

自己評価票

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む) |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| I. 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 | 理念①心寄り添う暮らしを目指す②心穏やかに生活出来る環境を創造する③心安らぐ信頼のホームの実現。。。常に利用者の地域生活の維持の為に支援を目標の柱とした理念を掲げている。 | 利用者のニーズの変化に応じて理念の見直しも検討していく。 |
| 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 | 職員採用時には必ず理念を伝え、また全体会議や申し送り時などでも理念に触れ、自分達の業務が施設理念に沿ったものであるかの確認をしている。 | |
| 3 | ○家族や地域への理念の浸透 事業所は、利用者が地域の中で暮らし続けることを大切にしたい理念を、家族や地域の人々に理解してもらえよう取り組んでいる | 施設内では、各ユニットごとの玄関口に理念を掲示しており、また地域住民や家族宛ての手紙の中にも掲載するなど、広く告知しよう心掛けている。 | |
| 2. 地域との支えあい | | | |
| 4 | ○隣近所とのつきあい 管理者や職員は、隣近所の人と気軽に声をかけ合ったり、気軽に立ち寄ってもらえるような日常的なつきあいができるように努めている | 地域住民や近隣の住民の方々を施設行事に招待したり、屋外への外出や散歩時などには積極的に声をかけるなど、利用者以外の方々と馴染みの関係を構築出来るよう努めている。 | |
| 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 | 近隣住民や運営推進会議メンバーである民生委員の方々のご紹介などにより、地域との関わりやつながりに努めている。 | ボランティアの受け入れなど |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取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 | 隣接する高齢者マンションの住民や地域住民の方々に対し、適宜相談業務や支援を行っている。 | | 役所関係の手続きの支援や病気に関わる相談、また内服薬のセットなど |
| 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 | これまでの外部評価において示された事項については、速やかに改善を実施している。 | | |
| 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 | 毎回、地域の民生委員や家族代表者等の参加のもと、年6回の開催を実施している。 | | |
| 9 | ○市町村との連携 事業所は、市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり、市町村とともにサービスの質の向上に取り組んでいる | 必要時には、市町村職員に相談し指導・助言を受ける事で、日々サービスの向上にむけ取り組んでいる。 | | |
| 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 | 近い親類がおられない利用者や将来的に活用が望ましいと考えられる利用者に関しては、担当の介護支援専門員や管理者から利用者や現在の身元受人の方等に説明や支援を行う準備がある。 | | |
| 11 | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内で虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている | 虐待防止のについての知識を職員全員が周知できるよう、勉強会や施設内研修の中で取り上げている。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取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> | | |
| 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> | | |
| 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> | | |
| 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> | | |
| 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> | | |
| 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> | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 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 | 利用者やご家族への信頼関係の構築、維持の為に、異動は極力行っていない。やむを得ず、異動や離職があった場合においては、時期や引継ぎ面で最善の努力を行っている。 | | |
| 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 | 常勤・非常勤を問わず、積極的に内外の研修参加の推進を行っており、また、研修内容に関しては、参加しなかった職員も閲覧できるよう、ファイリングをしている。また他に、参考文献等の定期購読なども行っている。 | | |
| 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 | 他市の同業事業所と互いに連携を取ったり、交流を図ったりする事で、相互のサービスの質の向上を図っている。 | | |
| 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 | 各職員の性格や得意分野を見極めながら、可能な限りそれらを活かせる職務や担当への配置を心がけている。 | | |
| 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 | 各職員のスキルや貢献度により、各手当を設けるなどを行っている。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 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) |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Ⅱ. 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 | 利用申し込み本人や、家族と何度も面談を行う機会を設ける事で、利用者自身の思いや不安、希望などを知るよう努めている。 | |
| 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 | 同上を踏まえた上で、利用者と家族の関係や、家族の思いや不安、希望なども把握するように努めている。 | |
| 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 | 必要時には、他介護サービスの情報の提供や援助等も行っている。 | |
| 26 | ○馴染みながらのサービス利用 本人が安心し、納得した上でサービスを利用するために、サービスをいきなり開始するのではなく、職員や他の利用者、場の雰囲気徐々に馴染めるよう家族等と相談しながら工夫している | 利用者や家族が少しでも安心して入居する事ができるよう、それまでに何度も施設見学や体験利用などの機会を設けている。 | |
| 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 | 各利用者が、これまでの人生の中で獲得した知識や技術を、施設生活の中で出来る限り活かせるよう支援し、利用者と職員が互いに協働しながら生活ができるよう努めている。 | 職員が、利用者から編み物や裁縫、調理や園芸などを教わりながら、共に作業している。 |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む) |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 28 | ○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、喜怒哀楽を共にし、一緒に本人を支えていく関係を築いている | 家族が面会などで来訪されたり、必要時には電話などでも、利用者の状況を説明したり相談するなどしながら、利用者を共に支え支援していく協力を要請し、実施している。 | | |
| 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 | 家族が来訪時には、自由に湯茶が飲用でき、利用者やゆっくり談話して頂ける環境作りを行っている。また必要時には、職員が家族間の仲介的役割を担う事もある。 | | |
| 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 | 家族以外の親しい友人や知人の面会の促し、また馴染みの場所への外出支援も可能な限り行っている。 | | |
| 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 | 仲のよい利用者同士での外出や作業提供、食卓の席や居室の配置など。 | | |
| 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 | 利用者の退去先への訪問や、家族への電話連絡による近況把握に努めている。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む) |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | |
| 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 | 日々の生活の中での出来事や訴えのケース記録を徹底し職員間での情報の共有化を図っている。認知症及び身体状況等により本人の意志や希望が確認できない利用者に対しては家族からそれまでの生活歴の情報を頂き日々の生活に活かす様に努めている。 | |
| 34 | ○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 入居前に利用者や家族と面談し、その情報を基にアセスメントシートを記入するだけでなく関係機関（かかりつけ医・利用していた介護サービス事業所）からも情報提供を頂いている。実際に入居され始めて暫くの間は、日々記入しているケース記録の冒頭ページにそれらの情報を要約したものをファイルに綴じている。 | |
| 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 | 入居後に家族の協力も仰ぎ、センター方式による情報収集を行っている。時間の経過と共に変化していく身体状況やニーズについても日々のケースに記録している。 | |
| 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 | 計画作成者が作成するケアプランだけでなく各利用者ごとに担当者を配置してケアプランを補完するような個別ケア計画を作成。毎月評価（モニタリング）と新たな計画を作成している。 | |
| 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 | ケアプラン期間中には利用者の身体状況に変化が生じた場合は随時カンファレンスを行い新たなプランを立案・実施している。 | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取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 | 前々項で挙げた個別ケアについてはケアプランが示したサービス内容から逸脱したのではなく、変化していく利用者の状態に柔軟に対応できるようにケアプランを補完し、より質の高いサービス提供を実践するために行っている。 | | |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援 | | | | |
| 39 | ○事業所の多機能性を活かした支援 本人や家族の状況、その時々々の要望に応じて、事業所の多機能性を活かした柔軟な支援をしている | 家族より紹介されたボランティアの受け入れや外出・外泊時の準備（内服薬等）も行っている。 | | |
| 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 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 | 毎回、消防訓練（通報・初期消火・避難）の際は、地域の消防署職員に来苑して頂き実施している。また、民生委員等の紹介によるボランティアの受け入れ等も随時行っている。 | | |
| 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 | 他施設への転居・医療機関への入院等必要に応じて情報提供・連絡調整等を行い、円滑にサービスの引継ぎが出来るように支援している。 | | |
| 42 | ○地域包括支援センターとの協働 本人の意向や必要性に応じて、権利擁護や総合的かつ長期的なケアマネジメント等について、地域包括支援センターと協働している | 運営推進会議には毎回地域包括支援センターの職員に参加して頂き、必要に応じて情報交換やその他の連絡調整を行っている。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取り組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む) |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 43 | <p>○かかりつけ医の受診支援</p> <p>本人及び家族等の希望を大切にし、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</p> | | |
| 44 | <p>○認知症の専門医等の受診支援</p> <p>専門医等認知症に詳しい医師と関係を築きながら、職員が相談したり、利用者が認知症に関する診断や治療を受けられるよう支援している</p> | | |
| 45 | <p>○看護職との協働</p> <p>利用者をよく知る看護職員あるいは地域の看護職と気軽に相談しながら、日常の健康管理や医療活用の支援をしている</p> | | |
| 46 | <p>○早期退院に向けた医療機関との協働</p> <p>利用者が入院した時に安心して過ごせるよう、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて連携している</p> | | |
| 47 | <p>○重度化や終末期に向けた方針の共有</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、できるだけ早い段階から本人や家族等ならびにかかりつけ医等と繰り返し話し合い、全員で方針を共有している</p> | | |
| 48 | <p>○重度化や終末期に向けたチームでの支援</p> <p>重度や終末期の利用者が日々をより良く暮らせるために、事業所の「できること・できないこと」を見極め、かかりつけ医とともにチームとしての支援に取り組んでいる。あるいは、今後の変化に備えて検討や準備を行っている</p> | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む) |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 事前に転居先施設や医療機関との情報交換を行い、円滑な住み替えと生活環境の整備を行っている。そして転居先の情報を本人や家族に伝えて少しでも不安や心配事がなくなるよう支援している。 | | |
| IV. 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 | ○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 | 記録物や個人情報に関しては、すべて施錠されたロッカー内で管理者管理の下、管理している。また、利用者に対する言葉遣いや援助方法についても、常に利用者の誇りや尊厳に配慮したものであるよう心掛けている。 | | 定期的実施している会議や朝の申し送り時などで、管理者と職員は互いに利用者への接し方や関わり方についてチェックしあっており、必要時には適切な対応策を講じている。 |
| 51 | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 本人が思いや希望を表せるように働きかけたり、わかる力に合わせた説明を行い、自分で決めたり納得しながら暮らせるように支援をしている | 日頃職員は、利用者一人ひとりに関わる中において、利用者個々の思いや希望、不安や悩みなどの情報の把握に努めており、また個々がその知り得た情報については、ケース記録や申し送りなどを通じて、他職員も把握できるようにしている。 | | |
| 52 | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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 | 施設行事や、事前に日程が決まっておく事が必要な事柄以外は、可能な限り利用者個々の体調や希望に沿って過ごして頂けるよう支援している。 | | 買い物などの外出や作業など、その時々を利用者の希望に柔軟に対応できる個別ケアを日々行っている。 |
| (2) その人らしい暮らしを続けるための基本的な生活の支援 | | | | |
| 53 | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援し、理容・美容は本人の望む店に行けるように努めている | 行き着けの理美容店などがある方は、家族の協力も仰ぎながら対応できるようにしている。また、お化粧品やマニキュアなども楽しんで頂いている。 | | 現在は、個々の利用者に希望される理美容店がないため、月1回程度、訪問理美容業者が施設に来訪し、カット・カラー・パーマ等を行っている。 |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む) |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 個々の嗜好やアレルギーの有無、既往や疾患による制限等を把握した上で、それぞれに適した献立を管理栄養士が作成し、職員と利用者が共に調理している。また調理作業（皮むきなどの下ごしらえや味付け、配膳・下膳・食器洗い）についても共に行っている。 | | 定期的に変更メニューを設け、利用者メニューを選んで頂く機会を設けている。 |
| 55 | ○本人の嗜好の支援 本人が望むお酒、飲み物、おやつ、たばこ等、好みのも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 | 個々の家族からの差し入れや、利用者自ら購入した菓子類などは、賞味期限や保存状況を管理しながら、自由に飲食できるよう努めている。 | | 現在、喫煙・飲酒を希望される利用者はおられないが、希望される場合は柔軟に対応している。 |
| 56 | ○気持ちよい排泄の支援 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 | 毎日、24時間の排泄チェック表を活用しながら、個々の排泄パターンの把握に努めている。また、オムツ類に関しても、個々の排泄量や状況に応じた物を数種類に分けて使い分けている。 | | 排泄担当委員を中心とした会議を（月1回～随時）実施しており、個々の利用者の排泄面の向上・自立に向けた取り組みを行っている。 |
| 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 | いつでも希望時には、入浴して頂けるよう対応している。 | | 入浴に楽しみを感じて頂く為に実施している『せせらぎ温泉』に関しては、現在も月1回程度実施継続中である。 |
| 58 | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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 | 極力、睡眠導入剤や安定剤などは使用せずに過ごしてもらえるよう、個々の利用者に適した対応策を検討し実施している。 | | 使い慣れた寝具や家具・調度品の使用、照明や音の調整。寝る前に軽食やホットミルク等を飲用したり、睡眠剤希望者への偽薬の投与（主治医処方による）等等。 |
| (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 | 食事作りや園芸、日曜大工等、利用者自身の経験や知恵を十分に発揮出来る機会を設けている。外出や外食などの計画なども、利用者と共に相談しながら行っている。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む) |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 家族より預かった金銭については、管理者が個々の財布の中で管理しており、毎月の収支明細については詳細を翌月に家族宅へ郵送し、その上利用者及び家族に直接内容を説明した上で了承を頂いている。 | | 金銭の自己管理が可能な利用者及び希望者には、家族に了承して頂ける範囲内の金銭を自己管理して頂き、希望時に菓子類や日用品の購入して頂けるよう外出の援助を行っている。(金銭自己管理者：1階→2名、2階→0名) |
| 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 | 個々の利用者の体調に留意しながら、個別や複数での外出の機会を日々頻繁に設けている。 | | |
| 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 | 墓参りや知人・親類宅への訪問、好みの商店や飲食店への外出等、個々の希望に応じて対応出来るよう努めている。 | | |
| 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 | 家族や友人への電話の取次ぎや手紙の郵送など、利用者が孤独や不安を抱く事がないよう努めている。 | | |
| 64 | ○家族や馴染みの人の訪問支援 家族、知人、友人等、本人の馴染みの人たちが、いつでも気軽に訪問でき、居心地よく過ごせるよう工夫している | 面会者来訪時には、個々の居室でゆっくりと面会して頂けるよう努めている。 | | 利用者や面会者が、湯茶などを自由に利用して頂けるよう、リビング内の目のつく場所に湯茶やコップなどを用意している。 |
| (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 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 | いかなる状況においても、身体拘束を行わない方針で対応している。 | | 但し、今後やむを得ず緊急措置として身体拘束を行わなくてはならなくなった場合においては、職員間で代替の対応はないか等十分に検討した上で、利用者や家族に説明・了承を得た上で、期間を定めて対応する。また、その間もカンファレンスや経過観察・記録を実施していく。 |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む) |
|-----|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 66 | ○鍵をかけないケアの実践 運営者及び全ての職員が、居室や日中玄関に鍵をかけることの弊害を理解しており、鍵をかけないケアに取り組んでいる | 日中は扉の施錠はせず、解放的な雰囲気作りに取り組んでいる。(夜勤帯は職員数の減少もあり、やむを得ず施錠しているが、可能な限り利用者の希望に添えるよう対応している) | | 利用者が外出しそうな様子を察知したら、制止するのではなく、声をかけたり一緒についていたり、少し距離をあけて見守りするなど、利用者の安全面に充分留意しながらも可能な限り、自由な暮らしを支援している。 |
| 67 | ○利用者の安全確認 職員は本人のプライバシーに配慮しながら、昼夜通して利用者の所在や様子を把握し、安全に配慮している | 日中はもとより、夜間も定期巡視を行っている。 | | |
| 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 | 個々の利用者の能力に応じて、危機管理の対応に努めている。 | | 貴重品や金銭、化粧品・髭剃り・裁縫道具等 |
| 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 | リスクマネジメント委員会を中心に、事故やひやりはっと発生後はもとより、今後事故につながりやすいと考えられる事案の検証と予防に努めている。 | | |
| 70 | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備え、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っている | 定期的実施している。 | | |
| 71 | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を身につけ、日ごろより地域の人々の協力を得られるよう働きかけている | 消防等の協力の下、年間2回の避難・消火訓練を実施している。また、非常用食品の準備、自治会や地域近隣住民への協力体制の要請などを実施している。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む) |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 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 | 利用者の状況変化に応じて、その都度リスクマネジメント委員会を中心に、考えられるリスクや対応策を検討し、対応している。またその内容は利用者や家族にも説明している。 | | |
| 73 ○体調変化の早期発見と対応 一人ひとりの体調の変化や異変の発見に努め、気付いた際には速やかに情報を共有し、対応に結び付けている | 毎日のバイタルサインのチェックや歩行状況や顔色・皮膚の状況等を観察し、変化の有無を日々の記録に記載す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 | 薬の内容や効能・副作用について、職員全員がいつでも確認できるようファイリングしている。 | | |
| 75 ○便秘の予防と対応 職員は、便秘の原因や及ぼす影響を理解し、予防と対応のための飲食物の工夫や身体を動かす働きかけ等に取り組んでいる | 水分補給と運動量の確保、食物繊維の摂取の支援を行っている。 | | |
| 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に、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 | 起床時・就寝前、毎食後の口腔ケアを実施。また、週1回は歯科衛生士による口腔指導やケアも実施している。 | | 専用の口腔ワゴンを各階に設置し、利用者ごとに口腔セットを準備している。(義歯ケース・ガーグルベース・スポンジブラシ・歯間ブラシ・口腔洗浄含嗽剤・人口唾液等々) |
| 77 ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 個々の嗜好を予め把握しており、栄養バランスにも配慮しながら飲料物や食材を提供。また、毎日の食事量・水分摂取量を個々に記録し、職員全員が摂取量を把握できるように努めている。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取り組んでいることも含む) |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| 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） | 感染研修には毎年、参加。それらの研修で習得した内容に基づいて、対応方法を作成し、実行している。 | | |
| 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 | 日々の食材の配達は、当日使用する分のみが毎日配達されるようにしており、また調理器具類等については、アルコールスプレーやハイターでの消毒を毎日実施している。 | | |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり | | | | |
| (1) 居心地のよい環境づくり | | | | |
| 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 | 施設周辺には、常に開放的な雰囲気作りを心掛けており、近隣住民や家族が出入りしやすい環境を心がけている。 | | |
| 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 | 音や光、匂いの調節。またリビングや居室には、常に清潔感と季節感が味わえるような雰囲気作りを心掛けている。 | | |
| 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 | ソファや椅子の配置を換える等の工夫をしている。 | | |

| 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 (取組んでいき たい項目) | 取組んでいきたい内容 (すでに取組んでいることも含む) |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------|
| 83 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好み のものを活かして、本人が居心地よく過 ごせるような工夫をしている | 入居時には、出来る限り使い慣れた馴染みのある 家具や調度品を持参してもらえよう願 いしている。 | | |
| 84 | ○換気・空調の配慮 気になるにおいや空気よどみがないよ 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 | 1日2回以上の換気の徹底。また、室温調整にも 充分配慮している。 | | |
| (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 | 個々の身体機能状況に応じた環境作りを 実施している。 | | |
| 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 | 個々の能力を見極め、可能な限り自立 した生活が送れるように努めている。 | | |
| 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 楽しんで、活動できるように活かして いる | 施設の周囲や玄関先には利用者自ら 育てている植え木や花をおいており、 ミニ菜園ではトマトや野菜を植えて おり、日々の水やりや収穫を利用者 と共にしている。 | | |

( 部分は外部評価との共通評価項目です)

| V. サービスの成果に関する項目 | | |
|------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 項 目 | | 取 り 組 み の 成 果 (該当する箇所を○印で囲むこと) |
| 88 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる | ○ ①ほぼ全ての利用者の ②利用者の2/3くらいの ③利用者の1/3くらいの ④ほとんど掴んでいない |
| 89 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある | ○ ①毎日ある ②数日に1回程度ある ③たまにある ④ほとんどない |
| 90 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている | ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない |
| 91 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている | ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない |
| 92 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている | ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない |
| 93 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている | ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない |
| 94 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている | ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない |
| 95 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています | ○ ①ほぼ全ての家族と ②家族の2/3くらいと ③家族の1/3くらいと ④ほとんどできていない |
| 96 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている | ○ ①ほぼ毎日のように ②数日に1回程度 ③たまに ④ほとんどない |

| 項 目 | | 取 り 組 み の 成 果 (該当する箇所を○印で囲むこと) |
|-----|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 97 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている | ○ ①大いに増えている ②少しずつ増えている ③あまり増えていない ④全くいない |
| 98 | 職員は、生き活きと働けている | ○ ①ほぼ全ての職員が ②職員の2/3くらいが ③職員の1/3くらいが ④ほとんどいない |
| 99 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ ①ほぼ全ての利用者が ②利用者の2/3くらいが ③利用者の1/3くらいが ④ほとんどいない |
| 100 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ ①ほぼ全ての家族等が ②家族等の2/3くらいが ③家族等の1/3くらいが ④ほとんどできていない |

【特に力を入れている点・アピールしたい点】

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

一昨年より取り組み出した、個々の利用者に対する【個別ケア】については、現在も継続中。主として利用者の身体機能訓練や、個々の外出や作業提供などを月間の目標と定め、日々の介護の中で実践し成果を挙げています。また昨年度は、外出援助があまり実施できなかった為、今年度はその反省を踏まえて、外出援助の機会を増やしていくよう心掛けました。現在及び、来年度の目標としましては、重症化する利用者へのケアをどう行っていくかという点です。現在、末期癌を患いながら病院での治療を望まず、当施設での生活を希望されている利用者がおられます。現時点では、利用者の意向を踏まえ、主治医や家族と何度も協議を重ねながらケアを実施していますが、今後このような協議を行いながら個々に合ったターミナルケアを実施していく機会が増えてくると思われるため、その為の知識や対応策の整備が不可欠と考えています。