

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	3770104200		
法人名	医療法人社団 木村内科呼吸器科医院		
事業所名	グループホーム エーデルワイス		
所在地	香川県高松市高松町2160-1		
自己評価作成日	平成22年12月6日	評価結果市町受理日	平成22年9月17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://kaigo-kouhvou.pref.kagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3770104200&SCD=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人香川県社会福祉協議会
所在地	香川県高松市番町一丁目10番35号
訪問調査日	平成23年2月10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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・屋上に菜園を設け、野菜作りや花作りを楽しみ、時期には収穫し食事にて利用し楽しみになっている。 ・一人ひとりのペースで生活できるよう工夫し支援している。 ・希望者や適性のある利用者に週2回、学習療法を実施し、参加している方の楽しみや励みになっている。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点】

<p>事業所は、鉄筋2階部分で南面・東面の明るい日差しとゆったり過ごしやすい共用空間があり、利用者は一人ひとりの過ごし方を見守られて生活している。職員は「寄り添い、待つ介護」の理念を理解し、日々実践の中で利用者が安心して、その人らしい生活を過ごせるよう個別ケアに取り組み、利用者を支え合う家族とのコミュニケーションに熱意がうかがえる。また、職員は感染、事故、褥瘡、拘束の4委員会と業務推進役割を分担して、管理者と職員は常に支援を検討する体制ができており、今後もさらに全員参加の支援でサービス向上を期待する。</p>

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. 全くいない
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、生き生きと働けている (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		

グループホーム エーデルワイス(希ユニット)

自己評価および外部評価結果

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	理念は職員全員で考え、毎朝申し送り時に出勤者全員で唱和しているが、実践につなげられていないことがある。	事業所独自の理念「寄り添い、待つ」を職員全員でつくり、毎日、申し送り時の唱和後に支援について話し合い、サービス提供の拠り所としている。	
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	日々の交流はできていない。夏祭りでは地域の方の協力やチケットを配布して交流してもらえるようにしている。	夏祭りには地域青年団の協力が得られ、地域の方々を招待している。つくし幼稚園とはひな祭りに訪問して、敬老会には慰問を受けるなど交流が定着し、ボランティアや婦人会の訪問も増え、今後地域行事に参加していく計画に期待する。	
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	地域の方々に向けて活かしていない。		
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	職員会で家族からあった意見についての報告があり、必要な事柄については話し合っている。	2カ月毎の開催で、市職員、包括支援センター担当者、自治会長、家族・利用者にサービスの実際、取り組み状況を報告後、意見やアドバイスをいただいている。また、アドバイスなどは職員に周知してサービスの向上に繋げている。	
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取り組んでいる	管理者は運営推進会議や、また問題が起きた時には相談し解決に役立てている。	日頃から積極的に業務の相談をしたり、情報をいただくよう連絡を取っている。また、運営推進会議では事業所の現状を報告しアドバイスをいただき、情報交換や相談の機会としている。	
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	拘束防止委員会を設置し、できる限り拘束のないケアができるよう検討し、全員で拘束0に向けて支援している。	身体拘束防止委員会から利用者毎の身体拘束の考え方と確認・意見交換や検討事項などが周知され、利用者の安全を確認し、家族の理解も得て身体拘束をしない支援の実践に努力をしている。	
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	虐待防止法について学ぶ機会は少ないが、自身が虐待をせず、また見過ごさないよう支援している。		

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
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	管理者は制度について知っているが、職員は学ぶ機会がない。		
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	契約時には十分な説明を行い、重要事項説明書には同意の署名をもらっている。解約時にも同様に実施している。		
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・カンファレンス実施時に意見や要望を確認できるよう取り組んでいる。また、苦情箱を設けて意見しづらい事も言える環境を作っている。	面会時には家族の意見や思いを聞くように努め、職員で共有できるようにしている。また、毎月の状況報告には担当者の一筆箋や電話連絡などで連絡を密にし、意見や要望を聞くよう努めている。	
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	職員の意見や提案は随時話し合っている。また、月1回のスタッフミーティングでも話し合い日常業務に反映している。	日頃から意見や要望が話し合え、職員間のコミュニケーションが取れており、意見を出しやすい環境づくりがうかがえる。職員ミーティングでは全員の意見が話し合われ、働きやすい工夫や職員の育成などについても反映されている。	
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	代表者は管理者などの意見を聞き、できる限り職員が働きやすい環境が整備できるよう努めている。		
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	資格取得に関しては、費用の一部助成や外部研修については出勤扱いにするなど十分に配慮してくれている。		
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	管理者の交流はあるが、職員は交流の機会がない。		

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
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	面談を実施し、今、何が気になるのかを傾聴したり他の入居者と打ち解けることができるよう間に入り、早く不安がなくなるよう努めている。		
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	入居前に面談を行い、家族の状況や要望が把握できるよう努めている。		
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	初期カンファレンスにて、ケアプラン原案の中で最も家族が要望するものを話し合い決定している。現在は他のサービスを実施した実績はない。		
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	人生の先輩であることを忘れず、尊敬できる一人の人として接している。		
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	月に一度一筆箋を家族あてに送り、本人の状態を伝えている。来訪時には家族に積極的に関わり、要望や不安を話し合っている。		
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	面会に来てくれる方はいるが、こちらから積極的に関係継続の支援はできていない。	利用者の家族・友人・知人が、訪問してくれる機会を広げていく取り組みを支援しているが、さらに関係継続への積極的な関わりの取り組みを計画している。今後の取り組みの実践が望まれる。	馴染みの関係の継続的な交流ができる働きかけを工夫し、遠方からの利用者や、面会の少ない利用者へも手紙・電話などの繋がり支援が期待される。
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	利用者同士のトラブルがあった時は、職員が間に入り孤立しない良い関係が保てるよう支援している。		

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、相談があれば対応できる仕組みはできているが実績はない。		
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	起床・就寝時間、トイレ誘導など日常生活においては本人の意向を伺い、沿えるように支援している。意思疎通が困難な利用者には、表情や様子を見て沿えるように支援している。	利用者の動作やしぐさからも希望や意向を把握し、職員間で共有した対応をしている。また、言葉にしづらい思いは、日々の行動や表情から把握する取り組みを職員間で努めている。	
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	アセスメントで得ている情報に加えて、本人や家族と関わる中で情報の内容が充実したものになるように努め、支援に活かしている。		
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	毎日バイタル測定を実施し、身体状況を観察している。申し送り時、一人ひとりの状態が把握できるよう情報交換している。		
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	3カ月ごとにモニタリングを実施し、本人の状態を本人・看護師・担当職員の意見を聞き、カンファレンスにおいて家族の意見も含めた介護計画が作成できるよう努めている。	職員は毎日の支援の気づきを大切に、その都度話し合いアイデアを介護計画に反映している。月1回の職員ミーティングで意見交換、モニタリング、介護計画と見直しのカンファレンスをし、利用者や家族の思いや意見を反映させている。	
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	日々の様子はその都度パソコンに入力し、職員がいつでも閲覧できるようにしている。計画作成担当者はその記録を確認し、計画作成の参考に見直しを行っている。		
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	状況の変化に即応出来るよう管理者・職員間で随時、検討できるよう努めている。必要であれば施設負担で外部のリハビリも取り入れている。		

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
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	地域の幼稚園との交流や近隣での買い物など、また、地域の病院などを利用して心身が健全に生活できるように支援している。		
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し、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	かかりつけ医とは常に情報を共有し、適切な医療を受けられるよう支援している。	かかりつけ医については、利用者・家族の希望から事業所の母体である医療機関が主となり健康管理の連携が得られ、適切な医療を受けられるよう支援できている。週2回の往診や他科の受診も家族と連絡を取り支援できている。	
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	介護職は利用者の変化や気づきに常時注意し、看護職に報告・連絡・相談できる体制が確立できている。看護師は利用者が適切な医療を受けられるよう支援している。		
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。	入院時、看護師が本人のADLや入院に至るまでの経緯などを入院先に文書にて伝え、適切な医療が提供されるよう努めている。退院時は入院先と状況などを面談や電話などで得ることで、退院後も安心して過ごせるよう支援している。		
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	入居時に重度化した場合についての説明は行っている。また、入居中にも、重度化した場合どうしていくか適宜、家族と話し合い、主治医も含め方針を共有している。	入所時に利用者・家族へ重度化した場合の意向の確認を行っている。ターミナルケアについては、状況に合わせてその都度話し合いを重ね、医師の説明と事業所のできることと家族の意向を確認しながらチームで支援している。	
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	AEDの使用方法・吸引の方法・誤嚥時や嘔吐時の対応方法など勉強会で学んでいる。		
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	訓練は実施しているが職員全体が把握できているとは言えない。地域との連携についても構築できていない。	毎年2回の避難訓練や防火訓練を実施しているが、地域との連携や消防との合同訓練などの計画が望まれる。	夜間想定消防や地域との避難・防火訓練と、近隣・自治会への協力依頼の計画が実行されるよう期待する。

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	誇りやプライバシーを損ねないよう対応しているが、声かけに関しては不十分である。	利用者の生活ペースと意思を大切に受けとめる支援をモットーに実践に努めている。さらに支援の質向上を目指して、一人ひとりの人格を尊重、重視した声かけについて職員から提案があり、計画の実施が望まれる。	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と対応、利用者が自己決定しやすい言葉かけについて、支援の質の向上の取り組みに期待する。
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	関わりを多く持つことで信頼関係を深め、思いや希望が表せる言葉かけを工夫したり、事柄を決定する場面では必ず自身で選択できるような言葉かけを行うように努めている。		
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	希望に添えない事もあるが、理念である「寄り添い待つ介護」を念頭に努めている。		
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	衣類に関して選択可能な利用者には選んで更衣できるように支援している。選択の難しい利用者についてもできる限り支援できるように努めている。		
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	個人の好みは選択できない。月に一度クッキングを職員と一緒にいき楽しみになっている。	メニューは季節感のあるものが取り入れられ、利用者のペースで食べられるよう支援し、職員と一緒に味わいながら楽しい会話に努めている。今後、利用者が食事作りをできる機会を増やす計画が実施できるよう望まれる。	利用者とメニューを相談したり、調理、盛りつけ、片付けなど共に行う機会を増やしていく計画が実践できるよう期待する。屋上の菜園が活躍できる季節には事業所の計画も更に進むことを期待する。
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	日々の食事の状況を確認し、摂取量が減少している利用者は個別にチェック表を利用し看護資格を持った職員と状態を検討し支援するようにしている。		
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	毎食後支援している。義歯を使用している利用者の洗浄・消毒は就寝前に外し、起床時に付けるようにしている。		

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
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	排泄チェック表を作成し、個々の排泄パターンを把握することで失敗が減るよう支援している。おむつの使用は最終手段と考え、できる限りトイレでの排泄ができるよう支援している。	個々人の排泄パターンのチェック表や観察などで利用者の状況を把握しており、一人ひとりの排泄の自立支援のケアに努めている。重度化で意志表示の乏しい利用者の排泄支援には特に配慮した支援をしている。	
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	排泄チェック表の利用、十分な水分補給、またホットパックやヨーグルトの摂取など個々に応じた便秘予防を実施している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴日は決まっているため、希望に添えていないが拒否の多い利用者は毎日の声かけや職員を変えての声かけを行い、無理やりではなく進んで入浴できるように支援している。	利用者一人ひとりの希望を大切に、拒む利用者にはチームで声かけなど対応し、無理強いすることなく個々人に合わせた入浴を楽しめるよう支援している。利用者の希望でリフト浴、機械浴は1階の同事業所関連施設を利用できる。	
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	居室にはできるだけ馴染みの物を持ち込んでもらい、自宅と変わらない気分で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	個々の服薬リストを参考にし、適切に支援している。症状の変化は随時、看護職員に報告している。		
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	編み物、生け花、菜園、相撲観戦など、生活歴や趣味を参考に本人が楽しめ、気分転換ができるよう努めている。		
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	イベント行事に加え、少ない回数であるが買い物や墓参りなど行っている。家族に協力はあがるが一部の利用者に限られている。	事業所の行事や地域のイベント参加、日帰り遠足、散歩、墓参り、買い物、外食などの季節に合わせ、利用者の希望を聞き外出を楽しめる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
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	お金の無い事の不安や大切さを理解し利用者に接している。少額のお金を所持している利用者はあるが、使えるような支援はできていない。		
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	年賀状の作成・郵送の支援を行っている。		
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	浴室前には分かるように暖簾を設置したり、トイレに表示をしたりして、利用者が困惑しないように配慮している。季節に花を生けたり、気温には注意し加湿器を設置するなど心地よく過ごしていただけるよう常に配慮している。	交流しやすいゆったりとした構造で、明るい日差しを取り入れた共用の空間は、清潔で整理され、生活感や季節感のある備品やソファなどが落ち着いた寛ぎの場所となっている。利用者の希望に合わせた学習療法は別の場所で参加でき、居心地良く過ごす工夫がうかがえた。	
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	食卓だけでなく離れた個所にソファを設置し、思い思いの時間が作れるようにしている。		
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	入居前より家族と相談して馴染みの物や好みの物を持ってきてもらえるようにしている。	家族の理解と協力のもと、利用者の馴染みの生活用品が持参され、使い慣れた物や好みのものに囲まれて生活できるよう配慮されている。	
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	居室を畳に変更したり、ポータブルトイレを設置し、利用者個々が自立した生活が継続できるよう工夫し支援している。		

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 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)	○	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広がったり深まり、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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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)	○	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				

自己評価結果

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	地域との理念共有はないが、地域との活動はしている。(夏祭り、敬老会、ひな祭り)
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	できていない。
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	実践を通じて積み上げた理念や支援方法を地域に向けては活かしていない。
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	運営推進会議での内容は、現場スタッフに周知され、日々のサービス向上に活かされている。
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	施設長や管理者が市町村との連携を密に取っている。
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	拘束防止委員会による3カ月に1回の検討会を実施し、なるべく身体拘束をしないケアに取り組んでいる。
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	虐待防止法についての研修を年1回行っている。入居者に痣があった場合などは、月1回のミーティング時に職員全員で対策を話し合っている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	管理者が制度について学んでおり、活用できるよう支援しているが、現在利用している入居者はいない。
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	事務長や管理者が契約の際に十分な説明を行い、同意をもらい契約書に署名捺印を貰っている。
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	家族の面会は頻繁にあり、個別に連絡ノートを作っている家族もある。家族は意見を言いやすい環境にあり、伺った意見は迅速に日々のケアに活かしている。
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	現場職員は意見があればその都度、管理者や施設長に伝えている。可能な限り意見を反映してもらっている。
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	職場環境や条件の整備に努めていると思う。
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	外部の研修や講習会への参加を確保してくれている。研修時間は勤務と見なしてくれている。
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	管理者は、同業者との連携を図る取り組みをしてきていると思う。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	計画作成担当者が入居時のインテークやアセスメント時に、本人の希望を引き出す取り組みをしていると思う。
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	計画作成担当者が入居時のインテークやアセスメント時に、家族の希望を引き出す取り組みをしていると思う。
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	介護保険適応の他のサービスの利用はしていないが、体調面を考慮し、通院・受診などの手配や送迎は行っている。
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	職員は利用者と暮らしを共にする同士の関係を築こうと努力しているが、全員の利用者にはできていない。
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	家族の面会が頻繁であり、職員と顔見知りになっている。来設時は、食事介助を行ってもらったり、ホールで一緒に過ごしてもらったり、共に支える関係を大事にしている。
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	馴染みの場所や人との関係が途切れないよう支援に努めているが、中にはできていない入居者もいる。
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	利用者同士の関係を把握し、喧嘩や争いごとにならないよう、職員が間に入ったりしている。入居者同士の関わりを大切にしている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	契約が終了しても、必要があれば本人・家族の相談や支援に対応する体制はあるが、今まで実績はない。
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	起床時間や就寝時間、買い物など、できるだけ本人の意向に沿えるよう努力している。
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	本人からの聞き取りが無理な場合は、家族からこれまでの生活歴などを聴きとり、日々のケアに活かしている。
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	毎日のバイタル測定を実施し、日々の様子は介護支援経過に記入している。情報はパソコンで見ることができる。一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	介護計画を作成するときは、担当職員や現場職員、看護職員、家族、本人の意見を求め、計画作成担当者がそれらを基に作成している。
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	日々の様子はその日勤務した職員がパソコンに入力している。情報はいつでもパソコン上で見られるようになっている。その他は周知ノートを作り、他の職員に周知している。日々のケアや介護計画に活かす取り組みを行っている。
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	サービスがマンネリ化しつつある。もっと柔軟な支援をしていく必要があると思う。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	近所のスーパーやコンビニへ買い物に行く回数が増えた。自分で欲しい物を選んでもらえる機会が増えたと思う。
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	毎日バイタル測定を実施し、異常があれば、看護職員経由で主治医にファックスで連絡、指示をもらっている。必要があればすぐ受診できる体制が取れている。
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	毎日の健康状態はもちろん、薬の内容や本人の精神状況など、看護職員との連絡は密に取れている。利用者は適切な受診や看護を受けている。
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。	入退院時の情報の交換や、お見舞いなどは管理者が行っている。入院時の洗濯や排泄必要物品の補給なども、家族の希望に合わせて行っている。
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	重度化した時、また終末期と診断された時点で、今後のケア方針を、家族、主治医、管理者が話し合い、家族の希望を重視した支援ができていますが、もっと早い時期(入居時)に話し合いを持った方が良い。
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	急変時の対応方法について、職場内研修を行ったことがある。事故については、毎月事故防止委員会を開き、対応方法を検討し、全職員にミーティングで周知している。
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	マニュアルはあるが、地域との協力体制は築けていない。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	排泄や入浴介助時のプライバシーの保護はもちろんのこと、日々の声かけなども、一人ひとりの人格を尊重して行っている。
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	本人が自分の意思を表出したり、自己決定が行えるように働きかけている。何を行うにしても、まず本人に聞き、その思いを尊重している。
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	起床時間や就寝時間は、本人の意向に沿っている。施設主催のレクリエーションへの参加も無理強いせず本人の意向を尊重している。
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	2カ月に1回の理美容利用時には、本人に髪型やパーマ、カラーなどの嗜好を聴き、家族了解のもと、本人の希望に添えるように援助している。
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	月1回のクッキング時には、野菜の皮をむいたり、刻んだり、その人にできることをしてもらって、職員と一緒に夕食作りをしている。片づけは職員が行っている。
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	献立は栄養士がバランスを考えて作っている。一人ひとりの食べる量や状態は、現場職員が把握し支援している。食事が減ってきた場合は、看護職員に報告し、チェック表を記入し取り組んでいる。
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、口腔清拭を実施している。声かけや一部介助、全介助など、一人ひとりのできる力に応じた支援をしている。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	立位保持ができない入居者に関しても、本人に負担の無い範囲で、日中はトイレで排泄できるよう支援している。
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	排泄チェック表を記入し、個々の排便状態の把握に努めている。ヤクルトやヨーグルトなどの摂取や適度な運動、水分補給を心がけて便秘を予防しているが、それでも排便がないときは、看護職員に報告し、服薬や浣腸を行っている。
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	強い入浴拒否がある場合は無理強いせず、本人の精神状況に合わせて、入浴日以外でも入浴してもらうよう支援している。ゆず風呂や菖蒲湯など、季節を感じてもらえる支援を行っている。夜間や休日の入浴は実施できていない。
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	離床時間や就寝時間は本人の希望に合わせている。居室内の夜間照明の度合いも本人の希望に沿って、一人ひとり個別に支援している。
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	個々が服用している薬の一覧表を詰め所に用意し、薬の目的や副作用、用法や用量を全職員が理解できるようにしている。症状の変化については、看護職員経由で薬剤師に毎週報告している。
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	洗濯物やおしぼりを干してもらったり畳んだり、職員と一緒にいる。本人が好む飲み物を担当職員が用意したり、家族が持ってきてくれたりしており、入居者は本人の嗜好に合ったコーヒーやジュースを飲んでいる。
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	入浴の日程を工夫し、平日にお風呂無しの日をつくり、ショッピングやドライブなど、外出の回数を増やした。文化祭には、家族の参加を促し、家族と一緒に作品作りができる機会を設けた。

自己	外部	項目	自己評価
			実践状況
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	財布にお金が入っていないと不安になる入居者に関しては、家族の同意を得た上で、お金を持ってもらっている。
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	電話の支援はできていないが、毎年年賀状を書いてもらうよう、担当職員と一緒に年賀状作成の支援を行っている。
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	雛飾りや七夕、クリスマスツリーをホールに飾ったり、季節感が分かるような飾り付けを行っている。
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	ホールでの座席は、入居者同士の関わりを重視し、気の合った入居者同士で座れるよう配慮している。
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	本人に馴染みのある椅子や机を持ちこんでいる入居者もいる。入居時にはできるだけ自宅で利用していた家具や道具を持ってきてもらうよう、家族にお願いしている。
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	自分の居室には表札や印をつけたり、トイレに看板を置いたりして環境を工夫し、自立した生活が送れるよう工夫している。