

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近づけている	基本理念に地域密着サービスに対する項目も取り入れており、毎月のスタッフ会議でも理念に沿ったケアが出来ていたかの振り返りもしている。	法人の目標やホームの理念を掲示し毎日の申し送り時に唱和している。毎月1回の定例会のカンファレンスのとき理念や目標に沿ったケアになっているかどうか話し合っている。	
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近所づきあいや地元の活動、地域住民との交流に積極的に取り組んでいる。	散歩や買い物などで顔を合わせる際に、挨拶を交わしたり、事業所で企画したそばうちなどの行事に参加していただいたりしている。	中高生のボランティアや、職業体験交流、児童館の子どもたちなどがホームに来て利用者といふれあっている。毎日の散歩で近所との交流があり、ホームのお花見、芋煮会には近所の方をお誘いしている。	
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	防災訓練や行事へは参加していただいたりすることもあるが、認知症についての理解や支援方法を学ぶ機会はまだ設けていない。		
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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている。	定期的で開催している運営推進会議以外に、ホームの行事にも参加していただき直接ホームの取り組みを見て頂く機会を作っている。その都度出た意見はサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回定期に開催している。地域住民代表3人、民生委員、地域包括、ボランティア代表、家族代表が委員になっていて職員のネームプレートの必要性や認知症サポーター養成講座の提案など具体的な意見や助言をいただいている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議にも参加して頂いているが、何かあれば相談しアドバイスをいただくなど、こまめに連絡を取っている。	地域包括と高齢福祉課が同じ部署にあるため、困難事例の相談や後見人制度についての相談などでこまめに地域包括、高齢福祉課と日常的に連絡しあっている。	
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	高齢者虐待防止についての研修に参加し、参加者スタッフから他のスタッフへ身体拘束を含めた虐待についての勉強会をスタッフ会議の場を利用して行い、身体拘束をしないケアを継続している。	管理者が市の虐待防止研修会に参加し職員に報告している。指定基準で禁止している具体的な項目について職員は概ね理解している。虐待防止マニュアルが整備されている。今年の1月には法人内で身体拘束廃止委員会を立ち上げた。	

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止について研修に参加したり、その都度話し合いをしたりしている。利用者の身体にも変化がないかスタッフ間でも常に注意し、何かあれば確認し合うようにしている。		
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	日常生活自立支援事業または成年後見制度の利用が必要と思われる利用者について、地域包括の担当者や社協の担当者と相談し、活用できるよう現在話を進めている最中である。		
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	契約時に重要事項説明書については十分な説明を行い、不安や疑問点が残らないように心掛けている。		
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	利用者については、日常会話や行動から意見や要望が読み取れるように心掛けている。ご家族には面会時に日常の様子や体調面についての報告をしている。また、写真付きのホーム便りを毎月送付している。ご家族からのご意見・要望があればその都度日誌や記録へ記入しスタッフが共有できるようにし、ご意見に沿ったケアを行っている	利用者や家族の思いや意見はその都度管理日誌や介護記録の『私の願い、支援して欲しいこと』欄に記入している。その際家族、本人どちらの思いか識別できるようにし、職員で対応の仕方を検討している。食事のおかずについての意見やリハビリをしてほしいなどの要望がだされている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営や管理についての職員の声に耳を傾け、活かしていくことを心がけ、職員の働く意欲の向上や質の確保を図っている。	スタッフからの意見や提案があれば、その都度運営者と管理者で話し合う機会を持つようにしている。また定期的に代表者はスタッフとの個人面談を実施している。	問題があったらその都度、また毎月の定例会や法人の管理者会議で職員は自由に気軽に意見を出している。スロープが雪で滑らないよう融雪剤をまくなどすぐに改善されている。定例会や管理者会議には法人の役員も参加し運営に現場の声が届いている。	
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	年に一度の運営者と職員との個人面談により職員個々の状況を把握できるよう努めている。また働きながらも内部研修、外部研修を通して職員が学べる環境づくりをしている。		

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
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	社内研修は勤務以外のスタッフが参加できるようにしているが、社外研修ではスタッフの経験年数や力量に合わせて参加の機会を作っている。		
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	管理者研修や社外での研修会での意見交換はあるが、相互訪問までは至っていない。		
<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	本人の不安や要望を察知し、少しでも早く安心して慣れただけよう、ご家族やそれまで利用されてきたサービスの担当者などから詳しい情報を聞いたうえで本人との関わりをスタートさせ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	見学時から入所時までの間に、家族から利用者の生活歴や心身の状態、などを教えて頂き、それに対する事業所としての関わり方などを説明し、少しでも不安なくサービスが利用できるように心掛けている。		
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	介護記録は入所後の2週間はセンター方式の24時間シートを活用している。利用者の様子や言葉など細かく記入し、利用者の現状や必要としていることを早めに把握できるようにしている。		
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	利用者のこれまでの生活歴や習慣を家族等からの情報で得た上で、関わりの中から見聞きし、作業などはスタッフが教わりながら一緒に行えるようにしている。		

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
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	様々な面で共に利用者本位の支援が出来るよう、協力していただいている。		
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	本人の希望により、関係の継続性に努めている。これまでの行きつけの美容室や病院など馴染みの場所や人とのつながりが維持できるようにしている。	家族や知人の支援でお墓参りや自宅訪問、自宅宿泊など行っている。入居前に行っていたこれまでの美容院にも出かけたり、なじみの人にカードを送ったり、電話で話したり今までの関係を継続している。	
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	日常の様子からそれぞれの利用者の関係性を十分に把握し上手くコミュニケーションが図れるように支援している。		
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	長期入院などで退所した利用者についても、家族からその都度、体調の状態報告があり、再入所へ向けての相談に応じるなど、関係の継続に努めている。		
<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、関係者で本人の視点に立って意見を出し合い、話し合っていく取組を心がけている。	一人ひとりに日常会話を通して聞き取りを行い、希望や要望の把握に努めている。困難な場合でも利用者本位に考えて検討、ケアに努めている。	センター方式の基本情報、暮らしの情報、焦点情報シートなどに家族に記入してもらい生活歴や思いを把握している。日常把握した気付きや意向は介護記録に記入し家族と相談しながらケアに活かしている。	
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	利用者のこれまでの生活歴や習慣を家族などから聞き取りを行うほかに、センター方式シートも活用している。		

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
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	介護記録や申し送り記録を通して一日の過ごし方や心身の状態、有する力等を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・家族・各担当スタッフを中心に話し合いを実施し、出来る限り本人の意向に添った介護計画を作成している。またそれぞれの期間に応じての見直しも行っている。	利用者、家族の意向はその都度聞いて毎月ケアプランに沿ったカンファレンスをやりそれを3ヶ月に1回モニタリング(そしてどうなったかという欄に書く)し生活援助計画を作っている。	
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	ケアプランを中心とした個別記録となっているが、ケアプランの内容以外にも新たな気づきなどあればその都度記入し、申し送りなどで情報共有ができるようにしている。		
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、家族の状況に応じて、通院や送迎等の必要な支援を柔軟に対応し個々の満足度を高めるように努力している。		
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	利用者それぞれの好みもあり、全員の意向に必ずしも添っているとは言えないが、歌や読書のボランティアの協力などを得ながら楽しみのある生活を支援している。		
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	本人や家族の希望も大切にしながら、それぞれのかかりつけ医の受診をしている。家族が受診の対応をする場合には、利用者の状態を家族に伝え、適切な診察を受けられるように支援している。	本人や家族の意向を大事にそれぞれのかかりつけ医で受診している。家族が受診同行の際はホームでの生活の情報を提供し、受診結果の報告も受けている。同意を得てホームの協力医を受診する際は初回家族、本人、職員が同行する。	

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
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	職場内の看護師との連携を取りながら、何かあればすぐに相談し、診てもらえるようにしている。		
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。	利用者が入院した場合は、病院の関係スタッフへ利用者の細かい情報を提供し、早期退院に向けてスムーズな治療が受けられ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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入所契約時に説明は行っているが、利用者の状態に合わせてスタッフでの話し合いや家族との話し合いの場を設け、主治医とも今後の関わりについての相談をしている。	法人が作成した「重度化対応、終末期ケア対応指針」を入所契約時に説明している。昨年該当者がおり職員、主治医、家族、訪問看護ステーションなど関係者と話し合い終末期ケアの体制が組まれたが該当者の急変により実施まで至らなかったが終末期支援はできそうである。	
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	利用者の急変時や事故発生時の対応マニュアルがあり、マニュアルに沿って対応している。救急車の要請なども何度か経験し、実践力を身に付けて来つつある。		
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	災害時の対応マニュアルが用意されている。定期的に避難訓練を実施している。	夜間想定で消防署立会いの下避難訓練が実施されている。近所にも実施のお知らせをしている。消防署から1年に2回の訓練では本番の対応が困難であるとの指摘を受け法人の防災委員会で3ヶ月に1回訓練を実施することが確認されている。	
<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	利用者のプライバシーを確保するため、個々に合わせた対応をするように心掛けている。また個人情報の取り扱いにも十分注意している。	プライバシーを損ねるような対応は見られなかった。妄想などのトラブルが起きやすい利用者には配慮して対応している。利用者の生活歴や生活習慣の違いによって話す言葉や対応の仕方を変えている。	

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
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	利用者の希望を表出できるような関係作りをしている。なかなか自分から表出できずにいる利用者にはスタッフ側からさりげなく話の流れで出してみるなどしている。		
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	一人ひとりのペースで希望に沿ったケアができるように心掛けているが、完全ではない。		
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	衣類の選択や化粧など、それぞれの希望に沿った支援をしている。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援  食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている。	スタッフと利用者が一緒に育てた野菜を食材に取り入れ、食事に楽しみが持てるように努めている。また、食事の準備から片付けまで、利用者個々の力に合わせて一緒に行っている。	業者委託でメニューが作られ食材が用意されているが週2回はホーム独自の献立になっている。利用者の好みで主食が麺、パン、ご飯と選べる。外食も楽しんでいる。後片付けも利用者が手伝っていた。	
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	食事や水分の摂取量を記入するチェック表を活用してそれぞれの利用者の摂取量を把握できるようにしている。		
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	起床時、就寝時の他、毎食後に口腔ケアを実施している。声掛け・見守り・全介助と介助方法は本人の力に合わせている。		
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	排泄チェック表を活用し、個々に合わせたトイレの声掛け、誘導を行いながら排泄パターンを把握するように努めている。不必要なおムツの着用は避け、できるだけ失禁のないよう支援している。	24時間の排泄チェック表でパターンを把握している。最終排便もチェックして投薬などの対応をしている。不必要なおムツはしないようにし日中はリハパンツや布パンツを使用している。	

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
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・排泄チェック表を活用し個々の水分量の把握、食事の工夫、運動など実施している。また、下剤の調整なども主治医に相談しながら取り組んでいる。		
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	曜日は限定していないが、午前中を入浴の時間に行っている。利用者からの希望があれば午後に入浴することもあるが、ご家族からの希望もあり午前中をメインに行っている。	基本的には午前中入浴であるが利用者の希望やホームの都合で午後入浴もあるが夜間もふくめていつでも入浴できる体制にはない。	入居前の暮らしのシートで入浴習慣を把握した上で、できるだけ入浴習慣が継続できるように検討して欲しい。
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	一人ひとりのペースに合わせて、休息時間を取り入れている。各居室以外にも、和室のコタツやリビングのソファなどの休息スペースを作っている。また、夜間不眠がちな利用者には日中の活動を促すなどの支援をしている。		
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	利用者の個人ファイルに毎回処方される薬の説明書を綴っており、薬の内容に変更があれば管理日誌や個別記録に記載し全スタッフが把握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	一人ひとりの生活歴や希望を把握しながら、それぞれに合った役割・楽しみごとを継続できるように支援している。また、一つにこだわらず、様々な内容のものを提案し充実した生活を送っていただけるよう支援している。		
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	一人ひとりの希望に合わせて、買い物や散歩などの支援をしている。ご家族の協力を得ながら自宅へ外出・外泊の支援もしている。	家族や知人の協力を得て長期外泊や日帰り外出、墓参りなど行われている。自宅にも出かけている。買い物や外食に出かけ季節ごとに菊人形や花見など出かけている。	



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	自己管理できる利用者、自己管理が難しい利用者ともちまちまである為、個々の金銭管理能力に合わせた支援をしている。		
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	利用者からの希望があれば電話も自由にかけることができるようにしている。手紙を出したい利用者には、その都度希望に応じた支援をしている。		
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	植物や季節の飾り物などを飾り、四季を感じることができる空間作りをしている。	リビングは日当たりがよく温度も光も適切で騒音、異臭もなかった。リビングのガラス越しに田んぼが広がり季節を感じる楽しみがある。グリーンや絵画も適度に飾られ落ち着いた空間だった。利用者の要望で炬燵も設置されていた。	
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	和室のコタツやリビングのソファなどのスペースを作り、利用者同士で自由に過ごしていたでいる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮  居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている。(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその	家具や仏壇など、家族の協力を得て持ち込んでいただいている。その他、写真やアルバム、小物類などの本人の馴染みの物の持ち込んでいただいている。	仏壇やちゃぶ台、鏡台などなじみの家具が持ち込まれている。家族の写真や思い出の写真、鉢、小物など飾られそれぞれ個性的な居室になっていた。	
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	手摺りなどを多く設置し、段差もほとんどなくした造りになっている。ホーム内は利用者の力を活かして、各居室、トイレ、浴室などの表示はしていない。		