

## 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	1473000584	事業の開始年月日	平成15年4月1日	
		指定年月日	平成15年4月1日	
法人名	社会福祉法人 横浜YMCA福祉会			
事業所名	大和YMCAグループホーム			
所在地	( 242-0017 )			
	神奈川県大和市大和東3-3-16			
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25年10月15日	評価結果 市町村受理日	平成26年1月17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/kaigo/w10/wpIDetails.aspx?IGNO=ST1473000584&SVCD=320&THNO=14213>

### 【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)】

全ワーカーが専門部会に参加、各部会（排泄・不穏、壁画趣味活動、拘束、食事、行事、薬）に所属し、一ヶ月に一度の勉強会を開き、それぞれ皆の意見を聴きながら企画運営している。仕事に責任を感じ、役割を持ち仕事をしている。ワーカーの知識、意識向上にも専門部会の必要性を認識している。また、一ヶ月に一度、入居者ケースカンファレンスを行なっている。各入居者担当が身体・精神状況などモニタリングを実施、日常の様子をまとめカンファレンスにて発表。変化などを出席者で検討し、統一された対応を確認する。それが介護計画に反映されている。日々の生活の中で、入居者皆さんが出来る力をワーカーが失くしてしまわないように、待つ介護、働きかけを行なっている。食事準備、片付け、洗濯、掃除などワーカーと入居者が一緒になって行なっている。天気が悪くなければ毎日買い物にでかける。入浴は、衛生を保つ、リラックスタイム、良眠への誘導、楽しみ、運動、また、ワーカーが入居者の全身状態を把握するためにも必要で、全員の入居者が毎日入浴する。季節を感じていただけのような行事も、いつもの生活とは違った表情を見せて、楽しんで下さるため頻繁に実施している。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年11月15日	評価機関 評価決定日	平成26年1月7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)】

大和YMC Aグループホームは相鉄線または小田急線の大和駅から繁華街を5分ほど歩き、通りから少し入った場所にある鉄筋コンクリート造り4階建ての建物です。

<優れている点>  
ホームのあるライフサポートセンタービルは、1階がデイサービス、2階は地域包括支援センター、3階4階がグループホームの複合施設です。デイサービスの送迎車による外出や地域包括支援センターの看護師・ケアマネジャーから健康管理や相談の支援を受けています。センターから毎月発行している広報「こころ うきうき」の中でグループホームの報告や案内をして、家族にも知らせしています。YMCAの知名度を地域活動につなげて、日常的に交流しています。

<工夫点>  
事業所内に排泄、食事、拘束など7つの部会にわたる責任ある分担制を敷いています。月1回の専門部会で意見や要望を出し合い、ワーカー全員が運営に参加しています。社会とのつながりを大事に考え、車イスの利用者も含め、それぞれが自分で切符を買い、電車に乗り、食事等に出掛けています。全員が毎日入浴し、全身状態を把握し衛生を保つよう支援しています。リラックスして良眠できるように入浴を楽しめる工夫をしています。入居担当者による細かな支援とともに、各居室には足元灯を設置して夜間の安全性に配慮しています。

### 【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	大和YMCAグループホーム
ユニット名	Aユニット

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、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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	分かりやすい理念作りを行い、各々の持つ理念と合わせて実践につなげています。	利用者一人ひとりの意向を尊重し、本人の意思決定を大切にすることをケアの原点としています。ワーカー同士で話し合い、「一人ひとりを大切にする」という理念を作っています。目につきやすい事務所内に掲示して日々の個別支援の実践につなげています。	
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。	毎日近隣のスーパー、お店に食材などの購入のため、利用者がワーカーと一緒に外出しています。事業所は町内会に参加、町内会の防災訓練に場所を提供し、グループホームの避難訓練も一緒に行っています。お祭りの時など、職員が手伝いに出かけています。	町内会に加入し、地域の祭りの運営から参加しています。また、地域と防災協定を結び、防災訓練に場所やホームに多くある消火器を使用するなど積極的に地域貢献しています。近隣に利用者と一緒に買い物に出かけ、顔見知りの交流ができています。	
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。	介護者教室などを開催する包括支援センターへの協力を行なっています。		
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。	二ヶ月に一回、定期的に運営推進会議を開催しています。行事や利用者の状態、また、ホームで対応に困っていることなどを報告し、アドバイスをいただいています。	年6回、第4木曜日に開催しています。家族や市・包括支援センターの職員、町内会の役員、民生委員などが参加し、運営状況やサービス支援など報告しています。外部から質問やアドバイス、家族からは要望などが出て、サービスの向上に反映しています。	
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。	二ヶ月に一回、定期的に開催している運営推進会議、大和市グループホーム連絡会議にて報告しています。他、随時連絡、相談しています。	市の介護保険課の職員が運営推進会議に包括支援センターの職員と交代で参加し、情報交換や問題の解決を図っています。市のグループホーム連絡会や地域包括支援センターの会議や研修会には、ホームの会議室を提供し事務局を受け持っています。	

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。	定期的な勉強会（一ヶ月に一度の専門部会）の中で、身体拘束について学んでいます。言葉の拘束も含め、定期的に検討会などをし、ワーカーが共有して拘束をしないケアの理解を深め、実践を心がけています。家族のご理解をいただき、玄関は施錠しています。	拘束部会では「身体拘束ゼロへの手引き」や具体的な事例を振り返り、拘束による弊害について正しく理解しています。小さな事故も話し合い、検討しています。転倒予防のため家族の同意の上、センサーマットを流動的に使用しています。	
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。	専門部会の中でとりあげています。また、言葉遣いなども再検討し、全員で話し合える時間を作っています。		
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。	専門部会の中で勉強する場を設けています。利用者に関わらず、家族から相談があれば、成年後見制度などの説明を行い、アドバイスしています。		
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。	入居の問い合わせ、申し込みに応じて見学、アセスメントを行い、相談を受けています。契約時、解約時、改定時に不安や疑問点を聴き、説明を行なっています。		
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。	家族面会時に積極的に会話をし、利用者の近況を報告し、ホームに対する意見を伺っています。本人には、日々の生活の中で意見を聞き出しています。また、行事の感想などを聞いて次回への参考にしています。運営推進会議に家族の参加を促し、出席していただいています。苦情窓口が市などにあることを契約時に説明しています。	利用者との日々の会話から要望を聞いたり、家族からは面会時や運営推進会議の中で疑問や意向を把握しています。訪問が少ない家族には居室担当者が季節の変わり目に衣類の交換を依頼し訪問の機会を作って、暮らしぶりを話し合ったり、家族から要望や意見を聞く機会を設けています。	ホームの納涼祭や敬老会などの行事の終了後、出席した家族の方々が一堂に集まれるよう声掛けをし、参加しやすい懇談会やお茶会などで、要望や提案を聞く機会を設けるなどの検討も期待されます。

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
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。	日常業務はワーカーが主体で行えるようにしています。日々、管理者に意見や提案をしています。月一回の専門部会、カンファレンス（個人ケース会議）で意見交換をし、業務をスムーズに行えるようにしています。	排泄、不穩、趣味活動、拘束、食事、行事、薬など7つの部会に分けた責任ある分担制を敷いています。月1回の専門部会で意見や要望を出し合い、ワーカー全員が運営に参加しています。管理者はワーカーと随時面談し、現場の状況を館長に報告しています。	
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。	面談を行い、意見交換しています。また、随時代表者へ管理者がワーカーの状況を報告し、把握するように努めています。		
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。	代表者は管理者に対し、ワーカー全員の様々な研修参加を促し、内外部の研修参加をしています。毎日の業務の中でワーカー同士の意見交換により向上を図っています。毎月の専門部会で学びの場を設けています。		
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。	市内グループホーム交流、懇親も兼ねて定例会を設け、交代で参加しています。各々の施設で問題になっている事柄等を話し合い、解決への糸口を探ったり、実践している良い事柄を施設に持ち帰り話しあうようにしています。館内にある会議室などを開催場所に提供しています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前のアセスメントをワーカー全員で共有しています。日々の会話、様子の中から不安なことを探り、傾聴しています。積極的にコミュニケーションをとり、話のしやすい関係づくり、信頼関係樹立のための働きかけを行っています。		

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
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。	問い合わせ、申し込み、契約時などにアセスメントを行います。ワーカー全員で情報を共有しています。家族の訴えに共感し、思いを聞き出せるように関係を深めています。		
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。	問い合わせ、相談時に話を聴き、アセスメントをして、その方にとってグループホーム入居が必要なのか話し合っています。ケアプランセンター、包括支援センターにも相談し、アドバイスをもらっています。		
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。	人生の先輩として、豊かな知識と経験において、話を聴き、教えていただいています。毎日の食事作り、洗濯、掃除など、ワーカーと共に利用者が出来ることを行なっています。暮らしの中で冗談があり、笑顔が利用者、ワーカー共に多いです。		
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、また、電話連絡して近況を報告します。本人への支援の相談をしています。敬老会、餅つきなど行事には一緒に参加していただいています。家族との外出支援をしています。理容をして下さる家族もいます。		
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。	面会、外出の支援をしています。友人や親戚の方など面会者に対し、訪問しやすい環境を整えるように配慮しています。	通い慣れた駅前の商店街へ買い物や散歩に出掛けています。家族やボランティアの協力で馴染みの教会や美容院へ外出したり、年末年始には家族宅に外泊するなど利用者がこれまで大切にしてきた人間関係や場所の継続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
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。	食堂の席順を利用者同士の関係を考えながら決めています。居室を訪ねあい談笑していることもあります。自ら他利用者に関われない方には、孤立しないように気配りし、お互いを思い合える関係であるように支援しています。気の合わない利用者が言い合いになる、トラブルになる前に間に入り、トラブルを回避しています。		
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。	家族了承のもと、他施設へ移られた方を面会に訪れ、様子をワーカーに伝え合っています。家族からの連絡、相談にも対応しています。		
<b>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</b>					
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。	傾聴し、雑談や利用者同士の会話から、考えていること、望んでいることを把握するようにしています。	入居時のアセスメントなどでこれまでの本人の趣味や仕事などの生活習慣や、友人などとの人間関係を把握したり、日常の会話から思いや暮らし方の希望を聞いています。困難な場合はいくつかの選択肢から選ぶなど、利用者本位に努めています。	
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。	入居前のアセスメントを個人ケースに綴り、ワーカー全員で情報を共有しています。入居前に把握できなかった生活歴や暮らし方を家族、利用者本人から得て、情報の把握につとめています。布団で生活されていた方は、畳を敷いて布団で休まれています。		
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。	日々の入居者の体調に合わせて働きかけを行なっています。食事準備、そうじ、会話など様々な働きかけをし、その状況を毎日の申し送り、月一回のカンファレンスで話し合い、現状の把握をしています。		

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
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。	家族、主治医に近況を報告し、アドバイスの意見をいただいています。本人には、日々の会話の中で困っていること、したいことを聞いています。月一回のカンファレンスで一人ひとりの現状を把握、共通理解してケアのあり方の検討をし、それを計画書に反映させています。	利用者・家族の要望や医師・看護師などの意見も取り入れて本人のニーズを明確にしています。ケアカンファレンスで現状に即したサービスを盛り込んだ介護計画を作成しています。居室担当者からの衣類や身体状況の変化などの情報も反映しています。	
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。	毎日の様子を個人ケース記録に、個別に出来るだけ詳細に記録しています。働きかけたこと、行なったこと、入居者の言葉や表情なども記録するようにしています。その記録に基づき、各入居者担当ワーカーが月一回のカンファレンスで状況を報告し、ワーカー全員で情報を共有、対応を検討し、それを介護計画書に反映させています。		
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。	急な家族との外出にも、外出準備、服薬準備など行い、安心して家族と出かけられるようにしています。また、外出時の排泄、食事の仕方なども家族に現況を報告し、困らないようにアドバイスしています。入院時には、看護師、主治医との面談にも同席し、情報提供、対応の相談など行なっています。		
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。	地域の阿波おどり、夏祭りに招かれています。地域のボランティアが行事の手伝いに来て下さります。地域防災協定を結び、災害時の相互協力を行うこととなっています。		
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。	本人、家族の希望で訪問診療、またはかかりつけ医に受診することを決めていただいています。訪問診療の連絡、調整をしています。主治医、家族への報告を行なっています。他かかりつけ医の受診時、血圧表などの提供、日常の様子を報告し支援しています。	2週間に一回、主治医の往診があり、何かあれば看護師や主治医と24時間相談できる体制ができています。利用者や家族の希望でかかりつけ医を継続することもできます。また緊急時には、併設するデイサービスの看護師に協力を仰ぐこともできます。	

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
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。	往診時に、日々の利用者の変化を報告し、アドバイスをもらっています。些細な変化も相談できます。また、体調変化がみられている時には、看護師からも連絡があり、状況報告を行なっています。連携して利用者の状況を把握しています。		
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。	入院時、病院への情報提供をしています。面会を頻繁に行い、担当看護師、主治医からの説明を受け、随時情報交換をしています。退院指導など、家族と同席しています。		
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。	面会時、または面談を設け、現状報告を随時行っています。体調変化がみられた時の家族の希望を確認、施設で出来ることの説明を行なっています。	重度化した場合は主治医を交えて家族と相談し、出来る範囲を説明し支援をしています。看取りの経験もあります。ただ、対応はケースによりさまざまです。グループホームとしてどこまで対応するかについてのガイドラインを定めるまでには至っていません。	看取りについての指針を定め、家族へ周知することも期待されます。
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。	専門部会の中で、定期的に心肺蘇生法、AEDの使用法、嚥下障害、緊急時の対応、救急搬送対応の勉強会を行なっています。		
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。	火災、防災訓練を年2回行います。その時に何をやるのか、何を準備するのかを話し合っています。3日分の食料、水の備蓄をしています。地域と協定を結び、相互の協力することとなっています。	年2回の火災・防災訓練には、地域住民も参加していて、利用者の見守りへの協力という役割分担もできています。また、職員も地域の避難訓練に参加しています。来年3月には、夜間想定訓練を実施する予定です。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者を人生の先輩として尊敬の念を持って接するように心がけています。一人ひとりの人としての尊厳を大切にしています。専門部会、カンファレンスで言葉遣いについて確認しています。方言を使用している方に対して、親しみやすい方言で対応することもあります。	ワーカーは利用者一人ひとりに寄り添い、利用者の尊厳を大切に努めています。丁寧な言葉遣いで話しかけ、自己決定できるよう意向を聞いています。カンファレンス等で言葉遣いについて常に話し合い、互いに注意し合う関係ができています。	
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。	入浴は毎日あるが、疲れている時、気分がのらない時には「入らない」と自己決定されています。日々の生活の中で「どうしますか、どちらがいいですか」と自己決定出来るように働きかけています。意思疎通が困難、言葉がうまくでてこない利用者に対しては、表情の確認、身振り手振りで共に理解できるようにしています。		
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。	一日の流れの中で、本人の意思を尊重しながら働きかけをしています。その日の体調や気分が居室で休まれたり、食堂で過ごされたりしています。家族との外出も自由にされています。		
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。	着るものを一緒に選べる方は選んでいます。自分で決められない方は、同じ服にならないように配慮しています。化粧水やクリームが必要とされる方には用意し、管理が困難な方はお預かりして、必要な時に使用できるように支援しています。		
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。	利用者一人ひとりの力が発揮できるように、一緒に昼食の買い出し、メニューの選択をします。食材切り、片付けなど個々の出来ることをしていただいています。それぞれの役割ができています。	昼食は一日に10品目以上取れるようチェックをし、利用者の声も聞いてホームで献立をたてています。デザートや敬老会の寿司、外食等自己選択の機会も設けています。食材の買い出し、盛り付け、片づけ等を利用者が一緒に行っています。	

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。	一日で10品目取れるようにチェックして献立を考えています。月一回の体重測定をしています。水分摂取の声かけをし、働きかけています。体調変化時のみ水分量を記入しています。		
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。	全員が毎食後に口腔ケアを実施しています。各利用者の状態に応じて、声かけ、見守り、介助で対応しています。必要な方には歯間ブラシなど介助します。夜間は義歯をお預かりして消毒しています。訪問歯科医を定期的に受ける方もいます。他、口腔内、気になることがあれば、訪問歯科医に相談、検診を受けています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを検証しています。介助が必要な方は、最終排泄時間をワーカー同士が共有し、必要な時に排泄誘導を行っています。また、その方の表情や行動で排泄のサインを見逃さないように見守り、誘導し、トイレで排泄していただけるように支援しています。専門部会、カンファレンスで検討しながら、その方にあった排泄誘導を行っています。	排泄コントロールの変化など、課題がある場合には、専門部会が中心となり排泄表を付けて傾向を把握し、カンファレンスで共有し検証しています。一人ひとりにあったトイレ誘導のタイミングをつかむことで、失敗が減るなど利用者の負担の軽減が実現しています。	
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。	専門部会の中で、排便、便秘に関して学んでいます。便秘に良い食材なども学んでいます。排便状況を確認するため、出来る時にはトイレ同行、また、本人に確認を行っています。便秘気味の方には、起床時の水分摂取、日中の水分量を多く摂るようにしています。毎日ヨーグルトを召し上がっていただき、牛乳、プルーンなど随時使用しています。体操の働きかけや、自分でできることはしていただき、身体を動かしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者は入浴を楽しみにしています。特別な場合を除いて、毎日全員が入浴しています。時間は15時から17時の間に入浴しています。	毎日午後に全員が入浴する様にしています。入浴を拒否する利用者に対しては、順番をずらしたり、声掛けを工夫したりしていますが、強制することはありません。入浴時には、身体をチェックし乾燥を防ぐよう皮膚の手入れも行っています。	

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
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。	利用者それぞれに、掃除後、食事後などに居室で休息しています。季節に合った寝具、温度の管理をしています。日中適度な活動が必要と判断した時には、仕事やレクリエーションの働きかけを行い、起きていただくこともあります。入浴後から就寝までのリズムを作り、安定させています。		
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。	薬をセットし、服薬を確認しています。変薬時だけでなく、状態の変化の様子観察しています。各利用者の処方箋をすぐに閲覧できるところで管理しています。専門部会の中で、薬の用途、副作用などを確認しています。往診医や薬剤師より説明を受け、疑問点などを問い合わせし、情報を共有しています。		
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。	その方の出来ることを見極め、調理、洗剤、掃除など家事において役割を持って行なえるように働きかけています。喫煙希望者にはワーカーがタバコを管理し、エレベーターホールで吸っていただいています。塗り絵、折り紙などの壁画作り、歌、ボランティアによるレクリエーション、季節ごとの行事、外食などを行い、気分転換しています。		
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。	毎日の食材の買い出しと一緒に出掛けています。四季を通じて、外出行事を行なっています。外出した時は、皆で食事を楽しんでいます。家族にも参加を呼びかけ、地域の方のボランティアもお願いしています。個人の楽しみ、カラオケ、外食などは家族と一緒に出掛けられています。	毎日近くの商店と一緒に食材を買いに出掛けています。チェックリストを確認し交替で全員が出掛けています。季節の花見や地域の行事見学などの外出行事を家族やボランティアの協力を得て行っています。特に電車での外出は利用者の楽しみとなっています。	
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。	基本的には各利用者がお金の所持はしていません。希望される方は、自身で持っている方もいます。管理が困難な方は、使用するときのみ財布を渡して支援しています。買い物時にホームの支払いをしていただいています。		

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。	家族に確認のもと、本人希望時にはホームの電話を利用し、いつでも電話が出来るようにしています。携帯電話を持っている方もいます。使い方が分からない時には、支援しています。手紙の投函や、受け取りも行っています。		
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。	季節を感じられるように工夫した壁画を、利用者と共に作成、飾り、皆さんと楽しんでいます。常に掃除をし清潔を保っています。TV、音楽のボリュームにも配慮しています。行事の写真を展示し、利用者は写真の前を通るたびに足を止めて楽しんでいます。	清潔で快適な環境となるよう、清掃や換気、温度や湿度の管理に力を入れています。リビングのソファや廊下奥のベンチなど一人や数人で過ごせるコーナーなど、くつろぎの場所が工夫されています。壁には専門部会が企画し利用者と一緒に作った季節の壁画や、行事の写真が飾られ温かい雰囲気を作りだしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	食堂、ソファ、居室、廊下ベンチにその時々で移動され、談話したり、独りで過ごされています。		
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。	個々に今まで使用していた家具を配置したり、壁には写真や絵をかけて、心地よく過ごせるようにしています。仏壇も置かれている方もいます。安全面において、椅子、テーブルに乗り危険があると判断した時には、家族に報告、相談し片付けるなどの対応をしています。	安全面に問題がない限り、居室には愛用のダンスやテレビ、ソファ、仏壇などが置かれ、その人らしい空間になっています。布団を希望する場合には、布団を用いることもできます。各居室には足元灯を設置し、夜間の行動の安全性に配慮しています。	
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。	廊下には手すりを設置しています。食堂は、キッチンと食卓に仕切りがなく、利用者がいつでも、流し、電磁調理器前に立てるようになっています。食器棚には低い位置に利用者が良く使用する食器を置き、利用者が取り出しやすいようにしています。居室とトイレのドアが似ているため、トイレのドアには大きくトイレと分かるように掲示しています。		

事業所名	大和YMCAグループホーム
ユニット名	Bユニット

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、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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	「一人ひとりを大切にします」という分かりやすい理念を作り、一人ひとりの今まで生きて来た過程を尊重し、個別対応を心がけ、持っている思いを大切にしていくように理念を共有しています。		
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。	毎日近隣のスーパー、お店に食材などの購入のため、利用者がワーカーと一緒に外出します。事業所は町内会に参加、町内会の防災訓練に場所を提供し、グループホームの避難訓練も一緒に行っています。お祭りの時など、職員が手伝いに出かけています。		
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。	介護者教室などを開催する包括支援センターへの協力を行なっています。		
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。	二ヶ月に一回、定期的に運営推進会議を開催しています。行事や利用者の状態、また、ホームで対応に困っていることなどを報告し、アドバイスをいただいています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	二ヶ月に一回、定期的に開催している運営推進会議、大和市グループホーム連絡会議にて報告しています。他、随時連絡、相談しています。		

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。	定期的な勉強会（一ヶ月に一度の専門部会）の中で、身体拘束について学んでいます。ベッド柵やセンサーマットなどが必要な場合、家族に説明し、了解を得て使用しています。また、経過をみて必要性をカンファレンスで話し合い、使用することをやめるようにしています。家族のご理解をいただき、玄関は施錠しています。		
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。	専門部会の中でとりあげています。新聞、TVなどで報じられた問題を話し合い、検討しています。また、言葉遣いなども再検討し、全員で話し合える時間を作っています。		
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。	専門部会の中で勉強する場を設けています。利用者に関わらず、家族から相談があれば、成年後見制度などの説明を行い、アドバイスしています。		
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。	入居の問い合わせ、申し込みに応じて見学、アセスメントを行い、相談を受けています。契約時、解約時、改定時に不安や疑問点を聴き、説明を行なっています。		
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。	家族面会時に積極的に会話をし、利用者の近況を報告し、ホームに対する意見を伺っています。本人には、日々の生活の中で意見を聞き出しています。また、行事の感想などを聞いて次回への参考にしています。運営推進会議に家族の参加を促し、出席していただいています。苦情窓口が市などにあることを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。	日常業務はワーカーが主体で行えるようにしています。日々、管理者に意見や提案をしています。月一回の専門部会、カンファレンス（個人ケース会議）で意見交換をし、業務をスムーズに行えるようにしています。		
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。	面談を行い、意見交換しています。また、随時代表者へ管理者がワーカーの状況を報告し、把握するように努めています。		
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。	代表者は管理者に対し、ワーカー全員の様々な研修参加を促し、内外部の研修参加をしています。毎日の業務の中でワーカー同士の意見交換により向上を図っています。毎月の専門部会で学びの場を設けています。		
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。	市内グループホーム交流、懇親も兼ねて定例会を設け、交代で参加しています。各々の施設で問題になっている事柄等を話し合い、対応の違いなど意見を出し合っています。実践している良い事柄を施設に持ち帰り話しあうようにしています。館内にある会議室などを開催場所に提供しています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前のアセスメントをワーカー全員で共有しています。日々の会話、様子の中から不安なことを探り、傾聴しています。積極的にコミュニケーションをとり、話のしやすい関係づくり、信頼関係樹立のための働きかけを行っています。		

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
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。	問い合わせ、申し込み、契約時などにアセスメントを行います。ワーカー全員で情報を共有しています。家族の訴えに共感し、思いを聞き出せるように、家族が話しやすい環境を作るように心がけています。		
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。	問い合わせ、相談時に話を聴き、アセスメントをして、その方にとってグループホーム入居が必要なのか話し合っています。ケアプランセンター、包括支援センターにも相談し、アドバイスももらっています。その時に必要なケアを考え、個別対応をしています。		
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。	人生の先輩として、豊かな知識と経験において、利用者から学ぶことが多いです。話を聴き、教えていただいています。毎日の生活の中で、ワーカーと共に利用者が出来ることを行なっています。暮らしの中で冗談があり、笑顔が利用者、ワーカー共に多く、楽しい時間を過ごしています。		
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。	面会時、また、電話連絡して近況を報告しています。本人への支援の相談をしています。家族も参加できる行事（納涼祭、敬老会、運動会、餅つきなど）を行い、一緒に楽しんでいます。家族との外出支援をしています。家族が昼食作りなど利用者と一緒に手伝ってくださることもあります。		
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。	面会、外出の支援をしています。友人や親戚の方など面会者に対し、訪問しやすい環境を整える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
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。	食堂の席順を利用者同士の関係を考えながら決めていきます。掃除など、仲の良い方同士で同じ作業に参加していただくことも多いです。利用者同士がコミュニケーションを取れるように配慮しています。自ら他利用者に関われない方には、孤立しないように気配りし、お互いを思い合える関係であ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。	家族了承のもと、他施設へ移られた方を面会に訪れ、様子をワーカーに伝え合っています。家族からの連絡、相談にも対応しています。近隣で偶然、家族に会い、近況報告をすることもあります。契約終了後も、ホームに来て下さる家族もいます。		
<b>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</b>					
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。	日々の生活の中で関わりを持ちながら、会話しながら、考えていること、望んでいることを把握するようにしています。話しやすい環境づくりに努めています。		
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。	入居前のアセスメントを個人ケースに綴り、ワーカー全員で情報を共有しています。入居前に把握できなかった生活歴や暮らし方を、家族、利用者本人から日々の生活の中で、情報の把握につとめています。		
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。	日々の入居者の体調に合わせてながら家事、体操、趣味活動の働きかけを行なっています。その状況を毎日の申し送り、月一回のカンファレンスで話し合い、現状の把握をしています。昼食後のバイタルチェック、入浴時の全身観察をし心身の状態を把握しています。		

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
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。	家族、主治医に近況を報告し、アドバイス、意見をいただいています。本人には、日々の会話の中で困っていること、したいことを聞いています。月一回のカンファレンスで一人ひとりの現状を把握、共通理解してケアのあり方の検討をし、それを計画書に反映させています。		
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。	毎日の様子を個人ケース記録に、個別に出来るだけ詳細に記録しています。働きかけたこと、行なったこと、入居者の言葉や表情なども記録するようにしています。変化を日々申し送りをしています。記録に基づき、各入居者担当ワーカーが月一回のカンファレンスで状況を報告し、ワーカー全員で情報を共有、対応を検討し、それを介護計画書に反映させています。		
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。	急な家族との外出にも、外出準備、服薬準備など行い、安心して家族と出かけられるようにしています。また、外出時の排泄、食事の仕方なども家族に現況を報告し、困らないようにアドバイスしています。入院時には、看護師、主治医との面談にも同席し、情報提供、対応の相談など行なっています。		
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。	地域の阿波おどり、夏祭りに招かれています。地域のボランティアが行事の手伝いに来て下さります。地域防災協定を結び、災害時の相互協力を行うこととなっています。		
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。	本人、家族の希望で訪問診療、またはかかりつけ医に受診することを決めていただいています。訪問診療の連絡、調整をしています。主治医、家族への報告を行なっています。他かかりつけ医の受診時、血圧表などの提供、日常の様子を報告し支援しています。		

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。	往診時に、日々の利用者の変化を報告し、アドバイスをもらっています。些細な変化も相談できます。また、気づきや変化があった時には、昼夜を問わず往診看護師に連絡がとれます。看護師から状況確認の電話が入ることも多いです。連携して利用者の状況を把握しています。		
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。	入院時、病院への情報提供をします。ワーカーが面会を頻繁に行い、担当看護師、主治医からの説明を受け、随時情報交換をしています。退院指導など、家族と同席しています。		
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。	面会時、または面談を設け、現状報告を随時行っています。体調変化がみられた時の家族の希望を確認、施設で出来ることの説明を行なっています。		
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。	専門部会の中で、定期的に心肺蘇生法、AEDの使用法、嚥下障害、緊急時の対応、救急搬送対応の勉強会を行なっています。		
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、地域との協体制度を築いている。	火災、防災訓練を年2回行います。その時に何をするのか、何を準備するのかを話し合っています。3日分の食料、水の備蓄をしています。地域の方達が参加しての訓練もあります。地域と協定を結び、相互の協力をする事となっています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者を人生の先輩として、人としての尊厳を大切にしています。知識と経験を教えていただきながら尊敬の念を持って接するように心がけています。専門部会、カンファレンスで言葉遣いにつ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。	日々の生活の中で「どうですか、どちらがいいですか」と自己決定出来るように働きかけています。自分の食べたいものを選んでいただいたり、意思疎通が困難、言葉がうまくでてこない利用者に対しては、品物を並べてどちらが良いか選んでいただいています。		
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。	一日の流れの中で、家事やレクリエーション参加など、本人の意思を尊重しながら働きかけをしています。その日の体調や気分で好きな場所で好きな時間を過ごしていただけるように配慮しています。家族との外出も自由にされています。		
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。	着るものを一緒に選べる方は選んでいます。自分で決められない方は、同じ服にならないように配慮しています。お化粧が好きな方には、毎朝していただけるように支援しています。		
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。	食事作りを一緒に行います。食材切り、盛り付け、テーブル拭き、食器洗い、お茶淹れなど出来ることをしていただいています。どちらのおかずが食べたいか選択できるようにしています。		

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
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。	一日で10品目取れるようにチェックして献立を考えています。月一回の体重測定をしています。水分摂取の声かけ、工夫し、好みに合った温度で飲んでいただいています。体調変化時のみ水分量を記入しています。		
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。	全員が毎食後に口腔ケアを実施しています。各利用者の状態に応じて、声かけ、見守り、介助で対応しています。必要な方には歯間ブラシなど介助します。夜間は義歯をお預かりして消毒しています。訪問歯科医を定期的に受ける方もいます。他、口腔内、気になることがあれば、訪問歯科医に相談、検診を受けています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを検証しています。介助の必要な方は、最終排泄時間をワーカー同士が共有し、必要な時に排泄誘導を行っています。また、その方の表情や行動で排泄のサインを見逃さないように見守り、誘導し、トイレで排泄していただけるように支援しています。専門部会、カンファレンスで検討しながら、一人ひとりに合った排泄誘導を行っています。		
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。	専門部会の中で、排便、便秘に関して学んでいます。便秘に良い食材なども学んでいます。排便状況を確認するため、出来る時にはトイレ同行、また、本人に確認を行っています。毎日ヨーグルトを召し上がっていただき、牛乳、プルーンなど随時使用しています。体操の働きかけや、自分でできることはしていただき、身体を動かしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者は入浴を楽しみにしています。特別な場合を除いて、毎日全員が入浴しています。時間は15時から17時の間に入浴しています。利用者は入浴を待っているため、入る順番にも配慮しています。		

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
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。	利用者それぞれに、掃除後、食事後などに居室で休息しています。体感温度に配慮し、寝具の調整、室温の管理をしています。日中適度な活動が必要と判断した時には、仕事やレクリエーションの働きかけを行い、起きていただくこともあります。ホーム全体の清潔に努め、気持ちよく休めるようにしています。		
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。	各利用者の処方箋をすぐに閲覧できるところで管理しています。薬をセットし、服薬を確認しています。変薬があった場合は、ボードに記入し、口答で申し送りがあります。変薬時だけでなく、状態の変化の様子観察しています。専門部会の中で、薬の用途、副作用などを確認しています。往診医や薬剤師より説明を受け、疑問点などを問い合わせし、情報を共有しています。		
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。	その方の出来ることを見極め、調理、洗い物、掃除など家事において役割を持って行なえるように働きかけています。皆で一緒に楽しめるレクリエーションの働きかけも行っています。外出をし、気分転換を図っています。		
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。	毎日の食材の買い出しと一緒に出掛けています。喫茶店に全員で行くこともあります。四季を通じて、外出行事を行なっています。家族にも参加を呼びかけ、地域の方のボランティアもお願いしています。電車に乗り、マイクロバスで出掛けることもあります。個人の楽しみ、外食などは家族と一緒に出掛けられています。		
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。	基本的には各利用者がお金の所持はしていません。買い物時にホームの支払いをしていただいています。電車に出掛ける時は、一人ひとりが切符を買うなどの支援をしています。		

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
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。	家族に確認のもと、本人希望時にはホームの電話を利用し、いつでも電話が出来るようにしています。携帯電話を使用する方の携帯管理、使用の支援をしています。手紙の投函や、受け取りも行っています。		
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。	季節を感じられるように工夫した壁画を、利用者と共に作成、飾り、皆さんと楽しんでいます。常に掃除をし清潔を保っています。汚物は速やかに片付けています。トイレの場所が分かるように、ドアに絵や文字を貼って工夫しています。行事の写真を展示し、利用者は写真の前を通るたびに足を止めて楽しんでいます。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	食堂でTVを観て、ソファで談話、居室で休まれ、廊下ベンチで過ごすなど、その時々で移動され、自由に過ごされています。		
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。	個々に今まで使用していた家具を配置したり、壁には写真や絵をかけて、心地よく過ごせるようにしています。安全面において、椅子、テーブルに乗り危険があると判断した時には、家族に報告、相談し片付けるなどの対応をしています。		
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。	廊下には手すりを設置しています。食堂は、キッチンと食卓に仕切りがなく、利用者がいつでも、流し、電磁調理器前に立てるようになっています。立ち続けることが難しい方には、座って出来ることを働きかけています。居室とトイレのドアが似ているため、トイレのドアには大きくトイレと分かるように掲示しています。		

(別紙4 (2))

事業所名 大和YMCAグループホーム

## 目標達成計画

作成日: 平成 26年 1月 17日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	33	重度化した場合や終末期のあり方について、看取りは行っていないという方針の中、主治医を交えて家族と相談し、出来る範囲を説明し支援をしている。グループホームとしてどこまで対応するかについてのガイドラインは定められていない。	重度化した場合、看取りのについての指針を定めていく。	施設の設備、ワーカーの対応など、重度化した場合にどこまで、何が出来るのかをワーカーと意見を出し合う。意見を元に、施設長、代表者とともに見取りについての指針を定めていく。	12ヶ月
2	10	ご家族同士が意見の交換をする場が少ない。家族会は作られていない。	ご家族同士が意見を出し合える場、話を出来る時間を設ける。	行事の後などに、懇親会を開いていく。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月