労働は極力行かせないようにしている。</p>	<p>レク活動を行っていく。</p>
22	<p>向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>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</p>	<p>その時々状況にあった勉強会を開催し、意欲の向上に努めている。職員には、半年ごとに自己目標を立ててもらい、向上心を持ってもらっている。</p>	
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	<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>家族に対しては、入居が決まった時点で入居までに、日中、来棟してもよいという話は話している。</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>入居申込み時に状況を聞き、その後も必要があれば、ホーム、あるいは法人のソーシャルワーカーに相談していただくように話している。</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)
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	入居申込み時点での、こちらの待機状況を説明し、ケアマネなどと相談しながら、他の利用も行っていくよう話をしている。		
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	入居前にホームに来ていただき、少しの間過ごしてもらう。また、入居後も家族と相談しながら対応している。		
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	入居者に、昔の事や日常生活の中での事を色々教えてもらう時もある。時間を共有し、一緒に楽しむようにしている。		
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	面会時、普段の様子を話している。外出、行事の際は、参加を促し、一緒に楽しんでもらうよう呼びかけている。		
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	面会時に普段の様子を話しており、アルバムの活用したり、面会が無い時は、家族に連絡を取りながら、電話で話したりできるようにしている。		
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	生活歴や、または普段の生活の中で、入居者が興味を示した事を、本人や家族に聞いてみて、その場所に行ってみたり、本人の趣味、興味があること、関係性を継続できるようにしている。		
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	普段の様子、入居者同士の関係を議題にして話し合うことは無いが、ケース会議で、その様なことは話し合われており、穏やかに過ごせるよう努めている。		

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)
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	今のところ、それを必要としている家族がいないので、行っていないが、今後、その様な家族がいれば対応していく。		
. 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	希望がある場合は、可能な限り実行していく。本人が明確な意思の疎通が困難な場合は、日々の中で気付いたことを、過去の生活、趣味を家族に聞いたりして、処遇を検討している。		
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	入居時に、生活歴や、馴染みの暮らし、好き嫌いを聞き、ケアに活かせるようにしている。また、入居生活内で、気になる行動や会話があった場合、本人または家族に訊き、原因を探って、よりよく生活できるようにしている。		
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	毎日の処遇、状態、排泄、食事摂取量、バイタル、入浴回数など記録し、把握している。		
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	各担当者がアセスメントを行い、本人の要望、家族の希望を聞き、介護計画を作成している。医療、栄養、リハビリ、精神症状で、専門の情報を要するときは、母体の病院の専門職の意見を聞くことも行っている。		
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	毎月、モニタリングを行い、必要時の変更、サービスの追加を行っている。6ヶ月にごとに再作成している。状態が変化し、対応できない場合は、状況を観察した上、アセスメントをしておし、再作成している。		

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)
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	ケース記録に記入し、申し送り時読み上げている。また、各職員はケース記録を読み、情報を把握している。		
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	グループホームとしての機能はもちろんだが、母体の病院の機能も活かした対応をしている。		
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	ボランティアは、入ってもらっている。学校の行事(運動会)に招待してもらったりしている。		他の文化機関や、その他の資源とも協働していきたいのだが、具体性が無いので、今後の課題として、考えていきたい。
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	同法人のデイサービス、病棟の行事、音楽療法に参加させてもらったり、同じ趣味の人を紹介してもらったりと、その人の日常生活が、豊かになるような支援をしている。		
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	今のところ、それを必要としている方がいないので行っていない。		
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	主治医は、本人及び家族の希望を聞き入れている。協力病院を主治医としている方が殆どなので、関係はできている。また、急変時など、主治医が訪問することもある。		

	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)
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>母体の病院に精神科があり、必要時は受診している。</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>ホームの看護員に相談している。病院の看護職員にも相談することがある。</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>認知症の進行、環境変化によるダメージを防ぐ為、ホームに外泊という形をとり、可能であれば、入院時でもホームで過ごしてもらうようにしている。病院と隣接しているので、職員が毎日見舞いに行き、声をかけるなども行っている。</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>どうするかという、大まかなところは、契約時に話し、その後、状態に応じて家族の希望を聞き、それに出来るだけ応えられる様に努力している。</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>実際に直面したことは無いが、47に記したように行っていく予定。</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>現在のところその様なケースはないが、十分に考慮し行っていく。</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)
. 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	理念に沿い、親切、思いやりの精神で接している。その人に合わせた声かけを行っている。共に生活する者同士の会話ができるようにしている。敬語、謙譲語にはこだわらない。	
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	職員は、入居者に話しかけると、個々に合わせた対応を行っている。また、わかる力に合わせた、対応の仕方をして、職員によって、判断の基準が異なるので、会議、申し送りの際、情報の共有しその入居者にとって、一番いい対応ができるようにしている。	
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	希望があれば、出来るだけ沿うようにしている。行きたいところ、やりたいことなど。要望が困難な方は、普段の様子をみて、その人らしい暮らしを見つけていく。自分らしく過ごしてもらうように対応している。	
(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	本人の希望の美容院に行ってる。髪を染めたい方、香水をつけたい方もいる。希望にあわせている。	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	声をかけても、拒否されることが多いので、できることを、意欲がある時に行ってもら。主に、配膳、食器片付け、を行っている。	
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	タバコを吸っている方はいない。風呂上りにビール、毎日の週間で、ヤクルト、牛乳を飲むなど本人の希望、習慣に合わせている。	

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	今までオムツ、リハビリパンツを常時使用していた方でも、日中は、布のパンツにパットを使用する程度に替え、トイレ誘導をしている。頻度、パターンは、チェック表を参考にして誘導している。必要時(便がゆるい時、外出時)は、普通の下着の方でも、パットを使用する。		
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	安全に入浴できるように、必ず介護者をつけているので、職員の数が多い時間帯になってしまう。日中、殆ど午前中に入浴している。希望がある方は、午後入浴も行っている。		
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	夜間よく眠れるように、日中、散歩をして体を動かしたり、会話をしたりする。日中、それぞれに昼寝の時間もとるが、寝すぎてしまわないようにしている。また、昨晚の睡眠状況を職員間で申し送り、日中の対応をしている。		
(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	料理、草取り、洗濯物など、家事を一緒に行っている。家事などで役割を得てもらっている。それ以外は行っていない。		社会的は役割や、楽しみごとを行っていく。
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	お金を持っていないと安心できない方は、財布を所持している。小遣いは、事務所で預かっているが、自分である程度管理している方もいる。買い物の際、自分で支払いをする方もいた。		
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	近所の商店に買い物に出かけたり、毎日の買い物に一緒に行ったり、ドライブ、外食も行っている。月々の行事で、コンサート、観光地などにも出かけている。		
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	図書館、釣り、議会の傍聴など、希望があることはできるだけ行っている。行事外出時は、家族の参加も促し、一緒に行っている。		

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	携帯電話を所持し、電話をかける方、自室に電話を引いている方など要望に応じている。家族から電話がかかる方には、取り次いでいる。年賀状を書いたりもする。		
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	気軽に訪問できるような雰囲気づくりはしているつもりだが、具体的は工夫はない。		
(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	身体拘束を行わない認識を持って介護している。徘徊傾向、落ち着きのない方には、一緒に家事を行ったり、散歩に出かけたりして対応している。また、転倒転落の危険がある方には、椅子の高さ、ベッドの使用を検討したり、車椅子のフットレストを外し動きやすくするなどしている。		
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	必要時以外、鍵はかけていない。玄関にセンサーを設置し、音声で知らせるようにして対応している。職員の人数が少ない朝、夕や、受診に人手が取られている時は施錠するときもある。		
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	居場所の確認はしている。特に外出傾向のある方は注意して見守っている。トイレも時間が長い場合は、心配なので様子を見に行っている。夜間は、0時、3時、5時に巡回して状態を確認している。		
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	刃物は、一日2回本数の確認をしている。異食行為のある方は、いつ、どのような物を食べようとしたか、状態を全職員が把握し、事故を防ぐようにしている。洗剤は、無くなったらだし、必要以外の本数は出さないようにしている。シャンプー等は、使用時以外棚にしまう。漂白剤などは所定の場所にしまうことと決めている。		
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	申し送りや、ヒヤリハット、事故状況を全職員が把握するようにしている。また、会議の際、話し合う。		一人ひとりの防止策をまとめて、気をつけることを、把握しやすくする。誰が見てもすぐに分かるような状態にする。

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	緊急時マニュアルを作成し、使用できるようにしている。		定期的な訓練を行う。職員が事故時に適切に対処ができるかを確認する。
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	年2回、防災訓練を行っている。		
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された対応策を話し合っている	面会時に普段の様子を説明し、リスクについても伝えている。また、毎月、居室担当者が、手紙を書き、家族に送っている。		
(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	状態を見てバイタル測定し、必要時は病院受診をしている。気付いたことは申し送り、速やかに対応できるようにしている。痛み、怪我がある場合は、ヒヤリハット、ケース記録に記入し申し送る。		
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	使用している薬は、ケースファイルに入れ確認できるようにしている。変更、追加、臨時の薬があった場合は、申し送りノートに貼り、全員が把握できるようにしている。		
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	便秘ぎみの方は、乳製品や便秘にいい果物、水分を多くとるなど、自然に排便できるようにしている。下剤、浣腸などを服用している方もいる。5日以上便秘にはならないように気をつけている。		
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、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	毎食後は行っていない。汚れている時はその都度行っている。寝る前は、介助して清潔にするようにする。		

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	病院の管理栄養士の立てた献立を参考にしている。食事摂取量を記録している。尿量が少ないなど、何か異常があった場合は、水分摂取量を測定したり、状況に応じた支援も行っている。		
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)	感染症マニュアルにそって対応する。世間で流行し始めたら、注意を促すよう、プリントを申し送りノートに記載し、全職員が把握する。		
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	食中毒予防マニュアルにそって対応する。一日の使用終了時、フキン、まな板の消毒を行っている。食材は、前日にメニューのぶんを購入するようにしている。		
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	玄関先に椅子を置き、座れるようにしている。緑を植え、花壇で花を育てたり、雰囲気を出している。		
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	季節を感じられるように、少しだがベランダ園芸をしている。		もう少し生活感を出せるように工夫する。
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	食堂以外に、廊下の隅に椅子を設置したり、ソファや畳のスペースで過ごせるようにしている。		

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)
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	家具、荷物の持ち込みは制限せず、生活に慣れてもらうようできるだけ入れてもらうようにしているが、入れている方と入っていない方がいる。		自分らしく生活してもらう為、家具の持ち込みの必要性を、再度家族に説明する。
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	冷暖房は、25度以下、以上にしないと決めている。こまめに換気をしている。掃除中は窓を開けるよう決めている。		
(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	バリアフリーになっている。手すりも設置されており、廊下も広いので、車椅子で自立の方でも殆どぶつからないように移動できる。		
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	各部屋に名札を掛け、また、個々に目印をつけている。他には特に何もしていない。張り紙や矢印は、家庭的とはいえないため行わない。		
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で、活動できるように活かしている	花壇や園芸を行っている。ベランダに洗濯物を干し、とり込みを一緒に行っている。気候がいい時は、ベランダでおやつにしたりしている。		

. 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	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、生き生きと働いている	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。)

入居者一人ひとりの、要望に応じていきます。また、社会性、関係性を大切にしていきます。