

平成25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	1493400103	事業の開始年月日	平成19年4月1日	
		指定年月日		
法人名	株式会社 アイシマ			
事業所名	グループホーム きずな			
所在地	( 246-0011 ) 横浜市瀬谷区東野台40			
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25年8月10日	評価結果 市町村受理日	平成25年10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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1493400103&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1493400103&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100</a>
----------	---

### 【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)】

住み慣れた地域で日々の目的を持ちその方らしく生活していただけるよう取り組んでいます。介護スタッフも日々、認知症の方々の個々のニーズにお答えできるように研修、勉強会に参加し専門性を高めるよう取り組んでいます。又地域とのつながりの強化として、地区社協保健推進実行委員、キャラバンメイト、グループホーム連絡会等に参加、地域とのつながり、貢献を高めています。ご利用者、ご家族、スタッフ、地域がひとつになり、認知症の方々のノーマライゼーションに向けて努力しています。

### 【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25年9月21日	評価機関 評価決定日	平成25年10月10日

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、相鉄線三ツ境駅北口から若葉台行きバスに乗り、西部病院前バス停下車徒歩約5分、瀬谷高校の前にあります。建物は木造2階建ての1・2階を使用した2ユニットで、完全バリアフリーとなっています。緑に囲まれた自然豊かな環境にあり、居ながらにして四季の移ろいも感じられます。

<優れている点>

管理者を始め職員同士の連携と協力が良く取れている事業所です。毎年、事業所の理念を基に職員全員で基本目標を作成しています。意識の統一を図り、理念に向かって職員が一つになり、利用者の支援に当たっています。管理者は職員の意見や提案をいつでも受け入れて協議し、事業所の運営に反映させています。地域の方々へ認知症の理解を深めて行く活動に積極的に取り組んでいます。地域ケアプラザで勉強会「認知症の理解とグループホームで行っていること」の講師を務めたり、キャラバンメイト活動の一環として、小学校低学年に認知症の理解をしてもらうための分かりやすい紙芝居の作成を依頼され、管理者と職員・利用者(画の得意な人)が協力して紙芝居の制作に取り組んでいます。

<工夫点>

各ユニットのキッチンには、利用者個々の好き嫌いや禁止食、提供方法等を記した「食事形態表」を掲示しています。新入職員を始め職員誰でもが間違いのないよう一目で分かるように工夫しています。

### 【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 きずな
ユニット名	こもれば

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。	職員の入職時にオリエンテーションを実施し、ホームの理念を説明しています。又、理念をホーム内に掲示し、常に職員の目に触れ、ラジオ体操後にご利用者と共に、唱和しています。	事業所独自の理念を基に、毎年職員全員で基本目標を作成して共有し、実践につなげています。新人には入社時研修で説明し、理解を得ています。朝のラジオ体操後に利用者と共に理念を唱和し、一日の生活を始めています。	
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。	小学校での行事、幼稚園、保育園での行事や交流を行い、ご利用者と地域のつながりが持てるように支援しています。ケアプラザも近くにあり、音楽会等のお誘いにも参加させていただいています。	近隣の幼稚園、保育園、小学校、高校などの行事に出掛けたり、保育園の園児や地域のボランティアの来所があるなど地域交流をしています。懸案であった自治会加入については、運営推進会議を通じて糸口が見えてきています。	
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。	地域の方へ認知症の理解を深めていただけるように保健推進実行委員としてケアプラザでの勉強会の講師、また認知症キャラバンメイト定例会への参加など地域への貢献にも努力させていただいています。又研修生、実習生の受け入れも行わせていただいています。	/	/
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。	2ヶ月に1度の運営推進会議では、地域の情報を聞かせていただいたり、ご利用者を交えたサービスの満足度をお聞きしたり、又、介護状況の報告を行っています。	運営推進会議は2ヶ月に一度定期的に開催し、要望や助言など積極的な意見交換が行われています。最近の会議では、地域の方々へ認知症に対する知識や理解を深めてもらう活動や、自治会加入を含めた地域交流などについて話し合っています。	
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。	瀬谷区グループホーム連絡会、瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会、地区社協保健推進実行委員会、徘徊ネットワーク等に参加し、日々協力関係を深めるように努力させていただいています。	行政の関係者とは必要に応じ連携を図っています。平成24年度に立ち上げた瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会の幹事を務め、また25年度は地区社協保健推進実行委員会の理事を務めるなど、地域の関係機関とは密接な連携を深めています。	

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。	身体拘束の勉強会を実施しています。一人一人の職員が理解し、時には個別対応について話し合い、振り返る事を行っています。又、否定や強制、指示をするのではなく、寄り添う介助を心がけています。	職員は研修などを通じ、身体拘束の弊害について十分理解をし、言動に注意して身体拘束をしないケアを実践しています。言葉遣いや接遇、業務態度などの各チェックシートを用いて自己評価を行い、カンファレンスで振り返り、ケアに活かしています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待防止の勉強会を実施しています。身体拘束同様、声掛けには注意し、職員同士で意識する様、心掛けています。又、ケア会議において定期的に虐待についてのアンケート調査を行いスタッフに意識付けを行っております。		
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。	権利擁護、成年後見制度の勉強会や講習に参加させていただいています。又ご家族より説明等依頼がありましたら個別にご説明させていただいています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時には、管理者が時間を十分とり、説明を行っています。医療連携体制や重度化した場合、看取りについての対応など詳しく説明し、同意を得るようにしています。		
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。	苦情、相談記録への記入。ご家族の面会時には、出来るだけ管理者がコミュニケーションをとり、ご家族の意見を取り入れる様にしています。その意見は、連絡帳、又は、カンファレンスの際の話し合いに反映させています。	家族の訪問時には、管理者が出来るだけ意見や要望を聞くようにしています。年2回の家族会には利用者家族全員が参加しています。その中で意見や要望を聞き、運営に反映させています。また、利用者からは、日々接する中で意向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
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。	月に1度、各階合同のカンファレンスを行っています。本社からの伝達事項、業務に関しての全体的な話し合いをし、個別ケアに関しては、各階で話し合いの場をもうけ、行っています。	管理者は、日々職員と話し合っています。意見や要望、提案を受け入れ、事業所の運営に反映させています。ホームの合同カンファレンスやユニットごとのカンファレンスでも、職員は自由に発言し、意見交換を行っています。	
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。	家庭の状況を考慮し、シフトを組むようにしています。又、各自の得意分野を尊重し、職員同士が補い合っている関係ができるよう支援しています。良いところは、褒め、感謝を忘れず、意欲を持って働けるように心掛けています。		
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。	毎月、勉強会を開催しており、他ホームの事例発表や研修報告を勉強する機会があります。ホームにおいても、研修会、講習会参加後は、カンファレンス時に発表。参加していない職員にも報告書を作成し、伝え共有しています。		
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。	瀬谷区グループホーム連絡会、瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会、地区社協保健推進実行委員会、徘徊ネットワーク等に参加し、交流を深め情報交換も行わせていただいています。		
<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。	ご本人から話を聞き、出来るだけケアプランに取り入れ、職員の統一した支援に努めています。又、職員は、傾聴する事を心掛け、変化があった場合は、個人ファイルに書き込むなどの連携を図っています。		

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
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。	ご家族より、これまでの経緯やグループホームを選択された理由などをお聞きすることにより、ご家族が求めているものを理解するよう努力し、ホームとしてどのような対応が出来るのか事前にお話させて頂いております。		
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。	小規模多機能やグループリビング、高齢者専用住宅など、同じ法人の利用も含めた対応をしています。		
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。	ご本人の意思決定を第一として職員は、ひとつ屋根の下で一緒に生活を送っているという考えで、関わりを持つようにしています。又ホームでは役割を重視し、ご本人がやってみたいと思う気持ちが引き出せるように支援させていただきます。		
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。	家族会を開き、ほぼ皆様、参加して下さいます。同じ悩みを持つご家族同士、又、その支援に携わる職員も悩み・喜びを共有することによって、良い関係が築けています。面会時には、ご本人の様子をお話し交えての場を設けています。		
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。	遠く離れていたり、面会に来られないご家族との電話や手紙のやりとりや、友人の訪問などで繋がりが継続できる支援をさせて頂いております。	昔の教え子たちの同窓会がホーム内で行われたり、家族や友人と一緒に外食や花火を見に行ったりする利用者もいます。行きつけの美容院に家族と毎月行く人や、家族と電話や手紙のやり取りをする利用者の支援など、馴染みの関係継続を支援しています。	

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。	ラジオ体操等、皆で行えるアクティビティを行っています。お茶や食事の時間は、職員も一緒に多くの会話を持つようにし、その方なりの関わり方や性格を考え、時には、職員が間に入り支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退所を検討する場合は、その後の行き先も含めてご家族の相談にのり、情報の提供を行っています。		
<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。	ご本人又はご家族から直接要望やホーム入所の経緯をお聞きしてアセスメントに残し、ケアプランに取り入れるように努力しています。また、ケースファイル等にもはさみスタッフ共通の認識が出来るようにしています。	利用者の思いや希望を日々の行動や何気ない言葉、表情、仕草などから汲み取って、把握するようにしています。気付いたことは申し送りノートに記録し、職員間の共有化を図っています。	
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。	入所前のご本人の生活歴、ライフスタイルをご本人又はご家族よりお聞きしてアセスメントシートに残しプランに反映できるように努めています。		
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。	一日を通して、生活状態を記録しており、暮らしの中で出来る事・分かる事を見極められるように努力しています。申し送りなどでの報告、連絡は常に行っています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ケアプランに沿い、支援を行い、変更や新しい課題を取り入れた場合は、期限を決め、様子観察をします。記録を取り、その上で話し合いの場を設け、家族・医師・看護師・職員の意見を聞き、プランの変更などに取り入れています。	介護計画は、本人や家族の意向、医師や看護師の意見などを採り入れ、職員参加のケアカンファレンスで協議し作成しています。短期3ヶ月、長期6ヶ月で定期的に見直しを行い、変化があった場合は必要に応じて随時見直しを行っています。	
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。	個別ファイルによる個々の生活記録に加え、業務日誌に課題、連絡事項を記入し、いつでも全ての職員が確認できるようにしており、勤務開始前の確認を義務付けています。		
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。	状況に応じ、ご利用者の望んでいる事を行っています。対応に困った時は、他の職員と話し合い、ご利用者にとって、より良い支援を心掛けています。通院や送迎など必要な支援は、柔軟に対応させて頂いています。		
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。	地域の老人会のお茶会などに参加。又、月に1度の理美容の利用、音楽療法での外出、レストランへの外食等へ出掛け楽しんで頂きます。近隣の幼稚園、保育園との交流もあり、運動会の見学などもさせて頂いています。		
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。	ホームの協力医には、内科・精神科の医師がおります。ご本人、ご家族の希望する医師に往診して頂きます。又、入居前のかかりつけ医での受診もご家族に同行をお願いしております。	利用者の上承を得て全員が協力往診医をかかりつけ医としていますが、皮膚科や眼科などは希望する病院で受診しています。家族の同行が困難な場合は職員が通院支援をしています。内科、歯科、訪問看護など、適切な医療が受けられるよう体制を整えています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週一回の訪問看護、月二回の主治医受診の際に、健康管理と医療相談を行っています。医療連携ノートへの記入を行い、介護・看護・ドクターと状況の把握ができる体制になっています。特変のあった場合は、訪問看護へ連絡し、適切な処置をあおります。		
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。	入院の際には、面会時に病棟看護師や医師と話す機会を設け、早期退院にむけて働きがけています。		
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。	ご家族の方へは、看取りに関する説明を行い、同意書を配布しサインをいただきます。又、ターミナルケアについての対応の指針を定めており、ご本人、ご家族の意向を確認の上、医師・看護師・職員と方針を共有しています。	ホームでは看取りの経験があります。個々に違いがあるので、必要になった段階で関係者と話し合い看取り計画を立て取り組んでいます。終末時には、日々違う対応が必要なため短期で計画を見直し、記録方法も考えるなど、情報を共有した取り組みを行っています。	
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。	緊急時のマニュアルがあり、勉強会やカンファレンスにおいて把握しています。連絡網があるので、どこへ連絡すべきかは、全ての職員が周知しています。		
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。	毎月一度、避難訓練を実施しています。消防署による連絡方法、研修へも参加しています。火災・地震発生時の対応、火災発生時手順、緊急時の避難手順などをマニュアル化しています。	消防署立会いの避難訓練のほか、毎月訓練をし、避難所要時間も計っています。ユニット入口に建物見取図を下げ、事務室には緊急時対応の必要書面を掲示し、飲料水や非常食などを用意して備えています。スプリンクラー、直通火災通報装置を設置しています。	

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
<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。	否定や命令の声掛けは行わず、共感する気持ちで接しています。声掛け等の接遇に関してや個人情報の取り扱いについては、入職時にオリエンテーションを行い徹底しています。又、カンファレンスや申し送り時にも見直しをはかっています。	職員は入職時にオリエンテーションを受け、利用者の人格を尊重して接しています。気になる対応がある場合には、管理者や主任が個々に意識を促し、会議でも議題に取り上げています。また、チェックシートを使って再確認し、結果を話し合って職員の意識を喚起しています。	
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。	何を行うにも、日々その方に合わせた言葉かけにより、意志の確認を行うように職員にも意識付けを行っています。		
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、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。	朝の体操後には、今日は何をして過ごすのか、お茶を召し上がっていただきながらご利用者の体調や、お話しをお聞きしながら、希望を取り入れる様にしています。		
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。	月に一度の訪問理美容を利用しています。入居以前から行きつけの美容院のある方は、ご家族と一緒に通われています。化粧品や石鹸など、ご本人の希望のものを購入し、使われている方もおられます。		
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。	簡単な調理、食器洗いは出来るだけご利用者と共に行っています。一口大やきざみ、好き嫌いを把握しその方に合った物を提供しており、食事後は個々に下膳して下さいます。	利用者個々の好き嫌いや提供方法を「食事形態表」として台所に掲示しています。嫌いな食材がある時は個別に代替食を提供して皆が楽しんで食事ができるように配慮しています。季節の行事食をしたり、毎月レストランへ出かけたり、誕生日には好みのメニューでお祝いをしています。	

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
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。	ご利用者様お一人お一人の希望をもとに、禁止食だけではなく量や形、味付け等の工夫を行っています。ホーム内の畑で収穫した季節の野菜を取り入れたり、水分量の少ない方へは、好きな物を促し、ご家族に持参して頂く等、協力して頂きます。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	食後は必ず口腔ケアを行い、出来ない方は介助にて義歯の洗浄を行っています。ご利用者様の力に合わせた歯磨きのお手伝いをしています。又、週一度の訪問歯科も行っており、ケアの相談等、連携を図り、その方にあったケアをしております。		
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。	排泄チェック表にて記録を取り、その方の周期やパターンを把握する様に努め、その方に合った時間にそれとなくお誘いすることで自力でトイレにて排泄が出来る様に支援しております。	排泄チェック表を活用し、間隔や仕草を把握して言葉掛けをして誘導をするなど、個々に合った支援に努めています。失禁が増えた場合に、要因を汲み取り支援をした結果、改善した例もあります。トイレ表示は大きく、見当識に不安がある入居者にも分かりやすいよう配慮しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	毎朝1杯の牛乳を提供しています。おやつには、寒天を使用したゼリーや羊かん等を提供、散歩や体操で身体を動かす等、便秘にならない様に注意し、ストレスのない生活を送れる様、心掛けています。		
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。	毎朝、バイタルのチェックを行ったうえでご本人へ確認し、お誘いしています。入浴時間もご本人に合わせて、ゆっくりと入っていらっしゃいます。ショウブ湯やユズ湯といった季節で楽しめる物や、入浴剤等を使用し、くつろげる様工夫をしております。	介護度が高い入居者も湯に浸かって気持ちよく入浴してほしいと考えて、ストレッチャー式介護浴槽も導入しました。2日に1度を基本としていますが利用者の希望があれば時間も回数も柔軟に対応しています。入浴剤、柚子湯や菖蒲湯など気持ち良く入浴でき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
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。	就寝時間は決めておらず、ご利用者様のリズムに合わせています。日中であつても個別の状態での対応をし、かといって昼夜逆転にならない様心掛けています。		
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。	個人ファイルには処方内容が分かるリストを入れています。また、ゼリー等に混ぜるなどの工夫をし服薬の確認。副作用による歩行のふらつき等に注意。薬の変更等あった場合は、個人ファイルなどに記入し、情報の共有に努めています。		
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。	散歩、買い物、行事など生活に刺激を取り入れる工夫をしています。各ご利用者様の趣味を行えるよう、環境整備に努め、塗り絵・絵・畑・裁縫・書道など皆様、好きな時間に取り組みれています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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。	毎日外には出かけるように支援しています。ご本人のご希望があれば、ご家族にお話して、ご友人や、ご家族等の協力を頂きお好きな場所へお出かけできるように心がけています。	散歩や日用品の買い物をはじめ、玄関前の植物への水やり、外のベンチでの外気浴、菜園での収穫、地域の老人会のお茶会など、日常的に戸外の空気や風景に触れています。また、毎月定例でレストランへ出かけ、近隣の幼稚園や高校の行事へも出かけ交流しています。	
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。	現金をお預かりしているご利用者の場合、散歩の時などに買い物される事もあります。その際は、こづかい帳へ記入し、ご家族、ご本人へ確認をしています。又、外出日を作り、数人のご利用者と共におやつを食べに、外食することもあります。		

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
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。	電話使用時間は決めており、9時半～19時の間ならば、ご家族、知人などに連絡されています。ハガキ等は購入し、お渡ししており、自由に出せるよう支援しています。		
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。	食事中は、穏やかな音を流す様になっています。トイレには、落ち着ける香りの芳香剤を設置し、テーブルや流し付近には季節の野花等を飾る様になっています。リビングの換気はこまめに行っています。	建物内はバリアフリー仕様で明るく清潔で、広々としています。心地良い音楽を流したり、季節の草花を飾るなど、利用者がゆったりと気持ちよく過ごせるように配慮しています。キッチンからは食事の支度の良い匂いが漂い生活感が感じられます。	
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。	リビングには、ダイニングテーブルとイス、テレビの近くにはソファがあり、ご利用者様が思い思いの場所で新聞、雑誌を見られたりテレビや趣味を楽しめる環境作りに努めています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	使い慣れた家具を持参されています。配置などもご本人の希望、身体の状態を配慮して行っています。カーテンなども好みの色を準備されています。扉には、それぞれ手作りの表札があります。	居室には、趣味の道具、使い慣れた化粧品、好みのポスター、テレビ、写真、仏壇、長年使っていたものや好みの色の家具などを置いています。馴染みの物や大切な品々に囲まれ、一人ひとりの好みに沿った居室となっています。	
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。	廊下には、手すりを配置、全面バリアフリーになっております。浴槽は低めに設定され、トイレには分かりやすく、目印を書いております。		

事業所名	グループホーム きずな
ユニット名	ひだまり

V アウトカム項目	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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っなげている。	職員の入職時にオリエンテーションを実施し、ホームの理念を説明しています。又、理念をホーム内に掲示し、常に職員の目に触れ、ラジオ体操後にご利用者と共に、唱和しています。		
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。	小学校での行事、幼稚園、保育園での行事や交流を行い、ご利用者と地域のつながりが持てるように支援しています。ケアプラザも近くにあり、音楽会等のお誘いにも参加させていただいています。		
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。	地域の方へ認知症の理解を深めていただけるように保健推進実行委員としてケアプラザでの勉強会の講師、また認知症キャラバンメイト定例会への参加など地域への貢献にも努力させていただいています。又研修生、実習生の受け入れも行わせていただいています。		
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。	2ヶ月に1度の運営推進会議では、地域の情報を聞かせていただいたり、ご利用者を交えたサービスの満足度をお聞きしたり、又、介護状況の報告を行っています。		
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。	瀬谷区グループホーム連絡会、瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会、地区社協保健推進実行委員会、徘徊ネットワーク等に参加し、日々協力関係を深めるよう努力させ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
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。	身体拘束の勉強会を実施しています。一人一人の職員が理解し、時には個別対応について話し合い、振り返る事を行っています。又、否定や強制、指示をするのではなく、寄り添う介助を心がけています。		
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。	虐待防止の勉強会を実施しています。身体拘束同様、声掛けには注意し、職員同士で意識する様、心掛けています。又、ケア会議において定期的に虐待についてのアンケート調査を行いスタッフに意識付けを行っております。		
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。	権利擁護、成年後見制度の勉強会や講習に参加させていただいています。又ご家族より説明等依頼がありましたら個別にご説明させていただいています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時には、管理者が時間を十分とり、説明を行っています。医療連携体制や重度化した場合、看取りについての対応など詳しく説明し、同意を得るようにしています。		
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。	苦情、相談記録への記入。ご家族の面会時には、出来るだけ管理者がコミュニケーションをとり、ご家族の意見を取り入れる様にしています。その意見は、連絡帳、又は、カンファレンスの際の話し合い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。	月に1度、各階合同のカンファレンスを行っています。本社からの伝達事項、業務に関する全体的な話し合いをし、個別ケアに関しては、各階で話し合いの場をもうけ、行っています。		
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。	家庭の状況を考慮し、シフトを組むようにしています。又、各自の得意分野を尊重し、職員同士が補い合っている関係ができるよう支援しています。良いところは、褒め、感謝を忘れず、意欲を持って働けるように心掛けています。		
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。	毎月、勉強会を開催しており、他ホームの事例発表や研修報告を勉強する機会があります。ホームにおいても、研修会、講習会参加後は、カンファレンス時に発表。参加していない職員にも報告書を作成し、伝え共有しています。		
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り組みをしている。	瀬谷区グループホーム連絡会、瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会、地区社協保健推進実行委員会、徘徊ネットワーク等に参加し、交流を深め情報交換も行わせていただいています。		
<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。	ご本人から話を聞き、出来るだけケアプランに取り入れ、職員の統一した支援に努めています。又、職員は、傾聴する事を心掛け、変化があった場合は、個人ファイルに書き込むなどの連携を図っています。		

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
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。	ご家族より、これまでの経緯やグループホームを選択された理由などをお聞きすることにより、ご家族が求めているものを理解するよう努力し、ホームとしてどのような対応が出来るのか事前にお話させて頂いております。		
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。	小規模多機能やグループリビング、高齢者専用住宅など、同じ法人の利用も含めた対応をしています。		
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。	ご本人の意思決定を第一として職員は、ひとつ屋根の下で一緒に生活を送っているという考えで、関わりを持つようにしています。又ホームでは役割を重視し、ご本人がやってみたいと思う気持ちが引き出せるように支援させて頂いております。		
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。	家族会を開き、ほぼ皆様、参加して下さいます。同じ悩みを持つご家族同士、又、その支援に携わる職員も悩み・喜びを共有することによって、良い関係が築けています。面会時には、ご本人の様子をお話し交えての場を設けています。		
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う、支援に努めている。	遠く離れていたり、面会に来られないご家族との電話や手紙のやりとりや、友人の訪問などで繋がりが継続できる支援をさせて頂いております。		

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
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。	ラジオ体操等、皆で行えるアクティビティを行っています。お茶や食事の時間は、職員も一緒に多くの会話を持つようにし、その方なりの関わり方や性格を考え、時には、職員が間に入り支援しています。		
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。	退所を検討する場合は、その後の行き先も含めてご家族の相談にのり、情報の提供を行っています。		
<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。	ご本人又はご家族から直接要望やホーム入所の経緯をお聞きしてアセスメントに残し、ケアプランに取り入れるように努力しています。また、ケースファイル等にもはさみスタッフ共通の認識が出来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。	入所前のご本人の生活歴、ライフスタイルをご本人又はご家族よりお聞きしてアセスメントシートに残しプランに反映できるように努めています。		
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。	一日を通して、生活状態を記録しており、暮らしの中で出来る事・分かる事を見極められるように努力しています。申し送りなどでの報告、連絡は常に行っています。		

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
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。	ケアプランに沿い、支援を行い、変更や新しい課題を取り入れた場合は、期限を決め、様子観察をします。記録を取り、その上で話し合いの場を設け、家族・医師・看護師・職員の意見を聞き、プランの変更などに取り入れています。		
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。	個別ファイルによる個々の生活記録に加え、業務日誌に課題、連絡事項を記入し、いつでも全ての職員が確認できるようにしており、勤務開始前の確認を義務付けています。		
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。	状況に応じ、ご利用者の望んでいる事を行っています。対応に困った時は、他の職員と話し合い、ご利用者にとって、より良い支援を心掛けています。通院や送迎など必要な支援は、柔軟に対応させて頂いています。		
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。	地域の老人会のお茶会などに参加。又、月に1度の理美容の利用、音楽療法での外出、レストランへの外食等へ出掛け楽しんで頂きます。近隣の幼稚園、保育園との交流もあり、運動会の見学などもさせて頂いています。		
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。	ホームの協力医には、内科・精神科の医師がおります。ご本人、ご家族の希望する医師に往診して頂きます。又、入居前のかかりつけ医での受診もご家族に同行をお願いしております。		

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
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。	週一回の訪問看護、月二回の主治医受診の際に、健康管理と医療相談を行っています。医療連携ノートへの記入を行い、介護・看護・ドクターと状況の把握ができる体制になっています。特変のあった場合は、訪問看護へ連絡し、適切な処置をあおります。		
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。	入院の際には、面会時に病棟看護師や医師と話す機会を設け、早期退院にむけて働きかけています。		
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。	ご家族の方へは、看取りに関する説明を行い、同意書を配布しサインをいただきます。又、ターミナルケアについての対応の指針を定めており、ご本人、ご家族の意向を確認の上、医師・看護師・職員と方針を共有しています。		
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。	緊急時のマニュアルがあり、勉強会やカンファレンスにおいて把握しています。連絡網があるので、どこへ連絡すべきかは、全ての職員が周知しています。		
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。	毎月一度、避難訓練を実施しています。消防署による連絡方法、研修へも参加しています。火災・地震発生時の対応、火災発生時手順、緊急時の避難手順などをマニュアル化しています。		

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
<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。	否定や命令の声掛けは行わず、共感する気持ちで接しています。声掛け等の接遇に関してや個人情報の取り扱いについては、入職時にオリエンテーションを行い徹底しています。又、カンファレンスや申し送り時にも見直しをはかっております。		
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。	何を行うにも、日々その方に合わせた言葉かけにより、意志の確認を行うように職員にも意識付けを行っています。		
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、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。	朝の体操後には、今日は何をして過ごすのか、お茶を召し上がっていただきながらご利用者様の体調や、お話しをお聞きしながら、希望を取り入れる様にしています。		
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。	月に一度の訪問理美容を利用しています。入居以前から行きつけの美容院のある方は、ご家族と一緒に通われています。化粧品や石鹸など、ご本人の希望のものを購入し、使われている方もおられます。		
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。	簡単な調理、食器洗いは出来るだけご利用者と共に行っています。一口大やきざみ、好き嫌いを把握しその方に合った物を提供しており、食事後は個々に下膳して下さいます。		

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。	ご利用者様お一人お一人の希望をもとに、禁止食だけではなく量や形、味付け等の工夫を行っています。ホーム内の畑で収穫した季節の野菜を取り入れたり、水分量の少ない方へは好きな物を促し、ご家族に持参して頂く等、協力して頂きます。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	食後は必ず口腔ケアを行い、出来ない方は介助にて義歯の洗浄を行っています。ご利用者様の力に合わせた歯磨きのお手伝いをしています。又、週一度の訪問歯科も行っており、ケアの相談等、連携を図り、その方にあったケアをしております。		
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。	排泄チェック表にて記録を取り、その方の周期やパターンを把握する様に努め、その方に合った時間にそれとなくお誘いすることで自力でトイレにて排泄が出来る様に支援しております。		
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。	毎朝1杯の牛乳を提供しています。おやつには、寒天を使用したゼリーや羊かん等を提供、散歩や体操で身体を動かす等、便秘にならない様に注意し、ストレスのない生活を送れる様、心掛けています。		
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。	毎朝、バイタルのチェックを行ったうえでご本人へ確認し、お誘いしています。入浴時間もご本人に合わせて、ゆっくりと入っていらっしゃいます。ショウブ湯やユズ湯といった季節で楽しめる物や、入浴剤等を使用し、くつろげる様工夫をしております。		

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
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。	就寝時間は決めておらず、ご利用者様のリズムに合わせています。日中であっても個別の状態での対応をし、かといって昼夜逆転にならない様心掛けています。		
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。	個人ファイルには処方内容が分かるリストを入れています。また、ゼリー等に混ぜるなどの工夫をし服薬の確認。副作用による歩行のふらつき等に注意。薬の変更等あった場合は、個人ファイルなどに記入し、情報の共有に努めています。		
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。	散歩、買い物、行事など生活に刺激を取り入れる工夫をしています。各ご利用者様の趣味を行えるよう、環境整備に努め、塗り絵・絵・畑・裁縫・書道など皆様、好きな時間に取り組みれています。		
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。	毎日外には出かけるように支援しています。ご本人のご希望があれば、ご家族にお話して、ご友人や、ご家族等の協力を頂きお好きな場所へお出かけできるように心がけています。		
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。	現金をお預かりしているご利用者の場合、散歩の時などに買い物される事もあります。その際は、こづかい帳へ記入し、ご家族、ご本人へ確認をして頂いています。又、外出日を作り、数人のご利用者と共におやつを食べに、外食することもあります。		



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
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。	電話使用時間は決めており、9時半～19時の間ならば、ご家族、知人などに連絡されています。ハガキ等は購入し、お渡ししており、自由に出せるよう支援しています。		
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。	食事中は、穏やかな音を流す様になっています。トイレには、落ち着ける香りの芳香剤を設置し、テーブルや流し付近には季節の野花等を飾る様になっています。リビングの換気はこまめに行っています。		
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。	リビングには、ダイニングテーブルとイス、テレビの近くにはソファがあり、ご利用者様が思い思いの場所で新聞、雑誌を見られたりテレビや趣味を楽しめる環境作りに努めています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	使い慣れた家具を持参されています。配置などもご本人の希望、身体の状態を配慮して行っています。カーテンなども好みの色を準備されています。扉には、それぞれ手作りの表札があります。		
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、手すりを配置、全面バリアフリーになっております。浴槽は低めに設定され、トイレには分かりやすく、目印を書いております。		

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		開所当時のご利用者の年齢も高くなり、認知症も進んでいます。重度化された認知症の対応が重視される。	重度の認知症や高齢により意志の疎通の困難な方々にも日々その方らしい生活が営めるように取り組んでいく。	認知症の理解を深めていく為の研修への参加。言葉にならないコミュニケーションの技法の習得を行い、ホーム内でも実践に基づいた指導をおこなう。	1 2ヶ月
2					月
3					月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。