

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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						
23		○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。	新規計画作成時に意向についてご本人よりお聞きするようにしている。	カンファレンスや介護計画で本人や家族の意向を把握していますが、日常的に利用者にお話を聞きながらその時々の方々の要望を合わせて支援しています。		
24		○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の利用の経過等の把握に努めている	入居時作成した基本情報で確認したり、ご本人から話を伺っている。			
25		○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、有する力等の現状の把握に努めている	ケース記録とモニタリングにより状況の把握に努めている。			
26		○チームでつくる介護計画とモニタリング 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、現状に即した介護計画を作成している	ケアカンファレンス時に職員とともに評価し、ご家族、ご本人に出来る限り話を伺い、新しいケアプランについて検討し作成している。	基本3ヶ月毎に見直しを行っています。月2回のカンファレンス会議を基にアセスメントで課題分析(ADL,生活状況、生活歴、認知症・コミュニケーション等)を行い評価し、本人・家族の意向を聞き取りながら計画を作成しています。		
27		○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、職員間で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	入居者様の24時間単位での生活記録(ケース記録)を個別に記録し、生活リズムの把握等職員で把握し介護計画の検討に活かしている。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者、ご家族のニーズに沿う独自のサービスは法的に出来ないこともある。他の利用者との格差にもなる場合もあるので慎重に対応している。			
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	コロナウイルス感染防止の観点からデイサービスで他の利用者や、近隣保育園の園児との交流を行うが現在実施できていない状況。			
30		○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居後も掛かりつけ医で受診いただいている。必要に応じて、病院のソーシャルワーカーとも連絡を取っている。	基本利用者・家族の希望の医療機関への受診は家族が行っています。利用者個々のかかりつけ医による訪問診療となっています。皮膚科や歯科は必要に応じて訪問診療を行っています。訪問看護事業所と契約を交わし、週1回の訪問により適切に利用者の健康管理を行い家族の信頼と安心に繋げています。		