

平成26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	1471001642	事業の開始年月日	平成19年3月1日	
		指定年月日	平成19年3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 れんげ			
所在地	(244-0003) 横浜市戸塚区戸塚町904-2			
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26年10月8日	評価結果 市町村受理日	平成27年1月30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/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1471001642&SVCD=320&THNO=14100
----------	---

【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)】

戸塚区の閑静な住宅街にグループホームれんげはあります。近くに柏尾川が流れており散歩する際は、川の生き物を見ながら散歩ができ、花見の季節には桜を見る事ができます。入居者様の生活が充実する様、ボランティアの受け入れや行事に力を入れております。

行事の際は職員がボランティアで大勢参加し、一丸となって盛り上がる体制が出来ている事がグループホームれんげの自慢です。隣にグループホームすみれがあるので行事を合同開催し大規模な行事を行っているのも特徴の1つです。

法人では、主治医を内科・精神科の選択を家族・入居者様・管理者とで考えることができ、月2回の往診や特変時の対応もして頂ける環境があります。

【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年12月3日	評価機関 評価決定日	平成27年1月26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戸塚駅から江ノ電バスで約10分の「長沼」で下車し、徒歩約10分の柏尾川近くの静かな住宅地の一角にあります。敷地内に同一運営法人のグループホームがあります。近くを流れる柏尾川には鴨や鷺が飛来し、鯉や亀が泳いでいます。桜の頃には、利用者にとって格好の散歩道です。

<優れている点>

「笑顔の絶えないホーム」「みんなの願いが叶うホーム」「安心して暮らせるホーム」を理念として掲げ、住み慣れた地域で自分の力を生かし、自分のペースを守りながら、利用者主体の暮らしが出来る様に、職員が側面からの支援を心がけています。

利用者が、役割をもって生活が出来る様に、一日のタイムスケジュールを作らず、各自の生活リズムを大切にしています。自室の掃除や買い物、食事の準備や草花の水やりなどに、出来る範囲で自発的に参加しています。

棒針編みで独創的な作品を作り上げる利用者や、ノートにびっしりと歌詞を書き写す人など、一人ひとりが夢中になれるものを見出し、職員は側面からそっと見守り必要時支援しています。

<工夫点>

職員が理念を遂行するために、年度ごとに目標を立てています。26年度は、「職場の整理・整頓」「企画の充実化」「職員のスキルアップ」として、利用者が安心して生活できる「ホーム」を目指しています。

【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 れんげ
ユニット名	1階たんぼぼ

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している。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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
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。	玄関、事務所に理念を貼り理念の共有を図っている。介護支援計画書を作成の際は理念を念頭に置き理念の実践に繋がるように考えている。ホーム会議でも忘れないように議題に挙げている。	理念は、ホームに入居した人達の願いが叶い、笑顔で安心して暮らせるホーム造りを目指して作成しています。日々の支援に生かすために事務室に掲示し、ホーム会議の場で理念に立ち返り、「目指すもの」として職員間で検討し、実践と共有に努めています。	
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。	地域の方々には、運営推進会議や、夏祭り、町内会の催し物などで、交流する場面があり、特に地域行事の際は、多くの地域の方々が来訪して下さり交流が図れている。又散歩時など隣近所の人と挨拶や立ち話などしたり、近隣の方のボランティアを積極的に受け入れている。	町内会には未加入ながら、日常の挨拶から始まる地域住民との交流が深まっています。住民から事業所入口の看板設置や、祭事の際の神輿の休憩所の提案が出て、多くの方が来訪しています。事業所でも地域清掃などに協力を惜しまず、互いに交流を深めています。	
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。	運営推進会議を通じて、地域の委員さんから積極的に疑問・質問を投げかけて頂き、事業所で提供できる可能な限りの情報をお伝えしたり取り組みをしている。又、地域と結びつくように地域包括・高齢支援課の方と情報のやり取りをしている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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ヶ月に1回定期的に行われ、ご家族、町内、地域の方・行政の方に参加して頂いて、サービスの実施に対しての報告や、情報交換を行い、サービスの質の向上に活かしている。また、会議の内容を会議時に職員に伝えている。	2ヶ月に1回開く運営推進会議で、事業所の現状と活動報告を行い、その後に情報・意見交換を行っています。直近に開いた会議では、戸塚区役所高齢支援課職員から、近くの柏尾川氾濫を想定して作成したハザードマップについて説明がありました。	
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。	生活保護担当や高齢支援課と連携をとり、利用者の状態を伝えている。又、戸塚区の連絡会にも参加し連携をとっている。	区高齢支援課には介護保険更新手続き代行で出向き、生活保護課には毎月利用者の状況を報告をしています。区グループホーム連絡会や区役所主催の研修会で職員との情報交換に努め、地域包括支援センター職員とは常に相談できる関係にあります。	

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
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。	研修や勉強会に参加し理解に努めている。玄関の施錠は行っていないが、安全に配慮しフロアの扉には鍵を掛けている。外へ行きたい方がいる際はスタッフが付き添い散歩に出ている。	身体拘束について、職員は何が拘束に当たるのかを、その弊害と共に理解しています。その上で、家族と話し合い、間取りの関係から安全確保を最優先として、フロア入口の施錠に踏み切りました。見守りを徹底し、外出者には必ず職員が付き添っています。	
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。	講習会や勉強会にて勉強している。又、マニュアルをいつでも閲覧できるようにし虐待の理解に結びつけている。		
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。	パンフレットや市から情報をもらい、保護担当、高齢支援課と連携を図っている。現在、れんげでは後見制度を利用している方はいないが研修には参加している。		
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。	契約前に見学・面会をして頂き、質問や不安な点など伺うようにしている。管理者は同席し質問や疑問に答え理解・納得して頂ける様に努めている。又、入居時も入居担当と管理者もしくは主任が同席し契約書等の説明をし理解・納得の上署名・捺印を得ている。		
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。	家族会を半年に1度開催しご家族の意見を反映している。家族会のレジュメは職員が見れる様にし必要に応じて話し合っている。又、苦情申し立て機関は、重要事項説明書やホーム玄関に公表し、体制を整えている。苦情・相談ポストを玄関に設け直接申し立てにくい案件にも対応している。	利用者の意見や要望は日常の会話や表情・仕草からくみ取り、家族とは運営推進会議や年2回の家族会や来訪時に意見交換をしています。電話相談時に意見を聞き支援に活かすこともあります。出された意見は職員間で検討し可能な限り運営に反映させています。	

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。	日々の申し送りやホーム会議・ユニット会議で、職員の意見を汲み取り、反映している。必要に応じて担当課長に報告している。社内の管理者会議にて、管理者から運営者に直接伝えられる機会も設けられている。	職員が、利用者と日々関わりを持つ中で、職員の気づきを事業所全体のホーム会議で検討する機会を設けています。さらに社内管理者会議での検討に繋げる体制が整っています。職員の提案から、水道水の節約につながった事例があります。	
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。	個々の業務の取り組みに関して、その都度評価し、伝えている。協力・補いあっている関係作りを支援し、研修や資格取得に向けても支援している。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	内部研修（勉強会・教育研修会）は、自己研鑽の為、平等に参加出来る体制を整えている。外部研修も同様に、平等に参加出来るよう、勤務調整を行っている。年1回、社内の事例発表会や、勉強会の担当などで、発表が出来る機会も設けている。法人内で基礎研修等、受けれる体制も整っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	横浜市グループホーム連絡会主催の交換研修や、戸塚・泉ブロック会の研修、交換研修を行い、同業者との交流、ネットワーク作りが出来るように努めている。管理者は、区のグループホーム連絡会でも情報交換を行っている。		
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。	入居前にある程度の情報を入居担当者から頂き、全スタッフに資料を参照してもらい、提供して頂きたい情報を事前に整理し入居面接時確認している。ご本人様の要望や不安な事も入居面接時確認し、ご本人様が安心して入居出来る様に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	介護支援計画書を入居者・家族の意見を反映しながら作成している。又、ご家族様訪問時に意見を聴く機会を、設けている。必要に応じて連絡をしたり、日々の様子をメール、お便り、電話等でお知らせしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	サービス開始時は新しい環境に慣れて頂くことに重点を置いた介護支援計画書を作成している。馴染みの物を使用して頂き、職員がコミュニケーションを図りやすい様に状況に応じて関り安心して生活出来る環境作りに努めている。生活歴にも注目し対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員は利用者と喜怒哀楽や思いを共感出来る様に、一方的にサービスを提供するのではなくアクティビティや行事等常に一緒に行っている。食事なども同様に一緒に同じテーブルで食べ、常に共感出来る環境作りに努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	利用者の日頃の様子は、面会時や電話・手紙で詳しく伝えている。また「家族がホームにしやすい環境」を目指している。家族が面会に来られた際は、居室などで会話を楽しんで頂くようにしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	関係が途絶えないように連絡を取りたいと希望された際は可能な限りの支援をしている。電話や手紙が来た際は本人に繋いでいる。ご家族と関係が途絶えていた方も管理者が保護担当や関係者と関わり修復に努めている。	入居時に家族構成や生活歴などを聞き取り、本人の意向を尊重しながら、これまでの関係が継続するように支援しています。生活保護担当を介して入居後に家族と連絡がとれた事例や、友人が隣のホームに居ることが判明し交際が復活している利用者もいます。	

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
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。	利用者同士が少しでも他者との交流がもてるよう、レクリエーション・談話等の場面において、働きかけている。居室で過ごす時間が多い方もいるが、本人が得意としているものをスタッフと共に行って頂く様にしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス利用が終了された方にも（他施設、病院に移られる）必要に応じ情報提供し、家族の相談にのっている。また管理者から、現在の状況を聞きアドバイスする事もある。		
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。	日常の会話を通して本人の望む暮らしの把握に努めており、毎日の申し送りやカンファレンスで、職員間の情報の共有、月1回の会議でさらに確認をし、深めている。	「利用開始後にどのような生活を望むか？」など本人・家族の思いや意向を聞き取っています。入居後には本人との日々の会話や表情・行動などを観察しながら、思いや意向をくみ取り、把握が難しい場合には、本人はどうか？の視点で職員間で話し合っています。	
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。	入居時の情報の他、日々の会話の中から、生活歴、習慣、出身地、趣味、嗜好物、特技等、情報収集し職員間で共有し、サービスに繋げられるようにしている。家族とも信頼関係を築き生活歴などを聞く様努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎朝の申し送りの中で、一人ひとりの心身状態の把握をし、また午前中にバイタルチェックを行うなどし、その方のちょっとした心身の違いにも気づくよう努めている。9名分が一目で分かりようにバイタルチェック表を作成している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○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。	本人がより良く暮らすための課題やケアのあり方について、本人、家族、関係医療機関などが、日々の状態に関する情報を共有し、適切な対応を話し合い、介護計画に反映している。	介護計画は本人・家族の要望と、医療従事者の意見を入れて当初1週間から1ヶ月の暫定プランを作成し、様子観察を経て3ヶ月のプランを作成しています。定めた期間ごとにモニタリングを繰り返し、適切な支援か否か話し合い必要時にはプランを変更しています。	
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。	個別にバイタルチェック、食事、水分量、排泄、入浴、日々の暮らしの様子、本人の言葉、エピソード等を記録している。個別記録を基に介護計画の見直しをしている。		
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、家族の状況に応じて、通院等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足を高めるよう努力してる。またレストラン「風の音」への食事会や音楽療法、24時間対応の主治医、訪看等サービスの多様化に取り組んでいる。		
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。	民話朗読、人形劇、踊り、ハーモニカ演奏、将棋など沢山のボランティアを受けている。また消防訓練など地域の方にも、参加呼びかけ協力しながら支援している。1月には、獅子舞も来て頂くことができ事前に連絡をいただける関係が出来ている。		
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・精神科の往診医、訪問看護師とは医療連携ノートを使い、共有出来るようになっている。また訪問歯科医・皮膚科等の往診もあり、認知症についての理解も深く、柔軟に対応して下さっている。	本人や家族が希望する、かかりつけ医による医療を継続して受診できるように支援しています。家族に代わって職員が通院介助する場合があります。医療情報は個人別にケース記録に記録し、職員間で共有しています。	

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。	職場に看護師はいないが、医療連携ノートにより、職員、医師、看護師が相互の情報を共有できるようになっている。看護師とは24時間連絡が取れ、相談出来るようになっている。		
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。	入院された時は病院のSWと連絡を取って情報を頂いている。今の状態、退院の予定等状況に応じて相談をさせて頂いている。状態が落ち着いた際は可能な限り早期に退院出来る体制を整えADLが低下しないように心がけている。また主治医にとも連携を図っている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご本人、ご家族の意見を尊重し、希望に添ったターミナルが迎えられるように医師、看護師、との連携体制を整えている。内部グループホームではターミナルケアの実績も多く、勉強会や事例発表会も行われている為、職員の意識も高いかと思われる。	入居時に、重度化した場合における対応にかかる指針を説明しています。看取りについては、家族の要望と協力により、本人・家族の意思を確認しながら、住み慣れた事業所で最期まで過ごすことができるように支援する方針が確立しています。	看取りについての勉強会は、法人本部の事例発表会などを通じて学んでいます。重度化や終末期に向けた職員研修を実施し、一層充実した介護体制が期待されます。
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。	消防署による普通救命講習を定期的を受けて、実践力を身につけている。皆が知識を身につける為、順番に参加するように努めている。研修に希望すれば参加出来るよう研修の案内が来た際はいつでも閲覧出来るようにしている。		
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。	半年に1度消防訓練を開催しており、夜間想定した避難訓練も実施している。地域住民の方々にも参加して頂き協力体制を築いている。施設内にはスプリンクラーが設置されている。	防災・避難訓練は年2回行い、1回は消防署の協力を得て実施しています。訓練には近隣のオーナーが見守り役で協力しています。近隣に住む職員も緊急時に協力できる体制にあります。非常災害用の食料・飲料水は3日以上以上備蓄があります。	

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
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。	入居者一人ひとりの違いを尊重、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等など、心がけている。	日頃よりプライバシーを損ねることのないように、その人の意向に沿った丁寧な言葉かけを心掛けています。職員は入職時に守秘義務に関する誓約書を提出しています。個人情報を含む書類は、施錠のかかる書庫に保管しています。	
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。	利用者自身が希望、自己決定しやすい環境を作っています。それらを促す取り組みを、日常的に行っている。入浴日などは決まっておらず、本人の意向に応じ対応させて頂いています。		
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。	本人のペースで生活出来るように心掛けている。掃除の手伝いをしてくださる方、洗濯物をたたむ方、広告や新聞を折られる方、TVを見られる方様々ですが、ご自身が望んだ好きなことをして頂いてる。希望があれば実現できるように取り組んでいる。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	利用者一人ひとりの個性を大切に、身だしなみやお洒落が出来るよう支援している。食事会や、音楽療法の際など外出時は身だしなみやお洒落を気にされる方・楽しまれている方が多くおられご本人と相談しながら、着替えて頂いている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立の相談をしたり、食べたい物をお聞きしたりし、調理の際参考にさせて頂いている。スタッフと厨房に入り料理を作りを手伝っている方もおられる。配膳下膳のお手伝いも出来る方にはさせて頂いている。食事に合った音楽をかけ楽しみながら食事できる環境を提供している。畑で収穫し新鮮な野菜を食べれる環境もある。	利用者は職員の見守り支援を受けながら、野菜の皮むきなどの下ごしらえ、テーブル拭き、配膳・下膳、食器拭きをしています。利用者は職員と一緒に食事をしています。外食は月1回レストランへ行き、誕生会にはケーキを食べ、色紙を贈り祝っています。	

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。	食事・水分量を記録している。その方の状態に応じ、ミキサー・刻み・トロミなど形態を変え提供している。定期的に栄養管理士に食事状況を報告し、指導して頂いている。又、必要に応じて訪問歯科に嚥下の状態を診て頂く事が出来る体制が整っている。		
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。	口腔内の清潔が保たれるよう、歯磨き・うがい・義歯洗浄等、習慣になるよう支援している。週に1回、訪問歯科に往診して頂き利用者の口腔内を診てもらいアドバイスを頂いている。		
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。	入居者一人ひとりのその時の、排泄状況・心身の状態により、適切な物を見極め使用させて頂き対応している。日中はリハビリパンツを利用し、定時トイレ誘導を行う方や、表情や行動の変化にてトイレにお連れする方など個別に合った支援を心掛けている。排泄表を付け排泄のパターンの把握にも努めている。	排泄チェック表より排泄パターンの把握に努めトイレ誘導の支援をしています。利用者が落ち着きがない仕草などから察知してトイレへの声かけをしています。入居時点におむつを使用していた方が、日中、布パンツやリハビリパンツに改善された事例があります。	
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。	便秘の及ぼす影響を理解し、水分補給を積極的に促している。利用者にあった水分量を心がけ水分チェック表・排泄チェック表・排便処置表を設け情報を共有し適切に対応出来るようにしている。		
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むように、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。	基本的な入浴日は決まっているが、本人の希望や・体調に留意し変更している。皮膚疾患や水虫など入浴の必要性が高い方には積極的に支援している。足浴を毎日実施している方もいる。	入浴は基本的には週2回で、シャワー浴や清拭もしています。足浴を毎日希望する方もいます。入浴を好まない利用者には、時間をずらしたり、職員を変えるなど声かけの工夫をしています。季節を感じるゆず湯や菖蒲湯も楽しんでいきます。	

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
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。	証明・雑音・温度調整など、環境に配慮し、個々の生活リズムに合わせて、休息したり眠れるよう支援している。		
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。	薬の最新の説明書を個別ファイルに保管し、職員がいつでも確認し理解出来るよう努めている。問題があればその都度Dr・Nsに相談している。誤薬のないよう4重のチェック体制をとり、症状の変化にも気を付けている。		
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。	食材日付け貼り・新聞折り・洗濯物たたみ・食器拭きなど等、自発的に個々に応じた役割を担って頂いている。文字の書き写し・計算・ソロバン・卓球・将棋など個別の能力を活かした個々の楽しみを見出して頂き支援している。		
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。	夏・冬期間は業務を組み替え少しでも快適な時間に外出出来るように工夫している。利用者の体調に気を配り散歩・日光浴・畑・買い物等、希望に沿った形で外出支援している。買い物はコンビニ・薬局・スーパー・洋服屋等、買い物の希望に合った所にお連れしている。	利用者は車いすの方も含め、天気の良い日には事業所の周りや近くの柏尾川沿いを散歩しています。事業所のベランダや庭先に椅子を出し外気浴をする方もいます。食材の買い物に職員と一緒に出掛けています。瀬谷区の長屋門公園へ遠出もしています。	
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。	基本的には金銭は本社で管理しているが、利用者より希望があれば一緒に買い物に行き、希望の物を買って頂いている。買い物に行かれた際に、お金を払って頂くなどの工夫をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話は希望時いつでも使えるようになって いる。また遠距離のご家族から荷物が届いた 時には、ご本人から電話して頂くなど、 ご本人が感謝を伝えられる支援をしてい る。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、 トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくよ うな刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないよう に配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく 過ごせるような工夫をしている。	共用の生活空間は暖かく和やかな家庭的な 雰囲気を作っている。四季を感じるもの、 行事に関する置物や草花等、調度や装飾にも 気をつけている。近所の方から頂くお花 などをテーブルに飾ることもある。	リビングは明るく清潔に保たれ、床暖 房があり、冬場も快適です。正月には 鏡餅、春には桜、七夕祭り、秋にはも みじを飾り、季節感を感じるように配 慮しています。壁面には利用者の習字 の作品やコスモスの貼り絵、日めくり カレンダーなどが飾ってあります。	
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。	フローにはソファのコーナーを設け、 テレビやビデオを楽しまれたり、テラスで 外気浴を兼ね、お茶を飲んだり食席で新聞 を読んだりと入居者一人や気の合った方同 士過ごせる居場所を確保している。庭には 季節の野菜が作れる畑があり、収穫や散歩 等を楽しまれている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しな がら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人 が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室に関しては、ご本人・家族に自由に使用 して頂いている。又、入居時には慣れ親 しんだ家具を継続して利用して頂けるよう 努めている。ご家族の写真を飾ったり、 個々に居心地の良い部屋を築けるように配 慮している。	居室には馴染みの机、整理ダンス、テ レビを置き、仏壇や家族の写真、ぬい ぐるみを飾り、居心地よく思い思いに 暮らしています。居室のレイアウトは 危険がないように、利用者・家族に任 せ、掃除は利用者と職員が一緒に行っ 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。	浴室、トイレ、廊下等には手すりを設置 し、浴槽内は滑り止めマットを使用。居室 には表札をつけ、トイレは解りやすく表示 させて頂き、安全で自立した生活を送れる よう工夫している。		

事業所名	グループホーム れんげ
ユニット名	2階こすもす

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
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。	玄関、事務所に理念を貼り理念の共有を図っている。介護支援計画書を作成の際は理念を念頭に置き理念の実践に繋がるように考えている。ホーム会議でも忘れないように議題に挙げている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の方々には、運営推進会議や、夏祭り、町内会の催し物などで、交流する場面があり、特に地域行事の際は、多くの地域の方々が来訪して下さり交流が図れている。又散歩時など隣近所の人と挨拶や立ち話などしたり、近隣の方のボランティアを積極的に受け入れている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議を通じて、地域の委員さんから積極的に疑問・質問を投げかけて頂き、事業所で提供できる可能な限りの情報をお伝えしたり取り組みをしている。又、地域と結びつくように地域包括・高齢支援課の方と情報のやり取りをしている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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ヶ月に1回定期的に行われ、ご家族、町内、地域の方・行政の方に参加して頂いて、サービスの実施に対する報告や、情報交換を行い、サービスの質の向上に活かしている。また、会議の内容を会議時に職員に伝えている。		
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取り組んでいる。	生活保護担当や高齢支援課と連携を取り、入居者様の状態を伝えている。又、戸塚区の連絡会にも参加し連携をとっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	研修や勉強会に参加し理解に努めている。玄関の施錠は行っていないが、安全に配慮しフロアの扉には鍵を掛けている。外へ行きたい方がいる際はスタッフが付き添い散歩に出ている。		
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。	講習会や勉強会にて勉強している。又、マニュアルをいつでも閲覧できるようにし虐待の理解に結びつけている。		
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。	パンフレットや市から情報をもらい、保護担当、高齢支援課と連携を図っている。現在、れんげでは後見制度を利用している方はいないが研修には参加している。		
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。	契約前に見学・面会をして頂き、質問や不安な点など伺うようにしている。管理者は同席し質問や疑問に答え理解・納得して頂ける様に努めている。又、入居時も入居担当と管理者もしくは主任が同席し契約書等の説明をし理解・納得の上署名・捺印を得ている。		
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。	家族会を半年に1度開催しご家族の意見を反映している。家族会のレジュメは職員が見れる様にし必要に応じて話し合っている。又、苦情申し立て機関は、重要事項説明書やホーム玄関に公表し、体制を整えている。苦情・相談ポストを玄関に設け直接申し立てにくい案件にも対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日々の申し送りやホーム会議・ユニット会議で、職員の意見を汲み取り、反映している。必要に応じて担当課長に報告している。社内の管理者会議にて、管理者から運営者に直接伝えられる機会も設けられている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	個々の業務の取り組みに関して、その都度評価し、伝えている。協力・補いあっている関係作りを支援し、研修や資格取得に向けても支援している。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	内部研修（勉強会・教育研修会）は、自己研鑽の為、平等に参加出来る体制を整えている。外部研修も同様に、平等に参加出来るよう、勤務調整を行っている。年1回、社内の事例発表会や、勉強会の担当などで、発表が出来る機会も設けている。法人内で基礎研修等、受けれる体制も整っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	横浜市グループホーム連絡会主催の交換研修や、戸塚・泉ブロック会の研修、交換研修を行い、同業者との交流、ネットワーク作りが出来るように努めている。管理者は、区のグループホーム連絡会でも情報交換を行っている。		
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。	入居前にある程度の情報を入居担当者から頂き、全スタッフに資料を参照してもらい、提供して頂きたい情報を事前に整理し入居面接時確認している。ご本人様の要望や不安な事も入居面接時確認し、ご本人様が安心して入居出来る様に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	介護支援計画書を入居者・家族の意見を反映しながら作成している。又、ご家族様訪問時に意見を聴く機会を、設けている。必要に応じて連絡をしたり、日々の様子をメール、お便り、電話等でお知らせしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	サービス開始時は新しい環境に慣れて頂くことに重点を置いた介護支援計画書を作成している。馴染みの物を使用して頂き、職員がコミュニケーションを図りやすい様に状況に応じて関り安心して生活出来る環境作りに努めている。生活歴にも注目し対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員は利用者と喜怒哀楽や思いを共感出来る様に、一方的にサービスを提供するのではなくアクティビティや行事等常に一緒に行っている。食事なども同様に一緒に同じテーブルで食べ、常に共感出来る環境作りに努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	利用者の日頃の様子は、面会時や電話・手紙で詳しく伝えている。また「家族がホームにしやすい環境」を目指している。家族が面会に来られた際は、居室などで会話を楽しんで頂くようにしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	関係が途絶えないように連絡を取りたいと希望された際は可能な限りの支援をしている。電話や手紙が来た際は本人に繋いでいる。ご家族と関係が途絶えていた方も管理者が保護担当や関係者と関わり修復に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者同士が少しでも他者との交流がもてるよう、レクリエーション・談話等の場面において、働きかけている。居室で過ごす時間が多い方もいるが、本人が得意としているものをスタッフと共に行って頂く様にしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス利用が終了された方にも（他施設、病院に移られる）必要に応じ情報提供し、家族の相談にのっている。また管理者から、現在の状況を聞きアドバイスする事もある。		
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。	日常の会話を通して本人の望む暮らしの把握に努めており、毎日の申し送りやカンファレンスで、職員間の情報の共有、月1回の会議でさらに確認をし、深めている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時の情報の他、日々の会話の中から、生活歴、習慣、出身地、趣味、嗜好物、特技等、情報収集し職員間で共有し、サービスに繋げられるようにしている。家族とも信頼関係を築き生活歴などを聞く様努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎朝の申し送りの中で、一人ひとりの心身状態の把握をし、また午前中にバイタルチェックを行うなどし、その方のちょっとした心身の違いにも気づくよう努めている。9名分が一目で分かりようにバイタルチェック表を作成している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○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。	本人がより良く暮らすための課題やケアのあり方について、本人、家族、関係医療機関などが、日々の状態に関する情報を共有し、適切な対応を話し合い、介護計画に反映している。		
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。	個別にバイタルチェック、食事、水分量、排泄、入浴、日々の暮らしの様子、本人の言葉、エピソード等を記録している。個別記録を基に介護計画の見直しをしている。		
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、家族の状況に応じて、通院等必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力している。またレストラン「風の音」への食事会や音楽療法、24時間対応の主治医、訪看等サービスの多様化に取り組んでいる。		
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。	民話朗読、人形劇、踊り、ハーモニカ演奏、将棋など沢山のボランティアを受けている。また消防訓練など地域の方にも、参加呼びかけ協力しながら支援している。1月には、獅子舞も来て頂くことができ事前に連絡をいただける関係が出来ている。		
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・精神科の往診医、訪問看護師とは医療連携ノートを使い、共有出来るようになっている。また訪問歯科医・皮膚科等の往診もあり、認知症についての理解も深く、柔軟に対応して下さっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	職場に看護師はいないが、医療連携ノートにより、職員、医師、看護師が相互の情報を共有できるようになっている。看護師とは24時間連絡が取れ、相談出来るようになっている。		
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。	入院された時は病院のSWと連絡を取って情報を頂いている。今の状態、退院の予定等状況に応じて相談をさせて頂いている。状態が落ち着いた際は可能な限り早期に退院出来る体制を整えADLが低下しないように心がけている。また主治医にとも連携を図っている。		
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、事業所の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。	ご本人、ご家族の意見を尊重し、希望に添ったターミナルが迎えられるように医師、看護師、との連携体制を整えている。内部グループホームではターミナルケアの実績も多く、勉強会や事例発表会も行われている為、職員の意識も高いかと思われる。		
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。	消防署による普通救命講習を定期的を受けて、実践力を身につけている。皆が知識を身につける為、順番に参加するように努めている。研修に希望すれば参加出来るよう研修の案内が来た際はいつでも閲覧出来るようにしている。		
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。	半年に1度消防訓練を開催しており、夜間想定した避難訓練も実施している。地域住民の方々にも参加して頂き協力体制を築いている。施設内にはスプリンクラーが設置されている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居者一人ひとりの違いを尊重、さりげない介助、プライベートな場所での礼儀、本人の返答能力に応じた質問方法、本人が思っている「現実」を否定しない等等、心がけている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	利用者自身が希望、自己決定しやすい環境を作っています。それらを促す取り組みを、日常的に行っている。入浴日などは決まっておらず、本人の意向に応じ対応させて頂いています。		
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。	本人のペースで生活出来るように心掛けている。掃除の手伝いをしてくださる方、洗濯物をたたむ方、広告や新聞を折られる方、TVを見られる方様々ですが、ご自身が望んだ好きなことをして頂いてる。希望があれば実現できるように取り組んでいる。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	利用者一人ひとりの個性を大切に、身だしなみやお洒落が出来るよう支援している。食事会や、音楽療法の際など外出時は身だしなみやお洒落を気にされる方・楽しまれている方が多くおられご本人と相談しながら、着替えて頂いている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立の相談をしたり、食べたい物をお聞きしたりし、調理の際参考にさせて頂いている。スタッフと厨房に入り料理を作りを手伝っている方もおられる。配膳下膳のお手伝いも出来る方にはして頂いている。食事に合った音楽をかけ楽しみながら食事できる環境を提供している。畑で収穫し新鮮な野菜を食べれる環境もある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・水分量を記録している。その方の状態に応じ、ミキサー・刻み・トロミなど形態を変え提供している。定期的に栄養管理士に食事状況を報告し、指導して頂いている。又、必要に応じて訪問歯科に嚥下の状態を診て頂く事が出来る体制が整っている。		
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。	口腔内の清潔が保たれるよう、歯磨き・うがい・義歯洗浄等、習慣になるよう支援している。週に1回、訪問歯科に往診して頂き利用者の口腔内を診てもらいアドバイスを頂いている。		
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。	入居者一人ひとりのその時の、排泄状況・心身の状態により、適切な物を見極め使用させて頂き対応している。日中はリハビリパンツを利用し、定時トイレ誘導を行う方や、表情や行動の変化にてトイレにお連れする方など個別に合った支援を心掛けている。排泄表を付け排泄のパターンの把握にも努めている。		
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。	便秘の及ぼす影響を理解し、水分補給を積極的に促している。利用者にあった水分量を心がけ水分チェック表・排泄チェック表・排便処置表を設け情報を共有し適切に対応出来るようにしている。		
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むように、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。	基本的な入浴日は決まっているが、本人の希望や・体調に留意し変更している。皮膚疾患や水虫など入浴の必要性が高い方には積極的に支援している。足浴を毎日実施している方もいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	証明・雑音・温度調整など、環境に配慮し、個々の生活リズムに合わせて、休息したり眠れるよう支援している。		
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。	薬の最新の説明書を個別ファイルに保管し、職員がいつでも確認し理解出来るよう努めている。問題があればその都度Dr・Nsに相談している。誤薬のないよう4重のチェック体制をとり、症状の変化にも気を付けている。		
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。	食材日付け貼り・新聞折り・洗濯物たたみ・食器拭きなど等、自発的に個々に応じた役割を担って頂いている。文字の書き写し・計算・ソロバン・卓球・将棋など個別の能力を活かした個々の楽しみを見出して頂き支援している。		
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。	夏・冬期間は業務を組み替え少しでも快適な時間に外出出来るように工夫している。利用者の体調に気を配り散歩・日光浴・畑・買い物等、希望に沿った形で外出支援している。買い物はコンビニ・薬局・スーパー・洋服屋等、買い物の希望に合った所にお連れしている。		
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。	基本的には金銭は本社で管理しているが、利用者より希望があれば一緒に買い物に行き、希望の物を買って頂いている。買い物に行かれた際に、お金を払って頂くなどの工夫をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話は希望時いつでも使えるようになって いる。また遠距離のご家族から荷物が届いた 時には、ご本人から電話して頂くなど、 ご本人が感謝を伝えられる支援をしてい る。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、 トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくよ うな刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないよう に配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく 過ごせるような工夫をしている。	共用の生活空間は暖かく和やかな家庭的な 雰囲気を作っている。四季を感じるもの、 行事に関する置物や草花等、調度や装飾にも 気をつけている。近所の方から頂くお花 などをテーブルに飾ることもある。		
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。	フローにはソファのコーナーを設け、 テレビやビデオを楽しまれたり、テラスで 外気浴を兼ね、お茶を飲んだり食席で新聞 を読んだりと入居者一人や気の合った方同 士過ごせる居場所を確保している。庭には 季節の野菜が作れる畑があり、収穫や散歩 等を楽しまれている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しな がら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人 が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室に関しては、ご本人・家族に自由に使用 して頂いている。又、入居時には慣れ親 しんだ家具を継続して利用して頂けるよう 勧めている。ご家族の写真を飾ったり、 個々に居心地の良い部屋を築けるように配 慮している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかるこ と」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が 送れるように工夫している。	浴室、トイレ、廊下等には手すりを設置 し、浴槽内は滑り止めマットを使用。居室 には表札をつけ、トイレは解りやすく表示 させて頂き、安全で自立した生活を送れる よう工夫している。		

(別紙4 (2))

事業所名 グループホーム れんげ

目標達成計画

作成日: 平成 26年 1月 29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		個々のニーズをこれまで今以上に汲み取り反映させれる様に取り組む	個別支援の充実	買い物や外出・外食等、個々の様々なニーズを日頃の会話から引き出し、情報共有し支援に繋げる。	12ヶ月
2		業務に余裕がないので、職員同士協力して日々の業務を創意工夫していく必要がある	職員間の連携強化	早・日・遅・夜それぞれの業務間で協力し合い、入居者様の状況に応じた業務内容へ変更したり等、臨機応変に対応し、日々の業務が円滑にいく様にする。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月