

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	1473701363
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感
訪問調査日	平成21年2月19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	1473701363		
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感		
所在地 (電話番号)	神奈川県横浜市青葉区もえぎ野10-119 (電話) 045-979-0860		
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19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5日事業所記入)

(1) 組織概要

開設年月日	平成 17 月 10 月 1 日		
ユニット数	1 ユニット	利用定員数計	9 人
職員数	9 人	常勤 8人, 非常勤 1人, 常勤換算 7.85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)	110,000 円	その他の経費(月額)	55,000 円
敷金	無		
保証金の有無 (入居一時金含む)	有(2,000,000円)	有りの場合 償却の有無	有
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(平成21年1月5日現在)

利用者人数	9 名	男性 2 名	女性 7 名
要介護1	4 名	要介護2	0 名
要介護3	4 名	要介護4	1 名
要介護5	0 名	要支援2	0 名
年齢	平均 86 歳	最低 78 歳	最高 93 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、メディカルケアコートクリニック、川和歯科
---------	--

【外部評価で確認されたこの事業所の特徴】

この事業所は、東急田園都市線江田駅・藤が丘駅から徒歩8分の閑静な住宅地にある。
事業所では、利用者一人ひとりの尊厳を保ち、家族と地域の協力を得て安らぎのある生活を支援している。利用者は高級感のある住環境で居心地よく寛いでいる。
医療面では、事業主体横浜福祉研究所関連機能(医師・接骨院・鍼灸院・管理栄養士・調理師)とかかりつけ医・協力医療機関の24時間支援体制で健康管理が行われている。認知症専門医師の支援があり、ターミナルケアにも取り組んでいる。
利用者は四季折々の年間行事を楽しみ、地域の自治会行事に参加している。家族やボランティア・プロによる演奏会を開催したり、夏祭り・餅つきには地域の人を招いて交流を深めている。介護教室・小学生の総合学習を受け入れている。これまでに培われた高齢者介護のノウハウを地域に還元している。

【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>前回の外部評価では改善項目は無かった。サービスの向上については、月に2回のワーカー会議で課題を洗い出し改善に取り組んでいる。</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>自己評価は毎回全職員が個々に記入し、管理者、施設長、ケアリーダーでまとめている。評価結果は職員・家族に説明し、閲覧できるように玄関に置き、運営推進会議にも報告している。</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>運営推進会議は平成19年度より2ヶ月ごとに開催している。自治会長、民生委員、ケアプラザ、利用者、家族、法人代表・職員が参加している。会議ではホームの運営報告を行い、地域の外部委員からの意見を受け入れ、地域との良好な関係を築きサービスの向上に活かしている。</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>利用者の暮らしぶりや健康状態は家族の来訪時や行事開催時に説明し、毎月開催するケアカンファレンスでも家族に報告している。また、利用者の様子・行事予定と報告は、法人ホームページで閲覧できる。相談・苦情の申し立て先は、契約書・重要事項説明書で説明している。相談・苦情対応マニュアルがあり、相談員を置き、独自の満足度調査を実施している。これまでに苦情になるような問題は発生していない。</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>自治会に加入し、行事に参加している。家族やボランティア・プロによる演奏会を開催したり、夏祭り・餅つきには地域の住民を招いている。介護教室の開催、研修生、実習生、小学生の総合学習の受け入れを行っている。認知症介護の講師派遣、介護教室の開催、介護相談を行い、これまでに培われた高齢者介護のノウハウを地域に還元している。</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	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	運営法人の共通理念「正直・勤勉・親切」を運営の柱としている。また、ホーム独自の年度方針(標語)「一人ひとりがお互いを認め合い、楽しいという思いを重ねていく」があり、利用者が住み慣れた地域の中で家族や地域の人々と交流を通じ、その人らしく暮らし続けることを支援している。		
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	理念は相談室・居間・スタッフカウンターに掲示している。年度方針は居間の入り口に掲示している。朝礼、申し送り、ワーカー会議、ケアカンファレンス、内部研修で話し合いの機会を持ち、理念の共有を図り日々の介護に生かしている。理念に共鳴する職員が多い。		
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	自治会に加入し行事に参加している。家族やボランティア、プロによる演奏会を開催したり、夏祭り、餅つきには地域の住民を招いている。介護教室、研修生、実習生、小学生の総合学習の受け入れを行っている。認知症介護の講師派遣、介護教室の開催、介護相談をして、これまでに培われた高齢者介護のノウハウを地域に還元している。		
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	自己評価は毎回全職員が個々に記入し、管理者、施設長、ケアリーダーでまとめている。評価結果は職員、家族に説明し、閲覧できるように玄関に置き、運営推進会議にも報告している。前回の外部評価では改善項目は無かった。月に2回のワーカー会議で課題を洗い出し改善に取り組んでいる。		
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	運営推進会議は平成19年度より2ヶ月ごとに開催している。自治会長、民生委員、ケアプラザ、利用者、家族、法人代表、職員が参加している。会議ではホームの運営報告を行い、地域の外部委員からの意見を受け入れ、地域との良好な関係を築きサービスの向上に活かしている。		

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)
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	青葉区役所の担当者とは日常的に事業の報告、連絡、相談を行っている。介護教室は毎年受託している。管理者が横浜市の認知症介護指導者であり、実践者研修の講師を担当している。介護教室も開催している。		
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	利用者の暮らしぶりや健康状態は家族の来訪時や行事開催時に説明し、毎月開催するケアカンファレンスでも家族に報告している。また、利用者の様子・行事予定と報告は、法人ホームページで閲覧できる。金銭管理は小遣い使用支援のため、預かり金方式と立て替え方式を併用し、出納帳で家族に確認してもらっている。わがままを言える環境づくりに取り組んでいる。		
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	相談・苦情の申し立て先は、契約書・重要事項説明書で説明している。相談・苦情対応マニュアルがあり、相談員を置き、独自の満足度調査を実施している。これまでに苦情になるような問題は発生していない。		
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	法人内職員の介護の均一教育を徹底して職員の異動・退職による利用者へのダメージ低減に努めている。利用者が重度化した場合は法人内の重度者受け入れユニットに担当職員も一緒に異動している。また、職員の定着を図るため、5年間を目処に各種の資格取得を助成し、スキルとモチベーションアップに努めている。常勤職員が多く安定した介護が行われている。		
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	年間研修プログラムがある。「認知症の治療とケア」と「看護・介護学」を毎月2回受講している。外部研修結果はワーカー会議で発表し共有している。各種の資格取得助成制度があり、能力給として反映している。人事考課は法人役員と職員が面談し、目標設定と達成状況を話し合いスキルアップを図っている。		
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	横浜市グループホーム協議会およびブロック会に加入し活動している。当該法人関係者が発起人と事務局となり、認知症介護実践者・同業者が集まり「リンク」という名称の団体を設立し、事例検討や情報交換を行っている。全国規模のネットワークをつくり、サービスの向上に取り組んでいる。		

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)
.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めるよう家族等と相談しながら工夫している</p>	<p>入居面談でホームの説明を行っている。利用者・家族には入居前にホームの見学や行事を見てもらい、雰囲気体験し馴染み納得してから入居してもらっている。体験入居の希望があれば、法人のショートステイを利用してもらうこともある。家族とはアセスメントを通じて、介護の理解と信頼関係を醸成している。</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>利用者を人生の先輩として敬い、ときには接遇や気持ちの切り替えの方法を教わることがある。日々を楽しく過ごすため、共同生活を通じ互いに支え合って喜怒哀楽を共にしている。</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>利用者本位の自立支援を達成するため、ホーム長が入居当初は3日間同居し行動を観察している。独自のアセスメントシートで意向を把握し、入居後の観察記録や家族の話を追記している。毎月のカンファレンスで話し合い、全職員が情報を共有している。</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>カンファレンスでは利用者・家族の意向を聞き、管理者、施設長(計画作成担当者)、居室担当職員が中心となり介護計画を作成している。法人研究所の医師、認知症研究員、管理栄養士、かかりつけ医、提携医療機関などの専門家の意見を取り入れている。介護計画は家族に説明し同意をもらっている。</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>在宅医療総合管理システムでバイタルサイン・ケース記録を法人研究所に送信し、日々の変化を捉え3日に1回モニタリングをしている。状態の変化があった場合には、カンファレンスを開催して介護計画を見直している。心身の状態が安定している利用者には、1ヶ月ごとに介護計画の見直しを行っている。</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	事業主体横浜福祉研究所関連機能(医師・接骨院・鍼灸院・管理栄養士・調理師)とかかりつけ医・協力医療機関の支援体制で健康管理が行われている。また、医療連携体制加算をとり24時間看護師の支援がある。		
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	利用者のかかりつけ医は入居前の医師か、事業所と契約している医療機関を選択している。協力医療機関との連携により内科は月2回往診があり、週に1回口腔衛生士の指導を受けている。医療連携体制をとり常時看護師の派遣がある。利用者の毎日の健康状態は法人研究所でデータ管理している。		
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	入居時にターミナルケア方針を利用者・家族に説明している。利用者が重度化し看取りを希望した場合は「ターミナルケア実施に伴う要望・承諾書」を取り交わし、家族・医師・看護師・職員で最善策を話し合い介護計画を作成している。職員はターミナル研修を受け看取りの経験者が多く、現在も看取りが行われている。		
. 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	個人情報の取り扱いについては、利用者、家族および職員に、それぞれ契約時、採用時に説明し、同意書・誓約書を取り交わしている。重要書類は法人本部で保管している。利用者の電子情報はパスワードによるセキュリティを徹底している。訪問調査日の職員態度・言葉遣い・トイレ誘導は穏やかな対応であった。		
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	利用者一人ひとりの生活ペースを尊重している。起床・就寝・食事・入浴・アクティビティーもそれぞれの生活リズムと自己決定を支援している。医師と相談しながら晩酌をする人、テラスで喫煙する人もいる。愛犬と一緒に入居した利用者もいる。		

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	食堂には節句の雛人形が飾られ、利用者と職員が会話を楽しみながら食卓につき、同じものを食べている。管理栄養士と歯科衛生士が利用者の希望を聞き献立を作っている。茶碗・おわん・箸・湯のみは各自好みのものを使用している。利用者は調理、配膳、下膳など出来ることを手伝っている。		
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	入浴を楽しんでもらうため、入浴剤を用意し、音楽を流している。ユニットバスの湯は一人ずつ入れ替え、一般のシャワーのほかミストシャワーも備えている。入浴は毎日可能であるが、1日おきの人が多い。同性介助が行われている。		
(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					
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	利用者の張り合いある生活を維持するため、一人ひとりの能力、特技を生かして、調理、皿拭き、洗濯、洗濯物たたみ、包丁研ぎ、掃除の役割がある。ホーム独自の機能活性化体操(カルナ体操)を行ったり、個別の機能訓練を実施している。絵画・刺繍・書道の仲間作りと活動を支援している。		
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	職員が付き添い、気晴らしや外気浴のため、散歩・買い物に毎日出かけており、生活リハビリにもなっている。事業所の年間行事のピクニック・花見・夏祭りに家族と一緒に参加したり、外食を楽しんでいる。隣接の系列法人ホームにも出かけている。		
(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	玄関は危険防止と防犯のため、利用者・家族の了解を得て施錠している。1階テラスや2階居室の出入りは自由である。居室はプライバシーのこともあり内側から鍵を掛けられるようになっているが、夜間の安全確認のため外から開けることが出来る。また、利用者の夜間の出入りを見守るため、スタッフカウンターの位置を配慮している。万一の場合に備え、青葉区徘徊高齢者ネットワークに加入している。		
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	消防避難訓練は隣接の系列ホームと合同で年に2回(消防署立会いと自主訓練)実施している。近隣住民の参加もある。消防署の指導により心肺蘇生実習を受けている。災害用食料・飲料水・備品の備蓄については、運営法人と配食業者と連携をとり対応を検討している。		非常用食料、飲料水、備品は運営法人、配食業者ならびに自治会などと連携し必要量を確保されることを望みたい。

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)
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>利用者一人ひとりの摂食量・水分摂取量を記録している。管理栄養士が利用者の嗜好を把握し献立を作り、栄養バランスやカロリー計算(1日1,600Kcal)にも配慮している。医師と相談し一人ひとりの健康状態に合わせて、健康管理食・刻み食・ミキサー食などが提供されている。</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>					
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>共用空間は広く、五感に優しい配色・照明に配慮し、絨毯が敷かれ、高級感のある住環境を整えている。居室・食堂は1階、居室は2階に区分されている。居間・食堂にはテレビ、生花、絵画、写真が飾られている。1階のウッドデッキでは日向ぼっこができ、2階の居室にはバルコニーで回遊できる。居間では仲の良いグループが三々五々居心地よく寛いでいる。トイレや洗面台は広く車椅子に対応している。</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>入居時に重要事項説明書で使い慣れた愛着のある家具などの持ち込みを勧めている。入居前の利用者の居住環境や生活動線を参考に、家族と相談して家具の配置に配慮している。居室には馴染みのベッド、整理だんす、テレビ、人形、写真、加湿器などが持ち込まれ、居心地よく過ごせる工夫をしている。</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感
(ユニット名)	カルナ棟
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なっている。地域ケアプラザにボランティア募集を呼びかけたり、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	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	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。		
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	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。		
21	職員のストレス軽減に向けた取り組み 運営者は、管理者や職員のストレスを軽減するための工夫や環境づくりに取り組んでいる	夜間良眠パーティーの実施や接骨院、クリニック、食事、スバの負担などがある。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。		
22	向上心を持って働き続けるための取り組み 運営者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、各自が向上心を持って働けるように努めている	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。		
安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応				
23	初期に築く本人との信頼関係 相談から利用に至るまでに本人が困っていること、不安なこと、求めていること等を本人自身からよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	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。		
24	初期に築く家族との信頼関係 相談から利用に至るまでに家族等が困っていること、不安なこと、求めていること等をよく聴く機会をつくり、受けとめる努力をしている	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。		

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行える。		
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、見る」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。		

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行っている。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			

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。)