

平成23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	1470200955	事業の開始年月日	平成16年4月1日
		指定年月日	平成16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 わかたけ西菅田		
所在地	(〒221-0864) 横浜市神奈川区菅田町108		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成23年11月15日	評価結果 市町村受理日	平成24年3月29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)】

- ・理念【自分らしく輝いて暮らすホームを目指します】のもと、入居者の欲求をマズローの欲求段階説に照らし合わせて、出来る限り自らの力で欲求を満たすことが出来るように支援している。
- ・入居者一人ひとりの意思表示を職員が気づき解釈して、職員間の気づきを共有してケアに繋げている。そのサイクルを繰り返し行っている。
- ・入居者が安心できる環境に配慮し、施錠をせず、自由に出ていきたい時に出ていける当たり前の生活環境を大切にしている。
- ・一律のスケジュールはなく、個々のペースを大切にしている。入居以前のそれまでの生活を継続することで、最大限に力を発揮できるように配慮している。
- ・BPSD(行動障害)が強く、在宅生活が困難であった方も積極的に受け入れている。理念に沿ったケアを提供していくことで、穏やかな生活が送れるようになる。そのプロセスにより、ケアへの向上心が高まっている。
- ・医療連携体制加算を取得している。
- ・運営推進会議を2カ月に一度、開催している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成23年12月7日	評価機関 評価決定日	平成24年3月19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)】

- 【事業所の概要と環境】**
当事業所は、JR横浜線の鴨居駅前から横浜市営バスで10分、西菅田団地行きバスの終点で下車後、歩いて5分ほどの里山に囲まれた静かな住宅地にある。所在地周辺は、里山の風景もある静かな住宅地だが、少し北の方向に歩くと広大な団地が見られる。
2ユニットのグループホームで、ユニットに「太陽」と「月」の名称を付けている。軽量鉄骨平屋建てで、正面玄関を中央にして南北に各ユニットを配置している。中央には中庭があり、容易に外歩きができる。また、両棟にベランダが付いており、日光浴ができる。居室はおおむね南側に窓があるので室内は明るい。共有空間としての居間と食堂、及びトイレや風呂場もベランダからの採光が十分である。スプリンクラー完備、IH仕様の調理台、屋外へすぐ出られる非常口など、防災対策にも配慮している。
- 【介護に係る計画と実践】**
介護計画や計画に基づいたケアの実践に事業所独自のアイデアが活かされている。介護計画が入所初期の段階からきめ細かい作業によって作成され、事業所独自のモニタリング方法でその後の見直しに反映させるなど、随所に工夫が見られる。24時間の時系列で記録される介護経過記録などを効果的に活用している。また、終末期における介護でも、本人や家族への尊厳に配慮した独自の書面で介護方法を説明し、関係者の了解を得ている。

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム わかたけ西菅田
ユニット名	太陽ユニット

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、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

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
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	事務所内に理念を書いたパネルを掲示し、常に確認できるようにしている。カンファレンスは常に理念を意識して話し合いをし、ケアプランにつなげている。	事業所開設時に法人と管理者が「自分らしく輝いて暮らせるホームをめざす」を理念として作成した。法人の指名及び5ヶ条の運営方針と共に、入職時における説明とミーティングや会議での話し合いで職員に周知されている。理念は所内に掲示されており、職員が日々のケアに反映させている。	基本理念をもっと分かりやすく、事例を基に具体的に言語化する取り組みを本年度の目標としています。今後この目標に向け計画的に推進することを期待します。
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	自治会に加入し、地域主催の盆踊りやお祭り、防災訓練に参加している。家族会での食事会へ自治会の方を招待することもある。また、日頃より地域のスーパーや郵便局など利用しており、顔なじみとなっている。	地域の住民と交流があり、広域行事や事業所主催の催事などお互いの親交を深めている。介護事業への住民からの理解が得られ、利用者の見守りに協力して貰っている。中学生が社会体験学習で来訪したり、利用者が幼稚園を訪問して児童と遊ぶなどの交流、ボランティアによるフラダンスや生け花の実演などもあり、幅広い交際がある。	
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	地域での認知症を抱えた家族や介護で困っている方へのアドバイスをを行っている。		
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	地域の代表者として、自治会から2名、利用者家族らに参加していただいている。ホームに対する意見や地域の活動の情報提供をもらい、ホームのサービスにつなげている。	運営推進会議は2ヶ月ごとに開催している。地域及び団地自治会の役員、地域包括支援センター職員、利用者家族等が出席している。事業所の活動報告、地域情報の伝達、意見交換が主な議題である。現在、地域災害マップの作製が検討され、進行中である。	

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に取り組んでいる	区単位で行われるGHのブロック会に管理者が参加し、意見交換等をしてきている。	グループホーム連絡会に参加して情報交換しており、防災指導などで互いに連携している。グループホーム連絡会を通じて区の担当者と意見交換会をしたり、実地指導を受けるなど馴染み深い関係を保っている。	
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	身体拘束は行っていない。施錠も行っていない。日頃より、身体拘束をしないことの必要性を理解した上でケアに取り組んでいる。中には強く要望される家族もいるが、よく話し合いをすることで拘束しないための代替えのケアを提供している。	身体拘束をしない旨の方針を示している。マニュアルの作成、研修の実施により職員に周知し、日常のケアで実践されている。車イス利用者の家族から転倒防止のためベルト使用を要望されたが、弊害を説明し、見守り体制を強化して対応している。	
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	虐待防止に関連する資料がいつでも閲覧できるようにファイルしており、重要事項は掲示している。内部・外部での研修へ参加し、虐待防止に関する知識を学ぶ場も提供している。		
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	権利擁護事業や成年後見制度に関する資料は、職員がいつでも見られるようにファイリングしている。必要時には家族への情報提供をしている。		
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	入居前に契約書・重要事項説明書を渡して、説明し、ホームの理念・方針・ケアを含めて理解してもらえよう代理人と話し合った上で契約をしている。退去時も個別で、その方の不利益にならないよう本人・代理人・職員で十分話し合っている。		

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
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	日頃より入居者の意思を尊重したケアを心がけており、家族との関わりも大切にすることで要望や意見を言いやすい関係性・環境を作っている。月一度の家族会では、家族同士の意見交換もできるようにしている。また、玄関に苦情窓口相談(ホーム内・公共の窓口)を掲示し、苦情を抱え込まない体制を取っている。	毎月開催される家族会のほか、来訪の際も随時意見や要望を聞いている。意見箱を設置しているが、これまでのところ利用は無い。震災の教訓から、通話不能時の連絡手段について検討の要望があり、インターネット伝言板「Web171」の利用を勧め、周知を図った。	
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	カンファレンス以外の場でも、日頃より職員が意見を言いやすい環境にある。実践に基づく意見は改善につながることも多く、ホームの質を上げる意識をもっている。	職員から管理者への意見提言は 日常的に随時行っているほか、定例のカンファレンスでも発言がある。使用した紙おむつの捨て方について提言があり、透明なゴミ袋を黒色の不透明な袋に替えた事例がある。法人主導の個人面談の場でも意見が述べられる体制が出来ている。	
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	年に2回、人事考課表を用いて各職員が目標設定した上で、管理者との面談を行っている。それを通して一人一人向上心を持って働けるような環境を整えている。		
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	日々、様々な機会にOJTをしている。職員の能力に合わせた教育を進めている。リーダー会議も教育の場になっている。職員の能力に合わせて外部の研修にも参加している。		

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
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	法人内施設及び外部のGHとの交換研修を行い交流を持っている。都度意見・情報交換することで、サービスの向上につなげている。		
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	入居前にホームに来てもらい、一緒に過ごすことで本人の思いや不安を聞く機会を持っている。入居初期は安心して過ごせる環境を整え、無理に説得せず不安な思いを受け止めるケアを行っている。		
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	家族の思いは個々に違うため個別に対応している。見学・面談の段階で困っていること・不安等を聞く機会を重ね、入居前に家族の思いや状況を十分に理解して相談に応じていることが入居後の安心感・良い関係作りにつながることも多い。		
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	見学・面談の段階で必ずしもGHへの入居が適切でない方もいるため、その場合には法人内外の他施設を紹介することもある。入居に至った場合でも、その方に必要な情報を見極め、ケアプランに挙げることで職員全員で共有し、観察を進めている。		

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
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	人生の先輩として尊敬の念を持って接していることは大前提として、その方の持てる力に気づき、発揮できるような環境を作って、共に生活しているという実感を持って頂いている。		
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	来所時には家族で過ごしやすい環境を整えたり、こまめに関わり日頃の様子や課題を報告し、共有することで、家族も良き協力者として共に入居者の生活を考えている。		
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う、支援に努めている	友人や家族が気兼ねなく来訪できる環境を整えている。ゆっくりと過ごせる環境作りや来客へのもてなしや見送りも含めて、入居者が輝いて過ごせる支援している。馴染みの場所には時には家族の協力を得て訪れる機会を持てるよう支援してる。	家族や親戚、知人・友人などの来訪時には、居室や和室で歓談してもらい、職員は湯茶でもてなして関係継続の支援をしている。家族と美容院へ行く方、友人を訪問する方、馴染みの店に職員と買い物に行く方などの支援をしている。また、電話があった時には取り次ぎをしている。	
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	入居者同士の関係性に配慮し、個々の個性を活かして交流できるように、様々な生活の場面で職員が関わっている。関係性に応じて活動の場面分けを上手く行いながら、それぞれが輝けるような配慮もしている。		
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	退去後も必要に応じて、家族からその後の相談や経過報告を受けている。今までの関係性が継続できるよう個々に合わせて支援している。		

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
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	ホームでどのように暮らしたいか、本人や家族からの希望を反映させながら、理念に基づき輝いて暮らせる生活を支援している。日々、言語に限らずその方の発するサインに気づき、本人本意に解釈したことをケアに活かしている。	どのように暮らしたいかを日々の生活の中でさりげなく聞き取り、本人が輝いて暮らせるよう、理念に沿った支援をしている。意向の把握が難しい場合はその人の動作や表情から読み取り判断している。これらの情報を申し送りやカンファレンスで職員に提供し、全職員が共有している。	
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居の段階で家族に情報を頂く他、入居してからも本人から話してもらったこと、家族からの情報を参考にその方がどのような人生を送ってきたのか、抱いている想いも含めてアセスメントし把握に努めている。		
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	睡眠・排泄・食事・バイタルなど、個々に記録を残し、そこから得た情報を基にアセスメント、ケアプランにつなげることで現状の把握をしている。一日の過ごし方についてもスケジュールを決めず、個々の生活リズムを尊重している。		
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	職員間の話し合いで得た情報・意見や、家族の意向、医療職のアドバイスを反映させてケアプランを立案、評価している。複数の記録用紙を利用し、課題分析しやすくしている。他、フリーのシートを活用することで、形式にとらわれずどの職員も気づきや工夫を書き込めるようにしている。	入居時に管理者・計画作成担当者が本人や家族と面談して得た情報をもとに最初の介護計画を作成する。1ヶ月後に経過記録、生活歴や好き嫌いなどを参考に本格的な介護計画に移行する。その後は24時間記録シートや受診記録、家族の希望などから職員カンファレンスを行い、概ね3ヶ月後に計画の見直しをしている。	

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
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	経過記録は日中・夜間で色分けし見やすくし、必要に応じ24時間シートを活用し視点別に振り返りやすくしている。他、フリーの用紙に気づきを自由に書き込めるようにし話し合いに活かしている。記録だけの共有・理解は難しい部分もあるため、口頭での確認や話し合いを重ねている。		
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	入居者の変化に対して、法人内と連携を持ちつつ対応している。GHでの限界もあるが、必要なサービスを検討・支援している。時には家族の協力を得ながら、可能な限り本人と家族の意向に添えるようGHでの生活を支援していく場合もある。		
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	生け花やフラダンスのボランティアなど地域の方に来所してもらい、入居者の楽しみにつながっている。近所のスーパーや郵便局の方とも顔なじみとなり、気にかけてもらっている。		
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	個々が希望の医療を利用できるように支援している。現状内科医に関しては全員往診対応である。(3つ医療機関)受診が難しい方の場合、内科以外の往診医の情報提供も行い、ホームでも必要な医療が受けられる支援をしている。	入居前からのかかりつけ医で受診する方が5名おり、家族が通院等の介助をしている。その際は医療情報を提供してもらい状況を共有している。協力内科医の往診が月2回、歯科治療は治療内容によって随時の往診がある。3名が週2回、マッサージ師の訪問を受けている。看護師が健康管理や相談のため来訪している。緊急時は24時間連絡できる体制である。	

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
31		<p>看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>法人内から派遣される看護師が週1回入居者の状況を確認してくれる。ホーム看護師以外にも往診医療機関の医師・看護師とも連絡体制を取っており、日々の様子の変化や特変時に指示やアドバイスをもらっている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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</p>	<p>入院時にはアセスメントシートを使って必要な情報を提供している。ホームでは可能な限り退院後も受け入れる意思表示をし、本人・家族に安心してもらう。早期退院に向けて、必要時ホーム長が病院に出向き医師・家族と話し合いをしている。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、事業所の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</p>	<p>早い段階から終末期については家族の意向を伺っている。家族・かかりつけ医・職員間で多く話し合いをもち進めていく。家族にはホームの重度化・終末期の指針も示して、理解を得ている。</p>	<p>入居時に重度化や終末期に係る対応指針を説明し、その後は状況変化に応じて対応を話し合っている。これまでに5件の看取り経験があり、職員は対応方法を身につけている。全ての関係者が方針を共有し連携して対応している。看取りのための介護計画は特別な用紙を用いている。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>緊急時の対応マニュアルを作成し、閲覧できるようにしている。緊急対応時の振り返りを行うことで他職員にも共有している。日頃の体調変化には気を配っており、早期発見につなげるようにしている。</p>		

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
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	月1回の防災訓練を実施し、各職員が動きを身につけている。都度改善点を出しよりよいマニュアル作りに活かしている。地域の防災訓練にも参加しつながりは持っている。備蓄の整備も始めている。	防災訓練が自主的に毎月実施されている。2回に1回は夜間想定訓練も行われている。年に1回は消防署の立会がある。食料・飲料水の備蓄が3日分あり、スプリンクラーも設置されている。今年度中に自動火災通報装置の設置を予定している。地域の防災訓練には参加しているが、事業所の避難訓練に地域の人への参加・協力を願う話し合いはこれからである。	今年度中の達成目標に自動火災通報装置の設置、想定される災害パターンの多様性を確認すること、備蓄品や連絡方法の確保・設定などが挙げられています。まずはこれらの早期達成を期待すると共に、災害時に地域住民から協力してもらえるような体制作りに取り組むことを、希望します。
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	プライバシーを損ねない環境作りを徹底し、対応・言葉遣いにも気を配り、個々に対応している。他社への情報提供も都度代理人様への確認を取りながら発信している。	新人職員を対象に接遇や言葉づかいについて研修が行われ、理念を損なわない配慮をもって業務に反映されている。利用者の名前の呼び方（苗字で呼ぶか名前か）は事前に家族に聞いて決めている。以前に行った重度化や看取りの状況は、当該家族の承諾なしには絶対に話さないなど、各人のプライバシー保護に留意している。	
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	入居者の発するメッセージ（言語・非言語）に気づく努力を各職員がしている。その気づきを基に入居者の思いや意思を実現させるための工夫について、日々カンファレンスで話し合い、共有し、実施している。		
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	個々の体調や習慣、生活リズムに合わせて対応している。起床就寝時間だけでなく、食事や入浴、活動等も本人に希望やリズムに合わせて支援している。		

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	その方らしい服装が出来るよう環境を整えている。身体的に重度でも、その人らしさが出るような整容に気を配り、定期的に訪問理美容を利用し身だしなみを整えている。お化粧品やマニキュア等の機会を作っている。		
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	入居者に合わせて食事作りへ参加の場面を作り、都度お礼や賞賛の言葉掛けをすることで役割や充実感を持ってもらっている。食事と一緒に楽しみながら楽しい雰囲気作りをしている。時には、献立にその日の希望を盛り込んで作っている。	通常の食材購入や調理は全て自前でやっている。調理は食堂から見える場所でされており、調理中の匂いや音を楽しめる家庭的な状況が見られる。献立は利用者の好みを考慮して決められ、食事の準備には利用者も加わっている。中庭で食事を取ったり出前食や外食などもある。訪問時は利用者が職員と一緒にの食事を楽しんでいる様子が見られた。	
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	個々に食事摂取量と水分摂取量を把握している。その方の状態（体調・嚥下・必要量・習慣）に応じて、形状を工夫したり、好みの味付けを選ぶ等して確保出来るよう支援している。		
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	出来る方には毎食後声かけししてもらっている。自分では出来ない方や拒否がある方にも、工夫を凝らし口腔内の清潔が保てるように支援している。十分でない方には往診歯科の協力を得て口腔ケアしてもらっている。		

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
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	個々に排泄表を基に排泄パターンを把握し、一人ひとりに合わせた声かけや誘導時間を検討、実施し、出来る限りトイレでの排泄を促している。また、入居者の発する排泄サインを見逃さないよう観察している。	利用者個々の排泄状況を把握し記録している。それを基にトイレ誘導して、自立排泄を促している。ちょっとした仕草でも、排泄のサインを見逃さず、失敗の無いよう支援をしている。排泄支援は、理念である「自分らしく輝いて暮らせる」の基盤であると認識されている。	
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	日頃より十分に水分が摂れるよう支援し、食事でも繊維質を多く取り入れる等工夫している。活動の中で適度な運動も促している。必要な方には医師や家族との連携をとり服薬などの便秘対策をしている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	個々の習慣や希望に合わせて出来る限り応じられる体制を整えている。身体的に重度の方も安心して入れるよう、タイミングや介助の仕方等カンファレンスでの情報共有を基にケアプランを立案し支援している。	入浴は好きな時に入れるように対応している。毎日でも入る方がいるが、少なくとも週2回の入浴を確保している。入浴チェック表を活用している。仲の良い利用者は2人で一緒に入ることもある。必要な方には2人介助をし、希望があれば同性介助にも対応している。	
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	高齢からくる体力低下や活動後の疲労に配慮して、気兼ねなく休んでもらえるよう環境を整え支援している。昼夜逆転に配慮しながらも、休息と活動のバランスを考えている。眠れない場合は個別に要因を探り、原因の解消に努めている。		

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
47		<p>服薬支援</p> <p>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</p>	<p>薬の変更・追加があった場合には口頭や医療連携記録を使い情報の共有を行っている。服薬一覧表・薬局来所時の都度確認にてミスがないよう徹底している。状況に応じて24時間記録を使い、服薬後の経過を詳細に観察している。</p>		
48		<p>役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>理念に基づき、輝いて暮らせる生活を支援できるようその方のできる事・好きなこと・興味のあることを探り、活動に活かすことで支援している。より充実感や喜びを感じられる声かけも実施している。</p>		
49	18	<p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>個々の状態や気分配慮して、買い物や散歩に出かけている。買い物は食品だけでなく、花等の娯楽品もある。本人の希望で遠方に行きたい場合は家族に協力を求めている。食事やおやつの外食支援も行っている。</p>	<p>利用者の体調や、その日の天候などをみて外出に対応している。車イスの方も一緒に、公園を歩いたり買い物に行ったりしている。外出の嫌いな方は中庭やベランダで外気浴・日光浴を楽しんでいる。季節には花見、みかん狩り、紅葉見物に出かける。家族が外出に協力し、ショッピングや旅行に一緒に行っている。</p>	
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>希望に応じて、個人で金銭を所持しており、買い物に行った際に自分で支払いをする機会も作っている。お金を持つことのリスクや考えられる混乱については家族・職員で話し合い理解を得ている。</p>		

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	家族・知人からの手紙は自由であり、電話は各部屋につなぐことが出来るような作りになっている。携帯電話を利用される方もいる。個々に合わせて年賀状を書く支援もしている。		
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	落ち着けて家庭的な雰囲気となるよう環境になるよう配慮している。物的環境だけでなく、職員が作り出す様々な環境（話し声・足音・動き等）にも注意を払うようにしている。	共用空間であるリビングは窓が大きく採光が良く、明るいフロアである。リビングからは中庭にすぐ出られる。地面が見えることで安心感があり、災害時は円滑に避難できる。廊下が広く、車イスで通行する場合にも余裕がある。照明、換気、床暖房の調整が適切で、快適な生活空間になっている。壁に季節を感じさせる貼り絵の作品が飾られている。	
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	ソファーに向きやテーブルの配置を工夫することで、小空間を作ったり、和室や中庭を活用することで場面分けし、それぞれが気兼ねなく過ごせるよう支援している。		
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	入居される前から使っていた馴染みのものを持って来てもらい、本人や家族に相談しながら環境を作っている。馴染みのものが少ない場合でも、居心地よく過ごせるよう話し合いを持っている。	居室にはクローゼットと洗面台、エアコンが備えられている。個人の備品は持ち込みが自由であり、ベッドや布団、タンス、テレビ、仏壇などの使い慣れた物が好みの配置で置かれている。家族の写真やぬいぐるみに囲まれて、安心できる場所となっている。	
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」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	カレンダーや時計は入居者の目の高さに合わせたり、家庭的な雰囲気を壊さない範囲で場所の明記をしている。不十分なこと・出来そうで出来ないことは、さりげなく職員がフォローすることで、失敗感を感じないように支援している。		

平成23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	1470200955	事業の開始年月日	平成16年4月1日
		指定年月日	平成16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 わかたけ西菅田		
所在地	(〒221-0864)		
	横浜市神奈川区菅田町108		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成23年11月15日	評価結果 市町村受理日	

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)】

・理念【自分らしく輝いて暮らすホームを目指します】のもと、入居者の欲求をマズローの欲求段階説に照らし合わせて、出来る限り自らの力で欲求を満たすことが出来るように支援している。
・入居者一人ひとりの意思表示を職員が気づき解釈して、職員間の気づきを共有してケアに繋げている。そのサイクルを繰り返し行っている。
・入居者が安心できる環境に配慮し、施錠をせず、自由に出ていきたい時に出ていける当たり前の生活環境を大切にしている。
・一律のスケジュールはなく、個々のペースを大切にしている。入居以前のそれまでの生活を継続することで、最大限に力を発揮できるように配慮している。
・BPSD(行動障害)が強く、在宅生活が困難であった方も積極的に受け入れている。理念に沿ったケアを提供していくことで、穏やかな生活が送れるようになる。そのプロセスにより、ケアへの向上心が高まっている。
・医療連携体制加算を取得している。 ・運営推進会議を2カ月に一度、開催している。

【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		評価機関 評価決定日	

【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)】

--

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームわかたけ西菅田
ユニット名	月ユニット

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、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

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
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	事業所理念は作成済み。事務所内に理念を掲示し、職員はいつでも見られるようになっている。カンファレンスの話し合いにも理念のパネルを活用し、ケアプランにもつなげている。		
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	南町自治会に加入しており、自治会主催の盆踊りや防災訓練などに参加している。菅田中学校の学生ボランティアやフラダンスグループの受け入れにも協力している。		
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	地域の方にも参加いただく運営推進会議時に認知症についてのレクチャーを織り交ぜている。		
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	年6回開催。自治会の方と家族に参加いただいている。その中では、地域の防火対策や自治会活動状況、家族から見たホームの掃除具合などの情報をいただき、防火訓練への参加や業者による床掃除などにつなげている。		
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	集団指導や実地指導の際、情報交換を図っている。		

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
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束は行っていない。玄関や居室、ベランダ等での施錠もおこなっていない。身体拘束に関する書類を事務所に常に掲示。行動障害に対してのケアカンファレンスでも、身体拘束をしない意義についての話し合いを重ねている。</p>		
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>事務所にファイルがあり、職員は必要時すぐに閲覧できるようになっている。カンファレンスの場を活用して、身体拘束・虐待防止についての職場内研修を実施している。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>地域権利擁護事業や成年後見制度について職員がいつでも見られるように資料がファイリングされている。家族へも必要時、情報提供している。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>入居前に契約書・重要事項説明書を渡し、説明、ホームの理念・方針・ケアについて理解していただいた上での契約をしている。退去時も個別の対応としその方の不利益にならないよう、本人・代理人・職員で十分に話し合っている。改定の際は、家族会の話し合いの場にて、議題提起、十分に話し合い、納得いただいたからの改定としている。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>職員は入居者一人ひとりの意思を尊重し日々ケアをしている。意思の表現ができない方であっても家族と情報交換をしてその人にとって良い環境作りをしている。また、ホームの玄関に苦情相談窓口を掲示して、家族が利用者の思いに気づけるように支援している。月1回の家族会での家族同士の意見交換の場や来所時に個別に話しを聞く場も多くある。</p>		

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	日々のカンファレンスの場以外にも日常的ホームの運営（勤務体制・入居者の受け入れなど）についても職員間で話し合う機会が多くある。職員の意見から改善につながることはたくさんあり、一人ひとりがホームの質を上げる意識を持って取り組んでいる。個別面接の機会も多い。		
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	年2回、管理者との面談を通し、人事考課表にて各自が目標を設定し、向上心を持って働けるように環境を整えている。		
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	業務を通じ、または他職員からのヒアリングなどを通じ、職員一人ひとりの力量の把握に努めている。法人内外の研修には、職員の能力に合わせ参加している。トレーニング方法についてもその人に合うやり方を職員間で話し合い、統一した教育、指導が行えるようにしている。		
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	区のプロックごとの研修に参加、交換研修も行い交流を持っている。リーダー研修の受け入れも行っており、振り返りなどによって意見交換、サービスの質の向上に活かしている。		
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	入居前に家族と共にホームに来ていただき、一緒にリビングで過ごしていただくことにより、その方の思いや不安など話を聞く機会を持っている。入居当日は職員による優しい声かけや温かいもてなし、職員を介しての紹介などを行い、本人が安心できるように努めている。		

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
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	家族の思いは個々に異なり、それぞれの思いを理解するよう話し合いを重ねている。その過程を「家族との連携」ファイル、アセスメントシートなどに記入するすることにより職員が共有し信頼できる関係づくりにつなげている。		
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	入居相談を受けた時、本人の状況によっては必ずしも当グループホームへの入居が適切でない場合もあり、ユニット職員も含めたカンファレンスにて話し合っている。必要時には、法人内外を含めた他サービスの情報提供、サービスにつなげている。		
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	掃除や洗濯、食事づくりなどの家事や来客のもてなしなど持っている力を無理なく発揮できるきっかけづくりをし、自然な形での労い、感謝の言葉を伝えることで、暮らしを共にするもの同士という雰囲気をつくりだしている。		
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	職員は本人を中心として、家族も本人を支える土台の一部であるとの認識をもち、共に支えていくスタンスをとっている。来所時にはお互いに情報交換を行い、より良いケアについて話し合っている。		
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	本人が以前から使用していた家具や写真等を持ち込んでもらい、今までの思い出を大切にす支援を実施。家族や親戚、友人の訪問も自由である。居室以外にも和室やソファを提供、ゆっくり過ごせるような配慮をしている。		

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
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	入居者同士の関係性を考えながらその都度、リビングの席の配置を決めている。また、家事などのきっかけづくりや外食・カラオケ・ドライブなどの際でも一人ひとりの関係性を見極めながら、職員が間に入り全体として良い雰囲気で行えるように支援している。		
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	退去後も必要に応じて、家族からのその後の相談や経過報告を受けている。できるだけ今までの関係性が継続できるよう、個々に合わせ支援している。		
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。	ホームでの暮らしを通じ、本人の表情や動き、言動などを見極め職員が気づいた点はアセスメントシートに記入、「自分らしく輝いて暮らす」という理念に基づいたケアプランへと反映させている。		
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	本人・家族からの情報収集を行い、それを「個人台帳」や「アセスメントシート」「家族との連携」ファイルに記入、職員間で情報共有している。		
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	食事・排泄・睡眠状況を個別に記録し、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。職員間でも随時、情報交換や必要時には「アセスメントシート」に記入、情報共有し把握している。		

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
26	10	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>定期的、または随時、カンファレンスにて話し合いを行い、ケアプランのアセスメント・立案・評価につなげている。ケアプラン自体も「ADL」と「輝いて～」の2種類に分け、それぞれを具体的に作成している。</p>		
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>ケアプランの経過記録に加え、必要時には「アセスメントシート」にも記入し情報共有をはかっている。新たな記入ある際は「伝達帳」への記入や申し送り、または口答で内容の確認を呼びかけ、ケアの実践に活かしている。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>制度上の認知症共同生活介護としての限界もあるが、一人ひとりの合わせ法人内外の他事業所（訪問入浴・訪問看護・ショートステイ・デイサービス・診療所など）と連携、できるだけ必要なサービスを検討、支援している。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域在住でそのまま入居となった方は、散歩の時など地域の方が声をかけ、気にかけてくれることがある。生け花やフラダンスのボランティアは地域の方に来ていただいている。以前、入居者が利用していたスーパーにも出掛け、従業員の方から声をかけていただいたこともある。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>本人と家族の状況、希望を踏まえそれぞれに合ったかかりつけ医での診察をうけられるようにしている。職員のみ対応の往診、家族同席の往診、家族付き添いの通院による受診など様々。家族に依頼する場合でも情報提供を行い、適切な医療を受けられるようにしている。</p>		

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	法人内看護師による週一度の健康チェックがあり、その際日々の様子や症状等の情報を報告している。また、急変時には随時、電話での相談もできる体制を整え、適切な受診や看護を受けられるようになっている。		
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。	入院時には必要に応じて、アセスメントシート・ケアプラン・経過記録などのコピーを添付、入院先に対してその方の情報提供を行っている。家族にも入院後の様子を積極的に伺うようにし、情報交換に努めている。早期に向けて必要時、病院へ職員が出向き話し合いをしている。		
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、事業所の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	希望がある方に関しては、少しずつ家族やかかりつけ医、看護職員らと話し合いを重ね個別に対応。その内容は、「医療との連携」「家族との連携」「アセスメントシート」に記入し、情報共有に努めている。重度化・終末期のホーム指針を作成、サインをいただくことにより理解を得ている。		
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	緊急時の対応マニュアルを作成、事務所内に常時掲示、各ユニットでもファイルに綴じ込み、必要時にはすぐに見られるようになっている。新入職時など必要時に教育・指導している。		
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	月1回、防災訓練を行っている。回によって昼間・夜間と設定を変え、職員はどちらでも対応できるように訓練している。地域の消防署員を招いての防災訓練も年1～2回程度行っている。		

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
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	「グループホーム利用者の権利」「倫理綱領」を事務所に常時掲示、職員はいつでも見られるようになっている。また、一人ひとりに合った声かけ・対応をカンファレンスで話し合い、ケアプランに明記、職員間で統一している。		
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	当グループホームで過ごす日常生活において随時、本人が自己決定できる機会の提供に努めている。その人固有のサインについても理解、把握できるよう職員間で話し合い、情報共有、ケアの統一に努めている。		
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	一人ひとりに合わせ、個々の生活リズムで過ごせるように支援。起床・就寝時間もそれぞれで食事の時間も一律としていない。入浴もいつでも対応できるよう職員体制を整えている。		
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	地域の訪問理美容を利用、定期的に身だしなみを整えている。なじみの美容院へ出かける方もいる。化粧やマニキュアが好きな方にはきっかけづくり支援をしている。		
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	一人ひとりの力に合わせて、調理や下ごしらえ、盛り付けなどを職員と一緒にやっている。職員が働くことにより、役割や充実感を持ってもらうようにしている。職員も一緒に食事をとることにより、一緒に楽しむための雰囲気づくりをしている。		

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
41		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>全体としては、主食・主菜・副菜2品という献立で統一。水分量もおおむね1000CC以上の摂取を目指して取り組んでいる。個々には「食事」ファイルに摂取量を記入することで把握。嚥下困難などの方には、ケアプラン「ADL」に明記、個別にミキサー食などの工夫をしている。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>本人にて行える方には、職員の声かけや配慮によりできることを行っていたりしている。拒否がある時は強制せず、時間をおき再度声かけをしたり職員が代わって対応するなどの工夫をしている。歯科医・歯科衛生士による口腔ケアを行っている方もいる。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>「排泄」ファイルに随時記入することで、日々の排泄パターンを読み取っている。それを踏まえ、一人ひとりに合わせた声かけ・誘導の工夫をしている。ケアプラン「ADL」にも明記している。おむつ使用がやむ得ない場合には、本人にもっとも適した製品を選び使用している。</p>		
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>普段から便秘にならないよう、バナナジュースやイモ・果物・青菜類を積極的に献立に取り入れたり、水分を多く取れるよう好みの飲み物を出したりしている。散歩など無理のない範囲で体を動かしていただいている。かかりつけ医と相談しながら下剤のコントロールもしている。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて、入浴の準備はいつでもしている。声かけも個々に異なるためケアプランに明記。気分よく入れるようにケアの統一をしている。</p>		

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	個々のリズムについて「所在・睡眠」ファイルへの記入によって把握。あらかじめ居室を暖めておく・布団を敷いておくなど工夫が必要な方はケアプランに明記。寝れない場合には原因を探り、その原因ごとに対応している。		
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	処方箋を「医療との連携」ファイルに綴じ、必要時すぐ確認できるようにしている。服薬の支援については、ケアプラン「ADL」に明記。変更の際には、「医療との連携」「伝達帳」に記入。口答でも確認を呼びかけ、情報を伝達している。		
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	一人ひとり、興味や嗜好が異なっているため、それぞれに合わせる形でのきっかけづくりをしている。特に重要な支援に関してはケアプラン「輝いて～」に明記し積極的な支援に結び付けている。		
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	一人ひとりの希望にあわせ、それぞれに合わせる形での買い物・ドライブ・散歩・外食・カラオケなどにお誘い。声かけの工夫もカンファレンスにて話し合っている。		
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	本人の状況と希望に応じ、本人にて管理、自由に使えるよう家族と相談している方もいる。かえって混乱・不安ある場合には、カンファレンスにて話し合い、本人にとってよりよい形での支援につなげている。		

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
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	手紙や電話は、原則自由である。電話については一方に負担となり過ぎないように、職員が配慮している場合もある。希望時には、職員が本人からのやり取りの手伝いを行っている。		
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	落ち着けて家庭的な雰囲気を感じることが出来る空間づくりに向け、一般家庭で使用する備品や調度を入れている。音楽・テレビの音量も大きくなりすぎないように配慮している。特に配慮が必要な方には、ケアプラン「輝いて～」に明記している。		
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	必要に応じて居室に案内、またリビングもソファ・テーブル・和室などと空間を区切り個々に好きな場所で、落ち着いて過ごせるような工夫をしている。それにより、自分たちでアルバムを見ながら、おしゃべりするなど入居者同士の交流につながっている。		
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	職員は本人と家族と相談、分かりやすく安心して落ち着いて過ごせるような環境を話し合い、それぞれに合わせたものを用意していただいている。それぞれによって、たんす・鏡台・テレビ・写真立てなど様々である。		
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」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	一人ひとりの「できること」「わかること」については、アセスメントシートに記入するなどして情報共有。全体としては、玄関への椅子の設置、風呂場への手すりの設置、床暖房での温度差解消などの工夫をしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム わかたけ西菅田

作成日 平成24年3月22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り組み内容	目標達成に要する期間
1	13	月に一度、防災訓練を実施しているが、想定が火災のみとなっており、地震想定では実施出来ていない。 また、入居者の重度化により、全員参加の避難訓練は行っていない現状である。	地震など有事の際も、入居者様が安心の中で生活を継続できるように備える。	避難訓練における災害想定のパターンを増やす。各ユニット担当を中心に話し合い設定する。 ・備蓄品の適切な確保 ・連絡方法の確保・設定 ・防災設備の設置 (自動火災通報装置)	避難訓練の想定 2～3ヶ月 備蓄品の確認及び追加 1～2ヶ月 自動火災通報装置 ※設置済み
2	1	新任職員の育成は現場での実践を通したOJTで行っており、一定の効果があるが、自らのケアの意味付けが不十分であり、応用的なケアの展開がなされていない場面が散見されている。理念の意味の理解とケア実践の思考過程の理解が必要と考える。	新任職員が理念の意味及びケア実践の思考過程を理解し、応用的なケアが実践できるようになる。また育成を通して、現任職員層のスキルアップを図る。	理念の意味を分かりやすく言語化する。リーダー会議及びホーム問会議において実践する。事例を通し、リーダー職員がどのような思考過程でケアを提供しているか具体化する。出来たものをトレーニングマニュアルとして活用する。	理念の言語化 2～3ヶ月 思考過程の具体化 4～6ヶ月 ※平行してトレーニングを実施する。
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。