

# 自己評価票

自己評価は全部で100項目あります。

これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。

項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目の や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したのものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

## 地域密着型サービスの自己評価項目構成

|                                | 項目数 |
|--------------------------------|-----|
| ・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   |
| ・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   |
| ・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  |
| ・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   |
| ・サービスの成果に関する項目                 | 13  |
| 合計                             | 100 |

## 記入方法

### [取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

### [取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に をつけます。

### [取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

### [特に力を入れている点・アピールしたい点] (アウトカム項目の後にある欄です)

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ます。

## 用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

## 評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目( 1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目( 88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

|                 |                   |
|-----------------|-------------------|
| 事業所名            | グループホームサンハイツ青山    |
| (ユニット名)         | 3丁目               |
| 所在地<br>(県・市町村名) | 長崎県長崎市青山町2-36     |
| 記入者名<br>(管理者)   | 今村 有里 (管理者 三岳 美喜) |
| 記入日             | 平成19年11月19日       |

# 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<br>(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<br>(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                  | <p>地域密着型サービスとしての理念</p> <p>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</p>      |       | <p>運営推進会議でホームのことを話している。地域でのバザー参加。利用者と地域の買い物に行く。地域の人に挨拶している。理念をホーム内に掲げているがサンハイツ全体の理念のように覚えていない。</p> | <p>もっと利用者と地域に出る回数を増やしたい。出勤時に壁に貼ってある紙(理念)に目を通していきたい。</p>                 |
| 2                  | <p>理念の共有と日々の取り組み</p> <p>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</p>                         |       | <p>力量としては不足しているが日々取り組んでいるつもりである。今は自らが考え色々なことに挑戦しているのではなく上司に言われることが多い。理念をホーム内の壁に貼っている。</p>          | <p>これからもそれぞれが理念に向って自ら考え行動できるようになりたい。朝礼の理念の唱和で頭に入ったのでできるときは唱和していきたい。</p> |
| 3                  | <p>家族や地域への理念の浸透</p> <p>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</p> |       | <p>理念を元にケアプランを作りケアに取り組んでと思う。ひまわり通信の発行や運営推進会議をしている。</p>   | <p>実際に利用者と地域の方が話をする場をもっと持ちたい。(地域の方がホームに遊びに来るなど)</p>                     |
| <b>2. 地域との支えあい</b> |   |       |  |   |
| 4                  | <p>隣近所とのつきあい</p> <p>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</p> |       | <p>地域のスーパー(ほぼ毎日利用)や美容室を利用し、顔なじみになっている。近所の方とあったときには立ち止まって笑顔で挨拶をする。</p>                              | <p>ホームに気軽に立ち寄ってもらえることがあまりないので立ち寄ってもらえるように何かをしたい。</p>                    |
| 5                  | <p>地域とのつきあい</p> <p>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</p>   |       | <p>自治会のバザーへの参加。運営推進会議をしている。また、週に1度近所の公園清掃をしている。</p>  |   |

| 項目                    |  | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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                  | 運営推進会議をひらいている。地域の公園の清掃、共用型デイサービス。   |     | 地域の方々に呼びかけ、介護予防や認知症予防など、学習会を開く予定である。                            |
| 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<br>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                           | 結果より過程を大事にして、長い計画のもと全員で取り組んでいる。実践されていない問題点は会議などで話し合い、改善に努めている。この活動を通じてケアの質が上がることを全員楽しみにしている。                      |     |   |
| 8                     | 運営推進会議を活かした取り組み<br>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           | ひまわり通信の配布。利用者の様子、写真のスライド上映。話の内容を記録し向上に活かす。  |     | 管理者、リーダーだけでなく職員も一緒に参加するともっと良いものになると思う。                          |
| 9                     | 市町村との連携<br>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                            | 何かわからないことがある時は、電話ですませず、できるだけ顔を見てお話しするように心がけた。今年は福祉事務所の方と蜜に連絡を取る機会があり、グループホームの実践も見に来てくださり大変嬉しかった。                  |     | 今のところ、連携には至っていない。こちらの一方的な働きかけであるが、これを続けていくことから何か生まれてくるのでは思っている。 |
| 10                    | 権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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 | 言葉だけは聞いたことがあるが勉強不足で内容を正しくは把握できていない。まだまだそこまでのレベルに達していないのが現状である。  |     | 研修会、講義など学べる場に積極的に参加していく。  |
| 11                    | 虐待の防止の徹底<br>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            | 虐待はないと思っているので学んでいない。ホーム内での虐待は決してあってはならない。個人の生きる権利を尊重し私達は出来ないことを少しお手伝いしているだけということを常に頭において自由に生活していただいている。学ぶ機会がなかった。 |     | 不快知識はなく、何となく虐待はいけない事と分かっているがどこまでがいけないことかしっかりと理解していきたい。(言葉の虐待など) |

| 項目              |  | 取り組みの事実<br>(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<br>(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              | <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>管理者が行なっている。他施設への体験宿泊や共用型デイサービスの利用者のショートステイ利用など。家族に連絡をとり納得のいくように説明している。</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>認知症があるのでなかなか聞くのが難しい。</p>   |     | 話を聞いて理解に努めたい。                                   |
| 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>1か月に1度手紙で利用者の近況を家族に伝える。何か変化がある時は小さなことでも電話で伝える。家族が来所されたときには利用者の近況などを話し、お茶も出す。金銭管理はできている。</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>機会は設けていないが言いやすい環境だと思う。ケアプランに一言あったり口頭で伝えてる家族もいる。意見、不満、苦情がでた場合は管理者、他職員へ報告しあい改善している。</p>                      |     | 家族会やアンケートを実施する。家族がこられた時は積極的に声かけをして意見などを聞くようにする。 |
| 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>月に1回のユニット会議、2週間に1回の事例検討、随時のリーダー会議、毎日の朝の申し送り、1年2回の個人面接などを使って意見や提案を聞く工夫をしている。昼休みもできるだけ一緒に過ごし様々な意見を聞いている。</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>事例検討やユニット会議などをして利用者や家族のことを考えながら話をしている。病院受診など職員が手薄にならないよう休憩時間や出勤時間を調整している。</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>馴染みの関係のある職員にしか対応できない利用者もいる。異動では職員にも一部の利用者にもダメージがあると感じる。ユニット間の異動は少人数1～2人にしている。</p>                          |     | 利用者にとってを見極め次の異動を考える。                            |

| 項目                        | 取り組みの事実<br>(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<br>(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                        | <b>職員を育てる取り組み</b><br>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           | 内外の研修には積極的に参加できる体制にあるし、よく参加している。研修後は報告を文書で出すようになっているし、必要な場合は発表の機会もある。                  | 新人育成のカリキュラムをしっかり立て直す。   |
| 20                        | <b>同業者との交流を通じた向上</b><br>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 | 長崎市認知症グループホーム協議会に加盟し、理事として、また企画委員会として積極的に交流を行い、研修や企画に参加したりサービスの質の向上のため取り組みをしている。       | 事例発表など特に力を入れて取り組んでいく予定である。また、近隣のグループホームなどは、バザーなど共に取り組んでいく予定である。 |
| 21                        | <b>職員のストレス軽減に向けた取り組み</b><br>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                                    | 話を聞いてくれる。飲み会もある。有休などでゆっくり休んでもらうようにするので取り組んでいると思う。ストレスがたまって自己軽減している。レクリエーションが少ない。       |   |
| 22                        | <b>向上心を持って働き続けるための取り組み</b><br>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                        | 介護福祉士の受験の職員に問題を配布したり答えあわせをしてくれ活気と向上につながる。  |   |
| <b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>  |   |  |   |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応 |   |  |   |
| 23                        | <b>初期に築く本人との信頼関係</b><br>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             | 面談ではまず本人の意見を聞き、また必要であれば、いきなり入所ではなく通いから始めて慣れていただくとか、工夫している。拒否が強い場合は、まず信頼関係を築くことから始めている。 |   |
| 24                        | <b>初期に築く家族との信頼関係</b><br>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                  | よく相談にのるよう努めている。必ずしも利用に至らなくても、(満床だったり、もう少し在宅で頑張ってみようとなったり)それで終了ではなく、気軽に相談にのれるよう努めている。   |   |

| 項目                        |   | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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                               | 努めている。例えば、おお入所希望の方でも、もう少し在宅で可能では(本人自身も家族も)・そのほうがその方に必要と判断した場合は、本人・家族・介護支援専門員と十分話し合い通いのサービスをすすめた。  |     |  |
| 26                        | 馴染みながらのサービス利用<br>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 | 共用デイサービスやショートステイを利用させていただきながら徐々に慣れて頂いたり、いきなり入所ではなく、通いから始めて徐々に入居に変えた例もある。今は、サービスをすぐ開始せず、毎日ご自宅にお伺いし顔なじみになろうと挑戦している方もいる。                               |     | 入居希望の方で、人のお世話がとても好きなことから、まず家事のボランティアをやって頂き、顔なじみになってもらおうという案も出てきた。  |
| 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<br>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                       | 利用者から三味線や歌を習ったり饅頭作りを教えてもらったりしている。一日1人に集中してしまうときがあるが、個人を尊重し向き合うようにしている。決して介護する側が上に立つことのないよう、不満があるようならそのままにせず話をする。一緒に喜怒哀楽を共にしている。                     |     | 個別援助でケアと関係を深めていければと思う。職員の中には、「どうしても解らないことが多く、受け流してしまうことがある」「あまり自分が表情を出すことが苦手なので利用者と思いきり笑ったりして意思を伝える努力をする。」という決意表明もあった。 |
| 28                        | 本人を共に支えあう家族との関係<br>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                                 | ホームでの利用者の状況を家族に話しているが話す時間が足りない。家族が来所したら利用者と家族に交じって小さな出来事でも話をする。昔の話や現在の話を交えて関わり方を話あっている。   |     | 必ず家族の意見を尊重する。  |
| 29                        | 本人と家族のよりよい関係に向けた支援<br>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                                     | 利用者の家族の方が来られた時などは会話をよくして良い関係ができてきていると思う。異動してきて間もない職員は家族関係を把握してなかったりする。  |     | 家族が安心して利用していただけるよう、これは大丈夫だからと思わず少しのことでも蜜に連絡を取り合い信頼していただくよう努める。   |
| 30                        | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                                       | 利用者の友達や同級生が来所したり電話したりしている。近所の方との馴染の関係もできてきている。家族構成などを紙に書いてなるべく利用者が忘れることのないよう紙を見せている。  |     | 家系図を一緒に書く。昔の情報を聞き利用者と話をするときに取り入れていく。   |
| 31                        | 利用者同士の関係の支援<br>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                                      | どうしても仲がうまくいかない利用者同士は座る場所を変えたり間に職員がはいったりする。他利用者から理解されず孤立している利用者もいる。利用者が気になる他利用者がどんな人が紹介して理解を深める。難聴の方には職員がついて他入居者の話を伝える。座る位置や車に乗るときの位置をさりげなく考え支援している。 |     | 利用者同士ぶつかり合う前に支援する。居室からあまり出てこられない方はそのままにしないで気配りをする。利用者同士の誤解(氏が氏を怖いと思っている)を解けるよう間に入ってみる。                                 |

| 項目                                |  | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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                      | ホーム内から入院となり退所となった方のお見舞いに行ったりしている。  |     |   |
| <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> |  |  |     |   |
| 1. 一人ひとりの把握                       |  |  |     |   |
| 33                                | 思いや意向の把握<br>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  | 認知症のため本人の希望を聞きだすのが難しい場合もあるが利用者本位に考えてモニタリングや事例検討を行って職員同士の意見も聞いている。職員がよかれと思ってることでも本人にとっては嫌な場合もあるのではないかと思うときもある。利用者に尋ねることも忘れない。                               |     | 難しいことだが本当に利用者にとっていいものか常に考えモニタリングしていく。毎日のケアの中で利用者を知る努力をする。どうしても職員の都合でケアをしてしまう事があるので面倒臭いと思わず個人の意思を尊重して話を聴く姿勢作る。 |
| 34                                | これまでの暮らしの把握<br>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                                    | まだ勉強不足ではあるが生活歴の把握に努め会話の中での材料にしている。新人職員は先輩職員に聞いたり、資料を見て知る努力はしている。利用者との会話の中から昔のことを聞いたときはケース記録に書き情報を共有している。また、アルバムなどを一緒に見て話をする。家族にも話を聞いている。見逃していることもあるかもしれない。 |     | もっと情報収集をする。   |
| 35                                | 暮らしの現状の把握<br>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  | 利用者のレベルに合わせて家事をしていただいたり、状態に合わせて仮眠をとっていただいたりしている。普段の行動や言動に気をつけ気になることがあれば解決に努める(落ち着きがなくなる 脱水の可能性 水分補給など)一人の方に集中してしまうことがある。変化があれば申し送りやケースで伝えている。              |     | 一日中居室で過ごす利用者もいるのでベランダで日光を浴びるなどすすめてみたい。利用者9人を見る努力をする。利用者一人ひとりの生活習慣を把握する。                                       |
| 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<br>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     | モニタリング、事例検討などで職員間での話し合いは定期的に行っている。普段のモニタリングでは家族の意見を聞く機会が少ないがターミナルを迎える方に関しては家族、主治医と話し合いをして意見を介護計画に反映している。ケアプランは家族に読んでいただき要望を書いていただく。ケアマネなどに話を聞く機会もある。       |     | モニタリングのときに家族も参加していただきたい。利用者がより良く暮らせるために日々の観察も怠らずケースに記録したい。  |
| 37                                | 現状に即した介護計画の見直し<br>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 | ケアプラン見直し時期には事例検討やユニット会議などで事例検討を行う。3か月に1度のモニタリングは少し遅れることがある。  |     | モニタリングを少しでも遅れずにするよう努める。   |

| 項目                          |   | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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    | 日々、時間に追われ気付きや新しい発見など職員同士で伝え合いケアプランの見直しに活かしている。時々発見や情報をケースに記録しないまま日がたってしまうことがある。  |     | ケアプランに基づいたケース記録の記入。記録が欠けている部分は改善し気付きや必要なケアを記入する。  |
| 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<br>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              | 共用デイやショートステイなどグループホームらしく家庭的な雰囲気支援している。   |     |   |
| 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<br>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             | ボランティアの受け入れ、中学生の職場体験の受け入れを行っている。   |     |   |
| 41                          | 他のサービスの活用支援<br>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  | 本人、家族の希望によりケアマネとも話し合い利用者がもっと向上できるようグループホームから有料老人ホームへ入所した利用者がいる。共用デイの利用者のショート利用など。  |     |   |
| 42                          | 地域包括支援センターとの協働<br>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 | 地域包括支援センター・ご家族・ケアマネジャーが相談しながら、連絡を取り合い、共用デイサービスが行なわれるようになった。  |     | 地域支援ネットワーク会議を開催し、参加する予定。  |
| 43                          | かかりつけ医の受診支援<br>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 | 提携病院に定期的に往診に来ていただいているので希望を聞いて移行する。入所前からかかりつけ医がいて利用者や家族の希望がある場合は継続する。認知症があるため提携病院以外の初診時は症状を病院側に話しておく。職員は毎回前もって気になる方の情報は文書にまとめ、かかりつけ医がわかりやすいように支援している。 |     | 予約しているにもかかわらず1～2時間待って受診になるところがあるので利用者に合わせた対応を少しでも求めたい。利用者の心身の状態を把握し変化を見逃さず必要だと判断した場合は受診を支援している。 |

| 項目 |  | 取り組みの事実<br>(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<br>(すでに取り組んでいることも含む)    |
|----|--|--|-----|-------------------------------------|
| 44 | 認知症の専門医等の受診支援<br>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  | 提携病院は認知症専門医ではないが理解はあると思う。  |     | 医師だけに頼らず認知症に関する勉強をもっとする。            |
| 45 | 看護職との協働<br>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   | 専属の看護師がいていつでも連絡がとれるようになっており相談したりでき日ごろの利用者の健康状態も把握しており主治医にも伝えている。往診にくる看護師も話しやすく分からないことを聞ける。   |     |                                     |
| 46 | 早期退院に向けた医療機関との協働<br>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                      | 利用者の入院中お見舞いに行ったり必要なものは持って行ったり家族とれんらくを取って状況を把握している。主治医や看護師に状況を聞き必要であれば利用者の暮らしなどについて話す。  |     | 早期に退院して戻って来れるようにするにはどうしたらいいのか考える。   |
| 47 | 重度化や終末期に向けた方針の共有<br>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                                   | 終末期を迎える前に早い段階で家族と話しあっておく(救急車は呼ぶか、連絡先など)話し合った内容はケアプランに記載し職員で共有している。提携病院連携して毎日点滴に来てもらったり往診にも来ていただいている。現在1名のターミナルケアを行っているが家族の希望により医療連携のもと、離床や入浴も行ってなっている。 |     |                                     |
| 48 | 重度化や終末期に向けたチームでの支援<br>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 | ターミナルを迎えた利用者に対し、家族の希望(普通の生活を送ってほしい)と医療連携(点滴、往診など)のもと、離床や入浴を行っている。  |     | ターミナルを迎えられた利用者に対してもっと何ができるか考えていきたい。 |
| 49 | 住み替え時の協働によるダメージの防止<br>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                      | 話し合いを設ける前に家族の意向で別の施設へ移ったこともあったが共用デイなどから入所へつなげるなどダメージを軽減する努力もしている。  |     |                                     |

| 項目                            | 取り組みの事実<br>(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<br>(すでに取り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日々の支援</b>  |  |  |   |
| 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</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>                     | <p>利用者個々人にあわせた言葉かけトーンで対応しているが言葉が馴れ合いになっていることもある。職員によって対応が違うことがあるので発見もあり足りない部分もある。記録を見たときは必ずファイルに閉じ元の棚になおしている。</p>  | <p>排泄などプライバシーに関することは誰もいないところで話す。常に利用者は人生の先輩であることを念頭におき言葉遣いに気をつける。</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> | <p>選んでいただいたり自己決定をレベルに合わせていただいている。能力に応じて職員が決めたりもする。利用者個々人に合った言葉かけをしている。訴えが合った時は真剣に話を聞く。出来ることはすぐに対応するが無理な場合は本人が納得するよう伝えている。</p>  | <p>中途半端な答をしない。どうしても解らないときは周りの職員に聞いたりして少しでも理解に努める。利用者ができるだけ希望する時間帯に入浴できるようにしたい。自己決定をしやすいような内容をもっと考えていきたい。</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>食事の時など食べたくない場合は休んで時間をずらして食べたりしている。居室からあまり出てこない利用者や関わりが難しい利用者に対しどのように対応したらいいのか分からなくなる時がある。見守りが必要な利用者にはばかり目がいき日中長い時間座って過ごす利用者もいる。1人1人のペースで行なっているが全ての希望に応えるのは困難。</p> | <p>職員同士の連携をうまくして見守りが必要な利用者以外の方とも関わる時間を作る。時間を気にせず対応したい。今、利用者が何を望んでいるのか考えて行動する。</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</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>できる方には洋服を選んでいただく。起床してから洗顔や髪の手入れをしている。爪などは入浴後や気づいたときに整えている。近所の美容室を利用している。訪問カットを利用していたこともあったが美容室まで行けるので改善された。時々、髪がボサボサだったり洋服がシワシワだったりする。</p>                        | <p>髪がボサボサ、洋服がシワシワの状態を家族がみたら、外部の方が見たらどうか考える。美容室では洗髪をしないので値段が少し高くないか？昔馴染みの美容室など家族に聞いて行ってみると利用者も喜ぶのではないか？洋服など一緒に買いに行きたい。</p> |
| 54                            | <p>食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>           | <p>利用者の嗜好品を把握しておりなるべく食卓に取り入れるようにしている。季節のものを取り入れている。できるかぎり利用者と野菜を切ったり食器を洗ったり拭いたりご飯やお茶をついたり味見もしている。材料買いには毎日利用者で行っている。メニューを考える時に何が食べたいかも聞く。</p>                         | <p>この方はできないと決め付けずにはできることはないかと考えていきたい。嗜好品をもっと知りたい。</p>   |
| 55                            | <p>本人の嗜好の支援</p> <p>本人が望むお酒、飲み物、おやつ等、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>飲み物の嗜好品も色々飲んでもらいながら探す。糖尿病の方には塩分控えめ、便秘の方には豆乳や寒天入りのものなど考えている。ピザを頼んだりパンを買いに行ったりしてる利用者もいる。</p>  | <p>一緒におやつ作りをしたい。(自分が作った物は特別美味しく感じられるのではないか?)利用者だけで作っていただきたい。「美味しい!」と思っていただけるよう料理の勉強もしたい。</p>                              |

| 項目                            |   | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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         | 紙パンツから布パンツへ変えたりしている。排泄チェック表に排泄時間を記録し時間が開いた場合は誘導しているが失禁があったりもする。利用者が恥ずかしくないようトイレにカーテンをつけ配慮している。夜間は失禁が気になるが眠りの妨げにならないよう声かけする。                                    |     | 排泄をパットに頼っているところもあるのでパットがなくてもできるよう支援したい。                                |
| 57                            | 入浴を楽しむことができる支援<br>曜日や時間帯を職員の都合で決めず、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         | 入浴の声かけをするが入りたくないときは無理強いせず時間をおいたり翌日入浴していただく。職員も一緒に入ったりする。拒否があるかたはどんなときに入りたくなるのか聞いたり考えたりする(散歩の後に入るなど)介助が特別必要な方は職員サイドで支援している。季節浴をしている。表情や体の調子を見て疲れない入浴をしていただいている。 |     | 希望があれば夜間入浴もしたい。できるだけ希望に合わせたい。  |
| 58                            | 安眠や休息の支援<br>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                     | 不安や混乱がある方はそばに寄り添ったり見守ったりしてゆっくりと対応する。眠れない方はリビングでテレビを観てすごしていただくなど配慮している。日中昼寝をされる方もいる。体調を見て職員で昼寝をすすめることもある。   |     | 夜間にゆっくり眠れるよう日中の支援もしていきたい(運動、昼寝など)掛け布団や室温の調整に気をつける。汗をかいていないかなど体を触ってみる。  |
| (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<br>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  | 毎日同じ生活にならないように外出やレクなどで変化をつけている。利用者ができることは一緒にして必ず感謝の言葉を言うようにしている。楽しみごと気晴らしの支援が少し足りないように思う。利用者の得意なもの(俳句、唄など)を引き出すようにしている。職員が利用者に相談事をしてアドバイスをもらったりしている。           |     | 職員の自己満足で終わらず利用者が達成感を得られるような支援をしたい。                                     |
| 60                            | お金の所持や使うことの支援<br>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  | お金を出す機会が少ないが希望があれば利用者にお金を渡し見守りのもと買い物をしている。ホーム内で職員が売店を開き簡単な値段(100円)で買い物ができるようにしている。   |     | 毎日行くスーパーではついで払っているのでお金を払う機会が少ない。財布からお金を出すよう心がける。                       |
| 61                            | 日常的な外出支援<br>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                     | 買い物や散歩などできるだけ外出支援をしているが外に「行きたくない」方の対応はどうしたらいいのか悩む。認知症であるため希望を聞くのが難しい。他のユニットに遊びに行ったりもする。  |     | 外出する方が偏ってしまうので気をつける。利用者の希望はなかなか聞けないが家族に昔はどこによく行っていたかなどを聞いてみる。          |
| 62                            | 普段行けない場所への外出支援<br>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 | 週に1度外出はしている。利用者が遠出して体力が持つか心配な部分もある。  |     | 年に1、2回でも家族と出かけてはどうか？(温泉旅行など)春、秋などはお弁当を持って外で食べるのも利用者喜んでいただけるのではないかなと思う。 |

| 項目             |  | 取り組みの事実<br>(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<br>(すでに取り組んでいることも含む)                         |
|----------------|--|---|-----|--|
| 63             | 電話や手紙の支援<br>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                                  | 回数は少ないが家族と話したいと訴えがあれば電話をかけた。字が書ける方は手紙(年賀状)を書いていただいている。  |     |  |
| 64             | 家族や馴染みの人の訪問支援<br>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                   | 気軽に訪問できる雰囲気はある。訪問されたときには明るく挨拶をしてお茶を出しリビングや居室でくつろいでいただけるようにする。時には職員も会話に入ることもある。  |     | 言葉遣いには注意して不快感を与えないように配慮する。利用者を安心して任せられるとさせていただけるように対応する。 |
| (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<br>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 | 「何処に行くのですか？」など職員の何気ない一言がスピーチロックになっているかもしれない。動かない椅子に対してこれに座っていただくのは拘束か？と考えながらすごしている。   |     | 言葉を考えながら言う。  |
| 66             | 鍵をかけないケアの実践<br>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                  | 玄関は18時以降にしか閉めない。倉庫など利用者が危険と判断した場合にのみ閉めるがすぐにあける。   |     |  |
| 67             | 利用者の安全確認<br>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                           | 在人数を把握し、どこにいるのか何をしているのかを職員同士連携し、把握しているが何かに気をとられ一瞬どこに行ったか分からなくなってしまうときがある。   |     | 何があっても動揺せず9人の所在について把握しておきたい。                             |
| 68             | 注意の必要な物品の保管・管理<br>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                     | 人が歩くところには物はおかないように心がけ、はさみなどの危険なものは元の位置に戻すようにしている。はさみなど利用者が使う場合にはさりげなく見守っている。居室で転倒しないよう家具などで通路を狭くしたり畳を敷いたりしている。                            |     |  |
| 69             | 事故防止のための取り組み<br>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                  | 事故防止のため、見守りや本人の能力に合った調理、薬の管理など、ルールを決めて実践している。昨年の外部評価で指摘された「ひやりはっと」であるが、少しずつ取り組んではいるが、「危険なのでその行為はやめてもらった」式のかえってケアは水準を落としてしまうのでは・というものもあった。 |     | ヒヤリハットをもう少し強化し、「ひやりはっと」が書ける、つまり気づくことができる職員を育てる。          |

| 項 目                       |   | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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                 | 研修を受けに行っているが教科書上の勉強で実際の緊急時に対処できるか不安。長崎市消防局の普通救命講習を受講。   |      | いつ何が起こるか分からないので応急手当などの研修はこれからも参加したい。何度も訓練を受けて自然に対処できるようになりたい。ホーム内での勉強会もしたい。 |
| 71                        | 災害対策<br>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   | 避難訓練を定期的に行っている。(警報も鳴らし、利用者や近所の方にも参加していただいた)消防隊の指導の避難訓練にも全員参加している。                               |      | より地域との連携を深め、緊急時の連絡網に近隣の方が加わって頂けるよう働きかけている。                                  |
| 72                        | リスク対応に関する家族等との話し合い<br>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 | 主治医から受けた指示については家族に報告している。転倒するからと言ってむやみに座ってもらったりはしていない。  |      | 転倒や誤嚥のリスクについてもっと家族に伝える。家族と意見が大きく食い違うときには話し合いを設ける。                           |
| (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<br>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           | 表情や言動を見ていつもと違うなと感じたら職員間で話し管理者、看護師、主治医に報告する。緊急と判断したらまず救急車を呼びバイタルチェックと必要な方への連絡をする。詳しい内容をケースに記入する。 |      | ケースへの記入が遅くなってしまうので気をつける。  |
| 74                        | 服薬支援<br>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       | 作用、副作用について理解しているものもあるが新しく処方された薬について知る努力をおこたっている。  |      | 薬の内容をしっかりと理解する。   |
| 75                        | 便秘の予防と対応<br>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         | 排便チェックをして三日以上出でない人は気がける。食生活に気をつけ食物繊維の多いもの豆乳などを摂っていただく。水分もチェックして少ない方にはすすめる。                      |      | 全体的に運動不足なので少し歩くことからでも始めたい。  |
| 76                        | 口腔内の清潔保持<br>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                   | 毎食後必要だと思う方(誤嚥する可能性がある)には毎食後、それ以外の方には夜しっかりと磨いていただくがいつも。入れ歯をはめたままだと窒息する危険性があるので外していただく。           |      |   |

| 項目                      |  | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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                                   | 食欲がない方や体重が減少している方には高カロリーのものや栄養補助食品を摂っていただいている。毎日ケースに食べた量と水分量を記入している。咀嚼が困難な方には刻み食を作っている。  |     | 利用者全員が水分1300cc摂れるように努める。食欲がない方に対する支援をもっと考えたい。                          |
| 78                      | 感染症予防<br>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)   | マニュアルがあるが意識していないことが多い。普段の生活のなかで雑菌消毒に気を配り布巾やまな板など台所用品は消毒し、トイレの清潔も心がけている。  |     | 冷蔵庫の中も消毒したい。賞味期限が過ぎた食品が入っていないように気をつける。                                 |
| 79                      | 食材の管理<br>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  | 台所用品の殺菌消毒を行う。冷蔵庫の中のものを早めを使い切り常に新しい食材を使い調理している。買い物には毎日でかけ新しい食材を購入している。  |     | 賞味期限を確認し調理する。布巾がボロボロなので取り替える。  |
| 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<br>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                              | 玄関にはできるだけ花を飾っている。花壇やプランターに花を絶やさず植えている。デッキチェアを玄関前におき利用者の日向ぼっこや近所の方が座れるようにしている。掃除をまめにするように心がける。  |     | 季節の花をフロアに飾る。掃除は朝、夕だけでなく気付いたときにする。                                      |
| 81                      | 居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 掃除はしているつもりだが行き届いていないところがあり埃があったり椅子や座布団が臭うときがある。玄関の電灯がついてないことがあったり必要ないところの電気がついていたりする。道端の花などを利用者で摘んでフロアに飾ったりしている。共有するフロアはソファをおいて広い空間になっておやつを楽しめる。 |     | 隅々まで掃除が行き届いていないところがあるのでできがけて掃除する。利用者にとって落ち着ける空間であるかを常に考え家具の配置などを変えてみる。 |
| 82                      | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                              | 利用者が一人になりたいときには居室や狭い空間へと移動したり気が合わない利用者同士は別々のところに座っていたりする。食卓をはさんでリビングを2つ作り少し離れた和室にも自由にいけるようにしている。   |     | 趣味ができるような場所を作りたい。利用者がくつろげる空間を追求していきたい。                                 |

| 項目                      |   | 取り組みの事実<br>(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<br>(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<br>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 | ベッドとタンスは備え付けのものがあるが自宅にある馴染みのものは持ってきていただいている。家族と相談し、物や配置も考えている。   |     | もう少し整理整頓が必要。明るく入りやすい部屋にする。入居前に自宅の部屋の様子を写真に取ったり図に描いたりしてできるだけ再現したい。         |
| 84                      | 換気・空調の配慮<br>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       | 食事の間など居室の換気はしているが窓を開けているのに換気扇が回っていたりする。空調と外の温度差があまりないように気をつけている(夏冷房28度冬暖房23度)季節に応じて布団の調節に気をつける。夜間は巡回し汗をかいて風邪を引かないよう気をつける。入浴時は空調を活用して浴室との温度差をなくす。 |     |   |
| (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<br>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                | トイレやリビングにも手すりがついており歩行を助ける。カーペットなどに躓かないようテープを貼っている。家具などで通路の幅を短めにして転倒防止に努める。車椅子は通りやすくなっている。床が滑りやすいところもある。  |     |   |
| 86                      | わかる力を活かした環境づくり<br>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                          | トイレ、お風呂、個人の居室に表札など工夫がしてあり利用者も分かりやすくなっている。できるかどうか？と支援し、混乱させてしまうことがある。失敗に対して職員は大きな気持ちでいる。  |     |   |
| 87                      | 建物の外周りや空間の活用<br>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                                  | ベランダにはプランターがあり野菜を植えているが利用者として育てて感がない。物干し竿が長すぎて狭くなっている。   |     | 四季折々の花があると素敵だと思う。植木鉢をおくのもいいと思う。利用者と一緒に水やりなどをしてほしい。ベランダを工夫してもっと活用できるようにする。 |

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                      | 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 | 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            |  |

3丁目では、個々人に合ったケアをしており、それぞれが自分らしく生活されていらっしゃると思います。昼・夕食前には必ず一緒に買い物に行ったりと、地域に毎日出ています。また、排泄、水分補給(1日1300cc以上)にも力を入れていて、必ず記録に残しながら、入居者の健康管理に配慮しています。振り分けたわけではないのですが、3丁目は比較的認知症の重い方が多くいらっしゃいます。しかし、それでもその方一人ひとりの思いや能力を大事にして、できるだけその方らしい生活を支援しています。ついこの間、開設当初から入居されていた方をグループホームのターミナルケアで送らせていただきました。沢山の事をその方から教えていただきました。