

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	1494100074	事業の開始年月日	平成23年3月1日	
		指定年月日	平成23年3月1日	
法人名	メディカル、ケア、サービス株式会社			
事業所名	愛の家グループホーム座間			
所在地	(〒252-0027)			
	神奈川県座間市座間2-2884			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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16日	評価結果 市町村受理日	平成27年5月11日	

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1494100074&SVCD=320&THN0=14216>

【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)】

ホーム開所より4年目に入り、開設当初からの入居者様にADL低下や病状の進行等があり、生活の質の確保に力を入れています。
生活リハビリを中心に本人の出来る事を行える環境づくりや意識的に職員が声を掛け、生活リハビリを実施しています。
機能訓練として午前、午後お身体を動かし、筋力トレーニングとして、職員が共通の動きをしっかりと行い、現状の筋力保持に努めています。
入居者様との関わりを中心とした生活を強く意識することで、主業務としての認識を高め、共に生活する生活者としての思いや視点を持ち一緒に過ごしています。

【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20日	評価機関 評価決定日	平成27年4月27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)】

事業所は小田急小田原線の座間駅から徒歩13分で近くには公民館や商工会館、小学校、神社、公園、スーパーなど散歩や買い物に便利な環境にある事業所です。
<優れている点>
グループホームをはじめ多くの介護保険事業を運営する母体の統括管理により職員の教育体制やマニュアルなど整備されています。毎月、開かれる1階・2階合同の全体会議の中で外部の講師による認知症や介護福祉士の受験に対する積極的な援助など、キャリアパスの促進を図り職員のモチベーションを高めています。ユニット会議では毎月挨拶やチームケアなど、接遇ケアに関する12のテーマから各職員が選り輪番制で講師になる勉強会を開催し、最後にアンケートを採り確認しています。運営推進会議を始めレクリエーション、食事外出・薬の処方・居室の整理など、利用者に対する家族の支援が協力的で入居者・家族・職員の3者は一つの家族として交流しています。毎年家族アンケートを実施し、家族の要望や意向を確認し家族との絆を大切にしています。
<工夫点>
ADL低下や病状の進行を防止するため積極的に生活リハビリを実施しています。午前ラジオ体操や新聞紙の棒体操、口腔体操、午後は牛乳パックによる下肢の運動と変化を持たせています。入居者の活動能力が高まり介護負担軽減につながり現状のADLを保てるように機能訓練をしています。訓練中の入居者の行動から職員は新しい気づきを見つけ出すことにも努めています。

【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	愛の家グループホーム座間
ユニット名	ハーモニー

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。	夕方の引き継ぎの際唱和することで共有し、実践につなげている。 入居者様の出来る事に着目することで役割を持ち生活できるように工夫している。	理念にこめられた「その人らしいシルバークライフを支援する」という入居者本位の生活が送れるよう一人ひとりの意思決定を大切に日々支援しています。職員は理念や心構えなど記載したカードを身につけ、夕方の引き継ぎ時に唱和して確認しています。	
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。	自治会に加入している。 自治会の講習等に地域の方々と一緒に参加し、地域にグループホームの理解をして頂けるように努力している。 傾聴ボランティアや音楽ボランティア等と交流がある。週1又は月1	近くの小学校、幼稚園、公民館、神社などへ散歩に出掛け、近隣の人々とはいつも声を掛け合っています。子ども達と一緒に公民館の「おはなし会」に参加しています。傾聴や音楽のボランティアも定期的に訪問しており、入居者は地域の人々と交流しています。	
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。	座間市主催のボランティアさん養成講座に講師として参加させて頂き、認知症の方々の理解と介護についてお伝えしている。		
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。	入居者様やご家族、行政、職員が一緒に会議に参加。ホーム内の報告やご家族や行政との意見交換を2ヶ月ごとに実施している。 意見等があった場合、可能な限り対応している。	運営推進会議は、市や地域包括支援センターの職員、町内会長、民生委員、多くの家族の参加により年6回積極的に開催しています。家族から質問や要望が活発に出され、医師の診療時や服薬管理などに定期的に家族が立ち会うことなどが話し合われています。	
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。	実施している。 空き状況の連絡や行政上の変更等相談や連絡を行っている。 座間市主催のボランティア講習に講師として管理者が参加させて頂いている	市の職員は、運営推進会議に毎回出席してくれたり、サービスの取組みやケアプランの作成に対して指導や助言をしてくれます。市主催のボランティア講習会に職員が講師として参加したり、市民のためにAEDを玄関に設置するなど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。	フロアーの出入り口、玄関等に鍵を掛けない事を徹底している。 玄関等にセンサー設置。音が鳴るたび職員は、確認を行い安全に配慮出来る環境を保っている。	「身体拘束の取り扱いに関する要綱」を整備し「身体拘束廃止委員会」では日々の介護サービスにおける虐待の有無など確認しています。玄関やフロアーの出入り口は開錠し、職員はセンサーの音により確認を行うなど見守りを重視して安全に配慮しています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	研修を通して虐待防止について学んでいる。 職員1人1人が虐待にあたる行為が無いよう意識して入居者様との関わりを行っている。		
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。	成年後見制度を利用しているご家族がおり、今後研修を実施する。		
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。	実施している。		
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。	玄関に意見箱設置している。 ホームにご家族がお越しの際気軽にお話し出来る環境を整えている。	毎月、請求書とともに家族には入居者の日々の状況や健康面など記載した「サービス提供に関するお知らせ」を送付し情報を共有しています。家族の要望により医師から薬を処方される時、家族も立会い適正な薬の種類や量を定期的に確認しています。	

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
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。	実施している。意見や提案を聞く機会はあるが、反映までには時間がかかることが多い。 全体会議やその都度管理者との個別面談にて意見や提案の伝達を行い反映させている。	毎年職員は「介護スキルチェックシート」を使ってケアにおける目標や成果などの自己評価をし、それを基にホーム長と個人面談をして意思疎通を図っています。行事など輪番制で担当し意見や提案など積極的に取り入れ職員のモチベーションを高めています。	
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。	職場環境に注意を払い、職員が気持ちよく働けるように工夫している。 勤務状況を把握し業務のバランスを取っている。		
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。	ユニット会議内でのミニ研修、全体会議での研修又新人研修として「介護スキル研修」を6ヶ月間に掛けて実施。 介護福祉士受験者に対しては、外部講師にて勉強会を月2回実施等積極的にスキルUPをサポートしている。		
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。	GH連絡協議会を実施。意見交換や悩み等話し合いが出来る場を設けている。 今年度中に職員の交換研修を実施し、共に学ぶ機会を作る。		
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。	ご入居された日から、1日でも早くホームの生活に慣れて頂けるように、出来る限り本人のお話に耳を傾け、会話の中からケアのヒントをつかみ、日々のケアに活かしている。		

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。	入居当日に必ずご家族とお話をする事でご要望や意見を聞く機会を設け信頼関係を築けるように努めている。		
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。	入居当日に必ずご家族に今までの家での様子やホームで生活するうえでの希望等お話し出来る機会を設けている。		
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。	家事やゲーム、レクリエーション等職員と一緒にいる事で生活を共にする意識づけを行っている。職員も入居者様の出来る事はご自身で行え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。	ホーム訪問時居室の整理や、入居者様と一緒に散歩や食事に出掛ける等行って頂き、絆を大切にしている。行事への参加頂き、入居者様と共に楽しめる時間を作っている。		
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。	編み物のお好きな入居者様がマフラーを編み、友人に送ることや手紙のやり取り等の支援を行っている。散歩やドライブ等の際昔よく行かれていた場所に行くこともある。	入居者が「やってきた事」「やりたい事」などを尊重し、持っている能力が発揮できるように支援をしています。マフラーを編んで友人に送ったり、手紙のやり取りなど大切にしています。外出時には万が一に備え入居者の写真・服装・薬など、個人ファイルを持参しています。	

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。	お互いが、仲よく楽しく関わる事が出来るように、座る席を工夫したり、職員と一緒に話す、レクリエーションを行う等工夫することで関わりあえる環境になっている。		
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。	ご家族個々の事情により対応している。		
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。	ケアプランを基本に、本人の意向に沿った対応を行っている。無理なく本人主導を心掛けている。	入居時のアセスメントや連絡ノート、家族の協力などから入居者一人ひとりの生活習慣や思いを把握しています。散歩などの外出時や入浴での会話・仕草、ゲームや行事などのレクリエーションの中で興味を示したものを引き出すよう努めています。	
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。	フェイスシートや基本情報を元にこれまでの生活歴や以前使用していた家具等を居室に持ってきていただいている。		
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。	日常生活では、全て介助することなくご自身の出来る事は活かして生活して頂いている。残存機能の保持に努めている。各入居者様に役割があり進んで家事仕事に参加して下さる事が多い。職員は、お一人おひとりの出来る事や介助が必要な部分を把握している		

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
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。	実施している。 毎月のモニタリングや3ヶ月毎の職員全員でのモニタリング、担当者会議等で話し合い計画書の作成を行っている。必要な場合の関係者に意見を聞いている。	入居者の体調や精神面の変化など毎日の個別記録や日報記録から把握し、3ヶ月ごとに職員全員でモニタリングしています。家族の要望、医師の助言など取り入れ、その人らしく暮らせるために趣味や趣向も楽しめる入居者本位の介護計画を作成しています。	
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。	介護計画書の内容が記載の内容実施表を基に支援の実施が一目でわかるようになっている。個別記録への記入もその都度支援の内容を確認しながら記入している。気づきや工夫はケアマネに伝え介護計画書作成に活かしている。		
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。	実施している。 身元引受人の方の入院や遠方のご家族に対して代理での買い物や、介護保険更新や変更等ご相談しながら個々に対応している。		
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。	地域の方々の音楽ボランティア、傾聴ボランティアさんと関わる時間を持っている。特に毎週、来所の傾聴ボランティアさんはお子さんと一緒に来ていただけ皆様大変喜ばれます。地域のお祭りに参加や公民館の図書利用を実施しています。		
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。	実施している。 毎週訪問医が来所している。体調管理の為の相談や薬の適正化等細やかな対応が可能な連携が取れている。	訪問医の受診が2週間に1回、看護師の訪問が毎週火曜日にあります。診察の結果、体調や薬（特に向精神薬）の変化があった時は家族にその旨を知らせています。また毎月の家族への「サービス提供のお知らせ」の中でも診療や看護の状況を伝えています。	

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
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。	毎週月曜日に訪問している。 職員の気づきを良く聞いていただき、必要な助言や適切な対応を支援している。 ナースより申し送り後即時、職員にも申し送りを行い情報共有している。		
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。	実施している。 入退院の際ご家族や医療関係者と連携しながら、適切な対応を行っている。 骨折にて入院の入居者様も早期退院が出来ている。		
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。	重度化の研修は行っているが終末期のありかた等の研修は今後実施予定。 介護度の変化等の際ご家族と連絡を取り話し合いを行い、必要な期間に申し込みを行っている。	重度化した場合の対応指針及び看取り介護にかかる指針を定めています。また、入居契約時にホームで出来ることを説明し「看取り契約の同意書」を交わしています。重度化の職員研修はすでに実施しています。また終末期のあり方等の研修は近く実施予定です。	
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。	緊急時連絡体制や事故対応マニュアルを各ユニット内に掲示している。 救急搬送等の場合管理者との連携をとり適切な対応を行っている。 救命救急講習への参加も積極的に行っている。		
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。	年2回の防災訓練実施。 近隣住民には災害時協力依頼済み。	防災マニュアルを定め緊急事態発生時の連絡網・地震発生時の行動チャート・持ち出し一覧表などを備えています。9月1日、シェイクアウト訓練（一斉防災訓練）に参加し、市へ実施内容を報告しています。AEDをホーム内と玄関先に設置しています。	

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。	スピーチロックの研修実施。 本人のプライドを大切に気持ちよく生活が送れるよう対応している。 本人の希望を伺いながら自立支援をサポートしている。	月例研修において「接遇・プライバシー・個人情報保護」などを実施し職員の意識を高めています。スピーチロックはもとより語気にも注意しています。個人情報保護規則を定めています。入居者の呼称については、本人の反応のよい呼び方をしています。	
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。	実施している。 外食の際メニューは、入居者様各自で選んで頂く等自分で決められるように支援している。		
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、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。	介護計画書を基本に、その日の気分や体調を考慮しながら、必要な援助を行っている。		
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。	外出時はおしゃれな洋服を選び、着て頂くように援助しています。 洋服が汚れた際、すぐに着替えを行い清潔を保てるよう配慮しています。 トイレ使用後ズボン等をしっかり上げるよう常に気を配っています。 たまに、マニキュア等行います。		
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。	職員と入居者様が一緒におかずの盛り付けやお料理の得意な方には野菜を切る等行って頂いています。 食器拭きは、毎食行い役割として定着しています。又特定の方が行う事なくみんなで家事を分担しています。	配膳下膳、食器拭きなどを皆で家事を分担して行っています。食前の口腔体操による誤嚥予防や、食前の手洗いの励行により食中毒予防にも努めています。おやつは、ホットケーキやギョーザ、お好み焼きなどを皆で作り、食し、楽しい時間となっています。	

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
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。	食事量、水分量共に意識して観察し、チェック表に記載。 一度にたくさんの水分摂取ではなくこまめに水分補給が出来るよう工夫し必要量を確保できるようにしています。水分コントロールの必要な方には一度に飲む量を調節しています。		
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。	毎食時、服薬後に口腔ケアを行う習慣になっている。声掛けや誘導を適切に行い実施出来ている。 介助が必要な方には、適切に援助している。拒否がある方には、声掛けやタイミングを工夫し、口腔ケアを行って頂いている。		
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。	日中は基本トイレでの排泄を行っている。立位が困難な方に対しては、職員が2名介助にてトイレ使用を継続している。夜間帯は職員1名の為おむつを使用。おむつの使用は極力避けている。	トイレで排泄出来るように支援しています。食後やおやつ後に、また排泄表にもとづいて、或いは様子を察して声掛けをしています。立位の困難な人も職員2名介助でトイレ使用を支援しています。尿排泄でも拭きとりシートを使い清潔の保持に努めています。	
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。	毎朝ヨーグルトや牛乳を提供している。起床時お茶を飲んで頂いたり、工夫している。 毎日のラジオ体操や牛乳パック体操等の運動を行い、習慣化している。		
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むように、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。	一人ひとりのペースに合わせ、体調面を良く観察した上で入浴して頂いている。 拒否の強い方には、声掛けや職員を替える等の工夫を行い入浴して頂いている。	体調に合わせて週に2～3回入浴しています。脱衣室もエアコンで快適に利用できるようにしています。拒否の強い方に対しては、管理者と職員が日頃から適切な対応について協議をしています。また入居者とのより一層の信頼関係構築を図るように努めています。	

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
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。	ご自身で移動が困難な方に対して、ソファでゆったりして頂いたり、30分程度の昼寝をして頂く等同じ姿勢でいる事が無いように支援している。夜間は、明かりや温度に配慮し眠れるように工夫している。		
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。	お薬ファイルを作成し、入居者個々の薬の目的や副作用の理解に努めている。確実に服薬を行えるよう、マニュアルに添って服薬後、サインの確認も行っている。必要時は医師と服薬内容を相談し変更等行っている。		
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。	家事を分担して行い、役割として定着している。ビールがお好きな方には、週2～3回程度夕食時ノンアルコールビールを召し上がって頂き、楽しまれている。編み物や絵が得意な方には、機会を作り行っている。		
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。	ご家族と入居者様と一緒に散歩や買い物、外食等に出掛けている。ご家族の協力は、一部の方がたのみ。入居者様のADL等のより困難な方が増えている。散歩やドライブ出掛けている。	入居者と一緒に日常的に神社など周辺の散歩やおやつ・果物などの買い物にスーパーマーケットなどへ出かけ、気分転換等を図っています。車で県立公園や外食にも出かけています。外出時は入居者の写真・特徴などを記した「緊急ファイル」を携帯しています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	おこづかいとしてホームが預かり、必要な場合は使えるように支援している。ご家族と相談の上数名の入居者様は財布を所持している。		

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
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。	中の良い友人と手紙のやり取りが出来るように支援している。 手作りのプレゼント等を送る際も援助している。		
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。	季節ごとに空間レイアウトを行い、作品作りを入居者様と共に行っている。又玄関やフローア一等も季節を感じやすい工夫を行っている。 造花ではなく、生花や鉢植え等を飾り自然を感じられるように工夫している。	入居者と一緒に作った作品をリビングや廊下などに飾り、また生花や鉢植えを置いて居心地よい環境づくりに努めています。階段などにも浮世絵や昭和の俳優などの馴染みのある文化や時代を反映した絵や写真を飾るなど親しみやすい環境を演出しています。	
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。	共用スペースの中に一人に慣れる空間づくりを実施している。 窓際にソファを置き、日光浴が出来る空間や各自お好きな場所に座り、TVをみたり、お気に入りの椅子に座り編み物が出来るような工夫を行っている。		
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。	入居時ご家族にお伝えし、ご本人が使用していた家具や椅子等お持ち頂いている。また可能な限り、自室に近いように家具やベット等を配置している。	毎日、入居者と職員が清掃し、清潔の保持に努めています。また家族も来所時にタンスの収納整理など、自分の家の意識で協力をしてもらっています。使い慣れた家具なども持ち込んでいます。また動線に注意し、もとの自室にちかい配置を心がけています。	
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。	ドアが全部同じ色の為トイレには目印のシールを貼り各居室ごと、趣向を変えたネームプレートをつけている。 歯磨きの際ご自分で出来るようにネームプレートを置き場所、コップ等に付けている。		

事業所名	愛の家グループホーム座間
ユニット名	ハミング

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。	夕方の引き継ぎの際唱和することで共有し、実践につなげている。 入居者様の出来る事に着目することで役割を持ち生活できるように工夫している。		
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。	自治会に加入している。 自治会の講習等に地域の方々と一緒に参加し、地域にグループホームの理解をして頂けるように努力している。 傾聴ボランティアや音楽ボランティア等と交流がある。週1又は月1		
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。	座間市主催のボランティアさん養成講座に講師として参加させて頂き、認知症の方々の理解と介護についてお伝えしている。		
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。	入居者様やご家族、行政、職員が一緒に会議に参加。ホーム内の報告やご家族や行政との意見交換を2ヶ月ごとに実施している。 意見等があった場合、可能な限り対応している。		
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。	実施している。 空き状況の連絡や行政上の変更等相談や連絡を行っている。 座間市主催のボランティア講習に講師として管理者が参加させて頂いている		

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
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。	フロアーの出入り口、玄関等に鍵を掛けない事を徹底している。 玄関等にセンサー設置。音が鳴るたび職員は、確認を行い安全に配慮出来る環境を保っている。		
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。	研修を通して虐待防止について学んでいる。 職員1人1人が虐待にあたる行為が無いよう意識して入居者様との関わりを行っている。		
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。	成年後見制度を利用しているご家族がおり、今後研修を実施する。		
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。	実施している。		
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。	玄関に意見箱設置している。 ホームにご家族がお越しの際気軽にお話し出来る環境を整えている。		

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
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。	実施している。意見や提案を聞く機会はあるが、反映までには時間がかかることが多い。 全体会議やその都度管理者との個別面談にて意見や提案の伝達を行い反映させている。		
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。	職場環境に注意を払い、職員が気持ちよく働けるように工夫している。 勤務状況を把握し業務のバランスを取っている。		
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。	ユニット会議内でのミニ研修、全体会議での研修又新人研修として「介護スキル研修」を6ヶ月間に掛けて実施。 介護福祉士受験者に対しては、外部講師にて勉強会を月2回実施等積極的にスキルUPをサポートしている。		
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。	GH連絡協議会を実施。意見交換や悩み等話し合いが出来る場を設けている。 今年度中に職員の交換研修を実施し、共に学ぶ機会を作る。 現状ではスタッフ同士の交流は無い。		
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。	ご入居された日から、1日でも早くホームの生活に慣れて頂けるように、出来る限り本人のお話に耳を傾け、会話の中からケアのヒントをつかみ、日々のケアに活かしている。		

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。	入居当日に必ずご家族とお話をする事でご要望や意見を聞く機会を設け信頼関係を築けるように努めたいる。		
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。	入居当日に必ずご家族に今までの家での様子やホームで生活するうえでの希望等話し出来る機会を設けている。		
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。	家事やゲーム、レクリエーション等職員と一緒にいる事で生活を共にする意識づけを行っている。職員も入居者様の出来る事はご自身で行え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。	ホーム訪問時居室の整理や、入居者様と一緒に散歩や食事に出掛ける等行って頂き、絆を大切にしている。行事への参加頂き、入居者様と共に楽しめる時間を作っている。		
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。	ご家族の協力を得られる方は行っている。		

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
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。	お互いが、仲よく楽しく関わる事が出来るように、座る席を工夫したり、職員と一緒に話す、レクリエーションを行う等工夫することで関わりあえる環境になっている。		
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。	ご家族個々の事情により対応している。退去後については、管理者やユニットリーダーに任せている。		
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。	ケアプランを基本に、本人の意向に沿った対応を行っている。無理なく本人主導を心掛けている。		
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。	フェイスシートや基本情報を元にこれまでの生活歴や以前使用していた家具等を居室に持ってきていただいている。		
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。	日常生活では、全て介助することなくご自身の出来る事は活かして生活して頂いている。残存機能の保持に努めている。各入居者様に役割があり進んで家事仕事に参加して下さる事が多い。職員は、お一人おひとりの出来る事や介助が必要な部分を把握している		

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
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。	実施している。 毎月のモニタリングや3ヶ月毎の職員全員でのモニタリング、担当者会議等で話し合い計画書の作成を行っている。必要な場合の関係者に意見を聞いている。		
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。	介護計画書の内容が記載の内容実施表を基に支援の実施が一目でわかるようになっている。個別記録への記入もその都度支援の内容を確認しながら記入している。気づきや工夫はケアマネに伝え介護計画書作成に活かしている。		
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。	実施している。 身元引受人の方の入院や遠方のご家族に対して代理での買い物や、介護保険更新や変更等ご相談しながら個々に対応している。		
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。	地域の方々の音楽ボランティア、傾聴ボランティアさんと関わる時間を持っている。特に毎週、来所の傾聴ボランティアさんはお子さんと一緒に来ていただけ皆様大変喜ばれます。地域のお祭りに参加や公民館の図書利用を実施しています。		
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。	実施している。 毎週訪問医が来所している。体調管理の為の相談や薬の適正化等細やかな対応が可能な連携が取れている。		

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
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。	毎週月曜日に訪問している。 職員の気づきを良く聞いていただき、必要な助言や適切な対応を支援している。 ナースより申し送り後即時、職員にも申し送りをを行い情報共有している。		
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。	実施している。 入退院の際ご家族や医療関係者と連携しながら、適切な対応を行っている。 骨折にて入院の入居者様も早期退院が出来ている。		
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。	重度化の研修は行っているが終末期のありかた等の研修は今後実施予定。 介護度の変化等の際ご家族と連絡を取り話し合いを行い、必要な期間に申し込みを行っている。		
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。	緊急時連絡体制や事故対応マニュアルを各ユニット内に掲示している。 救急搬送等の場合管理者との連携を取り適切な対応を行っている。 救命救急講習への参加も積極的に行っている。		
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。	年2回の防災訓練実施。 近隣住民には災害時協力依頼済み。		

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。	スピーチロックの研修実施。 本人のプライドを大切にし気持ちよく生活が送れるよう対応している。 本人の希望を伺いながら自立支援をサポートしている。		
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。	実施している。 外食の際メニューは、入居者様各自で選んで頂く等自分で決められるように支援している。		
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、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。	介護計画書を基本に、その日の気分や体調を考慮しながら、必要な援助を行っている。		
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。	外出時はおしゃれな洋服を選び、着て頂くように援助しています。 洋服が汚れた際、すぐに着替えを行い清潔を保てるよう配慮しています。 トイレ使用後ズボン等をしっかり上げるよう常に気を配っています。 たまに、マニキュア等行います。		
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。	職員と入居者様が一緒におかずの盛り付けやお料理の得意な方には野菜を切る等行って頂いています。 食器拭きは、毎食行い役割として定着しています。又特定の方が行う事なくみんなで家事を分担しています。		

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。	食事量、水分量共に意識して観察し、チェック表に記載。 一度にたくさんの水分摂取ではなくこまめに水分補給が出来るよう工夫し必要量を確保できるようにしています。水分コントロールの必要な方には一度に飲む量を調節しています。		
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。	毎食時、服薬後に口腔ケアを行う習慣になっている。声掛けや誘導を適切に行い実施出来ている。 介助が必要な方には、適切に援助している。拒否がある方には、声掛けやタイミングを工夫し、口腔ケアを行って頂いている。		
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。	日中は基本トイレでの排泄を行っている。立位が何とか行える方には時間がかかってもトイレでの排泄を実施。おむつの使用は極力避けている。		
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。	毎朝ヨーグルトや牛乳を提供している。起床時お茶を飲んで頂いたり、工夫している。 毎日のラジオ体操や牛乳パック体操等の運動を行い、習慣化している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	一人ひとりのペースに合わせて、体調面を良く観察した上で入浴して頂いている。 拒否の強い方には、声掛けや職員を替える等の工夫を行い入浴して頂いている。		

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
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。	ご自身で移動が困難な方に対して、ソファでゆったりして頂いたり、30分程度の昼寝をして頂く等同じ姿勢でいる事が無いように支援している。夜間は、明かりや温度に配慮し眠れるように工夫している。		
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。	お薬ファイルを作成し、入居者個々の薬の目的や副作用の理解に努めている。確実に服薬を行えるよう、マニュアルに添って服薬後、サインの確認も行っている。必要時は医師と服薬内容を相談し変更等行っている。		
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。	家事を分担して行い、役割として定着している。ビールがお好きな方には、週2～3回程度夕食時ノンアルコールビールを召し上がって頂き、楽しまれている。編み物や絵が得意な方には、機会を作り行っている。		
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。	ご家族と入居者様と一緒に散歩や買い物、外食等に出掛けている。ご家族の協力は、一部の方がたのみ。車椅子使用での外出が多い為少人数で散歩やドライブ出掛けている。		
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。	おこづかいとしてホームが預かり、必要な場合は使えるように支援している。ご家族と相談の上数名の入居者様は財布を所持している。		

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
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。	ご本人が電話を希望されるが、ご家族から、お断り等個々の事情があり困難な方もある。		
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。	季節ごとに空間レイアウトを行い、作品作りを入居者様と共に行っている。又玄関やフロア等も季節を感じやすい工夫を行っている。造花ではなく、生花や鉢植え等を飾り自然を感じられるように工夫している。		
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。	共用スペースの中に一人に慣れる空間づくりを実施している。窓際にソファを置き、日光浴が出来る空間や各自好きな場所に座り、TVを楽しんだりしている。		
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。	入居時ご家族にお伝えし、ご本人が使用していた家具や椅子等お持ち頂いている。また可能な限り、自室に近いように家具やベット等を配置している。		
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。	ドアが全部同じ色の為トイレには目印のシールを貼り各居室ごと、趣向を変えたネームプレートをつけている。歯磨きの際ご自分で出来るようにネームプレートを置き場所、コップ等に付けている。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム座間

作成日：平成 27 年 5 月 9 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り組み内容	目標達成に要する期間
1	19	○本人と共に支え合う家族との関係 家族を支援される一方の立場に置かず～とありますが、ご家族の理解が不足している。	グループホームは、介護保険上で最も自宅で過ごすように生活が出来る場所であり、地域密着とされている背景には、近くの方が入居され、家族の関わりがしやすいようになっている事を、ご家族に理解して頂ける機会を作り、協力体制を作る。	1. 運営推進会議の際、外部評価結果報告実施 2. 6月～8月の3ヶ月間で、ご家族と個別面談 3. ご家族向けに「グループホーム」についての勉強会実施と協力依頼を行う。	4 ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月