

### 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	2170103689		
法人名	有限会社ケアパートナー		
事業所名	グループホームもも太郎 1Fさくら		
所在地	岐阜県 岐阜市 御望 3丁目 68番地		
自己評価作成日	平成23年 9月15日	評価結果市町村受理日	平成23年11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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170103689&amp;SCD=320&amp;PCD=21">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170103689&amp;SCD=320&amp;PCD=21</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成23年10月21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)】

認知症高齢者介護において、介護者のコミュニケーションが雑音になっていないか、介護がその方の今にあっていないのではないか 常に介護者は自分たちの介護を振り返り、その方の立場になって支援できるよう努力をしています。  
夜間において 夜勤・宿直体制をとり、夜間の強化を取り組んでいます。  
ホーム独自の生活支援サービスをもうけ 介護保険サービスでは 支援できない部分のサービスをすることで利用者がより充実した生活が送れるようにしています。

【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)】

桃太郎伝説の伝承地に由来したホームのネーミングかと思いきや、飼犬の「モモ」と「タロウ」に因んで付けたホーム名とか。そんな遊び心いっぱいのホームである。  
常に利用者を中心に据えて支援する、とのかたくなまでの法人代表の信念が、職員の理解と協力の下、ホームの運営のそこかしこに活かされている。ユニット毎に基調となる色を決めて統一感を出し、天井の高さにも配慮している。通路は広く、リハビリ歩行の訓練場所である。居室の専有面積を広く取り、洗面台や収納庫を完備することで利用者の生活に潤いを持たせる。ハードの部分だけでも、利用者主体の様々な配慮を見ることができた。支援の内容については言うまでもない。  
家族からも全幅の信頼を得ており、気兼ねなく訪問して自由に意見や要望を伝えている。

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
<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	利用者が住みなれた地域で なじみの人間関係が継続できる生活・思いや希望が叶える事ができる生活・本人の強みが活かされる生活ができるよう支援することを理念とし、すべての職員が理念を共有し、介護サービスの提供が出来るよう取り組んでいる。	「利用者の思い」、「利用者の生き方」、「利用者の強み」を大切にいたケアを実践することを理念に盛り込んでおり、利用者を中心に据えた取り組みを実践している。	
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	自治会に入会し、総会・班会に出席してグループホームを理解してもらえよう努力している。地域の方に野菜や花をいただいたり、ホームの行事に 同じ班の飲食店を利用して交流に努めている。	様々な機会をとらえて、地域への浸透を図っている。散歩の途中で、地域住民から声がかかることも増えてきた。近所の人が柿や餅米、季節の花等を持ってきてくれる。	
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	行政や地域包括支援センターと連携し 地域の方々の相談に応じることが出来るよう努めている。地域の認知症高齢者の 介護認定の相談を受け 地域包括支援センターと連携し 認定の申し込みから認定調査の立会いの支援をした。		
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	利用者ご家族のホームへの要望をケアプラン、介護の現場に結び付けていくことでケアの向上に努力している。遠方に住む家族が多く 出席できない方には アンケートにより希望を聞き 文書にて報告している。	ほぼ3ヶ月に1度、運営推進会議を開いている。行政、地域代表、知見者等の参加がなく、家族会的な会議になっている。	会議を有効に機能させるためにも、幅広い分野からの会議メンバーの選任が必要。開催日を調整して、多くのメンバーを集めたい。
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	岐阜市介護保険室、生活福祉室及び地域包括センターの職員と連絡を取り、地域に密着した介護サービスを 提供するよう取り組んでる。生活保護受給や 介護保険認定等 市町村担当者と連携し支援した。	運営推進会議への行政担当者の参加はないが、困難事例の相談をしたり、担当者会議に出席してもらったりと、連携は密である。	
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	切迫性・非代理性・一時性の3原則のすべてを満たさないと身体拘束を行うことができないことを職員は理解し実践している。玄関の錠は 防犯のため施錠しているが 内部から簡単に開錠できるようにしてある。	職員は、研修によって身体拘束による弊害や拘束のないケアの重要性を認識している。言葉による拘束にも留意しており、職員の不適切な言葉遣いは見られない。	介護や福祉の経験のない新人職員については、「拘束」や「虐待」の認識が薄い者も多い。新たな職員の雇用時には、十分な時間をとって適切な研修・教育をお願いしたい。
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	運営基準の取扱方針を掲示し 職員全体に周知している。言葉の暴力、介護の無視、3~4点ベット柵等が虐待であることを周知防止に努めている。		

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
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	高齢者の権利擁護に関する研修を受講している日常生活自立支援・絆の会及び家裁における成年後見手続き等の利用の説明・支援をしている。		
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	契約の締結及び解約、改定の際には 文書にて説明し誤解のないよう疑問点には詳しく説明し理解・納得を得ている。		
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・家族が ホーム及び外部に要望・意見を言うことができることを書類に明記し説明している。生活支援サービス導入時には アンケートで意見をとりホームの運営に反映できた。	家族の訪問頻度が高く、その都度意見や要望を出してもらっている。家族アンケートでは、回答を寄せた家族のほとんどが自由記述欄に意見を記述してくれた。	
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	ホーム長を配置し、職員の意見及び提案を聞く機会を設け 管理者に意見が集約できるようにしている。代表者は、職員からの視線に立ち、ホームの運営をするように努めている。	ホーム内には、職員が自由に意見を言える空気が流れている。スタッフミーティングでは、途中で法人代表が席を外し、職員だけでの話し合いの場を作っている。	
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	安定した生活ができるような勤務シフトの作成、勤務態度の評価(賃金改定等)をして働きやすくやりがいがある職場を目指して職場の向上を努力している。		
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	管理者、介護支援専門員等が実践者リーダー研修等を受講し、勉強会を開催、職場のスキルの向上をめざしている。		
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	近くのグループホームの管理者と 電話、訪問で情報の交換等をしている。グループホームの訪問には職員を同行し 他のホームを参考にし当ホームの質に改善につなげるよう努めている。		

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
<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	入居時に利用者及び家族、関係機関等より生活歴・嗜好等を把握し初期段階で的確な計画作成をすることで、利用者が安心して生活ができるようにする。入居されてからは利用者となじみの関係を取れるようなコミュニケーションに留意している。		
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	入居相談時より、家族の思いを受けとめ、共感することで家族が安心できるように努めている。家族がホームに来所しやすく職員に相談しやすい環境を作り、常に家族と利用者がよい関係が保てるよう支援している。		
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、家族、各関係者の情報より、家族との関係・薬剤の影響等整理することが可能か、ホームでの生活が本人にとって幸せなのか考え、在宅での生活の可能性、他の施設が良いのか相談支援するよう対応している		
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	職員が利用者を理解し、本人の生き方を大切に、本人の思いに沿うよう努め、利用者が職員とホームでともに穏やかに過ごすことができるよう支援している。		
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	家族に利用者の認知症状を理解してもらい利用者との継続した関係を保てるよう支援している。利用者が穏やかに生活するためには家族の支援が必要であると認識してもらい職員は家族と共に本人を支えていく努力している。		
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関係が途切れないよう、支援に努めている	生まれ育った家等への外出支援また疎遠になりそうな家族のホームへの面会支援をすることで関係が継続できるよう支援している。また、もも太郎便りを作成し配布することによりホームでの様子が伝わるよう努めている。	ほとんどの利用者は訪問理美容のお世話になっているが、昔からの馴染みの美容師にこだわって利用を続けている利用者がある。家族等の協力を得て、馴染みの人や場所への支援を行っている。	
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	利用者が、レクリエーション、散歩等の参加や、家事などを助け合い行うことで利用者同士がなじみの関係とな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	何時でも相談できる体制・なじみの関係を作り、契約が終了しても相談に乗れるよう努力している		
<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	入居前の情報により、認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。利用者が豊かな生活が送れているかを、職員全員がミーティングで再アセスメントしケアプランにつなげている。	日々のケアの中でつかんだ新たな情報(思いや意向、生活歴等)は、スタッフミーティングで話し合って職員共通の情報としている。先立たれたご主人への思いが強く、ダミーの位牌を作って対処した例がある。	
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	入居前の生活の様子を情報に残し 認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。		
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	介護記録やスタッフ同志の連絡により 利用者の心身状態を把握し、毎日の生活に変化や問題がなかったかをスタッフ一人一人把握するよう努めている。		
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	常に本人の生活の様子を把握し、各関係者に報告し より安定した生活が出来るよう相談し介護計画を作成するよう努めている。毎月10日のミーティングで ケアマネージャーが利用者のケアプラン作成に必要な情報を収集し反映できている。	介護計画の定期的な見直しは3ヶ月ごとに行われており、身体状態の変化に合わせた見直しもあった。しかし、意向の変化に着目した見直し例はなかった。	日々のケアの中で、意向の変化にも気を配り、介護計画に取り上げ可能なものは見直しの機会としてほしい。「個別ケア」は、意向の反映されたプランが出发点となる。
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	介護日誌、介護記録を細かに取り、ミーティング等で見直しを図り介護サービスや介護計画に活かしている		
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	ホームの独自の生活支援サービスを設け 希望者は随時利用できる体制を整えている。介護保険外のサービスを活用することで 利用者個々のニーズに柔軟に対応できるよう体制を整えている		

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
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	きずなの会、社会福祉協議会、地域包括センター、民生委員等との協力体制を整え またボランティアの訪問や地域の商店の活用により 安心で豊かなホームでの生活が継続できるよう支援している。		
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、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	主治医への通院・提携医療の訪問診療・訪問看護ステーションの健康管理によって利用者の安定した生活が保たれている。必要に応じ利用者の病気に適した医療が受けられるよう家族等と相談している。	1名の利用者は、従来のかかりつけ医を継続して利用しているが、それ以外の利用者はホームの提携医のお世話になっている。医師、訪看ステーションとも連携が取れており、家族の安心感も高い。	
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	訪問看護ステーションとの医療連携体制をとり、介護職と看護師の情報が的確に、交換でき、十分な健康管理が出来る体制を整えている。ホームの提携医の経営するステーションな為、提携医との連携がとれ、体調悪化時の対応がとれるような体制を整えている		
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。	医療機関の医師及び看護師、生活相談員等との連携に努めている。特に近隣の複数の病院の医療相談員とは 日ごろから情報交換や相談業務で連絡をとる機会があり 連携が取れるよう努めている。		
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	入居契約時に重度化された場合における対応に関する指針を説明し利用者(家族)に同意を得ている。終末期のあり方はグループホームの対応しえる最大のケアについて説明し利用者が安全に暮らせるよう医療、家族、ホーム等が協力して支援するよう努めている。	重度化や終末期のケアの限界については、ホームの指針を利用開始時に説明している。ほとんどの利用者が、特養施設への併願を行っており、適切な時期に移行できるように関係者で話し合いを持っている。	
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	緊急マニュアルを作成し職員に周知し 急変時や事故発生時に対応出来るよう努めている。		
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	防火管理者を設置し 年2回の避難訓練の実施(夜間想定・消防署模擬通報)している。(スプリンクラー、火災報知機、火災通報装置を設置、緊急マニュアル等を作り対応している)	地震とそれに伴う火災の他には、自然災害は考えにくく、防災訓練は火災による避難訓練を主として行っている。スプリンクラーが設置されていることもあり、安心感にはつながっている。	

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
<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	本人のプライドを傷つけないよう配慮し 名前ではなく名前で呼ぶことや丁寧語で会話することに気をつけている。個人情報等を他者に知られないよう配慮している	職員の言葉遣いは丁寧で、不適切な発言や会話はなかった。利用者の呼称(呼び名)は、苗字にさん付けが基本となっているが、本人の希望によって本名以外の呼称を使っている例もあった。	
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	入居者の話を傾聴し希望が言える環境を作っている。利用者個々にその方のその時の認知症を理解し その方の希望が言いやすいなじみの関係を築くようにしている。		
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	その方の生活リズムに合わせ、小規模多機能を活かし、個人への対応が出来るよう本人の希望に沿った対応をするように努めている。		
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	希望により一緒に買い物をしたり、訪問カットサービスによりカット・カラーをしている。毎日化粧をする方には、化粧品の購入、保管管理等をし安全に暮らしが楽しめ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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器や盛り付けに配慮しまた 一人ひとりの好みや嚥下状況を把握し、その人にあった食事を適切に提供している。食事の配膳、食器洗い等をする方も数名あり、ホームでの役割を持つことでQOLの向上にもつながっている。	ほとんどの利用者が介助の必要がなく、自力で食事を摂っていた。誕生日には本人希望の献立が用意され、利用者全員がご馳走になる。	
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	毎回の食事の摂取量(主・副食)を記録し栄養が取れているか把握している。風呂上がり時夜間等、食事おやつ以外での水分摂取を促している。食事量が極端に少ない方には経口栄養食での補食をし栄養が取れ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	各居室に洗面台を設置し 毎食後の口腔ケアを実施・記録している。義歯においては洗浄液・ブラッシング等その方にあったケアを実施し衛生面を徹底している。		

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	入居者個々の排泄パターンや状況を把握・観察し、適した排泄方法を職員全体で話し合い計画作成をしている。適時のトイレ誘導や夜間のポータブルトイレの利用や、適した介護用品の利用をすることで排泄の自立支援をしている。	トイレ誘導の呼び掛けや簡単な排泄介助、衣類の着脱介助はあるものの、ある程度排泄自立している利用者が多い。排泄チェック表や適切なトイレ誘導が功を奏し、排せつ改善された例も多い。	
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	排便チェックし便秘の方に水分摂取及び便秘薬の処方依頼し排泄のコントロールをしている。		
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、個々にそった支援をしている	隔日の入浴となっているが、本人の体調や希望に応じ、入浴・清拭・陰部洗浄・更衣を実施・記録している。	1日置きの入浴機会であり、十分な時間をとってゆったりと入浴している。現在強い入浴拒否者はいないが、拒否された場合には無理強いせず、時間をおいて気長に声掛けを行っている。	
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	日中に活動を取り入れ、夜間の安眠を促すようにしている。また、昼寝の習慣がある方が多く、夜間の不眠にならないように適度な休息をとるよう声かけしている。布団干し・シーツ交換を定期的実施・記録し、安眠できるよう努めている。		
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	服薬の管理は、管理者がしており、薬剤の用法を把握し、服薬支援の徹底を管理している。利用者の症状にあわせ、医師・訪問看護師に相談し、処方してもらっている。		
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	ホームでの役割りが生活の張り合いになるよう、一人ひとりの出来る力を発揮する環境を整え、自信を持っていただけるよう心がけている。レクリエーション活動、散歩への参加を呼び掛けることにより気分転換等の支援をしている。		
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	気分転換や筋力保持のため天気のよい日は散歩の外出支援を行っている。家族・友人と外出・外泊される方も多く、またホームの行事で、外食支援(すし店、喫茶店等)をしている。	訪問調査のためにホームに到着した時に、散歩に出る利用者の一団とかち合った。2名の職員と9名の利用者が小1時間かけて近隣を歩いてきた。自立度の高い利用者も多く、利用者同士の助け合いも確認できた。	

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
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	お金を持つことでしまい忘れ、物取られ妄想がある方が多く、持つことで混乱されることがあるためホームではお金をもって見える方は現在はない。物品の購入ができるようホームが立て替えをし買い物支援をしている。		
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	各居室に電話を設置できるようにしてあり希望に応じ設置可能である。希望に応じホームの電話利用は随時可能としてある。もも太郎便りに本人からのメッセージ欄を設け 家族に送っている。		
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	ホーム全体を落ち着いた配色で統一し、利用者が心地よく生活できるよう努力している。冷暖房のコントロールが徹底できるようにマニュアルを作り職員に周知している。	1階ユニット(さくら)は薄いピンクを基調とした配色で統一され、2階ユニット(みかん)は柑橘系のオレンジ色で統一してあった。2階は天井を高くして開放感や自由度を感じさせている。	
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	リビングが広く作っており ソファやダイニングテーブルを広く配置し同居者同士の距離が保つ様にしてある。 玄関や廊下に、ベンチ・ソファを置き 利用者が各自自由に空間を利用する様工夫している。		
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	本人の意見を尊重しなじみの家具、仏具等の持ち込みは自由としている。持ち込みのない方はソファ・テーブル・タンスなどホームの貸し出しをしている。居室は8畳ほどあり押し入れ、洗面台を設置し生活しやすく作ってある。	広めの居室には、洗面台や作り付けの収納庫が設置されており、一通りの生活が可能な作りである。どの部屋も整理整頓が行き届き、清潔感があった。	
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	リビングから各居室の動線が見守りしやすいよう設計され 転倒のリスクのある方には居室にセンサー設置し安全に生活できるよう工夫している。各居室には洗面台が設置してあり、自立した生活ができるような環境を整えている。		

### 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	2170103689		
法人名	有限会社ケアパートナー		
事業所名	グループホームもも太郎 2Fみかん		
所在地	岐阜県 岐阜市 御望 3丁目 68番地		
自己評価作成日	平成23年 9月15日	評価結果市町村受理日	平成23年11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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170103689&amp;SCD=320&amp;PCD=21">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170103689&amp;SCD=320&amp;PCD=21</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター		
所在地	岐阜県関市市市賀大知洞566-1		
訪問調査日	平成23年10月21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)】

認知症高齢者介護において、介護者のコミュニケーションが雑音になっていないか、介護がその方の今にあっていないのではないか 常に介護者は自分たちの介護を振り返り、その方の立場になって支援できるよう努力をしています。  
夜間において 夜勤・宿直体制をとり、夜間の強化を取り組んでいます。  
ホーム独自の生活支援サービスをもうけ 介護保険サービスでは 支援できない部分のサービスをすることで利用者がより充実した生活が送れるようにしています。

【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
<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	利用者が住みなれた地域で なじみの人間関係が継続できる生活・思いや希望が叶える事ができる生活・本人の強みが活かされる生活ができるよう支援することを理念とし、すべての職員が理念を共有し、介護サービスの提供が出来るよう取り組んでいる。		
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	自治会に入会し、総会・班会に出席してグループホームを理解してもらえよう努力している。地域の方に野菜や花をいただいたり、ホームの行事に 同じ班の飲食店を利用して交流に努めている。		
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	行政や地域包括支援センターと連携し 地域の方々の相談に応じることが出来るよう努めている。地域の認知症高齢者の 介護認定の相談を受け 地域包括支援センターと連携し 認定の申し込みから認定調査の立会いの支援をした。		
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	利用者ご家族のホームへの要望をケアプラン、介護の現場に結び付けていくことでケアの向上に努力している。遠方に住む家族が多く 出席できない方には アンケートにより希望を聞き 文書にて報告している。		
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	岐阜市介護保険室、生活福祉室及び地域包括センターの職員と連絡を取り、地域に密着した介護サービスを 提供するよう取り組んでる。生活保護受給や 介護保険認定等 市町村担当者と連携し支援した。		
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	切迫性・非代理性・一時性の3原則のすべてを満たさないと身体拘束を行うことができないことを職員は理解し実践している。玄関の錠は 防犯のため施錠しているが 内部から簡単に開錠できるようにしてある。		
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	運営基準の取扱方針を掲示し 職員全体に周知している。言葉の暴力、介護の無視、3~4点ベット柵等が虐待であることを周知し防止に努めている。		

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
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	高齢者の権利擁護に関する研修を受講している日常生活自立支援・絆の会及び家裁における成年後見手続き等の利用の説明・支援をしている。		
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	契約の締結及び解約、改定の際には 文書にて説明し誤解のないよう疑問点には詳しく説明し理解・納得を得ている。		
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・家族が ホーム及び外部に要望・意見を言うことができることを書類に明記し説明している。生活支援サービス導入時には アンケートで意見をとりホームの運営に反映できた。		
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	ホーム長を配置し、職員の意見及び提案を聞く機会を設け 管理者に意見が集約できるようにしている。代表者は、職員からの視線に立ち、ホームの運営をするように努めている。		
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	安定した生活ができるような勤務シフトの作成、勤務態度の評価(賃金改定等)をして働きやすくやりがいがある職場を目指して職場の向上を努力している。		
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	管理者、介護支援専門員等が実践者リーダー研修等を受講し、勉強会を開催、職場のスキルの向上をめざしている。		
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	近くのグループホームの管理者と 電話、訪問で情報の交換等をしている。グループホームの訪問には職員を同行し 他のホームを参考にし当ホームの質に改善につなげるよう努めている。		

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
<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	入居時に利用者及び家族、関係機関等より生活歴・嗜好等を把握し初期段階で的確な計画作成をすることで、利用者が安心して生活ができるようにする。入居されてからは利用者となじみの関係を取れるようなコミュニケーションに留意している。		
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	入居相談時より、家族の思いを受けとめ、共感することで家族が安心できるように努めている。家族がホームに来所しやすく職員に相談しやすい環境を作り、常に家族と利用者がよい関係が保てるよう支援している。		
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、家族、各関係者の情報より、家族との関係・薬剤の影響等整理することが可能か、ホームでの生活が本人にとって幸せなのか考え、在宅での生活の可能性、他の施設が良いのか相談支援するよう対応している		
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	職員が利用者を理解し、本人の生き方を大切に、本人の思いに沿うよう努め、利用者が職員とホームでともに穏やかに過ごすことができるよう支援している。		
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	家族に利用者の認知症状を理解してもらい利用者との継続した関係を保てるよう支援している。利用者が穏やかに生活するためには家族の支援が必要であると認識してもらい職員は家族と共に本人を支えていく努力している。		
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関係が途切れないよう、支援に努めている	生まれ育った家等への外出支援また疎遠になりそうな家族のホームへの面会支援をすることで関係が継続できるよう支援している。また、もも太郎便りを作成し配布することによりホームでの様子が伝わるよう努めている。		
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	利用者が、レクリエーション、散歩等の参加や、家事などを助け合い行うことで利用者同士がなじみの関係とな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	何時でも相談できる体制・なじみの関係を作り、契約が終了しても相談に乗れるよう努力している		
<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	入居前の情報により、認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。利用者が豊かな生活が送れているかを、職員全員がミーティングで再アセスメントしケアプランにつなげている。		
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	入居前の生活の様子を情報に残し 認知症になっても本人の思いがどうあるのかを常に考えケアプランに反映している。		
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	介護記録やスタッフ同志の連絡により 利用者の心身状態を把握し、毎日の生活に変化や問題がなかったかをスタッフ一人一人把握するよう努めている。		
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	常に本人の生活の様子を把握し、各関係者に報告し より安定した生活が出来るよう相談し介護計画を作成するよう努めている。毎月10日のミーティングで ケアマネージャーが利用者のケアプラン作成に必要な情報を収集し反映できている。		
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	介護日誌、介護記録を細かに取り、ミーティング等で見直しを図り介護サービスや介護計画に活かしている		
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	ホームの独自の生活支援サービスを設け 希望者は随時利用できる体制を整えている。介護保険外のサービスを活用することで 利用者個々のニーズに柔軟に対応できるよう体制を整えている		

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
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	きずなの会、社会福祉協議会、地域包括センター、民生委員等との協力体制を整え またボランティアの訪問や地域の商店の活用により 安心で豊かなホームでの生活が継続できるよう支援している。		
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、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	主治医への通院・提携医療の訪問診療・訪問看護ステーションの健康管理によって利用者の安定した生活が保たれている。必要に応じ利用者の病気に適した医療が受けられるよう家族等と相談している。		
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	訪問看護ステーションとの医療連携体制をとり、介護職と看護師の情報が的確に、交換でき、十分な健康管理が出来る体制を整えている。ホームの提携医の経営するステーションな為、提携医との連携がとれ、体調悪化時の対応がとれるような体制を整えている		
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。	医療機関の医師及び看護師、生活相談員等との連携に努めている。特に近隣の複数の病院の医療相談員とは 日ごろから情報交換や相談業務で連絡をとる機会があり 連携が取れるよう努めている。		
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	入居契約時に重度化された場合における対応に関する指針を説明し利用者(家族)に同意を得ている。終末期のあり方はグループホームの対応しえる最大のケアについて説明し利用者が安全に暮らせるよう医療、家族、ホーム等が協力して支援するよう努めている。		
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	緊急マニュアルを作成し職員に周知し 急変時や事故発生時に対応出来るよう努めている。		
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	防火管理者を設置し 年2回の避難訓練の実施(夜間想定・消防署模擬通報)している。(スプリンクラー、火災報知機、火災通報装置を設置、緊急マニュアル等を作り対応している)		

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	本人のプライドを傷つけないよう配慮し 名前ではなく名字で呼ぶことや丁寧語で会話することに気をつけている。個人情報等を他者に知られないよう配慮している		
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	入居者の話を傾聴し希望が言える環境を作っている。利用者個々にその方のその時の認知症を理解し その方の希望が言いやすいなじみの関係を築くようにしている。		
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	その方の生活リズムに合わせ、小規模多機能を活かし、個人への対応が出来るよう本人の希望に沿った対応をするように努めている。		
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	希望により一緒に買い物をしたり、訪問カットサービスによりカット・カラーをしている。毎日化粧をする方には、化粧品の購入、保管管理等をし安全に暮らしが楽しめ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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食器や盛り付けに配慮しまた 一人ひとりの好みや嚥下状況を把握し、その人にあつた食事を適切に提供している。食事の配膳、食器洗い等をする方も数名あり、ホームでの役割を持つことでQOLの向上にもつながっている。		
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	毎回の食事の摂取量(主・副食)を記録し栄養が取れているか把握している。風呂上がり時夜間等、食事おやつ以外での水分摂取を促している。食事量が極端に少ない方には経口栄養食での補食をし栄養が取れ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	各居室に洗面台を設置し 毎食後の口腔ケアを実施・記録している。義歯においては洗浄液・ブラッシング等その方にあつたケアを実施し衛生面を徹底している。		

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	入居者個々の排泄パターンや状況を把握・観察し、適した排泄方法を職員全体で話し合い計画作成をしている。適時のトイレ誘導や夜間のポータブルトイレの利用や、適した介護用品の利用をすることで排泄の自立支援をしている。		
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	排便チェックし便秘の方に水分摂取及び便秘薬の処方依頼し排泄のコントロールをしている。		
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、個々にそった支援をしている	隔日の入浴となっているが、本人の体調や希望に応じ、入浴・清拭・陰部洗浄・更衣を実施・記録している。		
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	日中に活動を取り入れ、夜間の安眠を促すようにしている。また、昼寝の習慣がある方が多く、夜間の不眠にならないように適度な休息をとるよう声かけしている。布団干し・シーツ交換を定期的実施・記録し、安眠できるよう努めている。		
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	服薬の管理は、管理者がしており、薬剤の用法を把握し、服薬支援の徹底を管理している。利用者の症状にあわせ、医師・訪問看護師に相談し、処方してもらっている。		
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	ホームでの役割りが生活の張り合いになるよう、一人ひとりの出来る力を発揮する環境を整え、自信を持っていただけるよう心がけている。レクリエーション活動、散歩への参加を呼び掛けることにより気分転換等の支援をしている。		
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	気分転換や筋力保持のため天気のよい日は散歩の外出支援を行っている。家族・友人と外出・外泊される方も多く、またホームの行事で、外食支援(すし店、喫茶店等)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
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	お金を持つことでしまい忘れ、物取られ妄想がある方が多く、持つことで混乱されることがあるためホームではお金をもって見える方は現在はない。物品の購入ができるようホームが立て替えをし買い物支援をしている。		
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	各居室に電話を設置できるようにしてあり希望に応じ設置可能である。希望に応じホームの電話利用は随時可能としてある。もも太郎便りに本人からのメッセージ欄を設け 家族に送っている。		
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	ホーム全体を落ち着いた配色で統一し、利用者が心地よく生活できるよう努力している。冷暖房のコントロールが徹底できるよう マニュアルを作り職員に周知している。		
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	リビングが広く作っており ソファやダイニングテーブルを広く配置し入居者同士の距離が保つ様にしてある。 玄関や廊下に、ベンチ・ソファを置き 利用者が各自自由に空間を利用する様工夫している。		
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	本人の意見を尊重しなじみの家具、仏具等の持ち込みは自由としている。持ち込みのない方はソファ・テーブル・タンスなどホームの貸し出しをしている。居室は8畳ほどあり押し入れ、洗面台を設置し生活しやすく作ってある。		
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	リビングから各居室の動線が見守りしやすいよう設計され 転倒のリスクのある方には居室にセンサー設置し安全に生活できるよう工夫している。各居室には洗面台が設置してあり、自立した生活ができるような環境を整えている。		

## 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	4	運営推進会議の開催日が 家族が参加しやすいよう土曜日としているため 行政、地域代表、知見者等の参加が出来にくくなっている。 そのため会議が家族及び利用者の会になっている。	幅広い分野からの会議参加者を募ることで地域に密着したグループホームの運営が出来ることを目指す	次回運営推進会議を クリスマス会と同日開催し民生委員及び近隣住民・ご家族等に参加を呼びかける。 以降の会議で平日開催日を儲け行政等の参加をお願いする。	6ヶ月
2	6	新任職員・現任職員研修のマニュアルの周知及び実施が十分に出来ていない。 管理者2名が開設当初より 研修担当をしてきたため中堅職員がリーダーとして育成されていない。	新任職員・現任職員研修の徹底周知及び実施をする。 中堅職員の内外部研修を実施し 次期管理者及びリーダーの育成に努める。	11月採用の新任職員にたいする研修 * 自社プログラムによる研修 現任職員の研修 * 自社プログラムによる研修 * 管理者研修2名受講予定(12月) * その他外部研修適時受講する	1~6ヶ月
3	26	もも太郎の介護理念である「その方の思いを大切にすること」すなわち本人の意向及び意向の変化が 介護計画に反映されていない	認知症高齢者の日々の暮らしの中で その方の思いを「きずき」 その方のライフスタイルを大切にし 保有能力に着目した介護サービスが提供出来るよう介護職員が情報を収集・記録・共有することに努める	「きずきのノート」に計画作成担当者及び介護職員が 利用者のきずいたことを記録する。 毎月のミーティングで計画作成担当者が中心となり介護計画に利用者の意向計画作成に反映する	3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。