

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	2394600056		
法人名	社会福祉法人 高浜市社会福祉協議会		
事業所名	高浜市社会福祉協議会指定認知症対応型共同生活介護 2丁目		
所在地	高浜市田戸町三丁目8番地21		
自己評価作成日	令和6年1月16日	評価結果市町村受理日	令和6年4月15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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&Jigy-osvoCd=2394600056-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中区三本松町13番19号
訪問調査日	令和6年1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)】

地域共生型福祉施設として、地域の人々と共に支え合い・助け合いながら地域に根差した施設です。特徴として、子供から高齢者までの幅広い年齢層の方が、垣根を取り除き和気あいあいと交流されています。地域の人たちもランチを食べたりカフェする事ができ、会合やカルチャー教室などに利用して頂く事もでき、地域に開放的で誰もが気軽に立ち寄れる施設です。

【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)】

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

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
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。	施設の玄関やグループホームの廊下など誰もが目に付く場所に掲示し、職員は常に意識し共有している。ミーティングの初めに唱和し理念の振り返りを行う。		
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。	コロナの影響でイベントは行えない中でも7周年などのイベントの際には協力して下さったり交流は継続している。		
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。	地域に出掛ける事で地域の方たちと顔なじみの関係になり、会話も弾むようになりました。会話を通じて地域の方たちが認知症に対する理解をして下さるようになり、今ではよき理解者です。		
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。	事業所の取り組みやサービスの状況や事故報告等、全てを報告しています。地域の方や協力医院、行政の方など、様々な方からの意見や改善案など貴重な意見をサービスの向上に反映させています。		
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に取り組んでいる。	運営推進会議のメンバーに行政の方が毎回出席して下さるので情報交換を行っている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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。	社内研修で身体拘束の研修を行いミーティングで感想の発表し理解の共有と日常での自分の利用者への接し方の振り返りを行った。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	内部研修などで身体拘束の知識等を得ている。		

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
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。	権利擁護について学び日々の業務に活かしていけるようにしていかなければいけないが研修が行えていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、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。	契約時に契約書と重要事項を説明し、納得してから契約を結んでいます。		
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。	ご家族からの意見や要望を聞き入れるようにしている。面会に来た時には日々の様子を伝えるようにしている。家族会はまだ行えていない。		
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。	毎月のミーティングや日々の業務の中で職員間の情報交換をおこなっている。		
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。	家庭があつての仕事をしている職員が多い。職員それぞれが家庭の事情にあわせた勤務時間になっている。また資格取得に向けた支援も行っている。		
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。	職員の力量を把握し、職員に合った研修に参加してもらいたいと思っているがなかなか研修会に参加してもらえていない。		
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。	市内事業者で組織する会議や意見交換や勉強会などにはなかなか参加できていない。		

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。	入所前にアセスメントをとり、環境の変化があっても、不安が少しでも軽減できるよう、本人の表情や言動に気を付け、声かけをするよう心がけている。		
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。	入所前に自宅に訪問し、ご家族からの話を伺うようにしている。家族の話を聴き、寄り添えるよう心がけている。家族は実際に入所となると、心が揺れ動く方もみえるので、何がその家族にとって良いのか、考えさせられることもある。		
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。	家庭と施設では、支援内容も変わることも出てくるため、ひとつひとつ確認しながら支援を行ってくよう心がけている。		
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。	普段からの声かけを大切に行っていくことで、少しずつ馴染みの関係ができていくのかと思う。暮らしを共にするもの同士になるまでに簡単にはいかないが、利用者が気兼ねなく話せる相手になれるよう努めている。		
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。	入居者ひとりひとり家族の関係性も違うので、その家族にあった対応をと心がけている。家族に会って話をする機会が設けにくい現状があるので、関係を築くまでには時間がかかると感じている。		
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。	本人との会話の中から、情報を得て、可能な場合は、馴染みの場所に出掛けるなどの支援をしたいとは思っているが、現状ではなかなか難しい。		
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。	相性が良さそうな方同士が話すことができるようにしているが、日によって状況も違うため、思いこみをせず、その都度考えて行うよう努めている。職員が間に入ることで関わりがもてることもあるので、必要時、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
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。	退所等されてから、こちらから相談や支援は行っていないが、電話や訪問で相談があればその都度対応している。		
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。	居宅介護支援事業所や、これまでの暮らし習慣を本人・家族より聞き取りしたりしている。		
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。	居宅介護支援事業所から情報依頼と必要時にはサービス事業所へ利用状況の確認をしている。		
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。	入所前は、家族や居宅介護支援事業所より確認するが、入所後は生活状況を見ながら出来る事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。	入所前は、家族等の意見や意向を確認しながら支援を行っているが、入所後はミーティング等で意見を出し合っている。即した介護計画は行っているが充分できていないと言えない。		
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。	生活記録・特変記録や業務日誌等で、日々の状況は共有している。介護計画変更時には活かしているが、充分できていないと言えない。		
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。	ご本人の要望が、GHでできる事であれば支援している。ご家族の協力が必要な事は、連絡し相談しています。		

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
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。	馴染みの場所やスーパー等に外出し、お会いした時にはその時間を楽しみ懐かしく思う気持ちを大切に支援しています。		
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。	本人の要望確認が難しい場合がある為、家族に確認をしている。かかりつけ医以外の受診が必要な時は、紹介状を書いて頂き適切な機関にて治療が受けれるようにしています。		
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。	異変や気づきはその都度、介護職から報告されている。バイタル値の異常については報告が抜ける場合は記録上から再測定を実施している。		
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。	入院時、情報提供をしている。退院時は、カンファレス等に参加し入院中の情報を得るようにしている。		
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。	重度化した入居者については、管理者を主として家族と話し合いを行えている。		
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。	急変時の対応等は、法人で実施してる研修に参加している。		
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。	津波を想定した避難訓練等を、地域と連携し行っていた。今回は垂直避難ではなく離れた場所への避難を行った。		

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。	他者の前でその方の人格や誇りを損ねない対応を心掛けている 年上の人ということを意識している 言葉かけに対して時々自分の感情が入ってしまう		
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。	自己決定してもらえるようにしているが難しい時には選択の幅をしばらく自己決定しやすいように支援している。		
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。	個人的に希望があった時、他の職員にも伝える。体操・散歩はリビングで過ごしたいはなるべく無理強いしないようにする		
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。	入浴時なるべく本人と一緒に着替えを準備するが、着たい服か確認せずに着替えを準備することがある 入浴後鏡を見て頂き自分で髪をといてもらう		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	得意料理や好きな食べ物等の会話をしながら一緒に楽しんで調理している。		
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。	なるべく一日を通して同じ食材を使わないようにしている テレビを見ている時、レクの後等その都度水分を摂っていただくようにしている		
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。	毎食後、口腔ケアの声かけ、見守りを行う。 できない方には介助している。 食後→食器洗い→口腔ケアと毎食後声をかけ習慣として行っている		

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。	日々のかかわりの中で排泄パターンやサインを見逃さないように注意して支援を行っている。夜間はリハパンでも昼間は布パンツに替え支援している。		
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。	水分を意識してとってもらっている。体操など適度な運動を心掛けている。その人にとっての便秘解消の食べ物等を提供できるよう努めている。どうしても出ない場合は内服でコントロールしている。		
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。	1対1になる時間帯のためなるべく会話を楽しむようにしている お湯の温度も一人一人の好みで入浴して頂いている		
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。	リビングで傾眠されている人がいたら居室で休んで頂くように声掛けする。空調を調節して寝やすい温度を考えるようにしている。また、食後に休息されるように、状況を見ながら声掛けしている。		
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。	薬内容の変更は随時職員間で共有できるように心がけている。薬の目的副作用、用法などは薬情書で確認できるようにしている。		
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。	生活歴等はアセスメントを確認している。日常生活の中で家事を役割として行ってもらえるよう務めている。 利用者ができること、新しい発見ができるよう、職員の働きかけが足りない部分もある。		
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。	本人の馴染みの店(買い物に行っていたスーパーなど)へ買い物へ行ける時には出かけている。		

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。	買い物に行くときは本人にお金を支払ってもら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。	希望があった場合は支援しているが働きかけまではできていない。		
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。	寒がり暑がりな人を把握しその人に合った空調を調節している。また、窓を開け換気も心かけしている。電気や太陽等で眩しさ等にも様子を見て確認し対応している。季節感が出るものを作ったり飾ったりしている。		
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。	廊下のベンチがあることで気が合う方達が会話する機会はある。		
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。	馴染みの家具や家族の写真等を持ち込まれている。馴染みの物を見ることで安心される様子も見られている。		
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。	自室がわからない利用者には何か目印になるものを飾ったりしている。トイレはわかりずらいため、利用者の目線にあった案内書きがある。		