

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1473000691
法人名	有限会社エムアンドエル
事業所名	グループホームひだまり式番館
訪問調査日	平成28年11月17日
評価確定日	平成29年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPRATION

○項目番号について

外部評価は20項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[次ステップに向けて期待したい内容]

次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

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	1473000691	事業の開始年月日	平成15年9月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	有限会社エムアンドエル			
事業所名	グループホームひだまり式番館			
所在地	(2 4 2 - 0 0 2 5) 神奈川県大和市代官 2 - 7 - 7			
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	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成28年10月1日	評価結果 市町村受理日	平成29年4月19日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>当グループホームは、平成24年2月に柳橋二丁目より代官二丁目に移転し5年目になりました。</p> <p>春には、桜の名所の千本桜を楽しみながら、利用者様と職員で散歩しております。現在、自力歩行の難しい利用者様は2名いらっしゃいますが、他の利用者様は比較的自立度が高く、「自分の出来る事は、自分でやりましょう。自分で出来る事が一番の幸せです。」をホームの暮らしの心得として、生活しています。</p>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Y ビル2F		
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3月31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>①この事業所は有限会社エムアンドエルの運営です。同法人は大和市内でグループホームを2事業所を展開しており、そのうちの1ヶ所がここ「グループホームひだまり式番館」です。この事業所は「グループホームひだまり」を開設して1年後に開設しました。法人の理念に「少しでも長く自立した生活を営むことが出来るようにする」を掲げ、「自分の出来る事は自分でやりましょう。自分で出来る事が、一番の幸せです。」を事業所の心得として、ケアに努めています。この事業所は小田急線「高座渋谷駅」から徒歩20分程の距離にありますが、道中の千本桜商店会を抜けた閑静な住宅街の一角にあり、近くには代官中央公園もあります。</p> <p>②管理者は職員の教育に力を入れて取り組んでいます。10年以上の経験ある職員を中心として、職員が自分達で考えて対応できるようになって欲しいとの思いから、常に利用者のことを注意深く観察し、申し送りでも細かく利用者の様子等を伝える、積極的に行動を起こすように伝えていきます。昨年度は入居者の入れ替わりがあり、利用者同士のトラブルもあったことから、利用者間の関係作りにも取り組んできました。管理者をはじめとして、10年以上の経験がある職員もおり、申し送りやスタッフ会議の中で細かく利用者について話し合いを繰り返し、利用者一人ひとりの性格や個性を全職員が把握したケアを行ったことで、利用者が不穏になる事もなくなり、利用者が落ち着いて過ごせる環境の中で少人数の良さを生かしたケアの実践に努めています。</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
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	グループホームひだまり式番館
ユニット名	

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3, 利用者の1/3くらいの 4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3, 家族の1/3くらいと 4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	利用者が、少しでも長く自立した生活を送ることが出来るように、手を出し過ぎない介護に管理者と職員は努めている。また、日常的に地域の」かたと触れ合うことで、ホームが孤立せず、地域の一員になれるように努力している。	法人の理念「少しでも長く自立した生活を営むことが出来るようにする」を踏まえて、自分で出来る事は、自分でやりましょう。」をモットーとして、利用者に率先してやってもらえるよう手を出し過ぎないケアに努めています。		今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入し、缶やびん、ダンボール等の資源ごみをだしている。	自治会に加入し、地域の盆踊り、防災訓練、清掃活動に利用者と一緒に参加しています。地域の方と一緒に関わる機会を増やすことで、事業所の周知と認知症についての理解を深めていただけるように取り組んでいます。		今後の継続
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	地域の行事、合同清掃等に参加し、地域の方にも利用者の支援をして頂くこともある。地域の方と職員と一緒に利用者に関わることで、職員の対応等を見て頂き、認知症についての理解を深めて頂いている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議では、利用者の近況報告し現況を理解して頂いている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。メンバーは自治会長、民生委員、町内会会員、包括支援センター職員の参加を得て開催しています。事業所の活動・状況報告や時節の感染症についての資料も作成して渡したり、職員が参加した研修についても内容を報告しています。また、事業所では10日分の備蓄を保管しているので、災害時は地域の方にも提供することを呼びかけています。		今後の継続
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	2ヶ月に一度の運営推進会議を開催し、市の担当者にも出席して頂いている。会議では、事業所の実情の理解と意見を頂いている。また、サービス相談員派遣事業についても、受け入れを行い連携をとっている。	市の職員とは年1回運営推進会議に参加いただいている他、グループホーム連絡会に参加した際に情報交換等を行っています。また、生活保護受給者の受け入れも行っている関係でも連絡を密に取り合っています。介護相談員も月2回の来所もあります。		今後の継続

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	身体拘束について理解しており、緊急時の対応について、スタッフ会議を行い利用者に合わせた対応に取り組んでいる。	身体拘束については職員会議や日頃から拘束に該当する行為やスピーチロックについて職員に話し全職員に周知しています。身体拘束の手引きも事務所の目に付きやすい所に置き、誰でも閲覧できるようにしています。事業所では拘束を行わずに、早期解決できるよう職員間で話し合い、利用者に合わせた対応で取り組んでいます。	今後の継続	
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	職員は、虐待しないことの理念を理解して介護している。また、利用者の身体の傷や打撲の有無についても、いつでもどこでできたものか、細かく観察している。			
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在、成年後見制度を利用している利用者はいないが、知識としては学んでいる。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約の際、十分な説明を行い、納得してサインを頂いている。また、希望により、事前に契約書をお渡しし、検討して頂くことも行っている。			
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	平成19年11月より、介護サービス相談員派遣事業を利用している。毎月1回来訪し、利用者とは話し、利用者の気持ちや考え等を聴いて頂いている。家族の意見等は、面会時に職員が伺い、管理者や代表に伝えるように徹底している。	利用者からの意見や要望については、月1回来所している介護相談員からの話を利用者の声として受け止めています。家族からの意見については、電話や来所時に利用者の様子を伝えると共に、意見や要望を伺っています。事業所では家族会もありますが、近年は開催できていない現状なので、今後は開催できるようにしたいと考えています。	今後の継続	

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	運営に関する職員の意見は、まず管理者が聴き、他職員の考え等もまとめ、代表に伝えるようにしている。毎日の日勤や夜勤の交代時に意見交換している。	管理者は連絡ノートを活用したり、日頃から職員とのコミュニケーションを図ることで職員からの意見を聞いています。また、引継ぎ時や会議の際にも職員から話を聞き業務改善に繋げています。内容によっては代表に伝え、結果を各ユニットの会議で伝えています。	今後の継続	
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	年1回の昇給や利用者のサービス提供加算や若年性加算、処遇改善加算を職員に按分している。また、勤務については、管理者が、休みや労働時間の希望を配慮して勤務表をたてている。			
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	県内他市との相互研修や大和市並びに保健所主催の講習を受講するように努めている。また、採用後研修期間を設けて熟練した職員が指導している。			
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	県内他市のグループホームの交流会に参加し、ネットワークづくりや情報交換の場づくりをしている。			
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	ホームの見学時や入所時に、本人や家族から話を良く聴き、不安や心配に対し、配慮出来るように努めている。また、他利用者との仲をもち、入所時に寂しい思いをしないように心配りし、話しやすい座席等に配慮している。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ホームの見学時や入所時に、家族の話を良く聴き、不安や困っている事に対してのホームの対応を理解して頂くようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ケアマネーが入所前や入所時に情報収集し、本人と家族が必要としている支援と、ホーム側で必要と判断した支援等を含め、ケアプランをたてて介護を実践している。		
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	なるべく、残存能力が低下しないように、手を掛け過ぎない介護に努めている。また、料理や掃除等職員と一緒にいき、能力が発揮できるように支援している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	職員は面会時や電話にて、利用者の情報を提供し、家族の意向を確認しながら支援することで、共に利用者を支え合う関係をつくっている。		
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	利用者の希望を家族等に伝え、馴染みの人との面会や外出等を行っている。	家族からの情報を基に日々の関わりの中で利用者のなじみの人や場所について話しをしたりしながら、昔の思い出を忘れないように支援しています。家族や友人との電話の取り次ぎや家族と墓参りに行く方もおり、個々に馴染みの人や場所との関係が途切れないように努めています。	今後の継続

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	職員は利用者が、他利用者と一緒にのテーブルで食べながら会話し、楽しめる雰囲気づくりをしている。その他、レクリエーションでは、それぞれの得意としているものを用意し、互いを認め合えるように支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	契約終了前に、今後の方向性について情報を提供している。また、家族が困らないように、他の支援が確保されてから契約を終了している。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入所時、本人に暮らし方の希望や意向を確認し、家族の同意の上で、本人の希望や意向に沿った生活が送れるように支援している。認知症の為、希望や意向に沿うことが、現実的でない事が多く、何度も説明し、納得して頂くように努めている。	入所時に家族や本人から希望や意向を確認し基本情報シートに記録しています。本人の希望や意向に沿った支援が出来るように努めていますが、難しいこともあるので、納得していただけるように説明しています。日々の関わりの中で本人から聞かれた言葉や思いは個人記録や業務日誌にも記載し、職員間で情報共有しています。	今後の継続
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	ホームの見学や入所時に、本人や家族より情報を収集している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ホームの見学や入所時に、本人や家族より情報を収集している。また、実際の状況を生活していく中で把握し、ケアプランに反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族の面会時や電話で、利用者の現状を理解して頂いている。その上で、本人・家族の希望を確認し、ホームで出来る支援について説明し、ケアプランに反映させている。	入居時に作成する基本情報シートを基に、本人や家族からどのような生活を送りたいか希望を確認した上で暫定の介護計画を作成しています。その後はケア記録、経過記録を参考にしながらアセスメントで意見を出し合い、現状に即した介護計画を作成しています。	今後の継続
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	日々の様子やケアの実践・結果は、ケアプランに沿って個別に記録している。気づきや工夫は、申し送り時に職員間で共有している。また、ケアプランの変更等しながらケアしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	利用者の過半数は、生活保護受給者で家族等、頼れる人がいない状況なので、通院介助や日用品の買出しの付き添い等、必要に応じた支援を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ホームの近くの公園へ、他利用者も交えて散歩に行ったり、日用品や衣料品の買い物に行ったりしている。		
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	ホームに往診して頂いている医師がいるが、本人や家族の希望を優先しており、かかりつけ医を変更せず、継続受診も可能として受け入れている。	入居時にかかりつけ医の有無を確認し、希望に沿った医療機関で受診できるように支援しています。内科の協力医療機関は月に2回、歯科の訪問は週1回、口腔ケアに来ていただいています。皮膚科や眼科等の専門医については、家族対応での通院をお願いしています。また、職員として看護師も配置しており、週3、4回シフトに入っているため、利用者も職員も安心できる体制が整っています。	今後の継続

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	看護師は、週2回勤務し介護職員から情報を収集して、利用者の健康管理している。また、状態を家族や主治医に報告し、早期対応に勤めている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者の入院時、家族と共に主治医より、病状についての説明をうけ、経過等の情報収集し、早期に退院できるように連携をとっている。また、退院後の通院等の付き添いの協力を行っている。		
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	入居契約時に、重度化した場合や終末期のあり方について説明している。また、主治医の判断の元、終末期を迎えている利用者の家族に、主治医より説明して頂いている。そして、家族の希望を確認しホームでの対応について話し合いを行っているまた、家族のいない利用者に対しても終末期の希望を確認している。	入居時に重度化や終末期における指針について説明し同意書を交わしています。主治医の診断により時期が近いと判断された段階で、家族、医師、管理者、看護師の資格を有している代表とで話し合いの場を設け、事業所で出来る事と出来ない事を説明したうえで、家族の意向に沿った支援を行っています。	今後の継続
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	急変や事故発生時の対応については、マニュアルを作成し、対応を徹底させている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	災害時の避難訓練を年2回以上実施している。また、町内会の行事に参加したり、近隣を散歩しているので、地域の方がたに認知して頂いている。	消防職員立会いの訓練と事業所内での訓練を合わせて年2回以上の訓練を実施しています。町内の避難訓練にも職員が参加し、その際に災害時の協力体制の確認も確認を行っています。事業所では備蓄品を10日分は確保しており、運営推進会議で地域の方に周知したり、見守りをお願いしています。	今後の継続

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	利用者個人に合わせ言葉を選び、他利用者の前で傷つけるような声かけにならないように気を配っている。	人格の尊重やプライバシーについては、研修や毎日の申し送りの中でも話し、人格やプライバシーを損ねることの無いよう、職員に周知しています。一人ひとりに合わせて言葉を慎重に選びながら話したり、他の人に聞かれたくないことは耳元で話す等、配慮しながら対応しています。	今後の継続
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	個人の希望に添うことが出来る事は、本人の希望を確認し支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	利用者は食事以外は、基本的に一日を居室で過ごしてもホールで過ごしてもどちらを選択しても良い。また、散歩も利用者の希望が優先している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	衣類の選択が出来る利用者は、自分の好みで着脱している。また、利用者の希望で衣類の購入に出かけることもある。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備として、利用者にテーブル拭きしていただき、食事開始の挨拶の順番を決めて皆で一緒に食事している。。メニューは、希望を考慮し、個人に合わせて変えたりしている。	メニューは自前で考え、食材は生協やスーパーへ買い出しに行っています。手伝いが出来る方には、味付けや食材を刻んだり、下膳等を手伝っていただいています。旬の食材を取り入れ季節感を感じてもらえるようにしたり、パン好きの方もいるので1週間に1回は昼食にサンドイッチを出すなど個々の好みに合わせて工夫しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎食の摂取量や水分量を観察し、利用者の体調管理している。義歯や自歯の状態に合わせて、きざみ食やおかゆに変えて、食べやすいように工夫している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、歯磨き誘導している。また、自力不可の利用者には、職員が歯磨き介助している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	便意や尿意を訴えない利用者であっても、排泄のサインをキャッチしたり、時間誘導する事で排泄の意識づけを促し、排泄の自立につながるように支援している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	毎日の排便の確認を行い、便秘がちな利用者には、水分摂取を増やしたり、散歩を促している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	一人で入浴できる利用者であっても、全く見守りも必要ないという利用者がいない為、その日の体調に合わせて入浴順番を決めて支援している。	入浴は週2回、時間は午前中としていますが、順番は決めずに利用者の体調や気分に合わせて、その人のタイミングで入浴できるように支援しています。自立している方でも見守りが必要ない訳ではないので、声かけしながら入っていただくようにしています。	今後の継続

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	希望により居室で休息したり、職員が利用者の状況を判断、日中に居室に誘導する等で、安心して気持ちよく過ごせるように支援している。また、入床時や起床時等の室温の管理を行い良眠に努めている。			
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	利用者の服薬ファイルを作成し、服薬の管理と症状の変化の観察に努めている。また、二週間に一度の往診時、主治医に状態を報告し、服薬調整する事で穏やかな生活が送れるように支援している。			
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	入居前の生活歴や趣味等の情報を収集し、会話の話題にしたり、利用者の力を発揮できる場作りにし、ホームの生活に活かせるように支援している。			
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	晴れた日は、なるべく多くの利用者に声をかけ、散歩に誘導している。また、一人で歩ける利用者は、おやつや買い物にも付き添っている。	天気や気候の良い日にはなるべく多くの利用者に声をかけ、近場にある公園まで散歩を促しています。また、家族が来所した際に外出に行ったり、職員と一緒に近くのコンビニまで買い物に行く方もいます。毎年季節行事として初詣や花見に出かけたり、ベランダで行うバーベキューは利用者も楽しみになっています。		今後の継続
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	お金を個人管理していると、物盗られ妄想につながるため、入居時に家族の了承のもと、お金はホームで管理している。職員付き添いで買い物に行った時は、レジでの支払いを職員が見守りながら行っている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事務所の電話は、希望時（相手の迷惑にならない時間）に職員に断り、掛けている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	玄関、廊下、居間、食堂、浴室、トイレ等は、外の光が入り、季節感や時間の推移が感じられるようになっている。また、玄関には季節の花や熱帯魚を置き、利用者と職員と一緒に鑑賞できるようにしている。	共用空間は採光が良く明るいですが、季節によっては室温や空調等に配慮することで、過ごしやすい空間作りを心がけています。季節を感じてもらえるように季節の花を飾ったり、利用者の作品や熱帯魚を飼育することで、会話に繋げたり鑑賞できるようにしています。清掃は毎日職員が行い、清潔の保持に努めています。	今後の継続
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	共用空間で、ひとりになることはできないが、ひとりになりたいときは自由に居室に戻ることができる。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時、御自宅から使い慣れた物、人形やぬいぐるみ等を持ち込み、本人が居心地よく過ごせるように工夫している。	エアコン、照明、カーテンは備え付けとしてありますが、入居時にその他の家具は自宅で使い慣れた物を持ち込んでいただくように話しています。テレビや家族写真、筆筒等のなじみの物を持ち込んでいただき、自宅の延長として落ち着いて過ごせる空間作りがされています。	今後の継続
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	残存機能の低下につながらないように、出来ることはやっていただくように声かけし、見守るように支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
ひだまり 式番館

作成日

平成28年11月17日

〔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組み内容	目標達成に要する期間
1	12	介護の仕事にはついてしたが、看取りのケアを経験していない為、不安を持っている。	重度化や終末期に向けた方針の共有	終末期の利用者に寄り添うケア。 家族の希望に沿えるよう、職員間のコミュニケーションを取り、チームケアとして取り組む。	

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。