

### 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	4670103524		
法人名	医療法人起生会グループホームハートフル林		
事業所名	グループホームハートフル林		
所在地	鹿児島県鹿児島市西田3丁目15-3		
自己評価作成日	平成23年 7月 20日	評価結果市町村受理日	平成23年9月20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.kagoshima-kaigonet.com">http://www.kagoshima-kaigonet.com</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 社会保障制度活用支援協会		
所在地	鹿児島県鹿児島市城山一丁目16番7号		
訪問調査日	平成23年7月28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)】

<p>病院との連携により、リハビリを希望される方は週2~3回のリハビリにスタッフ介助により施行されています。医療連携が看護師、訪問看護、林内科往診、歯科往診、整形外科往診など医療との体制ができています。新鮮なその時々野菜や肉、魚を取り入れてメニューをスタッフが考えており、季節感が出るような食事を提供できています。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

<p>同法人の医療機関との連携が出来ており、病気に対する対応が早いと、家族は安心している。昨年は管理者の交代が続き、家族は心配していたが、管理者・各ユニットの介護計画担当の3人がグループホームハートフル林のケア向上にむけて、業務改善に力を入れて取り組んでいる。居室が広く、利用者の家財道具が持ち込まれ、家庭的な部屋が作られており、利用者は部屋で居心地よく過ごしている。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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、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
<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	地域での敬老会、運動会など運営会議にて情報を交換し、地域の行事に参加できるものはしている。理念については、地域性を生かしたものに変更を考えている。	開設時の理念であり、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を検討中である。入職時の職員研修が充実してなく、職員一人ひとりの理念に対する意識が薄い。	地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を職員で話し合い、作成することを望みます。新人研修時理念の意義について教育し、職員が理念を共有して実践につなげることを望みます。
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	地域の夏祭り、踊り連、近くのスーパー、果物店などつながりを大事にし暮らしている。回覧板などの情報を通じて、行事に参加している。	自治会に加入して、地域の祭りなどに見学者として参加しているが、地域の方々との交流が少ない。事業所の看板はあるが、どこが入り口で、どの階に尋ねたらいいのか分かり辛く、地域への啓発が確認できない。	事業所で、自治会の行事や地域清掃などに参加したり、事業所へ地域の方々が訪問しやすい環境づくりを行い、事業所が地域の一員として交流することを望みます。
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	年間を通じて高校生や専門学生の実習を受け入れており、認知症の理解をしてもらっている。		
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	2か月に1回の会議では入居者の方の活動報告、施設からの報告などをし、意見要望を受けサービスの向上に努めている。自己評価、外部評価の結果は閲覧できるように入口においてある。	年6回、包括支援センターの職員の参加にて、開催している。参加者よりアドバイスをもらい、事業所の運営に反映している。	
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取り組んでいる	認定更新の機会に生活保護課担当者へ利用者の具体的なニーズ、プランなど説明し連携している。	運営推進会議で事業所の実情を報告し、運営についてアドバイスをもらっている。介護保険課に身体拘束について相談し、ケアサービスの向上に努めている。年1回、介護相談員の受け入れをしている。	
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	利用者が外出しそうな時、一緒についていき話をじっくり聞いて、家までドライブに行ったり、買い物散歩に付き添ったりして心の安定を図っている。	6月に同法人の医療機関と一緒に身体拘束の研修をしている。10月にグループホームでの研修を計画している。マニュアルが、医療機関と同じである。	職員が、グループホームホームにおける禁止対象となる具体的な行為を理解できるように、グループホーム独自のマニュアルを作成し、身体拘束をしないケアの研修に役立てることを望みます。
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	高齢者虐待防止関連法はこれからミーティングにて学んでいく予定。また不適切なケアと感じたときはミーティングで話しあっている。		

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
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	入居者が実際に利用しているため成年後見人と実際に話をする中でスタッフ全員で理解している。		
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	改定等の際は必ず各自宅への書類により報告する。また外部評価と同じくいつでも内容を把握できるよう提示しておく。		
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	意見箱を設置すると共に利用開始時に苦情相談窓口について家族への説明、提示。 年2回の家族会や運営推進会議で意見の交換の場所を作っている。苦情に対して解決を図り報告する。	夏と冬の年2回家族会を開催し、家族が意見や思いを伝えられる機会づくりをしている。面会時にも、要望を聞くように努めている。	
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	月1回のミーティングを設け、意見交換の場を作っている。また普段からコミュニケーションを図り、意見を言いやすい環境作りに取り組んでいる。	毎月のミーティングで職員の意見を出し合い、話し合い業務改善に努めている。早すぎた食事の時間を変更し、利用者が家庭と同じ時間に食べられるように改善されている。	
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	勤務状況の把握は代表者が定期的に業務内容のチェックをする。また、残業ができる限り限らないよう勤務を調整している。		
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	職員との和も大切にしながら自身も研修には積極的ににかかわり職員とともに意識を高めるように努める。		
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	研修には積極的ににかかわり自己の意識を高め、自身の向上に努めている。		

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
<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	レクリエーションを通して交流を深め入居者に対する関係づくりに努める。受容し共感し傾聴する。		
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	契約時に十分な聞き取りを行い、それに基づいた計画を作り、家族と更に話し合い相談できる関係づくりに努めている。		
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	本人家族よりどのような生活を望んでいるのか聞き、サービス内容の説明やその他のサービスの紹介もし対応している。		
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	利用者から食事の味付け、盛り合わせの工夫などを教わったり、お盆、お箸などを並べてもらい、皮むきなどできる方には参加してもらい暮らしの一部になっている。入浴が終われば畳に座り、乾いた洗濯ものを畳んだり家事と一緒にする機会を設けている。		
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	利用者の家族よりどのような生活をされていたのかなどを聞き、よりその生活に近づいていけるよう関係づくりを心掛けている。		
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	昔利用者たちは、花や野菜を作ることが興味だったと聞き、畑に行って水をまいたり草むしりをしたりと興味のある時間を設けている。	利用者が今までのつながりを継続できるように、自宅訪問・行きつけのストア・友人宅への外出をケアプランに掲げ支援に努めている。家族にも協力をもらい、外泊や家族との外出を支援している。	
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	毎日のレクリエーションは入居者全員で参加できるように声掛けしている。利用者の関係が壊れないように適度に席替えをし不満が出ないようにしている。		

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	退去時には退去サマリー、アセスメントを渡している。また思い出の写真やアルバムも渡している。入院時には職員も面会に行っている。		
<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	利用開始前に本人や家族からどのように暮らしたいかを聞き、アセスメント表などに記載し、介護計画に生かしている。入居後は本人の意向をくみ取り、買い物や自宅訪問などできる限り努めている。	職員の気付きをアセスメント用紙に書いてもらい、利用者の思いや意向を細かく把握するように努めている。家族からは、担当者会議や面会時に要望を聞くように努めている。	
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	入居前に本人や家族にどのように暮らしていたのかを聞き、サービスプランに反映している。		
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	朝のバイタル測定で体調を確認しその日の過ごし方について個別に声をかけながら支援している。		
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	介護支援専門員や職員が担当者会議を開き本人、家族の希望や意向をもとに話し合いながら計画を作成している。	介護支援専門員が毎月モニタリングを行い、3ヶ月毎に評価し6ヶ月毎にプランの更新をしている。担当者会議・ミーティングで職員や家族と話し合い、介護計画を作成している。	職員のスキルアップのためにも、利用者の担当を決め、職員による毎月のモニタリングを実践し、よりチームで作る介護計画になることを望みます。
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	毎月のミーティングで変化の兆しがないかなどを話し合っているが、利用者一人ひとりの介護計画に対する評価は3か月ごとに行い記録されている。		
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	通院介助や家族の宿泊、利用者の早期退院に向けての支援など臨機応変に対応している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	ボランティア、高校の実習研修などを利用し、敬老会、夏の踊り連の訪問、近隣の病院のレクリエーションの参加など本人の希望に合わせた形で参加している。また運営推進会議などで民生委員さんなど行事のお知らせがあるんでそれを参考に支援している。	
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	整形外科、歯科医など本人様希望で関係を築きながら医療を支援している。整形外科は2週間に1回往診され、歯科医は定期的に往診している。	家族の同意を得て、法人の医療機関をかかりつけ医とし、専門病院への紹介をして、適切な医療が受けられるように支援している。家族の要望があれば職員が病院受診に同行している。
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	利用者の方の異常がある時は看護師へ報告を行い状態に合わせ適切な対応を行い、提携医にも連絡し、受診なども行っている。	
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。	利用者の方の退院に向けて主治医との連絡を取り合い情報を交換している。病院関係者、特に相談員の方と情報交換に努めて、ホームの状況や病院の情報を交換している。	
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	本人や家族の意向を踏まえ、医師と職員が連携をとり、安心して納得した最後を迎えられるよう取り組んでいる。入居後は状況に応じて本人や家族、かかりつけ医と相談し方針を決め、職員間の共有も図っている。	入居時に、重度化の指針に沿って説明し同意を得ている。終末期医療の意向も文書にて同意をもらっている。職員の対応のマニュアルが作成され、職員間の共有が図れるようになっている。
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	急変時や事故発生に備え、緊急時のマニュアルを作成し、定期的に法人内研修を行い職員のスキルアップにも備えている。	
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	緊急時のマニュアルを作成し、年2回の消防訓練を行い、地域に災害時の協力を呼び掛けているが夜間を想定した実践的な訓練はまだ実施されず検討課題である。	12月・6月の2回消防署参加で火災避難訓練を実施している。夜間想定火災・地震等の訓練は確認できない。同法人病院職員・地域に居住する職員の協力を呼びかけている。 2階・4階にユニットがあり、それぞれ異なる構造であるためそれぞれのユニットの対応マニュアルを作り、あらゆる想定での自主訓練を実施し、近隣の住民への協力を呼びかけることを望みます。

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>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	プライドを傷つけないように配慮し、話をするときには敬語で対応し否定的な態度をとらないようにしている。	日常的には言葉づかいに配慮しプライドを傷つけないよう対応している。認知症の研修・プライバシーの研修の実施記録は確認できない。記録物の保管は、2階は事務室4階は事務スペースに保管し個人情報が守られている。	認知症・プライバシーについてのマニュアルを充実し、新人研修・内部研修の計画に組み入れ、職員が統一したケアになるよう望みます。
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	利用者の希望を聞いて、買い物や買い物代行をしている。		
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	一人一人のペースに合わせて、起床の声掛けや寝る時間など自由に支援している。		
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	外出時やその品予定に合わせて、普段着からパジャマなど更衣している。本人様の希望に合わせて洋服の着替えを支援している。		
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	苦手な食べ物は別のもので代用している。食事の配膳やお茶を入れてもらう等のお手伝いをしてもらっているが、現在重度化がすすみ準備をできる利用者が少なくなっている。	各ユニットで、職員による食事支援の対応に違いがある。職員と一緒に食事せず、利用者から離れた位置で見守りしているユニット・利用者と食卓を囲み楽しい雰囲気づくりをしているユニットに分かれている。	グループホームは、家庭的な雰囲気が特徴であるため、職員は、利用者と同じ食事をとり、同じ食卓を囲み家庭的な雰囲気づくりもケアの実践の一つとして取り組むことを望みます。
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	一人ひとりに合わせた食事形態で食事を提供し食事量の把握や、栄養バランスは管理栄養士にメニューを見てもらい指導していただいている。水分は食事時と10時、15時に状態に合わせて出している。		
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、口腔ケアを行ってもらうように声掛け、自分でできない入居者の方には介助をしている。また歯科の往診もしている。		

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	リハビリパンツ、パットを着用することでおむつの使用を減らしている。PWCを居室に設置し、自力での排泄を促している。	昼間は、トイレへ誘導しトイレでの排泄の支援に取り組んでいる。ほとんど利用者が居室にポータブルトイレを設置しており、夜間はポータブルへの誘導で支援している。	
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	毎朝牛乳を飲んでいただいている。また10時にラジオ体操をし運動不足にならないようにしている。便秘の方には、日数を把握し牛乳、オリゴ糖を飲んでいただいている。食事もなるべく食物繊維の多い食材をメニューに載せる。		
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、個々に合わせた支援をしている	入浴日は基本的にきまっているが、希望によって午前、午後と個々に違った形で入浴されている。入居者の方が入浴を嫌がられる場合は、時間をずらしたり、清拭に変更するなど個別に対応している。	4階の浴室は、家庭向きになっているため、入浴介助が難しくなったら、2階の広い浴室を利用している。週2回の入浴を計画しているが、希望によっては、毎日でも可能である。	
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	一人一人の生活習慣に合わせて居室にて休息したり、フロアで休まれたりされている。夜間は訪室して室内の様子など確認している。		
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	夜間、服用後など確認を行っている。また、朝に引き継ぎを行い説明をしている。薬事説明書を綴り、目的や副作用などについて確認をしている。		
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	食事の支度や、洗濯、掃除、買い物、縫い物など好きな事の支援、誕生日会やお花見などで特異な詩吟や踊りの披露の支援、希望があればコーヒー、紅茶、ビールなどを提供している。		
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	本人様の希望にそって、車いすの方でも買い物や近くの公園への散歩などに出かけている。家族の協力ももらい、外出されている。	4階に菜園を作っている広いベランダのスペースがあり、日常は2階の利用者も4階のベランダで日光浴・外気浴を楽しんでいる。外出をケアプランに採り入れ、外出支援に努めている。	



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
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	自己管理のできる入居者様は金額を決めて所持している。認知症のかたは小口現金を預かっており希望に沿って買い物と一緒に行き使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	本人様からの希望があれば、自ら電話をしてもらい話されている。手紙を書く方は、本人に代わりもストに手紙を出している。		
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	利用者と共に作成した季節のカレンダーやいろいろな作品をフロアーに提示している。テーブルには季節感の草花を飾り、4階には四季の野菜が植えられ、日当たりや風通しがよく、ゆったりとくつろげる空間を提供している。	2階は、病棟をリフォームして使われている。廊下が広く、台所空間と食堂が低い仕切りで全体が見渡せるようになっている。4階のユニットは、自宅をリフォームして作られており、食堂が共有空間になっており、大きな窓から菜園があるベランダに出られ外気浴を楽しめる。	
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	共用スペースには、椅子、テーブル、体をゆったりと伸ばせる広い置コーナーがあり、家族との会話等にも利用している。利用者同士好きな場所を選び、思い思い過ごされている。		
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	居室にはTV、冷蔵庫、テーブルなど自分の使い慣れたものが持ち込まれており、日当たりのいいところでは園芸などをして居心地のいい空間を提供している。	2階は、病棟の二人部屋の広さを一人の居室として利用されているため、広々とした部屋に自宅からそれぞれの家財道具が持ち込まれ個性的な部屋となっている。4階は、部屋の造りがそれぞれであるが、2階と同様、個性的な部屋づくりがなされている。	
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	ソファにて洗濯物が畳める方はお手伝いをされたり、トイレの場所もわかりやすくして、自立した生活が送れるように工夫している。		

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	地域での敬老会、運動会など運営会議にて情報を交換し、地域の行事に参加できるものはしている。理念については、地域性を生かしたものに変更を考えている。		
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	地域の夏祭り、踊り連、近くのスーパー、果物店などつながりを大事にし暮らしている。回覧板などの情報を通じて、行事に参加している。		
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	年間を通じて高校生や専門学生の実習を受け入れており、認知症の理解をしてもらっている。		
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、そこの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回の会議では入居者の方の活動報告、施設からの報告などをし、意見要望を受けサービスの向上に努めている。自己評価、外部評価の結果は閲覧できるように入口においてある。		
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に取り組んでいる	認定更新の機会に生活保護課担当者へ利用者の具体的なニーズ、プランなど説明し連携している。		
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	利用者が外出しそうな時、一緒についていき話をじっくり聞いて、家までドライブに行ったり、買い物散歩に付き添ったりして心の安定を図っている。		
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のないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法はこれからミーティングにて学んでいく予定。また不適切なケアと感じたときはミーティングで話しあっている。		

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
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	入居者が実際に利用しているため成年後見人と実際に話をする中でスタッフ全員で理解している。		
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	改定等の際は必ず各自宅への書類により報告する。また外部評価と同じくいつでも内容を把握できるよう提示しておく。		
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	意見箱を設置すると共に利用開始時に苦情相談窓口について家族への説明、提示。年2回の家族会や運営推進会議で意見の交換の場所を作っている。苦情に対して解決を図り報告する。		
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	月1回のミーティングを設け、意見交換の場を作っている。また普段からコミュニケーションを図り、意見を言いやすい環境作りに取り組んでいる。		
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	勤務状況の把握は代表者が定期的に業務内容のチェックをする。また、残業ができる限りないよう勤務を調整している。		
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	職員との和も大切にしながら自身も研修には積極的にかかわり職員とともに意識を高めるように努める。		
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	研修には積極的にかかわり自己の意識を高め、自身の向上に努めている。		

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
<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	レクリエーションを通して交流を深め入居者に対する関係づくりに努める。受容し共感し傾聴する。		
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	契約時に十分な聞き取りを行い、それに基づいた計画を作り、家族と更に話し合い相談できる関係づくりに努めている。		
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	本人家族よりどのような生活を望んでいるのか聞き、サービス内容の説明やその他のサービスの紹介もし対応している。		
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	利用者から食事の味付け、盛り合わせの工夫などを教わったり、お盆、お箸などを並べてもらい、皮むきなどできる方には参加してもらい暮らしの一部になっている。入浴が終われば畳に座り、乾いた洗濯ものを畳んだり家事と一緒にする機会を設けている。		
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	利用者の家族よりどのような生活をされていたのかなどを聞き、よりその生活に近づいていけるよう関係づくりを心掛けている。		
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	昔利用者たちは、花や野菜を作ることが興味だったと聞き、畑に行き水をまいたり草むしりをしたりと興味のある時間を設けている。		
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	毎日のレクリエーションは入居者全員で参加できるように声掛けしている。利用者の関係が壊れないように適度に席替えをし不満が出ないようにしている。		

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	退去時には退去サマリー、アセスメントを渡している。また思い出の写真やアルバムも渡している。入院時には職員も面会に行っている。		
<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	利用開始前に本人や家族からどのように暮らしたいかを聞き、アセスメント表などに記載し、介護計画に生かしている。入居後は本人の意向をくみ取り、買い物や自宅訪問などできる限り努めている。		
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	入居前に本人や家族にどのように暮らしていたのかを聞き、サービスプランに反映している。		
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	朝のバイタル測定で体調を確認しその日の過ごし方について個別に声をかけながら支援している。		
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	介護支援専門員や職員が担当者会議を開き本人、家族の希望や意向をもとに話し合いながら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	毎月のミーティングで変化の兆しがないかなどを話し合っているが、利用者一人ひとりの介護計画に対する評価は3か月ごとに行い記録されている。		
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	通院介助や家族の宿泊、利用者の早期退院に向けての支援など臨機応変に対応している。		

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	ボランティア、高校の実習研修などを利用し、敬老会、夏の踊り連の訪問、近隣の病院のレクリエーションの参加など本人の希望に合わせた形で参加している。また運営推進会議などで民生委員さんなど行事のお知らせがあるんでそれを参考に支援している。		
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	整形外科、歯科医など本人様希望で関係を楽しみながら医療を支援している。整形外科は2週間に1回往診され、歯科医は定期的に往診している。		
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	利用者の方の異常がある時は看護師へ報告を行い状態に合わせ適切な対応を行い、提携医にも連絡し、受診なども行っている。		
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。	利用者の方の退院に向けて主治医との連絡を取り合い情報を交換している。病院関係者、特に相談員の方と情報交換に努めて、ホームの状況や病院の情報を交換している。		
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	本人や家族の意向を踏まえ、医師と職員が連携をとり、安心して納得した最後が迎えられるよう取り組んでいる。入居後は状況に応じて本人や家族、かかりつけ医と相談し方針を決め、職員間の共有も図っている。		
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	急変時や事故発生に備え、緊急時のマニュアルを作成し、定期的に法人内研修を行い職員のスキルアップにも備えている。		
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	緊急時のマニュアルを作成し、年2回の消防訓練を行い、地域に災害時の協力を呼び掛けているが夜間を想定した実践的な訓練はまだ実施されず検討課題である。		

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>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	プライドを傷つけないように配慮し、話をするときは敬語で対応し否定的な態度をとらないようにしている。		
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	利用者の希望を聞いて、買い物や買い物代行をしている。		
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	一人一人のペースに合わせ、起床の声掛けや寝る時間など自由に支援している。		
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	外出時やその品予定に合わせ、普段着からパジャマなど更衣している。本人様の希望に合わせ洋服の着替えを支援している。		
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	苦手な食べ物は別のもので代用している。食事の配膳やお茶を入れてもらう等のお手伝いをしてもらっているが、現在重度化がすすみ準備ができる利用者が少なくなっている。		
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	一人ひとりに合わせた食事形態で食事を提供し食事量の把握や、栄養バランスは管理栄養士にメニューを見てもらい指導していただいている。水分は食事時と10時、15時に状態に合わせて出している。		
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、口腔ケアを行ってもらうように声掛け、自分でできない入居者の方には介助をしている。また歯科の往診もしている。		

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	リハビリパンツ、パットを着用することでおむつの使用を減らしている。PWCを居室に設置し、自力での排泄を促している。		
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	毎朝牛乳を飲んでいただいている。また10時にラジオ体操をし運動不足にならないようにしている。便秘の方には、日数を把握し牛乳、オリゴ糖をな飲んでいただいている。食事もなるべく食物繊維の多い食材をメニューに載せる。		
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	入浴日は基本的にきまっているが、希望によって午前、午後と個々にそった形で入浴されている。入居者の方が入浴を嫌がられる場合は、時間をずらしたり、清拭に変更するなど個別に対応している。		
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	一人一人の生活習慣に合わせて居室にて休息したり、フロアで休まれたりされている。夜間は訪室して室内の様子など確認している。		
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	夜間、服用後など確認を行っている。また、朝に引き継ぎを行い説明をしている。薬事説明書を綴り、目的や副作用などについて確認をしている。		
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	食事の支度や、洗濯、掃除、買い物、縫い物など好きな事の支援、誕生日会やお花見などで特異な詩吟や踊りの披露の支援、希望があればコーヒー、紅茶、ビールなどを提供している。		
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	本人様の希望にそって、車いすの方でも買い物や近くの公園への散歩などに出かけている。家族の協力ももらい、外出されている。		



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	自己管理のできる入居者様は金額を決めて所持している。認知症のかたは小口現金を預かっており希望に沿って買い物と一緒に行き使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	本人様からの希望があれば、自ら電話をしてもらい話されている。手紙を書く方は、本人に代わりもストに手紙を出している。		
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	利用者と共に作成した季節のカレンダーやいろいろな作品をフロアに提示している。テーブルには季節感の草花を飾り、4階には四季の野菜が植えられ、日当たりや風通しがよく、ゆったりとくつろげる空間を提供している。		
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	共用スペースには、椅子、テーブル、体をゆったりと伸ばせる広い畳コーナーがあり、家族との会談等にも利用している。利用者同士好きな場所を選び、思い思い過ごされている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室にはTV、冷蔵庫、テーブルなど自分の使い慣れたものが持ち込まれており、日当たりのいいところでは園芸などをして居心地のいい空間を提供している。		
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	ソファにて洗濯物が畳める方はお手伝いをされたり、トイレの場所もわかりやすくして、自立した生活が送れるように工夫している。		