

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
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
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
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
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	1473701314
法人名	株式会社 横浜福祉研究所
事業所名	株式会社 横浜福祉研究所附属 グループホーム夢美
訪問調査日	平成21年2月18日
評価確定日	平成21年4月1日
評価機関名	社団法人かながわ福祉サービス振興会

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せん。
 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

作成日 平成21年4月24日

【評価実施概要】

事業所番号	1473701314
法人名	株式会社 横浜福祉研究所
事業所名	株式会社 横浜福祉研究所附属 グループホーム夢美
所在地 (電話番号)	神奈川県横浜市青葉区もえぎ野10-28 (電話) 045-975-0800

評価機関名	社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2-10 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成21年2月18日	評価確定日	平成21年4月1日

【情報提供票より】(21年1月15日事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	平成17年6月1日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 人
職員数	20 人	常勤16人, 非常勤 4人, 常勤換算16.5 人	

(2) 建物概要

建物構造	木造準耐火造り 2階建ての、1階～2階部分
------	--------------------------

(3) 利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	100,000 円	その他の経費(月額)	55,000 円	
敷金	有(円)	無		
保証金の有無 (入居一時金含む)	有(2,000,000円) 無	有りの場合 償却の有無	有/無	
食材料費	朝食	450 円	昼食	700 円
	夕食	700 円	おやつ	150 円
	または1日当たり 2,000円			

(4) 利用者の概要(1月5日現在)

利用者人数	17 名	男性	3 名	女性	14 名
要介護1	4 名	要介護2	4 名		
要介護3	3 名	要介護4	2 名		
要介護5	4 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 86 歳	最低	66 歳	最高	96 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	横浜新都市脳神経外科クリニック、横浜総合病院、横浜新緑総合病院 吉田内科、あおば整形外科、メディカルコートケアクリニック、川和歯科
---------	--

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

このホームは田園都市線青葉台駅から徒歩10分ほどの閑静な住宅地にある。施設はスペインカタロニア地方の雰囲気を出し出す印象的な造りであるが、周囲の景観との違和感もなく入居者が我が家として認識し記憶にとどめやすい建物である。敷地は広く庭には草木が植えられバーベキューなどができるスペースと設備がある。玄関脇には噴水と池があり水面に日光が反射して窓越しに内部の壁に揺らぎの影が映る。内部はゆったりとしたスペースがあり採光や個室の居住性も良い。廊下の手すりの代わりに手をかける凸部が設置され滑らかに前進できるように工夫されている。
法人本部には認知症研究所や医療施設などが設置され認知症高齢者の介護方法を研究している。ホームと連携をして適切なサービスの提供に努め、夢美を始め各施設の職員のレベルアップ研修を行っている。

【重点項目への取り組み状況】

重点項目	<p>前回評価での主な改善課題とその後の取り組み、改善状況(関連項目:外部4)</p> <p>前回の外部評価の結果は各ユニットに置かれ利用者や来訪者が自由に閲覧できる。また、ホームページ上でも公開されている。改善点はなかったが、評価内容についてはスタッフに知らせ、職員同士で話し合っさらなる改善につなげている。</p>
	<p>今回の自己評価に対する取り組み状況(関連項目:外部4)</p> <p>自己評価の意義について管理者が徹底をはかっており、職員はよく認識している。評価票作成は職員全員で取り組み、一つひとつの項目について各職員が意見を書き込みケアリーダーとホーム長が取りまとめて完成させた。</p>
重点項目	<p>運営推進会議の主な討議内容及びそれを活かした取り組み(関連項目:外部4,5,6)</p> <p>運営推進会議は2ヶ月に1度開催している。構成は代表取締役、管理者、ホーム長、ユニットリーダー、入居者及び家族、地域の民生委員、自治会長などである。施設状況やサービス向上についての取り組みなどについて報告を行い、行事や地域ケアプラザからの情報を報告し、意見交換をしている。また、家族の意向や希望を聞き取っている。</p>
重点項目	<p>家族の意見、苦情、不安への対応方法・運営への反映(関連項目:外部7,8)</p> <p>月1回、ケアプランを説明しており、同時に家族の苦情や意向・希望を聞き取っている。また、金銭管理を書面で報告し同意を得ている。職員の異動についてもこの機会に説明するが急な異動の場合は随時連絡し承諾を得ている。日常のサービスについての苦情や希望については直ちにユニットリーダー及び管理者に報告され、速やかに会議を開いて対応を検討し実施している。</p>
重点項目	<p>日常生活における地域との連携(関連項目:外部3)</p> <p>もえぎ野地区自治会に加入し地域の情報交換やイベントへの参加を積極的に行っている。もえぎ野地域プラザと連携をとって事業や企画に参加し、ボランティアの募集も行っている。また、介護・福祉に関する講習会には講師を派遣している。地域の小学校、中学校と交流があり、今年に入って利用者が小学校の教室に講師として招かれ昔の遊びを教えた。</p>

2. 評価結果(詳細)

(部分は重点項目です)

取り組みを期待したい項目

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
. 理念に基づく運営					
1. 理念と共有					
	1	地域密着型サービスとしての理念 地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていくサービスとして、事業所独自の理念をつくりあげている	事業所の創立時に「正直、勤勉、親切」という明快な理念を職員全員でつくりあげた。「正直」とは、情報を客観的に正確に伝えること、「勤勉」は、自己管理により体調を整えてサービスの質の向上をはかること、「親切」は、気働き、気遣い、気配りによる支援のことである。理念の意義を職員全員が理解している。		
	2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	理念は各ユニットや事務室に掲示されている。毎日朝礼で理念を職員全員で復唱して確認し、その意義を職員が共有して日々の介助に活かしている。理念に基づいた詳細なサービスの心得やマニュアルも整備されており、事業所の中だけでなく地域との交流においても役立っている。		
2. 地域との支えあい					
	5	地域とのつきあい 事業所は孤立することなく地域の一員として、自治会、老人会、行事等、地域活動に参加し、地元の人々と交流することに努めている	もえぎ野地区自治会に加入し地域の情報交換やイベントへの参加を積極的に行っている。もえぎ野地域プラザと連携をとって事業や企画に参加し、ボランティアの募集も行っている。また、介護・福祉に関する講習会に講師を派遣している。近隣とも気軽に声を掛け合っており、時々近隣の子どもたちが遊びに訪れている。		
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	評価の意義について職員に徹底した。評価票は各職員が意見を書き、ユニットリーダーとホーム長が取りまとめた。前回の外部評価の結果は各ユニットに置かれ利用者や来訪者が自由に閲覧できる。また、ホームページでも公開されている。評価内容についてはスタッフに知らせ、職員同士が話し合っ改善している。		
	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ヶ月に1度開催している。構成は代表取締役、管理者、職員、入居者及び家族、地域の民生委員、自治会長、地域包括支援センター職員などである。施設の状況やサービス向上の取り組み、行事、地域ケアプラザからの情報などを報告し、意見交換をしている。また、家族の意向や希望を聞き取っている。		

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)
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	区役所の担当者との連絡を密にして制度の変更点やサービスの問題点などがあれば相談し、ホームの現状を報告している。管理者は横浜市の認知症介護指導者であり、認知症研修や介護者研修で講師をするなど行政との連携をはかっている。		
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	月1回のケアプランの説明を実施しており、同時に家族の意向・希望を聞き取っている。また、金銭管理を書面で報告し同意を得ている。職員の異動についてもこの機会に説明するが急な異動の場合は随時連絡し承諾を得ている。事業所のホームページではプライバシーに配慮した画像を掲載し、ホームの行事やレクリエーションの様子を閲覧できるようにしている。		
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	入居者の家族が中心となる音楽会や絵手紙づくりの活動を行っており、他の家族が参加して相互の交流が行われている。毎月のケアプラン説明時に相談員(介護支援専門員または社会福祉士)が家族の要望や苦情を聴き取って速やかに職員会議で検討し、改善策を家族に説明している。		
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	法人内での職員異動はあるが、同一の内容の定期研修を行っており、サービスの質を統一している。また、毎朝起床後に全てのホームから入居者全員の医学的な情報が法人の本部医療施設に送られ、必要な医療・介護の情報がフィードバックされている。職員は移動先でその情報及び利用者個々のアセスメント、ケアプラン、ケア記録を見て前任者が行っていたのと同じサービスを継続することにより違和感のない関係を維持し、適切なケアが出来るよう努めている。		
5. 人材の育成と支援					
10	19	職員を育てる取り組み 運営者は、管理者や職員を段階に応じて育成するための計画をたて、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	研修計画に基づき法人本部会議室にて週2回の認知症対応と介護技術のスキルアップ研修を実施しており、全ての職員は月に2回、双方の科目を必ず受講している。その他に資格取得のための外部研修受講を奨励しており、資格取得後は待遇を配慮している。		
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	グリーホーム連絡協議会に参加して情報交換、交流会を行っており、交流研修や他施設などの実習生の受け入れを行っている。実践者研修受講者を中心としたネットワーク作りを始めていて、全国に範囲を広げた集会なども開いている。		

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 (すでに取り組んでいることも含む)
.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応					
12	26	<p>馴染みながらのサービス利用</p> <p>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むよう家族等と相談しながら工夫している</p>	<p>入居の希望があれば介護支援専門員が相談担当として直接詳細なアセスメントをとっており、入居前の見学では職員が明るく声をかけて本人の不安を解消する工夫をしている。その後、居宅を訪問し、面談にて入居について確認し、利用者の納得のうえで契約を交わしている。入居後は信頼関係を築きながら徐々に馴染むように工夫している。</p>		
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	<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>常に入居者一人ひとりに声かけをして疎外感を抱かないように配慮している。できる人には食事の際の配ぜんや後片付けをお願いしている。また、洗濯物をたたんだり整理するのを手伝ってもらっている。入居者の一人から健康体操の一種である自強術を学び入居者と職員が共に実践して活気のある日々を過ごしている。</p>		
.その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
1. 一人ひとりの把握					
14	33	<p>思いや意向の把握</p> <p>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</p>	<p>職員によるケース検討会議やグループワークにより入居者個々に合わせたケアプランを作成し、生活のリズムを保つことを目標に1日の予定を組んでいる。体温・血圧測定をはじめ医療上必要な情報取得や体操、食事などの生活パターンは統一されているが、個々の意向や希望に沿って実施している。</p>		
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	<p>チームでつくる利用者本位の介護計画</p> <p>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</p>	<p>入居者の医学的な情報を本部医療施設に送り、言葉や行動などの情報をパソコン入力して本部研究所と共有し、関係者が一体となって個人に適したケアプランを作成している。居室担当が主となって本人・家族の意向や希望を把握すると共に、きめ細かくサービスを実施している。</p>		
16	37	<p>現状に即した介護計画の見直し</p> <p>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</p>	<p>職員はアセスメントシステムについて学習し家族の要望を把握すると共に、入居者の状況を時系列で収集してパソコンに入力し、本部研究所と連携して月に1度定期的にケアプランを見直している。ケアの実施に当たっては職員全員が協力して声かけを行い入居者個々の心身の状況に適したサービスを心がけている。状態急変時にはその都度ケアプランを見直している。</p>		

外部	自己	項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組みを期待したい内容 (すでに取組んでいることも含む)
3. 多機能性を活かした柔軟な支援					
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	医療連携体制加算を取っており看護師が配置され医療的なケアを実施している。在宅健康管理システム「ホームドクターうらら」を活用して毎朝体温、血圧、心電図、体重などの情報を本部の医療機関に送信して医師がチェックし、変化がある場合は直ちにホームに連絡され適切な処置がとられる体制がある。		
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					
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	医療については看護師の配置および在宅健康管理システムの利用、本部医療機関による2週間に1度の往診により、きめ細かい支援を行っている。入居前からのかかりつけ医の受診については希望があれば支援している。		
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	入居契約時に本人及び家族がターミナルケアの実施に関する要望・承諾書に署名捺印している。家族、医療機関、本部研究所が連携して適切な処置を行う体制が整っている。毎月の家族へのケアプラン説明の際にも情報提供し要望を聞き取っている。職員は終末医療に関する研修と訓練を受け緊急の事態にも対応できる。過去に3件のターミナルケアが行われた。		
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
1. その人らしい暮らしの支援					
(1) 一人ひとりの尊重					
20	50	プライバシーの確保の徹底 一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない	個人情報に関するファイルは事務所内の施錠できるキャビネットに収納している。パソコン内の個人情報はパスワードを設定してアクセスを管理している。入居者の言動が急変した場合でも優しく丁寧に対応して落ち着かせている。トイレには温水シャワーと床に排水孔を設置しており、排泄時の失敗を個人の尊厳を損なうことなく速やかに処理できる。		
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	毎日の生活の流れは共通のものであるが、入居者ごとに体調やその日の希望を考慮したペース配分で1日のスケジュールを考慮し、アクティビティ・サービスや入居者同士や職員との会話を楽しんでいる。天気の良い日はホームの庭や近隣の住宅街を散歩している。		

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)
(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援					
22	54	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者の嗜好や希望を取り入れて、健康状態を配慮した献立を作成し、食器などにも気を使って楽しく食事ができるように工夫している。管理栄養士が献立作成と栄養バランスのチェックを行い個別に咀嚼・嚥下、口腔機能を確認している。職員は入居者と同じ席で同じものを食べ、声をかけ、必要に応じて介助を行っている。		
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	入浴は入居者の清潔を保つと共に楽しみのひとつとして考え、最低でも週に3回を基準としているが、入居者の状況によって変えている。チェック表によって回数がその人に適当であるかを調べて対応している。浴室は広く、普通浴、シャワーなどを選択でき、介助者のスペースも確保している。脱衣場には空調設備があり寒い冬場でも暖かさを保つことができる。		
(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					
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	入居者の希望や生活歴を把握してケアプランを立て、気分転換や生きがいを見出して生活できるように配慮している。食事の準備や後片付け、洗濯物の整理の手伝いをしたり、交流のある近隣の小学校に昔の遊びの講師として出向き、子供たちに遊び方を教えている。音楽療法士が定期的に楽器の演奏に訪問している。		
25	61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、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	入居者は、天気の良い日には様々なコースを選んで散歩をしている。ホームの庭は広く草木が植えられていて手入れなどを兼ねて外気に当たることできる。本部のホールではコンサートが催されることがあり、入居者はホームの車を利用して出かけて鑑賞している。		
(4) 安心と安全を支える支援					
26	66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	鍵をかけないケアを原則としているが、玄関は状況によって施錠している。1階のユニットは鍵をかけていない。重度の入居者がいる2階は施錠しているが必要な人にはパスワードを知らせている。各居室は施錠していない。		
27	71	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている	避難訓練は年1回、消防署の立ち会いのもとに全員が参加して行われており、地域の人たちの参加を呼びかけている。また、地域の自治会及び近隣住民との連携を深め災害時には協力し合う関係を築いている。各ユニット職員詰所には火災報知機と消防署への連絡装置がある。災害用物品の備蓄は本部に備えてある。		災害時に地域の高齢者等の拠点となれるよう、食料や備品を事業所内に準備することが期待される。

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	<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>食事や水分の摂取量のチェック表を他の医療情報と共に本部に送りホームと共有している。本部ではデータを分析して適切な摂取量をホームに指示している。食事は入居者の状態に応じて常食、減塩食、糖尿病食などが提供されるように管理栄養士がチェックしている。</p>		
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	<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>共用空間は南向きで広い窓があり室内の採光は充分である。窓には遮光ブラインドが設置され、日差しを調整できる。窓の反対側にはステンドグラスがはめられ夜間には照明の光が映える。ユニットの壁には絵画や書が飾られていおり、随所に季節の飾り物や植物が置かれ心を和ませている。</p>		
30	83	<p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>居室は、健康や感情に良い影響与えるとして朝日が当たるように配置され、ベランダも広く取ってある。入居者は、家族の写真や作品、位牌など思い出のもの、馴染みの物を持ち込んで以前の馴染みの環境を引き継いでいる。居室の入口には小窓付きの棚が設置されて家族の写真や人形など本人が認識できるような物が置かれて表札の役を果たしている。</p>		

自己評価票

自己評価は全部で100項目あります。

これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。

項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目の や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したのものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
理念に基づく運営	22
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を実践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	17
1. 一人ひとりの把握	3
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	3
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	10
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
サービスの成果に関する項目	13
合計	100

記入方法

[取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

[取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に をつけます。

[取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

[特に力を入れている点・アピールしたい点](アウトカム項目の後にある欄です)

日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	横浜福祉研究所附属グループホーム夢美
(ユニット名)	ユーモス棟
所在地 (県・市町村名)	横浜青葉区もえぎ野10-28
記入者名 (管理者)	井戸 和宏
記入日	平成 21 年 1 月 20 日

地域密着型サービス評価の自己評価票

(部分は外部評価との共通評価項目です)

取り組んでいきたい項目

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
・理念に基づく運営				
1. 理念と共有				
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	独自の理念を掲げており、朝礼時やケアを行う日常の中に取り入れスタッフカウンターに掲示している。スタッフ間だけではなく、入居者、家族に対しても分かりやすく掲示し伝えている		
2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	運営理念を文章化し明確にして、各ユニットにマニュアルを用意し、運営理念をその中に入れ、いつでも確認できるようにすると共に、壁などに掲示し体現できるよう取り組んでいる。		
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	介護者教室、インターネット、施設見学、行事等を通し自治会や近隣の保育園等、積極的に地域交流を図り理解してもらっている。運営推進会議等を通し助言や要望を聴く中で、家族や地域の人々と交流を図り、より多くの方に理解してもらえよう取り組んで生きたい。また現在、近隣の小学校と連絡し、交流を図れるよう取り組んでいる。		
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、気軽に立ち寄りもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	散歩時、近隣の公園で知り合う方々にも挨拶を行い、声をかけて立ち寄りてもらえるなど、日常的な交流が図れるようにしている。地域ケアプラザにボランティア募集を呼びかけたり、夏祭り等で地域に啓発している。		
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	自治会に入会し地域の情報や事業所の情報の交換を行っている。地域事業、行事には職員も積極的に参加している。また、講習会やポスターなどを通じて働きかけを行っている。地域ケアプラザにボランティア募集を呼びかけたり、地域ケアプラザの企画に参加している。		さらに地域との交流を増やしたい

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
6	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	見学は積極的に受け入れ、よりグループホームの機能を理解していただけるように配慮している。研修の受け入れも実施。又、介護者教室や認知症に対する家族相談を見学を含め常時取り組んでいる。		
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	意義の理解を行い結果については、現状の評価を全スタッフ、家族へ伝えると共に、ファイリングして各ユニット入り口に置き、いつでも閲覧出来るようにしている。前回指摘事項はなかったが更なる取り組みを行う。		
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ヶ月に1度、運営推進会議を開催している。施設の状況報告や行事のお知らせなどをお伝えしている。地域からの情報を入居者へのサービス向上に役立てるよう情報を入居者、職員に伝えている。自治会、民生委員、ケアプラザからの情報をもとに地域参加を行っている。		今年度、民生委員、地域活動者の見学会実施。今後は運営推進会議などを通して地域とのかかわりあいの中で連絡や報告を密にしていき、施設を知ってもらおうと共にサービスの質の向上を図っていきたい。
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	管理者は市の認知症介護指導者であり、認知症の公演や介護者教室などで地域ケアプラザを活用させていただいたり市からの情報を事務所掲示板に貼り共有している。不明な点があれば市・区の担当者に相談し指導や助言に沿った取り組みを行っている。		
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	成年後見制度に関しては、月1回のケアプラン時に必要に応じて伺う、もしくは、家族から聞かれた際にすぐに説明できるようパンフレットの用意もある。直接話す機会を設け説明し、必要な方には活用できるように支援している。法人の研修において職員は学習する。		
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	KyomationTraingという一泊研修によって心(感動、共感、感謝)を体感的に理解する研修を導入研修として行っている。実践者研修などで虐待法などについても学び共有している。		

項 目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
4. 理念を実践するための体制			
12	<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>入居前の検討資料で料金表を県の指導に準じて配布し説明している。又、契約時、説明項目のリストを配布し説明が適切にわかりやすく伝わっているかというチェックリストを使用している。</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>ケアプラン説明、カンファレンスにて利用者、家族の声が届くように配慮している。</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>月1度のケアプラン説明時に十分に話ができる時間とっており、金銭の管理の報告もしている。異動がある際は、決定と同時に速やかに家族に伝え承諾していただいている。</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>契約時、管理者が苦情窓口であること、又、国保連や区役所の連絡先を重要事項説明書を通し説明している。又、定期的にプラン説明に参加し意見を聴いている。苦情、要望が出た場合は速やかに会議で話され、家族と面接し改善案を検討している。</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>運営者や管理者への意見、要望はユニット長が意見をまとめ報告することで、反映させるなどの努力をしている。又、定期的に全職員に対し、運営や会社全体に対する意識調査を実施している。また個人的な意見なども、管理者に気軽に話す事が出来るよう配慮している。</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>人員体制基準では、十分クリアしており、常勤数も多く、身体状況の変化や利用者個々の要望に対し柔軟に対応することができている。また、本社人員などの手配も行えるようになってきている。</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>個々の仕事の希望や目標設定を明確にし管理者は支援しており、働く楽しさや目標達成を通してバーンアウトを防いでいる。異動や離職にて人員が変化する場合においても年12回の勉強会や自己覚知の研修を受け専門性をもって現場へ入るなどのシステムをとっている。</p>	

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
19	<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>認知症、介護概論のについての研修を受講することをホームとして推進しており継続的に研究室より参考文献の紹介やOJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。月2回のスキルアップ研修を実施。1年間で24時間の認知症講義と介護技術研修が自由に受けられるようになっている。</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>ブロック会の参加や研修の参加、又、他施設や学校関係の実習生受け入れを多く取り入れ、交流する機会を持つと共に、ネットワーク作り、情報共有する中で質の向上に努めている。認知症介護仲間を全国でネットワーク作りしており、外部情報も豊富である。</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>夜間良眠パーティーの実施や接骨院、クリニック、食事、スパの負担などがある。また、外部者と接する機会(定例会)職員相互の親睦、悩みの聴取、スーパーバイザーの導入等を行っている。事例研究会の実施、福利厚生の充実化を実施。</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>課題設定、目標設定を個々に指導し、達成出来るように指導している。職員がそれぞれの段階に応じた研修を受講することを推進しており継続的に研究室より参考文献の紹介やOJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。</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>	<p>入居相談担当の専門職員(介護支援専門員)が、入居前面談に必ず訪問し(もしくは施設見学時)、から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。入居から3日間はホーム長が付き添い、なじみの関係を作るようになっており、早期回復、改善に努めている。</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>入居相談担当の専門職員(介護支援専門員)が、インテーク面接から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。月1回のケアプラン説明時に、相談会を実施し、悩みがあれば管理者が関わるなどの仕組みとなっている。</p>	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士の資格を有した入居相談担当の専門職員が、相談時のその方にあったサービス、社会資源を説明、案内が出来るよう、また、当事業所では提供できないサービスの際には他事業所を紹介出来るよう、他事業所とのネットワークを広げるよう努めている。		
26	馴染みながらのサービス利用 本人が安心して、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	納得した上でサービス利用してもらえるように、入居前より本人の詳細なアセスメントを取り、入居当日に向け、場の雰囲気作りから、環境の変化に伴う不安の減少に努める。又、当日は来所された理由を明確に伝え、同意を得て徐々に信頼関係、動機付けを行ないながら安心して出来るよう工夫している。入居前の見学等でも、明るく声を掛け、不安の減少に努めている。		フィジカルアセスメントにおいては、最新の配慮を持ち、その方の変化を捉えるための基本情報を押さえている。研究所の指導の下、均一的なケアに繋がっている。
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 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	入居者個々の喜び、悲しみ等や変化を感じ、また、スタッフ自身が楽しむ事、お互いが豊かになるということ、日々の業務や研修を行なう中で繰り返し伝えている。お互いが学んだり、支えあう関係を築いている。入居者様から自彊術をワーカーや、他入居者様みんなで学び実施する事で、活気ある毎日を過ごしている。		
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	『認知症』は家族の病気として伝え、一緒にケアを行なう協力を得ると共に、行事・企画の際に一緒に計画を立てたり、準備を一緒に行う事で、共感し合える機会を増やす努力を行っている。ケアプラン実施の際に、ご家族様にも行なえる範囲でのケアへの理解・参加を促している。		
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	家族にとって来所しやすい雰囲気、歓迎、行事への招待等を心掛ける中で、一緒にいる時間の共有を図り、より良い関係が継続していけるように支援している。ケアプランに基づきBPSDが改善されることで家族は病気としての認識が起こり、症状を受容できるように支援している。		
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	兄弟、親戚、知人等の来所、手紙を頂く事、または手紙をp出す事、訪問等を、ご本人、ご家族に負担の無い範囲で計画を立てるなどの支援を行っている。希望によっては、居室に電話を引き馴染みある人と連絡が取りあえる環境を作っている。		
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	自己選択・決定を基にグループワーク・音楽療法を活用し、所属欲求を満たす中で、利用者同士が関わり合い、支えあいが行えるように配慮を行い、ケアを実施している。職員が入居者同士の人間関係を理解しており、トラブルを事前に回避していくと共に、関わり合い、支えあいが行えるように配慮している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
32	関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	サービス終了者は家族の方などサービス利用以外の方の福祉の相談にのるなど、関係を広げる関りを行なっている。また、気軽に遊びに来ていただいている。		
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
1. 一人ひとりの把握				
33	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ケースワークやグループワークを行ないながら、個々の欲求をアセスメントする中で、その人らしさを重点に置きプランに反映したり、家族とも検討している。日々、一日の予定を入居者に相談し、一緒に楽しく暮らせるようにしている。		
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	職員が本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らし方を理解しプランに反映している。研究所で発表しているRDRフィジカルアセスメント、及びMDSにおいて情報を整理。活用までの一貫したプロセスを踏んでおり、客観的な視点で「個人」の環境的・個人的・社会的因子を理解している。		
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	看護、医療との連携を行ないながら、多角的に日々の心身状態、有する力の状況をアセスメントしデータ入力している。また、日々の身体状態の変化を、常に申し送り、連絡帳等で情報を共有している。本人、家族に確認し、特に動機づけ機能、認知機能、感情機能に着目し、MENFISにより観察・評価している。		
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 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	本人、家族、親族の情報のほか、Dr.、ケアマネ、Ns、SW、研究員らで課題を共有し、多角的で客観性のあるアセスメントをもとにプランを作成している。		
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	一ヶ月の介護計画の見直しを行い、また、家族説明を実施、対応に関しては家族を含めカンファレンスを行い現状に則した計画を作成している。また職員はMDS2.1アセスメントを学び、入居者の変化をケアプラン作成に生かしている。3~7日で変化・状態悪化状況があればプラン変更を研究所と相談し実施。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有、また日々の気付きや変化を全て職員がケア記録や連絡帳を活用する中で情報共有している。13項目にわたる行動観察を客観的に行い記録している。		
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 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	ご本人やご家族様の状態、状況の把握に職員は努め、要求に応じた支援が行えるようケアに努めている。研究所、クリニック、接骨院などの施設も連携し様々なケアを展開している。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働				
40	地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	運営推進会議から地域への呼びかけや、地域ケアプラザの行事に参加、避難訓練などの行事を行っている。また、ボランティアが中心としたフラワーアレンジメントを行っている。青葉区徘徊ネットワークに登録し、地域の力を活用した見守りなどを行っている。		
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	管理者、ホーム長は区のケアマネ連合会に所属し、関係を構築している中で情報交換やサービス利用に対し話し合っている。隣接するデイサービスとの交流なども実施		
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	相互に交流しよい関係が築けている。意向や必要性に応じて、イベントや学習会など、共働している。		
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	2週間に1回の往診を行っており、状態変化時、緊急時や、家族の希望にて状態を知りたい際の調整を行って、医師に伝えるなどの連携の支援を行っている。また、希望によって、入居以前からのかかりつけ医に受診できるよう支援している。24hオンコール体制にて医療相談が可能であり、家族、本人の希望や要望には答えられている、		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44	認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	研究所に依頼する事で協力医療機関の医師に診察の依頼がいつでも行なえ、必要があれば画像診断や検査などを行ってもらえる関係がある。入居後、状態変化時、定期的で画像診断の依頼を行い、確定診断を行っている。		
45	看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている	医療連携体制加算を取っており、看護介護が連携し協同する24時間システムになっている。入居者をよく知る看護職員が体調の変化時にはすぐに電話にて状態をつたられる環境がある。必要に応じ、状態を見に来るようになっており、日常の健康管理から急変時の対応まで積極的に行なえている。		
46	早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している	環境不適應による認知症の進行を防ぐため、可能な限り短期間での入院で済むよう連携を行なっている。術前検査をホーム内で行なったり、退院後のリハビリをクリニックにある接骨院と行うことで入院期間の短縮に勤めている。		
47	重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	研究所が主体となり、情報の交換をしており、家族とも月1回のプラン説明で終末期のあり方について定期的にご家族と話し、希望内容をアセスメント表に残すなどの対応を行い、方針を共有している。過剰な延命治療拒否などの書類があり、希望に沿ったケアが行える。そして事前に意向を確認して行く事で急変時の対応が早くなる。		
48	重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	終末期のケアが行なえる体制が整っている。ご家族の希望によっては、現在ターミナルケアを行なっている、当法人内の別事業所への転棟も可能な状況であり、かかりつけ医、看護職員とともにターミナルケアを行なえるよう準備を行なっている。		
49	住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている	入居の際に環境変化による認知症の進行を防ぎつつ、利用者本人様が自己決定が行えるよう、入居前面談から入居後までの間、必要な情報が得られるよう、情報交換や話し合いを行っている。また、他施設への退所の際には当施設でのケア記録、ケアプランの定時や情報交換を行い、情報提供を行っている。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
.その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
1. その人らしい暮らしの支援			
(1) 一人ひとりの尊重			
50	<p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>	<p>個々の状態や性格、能力に応じた声かけや対応を内部研修を通し、実践の評価をしながら行っている。ケア記録はパソコン入力にて行い、その他個人情報に関わる記録等に関しては、スタッフカウンター、事務所意外の場所に保管しないよう工夫し、他者の目に触れないよう配慮している。</p>	<p>入居時より個人情報の取り扱いについて相談し、使用する範囲を協議している。</p>
51	<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている</p>	<p>入居者個々の自己決定、選択を大切にし、対応可能な限り尊重している。入居者の希望をかなえられるように、一日の予定を相談し一緒に考える機会を作っている。</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>	<p>個々の方々のペースを大切に、利用者本位のケアが行なえるよう、日々努めている。また、研修や勉強会にてその人らしい暮らしがどういったものか、振り返れる場を作り、スタッフに学ぶ機会を与えている。</p>	<p>経験のない新人職員に対し、早い段階での入居者主体の指導や勉強会を行なっている。</p>
(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援			
53	<p>身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている</p>	<p>衣類、化粧品等は本人が使っていたもの、好む色などをご家族様に準備頂いている。気分転換をかねて、近隣の美容院での整容が可能な状態であれば、行えるよう、調整を行っている。また、一緒に服を選ぶなどをしてお洒落を楽しんでいる。</p>	<p>横間福祉研究所では、認知症ケアを学んでいる美容師を雇用し、外出が困難なご利用者でも美容が楽しめるよう工夫されている。</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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	<p>バックグラウンドによる嗜好の確認と活用。研究所の管理栄養士の献立作成、栄養療法の実施。また、軽作業療法として可能な限り調理への参加を促している。皿、花、雰囲気、明かりなど環境にも配慮している。</p>	<p>管理栄養士がラウンドを行い、咀嚼、嚥下、口腔内の確認などを行っている。</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、好みのもを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している</p>	<p>個々の入居者の病状もある為、医師、栄養士と相談を行ないながら検討し行っている。「本人の思い」を図るため、MENFISの感情・動機付け機能や生活睡眠パターン変化などを捉え見守っている。</p>	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	気持よい排泄の支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄パターンを掴み、誘導時間の変更を検討する事をケアプラン作成時に行っている。可能な限り、布パンツや尿取りパット、より小さいパットを検討するよう、ケアプラン作成時に失禁用具の変更を検討している。		
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	入居者の希望を確認しながら、時間・回数は、状態に応じて実施している。認知症発症以前やそれ以降の情報を家族様から頂きケアに生かしている。		
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	居室はもちろん、リビングにおいてもソファーと一人用の椅子など複数用意し、テレビ前や窓際など居室以外でもゆっくりとした休息が取れるよう支援している。日中を通じて夜間の熟睡につながるケアを心掛けている。		
(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 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	個別ケアプランにて、本人の生活歴、現在の希望にあったアクティビティや予定を立て、気分転換や楽しんだ生活が送れるよう努めている。		
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	ADL、認知状態の悪化により、金銭管理を含めた自己管理が困難な入居者に対してはスタッフが管理しているが、希望や所持していない事で不安要素になる方には所持していただいている。又、入居者と一緒にお金をつかえるような時期をあえて作り、支援をしている。		
61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、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	希望に添って、戸外に随時出られる環境である。個々の居室の窓際からベランダに出られるようなつくりになっており、歩行訓練や日光浴、外気浴が行えるようにしている。また、晴れた日は毎日散歩へ出かけている。		
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	家族との協働により入居者個々に行きたいところへ外出、外泊プランを立てて実施している。昨年は、温泉旅行に職員を同行させ実施。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	手紙や、電話は居室で自由に利用できる。代筆なども希望により職員と一緒に言うが、困難な入居者に対しては、本人に了解を得て文面を読んだり、代筆を行い返答することもある。		
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	家族や友人など、来客者に対して、笑顔での挨拶や対応を励行し、来棟しやすい雰囲気作り、歓迎、関係構築の支援を心がけている。		
(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 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	身体拘束はない。身体拘束がどういったものを指すのか、必要に応じ資料の回覧、勉強会、業務内にてホーム長より指導を行なっている。		
66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	玄関や居室の窓に鍵をかけないケアを意識している。玄関ドアに関して鍵を使用しているが、その弊害が少なく済むよう、配慮を行っている。希望者には解除方法を説明している(プランに準ずる)		
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	起床後、日中を通し、入居者様がいらっしゃるにはスタッフが一緒に過ごせるよう、また、見守りが出来る香盤表を作成している。また、居室で過ごされているとき、就寝後はセンサーランプ、聴取を用いて安全の確保を行っている。		スタッフが「診る、看る」という視点により安全確保に努めている。
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	個々の危険因子はアセスメントにより分析されており、それを除いた環境を提供している。また、管理者は定期的に確認し、必要があれば職員に指導を行っている。		
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	ケガ、転倒、誤嚥、行方不明などの事態が発生した場合はただちにマニュアルに沿って対応する。事後は事故報告書にまとめ、原因を追究し改善につなげている。防災訓練年2回実施。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	勉強会などで吸引機の使い方や、意識レベルの図り方、バイタルサインの取り方等、急変時の対処方法を実際に使える定期的に見直し、練習等を行なっている。		
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	消火器位置や避難経路、非常時の際の連絡に関して避難訓練を通して把握、練習を行なっている。又、自治会や近隣等、地域事業等に参加関係を深めている。		
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	ケアプラン説明時にご家族に対し、現状の説明後、予測できるリスクについて説明を行なっている。ご本人の不快がなく安全な生活が送れるよう、スタッフは常に考えながらケアに当たっている。		
(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 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有して対処している。また、体調の変化、異変は速やかに管理者又はナースに報告し速やかに対応出来るように努めている。		
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	医務係という係を設置し服薬内容に変更があった際には全スタッフに周知するようにしている。スタッフカウンターにファイルを作成し、効用や用法などを明記し誰もがみれる環境を整えている。新しい薬を服薬し始めた際には最低7日間是要観察期間と定め、状態把握に努めている。		新しい薬を服用し始めた際には、3日間排泄・睡眠パターン・メンフィス測定を実施している。職員は入居者の薬を暗記するように指導されている。
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	栄養士による栄養療法、水分摂取量の把握と、起床時に水分を取っていただく、生活リズムを整える、運動、入浴、腹部マッサージ、ハーブの使用など便秘の解消に努めている。		
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	個別に応じた口腔ケアの方法を用い、口腔状態の改善に努めている。また、定期的に歯科衛生士による口腔状態の把握、ケアを実施。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	食事カロリー、摂取量、1日のトータル水分量、などの基本情報が共有して活用されている。又、体重変化や血液検査の状態により客観的に体の状態を把握し、更に食習慣やその日の状態に合わせた食事や水分の摂取が出来るように支援している。		
78	感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	感染症対策マニュアルが作成されており、予防の実施がなされている。特に冬時期の感染症が増える時期には、その時期に入る前に資料の閲覧や勉強会の開催を行なっている。定期的に加湿器の清掃を実施している。嘔吐の際の処理セットを用意している。		
79	食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	まな板は、野菜用と肉用に分け使用している。包丁、まな板の塩素系漂白、消毒、食器の酸素系漂白、消毒を行なっている。食材に関してはあまった食材を翌日の使用に持ち越すことなく、新たに注文、購入したものを使用し調理を行なっている。保健所指導により則り実施。		冷蔵庫内の冷蔵室、冷凍室の温度チェックを2回/日行っている。
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 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	植物やポストの配置、季節の装飾、エントランスに休息ができる椅子と階段とスロープの設置などの工夫を行なっている。		
81	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	互換刺激やスヌーズレンを活用し、親しみやすいもので整え、認知症改善に向けた照度や色合い、ROに配慮した装飾を意識している。		
82	共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	建物上、リビングとダイニングの分離が困難であるが、ソファの配置を工夫することで、食事と団樂の場を区別した空間作りを行っている。		リビング、廊下などでひとりになれたり、気のあった利用者同士で思い思いに過ごせる椅子の配置を検討、実施する。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	在宅時から使っていたものや、好まれるものなどを持ち込みいただき、在宅時に近い生活空間を整え、環境変化による混乱や不快感の軽減が図られるよう、ご家族の協力を頂きながらご本人が居心地よく過ごせるよう工夫をしている。		
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	建物上の工夫がされている。また、生活においては換気を適切にその日の天気、温度、湿度などを職員が把握し、湿温・湿度計の設置と管理を常に実施している。又、気温により、入居者個々の衣類調整配慮している。各居室には温・湿度計を設置している。		
(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 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	身体機能の活用・人間が本来もつ感覚に対し刺激を与えられるように心理的、身体的に対するハード面に工夫をこらしている。リスクを生じるがスタッフがそれを把握することで活用・事故防止につなげている。		
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	月1回のケアプランの実施、及びモニタリングにて個々の残存昨日昨日の把握や活用を行い、自立支援を行っている。		
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	入居者と一緒にガーデンの花壇の手入れや花の植え込みを行っている。また、日光浴や流しそめんなどの企画を催したり活用している。また、ベランダでは各自プランターを置いたり、洗濯物を干したりして活用している。		

サービスの実績に関する項目

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

項 目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
96	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている		ほぼ毎日のように
			数日に1回程度
			たまに
			ほとんどない
97	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている		大いに増えている
			少しずつ増えている
			あまり増えていない
			全くいない
98	職員は、生き生きと働いている		ほぼ全ての職員が
			職員の2/3くらいが
			職員の1/3くらいが
			ほとんどいない
99	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う		ほぼ全ての利用者が
			利用者の2/3くらいが
			利用者の1/3くらいが
			ほとんどいない
100	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う		ほぼ全ての家族等が
			家族等の2/3くらいが
			家族等の1/3くらいが
			ほとんどできていない

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

(この欄は、日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入してください。)

自己評価票

自己評価は全部で100項目あります。

これらの項目は事業所が地域密着型サービスとして目標とされる実践がなされているかを具体的に確認するものです。そして改善に向けた具体的な課題を事業所が見出し、改善への取り組みを行っていくための指針とします。

項目一つひとつを職員全員で点検していく過程が重要です。点検は、項目の最初から順番に行う必要はありません。点検しやすい項目(例えば、下記項目の や 等)から始めて下さい。

自己評価は、外部評価の資料となります。外部評価が事業所の実践を十分に反映したのものになるよう、自己評価は事実に基づいて具体的に記入しましょう。

自己評価結果は、外部評価結果とともに公開されます。家族や地域の人々に事業所の日頃の実践や改善への取り組みを示し、信頼を高める機会として活かしましょう。

地域密着型サービスの自己評価項目構成

	項目数
・理念に基づく運営	22
1. 理念の共有	3
2. 地域との支えあい	3
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	5
4. 理念を実践するための体制	7
5. 人材の育成と支援	4
・安心と信頼に向けた関係づくりと支援	10
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	4
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	6
・その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	17
1. 一人ひとりの把握	3
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	3
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	1
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	10
・その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	38
1. その人らしい暮らしの支援	30
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	8
・サービスの成果に関する項目	13
合計	100

記入方法

[取り組みの事実]

ケアサービスの提供状況や事業所の取り組み状況を具体的かつ客観的に記入します。(実施できているか、実施できていないかに関わらず事実を記入)

[取り組んでいきたい項目]

今後、改善したり、さらに工夫を重ねたいと考えた項目に をつけます。

[取り組んでいきたい内容]

「取り組んでいきたい項目」で をつけた項目について、改善目標や取り組み内容を記入します。また、既に改善に取り組んでいる内容・事実があれば、それを含めて記入します。

[特に力を入れている点・アピールしたい点] (アウトカム項目の後にある欄です)

日々の実践の中で、事業所として力を入れて取り組んでいる点やアピールしたい点を記入します。

用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

評価シートの説明

評価調査票は、プロセス評価の項目(1から 87)とサービスの成果(アウトカム)の項目(88から 100)の2種類のシートに分かれています。記入する際は、2種類とも必ず記入するようご注意ください。

事業所名	横浜福祉研究所附属グループホーム夢美
(ユニット名)	ミューズ棟
所在地 (県・市町村名)	横浜青葉区もえぎ野10-28
記入者名 (管理者)	井戸 和宏
記入日	平成 21 年 1 月 20 日

地域密着型サービス評価の自己評価票

(部分は外部評価との共通評価項目です)

取り組んでいきたい項目

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
・理念に基づく運営				
1. 理念と共有				
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	独自の理念を掲げており、朝礼時やケアを行う日常の中に取り入れスタッフカウンターに掲示している。スタッフ間だけではなく、入居者、家族に対しても分かりやすく掲示し伝えている		
2	理念の共有と日々の取り組み 管理者と職員は、理念を共有し、理念の実践に向けて日々取り組んでいる	運営理念を文章化し明確にして、各ユニットにマニュアルを用意し、運営理念をその中に入れ、いつでも確認できるようにすると共に、壁などに掲示し体現できるよう取り組んでいる。		
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	介護者教室、インターネット、施設見学、行事等を通し自治会や近隣の保育園等、積極的に地域交流を図り理解してもらっている。運営推進会議等を通し助言や要望を聴く中で、家族や地域の人々と交流を図り、より多くの方に理解してもらえよう取り組んで生きたい。また現在、近隣の小学校と連絡し、交流を図れるよう取り組んでいる。		
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、気軽に立ち寄りもらえるような日常的なつきあいができるように努めている	散歩時、近隣の公園で知り合う方々にも挨拶を行い、声をかけて立ち寄りてもらおうなど、日常的な交流が図れるようにしている。地域ケアプラザにボランティア募集を呼びかけたり、夏祭り等で地域に啓発している。		
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	自治会に入会し地域の情報や事業所の情報の交換を行っている。地域事業、行事には職員も積極的に参加している。また、講習会やポスターなどを通じて働きかけを行っている。地域ケアプラザにボランティア募集を呼びかけたり、地域ケアプラザの企画に参加している。		さらに地域との交流を増やしたい

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
6	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	見学は積極的に受け入れ、よりグループホームの機能を理解していただけるように配慮している。研修の受け入れも実施。又、介護者教室や認知症に対する家族相談を見学を含め常時取り組んでいる。		
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	意義の理解を行い結果については、現状の評価を全スタッフ、家族へ伝えると共に、ファイリングして各ユニット入り口に置き、いつでも閲覧出来るようにしている。前回指摘事項はなかったが更なる取り組みを行う。		
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ヶ月に1度、運営推進会議を開催している。施設の状況報告や行事のお知らせなどをお伝えしている。地域からの情報を入居者へのサービス向上に役立てるよう情報を入居者、職員に伝えている。自治会、民生委員、ケアプラザからの情報をもとに地域参加を行っている。		今年度、民生委員、地域活動者の見学会実施。今後は運営推進会議などを通して地域とのかかわりあいの中で連絡や報告を密にしていき、施設を知ってもらおうと共にサービスの質の向上を図っていきたい。
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	管理者は市の認知症介護指導者であり、認知症の公演や介護者教室などで地域ケアプラザを活用させていただいたり市からの情報を事務所掲示板に貼り共有している。不明な点があれば市・区の担当者に相談し指導や助言に沿った取り組みを行っている。		
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	成年後見制度に関しては、月1回のケアプラン時に必要に応じて伺う、もしくは、家族から聞かれた際にすぐに説明できるようパンフレットの用意もある。直接話す機会を設け説明し、必要な方には活用できるように支援している。法人の研修において職員は学習する。		
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	KyomationTraingという一泊研修によって心(感動、共感、感謝)を体感的に理解する研修を導入研修として行っている。実践者研修などで虐待法などについても学び共有している。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
4. 理念を実践するための体制			
12	<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>入居前の検討資料で料金表を県の指導に準じて配布し説明している。又、契約時、説明項目のリストを配布し説明が適切にわかりやすく伝わっているかというチェックリストを使用している。</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>ケアプラン説明、カンファレンスにて利用者、家族の声が届くように配慮している。</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>月1度のケアプラン説明時に十分に話ができる時間とっており、金銭の管理の報告もしている。異動がある際は、決定と同時に速やかに家族に伝え承諾していただいている。</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>契約時、管理者が苦情窓口であること、又、国保連や区役所の連絡先を重要事項説明書を通し説明している。又、定期的にプラン説明に参加し意見を聴いている。苦情、要望が出た場合は速やかに会議で話され、家族と面接し改善案を検討している。</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>運営者や管理者への意見、要望はユニット長が意見をまとめ報告することで、反映させるなどの努力をしている。又、定期的に全職員に対し、運営や会社全体に対する意識調査を実施している。また個人的な意見なども、管理者に気軽に話す事が出来るよう配慮している。</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>人員体制基準では、十分クリアしており、常勤数も多く、身体状況の変化や利用者個々の要望に対し柔軟に対応することができている。また、本社人員などの手配も行えるようになっている。</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>個々の仕事の希望や目標設定を明確にし管理者は支援しており、働く楽しさや目標達成を通してバーンアウトを防いでいる。異動や離職にて人員が変化する場合においても年12回の勉強会や自己覚知の研修を受け専門性をもって現場へ入るなどのシステムをとっている。</p>	

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
5. 人材の育成と支援			
19	<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>認知症、介護概論のについての研修を受講することをホームとして推進しており継続的に研究室より参考文献の紹介やOJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。月2回のスキルアップ研修を実施。1年間で24時間の認知症講義と介護技術研修が自由に受けられるようになっている。</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>ブロック会の参加や研修の参加、又、他施設や学校関係の実習生受け入れを多く取り入れ、交流する機会を持つと共に、ネットワーク作り、情報共有する中で質の向上に努めている。認知症介護仲間を全国でネットワーク作りしており、外部情報も豊富である。</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>夜間良眠パーティーの実施や接骨院、クリニック、食事、スパの負担などがある。また、外部者と接する機会(定例会)職員相互の親睦、悩みの聴取、スーパーバイザーの導入等を行っている。事例研究会の実施、福利厚生の充実化を実施。</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>課題設定、目標設定を個々に指導し、達成出来るように指導している。職員がそれぞれの段階に応じた研修を受講することを推進しており継続的に研究室より参考文献の紹介やOJTなどの計画と実行などの具体的な研修プランが出来ている。</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>	<p>入居相談担当の専門職員(介護支援専門員)が、入居前面談に必ず訪問し(もしくは施設見学時)、から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。入居から3日間はホーム長が付き添い、なじみの関係を作るようになっており、早期回復、改善に努めている。</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>入居相談担当の専門職員(介護支援専門員)が、インテーク面接から基本的には入居まで、必要があれば入居後も一貫した関わりを持つ中で、信頼関係を構築しつつ、意見、希望等が聴取しやすい環境を作れるよう努めている。月1回のケアプラン説明時に、相談会を実施し、悩みがあれば管理者が関わるなどの仕組みとなっている。</p>	

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士の資格を有した入居相談担当の専門職員が、相談時のその方にあったサービス、社会資源を説明、案内が出来るよう、また、当事業所では提供できないサービスの際には他事業所を紹介出来るよう、他事業所とのネットワークを広げるよう努めている。		
26	馴染みながらのサービス利用 本人が安心して、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	納得した上でサービス利用してもらえるように、入居前より本人の詳細なアセスメントを取り、入居当日に向け、場の雰囲気作りから、環境の変化に伴う不安の減少に努める。又、当日は来所された理由を明確に伝え、同意を得て徐々に信頼関係、動機付けを行ないながら安心して出来るよう工夫している。入居前の見学等でも、明るく声を掛け、不安の減少に努めている。		フィジカルアセスメントにおいては、最新の配慮を持ち、その方の変化を捉えるための基本情報を押さえている。研究所の指導の下、均一的なケアに繋がっている。
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 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	入居者個々の喜び、悲しみ等や変化を感じ、また、スタッフ自身が楽しむ事、お互いが豊かになるということ、日々の業務や研修を行なう中で繰り返し伝えている。お互いが学んだり、支えあう関係を築いている。入居者様から自彊術をワーカーや、他入居者様みんなで学び実施する事で、活気ある毎日を過ごしている。		
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	『認知症』は家族の病気として伝え、一緒にケアを行なう協力を得ると共に、行事・企画の際に一緒に計画を立てたり、準備を一緒に行う事で、共感し合える機会を増やす努力を行っている。ケアプラン実施の際に、ご家族様にも行なえる範囲でのケアへの理解・参加を促している。		
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	家族にとって来所しやすい雰囲気、歓迎、行事への招待等を心掛ける中で、一緒にいる時間の共有を図り、より良い関係が継続していけるように支援している。ケアプランに基づきBPSDが改善されることで家族は病気としての認識が起こり、症状を受容できるように支援している。		
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	兄弟、親戚、知人等の来所、手紙を頂く事、または手紙をp出す事、訪問等を、ご本人、ご家族に負担の無い範囲で計画を立てるなどの支援を行っている。希望によっては、居室に電話を引き馴染みある人と連絡が取りあえる環境を作っている。		
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	自己選択・決定を基にグループワーク・音楽療法を活用し、所属欲求を満たす中で、利用者同士が関わり合い、支えあいが行えるように配慮を行い、ケアを実施している。職員が入居者同士の人間関係を理解しており、トラブルを事前に回避していくと共に、関わり合い、支えあいが行えるように配慮している。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
32	関係を断ち切らない取り組み サービス利用(契約)が終了しても、継続的な関わりを必要とする利用者や家族には、関係を断ち切らないつきあいを大切にしている	サービス終了者は家族の方などサービス利用以外の方の福祉の相談にのるなど、関係を広げる関りを行なっている。また、気軽に遊びに来ていただいている。		
. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント				
1. 一人ひとりの把握				
33	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	ケースワークやグループワークを行ないながら、個々の欲求をアセスメントする中で、その人らしさを重点に置きプランに反映したり、家族とも検討している。日々、一日の予定を入居者に相談し、一緒に楽しく暮らせるようにしている。		
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	職員が本人にとって大切な経験や出来事を知り、その人らしい暮らし方を理解しプランに反映している。研究所で発表しているRDRフィジカルアセスメント、及びMDSにおいて情報を整理。活用までの一貫したプロセスを踏んでおり、客観的な視点で「個人」の環境的・個人的・社会的因子を理解している。		
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	看護、医療との連携を行ないながら、多角的に日々の心身状態、有する力の状況をアセスメントしデータ入力している。また、日々の身体状態の変化を、常に申し送り、連絡帳等で情報を共有している。本人、家族に確認し、特に動機づけ機能、認知機能、感情機能に着目し、MENFISにより観察・評価している。		
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 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	本人、家族、親族の情報のほか、Dr.、ケアマネ、Ns、SW、研究員らで課題を共有し、多角的で客観性のあるアセスメントをもとにプランを作成している。		
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	一ヶ月の介護計画の見直しを行い、また、家族説明を実施、対応に関しては家族を含めカンファレンスを行い現状に則した計画を作成している。また職員はMDS2.1アセスメントを学び、入居者の変化をケアプラン作成に生かしている。3~7日で変化・状態悪化状況があればプラン変更を研究所と相談し実施。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有、また日々の気付きや変化を全て職員がケア記録や連絡帳を活用する中で情報共有している。13項目にわたる行動観察を客観的に行い記録している。		
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 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	ご本人やご家族様の状態、状況の把握に職員は努め、要求に応じた支援が行えるようケアに努めている。研究所、クリニック、接骨院などの施設も連携し様々なケアを展開している。		
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働				
40	地域資源との協働 本人の意向や必要性に応じて、民生委員やボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している	運営推進会議から地域への呼びかけや、地域ケアプラザの行事に参加、避難訓練などの行事を行っている。また、ボランティアが中心としたフラワーアレンジメントを行っている。青葉区徘徊ネットワークに登録し、地域の力を活用した見守りなどを行っている。		
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	管理者、ホーム長は区のケアマネ連合会に所属し、関係を構築している中で情報交換やサービス利用に対し話し合っている。隣接するデイサービスとの交流なども実施		
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	相互に交流しよい関係が築けている。意向や必要性に応じて、イベントや学習会など、共働している。		
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	2週間に1回の往診を行っており、状態変化時、緊急時や、家族の希望にて状態を知りたい際の調整を行って、医師に伝えるなどの連携の支援を行っている。また、希望によって、入居以前からのかかりつけ医に受診できるよう支援している。24hオンコール体制にて医療相談が可能であり、家族、本人の希望や要望には答えられている、		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
44	認知症の専門医等の受診支援 専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している	研究所に依頼する事で協力医療機関の医師に診察の依頼がいつでも行なえ、必要があれば画像診断や検査などを行ってもらえる関係がある。入居後、状態変化時、定期的で画像診断の依頼を行い、確定診断を行っている。		
45	看護職との協働 利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている	医療連携体制加算を取っており、看護介護が連携し協同する24時間システムになっている。入居者をよく知る看護職員が体調の変化時にはすぐに電話にて状態をつたられる環境がある。必要に応じ、状態を見に来るようになっており、日常の健康管理から急変時の対応まで積極的に行なえている。		
46	早期退院に向けた医療機関との協働 利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している	環境不適應による認知症の進行を防ぐため、可能な限り短期間での入院で済むよう連携を行なっている。術前検査をホーム内で行なったり、退院後のリハビリをクリニックにある接骨院と行うことで入院期間の短縮に勤めている。		
47	重度化や終末期に向けた方針の共有 重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している	研究所が主体となり、情報の交換をしており、家族とも月1回のプラン説明で終末期のあり方について定期的にご家族と話し、希望内容をアセスメント表に残すなどの対応を行い、方針を共有している。過剰な延命治療拒否などの書類があり、希望に沿ったケアが行える。そして事前に意向を確認して行く事で急変時の対応が早くなる。		
48	重度化や終末期に向けたチームでの支援 重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている	終末期のケアが行なえる体制が整っている。ご家族の希望によっては、現在ターミナルケアを行なっている、当法人内の別事業所への転棟も可能な状況であり、かかりつけ医、看護職員とともにターミナルケアを行なえるよう準備を行なっている。		
49	住み替え時の協働によるダメージの防止 本人が自宅やグループホームから別の居所へ移り住む際、家族及び本人に関わるケア関係者間で十分な話し合いや情報交換を行い、住み替えによるダメージを防ぐことに努めている	入居の際に環境変化による認知症の進行を防ぎつつ、利用者本人様が自己決定が行えるよう、入居前面談から入居後までの間、必要な情報が得られるよう、情報交換や話し合いを行っている。また、他施設への退所の際には当施設でのケア記録、ケアプランの定時や情報交換を行い、情報提供を行っている。		

項目	取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援			
1. その人らしい暮らしの支援			
(1) 一人ひとりの尊重			
50	<p>プライバシーの確保の徹底</p> <p>一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉かけや対応、記録等の個人情報の取り扱いをしていない</p>	<p>個々の状態や性格、能力に応じた声かけや対応を内部研修を通し、実践の評価をしながら行っている。ケア記録はパソコン入力にて行い、その他個人情報に関わる記録等に関しては、スタッフカウンター、事務所意外の場所に保管しないよう工夫し、他者の目に触れないよう配慮している。</p>	<p>入居時より個人情報の取り扱いについて相談し、使用する範囲を協議している。</p>
51	<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている</p>	<p>入居者個々の自己決定、選択を大切にし、対応可能な限り尊重している。入居者の希望をかなえられるように、一日の予定を相談し一緒に考える機会を作っている。</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>	<p>個々の方々のペースを大切に、利用者本位のケアが行なえるよう、日々努めている。また、研修や勉強会にてその人らしい暮らしがどういったものか、振り返れる場を作り、スタッフに学ぶ機会を与えている。</p>	<p>経験のない新人職員に対し、早い段階での入居者主体の指導や勉強会を行なっている。</p>
(2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援			
53	<p>身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている</p>	<p>衣類、化粧品等は本人が使っていたもの、好む色などをご家族様に準備頂いている。気分転換をかねて、近隣の美容院での整容が可能な状態であれば、行えるよう、調整を行っている。また、一緒に服を選ぶなどをしてお洒落を楽しんでいる。</p>	<p>横間福祉研究所では、認知症ケアを学んでいる美容師を雇用し、外出が困難なご利用者でも美容が楽しめるよう工夫されている。</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>	<p>バックグラウンドによる嗜好の確認と活用。研究所の管理栄養士の献立作成、栄養療法の実施。また、軽作業療法として可能な限り調理への参加を促している。皿、花、雰囲気、明かりなど環境にも配慮している。</p>	<p>管理栄養士がラウンドを行い、咀嚼、嚥下、口腔内の確認などを行っている。</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、好みのもを一人ひとりの状況に合わせて日常的に楽しめるよう支援している</p>	<p>個々の入居者の病状もある為、医師、栄養士と相談を行ないながら検討し行っている。「本人の思い」を図るため、MENFISの感情・動機付け機能や生活睡眠パターン変化などを捉え見守っている。</p>	

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
56	気持よい排泄の支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして気持ちよく排泄できるよう支援している	排泄パターンを掴み、誘導時間の変更を検討する事をケアプラン作成時に行っている。可能な限り、布パンツや尿取りパット、より小さいパットを検討するよう、ケアプラン作成時に失禁用具の変更を検討している。		
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	入居者の希望を確認しながら、時間・回数は、状態に応じて実施している。認知症発症以前やそれ以降の情報を家族様から頂きケアに生かしている。		
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	居室はもちろん、リビングにおいてもソファーと一人用の椅子など複数用意し、テレビ前や窓際など居室以外でもゆっくりとした休息が取れるよう支援している。日中を通じて夜間の熟睡につながるケアを心掛けている。		
(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 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、楽しみごと、気晴らしの支援をしている	個別ケアプランにて、本人の生活歴、現在の希望にあったアクティビティや予定を立て、気分転換や楽しんだ生活が送れるよう努めている。		
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	ADL、認知状態の悪化により、金銭管理を含めた自己管理が困難な入居者に対してはスタッフが管理しているが、希望や所持していない事で不安要素になる方には所持していただいている。又、入居者と一緒にお金をつかえるような時期をあえて作り、支援をしている。		
61	日常的な外出支援 事業所の中だけで過ごさず、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	希望に添って、戸外に随時出られる環境である。個々の居室の窓際からベランダに出られるようなつくりになっており、歩行訓練や日光浴、外気浴が行えるようにしている。また、晴れた日は毎日散歩へ出かけている。		
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	家族との協働により入居者個々に行きたいところへ外出、外泊プランを立てて実施している。昨年は、温泉旅行に職員を同行させ実施。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	手紙や、電話は居室で自由に利用できる。代筆なども希望により職員と一緒に行うが、困難な入居者に対しては、本人に了解を得て文面を読んだり、代筆を行い返答することもある。		
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	家族や友人など、来客者に対して、笑顔での挨拶や対応を励行し、来棟しやすい雰囲気作り、歓迎、関係構築の支援を心がけている。		
(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 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	身体拘束はない。身体拘束がどういったものを指すのか、必要に応じ資料の回覧、勉強会、業務内にてホーム長より指導を行なっている。		
66	鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる	玄関や居室の窓に鍵をかけないケアを意識している。玄関ドアに関して鍵を使用しているが、その弊害が少なく済むよう、配慮を行っている。希望者には解除方法を説明している(プランに準ずる)		
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	起床後、日中を通し、入居者様がいらっしゃる場所にはスタッフが一緒に過ごせるよう、また、見守りが出来る香盤表を作成している。また、居室で過ごされているとき、就寝後はセンサーランプ、聴取を用いて安全の確保を行っている。		スタッフが「診る、看る」という視点により安全確保に努めている。
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	個々の危険因子はアセスメントにより分析されており、それを除いた環境を提供している。また、管理者は定期的に確認し、必要があれば職員に指導を行っている。		
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	ケガ、転倒、誤嚥、行方不明などの事態が発生した場合はただちにマニュアルに沿って対応する。事後は事故報告書にまとめ、原因を追究し改善につなげている。防災訓練年2回実施。		

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	勉強会などで吸引機の使い方や、意識レベルの図り方、バイタルサインの取り方等、急変時の対処方法を実際に使える定期的に見直し、練習等を行なっている。		
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	消火器位置や避難経路、非常時の際の連絡に関して避難訓練を通して把握、練習を行なっている。又、自治会や近隣等、地域事業等に参加関係を深めている。		
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	ケアプラン説明時にご家族に対し、現状の説明後、予測できるリスクについて説明を行なっている。ご本人の不快がなく安全な生活が送れるよう、スタッフは常に考えながらケアに当たっている。		
(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 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている	毎朝の朝礼時に個別報告にて情報を共有して対処している。また、体調の変化、異変は速やかに管理者又はナースに報告し速やかに対応出来るように努めている。		
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	医務係という係を設置し服薬内容に変更があった際には全スタッフに周知するようにしている。スタッフカウンターにファイルを作成し、効用や用法などを明記し誰もがみれる環境を整えている。新しい薬を服薬し始めた際には最低7日間是要観察期間と定め、状態把握に努めている。		新しい薬を服用し始めた際には、3日間排泄・睡眠パターン・メンフィス測定を実施している。職員は入居者の薬を暗記するように指導されている。
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	栄養士による栄養療法、水分摂取量の把握と、起床時に水分を取っていただく、生活リズムを整える、運動、入浴、腹部マッサージ、ハーブの使用など便秘の解消に努めている。		
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	個別に応じた口腔ケアの方法を用い、口腔状態の改善に努めている。また、定期的に歯科衛生士による口腔状態の把握、ケアを実施。		

項目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	食事カロリー、摂取量、1日のトータル水分量、などの基本情報が共有して活用されている。又、体重変化や血液検査の状態により客観的に体の状態を把握し、更に食習慣やその日の状態に合わせた食事や水分の摂取が出来るように支援している。		
78	感染症予防 感染症に対する予防や対応の取り決めがあり、実行している(インフルエンザ、疥癬、肝炎、MRSA、ノロウイルス等)	感染症対策マニュアルが作成されており、予防の実施がなされている。特に冬時期の感染症が増える時期には、その時期に入る前に資料の閲覧や勉強会の開催を行なっている。定期的に加湿器の清掃を実施している。嘔吐の際の処理セットを用意している。		
79	食材の管理 食中毒の予防のために、生活の場としての台所、調理用具等の衛生管理を行い、新鮮で安全な食材の使用と管理に努めている	まな板は、野菜用と肉用に分け使用している。包丁、まな板の塩素系漂白、消毒、食器の酸素系漂白、消毒を行なっている。食材に関してはあまった食材を翌日の使用に持ち越すことなく、新たに注文、購入したものを使用し調理を行なっている。保健所指導により則り実施。		冷蔵庫内の冷蔵室、冷凍室の温度チェックを2回/日行っている。
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 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	植物やポストの配置、季節の装飾、エントランスに休息ができる椅子と階段とスロープの設置などの工夫を行なっている。		
81	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	互換刺激やスヌーズレンを活用し、親しみやすいもので整え、認知症改善に向けた照度や色合い、ROに配慮した装飾を意識している。		
82	共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	建物上、リビングとダイニングの分離が困難であるが、ソファの配置を工夫することで、食事と団樂の場を区別した空間作りを行っている。		リビング、廊下などでひとりになれたり、気のあった利用者同士で思い思いに過ごせる椅子の配置を検討、実施する。

項 目		取り組みの事実 (実施している内容・実施していない内容)	(印)	取り組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む)
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	在宅時から使っていたものや、好まれるものなどを持ち込みいただき、在宅時に近い生活空間を整え、環境変化による混乱や不快感の軽減が図られるよう、ご家族の協力を頂きながらご本人が居心地よく過ごせるよう工夫をしている。		
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	建物上の工夫がされている。また、生活においては換気を適切にその日の天気、温度、湿度などを職員が把握し、湿温・湿度計の設置と管理を常に実施している。又、気温により、入居者個々の衣類調整配慮している。各居室には温・湿度計を設置している。		
(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 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	身体機能の活用・人間が本来もつ感覚に対し刺激をが与えられるように心理的、身体的に対するハード面に工夫をこらしている。リスクを生じるがスタッフがそれを把握することで活用・事故防止につなげている。		
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	月1回のケアプランの実施、及びモニタリングにて個々の残存昨日昨日の把握や活用を行い、自立支援を行っている。		
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	入居者と一緒にガーデンの花壇の手入れや花の植え込みを行っている。また、日光浴や流しそめんなどの企画を催したり活用している。また、ベランダでは各自プランターを置いたり、洗濯物を干したりして活用している。		

サービスの実績に関する項目

項目		最も近い選択肢の左欄に をつけてください。	
88	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる	ほぼ全ての利用者の	
		利用者の2/3くらいの	
		利用者の1/3くらいの	
		ほとんど掴んでいない	
89	利用者職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	毎日ある	
		数日に1回程度ある	
		たまにある	
		ほとんどない	
90	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
91	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
92	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
93	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている	ほぼ全ての利用者が	
		利用者の2/3くらいが	
		利用者の1/3くらいが	
		ほとんどいない	
94	利用者は、その時々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。)