

平成26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	1473600953	事業の開始年月日	平成17年6月1日
		指定年月日	平成17年6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 やまもも		
所在地	(245-0016) 神奈川県横浜市泉区和泉町7737-11		
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1月19日	評価結果 市町村受理日	平成27年5月15日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473600953&SVCD=320&THN0=14100>

【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)】

利用者様がその人らしく生き生きと暮らせるように、決まりごとは極力少なくし自宅での生活により近いものになるよう支援しています。自分で出来る事は自分でをモットーに利用者様の能力に応じて、さまざまな作業を行っていただいています。また、毎日の体操や廊下歩きなどで筋力低下を防ぎ出来る限り長い期間自分で出来る事が継続できるよう支援しています。生活の中で楽しみが持てるようレクリエーションや行事を、担当の職員が企画し実施しています。利用者様の参加については、強制的にならない様本人の希望や体調に合わせ柔軟に対応しています。

【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4階		
訪問調査日	平成27年2月24日	評価機関 評価決定日	平成27年5月7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)】

事業所は横浜市泉区と瀬谷区との境に位置し、相鉄いずみ野線いずみ野駅からバスで数分、「和泉台」バス停下車すぐの場所にあります。周りは畑が残り、事業所窓からは天気良ければ富士山を望むことができる静かな環境にあります。平成17年開設時からの利用者や職員もおり、10年間の事業所の暮らしの中で深い馴染みの関係を築いています。

<優れている点>

入居開始後から1週間・2～3週間・1ヶ月と期間を細かく区切り、利用者の意向や力が活かせるようなケアプランを作成しています。自分でできることは自分でをモットーに利用者の得意や力に応じて、さまざまな作業で活躍できるような場を提供しています。女性利用者の調理に関する一連の作業の手伝いのほか、男性利用者も職員の声かけに応じ、食器拭き、掃除、洗濯ものたたみなど楽しげに関わっています。利用者の希望や体調に合わせた柔軟な対応ができるよう、開設当初から勤務しているベテラン職員から新入職員まで連携を図りながら、事業所理念の一つである、「自分らしく生き生きと穏やかに暮らせる私たちの家」の実践につなげています。

<工夫点>

排泄チェック表の記載を色分けにして一目でわかるように工夫しています。職員間で利用者の排泄に関する情報の伝える場合は利用者をイニシャルで呼び、暗号のような言葉を使いプライバシーに配慮しています。

【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 やまもも
ユニット名	いちご

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、その時々々の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。	理念には地域との交流の大切さを掲げておりそれを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。	事業所独自の理念のほか、理念実現をより具体化するために毎年目標を設定しています。目標は、全職員の提案を基に管理者がまとめています。平成27年は職員同士のコミュニケーション・職員自らの自覚など4項目を決めています。	
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。	日々の散歩で挨拶を交わしたり定期的町内清掃には、利用者様と参加しています。夏祭りや防災訓練においては地域の方の協力を得ながら参加、実施し地域との交流に努めています。また、二ヶ月に一回大正琴のボランティアの方が来所され利用者様と共に過ごしています。	回覧版を回したり、近くの商店への買い物など近所付き合いをしています。地域の夏まつりや防災訓練に参加しているほか、事業所の流しソーメン大会や防災訓練お誘いチラシをポスティングするなど、地域との交流の機会を増やすよう努めています。	
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。	近所の商店に買い物に出かけたり回覧板を回したりし馴染みの関係を築いています。また、法人内のお祭りや防災訓練に参加していただき認知症の理解、支援について知っていただく機会を作っています。	/	/
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。	各事業所での個別開催となっており二ヶ月に一回のペースで年六回開催しています。地域との交流、災害時の協力体制などを中心に意見交流が深まっています。夜間想定避難訓練には委員の方にも参加していただき反省会において意見交換を行っています。	運営推進会議は、利用者、家族、自治会長、民生委員、地域ケアプラザと区職員の参加を得て、2ヶ月に一度定期的に開催しています。利用者を救急搬送する際の職員の対応について各立場からの意見を聞いています。	
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取り組んでいる。	運営推進会議に参加していただき取り組み状況を報告しています。グループホーム連絡会の研修等にも出来る限り参加し情報の共有に努めています。また、生活保護担当とは日頃から電話連絡を取る等の他、訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。	運営推進会議にて事業所の取り組み状況を報告しています。利用者の担当ケースワーカーと電話連絡など連携を密にしています。さらに年2回ほど担当者の訪問による利用者とも面談もあり、相互で協力しながら利用者支援につなげています。	

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。	身体拘束についてのマニュアルがあり勉強会やカンファレンスにおいて職員と共に学ぶことにより理解を深めています。玄関やテラス出入口については夜勤者のみになる時間を除いては開錠しており、職員が見守ることによって利用者様の安全を確保しています。	身体拘束をしないケアについての法人主催の勉強会や事業所内カンファレンスでは、具体的な例を挙げて拘束にあたる行為について理解を深めています。日中は、リビングからテラスへの出入口や玄関の施錠はありません。	
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。	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合える環境を作り、特に言葉の虐待防止に努めています。利用者様の身体に小さなあざなどを発見した時は記録に残し出来る限り原因を究明するよう努めています。		
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。	勉強会などで学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医等と話し合い支援していく体制を整えています。現在一名の利用者様が成年後制度を活用されており、担当者の定期的な訪問があります。		
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。	入居時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせし十分な説明を行っています。また、料金も含め介護保険制度の改正により変更になった部分に関してはその都度書類を作成説明し、疑問点がないか確認しています。		
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。	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、ご家族の意見、要望を記録に残すと共にカンファレンスを実施し改善に取り組んでいます。また、苦情受付担当者として施設部長がおり法人本部への相談もできるようになっています。ホーム玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し相談・要望等が直接出来る事を示しています。	面会時や家族会の機会を利用して家族の意見や要望を聞いています。意見が出た際はカンファレンスで話し合い、改善に努めています。また、玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し、外部にも意見要望を表せることを伝えています。	

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
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。	日常の申し送りや定期カンファレンスにおいて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。また、定期管理者会議において各事業所の意見や提案を検討しています。	カンファレンスで意見を出し合っていますが、利用者支援の改善事案については職員が考え工夫することを大切にしており、管理者は必要な部分のみ助言しています。管理者は職員からの意見を法人本部の管理者会議で提案し、検討しています。	
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。	努力や業績はその都度評価すると共に能力審査も行っています。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。職員の退職者が出た時は出来る限り迅速に職員の補充を行い、個々の負担が大きくなるようにしていません。また、職員間の交流やリフレッシュとして新年会、納涼祭、職員旅行を開催しています。		
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。	管理者研修をはじめ、施設部勉強会、教育研修会がありスキルアップを図っています。法人内に教育委員会があり職員の経験年数や所有資格等を把握しそれぞれに合わせた研修会を開催し職員のスキルアップに努めています。また、法人内にヘルパーカレッジがあり初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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。	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交流の機会を作っています。また、研修で得た情報や他ホームの良いところは積極的に取り入れるようにし、サービスの質の向上に努めています。		
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。	法人内の総合相談室に入居者担当がおり入居前にヒヤリングを行ない身体状況、要望、不安に思っていることを随時聞くようにしています。入居前に見学に来る機会があり、ホーム内見学や管理者との面接を行っています。その時点での質問、相談等を気軽に話すことが出来る様な雰囲気作りを心がけています。また、入居後もアセスメントを行いニーズ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
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。	利用者様同様、入居者担当が細かいヒヤリングを行っています。その際困っていることや不安なことを伺うようにし、また、何度でも話し合う機会があることを伝えており気軽に話しが出来る信頼関係を築くよう努めています。利用者様同様、入居前にはホーム見学、管理者との面接も行なっています。入居後も面会時や電話等でいつでも相談を受け付けていることを伝えていきます。		
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。	状況把握に努め、必要としていることの優先順位を見極めるようにしています。特に入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様もおられるのでモニタリング、アセスメントを重ね本人、ご家族の意向に合ったサービスが提供出来る様努めています。		
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。	利用者様と職員は共に地域で暮らしていく者同士として、お互いに支えあい協力し合って生活しているという意識を持つようにしています。また、利用者様は人生の先輩であり尊敬の念を忘れず接するようにしています。利用者様から教わることも多く、日常の作業等を協力し合っ行うことによって自身の存在価値を感じ、お互いになくはない存在と思っただけよう努めています。		
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。	利用者様の日常の様子を小まめに報告するようにしています。行事などの連絡は早めにし、一緒に参加できるよう配慮しています。また、訪問時や電話等でご家族の意見、要望を伺いケアプランに反映させています。		
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。	ご家族の協力を得て親戚や友人に面会に来ていただいています。年賀状や手紙を通じて遠方の親戚や友人との交流を続けている方も居られます。お墓参りや集会への参加等の希望がある時は介護タクシーやホームの車で対応できるようにしています。	家族の訪問のみならず、親戚や友人の面会を歓迎しています。思い出の場所への外出は、介護タクシーや事業所の車を利用しています。また、開設時からの利用者や職員の間には10年間の事業所の暮らしの中で深い馴染みの関係を築いています。	

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
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。	レクリエーションや行事等日々の活動を通じてコミュニケーションを取っています。また、仲の良い方同士が話しが出来る様食席を近くに作る等しています。逆に普段あまり話が出来ない利用者様は職員が間に入り皆の輪に入れるよう配慮しています。		
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。	ご家族の希望により特別養護老人ホームに移られた方がいます。ホームにおいての生活や食事面、体調面等をご家族や移動先の施設に伝えたりし、本人がより良い生活が送れるよう支援に努めています。		
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。	日常の何気ない会話や表情の中から利用者様の思いを汲み取りながら出来る限り意向に添った支援が出来るよう努めています。また、意思表示が困難な利用者様に対しては、ご家族の意見を聞いたり、日頃の様子観察を注意深く行ない本人の思いを察し、より近いものになるよう検討しています。	利用者と夜、ゆっくりと1対1で話す時に本音を聞いています。何げない日常会話の中であったり、言葉でのコミュニケーションが難しい場合も観察を注意深く行い、思いや意向を推し量っています。得られた情報はケース記録にて職員間で共有しています。	
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。	入居時のアセスメントやご家族からの情報、看護サマリー、ケースワーカーからの情報等を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活暦を聞いたり、その方の好きなこと得意なことを見つけることによってこれまでどのような生活をしてきたのか、またどのような生活を望んでいるのかを把握するよう努めています。		
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。	日常生活の様子を観察し、その方の一日の過ごし方や自身で行ったこと、会話等を個人ケース記録に毎日記録しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄、バイタル等を記録しています。それらの情報を基に毎日二回の申し送りにおいて報告しています。また、職員は出勤時に前回出勤以降の連絡帳、業務日誌記載事項に目を通し、継続的に状況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。	本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護とも連携し、情報を共有し現状に即した介護支援計画の作成を心がけています。利用者様の状態に変化があった時はその都度関係者に報告し、必要に応じて介護支援計画を変更するようにしています。	入居開始後から1週間・2～3週間・1ヶ月と丁寧な暫定プランを経て、長期6ヶ月、短期3ヶ月のケアプランを作成しています。プランに基づいた「ケース記録」を記録し、期間内であっても状況の変化に応じて見直しています。	
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。	介護支援計画に添った支援を行いその内容を中心に個別記録に記録しています。新たな課題や気になる点についても記録しそれらの情報を基に職員間で協議し介護支援計画の見直し、作成を行っています。		
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。	個別支援として買い物、美容院、外食等本人の希望がある時は時間を調整し支援しています。また、法人内の他事業所から車椅子対応の車を借りたり、介護タクシーを利用するし外出が困難な方の支援もしています。職員、ご家族共に付き添いが困難な場合はガイドヘルパー付き添いの下外出することも出来ます。		
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。	自治会に加入しており回覧板で情報を得て、出来る限り自治会の行事に参加しています。また、近所の商店に利用者様の希望する日用品や飲食物等を買に出かけています。戸外での歩行が難しい方は、ホームの車で対応したり本人の希望を聞いて職員が代行したりしています。		
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。	協力医療機関の内科、精神科があり本人、ご家族の希望を聞き主治医を決めていただき月二回の往診が受けられます。本人の状態によって主治医の変更も可能です。また、歯科、皮膚科の往診もあります。それ以外の受診についても主治医、訪問看護との連携により迅速に対応し適切な医療が受けられるよう支援しています。	利用者全員が事業所の協力医に切り替えています。必要時には皮膚科の往診も可能となっています。定期通院を継続する場合は、家族対応であったり、職員が付き添ったりと状況に合わせて対応しています。同法人内の訪問看護師を通じて24時間の連携協力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。	毎週一回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談、アドバイスが受けられます。医療連携ノートを活用しており主治医、看護師、介護職員が情報を共有しています。また、24時間連絡体制のため急変時にも相談、連携が取れます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医に報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され、適切に医療が受けられる体制を整えています。また本人、ご家族の意向も踏まえホームでの生活が可能で出来る限り早期に退院出来る様努めています。		
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。	重度化した場合には、主治医からの病状説明がありホームより「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた医療方針について本人、ご家族、看護師、ホーム側と協議し終末期医療の選択を行っています。ホームでのターミナルケアを行っており、各医療機関と連携し状況に応じた対応を行っています。	入居の際には「重度化した場合における対応に係る指針」を用いて説明し、状態の変化に伴い「看取りに関する指針」で話し合い、家族と密に方針を共有しています。ターミナルケアマニュアルを整備し、支援に取んでいます。昨年は複数人の看取りを行っています。	
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。	勉強会や外部研修等で応急手当や心肺蘇生の訓練を行っています。急変時、緊急時マニュアルを作成し、いざという時に迅速に対応できるように電話近くに掲示してあります。カンファレンス等で定期的を確認しています。		
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。	毎年二回ホームでの防災訓練を実施しています。内一回は、消防署員立会いの下、地域住民にも協力していただき夜間想定避難訓練を実施しています。災害時に備え非常用物品と三日分の水、食料を備蓄しておりミキサー食の方への対応も可能です。また、利用者様の内服薬等を記載した写真入りの緊急カードを作成し、緊急時に持ち出せるようになっています。	年に2回、防災訓練を実施しています。消防署員立ち合いの際は地域住民の参加を得て、夜間想定訓練を行っています。火災時は火元から一番遠い場所で利用者待機するようアドバイスを受けています。備蓄は「非常食チェック表」にて保管管理をしています。	

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
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。	個々の性格や生活暦を念頭におきながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。接遇面については勉強会等で学ぶ機会もあり、職員間でも利用者様のケアの方法について話し合っています。特に保清や排泄に関する声掛けや確認はプライドを傷つけないことや他の方に聞かれないようにする等プライバシーに十分配慮しています。	各ユニット前には「個人情報の取り扱いについて」を掲示しています。「個人情報開示確認表」を整備し、個人情報の管理をしています。職員同士で利用者をイニシャルで特定し、暗号のような言葉を使って会話する場合があります。	
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。	日常会話やレクリエーションを通して楽しみを持っていただき、思いや希望等を伝えやすい環境作りに努めています。生活の中で些細なことでも自分で選択する機会を積極的に作るようにしています。その際もその方の能力に応じて職員が選択肢を示す等し本人が答えやすいよう配慮しています。		
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。	それぞれの利用者様の生活スタイルやこれまでの生活習慣を尊重し、起床、就寝時間等柔軟に対応し、出来る限り一人一人のペースで生活していただくようにしています。レクリエーションや行事等の参加も無理強いくことなく本人の希望に添った対応を心がけています。		
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。	入浴時や外出時には、出来る限り本人の好みの衣類を選んでいただいています。また、新しい衣類等の要望があった時はご家族の協力を得ながら準備しています。職員同行で店に行きご自分で好みの物を選んで購入する方もいます。起床時には洗顔、整髪、髭剃りを行いご自分で出来ない方については介助しています。定期的に訪問理容があり外出することなくホームで散髪が出来ます。		
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。	その日のメニューを利用者様と一緒に決めたり、味見や盛り付け等を行っていただいています。ホームに畑があり一緒に収穫することで旬の食材や調理方法等の話をして、その方の好みを知ることにも出来ます。食事は職員、利用者様が同じテーブルに着き話しをしたりして食事時間が楽しくなるよう心がけています。下膳は基本的に各自行っていたり、出来ない方のみ職員が行っています。食器拭きをされる方もいます。また、法人内にバリアフリーの中華レストランがあり昼食会や配達があります。季節ごとの行事食や誕生会のお祝い、普段ホームでは食べることのできない寿司等の外食もあります。	利用者は、食材の下ごしらえや盛り付け、下膳、食器洗いなど手伝っています。職員も同じテーブルを囲み、収穫した庭の畑の野菜で作った料理を話題にするなど雰囲気作りを大切にしています。誕生日会での特別食や季節の行事食を楽しんでいます。時には回転すしやコーヒーを飲みに行くこともあります。	

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
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。	利用者様の状態に合わせ、ミキサー食や刻み食等を提供しています。食事・水分摂取量をその都度チェック表に記録し一日の集計を個人記録に残しています。摂取量に問題がある利用者様については、申し送りをし職員全員が把握出来るようにしています。その方の好みや摂取状況に合わせ調理方法を工夫したり、好きな飲み物を提供したりして、必要な栄養・水分が確保できるようにしています。どうしても栄養が不足してしまう方については、主治医に相談し経腸栄養剤を処方していただいています。		
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、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。	口腔ケアは毎食後行い、本人の能力に応じて見守りや介助を行なっています。その方に適した歯ブラシやスポンジブラシを使用し口腔内の清潔が保てるようにしています。週一回の訪問歯科があり治療や義歯の調節、口腔ケア、指導を受けています。		
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。	排泄チェック表を使用しその方の排泄パターンを把握するよう努めています。定時のトイレ誘導の他、落ち着きがない方を見逃さないようにトイレ誘導するようにし出来る限り失敗が少なくなるようにしています。また、その方が動かされたタイミングで声掛けする等スムーズにトイレに行く事が出来るよう配慮しています。	排泄チェック表の記載を色分けにして一目でわかるように工夫しています。利用者には出来るだけトイレで排泄できるように努めています。排泄に関する声掛けや確認は、他の利用者に関えないようにしています。	
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。	乳製品や食物繊維の多い食品等を工夫しながら献立に取り入れています。水分摂取の少ない方については小まめに声掛けする等しおやつ、食事時以外にも水分を摂っていただくようにしています。また、体操を毎日行なう他、廊下歩き等で身体を動かす機会を作っています。医療関係者とも連携し随時報告、相談をしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的には午前中で一日おきに入浴出来るようになっていますが、本人の状態や希望に添って柔軟に対応しています。入浴があまり好きでない方に対しては、強制的にならない様声掛けの工夫をし、週二回は入浴出来るよう促しています。どうしても入浴出来ない時は、足浴や清拭で対応しています。季節に合わせた菖蒲湯やゆず湯も行っています。また、身体状態によりホームのお風呂に入ることが困難になった方は、訪問入浴のサービスも受けられます。	週3回程程度の入浴を基本としています。あまり入りたがらない利用者に対しては、強制的にならない言葉掛けの工夫や声を掛けるタイミングを見るなどして入浴を促しています。介護度が高くなり、浴槽に入ることが困難な利用者には、法人の訪問入浴のサービス利用が可能です。	

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
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。	利用者様の体調や希望に応じて自由に休息していただいています。ご自分での意思表示が難しい方については、状態をよく観察し必要に応じて休息していただいています。日中は出来る限り活動的に過ごしていただき夜間の安眠に繋げています。また、室温や照明を適切に調整し快適に休息出来る様に努めています。		
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。	服薬基本マニュアルを作成し適切な服薬が行えるようにしています。また、個人服薬マニュアルも作成し確実に服薬していただいています。個人ケースファイルに最新の処方内容・薬の説明をファイリングしてあり、いつでも処方内容、服薬の目的、副作用等の注意点が確認出来るようになっていきます。症状の変化があった時は、個人記録に残すと共に主治医に報告し指示を仰いでいます。処方内容に変更があった時は申し送り等で職員全員に周知しています。		
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。	男性利用者様には、ごみ出しや荷物を運ぶ等の力仕事、女性利用者様には洗濯たたみや調理の手伝い等を中心に本人の得意なことを行っていただくようにしています。役割を依頼する時は本人の意向を確認し強制的にならないようにし、終了時には感謝の言葉を伝えるようにしています。また、他利用者様との兼ね合いを考え、役割分担をし途中で交代していただいたりし不快な気分にならない様配慮しています。また、飲み物は可能な限り本人の好みの物を提供するようにしホームに常時ない物に関しては、希望を伺い近所の商店で購入することもあります。余暇活動についてもそれぞれの好みや意思を尊重し柔軟に対応しています。		
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。	一人ひとりのその日の希望に添って外出することは、日常的には難しく行えていないのが現状です。ホームの庭に出て外気浴をしたり近隣の散歩や買い物等で少しでも戸外に出る機会を作っています。買い物や外食また集会への参加などの希望がある時には、ご家族の協力を得ながらホームの車や介護タクシー等を利用し出来る限り希望が叶えられるよう努めています。	日常的に散歩や買い物に出掛けています。近隣の美容室を行きつけにしている利用者もいます。定期的な外出で月1～2度は、音楽療法や外食に出かけています。季節ごとの外出は、花見、アジサイ鑑賞、こいのぼり見学、芋ほりなど楽しんでいきます。	
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。	現在、現金を所持している方はいませんが、希望がある時には対応できるようになっています。購入希望の商品がある場合は職員同行で買い物に出かけたり職員が代行して購入したりしています。		

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。	ご家族・友人への電話は100番通話（通話終了後、通話時間・料金をお知らせするサービス）を利用し自由にいただいています。手紙の投函については、確実に届くよう職員が住所や宛名、切手の確認を行い投函の支援をしています。		
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清掃を心がけています。リビングには、大きく見やすいカレンダーやイベントの写真を掲示したり季節の花を飾ったりして季節感を感じていただいています。また、適切な温度が保てるよう配慮し、日差しが強い時にはカーテンを閉めるようにして不快感のないようにしています。	利用者は職員と一緒にモップや掃除機掛け、手すり拭きなど行っています。リビングは床暖房や加湿器を適宜使用し温湿度に配慮しています。毎月発行の「はなもも通信」を掲示して、話題作りをしています。花や年中行事の飾りつけで季節感を演出しています。	
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。	リビングでの各自の席とは別にテレビの前にソファがあり自由に座って新聞を読んだりテレビを観たりして過ごしていただいています。ゲーム等をする時は普通の席とは違う席であっても座ることができるよう声掛けしています。参加については本人の希望に添って対応しています。		
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。	本人の使い慣れた家具や思い出の品、写真、位牌等を部屋に置くことで安心して生活出来るようにしています。ラジオやテレビを持ち込み、居室で楽しんでいる方もいます。家具や家電等居室に置きたいとの希望があった時は、ご家族とも相談し出来る限り本人の希望に添える様にしています。	各居室には、温度湿度計を設置しています。利用者の生活習慣に配慮して和室も用意しています。使い慣れた家具のほか、テレビ、大切な仏壇、趣味のCDやラジカセ、大正琴などを居室に持ち込んで、利用しています。	
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。	居室やトイレ等は解かり易く標示しています。居室、食席は基本的には変更しませんが、歩行能力や理解力を鑑みて安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう変更することもあります。リビングには大きな手作りカレンダーがあり、日付・曜日がすぐに解かるようにしてあります。安全面では手摺りの設置、利用者様の移動の妨げになるような物は極力置かないようにし歩行や車椅子の自操が安全に出来るようにしています。		

事業所名	グループホーム やまもも
ユニット名	さくらんぼ

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。	理念には地域との交流の大切さを掲げておりそれを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。		
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。	日々の散歩で挨拶を交わしたり定期の町内清掃には、利用者様と参加しています。夏祭りや防災訓練においては地域の方の協力を得ながら参加、実施し地域との交流に努めています。また、二ヶ月に一回大正琴のボランティアの方が来所され利用者様と共に過ごしています。		
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。	近所の商店に買い物に出かけたり回覧板を回したりし馴染みの関係を築いています。また、法人内のお祭りや防災訓練に参加していただき認知症の理解、支援について知っていただく機会を作っています。		
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。	各事業所での個別開催となっており二ヶ月に一回のペースで年六回開催しています。地域との交流、災害時の協力体制などを中心に意見交流が深まっています。夜間想定避難訓練には委員の方にも参加していただき反省会において意見交換を行っています。		
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。	運営推進会議に参加していただき取り組み状況を報告しています。グループホーム連絡会の研修等にも出来る限り参加し情報の共有に努めています。また、生活保護担当とは日頃から電話連絡を取る等の他、訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。		

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。	身体拘束についてのマニュアルがあり勉強会やカンファレンスにおいて職員と共に学ぶことにより理解を深めています。玄関やテラス出入り口については夜勤者のみになる時間を除いては開錠しており、職員が見守ることによって利用者様の安全を確保しています。		
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。	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合える環境を作り、特に言葉の虐待防止に努めています。利用者様の身体に小さなあざなどを発見した時は記録に残し出来る限り原因を究明するよう努めています。		
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。	勉強会などで学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医等と話し合い支援していく体制を整えています。現在一名の利用者様が成年後制度を活用されており、担当者の定期的な訪問があります。		
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。	入居時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせし十分な説明を行っています。また、料金も含め介護保険制度の改正により変更になった部分についてはその都度書類を作成説明し、疑問点がないか確認しています。		
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。	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、ご家族の意見、要望を記録に残すと共にカンファレンスを実施し改善に取り組んでいます。また、苦情受付担当者として施設部長がおり法人本部への相談もできるようになっています。ホーム玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し相談・要望等が直接出来る事を示しています。		

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。	日常の申し送りや定期カンファレンスにおいて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。また、定期管理者会議において各事業所の意見や提案を検討しています。		
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。	努力や業績はその都度評価すると共に能力考査も行っています。パート職員の労働時間は、個々の都合に合わせ柔軟に対応しています。職員の退職者が出た時は出来る限り迅速に職員の補充を行い、個々の負担が大きくなるようにしていません。また、職員間の交流やリフレッシュとして新年会、納涼祭、職員旅行を開催しています。		
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。	管理者研修をはじめ、施設部勉強会、教育研修会がありスキルアップを図っています。法人内に教育委員会があり職員の経験年数や所有資格等を把握しそれぞれに合わせた研修会を開催し職員のスキルアップに努めています。また、法人内にヘルパーカレッジがあり初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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。	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交流の機会を作っています。また、研修で得た情報や他ホームの良いところは積極的に取り入れるようにし、サービスの質の向上に努めています。		
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。	法人内の総合相談室に入居者担当がおり入居前にヒヤリングを行ない身体状況、要望、不安に思っていることを随時聞くようにしています。入居前に見学に来る機会があり、ホーム内見学や管理者との面接を行っています。その時点での質問、相談等を気軽に話すことが出来る様な雰囲気作りを心がけています。また、入居後もアセスメントを行いニーズ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
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。	利用者様同様、入居者担当が細かいヒヤリングを行っています。その際困っていることや不安なことを伺うようにし、また、何度でも話し合う機会があることを伝えており気軽に話しが出来る信頼関係を築くよう努めています。利用者様同様、入居前にはホーム見学、管理者との面接も行なっています。入居後も面会時や電話等でいつでも相談を受け付けていることを伝えています。		
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、必要としていることの優先順位を見極めるようにしています。特に入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様もおられるのでモニタリング、アセスメントを重ね本人、ご家族の意向に合ったサービスが提供出来る様努めています。		
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。	利用者様と職員は共に地域で暮らしていく者同士として、お互いに支えあい協力し合って生活しているという意識を持つようにしています。また、利用者様は人生の先輩であり尊敬の念を忘れず接するようにしています。利用者様から教わることも多く、日常の作業等を協力し合っ行うことによって自身の存在価値を感じ、お互いになくってはならない存在と思っただけよう努めています。		
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。	利用者様の日常の様子を小まめに報告するようにしています。行事などの連絡は早めにし、一緒に参加できるよう配慮しています。また、訪問時や電話等でご家族の意見、要望を伺いケアプランに反映させています。		
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。	ご家族の協力を得て親戚や友人に面会に来ていただいています。年賀状や手紙を通じて遠方の親戚や友人との交流を続けている方も居られます。お墓参りや集会への参加等の希望がある時は介護タクシーやホームの車で対応でき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
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。	レクリエーションや行事等日々の活動を通じてコミュニケーションを取っています。また、仲の良い方同士が話しが出来る様食席を近くにする等しています。逆に普段あまり話が出来ない利用者様は職員が間に入り皆の輪に入れるよう配慮しています。		
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。	ご家族の希望により特別養護老人ホームに移られた方がいます。ホームにおいての生活や食事面、体調面等をご家族や移動先の施設に伝えたりし、本人がより良い生活が送れるよう支援に努めています。		
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。	日常の何気ない会話や表情の中から利用者様の思いを汲み取りながら出来る限り意向に添った支援が出来るよう努めています。また、意思表示が困難な利用者様に対しては、ご家族の意見を聞いたり、日頃の様子観察を注意深く行ない本人の思いを察し、より近いものになるよう検討しています。		
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。	入居時のアセスメントやご家族からの情報、看護サマリー、ケースワーカーからの情報等を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活歴を聞いたり、その方の好きなこと得意なことを見つけることによってこれまでどのような生活をしてきたのか、またどのような生活を望んでいるのかを把握するよう努めています。		
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。	日常生活の様子を観察し、その方の一日の過ごし方や自身で行ったこと、会話等を個人ケース記録に毎日記録しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄、バイタル等を記録しています。それらの情報を基に毎日二回の申し送りにおいて報告しています。また、職員は出勤時に前回出勤以降の連絡帳、業務日誌記載事項に目を通し、継続的に状況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。	本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護とも連携し、情報を共有し現状に即した介護支援計画の作成を心がけています。利用者様の状態に変化があった時はその都度関係者に報告し、必要に応じて介護支援計画を変更するようにしています。		
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。	介護支援計画に添った支援を行いその内容を中心に個別記録に記録しています。新たな課題や気になる点についても記録しそれらの情報を基に職員間で協議し介護支援計画の見直し、作成を行っています。		
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。	個別支援として買い物、美容院、外食等本人の希望がある時は時間を調整し支援しています。また、法人内の他事業所から車椅子対応の車を借りたり、介護タクシーを利用するし外出が困難な方の支援もしています。職員、ご家族共に付き添いが困難な場合はガイドヘルパー付き添いの下外出することも出来ます。		
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。	自治会に加入しており回覧板で情報を得て、出来る限り自治会の行事に参加しています。また、近所の商店に利用者様の希望する日用品や飲食物等を買に出かけています。戸外での歩行が難しい方は、ホームの車で対応したり本人の希望を聞いて職員が代行したりしています。		
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、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。	協力医療機関の内科、精神科があり本人、ご家族の希望を聞き主治医を決めていただき月二回の往診が受けられます。本人の状態によって主治医の変更も可能です。また、歯科、皮膚科の往診もあります。それ以外の受診についても主治医、訪問看護との連携により迅速に対応し適切な医療が受けられるよう支援しています。		

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。	毎週一回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談、アドバイスが受けられます。医療連携ノートを活用しており主治医、看護師、介護職員が情報を共有しています。また、24時間連絡体制のため急変時にも相談、連携が取れます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医に報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され、適切に医療が受けられる体制を整えています。また本人、ご家族の意向も踏まえホームでの生活が可能な段階で出来る限り早期に退院出来る様努めています。		
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。	重度化した場合には、主治医からの病状説明がありホームより「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた医療方針について本人、ご家族、看護師、ホーム側と協議し終末期医療の選択を行っています。ホームでのターミナルケアを行っており、各医療機関と連携し状況に応じた対応を行っています。		
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。	勉強会や外部研修等で応急手当や心肺蘇生の訓練を行っています。急変時、緊急時マニュアルを作成し、いざという時に迅速に対応できるように電話近くに掲示してあります。カンファレンス等で定期的を確認しています。		
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。	毎年二回ホームでの防災訓練を実施しています。内一回は、消防署員立会いの下、地域住民にも協力していただき夜間想定避難訓練を実施しています。災害時に備え非常用物品と三日分の水、食料を備蓄しておりミキサー食の方への対応も可能です。また、利用者様の内服薬等を記載した写真入りの緊急カードを作成し、緊急時に持ち出せるようになっていきます。		

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
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。	個々の性格や生活暦を念頭におきながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。接遇面については勉強会等で学ぶ機会もあり、職員間でも利用者様のケアの方法について話し合っています。特に保清や排泄に関する声掛けや確認はプライドを傷つけないことや他の方に聞かれないようにする等プライバシーに十分配慮しています。		
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。	日常会話やレクリエーションを通して楽しみを持っていただき、思いや希望等を伝えやすい環境作りに努めています。生活の中で些細なことでも自分で選択する機会を積極的に作るようにしています。その際もその方の能力に応じて職員が選択肢を示す等し本人が答えやすいよう配慮しています。		
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。	それぞれの利用者様の生活スタイルやこれまでの生活習慣を尊重し、起床、就寝時間等柔軟に対応し、出来る限り一人一人のペースで生活していただくようにしています。レクリエーションや行事等の参加も無理強いすることなく本人の希望に添った対応を心がけています。		
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。	入浴時や外出時には、出来る限り本人の好みの衣類を選んでいただいています。お化粧をされたり着物を着たりする方もいます。また、新しい衣類等の要望があった時はご家族の協力を得ながら準備しています。職員同行で店に行きご自分で好みの物を選んで購入する方もいます。起床時には洗顔、整髪、髭剃りを行いご自分で出来ない方については介助しています。定期的に訪問理容があり外出することなくホームで散髪が出来ます。		
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。	その日のメニューを利用者様と一緒に決めたり、味見や盛り付け等を行っていただいています。ホームに畑があり一緒に収穫することで旬の食材や調理方法等の話をして、その方の好みを知ることも出来ます。食事は職員、利用者様が同じテーブルに着き話しをしたりして食事時間が楽しくなるよう心がけています。下膳は基本的に各自行っていただき、出来ない方のみ職員が行っています。食器拭きをされる方もいます。また、法人内にバリアフリーの中華レストランがあり昼食会や配達があります。季節ごとの行事食や誕生会のお祝い、普段ホームでは食べること		

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。	利用者様の状態に合わせ、ミキサー食や刻み食等を提供しています。食事・水分摂取量をその都度チェック表に記録し一日の集計を個人記録に残しています。摂取量に問題がある利用者様については、申し送りをし職員全員が把握出来るようにしています。その方の好みや摂取状況に合わせ調理方法を工夫したり、好きな飲み物を提供したりして、必要な栄養・水分が確保できるようにしています。どうしても栄養が不足してしまう方については、主治医に相談し経腸栄養剤を処方していただいています。		
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、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。	口腔ケアは毎食後行い、本人の能力に応じて見守りや介助を行なっています。その方に適した歯ブラシやスポンジブラシを使用し口腔内の清潔が保てるようにしています。週一回の訪問歯科があり治療や義歯の調節、口腔ケア、指導を受けています。		
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。	排泄チェック表を使用しその方の排泄パターンを把握するよう努めています。定時のトイレ誘導の他、落ち着きがない方を見逃さないようにトイレ誘導するようにし出来る限り失敗が少なくなるようにしています。また、その方が動かされたタイミングで声掛けする等スムーズにトイレに行く事が出来るよう配慮しています。		
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。	乳製品や食物繊維の多い食品等を工夫しながら献立に取り入れています。水分摂取の少ない方については小まめに声掛けする等しおやつ、食事時以外にも水分を摂っていただくようにしています。また、体操を毎日行なう他、廊下歩き等で身体を動かす機会を作っています。医療関係者とも連携し随時報告、相談をしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的には午前中で一日おきに入浴出来るようになっていますが、本人の状態や希望に添って柔軟に対応しています。入浴があまり好きでない方に対しては、強制的にならない様声掛けの工夫をし、週二回は入浴出来るよう促しています。どうしても入浴出来ない時は、足浴や清拭で対応しています。季節に合わせた菖蒲湯やゆず湯も行っています。また、身体状態によりホームのお風呂に入ることが困難になった方は、訪問入浴のサービスも受けられます。		

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。	利用者様の体調や希望に応じて自由に休息していただいています。ご自分での意思表示が難しい方については、状態をよく観察し必要に応じて休息していただいています。日中は出来る限り活動的に過ごしていただき夜間の安眠に繋げています。また、室温や照明を適切に調整し快適に休息出来る様に努めています。		
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。	服薬基本マニュアルを作成し適切な服薬が行えるようにしています。また、個人服薬マニュアルも作成し確実に服薬していただいています。個人ケースファイルに最新の処方内容・薬の説明をファイリングしてあり、いつでも処方内容、服薬の目的、副作用等の注意点が確認出来るようになっています。症状の変化があった時は、個人記録に残すと共に主治医に報告し指示を仰いでいます。処方内容に変更があった時は申し送り等で職員全員に周知しています。		
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。	男性利用者様には、ごみ出しや荷物を運ぶ等の力仕事、女性利用者様には洗濯たたみや調理の手伝い等を中心に本人の得意なことを行っていただくようにしています。役割を依頼する時は本人の意向を確認し強制的にならないようにし、終了時には感謝の言葉を伝えるようにしています。また、他利用者様との兼ね合いを考え、役割分担をし途中で交代していただいたりし不快な気分にならない様配慮しています。また、飲み物は可能な限り本人の好みの物を提供するようしホームに常時ない物に関しては、希望を伺い近所の商店で購入することもあります。		
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。	一人ひとりのその日の希望に添って外出することは、日常的には難しく行えていないのが現状です。ホームの庭に出て外気浴をしたり近隣の散歩や買い物等で少しでも戸外に出る機会を作っています。買い物や外食また集会への参加などの希望がある時には、ご家族の協力を得ながらホームの車や介護タクシー等を利用出来る限り希望が叶えられるよう努めています。		
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。	現在、現金を所持している方はいませんが、希望がある時には対応できるようになっています。購入希望の商品がある場合は職員同行で買い物に出かけたり職員が代行して購入したりしています。		

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。	ご家族・友人への電話は100番通話（通話終了後、通話時間・料金をお知らせするサービス）を利用し自由に使わせていただいています。手紙の投函については、確実に届くよう職員が住所や宛名、切手の確認を行い投函の支援をしています。		
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清掃を心がけています。リビングには、大きく見やすいカレンダーやイベントの写真を掲示したり季節の花を飾ったりして季節感を感じていただいています。また、適切な温度が保てるよう配慮し、日差しが強い時にはカーテンを閉めるようにして不快感のないようにしています。		
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。	リビングでの各自の席とは別にテレビの前にソファがあり自由に座って新聞を読んだりテレビを観たりして過ごしていただいています。ゲーム等をする時は普通の席とは違う席であっても座ることができるよう声掛けしています。参加については本人の希望に添って対応しています。		
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。	本人の使い慣れた家具や思い出の品、写真、位牌等を部屋に置くことで安心して生活出来るようにしています。ラジオやテレビを持ち込み、居室で楽しまれている方もいます。家具や家電等居室に置きたいとの希望があった時は、ご家族とも相談し出来る限り本人の希望に添える様にしています。		
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。	居室やトイレ等は解かり易く標示しています。居室、食席は基本的には変更しませんが、歩行能力や理解力を鑑みて安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう変更することもあります。リビングには大きな手作りカレンダーがあり、日付・曜日がすぐに解かるようにしてあります。安全面では手摺りの設置、利用者様の移動の妨げになるような物は極力置かないようにし歩行や車椅子の自操が安全に出来るようにしています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 やまもも

作成日： 平成 27年 5月 13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	27	利用者様の変化や対応などの記録を行っているが、職員によって理解にズレがあったりし正確な共有ができていないと思われる。	情報の正確な共有をし、統一した対応が行えるようにする。	今まで通り、業務日誌や連絡ノートへの記録は行っていき、プラス管理者・主任が一人一人の職員に対して口頭で説明したり、質問を受け付けたりして全員が同じ理解をしているかどうかを確認する。また、日々のケアの中で異なった理解をしていると思われる職員については、その場で対応する。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月