

### 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	2390700124		
法人名	株式会社 波の女		
事業所名	グループホーム滝子通一丁目 (1階)		
所在地	愛知県名古屋市長和区滝子通1丁目8番地の3		
自己評価作成日	平成25年12月31日	評価結果市町村受理日	平成26年 6月24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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2390700124-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosvoCd=2390700124-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 1月15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)】**

障害があっても、認知症があっても、この国で生きる人の生活の基本にある「自分のことが自分でできる」「人と人が互いに助け合って生きる」「社会とつながって生きる」という極めて当たり前の「人として生きる姿」を続けられるように・取り戻せるようにすることを目指しています。  
介護保険法の目的は「有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする」とあり、そのことを追求するのが当社のあるべき姿です。

**【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)】**

ホームの理念である、「人として生きる姿」「あたりまえの生活」を支援することは、利用者の自立した日常生活の実現であることを念頭に、職員のみならず、家族、地域の理解を求め、協働する支援を目指している。職員採用時には、理念と方針の説明を行い、同感できることを確認して受入れ、また、利用者入居に当たっても、本人と家族にホームの理念・方針を説明し、納得した上で受入れている。  
「どういう姿でここで暮らしているのか」を大切に、介護保険の理念に基づいたサービス提供を実践し、職員は、見守りに徹することのできる介護を推進し、「支援を行わない支援」を実践している。本人にとって、本当に提供したい支援が必要なのかを評価し、安易に手を出さず、利用者の意向や思いを尊重し、本人の望む「あたりまえの生活」の実現に取り組んでいる。

**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
<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	最初に理念ありきで、採用時に弊社の理念に共感して頂けた方を採用しておりますし、HPのブログや朝礼、介護等で情報を発信しながら、日々実践に挑んでおります。	採用時に法人の理念の主旨をを説明し、チャレンジする意欲をもつ人材を受入れている。機会あるごとに、理念と方針を話し合い、職員の気持ちをひとつにして日常支援への反映に努めている。	
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	毎日の買い物や庭先での洗濯干しの場面で、すれ違いや行き交う地域の方々や挨拶や会話を日常的に行っております。常に一人お出かけされる方を近所の方々が見守りして頂いたりしています。近所の喫茶店や美容院も活用しています。	利用者の集うリビングの大きな履きだし窓から見える地域の生活道路は、住人の往来も多く、利用者に挨拶代わりに手を振り、利用者も応えるように手をふる関係にある。また、利用者の単独離設には地域の住人が見守りに協力する絆を築いている。	
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	毎日の買い物、外出や交通機関を利用する等で、認知症になっても自分の力を使って生きる姿を見て頂いております。そのように障害を持ってたくましく生きる生の姿を見て頂くことが地域への安心感につながるものと考え実践しております。		
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	2ヶ月に1回、行政、有識者、福祉関係者、ご家族、近隣住民等へ報告し、助言や評価を頂いております。	隔月で開催する会議は、家族、地域、地域包括支援センターに加え協力医の参加も得ている。会議の議題はホームの運営報告に留まらず、看取りや認知症等の情報発信、利用者の単独外出の地域の見守り協力などを取上げ、参加者の意見を活かしている。	
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	推進会議の報告書を提出したり、受診事故発生時の報告を行ったり、生保担当者に報告相談等を行いながら協力関係を築いています。	困難事例、生活保護、制度などの報告や相談を行い、適切に連携している。また、地域包括支援センターには運営推進会議の参加を得て、有益な助言や意見交換を行っている。運営推進会議は、ホームの役割を理解してもらっている。	
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	施設内全職員に対し、身体拘束の勉強会・意見交換を行い、身体拘束や日中の施錠をしないよう、施設全体で意識共有し取り組んでおります。	全ての出入口を開放し、利用者の単独外出も制止せず、利用者の自由な外出を推進している。運営推進会議などを通じ、地域住民に働きかけ、地域が見守りの協力をする環境を築いている。職員間の話し合いで、正しい理解を周知し、物理的にも精神的にも拘束をしない介護を実践している。	
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	全職員に対し、身体拘束に合わせて、虐待の勉強会・意見交換を実施しました。また、施設長が現場の介護職として従事している中で注意を払っております。日頃から職員の言動に注意を払うとともに、ストレスのたまり具合を把握するために表情や子声かけを行っています。		

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
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	身寄りのない方を始め、必要に応じて金銭管理を権利擁護サービス等活用しております。書面にて情報提供を行っているものの、勉強会は実施できていません。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	サービス利用開始前の説明の中で、わかりやすく語句を置き換えたり例えを用いたりしながら説明を行うと共に、質問も伺いながら理解をして頂けるように心がけております		
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	運営推進会議にて、意見・要望も含め外部の関係者と共有できておりますし、改めて機会を設けなくとも、日常的に主体性を尊重する支援を実施する中で、いつでも自分の意見を表出されており、可能な範囲で改善や反映に結びつけております。	入居時にホームの理念と運営方針を十分に説明し、理解を得たうえで受入れていることから、日常的な関わりの中で意思疎通が図られている。特に、家族の訪問時や電話連絡時を意見を収集できる機会として活用している。	
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	随時、もしくは毎月開催するフロア会議等で意見・提案を吸い上げ、必要に応じて反映しております。また、半期に一度、個別でヒアリングを実施しています。	毎月、職員会議を開催している。会議は議題を予め職員に周知し、意見を表せるよう工夫している。また、随時対応として、職員から意見や相談のある場合は、直ぐにリーダーや管理者に相談し、解決する環境がある。	
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	日々、職員と接点を設けられるような環境設定や意識の基、交流を密にしており、勤怠状況も一元的に管理・把握し、改善向上に向けて取り組んでおります。半期に一度ヒアリングを行い、意見を伺っています。		
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	法人内外の研修への参加を段取りすると共に、ケアの質向上に向けて、随時書面やブログ、直接助言を行っております。		
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	「おせっかいネット」等の全国の事業所との交流をはじめ、区内の他事業所への訪問等を行いながら質の向上を目指しております。		

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
<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	利用前の面接時から不安や要望等を伺い、スムーズな利用開始ができるようコミュニケーションを大切にしております。入居後は他者との関係作りを構築できるよう職員が間に入って人間関係を繋ぐことができるように心がけています。		
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	利用前の面接時から不安や要望等を伺い、スムーズな利用開始ができるようコミュニケーションを大切にしております。また、家族もご本人を支える支援側についていただくようお願いをしております。		
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	グループホームは他サービスと併用利用は難しいため、必要に応じてなじみのあるお店を利用したり等、地域資源の活用を取り入れています。		
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	「介護」をする側、される側ということにならないように、常に入居者さんの主体性を尊重・導き出す事を心がけるとともに、時に生活上の知恵等を教えて頂く人生の先輩として関係を築けるようにしています。		
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	ご本人を支援する側について頂くよう導入段階でお願いしています。月1回、全体の活動状況のおたよりも送らせて頂き、情報提供にも努めています。		
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	馴染みの人や場所、お店やサービス等との関わりをもてるように心がけ、ご本人の希望や必要時に関わられるよう支援しておりますが、できている方とできていない方とのばらつきがあります。	地域の市場にホームの食材などの買出しに毎日出かけ、市場の人や買い物に来ている人と交流している。地域からの利用者も多く、市場で馴染みの人との交流も続いている。晩酌や喫煙等、習慣の継続の支援もある。	
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	関係はある程度把握できておりますし、関わり合いや協力関係はありますが、認知症の状態や性格、相性等の要素により「支え合う」という場面ができていない方がみえます。周りから一方的に批判されてしまう方がみえ、調整が難しい方がみえます。		

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
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	ご本人、家族、サービス事業書等より連絡があれば、いつでも応えていきたいと考えております。また、こちら側の入居者さんから、退居された方の安否を気遣うような話が出た場合も同様にフォローしていきたいと考えています。		
<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	何を食べたいか？お風呂はいつ入るか？行きたい所はあるか？等その時その時の「思い」の把握はしておりますが、暮らし方全般は方向性については把握しきれていない方(適切な判断ができない方等)もあります。	本人や家族からのアセスメントで、利用者の今までの暮らしの理解に努めている。利用者の日常の仕草や言葉から意向や思いを聞き取り、ホーム独自の「連絡ノート」に記録し共有する仕組みがある。	
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	これまでの暮らしぶりの簡単な情報は入手して情報共有できるよう書類整備、申し送り等を行っています。		
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	共同生活ですので、ある程度全体の流れに合わせた過ごし方になっています。その方の持つ能力を、生活行為の中で発揮して頂く事で、新たな生活リズムを構築する事も大切にしています。		
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	月1回の会議の中で、個々の状態像の確認を行うとともに、必要に応じて新たなアプローチを共有するようにしています。担当者は月に2、3日、計画作成に携わることができるよう勤務を組んでいます。	毎月開催の職員会議の際にカンファレンスを実施し、職員間で意見交を行っている。モニタリングは6ヶ月を基本に実施し、計画作成担当者が中心となって介護計画を立案している。本人・家族の意向を併せて協議を行い、本人の生活を支える介護計画を作成している。	
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、個人ごとの記録を残す事を実践できていますし、入社時に記録を読んでから仕事に入るようにしています。また、記録から必要な情報を読み取り、介護計画への反映を行う事はできています。職員間の情報共有はまちまちではありません。		
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、その時々にも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	個々のニーズに応じて社会資源を活用するという事はある程度できていますが、サービスの多機能化とまではいけていないと思います。生活リズムが固定的になっている感もあり、柔軟に動ける機会が減っています。		

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
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	喫茶、市場、スーパー、薬局、美容院等々の地域資源を活用しながら暮らしを支援しております。ただ、地域資源を活用できるスタッフとできないスタッフのバラつきがあります。		
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	2週間に1回かかりつけの先生に往診に来て頂き、ご本人の状態、希望を聞きながら医療を受けています。また状態に応じて、過去の病院や近隣の医療機関の受診を行っています。	現在は利用者全員がホームの協力医をかかりつけ医としている。協力医の月2回の往診の他、医療連携の訪問看護師の訪問で、利用者の健康管理の支援もある。他科・専門医受診は職員が同行し、医師に利用者の様子を伝え、適切に医療が受けられるように支援している。	
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	週に1回の訪問看護師さんの来所時に、気になる事をお伝えし、見て頂いたり処置や指導をして頂くと共に、かかりつけの医師と連携を図って頂いております。		
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。	入院時は情報提供や早期退院に向け、担当医と話し合いを行い、連携を行っていきたいと考えています。		
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	入所前の契約時に「急性期・重度化・終末期ケア対応指針」についての説明と同意を頂いております。	管理者は、家庭と同様に、医療を伴わない範囲の看取りを支援することをホームの方針としている。本人や家族が希望する「ホームの中で」の意向をどこまで受け入れるかが課題であり、利用者や家族との話し合いの基本となっている。	独居や身寄りがない状況からの入居もあり、看取りの支援はホームの大きな課題となっていることから、今後も継続した課題解決が望まれる。早期のうちからの行政との連携や話し合い等も、体制の中に組み入れることの検討も望まれる。
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	応急手当等の訓練を定期的に行っていますが、24時間対応のオンコール体制にて、即時対応方法等の指示、支援を受けられる体制は確立されております。		
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回の避難訓練を実施しておりますが、地域との協力体制については現在確立できておりません。今後は近隣の事業所、地域との協議を進める予定であります。	併設の小規模多機能居宅介護事業所と合同で年2回の避難訓練を実施している。また、消防署の指導を受け消防設備の改修を行い、防火対策を整えている。オムツ、衣類、飲食の備蓄など、有事に備えて準備を進めている。	住宅街に立地し、避難経路も複雑になる事が予測されることから、消防署立会いの避難訓練実施も有効であり、避難経路の指示等の指導も必須である。早期に地域との連携・協力体制の構築も望まれる。

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	人格を尊重するという意識はありますが、言葉かけに関してはまだまだ不適切な表現があったり、他の仕事との兼ね合いで、尊重した関わりができていない時もあります。	その人の生活習慣を尊重し、必要のない支援は行わず、認知症であっても最後まで「人」として生きる・・・を実践し、利用者の人格を大切に接している。	
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	日常的に食事のメニュー決めを皆に伺い、それに従い食材の買い出しを行っていますし、行きたいところややりたい事など随時伺っております。入浴の有無やタイミング等も自己決定できるように伺っています。		
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	買い物に行く行かない、自室で過ごす等ご自身のペースで過ごして頂いております。ただ、全体的に一日のおおまかな流れが確立されており、それに合わせていく共同生活の風土がよい面もあれば窮屈さがある面もあります。		
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	朝の起床時に歯磨き、洗面、髪セットを行い、その日の服もご自身で決めて着ておられます。自身で決められない方は選択肢を用意するなどして、一緒に考えております。時折身だしなみができていない場面があります。		
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	その日何を食べたいか？から始まり、買い出し、調理、片付けを入居さんが主体的に行えるように支援を行っております。ただ、全体の方向に流され、希望通りの食事メニューにならない方も出ることがあります。	食事はその日の利用者の希望で決め、希望の分かれる場合は希望どおり複数の料理を作るようにしている。職員は脇役となり、利用者主導で毎日2回の食材の買い出しから、調理、味付け、盛付け、片づけを行い、利用者が暮らしの主役を担っている。	
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	栄養のバランスはあまり考慮されていません。水分に関しては、いつでも飲めるように常時テーブルにお茶を置いてあります。それに加えOS-1など、状況に応じ補給に努めておりますが補給が徹底できていない時もあります。		
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	現在、昼の歯磨きを行っていない方が多いですが、朝夕の歯磨き、入歯の洗浄支援を行うとともに、定期的に訪問歯科にて状態把握や処置等を行っております。できている方でできていない方のバラつきがあります。		

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
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	うまく排泄できない方への失禁予防やおむつ減らしの取り組みはあまりできていない。定期的に誘導をしている程度で、対処的になっている場面も少なからずあります。	現在は自立排泄の可能な利用者が多く、自立排泄の維持、向上に取り組んでいる。また、介助の必要な利用者に対しては、職員が随時に話し合いを行い、適切な声かけや誘導等を行う等、失敗のない排泄に取り組んでいる。	見守り主体の方針に相反する、適切な支援提供に関する課題であると思われるが、今後の取り組み課題として、ある程度のマニュアル化も必要であると思われる。
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	水分を摂る事、掃除洗濯調理、買い物等で体を動かす機会を作る等心がけております。それでも便秘がちになる場合は主治医と連携して、投薬でコントロールする場合がありますが、食事の工夫や職員の意識不足はあります。		
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	基本16時から22時くらいの間で声かけし、臨機応変に入浴できるようにしています。介助の必要な方は入浴時間帯が限られたり、時間の都合で声かけできない時もあります。声かけは行なってもなかなか入浴できない方がみえます。	今までの暮らしの習慣継続となるように、夕刻からの入浴を実践している。自立した生活を前提に、自立入浴の利用者に対しては、見守りは最小限度に止め、プライバシーへの配慮も工夫し、のんびりと入浴を楽しめるように支援している。	
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	日中の休息は自由ですし、日中の活動量を確保することで夜の睡眠につなげています。また、室温や音等の配慮等、環境面の配慮も行っております。声かけしてもなかなか入浴できない方もみえます。		
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	服薬の管理はできておりますが、目的や副作用については周知できておりません。個別のファイルには服薬の情報ははさんでおりますので、すぐに確認ができるようにしています。時折、バタバタする中で服薬忘れが発生してしまう事もあります。		
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	基本的に掃除、洗濯、食事に関する日常生活行為をなるべく行って頂く中で、「できる」自分や役割を感じて頂く機会を設けています。その他で喫茶店やドライブ等の楽しみを感じられる支援を行っていますが張り合いのある日々とは言い難いですし、個々で偏りがあると思います。		
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	買い物や散歩は日常的に参加できるように皆さんに希望を伺っていますが行く方が偏っている現状があります。あまりできていませんが、普段行かない所へは、交通機関や車を使用しお出かける事はあります。常に外に行かれてしまう方の見守りが時折できていない時があります。	事業所主導の外出ではなく、利用者の希望を反映した外出を可能な限り支援している。地域の市場の買い物は利用者の馴染みの外出である。テーマパークなどへの外出は、公共交通機関を利用して出かけるなど、利用者の普通の暮らしの実践に努めている。	



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	日常的な買い物の中で財布を預け、購入や支払いを行って頂いております。その他、何か購入したり外食する機会がある時なるべくお支払いをして頂けるように心がけています。一部の方は少額ですが自己管理をしてもらっています。		
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	ご希望があれば電話をかける事はできますが、現状機会はありません。家族からの電話の取次を時折する程度です。はがきを出す機会はありません。		
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	リビングを中心に分かりやすい共用空間のしつらえにしています。テーブルや食器棚は木目、、調理器具や家電、食器等は一般家庭用のものを使用し使いやすさと生活感を出しています。TVの設置は無く、会話をしやすいようにしています。トイレ、脱衣室の清掃は行き届いていない時があります。	職員の目の届く範囲に、利用者の導線があり、対面式のキッチン、リビング、風呂、トイレを集約した設計は、利用者の安全確保の工夫となっている。職員は、死角のない空間で、利用者の暮らしの姿を見守り、自立を支援している。	
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	日中のほとんどをリビングで過ごされる生活習慣が定着しておりますが、思い思いに過ごせている方とそうでない方がみえます。狭い空間ですので、居場所となるとあまりないのが現状です。		
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	転居前の使い慣れた物を持ち込んでいたり、自分らしさを感じることができるよう部屋作りを進めています。私物が多い方とほとんど物がない方(生活保護の方)がみえます。清掃は行き届いているとは言えない現状があります。	利用者と家族の希望する家具、家族の写真や遺影等、持ち込み品には制限を設けず、思い思いに配置している。畳の和室は落ち着いた空間であり、利用者の中には夕刻の風呂上りに居室に戻り、テレビを見ながらビールを楽しむ利用者もいる。	
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	「できる」「わかる」はもちろんのこと、建物の環境を活用する中で「考える」「使う」機会を多くすることで、有する能力を発揮した自立に近い生活を目指しています。		

### 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	2390700124		
法人名	株式会社 波の女		
事業所名	グループホーム滝子通一丁目 (2階)		
所在地	愛知県名古屋市昭和区滝子通1丁目8番地の3		
自己評価作成日	平成25年12月31日	評価結果市町村受理日	平成26年 6月24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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosovoCd=2390700124-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JiyosovoCd=2390700124-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長春区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 1月15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)】

障害があっても、認知症があっても、この国で生きる人の生活の基本にある「自分のことが自分でできる」「人と人が互いに助け合って生きる」「社会とつながって生きる」という極めて当たり前の「人として生きる姿」を続けられるように・取り戻せるようにすることを目指しています。  
介護保険法の目的は「有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにする」とあり、そのことを追求するのが当社のあるべき姿です。

#### 【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
<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	最初に理念ありきで、採用時に弊社の理念に共感して頂けた方を採用しておりますし、HPのブログや朝礼、介護等で情報を発信しながら、日々実践に挑んでおります。		
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	毎日の買い物や庭先での洗濯干しの場面で、すれ違いや行き交う地域の方々との挨拶や会話を日常的に行っております。常に一人お出かけされる方を近所の方々が見守りして頂けています。近所の喫茶店や美容院も活用しています。		
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	毎日の買い物、外出や交通機関を利用する等で、認知症になっても自分の力を使って生きる姿を見て頂いております。そのように障害を持ってもたくましく生きる生の姿を見て頂くことが地域への安心感につながるものと考え実践しております。		
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	2ヶ月に1回、行政、有識者、福祉関係者、ご家族、近隣住民等へ報告し、助言や評価を頂いております。		
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	推進会議の報告書を提出したり、受診事故発生時の報告を行ったり、生保担当者に報告相談等を行いながら協力関係を築いています。		
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	施設内全職員に対し、身体拘束の勉強会・意見交換を行い、身体拘束や日中の施錠をしないよう、施設全体で意識共有し取り組んでおります。		
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	全職員に対し、身体拘束に合わせて、虐待の勉強会・意見交換を実施しました。また、施設長が現場の介護職として従事している中で注意を払っております。日頃から職員の言動に注意を払うとともに、ストレスのたまり具合を把握するために表情や子声かけを行っています。		

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
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	身寄りのない方を始め、必要に応じて金銭管理を権利擁護サービス等活用しております。書面にて情報提供を行っているものの、勉強会は実施できていません。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	サービス利用開始前の説明の中で、わかりやすく語句を置き換えたり例えを用いたりしながら説明を行うと共に、質問も伺いながら理解をして頂けるように心がけております		
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	運営推進会議にて、意見・要望も含め外部の関係者と共有できておりますし、改まって機会を設けなくとも、日常的に主体性を尊重する支援を実施する中で、いつでも自分の意見を表出されており、可能な範囲で改善や反映に結びつけております。		
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	随時、もしくは毎月開催するフロア会議等で意見・提案を吸い上げ、必要に応じて反映しております。また、半期に一度、個別でヒアリングを実施しています。		
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	日々、職員と接点を設けられるような環境設定や意識の基、交流を密にしており、勤怠状況も一元的に管理・把握し、改善向上に向けて取り組んでおります。半期に一度ヒアリングを行い、意見を伺っています。		
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	法人内外の研修への参加を段取りすると共に、ケアの質向上に向けて、随時書面やブログ、直接助言を行っております。		
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	「おせっかいネット」等の全国の事業所との交流をはじめ、区内の他事業所への訪問等を行いながら質の向上を目指しております。		

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
<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	利用前の面接時から不安や要望等を伺い、スムーズな利用開始ができるようコミュニケーションを大切にしております。入居後は他者との関係作りを構築できるよう職員が間に入って人間関係を繋ぐことができるように心がけています。		
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	利用前の面接時から不安や要望等を伺い、スムーズな利用開始ができるようコミュニケーションを大切にしております。また、家族もご本人を支える支援側についていただくようお願いをしております。		
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	グループホームは他サービスと併用利用は難しいため、必要に応じてなじみのあるお店を利用したり等、地域資源の活用を取り入れています。		
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	「介護」をする側、される側ということにならないように、常に入居者さんの主体性を尊重・導き出す事を心がけるとともに、時に生活上の知恵等を教えて頂く人生の先輩として関係を築けるようにしています。		
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	ご本人を支援する側について頂くよう導入段階でお願いしています。月1回、全体の活動状況のおたよりも送らせて頂き、情報提供にも努めています。		
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	関係はある程度把握できておりますし、関わり合いや協力関係はありますが、認知症の状態や性格、相性等の要素により「支え合う」という場面ができていない方がみえます。周りから一方的に批判されてしまう方が見え、調整が難しい方がみえます。		
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	関係はある程度把握できておりますし、関わり合いや協力関係はありますが、認知症の状態や性格、相性等の要素により「支え合う」という場面ができていない方がみえます。		

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
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	ご本人、家族、サービス事業書等より連絡があれば、いつでも応えていきたいと考えております。また、こちら側の入居者さんから、退居された方の安否を気遣うような話が出た場合も同様にフォローしていきたいと考えています。		
<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	何を食べたいか？お風呂はいつ入るか？行きたい所はあるか？等その時その時の「思い」の把握はしておりますが、暮らし方全般は方向性については把握しきれていない方(適切な判断ができない方等)もあります。		
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	これまでの暮らしぶりの簡単な情報は入手して情報共有できるよう書類整備、申し送り等をしています。		
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	共同生活の色が濃く、全体の流れに合わせて事が多い暮らしになっています。その方の持つ能力を、生活行為の中で発揮して頂く事で、新たな生活リズムを構築する事も大切にしています。		
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	月1回の会議の中で、個々の状態像の確認を行うとともに、必要に応じて新たなアプローチを共有するようにしています。担当者は月に2、3日、計画作成に携わることができるよう勤務を組んでいます。		
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、個人ごとの記録を残す事を実践できていますし、出社時に記録を読んでから仕事に入るようにしています。また、記録から必要な情報を読み取り、介護計画への反映を行う事はできています。職員間の情報共有はまちまちであります。		
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	個々のニーズに応じて社会資源を活用するということはある程度できていると思いますが、サービスの多機能化とまではいけていないと思います。生活リズムが固定的になっている感もあり、柔軟に動ける機会が減っています。		

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
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	喫茶、市場、スーパー、薬局、美容院等々の地域資源を活用しながら暮らしを支援しております。ただ、地域資源を活用できるスタッフとできないスタッフのバラつきがあります。		
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	2週間に1回かかりつけの先生に往診に来て頂き、ご本人の状態、希望を聞きながら医療を受けています。また状態に応じて、過去の病院や近隣の医療機関の受診を行っております。		
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	週に1回の訪問看護師さんの来所時に、気になる事をお伝えし、見て頂いたり処置や指導をして頂くと共に、かかりつけの医師と連携を図って頂いております。		
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。	入院時は情報提供や早期退院に向け、担当医と話し合いを行い、連携を行っていきたいと考えています。		
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	入所前の契約時に「急性期・重度化・終末期ケア対応指針」についての説明と同意を頂いております。		
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	応急手当等の訓練を定期的に行っておりますが、24時間対応のオンコール体制にて、即時対応方法等の指示、支援を受けられる体制は確立されております。		
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回の避難訓練を実施しておりますが、地域との協力体制については現在確立できておりません。今後は近隣の事業所、地域との協議を進める予定であります。		

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
<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	人格を尊重するという意識はありますが、言葉かけに関してはまだまだ不適切な表現があったり、他の仕事との兼ね合いで、尊重した関わりができていない時もあります。		
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	日常的に食事のメニュー決めを皆に伺い、それに従い食材の買い出しを行っていますし、行きたいところややりたい事など随時伺っております。入浴の有無やタイミング等も自己決定できるように伺っています。		
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	買い物に行く行かない、自室で過ごす等ご自身のペースで過ごして頂いております。ただ、全体的に一日のおおまかな流れが確立されており、それに合わせていく共同生活の色が濃く、学校的な風土があり、窮屈さを感じる方もみえます。		
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	朝の起床時に歯磨き、洗面、髪セットを行い、その日の服もご自身で決めて着ておられます。自身で決められない方は選択肢を用意するなどして、一緒に考えております。時折身だしなみができていない場面があります。		
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	その日何を食べたいか？から始まり、買い出し、調理、片付けを入居さんが主体的に行えるように支援を行っております。ただ、全体の方向に流され、希望通りの食事メニューにならない方も出る事があります。		
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	栄養のバランスはあまり考慮されていません。水分に関しては、いつでも飲めるように常時テーブルにお茶を置いてあります。それに加えOS-1など、状況に応じ補給に努めておりますが補給が徹底できていない時もあります。食形態は個人の状態に合わせて工夫しています。		
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	現在、昼の歯磨きを行っていない方が多いですが、朝夕の歯磨き、入歯の洗浄支援を行うとともに、定期的に訪問歯科にて状態把握や処置等を行っております。できている方でできていない方のバラつきがあります。		



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
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	うまく排泄できない方への失禁予防やおむつ減らしの取り組みはあまりできていない。定期的に誘導をしている程度で、対処的になっている場面も少なからずあります。		
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	水分を摂る事、掃除洗濯調理、買い物等で体を動かす機会を作る等心がけております。それでも便秘がちになる場合は主治医と連携して、投薬でコントロールする場合がありますが、食事の工夫や職員の意識不足はあります。		
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	時々午前中もありますが、基本16時から22時くらいの間で声かけし、臨機応変に入浴できるようにしています。介助の必要な方は入浴時間帯が限られたり、時間の都合で声かけできない時もあります。声かけを行ってもなかなか入浴できない方がみえます。		
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	日中の休息は自由ですし、日中の活動量を確保することで夜の睡眠につなげています。また、室温や音等の配慮等、環境面の配慮も行っております。声かけしてもなかなか入浴できない方もみえます。		
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	服薬の管理はできておりますが、目的や副作用については周知できておりません。個別のファイルには服薬の情報ははさんでおりますので、すぐに確認ができるようにしています。時折、パタパタする中で服薬忘れが発生してしまう事もあります。		
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	基本的に掃除、洗濯、食事に関する日常生活行為をなるべく行って頂く中で、「できる」自分や役割を感じて頂く機会を設けています。その他で喫茶店やドライブ等の楽しみを感じられる支援を行っていますが張り合いのある日々とは言い難いですし、個々で偏りがあると思います。		
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	買い物や散歩は日常的に参加できるよう皆さんに希望を伺っていますが行く方が偏っている現状があります。あまりできていませんが、普段行かない所へは、交通機関や車を使用しお出かけする事はあります。		

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	日常的な買い物の中で財布を預け、購入や支払いを行って頂いております。その他、何か購入したり外食する機会がある時なるべくお支払いをして頂けるように心がけています。一部の方は少額ですが自己管理をしてもらっています。		
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	ご希望があれば電話をかける事はできますが、現状機会はありません。家族からの電話の取次を時折する程度です。はがきを出す機会はありません。		
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	リビングを中心に分かりやすい共用空間のしつらえにしています。テーブルや食器棚は木目、調理器具や家電、食器等は一般家庭用のものを使用し使いやすさと生活感を出しています。TVの設置は無く、会話をしやすいようにしています。トイレ、脱衣室の清掃は行き届いていない時があります。		
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	日中のほとんどをリビングで過ごされる生活習慣が定着しておりますが、思い思いに過ごせている方とそうでない方がみえます。狭い空間ですので、居場所となるとあまりないのが現状です。		
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	転居前の使い慣れた物を持ち込んでいたり、自分らしさを感じることができるよう部屋作りを進めています。私物が多い方とほとんど物がない方(生活保護の方)がみえます。清掃は行き届いているとは言えない現状があります。		
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	「できる」「わかる」はもちろんのこと、建物の環境を活用する中で「考える」「使う」機会を多くすることで、有する能力を発揮した自立に近い生活を目指しています。		

## 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	35	○災害対策について 物品の備蓄、職員と入居者・利用者の避難訓練の実施は、定期的にできています。しかし、施設の立地が住宅密集地の中であることを考えると、地元の住民さんとともに訓練を実施することも必要と思われる。	今年度中に一度は近隣の方を加えた避難訓練を実施する(最低1回)。訓練等関係なく、施設内にも気軽に立ち寄っていただき、施設内の雰囲気、場所関係等普段から見ていただけるようにする	運営推進会議への参加、日ごろの生活の中、回覧板等での広報により、近隣の方との良い関係は出来つつある。町内会長さんを中心に、こういった訓練をしたい旨をお話しし、具体的な日程を決めていく。	12ヶ月
2	26 (10)	○介護計画について 計画の立案や作成の過程には職員の参加もあり、定期的に計画策定は出来ている。しかし、形骸化している部分は否めず、計画に基づくサービス提供の意識は全体的に薄く、そのため、サービス提供記録も計画の実施記録とはなっていないケースが多い現状	「介護計画に基づいたサービス提供」を職員全体が意識して職務に当たることができる	現在、GH・小規模とも記録様式の変更をし、1名のモデルを決めて、①介護計画書を確認すること、②日々の実施状況を記入していくことを始めている。徐々に全入居者・利用者に拡大し、今年度中に意識付けと記録に残していく方法を確立する。(毎月の定例会議で進捗状況を確認中)	12ヶ月
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。