

自 己 評 價 票

ユニット 2

【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一つです。
- 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、アンケート調査等による利用者からの声の反映、等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。

【自己評価の実施方法】

- 運営者（法人代表者等）の責任の下に、管理者が従業者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、改善すべき点等の特記事項についても、別途（任意様式）を作成してください。
- 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書、又は、その家族に交付する重要事項証明書に添付の上、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て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。

地域密着型サービスの自己評価項目の構成

	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

記入年月日	平成 20 年 7 月 8 日
法 人 名	(株) ティー・エッチ・アイ
代表者名	今泉 末雄
事業所番号	2771200306
サービスの種類	認知症対応型共同生活介護
事業所の名称	グループホーム なぎさ
ユニット名	2階
所 在 地	泉南郡岬町淡輪4658-1
記入者名	渡鍋 宏史
電話番号	072(488)2555

自 己 評 価 票

ユニット 2階

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）	<input type="radio"/> 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="radio"/> 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	精神的な安定はもちろん、医療的なニーズが高齢者であるが故に多い 岬町は内科系の病院がなく他市への入院・通院といった環境の変化は精神的な安定を損ねるものもあるため、医療機能を充実したホームであることを謳っている	
2	<input type="radio"/> 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	見えやすい場所に理念を掲示し、意識付けを図っている	
3	<input type="radio"/> 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理念を、家族や地域の人々に理解してもらえるよう取り組んでいる	家族向けの行事の際、地域密着型サービスの趣旨を説明した 地域には家族会や校区福祉委員会の見学を促し、地域への開放に取り組んでいる	
2 地域との支えあい			
4	<input type="radio"/> 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	デイケア・診療所と接していることで、ホーム近くの高齢者・住民となじみになっている方もいる 特にデイケアとは日常的に交流があるため、相互に訪問しあうことが多い	
5	<input type="radio"/> 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	幼稚園・小学校の行事にはお招きいただき参加している また公民館での舞踊や作品の発表会にも可能な方は出掛け、地域の方と接している	
6	<input type="radio"/> 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	町唯一のグループホームであるため認知症介護についてデイケアやクリニックの患者(利用者) 家族から相談を受けることがあり、ホームでの日常的な介護から助言している	
3 理念を実践するための制度の理解と活用			
7	<input type="radio"/> 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	評価の準備・結果はスタッフで共有し、指摘を受けた点については改善に取り組んでいる	
8	<input type="radio"/> 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。	これまで、ひやりハッピ・事故・メニュー等について報告を行い、参加者から意見を求めた 特に事故・ヒヤリハッピについては情報公開の観点からも行政・住民にオープンにする場としている	
9	<input type="radio"/> 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、市町村と共にサービスの質の向上に取り組んでいる	地域密着型の趣旨からほとんどが岬町の被保険者であり、また認定調査も町職員がされているため毎月町の調査員の訪問を受けている その際町職員の方からしばしば助言をいただいている	
10	<input type="radio"/> 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	計画作成担当者がその機会を持ち、町地域包括支援センターの社会福祉士とのパイプを作っている また地域権利擁護事業は町社会福祉協議会の指導を受けながら活用していた	

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）	<input checked="" type="checkbox"/> 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）
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注意を払い、防止に努めている。	金銭的虐待を経て入居になったケースがあり、保護実施機関との連携で解決したケースがあった。		
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・納得を得ている	入居前に十分時間をとって説明を行っている		
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	通常のスタッフとは別に社会福祉士の訪問を不定期に受け、スタッフとの間に入りて聴き取り等声の集約に活かしている		
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、家族等に定期的に、及び、個々にあわせた報告をしている	毎月「便り」を発行し、個々の状態について報告している		
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。	意見箱を設置し、要望・苦情を聞く体制を備えている		
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	職員会議の前に議題・提案の受付を行い、また職員会議時においても提案の受付を行い、意見の集約に努めている		
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	入浴や受診はホームからスタッフが離れることがあるので、クリニックやデイケアのスタッフに送迎を依頼することがある		
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、利用者のダメージを防ぐ配慮をしている	職員の定着のために介護スタッフを常勤化し、パートを極力雇用していない退職者に代わる新しいスタッフはいきなりシフトで独り立ちするのではなく、これまでの馴染みのスタッフと一緒に当面働くことで、利用者へのダメージを少なくしている		
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	外部研修に出かける機会がほとんどなかったが、今年になって隣の阪南市で行われる研修会には参加させた	<input checked="" type="checkbox"/> 印	参加した事のない職員にも外部研修の機会を設けること
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	計画作成担当者は地域の事業者との窓口になっていて、連携づくりのために訪問や勉強会に参加している		

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）	<input type="radio"/> 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）
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	通院介助・受診援助・特浴への送迎については、ホームのスタッフだけでは介護力が低下する事により事故の懸念があるため、クリニックの医療法人に対して協力を依頼し、ホームスタッフがホーム内の介護に専念できるようにしている		
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くように努めている	介護福祉士の資格取得を支援し、受験予定者に対して、勉強会を毎週行ってきた。昨年は3名の合格をみ、今年も3名が受験する。職員の定着と共に、自信を持って介護に取り組めるよう支援している		

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。	利用希望の相談があってから入居までに、アセスメントも兼ねて情報収集を行っている		
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。	家庭での状況を聞きとることは、サービスを提供を行ううえで必要であり、時間をかけて行っている		
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	施設ということで緊急避難的な利用相談もあるが、グループホームの趣旨・対象にならない方の利用相談であった場合、他施設等を紹介することもある		
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、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、場の雰囲気に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	体験利用を行った後、本人・家族の意向、ホーム側の判断の上で、サービスを開始している。必要に応じて体験利用を2～3回する場合もあるが、双方納得の上でのサービス開始（契約）としている		

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	家事等を共同で行うので、居室ではなく日中はフロアで過ごしてもらっている。利用者共同での作業を通じて分担や協力といった関係が生まれている		
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	入居後も家族との関係は必要であり衣服の入れ替え、外出外泊、と引き続き家族としての役割を果たしてもらっている	<input type="radio"/>	「地域密着型」になってから町内の利用者の割合が増えてきているが、面会にここ数年まったくみえないケースもあり、面会やホーム行事参加を積極的に促していく
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	入居直前の家族関係は疲弊しているケースも多いが、個人情報にも留意しながら支持関係の維持に努めている		
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う、支援に努めている	家族はもとより、地域の友人・親戚の方の訪問・面会をすすめている		

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）
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	狭いユニットの中では良好な関係ばかりではなく、輪に入れない利用者もいる。各自の適性を考えた上で役割を用意し、関係づくりに努めている		
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	病状等を理由に退居になったのちも介護について相談に来られる方もあり対応している		

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	日常のやりとりや行動から利用者の意向の把握に努めている	
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	入居前に生活歴や直前までの保健福祉サービスの利用状況を聴き取り把握している	
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	一日の生活の流れや、入居直前のホーム入居に至った要因等を家族から聴き取っている	

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	各利用者には担当者をスタッフから配し、家族との連絡調整の窓口としている。家族等の要望は管理者・計画作成担当者に報告され介護計画に反映するようにしている	
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た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	介護計画に定められた期間に応じて見直す一方、入退院後や能力の明らかな減少が生じた場合は見直しを行っている	
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	個々の詳しい記録に努め、特に夜間は1時間おきの巡回の経過を書いている。そうした記録から必要に応じ計画の見直しをしている	

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	単身者の場合、公的機関での手続き相談や商店への買物もスタッフが行っている	
---	--------------------------------------	--

4 本人がよりよ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	在宅時民生委員・校区福祉委員・校区社会福祉協議会の支援のあつた利用者には引き続き地域の方に精神的な支援をお願いしている	
--	---	--

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）	<input type="radio"/> 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）
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	軽快し居宅に戻ったケースは少ないが、重度化し特養・特定施設でのサービス利用となった場合、相手のケアマネジャーに情報提供を行いサービス利用を支援している		「要支援1」認定により居宅に戻る見込みのケースがあり、居宅での生活がスムーズにいくように他機関との調整を行っている
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	経済的虐待で権利擁護に共に動いたケースもあった。日頃から地域で暮らす認知症高齢者について相談を受ける地域包括支援センターの職員の日常的な訪問を受けている		
43 ○かかりつけ医の受診支援 本人及び家族の希望を大切にし、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	協力医療機関には日常的にかかりつけ医として毎週訪問診療を受け、また時間外・休日には同一法人の別の有床診療所にて時間外診療や緊急入院の受け入れをお願いしている		
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	協力医療機関には神経内科医が非常勤で診療しており、認知症診断や周辺症状への対応で助言を受けている		
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	ホームにも看護職員を配しているが協力医療機関の看護師には訪問診療時も含め日常的に支援を受けている		
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	内科疾患については協力医療機関で入院が出来るため、病状によっては出来るだけ早く退院させてもらい、「在宅」医療に切り替えてもらうように努めている		
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	嚥下困難で経口摂取が出来なくなった場合、今後の対応について家族との話し合いを主治医を交え行っている。終末期の利用については利用を想定していない		
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	在宅酸素・透析を要する方については、協力医療機関の協力の下受け入れを行った。糖尿病や肝硬変・腎不全の方に対する食事療法や水分制限についても取り組んできた。これ以上の医療行為についてはホームでは出来ないが、協力医療機関に「入院」で引き継いでいる		
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	トイレや居室の場所がわからなくなることが多いので、目印等をつける対応をしている	<input type="radio"/> 印	部屋がわかりにくい、迷うといったケースについては、その都度その方に応じた「わかりやすい表示」を考えていきたい

([] 部分は外部評価との共通項目)

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)	<input type="radio"/> 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	個々の利用者の尊厳に配慮した対応をしている	○ 面会者の中に利用者を嘲笑するような言葉かけがあり、「家族の問題」として対応して来なかつたが、今後は一緒に考える場を持ちたい
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している	自分の思いがなかなか言葉にならない方については、その気持ちを引き出せ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し、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	入浴・受診・食事以外の日課は自由である 手芸や工芸等趣味のある方もいるが、多くの方は希望が引き出せていない	○ 入居前に聞いていた趣味は、加齢と共に根気がなくなり変化していることが多い 本人が楽しめることを他の入居者の趣味から見つけていきたい
(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	カットは月1回行っている 毛染めの希望者には美容院に送迎している	
54	○食事を楽しむことのできる支援 食時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	配達された食材(魚・野菜・肉・乾物)の仕分け・切りわけ、片付けは一部の利用者にもお手伝いをいただいている 調理そのものについては職員のみで行っている	
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	飲み物については対応している アルコールについては精神症状を伴う依存癖の方を受け入れて以来提供をやめている たばこは嗜好の方がなく提供していない	
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、一人一人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	下着にパットを併用したり、そのパットも夜間のみにしたりと、常時使用しなくともいい方については、トイレで排泄できるように声かけ・誘導をし支援している	
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	希望の時間での入浴は行っていない	
58	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣や、その時々の状況に応じて、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	離床をすすめる一方、疲れやすい方については、居室での昼寝の声かけを行っている	
(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	折り紙やモールを用いた飾り物、手芸、カラオケ等の趣味に集中してもらったり、床拭きや花の水やりといった役割をお願いしている	○ 帰宅願望等の不穏状態が時折出る方もあり、その方に応じた役割を探していきたい

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）
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	被害妄想の強い方が多く、金銭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	散歩については天候と利用者の状態を見て数人ずつ行っている 個別の希望には帰宅願望・徘徊への対応もあり添えていない		
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	家族との外出は積極的に勧め、受診・入浴等の時間に配慮している ホームとしては排尿の間隔や座位保持が出来ない利用者もいるため、「個別」の外出には応じていない		
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、手紙のやりとりができるように、支援している	電話の希望には応じている 手紙を出すことはなかったが、要望があれば対応できる	○	電話をかけている間はスタッフが傍らについているが、プライバシーに配慮するような工夫が出来ないものかと思われる
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に工夫している	面会時間を定めているが、面会者は各居室で過ごしていただき、湯茶の用意を行っている		

(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	他に方法がなく止むを得ない場合を除き、原則として行っていない		
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	玄関については鍵をかけ、2階のユニットの入り口には階段があり転落の危険もあるため常時施錠している		
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、通して利用者の存在や、様子を把握し、安全に配慮している	居室のドアについては閉め切ってしまっている方についても、定時の巡回や必要に応じて外から開けて様子を観察するようにしている		
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	針・鋏・カミソリ等の持ち込みもあるが、安全に対応できる方についてはすべてではなく一部のみを管理してもらっている		
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	ひやりハツとの記録はもとより、その記録の回覧、年次ごとに統計的にまとめている		
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	日常的にはホームの看護職員が個々の利用者への対応について介護職員に指示している 緊急時は隣接している診療所、夜間・休日は同一法人の有床診療所の指示を受ける体制になっている	○	初期対応の仕方について学習する機会を設けてていきたい

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）	<input checked="" type="checkbox"/> 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)
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	地震・火災時は隣接している診療所の駐車場に避難場所を定め、避難時の搬送についても診療所・ディケア共同して対応することになっている		
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した対応策を話し合っている	個別の起こりうるリスク(転倒・転落・誤嚥・便秘及び腸閉塞・低血糖発作等)については、主治医の診断と日頃の本人の状況から伝えている。症状に伴っての生活制限(食事内容・水分量・糖分量・運動量)も極力少なくできる方法を主治医と相談している		

(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	日常的に隣接している診療所に連絡・指示を受けるようにしている夜間・休日も同一法人の有床診療所の当直医に指示を受ける体制となっている		
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	調剤薬局から提供されている薬剤情報を各利用者のカルテに綴り、いつでも最新の投薬内容・用量について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	便秘への対応については協力医療機関の医師の指示を受けて対応している。日常的には水分摂取を働きかけ、便秘薬の投与・浣腸を看護職員が医師と相談して行っている		
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、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	毎食後うがい・歯磨きを位置づけている。また毎週歯科医・歯科衛生士の訪問があり、必要に応じて口腔ケアを行っている		
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	量についてはこれまでの習慣もありそれらを尊重しつつ、また病状等による制限もあればそれも加えて個々に対応している		
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 (インフルエンザ疾患、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	ノロウイルスについては予防マニュアルを整備し実行してきた。肝炎等については協力医療機関の医師の指示を(入浴・洗濯等)受けている		
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	食材は週2回業者からの配達を受けている。生もの・生水は提供しない。台所も包丁等は安全な場所に保管している		

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	玄関は道路から見えにくく、地域の方にはわかりにくい。玄関には段差がなく、靴を履き替えやすいようにベンチを置き、車椅子の移乗やタイヤの消毒ができるスペースを確保している		
--	---	--	--

([] 部分は外部評価との共通項目)

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）
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、生活感や季節感を探り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	圧迫感もなく不快な音のない静かな環境にある 季節感を持ってもらうために居間の壁面には利用者が一緒に作った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	共用空間には特にスペースは設けられていない		
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	私物の持込は自由にしているので、自宅から愛用のものを持ち込まれている方もいる		
84 ○換気・空調の配慮 気になるにおいや、空気の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・居間には空調があり、状況に応じて調整している		

(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	建物内は段差がなく、手すりもつけ安全に配慮している	
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	自分の居室の場所や居間の座る場所がわからない利用者に対して、わかるような表示を行っている	
87 ○建物の外廻りや、空間の活用 建物の外廻りや、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	2階の利用者も時に1階に降りてきて外回りのプランターの花をみて寛がれている	

V 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	<input type="radio"/>	① ほぼすべての利用者の 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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、姿が見られる	<input type="radio"/>	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 ほとんどない
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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 ほとんどない
94	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている	<input type="radio"/>	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る。	<input type="radio"/>	① ほぼすべての家族と 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
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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	① 大いに増えている ② 少しづつ増えている ③ あまり増えていない ④ 全くいない
98	職員は、活き活きと働けている	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	① ほぼ全ての家族が 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。)

医療機関が併設されていることで、病状の変化に対しても対応が出来ることをご家族からも期待され、ホームとしても取り組んできた。これまで在宅酸素・インシュリン自己注射・人工透析・点滴を要する方にも対応してきた。認知症があり医療也要するといった認知症高齢者がなかなか居住系の施設で生活できなかつたが、岬町唯一の地域密着型サービス施設としても関連機関の協力を受けながらも地道に実践していきたい