

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	4675500062		
法人名	有限会社 ふれあい企画		
事業所名	グループホーム みぞべ		
所在地	鹿児島県霧島市溝辺町崎森1891-15		
自己評価作成日	平成24年4月20日	評価結果市町村受理日	平成24年8月23日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	県ホームページより
----------	---------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 社会保障制度活用支援協会
所在地	鹿児島県鹿児島市城山一丁目16番7号
訪問調査日	平成24年5月23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)】

利用者様との会話の時間を大切に日々穏やかにゆったりゆったりと楽しく過ごして頂けるように取り組んでいる。地域との関わりを持ち良好な関係作りが出来るように取り組んでいる。また、園庭には畑もあり季節の野菜の収穫を楽しんだり季節を楽しんで頂けるように取り組んでいます。

【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)】

ホームは空港近くに位置し、開設10年を迎える。園庭には、楠木を囲んでベンチで外気浴をする利用者の姿や新聞を見たり、テレビを見るなど自由に過ごしている。運営推進会議では、多くの知見者の出席や個々の利用者状況を書面で説明するなど外部より意見を求めやすく、活発な意見交換が行われている。年2回の家族会では、事前アンケートをとり、家族会で回答するなど運営やケアに反映させている。炊作り時には、近隣住民の参加もあり協力的である。食事時に、家庭用エプロンを使用するなど人格尊重した配慮がなされている。社内やホーム独自の年間研修計画があり、管理者や職員は、介護技術の向上に努めている。

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)
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)
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)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

〔セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。〕

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を目に付くところに貼りいつでも言えるようにしている。理念を読み理念の実践に向け取り組んでいる。	ホームは、開設当初に作りあげた理念や各ユニット毎のサブテーマを目標とし、ホールや事務室などに掲示している。職員は、理念をしっかりと理解している。一人ひとりの能力に合わせた支援ができるように努めている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	散歩途中や買い物の際に声かけを行い、交流を図っている。地域の花見や美化作業など参加し日頃からの付き合いが行えるように取り組んでいる。	ホームは、自治会に加入し、回覧板などで地域情報を収集している。フラダンスやハーモニカグループなどのボランティアの受け入れや近隣を散歩中に畑作業をしている住民へ挨拶したりするなどして交流を深めている。	
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	運営推進会議の時など情報を提供し、認知症に対する理解を求めたり認知症を予防すると題し講演を行ったりしている。		
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	運営推進会議の際には、利用者様の状況など報告行っている。また、地域の方の意見も取り入れるようにしている。	2ヶ月毎の会議では、多くの知見者の出席もあり、活発な意見が議事録されている。個々の入居者状況も書面で説明し、地域に開かれた会が実現できている。ホームは、災害用の滑り台を設置するなどサービス向上に繋げている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市町村主催の健康福祉まつりの準備や大会など参加する様になっている。また、市町村で行われる研修などには参加し連携を図れるように努めている。	ホームは、市担当者へ業務相談や地域密着型サービス事業所連絡会で認知症高齢者の支援方法の勉強会へ参加するなど積極的に交流を図っている。年2回の介護相談員来訪時に高所に物を置かないなどサービス向上に取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束に関する勉強会を実施し、職員の共有認識を図っている。又、日々の申し送り時等には日々のケアを振り返り、自覚のない身体拘束がないか話し合いをしている。マニュアルを作成し閲覧できるようにしている。	職員は、社内研修やホーム独自で「拘束の廃止に向けて」の研修を行っている。職員間で申し送り時や日々の業務の中で身体拘束をしないケアを実現しているか確認している。	職員は、身体拘束の具体的な行為についての確認を行い、理解を深めていくことを期待します。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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	勉強会を開き職員へ説明を行っている。又、資料を閲覧できるようにしている。		

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
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	勉強会を開き職員へ説明を行っている。又、資料を閲覧できるようにしている。		
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	契約時には疑問点など説明する様にしており、その他にも随時、相談にのるようにしている。		
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	利用者の言葉や態度から思いを察する努力をしている。又、家族からの意見も取り入れる様にしている。随時、アンケートを取り要望を把握できるようにしている。	ホームは、面接時や毎月の便りなどで利用者状況を家族へ伝えている。ホームは、年2回の家族会時に事前アンケートをとり、家族会で回答しケアに反映させている。運営推進会議時の家族意見より看取りについてのアンケートをとる予定がある。	
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	ミーティング時等に意見を聞き話し合いを持ち出来る事は取り入れる様にしている。	管理者は、年1回の個人面談時や月1回のミーティング時などで職員の意見を聞ける場を設けている。全職員がホーム全員の利用者状況を把握するなど運営やケアに反映させている。ホームは、心理士によるカンファレンス導入予定である。	
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	管理者や職員の努力、実績、勤務状況を把握し給与及び賞与等を配慮している。また、職員の資格の取得に向けた支援を行っている。		
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	管理者や職員への勉強会及び研修会は月1回行い外部での研修にも参加させ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	グループホーム連絡協議会や地域密着型サービス事業者連合会があり、勉強会や他事業所との職員同士の交流が図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
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	入所前に面接を行い不安や要望など聴き取りできるだけ安心して頂けるようにしている。入所してからも個別に話を聞き、希望にそうようにしている。		
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	相談時より家族の困っている内容について他のサービスの説明も行い入所される場合の希望も聞くようにしている。		
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	相談を受けた際、他のサービスなど説明を行い選択できるようにしている。		
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	畑仕事や調理など利用者様と一緒に話し合いながら行ったりしている。また、一緒に楽しめるように工夫している。		
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	利用者の状況や日々の出来事など面会時等に連絡行い情報を共有できるようにしている。		
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	馴染みの友人など面会に来られる。また、入所以前からの病院を利用されたり関わりが継続できるように努めている。	馴染みの人や場については、入居前の情報や家族の面会時などで把握している。家族の協力で墓参りや親戚の顔合わせ、馴染みのすし屋へ行くなど個々に応じて支援している。	ホームは、馴染みの人や場の関係について、家族会や日頃の生活の中で情報収集し、書面化することで個々に応じたケアが充実できることを期待します。
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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	利用者間の関係を把握しその日の状況に応じ孤立しないよう楽しく過ごせるように努めている。		

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
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	退所後も電話など相談がある際には応じるようにしている。		
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	個別の思いなどを把握するように努めている。	職員は、個別支援時やくつろいでいる時などに本人の意向や思いを把握している。ケア記録に記載し、申し送り時や口頭で全職員が周知し、ケアにあたっている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人や家族に聞くなどして把握に努めており職員間でも共有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	個々のペースに合わせて過ごして頂き現状を把握しながら有する能力を活かせるように努めている。		
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	アセスメント時には本人、家族、職員の意見を取り入れ介護計画を作成している。又、状態変化時には介護計画の見直しを行っている。	プランは、利用者や家族からの聞き取りの他、主治医の意見を活かして作成している。サービス担当者会議は、家族も出席し、内容について共有している。モニタリングは、3ヶ月毎に計画作成担当者が全職員の意見を踏まえて行っている。	
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	個別に日々の記録を行い情報を共有できるようにしている。また、気づきがあった際には記録に残し介護計画に反映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	本人の状況に応じて通院など必要な支援を行うようにしている。		

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
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	消防や周辺地域への働きかけを行っている。地域のイベントや活動に参加している。		
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	入所時にかかりつけ医の確認を行い定期的に受診するようにしている。	利用者や家族の希望するかかりつけ医になっている。通院は、主にホームが支援しており、受診結果については、家族へ電話や毎月の便りで報告している。	
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	健康管理について看護職員と相談しながら随時、医療との連携を図るようにしている。		
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。	入院された場合は必ず退院後の話し合いを行っている。協力医療機関との関係作りも密に行っている。		
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	重度化に伴う事業所が対応し得る最大のケアについて説明を行うとともに定期的に話し合うようにしている。	重度化のケアについては、入居時より利用者や家族と話し合い、指針や同意書を交わしている。看取りケアについては、家族からの意見を踏まえて、ホームの体制作りや勉強会などを検討している。	
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	救急救命士による研修を行い参加するようにしている。マニュアルの作成も行っている。		
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	避難訓練を定期的に行い、地域の方々も災害時の対応についてはいろいろ運営推進会議の際などに情報提供をして下さったり、訓練にも参加頂いている。	ホームは、年2回の自主訓練や訓練時の反省を踏まえて行っている。滑り台・屋外放送・パトランプを設置している。地域の協力体制として、10名の地域住民の連絡網を作成中である。	

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
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	誘導の声かけや言葉かけなど 気をつけて行うようにしておりミーティング時など対応の仕方など話し合うようにしている。	職員は、認知症やプライバシーの研修をしている。人格の尊重として、食事時のエプロンを家庭用のものを使用するなど違和感のない配慮に努めている。	ホームは、認知症やプライバシーについて、研修記録を残し、全員周知できることを期待します。
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	入居者各々の特性や個性に合わせ笑顔や言動を引き出せるように 言葉かけ雰囲気作りを行い利用者様に選んで頂けるようにしている。		
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	その時々本人の気持ちや体調に考慮しながら柔軟に対応するようにしている。		
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	基本的に本人の意向で決めている。希望時には散髪など行っている。		
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	準備や片付けを職員と一緒にメニューも好みを聞きながら 楽しめるように工夫している。又、職員も同じ食事を食べながら食べこぼし等に対するサポートも行っている。	献立は、社内の管理栄養士が作成し、毎週水曜日は、利用者の希望のメニューを取り入れている。家族と外食したり、誕生日にはケーキでお祝いするなど食事を楽しむ工夫ができています。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事摂取量は毎食チェックしている。水分も常に気を付けて補給を促している。		
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、口腔ケアの声かけ介助を行っている。又、随時義歯の消毒を行っている。		

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	日中はトイレ誘導を行い、常時オムツを使用しないですむように支援している。	職員は、排泄記録簿で個々の排泄パターンを把握し、トイレへ誘導している。トイレ誘導時には、「トイレ」「お便所」など言い回しを変えることでスムーズに行えている。排泄の自立に向けての取り組みは、ケアプランにより記載されている。	
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	食事の際など食物繊維を含む献立を提供したり適度に運動を行って頂くようにしている。		
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	一人ひとりのペースに合わせて入浴してもらっている。また、希望時にはいつでも入浴できるように努めている。	入浴は、利用者の希望や体調に添って、週2～3回程度の支援ができています。ホームは、ゆずを浮かべたり、お茶粉を入れるなどして入浴を楽しむ工夫をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	睡眠パターンを把握し、夜間良眠できるように 日中の散歩や外気浴など行っている。又、表情など観察しながら疲れた様子見られるときには休むように声かけしている。		
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	主治医の指示通りに服用できるように1回分ずつ名前を書き分けて管理している。現在服用中の文献を一人ずつファイルしている。		
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	家事や畑仕事など役割を持ち楽しみを持ちながら過ごせるように支援している。		
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	近所の散歩を行ったり園庭で過ごして頂いたりしている。買い物等の声かけも行っており希望時には出かけたりしている。又、外出やドライブなどの機会を持つようにしている。	本人の希望に応じて、家族の協力により、ふるさと訪問や外食、墓参りなどの個別支援を実施している。近くを散歩したり、園庭のベンチでくつろぐなど外気浴に触れる支援をしている。	

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
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	力量に応じて金銭管理を行えるように支援して希望時には買い物などの支援を行っている。		
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	会話のできる人は電話や 難聴などで電話が難しい方は、手紙などいつでも使用できるようにしている。また、家族の方にもいつでも電話してくださいとお願いしている。		
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	ホールではメダカを育て、台所用品も家庭的なものを使用している。音などは状況に応じて声かけ行い配慮するようにしている。	ホールは、加湿器を設置しており、利用者の体調管理に役立てている。利用者に合わせて、ソファの硬さを配慮し準備するなど利用者が過ごしやすい工夫をしている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファや暖かい日は園庭に出てベンチで過ごすなどされている。		
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	入居時には今まで使用していたものを持ってきて下さるように話をしている。又、持参されたものを使用してもらっている。	利用者や家族への呼びかけにより、仏壇やタンスなど慣れ親しんだ物を持ち込んでいる。備え付けとして、壁付けの鏡がある。必要に応じて、扇風機を使用し、ホールからの冷温気を取り込み、居室の室温調整をしている。	ホームは、プライバシーの確保や空調管理を工夫することで快適に過ごせる環境づくりに努められることを期待します。
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	利用者の状態に合わせて手摺やトイレなど居住関係が適しているか見直し安全確保への配慮を行っている。		

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	理念を掲げ毎朝の申し送りの時に復唱し日々の仕事で実践するようにしている。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	散歩途中や買い物の際に声かけを行い、交流を図っている。地域の花見や美化作業など参加し日頃からの付き合いが行えるように取り組んでいる。		
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	運営推進会議の時など情報を提供し認知症に対する理解を求めたり、認知症を予防すると題し講演を行ったりしている。		
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	運営推進会議の際には利用者様の状況など報告を行っている。また、地域の方の意見も取り入れるようにしている。		
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	市町村主催の健康福祉まつりの準備や大会など参加するようにしている。また、市町村で行われる研修などには参加し連携を図れるように努めている。		
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	身体拘束に関する勉強会を実施し職員の共有認識を図っている。又、日々の申し送り時等には日々のケアを振り返り自覚のない身体拘束がないか話し合いをしている。マニュアルを作成し閲覧できるようにしている。		
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	勉強会を開き職員へ説明を行っている。又、資料を閲覧できるようにしている。		

自己評価	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	勉強会を開き職員へ説明を行っている。又、資料を閲覧できるようにしている。		
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	契約時には疑問点など説明する様にしており、その他にも随時、相談にのるようにしている。		
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	利用者の言葉や態度から思いを察する努力をしている。又、家族からの意見も取り入れるようにしている。随時、アンケートを取り要望を把握できるようにしている。		
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	ミーティング時等に意見を聞き話し合いを持ち出来る事は取り入れる様にしている。		
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	管理者や職員の努力、実績、勤務状況を把握し給与及び賞与等を配慮している。また、職員の資格の取得に向けた支援を行っている。		
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	管理者や職員への勉強会及び研修会は月1回行い外部での研修にも参加させ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	グループホーム連絡協議会や地域密着型サービス事業者連合会があり勉強会や他事業所との職員同士の交流が図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
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	入所前に面接を行い不安や要望など聴き取りできるだけ安心して頂けるようにしている。入所してからも個別に話を聞き、希望にそうようにしている。		
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	相談時より家族の困っている内容について他のサービスの説明も行い入所される場合の希望も聞くようにしている。		
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	相談を受けた際、他のサービスなど説明行い選択できるようにしている。		
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	畑仕事や調理など利用者様と一緒に話し合いながら行ったりしている。また、一緒に楽しめるように工夫している。		
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	利用者の状況や日々の出来事など面会時等に連絡行い情報を共有できるようにしている。		
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	馴染みの友人など面会に来られる。また、入所以前からの病院を利用されたり関わりが継続できるように努めている。		
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	利用者間の関係を把握しその日の状況に応じ孤立しないよう楽しく過ごせるように努めている。		

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
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	退所後も電話など相談がある際には応じるようにしている。		
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	個別の思いなどを把握するように努めている。		
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	本人や家族に聞くなどして把握に努めており職員間でも共有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	個々のペースに合わせて過ごして頂き現状を把握しながら有する能力を活かせるように努めている。		
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	アセスメント時には本人、家族、職員の意見を取り入れ介護計画を作成している。又、状態変化時には介護計画の見直しを行っている。		
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	個別に日々の記録を行い、情報を共有できるようにしている。また、気づきがあった際には記録に残し、介護計画に反映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	本人の状況に応じて通院など必要な支援を行うようにしている。		

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
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	消防や周辺地域への働きかけを行っている。地域のイベントや活動に参加している。		
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	入所時にかかりつけ医の確認を行い定期的に受診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	健康管理について看護職員と相談しながら随時、医療との連携を図るようにしている。		
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。	入院された場合は必ず退院後の話し合いを行っている。協力医療機関との関係作りも密に行っている。		
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	重度化に伴う事業所が対応し得る最大のケアについて説明行うとともに定期的に話し合うようにしている。		
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	救急救命士による研修を行い参加するようにしている。マニュアルの作成も行っている。		
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	避難訓練を定期的に行い、地域の方々も災害時の対応についてはいろいろ運営推進会議の際などに情報提供をして下さったり訓練にも参加頂いている。		

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
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	誘導の声かけや言葉かけなど 気をつけて行うようにしておりミーティング時など対応の仕方など話し合うようにしている。		
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	入居者各々の特性や個性に合わせ 笑顔や言動を引き出せるように言葉かけ雰囲気作りを行い利用者様に選んで頂けるようにしている。		
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	その時々本人の気持ちや体調に考慮しながら柔軟に対応するようにしている。		
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	基本的に本人の意向で決めている。希望時には散髪など行っている。		
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	準備や片付けを職員と一緒に メニューも好みを聞きながら楽しめるように工夫している。又、職員も同じ食事を食べながら、食べこぼし等に対するサポートも行っている。		
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	食事摂取量は毎食チェックしている。水分も常に気を付けて補給を促している。		
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、口腔ケアの声かけ介助を行っている。又、随時義歯の消毒を行っている。		

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	日中、夜間共に排泄記録を付け各々の排尿間隔に応じた誘導を行っている。		
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	適度な水分摂取や食事の際など食物繊維を含む献立を提供したり適度に運動を行って頂くようにしている。		
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	一人ひとりのペースに合わせ入浴してもらっている。また、希望時にはいつでも入浴できるように努めている。		
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	睡眠パターンを把握し、夜間良眠できるように日中の散歩や外気浴など行っている。又、表情など観察しながら疲れた様子見られるときには休むように声かけしている。		
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	主治医の指示通りに服用できるように1回分ずつ名前を書き分けて管理している。現在服用中の文献を一人ずつファイルしている。		
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	家事や畑仕事など役割を持ち楽しみを持ちながら過ごせるように支援している。		
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	近所の散歩を行ったり園庭で過ごして頂いたりしている。買い物等の声かけも行っており希望時には出かけたりしている。又、外出やドライブなどの機会を持つようにしている。		

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
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	力量に応じて金銭管理を行えるように支援して希望時には買い物などの支援を行っている。		
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	会話のできる人は電話や難聴などで電話が難しい方は手紙など いつでも使用できるようにしている。また、家族の方にもいつでも電話してくださいとお願いしている。		
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	季節を感じられるような草花や飾りなどでディスプレイし台所用品も家庭的なものを使用している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファや暖かい日は園庭に出てベンチで過ごすなどされている。		
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	入居時には今まで使用していたものを持ってきて下さるように話をしている。又、持参されたものを使用してもらっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	利用者の状態に合わせて手摺やトイレなど居住関係が適しているか見直し安全確保への配慮を行っている。		