

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	4670105222		
法人名	医療法人 春風会		
事業所名	グループホームはるかぜ西伊敷		
所在地	鹿児島県鹿児島市西伊敷4丁目45-5		
自己評価作成日	平成24年8月30日	評価結果市町村受理日	平成25年3月29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	県ホームページより
----------	---------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利法人 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1丁目16-7		
訪問調査日	平成24年10月26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)】

閑静な住宅街に位置し広い庭には、花壇や菜園があり、花や野菜を植え利用者様の活力の場とし、取れたての野菜で調理を楽しんでいます。又、気候の良い日は芝生の上で食事会やお茶飲みをするなど和やかな、ゆったりとしたホームです。
その日の天気・利用者様の思い・意向で業務の変更をおこない、外食・買い物・ドライブと出かけたり柔軟な対応で楽しく過ごせるよう支援しています。身体的に現状維持・向上するよう口腔体操・身体体操・生活リハビリに力を入れ日常身体状況の把握に努め健康面でも安心して過ごせるよう支援しています

【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)】

買い物や交通など利便性のよい場所にホームはある。利用者が「ここに来て良かった」と気軽に話しかけたり、食事の下ごしらえをする姿も見られる。家族や運営推進委員は、毎月の便りや毎日の利用者状況などでホームの現状を十分に理解し、困り事など解決に向けて共に取り組んでいる。職員は気配りができ、誠意をもって明るく対応していることや利用者それぞれの状態に合った介護をして下さるなど家族から多くの感謝の声が寄せられている。全職員が、ホーム全体の利用者状況を把握し、介護計画に添った支援や記録がしっかりとできています。ホームは、今まで大切にしてきた馴染みの関係や利用者の希望を抽出し、個別支援にも力を入れている。

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 3. 利用者の1/3くらい 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、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
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	毎朝、理念を全員で唱和して、理念を常に意識したケアに努めています。	ホームは、「あなたの想いに気づき」などの言葉を含んだ理念を職員が携帯しているネームケース入れの裏等に書いてある。朝の集いで利用者の思いを聞き、プラン実践記録に記載し、個々に応じたケアができるように取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、回覧板を回す・町内会会合に出席・地域の文化祭に出展するなど、常に地域の一員として関わっています。	ホームは、夏祭りや十五夜などの地域行事に参加したり、運動会や防災訓練などに地域住民の参加を呼びかけ、交流を図っている。交番の方が定期巡回に来るなど安心につながっている。	
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	鹿児島市など外部研修のお知らせを回覧板に回したり、町内会会合などで認知症について理解を得るために講話する・子供達の体験学習受け入れ・相談事等に対応しています。		
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	行事報告・ホームで抱えている問題など取り上げ出された提案・意見等は、ミーティング・家族会・法人等に回りサービスに活かしています。	会議では、毎月の便りで利用者や職員の行事予定などを説明している。運営推進委員は、ホームの現状を理解し、意見などを議事録に記載している。センサーライトを取り付けるなどサービス向上につなげている。	
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に取り組んでいる	鹿児島市介護相談員受け入れ・鹿児島市長寿支援課・高齢者福祉課等と連携を図りサービスに取り組んでいます。	地域包括支援センターとは、運営推進会議や利用者の紹介など協力関係を築いている。ホームは、市担当者へ認定更新時や介護業務の相談確認などをし、運営向上に取り組んでいる。	
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	身体拘束マニュアルを作成し、毎月委員会を開催しています。切迫性・非代替性・一時性など検討を図り、生命に危険が及ぶ場合は、ご家族と共に話し合い、身体拘束を絶対に行わない方針で取り組んでいます。	身体拘束委員会では、検討内容・現状を確認しながら、身体拘束をしないケアに努めている。職員の都合で行動を制限しないなど自由な暮らしを実現している。	
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	虐待対策マニュアルを作成し、毎月対策委員会を開催して、職員間で虐待について意見交換を図るなど防止に努めています。		

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
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	管理者・職員は研修等に参加して知識を高め、家族会開催時や個々に説明を行い、必要とされる方には支援しています。		
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・解約については、入居時に十分な説明・同意を得ています、途中改定など生じた場合は、文章等で説明・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	利用者様とは、朝の集い・ケア提供時等の会話から伺い、ご家族様は、家族会・訪居時・居室設置ノートより意見・要望を伺い、外部者へは、運営推進会議・支援相談員来所時などに機会を設ける等して、意見など運営に反映させています。	ホームは、毎月の便りや毎日の生活状況、受診結果表等を郵送し、詳しく報告している。年2回(5・12月)の家族会では、多数の出席もあり要望を聞ける場となっている。意見より、便りに職員の名前を記載するなど運営やケアに反映させている。	
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	朝礼・ミーティング・会食会など常に意見を述べる環境づくりに努め、反映させています。	管理者は、職員の顔色を見たり、その都度気になる職員に声をかけるなど職員との関係づくりに努めている。車のタイヤ止めにブロックを置くなど運営やケアに反映している。	
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	就業時間を工夫し働きやすい環境づくりに努め、研修参加費を公費負担とするなど職員全員が向上心を持って働けるよう支援しています。		
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	定期的に事例検討会を開催したり、公費にて外部研修への参加呼びかけをする等積極的に取り組んでいます。		
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	事例検討会開催・相互訪問など行い向上に努めています。		

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
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	入居前訪問を実施し、不安の無い馴染みの関係づくりに努めています。		
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	出来ること・出来ないことを伝え、ご家族の思い要望に耳を傾け信頼関係の構築に努めています。		
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	入居前・入居時の面談で適したサービスを利用できるよう支援しています。		
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	出来ること・出来ない事を見極め、人生の先輩として尊厳を忘れずに、共に暮らす家族として関係を構築しています。		
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	毎月、毎日の暮らしの状況・状態をお便り等で伝え、現状が解るよう努め、共に支え合える関係を構築しています。		
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	ご家族と相談して生まれ故郷へ帰る・親戚や友人へ電話をかける・馴染みの美容院へ行く等、本人の思いに添えるよう支援しています。	馴染みの人や場については、入居時や日頃の生活で気づいた事を私の支援マップシートに追記し、よろしく記載されている。自宅の仏壇に手を合わせるなど個々に応じて支援している。	
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	集える環境をつくり利用者同士思い思いに過ごせたり、談笑したり、交流が図れるよう支援しています。		

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	長期治療を要し退去となってもご家族の要望に応じ再入居出来るよう支援したり、相談事には常に応じフォローに努めています。		
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	朝の集い・日常生活の中で思い・意向を把握してご家族と連携を図り、利用者様中心で業務が実施出来るよう支援しています。	職員は、利用者との日々の関わりの中で本人の意向や思いを把握し、プラン実践記録に本人の発語や職員の対応・結果などを細かく記載している。職員は、毎朝のミーティング時やプラン実践記録を確認し、ケアにあたっている。	
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	入居時に情報提供をいただき、本人より日常会話の中から、ご家族・関わりがあった方々から訪居時に情報を提供していただき、把握に努めています。		
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、有するカ等の現状の把握に努めている	ケア提供時・送り・カンファレンス・ミーティング等で情報の共有に徹底現状把握に努めています。		
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	ご家族の思い・意向は、訪居時・電話等で伺い、ご本人の思い・意向は面談や日常の会話の中から伺ったり・推察するなどして担当職員のモニタリング・カンファレンス等で検討を図り介護計画に繋げています。	介護計画は、利用者や家族の他、受診時の主治医の意見も取り入れ作成されている。計画作成担当者は、3ヶ月毎に主に担当職員の意見を踏まえモニタリングを行っている。又、主治医の指示で、毎日の体動状況をグラフ作成している人もおり、介護計画に役立っている。	
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	ケア実践記録を残し、カンファレンス等で意見交換を行い、情報を共有して介護計画の見直しを図っています。		
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	一人ひとりの状態を常に把握して、主治医・ご家族・その他、関係者と共に、その時々々のニーズに適したケアの検討を図り、サービスの提供に努めています。		

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	地域の方々とランドゴルフを楽しむ・祭りの踊りに参加する等、本人の状況・状態に応じて、安心・安全に個々の生活が楽しく営まれるよう支援しています。		
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	かかりつけ医は、ご家族の判断としています。必要に応じて、ご家族と話し合い支援しています。	利用者や家族の希望するかかりつけ医になっている。協力病院の場合、ホームが通院支援している。又、他科受診の場合、家族支援としているが、必要に応じて、ホームが通院同行する場合もある。家族が通院支援する場合、個別カルテを渡しスムーズに診療できるようにしている。	
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	協力医療機関・訪問看護・本人と関わりのある医療機関と連携を図り、適切な医療が受けられるよう支援しています。		
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。	環境の変化で不安・混乱を生じる事を理解し頻回に面会に行く等安心のケアに努め、ソーシャルワーカー・看護師・ドクターとの面談を行い、ご家族と連携を図り支援に努めています。		
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	ご家族・主治医との連携に努め、段階に応じて要する支援に努めています。	重度化のケアについては、入居時より利用者や家族と話し合い、指針やホームでできる事・できない事を説明している。その状態に近づいている利用者については、家族や主治医の意見を踏まえ、最善のケアができるように努めている。	
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	マニュアルを作成し、安全対策委員会を開催して急変・事故発生時に備え勉強会開催・救命救急の訓練を受ける等対応できるよう取り組んでいます。		
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	町内会の方々と共に、消防立会い・自主訓練等、年6回以上の訓練を実施し危機感を持ち防災に努めています。	ホームは、年2回(5・11月)消防署の立ち合いの下、運営推進委員を含む地域住民と訓練をしている。又、年4回は自主訓練も行っている。手作りの防災頭巾や多数の備蓄品を確保し、定期的にチェックリストで期限を確認している。	

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
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	個人を熟知して、その方に適した声かけを行うよう支援しています。	職員は、認知症の研修やプライバシーにおける日々のケアの留意点についてマニュアルで確認をしている。日々の声かけやトイレ・入浴介助時などのプライバシーを損ねない接し方に努めている。	
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	朝の集い・日常生活の中で思い・意向を表すことができるよう支援しています。		
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	毎朝、意向・希望を伺い、その日提供できることは、出来る限り添えるよう努めています。		
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	行きつけの美容院・お気に入りの着衣等ご家族・本人から得た情報を下に支援しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	朝の集い時、食べたい物を尋ねたり、菜園で採れた野菜等ともに調理法を尋ねたり、調理したり、お一人おひとりの出来る事に視点をおき職員と共にしています。	献立は1週間分ずつ大まかに主菜を決め、2ユニットの担当職員でその他の献立を作成し、分担して調理をしている。15時のおやつは、毎回ホットケーキなど手作りのものを提供している。又、ラーメン店に行くなど外食支援もしている。	
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	日常身体状況表を作成し、1日1500cc以上の水分補給に努め脱水を防ぐ支援と、主治医・栄養士の指導の下、本人に適した飲食の支援をしています。		
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	疾病発症予防となる口腔ケアは、毎日重視して取り組んでいます。		

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	排泄リズムの把握に努め、カンファレンス等で情報を共有し、検討を重ね失敗の軽減に繋げています。	職員は、排泄チェック表で個々の排泄パターンを把握し、トイレへ誘導している。又、利用者の仕草を察知し、トイレへ誘導するなど気をつけている。排泄の自立に向けて、オムツからリハビリパンツへ下着形態の改善につながった利用者もいる。	
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	毎朝ヨーグルトを提供し、朝食後はトイレへ誘導して排便のリズムづくりに努め、水分補給・運動等行い取り組んでいます。		
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	曜日・時間帯の取り決めはあります。しかし、状況・状態に合わせて安全の確保が十分な時は、臨機応変に対応しています。	入浴は、利用者の希望や体調に添って、週3回の支援をしている。脱衣場のエアコンを使用したり、冬場は全利用者が保湿剤を使用し皮膚の乾燥を防ぐなど工夫をしている。	
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	昼食後の30分安静臥床を実施しています、しかし、本人の意に添った支援をしています。		
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	薬剤師による居宅療養管理指導サービスを実施しています。薬剤師と共に情報を共有し投薬について月1回薬剤師による勉強会が開催され、全利用者の服薬について把握できるよう努めています。		
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	出来る事・できない事を見極め、役割を持って過ごしてもらう支援と、嗜好・楽しみ事を伺い、意に添った支援に努めています。		
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	朝の集い時、その日の過ごし方・思い等伺い、発せられた言葉から推察したりして、ご家族と相談を行い支援しています。	天気に合わせて、全利用者がホーム周辺を散歩するなど外気に触れる支援をしている。本人の希望に応じて、映画館や寿司店に行くなど個別支援を毎年5～6月に予定し、思いを叶えている。	

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
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	お一人おひとりの力量に合わせ、ご家族と相談の上、所持されたり本人の希望に添えるよう支援し、買い物同行等行っています。		
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	自ら電話をかけたり、葉書を購入したり自由に支援しています。		
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	臭い・不快感には十分に配慮して、居心地良く過ごせるよう支援しています。	ホール内は、アロマの優しい香りに包まれている。ホームは動線を広く確保し、物を置かないなど利用者が安全に動きやすい工夫をしている。	
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	ソファでくつろいだり、思い思いに過ごせるよう支援しています。		
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	入居時に、本人の居室と解るよう馴染みの物を入れていただくようお願いし、居室づくりは本人とご家族でされています。ホーム側は、危険を回避する支援をおこなっています。	仏壇やタンス、化粧台等馴染みの物が持ち込まれている。ホームは、利用者の身体状況等を考慮し、ベッドの配置を考えている。各居室に湿温計を置き、健康管理に役立っている。	
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	目に訴える・手の感触などで自立支援に繋がっています。		

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。]

No.	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	日勤者は毎日、朝礼時に全員で、理念の唱和を行い常に理念を実践するケアの提供に努めています。		
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	町内会へ加入し、地域での行事・催し物等へ積極的に参加しています。		
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	運営推進会議・町内会総会などで、相談事等あったら気軽に立ち寄って欲しいと呼びかけているが、最近では来訪する方が減っている、しかし、子供達の体験学習の場としては実施できている。		
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	ホームでの取り組み・問題点など報告を行い、意見・情報提供・アドバイスなどを頂き、ミーティング等で話し合いサービス提供に繋がっています。		
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、協力関係を築くよう取り組んでいる	介護相談員を受け入れ、介護保険課・高齢者福祉課等協力関係を築いています。		
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	身体拘束マニュアルを作成し、身体拘束は絶対に行なわない方針で取り組み、毎月、身体拘束委員会を開催して、全利用者について検討を図っている、リスクの高い利用者様については、ご家族と相談しています。		
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	虐待についての研修会などへは積極的に参加し虐待委員会を毎月開催して、全職員間で話し合い防止に努めています。		

項目	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に支援している	管理者は、後見人制度への研修会に参加し、必要と思われる利用者様には支援しています。		
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	契約書・重要事項説明書にて説明を行い、疑問点など理解が得られるよう努めています。		
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	利用者様は、毎朝の集い・ケア提供時などで、ご家族様は、来所時・運営推進会議・家族会開催などで随時・意見・要望を承り反映させています。		
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	ミーティング時・常時意見・提案を言えるように促し、出された意見等は、ミーティングなどで検討して反映させています。		
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	職員から管理者へ相談し、管理者から代表者へ相談を行い向上心を持って働けるように努めています。		
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	随時、案内を専用ファイルに閉じて、いつでも閲覧できる箇所であり希望に応じて公費で参加できるよう取り組んでいます。		
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	レクリエーション講師として招き入れ指導を受けるなど情報交換を行い、又、利用者様と共に訪問し、おはら祭り・お茶会などで交流を図っています。		

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
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	入居前に訪問し面談を行い関係づくりに努めています。		
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	電話や来所時・又は入居前訪問で十分に思い・意向を伺いホームで出来ること・出来ない事の説明を行い要望に応じています。		
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	状況・状態を見極め必要と思われるサービスを提示して意向を伺い支援しています。		
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	できる事に視点をおき、役割・生きがいのある生活が、営まれるよう支援しています。		
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	毎月、心身の状態・受診結果等お知らせして、常に利用者様の現状がわかるように支援し、共に支える関係づくりに努めています。		
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	個人情報もある為、ご家族の許可の下支援しています。		
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が同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士いたわり、食事介助を手伝ったり、家事仕事に取り組まれたり、個々の出来る事を見出し、支え合えられるように努めています。		

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	入院・退居されても電話や来所されたりして、経過報告を受けたり相談に応じたりしています。		
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	ケアの中で思い・意向を伺い、検討・推測し、思いに近づけるよう支援に努めています。		
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	ご本人・ご家族・関係者から情報を得て把握に努めています。		
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	カンファレンスで情報を共有し、現状の状況・状態把握に努めています。		
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	毎月、カンファレンスで担当者を中心に全職員でモニタリング・問題点等を話し合い、本人またはご家族の面会時に意向を伺い、計画を作成しています。		
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	発した言葉・気づき・思いなど記録に残し、情報を共有し、ケアプラン作成に努めています。		
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	ご本人・ご家族の意向を伺い柔軟な支援に努めています。		

目 次	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	ご家族と共に可能な限り支援できるよう努めています。		
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	ご本人・ご家族の意向を尊重し支援しています。		
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	日常の健康管理に努め、本院・協力病院の看護師よりアドバイスを得ながら支援しています。		
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。	環境の変化により不安・混乱が生じる事を理解し、面会に行くよう心がけソーシャルワーカー・主治医との面談を行い、ご家族と共に話し合い、早期に退院できるよう支援しています。		
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	必要に応じてご家族の意向を伺い支援に取り組んでいます。		
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・事故発生時の対応マニュアルを作成し把握に努め、年に1回救急隊を招き心肺蘇生法の講習を受けたり、自主的に訓練を行なっているが全職員が実践できる程には至っていない。		
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	防災訓練を2ヶ月に1回実施し災害についての危機意識を高め地域にも協力を求めています。		

目次	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	その方にあつた声かけ・ケアを提供しプライバシーを損なわないよう配慮しています。		
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	発する言葉から思いを推測し、自己決定を尊重したケアに努めています。		
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	朝の集い・ケアの中で思いを伺えるよう支援に努めています。		
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	2ヶ月に1回ボランティアの美容師さんが訪居し本人の意向を伺いながらカットするなど支援しています。		
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	調理・盛り付け・味見・食器洗いを共に行なっています。		
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	1日1500cc以上の水分補給を目指し主、治医の指示の下、ご本人の状態に合わせた支援をしています。		
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	毎食後口腔ケアを行い、出来ない箇所を手伝い、自立支援を促しています。		

目次	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	出来るだけパット使用を避け、時間誘導を行う等、排泄パターンを把握し支援に努めています。		
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	1日1500cc以上の水分補給と毎朝ヨーグルトを提供して、適度な運動で自然に排泄出来るよう努めています。		
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	曜日は決められているが、意向を考慮し臨機応変に対応している、夜間帯は職員が一人のため、安全を確保できないので、入浴が出来ない事を説明しています。		
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	ホールのソファで休息をとられるなど、その時の状況に合わせて支援に努めています。		
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	薬剤師による居宅療養管理指導サービスを実施服薬に関しては、全て薬剤師の指導の下に行っています。		
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	日課の洗濯物たたみ・掃除などで張り合いを持たれる方・役割を持ち生き生きとした表情を見せる方など様々であり、その方にあつた支援に努めています。		
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	「買い物へ行きたい」「お墓参りに行きたい」の要望に応えられるように、ご家族との連携を図り支援に努めています。		

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
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	紛失してもよい額で所持したり、買い物等は職員と共に実施しています。		
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	自由にできるよう支援しているが、認知症の進行に伴いできなくなってきました。		
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	利用者様と一緒に花壇から季節の花を摘み一緒に生ける等の支援を行い、居心地の良い空間作りに努めています。		
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	談話スペース・ソファなどを利用され思い思いに過ごされています。		
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	馴染みの家具を持ってきて頂き、居心地の良い空間と安全の配慮に努めています。		
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を送れるように工夫している	居室出入り口に表札を掲げ廊下には手すりを設置し自立した生活を送れるよう努めています。		