

平成27年度

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	1473600953	事業の開始年月日	平成17年6月1日	
		指定年月日	平成17年6月1日	
法人名	株式会社 アイシマ			
事業所名	グループホーム やまもも			
所在地	(245-0016) 神奈川県横浜市泉区和泉町7737-11			
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27年9月15日	評価結果 市町村受理日	平成27年12月7日	

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473600953&SVCD=320&THNO=14100>

【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)】

利用者様がその人らしく生き生きと暮らせるように、決まりごとは極力少なくし自宅での生活により近いものになるよう支援しています。その中でもご自分で出来る事は時間がかかっても出来る限りご自分で行えるような支援を心がけています。また、人によって楽しみごとが違うのでホーム行事やリクリエーションへの参加はご本人の希望に添って強制的にならない様にしています。特に男性利用者様は団体行動が苦手な方が多いので職員と一対一で会話をする時間を作るなどストレスが溜まらない様な配慮をしています。

【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27年10月15日	評価機関 評価決定日	平成27年11月30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)】

グループホームやまももは、相鉄線三ツ境駅より神奈中バス泉台駅行きの「和泉台」バス停から徒歩1分の泉区の北部で瀬谷区との境目にあります。好天の日は富士山も望まれ、夕日の眺望も見事で、利用者の楽しみの一つになっています。

<優れている点>

敷地内に、やまももやブルーベリーなどの花が季節を彩っています。300㎡ほどの農園では茄子やトマトなどの野菜を作り、利用者は職員と一緒に自分でできる作業や外気浴を楽しんでいます。毎月母体の法人が運営する、バリアフリーで車いす対応になっており、特別食や音楽療法も可能なレストランに、送迎バスで向かい、安心して楽しんでいます。花見、ミカン狩り、紅葉狩りなど毎月いろいろな外出行事を職員は輪番制で実施し、利用者と一緒に気分転換を図っています。また、地域に根差した介護・医療の提供を目標にしています。近隣の団地に地域交流スペースを設置し地域住民との交流サロンとして憩いの場となっています。今年初めて取り組んだ、地域住民を対象にした高齢者支援の公開研修会は、今後も継続開催し地域に貢献する意向を持っています。

<工夫点>

本部に教育委員会が設置され、看護・介護現場で資格を持って働く職員の自己実現に向けた能力開発を積極的に促進しています。毎年法人内の各グループホームのホーム長が講師になって「施設部勉強会」を開催し、看取り介護の実践など事例検討を発表し介護技術や介護記録の向上を図りサービス支援に活かしています。

【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 やまもも
ユニット名	いちご

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、生き生きと働いている。 (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

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。	理念には、自分らしく暮らせることや地域との交流の大切さを掲げておりそれを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。	法人の理念をもとに、事業所独自の理念を作りリビングに掲示してあります。職員と利用者は、地域でともに暮らしていく同士として、お互いに支え合って生活しているという意識を持っています。利用者の一日を大切に、職員は毎日2回の丁寧な申し送り報告をしています	
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。	散歩や回覧板を回したりする際に挨拶を交わしたり、定期の町内清掃には利用者様と参加しています。また、二ヶ月に一回大正琴のボランティアの方が来所され利用者様と共に過ごしています。	職員や利用者は、日々の散歩での挨拶や町内清掃、夏祭りなど地域との交流を大切にしています。法人の年度目標に「地域に根差した介護・医療の提供」を掲げています。法人は近隣の団地に地域交流スペースを設け、住民のサロンとして憩いの場となっています。	
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。	近所の商店に買い物に行ったりして認知症の利用者様への理解を得られるよう努めています。また、法人内のイベントや講習会のチラシを配るなどし認知症の理解、支援について知っていただく機会を作っています。		
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。	二ヶ月に一度のペースで年六回開催しています。地域との交流や対応が難しい利用者様の支援についてなどについて意見交流が深まっています。また、出来る限り近隣の方に入所していただけるよう意見を伺ったりしています。	年6回、地域ケアプラザの職員、自治会長、民生委員、家族等が参加し開催しています。事業所の活動報告、事故説明、外部評価の成果、避難訓練、今後の行事予定など丁寧に報告しています。また、参加した委員からの質問や要望など意見交換しています。	
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。	運営推進会議に参加していただいたり報告書によって取り組み状況を報告しています。また、生活支援課の担当者とは日頃から電話連絡等で利用者様の状態を報告、相談したり訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。	生活支援課の職員とはサービスの取組みや入退去・事故報告、介護認定など話し合い、情報の共有をしています。毎月、生活保護課の担当職員は家族や本人と面談し日常の様子や要望など聞き取り、職員に報告し相談や助言など話し合い、協力関係を築いています。	

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
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。	身体拘束についてのマニュアルがあり勉強会やカンファレンスにおいて学ぶことによって、全職員の理解を深めるよう努めています。玄関は夜勤者のみになる時間を除いては開錠しており、職員が見守ることにより利用者様の安全を確保しています。	職員は、虐待防止や接遇のマニュアルをもとにチェックシートを活用し、入社時や定期的な研修を受け身体拘束ゼロを目指しています。玄関やフロアは開錠し利用者に外出の気配があるときはわずかな時間でも外出したり、会話により気をそらしたり工夫しています。	
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。	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合えるようにし、特に言葉による虐待の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。	勉強会等で学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医と話し合い支援していく体制を整えています。また、新たに入所される方でご家族が居られない方については、出来る限り成年後見制度を利用させていただけるよう促しています。		
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。	入所時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせ氏十分な説明を行っています。また、料金も含め介護保険制度の改定により変更になった部分に関してはその都度書類を作成、説明し疑問点がないか確認しています。		
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。	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、ご家族の意見や要望を記録に残すと共にカンファレンスを実施しより良いケアに努めています。また、苦情受付担当として施設部長が居り法人本部への相談も出来るようになっていきます。ホーム玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し相談、要望等が直接出来る事を示しています。	年2回の家族会で家族は利用者の介護記録を確認し、質問や要望など職員と意見交換してアセスメントに反映しています。また、家族が訪問した時には日頃の利用者の食事を一緒に味わい、味付けなどの改善に活かしています。苦情受付の窓口として本部の施設部長や横浜市福祉調整委員会を紹介しています。	

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
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。	申し送りやカンファレンスにおいて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。また、担当課長宛に月二回の事業所報告を提出しており事業所内で解決出来ない事を報告し定期会議において検討しています。	毎月開催するユニット会議やホーム会議には管理者も参加し、職員と意見交換しています。管理者から本部の担当課長に月2回「事業報告書」を提出して、利用者一人ひとりの情報や職員からの運営に関する意見などを報告しています。職員は新年会や職員旅行によりリフレッシュを図っています。	
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。	努力や業績はその都度評価すると共に能力考査も行っています。パート職員の労働時間は、個々の都合に合わせて柔軟に対応しています。職員の退職者が出た時は出来る限り迅速に職員の補充を行い、個々の負担が大きくなるようにしていません。また、職員間の交流やリフレッシュとして新年会や職員旅行を開催しています。		
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。	管理者研修をはじめ、施設部勉強会、教育研修会がありスキルアップを図っています。法人内に教育委員会を設置し職員の経験年数や所有資格等を把握し、それぞれに合わせた研修会を開催しています。また、法人内にヘルパーカレッジがあり初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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。	グループホーム連絡会に加入しており他ホームとの交流や情報交換に努めています。それを基に良いと思われることは積極的に取り入れるようにし、サービスの質の向上に努めています。		
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。	法人内の総合相談室に入居担当がおり入居前にヒヤリングを行ない身体状況、要望、不安に思っていることを随時聞くようにしています。入居前に見学に来る機会があり、ホーム内の見学や管理者との面談を行っています。その時点での質問や相談等を気軽に話すことが出来るような雰囲気作りを心がけています。また、入居後もアセスメントを行いニーズの把握に努めています。		

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
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。	利用者様同様、入居担当が細かいヒヤリングを行っています。その際困っていることや不安なことを伺う様にし、また、何度でも話し合う機会があることを伝えており気軽に話しが出来るような信頼関係を築くよう努めています。利用者様同様、入居前にはホーム見学、管理者との面談も行なっています。入居後も面会時や電話等でいつでも相談を受け付けていることを伝えています。		
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。	状況把握に努め、必要としていることの優先順位を見極めるようにしています。特に入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様も居られるのでモニタリング、アセスメントを重ねご本人、ご家族の意向に合ったサービスが出来るよう努めています。		
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。	利用者様と職員は共に地域で暮らしていく者同士として、お互いに支えあい協力し合って生活しているという意識を持つようにしています。また、利用者様は人生の先輩であり尊敬の念を忘れず接するようにはしています。利用者様から教わることも多く、日常の作業を協力し合って行うことにより自身の存在価値を感じ、お互いになくはない存在であると思っただけよう努めています。		
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。	利用者様の日常の様子等を小まめに報告するようにしています。訪問時や電話等でご家族の意見、要望を伺いケアプランに反映させています。		
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。	ご家族の協力を得て親族等に面会に来ていただいています。年賀状や手紙を通じて遠方の親族等との交流を続けている方も居られます。希望に応じてホームの車や介護タクシーでの送迎も行っています。	入居時のアセスメントから本人の経歴や生活習慣、友人などを把握しています。家族や親族の協力により行き慣れた美容院や食事に外出したり、介護タクシーを利用して教会のミサに出掛けています。友人への年賀状や電話のやり取りなども支援しています。	

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
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。	レクリエーションや行事等日々の活動を通してコミュニケーションを取っています。また、仲の良い方同士が話しが出来るよう食席を近くにするなどしています。逆に普段あまり話が出来ない利用者様においては、職員が間に入り皆の輪に入れるよう配慮しています。		
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。	ご家族のご希望により特別養護老人ホームに移られた方やグループホームでの対応が困難になり退所された方が居られます。ホームに居られた時の生活面等の状況を移動先の施設に伝えたりしてご本人がより良い生活が送れるよう支援に努めています。		
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。	日常の何気ない会話の中から利用者様の思いを汲み取りながら、出来る限り意向に添った支援が出来るよう努めています。他の方が居られると話しにくいこともあるので入浴中や夜勤帯等職員と一対一で話しが出来る機会を大切にしています。また、意思表示が困難な利用者様に対しては、ご家族の意見を聞いたり日頃の表情などを注意深く観察することによってご本人の思いにより近いものになるよう検討しています。	日常の利用者の会話や外出時・入浴時などに繰り返し語る事柄などから「してきた事」「やりたい事」など聞きだし支援につながるよう努めています。意思表示が困難な利用者には家族の協力で古いアルバムから趣味を見つけたり、ゲームなどのレクリエーションの中での表情から引き出しています。	利用者の7割近くが男性です。職員は利用者が自分でできることをできる限り自分で行う様に支援していますが、一人ひとりの特性を見つけ、本人の生きがいに繋がる様な役割分担を引き出す工夫も期待されます。
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。	入居時のアセスメントやご家族からの情報、看護サマリー、ケースワーカーからの情報を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活歴を聞いたり、その方の得意なことを見つけることによってこれまでどのような生活をしてきたのかまた、どのような生活を望んでいるのかを把握するよう努めています。		
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。	日常生活の様子を観察し、その方の一日の過ごし方や自身で行ったこと、会話等を個人ケース記録に残しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄状況、バイタル等を記録しています。それらの情報を基に毎日二回の申し送りにおいて報告しています。また、職員は出勤時に前回勤務以降の連絡帳、業務日誌記載事項に目を通し、継続的に状況把握に努めています。		

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
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。	ご本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護とも連携し、情報を共有し現状に即した介護支援計画の作成を心がけています。利用者様の状態に変化があった時はその都度関係者に報告し、期間内であっても必要に応じて介護支援計画を変更するようにしています。	利用者の体調や変化など記録する申し送りノートをもとに、毎月のユニット会議で利用者一人ひとりの生活をカンファレンスしています。6ヶ月ごとに本人や家族の要望を聞き、医師や看護師との「医療連携ノート」からも課題を確認し介護計画を見直しています。	介護支援計画に沿った支援を行い、日々の様子や気づきなどを記録しています。利用者一人ひとりに対する支援について、記録だけでなく口答も交えた正確な情報を共有し一貫性のある支援を期待されます。
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。	介護支援計画に添った支援を行いその内容を中心に個別記録に残しています。新たな課題や気になる点についても記録しそれらの情報を基に職員間で協議し、介護支援計画の見直し、作成を行っています。		
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。	個別支援として買い物、美容院、外食等ご本人の希望がある時は時間を調節して支援しています。また、介護タクシーを利用し車椅子の方など外出が難しい方の支援もしています。職員、ご家族共に付き添いが困難な場合はガイドヘルパー付き添いの下外出することも出来ます。		
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。	自治会に加入しており回覧板で情報を得て、出来る限り自治会の行事に参加しています。また、近所の商店に利用者様の希望する日用品や飲食物等を買に出かけています。戸外での歩行が難しい方は、ホームの車で対応してご本人の希望を聞いて職員が代行したりします。		
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。	往診医として内科医、精神科医が一名ずつ居り入所時に選ぶことが出来ます。往診は基本的に月二回で体調不良時は臨時往診も受けられます。ご本人の状態によって主治医の変更も可能です。また、歯科、皮膚科の往診もありそれ以外の受診についても主治医、訪問看護との連携により迅速に対応し適切な医療が受けられるようになっていきます。	入所時、ペースメーカー等の特別な医療を受けていない限り、ホームの往診医から選んで受診しています。殆どの利用者が精神科医を選んでいますが、内科医に変更することもできます。通院は原則家族対応となっておりますが、職員対応で、眼科への受診を行っています。	

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
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。	週一回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談、アドバイスが受けられます。医療連携ノートを活用しており主治医、看護師、介護職員が情報を共有しています。また、24時間連絡体制のため急変時にも相談、連携が取れます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医に報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され、適切に医療が受けられる体制を整えています。また、ご本人、ご家族の意向も踏まえホームでの生活が可能な段階で出来る限り早期に退院出来るよう努めています。		
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。	重度化した場合には、主治医からの病状説明がありホームより「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた医療方針についてご本人、ご家族、看護師ホーム側と協議し終末期医療の選択を行っています。ホームでのターミナルケアを行っており、各医療機関と連携し状況に応じた対応を行っています。	複数件、看取りの実績があります。入所時、重度化した場合の対応を書面で説明し、重度化には再度説明をして、終末ケアの「事前同意書」を貰っています。本人の意向を日常会話で知ることもあります。法人主催の事例発表会では、看取りをテーマに研鑽を積んでいます。	
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。	勉強会や研修等で応急手当や心肺蘇生の訓練を行っています。急変時、緊急時マニュアルを作成しいざという時に迅速に対応できるように電話近くに掲示してあります。カンファレンス等で定期的を確認しています。		
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。	毎年二回ホームでの防災訓練を実施しています。内一回は消防署員立会いの下、地域住民にも協力していただき夜間想定避難訓練を実施しています。災害時に備え非常用物品と三日分の水、食料を備蓄しておりミキサー食の方への対応も可能です。	通報、消火、避難訓練を7月に実施しています。夜間想定訓練は、12月に自治会長、民生委員、ホームの家主、夜間勤務の職員の参加で、予定しています。備蓄は法人より3日分が賞味期限毎に届けられます。防災用品も配布されています。	災害時、ホームを地域の避難スペースとする協力を視野に、考えています。地域と連携して、相互協力体制の呼びかけを検討することも期待します。

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
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。	個々の性格や生活を念頭に置きながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。職員間で利用者様のケアの方法を話し合っています。特に保清や排泄に関する言葉かけや確認はプライドを傷つけないことや他の方に分からないようにするなどプライバシーに十分配慮しています。また、その場に適さない行動をしている利用者様に対しても出来る限り否定的な言葉を使わずに適切な行動が取れる様言葉かけの工夫をしています。	どんな行動にも意味があることを念頭に置いています。利用者のことをいつも考えているというメッセージが、伝わるように対応しています。なにげない禁止語が利用者の行動に制限をかけないように職員は互いに注意を払っています。生活の中で本人が選択できる	
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。	日常会話やレクリエーションを通して楽しみを持っていただき、思いや希望等を伝えやすい環境作りに努めています。生活の中で些細なことでも自分で選択する機会を積極的に作るようにしています。その際もその方の能力に応じて職員が選択肢を示す等しご本人が答えやすいよう配慮しています。		
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。	それぞれの生活スタイルやこれまでの生活習慣を尊重し、起床、就寝時間等柔軟に対応し出来る限り一人一人のペースで生活していただくようにしています。レクリエーションや行事等の参加も無理強いくことなくご本人の希望に添った対応を心がけています。		
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。	入浴時や外出時には、出来る限りご本人の好みの衣類を選んでいただいています。また、新しい衣類の要望があった時はご家族の協力を得ながら準備しています。職員同行で店に行きご自分で好みの物を選んで購入する方もいます。女性利用者様の中には、化粧品を購入される方も居られます。起床時には洗顔、整髪、髭剃りを行いご自分で出来ない方については介助しています。定期的に訪問理容があり外出することなくホームで散髪ができます。		
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。	その日のメニューを利用者様と一緒に決めたり、味見や盛り付け等を行っていただいています。ホームに畑があり一緒に収穫することで旬の食材や調理方法の話をしてその方の好みを知ったり、記憶を呼び戻す機会にしています。食事は職員、利用者様が同じテーブルに着き話をしたりして食事が楽しいものになるよう心がけています。下膳は出来る範囲で行っていただき、食器拭き等の手伝いをされる方も居られます。また、法人内にバリアフリーの中華レストランがあり昼食会や配達があります。新しく和食のレストランがオープンし夕食の配達が始まりました。その他、誕生日などにその方の希望する外食を楽しんだりしています。	食材は業者に発注し、職員が調理しています。利用者は下拵えや食器拭きなど手伝っています。ホーム菜園で収穫した野菜を、利用者が提案した調理法で食卓を囲み、会話の輪が広がることもあります。ウッドデッキでの昼食会やソーメン流しの他、法人のレストランでの外食や配達も楽しんでいます。	

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
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。	利用者様の状態に合わせて、ミキサー食や刻み食等の提供をしています。食事・水分摂取量をその都度チェック表に記録し一日の集計を個人記録に残しています。摂取量に問題がある利用者様については、申し送りをし職員全員が把握出来るようにしています。その方の好みや嚥下状態などに合わせ調理の工夫をしたり、好みの飲み物を提供したりして必要な栄養・水分が確保出来るようにしています。		
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。	口腔ケアは毎食後行っています。ご本人の能力に応じて見守りや介助を行なっています。その方に適した歯ブラシや舌ブラシ等を使用し口腔内の清潔が保てるようにしています。週一回の訪問歯科があり治療や義歯の調節、口腔ケア、指導を受けています。		
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。	排泄チェック表を使用しその方の排泄パターンを把握するように努めています。定時のトイレ誘導の他、落ち着きがない方を見逃さないようにトイレ誘導するようにし、出来る限り失敗が少なくなるようにしています。また、座っていると立ち上がるのが億劫になってしまう方に対しては、動かされたタイミングで声掛けするなどスムーズにトイレに行くことが出来るよう配慮しています。	多くの利用者は自立です。おやつを含めた食前に声掛けや誘導をして、自然な排泄に繋げています。失敗には周囲に悟られないように、何気ない対応に努めています。便秘の予防に体操や廊下歩き等推進しています。トイレは自立用、車椅子用、シャワー付きと使い勝手を選ぶことができます。	
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。	乳製品や食物繊維の多い食品等を工夫しながら献立に取り入れています。水分摂取の少ない方については小まめに声掛けしたり好みの飲み物を勧めるなどし水分摂取を促しています。また、朝の体操を毎日行なう他、廊下歩き等で身体を動かす機会を作っています。医療関係者とも連携し随時報告、相談をしています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的には午前中で一日おきに入浴出来るようになっています。ご本人の状態や希望に添って柔軟に対応しています。入浴があまり好きでない方に対しては、強制的にならない様声掛けの工夫をし、週二回は入浴出来るよう促しています。どうしても入浴出来ない時は、足浴や清拭で対応しています。また、身体状態によりホームのお風呂に入る事が困難になった方は、訪問入浴のサービスも受けられます。	湯温や入浴順序は本人の希望に合わせています。負担感から入浴を拒む利用者には、着替えのタイミングで誘導しています。清拭や足浴で対応することもあります。自立度に応じて希望の時間に入浴したり、一般浴が困難な場合には法人の入浴サービスを利用したりしています。	

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
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。	利用者様の体調や希望に応じて自由に休息していただいています。ご自分での意思表示が難しい方については、状態をよく観察し適切な休息がとれる様配慮しています。日中は出来る限り活動的に過ごしていただき夜間の安眠に繋げています。また、室温や照明を適切に調節し快適に休息出来るように努めています。		
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。	服薬基本マニュアルを作成し適切な服薬が行えるようにしています。また、個人服薬マニュアルも作成し確実に服薬していただいています。個人ケースファイルに最新の処方内容・薬の説明をファイリングしてあり、いつでも処方内容、服薬の目的、副作用等の注意点が確認できるようになっています。症状の変化があった時は、個人記録に残すと共に主治医に報告し指示を仰いでいます。処方内容に変更があった時は申し送りや連絡帳で職員全員に周知しています。		
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。	これまでの生活歴や身体状態によってその方の得意なことや出来る事を行っていただくようにしています。役割を依頼する時は、ご本人の意向を確認し強制的にならないようにしています。また、疲れが見えるような時はさりげなく交代していただくなどの配慮をしています。嗜好品や楽しみごとについても出来る限りその方の希望に添える様努めており、個別対応もしています。		
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。	一人ひとりのその日の希望に添って外出することは、日常的には難しく行えていないのが現状です。テラスや庭に出たり近隣の散歩や買い物等で少しでも戸外に出る機会を作っています。買物や外食などの希望がある時はご家族の協力を得ながら時間を調整し出来る限り希望が叶えられるように努めています。	肥満傾向の人に個別対応で散歩に努めています。近隣のコンビニやドラッグストアの買い物にも同行しています。散歩の途中で、法人の運営する交流サロンに立ち寄ることもあります。教会の礼拝には送迎を行っています。下半期、ミカン狩りを予定しています。	
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。	ホームで現金を所持している方はいませんが、希望がある時にはホーム管理で対応出来るようになっていきます。購入希望の商品がある時は職員同行で買物に出掛けたり職員が代行して購入したりしています。		

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
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。	電話利用は希望時にいつでもできるようになっています。手紙のやり取りについては、ご本人が出来ない部分のお手伝いを行っています。		
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。	常に清潔であるよう清掃を心がけています。リビングには大きく見やすいカレンダーやイベントの写真を掲示したり季節の花を飾ったりして季節感を感じていただいています。また、適切な温度が保てるよう配慮し、日差しが強い時にはカーテンを閉めるようにして不快感のないようにしています。	オープンキッチンのリビングは窓際にテレビコーナーがあり、寛げる空間になっています。ウッドデッキはランチや行事に活用しています。移動し易いスペース作りを絶えず心掛け、適温で清潔に保っています。利用者の目線に合った大きく見やすいカレンダーは、日付や曜日の確認が容易です。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	リビングでの各自の席とは別にテレビの前にソファがあり自由に座って新聞を読んだりテレビを観たりして過ごしていただいています。ゲーム等の参加はご本人の希望に添って対応し、不快な気分にならない様配慮しています。		
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。	ご本人の使い慣れた家具や思い出の品、写真等を部屋に置くことで安心して生活出来るようにしています。ラジオやテレビを持ち込み楽しまれている方もいます。家具や家電等居室に置きたいとの希望があった時は、ご家族とも相談し出来る限りご本人の希望に添える様にしています。	職員と一緒に掃除が行われ清潔です。クローゼットとエアコンは備付で、馴染みの家具や家族の写真、アルバムを持ち込み、安らぎのある居室になっています。テレビの他、ラジオ、ラジカセ、アイロン等の家電で思い思いの意向を叶える居室になっています。	
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。	居室や食席は基本的に変更せず、混乱がないようにしていますが、歩行能力や理解力を鑑みて安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう変更することもあります。安全面では手摺りの設置、利用者様の移動の妨げになるような物は極力置かないようにし、歩行や車椅子の自操が安全に出来るようにしています。		

事業所名	グループホーム やまもも
ユニット名	さくらんぼ

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、生き生きと働いている。 (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

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。	理念には、自分らしく暮らせることや地域との交流の大切さを掲げておりそれを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。		
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。	散歩や回覧版を回したりする際に挨拶を交わしたり、定期の町内清掃には利用者様と参加しています。また、二ヶ月に一回大正琴のボランティアの方が来所され利用者様と共に過ごしています。		
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。	近所の商店に買い物に行ったりして認知症の利用者様への理解を得られるよう努めています。また、法人内のイベントや講習会のチラシを配るなどし認知症の理解、支援について知っていただく機会を作っています。		
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。	二ヶ月に一度のペースで年六回開催しています。地域との交流や対応が難しい利用者様の支援についてなどについて意見交流が深まっています。また、出来る限り近隣の方に入所していただけるよう意見を伺ったりしています。		
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。	運営推進会議に参加していただいたり報告書によって取り組み状況を報告しています。また、生活支援課の担当者とは日頃から電話連絡等で利用者様の状態を報告、相談したり訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。		

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
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。	身体拘束についてのマニュアルがあり勉強会やカンファレンスにおいて学ぶことによって、全職員の理解を深めるよう努めています。玄関は夜勤者のみになる時間を除いては開錠しており、職員が見守ることにより利用者様の安全を確保しています。		
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。	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合えるようにし、特に言葉による虐待の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。	勉強会等で学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医と話し合い支援していく体制を整えています。また、新たに入所される方でご家族が居られない方については、出来る限り成年後見制度を利用させていただけるよう促しています。		
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。	入所時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせし十分な説明を行っています。また、料金も含め介護保険制度の改定により変更になった部分に関してはその都度書類を作成、説明し疑問点がないか確認しています。		
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。	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、ご家族の意見や要望を記録に残すと共にカンファレンスを実施しより良いケアに努めています。また、苦情受付担当として施設部長が居り法人本部への相談も出来るようになっていきます。ホーム玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し相談、要望等が直接出来る事を示しています。		

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
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。	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、ご家族の意見や要望を記録に残すと共にカンファレンスを実施しより良いケアに努めています。また、苦情受付担当として施設部長が居り法人本部への相談も出来るようになっていきます。ホーム玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し相談、要望等が直接出来る事を示しています。申し送りやカンファレンスにおいて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。また、担当課長宛に月二回の事業所報告を提出しており事業所内で解決出来ない事を報告し定期会議において検討しています。		
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。	努力や業績はその都度評価すると共に能力考査も行っています。パート職員の労働時間は、個々の都合に合わせて柔軟に対応しています。職員の退職者が出た時は出来る限り迅速に職員の補充を行い、個々の負担が大きくなるようにしていません。また、職員間の交流やリフレッシュとして新年会や職員旅行を開催しています。		
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。	管理者研修をはじめ、施設部勉強会、教育研修会がありスキルアップを図っています。法人内に教育委員会を設置し職員の経験年数や所有資格等を把握し、それぞれに合わせた研修会を開催しています。また、法人内にヘルパーカレッジがあり初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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。	グループホーム連絡会に加入しており他ホームとの交流や情報交換に努めています。それを基に良いと思われることは積極的に取り入れるようにし、サービスの質の向上に努めています。		
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。	法人内の総合相談室に入居担当がおり入居前にヒヤリングを行ない身体状況、要望、不安に思っていることを随時聞くようにしています。入居前に見学に来る機会があり、ホーム内の見学や管理者との面談を行っています。その時点での質問や相談等を気軽に話すことが出来るような雰囲気作りを心がけています。また、入居後もアセスメントを行いニーズの把握に努めています。		

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
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。	利用者様同様、入居担当が細かいヒヤリングを行っています。その際困っていることや不安なことを伺う様にし、また、何度でも話し合う機会があることを伝えており気軽に話しが出来るような信頼関係を築くよう努めています。利用者様同様、入居前にはホーム見学、管理者との面談も行なっています。入居後も面会時や電話等でいつでも相談を受け付けていることを伝えています。		
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。	状況把握に努め、必要としていることの優先順位を見極めるようにしています。特に入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様も居られるのでモニタリング、アセスメントを重ねご本人、ご家族の意向に合ったサービスが出来るよう努めています。		
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。	利用者様と職員は共に地域で暮らしていく者同士として、お互いに支えあい協力し合って生活しているという意識を持つようにしています。また、利用者様は人生の先輩であり尊敬の念を忘れず接するようにしています。利用者様から教わることも多く、日常の作業を協力し合って行うことにより自身の存在価値を感じ、お互いになくしてはならない存在であると思っただけよう努めています。		
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。	利用者様の日常の様子等を小まめに報告するようにしています。訪問時や電話等でご家族の意見、要望を伺いケアプランに反映させています。		
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。	ご家族の協力を得て馴染みの場所の教会等で面会をされている方もいます。年賀状や手紙を通じて遠方の親族等との交流を続けている方も居られます。希望に応じてホームの車や介護タクシーでの送迎も行っています。		

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
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。	レクリエーションや行事等日々の活動を通してコミュニケーションを取っています。また、仲の良い方同士が話しが出来るよう食席を近くにするなどしています。逆に普段あまり話が出来ない利用者様においては、職員が間に入り皆の輪に入れるよう配慮しています。		
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。	ご家族のご希望により特別養護老人ホームに移られた方やグループホームでの対応が困難になり退所された方が居られます。ホームに居られた時の生活面等の状況を移動先の施設に伝えたりしてご本人がより良い生活が送れるよう支援に努めています。		
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。	日常の何気ない会話の中から利用者様の思いを汲み取りながら、出来る限り意向に添った支援が出来るよう努めています。他の方が居られると話しにくいこともあるので入浴中や夜勤帯等職員と一対一で話しが出来る機会を大切にしています。また、意思表示が困難な利用者様に対しては、ご家族の意見を聞いたり日頃の表情などを注意深く観察することによってご本人の思いにより近いものになるよう検討しています。		
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。	入居時のアセスメントやご家族からの情報、看護サマリー、ケースワーカーからの情報を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活歴を聞いたり、その方の得意なことを見つけることによってこれまでどのような生活をしてきたのかまた、どのような生活を望んでいるのかを把握するよう努めています。		
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。	日常生活の様子を観察し、その方の一日の過ごし方や自身で行ったこと、会話等を個人ケース記録に残しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄状況、バイタル等を記録しています。それらの情報を基に毎日二回の申し送りにおいて報告しています。また、職員は出勤時に前回勤務以降の連絡帳、業務日誌記載事項に目を通し、継続的に状況把握に努めています。		

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
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。	ご本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護とも連携し、情報を共有し現状に即した介護支援計画の作成を心がけています。利用者様の状態に変化があった時はその都度関係者に報告し、期間内であっても必要に応じて介護支援計画を変更するようにしています。		
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。	介護支援計画に添った支援を行いその内容を中心に個別記録に残しています。新たな課題や気になる点についても記録しそれらの情報を基に職員間で協議し、介護支援計画の見直し、作成を行っています。		
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。	個別支援として買い物、美容院、外食等ご本人の希望がある時は時間を調節して支援しています。また、介護タクシーを利用し車椅子の方など外出が難しい方の支援もしています。職員、ご家族共に付き添いが困難な場合はガイドヘルパー付き添いの下外出することも出来ます。		
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。	自治会に加入しており回覧板で情報を得て、出来る限り自治会の行事に参加しています。また、近所の商店に利用者様の希望する日用品や飲食物等を買に出かけています。戸外での歩行が難しい方は、ホームの車で対応してりご本人の希望を聞いて職員が代行したりします。		
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。	往診医として内科医、精神科医が一名ずつ入り入所時に選ぶことが出来ます。往診は基本的に月二回で体調不良時等は臨時往診も受けられます。ご本人の状態によって主治医の変更も可能です。また、歯科、皮膚科の往診もありそれ以外の受診についても主治医、訪問看護との連携により迅速に対応し適切な医療が受けられるようになっていきます。また緊急時は隣のいずみ台病院を受診されたりもしています。		

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
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。	週一回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談、アドバイスが受けられます。医療連携ノートを活用しており主治医、看護師、介護職員が情報を共有しています。また、24時間連絡体制のため急変時にも相談、連携が取れます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医に報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され、適切に医療が受けられる体制を整えています。また、ご本人、ご家族の意向も踏まえホームでの生活が可能な段階で出来る限り早期に退院出来るよう努めています。		
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。	重度化した場合には、主治医からの病状説明がありホームより「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた医療方針についてご本人、ご家族、看護師ホーム側と協議し終末期医療の選択を行っています。ホームでのターミナルケアを行っており、各医療機関と連携し状況に応じた対応を行っています。		
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。	勉強会や研修等で応急手当や心肺蘇生の訓練を行っています。急変時、緊急時マニュアルを作成しいざという時に迅速に対応できるように電話近くに掲示してあります。カンファレンス等で定期的を確認しています。		
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。	毎年二回ホームでの防災訓練を実施しています。内一回は消防署員立会いの下、地域住民にも協力していただき夜間想定避難訓練を実施しています。（師消火器の使用法、緊急電話の使い方等）災害時に備え非常用物品と三日分の水、食料を備蓄しておりミキサー食の方への対応も可能です。		

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
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。	個々の性格や生活暦を念頭におきながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。接遇面については勉強会等で学ぶ機会もあり、職員間でも利用者様のケアの方法について話し合っています。特に保清や排泄に関する声掛けや確認はプライドを傷つけないことや他の方に聞かれないようにする等プライバシーに十分配慮しています。		
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。	日常会話やレクリエーションを通して楽しみを持っていただき、思いや希望等を伝えやすい環境作りに努めています。生活の中で些細なことでも自分で選択する機会を積極的に作るようにしています。その際もその方の能力に応じて職員が選択肢を示す等し本人が答えやすいよう配慮しています。		
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。	それぞれの利用者様の生活スタイルやこれまでの生活習慣を尊重し、起床、就寝時間等柔軟に対応し、出来る限り一人一人のペースで生活していただくようにしています。レクリエーションや行事等の参加も無理強いすることなく本人の希望に添った対応を心がけています。		
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。	入浴時や外出時には、出来る限り本人の好みの衣類を選んでいただいています。お化粧をされたり着物を着たりする方もいます。また、新しい衣類等の要望があった時はご家族の協力を得ながら準備しています。職員同行で店に行きご自分で好みの物を選んで購入する方もいます。起床時には洗顔、整髪、髭剃りを行いご自分で出来ない方については介助しています。定期的に訪問理容があり外出することなくホームで散髪が出来ます。月1で近くの美容院を利用されてる方もいます。		
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。	その日のメニューを利用者様と一緒に決めたり、味見や盛り付け等を行っていただいています。ホームに畑があり一緒に収穫することで旬の食材や調理方法等の話をして、その方の好みを知ることも出来ます。食事は職員、利用者様が同じテーブルに着き話しをしたりして食事時間が楽しくなるよう心がけています。下膳は基本的に各自行っていただき、出来ない方のみ職員が行っています。食器拭きをされる方もいます。また、法人内にバリアフリーの中華レストランがあり昼食会や配達があります。季節ごとの行事食や誕生会のお祝い、普段ホームでは食べること		

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
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。	苦手な食べ物を個人単位で把握し食べれる物を別で提供。さらに利用者様の状態に合わせて刻み食等や温度管理をしながら召し上がっていただいています。又、それぞれに応じた介助方法を支援しています。		
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。	口腔ケアは毎食後行いケアチェック表を使用しています。本人の能力に応じて見守り介助を行なっています。週一回の訪問歯科による指導を受けながら行っています。		
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。	排泄チェック表の使用、定時でのトイレ誘導、個人の排泄パターンの見極めに努力しています。夜間オムツ対応の利用者様も立位が可能ならば日中はトイレへ誘導し排泄していただくようにしています。		
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。	便秘がちな利用者様には好みの味での水分摂取を促しています。また乳製品や食物繊維の多い食品等を使用し食事を提供しています。排泄表を使用し便秘が続くようであればDrに相談し連携をとっています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ご本人の状態や希望にそって対応をしています。自立度の高い利用者様には朝に希望を聞き入浴したいときにしてもらっています。介助が必要な利用者様も二人での対応、男性職員対応で入浴介助をおこなっています。		

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
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。	ご利用者様には自由に休息していただいています。ご自分での意思表示が難しい方についてはカンファレンスにて状態を話し合いベッドやソファにて休んでいただく時間を設けています。		
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。	個人ケースファイルに最新の処方内容、薬の説明がファイリングしてありいつでも確認出来るようになっていました。症状の変化があった場合はケースファイルに残すと共に、主治医、訪問看護に相談も行っています。		
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。	男性利用者様には、ごみ出しや荷物を運ぶ等の力仕事、女性利用者様には洗濯たたみや調理の手伝い等を中心に本人の得意なことを行っていたくようにしています。役割を依頼する時は本人の意向を確認し強制的にならないようにし、終了時には感謝の言葉を伝えるようにしています。また、他利用者様との兼ね合いを考え、役割分担をし途中で交代していただいたりし不快な気分にならない様配慮しています。また、飲み物は可能な限り本人の好みの物を提供するようしホームに常時ない物に関しては、希望を伺い近所の商店で購入することもあります。余暇活動についてもそれぞれの好みや意思を尊重し柔軟に対応しています。		
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。	買い物や外食の希望があるときにはご家族の協力を得ながらホームの車や介護タクシー等を利用しご希望に沿えるよう支援しています。		
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。	購入希望の商品がある場合は職員が代行して購入しています。誕生日などの記念日には希望があれば外食などの支援も行っています。		

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
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。	ご家族、友人への電話はホームの電話を利用し自由にしていただいています。手紙については住所、宛名、切手の確認を行い投稿の支援をしています。		
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。	常に清潔であるよう清掃を心がけています。リビングには、大きく見やすいカレンダーやイベントの写真を掲示したりしています。また、適切な温度が保てるよう配慮し、日差しが強い時にはカーテンを閉める、エアコンによる温度調整を行い不快感のないようにしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	リビングでの各自の席とは別にテレビの前にソファがあり自由に座って新聞を読んだりテレビを観たりして過ごしていただいています。気の合う利用者様同士で固まり会話もされています。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	本人の使い慣れた家具や思い出の品、写真等を部屋に置くことで安心して生活出来るようにしています。ラジオやテレビを持ち込み、居室で楽しまれている方もいます。家具や家電等居室に置きたいとの希望があった時は、ご家族とも相談し出来る限り本人の希望に添える様にしています。		
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、食席は基本的には変更しませんが、歩行能力や理解力を鑑みて安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう変更することもあります。リビングには大きな手作りカレンダーがあり、日付・曜日がすぐに解かるようにしてあります。安全面では手摺りの設置、利用者様の移動の妨げになるような物は極力置かないようにし歩行や車椅子の自操が安全に出来るようにしています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 やまもも

作成日： 平成 27年 12月 4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	23	男性利用者様が多く、レクリエーションへの参加や他者とコミュニケーションを取る場面が少ないのが現状です。居室にこもりがちで、本人の意向がうまく掴めていないことがあると思います。	大勢でのレクリエーションや行事には参加できなくても、一人一人出来る限り本人の意向に合った生活が送れるよう支援していきたいと思えます。	行事参加への声掛けは引き続き行っていくが、その中でどのような行事、また誰とだったら参加していただけるのか、意向を引き出すよう努めます。また、出来る限り個別対応をし、楽しみごとや役割を一つでも見つけ、実行できるように努めます。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月