

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	14734000073	事業の開始年月日	H18年2月1日	
		指定年月日	H18年2月1日	
法人名	特定非営利活動法人ふるさとホーム瀬谷			
事業所名	グループホームふるさとホーム瀬谷			
所在地	(246-0013)			
	横浜市瀬谷区相沢4-10-36			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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28年1月3日	評価結果 市町村受理日	平成28年7月13日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

ご利用者様の「できること」「好きなこと」「笑顔になれること」を大切にし、それぞれの個性に合わせた介護支援を行っています。また、駅やスーパー、小学校、公園等が近くにありますので地域の行事や散歩、買い物に行きやすい環境にあります。道も平坦なので車いすの方でも気軽に外出することができます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年2月4日	評価機関 評価決定日	平成28年3月14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)】

事業所は、相鉄線「瀬谷駅」から徒歩4分ほどの住宅地にあります。平成18年2月に開設して10年のグループホームです。3階建ての2階、3階がグループホームで、1階には同一運営法人の本部事務所と居宅支援事業所、訪問介護事業所、デイサービス、地域の活動や法人の行事などを行う多目的ホールがあります。

<優れている点>

利用者の能力を活かして、出来る事やしてみたい事を支援しています。利用者本人の力を最大限に引き出して行く事を考えながら、掃除や食事の準備、食器洗い、食器拭きなど見守りながら支援を行なっています。また、地域交流を積極的に行っています。毎日のように散歩や買い物に出掛け、地域の人々と触れ合っています。町内会主催の運動会やふれあい祭りの参加、ハロウィンには近隣の子供たちが来ています。楽器演奏や阿波踊り、フラダンスなど地域のボランティアも活動にきています。1階多目的ホールでは、地域ケアプラザと協力して、「認知症サポーター養成講座」を、管理者が地域住民を対象に講演を行ったり、1階のデイサービス利用者とも月2回絵手紙教室を行っています。

<工夫点>

衛生管理について工夫し、業務日誌には消毒や清掃、モップ掛けなどのチェック欄を設け、利用者と一緒に確実に実行したか確認しています。リビングには、加湿付空気清浄器などを配置し、居室に加湿器を設置しています。

【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	グループホームふるさとホーム瀬谷
ユニット名	2階ユニット

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
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させている。 (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。	○	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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
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

			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。	事業所理念には地域との交流の大切さを掲げており、地域住人との交流や小学校の児童との交流を積極的に行っています。職員も入社時の研修やミーティング等で理念を共有し、意識を高めています。	理念はユニット玄関ホールに掲示しています。職員の入職時に研修を行っています。朝と夕の引き継ぎ時には、管理者が理念と支援の在り方について話しています。月1回の会議や年2回の個人面談時にも理念を再確認し利用者支援について話をしています。	
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。	地域のお祭りや運動会、防災訓練等に参加しています。また、事業所の防災訓練は近隣住民に協力してもらい一緒に行っています。楽器演奏や踊りを披露して下さるボランティアも月に1回は来て下さっています。	町内会に加入しています。自治会主催の運動会、ふれあい祭りや防災訓練に参加しています。「瀬谷防災ネットワーク」、「瀬谷区認知症高齢者はいかいネットワーク」や地域ケアプラザの「キャラバンメイト」の活動に参加しています。	
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。	一年に1回は地域住民に向けて認知症サポーター養成講座を当施設で行っています。キャラバンメイトが4人おり、二ツ橋第二ケアプラザを拠点に活動しています。	/	/
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か月に1回、地域の連合会長、町内会長、民生委員、ケアプラザが主となって開催しています。ケアの質の向上や地域交流を中心とした意見交換を行っています。	2ヶ月に1度定期的で開催しています。運営推進会議の参加者は、連合自治会長や自治会長、民生委員などが参加しています。運営推進会議を通して自治会の行事に参加した際には、優先的に席を確保してもらおうなどの配慮をしてもらっています。	
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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	年4回のGH連絡会や瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会に参加し他事業所との情報交換を行っています。区役所の生活支援課の担当者とは定期的に連絡を取り合っています。	行政の担当のケースワーカーには、入居者のことで報告や相談をしています。横浜市高齢者グループホーム現場研修事業や、旭・瀬谷ブロック会の研修に参加しています。高齢者施設における感染症対策指導者養成研修にも参加しています。	

			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
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。	職員一人ひとり十分に理解し、身体拘束を行わないケアを実践しています。事務所にはマニュアルを置き、いつでも見られるようにしています。身体拘束以外でも言葉や薬での拘束になっていないか、定期的に職員間で話し合いを行っています。	「身体拘束ケアマニュアル」を整備しています。玄関は鍵をかけずに、利用者が閉塞感を感じないように、かつ、安全に過ごせるように配慮しています。ミーティングでスピーチロックについて管理者が話しています。転倒時に備え、家族に了解を得てベッドにセンサーマットを使用しています。	
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。	カンファレンス等で定期的に話し合いを行い、虐待に当たる行為、虐待につながりかねない行為について検討し合っています。接遇に関しても注意を払い、防止に努めています。		
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。	外部研修に参加し、職員ミーティングで情報共有しています。金銭の管理で第三者の介入は必要な方についてはあんしんセンターを利用しています。		
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。	入居契約時に重要事項説明書、契約書等の説明をさせていただいています。なるべく専門用語を使わず、分かりやすい説明を心がけ、納得、理解していただけるよう努めています。		
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。	年に2回家族交流会を開催し、サービスの質の向上を目指した話し合いを行っています。日々の生活の中でご利用者の意向を確認したり、ご家族が意見や要望を言いやすい関係や雰囲気作りにも努めています。	家族交流会を年2回開催し、バーベキュー、おでん、大学いもなど、利用者、家族、職員の三者が一緒になって作り、家族からの意見を聞きやすくしています。家族からの意見で、出社している職員の写真をリビングに掲示するようにしています。	

			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
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。	月に1度職員ミーティングを行い、意見や提案を出し合っています。定期的には個人面談も実施しています。	年に2度、管理者との職員面談を設けています。普段から職員が意見などを言い易い雰囲気作りをしています。1階にある法人事務局長や理事長も、職員からの意見・提案などを聞いています。ミーティングなどでも意見・提案などを受け入れています。	
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。	職員一人ひとりがやりがいを持って働けるよう、積極的に職員の意見を聞くようにしています。資格の取得の支援も行っています。		
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。	職員それぞれにあった研修や講習に参加し、そこで得た学びをミーティングで報告しています。GH連絡会の交換研修にも積極的に参加しています。		
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。	ケアマネ研修や他外部研修、連絡会等へ積極的に参加しています。常に新しい情報を得て、サービスの質の向上を目指しています。		
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。	センター方式の「私の暮らしシート」を記入していただき、出来る限り自宅での生活に近い環境、支援が行えるように努めています。ご本人にあったケアプランを作成する上でもご本人やご家族の意向や希望を細かく聞くようにしています。		

			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
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。	入居時の質問や不安なことについてはいつでもお答えできるようにし、こちらからもご意見を積極的に伺っています。入居後も面会時や電話連絡等で現在も困っていること、求めていることをお聞きするようにしています。		
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。	入居して間もなくは環境の変化などで不安になったり混乱を起こしてしまうことがあるため、必要な支援や援助を見極めていき、医療機関や他協力機関のサービスを踏まえた支援を行い、ケアプランにもつなげています。		
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。	職員は要介護者と援助者というだけの関係ではなく、生活を共にするパートナーという意識を大切にしています。		
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。	ご利用者の生活を支えるためにはご家族の力は欠かせないことをいつもお伝えしています。誕生会を一緒に祝ったり、イベントごとでも協力を依頼しています。ケアの方針を決める際も必ずご家族のお考えを伺い、意見を反映させることに努めています。		
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。	ご家族だけではなく、ご友人も遊びに来やすい環境作りに努めています。遠方のご家族に手紙を出せるような支援も行っています。	利用者の友人や知人が面会に来ています。中には誕生日のプレゼントを持って来る知人もいます。家族が同行して墓参りをする利用者もいます。職員は、利用者の手紙のやり取りや携帯電話で会話、年賀状を出している利用者などの支援を行っています。	

			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
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。	ご利用者が他ご利用者とどのようにかわっていきたいのかを把握し、お互いが気持ちよく暮らしていけるように職員がさりげなく介入しています。家事は皆で一緒に協力して行うようにしています。		
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。	退所を検討する場合には行先を含めて十分な話し合いがなされるようにしています。住む場所が変わっても生活習慣が変わらないように、馴染みの生活スタイルやご本人にとって必要な支援の情報提供を行っています。		

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。	なるべくお話しをよく聞き、どのような希望があるのかを知るようにしています。知り得た情報はスタッフ全員が共有できるよう、連絡ノートに記載したり介護記録に残していきます。ご自分から訴えることが難しい方は日々の表情から汲み取っていきます。	家族から情報収集をして、利用者本人と会話を多くするようにしています。居室で本人からゆっくり話を聞いたり、散歩や買い物、入浴時などにゆっくり話を聞いています。自分から意向を表に出しにくい利用者には、行動や仕草を観察し意向の把握に努めています。	
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。	ご本人やご家族から聞き取りを行い、ホームでどのように暮らしていきたいかを一緒に考えていきます。在宅サービスを受けられていた方は、担当のケアマネージャーより情報をいただくこともあります。プライバシーに配慮し必要な情報は皆で共有しています。		
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。	日々の様子を朝と夕方に申し送り、情報を共有し小さな変化を見逃さないようにしています。ADLに変化が見られた場合はケアプランの見直しも随時行います。		

			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
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。	変化が見られた時はご本人やご家族、スタッフと話し合い、支援の見直しを随時行います。主治医や訪問看護師、訪問歯科、訪問マッサージ師とも情報を共有し、医療職からみた意見も取り入れています。	毎日、ケアプランに基づいた、「支援チェック表」に実行できたか記入しています。モニタリングを行い、評価をし、職員に回覧した後に担当者会議を開催しています。「訪問医療・看護相談票」の意見を取り入れ、本人や家族などの意見を聞いて作成しています。	
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。	ケアプランで立案されている計画に添った介護支援を行えているか、毎日チェックリストに実施状況を記入し、気付いたことは連絡ノートに記載し情報を共有しています。介護記録もできるだけ様子を詳しく書き、モニタリングの際に役立てています。		
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。	ご利用者のニーズに合った支援を行えるように、定期的にカンファレンスやモニタリングを行っています。		
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。	天候の良い日は近隣のスーパーへ買い物等に出かけ、地域の方々と挨拶をしながらネットワーク作りを心がけています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	治療の方針の見直しが必要な時は、往診時にご家族に立ち会っていただくようお願いしています。薬の変更が必要な際も、副作用等のリスクを説明し了承を得てから行っています。	本人と家族から納得と同意を得て、事業所近くの瀬谷医院をかかりつけ医にしています。瀬谷医院の医師が月2回往診し、毎週1回看護師の訪問があります。年に1度瀬谷医院にて健康診断を受けに行っています。	

			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
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。	日々の生活で気付いた変化や、ご利用者が心配されていること、薬の調整のその後等の情報を専用のファイルに記入し看護師に見ていただいています。必要があれば主治医へつないでいただくこともあります。		
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、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。	入退院の調整は主治医と協力医療機関の相談員と密に連絡を取り合い、スムーズな支援を目指しています。退院に向けて準備が必要な時はリハビリの様子を見に行き、ホームへ戻ってから注意点や指導を受けています。		
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。	当ホームでできることを十分に説明した上でご本人、ご家族、管理者が主治医とよく相談し、最後の過ごし方を決めていきます。年1回は主治医、ご家族、管理者で終末期の意向を確認し合っています。	平成26年4月より看取り介護を行う方針になっています。入居した時に、医師から説明を行い、本人と家族の意向を踏まえたうえで、看取り指針同意書を作成しています。	
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。	心肺蘇生の方法やAEDの使用法、救急車の要請の手順等の研修会や個別の指導を職員に対して行っています。特に夜間の急変時にあわてることのないよう、夜勤者に指導しています。		
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。	運営推進委員や地域との協力体制を築き、消防署立会いによる消防訓練を年2回実施と、地域の防災訓練にも職員が参加しています。瀬谷防災ネットワークによる地域密着型サービス事業所の防災訓練にも参加しています。	町内会の防災訓練など、地域で行われる防災訓練に積極的に参加しています。前回に行われた事業所の避難訓練では、出火予定場所をあらかじめ職員に知らせず訓練を行うブラインド型訓練という方法を実施しています。備蓄品は、3日分備えています。	

			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
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。	集団の中で個人として、プライバシーを損ねることがないように心がけています。特に排泄に関しては尊厳を傷つけないように配慮することをミーティング等で確認し合ったりケアプランにも組み込んでいます。	個人情報保護マニュアルを整備しています。職員の言葉遣いを、本人や家族が聞いたとき、違和感や不快感を感じさせないように心掛けています。ミーティングや申し送りで言葉掛けの対応について話し合っています。	
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。	職員からの言葉かけは「○○しませんか?」「お願いできますか?」等、相手に自由な回答を与えることを意識して行うようにしています。		
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。	食事と午前中の体操はなるべく全員が顔を合わせてと考えていますが、基本的には自由に過ごしていただいています。		
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。	訪問の理美容が2か月に1回あり、希望の髪形を伝えてカットしていただいたり、ヘアカラーを希望される方もいます。女性は美容師にお化粧をしていただくこともあります。服装は自由に決めていただいています。男性の方は朝起きた時に髭剃りの介助を行います。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	ご利用者と職員が協力して食事作りを行っています。お米とぎ、野菜の皮むき、盛り付け等ご利用者の力に合わせ、できることをお願いしています。食事は職員も同じテーブルでいただき、後片付けも皆で協力し合っています。	食事をするときはテレビを消して、音楽をかけています。職員も同じテーブルで食べ、会話や笑いの多い場面を作り出しています。出来るだけ自分で摂取して、職員は見守りながら必要な時に支援しています。	

			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
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。	業者から栄養バランスが考えられた食事のメニューと食材が届けられますので、ご利用者に合わせた硬さ、味付け等工夫し調理を行います。ご自宅でどのような食事習慣であったかをご家族にお聞きしています。		
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に、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。	毎食後に必ずお声掛けや介助を行い、口の中がきれいな状態が保てるように支援しています。ご利用者に合わせて、歯間ブラシや下ブラシ、スポンジブラシ等を使い分けることもあります。		
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。	お一人おひとりの排泄パターンをつかみ、トイレに間に合うようにお連れしたりお声を掛けています。日中と夜間では使用するパットを変えている方もいます。ご自分で汚れたものを始末することが出来る方のために、ゴミ箱と新聞紙を設置しています。	排泄チェック表から排泄パターンを予測し、時間を見て声掛けし、トイレ誘導をさりげなく行っています。1ヶ月分のパターンが一目でわかる睡眠トイレ表を作成し、一人ひとりの排泄に関することを丁寧にチェックしています。	
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。	なるべく水分を多く摂っていただいたり、体操や散歩等で外を歩き体を動かす努力をしています。食事の面からも今後は改善していきたいと考えており、乳製品や食物繊維を多く含む食品や飲み物を取り入れていき、なるべく薬に頼らない支援を行っていききたい。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入れる時間帯は決まってしまうているが、午前か午後かの希望を伺っている。基本的には1～2日置きに入浴へのお声掛けをしているが、ご利用者の負担や気持ちを考えて調整しています。浴槽には入浴剤を入れ、季節に応じてゆず湯や菖蒲湯にもしています。	3種類の入浴剤を用意して、毎日利用者の好みに合わせて入れています。脱衣所にもトイレがあり、服を脱いだ後でも、トイレに行くことができるようになっています。季節を感じてもらうために柚子を入れたりしています。	

			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
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。	ご自宅で使われていた寝具類を持ち込んでいただいたり、お好みの寝間着で気持ちよく休んでいただけるようご家族に依頼しています。寝る前は明るさや湿度、温度の調整を行っています。眠れない時は温かい飲み物を出したり、お話を聴いています。		
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。	処方箋は常に最新のもの医療用の記録ファイルに入れており、いつでもすぐ確認できるようにしています。内服薬が外用薬の変更等があった場合はすぐに連絡ノートに記入し注意点や観察のポイントの情報共有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。	お一人おひとりのできることを把握し、その方ならではの役割を持って生活できるようにケアプランに沿った支援を行っています。余暇活動はそれぞれの意向に合わせて、外出支援を行ったりオセロの対戦相手をしたりしています。		
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。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。	散歩や外出がご本人の希望に沿って実施しています。地域のお祭りなどへ出かける際はご家族に協力を依頼し一緒に行っていただいています。誕生日には希望があれば外食にすることもあります。	積極的に外出支援を行っています。散歩のほかに、3時のおやつを購入しに行ったり、足りなくなった日用品を購入するなど、外出の機会を多数作っています。事業所の周りが平坦な道が続いているので、車イスの利用者でも頻りに外出しています。	
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。	ご本人、ご家族の希望があれば、お財布や現金を個人で持っていていただきます。ホームでお小遣いをお預かりしている方には、希望があればいつでも預り金をお見せしています。		

			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
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。	携帯電話をお持ちの方は充電の確認や電源の入り切の支援を行っています。絵手紙教室へ行かれる方は、出来上がったハガキを友人や親せきに出せるように支援しています。		
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。	車イスや歩行器でも安心して歩けるように導線を確保した家具の配置を心がけています。掃除を毎日行い、きれいで居心地の良い生活を送れるようにしています。所々に緑を置き、世話をしたり安らげる工夫もしています。	共有空間にある観葉植物は、利用者が世話をしています。業務日誌には、清掃する箇所が具体的に記載されており毎日チェックしています。埃ひとつない清潔空間が保たれています。温度湿度計を備え、加湿器や加湿付空気清浄器2台を設置して居心地よく過ごせるように配慮しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リビングにはくつろげるようにソファを設置し、ご利用者同士が談笑したり休めるようにしています。廊下の空きスペースには椅子を設置し、リビングから離れた場所でご利用者同士が話をしたりできるようにもしています。		
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。	居室には自宅で使われていた家具を持ち込んでいただいています。ご本人の好みに合わせて、ご本人とご家族に任せています。	居室に位牌を置いて、毎日水を変えている利用者がいます。カレンダーと時計、家族の写真は必ずおいてあります。写真を見ながら、職員との会話がはずみ、前向きな気持ちや日々の生活の張合いを引き出しています。各居室にも湿度温度計を備えています。	
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」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。	居室には表札を取り付けたり目印を付けることで迷わないように工夫しています。場合によっては分かりやすいように目印を付けたりのれんを使用することもあります。要所に手すりを設置し、安全に歩けるようにしています。		

事業所名	グループホームふるさとホーム瀬谷
ユニット名	3階ユニット

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
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させている。 (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

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。	○	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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
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

			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近づけている。	事業所理念には地域との交流の大切さを掲げており、地域住人との交流や小学校の児童との交流を積極的に行っています。職員も入社時の研修やミーティング等で理念を共有し、意識を高めています。		
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。	地域のお祭りや運動会、防災訓練等に参加しています。また、事業所の防災訓練は近隣住民に協力してもらい一緒に行っています。楽器演奏や踊りを披露して下さるボランティアも月に1回は来て下さっています。		
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。	一年に1回は地域住民に向けて認知症サポーター養成講座を当施設で行っています。キャラバンメイトが4人おり、二ツ橋第二ケアプラザを拠点に活動しています。		
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か月に1回、地域の連合会長、町内会長、民生委員、ケアプラザが主となって開催しています。ケアの質の向上や地域交流を中心とした意見交換を行っています。		
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。	年4回のGH連絡会や瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会に参加し他事業所との情報交換を行っています。区役所の生活支援課の担当者とは定期的に連絡を取り合っています。		

			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
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。	職員一人ひとり十分に理解し、身体拘束を行わないケアを実践しています。事務所にはマニュアルを置き、いつでも見られるようにしています。身体拘束以外でも言葉や薬での拘束になっていないか、定期的に職員間で話し合いを行っています。		
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。	カンファレンス等で定期的に話し合いを行い、虐待に当たる行為、虐待につながりかねない行為について検討し合っています。接遇に関しても注意を払い、防止に努めています。		
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。	外部研修に参加し、職員ミーティングで情報共有しています。金銭の管理で第三者の介入は必要な方についてはあんしんセンターを利用しています。		
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。	入居契約時に重要事項説明書、契約書等の説明をさせていただいています。なるべく専門用語を使わず、分かりやすい説明を心がけ、納得、理解していただけるよう努めています。		
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。	年に2回家族交流会を開催し、サービスの質の向上を目指した話し合いを行っています。日々の生活の中でご利用者の意向を確認したり、ご家族が意見や要望を言いやすい関係や雰囲気作りに努めています。		

			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
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。	月に1度職員ミーティングを行い、意見や提案を出し合っています。定期的に個人面談も実施しています。		
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。	職員一人ひとりがやりがいを持って働けるよう、積極的に職員の意見を聞くようにしています。資格の取得の支援も行っています。		
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。	職員それぞれにあった研修や講習に参加し、そこで得た学びをミーティングで報告しています。GH連絡会の交換研修にも積極的に参加しています。		
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。	ケアマネ研修や他外部研修、連絡会等へ積極的に参加しています。常に新しい情報を得て、サービスの質の向上を目指しています。		
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。	センター方式の「私の暮らしシート」を記入していただき、出来る限り自宅での生活に近い環境、支援が行えるように努めています。ご本人にあったケアプランを作成する上でもご本人やご家族の意向や希望を細かく聞くようにしています。		

			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
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。	入居時の質問や不安なことについてはいつでもお答えできるようにし、こちらからもご意見を積極的に伺っています。入居後も面会時や電話連絡等で現在も困っていること、求めていることをお聞きするようにしています。		
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。	入居して間もなくは環境の変化などで不安になったり混乱を起こしてしまうことがあるため、必要な支援や援助を見極めていき、医療機関や他協力機関のサービスを踏まえた支援を行い、ケアプランにもつなげています。		
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。	職員は要介護者と援助者というだけの関係ではなく、生活を共にするパートナーという意識を大切にしています。		
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。	ご利用者の生活を支えるためにはご家族の力は欠かせないことをいつもお伝えしています。誕生会を一緒に祝ったり、イベントごとでも協力を依頼しています。ケアの方針を決める際も必ずご家族のお考えを伺い、意見を反映させることに努めています。		
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う、支援に努めている。	ご家族だけではなく、ご友人も遊びに来やすい環境作りに努めています。遠方のご家族に手紙を出せるような支援も行っています。		

			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
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ご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。	ご利用者が他ご利用者とどのようにかわっていきたいのかを把握し、お互いが気持ちよく暮らしていけるように職員がさりげなく介入しています。家事は皆で一緒に協力して行うようにしています。		
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。	退所を検討する場合には行先を含めて十分な話し合いがなされるようにしています。住む場所が変わっても生活習慣が変わらないように、馴染みの生活スタイルやご本人にとって必要な支援の情報提供を行っていきます。		
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。	なるべくお話しをよく聞き、どのような希望があるのかを知るようにしています。知り得た情報はスタッフ全員が共有できるよう、連絡ノートに記載したり介護記録に残していきます。ご自分から訴えることが難しい方は日々の表情から汲み取っていきます。		
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。	ご本人やご家族から聞き取りを行い、ホームでどのように暮らしていきたいかを一緒に考えていきます。在宅サービスを受けられていた方は、担当のケアマネージャーより情報をいただくこともあります。プライバシーに配慮し必要な情報は皆で共有しています。		
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。	日々の様子を朝と夕方に申し送り、情報を共有し小さな変化を見逃さないようにしています。ADLに変化が見られた場合はケアプランの見直しも随時行います。		

			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
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。	変化が見られた時はご本人やご家族、スタッフと話し合い、支援の見直しを随時行います。主治医や訪問看護師、訪問歯科、訪問マッサージ師とも情報を共有し、医療職からみた意見も取り入れています。		
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。	ケアプランで立案されている計画に添った介護支援を行えているか、毎日チェックリストに実施状況を記入し、気付いたことは連絡ノートに記載し情報を共有しています。介護記録もできるだけ様子を詳しく書き、モニタリングの際に役立てています。		
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。	ご利用者のニーズに合った支援を行えるように、定期的にカンファレンスやモニタリングを行っています。		
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。	天候の良い日は近隣のスーパーへ買い物等に出かけ、地域の方々と挨拶をしながらネットワーク作りを心がけています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	治療の方針の見直しが必要な時は、往診時にご家族に立ち会っていただくようお願いしています。薬の変更が必要な際も、副作用等のリスクを説明し了承を得てから行っています。		

			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
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。	日々の生活で気付いた変化や、ご利用者が心配されていること、薬の調整のその後等の情報を専用のファイルに記入し看護師に見ていただいています。必要があれば主治医へつないでいただくこともあります。		
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、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。	入退院の調整は主治医と協力医療機関の相談員と密に連絡を取り合い、スムーズな支援を目指しています。退院に向けて準備が必要な時はリハビリの様子を見に行き、ホームへ戻ってからの注意点や指導を受けています。		
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。	当ホームでできることを十分に説明した上でご本人、ご家族、管理者が主治医とよく相談し、最後の過ごし方を決めています。年1回は主治医、ご家族、管理者で終末期の意向を確認し合っています。		
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。	心肺蘇生の方法やAEDの使用方法、救急車の要請の手順等の研修会や個別の指導を職員に対して行っています。特に夜間の急変時にあわてることがないように、夜勤者に指導しています。		
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。	運営推進委員や地域との協力体制を築き、消防署立会いによる消防訓練を年2回実施と、地域の防災訓練にも職員が参加しています。瀬谷防災ネットワークによる地域密着型サービス事業所の防災訓練にも参加しています。		

			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
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。	集団の中で個人として、プライバシーを損ねることがないように心がけています。特に排泄に関しては尊厳を傷つけないように配慮することをミーティング等で確認し合ったりケアプランにも組み込んでいます。		
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。	職員からの言葉かけは「○○しませんか?」「お願いできますか?」等、相手に自由な回答を与えることを意識して行うようにしています。		
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。	食事と午前中の体操はなるべく全員が顔を合わせてと考えていますが、基本的には自由に過ごしていただいています。		
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。	訪問の理美容が2か月に1回あり、希望の髪形を伝えてカットしていただいたり、ヘアカラーを希望される方もいます。女性は美容師にお化粧をしていただくこともあります。服装は自由に決めていただいています。男性の方は朝起きた時に髭剃りの介助を行います。		
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。	ご利用者と職員が協力して食事作りを行っています。お米とぎ、野菜の皮むき、盛り付け等ご利用者の力に合わせ、できることをお願いしています。食事は職員も同じテーブルでいただき、後片付けも皆で協力し合っています。		

			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
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。	業者から栄養バランスが考えられた食事のメニューと食材が届けられますので、ご利用者に合わせた硬さ、味付け等工夫し調理を行います。ご自宅でどのような食事習慣であったかをご家族にお聞きしています。		
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に、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。	毎食後に必ずお声掛けや介助を行い、口の中がきれいな状態が保てるように支援しています。ご利用者に合わせて、歯間ブラシや下ブラシ、スポンジブラシ等を使い分けることもあります。		
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。	お一人おひとりの排泄パターンをつかみ、トイレに間に合うようにお連れしたりお声を掛けています。日中と夜間では使用するパットを変えている方もいます。ご自分で汚れたものを始末することが出来る方のために、ゴミ箱と新聞紙を設置しています。		
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。	なるべく水分を多く摂っていただいたり、体操や散歩等で外を歩き体を動かす努力をしています。食事の面からも今後は改善していきたいと考えており、乳製品や食物繊維を多く含む食品や飲み物を取り入れていき、なるべく薬に頼らない支援を行っていききたい。		
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むように、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。	入れる時間帯は決まってしまうが、午前か午後かの希望を伺っている。基本的には1～2日置きに入浴へのお声掛けをしているが、ご利用者の負担や気持ちを考えて調整しています。浴槽には入浴剤を入れ、季節に応じてゆず湯や菖蒲湯にもしています。		

			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
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。	ご自宅で使われていた寝具類を持ち込んでいただいたり、お好みの寝間着で気持ちよく休んでいただけるようご家族に依頼しています。寝る前は明るさや湿度、温度の調整を行っています。眠れない時は温かい飲み物を出したり、お話を聴いています。		
47		○服薬支援 一人ひとり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。	処方箋は常に最新のものを医療用の記録ファイルに入れており、いつでもすぐ確認できるようにしています。内服薬が外用薬の変更等があった場合はすぐに連絡ノートに記入し注意点や観察のポイントの情報共有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。	お一人おひとりのできることを把握し、その方ならではの役割を持って生活できるようにケアプランに沿った支援を行っています。余暇活動はそれぞれの意向に合わせて、外出支援を行ったりオセロの対戦相手をしたりしています。		
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。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。	散歩や外出がご本人の希望に沿って実施しています。地域のお祭りなどへ出かける際はご家族に協力を依頼し一緒に行っていただいています。誕生日には希望があれば外食にすることもあります。		
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。	ご本人、ご家族の希望があれば、お財布や現金を個人で持っていていただきます。ホームでお小遣いをお預かりしている方には、希望があればいつでも預り金をお見せしています。		

			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
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。	携帯電話をお持ちの方は充電の確認や電源の入り切りの支援を行っています。絵手紙教室へ行かれる方は、出来上がったハガキを友人や親せきに出せるように支援しています。		
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。	車イスや歩行器でも安心して歩けるように導線を確保した家具の配置を心がけています。掃除を毎日行い、きれいで居心地の良い生活を送れるようにしています。所々に緑を置き、世話をしたり安らげる工夫もしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リビングにはくつろげるようにソファを設置し、ご利用者同士が談笑したり休めるようにしています。廊下の空きスペースには椅子を設置し、リビングから離れた場所でご利用者同士が話をしたりできるようにもしています。		
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。	居室には自宅で使われていた家具を持ち込んでいただいています。ご本人の好みに合わせて、ご本人とご家族に任せています。		
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」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。	居室には表札を取り付けたり目印を付けることで迷わないように工夫しています。場合によっては分かりやすいように目印を付けたりのれんを使用することもあります。要所に手すりを設置し、安全に歩けるようにしています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 特定非営利活動法人ふるさとホーム瀬谷

作成日： 平成28年7月11日

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	1	運営推進会議を生かした取り組みを行っていく。	職員に運営推進会議の内容を周知し、入居者様へのサービス向上、地域との積極的な交流に生かす。	運営推進会議後の職員ミーティングで運営推進会議の内容の報告、話し合いを行い、具体的に検討、実践していく。	6ヶ月
2	2	介護職員の質の向上	介護技術、対人援助技術、医療面での知識の向上を目指す。	毎月定期的に施設内研修を実施する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月