

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 21 年 9 月 7 日 |
| 法人名 | 株式会社ティー・エッチ・アイ |
| 代表者名 | 今泉 末雄 |
| 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 |
| 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 | 池 俊哉 |
| 電話番号 | 0 7 2 (4 8 8) 2 5 5 5 |

自己評価票

(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) |
|-----------------------------|---|--------|----------------------------------|
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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人として、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 | ○ | 今年から取り組んでいる |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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。 | | |
| 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、市町村と共にサービスの質の向上に取り組んでいる | | |
| 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 | | |

(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) |
|----|--|---------------------------------|--------|----------------------------------|
| 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。 | 職員が虐待について学ぶ機会を持っていなかった | ○ | 職員が学ぶ機会を、もっと取っていきたい |

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 | 契約前に体験入居をしてもらうようにして、利用者や家族の不安を取り除き、同意のもとで契約を結んでいる | | |
| 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 | 管理者や計画作成担当者は、利用者へホームでの不満がないかを聞く機会を作るようにしている。そして、利用者間の対応やスタッフの業務態度の改善などに努めている | | |
| 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、及び、個々にあわせた報告をしている | 健康状態に関しては、随時、家族と連絡をとるよう心掛けている。他にも暮らしぶりを知ってもらう為にも、毎月「便り」を発行している | | |
| 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。 | 意見箱や家族会を設け、要望・苦情を聞く体制を整えている | | |
| 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 | 職員会議やリーダー会議を定期的に行き、職員の提案や要望を聞く体制を取っている | | |
| 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 | 利用者の体調の急変などに対応できるように、管理者、計画作成担当者、看護職員が、休日をできるだけ同じ日に取らないよう調整している | | |
| 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 | 離職を抑えるためスタッフを常勤化し、仕事に責任を持ってもらうようにしている。退職者が出る場合も、退職日より数週間前に新しいスタッフを採用し、引き継ぎをしっかりとってもらうようにしている | | |

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 | 計画作成担当者から資料を配布してもらい、勉強する機会を設けている。他にも、法人内の他施設からスタッフの研修の受け入れを行っている | | |
| 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 | 計画作成担当者は同業者との意見交換や相談の窓口になっており、現在、他のスタッフも事業所を訪問し、ホームの現状などを報告してネットワークづくりをしている | | |

(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) |
|-----|---|--------|----------------------------------|
| 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 | | |
| 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 | | |

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。 | 体験入居で来られた時や、入居してすぐの間は、出来るだけ管理者、計画作成担当者、看護職員、リーダーが、本人と話す時間を作り信頼関係を築く努力をしている | |
| 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。 | 見学や体験入居に来て頂いた際に、管理者、計画作成担当者、看護職員が十分に時間を取って、家族の悩みや要求を聴くようにしている | |
| 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 | グループホームの対象にならない、家族の要望がグループホームでないと判断した際は、他施設の紹介を行っている | |
| 26 | ○ 馴染みながらのサービス利用 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 | 体験入居を1日もしくは2日して頂き、本人の状況や、他の利用者との関わりなどをみて、管理者、スタッフで判断し利用を開始している | |

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、談話を一緒にして頂く事で、スタッフの知らない事を教えてもらったり、新しい情報は、スタッフから提供するなどの関係を築いている | |
| 28 | ○ 本人と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 | 入居後も衣替えや外出・外泊はなるべく家族に任せている。ホーム側も普段の様子を写真に残してホーム内に展示したり、各利用者に担当者を定め、家族と密な関係を築くよう努めている | |
| 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 | 入居前の家族との関係を十分理解し、面会時に職員が間に入ったり、本人の状況に合わせた訪問などをしてもらうよう支援している | |
| 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う、支援に努めている | 地元の利用者が多いので、なるべく多く訪問する機会を作ってもらえるように、家族や友人に勧めている | |

(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 | 色塗りの好きな利用者が数人いて、利用者同士で教えあいながら色塗りなどされている | | |
| 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された方も、介護についての相談に来られる場合対応している。他の施設へ入所された方にも、職員が面会に行ったりして関係を継続している | | |

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 | 個人の能力や暮らし方を考え、一人の時間も大事にしている | | |
| 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 | スタッフがコミュニケーションをとる為に利用者の過去の情報は不可欠なので、入居前や入居後に、本人、家族から情報を取り入れるよう努めている | | |
| 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 | 一人ひとりの状況は毎日記録し、毎日の変化を職員が共有するよう努めている | | |

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 | 各担当者が本人、家族がより良い暮らしになるために話し合い、計画作成担当者に報告し、介護計画に反映させている | | |
| 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 | 介護計画の期間に応じて見直しを行うが、本人の状態の変化により、スタッフ、計画作成担当者が相談し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 | 個人の状況は詳しく記録用紙に記入し、夜間も1時間毎に巡回を行い、その記録を記している。その情報を計画に反映させている | | |

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 | 家族の状況を考慮し、単身者の場合、買い物などを職員が行っている。家族が高齢の場合も、こちらから出向いて相談に乗ったりするケースもある | | |
|----|--|--|--|--|

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 | 在宅時に支援を受けていた方については、引き続き支援して頂くようお願いしている | | |
|----|--|--|--|--|

(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) | ○ 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 | 居宅へ戻られるかたが殆ど居られないので、特養や老健施設、病院などと連携し、他のサービス利用を支援している | | |
| 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 | 以前は協働したケースもあった。現在でも協働する機会はないが、地域包括支援センター職員の訪問があり、連携はとれている | | |
| 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 | 協力医療機関には毎週訪問診療を受け、時間外・休日には同一法人内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 | 協力医療機関の医師には、いつでも職員からの相談に乗ってもらえる体制にあり、入居者の診断や治療に支援を受けている | | |
| 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 | ホームで看護職員を配しており、毎日利用者の状況を把握するようにしている。また協力医療機関の看護師にも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、利用者の状況が常時把握できるように連携を取っている。そして早く退院させ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 | 本人の状態を見て、嚥下困難や共同生活に無理が生じた場合の対応について、家族、医師を交えて話しあっている | | |
| 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 | 糖尿病や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出来ないのので、主治医と相談し、協力医療機関に入院という形で引き継いでいる | | |
| 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 | 施設を替わられる場合、施設関係者や家族を交えて、利用者の状態や服薬などの情報交換を行った上で、退居して頂いている | | |

(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) |
|-----|---------------------------------|--------|----------------------------------|
|-----|---------------------------------|--------|----------------------------------|

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 | <p>○ 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</p> | <p>面会者に、他の利用者への言葉かけをしてもらうよう心掛けている。職員も誇りを傷つけないような対応を心掛けている</p> | ○ | <p>もう少し利用者への言葉使いや、職員間の私語に気を付けたい</p> |
| 51 | <p>○ 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</p> | <p>自分から言葉に表しにくい方については、表情や行動で察し、職員が希望や要望を聞きだして対応するよう努めている</p> | | |
| 52 | <p>○ 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</p> | <p>一人ひとりペースが違うので、食事、入浴、受診以外は自由に過ごしてもらっている。本人の状態を見て、散歩などにも連れて行く</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

| | | | | |
|----|---|---|--|--|
| 53 | <p>○ 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</p> | <p>カットは月1回来て頂いている。毛染めは家族に送迎してもらっている</p> | | |
| 54 | <p>○ 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている</p> | <p>配達された食材を包装してもらったり、野菜の皮むきなどの調理前の準備は手伝ってもらっている。調理はスタッフのみでおこなっている</p> | | |
| 55 | <p>○ 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</p> | <p>季節感が出るように果物をおやつにしたり、飲み物も個々に対応している。アルコール、たばこに関しては、現在、嗜好する方が無く提供していない</p> | | |
| 56 | <p>○ 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に支援している</p> | <p>毎日排泄のチェックを行い個人のパターンを把握し、トイレで排せつできるよう声掛けをし、誘導を行っている</p> | | |
| 57 | <p>○ 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</p> | <p>希望の時間での入浴は行えていない。しかし、入浴の順番が気になる利用者も居るので、随時、変更して希望に沿うかたちをとっている</p> | | |
| 58 | <p>○ 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</p> | <p>昼夜逆転しないよう心掛けて休息してもらっている。その一方、外出や行事があったときなどは疲れやすいので、早めに就寝してもらうようにしている</p> | | |

(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 | <p>○ 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</p> | <p>女性しか居ないので、裁縫や歌や塗り絵などが好きな人が多い。利用者自身の趣味で気晴らしをしてもらっている</p> | | |
|----|--|--|--|--|

(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 | | |
| 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 | | |
| 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 | ○ | 全員での外出以外に、個別での外出の機会も設けていきたい |
| 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 | | |
| 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 | | |

(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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |
| 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 | | |

(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) |
|----|---|--|--------|----------------------------------|
| 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回の避難訓練を行い、隣接している診療所の駐車場に避難する方法を身に付けている。避難時は、診療所・デイケアの職員も共同して対応する | | |
| 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 | 個別に起こりうるリスクについては、主治医の診断とともに家族に報告している。制限の少ない暮らしができるよう、主治医と職員で話し合い対応している | | |

(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 | 毎日の体温、血圧、排泄のチェックなどで体調の変化を早期に発見できるようにしている。もし、異変があった場合、すぐに隣接している診療所で指示をもらう | | |
| 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 | 薬剤情報を各利用者のカルテに挟んでいる。更新される度に職員はそれを見て、内容、用量を確認するように努めている | | |
| 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 | 水分摂取を促し、自然に排便があるように心掛けているが、便秘が続くようであれば協力医療機関の医師の指示を受けている。便秘薬の投与についても、看護職員が医師と相談し行っている | | |
| 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、うがい・歯磨きをしている。夕食後は入れ歯を預かり、洗浄液に浸けている。また、毎週、歯科医の往診がありケアを行ってもらっている | | |
| 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 | 食べる量は、家族からの情報も参考に一人ひとり変えている。水分量に関しては脱水症状の防止や排泄の促進のため、出来るだけ全員同じ量を飲んでもらうようにしている | | |
| 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) | ノロウイルスについては、予防マニュアルを作成し実行してきた。他の感染症についても、協力医療機関の医師の指示を受けるようにしている | | |
| 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 | 食材は、週2回業者から配達してもらっている。食中毒予防のため生もの・生水は提供していない。調理用具も湯せんなどで衛生管理をしている | | |

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 | 玄関は少し道路からは見えにくい。しかし、玄関までは段差がなく、玄関にはベンチを設置し、靴の履きかえや、面会者との談話のスペースになっている | | |
|----|---|---|--|--|

(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、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 窓や壁に季節ごとの貼り絵を、利用者と一緒に作って貼っている | | |
| 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 | 共用空間にソファを置き、利用者同士で会話したりテレビを見るスペースにしている | | |
| 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 | 居室には家から私物の持ち込みも許可しており、趣味のモノを持ち込んだり、写真を貼っている利用者もいる | | |
| 84 | ○ 換気・空調の配慮 気になるにおいや、空気のだよみがないう換気に努め、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 | 居室に空気清浄機とエアコンを設置し、職員が温度や湿度を定期的に確認し、温度調節をしている | | |

(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、廊下・トイレなど利用者の使用するところに手すりを付けている | | |
| 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 | 各居室に手作りの表札を吊るしたり、机に自分の名前を書き、座る場所がすぐわかるようにしている | | |
| 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 | 小さなスペースだが利用者が楽しめるように、利用者と一緒に野菜や花を育てている。野菜は収穫も手伝ってもらっている | ○ | 2階からは花を見下ろして見ることしかできない構造になっているので、2階部分にも利用者が見て楽しめるものを設置したい |

| 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 | ○ | ① ほぼすべての利用者の 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、姿が見られる | ○ | 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 | ○ | 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、生き活きと働けている | ○ | 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下さい)

グループホーム なぎさ は、医療機関との連携の強さに力を入れている。利用者の急変時にも的確な指示をいただけたり、感染症の対策などにも助言をもらったりしている。その点で職員も利用者の家族も安心できる事業所である。