

### 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	2274202023		
法人名	株式会社 日本ケアクオリティ		
事業所名	グループホーム こもれび(1F、2F)		
所在地	静岡市葵区大岩4丁目 34番17号		
自己評価作成日	平成23年8月16日	評価結果市町村受理日	平成23年9月20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 [aigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2274202023&SC](http://aigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2274202023&SC)

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	有限会社システムデザイン研究所		
所在地	静岡市葵区紺屋町5-8 マルシメビル6階		
訪問調査日	平成23年9月6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)】**

食材の買物には必ず利用者が一緒に行っている。日常生活の中で出来る事に参加を促している。

**【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)】**

住宅地に立地し、隣は緑豊かなミカン畑に接している。個々の事情や能力に応じての個別ケアに重点をおいた事業所である。利用者は会話や編み物、2~3人での創作レクリエーションなど、個別の能力に応じた余暇時間を過ごしている。1年前から小型犬や猫などペットを持ち込みを受け入れている。曠に注意して管理しているため、利用者やスタッフの表情も和み、雰囲気も柔らかくなった。昨年からは業務の効率化をおこなったため、職員はより長い時間利用者とかかわりがもてるようになった。食事については食材の購入や献立、調理方法まで利用者と一緒に決めている。調理の際、職員と利用者で相互に教え合うこともあり、役割をもったかわりにつながっている。

**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)	○	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、活き活きと働いている (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している (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、安心して暮らしている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念に地域密着型サービスにつながる言葉が入っている。理念を共有し実践に繋がられているとは言えない。	「こころやすらぐあたたかな陽だまりの家」を理念として「利用者との会話をもつ」「あたたかみのある接遇」「尊厳をこめた言葉かけ」など、日常の業務を通じて職員への浸透をはかっている。	
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	地域行儀等に参加したり、散歩や買い物の時などに交流が出来る。	自治会に加入し、環境美化作業などに協力している。自治会から公民館で開催する絵手紙の講座への誘いがあり、今年度から2名の利用者が参加している。近所の家で野菜のおすそ分けをいただくなど、近隣との良好な関係が覗える。	
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	運営推進会議や地域行事の参加等での交流の場はある。係わる人員に限られていて地域貢献には至っていない。		
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	運営推進会議の議事録は、いつでもスタッフが閲覧できるようにファイリングしてある。参加者からの意見などは会議等で報告している。	自治会長、民生委員、包括支援センター、家族の参加があり、老人クラブ会長にも案内を出している。運営推進会議で家族会を開催したり、認知症サポーター養成講座の講師選定につながる機会として活かしている。	報告が多くなっているため、地域への参加など参加者からの意見を出してもらおう改善が期待される。
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	包括内のグループホームで連絡会が不定期ではあるが行われており、勉強会や空き情報の共有をされており協力できる体制がある。	「圏域連絡会」という名称で他のグループホームとの連携体制を整えている。地域包括支援センターからの要望もあり、今年10月には認知症サポーター養成講座の開催を予定している。	
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	言葉による拘束がまったく無いとは言い難いがスタッフ間注意を呼びかけ努力している。身体拘束玄関の施錠はない。ユニットの出入口にチャイムをつけ注意を促している。	玄関に施錠なく、チャイムのみで対応している。昨年からはセンサーやチャイムを見直し、静かな環境になった。法人で開催する身体拘束廃止の研修に参加していて、緊急やむを得ない場合に備えたマニュアルや書式の整備もある。	
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	全スタッフ、どの様なことが虐待になるのか理解しており、事務所内に資料が閲覧できるようにになっている。		

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
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	権利擁護・青年後見人制度を活用している利用者様がいる。社内研修の中で学ぶ機会はあるが参加できていない。		
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	家族が理解しやすい言葉で話し、納得いくまで説明している。		
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	運営推進委員会や家族会を設け、家族の意見や要望を聴くようにしている。	年1回家族会を開催し、毎月お便りで近況を報告している。管理者が交替して1年が経過し、家族との信頼を築いている。家族からの意見で、新人職員の紹介を紙面でおこなうなど運営改善につながったこともある。	例えば家族から書面による意見集約など、相互理解が期待される。
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	職員会議で職員が自由に意見を述べられる。管理者は半年に1回面談の機会があり、意見や悩みを相談できる。	半年に1回の個人面談をおこなっている。職員は忌憚なく意見することができるので、面談は30分以上になることもある。管理者は職員の新しい取り組みや挑戦に対して支援し、教材の充実などはかっている。	
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	勤務年数に合わせ、各種資格を取得できるように配慮されている。スキルアップすることで役割のある職務を与えられる。		
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	職員対象の研修が年間計画で立てられており、自己選択で研修が受けられ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	社内研修や他ホームへの交流研修の機会がある		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	できるだけ会話を記録に残し、スタッフ全体で情報の共有をし、信頼関係を築くようにしている。		
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	できる限り会話をもち、情報の共有に努めている		
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	アセスメントを行い必要な支援内容を見極めることが出来ている。		
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	出来ることはご自身でやってもらっており、実行できていると思う。		
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	家庭生活を送っていた頃の本人の様子や嗜好等を、家族に伺いケアプランに反映させている。		
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	自由に面会できる様になっており、馴染みの関係が継続できている。	知人との面会後に一緒に出かける利用者もいたり、職員は家族と連絡をとりながら支援している。名札型の「安心カード」に連絡先を記入しているため、1人でも複数でも好きな場所に外出できる体勢が整っている。	
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ご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	共同作業などを通して実施している。会話が成り立たない時は、スタッフが双方の間に入りコミュニケーションを図れるように支援している。		

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	必要に応じて、相談や援助している。		
<b>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</b>					
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	ケアマネージャーや居室担当者を中心にスタッフ会議で話し合い検討している。(主に月1回カンファレンス会議を設けている。)	会話のできる利用者からはできるだけ聞き取りにより意向の把握をしている。利用者の何気ない会話も職員間で把握するように努めている。会話の出にくい利用者は、日常生活の中から把握している。	
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	利用者や家族以外にも利用者との交流のあった方々からも情報を得られ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	現状の把握に努めている。随時ケース記録に記録し、スタッフ間で申し送りを行っている。		
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	介護計画については殆どご家族と話しているのが現状。必要に応じ医師や訪問看護師にも意見を聞いている。	計画作成に際しては「日常的に出来ていること」「これから取り組むこと」を明確にして職員からの意見を集め反映している。担当制をもち、ユニット内の利用者の様子をスタッフが把握できている。2Fでは、簡潔で日常的な計画作成を目標としている。	
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	個別記録は勿論、支援日誌や申し送りノートの活用でさらに情報共有できるようにしている。できるだけ気づきの記録を書くように心がけている。		
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	日々の気づき(何が出来るようになった。何が困難になった。など)を報告し合いサービス内容を検討している。		

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	町内の回覧板や広報などを活用し、町内行事や市民行事への参加に努めている。		
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	実践できていると思う。医師に相談したいことは訪問看護師と連携をとり、文章にしたり同行したりし医師の指示を仰ぎやすくしている。	入所前に家族への説明をおこなったうえで提携医に受診する場合は職員が同行する機会が多い。家族と医師の間で連絡に不備がないように書面を備えている。場合により、書面で医師からの返答を得ている。	
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	訪問看護師(週1回)には細かいことも申し送り、利用者や家族、スタッフの不安も軽減できている。通院の支持が出たときは速やかに受診している。		
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。	必要に応じ入院時にサマリー(情報書)の提供をし、医師との連携を図っている。		
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	終末期のあり方についてご家族の意向を聴く様にいる。しかし、すべての利用者に終末期ケアができるとは考えておらず、その都度検討が必要と思われる。	入所の際には、施設の対応の限界について説明している。医療的なケアが重度になったり状態が悪化した場合は、病院や施設と連携のうえで家族と協議している。今後は終末期ケアの充実を目標にしている。	職員のスキルアップや医療との連携体制の向上により、終末期ケアに向けての実践が期待される。
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	急変時の救急マニュアルを作成し、スタッフ全員周知している。しかし、定期的な訓練はできていない。		
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	出来ていると思う。マニュアル化され職員一人ひとりが把握している。年2回の訓練は実施しているが実際のどのくらい動けるのかは不安がする。	夜間を想定した訓練も含めて年2回の訓練を実施し、地域の訓練にも参加している。また消防署から提供された点検シートに毎日記録している。災害時には施設内で一定期間生活できることを目指し、現在備蓄を増やしている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>				
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	TPOに合わせた配慮が不足している。	「食事中に排泄についての会話をしない」など職員に不適切な言動がないように、その都度指導している。利用者家族の記録にはイニシャルを使う事からも、個人情報の管理体制が確認できた。
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	できる限り話を聞き対応する様に心がけている。	
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、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	できる限り希望を叶える努力をしているが、業務を優先させていると思われる場面はあり、できているとは言えない。	
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	着替えの準備などをするときにご本人と話をしながら服を選んだりしている。髪型・お化粧など細かいおしゃれについてはできていない。	
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	食事前のテーブル拭きや、片付けなど声かけにより快く手伝っていただけている。	利用者は食材の選定や購入からかわり、季節の食材に応じて臨機応変な手作料理を提供している。職員は各テーブルで食事介助にあたり、刻み食やミキサー食、食事の量など、利用者に応じて提供している様子が視認できた。
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	個人の健康面や嗜好を考慮して食事や水分を摂っていただいている。食事量・水分量は毎日把握している。	
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	介助の要する方の清潔保持はその方に合った器具を使用し、しっかりと出来ている。しかし、自立している利用者について本人任せになっているのが現状。	

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	排泄チェック表により、排泄パターンがほぼつかめている。おむつ利用者についても体に無理がなければタイミングをみて排泄介助をしている。	日中、夜間とも尿量をチェックしている。普段車いす利用の人に対して日中横になってもらう時間をとることにより、体液の循環がよくなり排尿がスムーズになった例もある。	
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	主治医との連携をとり、その都度服薬したり水分を摂ったり働きかけを行っている。運動についてはできていない。		
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	基本的に一日おきの入浴をしている。体調により入浴できないときは足浴、清拭を行い補整に努めている。希望があれば毎日の入浴も可能。	入浴中の事故を防ぐため、利用者のADLに応じた職員体制を整えている。毎日の入浴も可能であるが自主的な訴えは少なく、職員から声掛けて入浴につなげている。冬季は乾燥を防ぐため入浴剤を使い、保湿に役立っている。	
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	灯りや室温、物音などに注意し安眠につながる環境づくりをしている。夜間の睡眠を促せるよう日中の離床を心がけている。		
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	服薬前の確認を2回実施し服薬事故の注意している。薬の変更についても申し送りしに必ず行っている。		
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	レクなどで実践できている。花の好きな方は庭や畑の手入れ、家事の好きな方は台所のお手伝いなどの役割を持っていただいている。		
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	希望に沿って外出支援が出来ている。自ら希望されない方も、外出を促したり、天気の良い日は日常的に外気に触れられるよう支援している。	買い物には利用者にもできるだけ同行してもらい、日曜日には普段行けない場所へのドライブをしている。1人でも外出できるように外出の際にはカードを手渡して迷うことがないようにしている。車いすの利用者もテラスに出て外気浴を楽しむことができる。	

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	自ら管理できる方は自由に使えるようにしている。お預かりしている方も買い物時には準備してお金を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	希望があれば考慮し支援していくが、現在希望のある利用者の方が居ない。手紙については個々に来る郵便物(家族・友人知人)は手渡ししている。		
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	季節の花や展示物をホールや廊下、居室に飾ったり昼夜調光して工夫をしている。	屋外に菜園があり、テラスから植物の生長が眺められる。また、食堂やトイレに生花が飾られている。共用空間での温度管理については利用者が冷えすぎないように、利用者の体感温度に応じた設定を指導している。	
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	気の合う利用者同士でソファーでくつろいだり、リビングで歌を唄ったり、テラスで日光浴したりしている。		
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	本人の使い慣れた物はご家族や本主に好きなようにレイアウトしていただいている。生活をして居るうちに要望があれば必要な物を随時用意している。	居室内には自宅で使用していた家具や家電製品が揃い、写真やカレンダーが飾られている。1Fでは小型犬を飼っている利用者があるが、食事の食堂や他の利用者の居室に侵入しないことを確認している。夜間に吼えることもない。	
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	「できる人、できない人、分かる人分からない人」全ての利用者の方が納得した環境づくりを心掛けている。		

## 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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	理念内容に地域との共存を含め、その理念を玄関や事務所などに張り常に意識するよう心がけている。	「こころやすらぐあたたかな陽だまりの家」を理念として「利用者と会話をもつ」「あたたかみのある接遇」「尊厳をこめた言葉かけ」など、日常の業務を通じて職員への浸透をはかっている。	
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	地域の行事への参加を積極的に行い、またイベント等には地域より声を掛けていただいている。ホーム側から発信できていないのが現状。	自治会に加入し、環境美化作業などに協力している。自治会から公民館で開催する絵手紙の講座への誘いがあり、今年度から2名の利用者が参加している。近所の家で野菜のおすそ分けをいただくなど、近隣との良好な関係が覗える。	
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	交流会等を行い、地域の方への理解をしていただく機会を設け参加していただいている。地域の方がホームの足を運ぶ機会が少ない。		
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	地域の方やご家族、役所関係の方々への参加をお願いし、情報交換の場として頂いているが参加人数は増えていない。	自治会長、民生委員、包括支援センター、家族の参加があり、老人クラブ会長にも案内を出している。運営推進会議で家族会を開催したり、認知症サポーター養成講座の講師選定につながる機会として活かしている。	報告が多くなっているため、地域への参加など参加者からの意見を出してもらおう改善が期待される。
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	管理者を中心に日頃から情報交換を行っている。	「圏域連絡会」という名称で他のグループホームとの連携体制を整えている。地域包括支援センターからの要望もあり、今年10月には認知症サポーター養成講座の開催を予定している。	
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	身体拘束の定義を玄関に設置。委員会を設置し現状の把握やケアについて話し合い等を行っている。必要に応じて何が身体拘束に当たるか検討している。	玄関に施錠なく、チャイムのみで対応している。昨年からはセンサーやチャイムを見直し、静かな環境になった。法人で開催する身体拘束廃止の研修に参加していて、緊急やむを得ない場合に備えたマニュアルや書式の整備もある。	
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	高齢者虐待についての資料を事務所で閲覧できるようになっている。社内研修等で情報を発信しているが順次参加ということで全員ができていないわけではない。		

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	現在擁護権利を活用している方が居るが細かい内容を理解しているとは言えない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時に細かい説明を行っている。ケアプランについても家族の意向を反映できるように説明している。		
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	運営推進会議への参加を呼びかけ、意見を述べてもらっている。	年1回家族会を開催し、毎月お便りで近況を報告している。管理者が交替して1年が経過し、家族との信頼を築いている。家族からの意見で、新人職員の紹介を紙面でおこなうなど運営改善につながったこともある。	例えば家族から書面による意見集約など、相互理解が期待される。
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	職員会議の席で話をする時間を設けている。個人的には年2回管理者と面談する機会を設け現状把握に努めている。	半年に1回の個人面談をおこなっている。職員は忌憚なく意見することができるので、面談は30分以上になることもある。管理者は職員の新しい取り組みや挑戦に対して支援し、教材の充実などはかっている。	
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	資格取得のための研修、講習の参加できている。資格に応じた委員会への参加もある。		
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	社内研修が年間計画で実施されており、随時参加している。		
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	研修の一環として他ホームでの交流研修をしていて交流の機会はある。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	導入初期は個別記録をケース記録と同時に に行い、本人の生活状態や要望を記録し希 望を確かめながら関係作りに役立ってい 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	面会の時に事前情報にない要望を傾聴し、 考慮したうえで対処に工夫している。		
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	カンファレンスを行い、初期アセスメントと照 合し「その時」に必要なサービスを提供でき るように努めている。		
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	普段から一緒に生活する者として接してい る。職員の職場にならないよう気を付けてい 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	普段から家族の意見を伺い話し合い、コミュ ニケーションを図り相方円滑に關係が築け るよう努力している。		
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 所との關係が途切れないよう、支援に努めている	面会は自由に出来ており、家族の協力の 下、昔の知人、友人に会いに来て頂くなど 支援に努めている。	知人との面会後に一緒に出かける利用者も いたり、職員は家族と連絡をとりながら支援 している。名札型の「安心カード」に連絡先を 記入しているため、1人でも複数でも好きな 場所に外出できる体勢が整っている。	
21		○利用者同士の關係の支援 利用者同士の關係を把握し、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	利用者同士のコミュニケーション能力、性 格、状態状況に合わせ生活の様々な場面 で円滑な人間關係が築けるように努めてい 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	必要以上に関することはしないが、必要に応じて相談・援助している。		
<b>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</b>					
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	本主から話を聴くことは勿論、普段のさりげない言動や表情から本主の気持ちを汲み取れる様に努めている。	会話のできる利用者からはできるだけ聞き取りにより意向の把握をしている。利用者の何気ない会話も職員間で把握するように努めている。会話の出にくい利用者は、日常生活の中から把握している。	
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	個人ファイルにて情報を記載。いつでも確認できるように設置してある。		
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	申し送りにて一人ひとりの心身状態・変化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、家族の意思、意見を反映し、心身状態に沿った介護計画が作成できるように、日頃から本人の言動に注意し意見を聴く機会を設け家族面会時の情報交換等おこなっている。	計画作成に際しては「日常的に出来ていること」「これから取り組むこと」を明確にして職員からの意見を集め反映している。担当制をもち、ユニット内の利用者の様子をスタッフが把握できている。2Fでは、簡潔で日常的な計画作成を目標としている。	
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	定期的なカンファレンス会議にて実践している。ケース記録や申し送りノートの活用にて、スタッフ間での情報の共有、交換、把握ができるように努めている。		
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	個々の身体状況、身体能力に合わせたケアへの取り組みを行っている。個々の精神状況や環境変化にも対応できるよう努力している。		

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
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	できる限り町内会、老人会への参加をしている。		
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	係りつけ医は本人、家族の希望の医療機関に受診していただいている。また、係りつけ医との連絡相談をすることで連携に勤めている。体調の変化を敏感に観察し早めに受診をしている。	入所前に家族への説明をおこなったうえで提携医に受診する場合は職員が同行する機会が多い。家族と医師の間で連絡に不備がないように書面を備えている。場合により、書面で医師からの返答を得ている。	
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	週に1度訪問看護師に来ていただいている。必要に応じた助言もいただいている。		
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。	管理者を中心として密に病院関係者との情報交換を行い、スムーズに早期退院が出来るように努めている。		
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	重度化する可能性が高くなった段階からカンファレンスにて対応やケアについて協議し、管理者より家族に報告・相談等行うことで急な場合でも対応できるように努めている。	入所の際には、施設の対応の限界について説明している。医療的なケアが重度になったり状態が悪化した場合は、病院や施設と連携のうえで家族と協議している。今後は終末期ケアの充実を目標にしている。	職員のスキルアップや医療との連携体制の向上により、終末期ケアに向けての実践が期待される。
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	救急マニュアルが設置してある。救命講習を受けている職員も多い。しかし、定期的な勉強会は開かれていないのが現状。		
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	定期的な防災訓練の実施。緊急連絡網の設定を火災通報装置への登録等活用して備えている。	夜間を想定した訓練も含めて年2回の訓練を実施し、地域の訓練にも参加している。また消防署から提供された点検シートに毎日記録している。災害時には施設内で一定期間生活できることを目指し、現在備蓄を増やしている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	声掛けについては状況に合わせ、声の大きさなど配慮、ケアの提供、環境作りに心掛けている。	「食事中に排泄についての会話をしない」など職員に不適切な言動がないように、その都度指導している。利用者家族の記録にはイニシャルを使う事からも、個人情報の管理体制が確認できた。	
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	本主の意思や希望をきちんと聴き把握することで、利用者が気を使うことなく自由に自分の意見が言えるように普段の小さな言動を見逃さないよう努めている。		
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、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	散歩・買い物の外出や静養、入浴など声掛けし本主の意思を確認して希望に沿った生活が送れるよう努めている。		
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	女性はお化粧をされる。定期的ヘアカットイメージチェンジをする。四季に合わせた衣替えを一緒に行うなどご家族にも協力しえもらっている。		
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	献立作りや買い物など一緒に行い、少しでも楽しく食事をしていただけるように努めている。	利用者は食材の選定や購入からかわり、季節の食材に応じて臨機応変な手作料理を提供している。職員は各テーブルで食事介助にあたり、刻み食やミキサー食、食事の量など、利用者に応じて提供している様子が視認できた。	
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	一人ひとりの身体状況に合わせて、形状・量を提供している。チェック表の記入より食事量・水分量の把握に努め、個々の希望に合わせた提供に努めている。		
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	食後の歯磨きの声かけを行い、身体能力・嚥下状態に合わせた口腔ケアの提供をさせていただいている。自立者への確認は不足している。		

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	その日の体調などによるが、出来る限りトイレでの排泄の支援を行っている。排泄の有無にかかわらず本主から希望があれば対応している。	日中、夜間とも尿量をチェックしている。普段車いす利用の人に対して日中横になってもらう時間をとることにより、体液の循環がよくなり排尿がスムーズになった例もある。	
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	水分・排泄チェック表の活用で取り組んでいる。体調変化等に配慮して定期的かつスムーズな排便ができるようにこの身体状況の維持に努めている。		
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	基本的には週3回の入浴を実施し、体調など配慮し対応している。また、本人の希望に合わせて個々に沿った入浴をして頂いている。	入浴中の事故を防ぐため、利用者のADLに応じた職員体制を整えている。毎日の入浴も可能であるが自主的な訴えは少なく、職員から声掛けて入浴につなげている。冬季は乾燥を防ぐため入浴剤を使い、保湿に役立っている。	
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	就寝環境を個々に合わせ夜間安心して良眠できるケアをさせていたしている。日中の休憩時間についても個々の身体状況や意見に合わせて設定している。		
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	体調の変化等訪問看護師・主治医に相談しその都度対応している。一人ひとりの内服内容は個人ファイルにとじ確認できるようにしている。		
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	家事など職員から声をかけ行って頂いたり、本人希望の趣味や家事を行って頂く等役割や生きがいをうまく活用することで、毎日の生活が充実したものになるように支援させて頂いている。		
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	散歩・買い物は勿論希望に沿って行っており、地域の行事にも参加している。四季の風景や行事を感じていただける支援をさせて頂いている。	買い物には利用者にもできるだけ同行してもらい、日曜日には普段行けない場所へのドライブなどおこなっている。1人でも外出できるように外出の際にはカードを手渡して迷うことがないようにしている。毎日散歩に行く利用者もいて、職員同行で近所に出かけ季節の移り変わりを感じている。	

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	本人の管理能力に応じご自身で管理できる方は自分で管理しお金を使っている。ホーム預り金についてはいつでも使えるようになっている。			
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	ご家族の協力を得て、手紙のやり取りをしたり携帯電話の使用でいつでも連絡が取れるようにするなど支援を行っている。			
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	温度管理(温度・湿度計の設置)(空調管理)の徹底。利用者の希望に沿った光の調整(カーテンの開閉等)配慮している。また、季節の花を飾り付け等し一年を通して良い変化が作れるように努力している。	屋外に菜園があり、テラスから植物の生長が眺められる。また、食堂やトイレに生花が飾られている。共用空間での温度管理については利用者が冷えすぎないように、利用者の体感温度に応じた設定を指導している。		
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	居室とリビングの行き来できるようになっている。畳やソファの設置、リビングテーブルの配置や席など状況に合わせて工夫している。			
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	それぞれ使い慣れた物、好みの物などを持参していただき使用している。ご家族の考えで新しいものが準備されるケースも多いのが現状。	居室内には自宅で使用していた家具や家電製品が揃い、写真やカレンダーが飾られている。2Fでは猫を飼っている利用者がある。排泄の臭いを防ぐため消臭剤の使用などこころがけていて、猫を飼うことでの他利用者への影響はほとんどない。		
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	使いやすい手摺りの設置や居室内の物の配慮等、個々に合った環境作りを行っている。			