

### 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	1070700222		
法人名	医療法人上野会		
事業所名	グループホームつどい		
所在地	群馬県館林市赤生田町2042番地		
自己評価作成日	平成24年9月13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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.do">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.do</a>
----------	---

**【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群馬社会福祉評価機構		
所在地	群馬県前橋市新前橋町13-12		
訪問調査日	平成24年10月11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)】**

本人の意思を尊重し、その人の望む生活が送れるよう努力しています。母体が診療所であり、医師と24時間の連絡体制を確保している点、必要に応じて看取りまで行う体制は。本人にもご家族にも安心できるという言葉をお願いしています。ご家族も参加していただける行事を年に数回行い、コミュニケーションを大切にしています。

**【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)】**

事業所の近くに法人系列の診療所・歯科医院・介護老人保健施設・介護老人福祉施設・ケアハウスがあり、医療と介護を総合的に提供している。医師は365日24時間連絡可能な体制であり、重度化や終末期の対応についても、本人や家族の希望を優先できる支援体制を整え、全職員が共通認識の下にケアにあたっている。管理者は職員の理解者として皆の意見を尊重し、働きやすい施設づくりに努めている。また、「楽しく、一緒に、その人らしく」をモットーに、毎日のコミュニケーションを大切にしながら家庭にしているような生活環境の下で暮らし続けられるよう支援している。毎月発行している「つどい新聞」では、ホームでの暮らし振りや行事予定・医療や介護について・運営推進会議や外部評価についてなど、様々な情報を家族に発信している。

**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広がったり深まり、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. 全くいない
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

[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
<b>I. 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	見える場所に掲示している。朝読むことにより理念を共有し、初心に帰り実践につなげている。	事業所の理念を、玄関・事務所のみえる場所に掲示している。理念の実践に向けて、認知症介護のダメ3原則である怒ってはダメ・押しつけてはダメ・だめとってはダメを、常に職員間で意識し、日常におけるケアのなかでどうあるべきかを話し合っている。	
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	地域で行われる運動会や公民館祭りに参加している。事業所周辺の農家の方などと挨拶や会話を通して交流を図っている。地区の集まりの際などに立ち寄っていただけよう声掛けを行っている。	法人は町会に入会し、地域の行事に参加しており、地区の運動会見学では、テント席を用意して頂いている。日常的には散歩で挨拶を交わす近隣の方が、とれた野菜をもってきてくれるなどの交流がある。事業所のパンフレットを地域に配布して理解を求めるなか、介護相談をつけたり、徘徊時の通報を依頼したりしている。	
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	実際に訪れることは少ないが、窓口として開かれている。		
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	文書として残し、皆で目を通し、意見を参考にケアにあたっている。評価結果をもとに、取り組み状況を会議で報告し、意見をいただいている。	2ヶ月に1回定期的に開催し、情報交換の場となっている。区長・民生委員・介護高齢課・職員・3家族が出席している。入居者の開会の挨拶から始まり、入居者の健康状態・活動状況・事故報告等を中心に意見や評価を頂き、必要に応じて早期に意見を取り入れるよう努力している。	
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	主に管理者となるが、市の地域密着型サービス運営委員等の委員となり、連携をはかっている。運営推進会議に出席していただいている。	管理者は、地域密着型サービス連絡協議会の役員を受け、常に市と連携をとっている。事業所の空き状況の確認をしたり、入居者の生活の様子を報告したり、生活保護の方の受け入れや請求に関する相談をしたりしている。	
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	全員が身体拘束の欠点を理解しており、拘束しないケアを行っている。鍵をかけず、チャイム音で出入りをわかるようにし、出入りは自由である。職員間で声掛けを行い居場所の確認をしフロアを空けないようにしている。	身体拘束は一切行っていない。日中、玄関や居室の掃き出しは施錠せず、自由に出入りできるようにしている。玄関と居室のドアには、チャイムを設置しており、外に出たい方には職員と一緒に付き沿って散歩をしている。入居時には、身体拘束をしないケアのリスクについて家族に説明している。	
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	言葉の虐待に気をつけるよう介護の心得を読み意識を高めている。ダメと言わないケアを行っている。あざ等を見つけた時は報告書を作成、その原因を探り予防に努めている。		

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	研修会に参加。情報を定例会で伝え、情報を共有している。		
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	契約時には管理者が十分に時間を設けて説明を行っている。改定の際には説明会を開催したり、個別に説明を行っている。		
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	訪問時には声を掛け、要望を聞きだすようにしている。苦情になる前に意見をくみ取るように心がけている。意見箱を玄関に設置している。相談苦情担当者をもうけ、お便り等で周知している。	玄関に、意見箱が設置されている。外部評価が導入される前は、事業所独自でアンケートを行い、聴取した意見を厳粛に受け止めて対応していた。現在は面会時に声かけをしてお茶を出し、意見や要望を聴取できるように努めており、内容は日誌に記録して申し送り時に伝えている。	
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	意見を出しやすい関係作りに努めている。月に1回定例会でも意見を出している。	管理者は、職員の意見を尊重して採り入れ、その結果職員同士が協力しあって業務を行っている。誕生会や外食などの行事に関する一切の事は、職員間の話し合いでの決定に任せている。勤務表は、職員の希望をできる限り採り入れている。	
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	担当を持ち、責任ある仕事を行っている。労働時間や資格手当等は配慮されているが、昇給がないなど、条件の整備は不十分である。		
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	職員の力量やぶつかっている課題に合わせて、各種研修に参加する機会を設けている。		
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	各種研修でも、参加者同士の交流できるよう配慮されている。職員の交換研修に年2回は参加している。系列法人職員との交流もある。		

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
<b>Ⅱ.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	入居前に本人と面会し会話や様子から安心出来る関係を考えている。何でも言ってもらえる関係づくりを目指している。		
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	家族から現況等の話を聞き、要望を把握し状況を共有して、信頼関係が築けるようにしている。		
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	必要なサービスを提供できるよう、情報を集め案内している。		
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	「一緒に」の気持ちを持って行動している。「ありがとう」の言葉を必ず伝えている。肩をもんであげると職員にももんでくれたりたいてくれる姿がある。		
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	変化があった時は電話連絡をし、情報を密にしている。月に一度お便りと近況報告をしている。訪問時に生活を伝えている。		
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	出来る人は一部で限られてしまうが、自宅へ行ったり、昼食を食べに行ったりしている。ご家族や友人などが気軽に立ち寄れるよう声をかけたり居心地の良い雰囲気を作っている。	開設以来、毎年入居者のレベルが低下し、他者との関係を理解したり、自ら関係継続を希望したりする方が少なくなってしまうっており、家族を中心としての外食や自宅への外出をして頂けるよう支援している。また、友人の来やすい雰囲気づくりや場合に寄っては職員による自宅の草むしりを行うなどしている。	
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	皆で話せるよう話題を提供したりしている。居室に居る事が多い方は他の利用者さんが訪室したり起きたとき声をかけやすいように努めている。利用者同士で話をしたり助け合ったりする姿がある。円満な関係になるよう職員が間に入ったり、会話に入れるようにしている。		

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	基本的には看取りまでだが、必要に応じて努めている。転居時には介護サマリーで詳細な情報を提供している。		
<b>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</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	毎日の生活の中で会話や言動から把握に努め、本人の希望を聞いている。行動や表情などからも意向を読むよう努めている。	担当職員が中心となり、詳細なアセスメントを行い、その人の望みを感じ取っている。また、全職員の日々の気づきを徹底して記録し、以前の暮らし方に戻れるよう皆で話し合っている。	
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	家族や本人からの聞き取りや、直前に利用していた施設や近所の人からも情報を集めている。		
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	日頃の生活の中で現状を把握、日誌をもとに情報を共有している。会話の時間を多く持っている。		
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	月1回モニタリング、3ヶ月に1回担当者会議を行い、6ヶ月ごとにケアプランを作成している。ご家族の訪問時や電話等で話し合う機会を持っている。	カンファレンスや申し送りで日々の様子や職員の気づきを共有し、事業所の理念を具体化して、笑顔で穏やかに暮らしていくにはどうしたら良いかを皆で話し合っている。日頃から家族の意見や希望を聴取し、月1回の担当者会議・6ヶ月毎のケアプラン作成に反映している。	
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	日誌や個人台帳に気付きや生活の様子、目標に対しての記録を行い、介護計画に活かせるようにしている。		
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	必要に応じて理学療法士の指導を受けたり、看護師からアドバイスを受けている。状態の変化に応じたサービスを提供している。		

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	必要に応じて地域資源を利用できるよう努めている。イベントを行う際には地域のボランティアさんに来ていただいている。		
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	ほとんの方が同法人の診療所の医師がかかりつけ医となっている。その他の病院受診時にはご家族の協力も得ながら、付き添いを行っている。	ほとんどの入居者が、24時間365日連絡可能な同法人の診療所をかかりつけ医としている。歯科医院も併設している。受診時には、職員が同行している。他科受診の際には、医師に情報提供したり、家族と待ち合わせして同行したり、家族が同行できない場合には職員が付き添ったり、適切な医療が受けら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	系列の老人保健施設の看護師を職員として配置。週1回健康管理、相談等を行っている。		
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。	必要な時に備え病院関係者とは連絡を取り、関係作りを行っている。		
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	看取りまで行っていることを入居時に説明。重度化した場合は医師より説明を行い、希望に添えるよう必要な支援を行っている。終末期のあり方を考えながら支援を行っている。	入居時に、看取りについて説明し、重度化した際には、医師を交えて終末期のあり方について話し合っている。診療所の医師・管理者は近隣に居住し、希望があれば、家族の協力を得ながら、併設老人保健施設の看護師の協力により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	普通救急救命講習は新入職員を除き全員が交代で受けている。急変時マニュアルが整備されている。		
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	年に2回の総合避難訓練のほか、月に1度自主訓練を行っている。近隣の人に災害時の協力を呼びかけた。	年2回の法定訓練の他、避難経路や避難手順等を毎月確認している。近隣住居が遠いこともあり、敷地内の法人施設間で協力体制を整えている。近隣への働きかけは、地域住民の集まりや運営推進会議で行い、災害時に備えて、火災報知機や通報手段の指導を徹底している。	

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
<b>IV. 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	本人の気持ちになり、自尊心を傷つけないような対応をしている。一人ひとりに合った声掛けをするよう注意している。入室時には声をかけ許可をもらっている。	呼び方や敬称に関しては、本人の希望に沿うようにしている。入室時の声かけや排泄時の誘い方は、職員間で話し合いながら行っている。プライバシーに配慮し、居室に洗面台を設置して、歯みがきや入れ歯の手入れなど、人に見られたくない行為は自室で行っている。	トイレの使用について、羞恥心やプライバシーに配慮した方法の検討を期待したい。
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	自分で衣服やアクセサリーを選んでもらうったり、裁縫や編み物などしたい事をしたり、自分の好きな色で塗り絵を完成させたり、選択する機会をたくさん持てるようにしている。		
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	「待つて」と言わないようにしている。その人毎のペースややりたい事に合わせられるよう、柔軟な対応を心がけている。		
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	着る洋服を自分で選んでもらっている。化粧水などつけ方がわからない方には、朝や入浴後に手渡し、一緒につけてもらっている。		
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	野菜の下ごしらえや盛り付け、配膳や下膳、片付けや食器ふき、おしぼりを丸めるなど、それぞれの力や興味に応じて出来ることを一緒に行い、食事を意識できるようにしている。	職員は、3食を入居者と一緒に食事をしている。それぞれの入居者の能力に応じて、野菜の皮むき・テーブル拭き・配膳下膳・おしぼりたみを職員と一緒にやっている。摂取量を記録し、入居者の状態や好みに合わせて、おかゆ・パン・きざみ・ミキサー・とろみ食を提供している。主食にこだわり良質の米を使用し、献立は日常的に食べたい物を聞き取り、参考にしている。	
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	毎食時、10段階で摂取量を記録している。食べやすい器にしたり、食事提供の量を本人の希望に添うようにしている。		
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	毎食後行っている。口腔ケアセットを預かり手渡しする方、歯磨き粉をつけてから手渡しする方など、その人の力に合わせた援助を行っている。		

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	日誌に排泄記録を記録し、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めている。日中と夜間に使用するオムツを変えるなどしている。定時、随時トイレ誘導をしてオムツの使用を減らすようにしている。	排泄チェック表により個々の排泄パターンを把握し、日中はできるだけトイレへ誘導し、夜間帯のオムツは安眠を妨げない仕様のものに配慮している。声かけや誘導は個人に合った方法で職員が統一して行い、全職員でおむつの使用を減らす努力をしている。	
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	食物繊維の多い食品を食事に取り入れている。水分補給を促している。食事量のチェックを行い働きかけている。必要に応じて医師の指示のもと服薬支援を行っている。運動の参加を促している。排便の記録をしている。		
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	毎日お風呂を沸かし交代で入っているため、時間も含め個々の希望に全て添うのは困難となっているが、出来る限り希望に添えるようにしている。入浴ノートに記録。状態に合わせて入浴していただいている。	毎日お風呂を沸かし、1日6名がゆっくり入っている。特殊浴槽があり、入居者の高齢化に伴うレベル低下により、一般浴より利用回数が増えている。季節のゆず湯や菖蒲湯、その他入浴剤を使い、香りを楽しんでいる。入浴時には、全身状態の観察を行い記録している。	
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	居眠りが見られる時は居室で休むよう促している。着替えるタイミングや寝までの時間等、本人のペースに合わせている。		
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	目的は理解しているが、副作用までは理解しきれていない。服薬の際は飲み残しがないう、必ず確認をしている。状態の変化はその都度医師に報告している。		
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	洗濯物たたみ、食事の支度や片付けなど、出来ることを見つけ、役割を持ってもらっている。		
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	外への散歩を行っている。ご家族の協力を得て一緒に外出されている。交代で買い物に行っている。	レベル低下に伴い、一対一での対応となっているが、年1回の外食イベントの他、天候や入居者の状態に合わせて日常的に散歩を行っている。法人のケアハウスで月2回買い物ツアーがあり、一緒に出かけている。	



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	買い物の際にはご自分の財布から支払いが出来るよう支援している。お財布を個人で保管している方は、本人と一緒に財布の場所を確認している。		
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	希望があった時は電話で話せるように支援している。手紙を書く際も必要な部分を支援をしている。		
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	家庭で使う調度品を置いている。季節に合った花や壁飾りを飾っている。入浴時はのれんで区切っている。トイレや居室には芳香剤を置き配慮している。	共用空間は明るくて日当たりが良く、風通しも良い。壁には、花や季節の展示物が飾られている。居間の大きなソファでは、みんなで歌番組やオリンピックを観戦し、廊下の小振りのテーブルとイスのスペースは、二人でおしゃべりしたり、一人で気楽に過ごせる空間になっている。	
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	食堂の一角にはソファを置き、廊下にはテーブルと椅子を配置し、一人で、数人で、自由にくつろげる空間を作っている。お祭りですぐってきた金魚を飼い、癒しとなっている。		
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	使いやすいように椅子や家具などを持ち込んでもらっている。自分で出し入れできるような押入れの中も工夫している。	居室の入口には、自分好みののれんが掛けられている。カーテンも自分で選んでいる。使いた椅子やテーブル・テレビ・仏壇等を持参したり、壁には家族写真やカレンダー・プロマイドが貼られたり、その人らしい雰囲気がある。	
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	トイレがわかるように張り紙を矢印で示している。洗面台の高さは個々に合わせて調節している。		

# 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
<b>I. 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	見える場所に掲示している。朝読むことにより理念を共有し、初心に帰り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	地域で行われる運動会や公民館祭りに参加している。地区の集まりの際などに立ち寄っていただけるよう声掛けを行っている。		
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	実際に訪れることは少ないが、窓口として開かれている。		
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	文書として残し、皆で目を通し、意見を参考にケアにあたっている。評価結果をもとに、取り組み状況を会議で報告し、意見をいただいている。		
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	主に管理者となるが、市の地域密着型サービス運営委員等の委員となり、連携をはかっている。運営推進会議に出席していただいている。		
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	全員が身体拘束の欠点を理解しており、拘束しないケアを行っている。夜間以外は鍵をかけず、チャイム音で出入りをわかるようにし、出入りは自由である。		
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	ダメと言わないケアを行っている。あざ等を見つけた時は報告書を作成、その原因を探り予防に努めている。		

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	研修会に参加。情報を定例会で伝えている。必要に応じて後見人と話し合いをしている。		
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	管理者が見学～申込時、入居前には十分に時間を設けて説明を行っている。		
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	訪問時には声を掛け、要望を聞きだすようにしている。苦情になる前に意見をくみ取るように心がけている。意見箱を玄関に設置している。相談苦情担当者をもうけ、お便り等で周知している。		
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	意見を出しやすい関係作りに努めている。月に1回定例会でも意見を出し、運営に反映させている。		
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	担当を持ち、責任ある仕事を行っている。休憩時間がとれない、昇給がないなど、条件の整備は不十分である。		
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	職員の力量やぶつかっている課題に合わせて、各種研修に参加する機会を設けている。		
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	各種研修でも、参加者同士の交流できるよう配慮されている。職員の交換研修に年2回は参加している。系列法人職員との交流もある。		

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
<b>Ⅱ.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	本人の意向に沿ったサービスが提供できるよう計画書を作成している。安心できる声掛けを行い、何でも言ってもらえる関係づくりを目指している。		
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	入居時にはご家族、本人から話を聞き、良い関係ができるようにしている。		
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	必要なサービスを提供できるよう、情報を集め案内している。		
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	「一緒に」の気持ちを持って行動している。「ありがとう」の言葉を必ず伝えている。家事など一緒に行くことで支えあう関係作りに努めている。		
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	変化があった時は電話連絡をしている。月に一度お便りと近況報告をしている。訪問時に生活を伝えている。		
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	出来る人は一部で限られてしまうが、馴染みの場所へ出かけたりしている。自宅へ行ったり、その近所の人に声を掛けたりしている。その後ホームへの訪問につながった。家族の協力で写真を持ち込んでもらった。		
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	利用者同士で話をしたり助け合ったりする姿がある。助け合えるよう職員が間に入ったり、会話に入れるようにしている。ユニットに拘らず中の良い人とおしゃべりできるよう配慮している。		

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	必要に応じて相談を受けたりしている。		
<b>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</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	毎日の生活の中から把握に努め、本人の希望を聞いている。行動や表情などからも意向を読むよう努めている。		
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	家族や本人からの聞き取りや、直前に利用していた施設や近所の人からも情報を集めている。		
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	日頃の生活の中で現状を把握、日誌をもとに情報を共有している。会話の時間を多く持っている。それぞれの体調に合わせて食事や起床の時間などを調整している。		
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	月1回モニタリング、3ヶ月に1回担当者会議を行い、6ヶ月ごとにケアプランを作成している。ご家族の訪問時や電話等で話し合う機会を持っている。		
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	日誌や個人台帳に気づきや生活の様子、伝えたいこと、目標に対しての記録などを行い、介護計画に活かせるようにしている。		
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	必要に応じて理学療法士の指導を受けたり、状態の変化に応じたサービスを提供している。買い物にいけないご家族に代わって必要なものの買い物に行っている。		

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	必要に応じて地域資源を利用できるよう努めている。イベントを行う際には地域のボランティアさんに来ていただいている。		
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	ほとんの方が同法人の診療所の医師がかかりつけ医となっている。その他の病院受診時にはご家族の協力も得ながら、付き添いを行っている。		
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	系列の老人保健施設の看護師を職員として配置。週1回健康管理、相談等を行っている。		
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。	そうした際に備えている。病院関係者とは連絡を取り、関係作りを行っている。		
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	看取りまで行っていることを入居時に説明。重度化した場合は医師より説明を行い、希望に添えるよう必要な支援を行っている。終末期のあり方を考えながら支援を行っている。		
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	普通救急救命講習は全員が交代で受けている。急変時マニュアルが整備されている。		
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	年に2回の総合避難訓練のほか、月に1度自主訓練を行っている。近隣の人に災害時の協力を呼びかけた。		

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
<b>IV. 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	本人の気持ちになり、自尊心を傷つけないような対応をしている。声掛けにも注意している。		
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	会話する機会を多くつくっている。できるだけ「どうしたいのか」聞いたり、表情から読み取るようにしている。		
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	「待つ」と言わないようにしている。その人毎のペースに合わせてられるよう、柔軟な対応を心がけている。		
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	着る洋服を自分で選んでもらっている。化粧水などつけ方がわからない方には、朝や入浴後に手渡し、一緒につけてもらっている。		
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	野菜の下ごしらえや盛り付け、配膳、片付けや食器ふきなど、それぞれの力や興味に応じて出来ることを一緒に行っている。好みを聞いて対応している。		
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	毎食時、10段階で摂取量を記録している。食べやすい器にし、出来るだけ自己摂取してもらうようにしている。		
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	毎食後行っている。口腔ケアセットを預かり手渡しする方、歯磨き粉をつけてから手渡しする方など、その人の力に合わせた援助を行っている。		

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	日誌に排泄記録を記録し、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めている。日中と夜間に使用するオムツを変えるなどしている。		
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	水分補給を促している。食事量のチェックを行い、働きかけている。必要に応じて服薬支援を行っている。		
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	毎日お風呂を沸かし、交代で入っているため、個々の希望に添うのは困難となっている。入浴ノートに記録。状態に合わせて入浴していただいている。		
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	居眠りが見られる時は居室で休むよう促している。着替えるタイミングや寝るまでの時間等、本人のペースに合わせている。		
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	目的は理解しているが、副作用までは理解していない。服薬の際は飲み残しが無いよう、必ず確認をしている。状態の変化はその都度医師に報告している。		
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	洗濯物たたみ、食事の支度や片付けなど、出来ることを見つけ、役割を持ってもらっている。		
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	外への散歩を行っている。ご家族の協力を得て一緒に外出されている。交代で買い物に行っている。		



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
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	買い物の際にはご自分の財布から支払いが出来るよう支援している。お財布を個人で保管している方は、本人と一緒に財布の場所を確認している。		
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	手紙を書くよう勧めたり、住所等調べたりの支援している。		
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	季節に合った花や壁飾りを飾っている。入浴時はのれんで区切っている。トイレや居室には芳香剤を置き配慮している。		
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	食堂の一角にはソファを置き、廊下にはテーブルと椅子を配置し、自由にくつろげる空間を作っている。		
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	使いやすいように椅子や家具などを持ち込んでもらっている。自分で出し入れできるように押入れの中も工夫している。		
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	トイレがわかるように張り紙を矢印で示している。洗面台の高さは個々に合わせて調節している。		