

平成29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	1473601084	事業の開始年月日	平成18年1月1日	
		指定年月日	平成18年1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 ちゃんと			
所在地	(245-0022) 神奈川県横浜市泉区和泉が丘3-8-7			
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29年8月24日	評価結果 市町村受理日	平成29年12月21日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0open>

【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)】

「ちゃんと」は泉区の大丸西自治会に所属しており住宅街と「古橋の森」という自然に隣接しています。11年という年月から地域との繋がりが年々強いものになっています。運営推進会議を通し「ちゃんと」を知って頂き、小さな関わりから大きな関わりまで常に地域と繋がっている関係があります。年末には共同行事で「もちつき」を行っています。入居者様の生活においては出来る事は少しでも長く継続できる支援を行っています。台所お手伝いや清掃以外にも積極的に活動へ参加して頂いています。入居者を支える職員も遣り甲斐が感じられるように、主体性を持ちケアを考え実践しています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成29年9月29日	評価機関 評価決定日	平成29年11月6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)】

横浜市泉区・瀬谷区を中心に数多くのグループホームや各種の介護事業などを展開する「株式会社」が運営している事業所は、開設後11年9ヶ月の実績を持つグループホームです。横浜市営地下鉄ブルーライン「立場」駅より徒歩約15分の自然豊かな「古橋の森」や隣接して幼稚園があり、自家菜園を持つ2ユニット2階建ての事業所です。

<優れている点>

「課題連絡票」を作成し、入居者一人ひとりに合わせて様々な対応を行っています。職員は、入居者が朝起きてから着替えの手順などを記載した冊子を作成したり、リハビリに手すりを使っての屈伸運動など、入居者に合わせたケアを行っています。食器洗い、モップ掛けなど得意な事や好きな事を役割を持って関わってもらっています。認知症の進行予防に音楽療法を積極的に取り入れ、月3回実施しています。2回は外出して法人のレストランで、1回は事業所で行っています。入居者一人ひとりに声を掛け、昔の事について話したり、歌手について話したりして歌っています。

<工夫点>

職員研修を多く行っています。年6回の法人本部での研修に加え、法人内で各事業所が行う事例発表会の他、横浜市高齢者グループホーム連絡会の戸塚・泉ブロック会の交換研修に参加しています。職員が入職後、初任者研修や介護福祉士の資格を取るなどしています。

【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 ちゃんと
ユニット名	大地

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
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。	職員は理念の意味を正しく理解した上で業務に就いています。新職員にはオリエンテーションで説明し、毎年5月には社内の研修を通して理念の振り返りを行っています。職員や地域の力を最大限活かすために具体的なケアを考えます。チームケアの実践に向け、積極的な意見交換を行っています。	理念は、事業所の年度目標と共に玄関、事務室などに掲示しています。新しく入職した職員には理念を説明しています。法人本部で、法人の理念についての研修後、事業所で理念の再確認を行っています。毎日の支援の中で理念に沿っているかの意見交換を職員同士で行っています。	
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。	自治会へは会員、賛助会員として加入しています。名簿の訂正、管理をして頂き自治会の一員としての生活を送っています。地域行事には必ず誘ってくださり交流の場を設けて頂いています。自治会と共催の行事も行い、協力できる関係となっています。	自治会に加入し、回覧板が回ってきています。自治会主催の「古橋の森」での行事などに参加しています。自治会と共催で、事業所の敷地内で「餅つき大会」をしています。火災時には、自治会消防団の団長宅に連絡出来る体制を整えています。	
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。	二カ月に1回、開催している運営推進会議では事業所で起きた事例を報告しています。中でも困難事例などについては事業所としての支援策を伝え、委員から意見等をいただきます。ご家庭で介護をしている方などの参考になるようお話をさせて頂いています。		
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。	運営推進会議では事業所の活動状況報告を行っています。その中で頂いた意見や助言はサービスの質の向上に活かしています。特に入居者様の生活に関する課題に対しては意見や提案を頂き、サービスに取り入れています。職員以外の視点、同年代の気持ち、考えなど参考にしています。	2ヶ月に1度単独で開催しています。自治会長や民生委員、福祉部委員などが参加しています。事業所行事や自治会行事などの開催予定や報告を行っています。管理者は、毎回、「看取り」「誤薬」などのテーマを決めて、会議の参加者に話をし、意見交換をしています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	担当者とは電話連絡だけではなく直接会って伝えることを心掛けています。事業所内で解決できないケースがある場合は地域包括や市の事業指導課に相談にし、入居者様に最善のサービスが提供できるように取り組んでいます。	泉区防災講演会や感染症対策指導者養成研修に出席しています。横浜市や戸塚・泉区の高齢者グループホーム連絡会に出席しています。泉区の高齢支援課には家族などからの要望で入居者の他の介護サービス利用の相談をしています。	

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
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。	ベランダやテラスへの出入りは自由にして頂いています。外気浴は一人で出られる方もいらっしゃいます。入居者様の様子に応じて安心できる生活が営めるまで自由な外出を取り組みました。入居者様の行動を抑制することなく穏やかな生活を送ることができるようになりました。	「身体拘束マニュアル」などのマニュアルを整備しています。法人本部で「身体拘束・虐待について」の研修を行い、参加できなかった職員には、資料を回覧しています。入居者の行動が抑制に関連する具体的な事例である場合には、その都度、職員同士で話し合っています。	
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。	法人の勉強会では年に「法令順守」「高齢者虐待」の研修を行っています。何故、法令があるのか学び自己の業務に照らし合わせています。事業所の理念に基づき、正しい理解ができるように伝達講習も行います。廊下には自己のケアを省みるためにポスターを貼っています。		
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。	研修にて高齢者の権利擁護を学んでいます。後見人来所時には後見人の役割や立場など権利擁護に関する制度などを直接伺い、理解を高めています。ご家族との関係やホームとの関わりなど個々の求められている内容が進めているように努めています。		
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。	入居の契約はご家族、ご本人に説明をしています。不安や疑問がないか確認します。ホームでの生活においても注意点を伝え、納得した上で契約を執り行います。介護報酬改定の際などはわかりやすく説明を行っています。		
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。	運営推進会議に利用者代表、家族代表として参加して頂く機会を設けています。地域の方や区高齢支援課など外部へ伝えることができます。事業所内の会議への入居者様の参加、ケースワーカーへの面談希望なども受け入れています。可能な限り、入居者様、ご家族の意見をお伝えできる体制をとっています。	「苦情・相談マニュアル」を整備し、玄関には、「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」「横浜市福祉調整委員会」などのポスターが掲示されています。面会時に職員が家族などから要望や意見などを聞いた場合は、管理者に報告し、管理者が家族などに連絡を取り、意見などをさらに詳しく聞いています。関係機関などと検討し、回答しています。	

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。	事業所の会議やユニットの会議で職員の意見、提案を聞く時間を設けています。入居者様へのケアや業務の改善、運営に繋がる意見は直接聞いています。内容によって法人内組織に報告、相談していきます。申し送りなどでも意見を出せるようにしています。	管理者は、日頃から話しやすい雰囲気作りをしています。職員との個人面談を年2回行っています。月1回のユニット会議では、職員から意見などを聞き、出勤の時間帯などを変更しています。法人では「施設職員のための相談窓口」を開設しています。	
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。	事業所から所属部署幹部へ毎月、事業所報告をしています。人事に関する内容や事業所内の出来事など報告、相談しています。職員が率先して働ける職場作りに努めています。また、面談を行い個人の悩みや目標を聞き、事業所として支援できるようにしています。		
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。	法人内に教育委員会を設置していません。個々の経験やレベルに合わせた研修会を実施しています。会議の進行を任せたり、消防訓練の担当など責任感を持ち自信をつける機会を設けています。月1回の社内研修や社外研修には積極的に参加し、個々のレベルアップに繋げています。		
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を通じて、職員の交換研修に参加しています。職員は他の法人の事業所を訪問し様々な刺激を受け事業所に取り入れています。また、管理者はブロック会で事例を通して意見交換を行っています。		
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。	入居前の見学ではご本人が不安に思っている事やホームの生活で望むことを伺います。入居までに準備ができることや不安の解消など安心してサービスが開始できるよう信頼関係を築いていきます。		

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。	利用者に対する心配事やご家族の要望は正確に把握していきます。双方の意見を十分に聞き取ります。不安については極力解消してご家族と事業者の関係作りに努めていきます。		
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。	利用者、ご家族の必要としている支援を正確に把握し、双方の意向を十分に聞き取ります。どのようなサービスが適しているのか見極め対応をしていきます。		
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。	介護を必要とするときには最善をつく気持ちで支えています。人生経験の豊富さにおいては職員は学ぶことも多くお互いにできることで支え合う関係を築いています。		
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。	ご家族の面会時、または定期的にご家族へ入居者様の様子を報告しています。入居者様のためにできることはご家族と協力し、実現に向け支えていきます。また、ご家族の思いやる気持ちを尊重しています。		
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。	入所前からお付き合いのある方との関係は気兼ねなく継続して頂いています。時にはご友人と外出されたり、お孫さんがいらしたりと思いきいの付き合いを継続されています。メッセージカードや年賀状などを出されています。	入居者の友人などから電話が掛かってきた時は職員が取り次いでいます。入居者と職員と一緒に電車やバスを乗り継いで墓参りに行っています。以前、住んでいた自宅や孫の住んでいる所へのドライブにも行っています。年賀状などの送付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
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。	個人の意思を尊重しながら、皆さまで取り組めるように工夫しています。外出、レクリエーション、行事など入居者様同士でお誘いするなど孤立しないような配慮を心掛けています。		
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は、その後の行き先を含めて話し合いをしていきます。手紙や電話で利用者の様子や経過を確認し、できる支援があれば支えています。		
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。	日常の関わりからご本人の希望に耳を傾けるようにしています。表情や様子からの把握、ケアカンファレンスでの情報共有を行っています。精神的なストレスがないか体調を崩していないか、精神面や健康面から把握しています。	入居者の「課題連絡」を作成し、一人ひとりをよく観察し、申し送り時に伝え、ケース記録に記載し、ケアカンファレンスで職員間で共有しています。散歩や入浴時に一対一になった時には特に良く話し掛け、入居者の意向などを聞くようにしています。	
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。	入所時にはご本人、家族から聞き取りを行っています。ケースワーカーや施設職員からの情報提供をもとにこれまでの生活を把握しています。ご本人の希望や落ち着く環境作りに努めています。		
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。	個別の記録ファイルがあり、24時間を通して様子や行動、会話などを記録しています。様子に変化があった時は申し送りやケアカンファレンスにて現状を把握しています。身体で気になることは主治医、訪問看護師に相談し心身状態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
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。	月一回のケアカンファレンスでは計画のモニタリングを行い、課題抽出、立案をしています。入居者様、家族の意向を確認や主治医、看護師または連携の職種からの助言を取り込んで介護計画を作成しています。	本人、家族から希望を聞いています。毎月のケアカンファレンスで職員から意見を聞き、ケアプラン変更時にはモニタリングシート、アセスメント表を作成し、ケアプランの評価を行い、医師、看護師と相談し、新たなケアプランを作成しています。	
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。	個別の記録ファイルにはケアの実践や結果が記録されています。職員は意見や気づきが伝えやすい環境を作り情報の共有をしています。課題としてあがった内容は再度ケアカンファレンスで検討しています。		
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。	利用者の身体状況に合わせ対応を行っています。ホームでの入浴が困難な場合には無償で法人内の訪問入浴を利用して頂いています。受診対応、外出支援などを行っています。内科、精神科、皮膚科、歯科往診、リハビリなど受けられる体制も整えています。		
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。	入居者様のニーズに合わせ地域の協力を生かしています。自治会の当事業所窓口として福祉部門を設置して頂いています。自治会会員として行事の参加、定期的なボランティア訪問など利用者が楽しむための地域資源を活用しています。		
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。	入所時にはご本人、家族と話し合い主治医を決めています。入所前のかかりつけ医がいる場合は継続出来る支援をしています。ご本人やご家族の意向や状態に応じて主治医の変更は可能で、円滑な移行ができるように支援をしています。	本人・家族の意向により、かかりつけ医を決めています。入居前の医師を選択する入居者もいます。かかりつけ医は月2回、内科と精神科の往診があり、緊急時は24時間対応が可能です。投薬については契約薬局が個人別に薬を準備し安全に管理しています。	

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。	訪問看護事業所と契約をしており、週一回、定期訪問を受けています。体調の変化の報告や相談を行っています。医療連携ノートを活用し、対応方法や処置の指示を受けています。緊急時の連絡は24時間可能で適切なアドバイスを受けることができます。		
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。	入退院時の手続きは円滑に行えるように事業所が協力しています。ご家族やケースワーカーに負担なく引き継いでいきます。定期的な見舞い、病院関係者と情報交換などを行い利用者の状態を確認します。退院に向け主治医、看護師と受け入れ体制を整えます。		
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。	重度化した場合は早期に説明を行っています。事業所、主治医、ご家族、ご本人と納得した上で終末期に向けた支援を行っています。事業所でできる最善のケアを職員間で話し合います。終末期ケアの研修にも参加しチームケアを実践しています。	ターミナルケアは、本人・家族の希望に沿い、医師とも話し合って支援しています。日々変化する様態を家族にきめ細かく伝え、意向に沿って取り組んでいます。マニュアルを整備し、職員は職員同士で連携し、研修で学んだことを実践しています。	
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。	事故発生時のマニュアルを作成しています。事務所内には緊急時の対応方法や連絡方法を掲示しています。定期的な救命訓練を行い急変時の対応力を身につけています。外部研修に参加した場合はホーム会議内で伝達講習を行っています。		
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。	自主訓練は定期的に行っています。火災、水害における避難など異なる状況に応じて対応できるようにカンファレンスや訓練で学んでいます。運営推進会議、消防訓練では自治会の方の参加もあり地域住民の支援を話し合っています。非常食を備え管理しています。	年2回消防署立会いのもと、昼・夜間を想定した避難訓練を実施しています。また、2～3ヶ月ごとに自主訓練を実施し、新入職員を含め手順を確認しています。自治会消防団とも協力関係を作っています。非常食は一週間分を準備し、管理表により管理しています。	

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
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。	職員の視点ではなくご本人の意見を尊重し自己決定をして頂けるように心掛けています。また、介助時には羞恥心や人前であることへの配慮など自尊心を傷つけない言葉かけに配慮して対応しています。	入居者の人格を尊重し、特に精神面での気遣いをしています。職員同士、言葉遣いや日常の対応について、気付いたことをカンファレンスで話し合いを行い、確認しています。トイレや入浴の介助時は、自尊心を尊重した対応を心掛けています。	
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。	不安げな表情や心配事がある場合には打ち明け易い雰囲気を作っていきます。散歩や入浴時、就寝前などの時間を活用し、ご本人の思い、どのようにしていきたいかなど伺っていきます。職員間で情報を共有し、統一したケアとしていきます。		
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。	個々の意思を尊重し、その方の希望にする暮らしを優先しています。行事や外出などご本人のペースに合わせています。職員の配置や時間の調整を行い対応可能な形に整えます。		
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。	外出着や入浴時の着替えはご自分で選んで頂くよう声をかけています。髪飾り、装飾品など服に合わせ好みの物を選んで頂いています。定期的な訪問理容ではご髪型や紙の長さなどはご自分で伝えて頂いています。		
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。	外食支援や召し上がりたいものをご購入したり嗜好にあった物が食せる支援を行っています。好みの食材、味付けにこだわりがある方にはご自身で味を付けて頂き、時には代替品を用意します。食器洗いやトレイ拭きは入居者様と一緒にしています。	食を楽しむことをとても大切に考えています。毎食リビングの調理コーナーで、家庭に居る時と同じように手作りし、温かい食事を提供しています。食事内容は入居者一人ひとりの体調によって作り分けています。配膳や片付けは入居者も一緒に行っています。	

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
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、水分摂取量はチェック表を活用し確認しています。嚥下状態の把握、形態の検討、嗜好品を取り入れ適切な量が確保できるように支援しています。疾患に応じた食事提供など工夫しています。		
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。	週に1回の訪問歯科の口腔ケアを受けて頂いています。職員は口腔ケアの必要性を理解し、入居者様へ毎食後ケアの声掛けを実施しています。ケアを拒む方には時間を空けたり、職員が交代して再度声掛けするようにしています。		
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。	ADLに応じて排泄の介助を行っています。不快なく気持ちよく排泄ができるような定期的な声掛け、ご様子の変化などを見て尿意、便意に早めに気づき対応しています。パッド使用されている方にはご自身で交換して頂いたり、必要に応じて職員が介助を行います。	排泄チェック表を活用し、入居者ごとの排泄パターンを掴み、2～3時間ごとにトイレに誘導しています。紙パンツを利用している入居者が多いですが、トイレでの排泄に向けて取り組んでいます。	
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。	便秘予防に毎朝、乳飲料を提供しています。乳製品以外にも食物繊維や果物も食事に取り入れています。便秘時には歩行運動の声掛けやホットタオルで腹部を温めマッサージを行い排便を促します。		
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。	個々の希望に沿えるように対応しています。一番風呂や湯温の設定は個人の好みに合わせています。また、ご本人の希望に合わせて予定を組み入浴回数を一緒に決めていきます。入浴を拒まれる方には声掛けを工夫し無理のない対応をしています。	週に2回以上、午前中の中入浴を基本にしています。一人ひとりの「好み」や「流儀」を大切に、入居者の希望に合わせています。入浴を拒む入居者には相性の合う職員が対応するなど、様々な工夫をしています。	

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。	個々の快い睡眠のために空調や寝具の調整を行っています。テレビを観ながら休まれたり、個人の理想とする就寝の習慣を優先に支援しています。傾聴や足の保温、乾燥対策などその方の身体、環境に適した形で安眠の支援をしています。		
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。	服薬の飲み込み確認、飲み忘れや誤薬がないように服薬の支援を行っています。処方の変更時は職員への周知を正しく行います。個々のファイルには処方リストが入っており、内容を確認することができます。		
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。	個々の力が発揮でき、役割と感じられるようなお手伝いの依頼をしています。無理のない範囲で習慣化できるように支援しています。お手伝いの後には必ず感謝の言葉を伝えていきます。定期的な行事の開催や地域との交流には積極的に参加しています。		
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。	天気の良い日は外気浴や散歩に行っています。散歩の希望がある時には回覧板届けや公園などに出かけます。突外出、外食、買い物希望には日程調整し、家族に相談して対応をしています。	テラスでの外気浴や散歩など極力外に出るようにしています。公園が向かいにあり、また隣には幼稚園があり、子ども達が元気に飛び回る姿を楽しんでいます。駅前ショッピングセンターへ買い物に出掛ける入居者の支援もしています。	
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。	金銭管理は事業所で行っていますが買い物に行く時にはご本人お渡しし、支払いを行って頂きます。残金等は一緒に確認し、次回の買い物に使うなど決めます。		

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。	電話の希望がある時は時間帯や先方に都合などを考慮した上でご自分でかけて頂いています。手紙等が届いた時にはご本人に直接お渡しします。返信の郵便物は職員が預かり投函しています。		
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。	リビング、廊下の壁には行事写真や入居者が製作した四季折々の作品などを飾っています。毎日見られている方や思いで話をされる方もいます。また、近隣の方に頂いた花を飾り、季節を感じて頂いています。室温や明るさは高齢者の身体に合わせ調整しています。	広い窓のある明るいリビングには大きなテーブルとソファが備わっています。入居者は、皆が居るリビングに居たり、一人黙々と趣味に没頭するなどそれぞれ過ごしています。大きな音に拒否反応を起こす入居者のため、音には特に気を付けています。	
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。	リビングにはソファを置きテレビをご覧になったり、席で新聞を読む方もおり自由な時間を過ごしています。ダイニングテーブルでは沢山の洗濯物を畳む方、新聞折をされる方など個々の活動の場所を確保しています。		
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、私物を家族と相談し用意されています。クローゼット内は衣類が取だし易いように整理し、一緒にできる方と衣替えも行います。ラジカセ、写真、テレビ、装飾品などを置いてくつろげる空間にしています。	入居者がその人らしく暮らせるベースとなる居室は、使い慣れた家具を持ち込み、自分流のくつろげる空間となっています。また、不安感の強い入居者には呼び出しブザーを手元近くに設置するなどして、安心して過ごせる工夫をしています。	
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。	リビング、廊下、トイレ他、手すりを設置し自由な移動ができます。車椅子利用者も自由に移動できるようにスペースを確保しています。壁面のカレンダーで日にちを確認したり新聞も自由にとり読める場所に置き、月の予定を掲示しています。ノートを活用してご自分でできることを実践している方もいます。		

事業所名	グループホーム ちやんと
ユニット名	空

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、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
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。	新人職員にはオリエンテーション時にホームの理念を説明しています。目につく所に理念を掲示し、常に理念を頭に入れて、実践出来るように努めています。ホーム玄関や、事務所、廊下に掲示して、日々職員に意識付けを図っています。		
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。	町内会に加入しており地域の行事に参加し交流を図っております。地域の方には気にかけて頂いており、野菜や新聞紙などホームで使用できるものをおすそ分けしていただく関係ができています。		
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。	運営推進会議において、認知症への対応についての質問などを受けています。事業所で実践している対応や専門性を用いた知識をお伝えしています。また、事業所の事案を通し認知症の方への理解を深めています。		
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、事業所の活動状況報告を行っています。報告内容に対し意見や助言を頂き、活動に役立てています。地域での危険個所について、災害時の避難場所確認など地域の方からの情報を取り入れ活かしています。		
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。	横浜市グループホーム連絡会に加入しています。市福祉局職員からの情報提供や意見交換を行っています。ケースワーカーとは細めに連絡を取るようにはしており、入居者様の様子を伝え協力体制を築いています。		

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。	身体拘束に関するマニュアルがあり、職員への周知、理解を深めています。研修にも参加し個々が正しく理解できる機会を設けています。また、随時、話し合いや指導は行い入居者様の安全を図っています。		
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。	研修に参加や資料の回覧など全職員に周知しています。日頃のケアの中で虐待につながっていないか職員間でのケア見直しや意見交換を行い防止に努めています。特に言葉による心理的虐待には留意しています。		
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。	法人内の勉強会で学ぶ機会があります。保護担当のケースワーカーの方や関連機関とも必要に応じて相談、話し合う体制は整っています。		
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。	契約時には一つ一つ説明を行い、疑問点には再度説明をしています。不安な点が無いように理解を頂き、同意の上で契約を結んでいます。解約、改定の際も十分な説明をしています。		
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。	利用者様より意見、要望が出た時は十分に話の内容を聴きます。ご家族には面会に来られた時など伺ったり、その他電話やお手紙、家族会で確認する事もあります。		

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。	月1回のカンファレンスを設け、ケアや業務の見直しをしています。職員の意見を聞く機会を設け、話しやすい環境を作っています。随時、ケアカンファを行い、早期問題解決、質の向上に繋がっています。		
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。	実績等その都度評価し、向上心に繋がるよう努めています。又、個々にあった勤務調整を行い無理のない勤務を組むようにしています。話しやすい、働きやすい職場環境を作り職員の声には耳を傾けるようにしています。		
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。	年1回の管理職研修、事例発表や、月1回の勉強会を開催しています。経験年数や資格に応じた研修を年間を通して行い、個人の自覚や役割を学び職員育成に取り組んでいます。また、個々に合った内・外部研修を勧め学ぶ機会を提供しています。		
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。	横浜市グループホーム連絡会に加入しており、交換研修や地区会議などにも参加しています。他事業所との情報交換、交流よりサービスの向上につながるヒントが生まれます。豊富なネットワークも出ています。		
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。	入所前には見学、管理者面談を行っています。安心してサービスが開始できるように十分な話し合い、ご本人の不安や要望など伺い、より良い関係づくりに努めています。		

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。	入所前の見学の段階よりご家族が不安に思っていることやご家族のニーズを伺う場を設けています。より良いサービスが開始出来るように努めています。		
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。	情報を収集し、現状を把握していきます。その上でご本人と家族が今、何を必要としているのか話し合いそれぞれの意向を最優先に考えていきます。支援の方針、サービス内容を検討し、利用できるサービスを提供していきます。		
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。	一緒に暮らす家族の一員と感じ、お互いに支えある関係作りに努めています。人生の先輩であり、指南を仰ぐこともあります。また、時には手をお貸しし、お互いに支え合える関係作りに努めています。		
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。	行事については予めお伝えし、一緒に参加が出来るように努めています。面会時や通信誌ではご本人様の近況を報告し、ご家族にも協力していただきたいことは相談してまいります。		
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。	ご本人様のご友人やご兄弟からのお電話の際には失礼の無いように対応し、来所時には気兼ねなくくつろいでいただけるように居室対応するなど配慮してまいります。		

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。	フロアテーブルを囲み、会話や作業、関わりが持てるような場を設けています。居室で過ごされる時間が長い方には声掛け氏、孤立を防いでいます。気の合う方同士が関われるように外出や簡単なお手伝いの機会を設けています。		
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は、その後の行き先も含めて対応を行っていきます。手紙や電話でのやり取りもご迷惑が掛からない程度に継続することもあります。ご本人様の様子の経過を確認し、できる支援がある場合は支えています。		
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。	本人との会話や、生活の中から把握していきます。出来る限り意向に沿えるように家族やケースワーカーと協力をしています。、把握が困難な場合は主治医、看護師に相談したり、ケアカンファで検討しています。		
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。	入居時にはご本人、家族から聞き取りを行っています。生活歴や趣味、望む生活を伺っていきます。又、家族やケースワーカーから情報収集したり、前施設からの情報提供をもとにこれまでの生活の把握をしていきます。		
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。	個別のケース記録があり、24時間を通して行動や会話などの様子が記録されています。身体の状態変化は申し送りやケアカンファにて情報を把握しています。作業やレクリエーションを通して現状の有する能力を把握しています。		

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
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。	本人や家族の意思、意向を第一に考えて作成しています。主治医、訪問看護の助言も介護計画に反映させています。ケアカンファでモニタリングを行い、課題の抽出、立案をもとに身体状況に即した介護計画を作成しています。		
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。	個別のケース記録に加え、気づきや問題点を自由に記入出来る日誌を活用しています。出勤時に日誌を確認し、職員間で留意点や情報を共有しています。		
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。	常に本人の状況を把握し、多角的なサービスの提供を検討しています。医療に関すること、社会資源の活用など柔軟な支援を提供しています。希望する外出支援や法人内介護タクシー、気軽に相談ができる福祉用具の事業所も利用できます。		
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。	定期的に地域ボランティアの訪問がありギター演奏や演芸の披露があります。隣接する幼稚園の園庭出入りは自由で、散歩がてらに園児とのふれあいがあります。		
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。	内科、精神科医がおり本人、家族の希望により選択出来るようになっています。状態に応じて変更も可能です。その他にも歯科や皮膚科、リハビリも受けること出来ます。常に必要な医療が受けられる体制を整えています。		

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。	訪問看護と契約しており、定期訪問では日常的な健康管理や不調の相談では主治医と連携をとります。24時間の連絡体制をとっており、迅速な対応をとることができます。医療連携ノートでも情報共有化に努めています。		
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。	入院中の状態把握、家族との連絡は密にとります。担当医との話し合いの場には極力参加して早期退院や受け入れの体制作りに努めています。訪問看護や主治医との連絡、地域連携室との協働が必要な時には積極的に情報収集に努めています。		
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。	重度化した場合は、家族の意向を早期に確認し対応に係る指針を説明します。主治医、家族、事業所で共通理解を持ち終末期支援に取り組んでいきます。訪問看護師、事業所でできる支援をお伝えしケアの提供を行います。		
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。	事故発生時のマニュアルがあり、誰でも確認できます。新入職員にオリエンテーションで説明する他、事務所内には緊急時の対応方法、連絡方法が掲示してあります。応急手当の研修に参加し伝達講習も行っており急変時の対応に備えています。		
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。	職員は迅速な避難誘導が行えるように、日中・夜間想定で訓練を行っています。自主訓練は定期的に行い災害に向けた対応力を身に付けています。自治会役員の参加もあり、地域の方の支援を話し合っています。		

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
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。	接遇マニュアルがあり常に見直しを図り、カンファレンス等で対応の再確認をしています。新人職員にはオリエンテーションに時間をかけ説明をしています。表情、声のトーンに気を付けながら否定せず傾聴を多く取る事を心がけています。		
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。	入居者様の思いや希望が表出出来るようにコミュニケーションを多く取り、小さな言動をも見逃さないように配慮しています。声掛けにより自発的に活動出来るよう働きかけ、自己決定出来る機会を多く作るよう心掛けています。		
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。	個々の意思を尊重し、希望やペースが違う事を理解しています。基本的には自由に過ごして頂きますが、場合によっては職員側より誘導して行くケースもあります。外出や食事会なども自由に決めて頂いています。		
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。	定期的に訪問理容を利用し、本人の好みの髪型にしてもらっています。衣類はその日に着る物を一緒に選びながら、自己決定出来るひとつの機会としています。		
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。	希望を伺いお作りするように心掛けています。簡単な下こしらえや盛り付け、盆、箸並べを手伝って頂きます。音楽をかけて職員と一緒に食事は摂ります。テーブル拭きや食器拭きが日課となっている入居者様もいらっします。		

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
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、水分摂取量を毎回チェック表に記録し、摂取状況を把握しています。不足している時は好きな物を提供したり、こまめに声掛けし摂取量のバランスをとるように工夫しています。入居者によっては専用の飲み物などを用意しています。		
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、歯磨きの声掛けを行っています。また、義歯洗浄剤等を使用して清潔保持が出来るように努めています。週1回訪問歯科による口腔ケアを受けています。		
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。	排泄チェック表に記入し、個々の排泄パターンを把握しています。極力、自力での排泄を勧めコールボタンの活用で必要時に介助を行っています。		
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。	食事では野菜を多く取り入れ、水分摂取を勧めている。また、体操や個々の状況に合わせた運動、音楽に合わせて廊下歩行を毎日行っている。		
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。	入浴は午前中ですが、個々の希望に合わせて入浴をして頂いています。体調不良等で入浴ができない時は清拭、足浴を行い、保清に努めています。		

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
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。	一人ひとり、その時の体調、状態に応じ休んで頂いています。室内調整にも配慮しています。		
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。	個人ファイルに服薬リストを入れ、常に最新の状況がわかるようにしています。変更時には職員への周知を徹底し、症状の変化、誤薬のないように細心の注意をし、服薬後チェック表に記録しています。		
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。	個々の生活歴に合わせ、得意分野で力を発揮して頂いています。朝の清掃当番表があり、無理のない範囲で担当して頂いています。散歩に出かけた時は缶コーヒーを購入し公園でのんびりする時間をすごしています。		
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。	少しでも外に出る機会が持てるように対応しています。日中以外にも夕方の時間にお誘いしたり、地域の行事にも参加させて頂き、外出支援をしています。		
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。	個人での金銭管理は困難である為、家族やホームで行っています。散歩時に職員と一緒に飲み物を買う、家族からお預かりしている小銭を持って出かけるなどの支援を行っています。		

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
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。	ご本人様の御希望がある時には電話をかけられるように支援しています。ご家族、ご兄弟にかけて会話をたのまれています。		
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。	リビングの壁に絵や写真を貼ったり、テーブルには花を飾ったりしています。花の成長を日々見て、話題にしています。季節感を取り入れ明るい空間にしています。		
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。	気の合った方同士が過ごせるように席を用意して、会話を楽しむ空間作りや少しお一人で過ごしたい時にはソファーに移動して個々の思いに沿って過ごすことができるように共有空間の中でも工夫しています。		
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。	ご本人様の趣味の物を置いたり、一緒に整理整頓をしたり居心地良く過ごせるようにしています。花がお好きな方は花を購入して飾って育てたりしています。		
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。	フロアー、廊下、トイレや風呂に手すりが付いています。時間を決めて手すりを使い運動や歩行練習を行ったりしています。車椅子での自走が安全にできるように走行する進路にビニールテープを貼って、ご本人様がわかるように記しています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 グループホームちやんと

作成日： 平成29年12月 5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		入居者様個々のADLや趣向に合わせた余暇活動の充実が図れていない。	個人に合った余暇活動を見つけていく。 (楽しめる活動や集中して取り組めるものを入居者様と一緒に見つける。)	入居者担当を決め、可能な限りご本人様に聞き取りを行っていく。日々の余暇活動、月単位で行う活動などに分ける。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月