

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	4290700097		
法人名	株式会社 翔里		
事業所名	翔里第二グループホーム		
所在地	長崎県平戸市津吉町1051		
自己評価作成日	平成 29 年 1 月 30 日	評価結果市町村受理日	平成29年3月31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.mhlw.go.jp/42/index.php
----------	---

【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 29 年 3 月 14 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)】

病院跡の建物を利用したグループホームの為、スペースが広く伸び伸びと生活していただける。また、敷地内には広いスペースの畑があり、季節ごとに野菜を育て利用者様と一緒に収穫も楽しむことが出来る。

【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)】

当ホームは、平戸大橋を渡り平戸島のほぼ端に近い小高い場所に位置する。以前、平戸市民病院であった建物を改築し、認知症対応型共同生活介護事業所として事業を展開されている。隣接して同系列のグループホーム翔里(2ユニット)及び地域密着型通所介護事業所がある。海がきれいな砂浜が近隣にあり、時季や天候が良い日は、ドライブ等で気分転換ができる環境にある。ホーム内の菜園で野菜を作り、入居者と共に収穫し、食材として提供されている。玄関から中へ入ると、広いエントランスや廊下が広がり、広い共用スペースの有効利用が期待でき、また、居室も広く、その人らしい住まい作りにも期待したいホームである。

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 3. 利用者の1/3くらい 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 (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. 全くない
59	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 (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 (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

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	朝礼の時に、運営理念を唱和している。休憩時間などを利用し職場の教養を読んだりしている。	事業所全体で作成している運営理念を職員間で毎日唱和されている。運営理念を基に、翔里第二独自の介護理念を作成し、年間目標、月毎目標を掲げる事で日々の支援のマンネリ化を解消し、日々変化する入居者の状況に必要な支援ができる事により職員の意識の向上にもつながる為、今後、理念について話し合っていく意向がある。	
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	保育園、小学校・中学校からの慰問・ボランティア活動や、地域の行事に積極的に参加している。日常的に、散歩や、買い物などに出かけ、地域の人たちと挨拶を交わしたり、話をしたりしている。	運営推進会議メンバーである民生委員を通じて地域との繋がりをもち、老人会やいきいきサロンで認知症についての話や施設(デイサービス・グループホーム)の概要説明を実施されている。年1~2回、中学生のボランティア受入れ、小学校からの慰問がある。敬老会やクリスマス会には、保育所からの参加がある。	
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	老人会から依頼を受け、認知症についての理解の機会として勉強会などを行ったことがある。また、近隣のいきいきサロンの皆様に事業所の紹介を行ったり、認知症についての話をさせていただいたこともある。		
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	運営推進会議で取り上げられた検討事項や勘案事項について、経過を報告し、一つ一つ積み上げていくようにしているが、早急に取り組めていないのが現状。議事録を各ユニットスタッフに目を通してもらうようにしていなかった。	市役所・地域包括支援センター・顧問・民生委員・児童民生委員等の参加があり、経過報告がなされているが、入居者についての報告内容が少なく、設備や備品等、人員不足等の報告にとどまっている。また、他の職員へ会議の報告がなされていなかった。職員が目を通すだけでなく、全職員で検討する必要がある内容については、職員会議等で意見を出し合い、その都度解決につなげ、ホームや職員の資質向上に努める必要があるものと思われる。	運営推進会議の趣旨を再確認し、行事報告・計画、研修報告・計画、近況報告、助言・意見等の内容や地域との情報交換等、地域密着型施設と地域双方にとって有意義な会議内容の検討が必要と思われる。例えばヒヤリハット・事故報告をする事で出席者より客観的な意見や指導を仰ぎ、ホーム内での振り返り、検討を行い、職員の意識の向上に繋げる等、今後の会議内容の改善に期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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に取り組んでいる	市町村の担当者の方は、運営推進会議に参加いただき、意見をいただいたり、また、それ以外でも事業所の現状について相談させていただくこともある。	運営推進会議メンバーである、市職員に生活保護についての相談や地域包括支援センター職員との空床状況の情報交換等を行っている。	
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	「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」を正しく理解できていないため、施設内勉強会などで取り上げて、拘束のないケアを実践できるようにしていく。	身体拘束防止マニュアル等の整備がなされておらず、身体拘束にあたる行為の知識を全て把握されているとは言い難い。今後、積極的に外部研修等を受ける機会を設け、受けた職員が他の職員に研修内容を周知させ等、ホーム全体で身体拘束についての理解と知識を身に付ける事が必要であると思われる。	介護の現場では、身体拘束に対する知識の修得は必須であり、ホーム全体で身体拘束にあたる行為の理解、ホーム内外の研修参加、やむを得ず実施する場合の同意書の作成、身体拘束についてのマニュアルの整備等を早急に行う事を希望します。
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	高齢者虐待防止関連法の理解を図るため、施設内勉強会、ミーティングなどの中で、日頃行っているケアを見直す。		

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
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	以前は、日常生活自立支援事業や成年後見制度についての勉強会を行っていたが、現在、対象となる利用者様もいらっしやらないため、行っていない。勉強会で取り上げ、理解できるようにしていく。		
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	サービス利用開始に当たり、時間を取って丁寧に説明している。特に利用料金について、起こりうるリスク、重度化や看取についての対応、医療連携体制、などについて詳しく説明し、同意を得ている。		
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	ご家族の方には面会に来られた際に、状況をお伝えしたり、問いかけたりして、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに留意している。	家族の面会時や行事参加時に意見の聞き取りを行っているが、実際の本音を聞き取る事は困難である為、ホームの今後の課題として取り上げ、本人や家族の意見を積極的に聞き取るよう努め、日頃の支援に繋げるようホーム全体で考える取組みが必要と思われる。	
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	運営職員会議を月2回行い、意見を聴く機会を設けている。また、日頃からコミュニケーションを図るよう心掛け、質問や、意見などが出た場合は、管理者、内容によっては代表者を交えて取り組めることはスムーズに実行できるようにしている。	職員は、月2回の職員会議に限らず、普段の勤務の合間でも管理者等に意見や提案を伝える事ができ、相談ができる環境にある為、職員は安心感を持っていることが窺える。	
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	代表者は、施設長・管理者・職員からの情報により職員の現在の状況を把握できるように努めている。資格所得に向けて、個別に意向を把握し情報提供している。資格取得に向けての支援も行っている。		
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	外部研修会の情報を収集して、職員の段階に応じてなるべくすべての職員が年に一度は受講できるよう前年度は取り組んでいたが、今年度、前年度実施を踏まえて取り組むことが出来なかった。新採用者も本人の状況を踏まえて、受講してもらうよう計画していく。		
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	平戸市にグループホーム連絡協議会がないため、今年度から、佐世保市の連絡協議会に参加させていただいている。平戸市内の、同業者の方とも交流する機会を持っていきたい。		

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
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	入居前事前面談で生活状態、現在の困っていることなどを把握できるよう努め、また、ご本人様の意向や不安を理解できるよう心掛けています。		
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	相談に見えたご家族に、当事業所の利用についての情報提供の前に、ご家族が求めておられることを理解し、情報提供を行うようにしている。		
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	ご本人様や、ご家族がその時に求めておられる状況を確認し、早急な対応が必要な場合は、可能な限り柔軟な対応を行い、他の事業所のサービスにつなげることもある。		
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	共に支えあえる関係づくりに留意している。		
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	本人様を共に支えあっていると家族も意識していただけるよう、状況の変化があればもちろん、病院受診した場合、また、必要があれば日頃の状況をこまめに報告・相談させていただいている。面会時は、必ず声掛けをして家族の思いに耳を傾けるよう意識している。		
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	入居前から利用されていた美容室に行き続けている利用者様、病院受診した後、自宅にて過ごされ地域の行きつけのお店などに行かれたり継続的な交流が出来るよう働きかけている。	入居者や家族の希望による馴染みの場所への同行支援が行われている。昔からの馴染みの美容室への同行により入居者の以前の生活の情報を得られている。入居者の希望にはその都度支援が行えるよう努められている。	
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がうまくいくように職員が調整役として状況をみながら支援している。職員間で情報連携し、共有できるようにしている。また、その日によっても心身の状態や気分、感情で変化することがあるため、注意深く見守り支援している。		

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
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	サービスの利用が終了された方のご家族からの相談を受けることがある。事業所が提供できることは連携を心がけている。		
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	一人一人の思い・暮らし方の希望、意向などを把握に努めている。また、利用者様から意向を把握することが困難な場合は、ご家族の方から情報を得て、検討するよう努めている。	ケアプラン作成については、入居者や家族の意向を基に作成する事が基本であるが、現段階では見直し時の意向の聞き取りを有効に活用できていない為、今後ケアプラン見直し時に前回と比較し、変化等がないか、前回とは、何か違った意向がないかの把握と取組みを実施することに期待したい。	
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	ひとり一人の生活歴やライフスタイル、個性や価値観などを把握できるように入居後も本人様、ご家族の方から情報を頂けるよう努めている。		
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	朝の申し送りや、前日からのご本人様の状態を全員で確認し、出来ること・わかる力を意識し、利用者様の全体像把握に努めている。		
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	ご本人様や、ご家族の方の思いや意向を日頃のかかわりの中で聴き、反映できるようにしている。現在、担当制を取り入れアセスメント、担当者会議(カンファレンス)、モニタリングを計画的に行うことが出来るよう取り組んでいる。	ケアプラン見直し時には、本人や家族のニーズは何であるのかを明確にし、合わせて本人や家族の思いの把握を基に目標を立て、目標に沿った日々の支援を行い、入居者本位のケアプランとなっているか等を踏まえて、今後、ケアプラン作成を実施することに期待したい。	
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	個別にファイルを用意し、食事量・排泄等・バイタル等、身体的状況及び日々の暮らしの様子や利用者様の言葉、エピソードなどを記録している。ユニットの職員全員が確認できるようにしており、就業に入る前にカーデックス、申し送りノートを確認することを義務づけている。		
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	利用者様や、ご家族の状況や意向に応じて、柔軟に対応し、満足していただけるよう努めている。外出、外泊のお手伝い、付き添いなど支援している。		

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
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	警察や消防、小学校など情報提供・交換など行っている。小学校については、施設の前の道路を通学しているため生徒が危険な状況などがあつたりする場合の駆け込み先となるよう話をしていた。		
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	ご本人様やご家族が希望するかかりつけ医となっている。ご家族の方が受診時同行していただけるよう話しているが、困難な場合は、職員が代行するようにしている。その為、普段の様子や変化を伝えるようにしている。	かかりつけ医への受診では、家族の同行ができない場合は、職員対応で行っている。他科受診においてもホームは常時柔軟な対応ができるよう努められている。	
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	2名の看護職員を配置しており、常に利用者様の健康管理や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。看護職員がいない時間帯は、介護職員の記録を基に確実な連携を取っている。緊急事態の場合は、看護職員に連絡し指示を仰いでいる。		
32		○入院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。	入院時には、本人様への支援方法に関する情報を医療機関に情報提供し、職員が面会に行き見舞うようにしている。また、ご家族とも状況などについて情報交換しながら、退院支援に結びつけている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居前から重度化に伴うご本人様、ご家族の意向をうかがい、事業所が対応し得るケアについて説明を行い、意向を確認している。また、その意向を踏まえ、随時意向を確認している。	現在、基本的に看取りは行わない方針である。入居者のどのような状態が看取りの時期とするのかを明確にしていない。看取りについてのホームの方針・指針を明確化する必要があるものと思われる。	看取りについての方針が分かりづらいので、重度化や終末期について本人や家族へどこまで関わる事が可能なのか、不可能になった場合は本人や家族にどのように対応するのか等の看取りの指針を明確にして契約時等に説明しておくことが望ましい。
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	年に1回の応急手当の勉強会を消防署に協力をえて行っている。夜間時の緊急時対応について、マニュアルを整備しているが周知徹底できるよう努めている。		
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	年2回避難訓練を実施するよう計画しているが、まだ実施されていない。地域の協力体制については、運営推進会議にて協力を呼びかけ前年度、合同で実施した。ただ、地域の方の役割などを明確にしていなかったため、訓練に対する評価を行うのみとなった。災害に備えた備品等の準備についても準備できていない。	本年度は、調査日現在でまだ1回の避難訓練実施のみとなっている。また、災害に関する備品や備蓄量の準備がなされているとは言い難い。地域住民参加においては今後協力体制を築く必要がある。過去には地元消防団との関わりがあつたが、今は途切れた状態である。避難訓練は、自然災害の避難訓練も実施して行くことも望まれる。本年度3月中に避難訓練を実施する意向が窺えた。	備蓄の確保、備蓄等の定期点検の実施のほか、自動火災通報装置登録先の確認と周知、地域住民との協力体制への関わり、自然災害を想定した訓練を実施するよう提案します。

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
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	職員が利用者様に向けて発している言葉の内容や語調などが、利用者様を傷つけたり、プライバシーを損ねるものになっていないか、会議や日々の申し送りなどの中でも振り返ったりしている。	日頃の名前の呼び方は、「～さん」付けである。本人や家族からの希望があれば、馴染みの呼称も対応されている。不適切な言葉掛けや行動については、職員会議で話し合い、緊急を要する場合は、その場(入居者や他職員がいない場所)で個人的に注意し合っている。今後、接遇マナー研修への積極的な参加に期待したい。	
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	ご本人様が決めることができるような場面をつくっている。(飲み物、食べたいメニュー、やりたいことなど)		
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	行きたいところへ外出(自宅やなじみのある場所、買い物、イベント等)したり、ご家族や職員とおしゃべりしたり、取り組んでいる。しかし、一人ひとりのペースを大切に、それに合わせての対応にはなっていない。		
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	朝の着替えは、ご本人様の意向で決めており、職員は、必要な時にさりげなく支援するようにしている。自己決定が困難な利用者様には、ご本人様の気持ちにそった支援を心がけている。		
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	その日の献立は、利用者様にも意見を聞きながら決めるようにしている。季節の食材をていこうしたり、イベントの際は、お弁当などを利用したりして食事を楽しんでいただいている。	ホーム内の菜園で、食事の際に提供する野菜を栽培されている。入居者へ食べたい物を聞き取ってその日の献立を決め、調理することもある。入居者は、野菜の皮むき、下ごしらえ、テーブル拭き、食器洗い、トレー拭き、下膳等を行うなど、残存能力の維持につなげるよう努められている。	
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	一人ひとりの体調と一日の摂取量を把握している。食事量についても個々に合わせて確認するようにし、ご本人様の好きなものや食べやすいものを出すようにしている。		
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	利用者様の状態に合わせて、食後の口腔ケアの支援を行っている。自分で出来る方は、声掛け見守りを行い、出来ない方については、毎食後に一人ひとりに応じた歯磨きの手伝いを行っている。		

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
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	利用者様の様子から敏感に察知し、身体機能に応じて支援している。トイレでの排泄を大切にしたりハビリパンツ、パット類も本人様の状況に合わせて支援している。日中、夜間の対応についても状況によって検討している。	個別に排泄パターンを把握するよう努められている。排泄後、排泄チェック表に記入し、他の職員と共有する事で排泄の誘導がなされている。繁忙時間等に記入漏れがあり、健康チェック、観察ができていないと言いが難い為、今後必ず記入漏れがないように職員の意識を確認し、チェックしておくことが望ましい。	
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	排泄パターンを記録し、便秘の方には、十分な水分補給を提供している。また、職員間で話し合っている。		
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	入浴したい日など希望をうかがいながら入浴していただいている。仲の良い方向士と一緒に時間帯に入浴できるように促している。	入浴順番を拘る入居者には出来る限り希望に応じるよう配慮されている。毎日入浴できる環境を整備されている。湯温は、入居者の希望により、足し湯や足し水で調節されている。季節感を味わってもらえるよう柚子湯や菖蒲湯の実施が行われている。	
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	なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。眠れない場合は、食堂においでになり、一緒にお茶を頂いたりおしゃべりをする事もある。		
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	利用者様の服薬一覧表については、カーデックスにファイルし、職員が内容を直ぐに把握できるようにしている。本人様の状態に変化がみられるときには、いつもよりも詳細な記録を取るようにし、看護職員や、協力医療機関との連携が図れるようにしている。		
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	得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえるよう、お願いできそうな仕事(掃除、洗濯物干し、食材の皮むき等)をお願いし、感謝の言葉を伝える。		
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	一人ひとりの生活習慣や楽しみごとに合わせて、外食、弁当を持って戸外に出かける等、外出の機会をもうけるよう支援している。	入居者や家族の希望や意向に沿って外出支援が行われている。受診同行後に買い物したり、気候が良い時には入居者の半数ずつを外出支援し、食事に行ったり、入居者全員が外出を楽しめるよう支援に努められている。	

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
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	少額だが、自分で管理することでご本人様の安心につながるのであれば、また、ご家族にも相談し、所持金を持参されておられるケースもある。		
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	電話をしたり、手紙を出したりするなどの利用者様の希望に応じて日常的に支援している。		
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	生活感や季節感を感じていただけるよう展示物、作品など置いたりしているが、家庭的な雰囲気とは言い難い。	入居者が共有空間でテレビを観たり、入居者同士の会話や職員と共に過ごせる場所としてソファを配置したり、雰囲気作りの工夫をする事により、入居者や職員が一体となり、大家族を感じさせるような共有空間となるよう、今後家庭の雰囲気が味わえる空間作りを取組まれることを期待したい。	
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	畳スペースはあるが、居心地の良いスペースとなっているか、疑問である。また、その他の、居場所となるスペースが作れていない。		
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	利用者様の居心地のよいスペースになっているとは言えない。	ホームで準備した家具等が設置され、各居室が画一化している為、これまで生きてきた入居者が在宅からの継続した生活を送れるような居室作りになるような工夫が必要と思われる。在宅時に大事にしていた物や趣味、大事にしている事等を再度把握しなおし、本人・家族への聞き取りにて今後入居者が安心して居心地の良い生活を送れるような環境作りを取組まれることを期待したい。	
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	危険防止のため、施錠を行っている箇所がある。		

自己評価および外部評価結果

ユニット名

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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			

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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			

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		
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		
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		
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		
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		
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		
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		

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			
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			
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			
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			
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			
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			
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、その時々にも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			

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			
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			
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			
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。			
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、事業所です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			
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			
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			

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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			

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			
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			
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			
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			
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			
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			
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支援している			

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			
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			
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			
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			
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			
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			