

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	4370102719		
法人名	医療法人社団 城山会		
事業所名	城山の舎(Ⅰ)		
所在地	熊本市城山下代3丁目2-6		
自己評価作成日	平成21年8月18日	評価結果市町村受理日	平成21年10月15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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成21年9月17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)】

ADLの低下を防ぐために、日中はなるべくリビングで過ごしていただいている。自分のできることをいつまでもできるように支援している。

【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)】

非常に家庭的なホームは法人が医療機関であるため、緊急時の対応など家族や入居者にとっても安心である。食前には歌を取り入れた誤嚥防止のための嚥下体操を行ったり、入浴には手引歩行に努め、一人ひとりの潜在能力を引き出すための場面作りを心がけ、筋力低下防止に努めている。職員の勤務体系(休憩時間等)が整っており、働きやすく離職者の少ないのが特徴である。定期的なボランティア訪問を受け入れており馴染みの関係も出ている。一人ひとりにあったケアサービスを把握し実践につなげている。

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

[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	覚えやすく理解しやすい理念を共有して週1回のカンファレンスを行い、ケアの統一を目標とし、具体的な意見を出しあい、ケアに取り組んでいる	覚えやすい理念を事務所やリビング等に掲示し常に理念にそったケアを心がけている。毎週行われるカンファレンスで具体的な意見を出しあいケアの統一を図っている。	
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	初詣や地域の行事(どんどや等)に参加を促している。希望がなかなかないが、参加できるように心がけている	隣接するデイサービスやショートステイへのボランティア訪問時や運営推進会議で地域の行事の情報を得て、状況に応じて参加している。入居者が希望する時は近くのカットサロンへ同行している。	
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	代表者がコミュニティセンターで話をする機会を持った		
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	運営推進会議を2ヶ月に1回定期的に行っている。利用者や利用者の家族の方にも参加して頂き、行事報告やテーマを作り認知症について学んでいる。地域の方からの意見もうかがっている。	2ヶ月に1度、民生委員や地区の住民代表等が出席して開催され、主に入居者の状況や行事等の報告を行っている。外出レクリエーションの状況を理解する為、数名の入居者と外出し車椅子の操作法を勉強するなど独自の工夫が窺える。	
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	市町村担当者和との連絡は、運営推進会議の報告や事故報告などで取り組んでいる	市の担当者には、運営推進会議の議事録や事故報告を行っている。	
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	日中は玄関や居室に鍵をかけることはない。身体拘束は危険がおよぶ恐れがある場合は家族の方に同意書を頂いている	日中は施錠せず出入り自由となっている。身体拘束に関する勉強会を実施し、職員も理解している。	
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	積極的に研修等に参加し、理解を深め、理念に基づき行動している		

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	一部の職員は学んでいるが職員全体で学ぶ機会がなかった。現在当グループホームでは活用していない		
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	契約時は時間を取り、ゆっくり説明している。契約内容、重要事項説明書を読みながら説明している。		
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	年に2回家族会を開催し、意見や家族の希望など聞くようにしている。職員が席を外し、家族同士で話し合う時間もつくってみた	年2回の家族会や面会時に入居者の状況を報告し意見を聞くよう努めている。家族会では職員が席をはずし家族同士で話ができる場も設けている。	家族等の意見と共に、入居者による意見も運営に反映出来るような取組みも期待します。
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	週1回ミーティング、カンファレンスを行い、職員の意見を出し合っている。普段からも休憩時間に気がついたことなど、意見を出し合っている	週1回のミーティングや毎月の会議で職員の意見を出し合うようにしている。代表者は毎日ホームを訪れ職員の状況を把握するようにしている。	
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	代表者は毎日現場に顔を出し、職員への指導や、各職員の状況など把握している。研修への参加も配慮している。		
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	研修等ある場合、回覧にて参加を募り、参加する機会を確保している		
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	三和地区のブロック会で地域の同業者との情報交換に努めている。また、運営推進会議での地域交流、市や県の連絡会において他の同業者との交流、情報交換に努めている		

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	入所時にどうい生活を送りたいか話を聞き、出来るだけ希望にそった生活を送れるようにしている		
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	相談等ある場合、その都度よく話を聞くようにし、時にアドバイス等するようにしている		
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	本人と家族と職員とのコミュニケーションを常に図り、話し合い本人に必要な支援を見極め提供している		
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	誕生会等の行事の際はみんなで祝いをし、唄を歌ったりして全員で楽しめるように努力している		
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	外出予定を前もって家族にお知らせして、参加を呼び掛けている。(数名の方が参加された)		
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	手紙やはがき、贈り物など届いた時は、お礼の電話をしたり、手紙や写真を送るなどし、本人との関係が続くよう努めている	入居前の馴染みの方から手紙やはがき・贈り物が届いた時は、お礼の手紙や電話をかけ、関係が継続できるよう支援している。	
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	お互いの立場を理解し、トラブルとならないよう努力している		

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
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	契約が終了しても気軽に来舎していただけるよう、心掛けている		
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	本人の希望を聞き、家族とも相談して、本人の暮らしやすいよう努めている	入居時に家族や本人の希望を聞き、意向を把握している。意思表示が困難な方は、家族や本人の表情から読み取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	サマリーやアセスメント表などで理解し、対応している		
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	本人の身体的状況も日々変化があるため、それに対して送りなどで把握できるようにしている		
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	本人の状況変化に注意し、ミーティング・カンファレンス時の意見をもとにし、モニタリングや介護計画を作成している	家族や入居者の意向をもとに計画作成担当者を中心に職員の意見を加味し計画を作成し、作成後は家族に説明し同意を得ている。週1回カンファレンスを行い、状況に応じてモニタリングを実施し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	職員の気づきや入居者の状態を各個人の介護記録に記入して、情報を共有している。食事や排泄・服薬チェック表を作成し、本人の状態変化に職員全員で注意している		
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	母体が病院であるため、急変があった時、病気の時も状況変化に伴った対応ができる		

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
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	地域の方や民生委員さん達に日頃の生活状況を運営推進会議で報告し、利用者さん達と話す機会を設けている		
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	母体である医療機関をかかりつけ医とされているため、毎週通院介助をしている。通院困難な方は往診をしてもらっている	本人や家族の希望するかかりつけ医の受診を支援している。また、隣接する法人の医療機関には毎週の通院介助や、通院が困難な方には往診をお願いしている。専門科の受診には家族が同行し、状態等は情報を共有している。	
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	看護師が日頃の健康管理を行い、介護職員に、医療面での相談・助言・指導をしている		
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。	入院された時は、ご家族との連絡を密にして、利用者の状態を把握できるようにしている。入院先への情報提供も行っている		
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	入所時から看取り介護について説明し、同意書を頂いている。重度化や終末期にはご家族や医師と話し合い今後について相談し取り組むようにしている	契約時に重度化や看取り介護について説明し同意書をもらっている。重度化や終末期には、その都度家族・医師と話し合いながら対応している。	
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	急変時は昼夜問わず、母体である病院のドクターに連絡し、指示をもらい対応している。事故発生時にはマニュアルをもとに対応している		
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	防災マニュアルがあり、職員は危機管理を常にもつように心がけている。また年に2回の防災訓練で指導を受け、学んでいる	年2回非難訓練を実施し、また防災マニュアルを作成し職員は常に危機管理をもつよう努めている。	状況に応じて入居者も巻き込んだ避難訓練も期待します。

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
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	一人一人の性格を理解し、その人のプライバシーや人格を損ねることがないような対応に心掛けている。	一人ひとりを尊重した対応を心がけ、失禁時等にはプライバシーに配慮した言葉かけを行っている。	
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	利用者の思いが引き出せるように話しかけたり、コミュニケーションをとっている		
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、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	一日の日程は決まっているが、その人に合わせ臨機応変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	美容室などご家族に同行して頂くようにしていたが、ご家族の高齢化もあり、訪問理美容も利用している		
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	一週間の献立表作りや本日の献立記入など、利用者と一緒に取り組んでいる	各ユニットごとに入居者の希望を聞きながら一週間ごとに献立をたてている。入居者の能力に応じて調理の下ごしらえや下膳・茶碗拭きなど一緒に行っている。職員も一緒に同じ食事を摂り楽しいひとときとなっている。	
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	食事摂取量を毎食記録している。水分補給を一日5～6回150cc程度ずつ摂取できるよう支援している		
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	食後の口腔ケアが自分でできる方は自分でされ、出来ない方には口腔ケアの介助を行っている		

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	時間をみて定期的に声掛けし、トイレ誘導している。また排尿チェック表を確認したり、トイレ誘導時に排尿がなかった人は職員間で申し送り、排泄の自立や汚染防止に努めている	日中は時間や習慣を把握し、トイレ誘導を行うことで排泄を促している。排泄チェック表を活用した支援を心がけ排泄の自立に向けた支援を行っている。	
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	排便チェック表を記入し、一人一人の体調管理に努めている。食事等で便秘に効果的な野菜など多く取り入れている。		
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	入浴日は決めていますが、体調や本人の意思も尊重し、無理強いをせず、本人のタイミングで入浴できるようにしている	入居者の希望に応じ柔軟な支援を行っている。入浴拒否がある時は無理強いをせず、タイミングや声かけに配慮して入浴を楽しんでもらうようにしている。	
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	室温調節をし、安心して入眠できるような環境をつくり、対応している		
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	カーデックスに薬情を入れ、服薬内容を把握している。また服薬チェック表を記入し、確実に内服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	野菜の皮むきや盛り付けなど、簡単な作業を手伝って頂き、役割をもつことによって生きがいを感じてもらい、職員からも感謝の気持ちを伝え張り合いのある生活が送れ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	買い物などの希望があれば、すぐ対応している	近くのスーパーへの買い物や周辺の散歩に希望があれば出かけている。遠方の外出を希望される時は家族の協力を得ている。	入居者の状態・状況やその日の希望等、一人ひとりに応じた支援のための勤務体制の考慮等を期待します。

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
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	金銭管理のできる方は、自分でお金を持ち買い物に行かれるが、職員や家族が同行している。ほとんどの方が金銭管理は難しい		
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	電話利用の希望があればすぐに対応している。年賀状には利用者の方に一言記入して頂き、家族の方に出している		
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	家庭的なつくりになっている。廊下には手すりがあり、リビングには季節感のある壁飾りなどをしている	こまめに換気を行い消臭に努め、日差しはブラインドで調整するなど快適に過ごせるよう配慮している。壁には季節感のある飾りつけを行い、中庭には色々な季節の花や野菜が植えられ収穫の楽しみもある。	
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	状況に応じて食卓の席やソファの設置場所を変えるなどして工夫している		
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	自宅で使いなれた物を持参されている	入居前に馴染みの物を持ってきてもらうよう説明をしている。テレビ・箆笥・ソファ等の持ち込みがあり一人ひとりにあった居室となっている。	
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	利用者の状態に合わせ、介護用のリクライニングベッドに徐々に変更している。安全な場所にベッドを移動したり工夫している		

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	「思いやり さりげない支援」は当施設の基本理念としている。また、毎日目を通す入所者カードの表紙に張りつけ、目に付きやすいようにしている。		
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	買い物に行ける方は、一緒に行っている。近所のヘアカットに行っている。		
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	現在取り組みは行っていない。		
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	年6回、奇数月の最終木曜日に開催している。入所者の状況や行事、事故の報告等も行っている。		
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	市町村担当との直接接する事はないが、運営推進会議議事録や事故連絡書は必ず提出するようにしている。		
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	年1回の勉強会を開催し、全職員が理解できる様に努めている。		
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	年1回の勉強会を開催し、全職員が理解できる様に努めている。		

城山の舎 II

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	年1回の勉強会を開催し、全職員が理解できる様に努めている。現在1名利用中である。		
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	時間を十分設け、管理者が行なっている。特に利用料金や重度化看取りについてはわかりやすく説明している。		
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	面会時に、近況の報告を行い、会話の中から、意見要望があった場合傾聴に勤めている。また、年2回の家族会の家族会で、職員退室のもと意見等を話し合っていたようにしている。		
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	月一回の会議において意見を聞く機会を設けている。また、管理者は随時意見等を聴いている。		
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	職員全員が研修を受けられるよう配慮している。又健康診断の実施や有給休暇の利用など各自が向上心を持って働けるようにしている。		
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	全職員が一回は研修できる様配慮している。内部研修は計画を立てている。		
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	三和地区の合同会議が開催され、意見交換を行っている。		

城山の舎 II

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	電話のときも、来所されての相談の時も、主訴が何であるかを見極めそこから信頼関係を気づくようにしている。		
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	利用申込書に「当施設に希望する事」の欄を利用し、それを基に話を聴き、受け止めるよう努力している。		
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	相談時素早く主訴を見極め、必要により他のサービスの紹介も行っている。		
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	調理の下ごしらえや後片付け等、出来る部分を見極め介護されてるだけの立場ではなく、自らの役割を持っていただくようにしている。		
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	できるだけ、利用料の支払いは現金払いとして頂き、そのときに面会して頂くようにしている。また、季節の変わり目の衣替えや日用品を持ってきて頂くようにしている。		
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	入所時、馴染みの人等を調査し、入所されることを知らせている。		
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	テーブルの配置を考慮し、楽しい雰囲気となるよう、また孤立しないように努めている。		

城山の舎 II

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	退所されたあとも面会を行なうなど関係を断ち切らないように努めている。		
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	相談時や初回の介護計画作成時に希望を聴きだし、意向の把握に努めている。困難な場合は可能な限り本人本位となる様に努めている。		
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	介護計画作成時、アセスメント作成時に本人や家族に話を聴き、現在までの生活を把握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	入所後できるだけ早く、その方の状況を把握し、出来る部分を見極めその方にあった生活を送れるようにしている。		
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	介護計画作成に当たって本人や家族の希望をを基に職員同士で話し合いを行い、作成後本人や家族に同意をもらっている。また、計画期間中でもモニタリングを行い必要に応じて計画の変更も行っている。		
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	気づきがあった場合、記録や連絡ノートに記入し、実践や介護計画に活かすように努めている。		
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	状況が変化した場合、可能な限り当施設で生活を送れるよう柔軟な支援ができる様取り組んでいる。		

城山の舎 II

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	ボランティア、実習生の受入を行なっている。また、可能な方は近所の美容室にカットに行っている。		
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	週に1回はかかりつけ医に受診や通院を行っている。家族の同行が難しい方は職員が代わりに行っている。		
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	気づきや変わった事があれば、細かな事でも報告している。看護師不在時は協力医療機関の看護師に連絡している。		
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。	看護職員が面会に行き、医療機関や家族と情報交換しながら、事業所内での対応が可能な段階で速やかな退院支援をしている。		
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	契約時や重度化したときは、家族に十分説明し、重度化や看取りにも対応している。		
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	勉強会を開催し、対応している。		
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	マニュアルを作成し、各自の役割を明確にし、災害時等に備えている。		

城山の舎 II

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	トイレ、入浴、清拭等全てドアをして介護している。年数が増すごとに身体機能も低下してきているが、入浴時は必ずスタッフが付きそい、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	本人の意志を尊重し、最大限自己決定ができる様支援している。		
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	利用者の体調に配慮しながら、買い物等の希望があれば、柔軟に対応している。		
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	朝の着替えや入浴後の着替えは欠かさずに行っている。髪の毛の整容も同様である。		
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	それぞれの好き嫌いを把握して対応している。また、利用者の方で出来る方は調理の下ごしらえ、茶碗拭き、後片付けを行っている。		
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	全員の食事摂取量を記録している。体重増加傾向の方は盛り付けを工夫して対応している。お茶が嫌いな方にはジュースも提供している。		
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	毎食後口腔ケアを実施している。必要に応じ介助をしている。		

城山の舎 II

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	定時の誘導以外に、入所者に声掛けやしぐさの観察を行ないトイレ誘導をしている。		
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	薬以外にも水分摂取の促進やきなこ牛乳ヨーグルトの提供、レクリエーションの参加も促している。		
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	入浴の回数は希望があれば柔軟に対応している。入浴を拒否される方は後日対応をしている。時間帯は事故防止の観点からも職員数が多い時間帯に行っている。		
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	なるべく日中の覚醒を促し、生活リズムを整えるように努めている。一人ひとりの体調に応じ昼寝を勧めている。眠剤使用の方は確実に投与している。		
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	利用者カードに薬の説明書を添付し、薬の種類や量の変化があった場合は看護職員、病院に問い合わせ、症状の変化があった場合に対応している。		
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	洗濯物干し、たたみ、調理、食後の後片付け等の役割をして頂いている。また買物の支援やアクティビティの提供を行っている。		
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	年間の行事計画にて外出できるようにしている。また、家族やボランティアの協力も依頼している。		

城山の舎 II

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	自己管理できる方は本人さんに管理している。		
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	電話を希望される方の支援を行っている。手紙が来た場合は代読したりしている。		
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	フロアーには季節感を感じる飾り付けをしている。また、皆で過ごせるようにテレビ、ソファ等を配置している。フロアーから中庭が見え、色々な季節の花が見え、ゆとりある空間となっている。キッチンもフロアーと一緒に、食事の時間や料理の匂いが分かるようにしている。		
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	気の合った方同士楽しく過ごせるようテレビの前にソファを配置している。		
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	布団や筆筒、ソファ、湯のみ等馴染みの品物を持ってきて頂くよう入所前に本人や家族に説明を行っている。		
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、各居室に名前や場所を明記してある。各所に手すりの設置、車椅子も通りやすいようにしている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	10	家族の意見を聞く場が少ない	・カンファレンスに家族と利用者をまじえて行う ・運営推進会議において、入所者の意見を取り入れる。	・家族の面会時に時間をとり、30分程度、利用者と家族と職員とでケアや今後について話し合う時間をつくる ・実際に運営推進会議に参加していただき、意見を聴き、運営に反映させる。	6ヶ月
2	35	防災訓練に今年は利用者の参加が出来ていなかった	防災訓練に利用者も参加していただく	災害時の訓練として、歩行不可の利用者は、車椅子へ移乗し、自立歩行の方にも素早い声掛けをし、避難する。また消防の方の話を一緒に利用者にも聞いていただく	6ヶ月
3	49	利用者の日常的な外出が少ない	外出希望時にはすぐに対応し、付き添う	休憩時間でも利用者の方から、外出の希望があれば、職員が付添い、あとから休憩するなど勤務体制を考慮する	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。