

平成30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	1493100216	事業の開始年月日	平成25年4月1日
		指定年月日	平成25年4月1日
法人名	(株)アイシマ		
事業所名	グループホーム ききょう		
所在地	(233-0006) 横浜市港南区芹が谷2-19-15		
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30年10月30日	評価結果 市町村受理日	平成31年4月3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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/
----------	---

【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)】

グループホームききょうの理念である、利用者様が安心して穏やかに生活を送り、人との輪を大切にします。という理念を大切に日々業務に入っています。職員、利用者様共に毎日笑顔で過ごしています。ききょうの周辺には自然が多く、春になると周辺の川沿いに河津桜からソメイヨシノまで楽しむ事ができ、秋には紅葉狩りができます。自然に恵まれた環境の中で利用者様、職員の笑顔の絶えない事業所を目指し一人一人に適した支援を行っています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年12月7日	評価機関 評価決定日	平成31年3月17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、横浜市営地下鉄「上永谷」から東戸塚駅行きバスに乗り、「せりぎんタウン」バス停下車し、徒歩2分、スーパーマーケット脇を上った丘陵地の中腹住宅街にあります。周囲は平地の少ない傾斜地です。

<優れている点>

理念の1つに「変わらぬ思いで寄り添う」があり、職員は、利用者の「生き甲斐や仕事参加」の意欲に働きかけ、家事や屋外歩行などの「活動」を目指しています。支援内容は、楽しみながら参加できる趣味(編み物)や単純な作業(食事での挨拶)からスタートしています。車いすでは、介助から自らの自走を目指しています。身体拘束の理解ではホーム内部で行われる法人主催の勉強会、行政主催の外部研修会に積極的に参加しています。法人の「身体的拘束適正化委員会」で、定期的にチェックリストを確認し、職員間の意見が異なる項目は会議などで話し合い、意見交換をしています。

<工夫点>

1階では利用者のADL(日常生活動作)を絵文字のシンボルマークで居室のドア上部に取り付け、入居者一人ひとりの状態が一目で分かるようにしています。シンボルマークは5種類(寝たきり・医療介助・車椅子・杖歩行・歩行の自立)あり、日常支援時のほか非常時の個別救出にも素早く対応することが可能となるよう工夫しています。

【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 ききょう
ユニット名	ふくろう

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ます。 (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。	「変わらぬ想いで寄り添います」 「人の和を大切にします」 「ご家族や地域の繋がりを大切にします」がききょうの理念であり、事務所に掲示し職員全体に浸透する様になっています。	「ききょうの理念」は開設時に全職員が意見を出しあって作成したもので、全員で共有しています。理念を具体的に実現するものとして、毎年度「ききょうの行動目標」を作成しています。職員はこれらを基に理念に沿って活動しています。	
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。	町内の清掃では利用者と一緒にいるなど少しずつ交流を、はかれる様努めています。また、フラダンスやギター演奏などのボランティアも受け入れています。	芹が谷第18組自治会に加入し、自治会活動の公園清掃に参加しています。職員の演じるフラダンスやボランティアのギター演奏、オカリナ演奏は利用者の楽しみとなっています。付近の幼稚園や保育園、学校との交流は今後の課題となっています。	
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。	地域の方からの電話や訪問による相談に答えています。又、生活の場を見学して頂いています。		
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。	2か月に一度、運営推進会議を開催し、ホームの状況や今後の行事予定など報告しています。出席者から助言、要望を頂きサービスの向上につとめています。	奇数月ごとに行っている運営推進会議には、地域包括支援センター職員や区職員、民生委員、利用者家族が出席して開催しています。	自治会関係の人の出席がありません。会議を活発化して意見交換の場とし、自治会長を始めとする地域との連携を今後更に進めることも期待されます。
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。	運営推進会議に於いて、高齢支援課担当職員、地域包括支援センターにサービス内容を報告しています。保護担当職員に利用者様の様子や問題事項があれば相談する機会を設け、お互いに早期解決に取り組んでいます。	区高齢支援課には、運営推進会議の議事録や各種報告書などを届けています。また、保護担当職員とも話し合う機会があります。グループホーム連絡会にも加入し参加しています。地域包括支援センターより行事案内や介護制度の改正情報などを聞き取っています。	

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。	社内研修、外部研修などから身体拘束の知識を深めています。法人内で身体拘束等適正化委員会を設置しカンファレンスでも職員間で正しい介助が出来ているか話し合いを持ちながら身体拘束をしないケアを心がけています。安全確保の為、施錠することもあります。要望時には、開錠しています。	「身体拘束をしない」マニュアルを備えています。身体的拘束適正化委員会での、拘束を疑われる行為について、職員間で意見が大きく分かれ、2度にわたって話し合うなど、積極的に学んでいます。ユニットドアや玄関は施錠していますが、要望があれば開錠しています。	
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。	身体拘束等適正化委員会、社内研修、外部研修などから高齢者虐待の知識を身につけ、カンファレンスで話し合いの場を持っています。日頃のケアの中に虐待に繋がっていないか、言葉による心理的虐待には留意し、接遇ケアを全職員で確認しあっています。		
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。	社内研修、外部研修で権利擁護に関する制度の理解に努め、必要性のある利用者については、地域包括支援センターや、社会福祉協議会とも連携をとっています。成年後見人制度はすでに利用しており、基本的な事は周知しています。		
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。	契約時には重要事項説明書に基づき、十分な説明を行っています。家族の方に、不明な点の残らないように、話し合い、十分な説明を行うことで、理解、納得していただけるよう心がけています。介護報酬改定時も十分な説明を行い同意を得ています。		
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。	面会時や家族会にて意見要望を伺っています。迅速に対応し運営に反映させており、運営推進会議でも報告しています。重要事項説明書に苦情、相談窓口を明記し、契約時に説明しています。	年2回の家族会で家族から話を聞いています。また「そうめん流し」や「クリスマス会」など、毎月行われるイベントの際にも家族から意見や要望を聞いています。	

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
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。	日常的に職員から管理者へ意見、要望を伝える機会があります。月1度のホーム会議での意見も管理者を通じて法人全体へ反映される体制になっています。	毎月フロアごとのユニット会議と、全員を対象としたホーム会議を行っています。更に管理者との面談もあり、これらの機会を通じて職員意見を聞いています。管理者が一括して行っていた食材発注を職員が行うようにした例があります。	
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、実績その都度評価し、向上心に繋がるように努めています。個々にあった勤務体系が出来ており、健康診断も実施し、職員の健康確保に努めています。管理者会議や幹部研修に於いて、職員の意見を抽出し、環境整備に努めています。		
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。	教育委員会を設置し、個々にあった社内研修が実施されています。ケアの向上を図り、各自の力量を把握した上で、外部研修へ参加する機会を持てるようにしています。法人内の事例発表会が毎年開催され、発表する機会がある事で質の向上に繋がっています。		
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。	法人内のグループホームを主に、他事業所との豊富なネットワークは組織として構築されています。横浜高齢者グループホーム連合会に加入し、交換研修に参加し、情報交換ができています。		
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。	入居前のヒヤリングを経て、見学時に、不安、要望等細部まで、相談できる面談の場を設け、安心した雰囲気作りを心掛けています。安心してサービスが開始出来る様に努めています。		

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。	入居前の見学時には不安、要望等細部まで相談できる話しやすい場を設け、ご家族と利用者様との要望の違いを把握・確認して、利用者様だけでは聞き出せない細かいニーズも確認し、安心してサービス開始出来る様に、より良い関係作りに努めています。		
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。	現状を把握して、本人とご家族の意向をしっかりと把握し、安心してサービスが受けられるよう、十分に話し合いをした上で、他サービス利用も視野に入れて支援方針を決めています。		
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。	日常生活の中で利用者様と職員が、何でも話し合える環境作りに努めています。お互いに支え合える生活ができています。		
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。	面会時以外にも、電話などで定期的な日頃の様子を伝えると共に、ご家族の意向も確認しています。		
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。	本人のご家族、知人が来訪された時は、自室でゆっくりと寛げるように配慮しています。話しやすい環境を作り、本人の様子もお伝えしご家族の要望にも耳を傾け支援しています。	定期的に来訪してくれる家族がおり、家族は居室で過ごしています。その際、湯茶などを提供しています。以前、来訪していた知人も高齢となり、最近は電話での交流となっています。	

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
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。	利用者様一人一人の性格や生活歴を理解した上で、利用者様間の盛り上がる話題を提供しています。良好な関係が継続できるよう支援しています。		
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。	契約終了後の相談等の実績はありません。いつでも質問等にお答え出来るように、体制は構築されています。		
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。	直接本人に話を伺い意向の把握に努めプランに反映させています。ケアカンファレンスでは職員間で統一したサービスが提供出来ているか検討しています。	意向の把握が困難な利用者が半数近くいます。夜間や入浴時の時に本音を把握するように努めています。意向の把握には兆候があり、どういう兆候がどういう意思を表すのかをケアカンファレンスなどを通じて、職員間で共有を図っています。	
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。	入居時に細かなアセスメントを行い、生活歴や趣味などの把握に努めています。本人、ご家族、ケースワーカーから生活の経過等、情報収集に努めています。		
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。	個別のケース記録があり、申し送りや申し送りノートを活用して些細な情報も逃さないように職員間で共有しています。それぞれの出来る事、出来ない事を見極め、役割を持って頂いています。		

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
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、現状のニーズに合った介護計画を作成しています。職員の意見や主治医、訪問看護の助言も介護計画に反映させています。また、設置期間以外でも、必要時には見直ししています。	居室のドアにADLの状態を表す絵を表示しています。一人ひとりのケアプランを全員が把握しています。月1回のケアカンファレンスでは、現在のケア状態の報告を行い、介護計画作成の参考にしています。居室担当制は敷いていません。	
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。	状態の変化や気づきをケース記録に記入し、ケアの統一を図ると共に、介護計画にも反映させています。本人に最善のケアを提供できるように介護計画の見直しをしています。		
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。	本人の状況を把握し、ご家族と連携を取り合いながら調整しています。主治医、訪問看護とも連携を取っています。外での食事や外出支援なども取り入れて柔軟な対応を心掛けています。		
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。	町内会の行事や公園掃除には出来る限り参加しています。ボランティアとしてオカリナ演奏、ギター演奏、フラダンス鑑賞、回想療法などから楽しい時間が過ごせる様に支援しています。		
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。	月2回の内科、精神科の往診と、週1回の看護師の訪問があり、医療連携は充実しています。状況の変化が現われた時は、速やかに適切な医療が受けられるように体制は整っています。訪問歯科も週に1回訪問があります。	往診医師、訪問看護師と職員の間では「医療連携ノート」を利用し、情報を共有しています。職員からの依頼や質問に対して医師・看護師が回答しています。フロアリーダーが記述責任者となり、利用者の体調や薬処方の要望などを記載しています。	

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。	訪問看護ステーションと契約しており、週に1回の訪問では日常的な健康管理を行い、24時間体制で相談連絡することが出来ます。訪問時には医療連携ノートを活用して情報の共有に努めています。		
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。	定期的に医療連携会議が開催され、意見の交換がなされています。小さなことでも病院との連携が取れる体制が整っています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人、ご家族の意向を早期に確認し、重度化した場合における対応に係る指針を説明するほか、訪問看護、かかりつけ医とも十分に話し合いをし、全員で方針を共有します。職員は研修に参加し学ぶ機会があります。	入居時に重度化におけるガイドラインを説明し、容態急変時の連絡先とその対応内容などを確認して、ホームができることを話し、同意書をもらっています。看取りの実績はまだありませんが、研修ではその時を想定した具体的な内容を計画しています。	
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。	対応マニュアルがあり、基本的な事が出来る様に、疑問、不明点は訪問看護に確認し、急変時の対応に備えています。内部、外部の研修にも参加するようにし、訓練を行っています。		
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。	土砂災害想定訓練を行い、消防署員から助言を頂いています。地域住民にも参加を呼びかけていますが、参加していただけていません。備蓄も備え定期的に点検しています。	火災訓練のほか、ホームの立地から土砂災害の訓練を実施しています。地域住民の参加をどうするかを課題としています。備蓄リストを作成し、物品管理を行っています。	

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
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。	接遇マニュアルがあり、カンファレンス時に職員で正しい対応が取れているのか確認しています。また、日常的に職員間で対応を話し合い、すぐに改善することが出来ています。	接遇マニュアルで学んでいます。日常での「トイレ」「入浴」時の言葉遣いや声かけには特別に配慮しています。日頃の言葉遣いを事例で話し合い、改善に繋げています。使用済の薬袋は個人情報があるため、シュレッダー処理をしています。	
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。	利用者様自らの思いを出せるような楽しく、明るい雰囲気作りに努めています。会話を多く持ち、希望を聞きだし、自己決定できるような支援を心掛けています。		
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。	職員都合にならない様に利用者様それぞれの暮らしを尊重しています。編み物や読み書き練習の個別支援。トランプや外気浴などの集団レクなど毎日を利用者様が決めて暮らしています。		
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。	定期的に訪問理容を利用し、本人やご家族の要望の髪型や髪色にして、その人らしさを演出しています。衣類は毎日自分で選んでいただき、毎朝整容しています。本人で選べない方は職員と相談して決定しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	月に1度中華レストランに外食をしに行っています。普段の食事では、調理前に食べたい物や、好きな味をお聞きし、一緒に献立を考えます。食後は出来る方は下膳までしていただいています。	日常のメニューと食材選びは利用者と職員と一緒に考えたりして発注しています。定例の中華外食のほか、行事食ではクリスマス会にチキンレッグやケーキ、七夕祭りにチラシ寿司などを楽しんでいます。また、時には唾液腺マッサージを食事前に実施して嚥下の改善に努めています。	

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
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。	個々の食事量、水分量はチェック表に記録し把握できるようになっています。また、個々の状態によって食形態や分量など柔軟に対応しています。		
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、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。	週に1度の訪問歯科による口腔ケアや歯科医による職員への指導を受けています。その際に義歯の調整や、嚥下検査も受けることができます。		
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。	毎日、排泄チェック表に記録し個々の排泄パターンを把握出来る様に努めています。食事前には必ず誘導を行い、その他では本人の仕草や表情を観察して誘導しています。その際には本人の尊厳を守るよう注意を払って声かけをしています。	日々の排泄チェック表からトイレでの排泄を支援しています。頻回者にはトイレが終わるまで付き添い見守りながら経緯を医師に相談して、薬での対応も実施しています。トイレを想起する直接の言葉は不使用としています。	
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。	毎日の体操や機能訓練を行い身体の活性化を図っています。その他には寒天ゼリーや食物繊維の多いものを召し上がっていただくようにしています。便秘がちの利用者様には主治医・訪問看護と連携して下剤でコントロールしています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人が入りたい日や体調に合わせて入浴していただいています。リラックスした状態でゆっくりと利用者様とお話できる貴重な場となっています。また、安全に十分に配慮し手摺りや滑り止めマットの設置、浴室の温度等に注意しています。	入浴は週2回が基本です。毎日入浴希望の人、シャワー浴希望の人などにも対応し、体調や状況判断で足浴の時もあります。新人教育にはマンツーマン指導で臨み、安全に配慮しています。季節を感じる柚子湯を楽しんだり、好みのシャンプーを使用する人もいます。	

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の状況に応じて、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。	個々のペースに合わせて休んで頂いています。入室してから少しテレビを見る方もいらっしゃる各々のペースで休まれています。その際は居室の温度や湿度の調整に気をつけています。		
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。	個人ファイルに服薬リストが挟んであり、常に最新の状況が分かるようになっていました。変更時は職員に周知し様子観察し主治医、調剤師、看護師に報告しています。服薬手順はマニュアルに沿って注意を払って対応しています。		
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。	入居以前の生活歴を大切に、洗濯物たたみや、干し、縫い物などをしていただいています。日課で新聞を毎日読まれる方もいて、その後に新聞に載っていた出来事などを話してくれます。また、なるべく外に出る機会を作り気分転換して頂く様にしています。		
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。	天候、体調に考慮し、出来る限り外へ出る機会を設けています。利用者様によってはご家族と外食に行かれる方も居ます。毎月の食事会や音楽療法への外出は皆様楽しそうに参加されています。	日常の外出は近くのスーパーマーケットに買い物に出かけたり、近くのマンション前広場から、富士山を眺めています。外出ができない時でも玄関前の駐車場で外気浴を楽しみます。また、不定期に車で公園などに出かけ、公園内の散策を楽しんだりしています。	
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。	必要な物がある場合は買物に同行したり、職員が代行し、日々の生活で使う歯ブラシや歯磨き粉を購入することがあります。また、衣類やシーツ等が必要な場合もご家族、後見人に相談してから購入する事もあります。		

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
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。	知人に電話をされたり、ご家族から電話があった場合はお繋ぎしてお話を楽しまれる方もいます。希望時はいつでも電話を使えるようになっております。年賀状のやり取りも継続しています。		
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。	眺めの良い高台にあり、リビングからの眺めが良いです。季節や天候により温度、湿度調整をしています。壁には1年の行事を貼り思い出の振り返りとしています。	「衛生管理チェック表」で清潔保持に努めています。室温は利用者意見を聞きながらスイッチの切り替えをしています。室内の明るさ調整はカーテンの開閉で行っています。壁には季節感を重視した行事の思い出や、日常の笑顔溢れる光景の写真を掲示しています。	
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。	席順は利用者様同士の相性に配慮して決めています。テーブル毎にレクをして過ごす事も多く孤立感はありません。また、その日の気分によっては一人で居室でゆっくりと過ごされる方もいらっしゃいます。		
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。	写真や思い出の品は見やすい位置に飾ってリラックスできる空間を作るよう心掛けています。また毎日掃除して清潔にも気をつけています。出来る方は職員と一緒に掃除していただいています。	エアコン、カーテン、照明器具が備わっています。家族写真や手作りクラフト、小物類などを思い出に飾っています。居室の清掃は担当者が毎日行い、自立度の高い人は補助作業と確認を共にしています。季節の衣類入れ替えは担当者が支援しています。	
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。	トイレや各居室には大きなマークを取り付け分かりやすくしています。利用者様の安全を第一に考え廊下やリビングには障害物にならないよう配置に配慮しています。		

事業所名	グループホーム ききょう
ユニット名	はと

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ます。 (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。	「変わらぬ想いで寄り添います」 「人の和を大切にします」 「ご家族や地域の繋がりを大切にします」がききょうの理念であり、事務所に掲示し職員全体に浸透する様になっています。		
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。	町内の清掃では利用者と一緒にいるなど少しずつ交流をはかれる様努めています。また、フラダンス、ギター演奏などのボランティアも受け入れています。		
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。	地域の方からの電話や訪問による相談に答えています。又、生活の場を見学して頂いています。		
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。	2か月に一度、運営推進会議を開催し、ホームの状況や今後の行事予定など報告しています。出席者から助言、要望を頂きサービスの向上につとめています。		
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。	運営推進会議に於いて、高齢支援課担当職員、地域包括支援センターにサービス内容を報告しています。保護担当職員に利用者様の様子や問題事項があれば相談する機会を設け、お互いに早期解決に取り組んでいます。		

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。	社内研修、外部研修などから身体拘束の知識を深め職員は介助方法の話し合いを持ちながら身体拘束をしないケアを心がけています。安全確保の為、玄関、階段出入り口ドアは施錠している事もありますが、要望時には、自由に屋外に出られる様に努めています。		
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。	社内研修、外部研修などから高齢者虐待の知識を身につけ、身体拘束をしないケアを心がけています。日頃のケアの中に虐待に繋がっていないか、特に言葉による心理的虐待には留意し、常に接遇ケアを全職員で確認しあっています。		
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。	社内研修、外部研修で権利擁護に関する制度の理解に努め、必要性のある利用者については、地域包括支援センターや、社会福祉協議会とも連携をとっています。成年後見人制度はすでに利用しており、基本的な事は周知しています。		
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。	契約時には重要事項説明書に基づき、十分な説明を行っています。家族の方に、不明な点が残らないように、話し合い、十分な説明を行うことで、理解、納得していただけるよう心がけています。介護報酬改定時も十分な説明を行い同意を得ています。		
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。	面会時や家族会にて意見要望を伺っています。迅速に対応し運営に反映させており、運営推進会議でも報告しています。重要事項説明書に苦情、相談窓口を明記し、契約時に説明しています。		

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。	日常的に職員から管理者へ意見、要望を伝える機会があります。月1度のホーム会議での意見も管理者を通じて法人全体へ反映される体制になっています。		
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。	努力、実績その都度評価し、向上心に繋がるように努めています。個々にあった勤務体系が出来ており、健康診断も実施し、職員の健康確保に努めています。管理者会議や幹部研修に於いて、職員の意見を抽出し、環境整備に努めています。		
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。	教育委員会を設置し、個々にあった社内研修が実施されています。ケアの向上を図り、各自の力量を把握した上で、外部研修へ参加する機会を持てるようにしています。法人内の事例発表会が毎年開催され、発表する機会がある事で質の向上に繋がっています。		
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。	法人内のグループホームを主に、他事業所との豊富なネットワークは組織として構築されています。横浜高齢者グループホーム連合会に加入し、交換研修に参加し、情報交換が出来ています。		
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。	その方のひととなり、生活環境、家族の要望を確認し、その方にとってより良いサービスを話し合い、安心して過ごして頂ける様に努めています		

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。	その方のひととなり、生活環境、家族の要望を確認し、その方にとってより良いサービスを話し合い、安心して過ごして頂ける様に努めています		
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。	今何を求めているかを見極め、本人、家族の要望を、もとに「その時」に必要な柔軟な対応を行う様に努めています。		
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。	本人の得意な事、又は出来る事を探し、実施して頂く事で、必要とされている事を実感し、充実し張りのある毎日を送って頂ける様、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。	日頃の様子をお伝えすると共に随時、異変はお伝えし、今の状況を知って頂き、嬉しい事、悲しい事を共有するように努めています。来訪時、自室で一緒に過ごしやすい環境作りを実施しています。今まで通りの関係が継続できるように支援しています。		
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。	これまでの人間関係を大切に、面会、手紙、電話などの支援をしています。年賀状も出されています。ご家族と一緒に外食したり、職員と故郷についてお話する事で回想されています。		

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。	利用者様同士で起床や食事の声を掛けを合い、誘われたり、出来ない部分を手伝ってあげたりと協力されています。職員が間に入りコミュニケーションを取る様にして利用者同士の橋渡しに努めています。		
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。	終了された利用者様が出た時には、新しい環境でも混乱なく、今まで同様に過ごせる様、情報提供しています。		
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。	日常生活の中で利用者の思いや意向を把握する様にしています。言葉から難しい場合でも様子や表情などから判断したり、家族からも聞き取りをしています。		
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。	事前に本人、家族から生活歴を確認しアセスメントしています。その後、新たに得た情報は随時、追加して共有しています。		
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。	毎日、一人ひとり観察しケース記録に記録し、申し送りやカンファレンスで利用者を把握しています。毎日のバイタル測定で体調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
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。	カンファレンスにて意見交換し、モニタリング、アセスメントを行い本人、家族、医療関係者の意見をもとに介護計画を作成しています。本人に一番良いケアを見出す事に努めています。		
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。	業務日誌、ケース記録、水分・排泄・バイタル表等で記録し、全ての職員が情報を共有し利用者様の状態を把握しています。日頃の気づきや変化を申し送り、介護計画の見直しを行っています。		
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。	本人や家族の状況により、通院、送迎を行ったりしています。担当医、訪問看護師とも連携をとり、柔軟に支援しています。又、利用者の希望に沿った外出支援をしています。		
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。	町内の掃除、ケアプラザの催しを見に行くこともあります。訪問美容やオムツサービス等 介護保険以外のサービスも利用しています。		
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。	内科、精神科、歯科は定期的な往診を受け、希望があれば近所の病院を受診する事もあります。基本、家族対応での受診になってはいますが、困難な場合はホームで対応しています。		

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。	週に一回訪問看護があり、報告、相談し連携を図っています。24時間体制となっており、急変時などいつでも連絡できます。		
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。	入院時にはお見舞いに行ったり、家族から情報を得たり、依頼があれば、主治医との話合いに同席し、出来るだけ早期に退院できるように相談員を交えて、今後についての方針を検討しています。		
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、説明し、さらにご状態に変化があった際に、本人、家族等に希望を確認し、説明を行い書類を作成しています。		
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。	急変時等、マニュアルにそって行動する様、徹底しています。またそのような事がおきた際は、毎日の申し送り時や、定期的にカンファレンスで話し合い確認しています。		
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。	年2回、避難訓練を実施しています。地域の方にも協力を呼び掛けています。その際消火器の使い方等、訓練しています。非常用食料、水、備品もそろっています。		

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
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。	さりげない声かけ、自己決定しやすい言葉かけをし、プライバシーを確保しています。毎年勉強会において個人の尊厳について勉強し確認しています。		
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。	個人に合わせ、声掛けの仕方を変え、自己決定しやすい様にしています。聞こえの悪い方には文字を紙やボードに書いて働きかけています。		
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。	1日の流れは、大体決まっているも、その方の体調やペースに合わせて対応しているため、食事の時間がずれる事もあります。		
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。	訪問美容やご自分でバリカンされる方もおり、好きな髪形にされています。可能な限り洋服はご自分で選んで頂いております。		
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。	利用者が献立を考え作って頂く事もあります。調理したり盛り付けしたり、後片付けも参加して頂いております。		

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。	献立を工夫し食事を楽しみに思ってもらえるようにしています。栄養バランスを考え利用者に合わせた食事形態で提供しています。記録を取り、一日の水分摂取量が不足しない様に声掛け、介助を行っています。		
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。	定期的に歯科受診を実施しています。毎日の口腔マネジメント計画書に基づき、職員が付き添い、声掛け、介助を行っています。		
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。	排泄状況を記録する事により、排泄パターンを把握し、又、行動等を観察する事により前もって声掛け、誘導を行い、トイレでの排泄を促しています。		
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。	訪問看護や担当医と連携をとり便秘予防に努めています。適度な運動、食事、水分摂取で毎日のスムーズな排便を目指しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	体調を見ながら定期的に入浴して頂いております。個々の能力に応じた介助を行っています。職員と会話し、くつろいで頂き、入浴が楽しみにして頂く様にしています。		

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。	毎日の体調、行動等、様子観察を怠らず、安心して休息、安眠して頂ける環境を整え、タイミングを見逃さない様努めています。		
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。	薬を理解し、変更のあった場合には職員全員が周知する様、申し送りをしています。体調の変化を見逃さず、担当医、薬剤師に情報を提供し相談しています。		
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。	人となり把握し、利用者に合わせて役割分担、楽しむ事を促し、毎日が楽しく、張り合いのある時間を過ごして頂ける様に努めています。		
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。	外気浴、散歩、外食、お花見等をし、日々季節を感じて頂き、気分転換して頂ける様努めています。個々に希望を伺い、買い物にも行って頂いています。		
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。	利用者の希望を伺い、買い物の同行、代行に応じています。家族の意向を伺い、利用者に欲しい物を購入して頂いています。		

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
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。	ご家族等の電話はすぐに取り次ぐ様になっています。かけたい希望があれば応じています。季節の便りを出されたい方にはハガキ、封書を用意し書いて頂いています。		
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。	居心地よく過ごして頂ける様に常に清潔、換気に努め、壁には利用者の行事の際の写真、制作した絵、作品を掲示しています。		
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。	フロアでは話の合う、気の合う利用者同士、席を配置し、孤立しない様その都度考慮し対応しています。気分転換の為、個々に外気浴して頂いたりしています。		
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。	利用者の今迄の生活スタイルに応じ配置を考え、愛着のある品物を持って来て頂き、居心地の良い環境作りを目指しています。		
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、フロアー、トイレ、浴室に手摺りを設置出来る範囲の自立を安全に行って頂ける様にしています。トイレ、浴室を示す表示や居室前に名札を設置していて、わかる工夫をしています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホームききょう

作成日： 平成 31年3月31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		地域との交流の機会が少ない	開放的なグループホームになる	地域の行事に利用者様と共に参加する。防災訓練や運営推進会議にも参加を呼びかけ協力をお願いしていく。	12ヶ月
2		個々に合わせた外出が出来ていない	個別外出支援をする	家族やボランティアを利用して個々の外出を実現する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月