

1 自己評価及び外部評価結果 (1ユニット)

【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		
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21年8月10日	評価結果市町村受理日	平成21年12月3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と常に 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に努力をしています。

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	http://kouhyou.winc.or.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2170103689&SCD=320
----------	---

【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)】

利用者と職員が、以前利用者が住んでいた家に全員で一泊するなど、疎遠になりそうな家族や馴染みの人たちとの関係を継続出来るよう工夫している。また、家族や地域の人に認知症の人への理解を深めてもらう努力をし、自宅で生活できるようになった利用者がある。職員は一人ひとりの個性を把握し、常に利用者の立場になり、できることは利用者自身が行えるように支援している。自立に向けた取り組みの中で、紙おむつから布パンツへの切り替えに成功した例もある。地域包括センターからの要請で高齢者を一時的に宿泊させ保護するなど、市の介護保険課や地域包括センターとの関係も深めている。

【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 旅人とたいようの会
所在地	岐阜県大垣市伝馬町110番地
訪問調査日	平成21年10月16日

・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 該当する項目に印
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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価票

[セル内の改行は、(Alt+-) + (Enter+-)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
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	常に利用者に接し、職員と共に 理念を共有し 気づきの介護が出来るよう取り組んでいる。	理念の「その人の思いや生き方強みを大切にすするケア」を全職員が共有し実践している。しかし、地域密着サービスの理念の話し合いがされていない。	理念も大切にしながら、更に地域密着サービスの意義を踏まえて、全員で話し合い、実践されることを期待する。
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	利用者と散歩する機会に近隣の住民に挨拶をし、地域と触れ合うよう努力している。自治会に入会し 総会、班会等に出席をして、グループホームを理解してもらえるよう努力している。	散歩の時に挨拶を交わし、野菜や果物をいただくこともあり、個人的な交流はある。地域の行事に参加したり、ホームの行事に地域の人を訪れることがなく、事業所自体が地域の一員としての取り組みがない。	地域の行事に参加したり、ホームに地域の人を招いたり、近隣の学校や老人会と交流をするなど、地域の一員としての取り組みを期待したい。
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	近隣の住民からの 介護保険の相談等に応じ 地域の高齢者に役立つよう努力している。		
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	認知症の事例発表等を通じ、認知症の方の周辺症状を学びケアの向上に努力している。	運営推進会議を利用して、地域の人に認知症に対する理解を深めることはしているが、双方向的な会議ではなく、参加者が少ない時もあり、開催回数も減少しつつある。	ホームの行事などを利用して、地域の人や家族が出席しやすい日程に変更するなど、より身近となる工夫をし、二ヶ月に一度は必ず開催出来るよう検討されたい。
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。	市の介護保険課や地域包括センターに行き、ホームの実情報告や相談などを行っている。地域包括センターの要請で虐待に合っている高齢者を一時的に宿泊させ保護するなど、協力関係を築いている。	
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	利用者側の立場となり 拘束具『しない』『させない』『使わない』を徹底している。玄関の施錠は外部からの危険防止のため施錠している。内部からは誰でも(ご利用者)開けられるようしている。	ミーティングで常に話し合い、身体だけではなく言葉の拘束もあると理解している。玄関の施錠もせず、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	
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	言葉の暴力、介護の無視、3～4点ベッド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	地域包括センター・岐阜市関係機関等と連携、協力し支援できるよう努力している。		
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	契約及び解約には 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	運営推進会議・利用者及び家族の面談等を設け、利用者、家族からの意見を常に聞くことができる環境を整え、利用者が満足して暮らせるよう常に努力している。	職員は面会時に家族の意見を聞いている。家族からの意見や要望はすぐにミーティングで話し合い、リスクマネジメントの基準を設けるなど運営に反映させている。	
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	介護リーダー（ホーム長）& 2Fリーダーを配置し、職員の意見及び提案を聞く機会を設けている。	毎月定期的に全員でミーティングを行い、勤務体制の改善に反映されたが、ケアマネジャーやリーダーの意見が多く、現場職員から意見や提案があまり出されない。	管理者は現場職員の提案や意見が言いやすい機会を設け、全職員から気づきやアイデアを聞いて、運営に取り入れることを期待する。
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。 運営推進会議の参加を呼びかけた。		

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
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	入居相談時、利用者本人のホーム見学をなるべくしてもらい 本人の思い(自分はどう生きていきたいか)を受けとめるよう努めている。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居相談時、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努めている。		
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	認知症介護を 常に実践するよう努力し、本人の生き方を大切にし、本人の出来ていることを伸ばし、出来ないことではなく 出来ていないこととらえ自立支援をめざしている。		
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	家族を支える支援から始まり、家族を育てる支援をすることで 良い関係を作り 家族と一緒にあって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、家族と過ごし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。	懐かしい場所や人に会うため、利用者と一緒に出かけている。疎遠になった家族には、畑にまで足を延ばして、ホームへの面会を依頼するなど、利用者の思いを大切に、馴染みの人との関係が継続できる支援をしている。	
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	孤立しないよう合唱、トランプ、折り紙等リレーションに、みんなが関わり合えるように努力している。		

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。		
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。	利用者が居室に居る時に「心配事はありませんか」と聞いて、思いや意向の把握に努めている。また、利用者同士の会話の中から本音を把握し、ケアに反映させることもある。	
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	介護記録を作り 一人ひとりその人に合った生活リズム等を把握し行ってる。		
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 介護計画を作成している。	利用者や家族の希望を基に、管理者や各リーダーが介護計画を作成している。利用者や家族の了承を得てミーティングで全職員が確認している。しかし作成段階から職員の参加はない。	モニタリングやカンファレンスを行い、ケアプランに反映させるとともに、日頃から関わっている全職員でアセスメントを含めた意見の交換を期待する。
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	小規模多機能性を活かし、個別対応が出来る体制を整えている。		

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	落語、マジック等のボランティアの訪問、民生委員の訪問、運営推進会議の開催、地域包括センターとの協力体制を整えている。		
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	本人(家族)希望の主治医に受診できるよう支援している。 主治医がない場合、提携医療機関の往診医を紹介し適切な医療を受けられるよう支援している。	かかりつけ医を受診するよう支援しているが、内科は本人や家族の希望で協力医となっている。精神科などの専門科は家族同行の受診である。受診前にホームでの状態を伝え、受診後は家族より報告を受けている。	
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できる体制を整えている。		
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。	医療連携体制を整え、入院時及び退院時の医療機関の生活相談員等との連携に努めている。		
33	(12)	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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	訪問看護ステーションと連携して 重度化された時、医師の指示書により、医療保険での訪問看護サービスを受けられるよう備え実践している。	「対応に関する指針」を作成し、入居時に利用者や家族と同意書を交わしている。本人や家族の意向、主治医の意見を考慮しながら、夜間に経験者を配置して、終末直前まで事業所が対応しうる最大のケアを行っている。	
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させている。		
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	防火管理者を中心とし協力して体制を築き上げている。 (火災報知機を設置、緊急マニュアル等を作り対応している)	災害時の避難訓練は利用者も一緒になって年2回実施している。備蓄も4日間程度確保しているが、地域の住民の参加や協力は無い。	災害時には地域の人々の協力が不可欠であり、運営推進会議などを利用し、地域の協力体制を築けるよう期待したい。

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
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でその方の尊厳を保つ。個人情報等を他の利用者に知られないように配慮している。	ミーティングで日々話し合っている。トイレ誘導時には、他の利用者に聞こえないように耳元で声掛けし、プライバシーに関したことは居室で話すようにして、細やかな配慮をしている。	
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	入居者同士の会話を一緒に傾聴し希望が言える環境を作っている。なじみの関係を作ることによって 本人の思いを共感して その方の思いを大切にしよう努めている。		
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	その方の生活のリズムにあわせ 小規模多機能をいかし 個人対応ができるよう本人の希望にそった対応をしている。		
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	出来ている。 (好物を把握して。片付け、準備も一緒に出来ている)	食材配達業者の献立表を基に、利用者の好みも配慮し、自分たちでつくった野菜を加え、アレンジして献立を立てている。盛り付けや配膳、片付けは利用者も一緒に行っている。	
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	一日の総摂取量を把握して対応している。 食事、おやつ、風呂上がり時等、水分摂取を促している。		
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	出来ている。(口腔ケアを徹底し、うがい・歯磨き・入れ歯の除菌等をしている。)		

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
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	本人の排泄パターンを記録し トイレ誘導をすることで、紙パンツから布パンツへの切り替えをしている。必要に応じポータブルトイレを利用し尿失禁をなくす支援をしている。	職員は、一人ひとりの排泄パターンを把握することにより、適切なトイレ誘導を行っている。これまでに布パンツへの切り替えに成功している例もある。	
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	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。散歩・体操等を働きかけ予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	隔日の入浴日を決めているが、本人の希望や体調に応じ入浴を実施している。	曜日や時間の取り決めはあるが、利用者の希望があれば、毎日の入浴も可能である。入浴嫌いの利用者には、くじ引をして当たったかのように誘導し、一人ひとりに合った入浴の楽しみを支援している。	
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	朝早く起きる方にはお昼寝を勧めたり、足浴をすることで夜間の良眠が出来るよう努めている。		
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・ホーム長がしており、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・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	洗濯物の役割分担を設けたり、折り紙 トランプ等レクリエーション活動 散歩等への参加をうながしている。		
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支援している	自立度の高い方は家族やホーム・外部の支援で外出の機会の頻度は高い。ADLが低く寝たきり度が高い方は車椅子で散歩等の外出支援がある。	天気がよければ毎日でも散歩している。天気の悪い日や外出が困難な利用者もベランダに出て、外気浴をしている。また、全員で、以前利用者が住んでいた家に泊まりに行く事もある。	

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分で持っている方は、家族が把握し買い物支援をしてもらっている、持っていない方でも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	実際に 本人が落ち着いて生活できるまでは家族・知人の支援が重要であり、家族と相談の上、電話をかけることは頻繁(家族の混乱がない程度)にある。各居室に電話を ひけるようにしてあり 希望に応じ設置可能である。		
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	ホーム全体に落ち着いた配色で統一感を持ち、季節の花を飾り、なじみの壁飾りをして利用者が 心地よく生活できるよう努力している。	玄関には長いす、居間のテレビの前にはソファが置かれ、ゆったりと過ごすことが出来る。ウッドデッキのベランダから自然の風を出るだけ取り入れて、居心地良い共有空間を作っている。	
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	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、生活しやすい部屋作りを心がけてる。	使い慣れたテレビや仏壇、タンス、本、雑誌が置かれ、家族の写真や亡き配偶者が書いた掛け軸、孫が作った置物が飾られている。家具やベット配置も利用者と職員が話し合いながら居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	手すり、スライドドア等、安全で怪我のないよう作られている。バリアフリーにしたことで車椅子の方、歩行器の方の生活が可能となっている。		

1 自己評価及び外部評価結果 (2ユニット)

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	
法人名	
事業所名	
所在地	
自己評価作成日	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	
所在地	
訪問調査日	

【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)】

--

【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)】

--

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 該当する項目に印
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票

[セル内の改行は、(Alt+Enter)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
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	常に利用者に接し、職員と共に 理念を共有し 気づきの介護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	利用者と散歩する機会に近隣の住民に挨拶をし、地域と触れ合うよう努力している。自治会に入会し 総会、班会等に出席をして、グループホームを理解してもらえよう努力している。		
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	近隣の住民からの 介護保険の相談等に応じ 地域の高齢者に役立つよう努力している。		
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	認知症の事例発表等を通じ、認知症の方の周辺症状を学びケアの向上に努力している。		
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。		
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	利用者側の立場となり 拘束具『しない』『させない』『使わない』を徹底している。玄関の施錠は外部からの危険防止のため施錠している。内部からは誰でも(ご利用者)開けるようしている。		
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	言葉の暴力、介護の無視、3～4点ベッド柵等が虐待であることを周知し防止に努めている。		

グループホーム もも太郎

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	地域包括センター・岐阜市関係機関等と連携、協力し支援できるよう努力している。		
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	契約及び解約には 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	運営推進会議・利用者及び家族の面談等を設け 利用者、家族からの意見を常に聞くことができる環境を整え 利用者が満足して暮らせるよう常に努力している。		
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	介護リーダー（ホーム長）& 2Fリーダーを配置し、職員の意見及び提案を聞く機会を設けている。		
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。 運営推進会議の参加を呼びかけた。		

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
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	入居相談時、利用者本人のホーム見学をなるべくしてもらい 本人の思い(自分は どう生きていきたいか)を受けとめるよう努めている。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居相談時、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なよう努めている。		
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	認知症介護を 常に実践するよう努力し、本人の生き方を大切にし、本人の出来ていることを伸ばし、出来ないことではなく 出来ていないことととらえ自立支援をめざしている。		
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	家族を支える支援から始まり、家族を育てる支援をすることで 良い関係を作り 家族と一緒にあって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、家族と過ごし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。		
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	孤立しないよう合唱、トランプ、折り紙等リレーションに、みんなが関わり合えるように努力している。		

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。		
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。		
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	介護記録を作り 一人ひとりその人に合った生活リズム等を把握し行ってる。		
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できるよう相談し 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	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	小規模多機能性を活かし、個別対応が出来る体制を整えている。		

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	落語、マジック等のボランティアの訪問、民生委員の訪問、運営推進会議の開催、地域包括センターとの協力体制を整えている。		
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	本人(家族)希望の主治医に受診できるよう支援している。 主治医がない場合、提携医療機関の往診医を紹介し適切な医療を受けられるよう支援している。		
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	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できる体制を整えている。		
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。	医療連携体制を整え、入院時及び退院時の医療機関の生活相談員等との連携に努めている。		
33	(12)	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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	訪問看護ステーションと連携して 重度化された時、医師の指示書により、医療保険での訪問看護サービスを受けれるよう備え実践している。		
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	緊急マニュアルを作成し職員に周知させている。		
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	防火管理者を中心とし協力して体制を築き上げている。 (火災報知機を設置、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
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でその方の尊厳を保つ。個人情報等を他の利用者に知られ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	入居者同士の会話を一緒に傾聴し希望が言える環境を作っている。なじみの関係を作ることによって 本人の思いを共感して その方の思いを大切にしよう努めている。		
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	その方の生活のリズムにあわせ 小規模多機能をいかし 個人対応ができるよう本人の希望にそった対応をしている。		
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	出来ている。 (好物を把握して。片付け、準備も一緒に出来ている)		
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	一日の総摂取量を把握して対応している。 食事、おやつ、風呂上がり時等、水分摂取を促している。		
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	出来ている。(口腔ケアを徹底し、うがい・歯磨き・入れ歯の除菌等をしている。)		

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
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	本人の排泄パターンを記録し トイレ誘導をすることで、紙パンツから布パンツへの切り替えをしている。必要に応じポータブルトイレを利用し尿失禁をなくす支援をしている。		
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。散歩・体操等を働きかけ予防に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	隔日の入浴日を決めているが、本人の希望や体調に応じ入浴を実施している。		
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	朝早く起きる方にはお昼寝を勧めたり、足浴をすることで夜間の良眠が出来るよう努めている。		
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・ホーム長がしており、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・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	洗濯物の役割分担を設けたり、折り紙 トランプ等レクリエーション活動 散歩等への参加をうながしている。		
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	自立度の高い方は家族やホーム・外部の支援で外出の機会の頻度は高い。ADLが低く寝たきり度が高い方は車椅子で散歩等の外出支援がある。		

グループホーム もも太郎

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分で持っている方は、家族が把握し買い物支援をしてもらっている、持っていない方でも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	実際に 本人が落ち着いて生活できるまでは 家族・知人の支援が重要であり、家族と相談の上、電話をかけることは頻繁(家族の混乱がない程度)にある。各居室に電話を ひけるようにしてあり 希望に応じ設置可能である。		
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	ホーム全体に落ち着いた配色で統一感を持ち、季節の花を飾り、なじみの壁飾りをして利用者が 心地よく生活できるよう努力している。		
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、生活しやすい部屋作りを心がけてる。		
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	手すり、スライドドア等、安全で怪我のないよう作られている。バリアフリーにしたことで車椅子の方、歩行器の方の生活が可能となっている。		