

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	1491000251	事業の開始年月日	平成21年9月8日
		指定年月日	平成21年6月1日
法人名	株式会社アイシマ		
事業所名	グループホームすみれ		
所在地	(244-0003) 横浜市戸塚区戸塚町901-2		
サービス種別 定員等	□	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30年9月30日	評価結果 市町村受理日	平成31年1月21日

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)】

去年、脳梗塞により2度に渡る入院から、介護度区分が2から5へと変更となり、グループホームでの生活は無理だと思われる状態まで至った御利用者様がいます。しかし、様々な問題を御本人を始め、ご家族、職員で連携をとり、話し合い、解決の方向に取り組んだ結果、目覚しい回復を遂げ、グループホームでのほぼ自立した生活を送れるようにまで至りました。現在では、無理のない範囲での、食器拭きなどのお手伝いから、散歩や外食などのレクリエーションを楽しめるまでになっています。この事例は法人内の事例発表会でも報告し、法人内他施設からの評価やご意見を今後の課題とさせて頂きました。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年11月12日	評価機関 評価決定日	平成31年1月10日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、JR戸塚駅からバス8分、徒歩10分の静かな住宅街にあります。平成21年に開設した定員18人のグループホームです。理念に「笑顔」を掲げています。職員は、利用者が日々の生活を笑顔で過ごせるように優しく見守っています。

<優れている点>
働きやすい職場づくりが職員の笑顔となり、それが利用者の笑顔につながっています。職員には保有資格に応じて「キャリア形成ステップ評価表」を作成するステップ評価があり、年に2回管理者と面談して自身の目標管理の進捗を確認しています。また、利用者支援のサービス改善に向けた課題を「職員面談表」に記載し、管理者と職員は随時改善提案の実施を検討しています。法人全体で2ヶ月ごとに勉強会があり、職員は他の施設の職員とグループワークを通して、人権擁護や接遇などを学んでいます。また、自己点検シートを用いて人権擁護についてチェックし、カンファレンスで情報を共有して利用者が安心して過ごせる事業所づくりを目指しています。職員同士何でも話し合える雰囲気があり、働きやすい職場環境につながっています。

<工夫点>
医療機関との連携が充実し、利用者の安心感につながっています。内科医と精神科医が月2回ずつ往診し、歯科医は毎週往診しています。メンタルクリニックの訪問看護師が月2回訪問し、精神面の変化の状況把握に努めています。

【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	グループホームすみれ
ユニット名	そよ風

V アウトカム項目	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○ 1, ほぼ全ての利用者の
	2, 利用者の2/3くらいの
	3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○ 1, 毎日ある
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまにある
	4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	○ 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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、生き生きと働いている。 (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近づけている。	平成24年4月に理念を変更して以来継続しています。30年の事業所目標を連動させて、利用者様だけでなく職員も一緒に笑顔になれるように日頃の生活・行事・外出を共にしながら支援をすすめております。	「笑顔」を理念に掲げています。また、職員全員で話し合い、平成30年度の事業所目標を「絆」と定めています。利用者が笑顔の時は職員も笑顔であることを大切にしています。職員は会議で振り返り、注意を喚起し、理念や目標の実践に努めています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域包括の広報によりケアプラザでの南秋祭に出向いたり、地域の獅子舞をホームにお招きしたり、散歩中にご近所様への挨拶や出勤時や退勤時にお会いしたら挨拶がてら少し話したりと交流を続けております。	散歩の途中で利用者が積極的に地域住民に声をかけています。また、事業所の花火大会に地域の子も達を招き、交流を深めるなど、地域との関係作りに努めています。地域ケア会議で認知症の人との話し方、接し方を伝えています。	
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。	運営推進会議を通して普段の様子をお伝えしています。また、地域ケア会議の場で、地域住民の方々へ認知症の方との話し方や接しかたをお伝えしたり地域の方々の認知症への不安等をお聞きする機会があります。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	認知症の進行も踏まえ、外出時に車椅子を利用される御利用者様が増えてきていることからケアプラザにお借りしたり、遠くへの外出が難しいときはケアプラザの催し物等のご利用も視野に入れながらサービス提供しています。	会議は2ヶ月ごとに開催しています。地域包括支援センター職員や事業所の大家、利用者家族などが参加しています。会議では、事業所の運営状況や利用者の生活の状況を説明しています。また、地域の認知症への理解に努めています。	運営推進会議で地域のホームへの理解が深まるよう努めています。成果に繋げるためにも、会議への地域住民の参加拡大に向け、一層の工夫が期待されます。
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取り組んでいる。	高齢支援課、生活支援課と日頃より密に連絡を取り合い、御利用者様の情報共有、状態の把握に努め、変化や異変に逸早く気づき、報告出来るよう対応しています。	区や市が主催する感染症や認知症ケアなどの各種研修会に積極的に参加しています。また、区のグループホーム連絡会に参加し、事業所間の情報交流を図っています。生活保護の対象者を受け入れており、区の保護課と連携し、適切な利用者支援に努めています。	

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	玄関とユニット入り口は、防犯上と安全確保の為 御家族に説明し了承を得た上で施錠しております。身体拘束についての勉強会を3月に施設部で行い、「ちょっと待って・早くして」等、言葉遣いに気を付ける配慮を心掛けて職員は取り組んでいます。	身体拘束防止マニュアルを整備し、身体拘束委員会を立ち上げ、拘束をしないケアの実践に努めています。また、虐待防止に関する職員アンケートを実施しています。法人全体の勉強会で身体拘束を取り上げ、スピーチロックの防止など、職員の意識の徹底を図っています。	
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。	3月の勉強会にて、虐待防止に関する技術と知識の周知に取り組みました。また、それを受け3月のホーム会議にて、再度確認を行い、紛らわしい行動や言動があった場合、その場で注意喚起をしていくよう努める事としました。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	神奈川県より権利擁護に関する文面をファイリングして事務所内に設置して有ります。身体拘束・虐待が主となっており調査結果を踏まえて自己確認出来るようになってきています。3月の施設部勉強会でも取り入れて学ぶ事が出来るようになってきています。		
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。	契約前に必ず施設見学と面接をさせて頂いています。ご希望や不安な事などを伺い本人・御家族が納得した上で契約という形をとらせて頂いています。入居契約には必ず、管理者と主任が同席して説明させて頂いています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	状況に応じて、ご本人や御家族と直接お会いして話し合い、ご意見やご希望をお伺いしています。玄関先には、苦情相談受付・重要事項を設置して体制が整っています運営推進会議や面会時に御家族のご意見ご希望をお聞きするよう努めています。	パンフレットに相談窓口を明記し、職員は家族が事業所を訪問した時に面談し、意見や要望の把握に努めています。2ヶ月ごとに家族に広報紙を郵送し、利用者の生活状況や行事の時の利用者の表情などを伝え、家族とのコミュニケーションを図っています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎月のホーム会議・ユニット会議で意見や提案を出し合い業務に反映しています。また、年に2回自己評価を記入して管理者と個人面談を行い、業務に反映出来るもの・取り入れていくもの等、翌月の会議で検討いたします。ユニット会議は、全体で行ないます。	ステップ評価と称し、職員は資格に応じた業務や勤務状況をチェックしています。その結果をもとに職員は管理者と面談し、事業所運営に関する意見や要望を伝えています。常勤・非常勤を問わず、利用者支援の現場の課題を個別面接シートに明記し、管理者と対策について話し合う仕組みがあります。	
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。	家庭環境や、研修に合わせてシフトを組みます。ステップ別の研修や施設部勉強会を通して他の施設の職員とグループワーク出来るように設定し自分がやらなければならない事、どのレベルなのかを確認できる環境となっています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人で、年間の施設部勉強会・教育委員会によるステップ別の研修会を予定し、該当する職員に参加を勧めてステップアップ出来るように構築されています。施設部勉強会は、出来るだけ多くの職員が参加出来るように細分化されております。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	施設部勉強会では、他の施設職員と交流を持てるようにグループワーク主体となっています。管理者は、年1回の地域ケア会議に出席して地域住民にグループホームを知って頂けるように日頃の生活の様子や認知症の対応の仕方をお話しさせて頂いています。		
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。	入居前の段階で、御家族や保護担等から情報提供して頂き全職員が情報を共有しています。入居前に施設見学や面談を行ないながら、御家族・本人に要望を伺うようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前の生活環境と経緯を御家族や保護担等から詳しくお聞かせ頂き、ご本人や御家族のご要望を理解し今後の生活がご希望に添えられるように連絡を取り合いながら構築していく努力をしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	馴染みの物の持込や、友人知人がいつでも面会・外出出来ることをお知らせします。外泊や外出は自由に出来ることも説明します。状態が変化したときは、御家族・ご本人と相談しながら今後の事について進めていく事をご説明させて頂いています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	生活の中で、食事作り・洗濯物たたみ・掃除・掲示物作成等一緒に行ない、信頼関係を構築させその方々の能力を引き出せるよう努めていきながら、助け合い寄り添いながら生活しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	普段の生活の様子を2ヶ月に1回すみれ通信に掲載し御家族にお送りしています。また、電話で様子をお伝えしたりご本人に電話で話して頂いたりしています。面会時には、ゆっくり話しが出来るように自室で過ごして頂いたり、外出もしています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	電話や手紙・年賀状のやり取りは継続出来ています。また、御家族の協力を得ながら食事に出かける方や買い物に出かける方もいらっしゃいます。	働いていた時の飲み仲間が、入居前からの友達としてよく利用者を訪問しています。職員は電話や年賀状のやり取りが継続するように、手紙の代筆をしたりしています。職員は利用者を行きつけの店に誘い、近くをドライブし、外出の機会を持つようにしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	歩行が不安定な方や歩行できない方、車椅子を使用されている方の配膳や下膳をお手伝いしたり、女性入居者様が男性入居者様の洗濯物をたたんでくださったりと、お互いに支えあう姿が毎日のように見受けられます。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	退去された方については、主に保護担等より生活の様子や状態をお知らせいただく事がほとんどです。その際に、こちらで何かお手伝いできる事はないか伺うこともしています。		
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。	仕草・表情・言動から本人の望まれている事を把握しています。入浴や職員と二人になった時にお話を聞くように努めています。日頃のちょっとした言動の変化にも気を付けて、毎日申し送りや個人記録に記載して情報を共有するように努めています。	3ヶ月ごとの個別支援計画の見直しに合わせアセスメントを実施し、利用者支援ニーズを把握しています。利用者の日々の発言や思い、意向、個別支援計画に沿った支援が実施できているかなどをケース記録に書きとめ、個別支援計画の見直しに反映しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時の情報提供書をもとに、ご本人の得意な事、興味のある事、趣味などを生活の場で活かせるようにケアプランに反映させて場の提供が出来るようにしています。一人ひとり生き活きとした生活が送れるように心掛けています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	申し送り・業務日誌・往診時には医療連携ノートを確認しながらその日の状況が把握出来るようになっていきます。また、排泄・食事・バテル・水分チェック表を確認しながら必ず確認を行います。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	本人・御家族・後見人様・職員と話し合い、それに即した介護計画書を作成していきます。ホーム会議やユニット会議で話し合い見直しを3ヶ月毎に更新していきます。状態が変わればその都度見直しを行ない更新し主治医の見解も取り入れていきます。	3ヶ月ごとに個別支援計画の見直しを実施し、また、変化の状況に応じて随時見直しをしています。個別支援計画の短期目標に沿って3ヶ月ごとにモニタリングをしています。ADL（日常生活動作）の変化などによる生活課題を明確にし、個別支援計画に反映しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	バトル・食事・水分・排泄・入浴と毎日の様子や言動を本人の言葉で個人記録に記載していきます。その記録を基に、3ヶ月毎に見直して介護計画書に反映させていきます。また、継続していきたい事も話し合いを行っていきます。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	通院は状況に応じて対応を行ないません。本人や御家族のご希望の病院に受診される方もいらっしゃいます。毎月レストラン風の音へ音楽療法と、食事会に計3回出かける機会もあり利用者様は楽しみにされています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域の子供神輿や獅子舞がホームに訪れます。また、ホーム開催の行事で昨年は初の試みとなる花火大会を開催し、地域の子供や父兄の方々がたくさんホームへ訪れてくださり、地域との連携をより一層深める結果となりました。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科と精神科の協力機関があります。本人・御家族のご希望、身体状況を考慮したうえで決定しています。病状の変化により専門医療への受診や主治医の変更など適切な医療機関が受けられる体制を整えています。	本人、家族の同意を得て全員ホームの協力医療機関に切り替えています。内科の往診医と心療内科の訪問医が月に2回ずつ訪問しています。利用者は、身体状況によってどちらかを受診しています。週1回、訪問看護、訪問歯科があり、健康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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	医療連携ノートを活用し、週に1回の訪問時に情報提供していきます。また、ちょっとした変化が見られた時は、電話やFAXを活用しながら報告したり指示を頂いたりします。24時間連絡可能となっており急変時・緊急時の指示を迅速に受ける事が出来ます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院された病院のCWと連携を取り合い、情報を頂きホームでの生活が可能となったら早急に退院出来るようにしています。また、退院へ向けての医師からの御家族への説明時には、管理者または主任が必ず同席するよう体制を整えています。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に重度化や終末期に関してのご説明をしています。ご本人や御家族のご希望に沿った終末期を迎えられるように主治医・訪問看護との連携体制は整っています。看取りに関しての勉強会は2月の施設部勉強会で講習を受けています。	入居時に、重度化した場合の説明を行っています。体調が変化した際には医師や看護師、職員、家族で話し合いの場を持ち、本人の希望に沿った終末期が過ごせるよう支援しています。開設以来、数名の看取り介護の実績があります。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	事務所内に、マニュアルとフローチャートを設置・掲示しています。30年の3月には、戸塚署立会いのもとで、心配蘇生法・搬送法の訓練を行っています。また、緊急時フェースシートを作成し、緊急時の必要事項申し送りに役立っています。		
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。	年3回避難訓練を実施しています。うち1回は必ず夜間想定として避難誘導・通報法・各ユニットの連携を行っています。戸塚区役所から、ハザードマップを頂き広域非難場所（金井公園）・地域避難場所（下郷小）を確認しています。	年3回、夜間想定、日中想定、水害想定避難訓練を実施しています。職員全員が避難訓練を体験するように努めています。備蓄品は事業所に3日分、本部には1週間分備えてあります。ミキサー食の非常食も準備しています。	

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。	利用者様を傷つけない言葉掛けや対応、職員の表情や態度に気を付けて接するように常に心掛けています。認知症の対応について、29年12月の施設部勉強会で学んでいます。急がせない事・否定的な言葉を遣わない等、確認する事が出来ています。	職員は、利用者の尊厳と権利に関しての新人研修、中途採用研修、中堅研修、施設内研修などで繰り返し学び、接遇の重要性を理解しています。利用者との目線を合わせて接することや、無理強いせず時間をかけて丁寧に対応する基本姿勢を徹底しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	職員と一緒にお手伝いして頂けるか、誕生日には何をしたいか、また何を食べたいか、今日はどのような服装が良いかをお聞きして本人が決定出来る場を提供する事に努めています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	洗濯物たたみや掃除、食器拭きやテーブル拭き、手摺り拭き、食材の仕分けや日付け貼り、配膳、下膳と自分の得意な事に取り組んで頂いています。本人のやる気を無駄にしないように毎日心掛けて生活しています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	自分で決定出来る方は本人にお任せしています。そうでない方は、職員と一緒に選び好みの色やデザイン等をお聞きしながら楽しめるように支援しています。天候や体調も考慮しながら支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	その日の冷蔵庫事情を確認しながら、出来るメニューを何点か挙げて利用者様に伺ったり、下準備や盛り付けを一緒に行って食事への関心が高まるようにしています。また、料理の色合い等にも配慮し、食欲への関心が高まるような調理も心がけています。	旬の新鮮な食材を使い、味覚から季節を感じるような食事作りを心がけています。冬場は月に2回、刺身が夕食に出て好評です。外食で、焼き肉や寿司、パフェなど、一人ひとりの好みの食事を楽しむ機会を設けています。	

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事や水分摂取量はチェック表に記載しひと目で分かるようになっていきます。乳製品を提供したり寒天にして提供したりします。場合により、水分量の少ない方は、嗜好品を提供して少しでも多くの水分摂取が出来るようにしています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	食後の声掛けは欠かさず行ないます。ご自分で出来ない方はさり気なく介助に入りお手伝いさせて頂いています。毎週土曜日は、歯科往診日で義歯調整・作成、口腔ケア、嚥下リハビリを行っています。また月に1回、口腔ケアの指導を受けています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄表を確認しながら、間隔の空いた方は3時間毎に声掛けしたりトイレにお連れしたりしています。快適な排泄が出来るように臭い汚れが無いようにいつも清潔にしていく事を徹底しています。夜間トイレに行けない方は、居室にポータブルトイレを設置しています。	排泄表にて、一人ひとりの排泄パターンを把握しています。現在、おむつを使用している人はいません。夜間は、ポータブルトイレを使用したり、トイレ誘導の声かけをタイミングよく行うなど、イレでの排泄を大切にしています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	朝食時に、寒天130CCを提供しています。また、腸の働きを良くする為に、10時のおやつ時にヨーグルトとオリゴ糖を提供しています。腹部の張りがあれば温タオルでマッサージも実施して早めの対応に努めています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者の体調を考慮しながら、ゆっくりと入浴して頂いています。曜日を決めて入る方もいます。当日の予定も考慮しながら主に午前中に入浴となっていますが、中には稀に、午後に入浴を希望する方も居ますので希望に応じるようにしています。	入浴は、週2回、午前中を基本としています。機械浴もあり、介護度が高い人でも安心して肩まで湯船に浸かることができます。利用者の希望に合わせて、午後に入浴や同性介助も可能です。個々の状態にあった石けんやタオルを使用しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	居室内の温度調整をしたり、寝具の調整をしていきます。就寝前には、水分補給を実施して快適な睡眠がとれるように配慮しています。また、日課として昼食後に午睡する方もいます。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	処方時に必ず説明書が添付されてくるので、個人ファイルにファイリングして職員が確認出来るようにしています。服薬内容が変更になった場合は、薬連絡ノートを活用し周知出来るようにしています。状態の変化は医療連携ノートに管理者・主任が記入します。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	家事手伝い、塗り絵、それぞれ得意な場面で能力を発揮出来るように職員は常に関わりながら支援に努めています。行事のときは、準備段階から利用者様と一緒にを行うようにして達成感を味わえるように取り組んでいます。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	御家族や後見人様の協力のもと、買い物や美容院へ出かける方もいます。初詣・花見は毎年恒例行事として地域の公園や神社にいきます。昨年5月に実施したピクニックでは、皆様大変喜んで頂きました。	天気の良い日は、車いすの人も含めて積極的に戸外へ散歩に出かけています。ウッドデッキで外気浴や湯茶を楽しむ時もあります。雨の日は、ドライブで気分転換を図るよう工夫しています。利用者の希望で海を見に行く計画もあります。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	金銭所持されている方は居ませんが、一緒に買い物に出かけてレジに並んで商品を受け取ったり帰りに持ってきてさったりしています。また、御家族や後見人様と買い物に出かける方もいらっしゃいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話は希望に応じて使用して頂いています。相手側から掛かってきた時は本人に取り次いで頂き話す機会を提供しています。カレンダーに印をつけ、御家族へ電話される日を忘れないように取り組まれている御利用者様もいらっしゃいます。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節にあったカレンダー作りや玄関の花生けを、利用者様と一緒に作り、掲示をしています。トイレ・浴室には表示してわかりやすい様子をしています。フロアには、季節ごとに職員、御利用者様共作の工作物を掲示し、物作りの楽しさから季節を感じて頂いています。	居間には、テレビがあり、くつろぎながら観られるようソファを配置しています。季節ごとに貼り絵やぬり絵を職員と一緒に作り、作品を壁面に飾っています。居間からベランダへは自由に出られ、広々とした雰囲気的空間になるよう配慮しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	ベランダに椅子を出して日光浴や外気浴を楽しんで頂いています。玄関先にはベンチを設置して、散歩帰りに一呼吸して頂き職員や利用者様同士会話を楽しみながら過ごすように努めています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	本人・御家族と相談しながら馴染みの家具や寝具を持ち込んだり、趣味の小物を飾って頂いたり、以前の生活空間に近づけるように努めています。御家族の仏壇を持ち込んで居る方も居て毎朝、水を挙げて手を合わせる習慣のかたもいます。	居室には、エアコンや防炎カーテンが設置してあります。入居前の使い慣れた布団やタンス、ちゃぶ台を置いてその人らしい部屋になっています。乾燥する時期は、居室に濡れタオルを吊るしたり、換気をして利用者の健康に注意しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	廊下・トイレ・浴室・ベッドサイドには、手摺りや柵を設置して安全に歩行や立ち上がりができるようにしています。ご自分の居室は各自認識されていますのでご希望の方のみ表札を表示しています。		

事業所名	グループホームすみれ
ユニット名	陽だまり

V アウトカム項目	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○ 1, ほぼ全ての利用者の
	2, 利用者の2/3くらいの
	3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○ 1, 毎日ある
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまにある
	4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	○ 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
62 利用者は、その時々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近づけている。	平成24年4月に理念を変更して以来継続しています。30年の事業所目標を運動させて、利用者様だけでなく職員も一緒に笑顔になれるように日頃の生活・行事・外出を共にしながら支援をすすめております。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域包括の広報によりケアプラザでの南秋祭に出向いたり、地域の獅子舞をホームにお招きしたり、散歩中にご近所様への挨拶や出勤時や退勤時にお会いしたら挨拶がてら少し話したりと交流を続けております。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議を通して普段の様子をお伝えしています。また、地域ケア会議の場で、地域住民の方々へ認知症の方との話し方や接しかたをお伝えしたり地域の方々の認知症への不安等をお聞きする機会があります。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	認知症の進行も踏まえ、外出時に車椅子を利用される御利用者様が増えてきていることからケアプラザにお借りしたり、遠くへの外出が難しいときはケアプラザの催し物等のご利用も視野に入れながらサービス提供しています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	高齢支援課、生活支援課と日頃より密に連絡を取り合い、御利用者様の情報共有、状態の把握に努め、変化や異変に逸早く気づき、報告出来るよう対応しています。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	玄関とユニット入り口は、防犯上と安全確保の為に御家族に説明し了承を得た上で施錠しております。身体拘束についての勉強会を3月に施設部で行い、「ちょっと待って・早くして」等、言葉遣いに気を付ける配慮を心掛けて職員は取り組んでいます。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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。	3月の勉強会にて、虐待防止に関する技術と知識の周知に取り組みました。また、それを受け3月のホーム会議にて、再度確認を行い、紛らわしい行動や言動があった場合、その場で注意喚起をしていくよう努める事としました。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	神奈川県より権利擁護に関する文面をファイリングして事務所内に設置してあります。身体拘束・虐待が主となっており調査結果を踏まえて自己確認出来るようになってきています。3月の施設部勉強会でも取り入れて学ぶ事が出来るようになってきています。		
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。	契約前に必ず施設見学と面接をさせて頂いています。ご希望や不安な事などを伺い本人・御家族が納得した上で契約という形をとらせて頂いています。入居契約には必ず、管理者と主任が同席して説明させて頂いています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	状況に応じて、ご本人や御家族と直接お会いして話し合い、ご意見やご希望をお伺いしています。玄関先には、苦情相談受付・重要事項を設置して体制が整っています運営推進会議や面会時に御家族のご意見ご希望をお聞きするよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎月のホーム会議・ユニット会議で意見や提案を出し合い業務に反映しています。また、年に2回自己評価を記入して管理者と個人面談を行い、業務に反映出来るもの・取り入れていくもの等、翌月の会議で検討いたします。ユニット会議は、全体で行ないます。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	家庭環境や、研修に合わせてシフトを組みます。ステップ別の研修や施設部勉強を通して他の施設の職員とグループワーク出来るように設定し自分がやらなければいけない事、どのレベルなのかを確認できる環境となっています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人で、年間の施設部勉強会・教育委員会によるステップ別の研修会を予定し、該当する職員に参加を促めてステップアップ出来るように構築されています。施設部勉強会は、出来るだけ多くの職員が参加出来るように細分化されております。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	施設部勉強会では、他の施設職員と交流を持てるようにグループワーク主体となっています。管理者は、年1回の地域ケア会議に出席して地域住民にグループホームを知って頂けるように日頃の生活の様子や認知症の対応の仕方をお話しさせて頂いています。		
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。	入居前の段階で、御家族や保護担等から情報提供して頂き全職員が情報を共有しています。入居前に施設見学や面談を行ないながら、御家族・本人に要望を伺うようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居前の生活環境と経緯を御家族や保護担等から詳しくお聞かせ頂き、ご本人や御家族のご要望を理解し今後の生活がご希望に添えられるように連絡を取り合いながら構築していく努力をしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	馴染みの物の持込や、友人知人がいつでも面会・外出出来ることをお知らせします。外泊や外出は自由に出来ることも説明します。状態が変化したときは、御家族・ご本人と相談しながら今後の事について進めていく事もお説明させて頂いています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	ゴミ捨てを手伝って下さったり汚物を包む為の新聞紙を折って下さったり、他の利用者様の話し相手になって下さったりと職員を助けてくださる場面が見られます。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	普段の生活の様子を2ヶ月に1回すみれ通信に掲載し御家族にお送りしています。また、電話で様子をお伝えしたりご本人に電話で話して頂いたりしています。面会時には、ゆっくり話しが出来るように自室で過ごして頂いたり、外出もしています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	御家族の協力を得ながら食事に出かける方や買い物に出かける方もいらっしゃいます。また、定期的に親族のお宅へ外泊へ出かける方もいらっしゃいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	歩行できない方の配膳や下膳をお手伝いしたり、気の合う方同士に席替えをして関わりが増える工夫に努めたり、職員が間に入り洗濯物を一緒にたたんだり助け合えるように支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去された方については、主に保護担等より生活の様子や状態をお知らせいただく事がほとんどです。また、以前独居に踏み出された御利用者様から、電話や手紙を頂いたり、畑で採れた果物等が送られてくる事もあります。		
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。	仕草・表情・言動から本人の望まれている事を把握しています。入浴や職員と二人になった時にお話を聞くように努めています。日頃のちょっとした言動の変化にも気を付けて、毎日申し送りや個人記録に記載して情報を共有するように努めています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時の情報提供書をもとに、ご本人の得意な事、嗜好品を収集して生活の場で活かせるようにケアに反映させて場の提供が出来るようにしています。一人ひとり生き活きとした生活が送れるように心掛けています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	申し送り・業務日誌・往診時には医療連携ノートを確認しながらその日の状況が把握出来るようになっていきます。また、排泄・食事・バイタル・水分チェック表を確認しながら必ず確認を行います。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	本人・御家族・後見人様・職員と話し合い、それに即した介護計画書を作成していきます。ホーム会議やユニット会議で話し合い見直しを3ヶ月毎に更新していきます。状態が変わればその都度見直しを行ない更新し主治医の見解も取り入れていきます。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	バケツ・食事・水分・排泄・入浴と毎日の様子や言動を本人の言葉で個人記録に記載していきます。その記録を基に、3ヶ月毎に見直して介護計画書に反映させていきます。また、継続していきたい事も話し合いを行っていきます。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	通院は状況に応じて対応を行ないません。本人や御家族のご希望の病院に受診される方もいらっしゃいます。毎月レストラン風の音へ音楽療法と、食事会に計3回出かける機会もあり利用者様は楽しみにされています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域の子供神輿や獅子舞がホームに訪れます。また、ホーム開催の行事で昨年は和太鼓のボランティアが来られた時は、地域の方が大勢ホームに訪れて下さり御茶やスイカを提供させて頂き大変喜ばれました。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科と精神科の協力機関があります。本人・御家族のご希望、身体状況を考慮したうえで決定しています。病状の変化により専門医療への受診や主治医の変更など適切な医療機関が受けられる体制を整えています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	医療連携ノートを活用し、週に1回の訪問時に情報提供していきます。また、ちょっとした変化が見られた時は、FAXやメールも活用しながら報告したり指示を頂いたりします。24時間連絡可能となっており急変時・緊急時の指示を迅速に受ける事が出来ます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院された病院のCWと連携を取り合い、情報を頂きホームでの生活が可能となったら早急に退院出来るようにしています。こちらから、病院へ伺い状態の把握にも努めて連携をとっています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に重度化や終末期に関してのご説明をしています。ご本人や御家族のご希望に沿った終末期を迎えられるように主治医・訪問看護との連携体制は整っています。看取りに関しての勉強会は2月21日に施設部勉強会で学ぶことになっています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	事務所内に、マニュアルとフローチャートを設置・掲示しています。30年の3月には、戸塚署立会いのもとで、心配蘇生法・搬送法の訓練を行っています。また、緊急時フェースシートを作成し、緊急時の必要事項申し送りに役立てています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回避難訓練を実施しています。うち1回は夜間想定として避難誘導・通報法・各ユニットの連携を行っています。戸塚区役所から、ハザードマップを頂き広域避難場所（金井公園）・地域避難場所（下郷小）を確認しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	利用者様を傷つけない言葉掛けや対応、職員の表情や態度に気を付けて接するように常に心掛けています。認知症の対応について、28年12月の施設部勉強会で学んでいます。急がせない事・否定的な言葉を遣わない等、確認する事が出来ています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	職員と一緒にお手代して頂けるか、誕生日には何をしたいか、また何を食べたいか、今日はどのような服装が良いかをお聞きして本人が決定出来る場を提供する事に努めています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	洗濯物たたみや掃除、食器拭きやテーブル拭き、手摺り拭き、食材の仕分けや日付け貼り、配膳、下膳と自分の得意な事に取り組んで頂いています。本人のやる気を無駄にしないように毎日心掛けて生活しています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	自分で決定出来る方は本人にお任せしています。そうでない方は、職員と一緒に選び好みの色やデザイン等をお聞きしながら楽しめるように支援しています。外出の機会の多い方は、自ら意識して身だしなみが整えられるよう、職員は支援を行っています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	嚥下・咀嚼を考慮してキザミ食やミキサー食、量が多目・少な目な方を把握して完食出来る工夫をしています。また、ご自分で食事が摂れない方は自室で職員と1対1で他者の視線が気にならないように配慮しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事や水分摂取量はチェック表に記載しひと目で分かるようになっていきます。水分量の少ない方は、嗜好品を提供して少しでも多くの水分摂取が出来るようにしています。乳製品を提供したり寒天にして提供したりします。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	食後の声掛けは欠かさず行ないます。ご自分で出来ない方はさり気なく介助に入りお手伝いさせて頂いています。毎週土曜日は、歯科往診日で全ての方が利用されています。義歯調整・作成、口腔ケア、嚥下リハビリを行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄表を確認しながら、間隔の空いた方は2時間毎に声掛けしたりトイレにお連れしたりしています。快適な排泄が出来るように臭い汚れが無いようにいつも清潔にしていく事を徹底しています。夜間トイレに行けない方は、居室にポータブルを設置しています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	毎朝のラジオ体操は欠かさず実施しています。特に注意していることは、十分な水分摂取が出来るように嗜好品を取り入れたりしています。便秘傾向の方は緩下剤の処方を見直しと相談しながら服薬に努めています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者の体調を考慮しながら、ゆっくりと入浴して頂いています。曜日を決めて入る方も2人います。当日の予定も考慮しながら主に午前中に入浴となっています。一般浴槽に入れない方は、機械浴を使用しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	居室内の温度調整をしたり、寝具の調整をしていきます。就寝前には、水分補給を実施して快適な睡眠がとれるように配慮しています。また、日課として昼食後に午睡する方もいます。		
47		○服薬支援 一人ひとり使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	処方時に必ず説明書が添付されてくるので、個人ファイルにファイリングして職員が確認出来るようにしています。服薬内容が変更になった場合は、薬連絡ノートに主任が記載して周知出来るようにしています。状態の変化は医療連携ノートを活用しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	絵の好きな方は自由に描いて頂きフロア内に掲示しています。ホームの行事の時には、準備段階から参加して頂き楽しみのひとつとなるように心がけています。読書の好きな方は、自分の時間を大切に出来るように支援しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	初詣・花見は毎年恒例行事として地域の公園や神社にいきます。また、月に1度、買い物や外食に出かけられる御利用者様もいらっしゃいます。毎月の恒例行事となっており、日程の調整や、買い物ルートの決定など、楽しまれながら行っています。		
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。	金銭所持されている方は居ませんが、一緒に買い物に出かけてレジに並んで商品を受け取ったり帰りに持ってきてさったりしています。また、御家族や後見人様と買い物に出かける方もいらっしゃいます。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話は希望に応じて使用して頂いています。相手側から掛かってきた時は本人に取り次いで頂き話す機会を提供しています。また、2ヶ月に1度は、施設便りとして、御家族へ写真付きのお手紙を送付させていただき、近況報告とさせていただきます。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ベランダにプランターを設置して季節の草花が楽しめるようにしています。フロアにはソファを設置してリラックスしてテレビ鑑賞が出来るようにしています。ゆず湯や菖蒲湯も行い好評を頂いています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	ベランダに椅子を出して一人で過ごしたり、馴染みの方と過ごしたりする方もいます。玄関先にはベンチを設置して、散歩帰りに一呼吸して頂き職員や利用者様同士会話を楽しみながら過ごすように努めています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	本人、御家族と相談しながら馴染みの家具を持ち込み以前の生活空間に近づけ落ち着けるようにしています。ラジオを聴いたりCDを聴いたり出来るように好みの機器を設置している方もいらっしゃいます。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	廊下・トイレ・浴室・ベッドサイドには、手摺りや柵を設置して安全に歩行や立ち上がりができるようにしています。ご自分の居室は各自認識されていますのでご希望の方のみ表札を表示しています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホームすみれ

作成日： 平成 31年 1月 18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	自治会に加入していなく、運営推進会議も2ヶ月に1回、第三金曜日と決め、御家族や後見人の方などにも連絡はしているが、身寄りのない方や御家族もご高齢の為、出席率が悪い。	地域の方にも施設の存在意義を周知していただき、理解と協力を得る。	行事・イベントのパンフレットを作成、配布しお知らせする。また、施設を開放し施設の内部を見て頂くことにより、理解をして頂く。散歩時など、お会いした近所の方々へ挨拶から会話へ広げていく様努力していく。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月