

(別紙の2)

自己評価及び外部評価票

「自己評価の実施状況(太枠囲み部分)」に記入をお願いします。(セル内の改行は、(Alt+)- + (Enter+)-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
<b>理念に基づく運営</b>					
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。	職員が見えるように掲示し、毎月の職場会の議事録にのせて意識できるよう取り組んでいる。	理念は職員の休憩室の入り口に掲示して、いつでも確認できるようにしてある。又職場会議のレジュメの冒頭に載せて定期的に確認している。職員はその人らしく生きるための支援という理念を共有して実践している。パンフレットにも載せてある。	
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。	昨年度より狐島の文化祭に利用者と参加したり、フリーマーケットに出店。小学校の音楽会を聞きに出かけました。近くのお店へ利用者と買い物に行きます。	コーラス、傾聴などのボランティアの他、小中学生、高校生などの来所もあり、地域との交流が盛んに行われている。地区の文化祭へ牛乳パックの小物入れや、雑巾を出展したり近くのスーパーに買い物に出かけるなど自然な生活風景が見られる。	
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。	地域の方に向けての活動はできていません。		
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、その意見をサービス向上に活かしている。	地域の方々との交流の場を教えて頂いたり、地域の方々足を運びやすい施設にするにはどうしたらよいかを会議を通して話をさせていただいています。	2月に1回は開催されている記録があり、行政、地域の自治体から区長、民生委員などが参加している。行政は包括支援センターの職員が現況報告をしている。地域の問題について語られることも多く、相談受付になることもある。又健康問題についてはこちらから地域に出かけることもある。	グループホームを地域に理解していただいたり、災害時の支援体制をどうするかなどを考えて、地域の参加者や、協議事項にひと工夫されるとよいかと思います。
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、協係を築くように取り組んでいる。	運営推進会議にて、グループホームあおばの現状をお伝えしています。	運営推進会議への出席依頼の他は行政との連携連絡表を使って、入退所の連絡が主になっている。入所者の福祉用具について行政の保管している物を使わせていただけるようお願いしたことがあったが、自己完結していることが多い。	
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「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。	午前中は解放・午後から夜間は施錠しています。動きやすいよう環境を整え、動きを妨げない様に取り組んでいます。	年に1回はマニュアルに従って職員学習会を開いている。後は実践上で疑問な点について職員同士で話し合うことが多い。カンファレンスや、朝会などで話題になることが多く会議録に残してある。	
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。	学習会を通して虐待について職員で勉強を行っています。現場では不適切なケアという視点から「この関わりはどうなんだろう」ということをカンファレンスでも話しています。		

グループホームあおば天竜ユニット

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。	対象者がおらず、活用できていません。		
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。	利用開始時、必要時に重度化の指針を再度説明し同意を得ています。		
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。	アンケート調査の結果をもとに、総括をして事業者方針に反映しています。	全国組織である民医連で実施したアンケートデータがあり、大まかな把握ができる。主には家族会の意見や、来所した家族などからの意見、希望などを聴取したり、虹の箱という意見箱を設置して取りまとめている。エレベーターの位置の明示など改善したこともある。	
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。	職場会や面談で出た意見を聞き、運営するようにしています。	職員の目標管理について管理職の面談が年3回行われている。経過観察が必要な人についてはさらに細かく面談を重ね、相談にのり要望、意見、悩みなどが聴取されて解決に結びついている。職員の意見が段階を踏んで上にあげるシステムができています。	
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。	長時間夜勤に関して変更して身体的・精神的な負担の軽減を図りました。		
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。	各職員最低でも年1回は法人研修に参加できるように努めています。また、職場にてひもときシートの学習会を行ったり、法人内で学習会がある際はなるべく多くの職員が出られるように調整しています。		
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。	介護福祉士同士の学習会に参加したりしています。		

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
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	事前に直接ご本人に会い、ご自宅での暮らしをお聞きし、グループホームでもなるべく同じような生活で過ごせる様支援しています。		
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。	ご家族が望むご本人の様子をお聞きしながら、あおばでの様子も面会時にはお伝えしています。また、随時困ったこと(金銭面・ご自宅で抱えている困りごと)もお聞きし、職員間で共有するようにしています。		
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。	アセスメントを行い、福祉用具の使用を検討しています。訪問看護へも情報を提供しています。		
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。	101歳の方の誕生日は家族と一緒に祝いしています。ご家族と食べたいもの・行きたいところと一緒に考え、支援しています。		
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。	定期的に外泊していた方が、ご自宅でお風呂に入れなくなり、外泊をつづけることができなくなってきた際、ご家族と連携してあおばでもできることを行い、外泊を続けています。		
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。	入居者のところへご兄弟や近所の方が会いに来て下さることもあります。また、地域の文化祭等にも参加させて頂き、のおばあちゃんが今日きてるって・とた(さんの方に声を掛けていただく場面もありました。いままで暮らしてきた中での関わりを続けられるようあおばにも来ていただける取り組み・あおばから地域へ出ていく取り組みを今後も継続して行っていく。	近所に親族がいるいないなどで、施設への来所はばらつきはあるが、全然来ないということはない。又地域の事業や、スーパーなどなじみの場所にお連れする機会も多く、そこで声をかけられるなど交流は様々な形で行われている。	
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。	利用者同士で手紙のやりとりをされていた。新聞を取りにいったあと居室まで届けて下さる。ご飯の際は利用者同士声を掛け合ったりしています。		

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
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。	他施設に行かれる際は生活の様子が分かるように紙面でお伝えするようにしています。また、退所後にあおばでのアルバムを作成させて頂き、ご家族にあおばでの生活の様子をお伝えしています。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
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。	日々の会話の中から本人の思いを聞き出し、針仕事をしていた方と一緒に作品作りをしています。ご本人の意向や希望の把握が難しい場合は職員間でひもときシートを活用しながら御本人の思いを引き出せるように意識しています。	本人の意向を聞き取るために、ひもときシートを活用している。困難事例では意向を把握しやすい点もあるが、感情を出さない人についても理解するよう努めている。	
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。	コミュニケーションをとりながら、基本情報に記入すると共に全職員把握するように努めています。		
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。	コミュニケーションをとりながら、基本情報に記入すると共に全職員把握するように努めています。		
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。	面会に来た際に様子を伝え、ご家族の思い・希望を聞き、それを介護計画に反映させています。職員が毎月アセスメント・モニタリングを行っています。	日ごろのアセスメントや、モニタリングも加味して、ADLの状況を見直している。担当者の要望でカンファレンスを開くなど、みんなで介護計画を作り上げている。日ごろの家族からの意見も盛り込んでいる。	
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。	生活記録に日々の様子や体調の変化を色分けをしたりしながら記入している。職員は業務に入る前に生活記録に目を通してから業務に入るようにしている。医療面とケアプランは青字で記入しています。		
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。	週に1回程度リハビリの専門職による集団レクや個別リハをおこなっています。		

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。	近所の方が会いに来て、買い物をしています。面会に来た際に、地域の方々とも信頼関係を作れるように心がけています。		
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。	長くお付き合いされてきた、主治医と入所後も継続して、家族と定期受診に行く、又は往診に切り替えています。	それぞれの方のかかりつけ医で通院、又は往診を行っている。訪問看護が週1回入ってかかりつけ医との連絡調整を行っており連携はできている。歯科、眼科などについては家族の支援で通院してもらっている。	
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。	入居者の体調に変化があった際に相談・報告をしています。週1回定期的な訪問を受け、利用者様の異常の早期発見に努めています。		
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。	入院する際には生活の様子やADLが分かるようにアセスメントシートにて情報を伝える。入院中にご本人の様子を見に行き状況把握をしています。退院前カンファレンスを開催し退院後の生活に役立てています。		
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。	入居時に重度化の指針を確認しています。病状の変化がある時、重度化の指針を再確認しています。お看取りの際には主治医や訪問看護・介護職と話し、同意を得ています。	入居時に利用者の重度化に関する指針の説明がされ看取りについても家族と確認しており、双方の合意で対応ができている。又急変時の延命対応についても細かく確認しており、同意書が提出されて自然体での看取りを実現されていることがわかる。	
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。	救急法の学習会に参加しています。		
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。	避難訓練を年2回実施しています。	スプリンクラーは法に基づいて設置がされている。水などの備蓄は行政に頼っている。避難訓練などは実施しているが、近くに天竜川があり、地震火災だけでなく水害対策も必要と思われる。	いろいろな施設が併設されている中で生協総合ケアセンターいなどとしての防災計画を全体でシミュレーションしながら作っていくのが望ましい。豪雨時の避難対応についても話し合ったり運営推進会議などを利用して地域の協力体制を構築しておきたい。

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
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	自分たちの言葉かけや関わりはどうなんだろうということカンファレンスの時間を使って職員同士で話をしています。言葉使いで気になる場合は職場会で事例を挙げて検討する場を設けています。	利用者に対しての言葉遣いについて特に注意し、カンファレンスなどでチェックしあっていることがわかる。特に入浴介助に男性職員がかかわるときは本人の了解をとったり、できるだけ自然に排泄できるようおむつ外しができた事例もある。	
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。	ご本人に決めていただけるよう声掛けを行っています。外出や体操への参加もご本人の意思を確認し、尊重するようにしています。		
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。	入居者に合わせて、起床、食事等、個人に合わせています。休憩時間もその日の様子で対応したりしています。		
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。	入浴後に着たい服をご本人と一緒に選ぶようにしています。		
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。	日々の食事作りも入居者と一緒に野菜を切ったりしながら行っているが、週に1回手作りの日というのを作り、米ときから調理、盛り付けを入居者中心に行う日と設け、嗅覚や視覚等も感じていただけるよう工夫している。誕生日の日は御本人の食べたいものをメニューにしている。	3年間のデータに基づいて1週間のメニューをプリントして出勤者で作っている。利用者の希望を本人又は家族から聞いて実現に努力している。週に1回は利用者が作ることを前提に支援しており、郷土食のおたぐりも喜ばれている。	
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。	以前の食事の様子を知り、小盛り・普通盛り等の対応しています。水分は3回の食事と、10時、15時のお茶の時間にお茶等で摂取しています。排尿の様子もみながら個々に合わせて対応させていただいています。		
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。	ご自分でできる方・仕上げに介助を要する方、一人ひとりに合わせてケアさせて頂いている。誤嚥性肺炎になりやすい方はご家族と職員で話し、福祉用具を検討しています。		

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
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。	自分たちだったらオムツを当てられたらどうか…濡れているオムツが当たっていたら…ということに常に意識し、入居者の排泄について話している。パット一つも漏れないように大きい物を…ではなく、その方にあったものは何なのかを検討します。また、常にリハビリパンツの必要はあるのか？ということも意識して支援しています。	利用者の立場になって、その人に合った排泄の仕方を話し合いながら、適切なパット、リハビリパンツの使用についても常に職員間で意見交換されていることがわかる。又必要のないおむつを使用しない工夫にも取り組んでいる。	
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。	便秘に対して、牛乳を飲む、運動、お腹を温める・マッサージする等が介護職でも行えることを行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている。	なるべく家庭と同じように時間もなるべく午後から入浴しています。今日入りたいという方がいた場合は対応している。一人ひとりゆっくり入れるようにしています。	本人の希望に合わせて、夕食前、夕食後、時に朝風呂など、今までの生活パターンを重視してゆっくり満足のゆく入浴サービスを心掛けている。基本全員が浴槽につかれるよう支援しており、全員週2回は入浴できるようになっているのが確認できた。	
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。	体調に合わせて、起床時間をずらす等、時間をずらす等、その方のペースで生活できるようにしています。		
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。	利用者のちいさな変化でも主治医へ相談するように心がけている。ワーファリン服用している場合、内出血を発見して、主治医へ相談しています。		
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。	以前の仕事、行っていたこと、日々の生活の中に取り入れるようにしています。布を扱う仕事をしていただ方には縫物をしています。畑を作っていた方にはプランターの水やりをして野菜の収穫を役割として行っています。		
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。	普段行けないところへの外出は計画を立て、「お寿司が食べたい」と寿司屋に出かけたことがあります。「化粧水を買いたい」方とお店に買いに行くことがあります。	季節の行事や近所に散歩に出かけるなどの外出をしていることがわかる。他には個人的に、お寿司を食べに同行したりなど利用者の希望にそって外出の支援をしている。	

グループホームあおば天竜ユニット

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。	お小遣いとしてあおばで預らせて頂いている。		
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。	御家族とも相談させて頂き、電話を掛けたいと言われた際にはなるべくかけられるよう支援している。ご家族と手紙のやり取りをされている方がいます。		
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。	季節ごとの飾りを入居者と一緒に作成し玄関等に飾っています。	共用空間は広いスペースがとられているが、さらに歩行の妨げにならないようにすっきり整頓している。季節ごとに作成した作品の掲示をしたり、共同作業の作品の展示もある。冬は食堂に炬燵の設置もされ、よりアットホームな空間づくりに努力していることがわかる。	
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。	自宅にいる雰囲気近づけるように、ソファ-を置き、冬場はこたつを設置しています。入居者の方も自由にこたつに入ったり、ソファ-に横になったりしながら生活しています。		
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。	居室にご家族の写真を飾っています。ご本人と家族が選んだ家具を使用いただいています。居室はご本人のプライベートなところということを職員が意識し、過ごしやすいように心がけている。	利用者の居室は整理整頓ができていてすっきりしている。個人個人必要なものを自由に持ち込んで生活されている。各ユニットには2つづつトイレがあり全体で5つのトイレが設置されていて排泄に便利な環境が整っている。	
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。	トイレの表示は分かりやすく絵と文字で作成しています。フロアの動線上には物を置かないように配置。利用者様が動きやすい空間をつくり転倒防止に努めています。		