

平成23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	1473600953	事業の開始年月日	平成17年6月1日
		指定年月日	平成17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 やまもも		
所在地	(245-0016) 神奈川県横浜市泉区和和泉町7737-11		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	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24年1月14日	評価結果 市町村受理日	平成24年4月4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.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1473600953&SCD=320
----------	---

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者様がその人らしく生き生きと暮せるように決まりごとは極力少なくし、自宅での生活により近いものになるよう支援しています。自分でできることは自分でを motto に利用者様の能力に応じて、さまざまな作業をしていただいています。また、毎日体操を行っており筋力低下防止に努めています。地域との交流を大切に日々の散歩、買い物をはじめ町内清掃や祭りに参加し地域の一員であることを感じていただいています。生活の中で楽しみが持てるようレクリエーションや行事を担当の職員が企画し実施しています。また、行事の写真などが掲載されているやまもも便りをご家族に郵送し利用者様の様子をお知らせしています。利用者様の状態変化については小さなことでも報告するようにしています。

【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24年2月14日	評価機関 評価決定日	平成24年3月14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)】

相鉄いずみ野線「いずみ野」駅よりバスで「三ツ境」駅行きの「和泉台」バス停から徒歩約2分、周囲には農家や畑などがあり、のどかな、牧歌的な環境にあります。敷地は広く庭の一角には菜園があり季節の野菜の収穫を楽しんでいます。ホームの1階、2階のウッドデッキからは、丹沢の山並みや霊峰富士が眺められ入居者を和ませてくれます。

<優れている点>

1階、2階にはウッドデッキがあり、外出しなくても外気に触れることが出来ます。ホームの周囲の眺めは、四季の自然の移ろいを楽しむことが出来ます。庭の菜園や隣のオーナーさんからの野菜の提供などで、四季折々の新鮮な野菜を使った料理を楽しんでいます。入居者は毎日ラジオ体操やりハビリ体操で健康維持に努めています。ホームの提携医療機関ではないが、すぐ近くに大きな総合病院があり緊急時にはいつでも対応できるので、入居者や家族はもとより、職員も安心してケアに専念できています。

<工夫している点>

入居者の心身の状態によっては、いつでも見守りが出来る居室に一時的に移動して、入居者の安全確保のケアに取り組んでいます。車椅子の入居者もウッドデッキで外気に存分に触れることが出来ます。

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム やまもも
ユニット名	1階

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
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繋がっている	理念には地域との交流の大切さを掲げており、それを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。また、外出の機会を多くする様努めています。	ホームの理念は玄関やスタッフルームに掲げ職員は共有をしています。入職時にも意識の徹底が図られています。理念は年度の目標にも具体的に取り入れ、その実現に努めています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	日々の散歩で挨拶を交わしたり月一回の町内清掃には利用者様と参加しています。また、祭りや防災訓練には近隣の協力を得ながら地域との交流を深めています。その他月一回大正琴のボランティアが来所され利用者様との交流を図っています。	町内の清掃に参加しています。夏の盆踊りの参加は地域に馴染みとなり、ホームの場所を確保してくれています。運営推進会議で「ホームを積極的に地域へアピールしたら」との提案もありホームのPRに取り組もうとしています。	地域との交流を更に拡大すると共に、高齢者の施設として、地域に情報の発信を積極的に進められることも期待されます。
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	近所の商店に買い物に出かけたり回覧板を回したりし馴染みの関係を築いています。また、法人内の祭りや防災訓練に参加していただき認知症の理解、支援の方法を学んでいただく機会を作っています。	/	/
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	各事業所にての個別開催となっており地域との交流、災害時の協力体制などを中心に意見交流が深まっています。委員の方の意見により、災害時避難経路の増設も行ないました。	会議の委員には自治会長、家族、入居者、地域包括、行政の担当が参加し、ホームの活動や外部評価の内容などの報告、意見交換がなされています。災害時の避難扉の改善について提案もあり、ホームの運営に生かした事例があります。	
5	4	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	運営推進会議に参加していただき取組み状況を報告しています。グループホーム連絡会やケアマネジャー研修にも出来る限り参加し情報を共有しています。また、生活保護担当とは日頃から電話連絡をとるなどの他訪問による利用者様との面談を行い、協力関係を密にしています。	行政の担当者は運営推進会議にも参加しているので情報交換や相談が容易にできます。グループホーム連絡会は、2ヶ月に1回開催し、他の事業所との情報交換や医療、防災などの研修があり、ホームの運営に反映しています。	

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	身体拘束についてのマニュアルがあり勉強会やカンファレンスにおいて職員と共に学ぶことにより理解を深めています。玄関の施錠については過去に出て行ってしまったケースもありやむを得ず施錠していますがテラスの出入り口は開錠し自由に出入りできるようになっています。	拘束の弊害については、法人の勉強会やホームの研修で徹底しています。禁句言葉などは事例を都度取り上げ、注意、共有をしています。居室で転倒事例があり、見守りが容易に出来るところに居室を変更し安全の確保とケア努めています。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合える環境を作り、特に言葉の虐待防止に努めています。		
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	外部の研修を受けると共に勉強会などで学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医等と話し合い支援していく体制を整えています。		
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	入居契約時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせし十分な説明を行なっています。また、利用者様、ご家族が話し易い雰囲気を作り不安、疑問を解消でき納得されるよう努めています。		
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	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、ご家族の意見、要望を記録に残しています。カンファレンスを実施し改善に取り組み、その都度連絡するなどしています。また、苦情解決委員として施設部長がおり法人本部への相談もできるようになっています。	家族会を年2回開催して親睦を深めて、家族の意見、要望が自由に言える雰囲気を作っています。訪問時にも聞くようにしています。入居者からは日常の会話の中で聞いています。	

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	日常の申し送りや定期カンファレンスにおいて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。事業所内での判断が難しい場合は管理者会議等で報告し指示を仰いでいます。	ホームの全体会議やユニット会議で要望、意見を聞く機会を作っています。申し送りノートでも要望、提案を聞く機会があります。入居者の物品の購入方法などの改善についての提案事例があります。	
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	努力や実績はその都度評価すると共に能力考査も行なっています。パート職員の労働時間は個々の都合に合わせて柔軟に対応しています。職員の退職者が出た場合は退職前に職員の補充を行い、個々の負担が大きくなるようにしていません。また、職員間の交流やリフレッシュとして忘年会、納涼祭、職員旅行を開催しています。		
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	年一回の管理者研修、月一回の勉強会がありスキルアップを図っています。また、外部の研修への参加を促したり法人で開催しているヘルパー二級講習への参加を促しています。		
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	グループホーム連絡会に加入しており交換研修などを通じて他ホームとの交流の機会を作っています。また、研修で得た情報、他ホームの良いところを積極的に取り入れるようにしサービスの質の向上を図っています。		
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	法人内の総合相談室に入居担当がおり入居前にヒヤリングを行い、身体状況、要望、不安なことを随時聞くようにしています。入居前に本人が見学に来る機会もありその時点での相談も受けています。また、入居後もアセスメントを行いケアプランを作成しニーズの把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	利用者様同様、入居担当が細かいヒヤリングを行っています。その際質問や不安なことについてお答えしています。入居後も面会時、電話等でも常時相談を受け付けています。ご家族が話し易い雰囲気を作るよう努めています。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	状況把握に努め、必要としていることの優先順位を見極めるようにしています。特に入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様も多いのでモニタリング、アセスメントを重ね本人、ご家族の意向に添ったサービスが提供できるよう努めています。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者様は人生の大先輩であり職員は常に尊敬の念を忘れず接するよう心掛けています。生活の中で会話をしたり、協力し合って作業するなど共に生きている喜びを感じていただけるよう努めています。また、利用者様から教わることも多くあり謙虚な姿勢で信頼関係を築くよう努めています。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者様の日常の様子をこまめに報告するようにしています。行事の連絡は事前にし、一緒に参加できるよう配慮しています。また、ご家族の要望に耳を傾けケアプランに反映させています。		
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	ご家族の協力を得て親戚や友人に面会に来ていただいています。直接ホームに連絡し面会に来られる方もおられます。年賀状や手紙を通じて遠方の親戚や友人との関係を続けています。また、墓参りや集会参加の希望があるときは出来る限り支援しています。	教会や美容院への外出、墓参りなど家族の協力により継続支援をしています。自宅に一時帰ったり、友人、知人との手紙の交信などの継続支援もしています。	

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	レクリエーションや毎月のイベント等、日々の活動を通じコミュニケーションをとり馴染みの関係が深められるように支援しています。食事の時間には職員も混ざり利用者様同士楽しく過ごせる環境作りに努めています。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	平成23年度については他介護サービス事業所等に移られた方はいません。亡くなられて契約終了、退所された方はいます。その方に対しては、退所後の手続き等で相談に乗り経過を支援しています。		
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。	日常の何気ない会話や表情の中から利用者様の思いを汲み取りながら意向に沿った支援が出来るように努めています。また意思表示が出来ない利用者様にはご家族にも希望を聞きながら音楽やラジオをお部屋に流し生活観ある生活を送って頂いております。	一人ひとりの思いや意向は日常会話の中で把握しています。意思表示の困難な人は表情や態度で汲みとり対応しています。家族の協力も得て把握するようにしています。	
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	入所時のアセスメントや家族からの情報・看護サマリー・ケースワーカーからの情報等を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活歴などを聞きながらどのような暮らしをしていたか把握に努めています。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日常生活の様子を観察し、個人ケース記録に毎日記録しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄・バイタルチェック(体温・血圧・脈拍)を毎日行い、健康記録に記載しています。その情報を基に毎日2回の職員申し送りにて状態把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>ご本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護の指示を仰ぎながら、日々の申し送りやカンファレンスにて話し合い情報を職員間で共有し、現状に即した介護計画の作成を心がけています。</p>	<p>モニタリングは毎月実施しています。計画の見直しは3ヶ月に1回行っています。状態の変化した場合は都度見直しをしています。家族の要望、意見など計画に反映しています。見守りの強化、体位交換などの意見を反映しています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>ケアプランに沿った支援を行いその内容を中心に記録しています。新たな課題や気になる点についても個人ケース記録に記載し、その情報を基に職員間で協議し介護計画の見直し作成を行っております。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>個別支援として買い物、美容院等本人の希望があるときは時間を調整し対応しています。また、他事業所から車椅子対応の車を借りたり、法人内の介護タクシーを利用するなどし外出が困難な方の支援もしています。職員、ご家族共に付き添いが困難な場合はガイドヘルパーに付き添っていただき外出することもできます。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地区センターに外出し、カラオケを歌ったり、近くの図書館に行き、本を読んでいます。また自治会にも加入しており、納涼祭等にも参加させて頂いております。近所にお店があり利用者様の希望に沿って菓子パンや葉書、封筒など買い物に出かけています。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>協力医療機関の内科・精神科があります。ご本人やご家族の希望を聞き、主治医を決めてもらっております。月に2回の訪問診療が受けられ、病状により臨時往診も行われています。緊急時には主治医との連携により外部の病院へ受診出来る体制があります。</p>	<p>内科、精神科は月2回、歯科は毎週往診しています。皮膚科は必要な時に対応しています。緊急な場合は随時対応を行っています。ペースメーカーの装着などは家族の協力で別途通院しています。</p>	

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	毎週1回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談・アドバイスが受けられます。医療連携ノートを使用しており、主治医・看護師・介護職員が情報を共有しています。また24時間連絡体制が可能なため急変時にも相談・連携がとれます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医へ報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され適切に医療が行われる体制を取っています。またご本人・ご家族の意向も踏まえホーム内での生活が可能な段階で退院できるよう協議しています。		
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	重度化した場合には、主治医からの病状説明があり、ホーム側より「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、週末期に向けた医療方針について、ご本人・ご家族・看護師・施設側と協議して終末期医療の選択を行っております。ホームでのターミナルケアを行っており各機関と協力し状況に応じた処置を行っております。	重度化した場合は、主治医や家族と連携を密にした対応をしています。終末期についてホームでは、関係者と具体的に協議し対応をしています。看取りについての研修を踏まえ、受け入れの態勢ができています。	
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	会社の勉強会や外部研修等で応急手当法や心配蘇生法の訓練を定期的に行っております。急変時や緊急時対応マニュアルを作成し、いつでも対応できるように事務所に掲示しております。カンファレンス等で定期的に再確認をしています。		
35	13	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	毎年2回ホームでの防災訓練を実施しています。内1回は消防署立会いのもと地域住民も参加され利用者様の避難の協力をして頂き夜間想定避難訓練を実施しています。また災害時に備え、非常用物品と3日分の食料(食品・水)を備蓄しています。	年2回の防災訓練を実施し、ホームの訓練に地域の方々の参加も呼びかけ、一部の参加を得ています。今後さらに多くの参加を目指しています。食料、水の備蓄があります。東北の震災の教訓として、家具の転倒防止、コンロなど備えています。	

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
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	個人の性格や生活歴を念頭におきながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。接遇面については日常的に会社の勉強会や外部研修等で学んでおり、職員間でも利用者様のケアの方法について話し合いをしています。	職員はプライバシーの確保や接遇の外部研修や社内研修を受け周知しています。職員は利用者個人の尊厳を順守した介護支援を行っています。また、利用者へは苗字で呼びかけ、丁寧な言葉で対応しています。	
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	日常会話やレクリエーションを通して楽しみを持ってもらい、思いや希望などを伝えやすい環境作りを行っております。家事好きな利用者様もおり、職員と一緒に本人のペースで行っていただいております。		
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	各利用者様の生活スタイルを尊重し読書される方やTVを見る方、お裁縫をされるかたなど生活の中で制限を設けず生活されております。イベントや行事等も無理強いせず、利用者様の能力にあった参加方法を工夫して実施しています。		
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	入浴時や外出時はご本人に好みの衣類を選んでいただき、自己決定できる機会としています。アクセサリを身につける方もいます。起床時整髪、髭剃りを行いご自分で出来ない方については介助しています。また、定期的に理容師さんに来て頂き散髪を行っています。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ホームの畑で利用者様と一緒に収穫し旬の食材を多く取り入れています。会社系列の中華レストランにも外食に行きます。おかず、刺身の配達もあり、楽しみの一つです。家事好きな利用者様もいて職員と一緒に台所に入り調理や盛り付けなど楽しく行っております。	一部の利用者と職員が共同で調理を行っています。献立は利用者と職員が毎日話し合い作っています。栄養バランスは本部の管理栄養士が定期的にチェックを行なっています。毎月の外食や誕生会には本人の希望に沿った食事を提供しています。	

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	利用者様の摂取状況に合わせ、ミキサー食や刻み食を提供しています。食事・水分摂取量をチェック表に記録し、全利用者様の摂取量を把握しています。水分量が不足しがちな方には本人の好きな飲み物を提供し一日1000ccは摂っていただくようになっています。また週1回体重測定を行い、変動が大きい方は主治医に報告しています。		
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	口腔ケアは毎食後行い、ご本人の能力に応じ一部介助または見守りを行っております。義歯使用の方は、毎晩ポリドントに付け、洗浄しています。週1回の訪問歯科があり虫歯治療や義歯調整、口腔ケアを行い口腔管理をしています。		
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	排泄チェック表を使用し2～3時間おきのトイレ誘導を行っています。また落ち着きがない方がいた場合にはトイレの声かけを行い、排泄の失敗を予防しています。排泄チェック表に記載する事により排便時間などのパターンも把握でき失敗も少なくなっています。そのことにより、パットの使用枚数が減ったり布パンツで過ごせるようになった方もいます。	利用者の排泄チェックを行い排泄パターンを把握し、タイミングを見て誘導しています。また、利用者の身振りでさりげないトイレ誘導を行い、排泄の失敗を防ぐ支援を行い、その結果リハビリパンツから布パンツに代わった利用者もいます。	
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	牛乳・ヨーグルト・食物繊維の多い食材等を工夫しながら献立に組み入れています。便秘の方には主治医や訪問看護師に経過を報告し、改善しています。運動不足解消の為、日課としてラジオ体操、リハビリ体操を取り入れています。		
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	菖蒲湯やゆず湯など季節を感じて頂きながら入浴していただいています。基本的には一日置きの入浴となっていますが毎日の入浴の希望もあり出来る限り入浴できるように支援しています。体調不良で入浴できない方に関しては清拭、足浴などで保清に努めています。	入浴時間は毎日、原則9時30分から14時とし、利用者にあった湯温、浴室内の湿度・温度にも配慮し週3回は入浴しています。また、1名は週1回訪問入浴を利用し、利用日以外の日も清拭で対応しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者様の体調に応じ、自由に休息していただいています。日中は趣味や外気浴・レクリエーション活動を取り入れ夜間時の安眠に繋げています。室温や湿度を調整し、快適に休息できるよう努めています。		
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	与薬基本マニュアルを作成し適切に服用しています。また個人服薬方法マニュアルも作成し確実に服薬していただいております。個人ケースファイルに処方内容をファイリングしており、いつでも最新の処方内容・副作用などの注意点が確認できます。		
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	役割を依頼するときにはご本人の意向を確認し不快な気分にならないようにしています。また役割分担を交代する事で疲労感なく行っていただけるようにしています。趣味や昔行われていた日課などレクリエーション等で取り入れるようにしています。		
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	散歩は日常的に行われています。散歩が困難な方でも、ホームの庭やテラスに出て外気欲や景観を眺めています。買い物等の希望があった場合には事前に行く時間を調整してご本人と一緒に買い物に行き、希望の商品を選んでもらっております。	体調によって全員が希望にそった日常的な外出支援を行われているとは言えませんが、歩行困難な利用者にはバルコニーで富士山を眺めながら外気に触れたりしています。利用者の希望で買い物、美容院、毎月の外食などの外出支援を行っています。	
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	個々の管理能力やご家族の希望に応じ少額のお金を所持している方もいます。買い物の際はご自身でお支払いを行いレジでのやり取りがスムーズにできるよう支援しています。葉書や切手封筒なども日常的に購入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
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・友人への電話は100番通話で自由にいただいています。手紙の投函についても、確実に届くように職員が再度、住所や宛名、切手の確認を行い、隣のお店に設置してあるポストまで付き添い投函の支援をしています。		
52	19	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	常に清潔であるよう清掃を心掛けています。リビングには、手作りカレンダーや季節に応じたイベント写真を貼り季節感が分かるようにしています。また、各居室、リビングに湿温度計を設置し快適な湿度・温度が保てるよう配慮しています。日差しが眩しい時はカーテンを閉めるようにしています。ウッドデッキで気候の良い日に手作りお弁当を全利用者様で食べるなどし、気分転換を図っています。	居間の壁には利用者が描いた書道、ぬり絵、行事の写真や写真が満載された「やまもも通信」を一年分を掲示し、以前のことが解るようにしています。また、ソファ部分は床暖房になっており、利用者は快適なスペースでテレビを見ながらリラックスしています。	
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	リビングでの各自の席とは別にソファも設置しており、気軽にソファに移動しTVを観たり、読書を読んだりと馴染みの空間で気兼ねなく過ごしていただいています。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人の使い慣れた家具や思い出の写真、位牌などを部屋に置く事で自宅からの延長として過ごされている方が多数いらっしゃいます。ラジオやTVを持ち込まれてる方もいらっしゃいます。	エアコン・照明・物入れ・温湿度計が常設してあります。また、利用者が使い慣れた家具・家族の写真・仏壇など持ち込んでいます。温湿度計で温度・湿度を管理し、掃除は主として職員と利用者が共同で行い、居心地良く過ごせるようにしています。	
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	居室やお風呂場、トイレには分かりやすく標示しています。食席の位置は極力変更しないようにし利用者様が混乱しないようにしています。また大きな手作りカレンダーがリビングに貼ってあり、曜日や日付がすぐに分かるように記載しています。安全面では手すりの設置、リビングや廊下に歩行の妨げになる物を置かないようにするなどにより、自立歩行が安全に出来るようにしています。		

事業所名	グループホーム やまもも
ユニット名	2階

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
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繋がっている	理念には地域との交流の大切さを掲げており、それを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。また、外出の機会を多くする様努めています。		
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	日々の散歩で挨拶を交わしたり月一回の町内清掃には利用者様と参加しています。また、祭りや防災訓練には近隣の協力を得ながら地域との交流を深めています。その他月一回大正琴のボランティアが来所され利用者様との交流を図っています。		
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	近所の商店に買い物に出かけたり回覧板を回したりし馴染みの関係を築いています。また、法人内の祭りや防災訓練に参加していただき認知症の理解、支援の方法を学んでいただく機会を作っています。		
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	各事業所にての個別開催となっており地域との交流、災害時の協力体制などを中心に意見交流が深まっています。委員の方の意見により、災害時避難経路の増設も行ないました。		
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取り組んでいる	運営推進会議に参加していただき取組み状況を報告しています。グループホーム連絡会やケアマネージャー研修にも出来る限り参加し情報を共有しています。また、生活保護担当とは日頃から電話連絡をとるなどの他訪問による利用者様との面談を行い、協力関係を密にしています。		

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
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	身体拘束についてのマニュアルがあり勉強会やカンファレンスにおいて職員と共に学ぶことにより理解を深めています。玄関の施錠については過去に出て行ってしまったケースもありやむを得ず施錠していますがテラスの出入り口は開錠し自由に出入りできるようになっています。		
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	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合える環境を作り、特に言葉の虐待防止に努めています。		
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	外部の研修を受けると共に勉強会などで学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医等と話し合い支援していく体制を整えています。		
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	入居契約時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせし十分な説明を行なっています。また、利用者様、ご家族が話し易い雰囲気を作り不安、疑問を解消でき納得されるよう努めています。		
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	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、ご家族の意見、要望を記録に残しています。カンファレンスを実施し改善に取り組み、その都度連絡するなどしています。また、苦情解決委員として施設部長がおり法人本部への相談もできるようになっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	日常の申し送りや定期カンファレンスにおいて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。事業所内での判断が難しい場合は管理者会議等で報告し指示を仰いでいます。		
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	努力や実績はその都度評価すると共に能力考査も行なっています。パート職員の労働時間は個々の都合に合わせて柔軟に対応しています。職員の退職者が出た場合は退職前に職員の補充を行い、個々の負担が大きくなるようにしていません。また、職員間の交流やリフレッシュとして忘年会、納涼祭、職員旅行を開催しています。		
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	年一回の管理者研修、月一回の勉強会がありスキルアップを図っています。また、外部の研修への参加を促したり法人で開催しているヘルパー二級講習への参加を促しています。		
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	グループホーム連絡会に加入しており交換研修などを通じて他ホームとの交流の機会を作っています。また、研修で得た情報、他ホームの良いところを積極的に取り入れるようにしサービスの質の向上を図っています。		
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	法人内の総合相談室に入居担当がおり入居前にヒヤリングを行い、身体状況、要望、不安なことを随時聞くようにしています。入居前に本人が見学に来る機会もありその時点での相談も受けています。また、入居後もアセスメントを行いケアプランを作成しニーズの把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	利用者様同様、入居担当が細かいヒヤリングを行っています。その際質問や不安なことについてお答えしています。入居後も面会時、電話等でも常時相談を受け付けています。ご家族が話し易い雰囲気を作るよう努めています。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	状況把握に努め、必要としていることの優先順位を見極めるようにしています。特に入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様も多いのでモニタリング、アセスメントを重ね本人、ご家族の意向に添ったサービスが提供できるよう努めています。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者様は人生の大先輩であり職員は常に尊敬の念を忘れず接するよう心掛けています。生活の中で会話をしたり、協力し合って作業するなど共に生きている喜びを感じていただけるよう努めています。また、利用者様から教わることも多くあり謙虚な姿勢で信頼関係を築くよう努めています。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者様の日常の様子をこまめに報告するようにしています。行事の連絡は事前にし、一緒に参加できるよう配慮しています。また、ご家族の要望に耳を傾けケアプランに反映させています。		
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	ご家族の協力を得て親戚や友人に面会に来ていただいています。直接ホームに連絡し面会に来られる方もおられます。年賀状や手紙を通じて遠方の親戚や友人との関係を続けています。また、墓参りや集会参加の希望があるときは出来る限り支援しています。		

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	レクリエーションや毎月のイベント等、日々の活動を通じコミュニケーションをとり馴染みの関係が深められるように支援しています。食事の時間には職員も混ざり利用者様同士楽しく過ごせる環境作りに努めています。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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	平成23年度については他介護サービス事業所等に移られた方はいません。亡くなられて契約終了、退所された方はいます。その方に対しては、退所後の手続き等で相談に乗り経過を支援しています。		
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。	日常の何気ない会話や表情の中から利用者様の思いを汲み取りながら意向に沿った支援が出来るように努めています。また意思表示が出来ない利用者様にはご家族にも希望を聞きながら音楽やラジオをお部屋に流し生活観ある生活を送って頂いております。		
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	入所時のアセスメントや家族からの情報・看護サマリー・ケースワーカーからの情報等を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活歴などを聞きながらどのような暮らしをしていたか把握に努めています。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日常生活の様子を観察し、個人ケース記録に毎日記録しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄・バイタルチェック(体温・血圧・脈拍)を毎日行い、健康記録に記載しています。その情報を基に毎日2回の職員申し送りにて状態把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>ご本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護の指示を仰ぎながら、日々の申し送りやカンファレンスにて話し合い情報を職員間で共有し、現状に即した介護計画の作成を心がけています。</p>		
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>ケアプランに沿った支援を行いその内容を中心に記録しています。新たな課題や気になる点についても個人ケース記録に記載し、その情報を基に職員間で協議し介護計画の見直し作成を行っております。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>個別支援として買い物、美容院等本人の希望があるときは時間を調整し対応しています。また、他事業所から車椅子対応の車を借りたり、法人内の介護タクシーを利用するなどし外出が困難な方の支援もしています。職員、ご家族共に付き添いが困難な場合はガイドヘルパーに付き添っていただき外出することもできます。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地区センターに外出し、カラオケを歌ったり、近くの図書館に行き、本を読んでいます。また自治会にも加入しており、納涼祭等にも参加させて頂いております。近所にお店があり利用者様の希望に沿って菓子パンや葉書、封筒など買い物に出かけています。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>協力医療機関の内科・精神科があります。ご本人やご家族の希望を聞き、主治医を決めてもらっております。月に2回の訪問診療が受けられ、病状により臨時往診も行われています。緊急時には主治医との連携により外部の病院へ受診出来る体制があります。</p>		

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	毎週1回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談・アドバイスが受けられます。医療連携ノートを使用しており、主治医・看護師・介護職員が情報を共有しています。また24時間連絡体制が可能なため急変時にも相談・連携がとれます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医へ報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され適切に医療が行われる体制を取っています。またご本人・ご家族の意向も踏まえホーム内での生活が可能な段階で退院できるよう協議しています。		
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	重度化した場合には、主治医からの病状説明があり、ホーム側より「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、週末期に向けた医療方針について、ご本人・ご家族・看護師・施設側と協議して週末期医療の選択を行っております。		
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	会社の勉強会や外部研修等で応急手当法や心配蘇生法の訓練を定期的に行っております。急変時や緊急時対応マニュアルを作成し、いつでも対応できるように事務所に掲示しております。カンファレンス等で定期的に再確認をしています。		
35	13	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	毎年2回ホームでの防災訓練を実施しています。内1回は消防署立会いのもと地域住民も参加され利用者様の避難の協力をして頂き夜間想定避難訓練を実施しています。また災害時に備え、非常用物品と3日分の食料(食品・水)を備蓄しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個人の性格や生活歴を念頭におきながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。接遇面については日常的に会社の勉強会や外部研修等で学んでおり、職員間でも利用者様のケアの方法について話し合いをしています。		
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	日常会話やレクリエーションを通して楽しみを持ってもらい、思いや希望などを伝えやすい環境作りを行っております。家事好きな利用者様もおり、職員と一緒に本人のペースで行ってもらっています		
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	各利用者様の生活スタイルを尊重し読書される方やTVを見る方、お裁縫をされるかたなど生活の中で制限を設けず生活されております。イベントや行事等も無理強いせず、利用者様の能力にあった参加方法を工夫して実施しています。		
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	入浴時や外出時はご本人に好みの衣類を選んでいただき、入浴後は整髪、髭剃りを習慣化しています。お化粧を毎日される方もいます。定期的に理容師さんに来て頂き散髪を行っています。パーマ等の希望をされる方は、近所の理容店を利用しています。		
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	ホームの畑で利用者様と一緒に収穫し旬の食材を多く取り入れています。会社系列の中華レストランにも外食に行きます。おかず、刺身の配達もあり、楽しみの1つです。家事好きな利用者様もいて職員と一緒に台所に入り調理や盛り付けなど楽しく行っております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	利用者様の摂取状況に合わせ、ミキサー食や刻み食を提供しています。食事・水分摂取量をチェック表に記録し、水分量が不足しがちな方にはゼリーや寒天等で代用しています。また週1回体重測定を行い、変動がある方は主治医に報告しています		
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	口腔ケアは毎食後行い、ご本人の能力に応じ一部介助または見守りを行っております。義歯使用の方は、毎晩ポリドントに付け、洗浄しています。週1回の訪問歯科があり虫歯治療や義歯調整、口腔ケアを行い口腔管理をしています。		
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	排泄チェック表を使用し2～3時間おきのトイレ誘導を行っています。また落ち着きがない方がいた場合にはトイレの声かけを行い、排泄の失敗を予防しています。排泄チェック表に記載する事により排便時間などのパターンも把握でき失敗も少なくなっています。		
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	牛乳・ヨーグルト・食物繊維の多い食材等を工夫しながら献立に組み入れています。便秘の方には主治医や訪問看護師に経過を報告し、改善しています。運動不足解消の為、日課としてラジオ体操、リハビリ体操を取り入れています。		
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	菖蒲湯やゆず湯など季節を感じて頂きながら入浴しています。寝たきりで入浴できない利用者様に関しては、毎日の全身清拭と定期的な訪問入浴にて入浴しています。		

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	利用者様の体調に応じ、自由に休息していただいています。日中は趣味や外気浴・レクリエーション活動を取り入れ夜間時の安眠に繋げています。室温や湿度を調整し、快適に休息できるよう努めています。		
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	与薬基本マニュアルを作成し適切に服用しています。また個人服薬方法マニュアルも作成し確実に服薬していただいております。個人ケースファイルに処方内容をファイリングしており、いつでも最新の処方内容・副作用などの注意点が確認できます。		
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	役割を依頼するときにはご本人の意向を確認し不快な気分にならないようにしています。また役割分担を交代する事で疲労感なく行っていただけるようにしています。趣味や昔行われていた日課などレクリエーション等で取り入れるようにしています。		
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	散歩は日常的に行われています。散歩が困難な方でも、ホームの庭やテラスに出て外気欲や景観を眺めています。買い物等の希望があった場合には事前に行く時間を調整してご本人と一緒に買い物に行き、希望の商品を選んでもらっております。ご家族と一緒に買い物、外食を楽しまれている方もいます。		
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	個々の管理能力やご家族の希望に応じ少額のお金を所持している方もいます。買い物の際はご自身でお支払いを行いレジでのやり取りがスムーズにできるよう支援しています。葉書や切手封筒なども日常的に購入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
51		<p>電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>家族・友人への電話は100番通話で自由にいただいています。手紙の投函についても、確実に届くように職員が再度、住所や宛名、切手の確認を行い、隣のお店に設置してあるポストまで付き添い投函の支援をしています。</p>		
52	19	<p>居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>手作りカレンダーや季節に応じたイベント写真を貼り季節感が分かるようにしています。各居室、リビングに湿温度計を設置し快適な湿度、温度が保てるよう配慮しています。食事時には音楽を流し落ち着いて食べていただいております。ウッドデッキで気候の良い日に手作りお弁当を全利用者で食べて気分転換を図っています。</p>		
53		<p>共用空間における一人ひとりの居場</p> <p>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</p>	<p>リビングでの各自の席とは別にソファも設置しており、気軽にソファに移動しTVを観たり、読書をされたりと馴染みの空間で気兼ねなく過ごしていただいています。</p>		
54	20	<p>居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>ご本人の使い慣れた家具や思い出の写真、位牌などを部屋に置く事で自宅からの延長として過ごされている方が多数いらっしゃいます。ラジオやTVを持ち込まれる方もいらっしゃいます。</p>		
55		<p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>居室やお風呂場、トイレには分かりやすく標示しています。また大きな手作りカレンダーがリビングに貼ってあり、曜日や日付、毎日の活動等がすぐに分かるように記載しています。安全面では手すりの設置にて自立歩行が安全に出来るようにしています。</p>		

目標達成計画

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	2	地域の行事や町内清掃には、積極的に参加するようにしていますが、ホームのことはあまり知られておらず、ホーム内部の構造やどのような方が入所されているかについては、極一部の方にしか知られていません。地域の一員としての存在感が薄く、自然な交流が出来る関係が構築されていません。	ホームや法人主催の行事を積極的にアピールし、ホームのことを身近な存在として自然に交流出来るようになれば良いと思います。	ホームや法人主催の行事を回覧板やポスティングによって、地域の方にお知らせし招待するようにします。ふれあい祭りにおいてはボランティアを募集していることも広くお知らせするようにします。また、避難訓練などを通し車椅子の操作や緊急時搬送法などを学んでいただく機会を作りたいと思います。	12ヶ月
2	13	外部研修や法人内の勉強会には積極的な参加を促していますが、一定の人の参加に留まっています。個々の能力に合わせた研修もなかなか行えないのが現状です。	研修には多くの人に参加できるようにしたいと思います。個々のスキルアップを図り、ホーム全体の向上に繋がりたいと思います。	研修の日程に合わせた勤務体制にし、より多くの人研修に参加できるようにします。ホーム内では、勤務の中でその都度指導するなどし、個々のスキルアップを図っていききたいと思います。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のを記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。