

# 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ⅡやⅢ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        |
|--------------------------------------|------------|
| <b>I. 理念に基づく運営</b>                   | <b>22</b>  |
| 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          |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>         | <b>10</b>  |
| 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          |
| <b>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</b> | <b>17</b>  |
| 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         |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>     | <b>38</b>  |
| 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          |
| <b>V. サービスの成果に関する項目</b>              | <b>13</b>  |
| <b>合計</b>                            | <b>100</b> |

## ○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(No.1からNo.87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(No.88からNo.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            | あったかさん        |
| (ユニット名)         |               |
| 所在地<br>(県・市町村名) | 千葉県野田市上花輪588  |
| 記入者名<br>(管理者)   | 高梨 順子         |
| 記入日             | 平成 20年 7月 10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>I. 理念に基づく運営</b> |  |   |                                  |   |
| 1. 理念と共有           |  |   |                                  |   |
| 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>      | 創立時からのグループホームの理念を忘れず、地域の中で生きつづける入居者さんを支援してゆきたい。           | ○                                | 地域の中で生きつづけるため、各方面に積極的にアプローチしてゆきたいと思う。(各行事の参加やボランティアを含め) |
| 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>                         | 理念にもとづいた利用者さんの生活にスタッフは心をくわいているが、細かい点の話し合いも続けている。          | ○                                | スタッフのカンファレンス等でも細かい介護計画に上り、理念の再確認をしてゆきたいと思う。             |
| 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> | 理念の浸透にはとにかく多くの方に(高齢者も子供も)見ていただくことだと、家族をはじめ、その時々の方を歓迎している。 | ○                                | イベントがある時はご近所さん参加。(8月は多古町福祉研修 同月、新任教師研修あり)               |
| 2. 地域との支えあい        |  |   |                                  |   |
| 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> | 隣近所の協力体制には感謝の他ない。日常のお互いの声かけや非常時の声かけなどふつうのとなり組としてつきあっている。  | ○                                | 今年は、恒例のご近所感謝デイが秋になった。(いつものつつじの季節に病人が出ていたため)             |
| 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>   | 元々の地域のかかわりを保持しているためそこにあつたかさんの入居者さん達がふえたという、地元とのかかわり方である。  | ○                                | 地区社協の会などには、今まで呼んでもらっていたが、お手伝いのメンバーとして参加できる人がいると思う。      |

| 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)                       |
|-----------------------|---|---|------|--|
| 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                  | 毎年ご近所感謝デ이의売上げの一部を社会福祉事業所や知的障害者のグループ等に寄付したり、行事に参加したりしている。(町内の高齢者の介護の相談が多い) | ○    | 野田市予防介護ボランティアの会は、高齢者を元気に地域で支えようという団体。積極的に参加している(H18創立) |
| 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                           | 評価の結果をふまえて、介護方法あるいは記録の仕方などを改善。<br>少しずつ無駄のない、有効な介護にとりくんでいる                 | ○    | 家族会はじめ運営推進会議、スタッフカンファレンスなどでも、評価の問題点を細かく話し合い実践してゆきたい。   |
| 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           | 現在は、まだまだ運営推進会議の骨格をつくりあげているところ。年中行事のお手伝いにも参加していただきながらあつたかさんの現状をみていただいている。  | ○    | 運営推進会議のメンバーをふやしてゆきたい(地区社協、老人会、町内会、相談員など)               |
| 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                            | おかげさまで市、および事業者会議の皆さんには、日ごろより細かい御指導をいただいている。(福祉機器展などの参加も 野田市の方で計画して下さっている) | ○    | 事業者会議としての研修、あるいは施設部分としての交流会など積極的に参加してゆきたい。             |
| 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 | だんだんと これらの制度を必要とする人がふえてきている。入居時にもこれらの制度について説明して利用の必要があれば活用してゆく。           | ○    | 現在も後見人制度の利用について相談している人がいる。<br>(後見人制度も実績が上がってきたので)      |
| 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            | 虐待は考えられないが、ことばによる静止命令的なものや、会話の内容から、批判口調になってはいないか注意している。                   | ○    | 虐待についてスタッフ全員研修して、無意識の虐待などに目をむけていきたい。(現場で注意、話し合いも必要)    |

| 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              | ○契約に関する説明と納得<br>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                                 | 利用者さん(本人とそのご家族)には、入居前に、これからどのようにして支えてゆくことになるのかを充分説明している。                     | ○ 契約の他、その方の状況にあわせてその都度、覚書等で対処している。  |
| 13              | ○運営に関する利用者意見の反映<br>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                                | 利用者の意見や苦情など、極力耳をかたむけているが、それを表すことのできない人も多い。                                   | ○ 不満や苦情をその人の行動や表情からくみとれる介護力の研鑽又、気楽に苦しめられる雰囲気作り                            |
| 14              | ○家族等への報告<br>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                              | 月一度の報告書(介護計画、一ヶ月のバイタルの推移表など)や、月刊の新聞などで報告している。                                |   |
| 15              | ○運営に関する家族等意見の反映<br>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                                | ご家族の来訪時の他、電話での報告などで希望や苦情などをうかがいそれを共有して改善努力している。                              |   |
| 16              | ○運営に関する職員意見の反映<br>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  | カンファレンス等での意見交換、あるいは日々の介護現場での提案には、極力耳を傾けている。                                  | ○ 職員の意見をひとつにまとめてゆくことは、むずかしい作業だが、理念にそった介護になるよう努力したい。                       |
| 17              | ○柔軟な対応に向けた勤務調整<br>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                      | シフトの変更はその都度、利用者の状況にあわせて行うため、スタッフの理解の上で調整することができ感謝している。                       |   |
| 18              | ○職員の異動等による影響への配慮<br>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 | スタッフの異動は少ない方だと思う。<br>運営者スタッフは3人固定しているので 他のスタッフとも介護を共有して 誰かがいないので不安、ということは少い。 | ○ 依存性の強い人、不安の強い人には入居当初、逆に「なじみのスタッフ」をつくることがあるが、なれていくうちにそのスタッフがいなくても大丈夫になる。 |

| 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>5. 人材の育成と支援</b>               |   |   |   |
| 19                               | ○職員を育てる取り組み<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           | まず「あったかさ」介護現場での修練に重点をおくが、本人の希望に応じて種々の資格取得にも協力している。        | ○ 「認知症の研修」に力を入れたい。                                |
| 20                               | ○同業者との交流を通じた向上<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 | 野田市事業者会議やグループホーム協会の交流研修などに参加して、他施設の介護現場へ行って勉強してもらっている。    | ○ 今年はGH協会東葛支部の研修が未定なので、スタッフ交流の機会を多くもちたいと思う。       |
| 21                               | ○職員のストレス軽減に向けた取り組み<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                                    | 職員のストレス軽減には、まず話し合いの場をふやすことと考えている。(日々の会話の中で)               | ○ 管理者が中心になって、体力的ストレスや人的ストレス解消に努力している。             |
| 22                               | ○向上心を持って働き続けるための取り組み<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                        | 個々の職員は常勤、パートを問わず常に向上心をもって取り組んでくれている。運営者も常に向上心を失っていない。     | ○ 自分の考えに、耳を傾けてくれるかどうか、向上心につながると思うので、そういう場をもち続けたい。 |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>     |   |   |   |
| <b>1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応</b> |   |   |   |
| 23                               | ○初期に築く本人との信頼関係<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             | 入居前後の聞きとり、家庭訪問、おためし入居に時間をかけ、本人の入居意志が固まってくるのを待ってから入居してもらう。 |   |
| 24                               | ○初期に築く家族との信頼関係<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                  | ご家族の介護負担をよく聞き、それを代わって行う基盤を築き、あずけても良いという気持ちをたしかにさせていただく。   |   |

| 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)               |
|----------------------------------|--|--|------|--|
| 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                               | まず、その方に今のような支援が必要なのかをご家族と共に考える(各種サービスの紹介を含めて。)                   | ○    | 事業者同志の連絡をふまえてスタッフが訪問し、その方に一番ふさわしい場所を探している。     |
| 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 | 入所前後には 特にご家族の協力をお願いしている。家庭訪問やおためしの他、初期の家族来訪のタイミングも相談しながらお願いしている。 | ○    | 他の入居者、スタッフの中に早くなじみの人ができるよう、初期の努力を重視している。       |
| <b>2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援</b> |  |  |      |  |
| 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                       | スタッフは日々の生活を共にし、入居者さんを支えながらも、逆にいやされる関係にあることを知っている。                |      |  |
| 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                                 | 入居時に特にご家族にお願いすることは、「スタッフとご家族みんなで入居者さんを支えていきましょう」という事です。          | ○    | ご家族と本人、あるいはスタッフとの間の信頼関係を共に過ごす時間の中からつくりあげてゆきたい。 |
| 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                                     | よりよい関係の継続と共に、良くなかった関係を良い関係に復活させることも 陰ながら支援している。                  | ○    | 介入できる範囲での、家族関係の構築に努力したい。                       |
| 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                                       | ご本人をとりまく方達の来訪をすすめ あるいはこちらから来訪して、旧交をあたためてもらっている。                  | ○    | ご家族以外の方達との交流にも、積極的にアプローチしていいかご家族の了解をえている       |
| 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利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている                                       | せまい空間の中での入居者さん同志の関係をスタッフがコントロールすることもある                           |      |  |

| 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                      | どちらに移動されても極力関係をたちきらないようにしている。入院、転居後も相談されることが多い。     | ○    | 入院、転居してからも まだあったかさんに居ると思っている人のために1日1回の訪問が必要なこともある。      |
| <b>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</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  | ひとりひとりの想いは、日々の会話の中から把握するようにし、その希望が生かせるよう介入している。     | ○    | 自分で表現できない人からのアプローチをみのがさない。(時間をかけて傾聴し把握する)               |
| 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                                    | これまでの暮らしの把握は、入所後も本人やご家族から聞きとりし、それを共有している(連絡ノートにて)   | ○    | まだ介護サービスをうけていない人の把握に 在宅の方達の記録をしていこうというとりくみがある。          |
| 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  | その方の「介護計画」が中心だが その日その日の変化も把握して、スタッフが共有している。         | ○    | 申し送りは細かすぎない位に行い、日々の変化を検討し、スタッフ間の話し合いでその都度 改善に向けて取り組んでいる |
| 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<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     | 前回の介護計画に対するスタッフの書きこみをもとに、まず管理者と常勤スタッフで作成、全体会議で最終作成。 | ○    | 1ヶ月単位、3ヶ月単位、半年単位等の他、長期的な計画もご家族と常に話しあっていきたい(看取りについても)    |
| 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 | 日々の変化に応じた見直しは その都度計画の変更に表わしご家族にも同時に報告している           | ○    | 日々刻々の変化に応じた対応を、スタッフ間で共有しご家族にも日々報告。新たな介護計画のつみ重ねの中で介護している |

| 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) |
|------------------------------------|--|--|------|----------------------------------|
| 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    | 日報、申し送りノート、バイタルチェック、水分チェックなどから、情報の共有をし介護で実践している。     |      |                                  |
| <b>3. 多機能性を活かした柔軟な支援</b>           |  |  |      |                                  |
| 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              | 日中だけ遊びに来る人があり、ホールでデイサービスのようなこともしたいと思っているが、まだ実践していない。 |      |                                  |
| <b>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</b> |  |  |      |                                  |
| 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             | 特にご近所の方の力が大きい。<br>又、市や消防、文化、教育の人達とも親しく支えあう関係である。     |      |                                  |
| 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  | 他の事業者さん(市の内外)とも連絡が密であり、各種サービスの援助をうけている。              | ○    | 福祉用具や輸送サービス等をはじめ、ご家族と相談して利用している  |
| 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との協働が基盤である。                                |      |                                  |
| 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 | ひとりひとりのかかりつけ医との関係の継続が基本。他市の場合にはご家族が通院・情報提供をして下さる。    |      |                                  |

| 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  | 開設時から協力して下さる 精神科医との共働が 介護の基本になっている。日々報告して指示をあおぎ、又受診している。 | ○    | 認知症ケア専門士がスタッフにいますので、ケア学会からの情報も生かしてゆきたい。              |
| 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   | 看護師のスタッフ、あるいは提携病院の看護師さん達との相談の中から、多くの支援をうけている。            | ○    | 医療連携体制の強化を図りたい。                                      |
| 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                      | 医療機関にはあったかさんの介護方針を説明してあるため、いたずらに入院が長びかないよう調整してもらっている。    | ○    | 入院時にスタッフがつきそう事もあり 病状の変化をみのがさない<br>(入院時はご家族と協働)       |
| 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                                   | 重度化した場合のことも、日ごろからご家族、かかりつけ医と相談をし 話しあっている。                | ○    | 重度化や終末期の介護については あらためて覚書をとりかわす方向で考えていただいている           |
| 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 | ご家族かかりつけ医、スタッフで重度化した時の介護を検討、入院する場合もできるだけスタッフの協力を続けている。   | ○    | 入所時より、重度化した場合の事は話しあっているが、いざそうなった時の状況下では支援が限定されることもある |
| 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                      | 本人とスタッフとの関係は、自宅、他の施設、病院と変わってしまっても変わらず続いている。              | ○    | 今まで大きなダメージをもった人がいなかったと思う。                            |

| 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)                         |
|----------------------------------|--|------|--|
| <b>IV. 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>声かけや態度がプライバシーを損ねることのないよう 記録する場所や記録の保管場所にも注意するよう指導している。</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>その人が何を望んでいるかを読みとり その気持ちをたしかめ、自己決定の場をつくって支援している。</p> | ○    | できるかぎり傾聴を時間をつくり、おだやかな時間の中でコミュニケーションをはかって、ひとりひとりの希望を探し出す。 |
| 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>その日の決まりごとは全くないが、その人らしくいきいきとすごせるように、支援している。</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>理美容は本人が望むなら店へ、それ以外はすべてスタッフが希望にそって行い、服、化粧品の購入も支援。</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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている</p> <p>第一のたのしみの食事支援(メニュー決定、買い出し、調理、みんなで食事がたづけ)の他、外食の機会も多い。</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、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</p> <p>本人の望むまゝだと、体調の管理がむずかしい人の他は、日常的、あいるは個人的にたしのしめるようになっている。</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)                    |
|-------------------------------------|--|--|------|---|
| 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         | 声かけによってパットの使用や失敗を少なくし布パンツで過ごせるように支援したり、失敗した時も、自尊心を傷つけない方向ですばやく処理してあげている。 | ○    | Drの指示により排便のコントロールを図り(下剤の調整などで)、不快感をとりのぞくよう支援        |
| 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    | 基本的には、毎日入浴している。<br>早く入らないとおっくうになってしまう人、寝る前に入りたい人など、その人の希望で入浴。            |      |   |
| 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                     | 安眠のさまたげがないよう、それぞれに(音、光なども含めて)支援している。昼寝もその日のようすで声かけし休息してもらっている。           | ○    | それまでの生活習慣もあり、昼寝をしたがらない人もあるが、その日その日の状況で休息やひとりの時間を確保。 |
| <b>(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</b> |  |  |      |   |
| 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  | 人とかかわりたい人、そうでない人、手伝いする気持ちが旺盛な人、手仕事が好きの人、歌いたい人 それぞれの方法でのしめ支援。             | ○    | 各々に応じた、楽しみごと、手伝いできること等をみつけている。                      |
| 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  | ひとりひとり対応で、おこずかいを持っていたい人、通帳管理したい人、管理はできないが買い物は自分でしたい人それぞれに対応。             |      |   |
| 61                                  | ○日常的な外出支援<br>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                    | 朝晩の散歩はみんなで出かけるがご家族との外出、スタッフとの買い物、日常的に外出をすすめている                           |      |   |
| 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 | 年一度の皆そろっての外出は、電車にのって出かけることが多い。(その時参加できるご家族のサポートがある)                      | ○    | どうしても遠出は春や秋になってしまうので、屋内でたのしめる所を探している。               |

| 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) |
|-----------------------|---|---|------|----------------------------------|
| 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                                  | 高齢者は特に手紙のやりとりを好む人があり、それでも文列に乱れが出たりするので表書き 投函などは支援。電話は特に夕方に多い。 | ○    | 携帯をもっている人もいる。<br>個々の希望に対応。       |
| 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                   | 家族、知人、なじみの人、なるべく多くの来訪者があるよう支援しているが、中には来訪者の少ない人もあり、そちらの声かけが重要。 |      |                                  |
| <b>(4)安心と安全を支える支援</b> |   |   |      |                                  |
| 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 | 身体拘束はしていないが、言葉の拘束に注意するよう指導している。(入院時のご家族の同意で拘束が発生してしまうことがある)   | ○    | 拘束ゼロの研修にもっと参加したい。                |
| 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                  | ふつうの家庭と同じ、夜は玄関、門扉のみ施錠。(本人が望めば居室の中からの施錠もある。)                   |      |                                  |
| 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                           | 訪室する時、トイレの中、必ず声かけをして、安否を確認している。(スタッフ同志の声かけも)                  |      |                                  |
| 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                     | ひとりひとりの状況により、危険なものはさまざまであり、針の管理はもちろん夜間のテレビ運び出しまで、対処している。      | ○    | 危険予知能力の習得                        |
| 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                  | その日の体調のチェック、と見守りが重要 事故発生をイメージする力がないと 危険防止にむすびつかない。            | ○    | 研修で専門知識を習得したい。危機管理の向上。           |

| 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                | 急変時のマニュアルはあるが、日頃の対応で身につけてきたと思う。                            | ○    | 救命法、応急手当など回を重ねて受講したい。                           |
| 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  | 月1回の避難訓練等を行っている。<br>地域の方達も参加して下さっている。                      | ○    | 地域の人達は常に協力的だが 日中は高齢者が多く、こちらが助けに行くトレーニングをした方が良い。 |
| 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した対応策を話し合っている | 個別に話し合いをもち、直近に起こりうるリスク、あるいは長期的に想定できるリスクについても話しあっている。       |      |   |
| <b>(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援</b> |   |  |      |   |
| 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          | 自分の勤務前の情報を把握し(申し送り)「見守り」と「気づき」で情報を共有し、管理者の責任で対応している。       |      |   |
| 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      | 通常薬の支援はもちろん、その時々の変化に応じた臨時対応も医師と細かく相談。その薬の目的他は常に把握している。     |      |   |
| 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        | 便秘対策は一番大きなポイントともいえる。食事、運動、精神的ストレスすべての点で工夫をつづけている。          |      |   |
| 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                  | 三食後の口腔ケア、入れ歯の除菌等 こまめに行っている<br>(夜入れ歯がないと落ちつかない人のための対応もしている) |      |   |

| 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)               |
|-------------------------|---|---|------|--|
| 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                                   | 栄養のバランス(糖分、塩分などの調節も) 水分補給、むせこむ人、えん下のむずかしい人、それぞれに対応している。       | ○    | その時々で数人の水分補給量をチェック(食事は全員チェック)体調に応じたメニューの変更もあり。 |
| 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)   | 感染症マニュアルにそって対応できるよう日ごろから、勉強している。                              | ○    | まだまだ新しい対処方法などの研修が足りないので 勉強会が必要である。             |
| 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  | 新鮮な食材は手に入りやすいため安全だが、調理用具の除菌や消毒を欠かさない(飲み水は煮沸後のみ使用)             | ○    | その日の新鮮な地元の材料を中心に調理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<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                              | 門から玄関までのアプローチをほめて下さる人が多い。花を欠かさないようにしたり、「入りやすい」「帰りやすい」工夫をしている。 |      |  |
| 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 | 家具や花などで、無機質な雰囲気をカバー、強すぎる音や光を防いで、風通しの良い空間を心がけている。              | ○    | 居室には思い入れの品々や本人作成の作品などをかざっている。                  |
| 82                      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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                              | 共同空間、あるいは庭の各所にゆったりとすわって話しこんだり、ひとりになれる空間をつくっている。               |      |  |

| 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)                      |
|--------------------------------|---|--|------|---|
| 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のもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | ひとりに戻れる個室の確保、すみなれた自宅の環境に近いものを、家族と共に工夫している(自宅の記憶のない人の対処も)     |      |   |
| 84                             | ○換気・空調の配慮<br>気になるにおいや空気のだ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        | 換気がしやすい設計に極力、工夫してある(エアコンはあまり使いたくないが 近年の気候により、使用ひん度がふえてきている。) |      |   |
| <b>(2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり</b> |   |  |      |   |
| 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                 | イスや机の高さ 手すりの位置、各コーナーの椅子の位置、玄関のこしかけなど、立位や歩行に無理のないよう考えている。     |      |   |
| 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                           | わかるところとわからないところ、ひとりひとりの境い目を理解した上で声かけし、自立できた満足感をもてるように介助している。 | ○    | 最近トイレの方向がわかりにくい人がふえ、看板をつけた。                           |
| 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                                   | 経営者自宅の環境も利用しながら、プランターでの土づくり花づくり、庭での食事、ベランダでの洗たく干し等、外で活動。     | ○    | 庭での野菜づくり、ご近所の大きな畑で、じゃがいもや大根ほり等をさせてもらう等、戸外での生活をふやしている。 |

| 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 | ○                     | 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。)

○あったかさんの介護は、個々の人間性・人生歴、その時々肉体的、精神的状況に応じて行っています。

そして、そのひとりひとりの気持ちによりそう介護です。

○その方の能力に応じた無理のない、QOLの保持につとめています。

○そして 理解ある町の人々に囲まれて、社会に開かれた存在でありつづけます。