

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	1470901271	事業の開始年月日	平成17年4月1日	
		指定年月日	平成17年4月1日	
法人名	社会福祉法人若竹大寿会			
事業所名	グループホームわかたけ小机			
所在地	(222-0035)			
	横浜市港北区鳥山町1031			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護		登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護		通い定員	名
			宿泊定員	名
			定員計	18名
			ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成31年3月11日	評価結果 市町村受理日	令和1年5月16日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

「自分らしく輝いて暮らせるホームをめざす」という理念のもと、「マズローの5段階欲求」に照らし合わせながら、ご入居者一人一人の欲求を満たすことができるように支援している。ご入居者が、持っている力を十分に発揮し、意思を尊重され、輝いて暮らすことができる為にも、ご家族様との情報共有は必須であり、ご面会時や家族会で密にコミュニケーションを取っている。理念に沿ってケアを継続する事で、行動・心理症状(BPSD)が軽減していき、穏やかに生活できるようになっていくプロセスを経験することで、職員もやりがいや喜びを感じ、前向きに取り組む姿勢が生まれている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成31年3月28日	評価機関 評価決定日	平成31年4月27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)】

<p>【事業所の概要】 この事業所は、JR横浜線小机駅から徒歩7分程度の場所にあり、周辺は、福祉関係等の事業所が複数立地し、所々に畑地が残る地域である。至近には横浜国際競技場があり、大規模スポーツイベントの開催時には、応援の歓声なども聞こえてくる。建物は軽量鉄骨造平屋建で、2ユニットの事業所である。敷地が広く、敷地内で外気浴などが出来る環境である。</p> <p>【一人ひとりの生活リズムを大事にするケア】 「自分らしく輝いて暮らせるホームを目指します」の事業所理念のもと、利用者が「主役」で生活できるように支援している。起床時間や朝食時間は、利用者一人ひとりの生活リズムに合わせており、入浴時間も利用者の意向を尊重して支援をしている。リビングに置いてある新聞や週刊誌等に目を通している方、入居前からの趣味の編み物を継続している方、みそ汁の出汁を取っている方、カラオケを口ずさむ方などがいる。居室を机、椅子、書籍などで書斎風にして、昔からの生活スタイルを大事に継続している方もいる。</p> <p>【利用者家族との連携】 「家族会」を隔月に開いている。家族会開催月とずらして実施している音楽療法にも家族を招くなど、日常的に利用者・家族と意見交換できる機会を設けている。家族が、利用者の食事介助の手伝い、他の利用者の話の傾聴、庭の草むしりや草花の植栽にも関わっている。家族の紹介でトロンボーンのリコーンのボランティアの来訪もある。</p>
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームわかたけ小机
ユニット名	太陽ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員と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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
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
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, ほとんどいない

事業所名	グループホームわかたけ小机
ユニット名	月ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員と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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏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	「自分らしく輝いて暮らすホームを目指す」理念を掲げている。事務所に掲示してある為、いつでも見れるようにしている。年度初めには法人必須研修として毎年理念研修を実施	理念は、開設当初のメンバーが相談して策定したものである。マズローの欲求5段階にある「自己実現の欲求」を満足させるという思いを込めている。理念の実現のため5つの運営方針を定め、日々の介護の指針としている。毎朝の起床時間や朝食の時間を利用者の一人ひとりのリズムに合わせているのも、「理念」や「基本方針」を踏まえたものである。	
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	自治会に加入し、地域のお祭り、防災訓練などへ参加している。またホームの避難訓練へ自治会の担当者様に見学に来ていただく等している。いつでも見学出来る様対応をしている。	自治会に加入しており、地域の「小机城址祭り」や夏祭りに参加している。地域ケアプラザで開催している認知症カフェに参加し、事業所の敷地内での開催についても相談している。フラダンスやマジックショーのボランティアの来訪がある。家族の紹介でトロンボーン演奏のボランティアが来訪している。職員の知人が傾聴やお茶出しに来るなど、家族と職員の連携による交流も進んでいる。	
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	家族会で認知症ケアについての勉強会をご家族向けに実施している。またキャラバンメイトに参加している	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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度の定期開催をしている。ホームの運営状況をお伝えし、改善の提案を受けている。ボランティアの募集をしており地域CPから声を掛けてくださり少数ではあるが来所いただいている。	運営推進会議は、奇数月の第1土曜日に定期的に開催している。今年度は、インフルエンザの発症があり中止になった会議があるが、5回の開催実績がある。メンバーは、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、家族である。会議で、人材確保に関しての意見があり、法人内での異動による職員の増員につながった。地域ケアプラザ職員から、事業所での「認知症カフェ」開催についての話も出ている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	横浜高齢者グループホーム連絡会を通して情報交換を行っている。	区には要介護度認定の更新申請の際、窓口に向いている。現在策定中の水害対応の避難計画について相談をしている。区の感染症研修や消防署の防災研修に参加している。地域包括支援センターとは「認知症カフェ」開催のことで連携している。	
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	身体拘束や虐待は、法人の理念、ホームの理念に反する事であることを理解し、取り組んでいる。H31年度から法人必須研修として毎年研修会を実施	法人の「規程・マニュアル集」の規定に基づき、毎年「虐待防止自己点検チェックシート」を活用して身体拘束廃止について点検している。管理者は、職員による利用者に対する不適切な言葉がけ等に気が付いた時は、その都度注意している。門扉は安全上、施錠しているが玄関、ユニット入り口とも出入り自由になっている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法についての資料をいつでも閲覧出来るようになっている。ご入居者への言葉がけ、対応一つ一つを職員同士で評価し合い意識を高めている。年度初めにチェックシートにてセルフチェックを実施		
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	制度の知識を深める努力をしている。また事務所に地域権利擁護事業や成年後見人制度の資料を職員がいつでも見られるようにしている		
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	入居の事前説明を必ず行い契約書、重要事項説明書を渡している。ホームの理念等を理解して頂いてからの契約としている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時や家族会時に要望等話やすい環境作りを意識している。頂いた意見・要望をホームで共有し、業務やケアの改善に結びつけている	家族会は隔月に開催して、意見交換をしている。月をずらして隔月に実施している「音楽療法」にも家族を招待して、利用者、家族、職員の意思疎通に努めている。家族の紹介でトロンボーン演奏のボランティアが来訪したり、家族が庭の除草、食事介助、傾聴ボランティアをしているなど、家族との連携が進んでいる。	
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	常に意見を聞いてもらえる環境が整っており、必要に応じてカンファレンスを実施している	管理者は、日常的に職員の要望や意見を聞いている。年2回実施している職員との個人面談の場でも職員の意向を聞いている。職員の勤務シフトの見直し、外部研修の受講、ポータブルトイレ、空気清浄機の導入などは、職員の提案によるものである。	
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	半年に1回職員の成果を評価し管理者と面談を行う取り組みがある。また職員の事情に極力配慮した勤務を組むようにしている。ストレス・パワハラ等のチェックなど各年1回実施		
13		○職員を育てる取組み 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	人材育成には法人全体で力を入れている。管理者・リーダー・中堅・新人等段階別での研修を実施している		
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つくり、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組みをしている	法人内外の研修の場や、他のホームとの交換研修、大学、専門学校での研修生受け入れを行い、サービス向上に取り組んでいる		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前には必ず本人との面談を設定しており、本人の希望や不安、何を必要とされているか伺っている。本人や家族の意見、意思是ケアプランに反映している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	電話相談、見学や入居相談時から家族の意見をしっかり聴くことに努めている。家族に合わせて、個別に対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	その方の現在の状態や環境、経済面も含め、どのような支援をすればよいかを考えながら応じている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ホームの理念に沿って、ご入居者主体の支援を行っている。特に様々な心理行動症状を認知症が原因と決めつけず、どのような要因があるのか理解するよう努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	基本の挨拶から意識を高くもつようにし、専門的な立場や求められているスキルを發揮しながら、家族と喜びを共に共有できる関係作りを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族様の他、知人や友人の面会等も歓迎の旨をお伝えしている。お友達が面会にいらしたことがある。近隣に居住していなかった方もおられるが、地域環境をお伝えするためにも外出支援に努めている。	知人の訪問には湯茶などでもてなしている。ユニットの利用者全員が家族の様に生活しており、実の家族が面会にきた時でも他の利用者と一緒に過ごすことが多い。利用者は、家族と買い物や行きつけの理容院に出かけている。以前の趣味の編み物をしたり、得意なみそ汁の出汁取りをしている利用者もいる。	
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	個人の過ごしやすい環境を整えると共に、食事の席や日々の生活空間にストレスがかからないよう努めている		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去後も、家族からの相談やその後の報告を受けているが、ホームでの看取りによる退居が多く、件数としては多くない状況である。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	理念に沿って、家族様等からの事前確認に加え、日常の関わりの中から思いや意向を把握できるよう努めている。困難な場合は理念に立ち返り、本人様の立場となりケアを実施している。	利用者の思いや意向は、職員と1対1の時や、夜間のゆっくりできる時間帯にじっくり聴くようにしている。意向の把握が困難な時は、家族から情報を得たり、利用者の行動等を観察し、アセスメントシートに記載して職員間で情報共有している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人やご家族から、安心して生活出来るよう生活歴やサービス利用の経緯等の情報収集を行っている。		
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	食事・排泄・睡眠・入浴状況等を個別に記録し、そこから得た情報をアセスメントすることで現状の把握をしている。		
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	理念のもと、日々職員で入居者主体の生活について話し合いをしている。家族とも相談しながらケアプランを作成している。	入居時の介護計画は1カ月後に見直し、その後は6カ月ごとに見直しをしている。介護計画の見直しは、計画作成担当者が居室担当者の意見や家族の要望等を確認して行っている。医療情報は、訪問医の診療記録「医療連携記録」を確認したり、週1回巡回している法人の看護師の意見を聞いて反映している。	
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	日々の記録は個別に記載している。職員は記録と申し送りやカンファレンスで情報を共有し、実践につなげている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	法人内との連携を持ち、入居者の生活が困らないように対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	紙芝居、フラダンス、手品など、ボランティアの方々を受け入れている。また、移動パン屋さんの販売が入居者の楽しみになっている。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	ご本人のかかりつけ医に継続して利用できる支援以外に、利用したい医療や往診利用の支援を行っている。	以前からのかかりつけ医を含め、3名の協力医の往診がある。必要な方は、訪問歯科の往診や歯科衛生士による口腔ケアを受けている。眼科、皮膚科に家族同行で通院している方もいる。通院時の医療情報は、医療連携ノートに記録している。数名の方が訪問マッサージのサービスを受けている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師と連携をはかり、医療連携体制加算を算定している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、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。	入院時には、情報提供書を使用して情報提供を行っている。また、家族と連絡を取ることや、病院へ面会を行い状態の把握に努めている。		
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	入居時に重度化・終末期対応指針をご家族に説明している。また本人の変化に合わせて家族、かかりつけ医と話し合いの場を持っている	入居時に「重度化・終末期対応指針」を説明し、同意を得ている。終末期には、医師が家族に説明し、家族、医師、事業所職員が話し合い、合意の上、看取り介護を行っている。看取り後には、利用者や職員が見送りをしている。今年度も看取りを実施した。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	管理者、看護師に連絡をし、対応指示を仰いでいる		
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	災害マニュアルに沿って対策に取り組んでいる。地域の防災訓練にも参加をしている。今後、地域住民協力による避難訓練実施のため自治会担当者の方と相談を進めている。	今年度は、夜間に火災が発生したことを想定して利用者全員参加のもと防災訓練を9月に実施している。隣接の事業所とは災害時に協力し合うことを話し合っている。備蓄は、非常用食料、飲料水とも3日分を準備している。米は、常に30kgの「ローリングストック」をしている。熱源としてカセットコンロとガスボンベの備えがある。	地震や水害を想定した防災訓練も含め、年2回以上の実施を期待します。
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	その方だけに聞こえる程度の声量で声を掛けるなどプライバシーへの配慮を意識している。受け止めやすい言葉掛けや不快に繋がっていないかをアセスメントしている	利用者の尊厳が守られるように、言葉遣いに気を付けている。日常的に馴れ馴れしさや言葉の強さなどを職員同士で注意し合っている。排泄に関することでの声掛けは特に注意をしている。歯磨きは、人前を避けて、居室でするようにしている。	
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	「はい」「いいえ」で答えられる言葉掛けなど、認知症症状がすすんだ方でも自己決定がしやすいケアに取り組んでいる		
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	起床、就寝時間などに決定事項はなく、体調や気分に合わせて日々の生活を送って頂けるよう支援をしている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	着替える時はご本人に服を選んでもらえるよう支援をしている。また、汚れてしまった場合、早めに着替えられ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	入居者一人々に合わせて盛り付け、調理方法などを考えている。手伝って頂けることは職員と一緒にいき、力の発揮をして頂いている。	食材は、毎日、業者が調理済みのものを届けているが、週に2食は、職員手作りの食事を提供している。利用者は、汁物の出汁を取ったり、洗い物を手伝ったりしている。職員は、食事介助をしたり、見守りをしながら同じ食事をしている。正月にはお節料理、ひな祭りにはちらし寿司、誕生日にはケーキを提供している。朝食の時間は、一人ひとりの利用者の生活リズムに合わせている。	
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	食事、水分量を毎日記録し変化がないか観察している。食事、水分摂取が少ない場合にはお好みの補食や飲み物を提供し出来るだけ適正量を目指している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアができるよう支援している。また歯科衛生士の利用がある。歯科衛生士より職員への指導もして頂いている		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	無理の無い範囲で出来るだけオムツを使用せず、トイレでの排泄を維持出来るよう努めている。排泄チェック表を利用し、一人ひとりに合わせた言葉かけ、誘導方法を実践している。	排泄チェックシートで一人ひとりの排泄パターンを把握して声掛けし、トイレ誘導している。ほとんどの方は、布パンツまたはリハビリパンツを使用しておりトイレで排泄している。職員の支援で、夜間に居室でポータブルトイレを使用している利用者もいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	出来るだけ下剤が不要となるように食生活でのアプローチを行っている。食物繊維の摂取など工夫している。直近ではココナッツオイルを取り入れ、経過を観察中である。始めたばかりではあるが順調な効果が見られる。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	原則として週2回を基準としているが無理強いせず意向に合わせている。夕方～夜を中心にお誘いしている。時間を設定せず支援している。またADLに合わせた介護機器を導入する予定です。	週2回の入浴を原則とし、入浴時間等は本人の意向を尊重している。身体の状態によって浴槽に入れない利用者には、シャワーだけではなく身体が温まるように浴槽の湯を掛けるようにしている。脱衣室は床暖房の設備があり、浴室には暖房器具を設置し、ヒートショック対策をしている。しょうぶ湯やゆず湯で季節を感じられるようにしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	起床、入床を記録し状況の把握に努めている。疲労や眠気に合わせ日中での休息支援を行っている		
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	飲み忘れや誤薬防止に、職員一人ひとり服薬の重要性を意識している。服薬のミスがないようチェック体制を整えている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	何が好きで、何が得意でなど職員で共有した情報から支援を行っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	その日の状態を考慮しながら、外出を楽しめるように支援している。ご入居者からは外出の希望があまりないが、意欲を引き出す言葉かけなど工夫をしている	利用者の状況や周辺の環境もあり、日常的な外出が少なくなっている。天気の良い日には、敷地内で散策したり、外気浴をすることができる。花見、「小机城址祭り」、地域の夏祭りには家族も参加して出かけている。	利用者のメリハリのある生活を支援するため、広い敷地を活用して、安心して外気浴や気分転換ができるような環境整備の検討を期待します。
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	お金を利用する機会はほとんどないが、長年の習慣、経験から金銭を大切にしたい想いを大切に汲み取るケアを行っている		
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	家族や友人からの手紙は自由。これまでの関係性を継続出来る支援をしている。居室には電話が設置可能。必要があれば、事務室の電話もとっておりついでいる。		
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	テレビや音楽の音、職員の声が不快にならないように意識を持っている。掃除の実施やリビングの明るさ温度、湿度にも気を配っている	リビング、食堂、キッチンが一体的な構造になっており、共用空間全体がどこからでも見わたすことができる。大きな掘りごたつが設置してある和室では、利用者と職員が洗濯物を畳んだり、家族会を開催したりしている。毎日の清掃時には窓を開けて換気をしている。大型の加湿機能のついた空気清浄機を設置するなど湿度管理や臭い対策を心がけている。床暖房設備があり足元が穏やかに温かい。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	リビング内でも、テレビ前、テラス、キッチン前と、個々に好きな場所で好きな事をしながら過ごせるよう行っている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居以前に使用されていた馴染みの家具や大切にされてきた物を持参して頂いている。	エアコン、照明器具、クローゼット、洗面台は備え付けであり、ベッド、カーテンは入居時に利用者が設置している。タンス、仏壇、家族写真、ぬいぐるみなど馴染みの物が持ち込まれている。机、椅子、書籍などを持ち込み書斎風にして、以前からの生活スタイルが続けられるように工夫している居室もある。	
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」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	ベッド柵や手すりなど、ご家族と話し合いその方にあった環境を整えている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホームわかたけ小机

作成日 令和1年 5月 11日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	基本的な災害知識・対策だけに留まらず、地域連携を強化した訓練内容を実施する必要がある。最新のマニュアルの作成も必要。	定期的な会議の実施し ①職員だけでなく、利用者・家族も参加。 ②外部連携を促進するため、定期的に担当する職員を変更。全員が周知できる仕組みづくり。 ③年間スケジュールで会議・実施（訓練）をする。	年間スケジュールを作成し実施する。 議題や手順の明確にする。	6ヶ月 随時
2	49	生活リハビリの機会を増やすようにしているが、実施頻度や内容にマンネリ化がみられる。実施する根拠を明確にし、実現に向けた意識改革を図る必要がある。	意味のあるイベントの開催 ①近隣のケアプラザの喫茶外出を定例とし、顔なじみの関係を作っていく。 ②3カ月に1度のリハビリ評価を基に、自立した生活を送れるようケアプランに取り入れ、モニタリング管理していく。 ③ホームでの生活でも家庭を感じられる環境を継続できるよう、家族も一緒に参加できる食事レクを年3回開催する。	スケジュールにて担当者・実施日を明確にする。 知識・技術習得の研修への参加。	6ヶ月 随時
3					
4					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。