

平成21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2月14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	( 245-0016 ) 横浜市泉区和泉町2094-1		
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22年1月20日	評価結果 市町村受理日	平成22年5月31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	<a href="http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473601084&amp;SCD=320">http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473601084&amp;SCD=320</a>
----------	---

### 【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>母体となるアイシマグループが多々所有している他事業所と、豊富な情報交換・ネットワーク作りが出来ています。バリアフリーレストランでは定期的に外食、音楽療法があり外出の機会を増やし楽しんでいます。また、内科(24時間対応)、精神科医による往診、訪問歯科、24時間体制の訪問看護があり、医療面において充実しており、安心した生活を送ることが出来ます。日常生活では、天気のいい日には散歩に出かけ、地域の方とも顔馴染みとなり気軽に声を掛け合うことが出来ています。利用者の出来るところは出来る限りして頂くように心がけ、継続できるように支援し、時間がかかっても職員が待つ姿勢を大切にしています。</p>
--

### 【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1-2-4 クゲヌファースト 3階		
訪問調査日	平成22年2月25日	評価機関 評価決定日	平成22年4月28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>事業所は市営地下鉄立場駅から徒歩で20分の、静かな住宅街にあります。すぐ近くに小さな森の公園や幼稚園があり、毎日子どもたちの元気な声が聞こえてきます。事業所の理念に「安心して過ごせる」「楽しく過ごせる」「生き生き過ごせる」を掲げています。職員はいつも笑顔で、利用者の話をじっくりと聞いて日々の生活を見守っています。</p> <p>介護と医療の連携が利用者の安心感につながっています。内科と精神科の医師が毎月2回ずつ往診し、看護師は24時間何時でも対応できる体制です。「皆と一緒に過ごしたい」という利用者の声を大切にしています。終末期介護を行った実績もあります。医師、看護師、家族及び介護職員が協力し、終末期の利用者が安心して優しく見守ります。</p> <p>利用者はボランティアの大正琴の演奏を毎月楽しみにしています。去年初めて行ったそうめん流しを利用者全員で楽しみました。盆踊り大会では皆で身振り手振りです。法人全体のアイシマ祭りには全員で出演します。また、月3回の音楽療法の時間を楽しみにしています。毎月の盛りだくさんの行事を楽しみにして、利用者は日々の生活を過ごしています。</p> <p>食事の手伝いや掃除、毎日の手摺拭き、カレンダーの当日マークなど利用者はそれぞれの役割を持って生活しています。利用者の掃除をしている時の生き生きとした表情の写りが飾ってあります。また、毎月地域住民と一緒に近くの公園を清掃します。利用者の生き生きとした姿が広報紙に掲載されています。</p>
--

### 【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 ちゃんと
ユニット名	大地

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、安心して暮らさせている。 (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	
<b>理念に基づく運営</b>						
1	1	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>地域との関わりを重視した理念になっています。其の根本である安心・生き生き・楽しくをモットーとし、新人職員にはホームの理念を説明し、又、ホーム内目のつきやすいところに掲示して職員に意識付けを図っています。</p>	<p>「安心して過ごせる」「生き生きと過ごせる」「楽しく過ごせる」を事業所独自の理念として掲げ、玄関やリビングに掲示しています。職員は明るい笑顔を心掛け、毎日の申し送りミーティングで、理念が実践できていることを確認しています。</p>		
2	2	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>日常的に行なわれている散歩では地域の方ともお互いに声を掛け合い、顔馴染みとなっています。町内会に加入しており、町内公園の清掃や各種行事に参加しています。又、地域のボランティアさんが毎月大正琴の演奏をして下さり、交流を深めています。</p>	<p>月に1度車椅子の利用者も参加し、地域住民と一緒に町内会の公園清掃を行っています。また、桜祭りや敬老会等の地域行事に積極的に参加し、地域交流を図っています。毎月大正琴のボランティアが訪問し、利用者との楽しい時間を過ごしています。</p>		
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議において話しに上がったこともあります。今年度より、地域の美化運動にも利用者と一緒に積極的に参加して、理解を深めていただいています。職員に地域の人が多いこともあり、相談を受け付けていることを広く知ってもらうようにしています。</p>			
4	3	<p>運営推進会議を活かした取組み</p> <p>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</p>	<p>毎回、事業所の活動状況報告を行い、地域の方からも行事等の連絡を頂き参加させていただいています。又、毎回防災に関する議題が上がり、お互いに貴重な意見交換の場になっていて、サービスの向上に努めています。</p>	<p>3か月毎に運営推進会議を開催しています。参加者は利用者・家族の代表、町内会長、泉区職員、地域包括支援センター職員等です。会議では災害発生時の地域協力や町内会の緊急時連絡網の整備等について話合っています。</p>		
5	4	<p>市町村との連携</p> <p>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>横浜市グループホーム連絡会加入、泉区・戸塚区ブロック会や泉区連絡会に参加し、各種研修等に出席しています。又、泉区保護担当の方とは近況報告を常にし、連絡を密に取るようにしています。担当者の方には運営推進会議にも出席して頂き、取組状況等を報告し、助言等頂いています。</p>	<p>年に3～4回、横浜市グループホーム連絡会の各種研修を受講しています。昨年「地域で支える認知症」の研修を受講しました。また、ボランティア活動の相談を行い、ケアプログラムに活かしています。区職員との連携を密にし生活保護利用者を支援しています。</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	<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>マニュアルがあり職員への周知・理解は深めていますが、過去に出て行ってしまい、行方不明になったこともあり、ユニットの出入り口の鍵は施錠しています。しかし、利用者の希望があれば開錠し、希望に添えるよう柔軟な対応をとっています。テラスへは自由に出入りできるように開放し拘束緩和に努めています。</p>	<p>現在日中は玄関、ユニットの出入り口ともに施錠していません。外出希望の利用者を見守り、職員がすぐに対応しています。身体拘束禁止マニュアルを整備し職員に周知しています。職員同士で注意し、特に言葉の暴力が無いよう心掛けています。</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>管理者は研修に出席し、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、常に、接遇ケアの見直しを図っています。職員間での意見を抽出し、防止に努めるとともに、特に言葉による心理的虐待には留意しています。</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>法人内の勉強会で学ぶ機会があり、実績はありませんが、保護担当ケースワーカー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。</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>入居審査会を経て、契約時には総合相談室担当職員または管理者が説明を行い、不明な点が無いように納得をいただいた上で契約を結んでいます。改定時には文書等でお知らせするとともに、総合相談室にも問い合わせが出来、迅速に対応できるようになっています。</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>利用者より意見、要望が出たときは十分に話しの内容を聞きます。記録にも残しカンファレンスを実施し、内容改善に取り組みます。課長にも相談、助言が得られる体制は整っています。ご家族には面会に来られたときなど伺ったりそのほか、電話や家族会で確認することもあります。今まで大きく発展した意見、要望等はありません。</p>	<p>年に2回家族会議を開催し、利用者や家族の意見や要望を聞いています。苦情相談マニュアルを整備し、苦情相談記録票に苦情対策を記述しています。生活動作を維持して欲しいという家族の要望をカンファレンスで取り上げ、ケアプログラムに反映しています。</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	月1回のカンファレンスを設け、職員の意見、提案を抽出しています。カンファレンス以外でも管理者は職員の立場に立ってより多くの意見を聞き運営に反映させています。必要時にはミニカンファレンスを行い、早期問題解決につなげています。また、連絡ノートも作成し、職員間で共有できるよう活用しています。	管理者は、月1回のカンファレンスや毎日のミニカンファレンス及び申し送りノートで職員の要望・意見を把握しています。職員からケアの記録の方法についての改善提案があり採用した事例があります。	
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、実績等その都度評価し、向上心につながるよう努めています。又、個々にあった勤務調整とし負担をかけず無理の無いようにしています。話しやすい、働きやすい職場環境・整備づくりを心がけ小さなことでも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回の管理者研修、月1回の勉強会を開催しスキルアップを図っています。発表する機会があることでも向上心につながっています。また個々にあった指導をするほか、外部研修等積極的な参加を呼びかけ、自主的に学べる機会としています。		
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、交換研修や地区ブロック会会議にも参加し、情報交換をして向上できるように図られています。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	総合相談室担当者が入居前の細かいヒヤリングをしています。其の中から利用者に合ったホームはどこか検討し合い、見学時には管理者と面談も行い細かいところまで話し合う場を設けています。		

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	総合相談室担当者が入居前の細かいヒヤリングをしています。其中から利用者に合ったホームはどこか検討し合い、見学時には管理者と面談も行い細かいところまで話し合う場を設けています。家族とも細かいところまで相談や質問に応じています。		
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	現状を把握して、利用者と家族が今、何を必要としているのか十分に話し合いをして今後の方針を決めていきます。必要に応じて他のサービス利用も視野に入れ対応していきます。		
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	常に人生の大先輩であることを忘れずに接しています。日常生活を家族の一員として楽しく過ごしながら、出来ることを祖なわないように、対応をしています。また、利用者から学ぶことは多くあり、お互いにより関係は保たれています。		
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	各種行事があるときは家族へ連絡し、一緒に参加できるように配慮しています。面会時や電話で近況報告をして、利用者をより身近に感じていただけるよう努めています。また、利用者が直接電話をかけることでお互いに安心されるケースもあります。		
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	頻度は少ないですが、利用者が今まで大切にされてきた友人や知人が来訪されたときは、くつろいでいただけるよう配慮しています。誕生日に贈り物が届いたときはお礼の電話を利用者にさせていただきより良い関係が継続できています。手紙や電話の支援もその都度対応しています。	利用者の友人など馴染みの関係の人達が事業所を訪問しやすいように、雰囲気づくりに配慮しています。誕生日に友人が花束を贈ってくれる利用者がいます。利用者の誕生会に友人や親類の人3～4名がホームを訪問してくれることがあります。	

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
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	孤立することなく関わり合えるよう支援しています。自発性が無い場合でも職員の働きかけにより、車椅子を押したり、困っている人に手を貸して下さったりしています。個々の性格上、トラブルに発展しそうなときは直ぐに職員が介入し回避しています。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所を検討する場合は、その後の行き先も含めて十分な話し合いをしていきます。あくまでも利用者、家族の意向を優先していきます。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
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。	利用者との対話の中から把握しているほか、行動の中からも把握できるように日頃の観察に努めています。職員同士の情報も共有し、より多くの情報を得るようにしています。意思疎通が困難な場合は家族の協力を得たり、職員間のカンファレンスを重ね検討しています。	入所時フェースシートを作成し、主治医やADL等の状況を確認します。また、入所時と入所後の2週間目、1か月、3か月のタイミングでアセスメントを行い、利用者の介護ニーズを把握し、カンファレンスで検討し介護計画に反映しています。	
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	入居時にアセスメントを行い、生活歴や趣味等を聞きその後のケアに活かしています。また家族やケースワーカーから情報収集したり、前施設のサマリーを参考にしています。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	個別のケース記録があり24時間を通して、状況の把握がなされ職員間で共有できています。申し送りノートの活用もなされています。又、医療連携ノートを活用することで、かかりつけ医、訪問看護との連携もとれ情報の共有化ができています。		

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	<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>利用者や家族の意思、意向を汲み取り作成するように努めています。申し送り、カンファレンス等で職員で話し合い皆の意見を取り入れている他、かかりつけ医、訪問看護の助言も頂き介護計画に反映させています。</p>	<p>介護計画は3か月ごとにモニタリングを行い、課題ごとに達成状況を評価し見直しを行っています。ケース記録や申し送りノートを参照し、カンファレンスで検討し介護計画に反映しています。医療連携ノートを活用し、医師や看護師の意見を取り入れています。</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>個別のケース記録に加え気づきや課題点を自由に記入できるノートを活用しています。見直しが必要なときは気づき事項を協議し、利用者が一番良いケアを見出すことに努めています。随時、職員全員でカンファレンスを行い、情報の共有を図りケアの実践、見直しにつなげています。</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>常に利用者の状況を把握し、訪問看護と密な連絡を取り合い、訪問看護を通じかかりつけ医と連携をとり健康管理に努めています。また、法人内のレストランを定期的に昼食会、音楽療法等で利用し外出の機会を増やしています。</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>毎月、地域のボランティアさんが大正琴を演奏しに来てくださったり、町内会の行事に参加しています。又、数名の方は地域の理容店を利用し顔馴染みとなっています。(今年度は新型コロナウイルス感染予防のため、地域の行事に参加できないこともありました。)</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>かかりつけ医には内科(24時間体制)、精神科の医師がおり利用者、家族の希望により選択できるシステムになっています。利用者の状況等変化があった場合は変更も可能で、速やかに利用者にあった適切な医療を受けられる体制は整っています。毎週、訪問歯科による口腔ケア、調整、衛生指導がなされています。</p>	<p>かかりつけ医は利用者・家族の希望を尊重してきめています。協力医の内科と精神科の医師がそれぞれ月に2回往診します。また、歯科医は必要に応じ毎週往診し口腔ケアの指導を行っています。年に2回健康診断を実施し健康維持に努めています。</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		<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>訪問看護ステーションと契約しており、日常的な健康管理や少しの変化でも連絡することにより、かかりつけ医の指示を取ることができ、医療的支援は充実しています。職員には日頃より利用者の変化に気付く目を持つよう指導しています。医療連携ノート等でも情報共有化に努めています。</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>入院中の利用者の状態に合わせて面会を行い、出来る限り、看護師や医師と面談する機会も設けています。家族とも連絡を密に取り合い、安心につなげています。常に、訪問看護ステーションやかかりつけ医に連絡、相談を繰り返し早期退院に向け努めています。</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</p>	<p>重度化した場合は、家族の意向を確認し、看取りに関する指針を説明し訪問看護、かかりつけ医とも十分に話し合いをし、全員で方針を共有します。特に訪問看護とは連絡を密に取り合い、様々な情報を取り合いより良い終末期を迎えることが出来るよう努めています。</p>	<p>「看取りに関する指針」を利用者・家族に説明し、看取りに関する指針の同意をもらっています。数名の利用者の終末期ケアの実績があります。医師と看護師、家族、介護職員が連携し、協働して利用者支援に当たっています。</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>対応マニュアルも作成しており、新入職者にオリエンテーションで説明しています。また、新人職員は消防署で主催する講習会にも参加しています。日々における疑問、不明点はその都度、訪問看護に連絡を取り、又、訪問看護による実際の処置等を見学することで、急変時の対応に備えています。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>アイシマ泉区グループホーム合同で防災訓練を実施し、横浜市主催の防火安全研修会に参加し、避難方法を学んでいます。いざと言うときに、あわてないように119番通報メモを電話側に張り出しています。また、運営推進会議でもお互いの協力が得られるように働きかけをしていますが、具体策までには至っていません。</p>	<p>年に2回防災訓練を実施し、2階の車椅子利用者の避難や利用者のADLに配慮した避難訓練を行っています。昨年8月に法人グループの合同防災訓練を実施しました。また、緊急避難グッズを常備し、利用者の薬や連絡先等のデータを整えています。</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
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	接遇に関しては常に見直しを図り、カンファレンスにおいても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時に、特に、時間をかけ説明をしています。個々の性格に合わせて明るく心むような対応を心がけるようにし、否定せず、又、傾聴を多く取ることを心がけています。	個人情報保護マニュアルを作成し、個人情報保護方針を掲示し職員に周知しています。法人のホームページにプライバシー保護方針を掲載しています。職員はトイレや入浴時の声かけで、利用者のプライドを損ねることが無いように心掛けています。	
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	利用者の思いや希望が表出できるようにコミュニケーションを少しでも多く取るようにし、小さな言動をも見逃さないように配慮しています。些細なことでも話しかけ、自発的に活動できるように働きかけ、自己決定できる機会を多く作るように心がけています。		
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	職員本位になりがちではあるが、出来る限り個々の意思を尊重し、個々の希望やペースが違うことを理解し、押し付けることの無い対応を心がけています。基本的には自由に過ごしていただきますが、場合によっては職員側より誘導していくケースもあります。まとまった外出や食事は自由に決めてもらっています。		
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	外出困難な方は定期的に訪問理容を利用し、利用者の好みの髪型にしてもらっています。月に一度馴染みの理容店に出かける方もいて外出できることを楽しみにしています。衣類は其の日に着るものを一緒に選びながら、自己決定でき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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ホーム畑の野菜を一緒に収穫し、メニューを決めたり、簡単な下ごしらえをしていただいています。出来る方が少なくなってきましたが、利用者の状態に合わせて出来る限り参加していただいています。法人内のレストランでの外食等は目先が変わり、食への関心が高まっています。	事業所の畑の野菜を使用し食事づくりに利用者も参加し、季節の味を楽しんでいます。その日に食べたいものを利用者と職員が話し合い、献立を決めます。月に2回は法人グループのレストランの外食を楽しみます。	

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		<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>毎食後、個々の食事摂取量や水分摂取量をチェック表に記録し、個々の其の日の摂取状況を把握しています。個々の状態により分量、形態、または好みの飲み物などと柔軟に対応しています。摂取量の少ない人には医師の指示の下、栄養補助剤でバランスをとっています。</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>毎食後、歯磨きの声かけをし実施しています。個々にあった歯ブラシを使い、自力でできない人は介助しています。定期的に訪問歯科による口腔衛生指導を受け、職員に口腔ケアの大切さを周知し、利用者に支援しています。</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>毎日、排泄チェック表に記録し、個々の排泄パターンを把握し早めの誘導に努めています。自力で行けない方には、表情や仕草で瞬時にトイレ誘導できるように努め、間に合った場合はお互いに喜びを共感し、次回につながるよう支援しています。</p>	<p>排泄チェック表により利用者の排泄パターンを把握し、個々のトイレサインをキャッチして誘導しています。失敗した時のさり気無い介助、成功した時にはスタッフが一緒に喜び合うなど自尊心に配慮した支援をしています。</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>毎日の散歩、体操により身体の活発化を図るとともに、毎朝、冷水、牛乳を提供しています。寒天ゼリーのおやつや繊維の多い食物の摂取を心掛けています。朝食後は便器に座る習慣をつけ排便を促しています。必要に応じて訪問看護、かかりつけ医の指導を受けています。</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>個々の希望、体調に合わせて入浴をしていただきます。基本的には午前中入浴していただきますが、希望があれば午後も入浴できます。入浴できない時が続く場合は、清拭、足浴で保清に努め入浴感覚を味わっていただくとともに、訪問入浴の支援もしています。</p>	<p>午前中入浴を原則にしていますが、希望があれば午前中以外でも、毎日でも入浴できます。体調により足浴やシャワー浴を行います。また、利用者の状況に応じ、訪問入浴も支援しています。季節に応じて、利用者はゆず湯や菖蒲湯を楽しんでいます。</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	個々のリズムに合わせて休んでいただいています。意思決定のできなにくい人には体調に合わせて誘導しています。夜間は安眠できるよう明りや、室温の調整、また、リネンの洗濯も随時行い保清に努めるとともに、加湿対策もしています。		
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が挿入しており、常に最新の状況が分かるようになっています。変更時には申し送り、連絡ノートへの記録を徹底し、職員に周知しています。服薬時には十分チェックし服薬後にチェック表に記録しています。症状の変化があった場合は、訪問看護、かかりつけ医に連絡、指示を仰いでいます。		
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	歌の好きな方に音頭を取っていただいたり、力がある男性には食材を運んでいただき、女性の方には洗濯物を畳んでいただいたりと、個々の生活歴に合わせて得意分野で力を発揮していただいています。家族の面会や各種行事でも気分転換が図られています。		
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	天候、体調を考慮し、できる限り散歩に行くようにし、社用で本社等に行く時はドライブ兼ねて出かけることもあります。散歩困難な方は隣接している畑の収穫を兼ねて、外の空気を味わっていただいています。法人内レストランに定期的に外食等の利用もしています。家族の協力の外出や地域行事にも参加し外出支援をしています。	積極的に外気浴を取り入れ、体調や天候を考慮し、できるだけ散歩の機会を増やすようにしています。職員が同行し車椅子の方も一緒に出かけます。家族との遠出やドライブ等の行事、地域行事に利用者が積極的に参加す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	原則的には金銭の管理は本部がし、利用料等の請求領収は家族に郵送しています。必要な方には一緒に買い物に行き、店頭で支払いをしていただきお金を使える支援をしています。その際は一時立て替え金払いとし、月々の利用料と一緒に請求しています。		

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	希望のある方にはいつでも電話がかけられるように支援しています。手紙を読めない方には代読し伝えています。また、代筆し返事を送ったり、電話でお話しいただいたりしています。		
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	玄関周りは季節の花々で彩られ、車椅子の方が多くともあり無駄のない広いスペースで全面バリアフリーとなっています。リビング前面は大きな窓があり、より多くの太陽光を取り入れることができ、壁には大きなカレンダーがあり利用者が毎日日付を変えています。季節ごとの写真等も貼りだしています。また、トイレ等汚れがないよう清潔を心掛けています。	リビングは2方向に大きな窓があり、明るく広くて開放的です。床暖房で対面式のキッチン、食卓、テレビコーナーにソファがあります。行事の写真や手作りの大きなカレンダーやお雛様の絵が飾られ、利用者がソファでゆったりと新聞を読んで寛いでいます。	
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	共有空間すべてバリアフリーになっており、中央には大きなソファを設置し、そこで新聞を読んだり、洗濯物を畳んだりと自由に過ごしていただいています。自身で動けない方には、希望に沿いながら誘導し、個々の自由時間を過ごしていただいています。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室家具等は利用者の使い慣れた物を、要望に合わせてつつ転倒のリスクを考慮しながら利用者、家族と相談の上、配置しています。クローゼット内は衣類等取り出しやすいように整理しています。家族や知人の写真を飾り安心、くつろげる空間となっている方もいます。	利用者はクローゼット完備の居室にベッドなど使い慣れたものを持ち込んでいます。テレビ、ラジカセ、本、犬のフィギア写真等が、利用者の状態や好みに応じて配置されています。所持品の少ない方にも壁に絵を張る等配慮しています。	
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	フロア全面バリアフリーで動線には手すりがついていて、浴槽や調理台も低めに設定し使いやすい高さになっています。キッチンは対面式でカウンター越しに利用者の安全確保がなされています。車椅子同士自由に移動できるスペースも確保できています。トイレや居室の表示をし間違えやすい方にはさりげなく誘導することで混乱を回避しています。できることはしていただき、時間がかかっても待つ姿勢を大事にして自立を促すよう努めています		

事業所名	グループホーム ちゃんと
ユニット名	空

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
<b>理念に基づく運営</b>					
1	1	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>地域との関わりを重視した理念となっています。その根本である安心・生き生き・楽しくをモットーとし、新人職員にはホームの理念を説明し、又、ホーム内目のつきやすい所に掲示して職員に意識付けを図っています。</p>		
2	2	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>日常的に行われている散歩では地域の方ともお互いに声を掛け合い、顔馴染みとなっています。町内会に加入しており、町内公園の清掃や各種行事に参加しています。又、地域のボランティアさんが毎月大正琴の演奏をして下さり、交流を深めています。</p>		
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議において話しに上がったこともあります。今年度より、地域の美化運動にも利用者と一緒に積極的に参加して、理解を深めていただいています。職員に地域の人が多いこともあり、相談を受け付けていることを広く知ってもらうようにしています。</p>		
4	3	<p>運営推進会議を活かした取組み</p> <p>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</p>	<p>毎回、事業所の活動状況報告を行い、地域の方からも行事等の連絡を頂き参加させていただいています。又、毎回防災に関する議題があがり、お互いに貴重な意見交換の場になっていて、サービスの向上に努めています。</p>		
5	4	<p>市町村との連携</p> <p>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>横浜市グループホーム連絡会加入、泉区・戸塚区ブロック会や泉区連絡会に参加し、各種行事に出席しています。又、泉区保護担当の方とは近況報告を常にし、連絡を密にとるようにしています。担当者の方には運営推進会議に出席して頂き、取組状況等を報告し、助言等を頂いています。</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	<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>マニュアルがあり職員に周知・理解は深めていますが、過去に出て行ってしまい、行方不明になったこともあり、ユニット出入り口の鍵は施錠しています。しかし、利用者の希望があれば解錠し、希望に添えるよう柔軟な対応を取っています。テラスへは自由に出入りできるよう開放し拘束緩和に努めています。</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>ホームで月一回のカンファレンスで話し合うなど虐待防止に努めています。また日々のケアの中で職員同士注意し合う様にし特に言葉の虐待防止に努めています。</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>勉強会及び研修で学ぶ機会を持っています。必要に応じて支援していく体制を整えています。</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>契約時に管理者が十分な説明を行っています。又、利用者や家族が話しやすい雰囲気を作り不安疑問を解消出来る様努めています。</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>利用者や家族の意見、要望は充分に話を聞き記録に残しています。カンファレンスを実施し改善に取り組み、その都度連絡するなどし対応しています。</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	ホームでは月一回のカンファレンスを設け職員の意見や提案を抽出しています。カンファレンスの決定事項は連絡ノートを活用するなどし職員間で共有出来る様にしています。ホーム内での解決が困難な場合は管理者会議などで相談し指示を仰いでいます。		
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、評価するとともに能力考査も実施しています。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。		
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	年一回の管理者研修、月一回の勉強会がありスキルアップを図っています。また、外部の研修への参加を促したり、個々の力量に合わせて個別に指導するなどしています。		
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などを通じて他ホームとの関わりを持っています。また、運営推進会議で地区のホームとの意見交換を行いサービスの向上に努めています。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居担当者が細かいヒヤリングをしています。入居前に利用者が見学にくる機会もあり要望や不安点の相談を受けています。利用者が話しやすい雰囲気を作ることを第一としています。		

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
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	利用者同様細かいヒヤリングをしています。家族の意見や要望は十分に傾聴し不安解消に努めています。又、いつでも質問に答えられる様になっています。		
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、何を必要としているのか話し合い、支援の方針を決めています。必要に応じて他のサービス利用もできるよう柔軟に対応しています。		
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	利用者は人生の大先輩であり職員は尊敬の念を忘れず接する様心掛けています。生活の中で協力し合って作業するなど共に生きている喜びを感じてもらえる様努めています。		
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	利用者の日頃の様子をこまめに報告する様にしています。行事のある時は、事前に連絡し一緒に参加できるよう配慮しています。		
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	頻度は少ないが利用者がこれまで大切にされてきた友人や知人との交流がある時は支援しています。手紙や贈り物が届いた時は、返事やお礼の電話ができる様支援しています。		

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	利用者同士が楽しく話ができる様、食事の配置など考慮しています。他者との関わりが少ない利用者に関しては職員が間に入るなどし、孤立をしない様に援助しています。また、利用者の能力に応じ他の方の手助けをしたり、関わりを持っていただいています。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所を検討する場合は、利用者及び家族の意向を最優先し、その後の行き先を含めて納得できる結果となる様、十分な話し合いをしています。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
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。	利用者との対話、日頃の行動の中から把握する様努めています。困難な場合は家族の協力を得たり、職員がカンファレンスを重ね、利用者の意向に添える様努めています。		
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時にアセスメントを行い生活歴、馴染みの暮らし方などの把握に努めています。又、家族、ケースワーカーから情報収集したり、前施設のサマリーを参考にしています。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	個別のケース記録があり、時間とその時の状況を記録しています。医療連携ノートもあり、主治医、訪問看護との情報の共有もできています。又、特変時には業務日誌に記録する様にし、全職員が把握できる様にしています。		

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	<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>利用者や家族の意思、意向を十分に聞き、取り入れる様にしています。また、主治医、訪問看護とも連携を取り、助言をいただいています。利用者の有する能力に応じ、できる限り自立した生活を営める様カンファレンスを行い、プラン、モニタリングを繰り返しながら介護計画を作成しています。</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>個別のケース記録に加え、毎日の申し送り、連絡ノートを活用し個別の情報、実践は職員間で共有しています。それによって、良い面、見直しの面がわかり、その後の介護計画に反映されています。</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>利用者や家族の要望は尊重しできる限り取り入れ実行しています。常に利用者の状況を把握し主治医、訪問看護との連携をとり、必要な医療や訪問入浴サービスなどが受けられる様になっています。</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>地域の催しや祭りに参加し楽しんでいただいています。又、清掃に参加し、地域の人との協働に努めています。</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>内科、精神科の往診医がおり利用者及び家族の希望により選択できるようになっています。状況の変化があった場合は、変更も可能となっている。月二回の往診があり適切な医療が受けられる様、支援しています。</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		<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>訪問看護と連携し利用者の情報や気づきを報告しています。週一回の訪問があり医療連携ノートを活用し情報を共有しています。又、電話連絡により利用者の変化に24時間対応できるようになっています。</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>利用者が入院した際は、状態に合わせて面会を行い、家族とも密に連絡をとっています。又、主治医や訪問看護に連絡相談を繰り返し早期に退院できる様努めています。</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、事業所ですることができることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>重度化した場合や終末期のあり方についてできるだけ早い段階から利用者や家族の意向を確認し、看取りに係わる指針を説明しています。主治医、訪問看護とも十分に話し合い全員で方針を共有しています。ホームでのターミナルケアを行っており主治医、訪問看護、職員間で情報を共有し状況に応じた処置を行っています。</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>新人職員は消防署で主催する講習会に参加しています。マニュアルを作成しており訓練を重ね、発生時に備えています。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>アイシマ泉区グループホーム合同で防災訓練を実施し消防署の指導を受けています。ホームでも訓練を実施するとともに119番通報メモを電話のそばに貼り、いざという時に慌てず通報ができるようにしています。又、運営推進会議においても地域との協力体制が取れる様働きかけています。災害時備品も備えています。</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
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	接遇に関してはマニュアルもあり新人職員にはオリエンテーション時に説明しています。カンファレンスにおいても話し合い、対応の再確認をしています。日々の支援の中で一人一人の人格を尊重しその方に合った言葉かけや対応ができる様、常に見直しを図り話し合いを重ねていっています。		
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日常生活の中でコミュニケーションを多くとり、利用者の思いや希望が表出できる様努めています。時間がかかっても自発的に行動できる様働きかけ、自己決定できる機会を多く作るようにしています。		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	できる限り個々の意思や希望を尊重し押し付けることのない対応を心がけています。散歩やアクティビティへの参加についても利用者の意思を確認し自由参加としています。		
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身だしなみを整えています。毎朝髪をとかしたり髭そりをする様に声かけ、促し、出来ない方については介助しています。衣類も選ぶこともできる限り利用者さまにまかせ、自己決定でき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	ホームの畑で野菜を収穫し、それを使って何ができるかメニューを一緒に考えたりしています。簡単な下ごしらえ盛り付けなど個々の能力に応じて行っていただいています。食事は利用者と職員が同じテーブルを囲み、会話をしながら楽しい時間となる様心がけています。下膳は基本的に一人一人が行っており、食器拭き、収納の手伝いをしてくれる利用者もいます。		

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		<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>毎食後、食事量、水分をチェック表に記入し個々の摂取状況を把握しています。栄養バランスを考えた食事を作り食べられない物がある人には代替えの物にしたり、刻み食にするなどしています。水分も牛乳やコーヒーにするなどし一日1000ccは摂れる様に支援しています。又、食の進まない人には根気よく声かけし、なるべく食べていただくようにしています。</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>毎食後、歯磨きを実施しチェック表に記入しています。自力で出来ない人は個々の状態に合った介助をしています。又、定期的に歯科医による口腔ケア指導を受けています。</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>排泄チェック表に記録し、周期、パターンを把握できるようにしています。個々の把握をすることによって、失敗やおむつの使用を減らすようにしています。早めのトイレ誘導や少し長めに座っていただくことによってトイレでの排泄を促しています。又、表情や動作で尿意や便意を察しトイレ誘導し、できるだけおむつを使用せず布パンツで過ごしていただける様支援しています。</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>毎日、体操を行っています。又、個々の能力に応じて、散歩、庭の散策、立ち上がり運動などを行っています。飲食については、朝、牛乳や冷水を飲んでいただいたり、一日の中で十分な水分が摂れる様に声かけし促しています。又、寒天ゼリーのおやつや繊維の多い食物の摂取を心がけています。必要に応じて訪問看護の指導を受けています。</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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている</p>	<p>入浴は毎日行っており少なくとも二日に一回は入浴出来る様にしています。基本的には午前中だが希望に応じて午後も行っている。体調不良などで入浴できないことが続く場合は清拭、足浴、保清に努めています。</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	一人ひとりの生活習慣に合わせて休んでいただいています。意思表示が難しい人については、体調に合わせて誘導しています。気持ちよく眠れるよう明かりや室温の調節、加湿対応をしています。又、リネンの洗濯も随時行い保清に努めています。		
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	個人記録ファイルに服薬リストがファイリングしてあり常に最新の状況が分かる様になっています。変更時は申し送り、連絡ノートへの記録を徹底し職員に周知しています。服薬時は十分に確認して服薬チェック表に記録しています。利用者の状態をよく観察し、症状の変化があった時は訪問看護、主治医に報告、指示を仰いでいます。		
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	男性にはゴミ出しや食材運び女性には洗濯たみや雑巾縫いなど一人ひとりの生活歴や力を活かした手伝いをしていただいています。歌が好きな方を中心に歌を唄ったり、ゲームをして楽しんでいただいたりしています。		
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	天気の良い日は出来るだけ外に出られる様、散歩や外気浴の支援をしています。ホームの前の森で昼食をとることもあります。アイシマグループのレストランを昼食会や音楽療法に利用し外出に機会を増やしています。又、初詣や花見など普段行けないような場所へもホームの車を使い出かけられる様、支援しています。家族と一緒に外出して下さる方もいます。		
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	原則的には金銭の管理は本部がしています。必要、希望に応じて一緒に買い物に行き、店頭での支払いをしていただいています。その際は一時立替え払いとし、月々の利用料と一緒に請求しています。		



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	希望のある方については、いつでも電話がかけられる様にしています。手紙が届いた時は、利用者と話し合い返事を書いたり、書けない方には代筆したりしています。又、電話で返事が出来る様支援しています。		
52	19	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	常に清潔であるよう掃除を心がけています。リビングには大きな窓があり、より多くの太陽光を取り入れる事ができます。日ざしが強くまぶしい時はカーテンを閉める様にしています。朝の清掃時などは窓を開け換気に努めています。又、歩行の妨げになるような物を置かない様にし、利用者の動線に気を配っています。壁面には大きなカレンダーがあり、毎日利用者が日付を変えています。季節ごとに飾りや写真を貼ることによって季節感を採り入れてしています。		
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	気の合った利用者が会話できる様、食席の配置を考えています。テレビの前に大きなソファがあり、テレビを観たり新聞を読んだりして過ごしていただいています。ベランダから外を見るのが好きな方もおり自由に出入りできるようになっています。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室家具や寝具は利用者や家族と相談し、使い慣れた物を使用し配置を考えています。クローゼットやタンス内は衣類等取り出しやすい様に整理しています。又、写真を飾ったり利用者の好きなぬいぐるみを置いたりしています。		
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	食席の位置は極力変更しない様にし利用者が混乱しない様にしています。トイレはその方によって使用する場所が、ほぼ決まっているので空いてないときは待っていただくか他の所に誘導しています。毎食後の下膳の際はできるだけご自分で行える様、キッチンカウンターの上を整理しておき安全に置ける場所を確保しています。又、重い食器がある時は声かけし、2回に分けて下膳していただくようにしています。		

### 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	18	日中、スタッフより声をかけていかないと活気が出ない。	アクティビティの充実を図り、活気ある毎日を経験することができるようになる。	外出支援、買い物支援を多く取り入れる。 週に1回はレク活動を取り入れる。 皆が参加できるレクの企画をする。	6ヶ月
2	2~5	地域との交流をもっと広げていく必要がある。	運営推進会議の充実を図り、地域との交流を今以上に深めていく。	2ヶ月に1回の運営推進会議を開催し、相互の意見交換の場を持つ。 行政との情報収集に努める。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目の を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。