

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入) 2019

事業所番号	2672300106		
法人名	社会福祉法人 みねやま福祉会		
事業所名	グループホームかえで(和ユニット)		
所在地	京都府京丹後市弥栄町溝谷3581		
自己評価作成日	令和元年7月31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	
----------	--

【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 野の花		
所在地	京都市左京区南禅寺下河原町1番地		
訪問調査日	平成31年9月11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)】

ご本人やご家族が望む暮らしが送れるよう、思いや希望を聞きながら、日々の支援につがけられるよう努めている。外に行きたい時は行っていただく。食べたいものがあれば献立に取り入れるなど、希望に添えるようにしている。またご家族から、歩く機会を増やして欲しい、口腔ケアをしっかりと行って欲しい、との要望を受け、歩行は29年度から毎日音楽に合わせて歩行する機会を作っている。また、口腔ケアも、以前は1日2回であったが、今ではほぼ全員の方が毎食後行えるように習慣付いてきた。役割を持ち、役に立っていることを実感していただけるよう、感謝の気持ちを伝えつつ、毎日の日課として簡単な家事を行ってもらっている。和ユニットには、花の水やりをされる方やピアノを弾かれる方がおられる。

【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)】

京丹後市弥栄町、木造平屋建ての開設満15年になる2ユニットのグループホームである。地域との交流や連携、家族との関係作りができています。畑で野菜や花づくり、押し入れ付きの畳の部屋や畳コーナーのあるホール等家庭的な環境、食事は地元の食材を使った手作り、利用者はピアノを弾いたり、散歩日和に外に出て清流にかかる橋で四季の風景を楽しんだり、花に水をやりたり、気になる自宅を見に行ったり、馴染みの共同作業所に毎日顔を出したり、ラーメンを食べに行ったり、カラオケで大声で歌ったり……。一人ひとりの利用者がマイペースでいたいことをして自由に暮らしている。認知症は意思表示を困難にすることもありますが利用者の思いを支援している職員は利用者との会話や表情観察を丁寧にし、利用者から返ってくる冗談や笑いを自身の喜びや働き甲斐にしている。まさに利用者や馴染みの職員との共同生活における家族、そのものである。グループホームが目標とすることが実現している。

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		取り組みの成果			
		〇		〇			
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)	〇	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)	〇	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	利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38)	〇	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)	〇	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)	〇	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)	〇	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	〇	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)	〇	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)	〇	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	〇	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している (参考項目:30,31)	〇	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	〇	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)	〇	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	法人の理念、事業所の方針を貼り出し、常にそれに沿った支援を心がけている。	法人の理念を踏まえ、グループホームの理念を「家庭的な環境のもと利用者が個々の能力に応じて充実した日常生活を送れるように支援します(要約)」と定め、職員が唱和している。利用者や家族、新しい職員に説明している。今年度の基本方針も定めている。理念の実践として職員は日常の業務で利用者により添い、したいこと、行きたいところ、食べたいもの等思っていることを把握しようと努めている。	
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	地区の老人クラブに参加。また、その運営のお手伝いに職員を派遣している。夏季には、涼やかスポットを実施している。	利用者はふだん付近を散歩したり、近くのスーパーへ職員と一緒に買い物に行く。広場に咲く大きな桜の花見に参加、区の老人クラブが毎月行っている「ひまわりクラブ」はレク、ゲーム、手作り教室、お茶会等があり、利用者が交代で喜んで参加している。地域の人から収穫した野菜をいただく。地域の保育所の子どもたちが来訪、利用者と一緒に遊んでくれる。地域貢献としては「ひまわりクラブ」を手伝ったり、地域の方の見学や相談を受けること、ホームでの「涼やかスポット」に地域の方が参加、町のクリーン活動に協力等をしている。	
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	認知症あんしんサポート相談窓口として相談を受け付けている。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回会議を開催し、現況報告や意見交換等を行っている。	利用者・家族、副区長、組長、老人クラブ会長、民生児童委員、京丹後市長寿福祉課が委員となり、隔月に開催、記録を残している。ホームから利用者の現況、行事や活動報告をし、意見交換している。委員がホームの避難訓練に参加してくれる。委員からは地域の様々な情報をもらい、利用者の地域の人との交流に役に立っている。また災害時の対応にアドバイスをもらっている。	
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取り組んでいる	2ヶ月に1回の高齢者部会に参加し、報告・相談を行っている。また、随時必要に応じて電話等で質問や相談を行っている。運営推進会議に参加していただいている。	京丹後市とは報告や相談を怠らず連携を保っている。市が主催している京都府北部地域の学びと交流の会、市内グループホーム意見交換会、認知症SOSネットワーク、オレジロードつなげ隊等に参加、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
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	身体拘束等適正化委員会を3ヶ月に1回開催。身体拘束に関する研修に職員を派遣、また、身体拘束についての勉強会も実施し、身体拘束をしないケアの実施に努めている。	ホームに身体拘束適正化委員会を設け、4人が委員となり、3か月ごとに会議で検討している。京都府主催の身体拘束に関する研修に職員を派遣、その職員を講師に勉強会を開催している。職員は身体拘束11項目、やむを得ず拘束する場合の3要件、スピーチロックについて認識している。1人の利用者についてベッド脇にセンサーを設置しており、家族の同意をとっている。その他の身体拘束の事例はない。2つの玄関ドア、非常口等日中は施錠していない。利用者の居室、ホール、廊下等、建物のどこからでも日中は外に出ることができる。	
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	身体拘束についてと同時に、虐待防止についても勉強会を開催し、職員に虐待防止の徹底をしている。また、普段より、虐待に繋がる職員の言動についても、職員同士で注意しあえるようにしている。		
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	現在対象となる方はおられない。		
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	契約の際には十分な説明を行っている。疑問等があれば随時受け付けている。		
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	利用者やご家族からの意見等は窓口を設け、随時受け付けている。また、年2回開催している家族会でお聞きした意見等についても、その後運営等の改善につなげている。	行事や外出、日常の暮らし等の様子を撮ったカラー写真を多数掲載したユニット別の広報誌を毎月発行、家族に送付し、喜ばれている。広報誌には職員異動や職員紹介、行事報告や行事予定を載せている。納涼祭ともちつき等の年末忘れ会の日に「家族会」を開催しており、約半数の家族が参加している。家族会では家族同士のフランクな話し合いがあり、率直な意見が出ている。「口腔ケアをしてほしい」に対して1日2回だったのを3回に増やしている。「利用者を歩かせてほしい」については「365歩のマーチ」をBGMにして毎日歩く時間を設けている。この時は車椅子、押し車、杖の人も含めて利用者は全員楽しく歩いている。	

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
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	毎月実施している会議にて、意見交換を行っている。また、随時、意見や提案は聞き、運営等に反映している。事業計画等を立てる際にも、意見を聞いている。	法人からの報告、委員会やユニットの報告、ホームの運営の検討、内部研修等を実施する全体会議とユニットの運営検討、利用者のカンファレンス等を話し合うユニット会議を毎月実施している。会議では職員は「来年度はこんなことに力を入れていこう」等、積極的に意見や提案を出している。職員は身体拘束適正化委員、広報発行、利用者担当等、業務の役割を分担している。法人は人材育成として職務別や入職年数別の研修カリキュラムがあり、該当職員は受講している。テーマ別の研修もある。ホームでは年数回の研修を実施している。職員は毎年自己評価シートの記入により自身の目標を申告、上司との面談で達成に励んでいる。京丹後市のグループホーム意見交換会に参加、交流と学びをしている。	
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	半年に1回の人事考課において、個人面談・評価を行い、個々に応じた指導・アドバイスを行うと共に、職員からの意見や悩み等も聞いている。		
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	個々に応じた内外の研修に参加できる機会を設けている。また、資格取得の支援も行っている。		
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	職京丹後市内のグループホーム事業所と、2か月に1回職員の意見交換会を行っており、そこに毎回2名が参加し、交流をしている。また、管理者は、2ヶ月に1回高齢者部会で意見交換を行っている。		
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	入居前の面接時に十分に話を聞き、安心の確保に努めている。要望等はしっかりと聞き、それが叶えられるよう配慮している。また入居直後には、不安な様子がないか深く観察し、そばに寄り添い関係作りに努めている。		

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
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	入居直前には、事前説明を行うと共に、施設内を案内し、入居後の生活に不安を感じられないよう、丁寧に説明をしている。また、電話等で随時質問や要望もお聞きしている。		
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	入居前の生活や環境が、可能な限り継続できるように、福祉用具の利用等の相談にもなっている。		
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	入居者1人ずつに担当職員が付き、より深く関わっている。 個々に応じた簡単な家事等の役割を持って生活していただけるよう支援している。		
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	毎月たよりにて、様子を伝えている。また、電話等で様子の変化等をお伝えしたり、ご本人からの要望等もお伝えしている。通院の支援はご家族にいただいている。		
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	ご家族だけでなく、知人等の訪問を受けたり、ご本人の自宅や周辺への外出も行っている。地元の行事への参加の支援も行っている。	利用者が近所付き合いをしていた人、かつての仕事仲間、教師をしていた時の教え子等が面会にきてくれて、利用者は懐かしく、喜んでおしゃべりしている。続けてきてもらえるように職員は声掛けしている。一人暮らしをしていた自宅が気になり、「行きたい」といわれたときは職員が同行している。その時近所の人に出会えることもある。入居前共同作業所を利用していた人を職員が毎朝同行している。利用者は作業所の仲間や職員との交流を楽しんでいる。入居前に住んでいた地域から敬老会の案内がくると「参加したい」という希望があり、職員が同行している。	
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	入居者同士の関係性を考慮し、テーブルの配置や時には席替えを行っている。職員が間に入りながら、入居者同士で関わり合えるよう配慮している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居されたあとも、かえでに訪問して下さるご家族もおられる。特養に入所された方には、面会に行かせてもらうこともある。		
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	普段から、ご本人やご家族の思いや要望をお聞きしている。また、日々の関わりの中から聞き取ったり感じたことも日誌に書きとめ、会議等でも共有している。ケアプラン更新時にも要望等はお聞きしている。	契約時には利用者と家族に対して管理者や主任がホームの説明をすると共に利用に至る状況、医療や介護の情報等を収集、暮らしの環境を知るようにしている。生活歴は家族に聞いているものの情報は少ない。利用者の思いは「みなさんと仲良く暮らしたい」「食事の支度ができないのでお願いします」「カラオケで歌をおもいきり歌いたい」「家族に迷惑をかけないようにしたい」等を記録している。どんな暮らしがしたいのか、好きなことは何か、何がしたいのかについてはあいまいである。	長い人生を過ごしてきた利用者のグループホームでの暮らしを支援するためには利用者を深く理解することが欠かせない。出身地、生家の仕事、父母や兄弟姉妹、子ども時代のこと、現役の時の仕事や友人、趣味、結婚後の夫・妻の仕事、子どものこと等々、利用者の生活歴の情報を収集することが望まれる。
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の面接等で、生活歴や馴染みの暮らし方等は聞き取りしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	業務日誌やちょうじゆの記録、口頭での申し送り等で、情報共有している。		
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	ご本人やご家族の要望をお聞きし、入居者がしたいこと、馴染みの生活習慣等が行えるよう、会議等で検討し、介護計画書を作成している。	利用者の入居にあたり担当職員を決め、その職員がアセスメントし介護計画を作成、ユニット会議でケアマネジャーや他の職員と検討、介護計画には家族の意見も聞いている。介護計画は「外出や行事、レクに参加」「できることが継続できるように見守りや声掛けをする」「することが困難なことは支援する」「不安そうなときは寄り添う」等々、多くの項目がほとんどの利用者に通じる内容である。介護記録はバイタル、食事や水分量、排泄、入浴、服薬等のデータと時間ごとの利用者の様子を書いている。介護計画の実施記録は一部のみである。モニタリングはしていない。	利用者の介護計画は認知症ケアや介護の基本的な共通項目だけでなく、利用者がどのような暮らしを望んでいるのか、入居前はいろんなことができなくなってあきらめていたけれど、したいこと、行きたいところ、食べたいもの、会いたい人等々がどの利用者にもあるはず。利用者ごとに異なる介護計画の項目が必要である。介護記録は介護計画のそういった固有の項目を実施したときの利用者の様子を記録し、モニタリングはそういった介護計画の評価をする。以上の3点が望まれる。

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	日々の様子は、業務日誌やちょうじゅに記録し、職員間で共有している。また、口頭でも随時申し送りをし、実践や介護計画に反映している。		
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	救急受診の付き添うを行ったり、訪問看護の利用等も行っている。		
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	ボランティアグループの活用を行っている。また、地域の行事等にも積極的に参加している。		
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	入居前からのかかりつけ医へ継続して受診していただいている。通院時には、最近の様子や相談事を書面にまとめ、バイタル表と共にお渡ししている。時には、直接主治医より指示を受けることもある。	利用者の入居前からのかかりつけ医を大事にし、定期受診は家族が同行している。利用者のホームでの様子や状態は文書にまとめ、バイタル表と共に家族を通じて医師に見せている。医師からの指示も受けている。認知症の受診は弥栄病院物忘れ外来を利用している。	
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	かえでは看護師がいないので、法人内の看護師に相談したり、状態確認を依頼している。病院の地域連携室を通して医師につないでいただくこともある。		
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。	担当医や地域連携室のソーシャルワーカーを通して情報交換や相談をしている。入院時にはかえでの様子等を書面でお伝えしている。カンファレンスが実施される時は参加している。		

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
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、事業所ですることが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GHではできないことや重度化された時のことはお伝えしている。また、入院されたり、状態が変化された時等にも随時説明している。 ターミナルケアについても、ご家族の意向をお聞きしながら、必要に応じて進めている。	利用者の重度化や終末期に関して、契約時に利用者と家族に対してホームの方針を説明している。ホームとしては医師・看護師がいないなかで医療的な対応はできないこと、家族が希望すれば訪問看護の利用はできること、利用者のかかりつけ医に十分相談してほしいこと等を理解してもらっている。利用者はまだ元気な人が多いため、終末期のことはわからないという人が多い。この2年間、ホームで終末期を迎えた利用者はいない。	
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	消防署員による救急時対応の研修を実施している。施設内にAEDも設置し、使用方法についても、研修を受けている。		
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	火事、地震、水害の避難訓練を定期的に行っている。地域の方にも参加していただく機会も設けている。	火事、地震、水害に対する避難訓練は隔月に実施しており、年に1回は消防署が立ち会っている。運営推進会議の委員が参加するときもある。避難場所は同法人の「弥栄はごろも苑」で徒歩5分である。そこにいる職員にも支援してもらえる。備蓄を準備、ハザードマップはスタッフ室に掲示、職員は危険箇所を認識している。AEDを備え、職員は救急救命訓練を受講している。	
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	年長者であることに敬意を払い、言葉使いに気をつけている。排泄への声掛けは周囲にわからないよう配慮している。写真掲載については意思確認を行い、入居時同意を書面にてもらっている。	利用者への声掛けや対応について「自分の両親がされたいやなこと、言われたらいやなことはしない、言わない」、これを基本方針としている。利用者子ども扱いすることは禁止している。利用者のプライバシーに配慮して職員会議は事務室で、職員同士の申し送りは小声で実施している。暮らしでは職員の押し付けでなく利用者が決めることができるように、どんなことも利用者に聞いている。希望に対応するため、飲み物はお茶、麦茶、コーヒー、紅茶、ジュース、アップルティ、カルピス等各種用意している。利用者の化粧、髪形、髭剃り等、希望に添って支援している。	
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	職員本位ではなく、ご本人の思いを尊重し、意思決定できるような声掛けを心がけている。 ご本人が希望すれば選挙にも行っている。		

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
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりのペースを大切に過ごしていただいている。どのように過ごすかは、ご本人に合わせている。散歩や入浴なども、行きたい時に行けるよう、可能な限り支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	毎朝、整容の支援を行っている。口紅をつけたり、髪を整えたり、服を選ぶなど、おしゃれができるように支援している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に買い物に行ったり、野菜切り等や食卓の準備、食器洗い等、できることをしていただいている。食べたいものを聞き、献立に取り入れている。	利用者の意見を聞き、職員が毎日献立を立て、利用者連れて食材の買物に行っている。季節感を大切に、肉や魚、野菜等洋中のバラエティに富んだ家庭料理である。カロリー値の点検ではなく、利用者の体重管理をしている。畑で収穫した野菜や家族や地域の人にもらった野菜も使っている。利用者と職員と一緒に調理をする。おせち、節分、ひな祭り等の行事食も手作りである。時にはたこ焼き、お好み焼き、焼きそば等をみんなで作ることもある。数人ずつが食卓を囲み、会話しながら食事を楽しんでいる。認知症により食事摂取が困難な人や嚥下困難な人はいない。	
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日の摂取量を記載している。病状やご本人の希望を考慮しながら、量や形状等を工夫している。特に夏場の水分摂取については、十分注意し、好まれる飲み物を提供している。		
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	毎食後、歯磨き・入れ歯洗浄等の支援を行っている。個々に合わせて、声掛け・見守り・一部介助を行っている。		
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	個々の排泄パターンを把握し、それぞれに適した支援方法を検討すると共に、パンツやパッド等の検討も行っている。	尿意があり、トイレの場所を知っているという排泄が自立している利用者は約半数である。自立の人も含めて立ち上がったたり、もじもじしたりという動作により職員がトイレ誘導している。おむつの利用者は1人である。排便は牛乳、運動、水分等で支援している。下剤を常用していた利用者には飲まないことを試してみると、自然排便があり、下剤は不要になったという改善例がある。	

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
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	牛乳の提供や、水分摂取量を把握するなど、便秘の予防に努めている。また、歩行や体操など、運動する機会も多く取っている。主治医の指示を仰ぎながら下剤の調整もしている。減らした方もいる。		
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	曜日は決めず、入浴の間隔を見ながら誘っている。ご本人の希望がある時は、随時入浴していただけるようにしている。また、気が乗らない時は時間を置いて再度誘ったり、次の日にしたり柔軟に対応している。	浴室は広く、個浴のそばに大きな窓があり、明るい。午後の時間帯に利用者に声掛けし、入りたい人を支援している。どの利用者も毎月9回～10回入っている。湯の温度、入っている時間等は利用者の好みにあわせている。利用者はゆっくり湯に浸かって介助の職員との会話を楽しんでいる。	
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、ご本人が休みたい時に自由に休んでいただいている。夜の就寝も、ご本人に合わせた時間での支援をしている。寝具や空調、明かり等も、ご本人に合わせて調整している。		
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	薬の説明書をファイルし、常に確認できるようにしている。服薬内容の変更があった時は、様子観察を注意深く行い、副作用が現れた時など必要に応じてご家族や主治医に報告・相談をしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活歴や趣味等の把握には努めている。好きなことが継続してできるよう支援している。生活の中に、楽しみを持っていただけるよう、個々に合わせたレクリエーションなどを行っている。		

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
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	全員での外出だけでなく、個々の希望に応じた個別の外出も行っている。買い物、自宅への外出、カラオケ等	気候が良く天気が好ければ利用者は出かけたいときに自由に外にでて、近くの清流にかかる橋のあたりで景色を眺め、満足してホームに帰ってくる。もっと遠くまで出かける人には職員がついていく。車椅子や歩行見守りが必要な人には職員が意識して声掛けし、散歩に同行している。どの利用者も毎週1回は外出するように支援している。花見は溝谷区の広場やグループホームもみじの近くの公民館へみんなで出かける。利用者に人気の魚っ知館やひまわりやアジサイのきれいな小野小町公園、海へのドライブ等、季節ごとの外出をしている。「ハンドクリームが買いたい」や「自宅を見に行きたい」等、利用者の希望には職員が同行している。	
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	ご本人管理のもと、お金を持っておられる方もおられる。買いたいものがある時など、希望に応じて対応している。		
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	希望される方には、自ら電話をかけられるよう支援している。 携帯電話を持っておられる方もいる。		
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	季節の花などを飾っている。	木製平屋建て、左右に2つの玄関ドアがあり、和と洋のユニットがある。いずれもミニキッチン付きの食堂と和机や衝立を置いた畳コーナーを備えている。洋ユニットには応接セットやピアノを置いた居間がある。ゆったりと広く明るい。中庭を眺める廊下もある。室内は季節のちぎり絵等を掛けたり、精巧な折り紙作品を飾ったりしている。落ち着いた空間である。	
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	ソファや椅子を置いてくつろげるよう工夫している。		

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	ご自宅から馴染みのものを持参してもらい、居心地のよい安心できる空間作りに心がけている。また、状態に応じて、配置を換えるなど、過ごしやすいように工夫している。	居室は和ユニットは畳敷きで襖戸の押し入れがついており、布団を敷いている人や低床ベッドを置いている人がある。洋ユニットは板敷に絨毯を敷き、ベッドを置いている。奥の大きなガラス戸からベランダに出て四季の風景を見たり、洗濯物を干したりしている。室内は明るく、ゆったりと広い。利用者は使い慣れた筆筒、机、椅子、衣装ケース、洋服掛け、テレビ等を持ち込んでいる。机の上に置かれた亡き夫の写真、化粧品、時計、本や筆記具、小さな飾り、壁に掛けた学習療法で仕上げた作品、誕生日祝いに職員からもらった色紙、自作のちぎり絵等々がベッドの上の布団や衣装掛けに掛けた衣類と共に、その部屋の利用者らしさを表している。	
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	椅子を手すり代わりに置いたり、自室がわかりづらい方には、目印になるものを置くなど工夫している。		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価		外部評価	
			実践状況		実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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				
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				
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				
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				
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				
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				

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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			

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
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			
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			
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			
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			
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			
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			
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
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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			

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
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			
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			
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			
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。			
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			
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			

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
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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			

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
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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			

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			
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			
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			
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			
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			
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			
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			