

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	0270301575		
法人名	有限会社 永幸園		
事業所名	ケア・サポートふたつ家(1階)		
所在地	青森県八戸市糠塚字大開20番地32		
自己評価作成日	令和4年9月17日	評価結果市町村受理日	

【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)】

・平成15年9月開設当初より町内会に加入し、地域の区民運動会や盆踊り大会に毎年参加する等、地域住民との交流を積極的に回るとともに、平成30年度よりホーム長が役員として当該運営に参画している。
 ・看取り介護(緩和ケア)を希望されるご利用者(ご家族)について、主治医(関係機関)をはじめ、当事業所との協議により合意形成を図るとともに、身体的及び精神的苦痛を緩和し、可能な限り尊厳と安楽を保ち、安らかな最期を迎えられるよう取り組んでいる。
 ・身体拘束は、利用者の生活の自由を制限する行為であり、利用者の尊厳ある暮らしを阻むものであるという認識のもと、当事業所では利用者の主体性を尊重し、身体的拘束を安易に正当化すること無く、職員一人ひとりが身体的拘束の適正化に向けて、最善のケア(最善の選択)を提供できるように、取り組んでいる。

※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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号
訪問調査日	令和4年11月7日

【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)】

全利用者に対して、各々の意志や能力に応じた役割を提供し、利用者が生きがいや張り合いを持って生活できるよう支援している。
 管理者及び職員は、身体拘束廃止宣言を行うと共に、理念に沿った支援を心がけ利用者が穏やかに過ごせるよう、個人の尊厳を大事にしてケアに当たっている。

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りや深まりがあり、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、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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている (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（ケア・サポートふたつ家 1階）

〔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	開設当初より事業所理念を作成している。また、ユニット理念を毎年職員で話し合っ作成するとともに、毎月の目標を職員が交代で考えて掲示し、実践している。月末には各自振り返りシートに実施内容を記入(回覧)し、改善に繋げている。	地域密着型サービスの役割を反映させた独自の運営理念を作成している他、ユニット毎の理念も作成している、また、毎月目標を提示して、実践内容を理解した上で、職員は理念を反映させたサービス提供に努めている。	
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	開設当初より町内会に加入し、区民運動会や盆踊り大会に毎年参加していたが、コロナ感染防止のため、ここ数年はできていない。ホーム長が町内会の役員として参画しており、今後の活動等に関する課題について認識を共有している。	コロナ禍前は区民運動会や盆踊り等の行事に参加し、地域との交流を行っていた。今後、コロナ感染対策を行いながら、徐々に面会再開や町内会活動への参画により、更なるホームの理解と地域交流を拡大できるよう努めている。	
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	認知症サポーター養成講座のキャラバンメイト(登録者1名)として、認知症の理解と普及に努めているが、コロナ感染防止のため、ここ数年は活動できていない。		
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	入居時に当該会議の趣旨について説明し、理解を得ている。介護保険制度の改正や外部評価の結果等、毎回テーマを決めて開催(2ヶ月に1回)している。コロナ感染防止のため、現在は書面送付により開催している。	コロナ禍のため、書類を送付して開催しており、利用者の状況やホームの活動等を報告している。また、メンバーから意見やアドバイスをもらい、会議結果を議事録として、各メンバーへ送付している。	
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	運営推進会議の開催1ヶ月前には、市担当課へ案内文書を送付している。当該窓口パンフレットを配布するとともに、自己評価及び外部評価等の報告を行っている。各種調査の依頼があった場合は、速やかに情報を提供している。	高齢者支援センター職員が、毎回運営推進会議へ参加している。市主催の集団指導に管理者が参加したり、ホームの空室状況や待機状況の他、生活保護者の状況確認等、随時情報を交換して、行政と連携を図っている。	

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
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	開設当初より玄関の施錠をしていない。家に帰りたい等、外出の希望がある場合はできる限り付き添い、支援している。2年前に策定した身体拘束等の適正化のための指針に基づき、職員一人ひとりが最善の選択のもと、最善のケアが提供できるよう、事業所全体で取り組んでいる。	身体拘束適正化に関する指針が作成されており、2ヶ月1回、運営推進会議と共に委員会を開催している。身体拘束宣言を事務室に掲示し、扉入口へのチャイム設置や離床安全見守りセンサーを使用する等、工夫しながら身体拘束を行わない姿勢で取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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のないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止マニュアルを作成し、防止に取り組んでいる。虐待が疑われる場合は上司へ報告するとともに、職員間で情報を共有して確認し、早期発見・防止に取り組んでいる。虐待防止法について定期的に学ぶ機会(オンライン研修)を設け、防止に努めている。		
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	開設以来、当該制度に関する相談・問い合わせをいただいたことはない(入居時において、既に後見人の方がおり、サービスを利用)。過去にホーム長が裁判所や社会福祉協議会へ出向き、情報収集をしたことがあるが、職員を対象とした研修会は行っていない。		
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	入居契約時(前)に当事業所の理念や運営方針、看取りに対する方針をはじめ、年間の行事や地域への取り組み等についてきちんと理解が得られるよう、書面で説明している。特別養護老人ホーム及び医療機関等への入所や入院により退居される際には、関係機関へ情報を提供し、必要に応じて同行する等の支援をしている。		
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並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	重要事項説明書に苦情受付窓口について記載するとともに、入居時(前)に説明している。また、ご意見箱を開設当初より下駄箱上に設置しているが、現状は活用されていない。そのため、運営推進会議をはじめ、ご面会やケアプランの説明時において、ご意見や要望等を聞く機会を設け、運営に反映している。	重要事項説明書に意見や苦情対応フローを明記し、入居時に家族へ説明している他、外部の意見や苦情窓口も掲示している。また、利用者の暮らしぶりについて、担当者と主任のコメントを添えて、毎月の便りで家族に報告する等、意見を出しやすいよう働きかけている。	

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
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	毎月1回「①リーダー会議 ②ケース会議 ③認知症勉強会」を開催し、事業所の方針の伝達や認知症に関する勉強会を通じて、職員の意見を聞く機会を設けている。また、年1回、個人面談を全職員に行い、将来の目標や業務改善に関する意見や提案等について話し合い、反映している。	種々の会議の中で、職員の意見を聞く機会を設けており、介護用ベッドを導入する等、職員の意見が反映されている。また、勤務シフトを作成する際には、毎月職員から希望を確認し、配慮している。	
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	正職員(年2回)、準職員(年1回)について、業務評価管理制度を整備(運用)することで、適正に業務の評価に繋がるよう取り組んでいる。また、年1回、ホーム長が職員全員と個人面談を行い、運営に関する意見や要望の他、将来の目標や希望等について確認している。		
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	職能等級基準書を整備し、職員へ周知するとともに、各種研修受講や試験日には勤務体制を調整することで、日々の業務に支障がないよう配慮している。研修受講後は1週間以内に報告書を提出する他、ケース会議や回覧で伝達し、情報を共有している。		
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	日本認知症グループホーム協会及び地区認知症高齢者グループホーム協議会へ加入し、各種研修会への参加を通じて交流の機会を設けている。また、毎年(1名)認知症介護実践研修を受講させることで、他のサービス事業所の職員と交流する機会を設けている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	ご利用の申し込み(受付)は、事前に見学及びサービスの概要について説明を行い、その上で判断していただくよう努めている。サービスの利用開始前にはご本人をはじめ、ご家族や関係機関から生活の様子(要望や課題等)について情報収集し、職員へ周知して入居後の関係づくりに繋げている。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	初回面談時において、ご家族の不安等(当該サービスの内容や終末期の対応、その他)について傾聴し、把握するよう努めている。自宅におけるご本人の様子やご家族の要望等、現状の課題に対して、当該サービスの利用が適正かどうか判断していただけるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	サービスの利用がご家族(ご本人)の意向に合っているかどうか、各種サービスの利用も検討し、話し合いを行っている。また、ご本人の生活や面会時の様子について、協力医療機関へ事前に相談する等、適正なサービスの利用に繋がるよう努めている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	自分らしさや誇りを保ち、自分でやれる喜びを感じていただけるように接している。日々の家事活動(食事づくり、洗濯畳、掃除等)を他の入居者と一緒に行ったり、作業内容に応じてできる事、できない事の見極めを行い、必要に応じて職員と一緒に行動(支援)ようにしている。		
19		○本人と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置かず、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	急性期を除き、定期通院が必要な場合は、原則ご家族に付き添いをお願いしている。また、町内会の行事や地域の祭りの見学等、各種行事で外出する際は、運営推進会議やお便りを通じて連絡(案内)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	ご本人の生活歴や意向等に関する情報は、ホーム長がご本人及びご家族や関係機関から収集し、職員へ伝達している。得られた情報は職員間で共有し、支援に繋げている。ご本人より馴染みの場所へ出かけたい等、外出の希望がある場合は、可能な限り職員が付き添いできるよう努めている。	アセスメントシートを家族に記入してもらい、ホーム長がアセスメント内容を職員に情報提供して、共有している。コロナ感染対策を十分に行い、玄関での面会を行う等、利用者がこれまで関わってきた人との交流を継続できるよう努めている。	

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
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	家事活動全般(食事準備や洗濯畳等)において、入居者間で作業が困難な場合は職員が間に入り、支援することで、共に助け合う関係ができています。入居者個人の意思伝達能力を把握し、課題がある場合はケース会議等で話し合い、支援方法を確認(見直し)している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	サービス終了後においても、何時でもご連絡くださるよう伝えている。特別養護老人ホーム等へ転所される場合は、当事業所での生活の様子や既往歴等の情報を、ご家族の同意を得て書面で提供することで、今までの生活が継続できるよう協力している。		
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	入居時に意思表示できる方は、その思いや希望を職員間で共有し、支援できるよう努めている。認知症の進行等により、意思の伝達が困難な場合においても、今までのご本人の尊厳(生活)が保たれるよう、ケース会議等で対応方法を検討し、支援している。	入居時のアセスメントの他、家族やケアマネジャー、病院関係者からも情報収集し、思いや意向を把握している。職員は利用者との会話や表情、動向から、利用者の視点に立って思いや希望、意向等を把握す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	入居契約時にアセスメントシート(センター方式4部)の記入(趣旨)について、ご家族へ丁寧に説明を行い、入居に至る経緯やご本人の思いについて情報をいただいている。また、担当のケアマネジャーの他、医療機関等からできるだけ情報を収集し、入居後の支援に役立てている。		
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	入居前にいただいた情報やご本人(ご家族)の意向を確認し、ケアプランを作成している。入居後はご本人のペースで自由に過ごしていただくとともに、その様子をアセスメントすることで、ホームでの1日の過ごし方やできる事・できない事を確認し、必要な支援について把握できるよう努めている。		

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
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	入居者(個人)の担当者が、原則3ヶ月毎に目標の達成状況についてモニタリング及び再アセスメント(課題の抽出)を行い、介護計画を作成している。作成時にはご本人及びご家族の意向を基に、計画作成担当者(管理者・主任・介護者含む)の意見を取り入れている。	アセスメントシートをまとめ、職員の意見や気づきを反映しながら十分に話し合い、利用者本位の具体的な介護計画を作成している。3ヶ月毎にモニタリングを行っている他、利用者の身体状況や家族の希望等に変化があった場合は、再アセスメントを行い、介護計画を見直している。	
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	個別記録と個別申し送りノートを整備し、職員へ周知して活用することで、日常における入居者の様子を把握し、共有できるよう努めている。その情報(課題等)は、毎月開催するケース会議で検討(協議)し、その後の支援の在り方や介護計画の見直しに繋げている。		
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	平成15年開設当初よりグループホーム以外のサービスは提供していない。ご本人やご家族が抱える課題や要望があった場合は、既存のサービスに捉われないこと、柔軟に対応できるよう努めている。		
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	開設当初より地域の祭り(三社大祭他)の見物に出かけたり、地域の行事(主に町内会)への参加、また、小学校や保育園と交流する機会を複数回設ける等、その都度ご本人の意向を確認してお連れしている。誕生日にはご本人の希望を確認し、ドライブや外食(買い物)に職員が付き添い、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	協力医療機関と契約を締結し、2週間毎に訪問診療に来ていただくとともに、日常における健康管理をお願いしている。体調不良等により他科受診が必要な場合はご家族と相談し、付き添いが困難な場合は職員が対応している。	入居前の医療機関へ継続して受診できるよう支援している他、希望により協力医の訪問診療の利用も可能であることを家族へ説明している。受診時の状況について、適宜お便りや電話で報告し、情報共有を図っている。	

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	当事業所職員に看護師はいないため、体調不良等が確認された場合は、介護職員が主治医へ直接状態を報告している。主治医の指示により訪問看護ステーション等との連携が必要な場合は、介護業務の内容(事業所の役割)を確認して支援している。		
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、また、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。	救急搬送時に医療機関へ提供する情報(保険証・既往歴等の情報等)を何時でも携帯できるよう、所定の場所へ保管している。ご家族の希望により付き添いが必要な場合は、職員が同行するとともに、療養期間内においても当該医療機関と情報(病状)を共有することで、早期に退院(帰所)できるよう努めている。		
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、事業所の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	サービス利用開始前(契約時)に、ご家族へ終末期における意向(延命治療の希望等)について、看取り介護指針を整備して丁寧に説明している。入居時においても主治医より、ご本人の現在の心身状態や既往歴、今後重度化した場合の対応や当事業所のできる医療行為の内容について、方針を説明している。	指針を作成してホームの方針を明確にしており、予め入居時に、重度化した場合や看取りが必要な場合の意向を文書で家族へ確認している。また、看取りが必要になった時は、改めて利用者及び家族へ意思確認を行い、協力医療機関と連携して支援する体制を整備している。	
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	急変時の対応マニュアルは作成しているが、当該事故を想定した訓練は実施できていない。当該マニュアルの再検証をするとともに、全職員と具体的な訓練の内容について話し合う機会を設ける等、実際に訓練を行うことで、急性期等における初期対応が適切に実践できるよう努める。		
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	火災を想定した避難訓練は毎年実施している(平成23年度より地域住民参加による合同夜間総合避難訓練を実施)。地震等の災害発生時には、連絡網(震度4以上でライン連絡)により、参集する体制を整備するとともに、3日分の食料を備蓄している。	ラインを利用した全職員の緊急連絡体制を整備している。迅速な避難ができるよう、避難訓練時にレスキューシートを使用する等、工夫して取り組んでいる。また、災害発生時に備えて、反射式ストーブや飲料水、缶詰、レトルトパック等を用意している。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	全職員が事業所の運営理念を意識(念頭に)し、日々、個人の尊厳が保たれ、その人らしい暮らしを送っていただけるよう支援している。入居者と会話をする時は原則敬語を用いるとともに、毎月ユニットの目標を作成し、チームで取り組んでいる。	入居時に希望する呼び方を確認し、人生の先輩として個人を尊敬した声かけや態度で接すると共に、プライバシーや羞恥心に配慮して日々のケアに当たっている。また、守秘義務や個人情報の取り扱いについて、職員は採用時に誓約している。	
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	入居者個人の伝達能力に応じて、コミュニケーション方法(ボディランゲージ、言語、アイコンタクト、表情の変化等)を選択することで、意思表示が困難な方でも思いを汲み取ることができるよう努めている。家事活動や行事等には必ず同意(意思)確認を行い、支援するようにしている。		
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	入居者一人ひとりの思いを尊重し、自由に過ごしていただけるよう支援している。事業所の理念である誠実・信頼・成長を常に念頭に置き、誠実に接することで信頼関係が生まれ、そこから入居者の本当の思い(本意)を聞くことができるよう努めている。		
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	入居当初はご自分で身だしなみを整えたり、衣類を選択される方が多い。ボタンのかけ違いや季節に合わない衣類等の着用が見られる場合は、さりげなく支援している。衣類調整等が困難な場合は、衣類を数種類準備し、選択していただけるよう支援している。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	現在は外部業者へ委託し、届いた食材を事業所で調理している。ただし、食事作りの手伝いや片付け等、全員が何らかの作業に携わり、協力していただけるよう支援している。	家族から利用者の嗜好を確認している他、医療機関からカロリー制限や禁忌物を確認して、委託業者へ報告して食事を提供している。また、野菜の下処理やテーブル拭き、食器拭き等、全利用者に対し、各々の意思や能力に応じた役割を提供している。	

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
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	自力での食事や水分の摂取が困難な方には、健康(心身)状態に応じて必要なカロリー等を主治医に相談(確認)し、提供(記録)している。なるべく経口摂取していただけるよう、ご家族から嗜好品を聞いたり、トロミ剤を使用する等、状態に応じて支援している。		
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	毎食後口腔ケアを促し、磨き残し等、必要な場合は介助している。6ヶ月毎の検診の他、う蝕(等)に伴う痛みや義歯調整が必要な場合は、往診を依頼して治療している。		
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向けた支援を行っている	尿漏れや失禁等が見られる場合は様子観察し、定時にトイレ誘導する等、できる限りオムツを使用しないよう配慮して支援している。改善(機能回復困難等)が期待できないと判断した場合は、状態に合わせてパット等を使用している。	利用者の排泄チェックを行い、排泄状況に応じたトイレ誘導を行い、支援している。失禁時等は利用者の羞恥心やプライバシーに配慮しながら、速やかに対応するよう取り組んでいる。	
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	果物やヨーグルトをメニューに取り入れたりと、牛乳を飲んでいただくことで、予防に繋がるよう配慮している。お通じの悪い方には腹部マッサージや屈伸運動等をして、自力で排泄できるよう支援している。		
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ず、個々に応じた支援をしている	現在1日につき2~3人の方が入浴されている(平均週2~3回)。当日希望がある場合はできるだけ柔軟に対応している。入浴を好まれない方には、理解が得られる言葉をかけることで、安心していただけるよう努めている。	利用者の入浴習慣や好みを確認して、羞恥心に配慮しながら、週2回は入浴できるように支援している。また、車いす利用者でも湯船に入浴できるよう、回転式入浴椅子を使用する等、工夫している。	
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	日中夜間を問わず、昼夜逆転等による課題がない限り、入居者が休みたい時に休んでもらっている。夜間眠れず起きて来たり、日中傾眠されている状態が続く場合は、主治医に相談し、健康上問題がなければ、なるべく日中の活動を促して、夜間にぐっすり入眠していただけ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
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	入居前に既往歴及び処方薬を確認し、必ず主治医へ連絡後、職員へ周知している。入居後に薬の変更があった場合は協力医療機関バイタルチェック表に記録し、職員へ伝達(周知)している。服薬時には職員が薬を準備し、必ず飲み込みを確認するよう努めている。		
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	洗濯物畳や茶碗洗い等、家事活動を日課に取り入れ、個々に役割を持って生活していただけるよう支援している。理解判断力等の低下により、自力での活動が困難な場合は、必要に応じて職員が寄り添って一緒に行う等、個人の心身状態に応じて支援している。		
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。また、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	現在の職員配置(生活時間帯3:1)では、日常的な外出支援は困難な状況であるが、日勤者がいる日を作り、対応する等、勤務調整を行って支援している。また、ご家族と一緒に誕生日等で外出される際に、介助方法等について不安がある場合は、職員が付き添いできるように努めている。	利用者が気分転換できるよう、感染対策を行いながら、散歩をしたり、自宅周辺や公園等へのドライブを行っている。また、畑の作業や花壇での園芸を行う等、戸外に出て気分転換できるように支援している。	
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	ご本人(またはご家族)の希望により、現在は現金を所持されている方はいない。希望がある場合はご本人の管理能力に応じてご家族と話し合い、所持いただく金額(1,000円程度)を決める等、話し合いを行って支援している。		
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	電話や手紙の希望があった場合は、適宜支援している。電話の相手先や内容がいつも同じであったり、先方から控えてほしい等の依頼があった場合は、ご家族と協議の上、偽電話で対応することもある。手紙も同様に、自筆できない場合は職員が代筆する等、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
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	ホールの照明スイッチを操作する際には、入居者が不安にならないよう事前に説明し、お伺いしてから行っている。また、ホールや居室に温湿計を設置し、適切に空調管理をするとともに、職員間で話をする際は声のトーンに気をつけることで、快適に過ごしていただけるよう管理している。	食堂兼リビングは全体的に明るく、テーブルやソファが配置されている。また、季節の装飾や鉢植えの植物が置かれ、利用者が家庭的な雰囲気の中で、ゆったり過ごせる、居心地の良い空間となっている。	
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	入所者専用のソファ(2~3人用各1個)をホールに設置し、自由に使用していただいている。ソファで横になってそのまま眠ったり、気の合う2人で一緒に腰掛けて談笑する等の場面も見られている。		
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(説明)に、居室に入る物であれば何でも構わないので、ご本人に馴染みのある物品を持って来ていただくよう話をしている。また、長年過ごされた自宅の間取り(環境)を参考に、居室のベッドや箆箭の位置を変更する等、少しでも安心して過ごしていただけるよう配慮している。	居室には仏壇やテレビ、毛布、ぬいぐるみ等、利用者の愛用品や馴染みの物の持ち込みがある。また、入居前の住居環境に近づけた居室作りを行い、安全面に配慮しながら、精神的安定が図れるよう支援している。	
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」や「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	自室の場所を認識できるよう、入口に表札を掲示したり、トイレがわからない場合はドアに貼り紙(便所またはトイレ)を大きく書いて表示することで、自力で移動できるよう配慮している。また、玄関出入口や踊り場をはじめ、浴室内に適宜手摺りや椅子を設置することで、ふらつき等による転倒防止(安全)に努めている。		

2 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	7	○虐待の防止の徹底 ・身体的虐待は見られていないが、言葉による精神的虐待になりうる言動や行動が見られる場面がある。	精神的虐待による不適切ケアの排除	①虐待の芽チェックリストを配布し現状を把握する。(4月配布) ②集計しケース会議で対応や、声掛けなどの注意点を確認し、実施する。職員間で良かった点・悪かった点を振り返る。(5・6月) ③再度、虐待の芽チェックリストを配布する。(7月) ④集計しケース会議で評価・振り返りを行い、精神的虐待防止に努める。	5か月
2	34	○急変や事故発生時の備え ・職員は、急変時や事故発生時の対応の仕方について、マニュアルがあるが、実際の対応の仕方について不安を感じています。	急変時や事故発生時に落ち着いて対応する事が出来る。	①急変時や事故発生時について不安な点の確認、アンケートを取る(4月中) ②アンケートに基づいて、対応方法を統一できるよう職員間で分かりやすいマニュアルを作成する。(5・6月)	3か月
3					か月
4					か月
5					か月

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。

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	0270301575
法人名	有限会社 永幸園
事業所名	ケア・サポートふたつ家(2階)
所在地	青森県八戸市糠塚字大開20番地32
自己評価作成日	令和4年9月17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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号
訪問調査日	令和4年11月7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)】

・平成15年9月開設当初より町内会に加入し、地域の区民運動会や盆踊り大会に毎年参加する等、地域住民との交流を積極的に図るとともに、平成30年度よりホーム長が役員として当該運営に参画している。
 ・看取り介護(緩和ケア)を希望されるご利用者(ご家族)について、主治医(関係機関)をはじめ、当事業所との協議により合意形成を図るとともに、身体的及び精神的苦痛を緩和し、可能な限り尊厳と安楽を保ち、安らかな最期を迎えられるよう取り組んでいる。
 ・身体拘束は、利用者の生活の自由を制限する行為であり、利用者の尊厳ある暮らしを阻むものであるという認識のもと、当事業所では利用者の主体性を尊重し、身体的拘束を安易に正当化すること無く、職員一人ひとりが身体的拘束の適正化に向けて、最善のケア(最善の選択)を提供できるように、取り組んでいる。

【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)】

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)	
---------------------------------	--

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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(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拡がりや深まりがあり、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、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	事業所の理念は、職員が入居者の気持ちになり、自分が求める理想の介護施設の形を、意見交換で話し合っている。入居者の介護方針を決める際も、ご本人の気持ちと理念を基に、実践につなげている。		
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	コロナ禍前は地域の保育園や小学校の行事に積極的に参加していたが、現在はできるものが少なくなっている。体制構築は継続中で、コロナの状況により開始できる時は、すぐに始められるようにしている。		
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	事業所にはキャラバンメイトがいて、コロナ禍前は地域に出向いて講座を開催する機会があったが、現在はその機会がない。しかし、いつでも講座を開催できる準備を整えている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回開催していたが、令和2年3月からはコロナ感染予防のため、ホームでの開催ではなく、資料配布で行事の様子等をお知らせしている。町内会長さんより毎回意見をいただき、それを業務改善につなげている。		
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	市主催の集団指導に管理者が毎回参加すると共に、必要に応じてホーム長が介護保険課に出向き、最新情報を得ている。		
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	入居者のその時の病状に合わせた介入を行っている。その際に行動制限に直結させるのではなく、なぜそのような症状になるのかを考え、必要であれば主治医へ相談し、対応している。日常生活内で必要な方にはセンサーを設置し、見守りできる体制を行っている。		

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
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	月1回行っている認知症勉強会の動画で、定期的に虐待の定義を学ぶ機会がある。その上で、虐待につながる可能性を常に念頭に置き、ケース会議の際にも話し合いを行っている。		
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	ネット配信の研修で、日常生活自立支援事業や成年後見制度について、個々で学べる機会があり、研修を通して、各自理解を深めている。		
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	丁寧な説明に努め、項目毎に質問や疑問点がないか聞きながら進めている。質問等があった場合は、入居者やご家族が納得いただけるまで説明を行っている。		
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並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・要望があった場合は早急に社内で協議し、ご本人の望む支援を構築している。また、早急に対応できない場合はその旨を伝え、実現に向け方策を考えており、報告期日を伝えている。		
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1回のリーダー会議で、職員から意見や提案をホーム長へ伝えている。また、常に相談する環境は整っており、職員からの相談でホーム長への確認が必要な場合は、速やかに指示をもらえるようにしている。		
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	正社員は年2回、準社員は年1回、人事考課表を作成し、管理者とホーム長へ提出している。上司が評価した内容をフィードバックして、成長につなげている。		
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	研修計画を年度初めに作成している。個々のレベルに応じて研修を推薦・推奨し、全職員が年間を通して参加できるようにしている。		

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
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	日本認知症グループホーム協会等に参加し、協会主催の研修や外部研修を通じて、交流や意見交換をしている。同業者との交流はお互いを高め合い、より良いサービスの提供へとつながっている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前のフェイスシートを確認している。また、ご家族からも情報を聞き取り、今までの生活環境を把握している。入居後はご本人との関わりの中で、少しずつ距離を縮められるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時、入居者やご家族へホームでの生活をお伝えする際に不明点を聞き、その流れで不安な事や不明な事を聞いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居直後は不安な事を聞き取り、施設での生活に不安があれば、聞き取りを行っている。グループホームでの生活がご本人に合わないようであれば、意向を聞いた上で他サービスの内容を伝え、選択していただけるようにしている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者が主体となる介護提供は基本であるが、時と場合により家族のように接し、“共に暮らす仲間”という位置付けで関わる時もある。		
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置かず、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	令和2年2月より面会制限となっている。入居者の状況を定期的に伝え、入居者の様子を一緒に考えながら、ホームでの生活ができるようにしている。		
20	(8)	○馴染みの人や場所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	馴染みの人や場所だけではなく、入居者が大切にしてきた物をも把握し、その場所や物、人に向ける気持ちが失われないように努めている。コロナ禍により外出の機会は減っているが、できる事に目を向けて実施している。		

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
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	入居者同士の交友関係を大切に考え、交流したい時間や一人で居たい時間を都度確認し、心が落ち着いて楽しめる空間作りに努めている。		
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	入居者の状況や生活状況等を伝えられるシートを作り、退居先の関係者の質問にいつでも答えられるように準備している。退居後に偶然にお会いするご家族へも挨拶等を行いながら、相談に乗る等している。		
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	毎月アセスメントを行い、最低でも3ヶ月に1回はケアプランを見直しており、入居者の気持ちを第一に考えながら、今必要な事を把握し、今よりも向上できるようなケアプラン作成を行っている。		
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	入居時にご家族から入居前の生活歴等を記載していただき、それを全職員で確認している。また、知り得た情報は申し送りする等、共有するようにしている。		
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	一日の過ごし方は個々の希望に合わせている。状態の変化については、日頃の様子を把握した上で、いつもと違う様子や行動があれば観察し、必要であれば主治医へ報告して指示を仰いでいる。		
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	担当者→計画作成担当者→ケアマネジャーへ提出し、確認していただいた上でケアマネジャーからご家族に説明して、同意を得ている。		
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	入居者の様子がわかるような記録に努めている。データ管理にしたことで知りたい情報を検索しやすくなり、情報を共有しやすくなっている。		

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
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	その時の入居者の心身状態に合わせた環境作りや、できる事を増やすための配置を行っている。常に見直しを行い、状態の変化に合わせてながら、ご本人のストレスにならない範囲で、配置換え等を行っている。		
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	地域の方との関わりは、町内会への加入により叶えられている。地域の中で暮らしているという実感が持てるよう、窓から外を眺めたり、散歩に出たり、花壇の花を摘むことができるように工夫している。		
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	基本的には往診医と連携している。入居時に希望を聞いたうえで、入居後も希望があれば、他の医療機関に通うこともできる。主治医とは定期的な往診の他に、体調不良があった時には都度連絡して、指示を仰ぐことができる体制である。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	体調の小さな変化は専用の記録に記入している。小さな変化でも継続する場合や気になる変化があった時は、看護師を通して主治医に連絡し、指示をいただける体制である。		
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、また、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。	入院となる場合はホームでの状況を書面で伝えている。入院後も定期的に体調確認を行い、現在の様子を把握している。退院後はその時の身体状況に合わせた生活ができるよう、主治医やご家族も含めて相談し、ご本人の意向に沿うようにしている。		
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の希望を伺い、書面で保管している。ご家族から希望があった場合や見直しが必要になった場合には、再度希望を伺っている。意向が変わった場合にはいつでも変更することができる。		

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
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	急変時と事故発生時のマニュアルがあり、そのフローに沿って動けるようにしている。		
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回の避難訓練を行っている。コロナ禍のため、地域の方との訓練は行えていないが、協力体制は整っている。		
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	一人の人間として平等に対応し、ご本人が快適な気持ちで生活できる環境を整えている。排泄の失敗等は、周りの方にわからないように配慮している。		
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	入居者の症状に合わせ、自分で決められる状況を整えている。選択が難しい場合は二択から選んでいただく等、自己決定できるように心がけている。		
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	常に入居者の気持ちを尊重し、どのように動きたいのか、どのように生活したいのかを最優先に進めている。また、希望が叶えることが難しい時は、謝罪と説明を行い、同意を得た上で進めている。		
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	ご本人の希望を最優先にし、その人らしい服装や髪型ができるよう、職員が支援している。		
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	入居者がやりたい事があれば、行ってもらえるようにしている。一人では実施が難しい事も、職員ができない事を支援することで、実施してもらおうようにしている。		

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
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	食事は外部発注しており、発注先の栄養士により、栄養面のバランスが保てるようになっている。主食量は主治医からの指示で決定し、水分確保についても、希望により飲水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	毎食後に口腔ケアを実施し、介助が必要な方にはできない部分のみ支援をしている。身体の状態によって、歯ブラシ以外の用品も使用している。		
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向けた支援を行っている	入居者個々に合わせて対応している。失禁=オムツではなく、なぜ失禁するのかを考えた上で、ご本人も必要と希望している場合にオムツ(リハパン)を使用している。基本的にトイレでの排泄とし、失禁しない間隔で誘導している。		
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	個々の排便間隔を把握し、主治医に相談しながら、個々に合わせた薬剤の使用を行っている。その他に日々の運動や腹部マッサージを取り入れ、薬剤の使用を最小限にする努力もしている。		
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ず、個々に応じた支援をしている	入浴は1週間に最低2回は入れるように工夫している。3~4日間隔で設定はしているが、その時の気分や身体状況、希望等により入浴できるようにしている。		
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	居室やホール、ソファ等、その時の気分で好きな所で過ごしていただけるように環境を整えている。就寝時間はその日の気分で、眠りたい時間に眠れるように配慮している。		
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	薬情を個人ファイルに保管し、必要時には速やかに確認できるようにしている。また、薬の内容や処方期間も一目でわかるようにしている。症状の変化により薬の変更があった場合は、状態変化の観察を行い、記録に残している。		

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
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	得意な事や不得意な事を把握し、得意で楽しい事を頑張れるように支援している。行事では全入居者が楽しめる内容で、毎月2回実施できるようにしている。		
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。また、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	散歩や園芸等、希望があれば行えるようにしている。コロナ禍で外出の機会は減っているが、日々の生活の中で、外の空気に触れることができるようにしている。また、特定の方だけが外出するのではなく、全入居者の意向に沿えるように工夫している。		
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	希望がある方は現金の所持ができるが、現在は希望者がいないため、所持している入居者はいない。		
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	ご家族から着信があった場合は、電話で話ができるようにしている。電話をかけたいという希望がある方には、電話をかけられるよう支援をしている。また、ご家族に葉書を書いてお渡すこともある。		
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	危険がないように配置を行い、表札等も入居者の目線となるように掲示をしている。また、今の季節がわかるよう、壁に絵や字を装飾している。		
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	ホールは食卓スペースとソファスペースに分けてあり、好きな時に好きな場所で過ごせるようにしている。一人になりたい時は居室で過ごせるようにもしている。		
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	入居時に、馴染みの物がある場合は持ち込んでいただくように説明している。馴染みの物を持ち込まれた場合、家具等は安心できるような配置にしている。		

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
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」や「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	トイレや居室の表示は、その表札を必要とする方の高さや文字の大きさに作成している。なるべく自分で目印を定め、自分で動けるよう、写真や絵等を使用した看板にしている。		

2 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	6	○身体拘束をしないケアの実践 入居様が自由に行動できる環境整備はできているが、職員が無意識にスピーチロックをしている時がある。	スピーチロックがなぜ身体拘束になるのかを全職員が理解し、入居者様の尊厳を守り、目に見えない拘束をなくする。	場面場面に応じたスピーチロックを防ぐ言い換え言葉を作成し、クッション言葉を活用する。チェックシートを利用し、事故の取り組みを振り返り改善する。	6か月
2	48	○役割、楽しみ毎の支援 ケアプランのサービス内容は実施しているが、それ以外での入居者様との関りが乏しく、役割、楽しみ毎の支援ができていないのが現状である。	一人ひとりに合わせた日課(家事活動・余暇活動)を決めて提供し行うことができる。自力での活動が困難な方は職員が寄り添って一緒に行う。活動後は労いの言葉をかけ意欲向上につなげる。	入居者様と職員でやりたい活動、出来る活動を決め、毎日行う。 役割票を作成し、できたらチェックをし、勤番者全員で支援することで毎日たっせいできるようにする。	6か月
3					か月
4					か月
5					か月

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。