

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	3370400610		
法人名	株式会社 アール・ケア		
事業所名	グループホーム はるや (東ユニット)		
所在地	玉野市東高崎25-183		
自己評価作成日	平成 28 年 8 月 11 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.kai.gokensaku.jp/33/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=3370400610-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成 28 年 9 月 1 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)】

利用者様一人一人の生活ペース、習慣、食事を楽しむこと、排泄の自立など利用者様本位で考え、できる限り希望に添えるよう、チーム一丸となって支援している。筋力維持を図るため、リハスタッフと相談しながら個々に合った午前・午後のTV体操、ステップ台運動、マッサージなどを行い、活気ある生活を支援している。地域交流では、月に1回認知症カフェの開催、地域のサロン会や祭り、保育園の行事に参加させていただき、日常的に買い物や散歩の機会を設け、交流を深めている。看取りケア時は御本人、御家族の希望に添えるよう、主治医、看護師、スタッフが密な連携をとり、支援している。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は田園と住宅が混在する地にあり、利用者の日々の散歩に好適な条件にある。建屋内部の設計に職員も参加し、調理台を特注したトイレに汚物入れ等を入れる箱を設置するなど、事業所の理念である「尊厳」「安心」「愛」が随所に現れている。また、利用者の安全を第一に考え、地域・近隣の工場等と密に連携し、災害時の避難場所を変更するなどの取り組みもしている。運営面では、前回の外部評価の結果を受け、その改善に運営推進会議の参加者にも意見を求める等、地域に開かれた経営に努めている。日々のケアも充実し、利用者の筋力維持のためのマッサージ・体操・ステップ運動などに取り組み、利用者は穏やかに暮らしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○	1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々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(東ユニット)

[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	1ヶ月又は2ヶ月に1回ミーティングを行い、理念に沿ったケアについて話し合い、考え方の統一を図っている。又、ミーティング前や勤務時は理念を声に出し読み上げている。	理念を事務所と各ユニットに掲示するとともに、出勤時に各人が読み上げている。また、定期的を実施しているミーティングでは、理念に沿ったケアの在り方について話し合い、共有と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	地域の祭りや保育園の行事、サロン会などに参加したりボランティアの方に来居していただいている。中学生の職場体験、夏のボランティアの受け入れを行っている。月に1回認知症カフェを開催し地域の皆様にきていただき、交流を深めている。	町内会に加わり、地域の盆踊りやサロン会等に積極的に参加している。また、幼稚園児の訪問・中学校の職場体験等も受け入れている。事業所が毎月、実施している認知症カフェには地域からサロン会の人たちを中心とした参加があり、積極的に交流している。演劇や日本舞踊などのボランティアも定期的に受け入れている。	
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	地域で開かれている認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして参加し、地域の方に理解を深めている。月に1回認知症カフェの開催やはるや新聞を定期的に作成し回覧板で見えいただき地域の方に理解を深めている。		
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	運営推進会議では、事業所内で行われている行事、連絡などを行い、その都度参加者の意見を聞き、質問に答えるようにしている。又、行事や日常のケアについて動画や写真を使い、ご家族にわかりやすいように説明している。	町内会長・民生委員・包括支援センター等が参加し、2ヶ月に一度、開催している。内容は、利用状況・行事の報告と計画・意見交換等である。出された意見は、災害時の避難場所の変更や個人情報の取扱い等に反映している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	月末に待機者数の連絡を行っている。 相談員の方が2ヶ月に1回、2時間程来居され、入居者の方々の生活の様子、会話をさせていただき、ケアの様子を見て頂いている。 年に一度、三者懇談会(施設、相談員、長寿介護課)に参加し意見交換を行っている。 運営推進会議に参加して頂き、議事録を市役所、地域包括支援センターに送付している。	状況によって所長及び管理者が窓口となり、日々、細やかな連携に努めている。また、2ヶ月に一度、相談員を受け入れるとともに、事業所・相談員・長寿福祉課が集まる意見交換会に参加し、連携に努めている。	

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
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束についてのマニュアルを作り、ミーティングで話し合い、帰宅願望のある方に対しては行動を把握し、一緒に散歩に行ったり、帰りたい理由などを聞くことにより、御本人の思いを受け止めケアに生かし、その方が興味を持ち集中できる事を提供することで、落ち着ける様に心がけている。 また、研修に参加をしミーティング等で職員間の話し合いを行っている。	ユニットごとのミーティング時にマニュアルをもとに話し合ったり、研修参加者による発表等で共有を図っている。利用者の話に耳を傾け、一人ひとりに寄り添うことで、拘束の必要のないケアに努めている。	
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	介助の方法、入居者の方への声掛けの仕方など、気になることがあれば職員間で話し合い、注意している。研修に参加し、内容などを職員間で話し合っている。		
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	研修に参加し、その中で学び、ミーティングなどで他の職員に説明をし、話し合う機会を作っている。		
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	入居前に契約、重要事項説明を家族の方に時間を作って頂き、利用料金、初期加算、サービス提供体制強化加算(I)、医療連携体制加算、処遇改善加算(I)、入退居の条件、看取り、個人情報取扱いについても理解できる様に説明し、同意を得ている。長期入院時における自室のショートステイ利用についても説明し、同意を得ている。		
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	外部評価機関のアンケート集計結果を元に、結果について職員、運営推進会議で話し合い、解決している。会社より御家族の方に、苦情・相談葉書を1枚お渡しし、意見があれば投函していただくようお願いしている。苦情・相談葉書が届けば、内容を本社より連絡があり、職員に伝え話し合い、解決している。御家族の方にも解決策を説明するようにしている。	利用者は日々のケアをとおして、家族は面会時等に意見を聞くようにしている。出された意見は、水分補給時の飲み物を利用者が選択できるようにしたり、冠婚葬祭の参加等に反映している。	

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
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、申し送り、行事等、職員が自発的に考えた意見を前向きに取り入れ運営している。職員の不満、要望などは管理者が会社に伝えて理解して頂ける様にしている。3ヶ月に1回個人面談を行っている。	職員と管理職との風通しが良く、何でも言い合える関係を築いている。所長及び管理者の面談・日々の申し送り・行事等で、職員の意見を把握するようにしている。出された意見は、調理台の選定やトイレの物入れの設置等に反映している。	
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	年1回人事考課を用いて情意効果、職務要件などから等級を決めることにより意欲・質の向上に努めている。勤務が不規則な為、可能な限り希望日に休みが取れる様配慮している。資格取得の為、会社自体が勉強会、費用などをバックアップし各自の向上に努めている。年1回、等級制度を行い意欲・質の向上に努めている。		
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	外部研修の情報を収集し、職員が参加出来る様に計画を立て、研修内容については研修報告書を提出、ミーティングでの発表を行っている。参考になったことについては、取り入れて行く様にしている。また、質の向上に向けキャリアアップ形成事業などを利用している。		
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	他のグループホームが開催する運動会に参加させていただくなど交流を図っている。研修などにも他のグループホームに参加させていただき、職員同士で意見交換など交流を図っている。		
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、御本人、御家族に見学をして頂き、生活の様子、精神面での不安についての状況を把握している。入居後は、御本人が安心して生活出来る様に御本人の言葉、表情に耳を傾け、職員間で話し合っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居申し込み時、見学時などに現在の様子、入居希望理由などをお聞きすると共に契約時にも御家族の話を再度お聞きしている。		

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
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	相談時に話しを伺い、介護保険施設の説明、他施設への申し込み、相談などを勧め、必要なサービスの提供をしている。場合によっては、ケアマネージャーや他の事業所のサービスに繋げるなどの対応をしている。		
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	御本人が家族の方への思い、昔の生活の様子、今の不安などを話しやすいような環境や話題作りを行ったり、一緒にレクリエーションや家事的な事を行う中で馴染みの関係を作っている。		
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、日々の様子、健康状態について話をしたり、手紙、写真などを御家族に送らせて頂き、生活の様子を伝えている。 又、行事などにも参加して頂けるように案内をしている。		
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	御本人の希望により、ご家族の方と相談し冠婚葬祭などの行事にも参加して頂いている。 また、利用者様にとって馴染みのある場所へドライブに出かけている。	家族の協力を得ながら、冠婚葬祭への参加をはじめ、自宅へのドライブ、また、花見や紅葉狩り・買い物など、馴染みとの関係が継続できるよう、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	個々の性格を理解し、関りが持てる様職員が間に入り、会話・レクリエーションなどを行っている。居間での席も、利用者同士の相性、折り合いを見ながら考えるようにしている。西ユニットへも自由に出入りでき交流を図れるようにしている。		
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	新しい生活の場所への日常生活の様子、精神面、特に気をつけて欲しい事などの情報提供を行ったり、面接時に職員が情報提供している。 退居後、ご家族様より生活や制度について相談があれば支援に努めている。		

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
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	日々の会話の中から、御本人の暮らしの希望を尋ね把握に努めている。 又意思表示が難しい方は、今までの好みや昔の事を御家族に尋ね、御本人の意向把握に努めている。	日々のケアをとおして思いや意向の把握に努め、パーマをかけたり整容等に反映している。困難な場合は、生活歴等により本人本位に検討している。	
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	本人、家族、ケアマネージャーの方から、以前の様子を尋ねたり、利用していたサービスの把握に努めている。本人の話の中で、職員が把握して出来ていない所があれば、家族に尋ね把握するように努めている。		
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	一人ひとりの生活のリズムを理解し、身体的変化などの観察、会話の中から精神的な面を把握し、生活の中で声を掛けながら、手伝いなどを通し有する力引き出せる様に心がけ、記録にも残すようにしている。		
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	日常生活の中で、本人の思いや意見を把握し、家族の方へ意見などを尋ね、職員同士でモニタリングカンファレンスを行っている。必要に応じて医師やPTの意見やアイデアを反映している。	情報を基に所長が面談し、暫定案を作成後に家族と連携している。1ヶ月間様子を見た後、各担当者が見直し案を作成し、家族と再連携している。見直しは3～6月を原則としているが、日々のモニタリングを基に柔軟に対応している。	
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	個人記録に、食事摂取量・健康状態の変化・排泄・日常の様子・精神面での様子など特に注意を払うことについては、ボールペンの色を変えて見た目にもすぐに分かるように記録をしている。申し送りでは特に大きな変わりなどを伝える様にしている。特に伝えたい記録は特記に書き、記録を見た後はサインをして職員間で情報を共有している。誰が記録を書いたか一目でわかるように最後にサインをしている。終末期には専用の記録用紙を使用しより明確に詳細を記録できるようにしている。		
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	緊急を要する場合や、本人や家族の状況に応じて、通院など必要なサービスを行っている。 PTによる機能訓練のサービスを行っている。		

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
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	ボランティアの方によるオカリナ演奏や日本舞踊、歌などを楽しんでいただけるように支援している。		
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、家族が希望するかかりつけ医となっている。急に体調不良になられた時、家族の方に状況を伝え、可能であれば受診に同行していただいている。緊急時や夜間帯も指示がもらえるようかかりつけ医と連携を図っている。	利用者の多くのは、利用開始時に協力医をかかりつけ医としている。緊急時の24時間対応をはじめ、協力医が週に一度は往診し、利用者・家族に医療面での安心感をもたらしている。	
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	非常勤看護師の採用により、日常的な体調の変化があれば相談、連絡をしている。また、場合によっては看護師から家族、医師に連絡を取り的確な対応が出来るようにしている。		
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、本人の食事・排泄・ADLの状況・精神面での様子・特に気をつけていただきたい事などを情報提供している。病状にもよるが、面会に行き担当医師、看護師の方より情報をいただき早期の退院をアプローチをしている。		
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	本人や家族の希望を聞き、その時にどのように対応していくかを話し合うように契約の時に説明をしている。看護師を採用したことにより、重度化や終末期における対応が可能となっている。看取りケア後はミーティングで振り返りを行い、両ユニット共に情報を共有している。	利用開始時に事業所として、出来ること・できないことを丁寧に説明している。重度化した場合、医師・事業所・家族がチームとして支援する体制を整えている。看取り後の運営推進会議に家族が参加して、振り返りを述べる等の取り組みもしている。	
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	急変時、事故発生時に対応出来る様に、マニュアルを作り勉強を行っている。また、救命救急やAEDの使用方法の講習に参加している。		
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	6月は近隣の工場、12月は2階への避難訓練を利用者様と共に行っている。地域の方、御家族にも理解していただくため、運営推進会議で避難訓練を実施した。備蓄については2～3日分の食材、水を準備している。	年2回、地域の役員や工場等が参加し、昼間と夜間を想定した避難訓練を実施している。家族の意見をもとに地域と連携し、避難場所を変更するなど、利用者本位の取り組みをしている。	

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
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	利用者一人ひとりの思いや性格をきちんと把握しミーティングでも話し合いを行い、自己決定しやすい様その方に 応じた声掛けの仕方、声の大きさ等に配慮しながら対応 をしている。	トイレに汚物等を入れる物入れを設置したり、利用者一人 ひとりに応じた声かけに心がけるなど、プライバシー の確保と一人ひとりの人格の尊重に努めている。また、 利用者に決定権を持たせる等の取り組みもしている。	
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	御本人の思いに添える様、ホワイトボードに文字で表し たり、写真や物を見ていただくなどその人に合った選択 しやすい方法で提案して自己決定出来るようにしてい 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	一日の流れの中で希望があれば優先的に行っており、 食べたい物があればメニューを変更したりし希望に沿 えるようにしている。入眠・起床時間などもその方の意 思を尊重し皆と同じではない。		
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	更衣は本人の意志で決めていただき、職員が見守り、 支援が必要な方については手伝う様にしている。自分 で選ぶことが出来ない方については、選択肢を用意 し、自分で選んでもらう様に心がけている。 パーマ、カットを希望される方には出張福祉美容室が 利用出来る事を伝えている。		
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	一人ひとりの好みを聞いたり、料理の本と一緒に見て メニューを考えたりしている。一緒に食事をしたり、食事 作りや、洗いや、食器拭きなども利用者の方が積極的 に行ってくれている。	毎食、職員が交代で手作りしている。献立に利用者の意 見を取り入れ、職員と一緒に和気藹々と食事している。 利用者も持っている力を使って、下ごしらえや片付けに 等に積極的に参加している。	
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	利用者の方の好み、食事量・水分量・栄養面を職員が 把握している。体調の変化、水分量が少ない方に関し ては、1日の水分摂取量を計算し記録に残している。 好みの物を勧めたり、毎食後にゼリーなどを勧め、 少しでも水分が摂れる様にしている。		
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、歯磨き・うがいをして頂く様に声掛け、介助し 口腔ケアを行っている。希望により、訪問歯科への口 腔ケアを受けておられる方もいらっしゃる。また、希望さ れていない方でも年に2回訪問歯科が無料で検診を行 い、口腔状態を見てくださっている。		

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	排泄チェック表を使用し、利用者の排泄パターンを把握し、排泄間隔が空いていればさりげなく声掛けを行い、トイレでの排泄を支援している。その方に合わせたパットを使用し、失禁が多くなればパットの見直し、トイレ誘導の間隔の見直しを行っている。	声かけと適切な誘導により、昼間は全員がトイレで排泄している。夜間は利用者一人ひとりの状況に応じた対応となっている。おむつからパンツへの改善例等も見られる。	
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	排泄チェック表を使用し、排便の確認、便秘の方には牛乳、スポーツドリンク、寒天などで水分補給を行っている。献立にも、野菜を多く取り入れるように工夫している。		
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	一般浴と機械浴があり、その人それぞれに沿った負担の少ない入浴方法を行うようにしている。入浴時間はだいたい決まっているが、希望があれば入浴時間に限らず行っている。また、異性介助に抵抗がある方には同性職員が対応するようにしている。	1日おきに午後を中心に実施している。状況により、ユニットを越えた入浴や、入浴介助を日常的に実施している。嫌がる人については、声かけのタイミングや同性介助等で対応している。	
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	日中、本人の意志に添った活動(体操・ぬり絵・パズル・家事の手伝い)をして頂き、生活のリズムを整える様努めている。夕方からは、出来るだけ穏やかに過ごしていただき、入眠しやすい環境作りをしている。		
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	一人ひとりの薬の処方箋をファイルし、職員が内容を把握出来る様にしている。薬のセットは、一週間分ピルケースに2人でセットし、間違いのないようにし、服用時には、職員が声を掛けながら本人に手渡し、服用確認をしている。薬の変更などがあれば、状態を記録し、体調に変化があれば主治医に相談している。		
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	一人ひとり得意なこと、興味を持たれていることを探し参加して頂き、力が発揮出来る場面作りをしている。仕事に参加していただいた時には、感謝の言葉を伝えている。		

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
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	一人ひとりの状態に合わせて、本人の希望する買い物に行ったり、御家族に協力して頂き、希望する場所に出かけていただく等している。 天気の良い日には、近所に散歩に出かけている。	日々の散歩や食材の買い出し・自宅へのドライブ、季節ごとに花見等を計画し、より多くの利用者が外出できるよう、支援している。	
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	金銭の所持については、御家族の方と相談しながら行っており、御本人が希望されれば小額を持っていただいている。職員と買い物に行き、自分で支払いをしていただいている。		
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	御家族の方と相談しながら、電話や手紙のやりとりをしている。年賀状を出していただいている。御本人が文字を書くことが出来ない場合は、職員が代筆している。		
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	利用者の方と一緒に季節ごとの壁画を作り季節感を出すようにしている。居間には季節を感じられる飾りや花などを飾ったり、観葉植物を置いて温かみのある空間にしている。ウッドデッキには花や野菜を植えている。	共用空間は広くて明るく、温度や光・湿度等が適切に管理されている。清掃が行き届き、清潔感があふれている。各ユニットに4ヶ所の広々としたトイレが設置され、利用者の利便性に配慮している。居間やトイレの壁には、利用者の作品をさりげなく置いている。	
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	椅子・ベンチなどを色々な場所に置くことにより、利用者の方が思い思いに過せる様に工夫している。		
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	居室には以前から使っていた馴染みのある物を持って来ていただける様にしている。家具・ベッドの配置も、御本人が使い易く落ち着ける様に部屋作りをして頂いている。	かつて使用していたソファや椅子、鏡台・仏壇等が持ち込まれ、職員の力を借りながら利用者が管理している。それぞれが自分らしさを出した部屋となっており、利用者は穏やかに暮らしている。	
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	一人ひとりの状態の変化を把握して、変化に合わせた環境整備を行う様、職員同士話し合い、本人の不安を取り除き、安心して生活して頂ける様に工夫している。		

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	3370400610		
法人名	株式会社 アール・ケア		
事業所名	グループホーム はるや (西ユニット)		
所在地	玉野市東高崎25-183		
自己評価作成日	平成 28 年 8 月 11 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.kai.gokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigyosyoCd=3370400610-00&PrefCd=33&VersionCd=022
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18
訪問調査日	平成 28 年 9 月 1 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)】

家庭的な雰囲気大切に、一人ひとりの生活リズム・ペースに合わせ寄り添ったケアを心がけている。時間を見つけラジオ体操、足の運動、笑いヨガを行い筋力維持に努めている。月1回のサロン会に参加させていただいたり、日常的には買い物などを通し地域交流を深めている。また、月に1回認知症カフェを開催し認知症への理解を深めている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

事業所は田園と住宅が混在する地にあり、利用者の日々の散歩に好適な条件にある。建屋内部の設計に職員も参加し、調理台を特注したりトイレに汚物入れ等を入れる箱を設置するなど、事業所の理念である「尊厳」「安心」「愛」が随所に現れている。また、利用者の安全を第一に考え、地域・近隣の工場等と密に連携し、災害時の避難場所を変更するなどの取り組みもしている。運営面では、前回の外部評価の結果を受け、その改善に運営推進会議の参加者にも意見を求める等、地域に開かれた経営に努めている。日々のケアも充実し、利用者の筋力維持のためのマッサージ・体操・ステップ運動などに取り組み、利用者は穏やかに暮らしている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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(西ユニット)

[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	理念、クレドなどユニットごとに掲示することにより身近に感じることが出来、共有することが出来ている。理念カードを一人ひとり持ち良いケアの向上を図る為実践に取り組んでいる。	理念を事務所と各ユニットに掲示するとともに、出勤時に各人が読み上げている。また、定期的実施しているミーティングでは、理念に沿ったケアの在り方について話し合い、共有と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	月1回の地域のサロン会に参加している。夏祭りや保育園のイベントにも参加し交流を深めている。また、月に1回認知症カフェを開催しており地域の方、家族の方々にも当施設に足を運んで下さる機会が増えている。今年の夏からは中学生の夏のボランティアも来られ交流の場も増えている。日常的には地域への買い物に行っている。	町内会に加わり、地域の盆踊りやサロン会等に積極的に参加している。また、幼稚園児の訪問・中学校の職場体験等も受け入れている。事業所が毎月、実施している認知症カフェには地域からサロン会の人たちを中心とした参加があり、積極的に交流している。演劇や日本舞踊などのボランティアも定期的に受け入れている。	
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	地域で開かれている認知症サポーター養成講座にキャラバンメイトとして参加し、地域の方に理解を深めている。また、認知症カフェを開催いつでも相談に応じられる関係が作れるように努めている。		
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	運営推進会議では、事業所内で行われている行事、連絡などを行い、その都度参加者の意見を聞き、質問に答えるようにしている。又、行事や日常のケアについて動画や写真を使い、ご家族にわかりやすいように説明している。	町内会長・民生委員・包括支援センター等が参加し、2ヶ月に一度、開催している。内容は、利用状況・行事の報告と計画・意見交換等である。出された意見は、災害時の避難場所の変更や個人情報取扱い等に反映している。	
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に取り組んでいる	月末に待機者数の連絡を行っている。相談員の方が2ヶ月に1回、2時間程来居され、入居者の方々の生活の様子、会話をいただき、ケアの様子を見て頂いている。年に一度、三者懇談会(施設、相談員、長寿介護課)に参加し意見交換を行っている。運営推進会議に参加して頂き、議事録を市役所、地域包括支援センターに送付している。	状況によって所長及び管理者が窓口となり、日々、細やかな連携に努めている。また、2ヶ月に一度、相談員を受け入れるとともに、事業所・相談員・長寿福祉課が集まる意見交換会に参加し、連携に努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束についてのマニュアルを作り、ミーティングで話し合い、帰宅願望のある方に対しては行動を把握し、一緒に散歩に行ったり、帰りたい理由などを聞くことにより、御本人の思いを受け止めケアに生かし、その方が興味を持ち集中できる事を提供することで、落ち着ける様心がけている。また、研修に参加をしミーティング等で職員間の話し合いを行っている。	ユニットごとのミーティング時にマニュアルをもとに話し合ったり、研修参加者による発表等で共有を図っている。利用者の話に耳を傾け、一人ひとりに寄り添うことで、拘束の必要のないケアに努めている。	

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
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	介助の方法、入居者の方への声掛けの仕方など、気になることがあれば職員間で話し合い、注意している。研修に参加し、内容などを職員間で話し合っている。また、ミーティングの際虐待事例などを通し、職員間での話し合いを行っている。		
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	研修に参加し、その中で学び、ミーティングなどで他の職員に説明をし、話し合う機会を作っている。		
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	入居前に契約、重要事項説明を家族の方に時間を作って頂き、利用料金、初期加算、サービス提供体制強化加算(I)、医療連携体制加算、処遇改善加算(I)、入退居の条件、看取り、個人情報取扱について理解できる様に説明し、同意を得ている。長期入院時における自室のショートステイ利用についても説明し、同意を得ている。		
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	外部評価機関のアンケート集計結果を元に、結果について職員、運営推進会議で話し合い、解決している。会社より御家族の方に、苦情・相談葉書を1枚お渡しし、意見があれば投函していただくようお願いしている。苦情・相談葉書が届けば、内容を本社より連絡があり、職員に伝え話し合い、解決している。御家族の方にも解決策を説明するようになっている。	利用者は日々のケアをとおして、家族は面会時等に意見を聞くようにしている。出された意見は、水分補給時の飲み物を利用者が選択できるようしたり、冠婚葬祭の参加等に反映している。	
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	ミーティング、申し送り行事等、職員が自発的に考えた意見を前向きに取り入れて運営している。不満、要望などは、管理者が会社に伝え理解を求めている。	職員と管理職との風通しが良く、何でも言い合える関係を築いている。所長及び管理者の面談・日々の申し送り・行事等で、職員の意見を把握するようになっている。出された意見は、調理台の選定やトイレの物入れの設置等に反映している。	
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	年1回人事考課を用いて情意効果、職務要件などから等級を決めることにより意欲・質の向上に努めている。勤務が不規則な為、可能な限り希望日に休みが取れる様配慮している。資格取得の為、会社自体が勉強会、費用などをバックアップし各自の向上に努めている。年1回、等級制度を行い意欲・質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
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	外部研修の情報を収集し、職員が参加出来る様に計画を立て、研修内容については研修報告書を提出、ミーティングでの発表を行っている。参考になったことについては、取り入れて行く様にしている。また、質の向上に向けキャリアアップ形成事業などを利用している。		
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	他のグループホームが開催する運動会に参加させていただくなど交流を図っている。研修などにも他のグループホームに参加させていただき、職員同士で意見交換など交流を図っている。		
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、御本人、御家族に見学をして頂き、生活の様子、精神面での不安についての状況を把握している。入居後は、御本人が安心して生活が出来る様に御本人の言葉、表情に耳を傾け、職員間で話し合っている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居申し込み時、見学時などに現在の様子、入居希望理由などをお聞きすると共に契約時にも御家族の話を再度お聞きしている。		
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	相談時に話しを伺い、介護保険施設の説明、他施設への申し込み、相談などを勧め、必要なサービスの提供をしている。場合によっては、ケアマネージャーや他の事業所のサービスに繋げるなどの対応をしている。		
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	御本人が家族の方への思い、昔の生活の様子、今の不安などを話しやすいように話題作りを行ったり、一緒にレクリエーションや家事的な事を行う中で馴染みの関係を作っている。		
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、日々の様子、健康状態について話をしたり、手紙、写真などを御家族に送らせて頂き、生活の様子を伝えていきます。又、行事などにも参加して頂けるように案内をしている。		

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	
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	ご家族の申し出により冠婚葬祭などの行事に参加されている。また、墓参り、お盆、お彼岸の供養なども行っている。また、友人などが面会に来られた際、ゆっくりと話ができる環境を行っている。	家族の協力を得ながら、冠婚葬祭への参加をはじめ、自宅へのドライブ、また、花見や紅葉狩り・買い物など、馴染みとの関係が継続できるよう、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	個々の性格を理解し、関りが持てる様職員が間に入り、会話・レクリエーションなどを行っている。居間での席も、利用者同士の相性、折り合いを見ながら考えるようにしている。東ユニットへも自由に出入りでき交流を図れるようにしている。		
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	新しい生活の場所への日常生活の様子、精神面、特に気をつけて欲しい事などの情報提供を行ったり、面接時に職員が情報提供している。退居後、ご家族様より生活や制度について相談があれば支援に努めている。		
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	日々の会話の中から、御本人の暮らしの希望を尋ね把握に努めている。面会時、家族の方とも話し、少しの間でも御本人の希望の場所へ行ける様に検討、お願いをしている。	日々のケアをとおして思いや意向の把握に努め、ペースをかけたリ整容等に反映している。困難な場合は、生活歴等により本人本位に検討している。	
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	本人、家族、ケアマネージャーの方から、以前の様子を尋ねたり、利用していたサービスの把握に努めている。本人の話の中で、職員が把握して出来ていない所があれば、家族に尋ね把握するように努めている。		
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	一人ひとりの生活のリズムを理解し、身体的変化などの観察、会話の中から精神的な面を把握し、生活の中で声を掛けながら、手伝いなどを通し有する力を引き出せる様に心がけ、記録にも残すようにしている。		
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	日常生活の中で、本人の思いや意見を把握し、家族の方へも意見などを尋ね、職員同士でモニタリング・カンファレンスを行っている。	情報を基に所長が面談し、暫定案を作成後に家族と連携している。1ヶ月間様子を見た後、各担当者が見直し案を作成し、家族と再連携している。見直しは3～6ヶ月を原則としているが、日々のモニタリングを基に柔軟に対応している。	

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
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	個人記録に、食事摂取量・健康状態の変化・排泄・日常の様子・精神面での様子など特に注意を払うことについては、ボールペンの色を変えて見た目にもすぐに分かるように記録をしている。申し送りでは特に大きな変わりなどを伝える様にしている。特に伝えたい記録は特記に書き、記録を見た後はサインをして職員間で情報を共有している。誰が記録を書いたか一目でわかるように最後にサインをしている。終末期には専用の記録用紙を使用しより明確に詳細を記録できるようにしている。		
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	緊急を要する場合や、本人や家族の状況に応じて、通院など必要なサービスを行っている。 PTによる機能訓練のサービスを行っている。		
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	ボランティアの方によるオカリナ演奏や劇団、歌などを楽しんでいただけるように支援している。		
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	本人、家族が希望するかかりつけ医となっている。急に体調不良になられた時、家族の方に状況を伝え、可能であれば受診に同行していただいている。緊急時や夜間帯も指示がもらえるようかかりつけ医と連携を図っている。	利用者の多くは、利用開始時に協力医をかかりつけ医としている。緊急時の24時間対応をはじめ、協力医が週に一度は往診し、利用者・家族に医療面での安心感をもたらしている。	
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	非常勤看護師の採用により、日常的な体調の変化があれば相談、連絡をしている。また、場合によっては看護師から家族、医師に連絡を取り的確な対応が出来るようにしている。		
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、本人の食事・排泄・ADLの状況・精神面での様子・特に気をつけていただきたい事などを情報提供している。病状にもよるが、面会に行き担当医師、看護師の方より情報をいただき早期の退院をアプローチをしている。		
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、事業所の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	本人や家族の希望を聞き、その時にどのように対応していくかを話し合うように契約の時に説明をしている。看護師を採用したことにより、重度化や終末期における対応が可能となっている。看取りケア後はミーティングで振り返りを行い、両ユニット共に情報を共有している。	利用開始時に事業所として、出来ること・できないことを丁寧に説明している。重度化した場合、医師・事業所・家族がチームとして支援する体制を整えている。看取り後の運営推進会議に家族が参加して、振り返りを述べる等の取り組みもしている。	

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
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、事故発生時に対応出来る様に、マニュアルを作り勉強を行っている。また、救命救急やAEDの使用方法の講習に参加している。	
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	6月は近隣の工場、12月は2階への避難訓練を利用者様と共に行っている。地域の方、御家族にも理解していただくため、運営推進会議で避難訓練を実施した。備蓄については2～3日分の食材、水を準備している。	年2回、地域の役員や工場等が参加し、昼間と夜間を想定した避難訓練を実施している。家族の意見をもとに地域と連携し、避難場所を変更するなど、利用者本位の取り組みをしている。
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	ミーティングでも話し合いを行い、自己決定しやすい様その方に応じた声掛けの仕方、声の大きさ等に配慮しながら対応をしている。	トイレに汚物等を入れる物入れを設置したり、利用者一人ひとりに応じた声かけに心がけるなど、プライバシーの確保と一人ひとりの人格の尊重に努めている。また、利用者に決定権を持たせる等の取り組みもしている。
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	御本人の思いに添える様、ホワイトボードに文字で表したり、写真や物を見ていただくなどその人に合った選択しやすい方法で提案して自己決定出来るようにしている。	
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	一日の流れの中で希望があれば優先的に行っており、食べたい物があればメニューを変更したりし希望に沿えるようにしている。入眠・起床時間などもその方の意思を尊重し皆と同じではない。	
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	更衣は本人の意志で決めていただき、職員が見守り、支援が必要な方については手伝う様になっている。自分で選ぶことが出来ない方については、選択肢を用意し、自分で選んでもらう様に心がけている。洗顔後、化粧水をつけたり化粧などの声掛けなども行っている。ヘアカラーやパーマを希望される方は出張福祉理美容室を利用出来る事を伝えている。	
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	一人ひとりの好みを聞いたり、料理の本と一緒に見てメニューを考えたりしている。一緒に食事をしたり、食事作りや、洗い物、食器拭きなども利用者の方が積極的に行ってくれている。	毎食、職員が交代で手作りしている。献立に利用者の意見を取り入れ、職員と一緒に和気藹々と食事している。利用者も持っている力を使って、下ごしらえや片付けに等に積極的に参加している。

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
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	利用者の方の好み、食量・水分量・栄養面を職員が把握している。体調の変化、水分量が少ない方に関しては、1日の水分摂取量を計算し、好みの物を勧め、少しでも水分が摂れる様にしている。その人に合った食事形態を把握し、食べやすい状態で提供している。		
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	毎食後、歯磨き・うがいをして頂く様に声掛け、介助し口腔ケアを行っている。希望により、訪問歯科による口腔ケアを受けておられる方もいらっしゃる。また、希望されていない方でも年に2回訪問歯科が無料で検診を行い、口腔状態を見てくださっている。訪問歯科の方からアドバイスを受け嚥下体操を取り入れている。		
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	排泄チェック表を使用し、利用者の排泄パターンを把握し、排泄間隔が空いていればさりげなく声掛けを行い、トイレでの排泄を支援している。その方に合わせたパットを使用し、失禁が多くなればパットの見直し、トイレ誘導の間隔の見直しを行っている。	声かけと適切な誘導により、昼間は全員がトイレで排泄している。夜間は利用者一人ひとりの状況に応じた対応となっている。おむつからパンツへの改善例等も見られる。	
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	排泄チェック表を使用し、排便の確認、便秘の方には牛乳、スポーツドリンクなどで水分補給を行っている。また、飲み物をあまり飲めない方に対してゼリー状で提供したり、一人ひとり摂取しやすい形状での提供に努めている。献立にも、野菜を多く取り入れるように工夫している。好みに応じてヨーグルトなどを食べていただき、コーヒーなど飲み物にはたんさい糖を使用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	一般浴と機械浴があり、その人それぞれに沿った負担の少ない入浴方法を行うようにしている。入浴時間はだいたい決まっているが、希望があれば入浴時間に限りず行っている。また、異性介助に抵抗がある方には同性職員が対応するようにしている。	1日おきに午後を中心に実施している。状況により、ユニットを越えた入浴や、入浴介助を日常的に実施している。嫌がる人については、声かけのタイミングや同性介助等に対応している。	
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	日中、本人の意志に添った活動(ぬり絵・裁縫・体操・家事の手伝い)をして頂き、生活のリズムを整える様努めている。夕方からは、出来るだけ穏やかに過ごしていただき、入眠しやすい環境作りをしている。		

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
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	薬の変更があれば申し送りなどで職員に伝え把握している。処方箋をファイルしすぐに確認出来るようにしている。ピルケースに先発医薬品名・ジェネリック医薬品名・薬効などがすぐ分かるようにしている。1日の薬のセットを早出の勤務者が確認をして間違いのないようにし、薬は手渡しで服用、見守りを行っている。	
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	一人ひとり得意なこと、興味を持たれていることを探し参加して頂き、力が発揮出来る場面作りをしている。仕事に参加していただいた時には、感謝の言葉を伝えている。	
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	一人ひとりの状態に合わせ、本人の希望する買い物に行ったり、御家族に協力して頂き、希望する場所に出かけていただく等している。天気の良い日には、近所に散歩に出かけている。	日々の散歩や食材の買い出し・自宅へのドライブ、季節ごとに花見等を計画し、より多くの利用者が外出できるよう、支援している。
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	金銭の所持については、御家族の方と相談しながら行っており、御本人が希望されれば小額を持っていただいている。職員と買い物に行き、自分で支払いをしていただいている。	
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	御家族の方と相談しながら、電話や手紙のやりとりをしている。年賀状を出していただいている。御本人が文字を書くことが出来ない場合は、職員が代筆している。	
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	利用者の方と一緒に季節ごとの壁面や飾りなどを作り季節感を出すようにしている。居間には季節を感じられる花を飾ったり、観葉植物を置いて温かみのある空間にしている。玄関・ウッドデッキには花を植えている。	共用空間は広くて明るく、温度や光・湿度等が適切に管理されている。清掃が行き届き、清潔感があふれている。各ユニットに4ヶ所の広々としたトイレが設置され、利用者の利便性に配慮している。居間やトイレの壁には、利用者の作品をさりげなく置いている。
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	窓側に椅子やベンチを置き、利用者の方向士で話をされたり思い思いに過ごせるよう工夫している。本棚には色々なジャンルの本を置きいつでも自由に読めるようにしている。	

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
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活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には以前から使っていた馴染みのある物を持って来ていただける様になっている。家具・ベッドの配置も、御本人が使い易く落ち着ける様に部屋作りをして頂いている。御本人が好きな本、家族の方の絵なども居室に飾り、暖かい雰囲気を出す様になっている。	かつて使用していたソファや椅子、鏡台・仏壇等が持ち込まれ、職員力を借りながら利用者が管理している。それぞれが自分らしさを出した部屋となっており、利用者は穏やかに暮らしている。	
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を送れるように工夫している	一人ひとりの状態の変化を把握して、変化に合わせた環境整備を行う様、職員同士話し合い、本人の不安を取り除き、安心して生活して頂ける様に工夫している。		