

平成28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	1473000584	事業の開始年月日	平成15年4月1日
		指定年月日	平成15年4月1日
法人名	社会福祉法人 横浜YMCA福祉会		
事業所名	大和YMCAグループホーム		
所在地	(242-0017) 神奈川県大和市大和東3-3-16		
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28年10月17日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月8日

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

【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)】

入居者皆さん、一人ひとりが安心して、楽しく笑って毎日を過ごしていただくように、全職員が入居者皆さん一人ひとりのことを考えています。仕事に責任を感じ、役割を持ち支援をしています。一ヶ月に一度、入居者ケースカンファレンスを行なっています。各入居者担当が身体・精神状況などモニタリングを実施、日常の様子をまとめカンファレンスにて発表しています。変化などを出席者で検討し、統一された対応を確認しています。それが介護計画に反映されています。日々の生活の中で、入居者皆さんが出来る力を職員が失くしてしまわないように、待つ介護、働きかけを行なっています。食事準備、片付け、洗濯、掃除など職員と入居者が一緒になって行なっています。衛生を保つ、リラックスタイム、良眠への誘導、楽しみ、運動、また、職員が入居者の全身状態を把握するために必要と考えて、入浴支援をしています。季節を感じていただけるような行事も、いつもの生活とは違った表情を見せて楽しんで下さるため頻繁に実施しています。フロアでは、いつも笑い声が絶えない楽しいホームです。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年11月17日	評価機関 評価決定日	平成29年1月30日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は小田急江ノ島線と相鉄線の大和駅から、商店街を約300メートル歩いたところにあります。法人が運営するライフサポートセンターの3階、4階が事業所です。1階はデイサービス、2階が大和市から指定を受けた地域包括支援センターなどの複合施設で、地域の人々と連携し、高齢者のための総合支援センターとしての役割を果たしています。

<優れている点>

利用者の残存能力を大切に、職員は「待つ介護、働きかけ」を心掛け、食材の準備や洗濯物の片付け、掃除など利用者と一緒に支援しています。地域包括支援センターの看護師やケアマネジャーから健康面や支援の指導を受ける一方、介護の方法や認知症などの「介護者教室」にホーム長は積極的に協力し、相互に交流しています。「介護者教室」や地域の「グループホーム連絡会」に事業所の会議室を開放しています。利用者や職員が外出する時は名札カードを携帯したり、YMCAのジャンパーを着用して住民との交流に取り組んでいます。町内会と地域防災相互援助の協定を結んでおり、地域の防災訓練を合同で行っています。

<工夫点>

職員は利用者の様子を個人ケース記録に詳細に記録しています。利用者の変化など重要な事項については申送りノートに書き込み、好転するまで事務所の壁や冷蔵庫の扉に貼付して、全員で共有しています。毎月、職員は担当利用者の身体や精神状況をモニタリングし、その結果をケアカンファレンスで報告し、全員で検討して介護計画に反映しています。

【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	大和YMCAグループホーム
ユニット名	Aユニット

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させている。 (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ます。 (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。	「一人ひとりを大切にします」という分かりやすい理念を作り、一人ひとりの今まで生きて来た過程を尊重し、個別対応を心がけ、持っている思いを大切にしていこうように理念を共有しています。	個別支援の意義を簡潔に表現した「一人ひとりを大切にする」という理念を、職員は日々実践しています。利用者一人ひとりの思いや暮らし方を尊重し、本人の持っている能力を少しでも発揮できるよう、「待つ介護」や「働きかけ」を支援しています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	近隣のスーパー、お店に食材などの購入のため利用者がワーカーと一緒に外出しています。事業所は町内会に参加、自治会の防災訓練に場所を提供し、グループホームの避難訓練も行っています。祭りの時など、職員が手伝いに出かけています。	毎週、利用者は、職員と一緒に駅前のスーパーに買い物に出掛け、店員や近隣の住民と顔馴染みになっています。町内会に加入し、地域の祭りに参加したり、防災協定を結び、合同で避難訓練を実施しています。近隣の会合には事業所の会議室を提供しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	介護者教室などを開催する包括支援センターへの協力を行なっています。自治会の防災訓練など、地域の方々が集った場所で認知症の人の生活や理解力、支援方法などの話しをさせていただいています。		
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。	二ヶ月に一回、定期的に運営推進会議を開催しています。行事や利用者の状態、また、ホームで対応に困っていることなどを報告し、アドバイスをいただいています。	年6回開催しています。参加者は町内会の役員、民生委員、家族、社会福祉士の実習生で、区や地域包括支援センターの職員は交代で参加しています。事故報告や行事予定、避難訓練などについて説明し、参加者からは質問や助言などを話し合い、サービスの向上に活かしています。	
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取り組んでいる。	二ヶ月に一回、定期的に開催している運営推進会議、大和市グループホーム連絡会にて報告しています。他、随時連絡、相談しています。	運営推進会議に市の介護保険課の担当職員が参加した時に、事業所の抱えている問題や実情を話し合っています。担当職員も参加するグループホーム連絡会の研修会は事業所の会議室で開催しており、協力関係を築きながら連携を深めています。	

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
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。	勉強会、ケースカンファレンスの中で、身体拘束について学んでいます。言葉遣いも含め、職員が共有して拘束をしないケアの理解を深め、実践を心がけています。家族の理解をいただき、玄関は施錠しています。	拘束防止担当の職員を中心に、毎月開かれるケアカンファレンスの中で「身体拘束ゼロ」や「接遇マニュアル」などから一つのテーマを取上げ、勉強会を実施しています。言葉による弊害についても、チェックシートを活用して取り組んでいます。	
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。	ケースカンファレンスや勉強会の中でとりあげています。また、言葉遣いなども再検討し、全員で話し合える時間を作っています。		
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。	勉強会の中で学ぶ場を設けています。資料を配布し知識を高めています。利用者に関わらず、家族から相談があれば、成年後見制度などの説明を行い、アドバイスしています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居の問い合わせ、申し込みに応じて見学、アセスメントを行い、相談を受けています。契約時、解約時、改定時に不安や疑問点を聴き、説明を行なっています。		
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。	家族面会時に積極的に会話をし、利用者の近況を報告し、ホームに対する意見を伺っています。本人には、日々の生活の中で意見を聞き出しています。また、運営推進会議で家族の意見を聞いています。苦情窓口が市などにあることを契約時に説明しています。	殆どの家族は毎月1回以上訪問しています。訪問時に日常の「個人ケース記録」を見ながら話し合っています。運営推進会議では行事の様子や医療連携状況など報告し、要望などを把握しています。苦情窓口については契約時に丁寧に説明しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	日常業務は職員が主体で行えるようにしています。日々、管理者に意見や提案をしています。勉強会、ケースカンファレンスで意見交換をし、業務をスムーズに行えるようにしています。	職員一人ひとりが拘束や排泄・食事などについて分担制をとっています。毎月開催するケアカンファレンスで意見や要望などを出し合い、全員が運営に参加しています。利用者に担当職員を決めて馴染みの関係をつくり、サービスの向上を図っています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	面談を行い、意見交換しています。また、随時代表者へ管理者が職員の状況を報告し、把握するように努めています。		
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。	代表者は管理者に対し、職員全員の様々な研修参加を促し、内外部の研修参加をしています。毎日の業務の中で職員同士の意見交換により向上を図っています。		
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。	管理者は大和市グループホーム連絡会に参加して、他グループホームと定期的に意見交換をしています。職員間の交流も今年度行う予定になっています。		
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。	入居前のアセスメントを職員全員で共有しています。日々の会話、様子の中から不安なことを探り、傾聴しています。積極的にコミュニケーションをとり、話のしやすい関係づくり、信頼関係樹立のための働きかけを行なっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	問い合わせ、申し込み、契約時などにアセスメントを行います。職員全員で情報を共有しています。家族の訴えに共感し、思いを聞き出せるように関係を深めています。		
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。	問い合わせ、相談時に話を聴き、アセスメントをして、その方にとってグループホーム入居が必要なのか話し合っています。ケアプランセンター、包括支援センターにも相談し、アドバイスをもらっています。		
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。	人生の先輩として、豊かな知識と経験において、話を聴き、教えていただいています。毎日の食事作り、洗濯、掃除など、職員と共に利用者が出来ることを行なっています。暮らしの中で冗談があり、笑顔が利用者、職員共に多いです。		
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。	面会時、また、電話連絡して近況を報告し、本人への支援の相談をしています。敬老会、餅つきなど行事には一緒に参加していただいています。準備や進行の手伝いをいただいています。家族との外出支援をしています。理容をして下さる家族もいます。		
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。	面会、外出の支援をしています。友人や親戚の方など面会者に対し、訪問しやすい環境を整えるように配慮しています。	利用者が以前行っていた教会のイベントなどに職員の協力で参加しています。絵を描くなど、利用者が入所前に好きで身に付けている能力を発揮できるよう支援しています。家族や親族の協力で、行き慣れた温泉や自宅へ日帰りや宿泊外出をしています。	

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
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。	利用者同士が関わり合いを持てるように、職員が間に入り関係を持っています。居室を訪ねあい談笑していることもあります。自ら他利用者に関われない方には、孤立しないように気配りし、お互いを思い合える関係であるように支援しています。		
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。	家族了承のもと、他施設へ移られた方を面会に訪れ、様子をワーカーに伝え合っています。家族からの連絡、相談にも対応しています。		
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。	日常の会話の中や、改めて要望があればそれらを会議で話し合い、本人の希望になるべく添えるように努めています。職員全員が把握できるように連絡ノートなどに申し送っています。	入居時のアセスメントなどから、したい事、できる事などを把握しています。利用者の担当職員は、居室で1対1でリラックスしている時などに、思いや意向の把握に努めています。食材の調理や洗濯物たたみなど役割のある生活を実現しています。	
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。	入居前のアセスメントを個人ケースに綴り、職員全員で情報を共有しています。入居前に把握できなかった生活歴や暮らし方を家族、利用者本人から得て、情報の把握につとめています。		
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。	一人ひとりの日誌記録のほか、毎日の申し送りやカンファレンスでの報告、話し合いにより現状の把握をしています。必要に応じ、都度当日勤務者で話し合い、日々の変化にも対応しています。		

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。	家族、主治医に近況を報告し意見をいただいています。本人には、日々の会話の中で困っていること、したいことを聞いています。ケースカンファレンスで一人ひとりの現状を把握、共通理解してケアのあり方の検討をし、それを計画書に反映させています。	毎月、職員は担当利用者の心身の状況をモニタリングしています。その結果をユニットごとのケアカンファレンスで報告し、全員で検討して統一した対応をしています。本人や家族の要望、協力医の助言など取り入れて、介護計画を見直しています。	
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。	毎日の様子を個人ケース記録に、個別に出来るだけ詳細に記録しています。その記録に基づき、ケースカンファレンスで状況を報告し、ワーカー全員で情報を共有、対応を検討し、それを介護計画書に反映させています。		
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、その時々にも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。	急な家族との外出にも、安心して家族と出かけられるようにしています。また、外出時の排泄、食事の仕方なども困らないようにアドバイスしています。入院時には、看護師、主治医との面談にも同席し、情報提供、対応の相談など行なっています。		
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。	地域の阿波おどりに招かれています。地域のボランティアが行事の手伝いに来て下さります。地域防災協定を結び、災害時の相互協力を行うこととなっています。		
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、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。	本人、家族の希望で訪問診療、またはかかりつけ医に受診することを決めていただいています。訪問診療の連絡、調整をしています。主治医、家族への報告を行なっています。他かかりつけ医の受診時、血圧表などの提供、日常の様子を報告し支援しています。	かかりつけ医を継続して受診できるように支援していますが、殆んどの利用者は協力医療機関の訪問診療を受診しています。看護師の来訪も多く、適切な医療を受けることが出来ます。家族へも医療情報を適宜報告しています。	

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。	往診時に、日々の利用者の変化を報告し、アドバイスをもらっています。些細な変化も相談できます。また、体調変化がみられている時には、看護師からも連絡があり、状況報告を行なっています。連携して利用者の状況を把握しています。		
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。	入院時、病院への情報提供をしています。面会を頻繁に行い、担当看護師、主治医からの説明を受け、随時情報交換をしています。退院指導など、家族と同席しています。		
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。	面会時、または面談を設け、現状報告を随時行っています。体調変化がみられた時の家族の希望を確認、施設で出来ることの説明を行なっています。	特に重度化対応や終末期の指針はありませんが、看取りは行っています。事業所として出来ることを入居時に説明し、本人・家族の理解を得ています。今後、医療連携体制を取ると共に、重度化対応や看取りの指針を定め、体制を整えていくことにしています。	重度化対応や看取りの指針の作成を期に、重度化対応や看取りの方針について、ミーティングや研修などで全職員が共有し、意識を高めていくことが期待されます。
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。	心肺蘇生法、AEDの使用法、嚥下障害、緊急時の対応、救急搬送対応の勉強を行なっています。		
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。	火災、防災訓練を年2回行います。自治会の防災訓練に場所を提供し、一緒に避難訓練を行ってもらいます。地域と協定を結び、相互の協力をする事となっています。	防災訓練は夜間想定を含め、年2回実施しており、3日分の食料品を備蓄しています。地域とは、地域防災相互援助の協定を結んでいます。地域の防災訓練に場所や防災用具を提供し、参加しています。また、現在「水害・土砂災害を含む非常災害対策計画」を策定中です。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	利用者を人生の先輩として尊敬の念を持って接するように心がけています。人としての尊厳を大切にしています。日々、ケースカンファレンスで言葉遣いについて確認しています。利用者それぞれに、理解しやすい言葉を考えながら対応をしています。	利用者を人生の先輩として敬い、一人ひとりにあった声掛けで支援をしています。日頃から言葉遣いについて、利用者の誇りを傷つけたり、プライバシーを損ねたりしていないか確認し、注意を払っています。	
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。	日々の生活の中で「どうですか、どちらがいいですか」と自己決定出来るように働きかけています。意思疎通が困難な利用者に対しては、表情の確認などで何を言おうとされているのか、共に理解できるように努めています。		
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。	一日の流れの中で、本人の意思を尊重しながら働きかけをしています。その日の体調や気分で居室で休まれたり、食堂で過ごされたりしています。家族との外出も自由にされています。		
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。	着るものを一緒に選べる方は選んでいます。自分で決められない方は、同じ服にならないように配慮しています。行事の時には普段されない利用者も口紅、マニキュアなどをつけ笑顔になられています。		
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。	利用者一人ひとりの力が発揮できるように、出来ることをしていただいています。食事作りではそれぞれの役割ができています。食事の時間を待っている利用者は多く、個々の好みも献立の中に取り入れています。	調理は職員が交代で行っています。その日の献立を利用者と相談しながら決め、利用者と一緒に食材を買い物に行っています。利用者は出来る範囲で食事の手伝いをしています。利用者と職員が同じテーブルを囲み、楽しく食事をしています。	

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
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。	一日で10品目取れるようにチェックして献立を考えています。水分摂取の働きかけをしています。毎日の食事をチェックしています。食事量の少ない方は、ご本人の好むもので栄養を確保できるようにしています。体調変化時のみ水分量を記入しています。		
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。	全員が毎食後に口腔ケアを実施しています。各利用者の状態に応じて、声かけ、見守り、介助で対応しています。一人ひとりの状態に合わせて歯間ブラシ、スポンジなどを使用しています。夜間は義歯をお預かりして消毒しています。口腔内、気になることがあれば、訪問歯科医に相談、検診を受けています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを検証して把握しています。介助の必要な方は、排泄時間をワーカー同士が共有し、必要な時に排泄誘導を行なっています。また、その方の排泄サインを見逃さないように見守り、トイレで排泄していただけるように支援しています。	排泄チェック表で一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導をしています。トイレ誘導時の声掛けに注意を払い、プライバシーにも配慮しています。夜間おむつの人も、日中はリハビリパンツに換え、トイレでの排泄を促すように支援しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	便秘に良いとされる食材、メニューを取り入れています。便秘気味の方には、水分量を多く摂るようにしています。毎日ヨーグルトを召し上がっていただき、牛乳、プルーンなど随時使用しています。自分でできることはしていただき、身体を動かしています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者は入浴を楽しみにしています。その日の体調や気分に合わせて入浴出来るように支援しています。その日の体調や気分に合わせて、時間は15時から17時の間に入浴しています。	入浴は週2～3回としています。入浴前に体温を測り、体調や気分に応じて入浴するようにしています。入浴を嫌がる人には声掛けや対応の工夫をし、個々に合わせた入浴を支援しています。職員と利用者1対1で会話を楽しくするようにしています。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	利用者それぞれに、居室で休息しています。季節に合った寝具、温度の管理をしています。日中適度な活動が必要と判断した時には、仕事やレクリエーションの働きかけを行い起きていただくこともあります。入浴後から就寝までのリズムを作り安定させています。		
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。	変薬時だけでなく、状態の変化の様子観察しています。各利用者の処方箋をすぐに閲覧できるところで管理しています。薬の用途、副作用などを確認しています。往診医や薬剤師より説明を受け、疑問点などを問い合わせし、情報を共有しています。		
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。	その方の出来ることを見極め、調理、洗い物、掃除など家事において役割を持って行なえるように働きかけています。ボランティアによる演奏、誕生会、レクリエーション、季節ごとの行事、外食などを行い、気分転換しています。		
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。	食材の買い出しと一緒に出掛けています。外出行事を行なっています。外出した時は、皆で食事を楽しんでいます。家族にも参加を呼びかけ、地域の方のボランティアもお願いしています。個人の楽しみ、外食などは家族と一緒に出掛けられています。	行きたい利用者職員は、食材の買い出しに近隣のスーパーまで毎日のように出かけていますが、日常的な散歩や外出までは至っていません。また、季節に応じた外出行事も限られています。	利用者の気分転換やストレスの発散、五感刺激の機会として、短時間でも日常的な散歩の機会を作ることが期待されます。
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。	基本的には各利用者がお金の所持はしていません。買い物時にホームの支払いをしていただいています。財布、お金を持っていないと落ち着かない方には、ご自身で所持していただいています。		

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
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。	家族に確認のもと、本人希望時にはホームの電話を利用し、いつでも電話が出来るようにしています。携帯電話を使用することも、居室に電話を設置することも可能です。手紙の投函や、受け取りも行っています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節を感じられるように工夫した壁画を、利用者と共に飾り、皆さんと楽しんでいきます。常に掃除をし清潔を保っています。TV、音楽のボリュームにも配慮しています。行事の写真を展示し、利用者は写真の前を通るたびに足を止めて楽しんでいきます。	共有の空間は清潔で不快な臭いもなく、適度に明るくゆったりとしています。リビング兼食堂の一角には談話スペースがあり、ソファやテーブル、イスが置かれ、思い思いに過ごせます。調理の音や匂いが漂い、五感を刺激しています。壁面には行事写真が飾られ、利用者は楽しんでいきます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	利用者の意志で、食堂で過ごしたり、ソファで談話されたり、居室で休まれ、廊下ベンチで過ごすなど、その時々で移動され、自由に過ごされています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	個々に今まで使用していた家具を配置したり、壁には写真や絵をかけて、心地よく過ごせるようにしています。安全面において、椅子、テーブルに乗り危険があると判断した時には、家族に報告、相談し片付けるなどの対応をしています。	備え付けの備品以外は持ち込み自由で、タンスやイス、小物入れ、鏡など馴染みの家具や調度品を揃え、自分なりの居室づくりをしています。家具やベッドの配置は家族と相談しています。利用者は職員と共に部屋の清掃と換気を行っています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	廊下には手すりを設置しています。食堂は、キッチンと食卓に仕切りがなく、利用者がいつでも、流し、電磁調理器前に立てるようになっています。居室とトイレのドアが似ているため、トイレのドアには大きくトイレと分かるように掲示しています。		

事業所名	大和YMCAグループホーム
ユニット名	Bユニット

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。	「一人ひとりを大切にします」という分かりやすい理念を作り、一人ひとりの今まで生きて来た過程を尊重し、個別対応を心がけ、持っている思いを大切にしていきたいように理念を共有しています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	近隣のスーパー、お店に食材などの購入のため利用者がワーカーと一緒に外出しています。事業所は町内会に参加、自治会の防災訓練に場所を提供し、グループホームの避難訓練も一緒に行っています。祭りの時など、職員が手伝いに出かけています。		
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。	介護者教室などを開催する包括支援センターへの協力を行なっています。自治会の防災訓練など、地域の方々が集った場所で認知症の人の生活や理解力、支援方法などの話しをさせていただいています。		
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、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	二ヶ月に一回、定期的に運営推進会議を開催しています。行事や利用者の状態、また、ホームで対応に困っていることなどを報告し、アドバイスをいただいています。		
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。	二ヶ月に一回、定期的に開催している運営推進会議、大和市グループホーム連絡会にて報告しています。他、随時連絡、相談しています。		

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。	勉強会、ケースカンファレンスの中で、身体拘束について学んでいます。言葉遣いも含め、職員が共有して拘束をしないケアの理解を深め、実践を心がけています。家族の理解をいただいて、玄関は施錠しています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	ケースカンファレンスや勉強会の中でとりあげています。また、言葉遣いなども再検討し、全員で話し合える時間を作っています。		
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。	勉強会の中で学ぶ場を設けています。資料を配布し知識を高めています。利用者に関わらず、家族から相談があれば、成年後見制度などの説明を行い、アドバイスしています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居の問い合わせ、申し込みに応じて見学、アセスメントを行い、相談を受けています。契約時、解約時、改定時に不安や疑問点を聴き、説明を行なっています。		
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。	家族面会時に積極的に会話をし、利用者の近況を報告し、ホームに対する意見を伺っています。本人には、日々の生活の中で意見を聞き出しています。また、運営推進会議で家族の意見を聞いています。苦情窓口が市などにあることを契約時に説明しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	日常業務は職員が主体で行えるようにしています。日々、管理者に意見や提案をしています。勉強会、ケースカンファレンスで意見交換をし、業務をスムーズに行えるようにしています。		
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。	面談を行い、意見交換しています。また、随時代表者へ管理者が職員の状況を報告し、把握するように努めています。		
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。	代表者は管理者に対し、職員全員の様々な研修参加を促し、内外部の研修参加をしています。毎日の業務の中で職員同士の意見交換により向上を図っています。		
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。	管理者は大和市グループホーム連絡会に参加して、他グループホームと定期的に意見交換をしています。職員間の交流も今年度行う予定になっています。		
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。	入居前のアセスメントを職員全員で共有しています。日々の会話、様子の中から不安なことを探り、傾聴しています。積極的にコミュニケーションを取り、話のしやすい関係づくり、信頼関係樹立のための働きかけを行なっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	問い合わせ、申し込み、契約時などにアセスメントを行います。職員全員で情報を共有しています。家族の訴えに共感し、思いを聞き出せるように関係を深めています。		
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。	問い合わせ、相談時に話を聴き、アセスメントをして、その方にとってグループホーム入居が必要なのか話し合っています。ケアプランセンター、包括支援センターにも相談し、アドバイスをもらっています。		
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。	人生の先輩として、豊かな知識と経験において、話を聴き、教えていただいています。毎日の食事作り、洗濯、掃除など、職員と共に利用者が出来ることを行なっています。暮らしの中で冗談があり、笑顔が利用者、職員共に多いです。		
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。	面会時、また、電話連絡して近況を報告し、本人への支援の相談をしています。敬老会、餅つきなど行事には一緒に参加していただいています。準備や進行の手伝いをしていただいています。家族との外出支援をしています。理容をして下さる家族もいます。		
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。	面会、外出の支援をしています。友人や親戚の方など面会者に対し、訪問しやすい環境を整えるように配慮しています。		

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。	利用者同士が関わり合いを持てるように、職員が間に入り関係を持っています。居室を訪ねあい談笑していることもあります。自ら他利用者に関われない方には、孤立しないように気配りし、お互いを思い合える関係であるように支援しています。		
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。	家族了承のもと、他施設へ移られた方を面会に訪れ、様子をワーカーに伝え合っています。家族からの連絡、相談にも対応しています。		
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。	日常の会話の中や、改めて要望があればそれらを会議で話し合い、本人の希望になるべく添えるように努めています。職員全員が把握できるように連絡ノートなどに申し送っています。		
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。	入居前のアセスメントを個人ケースに綴り、職員全員で情報を共有しています。入居前に把握できなかった生活歴や暮らし方を家族、利用者本人から得て、情報の把握につとめています。		
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。	一人ひとりの日誌記録のほか、毎日の申し送りやカンファレンスでの報告、話し合いにより現状の把握をしています。必要に応じ、都度当日勤務者で話し合い、日々の変化にも対応しています。		

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。	家族、主治医に近況を報告し意見をいただいています。本人には、日々の会話の中で困っていること、したいことを聞いています。ケースカンファレンスで一人ひとりの現状を把握、共通理解してケアのあり方の検討をし、それを計画書に反映させています。		
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。	毎日の様子を個人ケース記録に、個別に出来るだけ詳細に記録しています。その記録に基づき、ケースカンファレンスで状況を報告し、ワーカー全員で情報を共有、対応を検討し、それを介護計画書に反映させています。		
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。	急な家族との外出にも、安心して家族と出かけられるようにしています。また、外出時の排泄、食事の仕方なども困らないようにアドバイスしています。入院時には、看護師、主治医との面談にも同席し、情報提供、対応の相談など行なっています。		
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。	地域の阿波おどりに招かれています。地域のボランティアが行事の手伝いに来て下さります。地域防災協定を結び、災害時の相互協力を行うこととなっています。		
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、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。	本人、家族の希望で訪問診療、またはかかりつけ医に受診することを決めていただいています。訪問診療の連絡、調整をしています。主治医、家族への報告を行なっています。他かかりつけ医の受診時、血圧表などの提供、日常の様子を報告し支援しています。		

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
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。	往診時に、日々の利用者の変化を報告し、アドバイスをもらっています。些細な変化も相談できます。また、体調変化がみられている時には、看護師からも連絡があり、状況報告を行なっています。連携して利用者の状況を把握しています。		
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。	入院時、病院への情報提供をしています。面会を頻繁に行い、担当看護師、主治医からの説明を受け、随時情報交換をしています。退院指導など、家族と同席しています。		
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。	面会時、または面談を設け、現状報告を随時行っています。体調変化がみられた時の家族の希望を確認、施設で出来ることの説明を行なっています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	心肺蘇生法、AEDの使用方法、嚥下障害、緊急時の対応、救急搬送対応の勉強を行なっています。		
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。	火災、防災訓練を年2回行います。自治会の防災訓練に場所を提供し、一緒に避難訓練を行ってもらいます。地域と協定を結び、相互の協力をすることとなっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者を人生の先輩として尊敬の念を持って接するように心がけています。人としての尊厳を大切にしています。日々、ケースカンファレンスで言葉遣いについて確認しています。利用者それぞれに、理解しやすい言葉を考えながら対応をしています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日々の生活の中で「どうですか、どちらがいいですか」と自己決定出来るように働きかけています。意思疎通が困難な利用者に対しては、表情の確認などで何を言おうとされているのか、共に理解できるように努めています。		
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。	一日の流れの中で、本人の意思を尊重しながら働きかけをしています。その日の体調や気分で居室で休まれたり、食堂で過ごされたりしています。家族との外出も自由にされています。		
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。	季節にあった衣類をタンスに入れて整理しています。自分で決められない方は、同じ服にならないように配慮しています。行事の時には普段されない利用者も口紅、マニキュアなどをつけ笑顔になられています。		
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。	利用者一人ひとりの力が発揮できるように、出来ることをしていただいています。食事作りではそれぞれの役割ができています。食事の時間を待っている利用者は多く、個々の好みも献立の中に取り入れています。		

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。	一日で10品目取れるようにチェックして献立を考えています。水分摂取の働きかけをしています。毎日の食事量をチェックしています。状態に応じて、刻みやミキサー食で対応しています。体調変化時のみ水分量を記入しています。		
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。	全員が毎食後に口腔ケアを実施しています。各利用者の状態に応じて、声かけ、見守り、介助で対応しています。一人ひとりの状態に合わせて歯間ブラシ、スポンジなどを使用しています。夜間は義歯をお預かりして消毒しています。口腔内、気になることがあれば、訪問歯科医に相談、検診を受けています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを検証して把握しています。介助の必要な方は、排泄時間をワーカー同士が共有し、必要な時に排泄誘導を行なっています。また、その方の排泄サインを見逃さないように見守り、トイレで排泄していただけるように支援しています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	便秘に良いとされる食材、メニューを取り入れています。便秘気味の方には、水分量を多く摂るようにしています。毎日ヨーグルトを召し上がっていただき、牛乳、プルーンなど随時使用しています。自分でできることはしていただき、身体を動かしています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者は入浴を楽しみにしています。その日の体調や気分に合わせて入浴出来るように支援しています。その日の体調や気分に合わせて、時間は15時から17時の間に入浴しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	利用者それぞれに、居室で休息しています。季節に合った寝具、温度の管理をしています。日中適度な活動が必要と判断した時には、仕事やレクリエーションの働きかけを行い起きていただくこともあります。入浴後から就寝までのリズムを作り安定させています。		
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。	変薬時だけでなく、状態の変化の様子観察しています。各利用者の処方箋をすぐに閲覧できるところで管理しています。薬の用途、副作用などを確認しています。往診医や薬剤師より説明を受け、疑問点などを問い合わせし、情報を共有しています。		
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。	その方の出来ることを見極め、調理、洗い物、掃除など家事において役割を持って行なえるように働きかけています。ボランティアによる演奏、誕生会、レクリエーション、季節ごとの行事、外食などを行い、気分転換しています。		
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るように支援している。	食材の買い出しと一緒に出掛けています。外出行事を行なっています。外出した時は、皆で食事を楽しんでいます。家族にも参加を呼びかけ、地域の方のボランティアもお願いしています。個人の楽しみ、外食などは家族と一緒に出掛けられています。		
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。	基本的には各利用者がお金の所持はしていません。買い物時にホームの支払いをしていただいています。財布、お金を持っていないと落ち着かない方には、ご自身で所持していただいています。		

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
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。	家族に確認のもと、本人希望時にはホームの電話を利用し、いつでも電話が出来るようにしています。携帯電話を使用することも、居室に電話を設置することも可能です。手紙の投函や、受け取りも行っています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節を感じられるように工夫した壁画を、利用者と共に飾り、皆さんと楽しんでいます。常に掃除をし清潔を保っています。TV、音楽のボリュームにも配慮しています。行事の写真を展示し、利用者は写真の前を通るたびに足を止めて楽しんでいます。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	利用者の意志で、食堂で過ごしたり、ソファで談話されたり、居室で休まれ、廊下ベンチで過ごすなど、その時々で移動され、自由に過ごされています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	個々に今まで使用していた家具を配置したり、壁には写真や絵をかけて、心地よく過ごせるようにしています。安全面において、椅子、テーブルに乗り危険があると判断した時には、家族に報告、相談し片付けるなどの対応をしています。		
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。	廊下には手すりを設置しています。食堂は、キッチンと食卓に仕切りがなく、利用者がいつでも、流し、電磁調理器前に立てるようになっていました。居室とトイレのドアが似ているため、トイレのドアには大きくトイレと分かるように掲示しています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 大和YMCAグループホーム

作成日： 平成29 年3 月8 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		重度化対応、終末期の指針がありません。	医療連携体制を取るとともに、重度化対応や見取りの指針を定め体制を整えていく。	指針の作成を期に、方針について内部研修を開き、介護員の意識を高め、対応を検討していく。	6ヶ月
2		利用者の外出機会が少なくなっている。	短時間でも日常の散歩の機会をつくる。	介護員で業務の見直し会議をひらき、どのように時間をつくることが出来るか検討していく。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月