

# 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	1475300602
法人名	医療法人社団 東華会
事業所名	グループホーム サリューブルたかつ
訪問調査日	平成 21年2月13日
評価確定日	平成 21年3月17日
評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部

### ○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	1475300602
法人名	医療法人社団 東華会
事業所名	グループホーム サリューブルたかつ
所在地	〒213-0023 川崎市高津区子母口498番地4 (電話) 044-740-5663

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	〒220-0074 神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成21年2月13日	評価確定日	平成21年3月17日

## 【情報提供票より】(平成20年12月30日事業所記入)

## (1)組織概要

開設年月日	平成15年7月1日		
ユニット数	3 ユニット	利用定員数計	27 人
職員数	26 人	常勤	4 人, 非常勤 22 人, 常勤換算 17.9 人

## (2)建物概要

建物構造	鉄骨造り		
	3階建ての	1階	～ 3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)	61,000 円	その他の経費(月額)	52,000 円	
敷金	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	無	
食材料費	朝食	370 円	昼食	390 円
	夕食	410 円	おやつ	0 円
	または1日当たり 円			

## (4)利用者の概要(12月30日現在)

利用者人数	27 名	男性	4 名	女性	23 名
要介護1	1 名	要介護2	4 名		
要介護3	14 名	要介護4	3 名		
要介護5	5 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 83.5 歳	最低 65 歳	最高 93 歳		

## (5)協力医療機関

協力医療機関名	中島クリニック、島脳神経外科、日航ビル歯科室
---------	------------------------

## 【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・南武線武蔵新城駅からバスで南へ5分の市街地にあり、近くの遊歩道に沿って流れる小川に鯉、鴨、野鳥がいて、楽しみながら散歩ができる。</li> <li>・理念として「安心・信頼・使命感」を掲げ、利用者が地域の一人として安心して暮らせるように、信頼のある職員として使命感を持ち、より質の高いサービスを提供することを方針としている。</li> <li>・介護道場を年3回開き、ヘルパー志望の地域住民を対象に研修の場を提供している。</li> <li>・毎日曜日にケアカンファレンスで1週間の変化を検討をし、毎月のケアカンファレンスでモニタリング結果とケアプランの妥当性を検討し、3か月ごとにケアプランの総見直しをしている。</li> </ul>
--

## 【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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・改善課題は事業所が持つ専門知識・経験を地域に提供することであった。</li> <li>・その課題に対し、隣接している同法人の介護老人保健施設と共同で、ヘルパー志望の地域住民を対象に「介護道場」を年3回開き、地域に介護の知識・方法を啓蒙した。</li> </ul>
	<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>管理者が評価の意義を職員会議で説明し、職員全員が自己評価票に記入した。フロア主任が職員と意見を交換してまとめ、管理者が全体をまとめた。</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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・2カ月毎に運営推進会議を開催し、メンバーは主治医、民生委員、地域包括支援センター職員、家族代表、当事業所職員である。事業所の方針、状況を報告し意見交換をしている。</li> <li>・調理員不足の際に、運営推進会議メンバーから紹介を得るなど、運営面に協力をいただいている。</li> </ul>
	<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は家族の面会時に意見、要望を聞き、家族要望書に記入して職員間で情報が共有し、サービスに反映している。リハビリ、病気へのケア、健康維持に関する要望が多い。</li> <li>・苦情受付窓口(事業所、行政、第三者)を重要事項説明書に記載し、契約時に利用者、家族に説明している。</li> </ul>
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自治会に加入し、小学校や地域の運動会、盆踊りに利用者が参加している。また、事業所の納涼祭に地域の方の参加、近隣の小学校のボランティア委員会の生徒たちが年7回来訪、地域の踊りの会やハーモニカ演奏のボランティアを受け入れなど、地域とは密接に連携している。</li> </ul>
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	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	・理念として「安心・信頼・使命感」を掲げている。 ・利用者が地域の一員として安心して暮らせるように、利用者から安心し、信頼される職員としての使命感を持ち、より質の高いサービスを提供することを方針としている。		
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	・理念は各フロアの職員ルームに掲示してある。また、各フロア独自の理念をフロア職員全員で決めて掲示している。 ・毎日の申し送り、毎日曜日のケアカンファレンス、月1回の職員会議・ケアカンファレンスで、常に理念に照らしながら問題解決をするように、管理者が職員を指導している。		
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	・自治会に加入し、小学校や地域の運動会、盆踊りに利用者が参加している。また、事業所の納涼祭に地域の方が参加したり、近隣の小学校のボランティア委員会の生徒たちが年7回来訪して利用者に喜ばれている。また、踊りの会やハーモニカ演奏のボランティアも受け入れている。 ・隣接している同一法人の介護老人保健施設と共同でヘルパー志望の地域住民を対象に介護道場を今年3回開いた。		
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	・管理者が評価の意義を職員会議で説明し、職員全員が自己評価票に記入した。フロア主任が職員と意見を交換してまとめ、管理者が最終的に全体をまとめた。この過程を通じて改善すべきサービスに気づき、改善への取り組みをはじめた。 ・取組事例:高齢化、重度化が進み転倒の恐れが多くなっているため、事故防止体制の見直しと研修を計画している。		
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	・2カ月毎に運営推進会議を開催し、メンバーは主治医、民生委員、地域包括支援センター職員、家族代表、当事業所職員である。 ・事業所の方針、状況を報告し意見交換をしている。 ・調理員不足の際にメンバーから紹介を受けて補充することができた。		

グループホーム サリユール たかつ様

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高津区役所への手続きや家族からの問い合わせ事項の照会などを通じて、高津区役所担当者との連携は出来ている。</li> <li>・来年度は高津区役所担当者にも運営推進会議に出席していただき情報交換・連携をしたいと考えている。</li> </ul>		
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あわせた報告をしている	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月家族に、利用者の事業所内での様子、家族へのお願いごと、介護保険制度の変更点などを記載した手紙を出し、金銭出納帳のコピーとレシートの原本を同封している。</li> <li>・家族の面会来訪時にも利用者本人の日常の様子、健康状態などを報告し、家族からの要望を聞いている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は家族の来訪時に意見、要望を聞き、家族要望書に記入して職員間でその情報を共有し、サービスに反映している。リハビリ、病気へのケア、健康維持に関する要望が多い。</li> <li>・玄関にご意見箱を置くほか、苦情受付窓口(事業所、行政、第三者委員)を重要事項説明書に記載し、契約書に苦情対応の項を設けて、契約時に利用者・家族に説明して意見吸収に努めている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一時期、職員の体調、個人事情などで離職が多かったが、現在は安定している。利用者への影響を最小限にするために、フロア間の職員異動は極力少なくしている。</li> <li>・職員の定着率向上のために年2回職員の意向を調査をして、職員の意見や要望の把握に努めている。また、日常は主任、管理者が職員と常に話し合い意思疎通を図っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内の研修は、法人が契約している講師を招いて内部研修を年4回行い、また、介護道場(同一法人の介護老人保健施設と共同)を開いて認知症、栄養管理などの基礎的な研修も行い、介護技術の向上に努めている。</li> <li>・主任研修などの外部研修に参加した職員は、事業所に研修報告書を提出し職員会議で内容を発表している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・全国認知症高齢者グループホーム協会、神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会(当事業所は幹事)に加入し、研修や情報交換に参加している。</li> <li>・法人内の他グループホームとの交換研修を本年2月から開始している。</li> <li>・市内の同業者と交流機会をもつためにネットワーク作りが必要と考えている。</li> </ul>	○	市内同業者のネットワークを作り、情報交換・相互訪問などを通じてサービスの質の向上を図ることを期待します。

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)
<b>Ⅱ.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					
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	・利用者、家族は事前に事業所を見学し、可能な場合は体験入所も行っている。 ・居室には利用者の馴染みの家具や日用品を持ち込み、今までの生活の延長線上にあるように安心面の配慮をしている。入所開始時は家族と情報連絡を密にして、利用者が不安を感じないように努めている。		
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援					
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	・職員は利用者といっしょに笑い、昔話をし、歌をうたうなど、和やかに過ごす中で、人生の先輩である利用者から学ぶことも多い。 ・職員が疲れているときに利用者が、がんばろうねと声をかけてくれたり、楽しかった、ありがとうと感謝される場面も多い。		
<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					
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	・日常の利用者との会話を通して、利用者の思いや意向を把握している。 ・意志疎通が困難な利用者の場合は、表情、しぐさ、声、機嫌などから思いや意向の把握に努めるとともに、家族から得た情報も参考にしている。		
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し					
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	・毎日曜日のカンファレンス(当日の職員3~4人)で、1週間の変化、気づき、予防について検討をしている。 ・毎月のフロア別ケアカンファレンス(職員8~9人)で、モニタリング結果とケアプランの妥当性を検討している。 ・家族、医師の意見をケアプランに反映している。		
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	・3か月ごとにケアプラン全体の見直しを行い、見直したケアプランについて家族の同意を得ている。 ・次回見直すまでの間に変化を生じた場合は、家族の意見、主治医の指導、職員の観察結果をもとにして、利用者の状況に応じたケアプランの見直しをしている。		

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)
<b>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)</b>					
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	・同一法人の隣接する介護老人保健施設と連携を図り、当事業所の利用者が重度化した場合の対応方法などを相談している。 ・家族、地域の住民からの照会があれば、同一法人の病院、介護老人保健施設、デイサービスなどの情報を提供している。		
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	・中島クリニック(隔週往診)、島脳神経外科(必要に応じて通院)、日航ビル歯科室(毎週往診)などの協力医療機関により利用者の健康を管理し、利用者の希望があれば、入所前のかかりつけ医からの受診にも対応している。		
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	・ターミナルケアの指針があり、主治医、看護師との24時間医療連携体制が整っている。 ・ターミナルケアを必要とする場合は、主治医、看護師、家族と連携を取り、利用者・家族の意思を確認して必要な対応を行っている。		
<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>1. その人らしい暮らしの支援</b>					
<b>(1)一人ひとりの尊重</b>					
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	・職員は利用者への言葉かけで、誇りやプライバシーを損ねるような対応はしていない。他人に聞かれない内容は小声で話している。 ・トイレや入浴介護の場合のプライバシー保護についても、全職員が周知している。 ・個人情報保護法について玄関に掲示し、家族には契約時に説明している。職員には入社時研修や内部研修で教育している。		
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	・利用者の希望や思いを把握して、一人ひとりのペースに合った支援を行っている。朝の起床時間や散歩等についても本人の意志を尊重している。 ・利用者の認知症の重度化が進んでいるが、掃除や洗濯物たたみなど利用者のできることを実践を通して、残存能力の維持に努めている。		

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)
<b>(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</b>					
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	・食事では配膳、下膳、茶碗・テーブル拭きなど、できる範囲で利用者に参加をお願いしているが、楽しく手伝ってもらっている。 ・栄養バランスや献立の多様性を図るために、週3日業者から食材を調達している。献立には利用者の好みや希望を取り入れている。職員も利用者と一緒に楽しみながら食事して、楽しい雰囲気を醸している。		
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	・入浴の日・時間は、職員数の少ない夕方や夜を除いて、原則的に利用者の希望に応じている。日中はタイミングを見ながら入浴の声掛けをしている。 ・利用者は少なくとも週2日の入浴をしている。		
<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>					
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	・気分転換のために毎日簡単なスクワット体操を行っている。 ・利用者はレクリエーション活動として、歌・踊り・ぬり絵・貼り絵・カラオケ・アートフラワーなどを楽しんでいる。 ・金銭管理ができる利用者にはお金の管理を任せ、買物を自分の判断で行うように職員が支援している。		
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	・天気の良い日は車椅子の利用者を含めて毎日散歩に出かけるように努めている。家族来訪時には家族と一緒に散歩するように依頼している。 ・買物ツアーを行うこともある。また、スーパーで好きなものを買いたい、お金を自分で払うときの利用者の表情は生き生きしている。 ・車での通院時に、他利用者も同乗してドライブを楽しむこともある。		
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	・日中は玄関、居室に鍵を掛けていない。日中は各居室のドアを開けて利用者の在室有無を確認し、また、フロアでは職員が常に利用者の動向に注意している。 ・利用者の外出傾向や外出したい気持ちを職員が把握して、利用者の気持ちに添った支援を心がけている。		
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	・年2回消防署の協力を得て、避難訓練を行なっている。地域の防災協力について運営推進会議で話し合った結果、平成21年9月に共同で訓練する予定になった。 ・災害防災マニュアルがあり、組織図、役割分担、連絡網を事務室に掲示している。 ・隣接する同一法人の介護老人老健施設を避難場所とし備蓄食料も確保している。		

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)
(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	・食事や水分の摂取量は毎日記録して摂取量のコントロールをしているが、不足の場合は3時と夕食時に追加している。 ・栄養摂取面では食材業者のカロリー数値などを参考にしてバランスに配慮し、その上で利用者の好みを食事の献立やおやつに反映するように配慮している。		
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					
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	・居間にテーブルを3か所置いて、気の合った者どうしでくつろげるようにしている。また、1人で座れる椅子も用意してある。 ・廊下や居間に生活感のある、造花や貼り絵・写真を飾っている。また、利用者と職員が協力して1年間かけて作った大作「ねずみの貼り絵」が掲示され、利用者が説明してくれた。 ・明かりや音は利用者が落ち着いて生活できるように、職員はこまめに調節している。		
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	・居室には馴染みの家具やベット等が持ち込まれている。先祖代々の位牌を入れた仏壇を持ち込み、先祖の命日に家族が来てお参りをしたり、本人の嫁入りタンスを置くなど、利用者の希望に添った居心地の良い居室になっている。 ・各居室の入口に縦型の手摺があり、これにつかまりながらドアを楽に開閉できるように工夫している。		

# 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
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	医療法人遮断東華会 サリユールたかつ
(ユニット名)	1階、2階、3階
所在地 (県・市町村名)	川崎市高津区子母口498-4
記入者名 (管理者)	小野 フミ
記入日	平成 21年 1月 5 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)
<b>I. 理念に基づく運営</b>			
1. 理念と共有			
1	<input type="checkbox"/> 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	当事業所の入居者様は、開所時から5年以上の方もおります。現状事業所の理念に添うものになりました。	
2	<input type="checkbox"/> 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	今年度各階独自の理念を全員で決め、ケア自体をも直しながら援助をしている。現状重度化傾向にて、日々のケアの追われている状態	
3	<input type="checkbox"/> 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	家族面会時は、日々の入居者の様子を伝えてながら、安心出来る生活を援助していることを理解してもらっている。また散歩時は、地域の人を挨拶を交わし会話を楽しんでいる。	<input checked="" type="radio"/> 近隣への外出の機会を増やししながら、時間をかけながらホームの場所や生活の内容などを知ってもらえるようにする。
2. 地域との支えあい			
4	<input type="checkbox"/> 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	玄関前にベンチをおき、近隣の方が散歩途中で休憩している。近所の方が、手作りの品を届けてくれた。ホームの入居者が楽しめるようにと気遣ってくれている。	
5	<input type="checkbox"/> 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	、町内会の祭り等に参加、また小学校のボランティア訪問、運動会などを観に行っている。	

サリューブルたかつ(1階)

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	地域貢献は今後の課題と感じている。法人が主体となって、介護の研修を行っているので、グループホーム開放し、見学提供している。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	外部評価項目の周知徹底のため、すべて自己評価は各階の職員自信で記載している。今年度評価をうけ、具体的な改善を検討していく	○	評価することで、事業所また1階で検討すべき点について、職員同士話し合い改善に取り組んでいる。また毎年検討すべきと考える。
8	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は2ヶ月1回開催している。町内会委員との連携がとれて、人材不足や重度化などでケアの負担が多くなっていることなど情報として話したところ、調理員の採用が出来、活躍している。		
9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	川崎市役所との連携は十分でないが区役所・保健所など調査立ち入りがあり、事業所の現状を説明、アドバイスを受けている。		
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域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	1階職員の中には、進んで研修を受けたり、資格取得へ意欲をもっている。成年後見をつけている家族もあり、学べる環境である。		
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	現在事業所では、身体拘束委員を設け、各階の転倒後の処遇などを話し合っている。毎月1階会議開催し、虐待防止検討また予防対策など検討し、実施へとつなげている。		

サリユーブルたかつ(1階)

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>契約時は十分な説明、また過去の家族の捉え方や、入居者の状況から予測される項目などを交えて、理解出来る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>契約時は十分な説明、また過去の家族の捉え方や、入居者の状況から予測される項目などを交えて、理解出来るように説明している。</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>入居者に変化があった場合、詳細に電話連絡をしている。金銭管理は面会時に台帳を確認し印をもらっている。職員異動に関しては、家族のお便りや、異動者を紹介して安心と信頼関係を保っている。</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>苦情受付を設置している。また職員へは家族の意向を十分に理解しその気持ちに沿って行動し、解決困難な事例については、法人に相談協力して改善している。1階では苦情に対しホーム長へ書面で提出指示を受け対応していく</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>法人が主になり職員にアンケートや意見を聞く機会を設けて、反映させている。</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>入居者の状態により、バランスを考慮しながら職員確保を話し合い、勤務調整のため調理人を確保したり、余剰職員のヘルプなど願う</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>入居者の状況や影響を考慮、また職員の力量などを考慮の上、運営会議で決定し異動を行う。入居者への影響を最小限にすべく異動人員は1～2人とする。</p>	

サリユーブルたかつ(1階)

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)
<b>5. 人材の育成と支援</b>			
19	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>法人主催で、新人研修、介護力アップのため順次介護道場と称する研修を開いている。また資格取得のための研修を内外へ向け開催している。</p>	
20	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>現在地域同業者との交流は少ない。ごく管理者研修などで知り合ったホームの交流をするぐらい。川崎市のグループほ一むネットワーク作りが急務と感じる</p>	
21	<p>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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</p>	<p>職員のストレス軽減として交流のため忘年会等実施しているが、法人主導で、事例発表(職場環境中心として)など、今は職員からのストレス調査をしながらいかにストレスを軽減していくか、職場環境を良くしつつ軽減を図っている。</p>	
22	<p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>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</p>	<p>職員個々の努力を評価し給与へ反映していく。ステップアップシートを自分で作成し、一定期間内で自己診断・反省が出来る体制をとっているが管理者会議で、職員向上のスキルを検討中である。</p>	
<b>II. 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	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>アセスメント時、本人の不安や混乱、また家族の考えを傾聴するが、入居後コミュニケーションを全職員が取りながら、思いを受け止めるようにしている。</p>	<p>○ 認知軽度者からは、好みの職員に関ってもらいたいと希望することがある。馴染み関係は大切だが、それ以外の職員にも気軽に相談できるようなフロアーを目指したい</p>
24	<p>○初期に築く家族との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>管理者が良く家族の話の聞いているようです。入居にあたり事業所と家族との信頼関係を構築することで、家族の不安や困りごとなどうけとめている。</p>	

サリユールたかつ(1階)

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	家族からの要望や相談を受けたときは、内容を見極めたのち関係機関や医療的なことへ対応していく。		
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	グループホームご入居の際、出来るだけ本人馴染みの用具や食器使用していた布団など、新しい物でなくご持参するようお願いし、生活していた状況で過ごせる様、部屋の模様など考えてくれるようアドバイスをしますが、家族の意向もあり一部の入居者にとっては味気ない状況ではある。		
<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 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	買い物への同伴、家事参加への協力などをお願いした場合など、心からお礼をつたえ、お互いの信頼関係の構築に努めている。		
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	家族からの情報を獲得後、その情報を活用しながらホームでの生活へとつなげながら、職員と入居者お互いに支えあいながら、穏やかに日々を過している。		
29	○本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	家族として、入居者へ支援している場合は、特にこえ掛けなどをせず、暖かく見守りを実施していく。		
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	職員は、本人を取り巻く関係を把握しており、入居者要望などで訪問者がある場合、気持ちよく迎えている。入居者はもちろん訪問者との関係をも支援している。		
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	入居者同士の関係には、常に孤立しない様見守りながら、お互いに関れるよう取り持っている。各人の個性を尊重しながら関係がスムーズになるよう支援している。		

サリユーブルたかつ(1階)

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	退所後、連絡便りなど交わすこともある。自立と判定され自宅へ帰っても。うつ症状など心配なので在宅などのサービス機関情報を伝えている。		
<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 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	ケアプラン更新時、アセスメントをして本人の意向と家族意向を聞き調整を図らなければならない事も発生するが、出来るだけ本人ならこう希望するだろうと推測しその意向に沿っていく。		
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	入居時のアセスメントで馴染みの暮らしや、生活環境を把握できるが他施設からの入居や家族情報が少ない場合は、面会時友人や馴染みの訪問者から聞き、把握している。		
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	日々の申し送りを重視して、全職員が入居者の状態を把握できるようにしており、日曜ごとのカンファレンスで出きることや出来ないことなどを全体像を通して把握してる。		
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し				
36	○チームでつくる利用者本位の介護計画 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映した介護計画を作成している	ケアプランは全職員で作成する。日々家族へ情報を伝えているので家族意向を含め、モニタリングをしながら職員意見を取り入れて作っている。		
37	○現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じ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	変化が生じた場合はまず、家族と話し合いを行い見直しをするが、主に入院や骨折などの場合が多い。ゆるやかな変化の場合は状況を見極めてからとしている。		

サリユーブルたかつ(1階)

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	全階共通事項です。個別記録には、職員のきずきや主観も記載している。夜間から日中への連絡なども申し送りノート等を活用して入居者の情報を共有するようにしている。		
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	グループホームの柔軟な支援として、すぐ当日に行動出来ることや、ホームでの生活が困難になってきたときなど、老健たかつと連携と取りながら入退所を相談する。また他施設との連携なども取っていく。		
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	踊りの会やハモニカ、小学校ボランティアなど協力を得ながら支援している。		
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	退所後、連絡便りなど交わすこともある。自立と判定され自宅へ帰っても、うつ症状など心配なので在宅などのサービス機関情報を伝えている。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	ホームでの生活が困難となった場合など、地域包括センターと相談したり、地域の訪問事業所の情報を提供してもらうこともある。運営推進委員会に地域包括の職員さんの出席があるので相談やアドバイスなど連携しやすい。		
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	今年4月から訪問診療を導入しています。月2回の診療体制をとりながら、主治医指導により、救急体制もととのっている。		

サリユールたかつ(1階)

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	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>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</p>		
45	<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>		
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>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</p>		
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>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</p>		
48	<p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>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</p>		
49	<p>○住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>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</p>		

サリューブルたかつ(1階)

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)
<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	○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	排泄時、耳元で促すよう注意している。拒否がある場合は時間をおいたり、別の職員がこえかけしたり、プライバシーを尊重してるが、難聴の場合など困難ではある。記録への個人情報配慮し、K、Mなどに置き換えている。	
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	自己決定を尊重するあまり、ケアが出来ない事もあるが、買い物や散歩など本人の希望を聞きながら援助し無理強いはしてない。	
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	入居者の希望を大切にしている。特に朝起床できず、臥床を希望する場合など、適当な時間まで入床を見守っている。	
(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	本人希望の洋服など、何度も同じものを着用することを援助してるが、限界もありその時は、本人にわからない様になら洗濯をする場合もある。さりげない支援を心がけている。	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材は外部から搬入しているが、季節や行事の食材が来るので楽しめる。ホーム内では、入居者はおもに家事参加など、出来ることから少しの自立を目指している。献立を聞いた、食事時間を共にすごしている。	
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	お酒や飲み物などの嗜好品は希望にそって援助する。大きな行事等では、「ビール」やお酒をたのしみます。	

サリユールたかつ(1階)

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	個々個人の排泄を把握し、チェック表に記載、リズムを把握し排泄の時間を決めている入居者もいる。失敗した場合などさりげなく介助するようにしている。		
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	入浴拒否入居者へは、こえ掛けを工夫したりタイミングを考えて、穏やかな気持ちで入浴できるよう支援している。		
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	休息の時間は、個々の希望にあわせて、自由に居室で過せるよう、見守り重視としている。入眠できない場合も多く、遅くまでおきてることもあるが、本人のペースを見ながら入床を進めている。また主治医と連携しながら、処方薬を与薬したり主治医に相談、指示をうけながら本人負担のないように支援している		
<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 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	入居者のなかには意欲をなくしていることもあり、役割や仕事などで達成感を感じてもらうため、家事参加をお願いする。率先して家事参加する方元気に体操したり、口腔ケアに参加したり、フロアでのカラオケを楽しんだりしている。		
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	金銭の管理は、個人で管理している入居者がいます。入居者は買い物で支払いをしたり、職員へ頼んで買ったりと個人で所持するお金を有効に使っている。いつでも何か買える様援助をしている。		
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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	特に気候の良い時や気温に注意しながら散歩、買い物へでかけることが多い。近くに散歩知る場所があるのでよく出掛けしている。		
62	○普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	特別な外出へはほとんどご家族様と一緒にになります。事業所からは、重度化と人員不足のため今期のバス旅行は延期しておりました。入居者から傾聴時行きたいところなどと感じた場合、連れ出せるかどうか家族意向も伺いながら本人意向に沿えるようお願いしています。		

サリューブルたかつ(1階)

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	1階には、軽度認知症で家族や友人へはがき・手紙を出す入居者がいます。本人自由に書いて投函は職員が受け持っています。		
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	訪問者は多い。いつでも訪問できるよう規制はしてない。自然なかたちで迎え、落ち着いて会話が出来るよう居室での談笑を進めている。		
<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 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	法人とも身体拘束は厳重に禁止しています。たとえ家族からの要望があっても、話しをし理解を求めています。		
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	以前から施錠の問題が起きていたが、現在は施錠を行っていない。職員間でも、外出希望のある場合同行している。夜間の帰宅願望頻回な入居者もいるのだが、防犯上施錠としている。		
67	○利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	安全は当事業所の理念の一つです。日中夜間共に入居者の所在を確認、様子観察をおこなっている。立ち上がりなどにはすばやく対応し、安全を確保する。プライバシーは安全と裏腹なときもあり、状況に応じながら配慮している。入浴などで車イス入居者へは、スクリーンを使用している。		
68	○注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	危険と思われる洗剤、包丁など使用してない時は、施錠をする。1階では、異食者もなく使用する場合は見守りをして、使っている。		
69	○事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	事故発生に関しては、事故報告書を提出。予防対策としてカンファレンスを実施、防止方法の検討及び職員共有とし、個々のケアプランに記載しているものもある。		

サリューブルたかつ(1階)

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	定期的には実施はしてない。ある程度の基礎的な訓練は実施する。予備知識として、急変状態の捉え方など話している。		
71	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	年2回の避難訓練を実施している。地域との共同は今年度は出来なかったが、運営推進委員へお願いして21年9月に共同での訓練を考えている。また老健たかつが地域の避難所となっているので、通常の訓練では、避難場所としている。		
72	○リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている	転倒予想される場合や体調の変化、認知進行から考慮される事故など家族へ事前にはなしている。対応も状況確認しながら、何が本人にとって大切かを第一と考えている。		
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	入居者の変化は、どんな場合であっても職員間で共有している。小さな出来事でもノートを活用、職員の考えと、すぐそれを対応、だめな場合は別の対応とすることで、入居者の状況判断が付き、早期発見となっている。		
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	服薬は各階共通で実施する。薬は薬局の居宅療養管理を導入し、服薬の支援をおこなっている。職員は説明書熟読し問題点など疑問を感じるようであれば、訪問診療時主治医へ報告指示を仰いでいる。薬の説明書を常に見るよう申し送っている。		
75	○便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	各階共に、自然な排便を心がけているが、便秘に限らず、体を動かすよう、朝のラジオ体操や散歩を奨励している。特に便秘傾向の入居者には、主治医から状況によって服用するよう処方されている。食材での予防としてヨーグルトなどおやつとして提供している。		
76	○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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	毎食後必ず口腔ケアを行う。また歯周病の入居者へは訪問歯科と契約、週1回歯科医の受診がある。		

サリューブルたかつ(1階)

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	<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>ケアプラン等にも食事の量をコントロールするよう管理をしている。水分量、カロリーなどすべてを書面に記載し日単位で記載、日々の健康管理に役立っている。</p>	
78	<p>○感染症予防</p> <p>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)</p>	<p>感染症特にインフルエンザは、毎年実施。ノロウイルスや風邪などの対策に除菌水を空中散布する。</p>	
79	<p>○食材の管理</p> <p>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</p>	<p>調理器具消毒徹底、毎回あるいは夜間時に必ずコップ、調理器具等消毒し、チェックをしている。食材余分購入せず常に新鮮な食材を提供している。</p>	
<p>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</p>			
<p>(1)居心地のよい環境づくり</p>			
80	<p>○安心して出入りできる玄関まわりの工夫</p> <p>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</p>	<p>玄関周り、季節の花やベンチを置き、近隣住民や子供たちの休息場となっている。</p>	
81	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>当事業所では、ステーションが広く職員着席が、入居者を監視するような状況になるので、各階それぞれ独自に視線を遮断出来るよう工夫してある。明かりや音に関しては、入居者の希望に添って調整している。</p>	
82	<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>一人になれる場所を提供して。ソファをはなれた場所に置いたりイスをおいたり、入居者が一人で過ごせるような環境を提供している。</p>	

サリユールたかつ(1階)

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	使い慣れたベットやタンスなど持ち込んでいる。自分の思い出の物で安心して暮らせるよう、入居時家族の協力と理解を頂いている		
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	消臭剤・除菌剤で匂いをけしている。換気及び温度はこまめにチェックしながら、入居者の要望にあわせている。		
<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 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	手すりやトイレの立ち上がりを補助できるよう設置してある。個人の状況で、ベット周りのサイドレールなど家族と話し合いながら、本人の環境を整えてある。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	小さな自立を目指し、もう一度自立の意味を考え、出来ることを重視しながら支援している。		
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	ベランダ活用は1階のみとなる。バーベキューをしたり、日光浴をしたりする。2・3階のベランダは、幅も狭く転落予防のため活用はひかえている。		

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
94	利用者は、その時々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

サリ्यूブルたかつ(1階)

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、生き活きと働いている	○	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。)

開所以後健康管理の面で不安があったので、平成20年4月ご家族様のご理解とご了解を頂き、また主治医と連携しながら訪問診療を導入いたしました。訪問診療により、通院負担の改善及び通院による入居者の混乱が改善された。居室やいつも座る自席での診療は、和やかで入居者が安心して、主治医と会話をしながら悩みや不安を訴えています。主治医も楽しそうに診察をしている様子が伺えます。なによりも緊急事態の後方病院確保出来たことが、介護職員にとって安心出来ることでした。すでに入院経験者もあり、病院との連携や、救急車内での時間待ちが改善されています。当事業所の重度化で終末期を迎える入居者もあり、主治医と職員、家族の話し合いもおこなわれチームとして動き出しています。

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)
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
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	当事業所の入居者様は、開所時から5年以上の方もおります。現状事業所の理念に添うものになりました。		
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	今年度各階独自の理念を全員で決め、ケア自体をも直しながら援助をしている。現状重度化傾向にて、日々のケアの追われている状態2階では、日々のサービスの提供時や理念の意識づけのため職員間へ話し合う場をもっている。		
3	○家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、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	言葉やパンフレット等をどうしてわかりやすく理念を伝える工夫をしている。家族との交流時などホームの理念をわかりやすく伝えている。		
2. 地域との支えあい				
4	○隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	散歩や買い物時など近隣住民が挨拶だったり、声をかけてくれたり、日常的に行われている。		
5	○地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、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	、町内会の祭り等に参加、また小学校のボランティア訪問、運動会などを観に行っている。参加すると接待を受け入居者との交流が出来ます。		

サリユールたかつ(2階)

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	地域貢献は今後の課題と感じている。法人が主体となって、介護の研修を行っているので、グループホーム開放し、見学提供している。	○	2階では、軽度の入居者が多いので、地域交流を模索していきたい。何度か買い物ツアーなどへ行って入るが、活発な活動を支援したい
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	外部評価項目の周知徹底のため、すべて自己評価は各階の職員自信で記載している。今年度評価をうけ、具体的な改善を検討していく	○	評価の理解を更に深める事が必要と感じている。運営会議で検討し、質の向上を目指して改善していきたい。
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2ヶ月1回開催している。町内会委員との連携がとれて、人材不足や重度化などでケアの負担が多くなっていることなど情報として話したところ、調理員の採用が出来、活躍している。		
9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	川崎市役所との連携は十分でないが区役所・保健所など調査立ち入りがあり、事業所の現状を説明、アドバイスを受けている。		
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域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	各階職員の中には、進んで研修を受けたり、資格取得へ意欲をもっている。成年後見をつけている家族もおり、学べる環境である。		
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	現在事業所では、身体拘束委員並びに虐待防止委員を設け、各階の暴力行為ある入居者の処遇などを話し合っている。		

サリューブルたかつ(2階)

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>契約時は十分な説明、また過去の家族の捉え方や、入居者の状況から予測される項目などを交えて、理解出来る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>入居者意見や苦情に対し、受けた職員が苦情を職員全員に報告連絡ノート活用している。苦情のマニュアルに添い、関係機関へ説明や状況報告など行う。各階へフィードバック後カンファレンスで話し合い結論を提出、実施していく</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>家族便りは月毎に送付している。また訪問時には、暮らしぶりや行事写真などを掲示、金銭管理では、必ず残金を確認してもらい印・署名を頂く</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>家族意見や苦情に対し、受けた職員が苦情報告書として管理者へ提出。苦情のマニュアルの添い、関係機関へ説明や状況報告など行う。各階へフィードバック後カンファレンスで話し合い結論を提出、実施していく</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>職員の意向調査を年1～2回法人が実施している。各主任懇談会や基礎研修などで、意見を聞く機会を持っている。フィードバックされ事業所であらためて対応となっている。</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>勤務時間調整は、現在調理員を入れ職員負担軽減し、人員不足階への余剰階から援助体制をとっている。また勤務超過へは時間外手当等支給し、職員確保は法人がおのおの実施してる。</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>入居者の状況や影響を考慮、また職員の力量などを考慮の上、運営会議で決定し異動を行う。入居者への影響を最小限にすべく異動人員は1～2人としている。</p>	

サリユールたかつ(2階)

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)
<b>5. 人材の育成と支援</b>			
19	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>法人主催で、新人研修、介護力アップのため順次介護道場と称する研修を開いている。また資格取得のための研修を内外へ向け開催している。</p>	
20	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>現在地域同業者との交流は少ない。ごく管理者研修などで知り合ったホームの交流をするぐらい。川崎市のグループは一むネットワーク作りが急務と感じる</p>	<p>○</p> <p>交流研修会を今年度は実施しておらず、交流の機会もなくなっている。川崎市指導あるいは協議会等の設立が必要。ネットワークを作り、研修交流をする。法人内での研修は、参加者交流はあるものの、実際の研修形式でないので、21年度に向け、考慮実行したい。</p>
21	<p>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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</p>	<p>休憩の時間や居場所を設置してる。職員からの意見や要望など配慮されている。</p>	
22	<p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>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</p>	<p>人員不足のために激務であったが、法人は職員の意識向上のための取り組みをしている。</p>	
<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	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>本人の思いや不安を受け止めることから始め、話しかけや何気ない言葉から本人にとって何が一番安心出来ることかを探っている。それを職員で共有していく。</p>	
24	<p>○初期に築く家族との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居後フロアでの相談はおもに入居者様が安心して暮らしているのかどうかである。家族の不安を取り除くために、情報を提供し、直近の出来事などを話して、信頼関係を作り出している。</p>	

サリユールたかつ(2階)

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	家族からの要望や相談を受けたときは、内容を見極めたのち関係機関や医療的なことへ対応していく。		
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	グループホームご入居の際、出来るだけ本人馴染みの用具や食器使用していた布団など、新しい物でなくご持参するようお願いし、生活していた状況で過ごせる様、部屋の模様など考えてくれるようアドバイスをしますが、家族の意向もあり一部の入居者にとっては味気ない状況ではある。		
<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 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	2階では、軽度認知症の入居者が多いので、一緒に会話をしたり、レクをしたり、思い出話をしたり、共に同じ時間を過していることを、職員は感じている。雰囲気作りは良く、入居者との関係は良い。		
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	家族と共に入居者の状態や日々の暮らしを支えるために、訪問時に出来事を必ず伝えている		
29	○本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	ご家族と入居者間のさまざまな出来事は、出来るだけ介入を控えている。家族間の問題など、職員ではどうにもならない事もある。ただ家族の相談を受けた場合や、困りごとなどの件については、良い関係を作れるよう支援していく。		
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	居室内へ自分の好きなものや、元気に活躍していた時の思い出の品など持ってきているので、その時のお友達や、場所の話を介助しながら話すこともある。		
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利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	軽度の入居者が多いため、時にケンカなど発生するが、かわり合いを大切に、仲裁に入ったり、個別に傾聴したり、孤立させることはない。		

サリユーブルたかつ(2階)

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	2階に入居者ですが、退所後、管理者が連絡便りなど交わすこともある。自立と判定され自宅へ帰っても。うつ症状など心配なので在宅などのサービス機関情報を伝えている。		
<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 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	入居時アセスメント、更新アセスメントから意向を把握、困難な場合はカンファレンスで検討しながら、その気持ちに沿えるよう努める。		
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	職員間では、情報を共有するシステムを作っているので、サービスの内容なども計画書で確認できている。		
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	ケア記録にすべての出来事を記載しているの。また申し送りノートなどを活用して把握できている。		
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し				
36	○チームでつくる利用者本位の介護計画 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映した介護計画を作成している	介護計画は原則関る全職員の意見を反映、家族の要望なども検討しながら組み込んでいく。フローカンファで提議、日曜カンファでの提議事項を参照して作成している。		
37	○現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じ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	3ヶ月ごとの見直しをしている。著しい変化は特に転倒や骨折入院で生じますので、その段階で検討している。状況を確認のうえ、家族と相談しながら作成する。		

サリューブルたかつ(2階)

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	個別の出来事をケア記録に記載しているので、職員の情報をも検討している。特にカンファレンスでそれらを検討し、現在の実施内容とも計画の見直しを行っている。		
3. 多機能性を活かした柔軟な支援				
39	○事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている	グループホームの柔軟な支援として、すぐ当日に行動出来ることや、ホームでの生活が困難になってきたときなど、老健たかつと連携と取りながら入退所を相談する。また他施設との連携なども取っていく。		
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	地域資源の共同は、限られており外出見失い当発生に協力しているが、現在はとくにない。ボランティア(小学生)民生委員の運営推進参加など協力体制整っている。今後は、避難訓練など地域との連携を図りたい。	○	
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	退所後、連絡便りなど交わすこともある。自立と判定され自宅へ帰っても、うつ症状など心配なので在宅などのサービス機関情報を伝えている。入居者の退院後のリハビリを医療関係機関で支援している。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	ホームでの生活が困難となった場合など、地域包括センターと相談したり、地域の訪問事業所の情報を提供してもらうこともある。運営推進委員会議に地域包括の職員さんの出席があるので相談やアドバイスなど連携しやすい。		
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	今年4月から訪問診療を導入しています。月2回の診療体制をとりながら、主治医指導により、救急体制もととのっている。		

サリユールたかつ(2階)

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	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>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</p>		
45	<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>		
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>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</p>		
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>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</p>		
48	<p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>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</p>		
49	<p>○住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>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</p>		

サリューブルたかつ(2階)

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)
<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	○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	本人を傷つけないよう誘導のこえ掛けや対応に配慮してる。職員は入居者の前で全ての入居者のプライバシーをうっかり話さないとの徹底に努めたい。記録の個人情報はA、Bなどに変えて伝える事もある。	
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	自己決定はあらゆる場面で行っている。特に軽度の入居者が多いので、説明や納得を得てから援助している。	
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	まず入居者の希望に添えるよう日々の生活を検討している。一応の規則はあるものの、入居者形態により、好きな番組夜遅くまでとか、好きな時間に自分のやりたいことをするなど、軽度入居者のフローア特色だと感じる。	
(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	月一の訪問美容や、毎週水曜日に整容時間を設け、身だしなみを援助している。外の美容院へ出掛ける入居者もあり、ご協力いただき、行きたい時間を配慮して頂いている。	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食材は外部から搬入しているが、季節や行事の食材が来るので楽しめる。ホーム内では、入居者はおもに家事参加など、出来ることから少しの自立を目指している。献立を聞いたリ、食事時間を共にすごしている。	
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	お酒や飲み物などの嗜好品は希望にそって援助する。大きな行事等では、「ビール」やお酒をたのしみます。	

サリューブルたかつ(2階)

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	排泄リズム把握は事業所統一のチェック表で行うことにより、把握する。個々の排泄リズムにより、状況観察し援助している。拒否ある場合など対応の工夫をしている。暴力のある入居者もあり、職員間の協力で実施している。		
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	週2回入浴援助は原則だが、拒否される場合もあり、対応を工夫している。時間を考慮したり体調を観察したり、苦勞する。軽度なので都合よくいかないこともあり、個々の気分を見計らって入浴援助となる。		
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	休息時間は入居者個々に判断して自室で取っている。定期に臥床を必要とする入居者もあり、状況判断で援助している。また昼夜逆転の入居者へは、主治医と相談、その指示にしたがっての支援となっている。		
<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 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	入居者のなかには意欲をなくしていることもあり、役割や仕事などで達成感を感じてもらうため、家事参加をお願いする。率先して家事参加する方元気に体操したり、口腔ケアに参加したり、フロアでのカラオケを楽しんだりしている。		
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	金銭の管理は、個人で管理している入居者がいます。入居者は買い物で支払いをしたり、職員へ頼んで買ったりと個人で所持するお金を有効に使っている。いつでも何か買える様援助をしている。		
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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	特に気候の良い時や気温に注意しながら散歩、買い物へでかけることが多い。近くに散歩できる場所があるのでよく出掛けている。		
62	○普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	特別な外出へはほとんどご家族様と一緒にになります。事業所からは、重度化と人員不足のため今期のバス旅行は延期しておりました。入居者から傾聴時行きたいところなどと感じた場合、連れ出せるかどうか家族意向も伺いながら本人意向に沿えるようお願いしています。	○	外出できる入居者が多いので、1階3階と共同で、入居者の希望する場所へ出掛けてみたい

サリユーブルたかつ(2階)

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	2階入居者は家族へ手紙を書くので、気乗りしないときなど、がんばれるような声をかけながら、見守り書き上げる達成感を感じてもらい、投函同行している。		
64	○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	訪問者は多い。いつでも訪問できるよう規制はしてない。自然なかたちで迎え、落ち着いて会話が出来るよう居室での談笑を進めている。		
<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 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	法人とも身体拘束は厳重に禁止しています。たとえ家族からの要望があっても、話しをし理解を求めています。		
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	施錠問題以前に発生した階ですが、現在は安定し施錠なし。発生の場合は、記録をしている。		
67	○利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	安全は当事業所の理念の一つです。日中夜間共に入居者の所在を確認、様子観察をおこなっている。立ち上がりなどにはすばやく対応し、安全を確保する。プライバシーは安全と裏腹なときもあり、状況に応じながら配慮している。入浴などで車イス入居者へは、スクリーンを使用している。		
68	○注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	危険と思われる洗剤、包丁など使用してない時は、施錠をする。1階では、異食者もなく使用する場合は見守りをして、使っている。		
69	○事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	事故発生に関しては、事故報告書を提出。予防対策としてカンファレンスを実施、防止方法の検討及び職員共有とし、個々のケアプランに記載しているものもある。		

サリューブルたかつ(2階)

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	ヒヤリハット報告書作成。組織委員会で身体拘束・事故検討委員今期より始めている		
71	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	年2回の避難訓練を実施している。地域との共同は今年度は出来なかったが、運営推進委員へお願いして21年9月に共同での訓練を考えている。また老健たかつが地域の避難所となっているので、通常の訓練では、避難場所としている。		
72	○リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている	転倒予想される場合や体調の変化、認知進行から考慮される事故など家族へ事前にはなしている。対応も状況確認しながら、何が本人にとって大切かを第一と考えている。		
<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 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	入居者の変化は、どんな場合であっても職員間で共有している。小さな出来事でもノートを活用、職員の考えと、すぐそれを対応、だめな場合は別の対応とすることで、入居者の状況判断が付き、早期発見となっている。		
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	服薬は各階共通で実施する。薬は薬局の居宅療養管理を導入し、服薬の支援をおこなっている。職員は説明書熟読し問題点など疑問を感じるようであれば、訪問診療時主治医へ報告指示を仰いでいる。薬の説明書を常に見るよう申し送っている。		
75	○便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	各階共通事項だが、自然な排便を心がけているが、便秘に限らず、体を動かすよう、朝のラジオ体操や散歩を奨励している。特に便秘傾向の入居者には、主治医から状況によって服用するよう処方されている。食材での予防としてヨーグルトなどおやつとして提供している。		
76	○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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	毎食後必ず口腔ケアを行う。また歯周病の入居者へは訪問歯科と契約、週1回歯科医の受診がある。		

サリューブルたかつ(2階)

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	<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>ケアプラン等にも食事の量をコントロールするよう管理をしている。水分量、カロリーなどすべてを書面に記載し日単位で記載、日々の健康管理に役立っている。</p>	
78	<p>○感染症予防</p> <p>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)</p>	<p>感染症特にインフルエンザは、毎年実施。ノロウイルスや風邪などの対策に除菌水を空中散布する。感染症研修参加している。</p>	
79	<p>○食材の管理</p> <p>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</p>	<p>調理器具消毒徹底、毎回あるいは夜間時に必ずコップ、調理器具等消毒し、チェックをしている。食材余分購入せず常に新鮮な食材を提供している。</p>	
<p>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</p>			
<p>(1)居心地のよい環境づくり</p>			
80	<p>○安心して出入りできる玄関まわりの工夫</p> <p>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</p>	<p>玄関周り、季節の花やベンチを置き、近隣住民や子供たちの休息場となっている。</p>	
81	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>当事業所では、ステーションが広く職員着席が、入居者を監視するような状況になるので、各階それぞれ独自に視線を遮断出来るよう工夫してある。明かりや音に関しては、入居者の希望に添って調整している。</p>	
82	<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>一人になれる場所を提供して。ソファをはなれた場所に置いたりイスをおいたり、入居者が一人で過ごせるような環境を提供している。テーブルの配置を考慮することがおおい。トラブル発生にて、入居者が不穏となることがある。十分配慮して行っている。</p>	

サリューブルたかつ(2階)

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	使い慣れたベッドやタンスなど持ち込んでいる。自分の思い出の物で安心して暮らせるよう、入居時家族の協力と理解を頂いている		
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	消臭剤・除菌剤で匂いをけている。換気及び温度はこまめにチェックしながら、入居者の要望にあわせている。		
<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 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	居室の飾りやベッド配置など、家族や本人の希望を聞いている。また転倒など危険な配置で怪我をしないよう家族と話し合うこともある。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	出来ることから、小さな自立を自分から進んで行えるようサポートしている。環境を整えたり、助言をしたり意欲を失わないよう支援。また混乱する入居者へは失敗で混乱しないよう気配り、こえ掛けにも工夫している。		
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	2・3階のベランダ、外回りの活用してない。転落したり、車が走っているのが、危険だが、花火大会などは、十分注意しながら外回りを活用するのみ。		

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
94	利用者は、その時々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

サリ्यूブルたかつ(2階)

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、生き活きと働いている	○	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。)

開所以後健康管理の面で不安があったので、平成20年4月ご家族様のご理解とご了解を頂き、また主治医と連携しながら訪問診療を導入いたしました。訪問診療により、通院負担の改善及び通院による入居者の混乱が改善された。居室やいつも座る自席での診療は、和やかで入居者が安心して、主治医と会話をしながら悩みや不安を訴えています。主治医も楽しそうに診察をしている様子が伺えます。なによりも緊急事態の後方病院確保出来たことが、介護職員にとって安心出来ることでした。すでに入院経験者もあり、病院との連携や、救急車内での時間待ちが改善されています。当事業所の重度化で終末期を迎える入居者もあり、主治医と職員、家族の話し合いもおこなわれチームとして動き出しています。

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)
<b>I. 理念に基づく運営</b>				
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	当事業所の入居者様は、開所時から5年以上の方もおります。現状事業所の理念に添うものになりました。		
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	今年度各階独自の理念を全員で決め、ケア自体をも直しながら援助をしている。現状重度化傾向にて、日々のケアの追われている状態各階ともカンファレンスを実施し共有を図っている		
3	○家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、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	家族面会時は、日々の入居者の様子を伝えてながら、安心出来る生活を援助していることを理解してもらっている。また散歩時は、地域の人を挨拶を交わし会話を楽しんでいる。	○	家族への理念浸透は年1回の家族会などへ話しているが、さらにケアの理解を求めていく為に多くの家族参加を求めたい
2. 地域との支えあい				
4	○隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	近隣住民が手作り人形を持参されたり、カレンダーなどを届けてくれている。気軽に散歩や買い物の途中、話しかけてくれ、温かい目で見守ってくれている。		
5	○地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、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	地域の盆踊りや運動会等に招待されて参加する。接待を受けている。事業所の納涼祭などにも近所参加してくれる。出店など楽しんでいる。		

サリユーブルたかつ(3階)

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	地域貢献は今後の課題と感じている。法人が主体となって、介護の研修を行っているので、グループホーム開放し、見学提供している。		
3. 理念を実践するための制度の理解と活用				
7	○評価の意義の理解と活用 運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる	管理者と職員全員話し合う機会がある。全体会議や組織委員会・運営会議など利用して、評価検討改善の向けて検討している	○	評価の理解を更に深める事が必要と感じている。運営会議で検討し、質の向上を目指して改善していきたい。
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2ヶ月1回開催している。町内会委員との連携がとれて、人材不足や重度化などでケアの負担が多くなっていることなど情報として話したところ、調理員の採用が出来、活躍している。		
9	○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる	川崎市役所との連携は十分でないが区役所・保健所など調査立ち入りがあり、事業所の現状を説明、アドバイスなどを受けている。		
10	○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、地域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	事業所は職員へ後見制度を学ぶ機会を設けている。3階には、後見人制度を利用している入居者もおおり、後見人とな話し合いや要望など確認している。自然に学んでいる。		
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	現在事業所では、身体拘束委員を設け、各階の転倒後の処遇などを話し合っている。毎月1階会議開催し、虐待防止検討また予防対策など検討し、実施へとつなげている。		

サリユーブルたかつ(3階)

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>契約時は十分な説明、また過去の家族の捉え方や、入居者の状況から予測される項目などを交えて、理解出来る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>契約時は十分な説明、また過去の家族の捉え方や、入居者の状況から予測される項目などを交えて、理解出来るように説明している。</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>入居者に変化があった場合、詳細に電話連絡をしている。金銭管理は面会時に台帳を確認し印をもらっている。職員異動に関しては、家族のお便りや、異動者を紹介して安心と信頼関係を保っている。</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>苦情受付を設置している。また職員へは家族の意向を十分に理解しその気持ちに沿って行動し、解決困難な事例については、法人に相談協力して改善している。1階では苦情に対しホーム長へ書面で提出指示を受け対応していく</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>法人が主になり職員にアンケートや意見を聞く機会を設けて、反映させている。</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>入居者の状態により、バランスを考慮しながら職員確保を話し合い、勤務調整のため調理人を確保したり、余剰職員のヘルプなど願う</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>入居者の状況や影響を考慮、また職員の力量などを考慮の上、運営会議で決定し異動を行う。入居者への影響を最小限にすべく異動人員は1～2人とする。</p>	

サリユーブルたかつ(3階)

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)
<b>5. 人材の育成と支援</b>			
19	<p>○職員を育てる取り組み</p> <p>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</p>	<p>法人主催で、新人研修、介護力アップのため順次介護道場と称する研修を開いている。また資格取得のための研修を内外へ向け開催している。職員育成。資格取得希望者へのバックアップ体制確立している。</p>	
20	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>現在地域同業者との交流は少ない。ごく管理者研修などで知り合ったホームの交流をするぐらい。川崎市のグループは一むネットワーク作りが急務と感じる</p>	<p>○</p> <p>交流研修会を今年度は実施しておらず、交流の機会もなくなっている。川崎市指導あるいは協議会等の設立が必要。ネットワークを作り、研修交流をする。法人内での研修は、参加者交流はあるものの、実際の研修形式でないので、21年度に向け、考慮実行したい。</p>
21	<p>○職員のストレス軽減に向けた取り組み</p> <p>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</p>	<p>事業所は今年働きやすい職場を目標として、事例発表会開催し、職員へよりよい職場環境を提供しようと、3年間を目標として取り組んでいる。</p>	
22	<p>○向上心を持って働き続けるための取り組み</p> <p>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</p>	<p>個々の職員の努力実績を十分に把握し、21項につなげ意欲のひきだし、働く態度、職務の理解等を研修を通じて、各人自らの努力を評価し、バックアップを支援している。</p>	
<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	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>主任アセスメント時から家族、本人を含めて傾聴をします。それらを検討し、入居日から本人の不安や様々な要求を受け止め、日々の生活が穏やかであるよう援助している。</p>	
24	<p>○初期に築く家族との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>ホーム入居相談は、悩みをかかえて決断し、相談にくる家族が多い。時間をかけ傾聴している。ホームを信頼させていただけるよう、細部に話をしている。</p>	

サリューブルたかつ(3階)

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	アセスメント参考、検討しながら、ホームでの必要とするサービスを入居後一定期間見極め、初期状態からサービスを開始している。		
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	入居後は、状況を見極めながら入居者の安心出来る環境を提供、馴染むまで時間を必要とするので、他入居者とのかわり合いなど十分観察のうえ、家族連絡、相談している。		
<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 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	各階共通です。買い物への同伴、家事参加への協力などをお願いした場合など、心からお礼をつたえ、お互いの信頼関係の構築に努めている。日常頻回に職員への感謝の言葉を頂いている。		
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	事業所方針で家族間の信頼関係を十分とっている。些細な事、今後予想される出来事など、はやめに情報を家族に提供し、共に入居者を支えていく姿勢を取っている。		
29	○本人と家族のよりよい関係に向けた支援 これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している	これまでできずいてきた入居者と家族関係を計測出来るよう、ホームでの行事等、参加して頂いている。一方では、面会も少ない家族もあるのだが、電話連絡をしながら本人の状況を提供している。		
30	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	面会、外出入居者希望に添って援助をするのだが、困難なこともある。正月の外泊援助をお願いしてみるが、家族の拒否にあうこともたびたびです。家族意識や、家族の入居者への恐怖があったりと、面会ごと入居者の状況や混乱の無いことをはあしているが、改善は見えない。継続しながら、支援しなければならないと感じている。		
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利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている	入居者同士の関係は、大切に見守りしながら関係状況を考慮して、席の移動、一緒に家事参加、レク等参加の場合馴染みの入居者同士で楽しめるよう援助している。		

サリューブルたかつ(3階)

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	当事業所では、退所後の支援を管理者がおもに行っており、各階職員としての関係はしてないが、以前退所した家族が近況を連絡して下さる事もあり、訪問は快く受けている。		
<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>				
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	日々のくらしのなかで、傾聴やケア、懇談などから本人希望や意向を把握出来る。家族との意見のズレなどで本人の希望に添えない場合も多いが、出来る限り本人本位で考えている。		
34	○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時のアセスメントで馴染みの暮らしや、生活環境を把握できるが他施設からの入居や家族情報が少ない場合は、面会時友人や馴染みの訪問者から聞き、把握している。		
35	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている	ケア記録、申し送りノート、夜間日中報告、職員個々の気付きなどフローアーカンファ、日曜カンファと全ての情報を参照して把握している。		
<b>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</b>				
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	サービス担当者同士(各階フロアー会議)で状況を提示援助方法や今後の方向性を検討してる。さらに日曜日ごと職員の気付きや予防の検討、一週間の変化などカンファとして提示、一週間ごとの成果など話しあっている。		
37	○現状に即した介護計画の見直し 介護計画の期間に応じ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	介護計画は3ヶ月ごとの見直しだが、見直し以前対応変化発生の場合、家族から状況の聞き取りや、主治医の指導などで新しく作成する事もあるが、状況を良く判断、観察などの結果で作成する事が多い		

サリューブルたかつ(3階)

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	全階共通事項です。個別記録には、職員のきずきや主観も記載している。夜間から日中への連絡なども申し送りノート等を活用して入居者の情報を共有するようにしている。		
<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 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	グループホームの柔軟な支援として、すぐ当日に行動出来ることや、ホームでの生活が困難になってきたときなど、老健たかつと連携と取りながら入退所を相談する。また他施設との連携なども取っていく。		
<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 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	地域資源の共同は、限られており外出見失い当発生に協力しているが、現在とはとくにない。ボランティア(小学生)民生委員の運営推進参加など協力体制整っている。今後は、避難訓練など地域との連携を図りたい。		
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	事業所としては、他サービスを家族が希望した場合に限っている。話し合いはもちろん、情報なども関係機関へ提供しながら支援体制を取っている。おもに骨折入院、退院後のリハビリが中心となっている。		
42	○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している	ホームでの生活が困難となった場合など、地域包括センターと相談したり、地域の訪問事業所の情報を提供してもらうこともある。運営推進委員会に地域包括の職員さんの出席があるので相談やアドバイスなど連携しやすい。		
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	今年4月から訪問診療を導入しています。月2回の診療体制をとりながら、主治医指導により、救急体制もととのっている。		

サリユールたかつ(3階)

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	<p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>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</p>		
45	<p>○看護職との協働</p> <p>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</p>		
46	<p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>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</p>		
47	<p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>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</p>		
48	<p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>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</p>		
49	<p>○住み替え時の協働によるダメージの防止</p> <p>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</p>		

サリユールたかつ(3階)

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)
<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	○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	ごく基本的なケアだが、排泄や臥床など場面に応じて、こえ掛けを工夫している。記録に関する事は、事業所方針どおり実施している。	
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	3階入居者個々にあわせて希望をさいたり、押し量ったり、自己決定の出来る入居者もいるので、ひとつの出来事でも多くの説明が必要な方、すぐ理解出来る方、まるで困難な方と個々の対応としている。	
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	その人らしい暮らしの把握をアセス、家族、関係者から提供された情報を得て取り組みます。入居後の生活で、その人なりの生活リズムが出来てくるので、全体像を考え希望等、ゆつくりと時間をかけながら状況判断しながら支援する。	
(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	月1回訪問美容となります。3階では、男性は外部のご協力頂いている床屋へ、女性は訪問美容で身だしなみを整えている。事業所としての整容は日を決め定期的に実施している。	
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	身体機能低下や認知進行に伴い、入居者自ら参加することが出来なくなっているものの、食後の下膳や食器拭きなど、また洗うことが出来るような場合、職員と一緒にしている。	
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	お酒や飲み物などの嗜好品は希望にそって援助する。大きな行事等では、ビールやお酒をたのしみます。買い物同行して好みの食材を選んでもらっている。	

サリューブルたかつ(3階)

	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	ほとんどの入居者はリハパン使用しているが、トイレ排泄を促し失禁を改善している。やむおえずオムツとなった場合は、随時見直しをしてくる。排泄のリズム把握のため、排泄チェック表に記載、個々の排泄習慣を検討、心地よい環境を提供している。		
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	週2回入浴援助は原則だが、拒否される場合もあり、対応を工夫している。時間を考慮したり体調を観察したり、苦勞する。軽度なので都合よくいかないこともあり、個々の気分を見計らって入浴援助となる。		
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	入眠は、入居者状況にて個々に援助をしています。昼夜逆転であっても、混乱がなければ自力入眠まで見守りをします。なぜ安眠できないか等をカンファレンスなどで考慮し、また主治医の意見など参考にし、与薬を検討することもある。		
(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 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	3階では、レクを中心として、本人の得意な分野を見つけ、その力を生かせるよう援助している。気晴らし気分転換などが出来るよう散歩に行くことが多い		
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	金銭の管理は、個人で管理している入居者がいます。入居者は買い物で支払いをしたり、職員へ頼んで買ったりと個人で所持するお金を有効に使っている。いつでも何か買える様援助をしている。		
61	○日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさずに、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	特に気候の良い時や気温に注意しながら散歩、買い物へでかけることが多い。近くに散歩できる場所があるのでよく出掛けている。		
62	○普段行けない場所への外出支援 一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している	特別な外出へはほとんどご家族様と一緒にになります。事業所からは、重度化と人員不足のため今期のバス旅行は延期しておりました。入居者から傾聴時行きたいところなどと感じた場合、連れ出せるかどうか家族意向も伺いながら本人意向に沿えるようお願いしています。		

サリユーブルたかつ(3階)

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	手紙・はがきを頻繁に書かれる入居者のために、家族が用意したはがきを管理してる。家族からは、投函できないといわれているので、管理者が預かりとしている。		
64	○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している	馴染みの訪問者や家族来所時には、希望される場所でいつでもすごせる様、職員も		
<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 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	法人とも身体拘束は厳重に禁止しています。たとえ家族からの要望があっても、話しをし理解を求めています。		
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	施錠問題以前に発生した階ですが、現在は安定し施錠なし。発生の場合は、記録をしている。		
67	○利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している	安全は当事業所の理念の一つです。日中夜間共に入居者の所在を確認、様子観察をおこなっている。立ち上がりなどにはすばやく対応し、安全を確保する。プライバシーは安全と裏腹なときもあり、状況に応じながら配慮している。入浴などで車イス入居者へは、スクリーンを使用している。		
68	○注意の必要な物品の保管・管理 注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている	危険と思われる洗剤、包丁など使用してない時は、施錠をする。1階では、異食者もなく使用する場合は見守りをして、使っている。		
69	○事故防止のための取り組み 転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる	事故発生に関しては、事故報告書を提出。予防対策としてカンファレンスを実施、防止方法の検討及び職員共有とし、個々のケアプランに記載しているものもある。		

サリューブルたかつ(3階)

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	ヒヤリハット報告書作成。組織委員会で身体拘束・事故検討委員今期より始めている		
71	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	年2回の避難訓練を実施している。地域との共同は今年度は出来なかったが、運営推進委員へお願いして21年9月に共同での訓練を考えている。また老健たかつが地域の避難所となっているので、通常の訓練では、避難場所としている。		
72	○リスク対応に関する家族等との話し合い 一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にされた対応策を話し合っている	転倒予想される場合や体調の変化、認知進行から考慮される事故など家族へ事前にはなしている。対応も状況確認しながら、何が本人にとって大切かを第一と考えている。		
<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 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	バイタルチェックの実施により、体調管理を行っている。日常との変化があるかどうか、顔色言動歩行など細かく観察し、変化のサインを見落とさないようにする。変化状態などケア記録に掲載し、さらに申し送りの一など活用し情報共有としている。		
74	○服薬支援 職員は、一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬剤師から薬に関する講習をうけて、各階ともに服薬支援をしている。薬の副作用には注意事項として、メモを張ったり、連絡ノートに記載、確認と注意を促している。		
75	○便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる	各階ともに、便秘予防として散歩や外出で体を動かしている。水分摂取に工夫、ヨーグルト植物繊維の多い食材の購入、毎朝の体操など、個々の状態に合わせて対応。		
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	毎食後必ず口腔ケアを行う。また歯周病の入居者へは訪問歯科と契約、週1回歯科医の受診がある。援助できない入居者もいるが、時間をずらしたり、洗面所にいるときを見計らって声掛け、食後の口腔ケアを必ず行っている。		

サリユーブルたかつ(3階)

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	<p>○栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>ケアプラン等にも食事の量をコントロールするよう管理をしている。水分量、カロリーなどすべてを書面に記載し日単位で記載、日々の健康管理に役立っている。</p>	
78	<p>○感染症予防</p> <p>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)</p>	<p>感染症特にインフルエンザは、毎年実施。ノロウイルスや風邪などの対策に除菌水を空中散布する。</p>	
79	<p>○食材の管理</p> <p>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</p>	<p>調理器具消毒徹底、毎回あるいは夜間時に必ずコップ、調理器具等消毒し、チェックをしている。食材余分購入せず常に新鮮な食材を提供している。</p>	
<p>2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり</p>			
<p>(1)居心地のよい環境づくり</p>			
80	<p>○安心して出入りできる玄関まわりの工夫</p> <p>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</p>	<p>玄関周り、季節の花やベンチを置き、近隣住民や子供たちの休息場となっている。</p>	
81	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>当事業所では、ステーションが広く職員着席が、入居者を監視するような状況になるので、各階それぞれ独自に視線を遮断出来るよう工夫してある。明かりや音に関しては、入居者の希望に添って調整している。3階では、季節を感じてもらうように、行事や季節関係の飾りつけをしている。</p>	
82	<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>	<p>一人になれる場所を提供して。ソファをはなれた場所に置いたりイスをおいたり、入居者が一人で過ごせるような環境を提供している。テーブルの配置を考慮することがおおい。トラブル発生にて、入居者が不穏となることがある。十分配慮して行っている。</p>	

サリユールたかつ(3階)

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	使い慣れたベットやタンスなど持ち込んでいる。自分の思い出の物で安心して暮らせるよう、入居時家族の協力と理解を頂いている		
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	事業所通達として、消臭剤・除菌剤で匂いをけている。換気及び温度はこまめにチェックしながら、入居者の要望にあわせている。		
<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 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	居室の飾りやベット配置など、家族や本人の希望を聞いている。また転倒など危険な配置で怪我をしないよう家族と話し合うこともある。		
86	○わかる力を活かした環境づくり 一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している	出来ることから、小さな自立を自分から進んで行えるようサポートしている。環境を整えたり、助言をしたり意欲を失わないよう支援。また混乱する入居者へは失敗で混乱しないよう気配り、こえ掛けにも工夫している。		
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	2・3階のベランダ、外回りの活用してない。転落したり、車が走っているのが、危険だが、花火大会などは、十分注意しながら外回りを活用するのみ。		

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

サリューブルたかつ(3階)

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、生き活きと働いている	○	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。)

開所以後健康管理の面で不安があったので、平成20年4月ご家族様のご理解とご了解を頂き、また主治医と連携しながら訪問診療を導入いたしました。訪問診療により、通院負担の改善及び通院による入居者の混乱が改善された。居室やいつも座る自席での診療は、和やかで入居者が安心して、主治医と会話をしながら悩みや不安を訴えています。主治医も楽しそうに診察をしている様子が伺えます。なによりも緊急事態の後方病院確保出来たことが、介護職員にとって安心出来ることでした。すでに入院経験者もあり、病院との連携や、救急車内での時間待ちが改善されています。当事業所の重度化で終末期を迎える入居者もあり、主治医と職員、家族の話し合いもおこなわれチームとして動き出しています。