

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	1472602745	事業の開始年月日	平成17年3月1日
		指定年月日	平成17年3月1日
法人名	医療法人社団 珠泉会		
事業所名	グループホーム オカリナ		
所在地	(〒252-0241) 神奈川県相模原市中央区横山台2-5-1門倉センタービル3階		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成27年10月15日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月18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）】

<p>ケアの根本にある理念の共有について、毎月のミーティングで項目ごとに検討している。</p> <p>高齢化や認知症の進行に伴い身体機能が低下していく中で、その人らしい生活を送るにはどうしたら良いか、日々模索しながらケアに努めている。</p> <p>ご本人やご家族の意向を確認しながら、他職種と連携を図り、尊厳を大切にしながら看取りケアを行なっている。又重度化していく中で緊急時の対応についても理解し情報を共有しながら迅速な対応ができるようにしている。</p> <p>チームケア向上に向け、職員1人ひとりが基礎知識と技術をしっかり身につけ、コミュニケーションや意識統一の重要性を日々学んでいる。</p>

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成27年11月11日	評価機関 評価決定日	平成28年3月10日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

<p>【事業所の概要】 この事業所は、JR横浜線相模原駅よりバスで6分、横山小学校前で下車し、徒歩1分のビルの3階にある。1階は大型スーパーマーケットで、3階の同階には、協力医療機関のクリニックがある。4階から7階はサービス付き高齢者住宅となっている。法人は医療法人珠泉会で医療機関のほか介護老人保健施設、訪問介護事業所などの介護事業を展開し、手づくり感と利用者の個性を尊重した支援を目指している。</p> <p>【理念に基づく支援の実践】 法人理念のもと「一人ひとりの価値観と生活パターンを大切にします。あなたらしい暮らしを共に作っていきます」という事業所理念、さらに各ユニットごとに職員が独自の理念を作成している。見やすい場所に掲示し、毎日の引き継ぎでの唱和、毎月「行動計画進捗管理表」やミーティングで確認している。また年2回法人セミナーで報告し、理念の理解と実践に努め、利用者への質の高い継続的な支援に結び付けている。ICFの視点で、職員全員で介護計画書を作成している。ボランティアの協力を得て利用者はカラオケなどを自由に楽しみ、15.01㎡と広い居室でのんびりと過ごしている。「オカリナ通信」を毎月発行し、利用者家族に、利用者の様子や事業所の活動状況などについて知らせている。</p> <p>【医療連携の強化と終末期の対応】 利用者全員がビル内同階にある協力医療機関の内科医を主治医としており、毎月受診し、また必要に応じて随時往診がある。法人の看護師が週1回来訪し、健康管理をしている。協力医と看護師とは24時間連絡可能な体制ができている。入居契約時に、「重度化した場合の対応に係る指針・看取りに関する指針」を説明し、同意を得ている。医師がターミナルと判断した時には、医師、看護師を交えて、家族の意向を確認しながら支援している。今までに13件の看取りの経験があり、職員は自信を持って対応している。</p> <p>【職員の専門技術の向上と働きやすい環境】 介護職員は常勤が多く、そのほとんどが介護福祉士の資格を有している。法人は資格取得に向けた支援をしており、職員は各種の研修、講習会などに積極的に参加して、スキルアップに努め、質の高い支援を実践している。勤務体制など、働きやすい環境で、職員の離職率が低い。</p> <p>【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】</p>																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>評価項目の領域</th> <th>自己評価項目</th> <th>外部評価項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I 理念に基づく運営</td> <td>1 ~ 14</td> <td>1 ~ 7</td> </tr> <tr> <td>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</td> <td>15 ~ 22</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>23 ~ 35</td> <td>9 ~ 13</td> </tr> <tr> <td>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</td> <td>36 ~ 55</td> <td>14 ~ 20</td> </tr> <tr> <td>V アウトカム項目</td> <td>56 ~ 68</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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	
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	オカリナ
ユニット名	パンジー	

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つなげている	理念をホームの見やすい位置に掲示している。法人基本理念は業務に入る前に唱和している。理念については毎月のミーティングで取り組みについて検討している。	法人理念、事業所理念に基づき、各ユニットごとの理念を職員で作成し、見やすい場所に掲示している。毎日の引継ぎ時に唱和し、毎月「行動計画進捗管理表」でユニットごとに確認し、毎月のミーティングや、年2回の全管理者を集めた会議でも確認している。	
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	月1回、ボランティアによるカラオケ大会、又週1回のレク支援で地域の方々と交流を図っている。近隣のグループホームの納涼祭や自治会の行事にも参加している。	町内会には加入していないが、地域の盆踊りやどんど焼き、公民館祭り、青色パトロールなどに参加して地域の方との交流を図っている。毎日ビルの1階にある大型スーパーに買い物に行き、顔なじみになっている。毎週三味線、フラダンスなどの個人ボランティアの来訪があり、毎月ボランティアによるカラオケ大会が開催される。近隣の高校から実習生を受入れている。	
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	相模原GH連絡会に参加し、意見交換を行なっている。 月1回青色パトロール隊に参加し地域に貢献している。 今年RAN伴のタスキリレーに参加した。		

4	3	<p>○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</p>	<p>2か月に1回運営推進会議を開催、意見交換を行なう事でサービスの向上に努めている。 又、近隣のGHの運営会議にも参加している。</p>	<p>2か月に1回、年に6回実施している。参加者は利用者、家族、民生委員、地域包括支援センター職員、他のグループホーム管理者、法人看護師、事業所管理者である。会議の内容は利用者状況、活動報告、意見交換などであり、外部評価の結果報告もしている。</p>	<p>昨年と同様で、自治会長など地域の方の参加を要請し、事業所の活動内容など、地域にむけて積極的に情報提供することを望みます。運営推進会議を通して、気軽に地域の方が事業所の行事などに参加できる雰囲気作りや、非常時の応援を頼める関係が構築できることを期待します。</p>
5	4	<p>○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</p>	<p>横山地域包括センターと情報交換を行うと共に行き来している。必要時には相模原介護保険課にサービスについて確認を行う。</p>	<p>相模原市介護保険課が窓口で、要介護認定更新申請代行や生活保護の相談、運営推進会議の議事録の提出などで、担当者と連携を図っている。相模原市グループホーム連絡会や県認知症高齢者グループホーム協議会に参加して、行政や他の事業所と交流を深めている。地域ケア会議に参加し、事例検討をしている。市主催の感染症などの研修には積極的に参加している。地域包括支援センターとは空き室の情報交換をしている。</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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	職員は身体拘束の関する勉強会を行っている。認知症進行により行動障害が悪化した場合のケア方法は職員でケアの工夫を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。現在拘束は行っていない。	身体拘束は原則しないことを利用契約書に明記し、実践している。身体拘束の研修や勉強会は毎年実施しており、ミーティングでもその都度確認している。玄関は日中開放している。外に出たい素振りの利用者には職員が散歩に連れ出し気持ちを落ち着かせている。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	関連法について学べるように資料作成、いつでも学べるようにしている。入居者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告を行っている		
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	勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援している。現在2名が制度を活用している。		
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	入居時・更新時に説明を行い、署名・捺印をいただいている。		

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	電話や面会時に遠慮なく希望・要望を言いやすい環境作りをしている。又苦情窓口をグループホーム玄関に掲示している。年1回の家族会時、運営についてもアンケートを頂いている。	家族の来訪時に意見や要望を聞いている。3カ月ごとの介護計画書の見直しの時にも要望を聞いて取り入れている。年1回の家族会議でも意見や要望を吸い上げている。家族会主催で、近くの「相模原ふれあい科学館アクアリウムさがみはら」に出かけた。毎月の請求書に「オカリナ通信」を同封して、利用者の状況や事業所の活動状況を知らせている。	
----	---	---	---	---	--

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
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	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。各ユニットのミーティングに参加し情報収集や意見交換を行なっている。	毎日の引継ぎ時における連絡ノートや毎月のミーティングで意見や要望を聞いている。管理者は常に話しやすい雰囲気を作っており、日常的に細かな支援に対しての要望などを聞いている。管理者は定期的に職員との面談を実施しており、状況によっては随時面談し、コミュニケーションの徹底を図っている。	
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	介護福祉士・ケアマネージャー資格に向けたアドバイスを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識に情報提供・勉強会を行っている。		
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	研修は本人の希望・管理者からの参加指示を受けながら日常のケアに必要な知識・技術取得の為に参加している。参加後は報告書を提出し回覧・自己学習を行っている。		
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	研修・講習・交流会等の外部の方と交流する機会がある。又参考になるケア方針等を取り入れている。相模原GH連絡会の取り組みとして、他施設見学研修を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入所相談時・入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所相談時、入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。必要時には電話で気軽に相談できる環境を作っている。		
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	本人・家族・関係者から情報を頂き、管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設・高齢者住宅等の情報提供を行い本人・家族に選択して頂く。		
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	入居者と共に作業・活動を行う事により喜びや楽しみを分かち合い、役割分担を担っていただく事によって、生活の活力に繋がられる様に支援している。		
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	家族と面接時や電話で情報交換を密に行ない、本人・家族の希望、要望を聞き、必要時には話し合いの場を作り一緒に支えている関係を築いている。又、行事参加等積極的に声がけを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	周囲の人達と関係が途切れない様に電話や手紙の支援を行っている。携帯電話を使用している方もいる。	親戚や友人などの来訪がある。家族は最低でも1ヶ月に1回は来訪している。来訪時は居室で対応し、お茶の接待もしている。昔住んでいた家の近所の方と年賀状のやりとりをしている方もいる。あて名書きの支援や電話の取り次ぎもしている。携帯を使用している方もいる。墓参りや馴染みの美容室には家族が対応している。自宅に家族と一緒に帰る利用者もいる。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個々の関係を把握して食席等を決めている。又個々が助け合える様に支援している。ユニット2とも自由に交流したり居室訪問できる様見守りしている。			
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	関連機関に退所された方は、その後の様子や面会に行っている。			

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
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。	日常的に職員と共有の場を設定して本人の要望を引き出す様に努めている。困難な場合は行動や言動から組みとっている。	職員は日常の支援の中で利用者の具体的な要望を把握している。介護計画書の作成時にも、利用者や家族から意見や要望を聞いて取り入れている。特に把握の困難な方については、態度や表情などから読み取っている。	
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・家族から生活歴等の情報を提供して頂き、回想法を用いて個性の把握に努めている。		
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	ケアプラン・アセスメントで把握している。様々な観点から本人の状態に合わせ、個別対応を行っている。		
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	本人家族の要望を聞き、職員全員でアセスメントを行いICFの視点でケース検討・ケアプランを作成し、3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時には、期間途中でもプラン変更を行っている。	初回アセスメントは、「ニーズアセスメントシート」を利用して利用者・家族の要望を把握し、「初回介護計画書」を作成する。1カ月様子を見て再度アセスメントを実施し、「ケアプラン評価表」で確認し、2回目の「介護計画書」を作成する。その後は3カ月ごとに見直しをして、変化に応じてその都度見直している。介護計画書と介護記録は連動しており、計画書の課題番号に関連付けて記述している。医師や看護師の意見も必要に応じて取り入れている。	

27		<p>○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</p>	<p>毎日ケアプラン評価を行っている。連絡ノート・カンファレンス記録等も活用し情報を共有し必要時にはカンファレンスを行っている。</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
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	状態変化や本人・家族の希望に応じて支援している。		
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	民生委員・地域包括センターの職員が2ヶ月に1度グループホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い、協働している。年1回消防署と合同訓練を実施している。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	月一回かかりつけ医を受診している。体調不良時は随時受診している。本人が動けない場合はかかりつけ医がグループホームに往診に来ている。	利用者の全員がビル内の同階にある協力医療機関の内科医を主治医としている。内科、皮膚科、消化器科があり、レントゲン撮影もできる。法人の看護師が毎週来訪して、受診に付き添い、薬も取りに行っている。必要に応じて随時往診もある。泌尿器科などの受診には家族が対応し、受診情報は共有している。歯科医の訪問診療が毎週月曜日があり、訪問マッサージを週3回受ける方もいる。医師、看護師とは24時間連絡可能な体制になっている。	

31		<p>○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</p>	<p>看護師の資格を持った者が非常勤職員であり適時グループホームに来て利用者の健康管理を行っている。体調不良時には報告し指示を受けている。通常24時間連絡が取れる体制である。</p>		
32		<p>○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。</p>	<p>極力入院しない方向で支援している。入院をした場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向けて支援している。</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
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	ホームで可能な限り対応を行っている。医師・家族とも相談の上で本人が一番望ましい生活環境の支援を行っている。重度化に関しては書面より同意を得ている。必要に応じて病院・老健への支援も行う。	「重度化した場合の対応に係る指針・看取りに関する指針」を作成し、入居契約時に説明し、同意を得ている。今まで13名の看取りを実施した。医師がターミナルと判断した場合は、医師、看護師を交えて家族の意向を把握して支援している。「看取りの研修」は毎年実施しており、24時間医師と看護師と連絡が取れる体制が出来ていることが、職員の安心と自信につながっている。利用者の動揺もなく、「みんなで看取る」体制が出来ている。	
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	マニュアルを作成している。職員の力量に応じて看護師が指導している。緊急時には看護師に24時間体制で報告を行う。		
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	定期的に非難訓練を実施。マニュアルの作成。非常食の食品・備品を準備している。	年4回避難訓練を実施している。内1回はビル内全体の避難訓練で消防署の立ち合いもある。夜間を想定した訓練も実施している。備蓄は飲料水、米、缶詰、カセットコンロ、日用品などで3日分準備してある。スプリンクラー、煙探知機、消火器、消火栓、自動火災報知器、オール電化など設備関係は整っている。	

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
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	個々の人格を尊重し、プライドを傷つけない様に認知症の行動障害に対応している。	接遇と個人情報保護についての研修を実施している。職員は利用者を人生の先輩として敬う気持ちを持って、対応している。生活歴などを職員間で共有し、本人理解に努めている。特にトイレ誘導などの際にはさりげない言葉掛けを心掛けている。利用者を「さん」づけで呼んだり、時には「ちゃん」づけで呼んだり、利用者の意向に応じて対応している。個人情報の書類などは鍵のかかるキャビネットに保管して管理している。	
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	食べたい物・やりたい事・行きたい場所を日頃からのコミュニケーションから聞き出し、自己決定できる様に声かけして、作業・活動を行っている。		
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か、希望にそって支援している	食事・外食等の希望や要望を聞きだす様に努め、希望の添えるように支援している。又、時間の概念のない利用者には本人の負担にならない程度に生活リズムを作り支援している。		
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	自己決定できる方は本人の希望を取り入れ、洋服を選んでもらっている。定期的に訪問理美容を利用している。		

40	15	<p>○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</p>	<p>食べたいメニューを取り入れたり簡単な家事活動を行っている。又、好き嫌いのある方は個別に対応している。職員も同じ食事を利用者の間に入り一緒に食べている。</p>	<p>食事は朝食を職員が作り、昼食、夕食の一部は配食業者に委託している。食材はビル内1階の大型スーパーで調達している。調理や盛り付け、配膳、後片付けや食器洗いなど、利用者は、それぞれができることを職員と一緒にやっている。回転ずしや和食の店に行ったり、正月のおせちや流しそうめんなどの行事食を楽しんでいる。体調に応じてきざみ食やとろみ食などにも対応している。在宅時からの継続で、昼食がパンとコーヒーの方にも対応している。</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
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	毎日の献立・摂取量は個々に記録し、摂取量や嗜好を把握してバランス良く摂取できるようにしている。食事・水分摂取も個別に対応している。		
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	口腔ケアの重要性を理解して、毎食後に口腔ケアの声かけを行っている。年2回の歯科検診を行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	個々の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行っている。又、排泄状況に応じた用具を選定している。	排泄チェック表などで、排泄パターンを把握して、トイレ誘導を行っている。できる限り、リハビリパンツを使用しないようにしており、自立を促している。大腿骨頸部の骨折でオムツになった方が、生活リハビリで、手すりにつかまってトイレに行けるようになり、パットだけになった回復事例がある。	
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	水分摂取・適度な運動を心掛けている。食事でも繊維質の多い物を考慮している。		

45	17	<p>○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</p>	<p>極力本人の希望に応じて支援している。希望があれば、毎日入浴も出来る。</p>	<p>基本的には週2回で、午後や夕方入浴であるが、利用者の要望により、毎日入浴の方もいる。同性介助の希望はないが、いつでも対応できる体制になっている。入浴を好まない方には、声かけや、時間をずらしたり、人を変えたり工夫して対応している。湯船の湯は毎回変えている。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤などを使用して楽しんでいる。利用者の体調に応じて、シャワー浴や足浴、清拭などで対応している。</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	夜間良眠出来る様に日中の活動量を確保する。又、個々の健康状態・身体能力に応じて休息が必要な方は臥床時間を設けている。		
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	内服している薬の一覧表を見て、作用・副作用について理解している。内服確認したら処方箋に印鑑を押している。症状変化時には医師に相談し指示を受ける		
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	個々の生活歴の中から得意分野のある方は積極的に作業を行ってもらっている。又役割持つ事でQOLの向上に繋げている。外出等の行事を行い気分転換を図っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	季節感を味わえる様に企画を行い外出している。歩行不安定な方も車椅子にて積極的に外出できる様に支援している。 法人の旅行に2名参加された。	毎日ビル内1階の大型スーパーに買い物に行っている。天気の良い日は車いすの方も一緒に近くの公園に行っている。神社での初もうでやお花見、科学館、博物館見学等さまざまな所へ外出している。法人の旅行に利用者と家族が参加することもある。	

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	能力に応じ買い物時の支払い・お釣りやレシートの受け取りなど行ってもら。本人の欲しい物がある時に付き添い自分で買い物したと満足感が得られる様支援している。		
----	--	---	--	--	--

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
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	手紙等自由に出せるように支援している。		
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	家具の配置・季節の飾り付け等、家庭的な雰囲気が持てる様になっている。	ワンフロア内の共有スペースを境にして各ユニットが左右に配置されている。共有スペースではユニット間の利用者の交流がある。各ユニットのリビングの調理台は対面式で、職員は利用者の様子を見守ることができる。天井が高く開放感があり、廊下は車椅子が交差できる広さである。各ユニットに洗面所が5箇所あり、トイレも2箇所、うち1箇所は車椅子対応である。清掃は毎日職員とできる利用者が実施して、常に清潔に保たれている。玄関や壁には、利用者の作品や行事の写真が飾られている。	

53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている</p>	<p>談話コーナーや共用部分を自由に使える。</p>		
54	20	<p>○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活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている</p>	<p>自宅で使い慣れた家具・小物を持ち込んでいる。在宅からの持込の際には衛生面にも注意して疥癬等の感染症に注意して消毒している。長期間着用していない衣類は洗濯して熱処理してから使用している。</p>	<p>居室は15.01㎡と広く、ゆったりと過ごすことができる。カーテン、照明、エアコン、クロゼット、ベットが備え付けられており、利用者は仏壇、テレビ、時計、自身の作品、家族の写真など馴染みのものを持ち込んで、居心地良く過ごせるようにしている。季節の衣服の入れ替えなどは家族が対応している。清掃は職員とできる利用者が実施し、清潔感が感じられる。</p>	
55		<p>○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</p>	<p>移動スペースには手すりを設置し移動の妨げにならない様に環境整備を行っている。個々の能力に配慮して、目印・トイレ・浴室は表示し居室には表札を付けている。</p>		

事業所名	グループホーム オカリナ
ユニット名	マハロ

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、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念はスタッフ室及び玄関に掲示している。法人基本理念は業務に入る前に唱和している。理念については毎月のミーティングで項目ごと検討している。		
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	月1回のカラオケボランティア。週1回の個別ボランティアの方々と交流している。又地域行事や近隣の施設の納涼祭にも参加している。		
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	相模原のグループホーム連絡会に参加し、意見交換を行っている。月1回青色パトロール隊に参加し地域に貢献している。今年、RAN伴タスキリレーに参加した。		
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	運営推進会議年間計画を立案し実施後は議事録を作成し職員に報告している。2月に1回実施。近隣のGHの運営会議にも参加している。		
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	横山地域包括センターと情報交換を行うと共に行き来している。必要時には相模原介護保険課にサービスについて確認を行う。		

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	職員は身体拘束の関する勉強会を行っている。認知症進行により行動障害が悪化した場合のケア方法は職員でケアの工夫を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。現在拘束は行っていない。		
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 overs されることのないよう注意を払い、防止に努めている	関連法について学べるように資料を作成し、いつでも学べるようにしている。利用者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告している。		
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	勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援を行っている。現在2名の方が制度を活用している。		
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	入居及び更新時に説明を行い署名・捺印を頂いている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時、希望や要望を伺いながら確認を行っている。また契約書・ホーム玄関に苦情窓口を掲示している。年1回の家族会時、運営についてもアンケートを頂いている。		

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
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	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。日報・ミーティング議事録などからも情報収集を行っている。		
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	介護福祉士・ケアマネージャー資格取得に向けたアドバイスを行っている。情報改定・社会情勢で必要な知識の情報提供・勉強会を行っている。		
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	外部研修に参加。参加者は報告書を提出し、回覧して自己学習を行うと共にミーティング時にも報告し職員全員で学べるようにしている。ケアプラン立案に関しては、個々の職員の能力に応じて育成する。		
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	研修・講習などで外部の方々と交流する機会があり、参考になるケア方針を取り入れている。相模原GH連絡会の取り組みとして、他施設見学研修を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	入居相談時・入所時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録する。		
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	入居相談時・入所時に聴取している。受付相談表・アセスメント表に記録している。不安な事等、柔軟に対応出来る様にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族・関係機関から情報提供をして頂き、管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設等の情報提供をし、家族に選択して頂く。		
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	本人の意向を確認し共に活動を行う。役割分担を担って頂く事により、生活の活力を引き出し、役割を果たして頂いた時には感謝の言葉をかけている。		
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	家族と面会時や電話で情報交換を密に行い、本人・家族の希望や要望を聞き必要時には話し合いの場を作り一緒に支えている関係を築いている。又行事参加等積極的に声がけを行っている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	友人の面会や手紙等が届いた時には、お礼の返信を支援したり、会話の中で話題に出た時等電話を掛ける支援を行っている。		
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	個々の関係を把握して食席等を決めている。又個々が助け合える様に支援している。ユニット①とも自由に交流したり居室訪問できる様見守りしている。		
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	他施設とも情報交換を行い、家族とも相談し本人にとって混乱の少ない状況を想定してスタッフが統一したケアサービスを行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入浴・食事・外出等希望を聞いている。また本人の希望や要望を聞き出す努力に努めている。		
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・家族からヒアリングしている。サマリーなどから情報提供を受け把握し、また回想法等を用い個性の把握に努めている。		
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	ケアプラン・アセスメントで把握している。また本人の状況に合わせて個別対応をしている。		
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	スタッフ全員でアセスメントを行い本人・家族のニーズをICFの視点でケース検討・ケアプランの作成をし3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時には期間中でもプラン変更を行う。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケース記録に様子・ケアプラン評価を記入している。連絡ノートも活用、情報を共有し記録は次回プラン作成時に活用している。また勉強会及び利用者のカンファレンスを行いプラン作成時に活用している		

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
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	状態の変化や本人・家族の希望に応じて、介護老人保健施設等の支援を行っている。		
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	民生委員・横山地域包括センター職員が2ヶ月に1回ホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い協働している。年1回消防署と合同で訓練を実施。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	月1回かかりつけ医を受診している。体調不良時には随時受診している。本人が動けない時には、かかりつけ医が往診にきている。		
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師の資格を持った者が非常勤職員であり適時グループホームに来て利用者の健康管理を行っている。体調不良時には報告し指示を受けている。通常24時間連絡が取れる体制である。		
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。	極力入院しない方向で支援している。入院をした場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向けて支援している。		

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
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	ホームで可能な限り対応を行っている。医師・家族とも相談の上で本人が一番望ましい生活環境の支援を行っている。重度化に関しては書面より同意を得ている。必要に応じて病院・老健への支援も行う。		
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	マニュアルを作成している。スタッフの力量に応じて看護師が指導を行っている。緊急時には24時間体制で報告を行っている。		
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	定期的に避難訓練を行っている。マニュアルを作成している。非常用の食品・備品を準備している。		

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
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	個々の人格を尊重しプライドを傷つけない様に認知症の行動障害に対応している。個人情報には鍵のかかる棚に保管し、個人情報で不要となった書類等はシュレッダーにかけ破棄している。		
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	食べたい物・やりたい事・行きたい所等、日常生活の中で聞き出し、自己決定出来るように声がけし作業・活動の場を作っている。		
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か、希望にそって支援している	本人の希望や要望を聞き出す様に努めている。時間の概念のない利用者には本人の負担にならない程度に生活のリズムを作り支援している。		
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	本人の希望を取り入れ自分の洋服は選んでもらう。定期的に訪問理美容を利用している。希望によりヘアカラーも行っている。		
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	一緒に食事の準備や片づけを行っている。好き嫌いのある方には個別対応を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎食食事チェック表にて摂取量の確認を行う。補助食品を利用したり個々の嗜好を取り入れながら健康状態に応じた対応を行っている。食事・水分形態も個別に対応している。		
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	口腔ケアの重要性を理解して毎食後義歯の管理・口腔ケアを行っている。自分で行えない方はスタッフが代行し、個々に合った用具で支援している。年2回の歯科検診を行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄表から個々の排泄パターンを把握し誘導を行う。また排泄状況に応じた用具を選定している。		
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	水分摂取に心がけ、不足がちな方は水分チェックし必要な水分が摂取出来るように支援している。体操などの運動量を確保している毎食の牛乳と繊維質の多い物を考慮している。		
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	極力本人の希望に応じて支援している。在宅で夕方入浴していた方は、夕食前後に希望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
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	夜間安眠出来る様に、日中の活動量を確保し、個々の健康状態に応じて、日中の休息が必要な方は臥床時間を設けている。		
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	薬の処方箋を確認して内服をした所まで確認を行う。完了したらチェック表・処方箋にサインをする。利用者の内服している薬の作用・副作用について理解する。状態変化時は医師に相談し指示を受ける。		
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	調理手伝い・洗濯物干し・畳みなど日課として役割を担ってもらっている。散歩や買い物など外出し気分転換を図っている。喫煙・飲酒も希望があれば、医師と相談し可能であれば支援している。		
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	季節感を味わえる様に企画を行い外出している。歩行不安定な方も車椅子にて積極的に外出できる様に支援している。法人の旅行に2名家族1名参加された。		
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	個人金庫に保管・出納帳に記し、入金時に家族に確認して頂きサインしてもらっている。能力に応じ買い物時の支払い・お釣りやレシートの受け取りなど行ってもらう。本人の欲しい物がある時に付き添い自分で買い物したと満足感が得られる様支援している。		

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
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	電話をかけたいと希望された場合は貸し出しをしている。又ホームから家族に連絡する際、利用者にも電話口に出て頂き話す機会を支援している。手紙も本人が出せる様に支援している。携帯電話を持参している方もいる。		
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	生活空間の飾り付けは、利用者・スタッフの手作りの作品を飾ったり季節に合わせて工夫している。また消臭にも気を配っている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	談話コーナーや共用部分を自由に使える。		
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	家具は自宅で使い慣れた物を持ち込んで頂き、希望者には仏壇の持ち込みも許可している。又安全に暮らせる様、本人・家族と相談して配置している。道具の持ち込みの際には衛生面も十分注意している。		

55		<p>○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</p>	<p>異動スペースには手すりを設置し流し台・洗面台は高齢者に合わせた高さにしてある。トイレ・浴室には表示をし、個々の部屋には表札を掛けている。トイレ・居室までの案内矢印などの工夫も行っている。</p>		
----	--	---	--	--	--

目 標 達 成 計 画

事業所名 グライフホ-ム オカリナ

作成日 H28.3.16

【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	4	地域交流拡大	認知症カフェの 実行委員として 活動する	月1回のカフェに参加 本人・家族・地域の 方々に向けた支援 を他職種と 協働していく。	1年
2			相模原GH連絡会 と連携を図る	他GHに見学に 行ったり、運営会議 に参加してもらう事 情報交換を していく。	1年
3			青色パトロール隊 参加	地域の方々と 月1回青パトに乗り 情報交換を行う。 地域に貢献 していく	1年
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。

(市) 提出日 3/18