

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	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 <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29年2月5日	評価結果 市町村受理日	平成29年5月24日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0pen>

【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)】

利用者様の思いを傾聴し、穏やかに過ごして頂ける環境作りに努めています。壁面には利用者様と職員で協力して作成した掲示物があり、季節感を感じてもらえるように支援しています。月2回ある音楽療法では、毎回楽しみにされ、季節の唄、懐かしい唄を歌うことで、人生の思い出を引き出す機会が持っています。利用者様、家族、職員、みんなの笑顔が絶えない事業所を目指しており、1人ひとりの力に応じ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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年3月7日	評価機関 評価決定日	平成29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)】

事業所は、JR横須賀線「東戸塚駅」よりバスで約10分、バス停「せりぎんタウン」で下車して、すぐ近くの階段を登った高台の閑静な住宅地にあります。同一運営法人の小規模多機能型居宅介護事業所が隣接しています。

<優れている点>
医療連携体制加算を受け、医療面での体制が整えられています。内科医・精神科医の往診が月2回行われています。歯科医師の往診は週1回行われ、看護師が週1回訪問しています。内科・精神科以外の整形外科など他科の外來受診については、家族が行けない場合に職員が同行しています。音楽療法を積極的に取り入れ、認知症の進行の予防を図っています。音楽療法は月3回実施し、1回は外出して同一運営法人の施設で行い、2回は事業所で行っています。利用者一人ひとりに声を掛け、昔の事について話したり、歌手について話したりして歌っています。

<工夫点>
居室の入口ドアの上に、利用者の耳が遠いことや、車イス使用であるか、自立して移動出来る利用者かが一目でわかる、デザイン化したマークの掲示をし、災害時の避難に備えています。

【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
			○
		○	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
			○
		○	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
			○
		○	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。	ホーム玄関、事務所に掲示し、日頃より職員同士で意識付けを図っています。理念の内容を念頭に置き、内容を確認しながら、利用者様に寄り添う関りを心がけています。	理念は、玄関と事務室に掲示しています。新人の職員には入職時に理念を説明しています。管理者は、月1回のカンファレンス時に理念について説明しています。職員が理念にそぐわない対応をしていると思う時は、その都度、説明をしています。	
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。	町内会に加入しており、毎月の公園掃除に参加し、利用者様も進んで挨拶をされて、地域の方との関わりを大切にしています。町内会行事にも出来る限り参加することを心がけています。	町内会に加入し、月に1度の町内会の公園清掃や、盆踊りに参加しています。併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で、流しそうめんを行い、回覧板などで地域に告知しています。地域のフラダンスやオカリナのボランティアが訪問しています。	
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。	見学者の方には実際にホームを見ていただき、利用者様とお話する機会もあります。職員は認知症への理解について研修に参加し、支援方法をより深め、相談等に対応する体制は出来ています。		
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。	実際の活動内容、利用者様の様子を報告し、評価を頂いています。ご家族様や利用者様の出席もあり、新しく委員様も増え、以前とは違う意見も伺うことが出来ています。ホーム便りを回覧するなど、更なる周知活動をしていきサービス向上に努めています。	2ヶ月に1度、併設の小規模多機能型居宅介護事業所において、単独で年に6回開催しています。事業所職員と家族のみでの開催や事業所職員と地域の人のみでの開催をしています。地域の人からは町内会の情報を聞いています。	事業所での開催や地域包括支援センター職員や地域の人、家族が参加して、多くの人数での開催が出来るような取り組みが期待されます。
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に取り組んでいる。	支援課担当職員に利用者様の様子やサービス内容を伝え、情報交換をしています。利用者様の面談に来られた時は、より細かな情報を伝えることで、得た助言等を具体的に活かせるよう努めています。	生活支援課には、利用者の退去や入院などで報告や相談をしています。健康福祉局衛生管理講習会に出席しています。市高齢者グループホーム介護現場交流研修事業に参加して4名受入れ、事業所の職員2名が他の事業所で研修を受けています。	

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。	マニュアルの周知徹底、研修参加を通して、行動抑制する行為をしていないか確認しあい、全職員で意見抽出したケアの実践に取り組んでいます。その場その場で、職員同士で確認し合っています。	研修会や全職員参加の勉強会で、ケアの理解を深めています。言葉の掛け方などで気付いた点はその都度、職員間で言い合える関係を築いています。利用者の安全を念頭におき、身体拘束をしないケアの振り返りをカンファレンスで確認しています。	
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。	日頃のケアの中で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合っています。カンファレンス等で活発な意見交換を重ね、勉強会や研修に参加しています。		
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に支援している。	成年後見制度を利用している利用者様には、随時、後見人様と連絡を取り行い、円滑に活用できるように努めています。定期的に面会もあり活用されています。		
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、十分な説明を行い、疑問、不安がないか再確認を取り、同意の上、契約を締結しています。個人情報保護の説明、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。	定期的に関催している家族会や、来訪時、電話などで随時確認を取っています。意見、相談には再度確認をとり、即座に対応し、具体的内容をお伝えしながら改善に努めています。	年2回、家族会を開き、意見や要望を聞いています。これまでに家族の希望で、利用者の好きなぬり絵や編み物、本などを生活に取り入れたり、ピアノが好きだった利用者の家族に、今でもピアノを弾く事があることを伝えていきます。	

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。	毎月のカンファレンスを設け、職員の意見や提案を抽出し、一人ひとりの意見が表出しやすく、働きやすい環境を構築し、早期問題解決、質の向上・確保に努めています。カンファレンス内容は即日回覧して、確認しあっています。	職員の個人面談を年2回行っています。毎月のカンファレンスで職員の意見を確認し、解決や改善に努めています。職員の提案でカラオケを購入し、利用者がカラオケを楽しんでいます。	
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、実績等其の都度評価し、年次休暇、資格手当でも設けてあり、向上心に繋がるよう努めています。個々に合った勤務体系が出来ており、健康診断も実施し、職員の健康管理に努めています。		
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。	教育委員会が設置してあり、個々にあった内部研修が実施され、OJT体制が確立されています。法人内の事例発表会が毎年開催され、質の向上に繋がっています。研修後の報告書によって、職員間で共有できています。		
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GH連絡会に加入し、交換研修や研修に参加し、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。	入居前のヒヤリングを経て、見学時には不安、要望等細部まで、相談できる話し易い場を設け、安心できる雰囲気作りを心がけています。安心してサービスが開始できるように十分な話し合いをし、要望に対応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易い場を設け、ご家族と利用者様との違い等も確認し、利用者様だけでは聞き出せない細かいニーズも確認し、安心してサービスが開始できるように、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。	日常生活を利用者様、職員が家族の一員として、教えあったり、励ましあったりと生活を共にし、お互いに支え合えるよう、職員は敬愛を忘れずに、より良い関係が築けるように努めています。		
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。	随時、日頃の様子をお伝えすると共にご家族の想いも確認し、面会時には日頃のご様子を伝えています。定期的にお便りや写真を送っています。ご家族の気持ちに寄り添い、今まで通りの良い関係が継続出来る様支援しています。		
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。	本人のご家族や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。日頃より電話のやり取りもあり、途切れることのないような関係が繋がっています。職員が一緒にお話に加わる事もあり、日頃の様子を知ることによって安心されています。	面会やレクリエーションへの参加は自由です。家族と関わり、利用者の情報交換をしています。家族の協力で墓参りや離れた家族に会いに行ったり、年賀状の送付、電話などを継続しています。職員の運転でみなとみらいへのドライブも楽しんでいます。	

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
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。	利用者様一人ひとりを尊重し、押し付けることなく関わり、支え合えるように努めています。利用者様の出来る事、出来ない事を把握し、互いに力が発揮できるように関りを大切にしています。		
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が、いつでも対応、支援できる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。	日々の生活の中での、言動、表情の観察から、利用者様の想いを汲み取るように心がけています。直接本人から意向を聞き取り、プランに反映させています。言葉に表せない利用者様へも、職員全員で情報を共有し、把握に努めています。	一人ひとり、話をしやすい雰囲気を把握し、穏やかな会話から思いや意向を聞くことに努めています。情報はケース記録で職員は共有しています。着物が好きという情報から、自分で着たり、他の利用者にも着付けをして着物姿で敬老会行事に参加しています。	
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。ご家族やケースワーカーから細かな情報収集をしています。		
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。	個別のケース記録があり、申し送りや申し送りノートの活用で、些細な変化も見逃さないように職員全員が現状の把握に努めています。一人ひとりがそれぞれのペースで生活出来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
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とし、必要なケアが提供出来る様にしています。職員の意見や、かかりつけ医、訪問看護の助言も介護計画に反映させています。又、設定期間以外でも、必要時には見直しをして、現状に即した介護計画を作成しています。	ケアプラン作成担当者は、前回のケアプランの評価をし、モニタリングを行います。本人や家族から意見を聞き、毎月行っているケアカンファレンスを参考に、ケース記録やアセスメント、「医療連携ノート」などを取り入れてケアプランを作成しています。	
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。	個別のケース記録に分かりやすく残し、目を通すことで、毎日の申し送りで職員の情報共有を大事にしています。気づき事項は協議し、必要時は介護計画を見直し、本人に一番よいケアを見出すことに努めています。		
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。	常にその時の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。かかりつけ医、訪問看護とも連携を取り、柔軟に支援しています。		
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。	町内会の行事や公園掃除には積極的に参加することを心がけています。運営推進会議に於いて、町内会や地域包括支援センターとの情報交換にも心がけています。		
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（24時間）、精神科のかかりつけ医がおり、入所時に本人及び家族の希望により選択できます。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変更も可能です。その他、急な受診からかかりつけ医が増えたケースもあります。	内科、精神科のかかりつけ医が月2回、歯科、訪問看護は週1回往診に来ています。それ以外の整形外科など他科の外来受診については、家族が行けない場合に職員が同行しています。診察の結果をケース記録などに記載し、情報を共有しています。	

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1回の訪問では日常的な健康管理を行い、少しの変化でも24時間体制で相談連絡することが出来、医療的支援は充実しています。医療連携ノートを活用し情報共有化に努めています。		
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。	入院中の利用者様の状態に合わせて面会を行い、安心して頂き、ご家族とも密に連絡を取り合います。かかりつけ医、病院との連携が柔軟に取れる様に情報交換に努めています。法人と医療機関との連携も整っています。		
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、地域の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。様々な情報交換をし、より良い終末期を迎えられる体制は整っています。	「ターミナルケアマニュアル」を整備し、入居時に「重度化した場合における対応に係る指針」を本人、家族に説明し、終末期の在り方について考えてもらっています。法人の看取りの内部研修に出席し、多くの職員がレポートを提出しています。	
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、最低限の基本的なことが出来るように、疑問、不明点は訪問看護に確認をし、急変時の対応に備えています。更なる実践力を養う機会を設けていきます。		
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。	消防署員の講話の中から避難方法や消火器の扱いも実践で教わり、いざというときに慌てないように、日々のシミュレーションにも努めています。備蓄も完備しています。地域住民との協力体制を呼びかけています。	2月に消防署職員の講話と水消火器訓練を、隣接する併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で行っています。3月も合同で夜間想定地震・火災・土砂崩れ避難訓練を行っています。備蓄品は3日分の献立を考えています。	

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。	接遇マニュアルがあり、カンファレンス時や日常に於いても、対応の再確認をしています。理念に掲げている敬愛を忘れずに、寄り添い心とむ対応を心がけています。言葉かけには細心の注意を払うように対応しています。	利用者を第一に、寄り添う気持ちを忘れないよう心掛けています。トイレ誘導時のさりげない言葉掛けや、日常の多忙時などには特に注意しています。年に1回、接遇、言葉掛けチェックシートで自己の振り返りを行っています。	
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。	利用者様の想いや希望が表出できるように、コミュニケーションを多く取るように努めています。適切な言葉かけにより、自発的に行動できるように働きかけ、自己決定できる機会を多く作るように心がけています。		
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。	個々のパターンを把握し意思を尊重し、希望やペースが違うことを理解し、無理のない無対応を心がけています。一人ひとりの生活リズムを大切にしています。		
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、本人の好みのヘアスタイルにして、その人らしさを演出しています。毎朝、必ず整容をし、その日に着る衣類もご自分で選んでいます。出来ない方には職員と一緒に関わりを持つようにしています。		
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。	音楽を流し一緒にテーブルを囲み、和やかな雰囲気です食事をしています。出来る方には下膳をして頂き、出来ない方の下膳もお手伝いして頂き、よい関係が築かれています。職員が介入することなく、自然の流れで習慣化されています。	好みなどの希望を取り入れ、その日ごとにメニューを決めています。節分や雛祭りなどの季節のメニューも取り入れています。テーブル席は利用者の関係を配慮し、職員と会話を楽しんでいます。片付けは出来る人と行っています。	

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
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。	個々の食事摂取量や水分摂取量をチェック表に記録して、摂取状況が把握できるようになっています。個々の状態により分量、形態、好みの飲み物等柔軟に対応しています。ゼリーや寒天での水分補給も提供しています。		
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。	毎食後、歯磨きを実施し、磨き残しのある利用者様には職員がお手伝いしています。週1回訪問歯科による口腔衛生指導を受け、口腔ケア教室を職員も含め受けることができる体制が整っています。職員に口腔ケアの大切さを周知しより良い支援に繋がっています。		
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。	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し早めの誘導に努めています。食事前後の言葉かけ、誘導は必ず行い、動きには細心の観察を行っています。	排泄パターンや仕種を職員間で把握し小まめなトイレ誘導でひとりひとりに合わせた対応をしています。紙パンツやパット等の使用はカンファレンスで改善に繋がるように確認しながら使用を検討し、これまでに改善した利用者もいます。	
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、体操により身体の活性化を図ると共に毎朝、冷水や牛乳を飲んで頂いたり、寒天ゼリーのおやつや繊維の多い食物の摂取を心がけています。必要に応じて訪問看護、かかりつけ医へ相談し予防に努めています。		
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。	個々の希望、体調に合わせて、曜日など決めず入りたい日に入って頂いています。入浴時はゆっくりと、普段聞けないお話をしながら、楽しい入浴時間になるよう努めています。浴室の温度調節や入浴前後の水分補給には十分な配慮をしています。	2日おきの入浴を基本にしていますが、利用者の希望に合わせた対応もしています。入浴時は会話を楽しみながら利用者と信頼関係を築いています。入浴を拒む人には気分転換や職員を代えるなどの工夫をし、対応しています。機械浴槽も設置されています。	

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
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。	個々のペースにあわせて休んで頂いています。夜間は安眠できるように明かりや騒音、室温の調整を心がけています。リネンの洗濯も随時行い、清潔さを保つと共に、就寝前に温かい飲み物を提供し、安眠に繋がるように配慮しています。		
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挿入しており、常に最新の状況が分かるようになっています。変更時には職員に周知徹底し、服薬後の様子観察をしています。服薬手順に沿って誤薬のないよう細心の注意を払い、服薬後はチェック表に記録しています。		
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。	洗濯干し、洗濯たたみや掃除、縫い物等々、個々の生活暦に合わせて得意分野、趣味で力を発揮して頂いています。毎日新聞を読まれて、日課となっている方もいます。少しの時間でも、毎日外へ出る機会を多く取り入れています。		
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、体調を考慮し、できる限り外へ出る機会を多くしています。ご家族と定期的に外出される利用者様もいて楽しみにされています。食事会や音楽療法には多くの方が楽しみにされ、参加できています。笑顔で戻られて、満足を受けています。	日常的には屋外での日光浴を外出と位置付けています。月2回、法人のレストランに出掛けています。職員が同行してバスに乗り、外食や買い物に行く人がいます。家族や友人が連れ出して外出している人もいます。	
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。	必要な利用者様には外出を兼ね、買い物に同行しています。本人の買いたい物を伺い、買物代行することもあります。お小遣い帳を持っている利用者様もいます。		

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
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。	毎日のように知人に電話されたり、ご家族から直接電話がありお話を楽しんで頂いてる利用者様もいます。ご希望の方にはいつでも電話ができ、関係が途切れないように支援しています。		
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。	高台にあり、リビングからの眺めは良く大きな窓より明るい陽射しが入ります。其の日の天候により室温の配慮をしています。壁面には皆様との協力作品を飾っています。玄関やトイレに小花を飾り清潔感に心がけています。	リビングの掃除は、毎朝利用者が掃除機掛け、モップ掛け、手摺り拭きをしています。利用者と職員が作成した季節の切り絵や折り紙を壁に飾り、季節を感じています。廊下には行事の時の写真が貼ってあります。トイレは、自動センサーで照明が点くようになっています。	
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。	座席は利用者様の相性に配慮し、ゆったりと自由に過ごされています。テーブルを囲んでゲームを楽しんだり、参加されない方も自由に本を読んだり、自室でのんびりされる方もいます。開放的で自由に過ごしていただいています。		
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。	写真や思い出の品々は、見やすい位置に飾り、居室内の居心地の良さを心がけています。本人意向の配置で快適に過ごせています。クローゼット内の衣類も取り出しやすいように整理し、ベッド周りは常に整え、清潔感に努めています。	個々の居室には、好みや馴染みのダンス、ベット、布団が持ち込まれています。行事の写真、花や趣味のぬり絵が飾られています。編み物のパッチワークを作りながら装飾を楽しんでいる利用者もいます。足元に障害物が無いように整理整頓されています。	
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。	動線には手すりがついていて、特に浴室には多く取り付けてあります。トイレや浴室はひと目で分かるように大きく、分かりやすいマークで表示しています。安全重視を心がけ、障害物を置かない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。	職員全員が、常に念頭におけるように、分かりやすくし、見やすい所に掲示しています。日頃より職員同士で意識付けを図っています。		
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。	町内会に加入しており、毎月の公園掃除に参加し、地域の方との関わりを大切にしています。施設の存在が浸透し、夏祭りの誘いを受けたりするようになっております。日常的ではないが、少しずつでも交流が持てるよう努力しています。		
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。	地域の方に相談を受けた場合、実践で積み上げた認知症の人の理解や支援方法などわかりやすくアドバイスできるようにしています。		
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。	事業所の取組みや、サービスの状況などを報告し、会議の中で出た意見やアドバイスを、サービスの向上に活かしています。		
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。	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。安全確保も考慮し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に支援している。	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りながら、活用できるように支援しています。		
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。		
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。	定期的開催している家族会の場や来訪時での、意見や要望などは、運営に反映させるようにし、そのことは運営推進会議などでも報告するようになっています。		

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
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。	法人の役員と管理者は、常に職員と何でも話し合える関係が構築されています。意見や提案が言いやすく、話し合いながら改善策に取り組んでいます。		
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		○職員を育てる取り組み 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り組みをしている。	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。	家族のこれ迄に困った事や不安な事等、些細な事でもお聞きし、家族を理解する事で信頼して頂けるよう努めています。		
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。	家族、友人来訪時は自室でゆっくりと寛げるように配慮しています、又ドライブ等で以前住んでいた所、馴染みの場所を巡っています。		

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。	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様同士の橋渡しに努めています。		
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。	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。又、医療連携ノートを活用する事で、かかりつけ医、訪問看護との連携も取れ情報の共有ができています。		

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・バイタル表などで記録し、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、ホームでの入浴が困難な方には、訪問入浴のサービスを提供しています。かかりつけ医、訪問看護師とも連携をとり、柔軟に支援しています。		
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、お祭りに参加したり、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、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、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、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、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、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、備品も備蓄しています。		

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。	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ので、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。収穫した野菜を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。	音楽を聴きながら職員も一緒にテーブルを囲み食事をして、親睦を深めます。毎日の食事量、水分摂取量の記録を行い、栄養バランスを考え、その利用者に合わせた食事形態を提供しています。		
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。	定期的に歯科受診を実施しています。個々の利用者に合わせ口腔ケア、見守り、介助、声掛けを行っています。		
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。	毎日、排泄状況をチェックし記録して排泄パターン、健康状態を把握しています。必要に応じてトイレ誘導を行い、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。	運動をして体を動かして頂き、水分摂取、乳製品を促進しています。訪問看護やかかりつけ医と連携をとり便秘予防に努めています。		
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。	体調を見ながら定期的に入浴して頂いております。ゆっくり、くつろいで入浴して頂き、気分転換、衛生保全に努めています。		

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。	個々の利用者の体調に合わせ、自室での休息や臥床を促しています。様子を見に行き、おやつや食事の声掛けをし、不安のない生活ができる様に配慮しています。		
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。	服薬の内容が変わった場合、薬局からの説明書を職員間で回覧しています。不明な点は、電話にて相談しています。薬が変更された場合は、日常生活の変化を記録し、医師、薬剤師に相談しています。		
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。	利用者様に合わせ、楽しみや役割分担を継続出来る様に支援しています。楽しく喜びのある生活が送れ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。	利用者様と計画を立てて、個別の買い物支援をしています。外気浴、散歩、外食、花見等の外出支援にも努めています。		
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。	意向がある場合、家族の同意を得て、利用者様の馴染みのお店で買い物を楽しんで頂いています。本人の買いたい物を伺い、買い物代行することもあります。		

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。	かかってきた電話はすぐに取り次ぎ、かけたい希望があれば応じています。手紙、ハガキ等についても難しい字や宛名は職員が書き、人と人のつながりを大切にしています。		
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。	常に清潔と換気に努めています。壁には季節に合わせた絵や作品を又、日頃の生活の写真等を掲示し、心地よい環境づくりに努めています。		
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。	晴れた日には玄関先に椅子を設置し、外気浴を行っています。食事席の配置は気の合う同士、又孤立しない様、都度配慮しながら必要に応じ変換えています。		
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。	本人が愛用し大切にしている物を持ってきて頂いています。又位牌を持って来られている方もおられ、安心して過ごして頂ける様に配慮しています		
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、フローア、トイレ、浴室に手摺りを設置しています。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28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29年 5月19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	3	運営推進会議は開催できているが、委員様の参加が少なく意見反映が難しい。又地域との関わりが少ない。	地域住民の参加が増え、多様な意見をホームに反映させていく。	民生委員など地域住民に参加して頂けるように依頼していく。町内会の行事に出来る限り参加し、ホームでの行事への参加を呼びかけていくことで地域との関りを深めていく。	12ヶ月
2	13	訓練を行っているが、慌ててしまい予定通りに動けないことが多い。又地域住民の参加がない。	地震と火災に備えた避難方法を全職員で共有できるようにする。地域住民の参加が得られるよう環境作りをしていく。	災害時のマニュアルの確認、見直しをして全職員で共有する。地域住民が気軽にホーム見学が出来るようにし、ホームを認知していただき訓練参加を呼びかけていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月