

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	4271401814		
法人名	有限会社 みらい		
事業所名	グループホーム みのぶの郷		
所在地	長崎県南島原市有家町大苑1967番地		
自己評価作成日	平成 27年 12月 20日	評価結果市町村受理日	平成 28年 3月 24日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/42/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=4271401814-008&PrefCd=42&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ローカルネット日本評価支援機構
所在地	長崎県島原市南柏野町3118-1
訪問調査日	平成 28年 2月 23日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

入所要件で困っている方優先で入所を決定している。寝たきりの方でも率先して入所受け入れを行っている。主治医に関しては、利用者様やご家族様にとって馴染みのある先生を優先していただいている。受診にいたしても柔軟に対応している。利用者様の日常生活の中で、急に買い物がしたいとか、嗜好品を食べたいなど訴えがあった場合には、細やかな気配りを行うなど対応している。利用者様やご家族様にとって、安心・満足していただけるようまた、必要なニーズに答えられるよう日々努力している点。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

入居者本位に入居者や家族の希望をかなえるホームを目指した当該ホームは、施設長の交代に伴い、より入居者の気持ちに寄り添う支援を具現化するため、職員の勤務状況や地域との関わりについて現状を振り返り新たな体制づくりに取り組んでいる。なかでも入居者からの声を大事にしたいとの思いから、心身の側面から行動の理由や思いの理解に繋がるよう従来の介護記録の書式を変更し、職員の意識の向上や勤務体制の改善に繋げた。また、「ホントン、今の介護でよかったですか?」シートを用い、仕事に対する思いや、業務の中で入居者を観察する力を磨きながら職員の意識の向上に繋げる取組もあった。入居者同士の会話に職員が参加し、賑やかな雰囲気の中で食事場面がすすんでいる様子からも、入居者と職員の距離感が身近にあり、入居者が安心して生活を送る事ができている様子も窺われた。重度化に伴い、外出も以前に比べ困難な状況となってきているが、地域との接点や家族との関係性への課題を持ち、入居者と家族がより安心できるホーム作りを目指す職員にますます期待の持てるホームである。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	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 (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	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る (参考項目:9,10,19)	○	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
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	○	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	64	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 (参考項目:2,20)	○	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
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38)	○	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	65	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 (参考項目:4)	○	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
59	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 (参考項目:36,37)	○	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	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	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
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	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	67	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
61	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 (参考項目:30,31)	○	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	68	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
62	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 (参考項目:28)	○	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				

自己評価および外部評価結果

ユニット名 A棟

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念はあるが、地域に密着した理念になっていないのが現状である。	入居者本位の支援を目指した理念のもと、入居者の「～して欲しい」の声を叶えられるように、今年度は勤務体制の見直しや入居者との関係作りを取組んだ。徐々に入居者との時間が生み出され、入居者と職員の関係性がより深まるよう取組んでいる。	ホーム立ち上げ当時から理念を継続し、職員会議等で振り返り行っているが、職員個々に言葉への理解に幅があり、共通認識が曖昧となっている様子が窺われる。職員と共に理念について再度振り返り、理念が職員や家族への理解に繋がり、より介護へ反映されることを今後期待する。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会との付き合いはあいさつ程度で、交流は少ない。ただし、ボランティア団体等に参加を呼び掛けて交流の機会をつくっていている。	入居者の重度化に伴い外出が困難な状況となっているが、ボランティアや福祉体験を受け入れ、入居者・家族と共に地域住民との接点を持てるよう働きかけ努めている。現状では地域との関わりに苦慮している課題があるが、今後も地域との接点に向け、情報収集を行いながら取組んでいく意向にある。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の方からの介護相談等の問い合わせは少なく、認知症の理解や支援方法等を伝える機会はつくられていないのが実情である。		
4	(3)	○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	行政の方からの質問はあるが、ご家族様等の質問や意見が少なく、ほとんど反映することが難しい現状である。	会議では入居者の状況や支援方針、また運営状況について細かく説明され、入居者家族の安心に繋がっている。議事録については意見交換の様子が明文化されていない様子が窺われ、意見の共有や決定事項等の忘備、また次の会議を有意義なものにするためにも書式や記録方法への課題が窺われた。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	広域圏介護保険課や地域包括支援センターとの連絡を行い協力関係を築くよう心がけている。	運営推進会議を通して行政との情報交換を行うと共に、社協への訪問やGH連絡協議会との繋がりを深め、協力体制構築に取り組んでいる。社協より地域の独居高齢者へ支援の相談もあり、社協と共に安心して入居に繋がるよう取組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	徘徊等危ない時は、安全確保を目的に玄関の施錠を行うが、昼夜を問わず問題等がない時は、施錠等を行うことはない。	心身の重度化に伴い、意思疎通が困難となっている入居者も増えているが、入居者の行動の背景を探り、その方が何を望んでいるのか理解することで「拘束しない」支援に繋がっている。帰宅願望や夜間の不眠などの症状が現れた場合は介護方法を再度振り返り、職員間で話し合いが持たれている。	

7		○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の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	虐待については、世間のニュースに耳を傾け、随時ミーティング等で情報共有を行っている。その為、見過ごされることがないように注意を払っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援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、それらを活用できるよう支援している	今までに活用はなく、そのようなケースがあれば支援していきたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	説明して納得を図るようにしているが不安や疑問点が出てこない。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望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	利用者様からの意見があるときは、すぐに反映できるようにしている。また、ご家族様からの意見等はほとんどない。	家族面会時には、日頃の様子を説明し、家族からの要望や介護方針を尋ねながら、家族の希望に沿った支援に繋げるよう努めている。ホームはありのままの家族の意見が欲しいが、なかなか意見が出てこない傾向にあり、ホーム側も意見の集約方法については課題と感じている。	ホームへの不信感に繋がらないよう、臨時便としてホーム便りの発行や面会時の説明を行うが、面会が遠のく入居者も多く、関わりに苦慮している部分も見受けられる。家族の協力の必要性や運営参加等に関心を持って頂けるよう働きかけ、今後、更なる理解を得る取組に期待します。
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、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	職員会議を毎日実施し、職員の意見等、反映できるよう努めている。	生活記録の書式の見直しや記録の簡素化を行い、入居者とゆっくり過ごす時間を生み出すよう取組んでいる。管理者が直接介護に関わることによって入居者や職員の声を拾い、課題解決にも取組んでいる。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員会議等で、職場環境の改善等を図り、やりがいがある職場になるよう努力している。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、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	スキルアップを目的に、研修等には参加している。ただし、家族の都合により参加できない人もいたため、職員会議等で報告し情報の共有に努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	研修の場での交流はあるが、相互の訪問や交流はない。勉強会は研修を通じて行っている。		

Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	ご家族様やケアマネ・医療機関からの情報だけでは把握しきれないのが現状である。会話や生活の場を通じて把握するように努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	当然のことながら困っていることや不安・要望等は把握しており関係づくりも当然である。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「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	優先順位を見極め対応している。		
18		○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、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	暮らしを共にする者同士の関係を築こうと思っているが、認知症状によってはできない方もいる為、安心して生活できるよう努めている。		
19		○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、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族様に合わせることも多く、本人様に沿わない時もある。職員はともに本人様を支えていくように思っている。		
20	(8)	○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	入所時に馴染みの人や場所が途切れないよう協力をお願いするが、ほとんどのご家族様が非協力的である。	隣接した通所事業所からの友人の面会や、遠方の家族との電話の取り次ぎを支援し、家族との関係性を大事にしている。遠方の家族の帰省に合わせ外出や外泊の支援をし、面会が遠のいた家族へは、今後、ホーム便りに状況報告を一筆添え、関係が途切れないよう支援する意向である。	
21		○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、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士の関係の把握はしているし支え合えるような支援をしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約終了からフォローしたいが、ほとんど連絡ないのが現状である。相談等があれば応じている。		

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	(9)	○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	希望や意向の把握に努め、本人様本位にあるよう検討している。	入居者の背景を考えながら声かけし、その方の思いに寄り添いながら自立支援に向け取り組んでいる。意思疎通が困難となった入居者も多くなってきているが、仕草や表情を読み取りながら意向を確認し、個々の希望に応じた支援ができるよう努めている。	
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利用の経過等の把握に努めている	ご家族様より聞き取りをしても解らないことが多い。会話で把握できるところは良いが会話にならない方はどうしようもない。		
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	過ごし方・心身状態・有する力等は把握に努めている。		
26	(10)	○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	それぞれの意見やアイデアを反映し、無理なことは計画しないようにしている。	入居者の心身の理解を深めるために、生活記録内に業情や既往歴を記載し、ケアプランの内容を意識した支援に努めている。介護計画の継続、変更は職員全体で話し合いの機会を持ち、記録を振り返りながら本人の希望や状態に添った計画の立案に努めている。	
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	記録の時間を設け記録者同士で情報共有し実践に活かしている。		
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	ニーズには出来ることは対応し、柔軟な支援や多機能化に取り組んでいる。		
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	地域資源はわかるが本人様にとってはたしてどれが安全で豊かな暮らしを楽しめるのか、重度の認知症の方に必要かが疑問である。		

30	(11)	○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	本人様・ご家族様の希望を聞くようにしている。希望がない時は、当ホームのかかりつけ医を紹介し24時間対応している。	入居以前のかかりつけ医を継続し、状態変化に注意を払いながら、体調に応じた対応ができるよう支援に努めている。定期受診前にはその方の服薬状況や心身の状態を職員間で確認し、主治医へ報告しながら健康状態に応じたケアができるよう取組んでいる。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	職場内の看護師に伝えることは当然で、訪問看護師にも相談し、適切な医療や看護を受けられるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、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病院関係者との関係づくりを行っている。	早期退院できるよう病院関係者との情報交換や相談に努め、直接医師と関係づくりに努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医師と連携し終末期と宣言されてからすぐにご家族様との話し合い、説明しご家族様の意向に沿う支援を心がけている。	入居者家族の意向を受け、昨年家族と共にホームでの看取りを行った。本人を心配する入居者も多く、他の入居者の心を支える部分が気がかりであったが、本人の意思に寄り添いながら家族や主治医と共に看取ることができた。対処の方法等話し合いながら今後も家族と共に取組む意向にある。	
34		○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て、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	初期対応の訓練はしていないが、実践力を付ける努力はしている。		
35	(13)	○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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	避難訓練を定期的に行い、全職員が避難方法を身につけられよう努力している。また地域の消防団や消防署とも協力体制を築く努力をしている。	定期的な訓練の実施を行い、訓練ごとに避難誘導方法や手順の確認がなされ、前年度より備蓄品の充実に取り組んでおり、現在も整備中である。避難訓練実施記録について職員の振り返り部分の記録が不足している様子が見受けられるため、書式の統一化や記録の工夫等、次回訓練を、より有意義なものにする為の更なる取組に期待します。	

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援

36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	言葉遣いやプライバシーには気をを使うようにいつも口癖のように話している。	入居者へ接する際は、目線の高さや口調、言葉の語尾に注意し、入居者へ敬意を払う態度で接するようにしている。中でも入居者との関係作りを大事にされ、職員が会話を交わす際は相手と同じ目線の高さで声かけするよう徹底されている様子が窺われた。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	出来るだけ選択の機会をつくり自己決定できるように声かけしている。		
38		○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	希望に沿った支援をしようと思っているが時に職員側の都合になることがある。		
39		○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ている	重度の方が多いため、おしゃれができる方は限られている。身だしなみには配慮している。		
40	(15)	○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	手伝える利用者様がおらず一緒に準備できない。また、食事もお介助する方が多く一緒にできない。	入居者の咀嚼力や嚥下状態に応じて食事形態を考慮し、入居者の状態に応じた食事が準備されている。食事が食べれない時はおにぎりを提供したり、希望に応じて食事時間や食事場所の変更も可能であり、入居者の希望を聞きながら献立が作成され、食べたいものへの対応も臨機応変に相談できるものとなっている。	
41		○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	栄養摂取量や水分量を自分で確保できない方がほとんどなので職員が管理している。		
42		○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本人の力に応じた口腔ケアをしている	その通り行っている。		

43	(16)	○排泄の自立支援 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、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	定期的なトイレ誘導やパターンの把握に努め自立に向けた努力はしているが、なかなか困難である。	トイレでの排泄を基本とし、機能訓練や生活リハビリを取り入れることなるべくオムツへ移行しないよう努めている。心身が重度化し、オムツ使用者も増えている現状にあるが、排泄の意思を仕草や口癖等で拾いながら排泄の自立に向け取り組んでいる。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排泄コントロールを主治医と連携しているが、投薬の他に飲食物や適度な運動の声掛けを行っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 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、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	特浴の方がほとんどなので希望通りの入浴が出来ていないが、なるべく希望に沿うように努力している。	身体の状態に応じて特殊浴槽での入浴も可能であり、重度の入居者も安全、安心に入浴できるよう努めている。季節の湯の準備もあり、寛ぎながらゆっくり入浴できるような配慮も窺われた。	
46		○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、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	状況に応じて安心して眠れるような支援を行っている。		
47		○服薬支援 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	投薬の副作用や効果等を理解し服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	役割等をできる方がいない。嗜好品や楽しみ事もない方が多い。(認知症による)出かけたという方もいない。たまにドライブの機会をつくり気分転換を図っている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 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に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	上記のように出かける希望がない。	体力の低下や重度化に伴い全体での外出は困難な現状にあるが、福祉車両を準備し、車窓から馴染みの街並みを眺めるなどの気分転換にドライブへ出かける取組や、個別に地域の祭りへ出かけることもある。天候を見ながら敷地内の中庭に外気浴の時間を設け、季節を感じる働きかけもある。	

50		○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	家族から所持金持たせられている方はほとんどなく、お金を使える場所もない。		
51		○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	電話の希望はあるが耳が遠く家族から電話させないでほしいと言われできない。手紙を書ける方もいない。		
52	(19)	○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)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)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	ハード面は変えられず、音、色、温度は調整している。	入居者が集う食堂には温かな日差しが差し込み、入居者に応じたテーブル配置の工夫もあり、自然採光で食材の色どりが確認できる。気候に応じた空調で心地よく過ごせる空間が準備され、車いす使用者も安心して操作できるようテーブル間の距離も確保されるなど自分で自由に移動できるよう配慮されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、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	お茶を飲みながら、話ができる空間づくりを工夫している。		
54	(20)	○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	本人様やご家族様は居室の希望はなく、泊りの部屋もない。	できるだけ自宅で使っていた馴染みの家具が使えるよう、入居者と相談しながら部屋作りがなされている。入居者の手回り品や家族写真が入居者の寛ぎに繋がりを、また心の支えとなっている様子も窺われた。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」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	ハード面の変更はできない。		

自己評価および外部評価結果

ユニット名 B棟

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	地域密着の理念はないが実践につなげている。職員全員で理念を考え実践につなげている。		
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	地域の行事はない。外出時合った時、挨拶をしている。少しずつ地域との交流の機会を増やす。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の利用者様がいますがそのご家族様から認知症の理解や支援の方法について聞かれたときに助言している。		
4	(3)	○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	専門職からの意見は出るが、ご家族様からの意見はない。会議で意見を出し合いサービス向上に活かすよう努めている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市や広域圏介護保険課と連絡を取り、協力関係を築くよう心掛けている。今後も外部と連絡を取り協力関係を築く。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束をしないケアを職員全員が理解しケアに取り組んでいる。今後も身体拘束をしないケアに取り組む。		
7		○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の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	研修等で勉強し虐待を見過ごさないよう防止に努めている。		

8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援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、それらを活用できるよう支援している	研修の機会もあり、いつでも活用できるようにしているが、まだそれまでの事例がない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入所時の契約時には十分な説明を行い、理解・納得を図っているが実際にその時点になるとまた説明する時がある。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望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	面会時、ご家族様に意見・要望を聞くようにしている。利用者様やご家族様の意見・要望を聞き、反映する。		
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、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	朝のミーティング時に、意見や提案がないか聞くようにしている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	努めようと思っているが給与アップは出来ない運営状況で勤務時間を短くする程度である。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、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	レベルアップを図るため研修の機会を確保している。また資格等を働きながらとるように勧めるが一部職員だけが応じている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、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	ネットワークは出来ているが職員同士の交流は事業所が拒むところもあり研修会でしかない現状である。		

II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所当時に本人様の要望等を聞き、安心確保の努力をしている。	
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所当時にご家族様の要望等を聞き、関係づくりに努めているが一部を除き「おまかせ」といわれる方が多い。	
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、本人と家族等が「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	「その時」まず必要としている支援を聞き、できるだけその対応に努めている。	
18		○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、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	暮らしを共にする関係を築こうとしているが仕事に追われていることが多い。	
19		○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、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時に、日常の様子を報告し、ご家族様からの相談があれば、共に考え本人様を支えている。	
20	(8)	○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	馴染みの人についてはほとんど面会がなく関係も途切れがちの気がする。	
21		○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、支え合えるような支援に努めている	本人様の身体状況や性格を考慮し、テーブルの位置や居室を工夫し、トラブルが起きないように職員が間に入り会話のサポートを行っている。	
22		○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、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	利用者様やご家族様の申し出があった時には、経過のフォローや相談・支援に努めている。	

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	(9)	○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	会話の中で希望や意向の把握に努め、できるだけ本人様本位に検討している。		
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利用の経過等の把握に努めている	入所時のご家族様の聞き取りや本人様との会話の中で、これまでの経過の把握に努めている。		
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	毎日の申し送りや会話、様子観察を行いながら現状の把握に努めている。		
26	(10)	○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	職員みんなで話し合い、良いアイデアを出し合い反映するよう努めている。		
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	記録の時間を設け、個別記録や申し送りを基に計画の見直しに活かそうと努力している。		
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	サービスにこだわらず色々なニーズに答えている。		

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	地域資源に安全で豊かな暮らしを楽しむことができることがあれば支援したい。(年金の手続き等)		
30	(11)	○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	基本的には入所前の主治医にしているが、24時間対応ができることが条件である。		
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師と介護職員の連携を図り、利用者様が適切な受診や看護を受けられるよう支援し、夜間でも連絡が取れる体制である。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、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病院関係者との関係づくりを行っている。	病院関係者と連携を図っており、情報交換や共有に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	ご家族様・ホーム・病院関係者・主治医等と話し合い、今後の方向性を決めている。		
34		○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て、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修等で訓練を行っているが、職員の入れ替わりがあり今は実践力がある職員は少ない。		
35	(13)	○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日常的に防火管理及び消火、避難訓練等を実施することにより、全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。 また、火災等を未然に防ぐための対策をしている	年2回ほどの避難訓練を実施し、全職員が避難方法を身につけ近所や地域の消防団との協力体制を築いている。		

IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援				
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	一人ひとりの人格を尊重しプライドやプライバシーに気を配り、対応しているが職員のなかには忙しくしているときに気配りが足りないところが見受けられる。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	希望を聞いてできるだけ近づけるようにしているが希望に応じられない時もある。	
38		○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	時々職員のペースを優先しているときが見受けられる。	
39		○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ている	一部の利用者様は身だしなみが理解でき希望道理できるよう支援しているが、理解不能な利用者様もおられ職員が代わって支援している。	
40	(15)	○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	嫌いなものは代替食対応し準備等は出来ない方が多い。	
41		○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	食事量・水分等のチェックを行い、一人ひとりの状態や力を把握し支援している。	
42		○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本人の力に応じた口腔ケアをしている	不完全な利用者様や全介助の利用者様はケアを手伝い、気を配っている。寝たきりや全介助の方が多い。	

43	(16)	○排泄の自立支援 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、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	軽度の失禁者は少なく自立排泄の支援を行うが改善される方はほとんどいない。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	働きかけはしているがしばらくすると忘れられることが多く、主治医との連携により投薬にて便秘解消を図っている。		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 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、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々にそった支援をしている	特浴の方がほとんどなので希望通りの入浴が出来ていないが、なるべく希望に沿うように努力している。		
46		○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、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	一人ひとりの状態把握により職員側から声かけにて休息してもらうことが多い。できる方は自分から休息される。不眠の方もおられ主治医との連携にて投薬の調整を行っている。		
47		○服薬支援 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	職員一人ひとりが薬の目的や副作用等を把握していないのが現状で、投薬一覧表で確認できるようにしている。全利用者様に確実に飲んでもらうよう介助している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	楽しみや気分転換が図れるよう行事等を行おうとするが参加者が少なく、ドライブ程度しか行えない。		
49	(18)	○日常的な外出支援 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に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	一人ひとりの希望自体がなくこちらからドライブ等の声かけをすると行くという現状である。また職員数も少なく連れて行けない現状がある。		

50		○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	お金を持っていないと落ち着かない利用者様はおられず、近くに店もなく購入の希望もない。希望がある時は購入の依頼がある。		
51		○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	電話希望の方は1人おられるが、今入居中の利用者様は、ほとんど無いのが現状である。		
52	(19)	○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)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)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	工夫はしているがハード面は変更できず、ソフト面で対応している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、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	ハード面の変更は出来ないので各居室と居間で自由に過ごしてもらっている。自分の自由にできる方は1人しかいない。		
54	(20)	○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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には本人様およびご家族様の好きなものを持ち込んでもらうようお願いしているが、最低限必要な物のみがほとんどである。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」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	一人ひとりに状態の状態に合わせた作りになっていないため、安全に過ごせるよう職員が気を配っている。		