

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25年7月25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	http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/JigyosyoBasicPub.do
----------	---

【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25年8月14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)】

「たのしく一緒に その人らしく」の理念のもとで、1人ひとりに合った支援を行っています。職員間の仲が良く、事業所全体の雰囲気にもつながっています。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いただいています。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)】

「その人らしく」生活が送れるよう、その方ができることであり、したいことを担ってもらうことを大切に考えており、時間がかかってもやり直すことになっても、入居者自身にってもらうように支援している。また、どのような行動や言動であっても、その人として受け止めている。そうした考えはすべてのケアにつながっており、身体拘束が必要であっても、その人の行動を受け止め、しないためにどうしたらよいかを考え支援している。また、職員で行う定例会では、さまざまな意見が出され、夜勤体制に伴う業務内容や時間などが話し合わせ運営に反映されている。また、事業所は、職員に力に応じた研修の受講・資格取得を奨励し、手当てや費用負担を行っている。そうしたなか、研修や経験を重ねながら、法人施設との連携の基に看取り支援を行っている。

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、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、その時々々の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
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	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。	設立時の理念を、約3年前に職員で話し合いわかりやすい理念に改めている。毎朝、理念実践のための理念を含めた6種類の「つどいの心得」を唱和し、その心得を基に振り返りながら、日々の支援に取り組めるようにしている。入職時には、管理者が理念について説明している。	
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。	日常の挨拶をはじめ、地域の運動会や祭り・農協祭りに出かけており、地道ではあるが、出かけた際には「グループホーム」の説明を行い少しでも理解していただくように努めている。近所の方が出入りするなど日常的な交流にはまだ至っていないが、声をかけたり、民生委員見学を受け入れたりしている。	
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、意見を活かしている。取り組み状況を会議で報告し、意見をいただいている。	運営推進会議は、利用者・家族も参加し2ヶ月に1回行われている。「つどい新聞」でも、家族の参加を呼びかけている。ホームからの報告が中心であり、双方向的な会議には至っていないが、年に1回は外部講師(消防署・警察等)を招き開催するなど、サービス向上に向けた会議開催を行っている。	
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	主に管理者となるが、市のGH等協議会への参加をしている。報告や相談がある場合には連絡をとっている。運営推進会議に出席していただいている。	運営推進会議でのアドバイスの他、今年度から市が行う地域密着型サービス事業所の協議会に参加をし、事例を基に検討を行うなど市とともにサービス向上に取り組んでいる。あわせて、来月から包括支援センターが行う講習会においても、市民に認知症について理解してもらうためにグループホーム事業所が協力する予定である。	
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。	理念にある「その人らしさ」を基本に、何をしてもその人らしさと捉えており、言動も含めて行動を抑制するようなことをしないようにしている。常にしないためにはどうしたらよいか可能性を探りながら、「しないためのケア」を検討している。玄関には、鍵をかけていない。	
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。	面会時の報告他、些細なことでも電話連絡するようにして、意見を聞きだすようにしている。あわせて、月1回の「つどい新聞」と個別のお便りでは、できるだけ現在の状況を正確に伝えることを心がけている。外部相談窓口は、契約時に説明し、あわせて「つどい新聞」でも年1回お知らせしている。	
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	適切でスムーズな運営ができるよう、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、話し合いをしている。	月1回の定例会は、職員の意見を基に、夜勤体制変更に伴う業務内容・時間など、さまざまなことが話し合われている。職員は、レベルアップのために順番で外出行事の企画を担っている。また、レベルにあわせて研修に参加でき、資格取得の際には手当の支給や費用負担が行われている。	
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	各種業務の担当を持ち、責任ある仕事を向上心を持って行えるよう配慮されている。		
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	職員の力量やぶつかっている課題等に合わせ、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
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	入居前に本人と面話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、ケースに合わせたサービスが利用できるよう案内している。		
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」の気持ちを忘れずに、出来ることを見つけて一緒に行っている。「ありがとう」の言葉を必ず伝えている。		
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	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、屋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。	以前には、一人暮らしをしていた方の自宅に職員3人で一緒に訪問し掃除をする・夫の入所施設に訪問するなど支援していた。現在は、入居者の思いを把握するなか家族へ働きかけており、家族の意向に配慮した対応を行っている。なかには、お墓参りに行ったり、外食をしたりしている方もいる。	
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	目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。		
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	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。	理念にある「いっしょに」を実践するため、入居者に役割を担ってもらえるように、その方のできる事だけでなくしたいことも含めて検討している。日々の非言語も含めたコミュニケーションを中心に把握に努め、家族と確認しながら試みを行っている。	
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、日誌や台帳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。	入居者の担当職員が中心になり、ケアマネジャーが指導しながら、職員検討のもとで介護計画書を作成している。記録は、常に目標をもとに支援できるよう目標がわかるようになっており、日常の様子と目標に対しての記録を分けて記載して、職員が目標に向けた同じ支援ができるようにしている。	
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づきや生活の様子、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	必要に応じて医師や理学療法士の指導を受けたり、看護師や栄養士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。	契約時に、かかりつけ医の希望を聞き、多くの方が法人の併設の診療所を受診している。これまでのかかりつけ医を受診する場合には、家族に同居者の状態を把握してもらうため立会いを求め、職員が付き添いを行っている。受診後は、緊急時に対応できるよう受診結果を法人診療所に報告するようにしている。	
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	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	入居時に看取りまで行っていることを説明。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。	契約時に、看取りの体制や加算を説明している。積極的に医療行為をしても改善が見込めない場合、医師・家族で選択肢をあげて今後の方針について話し合い、できること・できないことの説明を行っている。職員は、看取り経験を重ねながら、緩和ケアの研修会に参加するなか取り組んでおり、ここ2年～3年で6名の取り組んでいる。	
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	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。	年2回の避難訓練の他、月1回自主訓練を行い、昼夜の火災に備えて、慌てずに初期対応ができるようにしている。災害時には、近隣にある関連施設からの応援体制がある。近隣への呼びかけは、以前に消火器の使い方を行う際に誘い参加して頂いたこともあったが、現在は運営推進会議での呼びかけにより、協力の意思を確認している。防災グッズ・日頃から多めの食料・ガスコンロを用意している。	地域との協力体制構築により、更にホームの理解を広げる・交流が広がる機会となることを期待したい。

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
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	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。入室の際の声掛け、入浴時の同性介護者の配慮を行っている。	入居者が呼んでほしい呼び方であっても、職員の年齢なども考慮して対応している。介助においては、同性を希望する方には勤務を調整して対応している。誘導の声かけは、わかりやすく伝えたり、耳元で伝えたり、そっと促したり、その人にあわせた対応をしている。	
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	自分で衣服やアクセサリーを選んでもらったり、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希望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、配膳や下膳、片付けや食器ふき、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。好みの把握に努め、苦手なメニューの時は他の品を提供している。	1週間分の献立を、入居者の希望を聞きながら作成し、材料を発注している。人間関係に配慮した席になっており、昼食は職員も一緒に食べて、楽しめるようにしている。食べてもらえるように、好きなものを提供したり、味付けを変えたり、家族に確認しながら行っている。	
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	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、一人ひとりの排泄パターンの把握に努め安易にオムツにしないようにしている。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。	排泄記録は、水分量などと一緒に記録され一覧表になっている。おむつにすることを、安易に考えず、大きなことと捉えており、退院後におむつ使用となった方には服薬を調整しながら、自宅でのおむつ使用の方には本人と相談しながらトイレ誘導はせずすことに取り組んでいる。	
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	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てしまわずに、個々にそった支援をしている	時間も含め個々の希望全てに添うのは困難となっているが、午前中が苦手な方は午後にしたりと、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。	入浴は、週2~3回できるよう支援している。入浴日でない日でも、入りたいと言えば入浴を支援している。重度化がすすむなか、一般浴槽を機械浴槽に変えたり、法人の機械浴槽を利用したりして、入浴ができるようにしている。入浴を拒否する方には、職員で役割を持ち声をかけをしたり、家族に相談し協力を得ながら支援している。	
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。着替えの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。シーツの洗濯や布団干し、室温等気をつけている。		
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	医師の説明や薬の説明書で理解に努めている。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、役割を持っていたいでいる。カラオケ好きな方がすぐ歌えるようにしている。		
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	外への散歩は職員が付き添っている。ご家族の協力を得て一緒に外出や外泊されている。交代で買い物に行っている。	近隣への散歩の他、月2回法人のケアハウスでの買い物に、交代で車いすの方も2~3名づつ参加している。その他、庭先での花火・年2回家族を誘って花見や食事会へバスで行っている。	

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	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。	居間や廊下の共用空間は、整ったなかに利用者の俳句や刺し子の作品・人形が飾られている。廊下には、テーブルと椅子が置かれ、共用空間とは別となる空間をつくっている。ホールには、畳スペースがあり、冬にはこたつを配置している。	
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、一人で、数人でと、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。	居室には、タンスや椅子・仏壇を持ち込んだり、入口にのれんをかけたたりしている方もいる。持ち込みがない方には、事業所でのれんをかけたたり、写真を飾ったりしている。各居室には、洗面台があり、その人にあわせて高さの上下が可能である。	
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
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	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。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、意見を活かしている。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GH等協議会への参加をしている。報告や相談がある場合には連絡をとっている。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。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。		
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。ダメと云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。		
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	適切でスムーズな運営ができるよう、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、話し合いをしている。		
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	各種業務の担当を持ち、責任ある仕事を向上心を持って行えるよう配慮されている。		
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	職員の力量やぶつかっている課題等に合わせ、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
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	入居前に本人と面話し会話の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、ケースに合わせたサービスが利用できるよう案内している。		
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」の気持ちを忘れずに、出来ることを見つけて一緒に行っている。「ありがとう」の言葉を必ず伝えている。		
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	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。		
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	音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。		
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	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。		
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、日誌や台帳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。		
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、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	必要に応じて医師や理学療法士の指導を受けたり、看護師や栄養士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。		
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	入居時に看取りまで行っていることを説明。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
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	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。入室の際の声掛け、入浴時の同性介護者の配慮を行っている。		
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	自分で衣服やアクセサリーを選んでもらったり、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、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。その人毎のペースや希望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、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。好みの把握に努め、苦手なメニューの時は他の品を提供している。		
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、一人ひとりの排泄パターンの把握に努め安易にオムツにしないようにしている。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。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	時間も含め個々の希望全てに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。		
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。着替えの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。シーツの洗濯や布団干し、室温等気をつけている。		
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	医師の説明や薬の説明書で理解に努めている。服薬の際は飲み残しがないよう、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	花や野菜をプランターで育て、水やりや世話が出来るようにしている。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、役割を持っていただいている。カラオケ好きな方がすぐ歌えるようにしている。		
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	外への散歩は職員が付き添っている。ご家族の協力を得て一緒に外出や外泊されている。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	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。		
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。お祭りですく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。		