

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	1871700272		
法人名	医療法人社団茜会		
事業所名	あかねの里 2階		
所在地	福井県坂井市丸岡町羽崎31-11-3		
自己評価作成日	令和 5年 10月 6日	評価結果市町村受理日	

※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/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	令和5年10月25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)】

利用者の残っている能力を楽しみながら出していけるよう、家事作業、レクリエーション、菜園、外出などに取り組み一人一人にあった生活が出来るよう支援している。
 食事については管理栄養士に相談し、献立や食事の量など適切な栄養がとれるように対応している。
 ご家族の希望があれば看取りケアを行っており、併設病院とは日中、夜間を通じて緊急時に対応できる。

【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)】

事業所は九頭竜川北側の磯部地区に位置し、法人が運営する病院、介護老人保健施設、通所リハビリテーション等のフロアのある建物の2階、3階にある。法人全体で幅広く医療から介護まで一体的な支援体制を築いている。家族、利用者から希望があれば、看取りの指針に沿って支援していく体制を整え、看取り介護に取り組んでいる。車椅子が必要な状態になっても事業所内で入浴できるよう、浴室の個浴をリフト浴に改築することを検討している。職員の意見や提案を大切に、サービスの向上に取り組んでいる事業所である。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活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

[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	理念を玄関に掲示いつでも確認できるようにしている。「ゆつくり、いっしょに、たのしく、ゆたかに」を実践できているか、カンファレンスやミーティングの際に話し合っている	理念に沿った支援をしているか職員間で毎月話し合っている。管理者は職員のチェック表を基に取組んだことを年2回の面談の際に聞き取っている。	大切に受けつなげられた理念をお便り等に記載し、家族や地域に発信するとよい。また、職員の個別年間目標を立て、理念を介護実践において具現化することを期待する。
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	行事の時には地域のボランティアを依頼している 今年は地区の運動会への参加や、中学生の職場体験の受け入れをおこなったが、日常生活での交流はほとんどないように思う	運営推進会議で地区代表から地域の情報を得ている。地区の神社の祭りに参加したり、ボランティアの協力で菜園の芋掘りも行っている。1階の談話室を地域住民に開放している。	
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	入居申し込み時の家族の相談や、運営推進会議にて地域の方に認知症の理解をいただくよう努めている		
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	区長さんや地域代表の方、家族代表、行政関係者に参加して頂いている。日常生活の様子や、事故報告など行ない意見を頂いている	事故報告、行事予定、面会状況、生活の様子、看取り介護報告を行い活発に意見交換できる場となっている。	会議の内容によって構成メンバーに利用者を加えるなどしてサービスの向上につながる取組みを実践することを期待する。
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	運営推進会議には参加していただいているが、普段から密に連絡をとることは少ない。	事業所の現状を詳細に報告している。行政職員、法人内の地域包括支援センターと連絡を取り合える関係となっている。	
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	年2回の研修への参加、参加出来ない職員には資料を回覧している。危険がない限り窓の施錠はせず、自由に行動できるようにしている。玄関は施錠しているが、委員会に報告し身体拘束には当たらないと意見をもらっている	毎月法人の身体拘束廃止委員会で、現状を報告し適正化に努めている。	
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	年2回の研修への参加、参加出来ない職員には資料を回覧している。虐待の芽チェックリストを活用し防止に努めている		

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	成年後見制度を利用している方は2名いるが、職員が制度を学ぶ機会は少ないと感じている		
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	利用者は日常生活の中で不安がない関わりを持ち、3ヶ月ごとにケアプランの見直しを行っている。家族へも報告し理解していただくよう努めている。改定が行われた際には書面で説明を行っている		
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	運営推進会議には、家族代表の方が2名参加している。他の家族には来所時に意見を聞く機会を設け、面会時間や外出の希望など参考にしている	来所時や電話対応時に日頃から家族の意見を聴取している。また、利用者からの声は介護記録に記載し、その内容について会議で話し合っている。	
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	週1回ミーティングがあり意見を聞くようにしているが、運営に反映されていないと感じる職員もいる	管理者は月1回業務改善会議を開催し職員の意見を聞いている。職員は連絡ノートに意見、要望を記入している。管理者は週1回の所属長会議で検討し、運営に反映している。	
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	常勤職員は毎年2回の評価を行ない、個別に面談を行ない評価のフィードバックを行っている 職員一人ひとりとコミュニケーションを行なう場が少ない		
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	研修を受ける機会を設け、希望する研修には参加出来る様にしている。経験年数や職員の技術に応じた研修を提供している		
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	日本認知症グループホーム協会の会員登録し、研修などで同業者と交流を持つ機会を設けている		

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
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	入居間もないころは環境も変わり不安も大きいので、声掛けを多くしたり、家族より情報収集を行ない、安心して生活ができるよう努めている		
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	入居申し込み、入居前には相談を受け不安に思う事については解消できるよう話し合っている		
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	本人、家族と会う機会を持ちアセスメントを行なう。家族には今までの生活の様子など情報提供していただき、必要なサービスを提供するよう努めている		
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	家事作業など出来る事はしていただいている。職員から利用者に「ありがとう」と感謝を伝えている		
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	病院受診の付き添いや、必要な日用品の準備など連絡している。毎月請求書を取りに来ていただき面会する機会も設けている		
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	事前に連絡して頂ければ、10分程度誰でも面会に来ていただけるようにしている 外出はまだできていない	家族、利用者からセンター方式を活用して聞き取り、利用者の人生の把握に努めている。 外出時は職員が付き添い、馴染みの関係を継続できる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	毎食、お茶の時間など定時に食堂に集まれるよう声掛けを行っている。攻撃的な利用者は孤立しがちになるが、レクリエーションなど参加出来るように努めている		

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	以前入居されていた方の家族が併設病院に受診に来ている。待合室で会うと会話し困っていることがないか聞いている 希望があれば相談や支援には応じる		
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	本人の希望を聞き取りし入所前にもこれまでの暮らしや生活の様子を家族に情報を得ている	日常会話などから聞きとりを行い表情や体調も考慮し、その内容を介護記録に記入し、介護記録をもとに職員間で共有している。さらにカンファレンス時に利用者の思いを話し合い、計画に反映している。	
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	入居前には生活歴等の情報提供を受けている 家で使用していた馴染みの物は貴重品でなければ持って来ていただくよう伝えている		
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	何か利用者に変化等あれば、職員間で話し合い対応も考え、情報共有出来ている		
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	毎月モニタリングを行ない、職員間で話し合いを持っている。必要があれば看護師や併設病院のリハビリスタッフに相談し、本人や家族に報告している	計画作成担当者は、利用者と家族の意見を基に、担当職員のアセスメントと専門職スタッフからの意見を取り入れ、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	気付いたこと、普段と違った様子が見られればその場で職員間に伝えている。記録も行ない、対応変更があれば附箋をし記録を共有できるよう努めている		
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	できているとは言えないが、地域へ外出でき地域の人たちと交流できるようにしたいと思う それぞれのニーズに対応出来る事は取り組みたい		

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
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	毎月体重測定を行ない、管理栄養士に報告し栄養指導を受けている。地域へ出かけることがほとんどないが、地域ボランティアや法人内の職員などからも支援がある		
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、家族の希望を優先し受診している。併設病院の受診は職員が付き添うが、皮膚科や歯科などは家族の付き添いや、往診を利用し適切な医療を受けられるよう努めている	病院と兼務の看護師が週1回は利用者の状態を観察している、身体状況が悪化した場合は併設の病院を受診でき、緊急体制を整えている。かかりつけ医、他の医療機関と情報共有を図っている。	
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	併設病院の看護師とは24時間連絡が出来る体制になっている 毎週土曜日に看護師が訪問があり報告や相談をしている		
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。	併設病院に入院することが多いが、相談員と連絡を取り合い、早期に退院できるよう努めている 入院中はは介助の方法などリハビリスタッフとも情報交換を行なう		
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	現在入居している方は急変時の治療について、医師より説明を受け承諾を得ている。本人の心身の状況に合わせ、あかねの里で出来る事を説明し、本人家族が希望すれば看取りの受け入れも行っている	毎月法人で終末期委員会を開催し、重度化した場合の対応のあり方を併設の老人保健施設の職員と理解を深めている。看取りの指針に従って関係機関と連携し看取りを行っている。	
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	心臓マッサージやAED使用の研修にほとんどの職員は参加しているが、一部参加できていない職員もいる 急変時は併設病院へ連絡し搬送できる体制はある		
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	日中、夜間を想定し法人全体で火災の避難訓練や地震、水害の訓練も毎年行っている 地域の区長と連絡がとれるようになっている	年2回火災、地震、水害を想定した避難訓練を実施している。非常時は地区消防団や区長と連携が取れる体制となっている。建物は福祉避難所としての指定を受けている。備蓄品は法人として整えている。	

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
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	本人がいる所では、申し送りなどの際に名前を言わないようにしている 性格や人格など周知し本人が嫌な思いにならないよう声掛けに気をつけている	利用者に対して尊厳を持った言葉かけと、適切な態度で接することができるかを職員間で確認している。利用者の意向について可能な限り利用者の意思を反映できるよう支援している。	
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	本人のやりたいことや、興味のある事を聞きだそうと話しかけ会話の中から推測する 介助に拒否がみられた時には時間を空け受け入れられる時に介助するよう努めている		
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	入浴は断る時には無理せず、他の日に行なうなどしているが、起床時間など職員の都合になっていることもある。利用者本位で生活してもらいたい		
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	化粧を整髪を自分でする方や、男性の髭剃りの声かけなど本人が行なえる様支援している		
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	調理の出来る方は参加しているが、参加していない方も多し。土日は外部へ発注しており職員がほとんど調理してしまっていることも多いので少しでも一緒に行きたい	職員と利用者で献立を考え、栄養士がチェックし栄養管理している。食事に季節感を取り入れ、毎月何か楽しめる工夫をしている。野菜の下ごしらえ、皮むき、刻みなどは職員と一緒にしている。	
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	毎月体重測定を行ない、管理栄養士に報告し食べる量や必要な栄養など指導を受けている		
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に、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	起床時にも口腔ケアを行ない、自分でみがける方は歯ブラシでみがけるよう見守りし、みがけない方は介助し歯磨きを行っている 入歯は定期的に洗浄剤につけている		

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
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	定時にトイレへ誘導する方や、落ち着きなく歩いている所を声掛けしたりと個別に対応している。 介護度が上がりオムツの使用は増えている	トイレでの排泄を基本に、排泄パターンを把握し、声掛け誘導している。利用者の失禁状態が改善し紙パンツ使用から布パンツの使用に向けて自立支援を行っている。	
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	水分補給を増やしたりバナナヨーグルトを提供するなど工夫しているが、下剤を服用している方も多い。便秘予防を意識して運動はできていない		
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	午前と午後に入浴しているが、本人の希望する時間があれば対応している。入りたくない時には無理せず時間や日にちを変更する個別にお湯の温度も調節している	週2回入浴日は決まっているが、利用者の要望で変更が可能となっている。入浴準備から職員がマンツーマンで支援を行い、利用者のペースに合わせた支援を行っている。	
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	入浴後や運動した後など、疲れている様子があれば一度居室で休むよう促している		
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	薬局からの薬の情報は確認している。変化があれば担当看護師に報告を行ったり、診察時には日頃の様子を医師に報告し相談している		
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	アセスメントを行ない、本人の嗜好にあった作業やレクリエーションを提供している		
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	コロナウイルスが流行してから外出はあまり行っていないが、近所の散歩や売店への買い物は出かけている	車椅子使用の利用者が増えている。職員は利用者1～2名と事業所の農園や神社へ日常的に外出している。利用者から買い物希望があれば職員と一緒にでかけている。	

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	売店利用時に本人の財布より支払いできる よう支援している		
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	本人の希望があれば、電話を使用できるようにしている、携帯電話の持ち込みも可能		
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	季節に応じた花をいけたり、掲示物を入居者と一緒に製作している。居室には表札や張り紙をし自分の居室だとわかりやすいようにしている ダイニングテーブルは食べやすいよう低めの物を使用している	共用空間は明るく広々とした温かみのある造りとなっている。居室前に二本の柱と梁があることで、自分家に帰ったような落ち着いた安心感がある。居室の障子の小窓を開けると、ベランダや共用空間が見え、心地よく過ごせるよう工夫をしている。	
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	3台のテーブルを設置し、気の合う利用者同士が座れるよう席は工夫している 気分によって座る席を変える方もいる		
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	本人が使用していたタンスやテレビ、椅子など使い慣れた物を持って来ている、ベッドなどの位置も本人や家族と相談しながら決めている	ベッドとタンス、洗面台を備え付けて、車椅子使用でも十分な広さを確保している。居室からベランダに出る事ができ、プランター栽培の花を摘んで部屋に飾ることもできる。大きな窓には障子をはめ込み、家庭的な雰囲気となっている。	
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	トイレや自分の居室がわからなくなってしまう方のために張り紙している 床は転倒の衝撃を和らげるよう少し柔らかい		

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	1871700272
法人名	医療法人社団菫会
事業所名	あかねの里 3階
所在地	福井県坂井市丸岡町羽崎31-11-3
自己評価作成日	令和 5年 10月 6日
評価結果市町村受理日	

※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/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	令和5年10月25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)】

利用者の残っている能力を楽しみながら出していけるよう、家事作業、レクリエーション、菜園、外出などに取り組み一人一人にあった生活が出来るよう支援している。
食事については管理栄養士に相談し、献立や食事の量など適切な栄養がとれるように対応している。
ご家族の希望があれば看取りケアを行っており、併設病院とは日中、夜間を通じて緊急時に対応できる。

【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)】

2階と同じ

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、安心して暮らさせている (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	理念を玄関に掲示いつでも確認できるようにしている。「ゆっくり、いっしょに、たのしく、ゆたかに」を実践できているか、カンファレンスやミーティングの際に話し合っている	2階と同じ	2階と同じ
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	行事の時には地域のボランティアを依頼している 今年は地区の運動会への参加や、中学生の職場体験の受け入れをおこなったが、日常生活での交流はほとんどないように思う	2階と同じ	
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	入居申し込み時の家族の相談や、運営推進会議にて地域の方に認知症の理解をしていただくよう努めている	/	
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	区長さんや地域代表の方、家族代表、行政関係者に参加して頂いている。日常生活の様子や、事故報告など行ない意見を頂いている	2階と同じ	2階と同じ
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	運営推進会議には参加していただいているが、普段から密に連絡をとることは少ない。	2階と同じ	
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	年2回の研修への参加、参加出来ない職員には資料を回覧している。危険がない限り窓の施錠はせず、自由に行動できるようにしている。玄関は施錠しているが、委員会に報告し身体拘束には当たらないと意見ももらっている	2階と同じ	
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	年2回の研修への参加、参加出来ない職員には資料を回覧している。虐待の芽チェックリストを活用し防止に努めている	/	

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	成年後見制度を利用している方は2名いるが、職員が制度を学ぶ機会は少ないと感じている		
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	利用者は日常生活の中で不安がない関りを持ち、3ヶ月ごとにケアプランの見直しを行っている。家族へも報告し理解していただくよう努めている。		
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	運営推進会議には、家族代表の方が2名参加している。他の家族には来所時に意見を聞く機会を設け、面会時間や外出の希望など参考にしている	2階と同じ	
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	週1回ミーティングがあり意見を聞くようにしているが、運営に反映されていないと感じる職員もいる	2階と同じ	
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	常勤職員は毎年2回の評価を行ない、個別に面談を行ない評価のフィードバックを行っている		
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	研修を受ける機会を設け、希望する研修には参加出来る様にしている。経験年数や職員の技術に応じた研修を提供している		
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	日本認知症グループホーム協会の会員登録し同業者と交流を持つ機会を設けている		

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
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	入居間もないころは環境も変わり不安も大きいので、声掛けを多くし安心して生活ができるよう努めている 職員は情報が共有できるように記録している		
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	入居申し込み、入居前には相談を受け不安に思う事については解消できるように話し合っている		
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	本人、家族と会う機会を持ちアセスメントを行なう。家族には今までの生活の様子など情報提供していただき、必要なサービスを提供するよう努めている		
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	家事作業など出来る事はしていただいている。職員から利用者に「ありがとう」と感謝を伝えている		
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	病院受診の付き添いや、必要な日用品の準備など連絡している。毎月請求書を取りに来ていただき面会する機会も設けている		
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	事前に連絡して頂ければ、10分程度誰でも面会に来ていただけるようにしている 外出はまだできていない	2階と同じ	
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	毎食、お茶の時間など定時に食堂に集まれるよう声掛けを行っている。攻撃的な利用者は孤立しがちになるが、レクリエーションなど参加出来るように努めている		

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	家族を見かければ声をかけるようにしている。 希望があれば相談や支援には応じる		
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	本人の希望を聞き取りし入所前にもこれまでの暮らしや生活の様子を家族に情報を得ている	2階と同じ	
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	入居前には生活歴等の情報提供を受けている 家で使用していた馴染みの物は貴重品でなければ持って来ていただくよう伝えている		
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	何か利用者に変化等あれば、職員間で話し合い対応も考え、情報共有出来ている		
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	毎月モニタリングを行ない、職員間で話し合いを持っている。必要があれば看護師や併設病院のリハビリスタッフに相談し、本人や家族に報告している	2階と同じ	
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	気付いたこと、普段と違った様子が見られればその場で職員間に伝えている。記録も行ない、対応変更があれば附箋をし記録を共有できるよう努めている		
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	できているとは言えないが、地域へ外出でき地域の人たちと交流できるようにしたいと思う それぞれのニーズに対応出来る事は取り組みたい		

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
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	毎月体重測定を行ない、管理栄養士に報告し栄養指導を受けている。地域へ出かけることがほとんどないが、地域ボランティアや法人内の職員などからも支援がある		
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、家族の希望を優先し受診している。併設病院の受診は職員が付き添うが、皮膚科や歯科などは家族の付き添いや、往診を利用し適切な医療が受けられるよう努めている	2階と同じ	
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	併設病院の看護師とは24時間連絡が出来る体制になっている 毎週土曜日に看護師が訪問があり報告や相談をしている		
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。	併設病院に入院することが多いが、相談員と連絡を取り合い、早期に退院できるよう努めている 入院中はは介助の方法などリハビリスタッフとも情報交換を行なう		
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	現在入居している方は急変時の治療について、医師より説明を受け承諾を得ている。本人の心身の状況に合わせ、あかねの里で出来る事を説明し、本人家族が希望すれば看取りの受け入れも行っている	2階と同じ	
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	心臓マッサージやAED使用の研修にほとんどの職員は参加しているが、一部参加できていない職員もいる 急変時は併設病院へ連絡し搬送できる体制はある		
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	日中、夜間を想定し法人全体で火災の避難訓練や地震、水害の訓練も毎年行っている 地域の区長と連絡がとれるようになっている	2階と同じ	

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	本人がいる所では、申し送りなどの際に名前を言わないようにしている 基本的に名前に「さん」付で呼んでいるが、聞こえにくい時には「ばあちゃん」や「おんちゃん」と呼んでしまう時もある	2階と同じ	
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	本人のやりたいことや、興味のある事を聞きだそうと話しかけ会話の中から推測する 介助に拒否がみられた時には時間を空け受け入れられる時に介助するよう努めている		
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	入浴は断る時には無理せず、他の日に行なうなどしているが、起床時間など職員の都合になっていることもある。利用者本位で生活してもらいたい		
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	家で着ていたものを家族に持って来ていただいている。どれを着るか選べない方は職員が選んでいる。 化粧をできるよう支援している方もいる		
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	調理の出来る方は参加しているが、参加していない方も多い。土日は外部へ発注しており職員がほとんど調理してしまっていることも多いので少しでも一緒に行きたい	2階と同じ	
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	毎月体重測定を行ない、管理栄養士に報告し食べる量や必要な栄養など指導を受けている		
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に、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	起床時にも口腔ケアを行ない、自分でみがける方は歯ブラシでみがけるよう見守りし、みがけない方は介助し歯磨きを行っている 入歯は定期的に洗浄剤につけている		

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
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	定時にトイレへ誘導する方や、落ち着きなく歩いている所を声掛けたりと個別に対応している。 介護度が上がりオムツの使用は増えている	2階と同じ	
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	水分補給を増やしたりバナナヨーグルトを提供するなど工夫しているが、下剤を服用している方も多い。便秘予防を意識して運動はできていない		
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	午前と午後に入浴しているが、本人の希望する時間があれば対応している。入りたくない時には無理せず時間や日にちを変更する	2階と同じ	
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	入浴後や運動した後など、疲れている様子があれば一度居室で休むよう促している		
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	薬局からの薬の情報は確認している。診察時には日頃の様子を医師に報告し相談している		
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	施設内で提供できる作業(家事、掲示物飾りつけの製作、畑作業など)を行っているが、嗜好品や楽しみごとで気分転換ができていないように思う		
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	コロナウイルスが流行してから外出はあまり行っていないが、近所の散歩や売店への買い物は出かけている	2階と同じ	

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	基本的にはお金は預かるようにしているが、自分で管理でき支払いができる方はお金を所持している		
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	本人の希望があれば、電話を使用できるようにしている、携帯電話の持ち込みも可能		
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	季節に応じた掲示物を入居者と一緒に製作している。居室には表札や張り紙をし自分の居室だとわかりやすいようにしている ダイニングテーブルは食べやすいよう低めの物を使用している	2階と同じ	
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	3台のテーブルを設置し、気の合う利用者同士が座れるよう席は工夫している 気分によって座る席を変える方もいる		
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	本人が使用していたタンスやテレビ、椅子など使い慣れた物を持って来ている、ベッドなどの位置も本人や家族と相談しながら決めている	2階と同じ	
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	トイレや自分の居室がわからなくなってしまう方のために張り紙している 床は転倒の衝撃を和らげるよう少し柔らかい		