

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	1491000251	事業の開始年月日	平成21年9月8日
		指定年月日	平成21年6月1日
法人名	株式会社アイシマ		
事業所名	グループホームすみれ		
所在地	( 244-0003 ) 横浜市戸塚区戸塚町901-2		
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29年1月12日	評価結果 市町村受理日	平成29年4月12日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.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)】

昨年から、在宅生活復帰を目指していた方が居て御家族・高齢支援課・生活支援課のご協力により今年4月、念願の在宅復帰された方がいます。ここまでの道のりは簡単ではなく、色々な問題をひとつずつ解決しながら職員・御家族・本人と幾度と無く話し合いながら取り組んできました。自立した生活を送る為には、食事作り・食事の片付け・洗濯機の操作・外出の予定を立ててどのような方法で行くのか、金銭の扱い等あらゆる面をケアランに挙げて取り組み、全職員統一した支援をして全ての面で達成出来たことです。法人としても初めての例で、上層部にも何度も相談しながら取り組んできました。この事例を、法人内の事例発表会で報告をしました。

### 【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29年2月18日	評価機関 評価決定日	平成29年3月24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、JR「戸塚駅」からバス8分、バス停から徒歩10分の大変閑静な住宅街にあります。平成21年に株式会社が開設した定員18名のグループホームで、理念に「笑顔」を掲げています。職員は利用者一人ひとりの生活スタイルを尊重し、笑顔の絶えないホーム運営を目指しています。

<優れている点>

個々の利用者の個別性を尊重し、一人ひとりが生き生きとした生活を送れるように職員は日々の支援に努めています。本人の得意なこと、やりたいこと、好きなものを生活の場で活かすことを心掛けています。利用者の思いや何気なく発した言葉や表情の動きを、本人の言葉で個人記録に書き留めます。職員は個別支援計画の課題に沿って支援が出来ているかをチェックし、日々の個人記録に詳細に記録しています。アセスメントを実施し、また、個別支援計画の課題に沿ってモニタリングを行い、利用者ニーズの変化を把握し、3ヶ月ごとの個別支援計画の見直しに反映しています。職員は連絡ノートを活用し、職員間のコミュニケーションを密にして利用者支援の意識の共有を図っています。

<工夫点>

入居後3年経った今年4月に、ADL(日常生活動作)が回復し、在宅復帰を果たした利用者がいます。入院し体力が低下した状態で入居した本人の、元気になりたいという思いを職員全員で受け止め、本人の意思決定を尊重し、本人のストレスに配慮した生活訓練を行い、行政機関と連携して復帰の実現につなげています。

### 【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	グループホームすみれ
ユニット名	陽だまり

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	平成24年4月に理念を変更して以来継続しています。28年の事業所目標を連動させて、利用者様だけでなく職員も一緒に笑顔になれるように日頃の生活・行事・外出を共にしながら支援をすすめております。	「笑顔」を理念に掲げ、利用者一人ひとりが笑顔で過ごせる生活スタイルを目指しています。ホーム会議で理念を全職員に周知し、また、本年度の事業所目標に「自己意識の向上」掲げ、職員同士、コミュニケーションを図って理念の実践に努めています。	
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。	運営推進会議を通じて、地域包括の広報によりケアプラザでの南秋祭に出向いたり、地域の獅子舞をホームにお招きしたり、散歩中にご近所様への挨拶や出勤時や退勤時にお会いしたら挨拶がてら少し話したりと交流を続けております。	毎年ホームの夏祭りに地域住民に参加を呼びかけ、また、地域ケアプラザ主催の秋祭りに参加するなど、地域住民との交流に努めています。散歩の途中などで地域の人たちと親しく会話を楽しむ時に、利用者は地域住民の一人であることを実感しています。	災害発生時の地域協力体制の整備など、一層の地域住民との連携の強化が期待されます。
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。	運営推進会議を通して普段の様子をお伝えしています。また、地域ケア会議の場で、地域住民の方々へ認知症の方との話し方や接しかたをお伝えしたり地域の方々の認知症への不安等をお聞きする機会があります。		
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。	認知症の進行も踏まえながら、外出時に車椅子の台数が増えてきていることからケアプラザにお借りしたり、遠くへの外出が難しいときはケアプラザの催し物等のご利用も視野に入れながらサービス提供しています。	地域包括支援センター職員や地域住民代表、利用者家族の代表などが参加し、2ヶ月ごとに開催しています。会議では事業所の運営やヒヤリハット情報などについて説明し、また、出席メンバーによるホームの運営状況の評価などについて話し合っています。	
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。	高齢支援課・生活支援課と在宅復帰を目指している利用者様の事で連絡を取り合い、必用書類・引越し費用の事、御家族には何を手伝って頂ければ良いのか月に1～2回は連絡し協力を得てきました。その結果、在宅復帰が出来るようになりました。	ADLが向上し在宅復帰を実現した利用者がいます。区役所の職員と連携し復帰後の生活の実現にこぎつけています。また、生活保護を受けている利用者が多いこともあり、区役所の担当職員と緊密に連携し、利用者支援にあたっています。	

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
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。	玄関とユニット入り口は、防犯上と安全確保の為 御家族に説明し了承を得た上で施錠しております。身体拘束についての勉強会は3月に施設部で開催致します。「ちょっと待って・早くして」等、言葉遣いに気を付ける配慮を心掛けて職員は取り組んでいます。	身体拘束防止マニュアルを整備し、拘束をしないケアを実践しています。法人全体の勉強会で身体拘束・虐待防止をとりあげ、全職員に身体拘束をしないケアの意識の徹底を図っています。接遇マニュアルを作成し、職員の何気ない言葉で利用者の自尊心を損なうことがないように注意しています。	
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。	神奈川県より虐待についての一斉点検チェックシート職員用と管理者用を個々にチェックして頂き12月のホーム会議で確認を行い、疑わしい行動・言動があったらその場で注意喚起をしていく。その場で、言えなかったら管理者へ報告と話し合いました。		
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。	神奈川県より権利擁護に関する文面をファイリングして事務所に設置して有ります。身体拘束・虐待が主となり調査結果を踏まえて自己確認出来るようになっていきます。5月の施設部勉強会でも取り入れて学ぶ事が出来るようになっていきます。		
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。	契約前に必ず施設見学と面接をさせて頂いています。ご希望や不安な事などを伺い本人・御家族が納得した上で契約という形をとらせて頂いています。入居契約には必ず、管理者と主任が同席して説明させて頂いています。		
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。	状況に応じて、ご本人や御家族と直接お会いして話し合い、ご意見やご希望をお伺いしています。玄関先には、苦情相談受付・重要事項を設置して体制が整っています運営推進会議や面会時に御家族のご意見ご希望をお聞きするよう努めています。	3ヶ月ごとの個別支援計画の見直しに際し、家族に計画の内容を送付して確認しています。また、2ヶ月ごとに広報紙「すみれ通信」を発行し、各種行事に参加している利用者の表情などを家族に伝え、コミュニケーションを図っています。	

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
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。	毎月のホーム会議・ユニット会議で意見や提案を出し合い業務に反映しています。また、年/2回自己評価を記入して管理者と個人面談を行ない業務に反映出来るもの・取り入れていくもの等、翌月の会議で検討いたします。ユニット会議は、全体で行ないます。	「職員育成」を重点課題に掲げ、教育委員会を主体に研修や勉強会の開催に力を入れています。職員は「キャリア形成ステップ別評価表」に基づき、管理者と年2回の個別面談を行い、自身のホーム運営や研修への意見・要望を表明し、評価を行っています。	
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。	家庭環境や、研修に合わせてシフトを組みます。ステップ別の研修や施設部勉強を通して他の施設の職員とグループワーク出来るように設定し自分がやらなければいけない事、どのレベルなのかを確認できる環境となっています。		
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。	法人で、年間の施設部勉強会・教育委員会によるステップ別の研修会を予定し、該当する職員に参加を勧めています。施設部勉強会は、出来るだけ多くの職員が参加出来るように細分化されております。		
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。	施設部勉強会では、他の施設職員と交流を持てるようにグループワーク主体となっています。管理者は、年1回の地域ケア会議に出席して地域住民にグループホームを知って頂けるように日頃の生活の様子や認知症の対応の仕方をお話しさせて頂いています。		
<b>II 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。	入居前の段階で、御家族や保護担等から情報提供して頂き全職員が情報を共有しています。入居前に施設見学や面談を行ないながら、御家族・本人に要望を伺うようにしています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前の生活環境と経緯を御家族や保護担等から詳しくお聞かせ頂き、ご本人や御家族のご要望を理解し今後の生活がご希望に添えられるように連絡を取り合いながら構築していく努力をしています。		
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。	馴染みの物の持込や、友人知人がいつでも面会・外出出来ることをお知らせします。外泊や外出は自由に出来ることも説明します。状態が変化したときは、御家族・ご本人と相談しながら今後の事について進めていく事もご説明させて頂いています。		
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。	ゴミ捨てを手伝って下さったり汚物を包む為の新聞紙を折って下さったり、他の利用者様の話し相手になって下さったりと職員を助けてくださる場面が見られます。		
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。	普段の生活の様子を2ヶ月に1回すみれ通信に掲載し御家族にお送りしています。また、電話で様子をお伝えしたりご本人に電話で話して頂いたりしています。面会時には、ゆっくり話しが出来るように自室で過ごして頂いたり、外出もしています。		
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。	友人や家族からの電話・年賀状・手紙のやり取りは継続されています。ご自分で手紙を書けない方は職員が代筆して関係が途切れないように協力させて頂いております。	年を経るごとに入居以前からの馴染みの関係の継続が困難になっています。利用者が毎年家族などに年賀状が送れるように職員が支援しています。友達と手紙や電話のやり取りをしている利用者がいます。職員は友人関係の継続を優しく見守っています。	

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
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。	歩行できない方の配膳や下膳をお手伝いしたり、気の合う方同士に席替えをして関わりが増える工夫に努めたり、職員が間に入り洗濯物を一緒にたたんだり助け合え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。	退去された方については、主に保護担等より生活の様子や状態をお知らせいただく事がほとんどです。その際に、こちらで何かお手伝いできる事はないか伺うこともしています。		
<b>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</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。	仕草・表情・言動から本人の望まれている事を把握しています。入浴や職員と二人になった時にお話を聞くように努めています。日頃のちょっとした言動の変化にも気を付けて、毎日申し送りや個人記録に記載して情報を共有するように努めています。	3ヶ月ごとにアセスメントを実施し、利用者ニーズを把握し、個別支援計画に反映しています。利用者の日々の生活の様子や何気なく発した言葉や表情、及び職員が個別支援計画の課題に沿って支援できているかを個人記録に明記し、計画の見直しに反映しています。	
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。	入居時の情報提供書をもとに、ご本人の得意な事、嗜好品を収集して生活の場で活かせるようにケアプランに反映させて場の提供が出来るようにしています。一人ひとり生き活きとした生活が送れるように心掛けています。		
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。	申し送り・業務日誌・往診時には医療連携ノートを確認しながらその日の状況が把握出来るようになっていきます。また、排泄・食事・バイタル・水分チェック表を確認しながら必ず確認を行ないます。		

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・御家族・後見人様・職員と話し合い、それに即した介護計画書を作成していきます。ホーム会議やユニット会議で話し合い見直しを3ヶ月毎に更新していきます。状態が変わればその都度見直しを行ない更新し主治医の見解も取り入れていきます。	個別支援計画の短期目標(3ヶ月)及び長期目標(6ヶ月)に沿ってモニタリングを実施しています。モニタリングシートに、目標の達成度の結果と利用者の変化の状況に対する新しい課題及び総合的な援助の方針を明記し、次の個別支援計画に反映しています。	
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。	バイタル・食事・水分・排泄・入浴と毎日の様子や言動を本人の言葉で個人記録に記載していきます。その記録を基に、3ヶ月毎に見直して介護計画書に反映させていきます。また、継続していきたい事も話し合いを行っていきます。		
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。	通院は状況に応じて対応を行ないません。本人や御家族のご希望の病院に受診される方もいらっしゃいます。毎月レストラン風の音へ音楽療法と、食事会に計3回出かける機会もあり利用者様は楽しみにされています。		
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。	地域の子供神輿や獅子舞がホームに訪れます。また、ホーム開催の行事で昨年は和太鼓のボランティアが来られた時は、地域の方が大勢ホームを訪れて下さり御茶やスイカを提供させて頂き大変喜ばれました。		
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。	内科と精神科の協力機関があります。本人・御家族のご希望、身体状況を考慮したうえで決定しています。病状の変化により専門医療への受診や主治医の変更など適切な医療機関が受けられる体制を整えています。	「医療連携ノート」には、職員と往診医双方が利用者全員の状況を記入し、情報を共有しています。服薬は医師の指示のもとに「服薬状況一覧表」を活用し誤薬を防止しています。内科医の情報提供書は家族に郵送しています。状況に応じ、通院は職員が付き添います。	



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。	医療連携ノートを活用し、週に1回の訪問時に情報提供していきます。また、ちょっとした変化が見られた時は、FAXやメールも活用しながら報告したり指示を頂いたりします。24時間連絡可能となっており急変時・緊急時の指示を迅速に受ける事が出来ます。		
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。	入院された病院のCWと連携を取り合い、情報を頂きホームでの生活が可能となったら早急に退院出来るようにしています。こちらから、病院へ伺い状態の把握にも努めて連携をとっています。		
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。	入居時に重度化や終末期に関してのご説明をしています。ご本人や御家族のご希望に沿った終末期を迎えられるように主治医・訪問看護との連携体制は整っています。看取りに関しての勉強会は2月21日に施設部勉強会で学ぶことになっています。	重度化や終末期は利用者・家族・医療関係者と随時話し合い、病状の変化に合わせて支援しています。24時間オンコールの連携システムを整備し、充実を図っています。看取り研修などの欠席者は、資料学習によりレポートを提出するなど職員間の情報共有に努めています。	
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。	事務所内に、マニュアルとフローチャートを設置・掲示しています。28年2月と9月には、戸塚署立会いのもとで、心配蘇生法・搬送法を人体模型を使い訓練を行っています。29年3月には、骨折時初期処置法・異物除去法の訓練を予定しています。		
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。	年2回避難訓練を実施しています。うち1回は夜間想定として避難誘導・通報法・各ユニットの連携を行っています。戸塚区役所から、ハザードマップを頂き広域非難場所（金井公園）・地域避難場所（下郷小）を確認しています。	避難訓練を実施し安全性の気付きから、リビングのテレビの位置を変え避難経路を確保しています。避難用具と7日分の食料などの備蓄があります。「緊急用ファイル」にフェイスシートや薬説明書の写しをまとめ、緊急時の持出しに備えています。	

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
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。	利用者様を傷つけない言葉掛けや対応、職員の表情や態度に気を付けて接するように常に心掛けています。認知症の対応について、28年12月の施設部勉強会で学んでいます。急がせない事・否定的な言葉を遣わない等、確認する事が出来ています。	入浴拒否の人にも決して無理強いせず、時間をかけて話し合いを重ね、本人の意思で入浴してもらっています。接遇マニュアルを整備し、利用者の自尊心を損なわないようにしています。ボディタッチを嫌がる人には、言葉や表情での意思の疎通を徹底しています。	
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。	職員と一緒にお手代して頂けるか、誕生日には何をしたいか、また何を食いたいか、今日はどのような服装が良いかをお聞きして本人が決定出来る場を提供する事に努めています。		
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。	洗濯物たたみや掃除、食器拭きやテーブル拭き、手摺り拭き、食材の仕分けや日付け貼り、配膳、下膳と自分の得意な事に取り組んで頂いています。本人のやる気を無駄にしないように毎日心掛けて生活しています。		
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。	自分で決定出来る方は本人にお任せしています。そうでない方は、職員と一緒に選び好みの色やデザイン等をお聞きしながら楽しめるように支援しています。天候や体調も考慮しながら支援しています。		
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。	嚥下・咀嚼を考慮してキザミ食やミキサー食、量が多目・少な目な方を把握して完食出来る工夫をしています。また、ご自分で食事が摂れない方は自室で職員と1対1で他者の視線が気にならないように配慮しています。	メニューは利用者と職員で相談して決めています。オーナーから手作り野菜の差し入れもあります。利用者は配膳、下膳、皮むきなど、できる事を積極的に行っています。ゆっくりと味わいながら食事が摂れるように、FMラジオを流しています。	

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。	食事や水分摂取量はチェック表に記載しひと目で分かるようになっていきます。水分量の少ない方は、嗜好品を提供して少しでも多くの水分摂取が出来るようにしています。乳製品を提供したり寒天にして提供したりします。		
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。	食後の声掛けは欠かさず行ないます。ご自分で出来ない方はさり気なく介助に入りお手伝いさせて頂いています。毎週土曜日は、歯科往診日で全ての方が利用されています。義歯調整・作成、口腔ケア、嚥下リハビリを行っています。		
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。	排泄表を確認しながら、間隔の空いた方は2時間毎に声掛けしたりトイレにお連れしたりしています。快適な排泄が出来るように臭い汚れが無いようにいつも清潔にしていく事を徹底しています。夜間トイレに行けない方は、居室にポータブルを設置しています。	トイレ誘導は、排泄チェック表を活用し周囲に気付かれないようにさり気なく行ってます。排泄汚れはその都度手早く清掃し、清潔を保っています。ポータブルトイレについては、本人の意向を確認し、同意を得て設置しています。	
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。	毎朝のラジオ体操は欠かさず実施しています。特に注意していることは、十分な水分摂取が出来るように嗜好品を取り入れたりしています。便秘傾向の方は緩下剤の処方を主治医と相談しながら服薬に努めています。		
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。	利用者の体調を考慮しながら、ゆっくりと入浴して頂いています。曜日を決めて入る方も2人います。当日の予定も考慮しながら主に午前中の中の入浴となっています。一般浴槽に入れない方は、機械浴を使用しています。	1対1で過ごせる入浴時間は、利用者との職員の大切なコミュニケーションの場になっています。一番風呂が好きな利用者などの希望を尊重しています。浴室には暖房が設置され、温度差をなくすように配慮しています。ゆず湯や菖蒲湯の季節感を大切にしています。	

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。	居室内の温度調整をしたり、寝具の調整をしていきます。就寝前には、水分補給を実施して快適な睡眠がとれるように配慮しています。また、日課として昼食後に午睡する方もいます。		
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。	処方時に必ず説明書が添付されてくるので、個人ファイルにファイリングして職員が確認出来るようにしています。服薬内容が変更になった場合は、薬連絡ノートに主任が記載して周知出来るようにしています。状態の変化は医療連携ノートを活用しています。		
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。	絵の好きな方は自由に描いて頂きフロア内に掲示しています。ホームの行事の時には、準備段階から参加して頂き楽しみのひとつとなるように心がけています。読書の好きな方は、自分の時間を大切に出来るように支援しています。		
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。	御家族や後見人様の協力のもと、買い物や美容院へ出かける方もいます。初詣・花見は毎年恒例行事として地域の公園や神社にいきます。10月にはワーカーセンター、11月は江ノ島ドライブに出かけて皆様大変喜ばれました。	数人連れだって、会話を楽しみながら散歩します。地域の人に挨拶し、また、地域の人から声を掛けられます。雨天のドライブで利用者の気分転換を図ります。誕生月には一人ひとりの希望に沿って、職員と共に回転寿司店などへ行きます。	
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。	金銭所持されている方は居ませんが、一緒に買い物に出かけてレジに並んで商品を受け取ったり帰りに持ってきてさったりしています。また、御家族や後見人様と買い物に出かける方もいらっしゃいます。		

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。	電話は希望に応じて使用して頂いています。相手側から掛かってきた時は本人に取り次いで頂き話す機会を提供しています。年賀状・暑中見舞いなど届いた郵便物は必ず本人にお渡ししています。返信したい方は、職員が代筆のお手伝いをさせて頂いています。		
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。	ベランダにベンチを設置して、その前には季節の草花が楽しめるようにしています。フロアにはソファを設置してリラックスしてテレビ鑑賞が出来るようにしています。ゆず湯や菖蒲湯も行い好評を頂いています。	室内は快適な温度と湿度が保たれています。リビングには常に人の気配があり、鉢植えの花を愛でたり、テレビを見たり、話をしたりと、利用者は思い思いに寛いでいます。玄関先やベランダにはベンチが置かれ、ベランダで湯茶を楽しむ人もいます。	
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。	ベランダに椅子を出して一人で過ごしたり、馴染みの方と過ごしたりする方もいます。玄関先にはベンチを設置して、散歩帰りに一呼吸して頂き職員や利用者様同士会話を楽しみながら過ごすように努めています。		
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、御家族と相談しながら馴染みの家具を持ち込み以前の生活空間に近づけ落ち着けるようにしています。ラジオを聴いたりCDを聴いたり出来るように好みの機器を設置している方もいらっしゃいます。	居室は利用者の馴染みのタンスや仏壇が持ち込まれ、思い出の写真が飾られています。画鋲はつかわず、ホワイトボードに貼り、安全面に配慮しています。持ち込み品の少ない人には、法人に働きかけ、リサイクル品を提供して本人の好む雰囲気作りをしています。	
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・トイレ・浴室・ベッドサイドには、手摺りや柵を設置して安全に歩行や立ち上がりができるようにしています。ご自分の居室は各自認識されていますのでご希望の方のみ表札を表示しています。		

事業所名	グループホームすみれ
ユニット名	そよ風

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	平成24年4月に理念を変更して以来継続しています。28年の事業所目標を運動させて、利用者様だけでなく職員も一緒に笑顔になれるように日頃の生活・行事・外出を共にしながら支援をすすめております。		
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。	運営推進会議を通じて、地域包括の広報によりケアプラザでの南秋祭に向いたり、地域の獅子舞をホームにお招きしたり、散歩中にご近所様への挨拶や出勤時や退勤時にお会いしたら挨拶がてら少し話したりと交流を続けております。		
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。	運営推進会議を通して普段の様子をお伝えしています。また、地域ケア会議の場で、地域住民の方々へ認知症の方との話し方や接しかたをお伝えしたり地域の方々の認知症への不安等をお聞きする機会があります。		
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。	認知症の進行も踏まえながら、外出時に車椅子の台数が増えてきていることからケアプラザにお借りしたり、遠くへの外出が難しいときはケアプラザの催し物等のご利用も視野に入れながらサービス提供しています。		
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。	高齢支援課・生活支援課と在宅復帰を目指している利用者様の事で連絡を取り合い、必用書類・引越し費用の事、御家族には何を手伝って頂ければ良いのか月に1～2回は連絡し協力を得てきました。その結果、在宅復帰が出来るようになりました。		

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。	玄関とユニット入り口は、防犯上と安全確保の為に御家族に説明し了承を得た上で施錠しております。身体拘束についての勉強会は3月に施設部で開催致します。「ちょっと待って・早くして」等、言葉遣いに気を付ける配慮を心掛けて職員は取り組んでいます。		
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。	神奈川県より虐待についての一斉点検チェックシート職員用と管理者用を個々にチェックして頂き12月のホーム会議で確認を行い、疑わしい行動・言動があったらその場で注意喚起をしていく。その場で、言えなかったら管理者へ報告と話し合いました。		
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。	神奈川県より権利擁護に関する文面をファイリングして事務所内に設置して有ります。身体拘束・虐待が主としており調査結果を踏まえて自己確認出来るようになっていきます。5月の施設部勉強会でも取り入れて学ぶ事が出来るようになっていきます。		
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。	契約前に必ず施設見学と面接をさせて頂いています。ご希望や不安な事などを伺い本人・御家族が納得した上で契約という形をとらせて頂いています。入居契約には必ず、管理者と主任が同席して説明させて頂いています。		
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。	状況に応じて、ご本人や御家族と直接お会いして話し合い、ご意見やご希望をお伺いしています。玄関先には、苦情相談受付・重要事項を設置して体制が整っています運営推進会議や面会時に御家族のご意見ご希望をお聞きするよう努めています。		



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
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。	毎月のホーム会議・ユニット会議で意見や提案を出し合い業務に反映しています。また、年/2回自己評価を記入して管理者と個人面談を行ない業務に反映出来るもの・取り入れていくもの等、翌月の会議で検討いたします。ユニット会議は、全体で行ないます。		
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。	家庭環境や、研修に合わせてシフトを組みます。ステップ別の研修や施設部勉強を通して他の施設の職員とグループワーク出来るように設定し自分がやらなければいけない事、どのレベルなのかを確認できる環境となっています。		
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。	法人で、年間の施設部勉強会・教育委員会によるステップ別の研修会を予定し、該当する職員に参加を勧めてステップアップ出来るように構築されています。施設部勉強会は、出来るだけ多くの職員が参加出来るように細分化されております。		
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。	施設部勉強会では、他の施設職員と交流を持てるようにグループワーク主体となっています。管理者は、年1回の地域ケア会議に出席して地域住民にグループホームを知って頂けるように日頃の生活の様子や認知症の対応の仕方をお話しさせて頂いています。		
<b>II 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。	入居前の段階で、御家族や保護担等から情報提供して頂き全職員が情報を共有しています。入居前に施設見学や面談を行ないながら、御家族・本人に要望を伺うようにしています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前の生活環境と経緯を御家族や保護担等から詳しくお聞かせ頂き、ご本人や御家族のご要望を理解し今後の生活がご希望に添えられるように連絡を取り合いながら構築していく努力をしています。		
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。	馴染みの物の持込や、友人知人がいつでも面会・外出出来ることをお知らせします。外泊や外出は自由に出来ることも説明します。状態が変化したときは、御家族・ご本人と相談しながら今後の事について進めていく事をご説明させて頂いています。		
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。	生活の中で、食事作り・洗濯物たたみ・掃除・掲示物作成等一緒に行ない、信頼関係を構築させその方々の能力を引き出せるよう努めていきながら、助け合い寄り添いながら生活しています。		
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。	普段の生活の様子を2ヶ月に1回すみれ通信に掲載し御家族にお送りしています。また、電話で様子をお伝えしたりご本人に電話で話して頂いたりしています。面会時には、ゆっくり話しが出来るように自室で過ごして頂いたり、外出もしています。		
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。	電話や手紙・年賀状のやり取りは継続出来ています。また、御家族の協力を得ながら食事に出かける方や買い物に出かける方、お墓参りに出かける方もいらっしゃいます。		

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。	歩行が不安定な方や歩行できない方、車椅子を使用されている方の配膳や下膳をお手伝いしたり、女性入居者様が男性入居者様の洗濯物をたたんでくださったりと、お互いに支えあう姿が毎日のように見受けられます。		
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。	退去された方については、主に保護担当より生活の様子や状態をお知らせいただく事がほとんどです。その際に、こちらで何かお手伝いできる事はないか伺うこともしています。		
<b>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</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。	仕草・表情・言動から本人の望まれている事を把握しています。入浴や職員と二人になった時にお話しを聞くように努めています。日頃のちょっとした言動の変化にも気を付けて、毎日申し送りや個人記録に記載して情報を共有するように努めています。		
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。	入居時の情報提供書をもとに、ご本人の得意な事、嗜好品を収集して生活の場で活かせるようにケアプランに反映させて場の提供が出来るようにしています。一人ひとり生き活きとした生活が送れるように心掛けています。		
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。	申し送り・業務日誌・往診時には医療連携ノートを確認しながらその日の状況が把握出来るようになっていきます。また、排泄・食事・バイタル・水分チェック表を確認しながら必ず確認を行ないます。		

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・御家族・後見人様・職員と話し合い、それに即した介護計画書を作成していきます。ホーム会議やユニット会議で話し合い見直しを3ヶ月毎に更新していきます。状態が変わればその都度見直しを行ない更新し主治医の見解も取り入れていきます。		
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。	バイタル・食事・水分・排泄・入浴と毎日の様子や言動を本人の言葉で個人記録に記載していきます。その記録を基に、3ヶ月毎に見直して介護計画書に反映させていきます。また、継続していきたい事も話し合いを行っていきます。		
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。	通院は状況に応じて対応を行ないません。本人や御家族のご希望の病院に受診される方もいらっしゃいます。毎月レストラン風の音へ音楽療法と、食事会に計3回出かける機会もあり利用者様は楽しみにされています。		
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。	地域の子供神輿や獅子舞がホームに訪れます。また、ホーム開催の行事で昨年は和太鼓のボランティアが来られた時は、地域の方が大勢ホームに訪れて下さり御茶やスイカを提供させて頂き大変喜ばれました。		
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。	内科と精神科の協力機関があります。本人・御家族のご希望、身体状況を考慮したうえで決定しています。病状の変化により専門医療への受診や主治医の変更など適切な医療機関が受けられる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。	医療連携ノートを活用し、週に1回の訪問時に情報提供していきます。また、ちょっとした変化が見られた時は、FAXやメールも活用しながら報告したり指示を頂いたりします。24時間連絡可能となっており急変時・緊急時の指示を迅速に受ける事が出来ます。		
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。	入院された病院のCWと連携を取り合い、情報を頂きホームでの生活が可能となったら早急に退院出来るようにしています。こちらから、病院へ伺い状態の把握にも努めて連携をとっています。		
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。	入居時に重度化や終末期に関してのご説明をしています。ご本人や御家族のご希望に沿った終末期を迎えられるように主治医・訪問看護との連携体制は整っています。看取りに関する勉強会は2月21日に施設部勉強会で学ぶことになっています。		
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。	事務所内に、マニュアルとフローチャートを設置・掲示しています。28年2月と9月には、戸塚署立会いのもとで、心配蘇生法・搬送法を人体模型を使い訓練を行っています。29年3月には、骨折時初期処置法・異物除去法の訓練を予定しています。		
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。	年2回避難訓練を実施しています。うち1回は夜間想定として避難誘導・通報法・各ユニットの連携を行っています。戸塚区役所から、ハザードマップを頂き広域非難場所（金井公園）・地域避難場所（下郷小）を確認しています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者様を傷つけない言葉掛けや対応、職員の表情や態度に気を付けて接するように常に心掛けています。認知症の対応について、28年12月の施設部勉強会で学んでいます。急がせない事・否定的な言葉を遣わない等、確認する事が出来ています。		
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。	職員と一緒にお手代して頂けるか、誕生日には何をしたいか、また何を食べたいか、今日はどのような服装が良いかをお聞きして本人が決定出来る場を提供する事に努めています。		
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。	洗濯物たたみや掃除、食器拭きやテーブル拭き、手摺り拭き、食材の仕分けや日付け貼り、配膳、下膳と自分の得意な事に取り組んで頂いています。本人のやる気を無駄にしないように毎日心掛けて生活しています。		
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。	自分で決定出来る方は本人にお任せしています。そうでない方は、職員と一緒に選び好みの色やデザイン等をお聞きしながら楽しめるように支援しています。天候や体調も考慮しながら支援しています。		
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。	その日の冷蔵庫事情を確認しながら、出来るメニューを何点か挙げて利用者様に伺ったり、下準備や盛り付けを一緒に行って食事への関心が高まるようにしています。片付けも職員と一緒にしながら、食事の感想や今度は何が食べたいかを伺いながら関わります。		

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。	食事や水分摂取量はチェック表に記載しひと目で分かるようになっていません。水分量の少ない方は、嗜好品を提供して少しでも多くの水分摂取が出来るようにしています。乳製品を提供したり寒天にして提供したりします。		
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。	食後の声掛けは欠かさず行ないます。ご自分で出来ない方はさり気なく介助に入りお手伝いさせて頂いています。毎週土曜日は、歯科往診日で全ての方が利用されています。義歯調整・作成、口腔ケア、嚥下リハビリを行っています。		
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。	排泄表を確認しながら、間隔の空いた方は2時間毎に声掛けしたりトイレにお連れしたりしています。快適な排泄が出来るように臭い汚れが無いようにいつも清潔にしていく事を徹底しています。夜間トイレに行けない方は、居室にポータブルを設置しています。		
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。	朝食時に、寒天130CCを提供しています。腸の働きを良くするためにも毎朝必ずラジオ体操を実施して身体を動かす時間を作ります。腹部の張りがあれば温タオルでマッサージも実施して早めの対応に努めています。		
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。	利用者の体調を考慮しながら、ゆっくりと入浴して頂いています。曜日を決めて入る方も2人います。当日の予定も考慮しながら主に午前中に入浴となっていますが、中には稀に、午後に入浴を希望する方も居ますので希望に応じ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。	居室内の温度調整をしたり、寝具の調整をしていきます。就寝前には、水分補給を実施して快適な睡眠がとれるように配慮しています。また、日課として昼食後に午睡する方もいます。		
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。	処方時に必ず説明書が添付されてくるので、個人ファイルにファイリングして職員が確認出来るようにしています。服薬内容が変更になった場合は、薬連絡ノートに管理者が記載して周知出来るようにしています。状態の変化は医療連携ノートを活用しています。		
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。	家事手伝い、塗り絵、それぞれ得意な場面で能力を発揮出来るように職員は常に関わりながら支援に努めています。行事のときは、準備段階から利用者様と一緒に進めるようにして達成感を味わえるように取り組んでいます。		
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。	御家族や後見人様の協力のもと、買い物や美容院へ出かける方もいます。初詣・花見は毎年恒例行事として地域の公園や神社にいきます。10月にはワーカーセンター、11月は江ノ島ドライブに出かけて皆様大変喜ばれました。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	金銭所持されている方は居ませんが、一緒に買い物に出かけてレジに並んで商品を受け取ったり帰りに持ってきてさったりしています。また、御家族や後見人様と買い物に出かける方もいらっしゃいます。		



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。	電話は希望に応じて使用して頂いています。相手側から掛かってきた時は本人に取り次いで頂き話す機会を提供しています。年賀状・暑中見舞いなど届いた郵便物は必ず本人にお渡ししています。返信したい方は、職員が代筆のお手伝いをさせて頂いています。		
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。	季節にあったカラー作りを毎月行って、利用者様と一緒に色付けや掲示をしています。トイレ・浴室には表示してわかりやすい様にしています。食事に集中出来るようにテレビは消してラジオを流してゆっくり召し上がる事が出来るようにしています。		
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。	ベランダに椅子を出して一人で過ごしたり、馴染みの方と過ごしたりする方もいます。玄関先にはベンチを設置して、散歩帰りに一呼吸して頂き職員や利用者様同士会話を楽しみながら過ごすように努めています。		
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・御家族と相談しながら馴染みの家具や寝具を持ち込み、以前の生活空間に近づけるように努めています。御家族の仏壇を持ち込んで居る方も居て毎朝、水を挙げて手を合わせる習慣のかたもいます。		
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・トイレ・浴室・ベッドサイドには、手摺りや柵を設置して安全に歩行や立ち上がりができるようにしています。ご自分の居室は各自認識されていますのでご希望の方のみ表札を表示しています。		

平成28年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームすみれ

作成日： 平成 29年4月10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	2	事業所と地域との関わりについて、災害時の地域の協力体制の整備をより一層強化し地域住民との連携を強める事。	一定の地域住民だけでなく、幅広く地域住民に防災訓練への参加をして頂けるようにする。	防災訓練の実施計画の配布や、運営推進会議で地域包括にも訓練参加を呼びかけや施設見学を呼びかけて頂くよう協力して頂きます。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月