

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	1473400537	事業の開始年月日	平成19年4月19日	
		指定年月日	平成19年4月19日	
法人名	株式会社 アイシマ			
事業所名	グループホーム あいらんど			
所在地	(246-0026) 横浜市瀬谷区阿久和南4-11-2			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成28年8月10日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月13日	

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

【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)】

「安」心できる生活の提供・「信」頼できる関係の構築・「感」じ取る力の養育を理念として、利用者様とご家族の意向を第一に、介護と医療が連携して利用者様の生活を支えます。一日のタイムスケジュールは決まっておらず、利用者様一人一人が好きな事を好きな時間に行えるようになっております。一日一回は外の空気を吸って頂く為に外気浴や散歩にお誘いしたり、近くにあるケアプラザで行っている歌広場への参加、図書室に向かう等して気分転換を図れる機会を作っています。自治会に加入し地域の催し物に利用者様と共に参加する事で地域の方々と交流を持ち、地域の一員となれるきっかけ作りをしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年9月14日	評価機関 評価決定日	平成28年11月2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)】

横浜市泉区・瀬谷区を中心に数多くのグループホームや各種の介護事業などを展開している「株式会社アイシマ」が運営する事業所は、平成17年2月に開設して、11年7ヶ月の運営実績があります。相鉄線三ツ境駅といずみ野駅の中間に位置し、「新和入口」バス停前の自然が残る2ユニットの2階建ての自家菜園を持つ事業所です。

<優れている点>

管理者が自治会の役員になり、地域との交流を積極的に進めています。職員は、自治会の総会、役員会に出席したり、夏祭りの準備のテント張りや屋台の運営など自治会行事に参加しています。自治会運動会には利用者も参加しています。小学校の運動会に招待され、見学に行っています。設備面が充実していて、建物全体がゆったりと余裕をもって作られています。事務所にコントローラーを設置し、リビングの床暖房やすべての居室のエアコン調整が出来るようにしています。その他、湯温の温度管理も出来、40度以上にならないように調整しています。館内放送の設備もあります。

<工夫点>

認知症の進行予防に音楽療法を取り入れています。音楽療法は、月3回実施し、2回は法人のレストランの施設まで外出して行い、1回は事業所内で行っています。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ながら歌っています。

【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 あいらんど
ユニット名	つき

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。	○	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つなげている。	事業所理念は、業務日誌の表紙や事務所に掲示し、いつでも目に入るようにしています。また毎朝のラジオ体操終了後に唱和し職員の意識を高められるようにしています。	理念は、玄関や事務所に掲示していません。職員が毎日見る業務日誌にも理念をファイルしています。毎朝、ラジオ体操後に唱和しています。理念に関し、年度目標を作成し、理念と同じ場所に掲示しています。	理念にある「安」「信」「感」について、日々利用者に関わる際に、理念の具現化を意識する取り組みが期待されます。
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。	自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席しています。主に、地域の掃除や古紙回収などを通じて交流を持ち、いずれは認知症の勉強会を開いたり、地域で介護に困っている方々の問題解決に向けて共に考えていけるようになりたいと思います。	自治会に加入し、管理者は自治会の役員になっています。自治会の一員として地域の自治会活動に積極的に参加しています。利用者は、自治会運動会に参加しています。事業所の行事開催時には、回覧板で開催を紹介し、近隣住民が参加しています。	
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。	定期的開催される運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。	/	/
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。	年6回奇数月に実施しています。自治会の回覧板を通じて、ホームと法人の活動報告をする許可を頂いているので、法人やホーム主催の行事の案内などを回覧して頂いています。自治会長は介護に精通している為、事故についても親身に相談に乗って下さいます。	同じ法人の2つの事業所と合同で2ヶ月に1度開催しています。自治会長が介護に関する資格を有しているので、様々な事柄について話し合いが出来ます。電話機のそばには、緊急時の対応についての掲示物を増やすなど、意見を反映しています。	
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取り組んでいる。	市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いたり、運営推進会議のオブザーバーとして協働できる事を話し合ったりしています。GH連絡会や市町村主催の研修に参加し情報の共有にも努めています。	市や区の関係担当部門とは、必要の都度連絡を取り、相談や助言を得るようにしています。横浜市認知症高齢者グループホーム連絡会、2区ブロック会議や瀬谷地区地域密着型サービス事業所連絡会に参加し、区の職員との関係を深めています。	

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。	身体拘束に関する法人独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。リビングの鍵は特別な事が無い限り施錠しておらず、利用者様を閉じ込めないようにしています。	「身体拘束マニュアル」を整備しています。年2回、30項目の「自己点検シート」（チェックリスト）の中に身体拘束についての項目を設け、「全体カンファレンス」の中で振り返りをしています。	
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。	法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。年2回程接遇・言葉使いチェックシートを活用したり、面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。		
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。	職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には参加するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し制度を活用できるように支援します。		
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。	契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を得ています。		
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。	利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にしています。	「苦情対応マニュアル」を整備し、「苦情・相談記録票」を作成しています。家族が訪問した時には、利用者の様子を伝えつつ、会話から意見要望などを聞くようにしています。利用者や職員との会話や利用者同士の会話の中から要望などを聞いています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。また、管理者・主任から細かく声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取るようにしています。状況に応じて課長・部長に相談しています。	月に1度、フロアカンファレンスと全体カンファレンスを行い、職員からの意見などを聞いています。管理者は、普段から職員との多彩な会話の中から意見を汲み取るようにしています。法人本部直通の「職員相談窓口」の電話番号を事務所に掲示しています。	
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。	資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいにつながるシステムが整っています。		
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。	管理者・主任は年一回会社の管理職研修に参加。社内には、教育委員会と施設部勉強会委員会が設置され、全職員に対しては、教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。		
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。	市区が開催するグループホーム連絡会と瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会へは、管理者か主任が必ず参加し、活発な意見交換をしています。		
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。	入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面談を行い細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	上記の見学後は、こまめに連絡を取り、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。		
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。	ご本人と家族の要望を伺いながら協力機関のサービス利用も踏まえてケアカンファレンスを開催します。特に入居後約一ヶ月は環境の変化により不安定の為、細かく観察して臨機応変に対応していきます。		
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。	介護する側、される側という意識は持たず、常に尊重することを心掛けています。利用者様が生活の主人公と捉え、何をしたいのか、何を食べたいのか等会話を通してお互いが信頼できる関係を築いています。		
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。	ご家族には面会時やあいらんど通信を利用し、ご本人に協力して頂ける事柄は積極的に受け入れて支援に繋げられるようにしています。体調面で特別な事があった時はその都度電話連絡しています。		
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。	職歴や趣味に合わせて、喫茶店等興味のある場所へお連れする時間を設けています。元同僚からのお手紙へは管理者から返事を書くこともあり、気持ちの良い関係が続くよう配慮しています。	利用者の元同僚や同級生、趣味の友人が面会に来ています。近隣の地域ケアプラザへ本を借りに行く利用者もいます。手紙が利用者へ届いた時は、管理者が返事を手伝い、交流が継続出来るように支援しています。	

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
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。	利用者同士でトラブルがあっても、業務日誌にインシデントとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有をしています。利用者様の性格や好みを把握し、利用者同士で解決する事は職員が仲介せずに自然に任せています。		
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。	退所され他の施設や病院に移られても、相談員やご家族を通じてその方の様子を伺ったり、時には面会に行ったりしています。退所後でも何か困った事や相談事がある場合には、管理者・主任、顔なじみの職員に相談が出来る環境があります。		
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。	職員や利用者同士の日常的な会話からご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせて頂いています。これらが困難な方には生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。	職員に強く触れてくる利用者には利用者との距離を近くして寄り添い、職員が手を握ったりボディタッチなどをして意向の把握に努めています。生活歴を考慮した会話をしながら、声の調子や目の感じの変化を注意深く見て、利用者の気持ちを把握しています。	
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。	入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していききたい事や継続したくない事も伺いながら、個々のニーズに対応していきます。		
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。	日勤者と夜勤者で各利用者様の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医や訪問看護とは医療連携ノート等で情報共有し、ケアの統一を図りながら日々の変化にも対応しています。		

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
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。	日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月一回のケアカンファレンスや必要があれば随時話し合いの場を設けています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて介護計画を作成しています。	介護計画作成担当者は、本人、家族の意見、ケース記録を基にケアカンファレンスで検討し、モニタリングシートを作成して現在の介護計画書の評価を行っています。また、「医療連携ノート」などを取り入れアセスメントをして介護計画書を3ヶ月に1度作成して	
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。	各利用者のケースファイルに、個々の介護計画の実施状況や、今後の介護計画に活かせるような事柄を記録し月一回のケアカンファレンスで見直しをしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用する事が出来ます。		
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。	近隣に同法人の施設が二箇所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて施設間の関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。徒歩圏内にケアプラザもある為、歌広場にへ参加したり、空きスペースに絵を貼らせて頂くこともあります。		
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。	利用契約時のご本人の状況から、内科か精神科の主治医を決めて頂いています。併せて協力医療機関の説明も行っています。	利用者や家族の意向を確認し、協力医療機関の医師をかかりつけ医として定期往診により支援しています。主治医や看護師とは「医療連携ノート」を使い情報を共有して取り組んでいます。皮膚科も往診の対応が可能です。採血による健診も行っています。	

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
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。	訪問看護との契約に基づき、利用者様の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週一回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っている為、急変時にも的確な指示を受けることができます。		
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。	協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて適切なケアが行えるように努めています。		
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。	「重度化した場合における対応に係わる指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断でご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームで出来る事を明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。	事業所の看取り方針の下、文書による指針の説明と同意を得ています。過去の看取りの経験を活かし家族、事業所、職員、医療側との連携を密にした対応を行っています。職員は社内研修や「看取りチェックシート」で振り返り、スキルの向上に努めています。	
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。	緊急時の対応マニュアルがあります。連絡手順や緊急対応方法を電話の近くに掲示してすぐに対応できるようにしています。また、定期的に緊急事態に備えて通報訓練を行っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年二回の消防訓練で、夜間や地震想定等の避難訓練を行っています。一時避難場所の確認、地域へ協力して欲しい事と、ホームが地域に協力出来ることを運営推進会議で伝えていきます。非常食は入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関に置いてあります。	夜間想定と地震想定などの訓練を年2回行っています。訓練は消防士の立会と指導のもと、発煙筒を使用したり消防署への通報を実践しています。玄関正面に「地域の方へ緊急時にお願いしたいこと」を大きく掲示し連携の呼びかけを図っています。	

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
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。	職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報に記載されている書類は事務所に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。年二回程接遇チェックシートを活用し、自己の接遇を振り返っています。	職員は「自分がされて嫌なことはしない」ことや、年2回の「自己点検シート」による振り返りを通じ、人格の尊重に努めています。また声の調子や笑顔の表情などから気持ちを察して接するよう心掛けています。カンファレンスでの勉強会も行っています。	
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。	一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせてご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。		
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。	一日のスケジュールは決めておらず、塗り絵や読書、居室でテレビ観賞等思い思いの生活をされ、その日の体調や気分配慮し希望に沿って活動をして頂いています。		
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。	二ヶ月に一回訪問理容で希望の髪型にカットをして頂きます。外出時には季節に合った服を職員と一緒に選びます。また、整容も鏡の前で行い、身なりをご自身で確認して頂いています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。月一回レストランへ外食の機会を設けています。テーブル・食器拭き、食器洗いもして下さいます。	週2回の食材の注文と、宅配により職員が冷蔵庫内にある品物を見ながら日々の献立を考え、調理を行っています。利用者からの希望も柔軟に応えています。敷地内の菜園で利用者と一緒に育てて収穫したイチゴやキュウリなどを添えることもあります。	

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
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。	食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じたトロミ剤の使用や状態に合わせた介助の方法を検討しています。定期的に管理栄養士による献立と栄養バランスにチェックもあります。		
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。	ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週一回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯制作や抜歯等の本格的な治療を行う事ができます。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄の時間は決まっておらず、排泄チェック表を参考に毎日の排泄パターンを把握する事で、時間に縛られずその都度トイレ誘導を行うようにしています。	排泄チェック表は○△▲の記号で記録し、排泄パターンを容易に把握できるようにしています。表情やしぐさに注意しながら前もって声掛けをするようにしています。声掛けの間隔を適切に行うことにより失敗が減った利用者がいます。	
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。	適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時にはご家族に嗜好を伺ったり、飽きのこないようゼリーや寒天を提供したりしています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ご本人の希望があった場合には希望通り入浴して頂き、また体調に合わせて時間をずらして入浴をして頂く等、自由に入浴が出来るようにしています。	入浴は利用者の希望を取り入れ柔軟に対応しています。安心して入浴できるよう湯温や脱衣所の室温、および、床で滑らないよう気を付けています。浴後の髪など、身だしなみにも配慮しています。利用者の状況に応じて訪問入浴を無償で受けることが出来ます。	

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。	午前の活動量に応じて、昼寝を進めることがあります。自らソファでうたた寝する方もいます。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、薬の調整や安眠できる為のアドバイスを頂き実施しています。		
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。	ケースファイルには最新の薬剤情報リストをファイリングしています。リストには作用と副作用が記載されており、全職員が確認することが出来ます。薬が変更となった場合には、必ず個人ファイルに記載し、周知できるようになっています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。人の役に立たいという思いから、自発的に家事ををして下さる方や新聞を取りに行く事が日課の方もいます。		
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。	散歩や外気浴を積極的に取り入れて、気温や天気等の自然を感じられるようにしています。ホームの畑で季節の野菜や果物を収穫することを楽しみにしている方もいます。外出支援として、レストランへ月二回の音楽療法と月一回の食事会へ外出します。	努めて散歩や外気浴ができるよう支援しています。団地周辺への散歩や全員で外食と外出を兼ねたレストランの利用などがあります。地域ケアプラザの図書室や近くの系列事業所への立ち寄り、100円ショップへの買物支援なども行っています。	
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。	基本的には通帳を会社で管理し、必要な物がある場合にはホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。		

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。	ご本人の希望時で早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。今後は年賀状や誕生日等の節目にご家族へ手紙を書く機会を設けていきます。		
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。	入居者同士の関係を良好に保つ為に、食堂のテーブルの配置や席替えを必要な時に行っています。リビングにはCDラジカセを置き、利用者様の好きな音楽をかけられるようにしています。空調等で温度調整を行い、身体に負担が掛からないようにしています。	大きな窓と開放感のある食堂やリビングではテーブルやソファでゆったりと寛ぐことができます。利用者は思い思いに談笑したり、新聞を読んでいます。オープンカウンターの事務所からは見守りと、リビングの床暖房や各居室ごとのエアコンの集中操作が出来ます。	
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。	リビングのソファでは、会話やテレビを楽しむ方、うたた寝をする方がいます。個室完備の為、気分に合わせて自室でアルバムを見たり絵を描いて過ごされる方もいます。		
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。	入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。	エアコン・照明を除き利用者は使い慣れた品物を持ち込み、自分好みの住まいにしています。各居室の入り口にある、色紙大の造り付けの飾り枠の中に、手作りの小物や写真を置き自室の目印にしています。座椅子を持ち込み、家族と寛ぐ利用者もいます。	
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。	大きなカレンダーがあり、毎日日にちの印を変えてくださる利用者様がいます。コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れが出来ます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者様と共に作成しています。		

事業所名	グループホーム あいらんど
ユニット名	ほし

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つなげている。	事業所理念は、業務日誌の表紙や事務所に掲示し、いつでも目に入るようにしています。また毎朝のラジオ体操終了後に唱和し職員の意識を高められるようにしています。		
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。	自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席しています。主に、地域の掃除や古紙回収などを通じて交流を持ち、いずれは認知症の勉強会を開いたり、地域で介護に困っている方々の問題解決に向けて共に考えていけるようになりたいと思います。		
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。	定期的開催される運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。		
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。	年6回奇数月に実施しています。自治会の回覧板を通じて、ホームと法人の活動報告をする許可を頂いているので、法人やホーム主催の行事の案内などを回覧して頂いています。自治会長は介護に精通している為、事故についても親身に相談に乗って下さいます。		
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。	市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いたり、運営推進会議のオブザーバーとして協働できる事を話し合ったりしています。GH連絡会や市町村主催の研修に参加し情報の共有にも努めています。		

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。	身体拘束に関する法人独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。リビングの鍵は特別な事が無い限り施錠しておらず、利用者様を閉じ込めないようにしています。		
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。	法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。年2回程接遇・言葉使いチェックシートを活用したり、面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。		
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。	職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には参加するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し制度を活用できるように支援します。		
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。	契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を得ています。		
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。	利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にしています。		

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
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。	毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。また、管理者・主任から細かく声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取るようにしています。状況に応じて課長・部長に相談しています。		
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。	資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいにつながるシステムが整っています。		
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。	管理者・主任は年一回会社の管理職研修に参加。社内には、教育委員会と施設部勉強会委員会が設置され、全職員に対しては、教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。		
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り組みをしている。	市区が開催するグループホーム連絡会と瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会へは、管理者か主任が必ず参加し、活発な意見交換をしています。		
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。	入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面談を行い細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	上記の見学後は、こまめに連絡を取り、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。		
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。	ご本人と家族の要望を伺いながら協力機関のサービス利用も踏まえてケアカンファレンスを開催します。特に入居後約一ヶ月は環境の変化により不安定の為、細かく観察して臨機応変に対応していきます。		
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。	介護する側、される側という意識は持たず、常に尊重することを心掛けています。利用者様が生活の主人公と捉え、何をしたいのか、何を食べたいのか等会話を通してお互いが信頼できる関係を築いています。		
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。	ご家族には面会時やあいらんど通信を利用し、ご本人に協力して頂ける事柄は積極的に受け入れて支援に繋げられるようにしています。体調面で特別な事があった時はその都度電話連絡しています。		
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。	職歴や趣味に合わせて、喫茶店等興味のある場所へお連れする時間を設けています。元同僚からのお手紙へは管理者から返事を書くこともあり、気持ちの良い関係が続くよう配慮しています。		

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。	利用者同士でトラブルがあっても、業務日誌にインシデントとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有をしています。利用者様の性格や好みを把握し、利用者同士で解決する事は職員が仲介せずに自然に任せています。		
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。	退所され他の施設や病院に移られても、相談員やご家族を通じてその方の様子を伺ったり、時には面会に行ったりしています。退所後でも何か困った事や相談事がある場合には、管理者・主任、顔なじみの職員に相談が出来る環境があります。		
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。	職員や利用者同士の日常的な会話からご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせて頂いています。これらが困難な方には生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。		
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。	入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していききたい事や継続したくない事も伺いながら、個々のニーズに対応していきます。		
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。	日勤者と夜勤者で各利用者様の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医や訪問看護とは医療連携ノート等で情報共有し、ケアの統一を図りながら日々の変化にも対応しています。		

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
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。	日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月一回のケアカンファレンスや必要があれば随時話し合いの場を設けています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて介護計画を作成しています。		
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。	各利用者のケースファイルに、個々の介護計画の実施状況や、今後の介護計画に活かせるような事柄を記録し月一回のケアカンファレンスで見直しをしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用する事が出来ます。		
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。	近隣に同法人の施設が二箇所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて施設間の関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。徒歩圏内にケアプラザもある為、歌広場にへ参加したり、空きスペースに絵を貼らせて頂くこともあります。		
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。	利用契約時のご本人の状態から、内科か精神科の主治医を決めて頂いています。併せて協力医療機関の説明も行っています。		

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
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。	訪問看護との契約に基づき、利用者様の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週一回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っている為、急変時にも的確な指示を受けることができます。		
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。	協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて適切なケアが行えるとうに努めています。		
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。	「重度化した場合における対応に係わる指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断でご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームで出来る事を明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。		
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。	緊急時の対応マニュアルがあります。連絡手順や緊急対応方法を電話の近くに掲示してすぐに対応できるようにしています。また、定期的に緊急事態に備えて通報訓練を行っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年二回の消防訓練で、夜間や地震想定等の避難訓練を行っています。一時避難場所の確認、地域へ協力して欲しい事と、ホームが地域に協力出来ることを運営推進会議で伝えていきます。非常食は入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関に置いてあります。		

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。	職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報が記載されている書類は事務所内に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。年二回程接遇チェックシートを活用し、自己の接遇を振り返っています。		
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。	一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせてご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。		
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。	一日のスケジュールは決めておらず、塗り絵や読書、居室でテレビ観賞等思い思いの生活をされ、その日の体調や気分に応じて希望に沿って活動をして頂いています。		
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。	二ヶ月に一回訪問理容で希望の髪型にカットをして頂きます。外出時には季節に合った服を職員と一緒に選びます。また、整容も鏡の前で行い、身なりをご自身で確認して頂いています。		
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。	食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。月一回レストランへ外食の機会を設けています。テーブル・食器拭き、食器洗いもして下さいます。		

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。	食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じたトロミ剤の使用や状態に合わせた介助の方法を検討しています。定期的に管理栄養士による献立と栄養バランスにチェックもあります。		
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。	ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週一回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯制作や抜歯等の本格的な治療を行う事ができます。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄の時間は決まっておらず、排泄チェック表を参考に毎日の排泄パターンを把握する事で、時間に縛られずその都度トイレ誘導を行うようにしています。		
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。	適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時にはご家族に嗜好を伺ったり、飽きのこないようゼリーや寒天を提供したりしています。		
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。	ご本人の希望があった場合には希望通り入浴して頂き、また体調に合わせて時間をずらして入浴して頂く等、自由に入浴が出来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
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。	午前の活動量に応じて、昼寝を進めることがあります。自らソファでうたた寝する方もいます。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、薬の調整や安眠できる為のアドバイスを頂き実施しています。		
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。	ケースファイルには最新の薬剤情報リストをファイリングしています。リストには作用と副作用が記載されており、全職員が確認することが出来ます。薬が変更となった場合には、必ず個人ファイルに記載し、周知できるようになっています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。人の役に立たいという思いから、自発的に家事ををして下さる方や新聞を取りに行く事が日課の方もいます。		
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。	散歩や外気浴を積極的に取り入れて、気温や天気等の自然を感じられるようにしています。ホームの畑で季節の野菜や果物を収穫することを楽しみにしている方もいます。外出支援として、レストランへ月二回の音楽療法と月一回の食事会へ外出します。		
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。	基本的には通帳を会社で管理し、必要な物がある場合にはホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。		

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。	ご本人の希望時で早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。今後は年賀状や誕生日等の節目にご家族へ手紙を書く機会を設けていきます。		
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。	入居者同士の関係を良好に保つ為に、食堂のテーブルの配置や席替えを必要な時に行っています。リビングにはCDラジカセを置き、利用者様の好きな音楽をかけられるようにしています。空調等で温度調整を行い、身体に負担が掛からないようにしています。		
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。	リビングのソファでは、会話やテレビを楽しむ方、うたた寝をする方がいます。個室完備の為、気分に合わせて自室でアルバムを見たり絵を描いて過ごされる方もいます。		
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。	入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。		
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。	大きなカレンダーがあり、毎日日にちの印を変えてくださる利用者様がいます。コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れが出来ます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者様と共に作成しています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホームあいらんど

作成日： 平成29年2月11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	1	理念を、業務日誌にファイリングしたり、ラジオ体操後に唱和するようにはしているが、なかなか意識を高めることが出来ない。	職員一人一人が、理念の意味を一つ一つ具体化して考えることができ、それを基に業務を行えるようになる。	職員の皆から、理念について思っていることや感じていること等を話し合う場を、半年に一回カンファレンスとして設ける。	6ヶ月
2	13	年2回行っている夜間想定避難訓練について、地域住民の方々の参加が少ない。	いざという時には、地域住民の方々の手助けは必要不可欠。出来るだけ多くの方々に参加して頂き、避難方法を見て頂いたり、避難後の利用者様の見守り等を行って頂けるようになる。	グループホームすもも、小規模多機能ロマンは同自治会であり同じ法人である為、合同参加訓練を行い、地域の方々へ参加の呼びかけを行う。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月