

# 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	3370202099		
法人名	有限会社 ソルテック		
事業所名	グループホーム朋寿		
所在地	岡山県倉敷市玉島柏島1666-1		
自己評価作成日	平成26年12月10日	評価結果市町村受理日	

## 【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>入居者様に安心、穏やかな生活を提供するには何と言っても職員の声かけ、対応によって大きく変わってくるとおもわれる。職員には心身ともにリフレッシュ現場で自分のできる限りの力が出せるよう十分な休暇をとってもらっている。現場ではタブレットを導入し、記録管理の充実も図っている。またH25年度より24時間訪問看護、訪問診療のサービスとなることによって、重度介護者が増えていくなか医療面でも、よりスピーディに安心した介護が提供できるようになった。</p>
--

※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.kaijokensaku.jp/33/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JirgvoCd=3370202099-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/33/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JirgvoCd=3370202099-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ハートバード		
所在地	岡山県倉敷市阿知1-7-2-612-2		
訪問調査日	平成27年1月17日		

## 【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>代表者の思いや理念を共有し、質の高いサービスを実践しようとしている。「地域に奉仕」というスローガンのもと、町内会への参加し、行事や地域活動を積極的にに行い、良好な関係づくりに努めている。長年の課題であった、職員の離職についても、業務改善など職員からの意見を事業所全体の課題として会議などで検討し、定着が進んできた。タブレット端末の導入により、記録に要していた時間を大幅に短縮でき、今まで以上に利用者に関わる時間を生み出すと共に、職員の業務負担の軽減もなされた。訪問看護ステーションとの連携をとりながら、医療面での安心感を利用者や家族に与え、重度化や終末期への対応についても検討している。</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ます (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、活き活きと働いている (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させている (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	毎朝の申し送り時、唱和しているが実践につなげられていない。	職員間で理念を共有しようと、唱和したり、研修時に理念の意義について学んでいる。どの職員も理念に基づいた介護をしようと努めている。ここ1、2年で、事業所として地元の行事に参加できるようになり、少しずつ地域との距離を縮めつつある。	管理者・職員が代表者とともに理念の共有の実践につながるように、今後のさらなる取り組みに期待したい。
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	地域に行事案内や朋寿だよりを配布している。秋まつりなど大きい行事には交流をもっている。	昨年からの地域の老人会に入り、交流できるようになった。毎週金曜日に開催されている高齢者サロン「つどい」に参加する利用者がいる。近所の人とゴーヤや綿の実を分けてくれ、それを利用者と一緒に育てた。	
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	活かしていない。		
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、その意見をもとにサービス向上に活かしている	地域・家族に案内を配布し、利用者状況を報告し意見を聞いている。	運営推進会議の開催により、地域の人々が事業所の行事に参加するようになり、つながりが深まっている。参加者からの提案で、会議時に防災計画を見直し、新たな計画ができあがった。	
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	推進会議にて協力関係を築けるよう取り組んでいるが、なかなか関係を築けていない。	市と地域包括支援センターへは、事業所便りを届けている。生活保護を受給する利用者が多く、市の担当者や民生委員などに相談したり、適宜連携を図っている。センター主催の「体操教室」に行く等、センターとの関係づくりも進めている。	
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	玄関のカギはしめている。	虐待防止・身体拘束委員会を設け、独自のともわかりやすいマニュアルを作成し、研修を行っている。虐待や身体拘束に対する職員の「お悩みボックス」を設けて、相談できるようにしている。鍵をかけない介護を目指していたが、市の指導もあって、玄関は施錠している。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	職員にアンケートをとり、虐待拘束の研修をしている。		

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
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	できていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	十分な説明を行い理解納得は図っているが、スタッフは内容について把握していない。		
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	年1回家族会をしているが参加者は少ない。面会時には話をするようにしている。	意見箱よりも面会簿のメッセージ欄に意見が書かれることがある。「セーターが縮んだ」との苦情には謝罪をし、以降は気をつけている。家族が来訪時に意見を言ってもらえるよう、職員が声をかけている。年に1度の家族会には7～8名が参加するが、特に要望は出ない。	
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回職員会議で職員の意見を聞いている。	利用者を担当する職員を決め、会議では担当者の発言を必須とし、意見や提案を出しやすくしている。虐待・拘束の「お悩みBOX」に入った意見を、会議で話し合い、改善につなげている。3月には次年度の研修や行事の計画を全職員で立てる。	
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	職員の力量、ユニットの希望など聞いている。		
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	職員のスキルに合った研修をしている。		
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	職員はできていない。		

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>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	本人からはなかなか聞けないため、入居時に家族に要望を聞いている。		
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	利用者に変ったことがあると報告し、要望に耳を傾けている。		
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	介護タクシー、訪問歯科は必要に応じて利用している。		
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	今どこまでできるのかを把握し、出来ることへの支援をしている。		
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	面会時には家族の話に耳を傾け、家族との絆を大切にしている。		
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	家族との外出、自宅外泊の支援をしている。	利用者を近所の店まで送迎することで、そこで待ち合わせた家族と一緒に買い物が楽しめる。歩行困難な利用者には職員が車椅子を押して一緒に近所を散歩し、馴染みの人々と会える機会を持ち続けられるようにしている。	
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	できていない。		

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
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	退居後も困ったことがあれば、家族又は新しい施設の相談にのっています。		
<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	部屋の中では自分の思いで動いて頂けるよう検討している。	利用者が「自分」でできることを、職員は何か見つけようと、常に様子を観察したり、家族から聞き取りをしている。「一度家に帰りたい」という利用者の家族に、管理者が何度もはたらきかけて、1年後に実現した。	
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	家族に話を聞き把握に努めている。		
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	毎日のバイタル測定・食事量の把握。		
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回カンファレンスをしている。	訪問看護ステーションの看護師もカンファレンスに参加し、利用者の情報共有や意見交換を行い、介護職・医療職の連携が密になっている。	
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	なかなか気づくことができず、気づいても記録にきちんと記入出来ていないことがある。		
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	状態が変わった時はスタッフ同志で話し合いをしている。		

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			
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	異常があれば状態を報告し、適切な医療を受けられるようにしている。	かかりつけ医や協力医などとの連携を強化し、24時間の医療連携を昨年からとっており、本人や家族の安心感につなげている。	
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	かかりつけ医の訪問看護師に、週1回状態報告を行い指示を受けている。		
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。	入院中は定期的に面会に行き状態を把握し、早期退院できるようつとめている。		
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	早めに家族、主治医と話し合い、チームで支援できるように取り組んでいる。	看取りに関する指針をホームで作成し、今後予想されるケースについても、研修の機会などで話し合い、チームで取り組めるように検討をしている。	
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	研修はしているが、実践にはなかなかつながらっていない。		
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	年2回、避難訓練をしている。地域の協力体制は築けていない。	火災発生に備えた消火活動・避難誘導訓練の他、ホームの立地する地域における「がけ崩れ」についても対策を講じている。自治防災組織はないが、緊急時の連絡網により近隣の協力も得られる体制がある。	

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	場合によってはきつい口調で声かけをする時がある。「トイレ」を大きな声で言わないよう気をつけているが、言っていることもある。	職員によって適切な言葉かけができていない時もあり、「言葉遣い」に関して随時カンファレンスなどで注意喚起を促している。	○JTやカンファレンスでの取り組みや実践による成果を期待したい。
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	飲み物を何がいいか選んでもらっている。		
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	職員の都合で動いていることが多い。		
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	できていない。		
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	できていない。	食事時間をゆったりと確保したり、本人の要望に応じて居室でも食事を取れるようにしている。好みに応じてパンを焼く、焼かないなど対応している。	
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	1人ひとりに合った食事形態の工夫・食べられない時は、本人に聞き好きな物を提供している。		
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	うがいのできない方はハミングットを使い、1人ひとりに合った口腔ケアを支援している。		

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	訴えられない方は定期的にパットを交換している。訴えられる方も間に合わないことが多いため離座時、部屋に変える前に声かけ誘導している。	利用者各人の排泄パターンを記録し、ケアカンファレンスで利用者本位の排泄ができるように検討し、実施している。また、利用者が恥ずかしがらないように配慮した言葉がけ等を工夫している。	
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	ほとんどの方が下剤服用にての排便になっている。		
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ず、個々にそった支援をしている	できていない。	保湿剤や入浴剤を使用して、皮膚の乾燥を防いでいる。一人ひとりの好みの時間などを最大限配慮して入浴を行っている。	
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	リビングでは居眠りしても部屋だと落ち着かれない方はソファで休息している。		
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	利用者が服用している薬すべてを把握しているスタッフは居ない。		
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	できていない。		
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	気候のいい日は散歩に行っている。家族の協力のもと自宅外出している。	食材の買い出し等、近所のスーパーへ必要に応じて買い物に出かけている。利用者から日用品の希望があれば、随時職員が本人と一緒に車で出かけている。町内会の清掃活動にも利用者や職員が参加している。	

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
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	できていない。		
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	できていない。		
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	廊下には物を置かないようにし、利用者が自由に動けるようにしている。中央フロアにはソファを置き、いつでもくつろいでテレビを観れるようにしている。	1階はユニット間にウッドデッキや共用リビングがある。マッサージチェアで寛いだり、テーブルを囲って利用者同士が会話を楽しんでいる。ウッドデッキはサンルームのように自然な採光を取り入れている。	
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	食事の席は話のできる方を近くにしている。		
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	家で使っていた家具や布団を使用している。テレビが好きな方は部屋にテレビを置いている。	利用者が自宅で使っていた筆筒や寝具などを居室に持ち込んでいる。装飾を利用者の好みに合わせて、居室ごとに変化があり、本人が自分の部屋だとわかりやすくする工夫もされている。	
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	車イスが自操できるよう、廊下・リビングは環境整理している。		

# 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	新人教育や毎朝の申し送りで唱和しているが本当に理解し実践につなげている職員は少ない。		
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	散歩時の挨拶や地域の体操教室へ参加している。		
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	推進会議などで入居者様の様子や認知症介護での悩みなど意見、協力をもとめている。		
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	推進会議では地域の方、他施設の方などの意見を聞き取り入れている。		
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	推進会議に参加していただき意見をいただいている。		
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	グループ内で身体拘束廃止委員会を立ち上げ取り組んでいる。		
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	お悩みBOXでアンケートをとり、今悩んでいる事を事例にして研修につなげている。		

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	できていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時には重要事項説明書をもとに説明、理解していただいている。		
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	面会簿に意見記入欄を設けている。必要があるときにはホーム長等に報告している。		
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	月1回職員会議を行っており、職員からでた意見を責任者会議につなげている。		
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	キャリアパスを取り入れており、個々にあった研修を行っている。		
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	グループ内で担当を決めて研修を行っている。施設外の研修はタイムカード横に掲示している。		
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	管理者は他、事業所の推進会議、文化会に参加しているが職員はなかなか機会がない。		

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>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	認知症の方なので自分の意見をはっきり伝えられる方ばかりではないが話や生活歴などから話し合い対応している。		
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	面会時など、家族と話をする時間をとり意見を聞いている。		
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、家族と相談の上、介護タクシー、訪問歯科なども取り入れている。		
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	日常生活の中でその人のできることを見極め職員と一緒にして頂き、きちんと感謝の言葉を伝えている。		
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	ケアをしていく上で家族の協力は大切である。家族の意見も取り入れケアにつなげている。		
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	自宅への外出など支援している。		
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	2回/日レクリエーションの時間をもうけ交流する時間をもうけている。		

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
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	退去時に必要に応じてご相談くださいと伝えている。		
<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	一人ひとりと話をする時間を作っている。集団生活ではあるが希望にそえるよう職員で検討している。		
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	入居時には馴染みのある家具等を持参していただき、生活環境が今までとあまり変わらないようつとめている。		
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	既往歴、現病などを把握し本人のできることをみつけている。		
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	家族、各専門医など、多種の意見を取り入れた、ケアカンファレンスを行い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	業務日誌、個人記録の申し送りのチェックなど、業務前には必ず目を通すようにしている。		
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	定期的介護計画の見直しを行い、必要な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	近所のスーパーへ買い物や図書館など本人の希望を聞き利用している。		
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し、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、家族の希望を大切にし、各専門医を受診していただいている。		
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	週1回訪問看護師が来訪している。状態報告など異常があればすぐ電話報告している。		
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。	入院時にはサマリーを提供し、入居者様の日頃の状態を伝え、入院中も定期的に面会に行き、早期退院に向けて情報交換を行っている。		
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	看取りの方針を納得いくまで主治医、家族、職員と話し合いをし、同じ方向性の上、支援をしている。		
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	消防署の救命救急講習や施設内研修を行い、緊急時に備えている。		
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	年2回、避難訓練を行っている。地震等の災害時の防災計画もできているが訓練等の協力はできていない。		

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>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	馴染みの関係を勘違いし、言葉遣いに尊厳を感じない。日々、声かけの指導につとめている。		
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	飲み物や外出など、その方に合わせたレベルではあるが機会をつくっている。		
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	リビングだけでなく居室でのテレビ視聴など希望を聞きながら対応している。		
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	2か月に1回、訪問散髪を利用。毎日お化粧をされる女性の入居者様もおられます。		
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	一緒に盛り付けを行ったり、テーブル拭き、食器洗い等できることはしていただいている。		
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	嚥下状態や疾患に合わせ食事を提供している。		
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	毎食前、緑茶でのうがい、毎食後には歯磨きを行っている。必要な方には舌ブラシも行っている。		

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	個々の排泄パターンを把握し、その方に合わせて定期的にトイレの声かけ、介助を行なっている。		
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	起床時の牛乳飲用や、ヨーグルト摂取、適度な水分摂取等していただいているがほぼ全員が下剤を使用しないと排便がみられない。		
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ず、個々にそった支援をしている	おおまかな曜日、時間など職員が決めているが本人の体調や都合、希望にあわせて個々に対応している。		
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	居室で休まれる方、ソファで休まれる方などその方に合った環境で休息して頂いている。		
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	個人ファイルに薬情をいれている。薬が変わったときは申し送りし伝えているが全職員の理解はできていない。		
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	介護計画の中に取り入れ、個々で楽しみを持った生活が送れるよう支援している。		
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	近所への散歩は天気の良い日は毎日、行っている。自宅外泊、外出など家族の協力を得て実施している。花見、紅葉狩りなど季節を感じて頂けるような外出も支援している。		

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
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	普段の金銭管理は職員がしているが、買い物や外食などの時、ご自分で出来る方にはお渡しし、支払いをして頂いている。		
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	希望があれば電話をし話をして頂いている。自分で携帯電話を持ち、連絡を取られている方もいる。月1回の家族へのメッセージも本人が希望あれば直接書いて頂いている。		
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	トイレ、廊下、必要な方には自室にも手すりを取り付けている。リビングには職員、入居者様と作成した壁画を飾っている。		
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	ソファーに座り話をされたり、エントランスで外を眺めたり、丸テーブルでお茶飲みながら談笑されたりしている。		
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	ベッドの馴染みのない方は畳などで対応している。自室にテレビや座椅子などを置かれ、その人にあった居室づくりをしている。		
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	居室入口には表札がついている。トイレなどはわかりやすいよう看板をつけている。廊下を往復するなどのサインがあれば声かけするようにしている。		

# 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	新人教育や毎朝の申し送りで唱和しているが本当に理解し実践につなげている職員は少ない。		
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	地域の行事、事業所の行事への協力、参加ができてきている。また、防災においても計画作成の段階で参加、協力を得ることができた。		
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	認知症の人への理解は推進会議などの報告と実際にホームの行事などに参加していただくことができています。		
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	地域、家族、地域包括、介護保険課の方々に参加していただき、報告や話し合いを行い、そこでの意見を実施したときは次回の推進会議で報告している。		
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に取り組んでいる	市町村関係者の方は毎回、推進会議に参加していただき意見をいただいている。また、介護保険上わからないことは常に相談している。本年度更新申請の時も多数の良い意見をいただき防災計画などに取り入れた。		
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	身体拘束防止委員会でマニュアルの見直しをし全職員がよりわかりやすいものを作成し、全職員が携帯している。		
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、身体拘束防止委員会における研修会を年2回行っている。また、お悩みボックスを設置し、虐待、拘束における悩み、質問等を投函してもらい、会議で検討、解決していった。		

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
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	できていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約に関しては管理者が行っており、現場職員は「重要事項説明書」「契約書」の内容は理解できていないのが現状である。		
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	面会簿に「ご家族意見欄」や「苦情処理体制」を設けている。ご利用者、ご家族の意見は対応、対策を職員や、必要ある時は上層部までもっていき協議し運営に反映させている。		
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	1回／月、職員会議では全職員の意見を聞く→責任者会議(役員会議)にもっていく。→職員会議で説明し理解の上、取り組んでいく。		
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	管理者は全職員との会議、個人との面談を行い、個々のやりがい、悩み等を聞き必要ある時は代表者に伝え環境整備等に取り組んでいる。		
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	キャリアパスを導入し、個々にあった研修や資格を支援している。H26年度介護福祉士が職員のほぼ50%に達した。		
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	管理者は他、事業所の推進会議、文化会に参加しているが職員はなかなか機会がない。		

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>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	入居時に家族やご本人から不安、要望を聞くが認知症の進行により入居してからの不安、要望は変わってくる。その時その時で検討し、対応している。		
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	ご家族は本当に困っていることはなかなか言われない。そのご家族の悩み、不安を見出すことから始める関係に努めている。		
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	入居時の事前面接にて家族の意向を聞き、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	出来ることへの支援、出来ることのやりがい、誰かの為に何かできる。「ありがとう」の言葉を大切に支援している。		
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	どのような家族も本当は自宅で共に過ごしたいと思っている。その家族がして差し上げたかった事に耳を傾けながら、家族との絆を大切にしている。		
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	馴染みの人、場所といってもほとんど家族である。家族との外出、自宅外泊の支援はしている。		
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	重度の介護度、認知症の方が多いため利用者同士が支え合い、関わり合うのは難しいが今、できることの支援(家事、楽器演奏等)で役割を持つことで利用者同士の支えになっている。		

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
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	退去時に必要に応じてご相談くださいと伝えている。		
<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	入居時に、思いや希望を聞くも本人からの訴えは少ない。また、家族も同居している方はわかるが離れて暮らしている方は現在の暮らしをあまり把握できていないことが多い。まず、今の生活があまり変わらない環境を検討している。		
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	環境があまりかわらないよう、今の生活で使用している家具、衣類、布団等を使用していただき、居心地のいい場所をつくっている。畳を好まれる方もみられ畳部屋も多くなってきている。		
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	現病、既往歴、服薬を把握し、心身状態にあった出来ることを検討する。		
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	チームカンファ、ケアプランカンファには家族、各専門職の意見を取り入れ反映している。また、現状に即して都度、モニタリング、アセスメントを行い、計画を作成していく。		
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	H26年4月より「ワイズマンシステムSP」導入し、タブレットでの記録を開始した。ユニットすべての記録を共有し見直している。		
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	問題、ニーズは度々変わる方もいれば、あまり変わらない方もいるがサービスの見直しは定期的に行っている。		

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	地域の喫茶店、うどん屋、美容院、紅葉、神社の参拝等、一人ひとりが求める場所へ出かけ暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
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	H25年よりかかりつけ医の訪問看護と24時間医療連携を結び、素早い医師、看護師、介護との連携がとれ、早期対応が来ている。家族には同意をもらっている。		
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	かかりつけ医の訪問看護師への状態報告を常に行い指示を受けている。		
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。	入院時の情報提供の場から早期退院できるよう家族とのインフォードコンセプトに参加している。また、入院中も定期的に面会に行き体力回復に向けて情報交換を行っている。		
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	看取り指針を作成、医師、看護師、介護士で事業所でできることへの十分な説明を行い、方針を同じに持ち署名、捺印をしていただき支援に取り組んでいる。		
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	事故発生時に備えて医療連携マニュアルを作成し、マニュアルにそった研修を行うとともに緊急連絡、初期対応等は各ユニットに提示している。		
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	H26年度、事業所の立地条件を考え防災計画(火災、地震、土砂災害)を作成しました。また、計画書を作成する段階で地域の方に参加していただき、意見を聞くとともに協力体制をお願いした。		

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	慣れと進歩は違う。職員であること、入居者様、であることを忘れた(認識していない)声かけが実状である。		
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	飲茶の好み、フロアでの過ごし方(テレビ視聴、レクリエーション参加等)、家事参加等、自己決定できるように働きかけている。		
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	認知症進行、身体的ADL低下が著しくみられほとんどの入居者様に重度の介護を要するため、一人ひとりのペースにそった支援は難しい。		
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	訪問理髪サービスの利用、四季にあった洋服の支援(好みを家族に聞く)。		
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	季節にあったメニュー、麺類、どんぶり物などの工夫、また花見、敬老、誕生日などの特別メニューを考えている。準備、片づけのできる方は少なくなっているが、個人のセッティングはしていた。		
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	普通食、軟菜、キザミ、ミキサー食等形態の工夫、水分は好みの飲み物を提供、また状態に応じた活動を考え体を動かすことで美味しく摂取できるよう散歩、レクリエーションの工夫をしている。また、食事の前には嚥下体操、マッサージを行っている。		
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	食事摂取量の把握をし低下見られる時は口腔内トラブルを考え訪問歯科受診をしている。毎食後は洗面所まで誘導し、個々にあったケアを行っている。嗽困難な方はハミングッド使用し残差物が無いようにし、お茶等を摂取して頂いている。		

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	訴え無い方はパターン、サインを把握し定期的な誘導を行なっている。また、行動などがゆっくりの為、失禁される方には早めの声かけを行なっている。		
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	十分な水分量(1300cc以上/日)バランスのとれた食事、ご本人ができる運動等に取り組んではいるがほとんどの方が緩下剤を服用している。		
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	午前中に入られない方は午後、当日に入浴されない方は翌日にし、意思を尊重している。		
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	リビングで過ごされる方、中央ソファで過ごされる方等おられるが居眠り等されている時は自室にて体を十分のばしてリラックスできるよう支援している。また、自室で一人になり不安な方はリビングにてリクライニングで休んでいただいている。		
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	服薬処方の都度、薬情は個人記録に必ずとじている。急な疾患による臨時薬は毎日、申し送り状態で報告をし、症状の変化に気をつけている。		
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	介護計画には生活歴を参照に必ず本人にあったアクティビティを取り入れている(家事、趣味、職歴等)		
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	地域周辺の散歩は日課としている。他、希望や状態(ストレス等による不穏行動)うい考慮して、外食、買い物、四季に応じた花見、もみじ狩り、近隣のイベントにでかけている。また、自宅外出、外泊ができるよう家族と協力している。		

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
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	買い物に同行したときなどは個人に払ってもらっている。また、自室にお賽銭箱を置き毎月お参りしている方もいる。		
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	家族の声が聞きたいといわれる方は電話の支援をしている。手紙は書かれている方が少ないのであまりできていないが四季の便りは、はがきをだしている。		
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	玄関には椅子を置き足元の不安定な方も危険のないよう、靴の履き替えができるようになっている。廊下は物品を置かず、車いすの自操、手すりを持つての歩行が危険のないようにしている。リビングはなるべくみなさんの顔がみれるように机を配置、壁に四季の貼り絵、カレンダーを貼っている。		
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	中央フロアーに大型テレビを設置し、歌、ドラマなど一人でゆっくりみえていただいている。また、絨毯をひきつめゆったりとくつろげる空間になっている。		
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	テレビを横になりゆったり視聴したい方は自室に設置、他、家族の写真やおしゃれを楽しまれる方は小さなテーブルに鏡とくしを置き、ドレッサー替わりにされている。		
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	各、場所の名前(トイレ、浴室、自室等)を書いている。また、フロアーには必ず、一人職員が居り、居場所等を探している様子が見えたときはそっと声かけするようにしている。		