

### 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27年 7月 6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。

※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.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2390700124-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=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	愛知県名古屋市長和区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 2月16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)】**

管理者、職員だけでなく、利用者や家族も含めて法人としての『明確な理念や方針』の理解が浸透している。ここで展開されている支援の基本は、介護保険法が謳う『尊厳を持って有する能力に応じた自立の日常生活を営む事が出来る様にする姿』即ち、『あたりまえの人としての生活』を追求して『介護』を『生活支援』まで高めて行く事にチャレンジしている。  
ホームは家であり、生活の中にバリアを活かした暮らしを支援し、筋力アップ、維持を図り、利用者が自分の力を使って買い物に出かけている。外出する事で、近隣に新しい馴染みの関係が構築されている。利用者一人ひとりの能力を見極める事が出来る職員の質の向上に、管理者自ら実践し職員と共に生活を支えている。

**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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目:36,37)	○	1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	66	職員は、活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	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。しかし3年たつ中で温度差があるのが現状です。	採用時に法人の理念を説明し、理念に共感の持てる職員を受け入れている。職員から『自分たちは黒子、あくまでも主役は利用者、自分たちでやれる達成感のある支援』との自信に満ちた言葉を聞いた。	設立以来の理念の周知で理念の実践が身につけている。更にスパイラルアップのために、個々の職員が理念を展開した目標を掲げ、達成感を味わう取り組みを望みたい。
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	買い物や庭先での洗濯干し時、行き交う地域の方々や挨拶や会話ができています。近所の商店、喫茶店や美容院を活用しています。自立度が下がる中で前年より社会参加の機会は減っていますし、1人歩きをされる方が地域住民に迷惑をかける場面が時折あります。	洗濯物干しや犬の散歩の他、毎日市場へ買い物に出掛け、地域の人達と挨拶を交わし、顔馴染みの関係が出来ている。利用者が徘徊していると、地域の方が『いつもの○○さんあちらに行ったよ』と教えてくれる。	認知症ケアの関わり等について、地域に啓発する機会や相談を実施する等して、地域に向けた情報発信を行い、地域福祉の拠点としての役割を担って行く事を期待したい。
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	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。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、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。3年目になり、参加者が固定、減っているので工夫が必要だと感じております。	いきいき支援センター・民生委員・家族・ホーム関係者・オブザーバーのメンバー構成で、年6回開かれている。会議の内容はホームの運営報告に留まらず、『隣接地域にもっとチラシを回覧したら』との意見も出ている。	知見者(他のホームの管理者等)への参加を要請して欲しい。出席者にとって、他のグループホームの取り組み・情報は参考になり、知見者にとっても当ホームの情報は参考になる。
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が、日頃から密にという程はできていません。	運営推進会議にいきいき支援センター(2地域)の参加により、ホームの状況は役所窓口で理解されている。生活保護受給者の関係で生活保護・困難事例等の報告や相談を行い、適切に連携している。	
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。	『人として生きて行く事を追求して』毎年研修を行い、普段の自分の生活を主に考える指導がされている。夜勤等1対1の場面で、スピーチロックに近い『夜だよ！寝ないとダメ』等の声かけをする職員は夜勤から外している。	
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逃されることのないよう注意を払い、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。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	1階は3名の方が金銭管理を権利擁護サービス等活用しております。機会がある時に個別で仕組みについてレクチャーする事はあ るものの、全体向け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	利用者が意思表示できる方が減りつつあり、要望を言 えない・言わない・分からない方からの引き出しが必要 だと思っています。しかし仕事の割り振り上、なかなか 引き出す機会や技術が足りないのが現状です。ご 家族からの要望吸い上げはアンケート中心でありで きていないと感じています。	家族には無理な要望はしない。『ようやくホー ムに入れたので肩の荷を降ろして欲しい』と のスタンスで接している。良く外出し、たまに は徘徊になる利用者には、服に名前を付け るなど、家族と共に対策を講じている。	
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。	毎月のフロア会議で『各職員の振り返り』、 『利用者の状況確認』を行い、職員から意見 や相談のある際は随時、リーダー・管理者に 相談している。半期に一度個別ヒアリングが あり、意見を述べる機会が多い。	
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を しており、勤怠状況も一元的に管理・把握しており ます。半期に一度ヒアリングを行い、意見を伺って いますが向上心のある者とならない者に別れてきて おり、働きかけが足りないと感じています。		
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	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。しかし、施設内 外の研修の機会(時間)を設ける事がなか なかできず、育てる取り組みは不十分だと 感じています。		
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」という組織で、全国の事 業所との交流・勉強会を年2回行っておりま す。地域との事業者との接点は少ないのが 今後の課題です。		

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>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しておりますが、協力要請をあまりしないように心がけています。		
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	介護する側、される側にならぬよう、主体的な意思、活動を引き出すアプローチを行っておりますが、共に暮らすという視点ではなく、専門職として能力の引き出しや能力に応じる事を大切にしていますので、共に暮らすという感覚はないと思います。		
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段階で契約時等でお願いしています。書面等による情報提供を行っていますが、身寄りのいない方も多く、共に支え合う環境になっていないと感じます。		
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。	毎日、地元の市場に食材等の買い物に出掛けている。地元出身の利用者も多く、市場で馴染みの人と話が弾み、馴染みの人との交流が続いている。晩酌や喫煙等の習慣の継続も大切にしている。	
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	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ない方(適切な判断ができない方等)もあります。	過去の生活は解らない事が多いが、解ろうとする姿勢を持ち続けることを重要視している。食べる事・外出等、生き活きた表情が読み取れる。把握した情報は、もれなく『連絡ノート』に記録して共有している。	
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	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。初期に聞きこんだ少ない量のままあまり増えていないのが現状です。		
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。計画の内容把握と実施がスタッフ間に徹底できていないのが課題です。	連絡ノートで情報を集め、フロア会議で検討し、計画作成担当者が主体となって介護計画を立案している。月1回モニタリングを行い、家族に説明している。家族アンケートでも『介護計画を家族に説明』の項では回答者全員、満足・やや満足と答えている。	全ての職員は『個別ケア』の充実に取り組んでいるが、ADL中心の計画が多い。利用者の思いや意向に着目し、その人だけのプランである個別性の出た介護計画の作成を期待したい。
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きましたが、心身共に能力が下がってきている方の支援に手がとられ、頻度が減っているのが現状です。		
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。	利用者全員がホーム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、訪問看護・訪問歯科が週1回来所している。他科・専門医受診は家族対応を基本としているが、職員が対応する事が多くなった。	
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。	契約時に家族の意向を聞き、ホームの方針を伝えて同意を得ている。管理者は体制を整えば看取りを行う思いがある。利用者の状況で、主治医・家族・ホームで話し合い、その時々希望を確認しながら終末期の方針を共有している。	
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	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。訓練時に地域住民の方々への参加もあり、今後も協力体制を強化していきたいと思っております。近隣の事業所とも協議を進めたいと思っております。	年2回、併設の小規模多機能居宅事業所と合同で避難訓練を実施している。秋の訓練には地域からも参加があり、訓練の状況を見学した。今後近隣の方々、近隣のグループホームと協議を進めて行く予定である。	地域の方々より有事の際の協力の意向は頂いてはいるものの、夜勤体制の中でも協力の約束が期待どおり発揮されるか否かを、次回の訓練で確認される事を望みたい。

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。スタッフによって偏りがあるのも事実です。	職員は利用者や家族の望む呼び名でコミュニケーションを図っている。最後まで『人』として生きることを実践し、利用者の人格を大切にしている。	
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、食材の買い出しを行っています。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。色々伺う事を大切にしていますが、意思表示できない方も増えているのが現状です。		
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し、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、共同生活の性質上、自分のペースで動きにくい時があったり、介助や付き添いに手がとられその人らしい過ごし方まで支援できていない現状があります。		
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る方もみえますが、職員都合でその人らしいとは言いにくなっている時もあります。		
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います。ただ、他人に合わせ、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。食事中がよい雰囲気になるよう配慮できるスタッフとそうでないスタッフがいるのが現状です。	毎日の献立を利用者と共に決めている。利用者主体で毎日2回の買い出し・調理・味付け・盛り付け・片付けの一連の作業を行い、『力量』や『希望』に合わせた役割がある。晩酌や煙草をたしなむ利用者もいる。	
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、夕食後の歯磨き、入歯の洗浄支援は行えています。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。毎食後行われる方はお一人のみです。		

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
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ません。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。	排泄チェック表に基づき、適切な声かけやトイレ誘導によってトイレでの排泄を基本にしている。トイレの夜間使用が頻回な利用者が、環境を変えたら夜間3回に減少した事例もある。	
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	朝食時のヨーグルト、オリゴ糖等の活用や日常生活の中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。食事の工夫や職員の便秘に対する意識不足はあと感じています。		
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。全体的に入浴の頻度が下がってきているのが課題です。	生活習慣の延長で、入浴は夕方から22時迄にし、入浴拒否の利用者は無理強いせず、『頭だけ洗おう』、湯船を見せながら『入ろうよ』と、その気持ちになる様に誘導している。重度化した際は併設の機械浴が使える。	
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。		
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。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るのと、その方に手がとられて他の方が出にくくなっている現状にあります。	天気が良ければ『何処かに行きますか?』と、希望を募って外出している。毎日の市場への食材の買い物は馴染みの外出である。公園やホームセンター、中庭の洗濯物の取り込み等、日常生活の中で外出支援を行っている。月2回の外食も楽しみである。	



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	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い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。	日中、利用者が過ごすリビングを中心に、玄関、キッチン、浴室、トイレが配置され、職員の見守りも考慮した構造になっている。普通の家庭と同じように掲示物も少なく、テレビの設置はせずに会話しやすい雰囲気作りがされている。	
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な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。	使い慣れたテレビ・椅子・机等、本人の大切にしていた品々を持ち込み、居室に家族の写真等を飾ることもできる。飾り気のないシンプルな居室は利用者の生活歴そのものである。	
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	「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	愛知県名古屋市長和区滝子通一丁目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27年 7月 6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=kouhvu_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=2390700124-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhvu_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=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	愛知県名古屋市緑区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成26年 2月16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	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。しかし3年たつ中で温度差があるのが現状です。		
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	買い物時、行き交う地域の方々と挨拶や会話ができています。近所の商店、喫茶店や美容院を活用しています。自立度が下がる中で前年よりか社会参加の機会は減っているのが現状です。		
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	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。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、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。3年目になり、参加者が固定、減っているので工夫が必要だと感じています。		
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が、日頃から密にという程はできていません。		
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。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	2階は4名の方が金銭管理を権利擁護サービス等活用しております。機会がある時に個別で仕組みについてレクチャーする事はあ るものの、全体向け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	意思表示できる利用の方が多く、色々な事 に対し要望を出される中、可能な範囲で実 行したり調整させて頂いております。ご家族 からの要望吸い上げはアンケート中心であ まりできていないと感じています。		
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を しており、勤怠状況も一元的に管理・把握して おります。半期に一度ヒアリングを行い、意見を 伺っていますが向上心のある者となない者に別れ てきており、働きかけが足りないと感じています。		
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	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。しかし、施設内 外の研修の機会(時間)を設ける事がなか なかできず、育てる取り組みは不十分だと 感じています。		
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」という組織で、全国の事 業所との交流・勉強会を年2回行っておりま す。地域との事業者との接点は少ないのが 今後の課題です。		

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>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な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しておりますが、協力要請をあまりしないように心がけています。		
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	介護する側、される側にならぬよう、主体的な意思、活動を引き出すアプローチを行っておりますが、共に暮らすという視点ではなく、専門職として能力の引き出しや能力に応じる事を大切にしていますので、共に暮らすという感覚はないと思います。		
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段階で契約時等でお願いしています。書面等による情報提供を行っていますが、身寄りのいない方も多く、共に支え合う環境になっていないと感じます。		
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。		
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	男女差異、性格や認知症の状態の違いがあり「支え合う」という場面ができていない方がみえます。共に関わり合い、食事作りや掃除をしたりできています。しっかり気味の方がとんちんかんな方を一方的に管理するという課題があります。		

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
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	何を食いたいのか？お風呂はいつ入るのか？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、申し送り等を行っています。初期に聞きこんだ少ない量のままあまり増えていないのが現状です。		
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。計画の内容把握と実施がスタッフ間に徹底できていないのが課題です。		
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きましたが、心身共に能力が下がってきている方の支援に手がとられ、頻度が減っているのが現状です。		
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。訓練時に地域住民の方々への参加もあり、今後も協力体制を強化していきたいと思っております。近隣の事業所とも協議を進めたいと思っております。		

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>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。スタッフによって偏りがあるのも事実です。		
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、食材の買い出しを行っています。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、共同生活の性質上、自分のペースで動きにくい時があります。		
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る方もみえますが、職員都合で決まってしまう、その人らしいとは言いにくなっている時もあります。		
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います。ただ、他人に合わせ、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。食事中がよい雰囲気になるよう配慮できるスタッフとそうでないスタッフがいるのが現状です。		
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。		
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、夕食後の歯磨き、入歯の洗浄支援は行えています。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。毎食後行われる方はお一人のみです。		



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
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ません。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	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。食事の工夫や職員の便秘に対する意識不足はあると感じています。		
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。全体的に入浴の頻度が下がってきているのが課題です。		
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。		
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。		
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。「行きたい」と毎回意思表示される方が複数みえ、その方々が中心に外出してしまい、あまり出れない方々もみえます。		

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
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	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。特にトイレ清掃の徹底が難しい現状にあります。		
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な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。		