

自己評価および外部評価結果

セル内の改行は、(Altキ-) + (Enterキ-)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
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	事務所などホーム内に運営理念を掲示して、日々確認できるようにしている。この理念のもとご利用者が安心して生活して頂けるように取り組んでいる。	地域密着型サービスを踏まえた理念を事務所内に掲示し、職員で共有している。職員は、利用者個々の安心と尊厳を守ることを実践し、また地域とよりつながりを深めることを事業所の目標としている。	
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	回覧板や運営推進会議を通じて、情報交換やお誘いを頂き、イベントや活動に参加している。地域の公園にスペースを借りて花壇のお世話をしながら地域住民の方々と交流する機会も増えた。	自治会に加入し、地域の桜祭りや夏祭り、防災訓練にも参加している。中学生の職場体験も受け入れている。近くの公園の花壇の一部を利用者とともに管理し、交流を深めている。	
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	民生委員や地域包括支援センター職員と近隣の独り暮らしの高齢者の安全をどのようにしたら守れるのか話し合ったりしているが、具体的な支援まではできていない。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議では月の行事、活動、事故報告、体調の変化など報告して、意見や助言を頂きサービスに反映している。	地域包括支援センター職員、民生委員、近くのグループホームの職員などが参加し、2ヶ月に1回開催されている。会議の中から、近くの公園の花壇を管理し、花づくりをすることができるようになった。	
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	生活保護課職員と連携して生活保護受給の方にも安心して生活して頂けるよう相談など行っている。	生活保護受給の利用者を受け入れており、市の担当部署とは密接に連携しながら支援を行っている。地域包括支援センターが開催している地域密着型サービスのネットワーク会議に参加し、情報交換している。	
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	職員全体に身体拘束について周知しており、拘束のない暮らしを実践している。	基本的には、玄関は施錠していない。身体拘束をしないケアについては、法人内での研修会や事業所での具体的な事例で研修している。徘徊傾向の強い人は、一緒に散歩するようにしている。	
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	社内研修で講義や資料によって、職員にその内容を説明、教育している。事業所内で虐待行為をしたことはない。		

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
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	社内研修で資料などによって、職員にその内容を説明、教育している。現在のところ適用者はいない。		
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	契約時には重要事項説明書、利用契約書を文書で示し、説明を行っている。説明を行うに当たって一方的にならないようにご理解頂けたか、疑問点や心配点はないか確認しながら行っている。		
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	管理者及び職員は日頃の対応や会話を通じてご希望や苦情、不満等を汲み取るように努めている。月1回のスタッフ会議にて検討してご利用者の思いや希望に応えるようにしている。またご家族にはカンファレンスや来訪時に意見を頂いたり、報告をさせて頂いたりしている。	利用者からは、日ごろの活動の中で要望等を聴いている。家族からは面会時だけでなく、介護計画作成後、3か月目、6か月目に家族とカンファレンスを行って意見や要望を聴いている。家族に満足度アンケートも実施したことがある。	
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	職員からの提案は常日頃より耳を傾けて、よく聴くように心掛けている。その中で必要な物に関しては上長にも報告、相談して運営に反映している。	職員は、管理者に気軽に意見を言いやすく、みんなで事業所を支えている雰囲気がある。大切なことは、月1回のスタッフ会議で提案し話し合われている。職員の個別面談も行われている。	
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	統括責任者が管理者や職員の相談を聴いたり、アドバイスを行い、評価も行う。楽ちんOJTというチェックリストを利用し、職員それぞれが成果を見て、やりがいや向上心を持って働ける環境になっている。		
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	グループ内では新人研修、楽ちんレベルアップ研修。施内ではGHデイサービス合同研修を毎月1回行っている。また介護普及センター研修やアセッサー研修なども受けてもらっている。		
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	平城地域包括支援センターを中心とした地域密着型サービスネットワーク会議に毎月1回参加し、情報交換や意見交換を行っている。		

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
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	利用に関しての問い合わせがあった時や、初期面談時には、利用勧誘を推し進めるのではなく、ご本人様の困っている事や不安な事をよく聞くように努めている。		
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	利用に関しての問い合わせがあった時や、初期面談時には、利用勧誘を推し進めるのではなく、ご家族様の困っている事や不安な事をよく聞くように努めている。		
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	事務所に相談がある時はほとんどがグループホーム利用が前提ではあるが、本当にグループホームが良いのか一歩引いて観るように努めている。		
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	食事の準備、洗濯物の片付けを助けてもらったり、調理も野菜や果物の皮むきや配膳などお手伝いして下さっている。		
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	日頃からの連絡はもとより、1ヶ月に1度の職員からの一言通信(日頃の様子をまとめたお手紙)、笑顔だより(写真付の新聞)を送付して関係維持、向上に努めている。		
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	親戚やご友人、元職場のお仲間の方々でも気軽に立ち寄って頂けるような雰囲気作りをしている。ご利用者から希望あれば手紙や電話もして頂き支援に努めている。	併設のデイサービスを利用していた方が入居されることが多く、デイサービスとの共同行事を行っている。年賀状などを出される人には、その支援を行っている。利用者の馴染みの美容院に、家族と出かけられることもある。	
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ご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	共通の話題で会話したり、共同でレクリエーションをして頂いたり、ご利用者同士のコミュニケーションを大切にしている。また不意な立ち上がりなどで危険を察知した時にすぐに職員に知らせてもらったりしている。		
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	長期入院が見込まれ退居となってしまうたり、他の施設に転居されてしまった場合にもお見舞いに伺ったりした。		

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
. 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	ご本人の意向に沿った生活をして頂けるよう、努めている。職員の見守りの中、一人ひとりが自由に過ごして頂いている。体調や状態によってはご本人が負担にならないように配慮させて頂いている。	利用開始時に身体面だけでなく、生活歴や好み、暮らし方の希望なども聴き、アセスメントシートに記録している。また、日々の生活の中で、食べたい物など意向の把握に努めている。	
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	入居前情報、基本情報、アセスメントシートを活用している。ご本人やご家族からのお話から情報を聴き取り職員間で共有している。		
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	各々の方の過ごし方や心身状態を職員が把握し、連絡や報告し合って共有している。		
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	日頃よりご利用者やご家族からの意見を聴き取り、それらに職員のアイデアや意見を出し合って介護計画を作成している。介護計画を作成後、ご家族に報告、確認をして頂いている。	本人や家族の思いを聴き、職員で話し合っ介護計画が立てられている。計画は本人や家族に説明し、了解を得ている。3ヶ月後にモニタリングをし、6ヶ月後に更新している。	
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	個別にファイルを用意し、介護記録として日常生活の様子やバイタル値、排泄状況、食事摂取量などを記録している。		
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	併設のデイサービスと合同で行事やレクリエーションを行ったり、公園の花壇のお世話をしながら地域の方々と交流支援を行っている。		

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
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	近隣のグループホームと交流し、その管理者と情報や意見交換をしている。		
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	往診医、歯科医、総合病院、薬局との連携をして、個々の身体状態に合った適切な医療を受けられるように図っている。	内科のかかりつけ医の往診が、月2回ある。歯科医の往診もある。また、月1回薬局の薬剤師が訪問し、利用者の薬の管理をしてくれるなど、医療面でも安心した生活が送れるよう支援している。	
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	健康管理の為に看護職(デイサービス勤務)を確保し、定期的に全てのご利用者の状態を確認している。気づいた事は職員、往診医に伝えるようにしている。		
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。	ご家族を交えて、病院の担当者と現況や予後を話し合い早期の退院を図っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期に向けては、ご家族、医師、看護師、介護士がカンファレンスを行い、医療、看護、介護の連携を図るようにしている。連携しやすいように看護記録、往診記録、ご家族カンファレンス記録を作成している。	ターミナルケアの事例がある。重度化した場合は、かかりつけ医や家族、職員がよく相談して方針を決め、同意書を交わすようにしている。関係者が密接に連携して、対応するようにしている。	契約書等に、ターミナルケアの指針を記載するとともに、できれば利用開始時に、利用者の終末期の過ごし方の希望を聞くことができればよいと思われる。
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	緊急時やその他対応マニュアルを作成し、職員に周知徹底している。看護師による応急手当の指導も受けている。		
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	避難訓練計画を策定し、定期的に訓練を行っている。夜間は近隣の方、地域住民の方々に非常時の応援をお願いできるよう申し入れてある。日中に関しては併設のデイサービスと協力できるよう訓練している。	スプリンクラーや緊急通報装置が設置されており、防災マニュアルも作られている。年2回避難訓練が行われている。夜間想定訓練も行われている。夜間の緊急時は、近くに住む職員との連絡体制ができている。	居室が2階、3階、4階にあり、夜間時の避難誘導に不安があるので、日ごろから階段を利用した移動の練習も望まれる。できれば、非常時の備蓄もあればよいと思われる。

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
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	入居者個人の個性、人格を尊重した言葉をかけ、対応し、入居者に共感するようにスタッフ会議等を通じて職員間の統一を図っている。	コミュニケーションの中で、人生の先輩として一人ひとりの個性を大切にしている。トイレ誘導の時のさりげない声かけや、トイレ内で膝にタオルをかけるなどの配慮を行っている。個人情報に関わる書類は、一括して事務所で保管している。	
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	洋服の選択、献立の希望、レクリエーションの内容、外出希望等を聴きながら進めている。外食や外出時は希望のメニューを決定してもらったり、買い物したり、自己決定をして頂くようにしている。		
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	業務時間は後で取り戻せるとの共通認識から、ご利用者優先を第一としてご利用者自身のペースを大切にしている。個々のライフスタイルで過ごして頂けるように自室でお過ごし時間も居室の外から見守りを行うようにしている。		
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	個人の希望の髪型や服装にしているがいつも同じに同じにならないように声をかける等している。希望者にはご家族の承諾をもらって訪問カットを利用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の献立はご利用者の好みや希望のあるものとしている。季節感も重視し、また行事、誕生日祝いの食事もしている。食事の準備や片付けも一緒にして頂いている。	食事は、近くのスーパーに食材を買いに行き、すべて手作りで行われている。利用者の希望も聞き、季節の旬のもの大切にしている。職員も同じものを食べている。アイランドキッチンで、職員と一緒に準備や片づけを行っている。	
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	1日の摂取カロリー、必要水準量、栄養バランスをおおよそ把握している。食欲の低下や食べ残し等で不足する場合は代わりの物で補っている。		
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	毎食後は歯磨き誘導している。痛みや不具合ある場合はご家族に連絡し、歯科受診を支援している。義歯は夜間お預かりして洗浄液につけて翌朝お返ししている。		

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
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	個別に排泄記録をつけて、排泄パターンを確認している。トイレ誘導や介助にはさりげなく行い、特に失禁時には周囲の方々にも気を配るように心掛けている。	排泄パターンを記録しているが、おむつを付けている人はほとんどなく、排泄の自立している人が多い。適切なタイミングで、さりげない声かけをしてトイレ誘導を行っている。	
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	便秘になりやすい方が多いので、果物や野菜の多い食事している。また散歩や体操を行い、できる限り毎日運動をして頂いている。		
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	入浴時間、回数の希望を聴いてゆっくりと安全に入浴して頂いている。(2日に1回程度)入浴は1名ずつ行い、できる限り同性の介護者が行うようにしている。入浴中はプライバシーに配慮している。	午後の時間帯で週3回入浴することができるようにしている。できるだけ同性介助をして、コミュニケーションをしながらリラックスして入れるようにしている。車椅子利用者は、併設のデイサービスのお風呂を利用している。	
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	日中の活動を通して、個々合った生活リズムを作るように配慮し、安眠につなげている。必要な時には職員が居室を訪問し、付き添ってゆっくりお話ししながら休息して頂く。		
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	職員は服薬内容を確認して支援を行っている。薬剤師やご家族から説明を受けた内容を個別に記録し、医師の指示通りに服薬して頂いている。		
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	掃除や洗濯物の片付け、食事の準備、買い物等は機能に応じた役割分担をしている。また裁縫等の手作業のお好きな方には材料を準備して支援している。		
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に支援している	散歩や近所のスーパーへの買い物へ一緒に行っている。距離が遠い場所へはドライブを兼ねて希望の場所へ行っている。デイサービスと合同で日帰りの遠足も行った。	希望者は、近くのスーパーや公園に散歩に出かけている。花見などに車で出かけることがある。デイサービスの利用者と一緒に、リフト付きの車で遠足に出かけたことがある。	できれば利用者ごとに一目でわかる外出記録を付け、日常的に計画的な外出支援の取り組みが望まれる。

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	ご利用者が買い物を希望したり、スーパーでの買い物に同行された時は、ご本人が支払いして買い物をして頂け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	電話を希望される時は事務所の電話で事務所内や居室内でして使用して頂いている。手紙のやり取りは本人に代わり、介護者がポストへ投函させて頂いたりしている。		
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	民家をそのまま利用した玄関、台所と改修して使いやすくなったリビングや浴室、トイレは家庭的で居心地良い作りになっている。4階の廊下は狭く車椅子での移動をする場合はご利用者や職員が協力し合っている。	台所にはアイランドキッチンが置かれ、利用者とともに食事の準備や後片付けがしやすい構造になっている。浴室は家庭的な湯船で、使いやすい。居室の階へは、利用者自らがエレベーターで移動することができる。	
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	家庭的なリビングで一人ひとりがゆったり、穏やかに過ごして頂けるように工夫している。また気の合った方々で楽しく過ごされている。		
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	ご本人が使い慣れた馴染みの家具(タンス、鏡台、イス、装飾品等)を持ち込まれ、自室として安心して生活して頂いている。	民家を改修して造られており、各居室ごとに個性的な作りになっている。馴染みのベッドや机、箆笥、鏡台や仏壇などが持ち込まれ、居心地良い居室の配慮がなされている。	
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	民家活用型であるため、エレベーターや手すりを設置したり、浴室までの出入口をスロープにする等工夫している。		