

## 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5, 7, 8, 9, 14, 15は評価重点項目です)

↑  取り組んでいきたい項目

| 項目                 | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | (印)   | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|--------------------|--|---|----------------------------------|
| <b>. 理念に基づく運営</b>  |  |   |                                  |
| <b>1. 理念と共有</b>    |  |   |                                  |
| 1                  | <p>地域密着型サービスとしての理念</p> <p>地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている</p>       | <p>地域密着型サービスの意義とホームで大切にしたい事をスタッフ全員で考え、h20.4新しい理念を作成した。ひのくちで暮らされるご利用者がそれぞれの思いを持ちながら生活していることを大切にサービスに取り組んでいきたいと考えている。</p>                 |                                  |
| 2                  | <p>理念の共有と日々の取り組み</p> <p>管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる</p>                          | <p>理念は、ホーム内に掲示してあり、また理念を具体的にしたケアの方針をスタッフの目に触れる所に張り出してある。スタッフは、理念を理解し、常に理念に沿ったケアを目指している。スタッフ会議等で、ケアについて話し合う時は、理念に沿うように考えている。</p>         |                                  |
| 3                  | <p>家族や地域への理念の浸透</p> <p>事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえるよう取り組んでいる</p> | <p>毎月発行している園内紙で、ケアの様子を伝えている。日々、地域にご利用者と出ていくこと、地域の方と触れあうことで理解を広めるようにしている。法人の地域研修会でも、ホームの取り組みや生活の様子を伝え、認知症について地域のかたがたに理解して頂く機会を設けている。</p> |                                  |
| <b>2. 地域との支えあい</b> |  |   |                                  |
| 4                  | <p>隣近所とのつきあい</p> <p>管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている</p>  | <p>常に近所の方へ挨拶し、近所付き合いを行なうようにしている。散歩に出掛けると、自然に近所の方と言葉を交わすようになっている。近くの農家の方が野菜類を届けてくださったりする機会も多い。回覧板や届け物などご利用者と一緒に出かけ触れ合う機会を持つようにしている。</p>  |                                  |
| 5                  | <p>地域とのつきあい</p> <p>事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている</p>    | <p>市の行事にも積極的に参加している。また、町内会に加入し、町内の行事や清掃などにも参加し地域の一員であることを常に意識して活動している。</p>  |                                  |

| 項 目                   |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------------|--|--|------|----------------------------------|
| 6                     | 事業所の力を活かした地域貢献<br>利用者への支援を基盤に、事業所や職員の状況や力に応じて、地域の高齢者等の暮らしに役立つことがないか話し合い、取り組んでいる                  | 開設時より、地域の方々には、理解を頂き、力を貸してもらっていることから、施設の地域貢献として、吉田地区まちづくり協議会に加入し、「挨拶運動」「児童の見守り隊」の活動に参加。   |      |                                  |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用 |  |  |      |                                  |
| 7                     | 評価の意義の理解と活用<br>運営者、管理者、職員は、自己評価及び外部評価を実施する意義を理解し、評価を活かして具体的な改善に取り組んでいる                           | サービス評価の意義を全スタッフに伝えてある。自己評価の内容を職員に伝え、グループホームのサービスとは？何が大切なのか？といったことを年に1回は、スタッフで考え、自分達のサービスの内容を振り返る機会としている。                         |      |                                  |
| 8                     | 運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている           | 外部評価の結果は運営推進会議にて説明し、意見を頂くようにしている。会議では、サービス内容の報告の他、メンバーよりそれぞれの立場から意見が出され、サービスの向上につなげるようにしている。                                     |      |                                  |
| 9                     | 市町村との連携<br>事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる                            | 市の担当者には、運営推進会議に毎回出席していただき、現在の状況を報告し、相談できている。会議以外でも、ホームの状況に変化があった場合の報告や相談など、常に行なえている。   |      |                                  |
| 10                    | 権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、必要な人にはそれらを活用できるよう支援している | すでに成年後見制度や権利擁護のサービスを利用されている方がいる。特に勉強会として行ってはいないが、その都度職員に内容を伝え、理解が進むようにしている。  |      |                                  |
| 11                    | 虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている            | 虐待防止については常に意識して取り組んでおり、スタッフ会議において身体拘束を含め虐待のないよう徹底している。平成21年2月には職員全員を対象として法人内の内部研修を行う予定になっている。また、外部研修も予定されており意識的に取り組んでいきたいと思っている。 |      |                                  |

| 項目              | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | (印)  | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------|--|--|----------------------------------|
| 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>契約書を良く読んで頂いた上で、内容の説明をする。また、時間をかけできるだけ、わかりやすく説明するようにする。</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>ご利用者が意見や不満を表現することが困難になってきており、利用者の思いを聞き取ることが難しくなっている。毎日のケアを通じて思いを受け止めるようにしており、毎月のスタッフ会議において担当者よりご本人の思いに沿ったケアができるよう提案や報告改善を行っている。</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>毎月の園内紙を発行し、ホーム内の様子を伝えている。個人の生活の様子や健康の状態についても、毎月書面にまとめ、送付している。金銭管理の状況については、面会時に確認して頂いている。</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>意見箱がホームに設置されてあるが、意見は入らない。家族はホームに意見を言いづらい事を認識している。法人で、年に1回全ご利用者家族に 意見苦情のアンケートを送付し積極的にご意見をいただくよう努めている。</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>毎月スタッフ会議を行ない、スタッフからの意見を聞いている。年に2回は面接の機会を設け意見を聞いている。その他、勤務機会や休憩の機会を利用するなどいつでも、管理者に意見を伝えやすい環境づくりを心がけている。</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>利用者の状態に合わせて勤務時間を変えるなど柔軟に対応している。</p>   |                                  |
| 18              | <p>職員の異動等による影響への配慮</p> <p>運営者は、利用者が馴染みの管理者や職員による支援を受けられるように、異動や離職を必要最小限に抑える努力をし、代わる場合は、利用者へのダメージを防ぐ配慮をしている</p> | <p>利用者にとっては、職員の異動はダメージになる場合もあるが、職員の適正の問題や、ストレス、又、様々な事業所で学ぶことも大切であることから、毎年、1～2名の異動も必要と考える。今年度は新しい市の委託事業への職員の派遣もあり、スタッフの異動が大きくなってしまった。そのなかでこれまでのサービスと同じに提供できるよう取り組んでいる</p> |                                  |
| 18-2            | <p>マニュアルの整備</p> <p>サービス水準確保のための各種マニュアルが整備され、職員に周知されている。また、マニュアルの見直しが適宜行われている。</p>                              | <p>各種マニュアルは、法人の部会、又は、各事業所毎に作成してあり見やすいところに配置してある。各マニュアルの見直しも必要により随時行われており、本年度は業務マニュアルの見直しを行った。</p>  |                                  |

| 項目                        | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | (印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|---------------------------|---|-----|----------------------------------|
| 5. 人材の育成と支援               |   |     |                                  |
| 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を進めている</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> |     |                                  |
| 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>                                    |     |                                  |
| 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>                        |     |                                  |
| .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                        | <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>             |     |                                  |
| 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>                  |     |                                  |

| 項 目                       |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)  |
|---------------------------|---|---|------|---|
| 25                        | 初期対応の見極めと支援<br>相談を受けた時に、本人と家族が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている                               | 入所の申し込みに来られても、即入所に結び付けることができないので、法人内の他のグループホームへの同時申し込みをすすめたり、その緊急性によっては、他のサービスを紹介したり、認知症の対応についての相談を行なうことが多い。  |      |   |
| 26                        | 馴染みながらのサービス利用<br>本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している | 体験利用(日帰り・泊まり)ができるようになっており、状況に応じて実施してきた。入所については、本人の意向が大切であることから、本人にホームにおいて頂き、本人に入所を決定して頂くようにしている。同時に、実際ケアを行うスタッフが、本人の様子をみることができ、本人と関りをもつ機会をつくるようにしている。 |      |   |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援 |   |   |      |   |
| 27                        | 本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、一緒に過ごしながら喜怒哀楽を共にし、本人から学んだり、支えあう関係を築いている                       | 職員は、「介護者」の立場ではなく、「一緒に暮らす家族」の立場をとるようにしている。上からではなく、常に隣(横)にいる立場をとる。また、利用者に対し、感謝の気持ちを伝え「教えていただく」という場面をつくるようにしている。   |      |   |
| 28                        | 本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている                                 | 入所してもご家族との関係が保たれるよう、常に本人の状態を報告するようし、ご家族の訪問を働きかけ、家族にも本人のことを家族として考えてもらうようにしている。   |      |   |
| 29                        | 本人と家族のよりよい関係に向けた支援<br>これまでの本人と家族との関係の理解に努め、より良い関係が築いていけるように支援している                                     | 入所前のご家族との人間関係が悪化していた事例では、入所後においても無理をしない範囲でご家族と連絡をとりあい、関係の修復に努めている。また、入所後においても関係が保たれるよう毎月園内紙を配布したり、ご本人の様子をご連絡している。                                     |      |   |
| 30                        | 馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                                       | 昔からの知人が訪ねて下さることがあるが、決まった人だけである。   |      | なじみの関係についてはホームから働きかけていく必要があると考えている。また、本人が大切にしている場所とのかわりについては個別活動計画を作成する中で取り組んでいきたい。 |
| 31                        | 利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるように努めている                                      | 対職員との関係だけでなく、利用者同士の関係を大切にしたいと思い、スタッフが間にはいるなど意識してよい関係をつくるようにしている。関係性は、固定されたものにならないように、場面場面で色々な関係性もててることを見守っている。  |      |   |

| 項 目                               |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------------------------|--|--|------|----------------------------------|
| 32                                | 関係を断ち切らない取り組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている                      | ほとんどが、死亡退所で、その後の関りはない。   |      |                                  |
| <b>. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |  |  |      |                                  |
| 1. 一人ひとりの把握                       |  |  |      |                                  |
| 33                                | 思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している  | 想いを具体的に伝えられない状態の方が多い。その為に、寄り添い関り、様々な情報を関係者から聞くなどし、「その方を知る」努力をしている。また、本人の思いは、変化していくこと、本人のことを知ったつもりにならぬよう意識している。                       |      |                                  |
| 34                                | これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                    | 利用開始時に家族・ケアマネ等より情報収集しているが、利用開始時に全てを話せるものではない。入所後にもおりに触れて、話を聞くようにしている。  |      |                                  |
| 35                                | 暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状を総合的に把握するように努めている  | 利用者のその日の過ごし方は、日によって変わる。自由に過ごしていただきながら、その日の状態を見極めるようにしている。介護計画書は、その人のできることに着目し、立案するようにしている。「この人はこう」と決めつけることなく、常に可能性や秘めた力をひきだすようにしている。 |      |                                  |
| 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    |  |  |      |                                  |
| 36                                | チームでつくる利用者本位の介護計画<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映した介護計画を作成している     | 介護計画を作成する場合には、家族の意見を確認すること、又全スタッフの意見を聞くために、毎月カンファレンスを全スタッフで行なっている。本人は自分の想いを伝えることができない場合が多いが、できるだけ日々のケアの中で本人の言葉を聞きとるようにしている。          |      |                                  |
| 37                                | 現状に即した介護計画の見直し<br>介護計画の期間に応じて見直しを行うとともに、見直し以前に対応できない変化が生じた場合は、本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した新たな計画を作成している | 状態に大きな変化があった場合には、カンファレンスを行ない、介護計画書を見直している。   |      |                                  |

| 項 目                         |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------------------|---|---|------|----------------------------------|
| 38                          | 個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている    | 日々の様子を、時間をみて追うことができるように、記録用紙はセンター方式D4シートを使用している。また、ケアプラン内容が日々実践されたかどうかのチェックシートで必要な記録をしている。日々の記録がアセスメントとなり、介護計画書の見直しに繋がるような仕組みとしている。 |      |                                  |
| 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<br>本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている              | ホームでは、家族状況に応じて、受診の支援や行きたい所への外出の支援を柔軟に行なっている。また、地域住民との関りや他事業所との関りなども行なっている。  |      |                                  |
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働 |   |   |      |                                  |
| 40                          | 地域資源との協働<br>本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している             | 交番に所在不明時の場合の協力をお願いしてある。保育所に、散歩に立ち寄り場合の交流をお願いしてある。町の歌のサークルにも参加していたが、認知症の重度化により現在は休止している。   |      |                                  |
| 41                          | 他のサービスの活用支援<br>本人の意向や必要性に応じて、地域の他のケアマネジャーやサービス事業者と話し合い、他のサービスを利用するための支援をしている  | 必要に応じて、他のサービス事業所と連携をとることはある。以前使っていたデイサービスなどに遊びに行くことがある。以前のケアマネジャーに入所後でも、在宅で過ごしていた時の情報を確認することもある。                                    |      |                                  |
| 42                          | 地域包括支援センターとの協働<br>本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している | 必要があれば地域包括支援センターとの連携をとるが現在のところ特に連携をした事例はない。   |      | 必要な場合は地域包括センターとの連携をとっていく。        |
| 43                          | かかりつけ医の受診支援<br>本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している | 入所後も今までのかかりつけ医を継続しているが、状態により(受診に行くことが困難になった・ターミナルの状態になった等)、大きな病院から、往診が可能な開業医に変更をすすめる場合がある。また必要により認知症専門医を紹介していただくなど連携を図っている。         |      |                                  |

| 項 目 |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----|--|--|------|----------------------------------|
| 44  | 認知症の専門医等の受診支援<br>専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している  | 認知症に詳しい専門医に相談できるような関係を築いてある。ホームの状態を理解して頂いており、アドバイスや必要により入院治療もして頂いている。  |      |                                  |
| 45  | 看護職との協働<br>利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている   | 訪問看護STと契約しており、週に1回の訪問と必要時の助言等をお願いしてある。訪問看護の職員が、ホームの利用者の状態を常に把握できるように、変化等あった場合には訪問時でなくても連絡するようにしている。  |      |                                  |
| 46  | 早期退院に向けた医療機関との協働<br>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している                      | 入院した場合には、面会に伺い、病棟看護師に状態を聞く、Drの家族への状態説明時には同席させてもらう等し、本人への支援の継続と病棟との連携をはかってきた。   |      |                                  |
| 47  | 重度化や終末期に向けた方針の共有<br>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している                                   | 早い時期から、終末期については、家族又は本人の意向を確認するようにしている。状態が悪くなった時点で、看取りについて方向性を確認。かかりつけ医や訪問看護に、今後の協力依頼を行なう。方向性が決まった後でも、何度も家族の意志を確認してきた。  |      |                                  |
| 48  | 重度化や終末期に向けたチームでの支援<br>重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている | ターミナルについては、ホームのマニュアルに沿って実施。かかりつけ医との連携ができています。重度化した場合ホームとしてできることできないことを家族に伝え、他施設に移る等の選択ができるようにしてある。重度化した場合、介護の対応は可能であるが、本人に負担がかかることがある。その場合は、家族の了解をとるようにしている。 |      |                                  |
| 49  | 住み替え時の協働によるダメージの防止<br>本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている                      | 特養に入居された事例があったが、特養職員と十分な話し合いを行なった。   |      |                                  |



| 項目                             | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | (印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|--------------------------------|--|-----|----------------------------------|
| <b>. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |  |     |                                  |
| 1. その人らしい暮らしの支援                |  |     |                                  |
| (1) 一人ひとりの尊重                   |  |     |                                  |
| 50                             | <p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>                     |     |                                  |
| 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> |     |                                  |
| 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>       |     |                                  |
| (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>                  |     |                                  |
| 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>           |     |                                  |
| 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、好みのものを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している</p>                  |     |                                  |

| 項目                            |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)                 |
|-------------------------------|---|--|------|--|
| 56                            | 気持ちよい排泄の支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している        | 紙パンツ等の使用を一概に減らしたほうが良いとは考えない。それを使用することによって、安心して活動の幅が広がるのであれば、使用するべきである。排泄のパターンをつかみ、個々の状態に合わせ支援している。オムツを使用しているも、本人の訴えがあれば、トイレでの排泄を試みている。 |      |  |
| 57                            | 入浴を楽しむことができる支援<br>曜日や時間帯を職員の都合で決めてしまわずに、一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴を楽しめるように支援している    | 入浴の前には、「お風呂にはいりませんか？」と意志を確認する。無理に入浴をすすめることはないが、入浴拒否のある方にはさまざまな工夫をして気持ちよく入っていただけるよう取り組む。夜寝る前に入浴されている方が1名。                               |      |  |
| 58                            | 安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、安心して気持ちよく休息したり眠れるよう支援している                     | 日中活動したり、陽光を浴びるなどし、スムーズな入眠を支援している。寂しくて寝つけない方で毎日添い寝している方1名。寝つけない場合は、温かい飲み物を飲んだり、眠くなるまで一緒に過ごしている。日中も、和室や居室で少し横になるなど、自由に休息している。            |      |  |
| (3) その人らしい暮らしを続けるための社会的な生活の支援 |   |  |      |  |
| 59                            | 役割、楽しみごと、気晴らしの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている  | 役割のある生活ができるように支援している。こちらから役割を設定するのではなく、本人の意志を大切にしている。  |      |  |
| 60                            | お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | ご本人で金銭管理ができる方がいないため預かっているおこずかいはホームで管理している。買い物に行った際、自分で支払って頂いたり、買い物に出掛ける機会が少ない方も、毎週ホームに販売にくる飲料はできるだけ自分で支払い、おつりをいただくようにしている。             |      |  |
| 61                            | 日常的な外出支援<br>事業所の中だけで過ごさずに、一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援している                    | 散歩、買い物など外出することは多いが、状態により外出の機会が少ない方もある。   |      |  |
| 62                            | 普段行けない場所への外出支援<br>一人ひとりが行ってみたい普段は行けないところに、個別あるいは他の利用者や家族とともに出かけられる機会をつくり、支援している | 希望を聞き、地区の催し物や弥彦菊祭りなどに参加している。外出に限らず個別活動計画により担当スタッフが個別に計画することにしてはいたが、全員に行うことはできていない。また職員の休日を使う必要も出てくるので、機会を多くすることが難しい状況である。              |      | 個別活動計画を作成し、年に1回以上は個々の「特別な希望の外出」ができるように、計画を立てていく。 |

| 項 目             |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-----------------|--|--|------|----------------------------------|
| 63              | 電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                  | 電話にでられる方は限られている。手紙を書くといった機会を作っている。   |      |                                  |
| 64              | 家族や馴染みの人の訪問支援<br>家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している                   | ご家族や地域の方がおいでになった時には、ご利用者と一緒に過ごせるよう席を用意しゆっくりと過ごして頂けるようにしている。  |      |                                  |
| (4) 安心と安全を支える支援 |  |  |      |                                  |
| 65              | 身体拘束をしないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が「介護保険法指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束はしていない。リスクがある場合でも、身体拘束をせず、リスク回避する方法をスタッフで検討する。やむを得ずの場合の身体拘束に関する同意書等の書類はある。   |      |                                  |
| 66              | 鍵をかけないケアの実践<br>運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる                  | 日中は鍵をかけていない。その安全策として、ホームまわりに赤外線センサーを設置し、外に出られたことを把握できるようにしてある。しかし、ホーム内で突発的な事が重なって、職員数が確保できなくなった場合、管理者の許可を得て(管理者不在時には職員同士で安全が確保できないと確認し)一時的に施錠する場合がある。(利用者があけることは充分可能である) |      |                                  |
| 67              | 利用者の安全確認<br>職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している                           | 利用者が集まっているリビングには必ず職員が1名居ることが基本である。自由に過ごしている為、リビング以外の場所にいられる方も、時間をみて様子を確認したり、常にどの辺に居るかを把握するようにしている。夜間は、動きがわかる場所で待機し、視界に入らない場所も時間ごとに確認している。                                |      |                                  |
| 68              | 注意の必要な物品の保管・管理<br>注意の必要な物品を一律になくすのではなく、一人ひとりの状態に応じて、危険を防ぐ取り組みをしている                     | 「危険な消毒等」は、鍵のかかる倉庫に片付けてあり、包丁は夜間のみ片付けている。その他生活感のあるものは生活しやすいように置いてある。危険だから何もかも失くすのではなく、間違えて口にしないように見守ることが、職員の仕事であると考えている。   |      |                                  |
| 69              | 事故防止のための取り組み<br>転倒、窒息、誤薬、行方不明、火災等を防ぐための知識を学び、一人ひとりの状態に応じた事故防止に取り組んでいる                  | 個々のリスクと対策を全職員が把握している他、事故や危ないことがあった場合には、事故報告書・ヒヤリハット報告書を記載し、ホームスタッフだけでなく、法人職員全体に報告している。そのことについての対策をスタッフとともに検討し、法人に報告している。   |      |                                  |

| 項目                         |   | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)   | (印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む)        |
|----------------------------|---|---|-----|---|
| 70                         | 急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている                 | 応急手当の研修会を入社時に毎年法人として行なっている。訪問看護の指導で訓練を行なう予定にしていたが現在できていない。(訪問看護と調整中)とささの時のために日々の訓練が大切であると考えているができていない。今後年間計画の中で行っていく必要がある。緊急時対応のマニュアルがある。 |     | 年間計画のなかでスタッフ会議を利用し、緊急時の対応や応急手当研修を実施したい。 |
| 71                         | 災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている   | 消防計画・災害時対応マニュアルがある。スタッフ会議にて、火災発生時の対応訓練を行ったほか3月に消防署の協力を得て避難訓練を行なう予定である。地域の方には、災害時協力を頂けるように全世帯にお願いしてある。                                     |     | 年2回の避難訓練を確実にこなっていく。                     |
| 72                         | リスク対応に関する家族等との話し合い<br>一人ひとりに起こり得るリスクについて家族等に説明し、抑圧感のない暮らしを大切にしたい対応策を話し合っている | ホームの理念を理解していただき、生活する上ではリスクがあることを説明し、理解を頂いている。リスク係は、個々のリスクとその対策について全スタッフとともに考え、周知するようにしている。  |     |   |
| (5) その人らしい暮らしを続けるための健康面の支援 |   |   |     |   |
| 73                         | 体調変化の早期発見と対応<br>一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている           | 利用者のいつもの様子をスタッフは把握しており、「少しいつもと違う」場合はバイタルチェックを行ない、状況によっては受診につなげている。状態の変化は、記録し、全スタッフが継続して様子観察できるようにしている。                                    |     |   |
| 74                         | 服薬支援<br>職員は、一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている       | 薬の係が、その効用や副作用、用量など、他職員もわかりやすいように、まとめてあり、職員は、それを把握している。与薬のミスがないように、利用者の口にはいるまでに、何度かの別の職員によるチェックがはいるようにしてある。服薬後の状態については、主治医に報告している。         |     |   |
| 75                         | 便秘の予防と対応<br>職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる         | 便秘予防のために、個別に、良いとされる飲料や果物・運動を取り入れている。また、排便の有無の確認を行ない、訪問看護の協力を得ながら便秘薬の与薬を行なっている。  |     |   |
| 76                         | 口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、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                    | 夕食後には、全員が口腔ケアを行っている。その他の食後には、お茶を飲んで頂く。個々の状態により、週に1回法人の歯科衛生士に訪問してもらい、口腔内のチェックと口腔ケアをお願いすることができる。  |     |   |

| 項 目                     |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-------------------------|--|--|------|----------------------------------|
| 77                      | 栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている                                   | 特別普段より食欲がない場合や、状態観察が必要な場合は、食事量のチェックを行なっている。その他の場合は毎回の食事チェックは必要ないと考えている。献立表は、法人の管理栄養士に提出し、助言してもらっている。   |      |                                  |
| 78                      | 感染症予防<br>感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)   | 法人感染部会によりマニュアルが整備され、指導・研修機会も多く取り組んでいる。   |      |                                  |
| 79                      | 食材の管理<br>食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている  | 布巾は毎日、まな板は週1回漂白している。食材は使用する前に必ず賞味期限の確認を行なっている。なるべく大量に買わないように心掛けている。  |      |                                  |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり |  |  |      |                                  |
| (1) 居心地のよい環境づくり         |  |  |      |                                  |
| 80                      | 安心して出入りできる玄関まわりの工夫<br>利用者や家族、近隣の人等にとって親しみやすく、安心して出入りができるように、玄関や建物周囲の工夫をしている                              | 木造であったり、玄関には、地元高校性の手作りの看板をおくなどし、家庭的で親しみやすい雰囲気に配慮した。利用者家族や地域の方からは「入りやすい」と言われている。  |      |                                  |
| 81                      | 居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 装飾や花などで、季節感や心地良い雰囲気を出すようにしている。テレビの音や職員の声の大きさが大きすぎないように配慮している。アロマをたいて気分を穏やかにすることも取り入れている。ターミナル期に入った方は、リビング隣の和室で1日過ごして頂き、生活の音や匂い、会話の音など心地良い空間で過ごせるようにしている。 |      |                                  |
| 82                      | 共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中には、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                              | 自分の居場所がある事が大切であることから、リビング以外にも過ごせる居場所をいくつかつくってある。リビング内は、椅子・座椅子・隣の和室・など、その時々で居場所をかえることができるようにしてある。   |      |                                  |

| 項目                      |  | 取り組みの事実<br>(実施している内容・実施していない内容)  | ( 印) | 取り組んでいきたい内容<br>(すでに取り組んでいることも含む) |
|-------------------------|--|--|------|----------------------------------|
| 83                      | 居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入所時には、自宅で使っていた家具や大切なものをもってきて頂けるようお願いしてある。また、入所後の思い出として、写真や近所の保育所園児からの絵などを飾ったり、心地良い環境づくりを心掛けている。      |      |                                  |
| 84                      | 換気・空調の配慮<br>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        | 常に換気に努め、臭いや空気の入替えをしている。室内温度は、利用者に合わせまた、季節感がわかるような温度設定を心掛けている。  |      |                                  |
| (2) 本人の力の発揮と安全を支える環境づくり |  |  |      |                                  |
| 85                      | 身体機能を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの身体機能を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                 | 手すりや段差、便器の高さなど安全に生活できるように配慮してある。シンクの高さは利用者が使いやすいように低めに設定してある。手すりは状態に合わせ高さを変えられる。便座は高めと低めに場所により変えている。 |      |                                  |
| 86                      | わかる力を活かした環境づくり<br>一人ひとりのわかる力を活かして、混乱や失敗を防ぎ、自立して暮らせるように工夫している                           | トイレや浴室の表示、自室の目印などわかりやすくしてある。今の時間かがわかるように、「今どんな時間か」の表示をしている。  |      |                                  |
| 87                      | 建物の外周りや空間の活用<br>建物の外周りやベランダを利用者が楽しんだり、活動できるように活かしている                                   | 玄関前には、利用者とともに畑や花壇をつくってある。ベランダには、ベンチがおいてあり、外の景色や車の通りを楽しむことができる。                                       |      |                                  |

| . 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                      | ほぼ全ての利用者の             |  |
|                 |  | 利用者の2/3くらいの           |  |
|                 |  | 利用者の1/3くらいの           |  |
|                 |  | ほとんど掴んでいない            |  |
| 89              | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある                         | 毎日ある                  |  |
|                 |  | 数日に1回程度ある             |  |
|                 |  | たまにある                 |  |
|                 |  | ほとんどない                |  |
| 90              | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている                            | ほぼ全ての利用者が             |  |
|                 |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|                 |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|                 |  | ほとんどいない               |  |
| 91              | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている                 | ほぼ全ての利用者が             |  |
|                 |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|                 |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|                 |  | ほとんどいない               |  |
| 92              | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている                           | ほぼ全ての利用者が             |  |
|                 |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|                 |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|                 |  | ほとんどいない               |  |
| 93              | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている                     | ほぼ全ての利用者が             |  |
|                 |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|                 |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|                 |  | ほとんどいない               |  |
| 94              | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている          | ほぼ全ての利用者が             |  |
|                 |  | 利用者の2/3くらいが           |  |
|                 |  | 利用者の1/3くらいが           |  |
|                 |  | ほとんどいない               |  |
| 95              | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています | ほぼ全ての家族と              |  |
|                 |  | 家族の2/3くらいと            |  |
|                 |  | 家族の1/3くらいと            |  |
|                 |  | ほとんどできていない            |  |

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