

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	有限会社 あい케어
(ユニット名)	グループホーム たけのこし B舎
所在地 (県・市町村名)	岐阜県 瑞浪市 高月町 2丁目 11の1
記入者名 (管理者)	加藤 善子
記入日	平成 21 年 1 月 23 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 (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)
. 理念に基づく運営				
1. 理念と共有				
<input type="checkbox"/>	地域密着型サービスとしての理念 1 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	事業所独自(職員で話し合いながら作りました)で【個人を尊重し、個性、可能性を活かしその人らしい生活、人生を優しい心で支えてゆく】の理念を掲げ、スタッフ一同、日々努力をしています。		
<input type="checkbox"/>	理念の共有と日々の取り組み 2 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	理念をホーム内に掲げ、日々確認(目につく場所に設置)できるようになっています。		ミーティングの時、管理者・職員共にどのような事を実践してゆけば良いのかを更に話し合いをし、取り組んでいきたい。
<input type="checkbox"/>	家族や地域への理念の浸透 3 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	運営推進会議等で地域の方々のご家族とで話し合いの場を設けています。		契約書が新しくなったので家族にも判り易く記載しました。
2. 地域との支えあい				
<input type="checkbox"/>	隣近所とのつきあい 4 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄り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	近所の方々が見学にみえたり、運営推進会議にも参加していただいています。近隣の方から雑巾やタオルを頂いています。		今以上に近隣の方に気楽に寄って頂けるよう、一層の努力をしてゆきたい。
<input type="checkbox"/>	地域とのつきあい 5 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	福祉まつり等の誘いをさせていただいており、出掛けられる利用者様とは参加をしています。		散歩に出掛けたりすると近所の方が声をかけてくれます。

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)
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	地域の高齢者の方がどのような支援を望まれているか又、私共が役に立てる事が出来るのか等、運営推進会議等で地区の代表(民生委員)の方と話し合っています。		もっと地域の高齢者の方に役に立てれるよう、話し合いをしてゆきたい。
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	ミーティング等で話し合いをし、外部評価の結果を踏まえ(報告・意見交換等)改善に取り組んでいます。		
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	おおむね2ヶ月に1度、運営推進会議を行っています。会議の報告はミーティング等で職員と話し合っています。(議事録に基づき)		評価結果も推進会議等で報告し話し合いをしています。
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	市(福祉課・社会福祉課・包括支援センター)や社会福祉協議会の主催する会議等に参加しています。行政との互いの協力がホームの質の向上に役立っています。		
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	スタッフ、代表者、管理者の内、誰かで講演会等に出席し運営推進会議(成年後見センター職員参加)やミーティング等で話し合っています。現在『成年後見制度』を利用されている方もおり、支援をしています。		
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	ミーティングでレジメを配り、防止に努めています。報告の義務付けを徹底しています。『虐待…』講演にも積極的に参加をしています。		運営推進会議等でも話し合いをしましたが、一層の注意をはらいたいです。

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)
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>契約時には必ず、代表者と職員が立ち会い家族に話をさせてもらいます。例を挙げ、質問形式で細かく状況を把握し、双方納得した上で契約をしています。</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>比較的軽度の認知症の利用者様には意見を聞き、家族及び外部の相談員(ケアマネ・ケースワーカー・専門員)等に相談しています。</p>	
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>電話でお話をさせてもらったり、ホームの便りを約2ヶ月に1回程度、発行しています。請求書送付時に入れ、報告をしています。</p>	<p>ご家族様からは写真などを同封させていただくと近況が良く判ってありがたい等、喜んでいただいています。</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>苦情受付機関や管理者等に直接話をし頂くか、苦情箱を設置しています。</p>	<p>現在までに苦情等は聞いたりしていませんが、ご家族から色々、聞けるように努力をしてゆきたい。</p>
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>ミーティング時や代表者が管理者に個別に話を聞く機会を設けるようにしています。</p>	<p>職員同士でも壁を作らないよう、親睦も図り働きやすい職場作りを目指しています。</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>管理者に報告をし、調整できるように職員を確保しています。</p>	<p>緊急時には事務所も含め、代表者・管理者で勤務調整しています。(時には事務員も現場に入り対応しています。)</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>職員の異動はありません。離職する場合、利用者様に影響のない様、即職員の確保にあたり利用者様への配慮をしています。</p>	

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			
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	県や市での研修等には時間を調整しながら参加できる時には参加しています。近隣での講演等の案内は貼りだして参加を促しています。	常勤・非常勤者問わず、研修等のある時には参加をしてもらえるよう、声をかけています。
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	グループホーム協議会等を活かし、他の事業所との意見交換、訪問をしています。	
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	1日の仕事の中で利用者様から離れて休憩できるようにしています。職員の希望の休暇を2～3日とってもらい、趣味や習い事等に活用してもらっています。	年に2回程度ですが忘年会等を開いていただいています。
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	講演、研修等に参加したスタッフにはミーティング等で報告してもらい、将来正社員(常勤者)ホーム長を目指して働いてもらえるよう、努めています。	
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	事前に家族の同意を得て面談させていただいています。担当ケアマネージャー、相談員に本人の希望『生活歴・既往歴・食べ物の好き・嫌い』不安等、細かく聞き取りホームでの生活に活かしています。	
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	事前にホームに来舎して頂き、話を聞いています。利用者様が一番良い方法を考えています。利用者様に何か変化があった時には必ず家族に連絡を取り、相談しています。	必要に応じ、ご家族の方も一緒に利用者様の介助に協力をしていただいています。

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)
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	担当ケアマネや相談員及び家族と相談し、本人が一番合っている支援、必要としている支援を考えた対応に努めています。		
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、場の雰囲気に徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している	入所金・保証金等は一切ありませんので入舎された日割りで試されたりし、約3ヶ月は様子を見て、家族都話しながらその人に合ったサービスをし、場の雰囲気に徐々にコミュニケーションを取り、スタッフの顔を覚えて頂けるよう工夫しています。		
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	家事全般を各利用者様のペースに合わせ、双方で協力していきながら生活支援をしています。女性の利用者様には献立の参考になる話をしてもらっています。		
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	来舎時には本人と家族水入らずで話をされたり、お茶を飲まれたり時間の許す限り滞在して頂いています。場合によっては自宅や近隣の喫茶店、スーパーに行かれています。		
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	ケアプラン等を活用し、家族の方に常に連絡を取り利用者様の状況を説明しています。		
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	利用者様の友達や近所の方の訪問時に、時にはスタッフも話に加えさせて頂き、今後も支援できるよう心がけています。		利用者様の馴染みのご近所の方も良く来舎されています。
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	ミーティング等で個々の状態を話し合い個人の考え方や生い立ち、行動等を把握しプライドを傷つけないよう配慮しつつ見守っています。		

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)
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	退所をした利用者様の家族から電話での相談や手紙など(野菜を届けて頂いたり等)その後も良いお付き合いをさせていただいています。		退所された利用者様のご家族様から新規の利用者様の紹介等をしていただいております。
. 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	利用者様本人が納得されるまで話を聞き、管理者・ケアマネ等と解決法を家族と相談し、家族や本人の希望に応えています。		
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	出来る限り華族から利用者様本人の生い立ちや生活歴を聞き出し、ケアプランに活かし、なるべく今までの暮らしに近い状態で過ごして頂けるよう、努めています。		特に独居(親族がいても)からの入所は把握がしにくいのが現状です。
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	担当ケアマネ、担当医からの情報を把握し、利用者様の現状維持を保てるよう、心掛けています。		
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	日常生活の中で個々の特徴を把握し、介護計画書を作成しています。家族の訪問時や電話等で確認・相談させて頂いています。		新規の利用者様の介護計画書は事前の家族からの聞き取りや施設等を使っていた場合には簡単な情報提供書等を参考にし、入所時にご家族に承諾を頂いています。
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	レベルの低下時や介護更新等で見直しを行っています。ADL低下時には管理者やケアマネ等、家族と相談しながら対応をしています。		現状維持の利用者様でも3ヶ月に一度は必ず、見直し等を行い介護計画書を郵送しています。

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)
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	日報、申し送りノート、トイレ誘導チェックに必ず記入をしているので資料として介護計画に活かしています。必要な場合には市役所で資料を頂き、活用しています。		
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	利用者様が自宅に帰りたい時(家族の都合に合わせ)帰宅していただいたり、気晴らしに家族と外食をしてもらったりしています。		
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	近隣のボランティアの方が少なく、市外から来ていただくことがあります。運営推進会議等で声をかけさせていただいています。		一年に数回は近所の学童保育の園児が遊びに来てくれていて、利用者様との交流を図っています。
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	利用者様本人の身体の状態により家族の希望を最優先し、他の事業所のケアマネにも相談しています。必要であれば他のサービスも支援しています。		
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	介護更新時、運営推進会議は勿論参加して頂き、アドバイスを頂いたり、認知症の勉強会の協力や参加をしています。		他の施設の状況等、包括支援センターの職員様からは密に連絡を取り合っています。
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	家族からの同意、納得して頂き受診をしています。隔週、受診をし必要であれば他の専門医に受診しています。		

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)
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	開設当初から精神科のかかりつけ病院や担当医があり相談や医療、受け入れ等、協力しています。症状によっては、担当医師から紹介状等を書いて頂き、専門医にかかっています。		
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	かかりつけ医の看護師の方とも色々、相談をしながら支援をしています。本人受診時や処方のみ時にはバイタル記録や近況を独自の専用フォームに記入し話をしている。		
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	時間を作り入院先になるべく顔を出すようにし、家族や担当看護師やケースワーカーから情報を聞くようにし、早期退院に備えています。		
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	重度化した場合等には早めに家族、ケースワーカー、ケアマネージャー等に相談しています。場合によっては医師や家族と相談し、ターミナル及び入所、入院先も視野にいれて話をしています。		
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	利用者様が入院している時等、利用者様の状態を早めに見極め、ケースワーカー、担当医、家族と今後の事を密に話し合っています。		ターミナルケア希望のご家族もチラホラ聞こえてきていますので今後、担当医やケアマネ等と相談していきたいです。
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	他の施設に移る前にここでの生活状態を新しい担当職員の方に細かく情報を伝達し(サマリ等に記入したり)納得をして頂けるよう、最大限の努力をしています。		簡単ではありますが独自の『サマリ』も必要であれば提供しています。

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)
・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</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>利用者様の尊厳を尊重しながら利用者様に合わせた言葉かけをし、ケース記録等の管理は慎重に取り扱うよう、ミーティング等で確認をしています。</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>本人の無理のない様、個々に合った理解度に合わせて声掛けや誘導を支援しています。</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>最低限の基本的な生活習慣の流れの中で個々のペースを尊重しています。</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>理美容は定期的に美容師に訪問してもらっています。整髪や口腔ケアは毎朝、毎食後に行っています。(歯科医師から口腔ケアの指導、口腔ケア研修にも参加しています)利用者様が洋服を選べるように聞き取りをし、ご本人が着たい服を着ていただいています。</p>	<p>美容師が2～3ヶ月に1度、訪問してくれ、認知症の理解もしてくれているので、髪を切る前にも声をかけて頂いています。(散髪の最中に色々、話をしてくれます。)</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>食事の献立を一緒に考え、良く食べていた物や食べ慣れている物を皆で相談しながら作るようにしています。食器などの片付けを手伝っていただいたり、食事の仕込み(皮剥き・千切等)を手伝っていただいています。</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>10時、15時には利用者様に飲みたい物を聞き、個別に提供しています。お茶等は好きな時に飲めるよう、声掛けをしています。お酒等も希望があれば家族に相談しながら支援をしています。</p>	<p>利用者様の希望があればご家族との相談にはなりますが、支援をできる体制になっています。</p>

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	トイレ誘導チェックを記入し、排泄パターンを把握し個々に合ったパットを使用しています。なるべく下着で生活ができる様、ケアの向上を図っています。		
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	基本的に個々の希望に合わせた配慮をしていますがある程度、目安の曜日を決めています。(受診等の為)		
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	外出後、入浴後、仕事後には特に休める支援をしています。好きな時に横になってもらったり声掛けをし、利用者様からも都度聞いています。		
(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	個々に利用者様の好みの生活歴を活かした家事、レクリエーションの役割ができており、自ら行ってくださいます。		男性の利用者様が多く、皆でよりも自室で趣味等をしている方が多くみえるのでその支援もしています。
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	なるべく利用者様が買い物をし、支払ができるように支援をしています。		昔と違うお札やコインが判らなくて混乱している場合が多々あります。最近ではスタッフが支払をする機会が増えています。個々の財布はトラブルを回避するために事務所(金庫)で保管し、出納帳を記入しています。
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	外気温に応じ、花壇の手入れや駐車場の掃除を手伝ってもらっています。天気の良い日には散歩、図書館、喫茶店に出かけています。		車での移動だけでなく近所に歩いて行ける範囲に喫茶店もあるので良く、利用をしています。
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	馴染みの方、親族の方が来舎され、自由に外出をしています。ホームでのイベント時には皆様と一緒に出かけます。		

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)
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	電話の場合は他の利用者様がない部屋(自室)に行き、会話をさせていただいています。季節ごとにハガキ等(暑中見舞い・年賀状等)を家族や知人宛に郵送しています。		
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工夫している	事前に連絡をしてもら場合等、別室でゆっくり話ができるようにしています。時には一緒に外出されます。ほぼ毎日、来舎される家族もみえます。		もう少しご家族に来舎して頂けるように働き掛けたいです。
(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	スタッフは皆、[拘束をしてはいけない]事を理解しています。ミーティング等でも都度、確認をしています。個人の自主性を尊重し、強制的に何かをしてもらうという事がないように心掛けています。		
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	居室や玄関は鍵をかけていません。(夜間のみ防犯の為に戸締りをさせて頂いています。)職員は常時、利用者様の行動を見守っていますので、外に出て行かれる利用者様にはスタッフが付き添っていくようにしています。		花壇付近にセンサーを取り付けてあり、出入りが事務所からでも判るようにしています。
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	常にスタッフは利用者様の生活パターンを把握しており、いつでも位置や様子が判るようにしています。		
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	利用者様の心理状態に合わせ、保管場所の変更等を行っています。現在は物品の注意をしなければいけない利用者様は入所されていませんが、なるべく見えない所に保管、管理しています。		
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	『ひやりハット』の記入をしてもらい事故防止に取り組んでいます。火災等は毎年、消防署職員に訪問指導していただいています。		事故があった場合には速やかに市役所にも届を出すよう、心掛けています。(『事故報告書』)

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	独自の『緊急マニュアル』をスタッフで相談し作成しスタッフ全員がわかる場所に設置しています。		
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	1年に1度、消防署職員に訪問してもらい、指導・相談をしていただいています。		1年に1度は職員達だけでの訓練もしていきます。
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	家族から緊急時の連絡先を事前に数か所聞き取りをしており、家族の協力もお願いしています。運営者、スタッフとで対応策を話しています。		『事故報告書』を作成しており、ご家族にも都度報告しています。
(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	毎朝、同じ時間にバイタルチェックをしており、異変があれば管理者に報告し、様子を見ながら病院に受診したりしています。迅速な対応ができる様、上司とも昼夜を問わず連絡を取りあっています。		通常の時も含め緊急時には担当医が往診してくれています。
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	夜勤時に翌1日分の薬をセットしている為、承知しています。用法等は薬局でもらい、スタッフ皆が利用者様の薬の内容に目を通しています。(かかりつけ薬局の薬剤師にも相談等を行っています。)薬の変更があった場合には記録に特記を記入しマーカで印をつけ、解り易くしてあります。特に薬の変更時には気を使い、利用者様の様子を見ています。		
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	毎日の運動等を心掛けています。排便を自然に促せるよう、海藻・野菜を中心とした献立作りを常にしてしています。頑固な便秘や慢性の便秘の方は主治医に相談をしながら対応しています。		
76	口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている	毎食後、入歯や口腔内(舌)を洗浄し、薬にてうがいをしています。定期的に入歯を薬品で洗浄しています。		ボランティアの歯科衛生士の方が瑞浪に見えた時には訪問をして指導をして頂きました。今後もそのような機会があれば活用をしてゆきたいです。

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)
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	個々に声を掛け、水分補給をしていただいています。(おやつ時間以外)食事量の把握は本人に聞いたりチェックをしています。個々に合わせた食事形態(刻み食・お粥等)を支援しています。食事バランスには特に気を付けています。		カロリーは栄養士がいない為、把握困難です。今後は市の保健センター等を活かしていきたいです。
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)	各症状によりマニュアルが用意してあります。インフルエンザの接種は家族や利用者様に確認を得て、接種しています。スタッフ(出退勤時)・利用者様(外からの帰宅時)に手洗い、うがい等も徹底して行っています。		スタッフのインフルエンザ接種代金は会社から助成をしています。常に通達事項や申し送り等で職員に周知してもらっています。
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	使い捨ての手袋を使用し、調理をしています。なるべく生野菜を避け、温野菜で食しています。調理したものはその都度食べ切り、持ち越さない。食品は購入した日付を記入し、冷凍庫等に保管しています。まな板・調理器具は、消毒(漂白・煮沸・天日干し等)をしています。		
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			花壇の手入れや、駐車場の雑草等利用者様と掃除をしたりしています。
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			ハード面では、限界がありますが出来る限り工夫をし、利用者様が心地よく過ごせるように心掛けています。
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	利用者様、個々で自分の居場所を作っているのでスタッフが邪魔にならないよう、見守り等をしています。座席の位置に気を配り、個々の相性や性格から来る揉め事がない様、配慮しています。利用者様同士でご自分の部屋に招き、思い思いに過ごして見えます。		

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)
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	入所時に家族に利用者様の大事にしている写真や小物等を持参して頂けるよう、声をかけています。なるべく以前の自室に近い状態を工夫しています。		声掛けをしていますが、家族の方は古い物品を持って来るのには抵抗があるようで、新し物(下着・洋服等は特に)を揃えて持っていらっしゃるのが現状です。
84	換気・空調の配慮 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	室内に温度計や湿度計を設置し、調節をしています。特に消臭や換気には気を配っています。冬場は加湿器を使用。常に居室を巡回し、部屋の温度等には気を配っています。		
(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 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	個々の身体機能に合わせた設備にはできませんが、手すりや滑り止め等を付け、工夫をしています。段差等のある所はスタッフが気を付け、必ず介助をしています。		
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	利用者様が動きやすい様、衣装ケース等の配置の工夫や利用者様が日にち・時間が判りやすいようにカレンダー・時計の配置にも配慮しています。		
87	建物の外周りや空間の活用 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	中庭を利用し、体力低下の利用者様には体力作りのために散歩をしていただいたり、花壇の手入れをしていただいています。中庭で3時のおやつを食べたり消火訓練をしたりと活用の場としています。		建物の構造上、屋内での全員揃ってのリクリーション場がないのが現状です。

サービスの実績に関する項目

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と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	

【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。)

最近では新規の面談をしていると「たけのこは良い施設だとの評判で(以前入所されていたご家族等から聞いたとの事)是非入所予約をしたい」との声が聞かれるようになりました。職員一同この声を大切に日々、利用者様と一日でも長く暮らしていけるよう更に頑張っています。食事の面でも以前同様、利用者様の栄養・好物等を取り入れ作っています。