

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	1470700756	事業の開始年月日	平成17年2月1日	
		指定年月日	平成17年2月2日	
法人名	社会福祉法人 育生会			
事業所名	グループホーム かぐやひめ			
所在地	(235-0043) 神奈川県横浜市磯子区氷取沢町451-3			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成23年12月22日	評価結果 市町村受理日	平成24年5月8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)】

ホーム周辺には、沢山の自然が残っており、建物の後ろには竹林が迫っています。リビングからガラス越しに、一面の竹林を眺める事が出来ます。ボランティアさんの来所が多くあり、音楽療法、体操、アートセラピー、お茶会、かっぱの会等、全員で楽しんでいただいています。他に、季節毎の行事として、四季のお花見の外出やホームの前でバーベキュー大会を開催しています。毎日の日課として、座って出来る下肢体操と、手すりを持って行うリハビリ体操を行っています。食事職員が、全て行い、3食共作っています。野菜中心のメニューを各自工夫して召し上がって頂いています。ホームの特徴として、玄関等施設はしていません。ご家族の面会も、いつでも自由にして頂いています。全体に家庭的な雰囲気の中で、利用者様から、希望を気兼ねなく話して頂き、楽しく会話できるホームです。玄関前には、ベンチを設置して、外気浴をして、皆さんで歌を歌ったり、花を眺めて過ごされています。出来る限り、全員に参加して頂けるような声かけをして、刺激のある生活を目指して、支援しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	神奈川県横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成24年1月25日	評価機関 評価決定日	平成24年4月20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)】

【事業所概要】
事業所へは、JR根岸線洋光台駅、又は京浜急行線能見台駅からバスで10～15分、バス停から徒歩5分ほどで行くことができる。周辺は昔からの民家が点在する閑静な地域である。
平成17年2月に開所した単独型の2階建てグループホームで、1階と2階が同じ仕様になっている。全面がバリアフリーで、共用のリビング・ダイニングと利用者の個室が広い廊下でつながっている。リビングの一角に和室があり、家庭的な雰囲気を見せている。2階リビングは吹き抜けで天窓があり、1階リビングには大きな窓があり、共に明るい。空調装置・スプリンクラーを備えている。台所がダイニングルームに接している。室内からは竹林が望まれる。
【和やかに過せる支援を实践】
利用者が共同生活の中で「和やかに過せること」が最も大切であるとの思いが管理者はじめ全職員に共有されており、事業所の基本理念に沿った介護サービスが実践されている。利用者が家庭的な環境で穏やかに自立生活を送るには地域住民との交流や行政との連携も大事であると認識しており、運営推進会議や家族会を介して関係者の意見を聞き、常に業務改善に努めている。介護経験が豊富な職員が多く、食事が利用者の好みと食べやすさに配慮して調理され、職員と一緒に食べている光景は「和やかな」な家庭団欒であった。

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	かぐやひめ
ユニット名	1階

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、活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

事業所名	かぐやひめ
ユニット名	2階

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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、活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
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	事業所の理念を1・2階の事務所に掲示して絶えず確認できるようにしている。月1回のスタッフ会議や毎日の申し送りの際に、日々の介護について理念に合っているか話し合っている。	事業所開始時に提示された基本理念は、利用者に家庭的な環境で自立生活を維持していくためのサービスを提供すること、また地域に融合したホームにして、利用者が地域の人々と共に楽しく喜びの日々を過ごせるよう、社会参加への手助けをしていくことを目指したものである。書面および掲示して周知を図っている。	
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	町内会に加入しており、回覧板も回ってくる。地域の行事については隣地に住む大家さんから情報を入手している。	氷取沢町内会に加入して地域との交流がある。地域の情報は、いつも地域の会合に出ている大家からそのつど得ている。外出途上での挨拶や季節ごとの行事への参加、小学校児童の来訪、消防団員の見回り、各種ボランティアの来所など、多彩な人たちとの交流がある。	
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	地域の方とは、散歩時挨拶を交わしたりして、お付き合いをしている。スタッフと利用者のつながりを見て頂いて、ホームの雰囲気を感じて頂いていると思う。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	3ヶ月毎に開催して、活動状況報告を行っている。地域の方より、協力的な意見を頂いたり、ご家族や利用者様からの感想をお聞きして、有意義な会議になっている。	昨年度までは年2回の開催であったが、前期の外部評価での意見を取り入れ、今年度からは年4回の開催とした。参加者は町会長、大家、ケアプラザ職員、法人常務、利用者・家族とホーム長及び現場主任である。事業所の活動状況を報告し意見や要望を聞いている。ドライブやミカン狩りなどの外出や、事業所でのヒヤリハット事例などの詳細な状況報告がされている。	運営推進会議の開催を本年度から年4回にしましたが、事業所は以前から定例で年2回の家族会を開催しています。この家族会のあとに、運営推進会議の参加者を招くなどすることにより、運営推進会議の開催を年6回とすることで交流の機会や意見をもらう場がさらに増える事が期待されます。

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
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	区の担当者から、入所の問い合わせが多くある。	市・区の行政担当者との連携があり、生活保護受給や介護保険事業について相互で関係事項を確認している。グループホーム連絡会に出席して意見交換がされている。磯子区や他の地区から空き室情報の問い合わせなどがある。	

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	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>普段より、利用者の人格を尊重する声かけを心がけている。行動制限や施錠をしない対応を実践している。</p>	<p>身体拘束をしない旨の方針があり自主的に職員研修を行っている。適切な接遇や言葉づかいの実践、動きや行動の見守りに徹することで利用者の安全を守っている。近隣の人たちも見守りに協力してくれる。玄関の鍵は掛けていない。居室の施錠は利用者の意向に任せている。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>虐待防止の研修にスタッフが参加して、スタッフ会議で発表して情報を共有している。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>研修に参加する機会を増やして、知識を深めていきたい。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約時、本人、家族と同席して、重要事項説明書、利用契約書について説明して頂いている。退所時には、ご家族と入居者が求めている要望に添って、納得のいく退所先を援助している。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>運営推進会議を開催した折に、ホームに対する意見を出して頂き話し合っている。</p>	<p>家族等が自由に投書できる意見箱を設置しているが、主に年2回の家族会や個々の訪問時に利用者を交えて意見を聞いている。事業所からは年2回、「たけのご通信」と題して利用者の様子を写真入りで家族に送っている。運営推進会議でも意見が述べられている。介護計画見直しについて質疑された事例があった。</p>	

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	スタッフ会議で職員からの意見を聞き、即答出来ない内容は、法人の運営会議で報告して、結果をスタッフ会議で伝えている。	職員から日常的に意見や提案が出ている。連絡帳で全員に周知出来る様にしている。管理者は年一回、職員と面談して個々の意見を聞いている。職員の提案で、ぬり絵の原画作成、リハビリ体操やラジオ体操が実践されている。	
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	月1度の法人の運営会議で毎月のホームの状況を報告している。その会議で、改善点の助言を聞いている。		
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	法人内のグループホームと、お互いに情報交換している。法人外の研修には、年4,5回参加して、勉強している。		
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	区と市のグループホーム連絡会に加入して意見交換している。市の現場研修にあたり、他のグループホームの実習受け入れを行い、情報交換を行っている。		
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入所前に、ご家族に本人の生活パターンを伺っている。ご家族からの要望を伺い、本人からの希望を、自然な雰囲気伝えて貰えるように、接している。		

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	入所にあたって、ご家族と話し合い、出来る限り、不安に思っておられる事や要望を伝えて頂いている。電話でも頻回に連絡を取り合っている。		
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	ご家族と本人の要望を聞いて、本人の気持ちを尊重しながら、ホームの生活に慣れて頂けるように、サービス内容を決定している。		
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	本人の人格を大切にしながら、生活を援助させて頂くという心がけでケアしている。お互いに生活を楽しまたいという気持ちでお手伝いさせて頂いている。		
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	本人の様子をご家族に説明して、本人の気持ちを優先しながら、ご家族の要望を聞いて、話し合う機会を多く持つようにしている。		
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	現在は、出かける利用者への援助は行っていないが、友人、お弟子さんの来所があり、居室で過ごして頂いている。	馴染みの美容院へ行く人が1人いるが、概ね訪問美容師と職員が整髪をしている。知人や友人が来て1日を共に過ごすことがある。横浜元町やみなとみらい近辺へドライブに行っている。職員が馴染みのレストランへ外食に誘うこともある。帰宅願望が強く、一時帰宅した利用者がいたが、本人がやはり事業所の方が良いと言ってすぐに帰ってきた事例があった。	

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
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	自由に生活して頂いている中で、リビングで談笑したり、しりとりゲームをお互いに誘い合って楽しまれたり、午後は、全員でレクリエーションを行うようにしている。		
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	退所後も、ご家族へ近況報告をお聞きしたりしている。		
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。	常にコミュニケーションを取る様にして、希望を随時居室担当者がお聞きして、本人の願いを早めに叶えるようにしている。	利用者個々の状況は最初のアセスメントで把握に努め、日常では会話や不満などを利用者が納得するまで気長に聞いている。入浴中やトイレの中など、マンツーマンで聞き取ることが多い。思いの把握が難しい人からは、回数を重ねて聞きだす工夫をしている。	
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	入所時の情報を職員間で共有して、入所後も希望を聞き、サポートしている。		
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	居室担当者を各利用者決めて、本人の希望や状態を把握して、スタッフ会議や日々の業務の中で話し合い、情報を共有している。		

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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>月1回のスタッフ会議で、全利用者の問題点等話し合っ、ご家族からの要望も取り入れながらプランを作成している。ADLの変化により、その都度作成している。</p>	<p>日常でのケア状況を全職員が詳細に記録している。記録をもとにそのつど見直すが、原則3ヶ月ごとにモニタリングを行い、6ヶ月ごとに見直しを行っている。見直しの際は家族の意見を取り入れるが、その時期については定期見直しの時点としている。</p>	<p>個人の状態を勘案し、次回の見直し時期を明確に決めて家族等に知らせ、意見をもらうことが双方に良い結果をもたらします。「計画見直し時期」の明確化を今後の計画作成手順に取り入れるよう期待します。</p>
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>業務日誌に毎日実施したプラン内容を記入して、ケアの質の見直しを行っている。本人の状態の変化に添った対応を行う様に留意している。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>本人やご家族の希望に応じて対応している。通院時の付き添いは、その方に合わせて、スタッフが援助している。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>ボランティアの来所の随時にあり、体操、音楽療法、お茶会、アートセラピー、三味線の会、食事補助等、来所して頂いている。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>提携している病院の医師が2週間に1回往診の為、来所している。近所の医院への通院は、ご家族やスタッフが援助している。</p>	<p>利用者全員が協力医の往診を受けている。往診は2週間に1回であるが、そのほかに看護師が週1回訪問している。協力医は内科、循環器科で、その他の受診科を利用する場合は家族が対応するが、不可能な場合は職員の付き添いで対応をしている。</p>	

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		<p>看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>月4回法人の看護師が来所して、バイタルチェックを行い、健康管理や爪切りをして頂いたり、随時相談している。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>入院中の状態を面会の時やご家族に聞きながら、医師との面談に同席して、ご家族の意向と合わせて、退院後の方針を決定している。提携病院の医師に相談している。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>入所時に説明して、書類をお渡ししている。本人の状態の変化によって、特養ホームへの申し込みを依頼している。</p>	<p>重度化した場合の対応指針を文書にはしていないが、入所時に重度化した場合の対応方法について説明し同意を得ている。常時の治療が必要な状態になれば入院になるが、家族とは事前に話し合いを行っている。現在までにターミナルケアの実施例は無い。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>急変時の対応の講習をスタッフが受けて、会議で、発表している。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>防災訓練を消防署立会いの元、地域の消防団の方や地域住民の方も参加して頂き、夜間想定訓練を行っている。</p>	<p>年2回、夜間想定訓練を含めた防災と避難の訓練を実施している。磯子消防署と応援協定が交わされており毎回の訓練に消防署員5名、地区消防団員5名、地域住民（大家）と民生委員が参加している。地域の防災訓練に事業所としては参加していない。本年度において、全館にスプリンクラーを設置し、災害時用品の備蓄もある。飲料水・食品などは外の倉庫に用意してある。</p>	

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
ま					
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	常に、年長者への尊敬の気持ちを持ちながら、声かけを行い、お手伝いさせて頂いている。研修に参加して、スキルアップに努めている。	新任時研修および会議やミーティング等で利用者のプライバシー確保について話し、職員への周知を図っている。研修時のマニュアル等を参考にし、声かけや接遇に配慮するなど日常業務に活かしている。個人情報の利用目的およびその管理には適切な対応がされている。	
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	普段から、話しかけ易い雰囲気作りに気をつけて、随時、マンツーマンでお気持ちをお聞きしている。		
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	利用者の今を大切にして、その方に合ったペースを守りながら、刺激のある生活を目指して、援助している。		
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	本人の様子観察を行い、スタッフが声かけして、整容面の援助をしている。		
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	野菜や果物を切ったり、時々、煮物を作ってもらったりしている。食後の後片付けや食前の準備を手伝って頂いている。	食材の購入、献立の作成と調理を全て自前で行っている。野菜を多くし、バランスのとれた献立を職員が作っている。利用者が準備や後かたづけの手伝いをしている。クリスマスや誕生日、敬老の日などでの特別食、また年2回、庭でバーベキューをして食事を楽しんでいる。食事中は静かな音楽を流している。	

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
41		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>スタッフが3食共、メニューを決めて調理している。出来る限り、野菜を多く使い、魚、肉料理を作っている。水分量の摂取量の把握を行い、不足分を食間に提供している。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎食後、口腔ケアの声かけを行い、口腔セットを事務所預かりにして、口腔ケアの援助をしている。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>随時にトイレの声かけを行い、トイレ誘導して、快適に一日を過ごして頂けるように、お手伝いしている。</p>	<p>完全に自立排泄のできる方が6名、他の方はハビリパンツを利用している。職員は排泄チェック表を参考に、適時にトイレ誘導をして排泄の失敗が無いよう注意している。夜間時はオムツを使用する方がいる。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>毎日、排便チェックして、水分や食事を確保している。お茶だけでなく、ジュースやポカリ等提供している。日中は出来る限り、体操、レクリエーションを行っている。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>大体、入浴日はスタッフが決められているが、本人の希望も取り入れている。行事の時は、前日に変更している。時間帯は、その都度、希望をお聞きしている。</p>	<p>1階の方達は週に2~3回、2階の方は一日おきに入浴している。入浴の時間帯は決めず、体調やその時の状況に応じて適宜対応をしている。入浴したくない方には「体重を測りますよ」とか「お医者さんの日です」など声を掛けるなど、職員が工夫をこらして対応している。入浴剤を入れたお風呂を利用者が楽しみにしている。</p>	

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		<p>安眠や休息の支援</p> <p>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</p>	<p>食後や外出後等、居室やソファで休んで頂き、リラックスした時間を過ごして頂いている。</p>		
47		<p>服薬支援</p> <p>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</p>	<p>薬変更後は、様子観察を行い、連絡ノートに記入して、情報を共有している。服薬リストを作成して、その都度、変更している。</p>		
48		<p>役割、楽しみごとの支援</p> <p>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</p>	<p>季節毎の外出やバーベキュー大会、行事、ボランティア活動、レクリエーション、散歩等、出来る限り参加して貰えるように、声かけして、刺激のある生活を目指して援助している。</p>		
49	18	<p>日常的な外出支援</p> <p>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</p>	<p>近所のお店へ、散歩しながら、好きな物を買ったり、外食の機会を作って出かけている。</p>	<p>晴れた日や暖かい日は、午後から3~4人で散歩に出る。車椅子の方も同行している。外のベンチで外気浴や日光浴をしている。利用者は共用フロアに居ることが多く、居室にこもりがちなのはいない。春や秋には遠出のドライブ旅行をしている。</p>	
50		<p>お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>お小遣いを事務所預かりにして、本人の好きな物を一緒に買ったり、依頼された物を購入している。</p>		

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	本人の希望時や、ご家族から定期的に連絡をして頂き、近況報告をしている。手紙やはがきのやり取りを自由にしている。		
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	生花や、季節の飾りつけや貼り絵を利用者と一緒に作成して、季節感を感じて頂いている。	外通路も含め、内部も全てバリアフリー構造になっている。1、2階とも同じ仕様であり、エレベーターで行き来ができる。リビングは採光が良く明るい。2階は天井が吹き抜けで天窓があり特に明るい。壁面を利用して絵や写真を飾っている。6畳の和室があり、窓外の竹林と優雅な調和を見せている。台所での食事支度を利用者がのんびりと眺めていた。	
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	リビングのソファに座って、テレビやビデオを見たり、気の合う仲間と談笑したりされている。居室で、好きな事をされる時間も見られている。		
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	入居される時に、自宅での馴染みの物を運んで頂き、使い慣れた物がある事によって、安心して生活して頂けるように援助している。	各室にエアコン、クローゼット、防災カーテンが設置されている。その他の生活用品は利用者が好みのものを持ち込んでいる。各部屋にベランダが設けられおり、外の景色を眺めながら外気浴や日光浴ができる構造にし、利用者が思い思いに過ごせるような住まいにしている。	
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	各々の利用者の個性やADLに合わせて、声かけに留意している。出来る限り、役割を持って生活して頂けるように援助している。		

目標達成計画

事業所名

グループホーム
かぐやひめ

作成日

2024年4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	26	介護計画を6ヶ月毎に作成しているが、計画書に見直し時期を明記していない為、ご家族のケアプランに対する認識が薄いため。	家族に見直し時期を明確にお知らせして意見を伝え取り合えるようにする。	サービス計画書に、次回の見直し時期を明確に提示する。	1年以内
2					
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。