

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	11
1. 理念の共有	2
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	2
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	6
1. 一人ひとりの把握	1
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	2
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	2
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	11
1. その人らしい暮らしの支援	9
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	30

事業所番号	1470200880
法人名	社会福祉法人 いきいき福祉会
事業所名	ラポール西寺尾
訪問調査日	平成21年2月17日
評価確定日	平成21年3月28日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は30項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

番号に網掛けのある項目は、地域密着型サービスを実施する上で重要と思われる重点項目です。この項目は、概要表の「重点項目の取り組み状況」欄に実施状況を集約して記載しています。

○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[取り組みを期待したい項目]

確認された事実から、今後、さらに工夫や改善に向けた取り組みを期待したい項目に○をつけています。

[取り組みを期待したい内容]

「取り組みを期待したい項目」で○をつけた項目について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○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。

1. 評価結果概要表

【評価実施概要】

事業所番号	1470200880
法人名	社会福祉法人 いきいき福祉会
事業所名	ラポール西寺尾
所在地	221-0001 横浜市神奈川区西寺尾3-22-5 (電話) 045-434-7712

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 SYビル2F		
訪問調査日	平成21年2月17日	評価確定日	平成21年3月28日

【情報提供票より】(平成21年1月31日事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	昭和・平成	16年	1月	1日	
ユニット数	1 ユニット	利用定員数計	6	人	
職員数	7 人	常勤	1 人, 非常勤	6 人, 常勤換算	4.7 人

(2) 建物概要

建物構造	木造造り		
	2階建ての	2階	~ 2階部分

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	69,000 円	その他の経費(月額)	33,500 円	
敷金	有(円)	無		
保証金の有無 (入居一時金含む)	有(200,000 円)	有りの場合 償却の有無	有/無	
食材料費	朝食	300 円	昼食	350 円
	夕食	400 円	おやつ	150 円
	または1日当たり 1200 円			

(4) 利用者の概要(月 日現在)

利用者人数	6名	男性	1名	女性	5名	
要介護1		名	要介護2	2	名	
要介護3	2	名	要介護4	2	名	
要介護5		名	要支援2		名	
年齢	平均	81.3 歳	最低	74 歳	最高	87 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	神之木クリニック
---------	----------

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

ここは社会福祉法人いきいき福祉会の経営する施設で、いきいき福祉会は広いゆるやかなネットワークを組んでいて、そのグループの中では色々なワーカーズコレクティブが存在し、それぞれ任せられた施設若しくは部門を運営する形を取っており、ここグループホーム ラポール西寺尾はワーカーズコレクティブ「さやえんどう」が運営を任されている。建物の1Fにはデイサービスセンター ラポール西寺尾があり、登録者25名で運営をしている。近所にはシニアマンションも何棟もあり、その高齢者のサポートを行っているライフサポートアドバイザー(横浜市委託事業)や、サポートハウス カントッ西寺尾があり、マンション内の1室を拠点に見守り支援を展開している。近くには西寺尾保育園があり交流がある。また近くの中学校からは体験学習でデイを含めた実習にラポール西寺尾へ来ている。いきいき福祉会の理念の中には開設当初より「地域コミュニティ」の視点が掲げられており、地域に根ざしたワーカーズコレクティブ活動を中心とした、地域に密着した展開が為されている。グループホームは24時間人がいるので、隣のマンションの高齢者は家族にこの電話番号を知らせており、安心の存在となっている。

【重点項目への取り組み状況】

重点項目①	<p>前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4)</p> <p>この1年間はターミナルケアの実体験があり、取り組んだ。医療連携体制を取り、基本的にターミナルケアを受け入れる体制をとっている。今回は意識の喪失、入院、回復して退院、受入れにあたっての癌の発見、胃ろうの形成と云う経過から、ホームでの介護の他、医療保険適用による訪問看護の受け入れを併用し主治医、ホームの看護師、訪問看護そしてスタッフの4者の連携とスタッフの努力により実施し、往診医師には居宅療養管理指導でのケアも併用して対応した。スタッフは胃ろうのケアに関するDVDを見て、医師の指導、研修を受け医療・介護両面での大きな、貴重な体験をし、スキルアップ出来た。</p>
	<p>今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)</p> <p>今回は外部評価の意義についてカンファレンス等で周知し、自己評価票を事務室の置いて自由に記入してもらう形で意見を収集し、管理者が纏める方式をとった。職員の入れ替わりもあり、結果の共有レベルにもバラツキがあると考え、今回のまとめと評価の結果については、結果が出た後で改めて時間を取って共有していくことにしている。</p>
重点項目②	<p>運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4, 5, 6)</p> <p>運営推進会議開催の法律が決まる以前から町内会副会長さんのお付き合いがあり、このホームの広報誌「西寺尾丘通信」を回覧板に挿んで回覧して頂いたり、認知症予防講座のご協力を頂いたり云う良い関係が出来ており、それらの中で、厚生労働省の指導で運営推進会議が開催されることを事前にお話してあったので、運営推進会議開催に関してはスムーズにお願いが出来た。メンバーは町内自治会役員方、民生委員、ご家族2名それに事務局であり、オブザーバーとして神ノ木地域包括支援センターの方が参加している。</p>
	<p>家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7, 8)</p> <p>入居者は6名で、姪の方がケアしているご家族は月1回、老々介護で奥さんも体調の悪い方のホームにはなかなか来られない方場合はご本人の定期健診を自宅近くの主治医まで、こちらからお連れして奥さんと会い、過ごす時間を作っている。その他の方は週1回以上は訪問してくれており、コミュニケーションは良く取れている。認知症デイを3名(登録は5名)を受入れている。グループホーム、デイサービス、サポートハウス3者で作った広報誌を月1回お届けしている。</p>
重点項目③	<p>日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)</p> <p>地域にSOSネットワークがあり、地域包括、警察、福祉事業者などに写真と特徴を登録できる体制となっている。ホームに救命士がおり、救命救急の講習会にも参加している。近くのラックラッセ西寺尾の自治会の餅つき大会にはご案内を頂いている。地域の方の自主的集まり、ゆうゆうサロンのご案内を頂いている。ゆうゆうサロンは能力向上プログラム後の受け皿でもある。町内会には個人別で加入し、地域行事に参加している。デイと一緒に行うイベントには参加している。</p>
重点項目④	

2. 評価結果（詳細）

（ 部分は重点項目です ）

取り組みを期待したい項目

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (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	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	参加型福祉の実践という事業所独自の理念がある。参加型福祉とは自分が気付いた事は率先してやろう、自分が良いともしたら提案しようとする考え方で、職員は家族の1員の形で業務を行い、家族と一緒に支える形で実践して行きたい。		今後も継続して実施して行く。
2	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	理念は共有できている。実践を心がけている。職員一人ひとりが自分がしている仕事理念とどのように繋がっているかを検証する機会を作って行きたい。	○	検証する機会を作っていく。
2. 地域との支えあい					
3	5	○地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	入居者それぞれが自治会に入会しているので、回覧板で地域の行事を知ることが出来る。地域行事には入居者の方々をお連れするようにしている。	○	今後も入居者とともに参加していきたい。
3. 理念を実践するための制度の理解と活用					
4	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	職員も入れ替わりがあり、自己評価や外部評価の結果の共有もそれぞれに違いがある。改めて時間を取って、共有するようにしている。		今後も継続して実施して行く。
5	8	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は現状は家族や地域の方々に現状を知っていただく段階であるが、実際にホームに来ていただくことで、ここにも変わらない生活があることを解っていただけるだけで良いと考えている。	○	今年度は年3回に実施に留まったので、充実させていく。

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
6	9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	オブザーバー参加の地域包括支援センターの職員から、アドバイスを得られ、生かすことが出来る。また、グループホーム連絡会の神奈川県メンバーで区役所との意見交換会をし、情報共有が出来た。		今後も継続して実施して行く。
4. 理念を実践するための体制					
7	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合わせた報告をしている	家族の訪問があるたびに、生活状況や、預かり金の状況は報告している。家族のコメントを頂くために、生活状況を報告するノートを作った。記入を促進して行く。	○	記入を促進して行く。
8	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	要望があれば、その都度相談にのり、関係者で話し合い、計画に反映させるように努めている。		今後も継続して実施して行く。
9	18	○職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	自己都合の場合が多いので困難であるが、チームケアの実施により利用者へのダメージを最小限に抑える努力をしている。		今後も継続して実施して行く。
5. 人材の育成と支援					
10	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	研修の機会があれば、案内するようにしているが、人手不足のためシフト調整が出来ないこともある。今年度は段階に合わせた研修に取り組んで行く。		今後も継続して実施して行く。
11	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	横浜高齢者グループホーム連絡会はブロックに分かれており、ブロック内では情報交換等が出来ている。相互研修を含め、他の事業所の良いところを学習する機会を作って行く。		今後も継続して実施して行く。

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
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					
12	26	○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	共用型認知症対応型通所介護を利用しながら、待機している方が居り、入居に至るまでのサポートが出来る。入居前に定期的にデイサービスのように通ってきて、少し慣れたところで入居する形態を取るなどいろいろな方法を実践している。		今後も継続して実施して行く。
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援					
13	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	洗濯物を一緒に畳んだり、掃除を一緒にしたり、している。施設だと思っていない入居者も居るので、共同生活のような形態を実践している。		今後も継続して実施して行く。
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					
14	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	家族から生活暦等を聞き、その本人に合った暮らし方を模索している。家族に相談し、確認して行く。		今後も継続して実施して行く。
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					
15	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	モニタリング、定期アセスメントを充実し、毎月のケースカンファレンスで意見を家族とも話しあい、計画に反映させている。	○	更にモニタリング、定期アセスメントを充実していく。
16	37	○現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している	変化が激しいときは、対応仕切れていない。計画書の形態で変更していくようにする。	○	計画書の形態で変更していくようにする。

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
3. 多機能性を活かした柔軟な支援(事業所及び法人関連事業の多機能性の活用)					
17	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	本人の希望があり、家族から相談を受け、1階のデイサービスへ週2回午後だけ利用している。		今後も継続して実施して行く。
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域支援との協働					
18	43	○かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	在宅時からのかかりつけ医の利用を支援している。また、定期受診に同行し、医師と情報交換している。大きな病院にかかっている方は、家族を介しての連携になるので、家族と相談して医療記録等の報告書の形態で連携している。		今後も継続して実施して行く。
19	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	早い段階で、終末期の話を本人や家族とするのは難しい。しかし、その気配が現れた頃から、徐々に方針を共有している。認知症による重度化は、家族・主治医を巻き込んで、介護方針を全体で共有していく。	○	認知症による重度化は、家族・主治医を巻き込んで、介護方針を全体で共有していく。
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					
20	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	プライバシーを損ねないように努めているが、感性の違いから損なうこともある。声かけに関しては、自尊心を損なわないような言葉使いをするように、定期的に職員それぞれに確認するようにしている。		今後も継続して実施して行く。
21	52	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	できる限り、個人のリズムに合わせるようにしているが、共用型認知症対応型通所介護を開所している日は、時間制限のある方を優先してしまうことも出ている。個別ケアを基本に考えていく。		今後も継続して実施して行く。

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
(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					
22	54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒にしてくれる利用者が少なくなった。調理、後片付け等は出来る方には手伝ってもらう。		今後も継続して実施して行く。
23	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	拒否があったり、判断できない方も居るので、職員が決めているケースもある。		今後も継続して実施して行く。
(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					
24	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	1階にあるデイサービスに週2回遊びに行けるように支援している。(1名)	○	入居者・家族と話合っ、決めていく。
25	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	近隣に買い物や散歩に出かけている。毎日全員は困難なので、希望者は出来る限り外出できるように支援している。		今後も継続して実施して行く。
(4) 安心と安全を支える支援					
26	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	居室には鍵がなく、玄関が自動ドアなので、電源を切れば手で開けることが出来るので、定期的に離設があるので、スタッフが一人の時間は安全のために、門扉に自転車の錠を使用することがある。(ただし、門扉の隙間が大きいので、出ることは出来る)		今後も継続して実施して行く。
27	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	避難訓練は定期的に行っている。しかし、地域はシニアリブインに囲まれており、24時間の施設ということで、頼りにしている方がいる。得られる協力より、いかに協力し合えるかと考える。	○	運営推進会議の議題にあげていく。

外部	自己	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)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
(5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援					
28	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	食事、水分量を記録している。水分に関しては1日にトータルを記録している。		今後も継続して実施して行く。
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					
29	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	入居者、利用者が作成した季節の飾りを壁面に飾っている。季節が分かるような雰囲気作りを心がけている。ボランティアの協力があるので、意見を取り入れながら実施していく。		今後も継続して実施して行く。
30	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	ご本人様の持ち物のたんす・衣類等が持ち込まれ、それぞれの空間になっている。		今後も継続して実施して行く。

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て下さい。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	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に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。

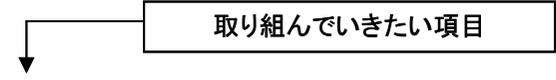
○評価シートの説明

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 (ユニット名)	ラポール西寺尾
所在地 (県・市町村名)	神奈川県横浜市神奈川区西寺尾3-22-5
記入者名 (管理者)	武田 英子(管理者)
記入日	平成 年 月 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)



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	参加型福祉の実践という事業所独自の理念がある		
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	理念は共有できていると思う。実践を心がけている。	○	職員一人ひとりが自分がしている仕事が理念とどのように繋がっているかを検証する機会を作っていきたい
3	○家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえるよう取り組んでいる	地域の方へ伝えきれていない。	○	開所5年が経ち、さらに地域と連携していく工夫が必要と考えている。西寺尾事業として、デイサービスと連携し、模索していくことを検討中
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	マンションの間であり、気軽に話ができるのは、ほんの一部の方に過ぎない。	○	
5	○地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	入居者それぞれが自治会に入会していただいているので、回覧板で地域の行事を知ることが出来る。地域行事には入居者の方々をお連れするようにしている。	○	今後も入居者とともに参加していきたい。
項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)

6	<p>○事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	シフト調整だけで精一杯で、できていない。	○	3 にあるように地域に参加するだけでなく、私たち事業所に出来ることは何であるかを模索し、地域の一員として協力していく。
---	---	----------------------	---	---

3. 理念を実践するための制度の理解と活用

7	<p>○評価の意義の理解と活用</p> <p>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</p>	職員も入れ替わりがあり、自己評価や外部評価の結果の共有もそれぞれに違いがある。	○	改めて時間を取って、共有するようにしていく。
8	<p>○運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	家族や地域の方々からは意見というより、現状を知っていただくに留まっている。しかし、実際にホームに来ていただくことで、変わらない生活があることを解っていただけだと思う。	○	今年度は年3回に実施に留まったので、充実させていく。
9	<p>○市町村との連携</p> <p>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</p>	オブザーバー参加の地域包括支援センターの職員から、アドバイスを得られ、生かすことが出来る。また、グループホーム連絡会の神奈川区メンバーで区役所との意見交換会をし、情報共有が出来た。		
10	<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	権利擁護に関する理解を促す努力はしているが、制度に関する学習は徹底できていない。又、必要と思える家族に案内しているが利用には至っていない。	○	地域福祉権利擁護事業・成年後見制度に関しては、職員の理解も充実させるようにしていく。
11	<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	虐待防止は入居者の権利擁護と合わせて、周知徹底させている。	○	利用者の状態の変化に伴い、定期的に学習していく必要があると考える。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
----	---------------------------------	------	----------------------------------

4. 理念を実践するための体制

12	○契約に関する説明と納得 契約を結んだり解約をする際は、利用者や家族等の不安、疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	努めている。	○	契約時は、読みあわせをしても、書類が多いので、利用者・家族のにとっては、全部の把握は困難なことも多く、定期的に説明をする必要がある。家族との会話は蜜に行っていく
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	利用者は、その都度、言いたいことは表現していると思える。		
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	家族の訪問があるたびに、生活状況や、預かり金の状況は報告している。	○	家族のコメントを頂くために、スポットで生活状況を報告するノートを作ったが、記入する時間が取れず、そのままになっているものを調整していく。
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	要望があれば、その都度相談にのり、関係者で話し合い、計画に反映させるように努めている。	○	
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	月1回はスタッフ会議をし、提案は数人でミニカンファレンスを実施し、検証しているが、記録に残せていない。	○	ミニカンファレンス記録の活用
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	日中帯は、できる限り柔軟に対応できるように努めているが、そのための勤務調整はしていない。		
18	○職員の異動等による影響への配慮 運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている	自己都合の場合が多いので困難		
項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援				
	○職員を育てる取り組み			

19	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	研修の機会があれば、案内するようにしているが、人手不足のためシフト調整が出来ないことも多い。	○	今年度は研修の参加が少なかったため、段階に合わせた研修に取り組んでいきたい。
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	横浜高齢者グループホーム連絡会はブロックに分かれており、ブロック内では情報交換等が出来ている。	○	相互研修を含め、他の事業所の良いところを学習する機会を作っていく。
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	できていない。	○	
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	比較的、まじめな職員が多く、それぞれに事例に対処できるように努力していると感じる。	○	研修の案内や、事例に合った情報提供を心がけていく。

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	相談から利用までは、待機者も多く、できていない。		
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、入居申し込みまでは話を聞き、アドバイス等をするが、利用に至るまでは、いつ入居できるともいえない事から、対処できていない。また、定期的に待機者から居室の空きを確認が入るが、相談に乗るような対処が出来ない。		
項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	入居相談がほとんどなので、ケアマネによる計画で介護サービスを使っている方が多い。ホームで開所している共用型認知症対応型通所介護事業の案内をすることがある。		

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	共用型認知症対応型通所介護を利用しながら、待機している方が居り、入居に至るまでのサポートが出来る。	○	以前、入居前に定期的にデイサービスのように通ってきて、少し慣れたところで入居する形態とだったが、いろいろな方法を実践していく。
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	洗濯物を一緒に畳んだり、掃除を一緒にしたり、している。	○	施設だと思っていない入居者も居るので、共同生活のような形態を実践していく。
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	利用者支援に関しては、その都度相談し、意見を求めている。	○	本人支援は、必ず家族に相談し、判断を仰いでいく。
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	今の認知症の状態を理解していただくように説明している。	○	利用者が家族と過ごす時間を大切にしていく。
30	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	主治医を変えずに、家族と待ち合わせ、送迎している。	○	家族の協力が必要なことも多いので、相談しながら取り組む。
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	努力はしているが、困難なことも多い。	○	新しい入居者が一員になるまで、時間がかかるので、良い距離を保つ努力をする。
項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
32	○関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	挨拶状を送っている。タオル等の寄付を頂いた。	○	通信のような、挨拶状ではない取り組みを考えていく。

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	家族から生活暦等を聞き、その本人に合った暮らし方を模索している。	○	家族に相談し、確認していく。
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	本人の話に出てくるキーワードを基に家族にアセスメントし、つなげていくようにしている。	○	ホームにある情報で欠けた部分は、家族に聞き取り把握していく。
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	職員は入居者それぞれの一日の記録を確認して業務に入るようにしているので、それぞれがどんな生活をしているが把握している。	○	勤務日数の少ないパート職員が、入居者それぞれの生活を把握できるように記録を整えていく。

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	毎月のケースカンファレンスで意見や家族とも話しあい、計画に反映させている。	○	モニタリング、定期アセスメントを充実していく。
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	変化が激しいときは、対応仕切れていない。	○	計画書の形態で変更していくようにする。

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
38	○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	一日の中で、動きの少ない入居者の記録が少ない。	○ 記録の充実が課題になっているので、学習会と行く形態で実践していく。

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	本人の希望があり、家族から相談を受け、1階のデイサービスへ週2回午後だけ利用している。		
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 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	できていない。		
41	○他のサービスの活用支援 本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている	できていない。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	SOSネットを利用している。	○	運営推進会議のオブザーバーに地域包括の職員が入っており、協力的なので、いろいろ相談していく。
43	○かかりつけ医の受診支援 本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	在宅時からのかかりつけ医の利用を支援している。また、定期受診に同行し、医師と情報交換している。	○	大きな病院にかかっている方は、家族を介しての連携になるので、家族と相談して医療記録等の報告書の形態で連携していく。
項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44	○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	提携医は認知症の専門医ではないが、心療内科医として、心理的サポートを支援指定されている。		
	○看護職との協働			

45	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	事業所の医務の看護師は、利用者と馴染みの関係作りが出来ており、日々情報交換し、健康管理をしている。	○	定期的にターミナルケアがあるので、看護師(準・正)との連携は欠かせない。看護師と相談しながら、連携し易い記録作りを検討していく。
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	医療的なサポートを踏まえ、ホームで生活できる適正な時期の退院を話し合っている。		
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	早い段階で、終末期の話を本人や家族とするのは難しい。しかし、その気配が現れた頃から、徐々に方針を共有している。	○	認知症による重度化は、家族・主治医を巻き込んで、介護方針を全体で共有していく。
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	ターミナルの支援は、家族・医師・看護師・職員が連携し、支援している。	○	47 に同じく、チームで取り組んでいく。
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	今まで、住み替えは1件だった。先方の特養の職員と情報交換を行った。		
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				
	○プライバシーの確保の徹底			

50	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	プライバシーを損ねないように努めているが、感性の違いから損なうこともある。	○	声かけに関しては、自尊心を損なわないような言葉使いをするように、定期的に職員それぞれに確認する。
51	○利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている	判断できることは、必ず、本人に聞くようにしてる。入浴に関しては、本人の意思に添えないこともある。	○	必ず、本人に確認していく。
52	○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	できる限り、個人のリズムに合わせるようにしているが、共用型認知症対応型通所介護を開所している日は、時間制限のある方を優先してしまうことも出ている。	○	個別ケアを基本に考えていく。
(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	衣類の選択は、自由になっている。	○	本人の感性を大切に考えていくように職員で共有する。
54	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒にしてくれる利用者が少なくなった。	○	調理、後片付け等は出来る方には手伝ってもらう。
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	以前、晩酌をしている方がいた。飲み物に関しては、個人の好みを尊重している。	○	継続的に実施。
項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	○気持ちよい排泄の支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	オムツは使用しても、なるべくトイレで排泄するように誘導している。	○	かぶれの多い方が布製の下着を利用できるように検討する。
	○入浴を楽しむことができる支援			

57	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	拒否があったり、判断できない方も居るので、職員が決めている。	○	
58	○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している	朝は、起床時間は、個人のリズムに任せている。特に薬による睡眠コントロールはしていない。		
(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	1階にあるデイサービスに週2回遊びに行けるように支援している。(1名)	○	入居者・家族と話合っ、決めていく。
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	現在の入居者ではない。	○	
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つて、戸外に出かけられるよう支援している	近隣に買い物や散歩に出かけている。	○	毎日全員は困難なので、希望者は出来る限り外出できるように支援する。
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	歩いていけないところへは、自動車で行かせる。また、定期的に家族と外出する方が居る。	○	現在、遠出する人には偏りがあるので、出来る限り偏りなく、外出できるように支援する。
項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
63	○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	家族にかけてほしいということがあれば、電話で話してもらっている。また、居室で携帯電話を使用している方は自由に家族と話している。	○	
	○家族や馴染みの人の訪問支援			

64	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	訪問時間等、制限せず、いつでも来て頂けるように伝えてある。	○	
(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	多動・暴力にいたる入居者の対応に一時期、居室内での対応という意見が出たことがあり、基本的なことを話あったことがあり、身体拘束しないケアで取り組んでいる。	○	身体拘束に関しては定期的に学習が必要なので、学習会をする。
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	居室には鍵がなく、玄関が自動ドアなので、電源を切れば手で開けることが出来るので、定期的に離設があるので、スタッフが一人の時間は安全のために、門扉に自転車の錠を使用することがある。(ただし、門扉の隙間が大きいので、出ることは出来る)	○	
67	○利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	離設の多い方は、常にどこにいるか把握するようにしている。	○	継続手続に実施する。
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	認知度が少し進むと思いがけないことがあるので、ひやりはつとがでてからの対応になってしまっている。	○	ひやり・はつと報告書の充実と共有を徹底し、予防に生かす。
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	個別の行動を把握注意はしている。離設の多い方は、SOSネットワークに登録している。	○	ひやり・はつと報告書の充実と共有を徹底し、予防に生かす。
項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
70	○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている	出来ていない。	○	緊急対応は、マニュアルの再確認を徹底する。
	○災害対策	避難訓練は定期的に行っている。しかし、地域はシニアエリア		

71	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	避難訓練は定期的に行っている。しかし、地域はシニアラインに囲まれており、24時間の施設ということで、頼りにしている方がいる。得られる協力より、いかに協力し合えるかと考える。	○	運営推進会議の議題にあげていく。
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	それぞれの行動や、生活パターンを情報交換し、起こりうることに関しては話をしている。	○	入居者の状態の変化に合わせて、家族と相互理解を深めるようにする。
(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	努力はしているが、記録、申し送りの徹底ができていないことがある。	○	記録のフォーマットの変更も含めて、小さな変化も共有できるようにしていく。
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	薬が変わったときなど、申し送りは徹底しているが、完璧ではない。	○	処方箋ファイルの確認を強化する。
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	水分を多く取ってもらったり、医師と相談し、軟便剤の対応をしたり、散歩をしたりしている。	○	継続的に実施。
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	夕食後は必ず口腔ケアをしているが、毎食は出来ていない。	○	以前から課題になっていながら、改善できていないので、業務マニュアルの中に入れてでも、昼食後は必ず、実施していく。
項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
77	○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事、水分量を記録している。水分に関しては1日にトータルを記録している。	○	継続的に実施。
	○感染症予防			

78	感染症に対する予防や対応の取決めがあり、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、職員全員が把握できていないと思う。	○	定期的な感染症の学習を実施。
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1回まとめて入荷するが、保存は気を使い、調理器具の除菌は定期的に行っている。(主に夜勤者が行う)	○	継続的に実施。
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	入り口が1階にあり、ホームが2階部分なので、近所の方は、よく来る方以外は、入りにくいようだ。	○	玄関の看板や、植栽等が古くなっているものを整理する。
81	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居者、利用者が作成した季節の飾りを壁面に飾っている。季節が分かるような雰囲気作りを心がけている。	○	ボランティアの協力があるので、意見を取り入れながら実施していく。
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	ほぼ、決まった場所に座っている。	○	ベランダ前を取り合うことがおおいので、共有できる工夫を考えていく。
項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(○印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
83	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人様の持ち物のたんす・衣類等が持ち込まれ、それぞれの空間になっている。		
	○換気・空調の配慮			

84	<p>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</p>	<p>冷暖房はエアコンを使用しているが、換気や調節はほとんど職員が行っている。</p>	○	<p>継続的に実施。</p>
<p>(2)本人の力の発揮と安全を支える環境づくり</p>				
85	<p>○身体機能を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>個別に使えるものを、作成して使用している。</p>	○	<p>カンファレンスにより、職員全員で考えていく。</p>
86	<p>○わかる力を活かした環境づくり</p> <p>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</p>	<p>夜間に居室のトイレは電気をつけて分かるようにしている。</p>	○	<p>カンファレンスにより、職員全員で考えていく。</p>
87	<p>○建物の外周りや空間の活用</p> <p>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</p>	<p>ベランダに椅子を置き、日向ぼっこが出来るようにしている。</p>	○	<p>継続的に実施。</p>

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、安心して暮らさせている	○	①ほぼ全ての利用者が
			②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどいない
95	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています	○	①ほぼ全ての家族と
			②家族の2/3くらいと
			③家族の1/3くらいと
			④ほとんどできていない

項 目		最も近い選択肢の左欄に○をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている		①ほぼ毎日のように
			②数日に1回程度
		○	③たまに
			④ほとんどない
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		①大いに増えている
			②少しずつ増えている
		○	③あまり増えていない
			④全くいない
98	職員は、生き活きと働けている		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。)

できる限り、自由に本人のリズムを崩さずに生活を支援するようにしています。リビングは、小さなコミュニティーと考えています。リビングは、人と触れ合う場であり、譲り合う場であるという事を基本に、共用型通所介護の利用者と入居者の関わりがあります。今年度になって、通所の利用者が安定し、日替わりでいろいろな方が出入りするようになり、共有の場という感覚が定着してきました。居室で過ごす、リビングで人と過ごす、外出するなど、選択肢は自由です。その方のリズムで一日が過ごせるように個別支援の方法を工夫していきます。