

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	令和元年8月1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.kaigokensaku.mhlw.go.jp
----------	---

【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	令和元年8月20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)】

その人らしく生活ができるように、本人の意思を尊重し柔軟な介助を努めています。申し送り時に、運営理念だけでなく介護に対する心構えも読み合わせし理解を深めています。母体が診療所であり、医師と24時間連絡体制を確保しています。また、必要に応じて看取りを行う体制も整えてあり、ご家族様にも安心していただけるように努めています。

【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)】

事業所周辺には、法人の診療所・歯科診療所・介護老人保健施設・ケアハウス等が点在し、総合避難訓練や終末期ターミナル体制を整えている。毎月の「つどい新聞」には、～介護の現場から～という職員による記述欄があり、職員による利用者のその人らしさを理解し、尊重していく過程が日常的な出来事を通して書かれている。また、食事のおいしさ、ある日の一日のメニュー、季節に応じた記事が記載され、家族へ発送している。食事とおやつは、利用者の食べたい物を中心に献立を立て、食材の発注から調理の食に関する一連の行為を担当職員が行っており、利用者はおしぼりの準備や、食後、職員が洗った食器を拭いている。また、利用者の状態に応じ食事形態を刻み食やミキサー食にかえて提供し、細かく刻むなどミキシングする場合は、先に食べ物を利用者に見せてから行う工夫もしている。

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

楓

[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	皆が見える場所に掲示しており、朝の申し送りの時に読み合わせをし理解を深めている。	その人らしい生活、良好な関係、安心して暮らせる環境、地域社会の貢献という理念を、申し送りや会議を通じて話し合うことで、職員は利用者のことを理解し、一丸となってサービスの実践に取り組んでいる。	
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	周りの畑で作業をされている方と、挨拶を交わしたり話をしている。季節の花を見に行くなどし地域とのつながりを大事にしている。	散歩のときに、事業所周辺で農作業をしている方と言葉を交わすことがある。また、地域の地区行事などを回覧板で知ることができ、利用者が地域公民館活動にも参加することがある。	
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	認知症相談窓口を設置している。		
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	取組状況や、事故報告等を行い話し合い意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月毎の運営推進会議では、現状報告として利用者の様子や活動内容等の報告をし意見交換をしているが、家族の出席が毎回2名程であり、家族の意見の反映にやや乏しい面がある。議事録を作成し、保管している。	多くの家族が出席できる工夫を期待したい。
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取り組んでいる	市役所の介護高齢課の担当の方と、地震や災害時には安否確認など連絡を密に取っている。	市担当課が運営推進会議に出席し、事故報告や感染症予防など意見交換を行うことで、連携を深めている。	運営推進会議には市担当課職員が毎回出席し、質問している。また、事故報告の折、適切な助言をしてくれる。
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	2ヶ月に1度「身体拘束等廃止委員会」を設け、理解を深め拘束しないケアに取り組んでいる。	身体拘束等廃止委員会を立上げ、研修会に参加した委員より職員へ伝達されている。言葉・身体拘束にあたる具体的な行為を理解し、拘束しない支援に努めている。玄関は開錠され、自由に出入りしている。	
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	介護に対する心得を申し送り時に皆で読み、虐待防止に努めている。		

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	研修に参加して得た情報を、定例会にて共有している。		
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対応し、十分な説明を行っている。不明な点がある場合、時間をもうけ話し合っている。		
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	意見箱を設置したり、ご家族の来所時には近況を報告し意見や要望を聞いたり努めている。	面会時に、家族と会話することで要望を聞き、日誌に記録することで、職員で共有できるようにしている。また、定期的に「つどい新聞」に、日々の利用者の様子を掲載することで、意見が反映されるようにしている。	
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	月に1度定例会を行い、意見を出し合っている。	毎月の定例会議は、管理者が中心になり開かれ、職員からの外食会やレクリエーション行事などの提案を話し合い、反映できるようにしている。	
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	個々に役割をもち、より良くするために相談し向上心を持っている。		
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	職員のレベルアップや、抱えている課題に合わせ研修に参加する時間を作っている。		
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	主に管理者となるが、市内のGH、STKの意見情報交換会に参加し、サービスの向上させていく取り組みを行っている。		

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
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	事前にご本人の生活や特徴などの情報を共有し、こちらから積極的に声をかけ悩みや不安、要望等話してもらえるように努めている。		
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	ご家族から話を聞き、不安や要望を把握し信頼関係を築いていけるように努めている。		
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	集めた情報を基に、方針を考え必要なサービスを提供している。		
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	出来る事を一緒に行い、家族の様に接する事を心掛けている。		
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	ご家族が面会に来所された際に、個々の状況を報告したりお便りや電話をし、情報を共有している。		
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	ご家族や友人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。	家族の送迎で馴染みの美容院へ行き、毛染めやカットをしてくる利用者や、利用者の所へ昔からの友人が訪れている。	
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	誕生会などを行い、利用者同士で話せる環境を提供している。また、必要があれば職員が間に入り孤立する事のないように努めている。		

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	基本的には看取りまで行い、転居の際には介護サマリーで詳細な情報を提供したり相談に乗ったりしている。		
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	日々の声掛け、会話の中で見せる表情や言動からご本人の思いや希望、意向を把握するように努めている。	家族からの情報を参考にすることや、本人の言葉・本人との会話を大切にしている。困難な場合は、表情やしぐさで判断している。	
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	ご本人やご家族から聞き取りを行うほか、これまで利用していた施設等からも情報を集め把握に努めている。		
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	日々の申し送りや、記録(日誌や台帳)、ご本人の表情や介助時の身体の動き等から情報を共有し1人ひとり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	月に1回のモニタリングや3ヶ月毎の担当者会議、6ヶ月毎のケアプランで課題や目標を定め、ご家族や職員間で相談しながら行っている。	毎月1回の定例会議で、支援・援助内容の効果を評価し、次の評価に活かしている。利用者2~3名の担当制であり、会議を通じて他職員からの意見も参考にして、介護計画の見直しに反映している。	
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	個別の日誌に日々の様子や気づき等を記入し、職員間で情報を共有し目標に対しての見直しに活かしている。		
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	同法人内の医師や理学療法士に状態の変化を報告・相談し指導を受けるなど、変化に応じて必要な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	地域のボランティアの方を、イベントの際にお願いしている。		
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	同法人の医師をかかりつけ医としているが、医師の判断やご家族の希望があれば、ご家族の付き添いの協力を得て他の病院にもかかれるようになっていく。	本人、家族が納得の上、法人内診療所の医師がかかりつけ医となっている。他科(耳鼻科、整形外科等)受診の場合は、原則、家族による受診支援であるが、状況に応じ職員が同行している。	
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	同法人の医師に毎日申し送りを行い、相談し指示をもらい必要に応じて受診や訪問診療をしている。		
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。	入院時など必要に応じて、介護サマリーなど提出し情報交換を行っている。		
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	入居の際に看取りについての説明を行っている。重度化した場合、医師からご家族に説明をしご本人・ご家族の希望にそって方針を考え支援を行っている。	入居時、本人、家族に事業所のできることを伝えるとともに、重度化した場合の希望を聞いている。利用者の症状変化に応じ医師に報告し、医師が家族への説明を含め対応し介護と医療が連携しているが、チームケアとしての研修が少ない。	他の専門職と連携し情報共有を図り支援していくためにも、職員にむけた研修会開催を期待したい。
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	救急救命講習は、交代で職員全員が受講している。		
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	年に2回総合避難訓練・月に1回の自主訓練を行い、通報・避難誘導を身につけるよう努めている。	年2回、消防署職員による消火器の使い方、避難方法について指導を受けている。毎月1回、夜間想定でベッドから車いす移乗や玄関への移動経路にかかる時間を測り訓練している。また、水害時の避難先は、事業所前の高台にあるケアハウスがある。	

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
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	自尊心に配慮した声掛けを行うよう心掛けている。居室のカーテンは開けたままにしないなど、プライバシーの保護に気を付けている。	居室に入るときはノックすることで、プライバシーに配慮している。言葉遣いに関する部分では、スピーチロックなどの強い口調や不穏になるような言葉を注意点に掲げ、基本は敬語を使うことや利用者の後ろから声をかけないように気をつけて支援している。	
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	おやつの際には、食べたいおやつを選んでいただいたり何種類かの飲み物の中から選択していただいている。		
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	個々のペースに合わせ、常に笑顔で過ごしていただけるような支援を心掛けている。		
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	普段からどのような色の服が好きかなど話したり、買い物の際には得た情報を参考に選んだりしていただいている。		
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	苦手な物を事前に教えていただき、違う物を提供するなど配慮している。洗った食器などを一緒に拭いてもらっている。	利用者の好みに配慮し、相談しながら献立を立て、事業所内で調理している。ミキサー食や刻み食が必要な場合には、ミキシング前の食べ物を見てもらっている。	
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	食事量・水分量とも10段階の表示で記録に残し、個々の摂取量や食事のバランスを解りやすくしている。		
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	毎食後必ず行い、ご本人で出来る方には見守り出来ない方にはお手伝いをし清潔保持に努めている。		

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
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	定刻のトイレ誘導を行っている。トイレで排泄が可能な方には日誌などから情報を得て個々にあったペースでトイレで排泄できるように支援している。	時間を決めたトイレ誘導と利用者の様子から判断した誘導を行っている。立位が不安定である利用者の場合は、トイレ内介助を行い安全面に配慮している。	
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	毎朝、牛乳・ヤクルト・ヨーグルトを個人に応じて摂取している。必要に応じて、医師の指示に従い投薬支援を行っている。		
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	個々の状態や体調に合わせて、無理なく入浴出来る様にしている。午前、午後と希望があれば可能な限り意思に沿った支援をしている。	利用者1名につき、週2～3回を目安に入浴している。入浴時の習慣や好み、回数等を記録する入浴ノートを作り、利用者が気持ちよく入浴できる支援に努めている。	
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	シーツ、布団カバー、枕カバー交換ノートを作成し順番で毎日交換している。汚染等あれば、速やかに交換し快適に休息・睡眠がとれるように支援している。		
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	朝・昼・夕・就寝前に飲む薬をそれぞれのケースに入れて分かりやすくしている。服薬時に飲み残しがないかそばにいて確認している。薬局でもらう個々の「お薬について」をファイルにし、いつでも見れるようにしてある。		
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	食器拭き・洗濯たたみ・おしぼり折りなど個々の出来る事を見つけて一緒に行っている。		
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	希望があれば、ご家族に連絡・相談し外出していただいている。近場の時は職員が付き添い外出している。	利用者の状況に応じ、近くのスーパーへ買い物に行くことや、事業所周辺に咲く花を見に行くこともある。家族と日程を決めて、地元つつじ見学に毎年行っている。	

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	ご家族からお預かりしたお小遣いは事務所で管理をし、買い物などの時はご本人にお渡しし欲しい物や必要な物を一緒に選び可能であれば支払いも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	ご家族から届いた手紙やプレゼントが届いた時など、電話をかけ会話ができるように支援している。		
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	毎朝、床・トイレ・洗面などの清掃を行っている。温度計を設置し快適に過ごせるようにしている。咲いている花を活けたりし居心地良く過ごせるように努めている。	オープンキッチン、食堂、居間(一部畳敷き)は、仕切りがなく広々している。温度調節(26~27℃)を職員が管理し、日めくりカレンダーや花を活け季節を感じられるようにしている。	
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	廊下に椅子・テーブルを置き、自由に座って景色や会話が楽しめるようにしている。		
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	自宅で使用していた馴染みのあるタンス・テレビ・写真や飾り物などを持ってきていただいている。	馴染みの物の持込みは自由であり、小タンスや写真立て、椅子が置かれている。洗面台の高さが調整できるので、車いす含め利用者の状態に応じて調整している。	
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	トイレや居室に目印をつけ分かりやすくしている。また、居室には入口に表札や暖簾などで自分の部屋がわかりやすくしている。		

自己評価および外部評価結果

桜

[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	職員の見える場所に掲示し、朝の申し送り時に読むことにより理念を共有している。		
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	地域の人との会話を通して交流を図ったり、地区の行事に参加している。		
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、窓口にはなっている。		
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	文章として残しており、意見など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取り組んでいる	主に管理者となるが市の高齢者支援課と連絡を取ったり、市のGH等協議会への参加をしている。		
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、拘束のないケアを行っている。チャイムか鈴の音で利用者の動きを把握し、対応にあたっている。委員会を設け拘束について話し合いを持っている。		
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	言葉の虐待を含め、防止に努めている。		

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	研修に参加し、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。個別とも行っている。		
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	ご家族の来所の際には、近況報告をしたり相談担当者を設け意見や要望を聞き、対処できるように努めている。		
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	意見を出しやすいように月に1回定例会を開き、話し合いを行っている。		
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	個々に役割を持つことで責任を持ち、向上心を持って行っている。		
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	レベルアップや課題に合わせて、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			

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	本人の生活歴や特徴などの情報を事前に共有し、こちらから積極的に声をかけ悩みや不安・要望等話してもらえるように努めている。		
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	ご家族から話を聞き、不安や要望を把握し信頼関係を築けるように努めている。		
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	集めた情報を基に、方針を考え必要なサービスを提供している。		
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	食事や会話を楽しんだり、洗濯たみや新聞・雑誌を見るなど出来る事は一緒に行い共に暮らす同居人として関係を築けるように努めている。		
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で伝えるなど、連絡を密に取っている。月に1回お便りで近況報告を行ったり、訪問時には日々の生活の様子を伝えたりしている。		
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	近くに買い物に出掛けたり、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	皆で話せる環境を提供し、耳が遠い方などには職員が間に入り孤立しないように努めている。		

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	基本的には看取りまで行い、転居の際には介護サマリーで詳細な情報を提供したり相談にのり支援に努めている。		
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	毎日のコミュニケーションを大切にする。本人の要望を聞く。意向を推測し検討する。		
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	ご本人、ご家族から聞き取りを行い、情報を共有している。施設等からも情報を集め共有している。		
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	日誌・台帳、ご本人の表情や会話などから心身の状態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	月に1回のモニタリングや3ヶ月毎の担当者会議、6ヶ月毎のケアプランで課題や目標を定めご家族、職員間で相談しながら行っている。		
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	個別の日誌にて日々の様子や気づき等を記入し、職員間で見直し活かしている。		
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	同法人内の医師に毎朝状態の報告を行い、指導を受けている。変化に応じて必要な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に努めている。		
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	ほとんどの方が、同法人の診療所の医師がかかりつけ医になっている。その他の病院の受診時にはご家族の協力も得ながら、送迎や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し、週1回程度健康管理、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。	入院時サマリーを提供している。入院中病院関係者と連絡を取り合い、状態の把握に努めている。		
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	看取りまで行っていることを入居時に説明している。重度化した場合、医師からの説明がご家族にされご本人・ご家族の希望に添えるよう必要なケアを行っている。		
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	普通救急救命講習や誤嚥の対処法などの研修に交代で参加している。		
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	年2回の総合避難訓練の他、月1回の自主訓練を行い避難経路と時間の確認・通報の動作確認等を行っている。近隣の人に災害時の協力の呼びかけを行っている。		

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
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	利用者をちゃん付けで呼んでしまう事も多くある。命令口調にならないようにソフトな声掛けを心掛けている。自尊心に配慮したケアを行える様に努めている。		
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	お茶の時間に数種類から選んでいただけるように働きかけている。入浴の際、自分で衣類を選んでもらっている。		
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	トイレや入浴など個々のペースに合わせている。新聞を好まれる方には毎朝用意するなど、個々のペースを大切にしよう心掛けている。		
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	化粧水や乳液など、無くなりそうになったら声をかけてもらい一緒に買いに行くか、職員が用意し継続してお洒落を楽しめ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	食事に使用するおしぼりを食前に利用者準備してもらっている。食器拭きを一緒に行っている。		
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	咀嚼や嚥下の状態を見極め、常食・刻み食・ミキサー食などにし個々に合わせて提供している。お茶が嫌いな利用者には、コーヒーやジュースなどで水分摂取を促している。		
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	歯ブラシを使用できない利用者には、口腔スポンジを使用。口をゆすげない利用者には洗口液を使用し口腔ケアをしている。		

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
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	定時のトイレ誘導を行っているが、個々の排泄状況を記録しパターンを把握し個々に合った介助をしている。		
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	牛乳、ヤクルト、ヨーグルト、かんてんゼリーなど個々に応じて摂取している。必要に応じて医師の指示をもらい服薬支援を行っている。		
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	入浴のノートに記録し、個々の状態に合わせて午前・午後のどちらでも入浴できるよう支援している。		
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	個々に合わせ自由に休息が取れる環境を整えている。空調などを使用し、快適に過ごせるように支援している。		
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	薬のケースを朝、昼、夕に分け分かりやすくしている。飲み残しが無いかの確認をしている。医師に状態報告している。薬の説明書もわかりやすいようファイルし目を通すようにしている。		
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	食後の食器拭きや洗濯物たたみなどをお願いし張り合いとなるよう支援している。お茶の時間には好みの飲み物を聞き提供している。		
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	ご家族の協力のもと、買い物・パーマをかけた他、他の病院を受診したり希望に沿った支援を務めている。		

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
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	ホーム内の金庫でお財布を預かり、買い物の際に本人に渡していただける方はレジ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	希望に応じて、手紙を書いたり電話で話せるように支援している。		
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	入浴時は暖簾で区切り、プライバシーを保護している。季節に合った花や壁飾りを飾っている。		
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自由にくつろげる空間を作っている。		
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	ご本人が使用していた家具類を持ってきていただいている。無い場合はホームで用意したものを使っている。		
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	トイレ居室には目印を付け分かりやすくしている。洗面台の高さを調節し、自立出来る様にしている。		