

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	○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		
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	○	変更した理念を朝の申し送り(朝礼)時に全員で唱和する。
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	○	変更した理念を「あさぎりの家」だより、家族への手紙で伝えていきたい。
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	○	日常的に散歩を行う。 どうすれば気軽に立ち寄ってもらえるのかの実践を行なう。 (案内を出す等)
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	○	地域活動の情報を集めたり、自治会の会合であさぎりの家を紹介する等積極的に行いたい。

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	・運営推進会議議事録 事業所での認知症ケアの実践状況を報告し、認知症の理解や接し方の啓発に努めている。	○	自治会の会合で事業所を紹介すると共に認知症の理解をして頂ける様説明会を行って行きたい。 地域の人が気軽に相談に訪れることができるような広報活動や雰囲気作りを行いたい。
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	・自己評価票 ・ミニカンファレンス議事録 ・運営者による研修 サービス評価の意義や目的を全職員に伝え、全員で自己評価に取り組めるようにしている。		
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	・運営推進会議議事録 2ヶ月に1回会議を開催し、ホームの活動報告、意見交換を行っている。		
9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	・かわもと”夢と元気”創造プロジェクト資料 かわもと”夢と元気”創造プロジェクト推進委員会に参加し情報を交換している。		
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	・研修報告書 権利擁護に関する制度の研修に参加し、研修結果を職員に伝えている。	○	理解が難しいとの声があるため更に勉強会を開き、制度の説明を行いたい。
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	・研修報告書 ・ミニカンファレンス議事録 ミニカンファレンスを利用し職員に伝え、防止に努めている。 管理者やケアリーダーは職員の相談にのり、ストレスの軽減に努めている。		

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)
4. 理念を実践するための体制				
12	○契約に関する説明と納得 契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	・契約書 ・重要事項説明書 ・退所判定会議録 ・退所マニュアル 利用者の状態変化により契約解除に至る場合は、退所判定会議を行い、対応方針を話し合っている。		
13	○運営に関する利用者意見の反映 利用者が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	・個人ファイル ・連絡帳 ・運営推進会議 利用者の言葉や行動を記録に残し、日々のケアの中で相談している。	○	入居者会議を開催したい。
14	○家族等への報告 事業所での利用者の暮らしぶりや健康状態、金銭管理、職員の異動等について、家族等に定期的及び個々にあわせた報告をしている	・「あざぎりの家」だより ・家族への手紙 ・金銭出納帳 毎月請求書郵送時にあわせて手紙で本人の状況を報告している。		
15	○運営に関する家族等意見の反映 家族等が意見、不満、苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	・アンケート用紙 ・意見箱 玄関に意見箱を設置している。		
16	○運営に関する職員意見の反映 運営者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	・ミーティング議事録 月に1回ミーティングを開催している。 個別面談を行い、職員の意見を聞くようにしている。		
17	○柔軟な対応に向けた勤務調整 利用者や家族の状況の変化、要望に柔軟な対応ができるよう、必要な時間帯に職員を確保するための話し合いや勤務の調整に努めている	・勤務表 管理者はほとんど通常のシフトに入っていない為、利用者の受診等状態変化に応じた柔軟な体制がとれている。	○	夜勤2人体制を検討中である。
18	○職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	法人内で異動は行っていない。 離職防止の為 ①認知症ケアを理解する一研修会の参加希望があれば、原則承認している。 ②公平な勤務配置ー勤務表作成マニュアル ③メンタルヘルス健診の実施ーこころの健診を実施し、職員のストレス度を評価し対応している。		

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)
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	・年間研修計画、実施記録 認知症ケアに必要な様々な知識の修得の機会確保に努めている。	
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	県管理者研修会等への参加をしている。 研修での実習の受入れを受諾している。	○ 来年度から川本町内のグループホームの管理者や職員が交流する機会を持てるような計画を立てている。
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	メンタルヘルス健診の実施	
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	・管理者、運営者ミーティング記録 ミーティング時に勤務状況の報告や職場環境の改善等の相談を受け、必要であれば個人面談している。	
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	・アセスメントシート 事前に必ず面接を行い、本人の状況の把握に努めている。	
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	・アセスメントシート 見学、申し込み時に相談に努めている。	

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)
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	状況を確認しケアマネージャー等と連携しながら、必要に応じて他のサービス機関につなげるように努めている。		
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	・入所時マニュアル ・入所判定会議録 本人、家族への見学をすすめている。 自宅へ面接に伺い、ゆっくり時間をかけて入所となるよう努めている。 入所決定前に入所判定会議を行い、職員からの意見を求めている。	○	短時間でもいいが事業所に定期的に来て馴染みの関係が作られた上で入所になるようデイサービスも検討して行きたい。
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	・アセスメントシート 本人の得意な部分を把握し、主役になれる場面を提供するように心がけている。 人生の先輩であるという意識を持ち、利用者に教えてもらう場面を多くもつように心がけている。	○	料理、園芸、編み物、裁縫、生花など利用者と一緒に今より多く行動していきたい。
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	・家族への手紙 利用者の様子や職員の思いを手紙や電話や面会時に家族に伝えるようにしている。		
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	面会時には居室へ誘導し、家族とともに過ごす時間を大切にして頂いている。 5月、お盆、年末年始にはなるべく外出、外泊、無理なら面会をすすめている。		
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	・アセスメントシート 行きつけのお店、美容院を利用している。		
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	毎日のお茶や食事の時間は職員も一緒に多くの会話をもつようにし、さまざまな活動を通し、利用者同士の関係がうまくいくように調整している。		

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	退所理由が入院であることが多い為、近くの病院に入院された場合は、運営者、又は管理者がお見舞いに伺っている。 他は継続的な関わりを必要とされたケースはない。	○	契約が終了した後も、必要である場合は、継続的な関わりがもてるよう心掛けて行きたい。
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	・アセスメントシート 日々の会話から聞き取るように心掛けている。	○	センター方式の導入を検討している。
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	・アセスメントシート ・個人ファイル 本人、家族、知人等から少しずつ話を聞くように努めている。 家族との面接の中での聞き取りを心掛けている。	○	センター方式の導入を検討している。
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	・個人ファイル ・連絡帳 生活のリズムを把握し、本人の言葉を書き留めるようにしている。	○	センター方式の導入を検討している。
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	・介護計画書 ・個別介護計画書 ・担当者会議録 担当制を導入し、担当を中心に個別介護計画の原案を作成し、それを元にスタッフ全員で話し合っている。	○	家族同席の会議の開催の導入、必要に応じては在宅での様子が見える他事業所との関わりを持って行きたい。
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	・介護計画書 ・個別介護計画書 ・モニタリング用紙 ・担当者会議録 3ヶ月毎にモニタリングを行っているが、それ以外にも利用者の状態変化時に計画の見直しを行っている。		

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)
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	・個人ファイル ・個別介護計画書 ・連絡帳 ・担当者会議録 日々の記録にて情報を共有し計画見直しにつなげている。		更なる情報の共有化の為、わかりやすい情報シートの導入を検討している。
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	多機能性を活かした支援は行っていない。	○	ショートステイ、デイサービス申請検討中。
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	自治会や民生委員へ協力をお願いし、徘徊時の対応などの支援をして頂いている。 音楽療法をしておられるボランティアの方に来ていただいたことがある。	○	今後も継続的にボランティアとの関わりをもちたい。
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	退去時には情報提供書を作成し、状況に応じて他の介護保険サービス等の説明をしている。	○	自治会単位であるミニデイサービスの参加を検討したい。
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員の参加があり、情報交換等協働に努めている。		
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	・在宅療養支援診療所の訪問診療 ・契約書 歯科、眼科等の専門外来はできるだけ本人のかかりつけ医にかかられ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>・在宅療養支援診療所の訪問診療 訪問診療が脳神経内科医であり、認知症についての指示や助言をもらっている。</p>	
45	<p>○看護職との協働</p> <p>利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている</p>	<p>看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。 在宅療養支援診療所の看護師に利用者の健康管理や状態変化について相談している。</p>	
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している</p>	<p>・情報提供書 入院時には本人の支援方法に関する情報を提供している。 関連医療機関のMSWを通じ、入院中の様子等の情報を得、早期退院にむけアプローチしている。</p>	
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している</p>	<p>・重度化対応、終末期ケア対応指針 指針に基づき、家族、主治医、職員等と相談し今後の方針を決めるようにしている。</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>・在宅療養支援診療所の訪問診療 本人、家族の意向を聞き取り、主治医、看護師、職員が連携し支援できるように努めている。</p>	
49	<p>○住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている</p>	<p>・情報提供書 退去時には必ず作成し、これまでの生活が継続できるよう支援している。</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)
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	・個人情報保護指針 ・契約書 ・個人情報保護に関する契約書 ・職員用契約書 日々プライバシーの保護には気を配っている。	
51	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている	・「あざぎりの家」マニュアル 入居者を交えて献立を考えたり、買い物に出かけ自分で決定することができるよう支援している。	
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	・「あざぎりの家」マニュアル 一人一人の体調に配慮しながらその日その時の本人の気持ちを尊重して支援している。	
(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	・「あざぎりの家」マニュアル 衣服の選択は本人にまかせ、できない方は職員と一緒に選ぶことができるよう支援している。 理容、美容は本人の馴染みの店に行ける様努めている。	
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	・「あざぎりの家」マニュアル 献立決め、調理、片付け等職員と一緒にやっている。 季節感を大事にし献立を決めている。	
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	・「あざぎりの家」マニュアル 本人の嗜好を把握し、本人の様子や時間を考えた上で楽しめ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)
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	・バイタルチェック表 ・個人ファイル 一人一人のパターンを把握しトイレ誘導するようにしている。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル 毎日入浴可能であり、一人一人声かけをしている。 入浴を拒む人に対しては、言葉かけや対応の工夫をした入浴支援を試みている。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル ・個人ファイル なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。 夕方から就寝前までをゆったり過ごすようにしている。		
(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	・「あさぎりの家」マニュアル ・個人ファイル 得意なこと、好きなことを把握し、得意分野で力を発揮してもらえるよう支援している。		
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	小遣いが管理できる方は自己管理して頂いている。	○	家族よりお金を預り事業所で管理をしている人でも、自分で払っていただけるような工夫をしていきたい。
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	天候や体調に合わせ、散歩やドライブを楽しめるよう支援している。 2階に居住しており階段がある為、外出には消極的になりがちである。	○	地域の人々の理解と協力を得ていくためにも、外出を積極的に行きたい。
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	・行事計画書 遠くの場所への外出については予め計画を立て、職員の勤務を調整している。家族へも計画の予定を説明し許可を得ている。		

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	入居者が家族への電話を希望された時は、望みがかなえられ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	・「あさぎりの家」マニュアル 面会時間の規制はなく、訪問者の都合のよい時間帯に訪問できるよう配慮している。 お茶等をもてなしゆっくり過ごせる時間を提供している。		
(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	・「あさぎりの家」マニュアル ・ミニカンファレンス議事録 ミニカンファレンスや日々の申し送り時、ケアを振り返り職員間で点検している。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル 日中は自動ロックを解除し、自由に外に出れるようにしている。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル 職員は利用者と同じ空間で記録等の事務作業を行いながら、全員の状況を把握するよう努めている。 3階の居室で過ごす入居者には、時間毎に声をかけている。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル 入居者の状況に合わせて保管している。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル ・ヒヤリハット ・事故緊急時マニュアル ヒヤリハットを回覧し、共有認識を図っている。		

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)
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	・事故緊急マニュアル 入居者一人一人に対し、予測されることは看護師より職員に情報を伝え、対処方法を明確にするようにしている。	○	応急手当の勉強会を行いたい。
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	・防災訓練記録 ・災害マニュアル 定期的に防災訓練を行っている。 自治会の防災訓練に参加している。	○	自治会において自主防災組織を作る案がある。当ホームも組織に加わって活動していきたい。
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	入居時家族に自由な外出、役割活動を理解してもらい、それに伴うリスクの説明を行っている。		
(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	・「あさぎりの家」マニュアル ・個人ファイル 少しでも体調の変化が見られた時はバイタルチェックを行い、記録に残すとともに管理者に報告している。状況に応じ、訪問診療、受診できる体制を整えている。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル ・個人ファイル 処方箋、薬効を個人ファイルに綴じて、薬は事務所のお薬カレンダーにて管理している。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル ・バイタルチェック表 緩下剤は個人の状態にあわせ調節している。 食事、水分摂取の工夫に努め、適度な活動を設けるようにしている。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル 毎食後声かけし行っている。 夕食後入歯洗浄液につけている。		

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)
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	・バイタルチェック表 ・献立表 一人一人の嗜好、摂取量を把握している。 関連法人の管理栄養士のチェックを受けている。		
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)	・感染マニュアル 感染マニュアルを作成し予防、早期対応に努めている。 ノロウイルス対策としてペーパータオルを使用している。		
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	・衛生マニュアル 定期的に消毒、食材の点検をし、毎日買い物に行き新鮮な食材を購入している。		
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	・看板 建物がわかりにくいいため、入り口と玄関に手作りの看板を掲げ分かりやすいように工夫している。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル ホール続きに台所があり、生活感を感じることができる。 テレビの音量も大きすぎないように調節している。		
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	・ソファ ・談話室 ホールにソファを置き、利用者同士でくつろげるスペースとなっている。 3階に談話室を設け、必要に応じ使用してもらっている。		

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)
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	居室に使い慣れた家具や日用品を持ち込んでもらい、本人の自由な空間としている。		
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	・「あさぎりの家」マニュアル ・温度計 ・湿度計 一定時間にホールの換気を行い、冷暖房は温度、湿度計を見ながら調節している。		
(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	廊下、トイレ、浴室、階段の手すりにより、安全確保と自立への配慮をしている。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	・「あさぎりの家」マニュアル 個々の部屋の入り口に手作りのネームプレートをかけて分かり易い工夫をしている。 毎食後ホールを掃除し、誤認となる物をチェックし、気づいた時点で対処している。		
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	・畑 ・プランター 玄関に草花を植えた鉢やプランターを飾ったり、建物の周囲に畑のスペースを確保し、楽しみながら活動できるようにしている。		

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		①大いに増えている
		○	②少しずつ増えている
			③あまり増えていない
			④全くいない
98	職員は、生き生きと働いている	○	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。)

看護師の配置、および神経内科専門医を主治医とする在宅療養支援診療所との連携があり、特に医療面において24時間365日の安心を提供している。担当制、個別援助計画を積極的に取り入れ、その人らしい生活ができるよう、個々に合わせたケアが展開できるよう取り組んでいる。家族の方との連絡を密に取り、現状報告や希望などを取り入れるよう積極的に行っている。レクリエーションコーディネーターの資格を持つ職員を中心に個別レクや集団レクを定期的に導入し、余暇の充実を図っている。