**令和５年度横浜発「みんなにやさしい介護のプロを目指す」プロジェクトエントリーシート**　　　　　受付番号：

|  |
| --- |
| **Ⅰ　事業所基本情報** |
| ①事業所番号 |  | ②事業所名 |  |
| ③回答者氏名 |  | ④回答者ＴＥＬ |  |
| ⑤回答者E-mali |  |
| **基準適合状況** |
| ⑥人員基準 | □適合している□適合していない | ⑦設備基準 | □適合している□適合していない |
| ⑧運営基準 | □適合している□適合していない | ⑨感染症等への対策 | □実施している□実施していない |
| ⑩連絡会への加入 | □加入している□加入していない |  |
| **Ⅱ　能力を適切に発揮できる自立支援について**≪横浜市が考える自立支援≫　　　　　　「能力を引き出すケア」　　　　　　「自らの意思で選択することを支援し、個人のニーズにあったケア」 |  |
| Ⅱ-①　排泄介助について、自立支援を意識して実践できていますか。また、介護度が重い方等に対しても、現に有する能力（潜在的なものを含む）を生かした自立支援の取組を行っていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-②　食事介助について、自立支援を意識して実践できていますか。また、介護度が重い方等に対しても、現に有する能力（潜在的なものを含む）を生かした自立支援の取組を行っていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-③　入浴介助について、自立支援を意識して実践できていますか。また、介護度が重い方等に対しても、現に有する能力（潜在的なものを含む）を生かした自立支援の取組を行っていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-④　利用者本人の意思を尊重した支援を行うことが大切です。貴事業所では、利用者が自分の意思によって行動できるように支援していますか。（例：レクの内容を利用者が選択できるようにしている。利用者の希望によってプログラムを柔軟に変更する。等） |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-⑤　事業所での活動は、利用者や家族と相談しながら、自立支援につながる活動を行っていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-⑥　車イス利用者については移動以外の活動（食事など）では椅子に座っていただく等、個々の状態に応じ、快適に過ごすことができるよう、利用者の立場にたった支援ができていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-⑦　利用者の状況に応じて柔軟に通いサービスを提供していますか。（例：送迎時間について、利用者の希望や体調・状態に応じて柔軟に対応できている。等） |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
|  |  |  |
| Ⅱ-⑧　利用者の状況に応じて柔軟に訪問サービスを提供していますか。（例：認知症の利用者等で強い帰宅願望がある場合には、事業所内に留まることを無理強いせずに、自宅への訪問で対応している。等） |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
|  |  |  |
| Ⅱ-⑨　利用者の病態や身体的特徴を考慮し、現に有する能力（潜在的なものを含む）に応じた活動を行っていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-⑩　事業所や自宅において、生活動作や役割として利用者にやっていただくよう支援していることはありますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅱ-⑪　次のア～エのような成功事例はありますか。　1. 介護度の改善や自宅での生活に良い影響が出た方がいる
2. 介護度や状態の改善により事業所を卒業された方（または卒業予定の方）がいる
3. 利用者の自己実現を達成したことがある
4. 利用者に地域との交流の場を設けることで良い影響が出た方がいる
 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| **Ⅲ　居宅サービス計画及び（看護）小規模多機能型居宅介護計画について** |  |
| Ⅲ-①　利用者のアセスメントは、氏名や要介護度等の書類上で確認できる情報だけでなく、利用者本人が望む本人の状態に応じた生活の営みのため、現に有する能力（潜在的なものを含む）や生きがいなども合わせて記載することで、より適切なアセスメントを行うことができると考えられます。利用者のこれまでの生活や地域とのつながり等を継続させるために、工夫してアセスメントを行っていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅲ-②　居宅サービス計画及び（看護）小規模多機能型居宅介護計画の目標設定は、10人いれば10通りの目標があると考えられます。目標は利用者の能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするための真に必要な目標になっていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅲ-③　計画の内容は画一的なものでなく、前問（Ⅲ-②）で設定した個々の目標を達成するために必要な計画とし、実際の介護サービスの中で実践できていますか。 |  |
| 回答(選択) | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅲ-④　作成した居宅サービス計画及び（看護）小規模多機能型居宅介護計画の実施状況について定期的にモニタリングを行い、必要に応じた計画の見直しが行えていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| **Ⅳ　利用者・利用者家族・地域とのコミュニケーションを図る取組みについて** |  |
| Ⅳ-①　利用者や家族に対し、日常動作の状況、介護技術に関する内容等、適切な関わり・ケアの助言・情報共有を行っていますか。　 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅳ-②　直近３年間で、利用者や家族から「感謝の手紙」等をいただいたことがありますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に内容を具体的に記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅳ-③　利用者が地域との関わりを持てるような取り組みを行っていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| **Ⅴ　職員のスキルアップや定着への取組みについて** |  |
| Ⅴ-①　法人と事業所の理念の概要を教えてください。 |  |
| 回答（具体的に） | 法人理念の概要：　　　　　 事業所理念の概要： |  |
| Ⅴ-②　法人と事業所の理念は職員が理解し、事業所のサービス提供に活かせていますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅴ-③　日ごろからスタッフが思っていること、考えていることを引き出しながら、生き生きと主体的に活動できるように工夫していることはありますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　（はいを選択した場合は、下記の回答欄に取組内容を記載してください）□いいえ　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅴ-④　適切な自立支援のケアを行うためには、利用者一人ひとりの病気や障害等の特性を把握することが必要であり、正しい知識や根拠ある介護技術が必要です。最新の知識と介護技術を習得するために、職員が参加している研修・セミナーで該当するものを選んでください。 |  |
| 回答（選択） | 【選択項目】※複数選択可□横浜市小規模多機能型居宅介護事業所連絡会開催のセミナー□認知症に関する研修【具体的な研修名・内容を下記回答欄１へ記入（必須）】□介護技術に関する研修　□法人または事業所でおこなっている研修【具体的な内容を下記回答欄２へ記入（必須）】□その他【具体的な研修名・内容を下記回答欄３へ記入（必須）】□参加できていない　 |  |
| 回答欄１（具体的に） |  |
| 回答欄２（具体的に） |  |
| 回答欄３（具体的に） |  |
| Ⅴ-⑤　職員の定着率向上のためにしていることはありますか。 |  |
| 回答（選択） | 【選択項目】※複数選択可□休暇を取得しやすい体制づくり □賞与　□研修に参加しやすい体制づくり　□福利厚生の充実　□その他（下記の回答欄へ記入）□工夫していることはない　 |  |
| 回答（具体的に） |  |
| Ⅴ-⑥　職員の定着は平均何年くらいですか。 |  |
| 回答（具体的に） |  |  |
| Ⅴ-⑦　貴事業所の離職理由で一番多い理由は何ですか。 |  |
| 回答（具体的に） |  |  |
| **Ⅵ　その他** |  |
| Ⅵ-①　横浜発「みんなにやさしい介護のプロを目指す」プロジェクトに参加し、「みんなにやさしい介護」の好循環をつくりだすため、自立支援への取組を推進する意欲はありますか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　　□いいえ　（いいえを選んだ場合、差し支えない範囲で下記回答欄に理由を記入） |  |
| 回答（具体的に） |  |  |
| Ⅵ-②　自立支援の優れた取り組みを広めるため、市職員または他事業所職員等が貴事業所を見学させていただく場合もありますが、見学の受入れは可能ですか。 |  |
| 回答（選択） | □はい　　□いいえ　（いいえを選んだ場合、差し支えない範囲で下記回答欄に理由を記入） |  |
| 回答（具体的に） |  |  |
| Ⅵ-③　自事業所の自立支援に関する独自の取組、特徴など、これまでの設問で十分に回答できなかったものがあれば記入してください。（任意） |  |
| 回答（具体的に） |  |  |

※今回エントリーいただいた事業所のよい取組を他事業所にも広めるため、事例発表の開催及び事例集の作成を検討しています。そのため、事例発表等の御依頼をさせていただくことがありますが、その際は事業所の運営に差し支えの無い範囲で御協力をよろしくお願いします。