

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	毎朝の申し送り時に理念を唱和し共有している。問題が発生した時は理念を振り返り解決に繋げている	地域の方々と連携しながら、その人らしく地域の中で暮らせるようにという地域密着型サービスの考え方を踏まえた理念がつけられている。毎朝職員で理念を唱和し、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	近くの郵便局や商店など利用者が希望すれば直ちに付き添い出かけている	隣接の特別養護老人ホームと一緒に、地域の保育園児や小学校児童の訪問を受けたり、秋祭りの山車が施設に寄ってもらうなど地域と交流している。また、利用者と一緒に花を植えたプランターを、近くのJRの駅に置いて、JR利用客に楽しんでもらっている。	
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	郵便局や商店に行った時、局員や商店の方に、又運営推進会議の時、区長を通し地域の方々に理解と協力をお願いしている	/	/
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、そこで意見をサービス向上に活かしている	秋祭りは見物のみであったが、施設より希望し地域の方々とは交流できるようになり、喜んでいる	運営推進会議は市担当職員、地域の区長、家族代表、職員等の参加を得て、2ヶ月に1回開催されている。会議の中で事業所から地域への要望で、秋祭りの山車巡行が事業所内に寄ってもらうようになった。この会議を活かして、さらに地域との交流を深める予定である。	
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	運営推進会議には市職員の出席があり、報告をしたり要望や質問をし、協力関係を築いている		
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	身体拘束廃止委員会があり職員の代表が毎月出席し職場全体で身体拘束廃止に取り組んでいる	昼間玄関は施錠されていない。外出願望の利用者は、制止せずにできるだけ職員が付き添うようにしている。身体拘束廃止委員会を月1回実施し、内容を職員全体に伝え、考え方を共有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	マナー委員会があり月に一度会議を開いている 又外部の高齢者虐待の研修会に参加するなど職場全体で取り組んでいる	/	/

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
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	外部の成年後見制度研修に参加し職員会議や復命書で報告している 又現在成年後見制度の利用申請中である		
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	重要事項説明書を基に説明し疑問点などあれば全て説明している		
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	運営推進会議で利用者や家族の意見・要望を聞いている ご意見箱を設置している 苦情を聞いた場合は直ちにクレームシートに記入し全員で話し合い解決するようにしている	意見箱を玄関に設置しているが、面会時に直接家族から意見を聴くことが多い。あまり面会に来られない方には、電話で利用者の近況を伝えると共に要望を聴くようにしている。ADLなどに変化があった時は、時には、個別に面談している。利用者からは、買い物したい物とか行きたい所などを聴いている。	
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	職員会議を開き業務見直しを行っている 又必要であれば主任会議や所属長会議に提案することも出来る体制がある	日々の活動の中で、職員が気づいたことは管理者に伝えている。重要なことは、主任会議や所属長会議、法人の全体会議で管理者が提案している。また、「つづやきノート」をつくり、日々の職員の気づきを共有している。	カンファレンスや運営に関する話し合いをする機会を設け、少なくとも月一回職員会議を開催する取組みが望まれる。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員個々に能力に合った担当を決めたり、希望に添った勤務体制や休暇を取っている		
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	法人内で定期的な認知症研修や介護福祉士取得のための介護実技研修を行っている 法人外研修は交代で研修に参加したり、希望があれば希望者が研修に参加できる体制になっている		
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	老施協のグループホーム連絡会で交流や勉強会、意見交換会を開きお互いの活動や困難事例など検討しサービスの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
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	入所前には必ず施設見学して頂き本人や家族の要望、また関係機関から身体状況などを聞きアセスメントを取り、安心していただける様努めている		
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	アセスメントを基に家族と相談しながら介護計画書を作成している 「グループホームだより」を毎月送付し入所後の様子を手紙や写真で伝え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	ケアマネや関係機関からの情報収集と家族や本人との面接時に必要としている支援を見極めサービス計画書を作成している		
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	個々の能力に応じた家事や作業を手伝っていただく中で、しきたりや風習を教えてもらいお互いに支えあう関係を築いている		
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	面会や外出、外泊などの機会を増やし少しでも家族との時間を多く持っていただくよう勧めている		
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	馴染みの店に買い物に行ったり、家族以外の馴染みの人との交流を勧めている	面会者は家族だけでなく、友人や知人も訪ねてくれる。馴染みのお店や美容院に行くことがある。利用者が絵手紙クラブでつくった葉書を、家族や友人に出すことを支援している。	
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	個々の性格や相性などを考えテーブルの席を決めたり、一人で落ち着く場所を作るなど、利用者同士がより良い関係を保てるよう努めている		
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	退所後の関係機関への情報提供や、家族の相談に応じたり調整している		

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
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	本人や家族から、今迄の暮らし方やこれからの希望を聞き対応あいている 又、その時々本人の思いに可能な限り対応するよう努めている	入居の段階で、本人や家族から暮らしの希望を聴いている。日々の生活の中でも、一人ひとりの思いや要望等を聴くようにしている。外出や買い物などの要望も、可能な限り対応している。	アセスメントシートに病歴やADLだけでなく、本人の生活歴や生きがい、趣味や特技などをより把握できるようなアセスメントシートに工夫されることが望まれる。
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	入所時にはケアマネや関係機関、家族等から現在までの経過を聞き生活歴や暮らし方など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	日々の状態を記録し、その日の状態や一人ひとりの能力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	本人や家族、関係機関などから課題を聞き取り、介護計画書を作成している 介護計画を基にモニタリングを実施、6か月毎に評価して、家族や担当者から意見を聞きプランの見直しを行っている	本人や家族の要望、日々の介護記録や職員の「つぶやきノート」を参考に、介護計画がつくられている。介護計画は日々モニタリングを行い、6か月に一度更新されている。	ADLの維持改善に加え、本人の生活歴や趣味・特技、生きがいなどから、笑顔が増えるプランもあればさらに良いと思われる。
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	毎日の記録と気づきノートや介護計画書(独自のもの)に記入し家族や担当者で話し合いプランを見直している		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人や家族の希望があれば、身体状況の変化に伴い、その都度可能な限り対応している		

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
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	馴染みの商店や郵便局、寺、神社、公園などに行くことで楽しみや生きがいをもって生活できる様支援している		
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	本人及び家族の希望するかかりつけ医に入所後も受診や往診が受けられるよう支援している	月に1回、協力医療機関の認知症専門のかかりつけ医に、職員が付き添って受診している。本人のかかりつけ医の受診については、家族にお願いしている。	
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	定期受診時に医師に相談している 緊急時は隣接の特養看護師に対応してもらうなど協力を得ている		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中は病院の医療相談課と連絡を取りながら情報交換や相談に努めている		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期については主治医より家族に現状を説明する 又、施設で出来る事出来ない事を伝え関係者と共に支援に取り組んでいる	重度化しても食事が摂れる間は、事業所内で対応することになっている。医療行為が必要になった時には、隣接の特別養護老人ホームの利用や病院への入院など、家族や主治医と相談し対応している。	
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	急変や事故発生時に備え、応急手当や初期対応の基礎知識のファイルを常に目につくよう作成している		
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	災害対策マニュアルを作成し職員がいつでも閲覧できるようにしている 年2回防災訓練の実施や、消防署での体験学習に参加している 運営推進会議にて区長に協力依頼をしている	夜間想定避難訓練も含め、年2回避難訓練を実施している。また、隣接の特別養護老人ホームとの合同訓練を消防署や地域の方も参加して行っている。法人全体で水や食糧等の備蓄も行われている。	

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	マナー委員会を月1回開催し代表1名が参加している マナー委員会や研修を通じて常に心がけ、言葉かけや対応をしている	毎月マナー向上委員会を行い、利用者を年長者として尊敬し、一人ひとり個性に合わせた声かけを心がけている。居室に入る時は、本人の了解を得ている。プライバシーにかかわる書類等は、事務所内に一括管理されている。	
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	自己決定できるような言葉かけをするよう指導し、利用者の思いを聞くよう努めている		
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	利用者の思いを優先に外出や入浴など常に対応できるよう心がけている		
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	更衣時や外出時の洋服を選んだり、化粧品や衣類を買いに出かけている		
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	盛り付けやテーブルの準備、後片付け、食器洗いなどそれぞれが出来る範囲で一緒に行っている 時々おやつ作りを一緒にしている	食事は、隣接する特別養護老人ホームで作られた料理を盛り付け提供している。テーブルには手作りのランチョンマットを敷かれ、楽しい雰囲気を醸し出している。バイキング料理やバーベキュー大会の日もある。利用者は食事の片づけを手伝える範囲で行っている。	
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	栄養士の献立により食事量や栄養バランスを摂っている 食事のほかに10時と15時には好みの飲み物、夜間はお茶やスポーツ飲料水などを摂っていただくなど水分確保に努めている		
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	毎食後に口腔ケアを実施、能力に応じて歯磨きの支援を行っている		

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	個々の排泄パターンを把握しトイレでの排泄を心掛けている 尿意や便意の無い方は様子を見ながらトイレでの排泄支援を行っている	利用者のトイレ利用直後に排泄の有無を確認し、記録して個々の排泄パターンを把握している。排泄の自立支援に心がけ、トイレ表示を大きくしたり、タイミングの良い声かけを実施している。	
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	主治医と相談しながら薬を調整している 又ヨーグルト、牛乳、バナナなど個々に応じて摂取している 歩行や体操、腹部マッサージなど、その時に応じて実施している		
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	ほぼ日程は決めているが本人の希望や排泄の失敗時は何時でも対応は可能である	午後の時間帯で週3回以上、ゆっくりリラックスして入れるように心がけている。希望があれば、夜間入浴も可能である。時には、入浴剤や柚子を入れて楽しむこともある。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	昼夜問わずいつでも休息がとれ、眠れるように準備している		
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	処方箋のチェックと薬の目的、副作用、用法など理解し服用後の様子を観察し受診時主治医に伝えている		
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	クラブ活動や散歩、欲しいものを買に行きなどそれぞれ希望があれば可能な限り対応している		
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	郵便局や 駅前の商店に買い物に行ったり、季節毎に花見などのドライブに出かけている	近くの駅の商店に買い物によく出かけている。また、月3回の買い物ツアーや、花見に車で出かけることもある。玄関を出たところにテーブルとイスが置かれており、気候の良い時はそこでお茶を楽しんでいる。隣接する特別養護老人ホームやデイサービスでの行事やイベントに参加している。	

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
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	希望者は現金を持ち買い物に行くなど自己管理している 又買い物はするが管理できない人は預かり、行く時に現金を渡している		
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	希望があれば電話をしたり、掛かってきたら取次をしている 又絵手紙クラブの作品や年賀状のやり取りをしている		
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	温度調整や明るさ音、臭気など常に注意し季節の花や飾りをし居心地良く過ごせるよう工夫をしている	居間はゆったりとしており、椅子席とソファが置かれている。廊下の各所に小物を置けるスペースがあり、季節の生花や人形などが飾られている。1ユニットにトイレが4か所あり、すぐ近くのトイレを利用できる。お風呂は小型の浴槽が置かれ、ADLが低下しても安心して使うことができる。	
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	ソファや椅子を置き一人になったり、テーブルを囲み作業や会話ができるよう工夫している 春や秋には庭で過ごし季節を感じていただくよう工夫している		
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	家具は使い慣れた物を持ち込んで、家に近い環境作りをするよう家族にお願いしている	入口には手作りの木の表札が掛けられている。居室は、フローリングの部屋と畳の部屋がある。各部屋には、洗面台とクローゼット設置されている。使い慣れたベッドやタンス、イスやテレビなどが持ち込まれ、居心地良い空間になっている。	
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	居室はその方の家として生活していただくよう表札を掛けている トイレは分かりやすくするため大きな文字で表示している		