

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	1473400529	事業の開始年月日	平成16年12月1日	
		指定年月日	平成16年12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 はなもも			
所在地	(246-0026)			
	神奈川県横浜市瀬谷区阿久和南3-25-1			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成25年12月19日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月27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=ST1473400529&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)】

はなももスタッフは真面目で優しく、料理上手、介護のベテランスタッフが勢ぞろい、安心してお任せしてください。静かな環境の中、広々とした館内は日当たりが良く日の出、日の入りが見え、夏には近くの打ち上げ花火が窓から見られます。「ここは特等席だね。」と喜ばれています。園庭も広く季節ごとに楽しめる野菜の収穫や花々が咲いては見る目を楽しませてくれます。金柑やみかん狩りも出来き、今年は豊作で小さなみかんの木2本から103個取れました。ホームの入居者様も足の弱い方、外出が困難な方が多くなってきましたが、散歩が出来なくても庭先でも充分楽しみを見つけれられることと思います。新しいベンチに座りのんびりと日光浴を楽しみませんか。

【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1月22日	評価機関 評価決定日	平成26年3月1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)】

「グループホームはなもも」は、相鉄いずみ野線「いずみ野駅」からバスで約10分、バス停「山王塚」下車徒歩5分のところにあります。周りは自然環境に恵まれ田園風景が残る閑静なところにあります。また、同一法人の訪問入浴の利用や外食などで系列の飲食店を利用しています。

<優れている点>

家族との連携を深めるために広報誌「はなもも」通信を毎月発行しています。はなもも通信にグループホーム全体の様子を記載しています。同時に各利用者の1ヶ月の毎日の様子を一行にまとめ報告しています。これが家族に大変好評で職員の仕事の励みにもなっています。また、利用者の介護度が高くなりつつある中で、事業所と医療機関との連携を図ることができる体制を構築し、利用者が安心して終末期を迎えることができるようにしています。

<工夫点>

地域との連携はグループホームにとって大切なことです。2ヶ月ごとに開催している運営推進会議には地域の人々も参加しています。同時に会議の前に避難訓練を行い地域の人々の協力が得られるようにしています。また、自治会に入会し、地域の行事に積極的に参加したり、地域住民によるボランティアの受入れなど日常的に交流を行っています。

【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 はなもも
ユニット名	1階 はな

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
	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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	玄関やホーム内に提示してあり、日々の活動の中で意識付けていけるよう、カンファレンスや申し送り時などで日々の入居者様の様子を見ながら理念に添った生活が送れているかを検討しながらケアプランにつなげて行き、ここが私の家だよと思える環境作りやケアを通じて1人1人の心地よいホームを目指しています。	法人の理念に基づき、ホーム独自の運営方針「私の家はここだよ」と「笑顔で答えられるホーム」を定め、玄関などに掲示しています。職員会議では方針に沿い、実践を踏まえ周知を図っています。職員は笑顔で利用者へ寄り添っています。	
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。	自治会会員活動の一環として、町内自治会の行事に参加しています。自治会新役員会議に参加、会長・副会長様にグループホームのことを知っていただき、運営推進会議にてホームと地域とのかわりを広げる方法など話し合ったりしました。地域包括支援よりボランティアや教室などの情報を頂き参加させていただきました。	自治会に入会し、運動会やどんど焼きなどの行事に参加しています。地域住民も参加している運営推進会議の前に避難訓練を行ったり、地域住民によるギター演奏、朗読などのボランティアを積極的に受け入れています。	
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。	地域の方にも聞いていただけるよう毎年、事例発表会を開催しています。今回はノルディックウォーキングの講師を招き教えていただき入居者様に実践していただき効果を発表しました。ホームに認知症を抱えている家族の方から電話があり相談に乗ったり、見学をしたいと突然来られ案内や相談に乗る事もありました。ヘルパー基礎研修開講の為、管理者は講師を担当しホームは実習生の実習先となりました。		
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。	運営推進会議にて、ホームの状況報告や地域との係わり合いについて話し合いを行っています。今年には自治会の役員の方が新メンバーに変わったため、運営推進のことについての説明や初めてのグループホームのことについて理解していただく事から始まりました。包括支援センターの職員からは、ホームの外に出た入居者様の話しをしたら徘徊ネットワークの事を教えてくださり登録手続きをしました。敬老会の催しの情報など教えてくださったり、足が皆弱くなってきたこともあり何か楽しんでできる良い方法はないかと思っていたところテレビでノルディックウォーキングの紹介がありました。高齢者でも出来るということで包括支援の方からノルディックウォーキングの講師を紹介していただき体験させていただきました。自立されている方に楽しみの提供をしたいと相談したところ地区センターの教室の紹介など頂き利用させていただいています。副会長様から災害時の話で井戸水が自宅にあり現在も使っていると話をされる。昔使っていた井戸が役に立つ、もっともつ井戸を作った方がいいと話される。運営推進会議開始前に避難訓練に参加していただき、感想を伺い改善に向かって取り組んでいます。	運営推進会議は2ヶ月に1回、自治会副会長、地域包括センターの職員、家族などが参加し、事業報告などを行うことでグループホームの実情を直接知る機会にもなっています。最近の会議ではグループホームからの報告の中で地域包括支援センターの職員から徘徊ネットワークなどを紹介してもらっています。	
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。	高齢者支援・生活保護担当者と利用者の状況報告や助言等も受けています。グループホーム連絡会や事業者・事業所連絡会等、市の講習会・研修会とも参加しています。グループディスカッションで市や区の職員の方も参加し、ホームで困っている事など聞いていただいたり、良い改善策などないか意見を出し合う良い機会を頂いています。災害時の際、地域との係わり合いについての問題や地域の協力が得れない状況が多いホームが沢山あること、また、ホームで地域にどのような働きかけをしているか、毎回の議題にあがるのでなかなか難しい課題です。	区の職員も参加しているグループホーム連絡会など（年8回）は、実情を知ってもらう機会になっています。市主催の研修などに参加し、日常的に連絡を取り合える関係にあります。また、運営推進会議の議事録を担当部署に送付しています。	

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。	マニュアルを用いて全職員に周知を図っています。また、研修・講習会・勉強会で身体拘束について学ぶ事があるので日々の行動で、スタッフ間で身体拘束を行っていないか確認してもらったり（気づかずに身体拘束が行なわれていないか） あったら注意してもらうよう話し合っています。新人スタッフに講習・研修参加してもらっています。	身体拘束をしないケアについてマニュアルを用いて定期的に研修を行っています。また、問題があれば職員間で注意し合っています。緊急やむを得ない場合に身体拘束を行う場合の手順は契約書に明記しています。事故防止のため浴室は施錠しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待防止関連の講習会・研修・勉強会にてとりあげ、接遇についても、スタッフ間で話し合い日々のお互いの行動を観察し気づかずに虐待が行なわれていないか、対応の仕方など、検討し話し合っています。また、自己点検シートアンケートをスタッフにチェックしてもらい振り返りを行っています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	会社主催の勉強会や外部研修から権利擁護についての制度を学ぶ機会がありスタッフ皆に情報を伝えています。当ホームも成年後見人を利用されている方がいます。		
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。	家族・本人とお会いし、不安や質問に答えながら、コミュニケーションをとりながら充分納得していただいた上、契約をしていただくようにしています。		
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。	家族から直接話しをいただいたり、家族会にて意見をいただいたりして、これからの運営に反映させていただいています。また、意見箱を玄関に設置しています。今回家族会では緊急時の際の連絡方法について、延命処置の件について話しがアがりました。	職員は利用者や家族との会話の中や、運営推進会議、年2回開催の家族会などで意見、要望など聞くようにしています。出された意見、要望はその都度検討しています。最近では緊急治療に関する話し合いが行われ、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。	カンファレンスや申し送りなど、話す機会があるので、意見や提案をとりあげ反映しています。また、連絡ノートもスタッフの意見・情報収集に役立っています。職員同士意見を言いやすい関係作りができるようにコミュニケーションをとっています。	毎月の職員会議、チーム会議、申し送りノート、必要に応じて個人面談を行い職員の意見を聞いています。職員からの提案や要望はその都度検討し、最近では食事に関する提案の中で利用者のやる気を引出すための工夫を検討しています。	
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。	職員の勤務態度・努力・向上心をもって働けるよう管理者・主任から評価やアドバイスをしています。興味関心ある講習会情報の提供や必須研修など参加依頼にて個々の学習や向上心が持てる機会を提供しています。		
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。	職員は外部研修や内部研修に積極的に参加しています。参加者が学んだ事をレポートや報告にて皆に伝えホーム全体のレベルアップを図っています。		
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・運営推進会議・研修・講習会・交換研修等で同業者との交流機会があります。お互いに情報を交換しながら、サービスの質の向上に役だっています。		
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。	本人の情報をいただきながら、不安や困った事等、ご本人の思っている事を聞き、少しでも軽減できるように、個別に話す時間を出来るだけ設けコミュニケーションをとるように心がけています。		

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。	御家族の要望、悩み等を良く聞き、安心できるまで話し合い、ご家族の方が納得し寄り添いながらより良い関係作りに努めています。		
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。	相談時、本人や家族の思い、今何が不安なのか状況などを把握、他のサービス利用も含め、今必要としている支援を行ないます。		
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。	支援する側、支援される側という意識を持たず、自分の家、家族のような気持ちで共に穏やかな気持ちで暖かい家庭を心がけ支えあって生活しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	生活を共に一緒に生きていく事で家族と職員が関わり支えていける関係を大切にしています。また、ターミナルを迎えるにあたって共に協力して悔いのない介護に努めています。		
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。	友人・知人が御家族と同様にいつまでも面会に、来れるように家族の方にも伝えて仲のよかった御友人がいましたら誘っていただけるように声をかけています。	アセスメントの段階で基本情報、生活歴や利用者、家族との話し合いなどで馴染みの人や場所を把握しています。家族の協力を得て墓参りや友人に会えるように支援しています。馴染みの人への手紙やファクスなどの手伝いなども行い関係が継続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
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。	利用者同士で声を掛け合ってわからない方に教えながら作業をしたり、困っている方がいれば他の利用者が声を掛け、その情報を職員に伝えて下さったりと利用者同士の関わり、支え合いがなされています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	いつでも遊びに来ていただくように伝えています。退所された入居者様の御家族様が遊びに来られる事もあります。病院お見舞いや電話で御家族様や御本人様の様子をお伺いしています。移転先に本人の情報を伝えスムーズに対応できるよう配慮しています。		

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。	家族から情報をお聞きしたり、本人と1対1でお話しが出来る時間を作り把握に努めています。言葉や表現、行動から真意を推し測ったり、確認するようにしています。	利用者と職員は日々の生活の中で信頼関係を深め、会話などを通じて思いや意向を把握し、そのことを職員会議、チーム会議で共有しています。意思疎通が困難な利用者には、家族からの情報や日々の行動や仕草から思いや意向を把握しています。	
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。	御本人や家族にどんな生活をされていたか聞いています。本人には入浴時1対1でお話する時また、皆と交わす会話の中で昔の様子のお話しが伺える事が多々あります。また、新聞やテレビ等で思い出の場所や出来事がないか日々の会話の中で聞いています。		
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。	時間にとらわれず、御本人の今までの生活リズムを尊重し、また御本人の気分や体調、睡眠状態に合わせて個々に一日の過ごし方に対応しています。職員主体にならないように気をつけています。		

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。	本人、家族から要望を聞き本人がより良く暮らすための課題とケアについてカンファレンスを開き、話し合い作成していきます。状況が変わるようであれば見直し作り直します。	職員は利用者や家族の意向を日頃の関わりの中で把握しています。毎月のカンファレンスで意見交換を行い、それに基づき計画作成担当者が介護計画書を3ヶ月ごとに作成し、家族に説明して同意を得ています。また、必要に応じて適宜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。	個別のファイルを用意し食事、水分、排泄など身体的状況及び、日々の様子や本人の言葉、エピソード等を記録し全ての職員が確認できる様にし、勤務開始時の確認は義務付けています。		
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。	介護タクシー利用にてスタッフや家族が付き添い車椅子に乗ったまま受診できます。入浴困難な方には訪問入浴サービスを利用しています。往診医、訪問看護師、訪問歯科医、音楽療法・食事会への送迎サービス、買い物・ドライブ・受診時ホームの車を使用しています。		
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。	地域ケアプラザの催しに参加したり、花屋や近所へ買い物に出掛けたり、散歩では、近所の方と会話を楽しんでいます。また近所の薬局への買い物も行かれ、御自分のものは自分で選ぶことをしています。定期受診・床屋の利用も行なっています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	月2回の訪問診察が受けられ、また、希望の病院にて受診する事も可能です。本人・家族の希望に応じ受診します。電話での医師からの指示も受けられます。	内科医、歯科医のほか、認知症の状態を観察する精神科医の定期訪問診断があります。体調に変化が生じた場合は、各医師に電話での相談が出来る体制になっています。家族の希望する病院で診療を受けることもできます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	訪問看護師と往診医との連携が整っており、必要に応じて指示が受けられます。週1回の訪問看護があり利用者の状況報告や状態によって指示を受け対応しています。24時間対応して下さいます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院する際に病院側に利用者の情報を伝えます。職員も見舞うようにし、状況を把握し、医師と話す機会を持ち、事業所内で対応可能な段階で退院できるよう相談しています。また、早期に退院できるようにベッドや車椅子の準備も早急に対応しています。		
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。	対応方針は定めてあります。事前に家族に説明しています。家族・看護師・往診医・主任・管理者で話し合いをし関係者の合意を得て支援するようにしています。事業所でできる事を十分説明します。チームケアにて後悔のない終末期を送ります。	終末期の対応は、契約時に事業所の方針書に基づいて、家族に説明しています。重度化の場合や延命処置については、キーパーソンと医師と消防署の直接交渉で対処方法を決めています。転倒などの突発事故には、マニュアルに沿って対応しています。	
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。	緊急時の対応や連絡対応など、1人1人指導しています。応急手当や初期対応のマニュアルにて周知できるようにしています。救急車・搬送病院に本人情報がスムーズに答えられるように本人ファイルに添付してあります。人工呼吸法・AED・応急手当など身につけるよう訓練・講習を受けています。		
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。	防火管理者の指示の元定期的に訓練します。消火器・火災報知器・受信機・通報装置の使用法等訓練時に行っています。非常食・飲料水などの備蓄品も用意してあります。避難訓練には、近隣の方の協力をお願いしています。	防災訓練は、年に6回行っています。火災時は煙を吸わないことを第一とし、1階は庭に、2階はベランダに誘導することを最優先に行う事に行っています。地震の時は事業所内で救援を待つ事に行っています。防災ネットワークにも加入しています。	

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
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。	記録類は事務所に保管します。声の大きさ、言葉遣い、排泄、入浴等のプライバシー配慮については、入職時にオリエンテーションを行ないます。業務の中でもその都度指導しています。勉強会や研修で人権やプライバシーについて学ぶ事もあり研修報告として問題をあげて全職員が周知しています。	グループ内20事業所共同で作成した教材で、入職時にはパート職員も含めオリエンテーションを行っています。毎月法人本部主催の勉強会でも学んでいます。「さっきも聞いたよ」「ちょっと待ってて」など、不適切な言葉遣いや、対応をしないようにしています。	
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。	個々の能力を見つけ出し、引き出す為に、出来ないところはフォローしていきます。本人の気分にあった服装選び、食べたいもの等も会話しながらコミュニケーションを図り決定できる環境を作ります。		
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、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。	個人のペースやその日の体調、意欲に合わせます。好きな事が好きな時に出来るように配慮します。入浴や食事也希望を聞いてから決めるように心掛けています。また、散歩のコースを選んでいただく事もあります。		
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。	髪型や服装には、その人らしい個性を尊重し決定していただくように支援します。理髪業の方も希望を聞かれてから散髪されます。外出の際は職員と一緒に洋服を選ばれる方もいらっしゃいます。		
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。	以前は消極的だった方も今ではテーブル拭きや配膳、食器拭きや洗い物等利用者が積極的に主体となって行ってくさっています。また、下処理等も行って頂くことでどんな料理が出てくるのか楽しみといった声も聞こえてきています。	職員の働きかけもあり、現在は配膳、後片付けのほか、食事の下ごしらえも一緒に行うなど利用者の積極的係わりが増えています。食事の席順は、介助の有無や利用者同士の相性を見ながら、適宜変更しています。	

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。	食事・水分チェック表に記入し、把握しています。好みの物や熱さにも留意しています。毎週体重測定も行なっています。栄養士に栄養バランスチェックをしていただき、アドバイスをいただいています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後、必ず口腔ケアします。出来る方にはこえ掛け、そうでない方は出来るところまで行なって頂き、その後は援助し清潔保持しています。定期的に訪問歯科指導があります。義歯の洗浄も御本人の希望によって対応しています。		
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。	個々の排泄パターンを把握し失敗する前にトイレに行けるよう支援します。(立ち上がる・落ち着きがない等)のサインは見逃さないように気をつけています。サインがみられた時は職員で情報を共有し、排泄の失敗を減らしていけるようにしています。	排泄パターンの観察や、タイムリーな声掛けにより、紙おむつから布パンツに改善した事例があります。夜間も個々の声掛けをきめ細かく行うことで、失敗を減らす工夫をしています。失敗の時は、さりげなく周りに分からぬようプライバシーに配慮して対応しています。	
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。	夜間帯に寒天を使用した牛乳寒天等を作り、10時の水分補給時に提供しています。また、個々に便秘解消に効く食べ物や飲み物を知っておくことで便秘時、解消の為に提供しています。他にごぼう茶をホームで作ったりと出来るだけ薬に頼らないように心がけています。		
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。	声掛けにてご気分を尋ねながら入浴して頂いています。中には入りたくないと言われる方もいますが時間や日を改めて入って頂いています。入浴管理表で状況を把握しています。入浴が困難な方は訪問入浴サービスを受けたり、スタッフ2人対応でシャワー浴を行なう事もあります。	冬場は特に脱衣所や浴室内を温め温度差に配慮しています。入浴拒否の方は、時間や職員を替えたりして対応するなどの工夫をします。事業所で入浴が困難な場合は、法人の訪問入浴サービスを利用しています。清潔保持の為、シャワー浴や足湯も行います。	

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。	夜間不眠や昼夜逆転にならない程度に体調や習慣にあわせ、好きな時に休息できるように配慮しています。また、夜間の睡眠状態や疲労度を見ながら状況に合わせて休んでいただきます。空調や加湿に気をつけ、心地よく眠れるようにしています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	利用者1人1人の個人ファイルに服薬内容、薬の説明がファイルされており、全職員が確認しています。変更があれば申しおくり、記録にも記していき必ず把握して業務に入るようにします。服薬時はダブルチェックを行い又定期的に服薬の方法の見直しを行っています。		
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。	個人の生活歴を把握し得意な事を活かした趣味活動を支援しています。裁縫・掃除・収穫・掲示物作成等、得意分野を活かして頂き喜びのある日々を過ごして頂いています。		
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。	外出したい方は散歩、畑への収穫、園芸店への花の観賞、スーパーなどへの買い物にも出掛けています。また、自治会行事やレストラン風の音にて音楽療法や食事が楽しめるよう外出支援をしています。また、希望により車でドライブや買い物にもいきます。	地域ケアプラザのケーキパーティーに参加する方、ノルディックウォーキングをする方、毎週自宅に帰る方など様々ですが、全体では月に3回、グループのレストランでの食事や音楽療法に出かけています。遠出外出に関しては、トイレ対策を検討中です。	
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。	基本的には本社にて管理し、使うときは立て替える仕組みをとっていますが、ホームで管理している方もいるのでそういった方は買い物時御自分で払って頂くなどし、日常的な動作を忘れないようにしています。		

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。	いつでもかける事ができます。また、家族や友人からも掛けていただけるようにお伝えしています。御本人にきた手紙などはお渡しして、お互いにやり取りが出来るように支援しています。		
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。	毎月の行事の写真やカレンダー等、利用者の作品の展示品が飾ってあります。リビングには畳スペースとテレビを囲んだソファがあるのでくつろいで頂いています。散歩中摘んだ草花等を花瓶に挿して、玄関に飾られる方もいます。	ゆったりしたリビングに、椅子席、ソファ席、畳敷きと様々な空間を設定して、好みの場所でくつろげるようになっています。壁面には塗り絵、刺し子、習字などの力作が飾られています。	
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。	テーブルで皆さんと会話を楽しんだり、ソファでゆっくりテレビが見れる様にしています。畳のスペースは日当たり良く暖かなので、ちょっとした居眠りにも適しています。、気の合ったもの同士話しをして過ごされたりしています。		
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。	入居前に使用されてた家具、寝具等持込使用しています。以前暮らしていた家と同じ様な雰囲気になっている方もいます。アルバム・手紙などいつでも見れるようにしてあります。	居室は10㎡強の広さがあり、好みに畳敷きにした部屋や、電子ピアノや使い慣れた家具で、入居前の自宅の部屋のようなその方らしい居室になっています。掃除の時には、窓を開けて換気をしています。シーツなどリネン類は毎週洗濯し、天気の良い日は、前庭で布	
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。	共有空間(リビング・廊下・トイレ・浴室)には手すりがあり車椅子対応のトイレがあります。床は柔らかい素材を使用しており、フロアには出来るだけ歩行の妨げとなる物を置かないようにしています。浴槽内には、滑り止めマット、肘掛椅子を利用して安全に心掛けています。		

事業所名	グループホーム はなもも
ユニット名	2階 もも

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
	2, 利用者の2/3くらい
	3. 利用者の1/3くらい
	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
	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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	玄関やホーム内に提示してあり、日々の活動の中で意識付けていけるよう、カンファレンスや申し送り時などで、日々の入居者様の様子を見ながら理念に添った生活が送れているかを検討しながらケアプランにつなげて行き、ここが私の家だよと思える環境作りやケアを通じて1人1人の心地よいホームを目指しています。		
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。	自治会会員活動の一環として、町内自治会の行事に参加しています。自治会新役員会議に参加、会長・副会長様にグループホームのことを知っていただき運営推進会議にてホームと地域とのかかわりを広げる方法など話し合ったりしました。地域包括支援よりボランティアや教室などの情報を頂き参加させていただきました。		
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。	地域の方にも聞いていただけるよう毎年、事例発表会を開催しています。今回はノルディックウォキングの講師を招き教えていただき入居者様に実践していただき効果を発表しました。ホームに認知症を抱えている家族の方から電話があり相談に乗ったり、見学をしたいと突然来られ案内や相談に乗ることもありました。ヘルパー基礎研修開講の為、管理者は講師を担当しホームは実習生の実習先となりました。		
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。	運営推進会議にて、ホームの状況報告や地域との係わり合いについて話し合いを行っています。今年は自治会の役員の方が新メンバーに変わったため、運営推進のことについての説明や初めてのグループホームのことについて理解していただく事から始まりました。包括支援センターの職員からは、ホームの外に出てしまわれた入居者様の話しをしたら徘徊ネットワークの事を教えてくださり登録手続きをしました。敬老会の催しの情報など教えてくださったり、足が皆弱くなってきたこともあり何か楽しんでできる良い方法はないかと思っていたところテレビでノルディックウォキングの紹介がありました。高齢者でも出来るとのことで包括支援の方からノルディックウォキングの講師を紹介していただき体験させていただきました。自立されている方を楽しみの提供をしたいと相談したところ地区センターの教室の紹介など頂き利用させていただいています。副会長様から災害時の話で井戸水が自宅にあり現在も使っていると話をされる。昔使っていた井戸が役に立つ、もっともっと井戸を作った方がいいと話される。運営推進会議開始前に避難訓練に参加していただき、感想を伺い改善に向かって取り組んでいます。		
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。	高齢者支援・生活保護担当者と利用者の状況報告や助言等も受けています。グループホーム連絡会や事業者・事業所連絡会等、市の講習会・研修会とも参加しています。グループディスカッションで市や区の職員の方も参加し、ホームで困っている事など聞いていただいたり、良い改善策などないか意見を出し合う良い機会を頂いています。災害時の際、地域との係わり合いについての問題や地域の協力が得れない状況が多いホームが沢山あること、また、ホームで地域にどのような働きかけをしているか、毎回の議題にあがるのでなかなか難しい課題です。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	マニュアルを用いて全職員に周知を図っています。また、研修・講習会・勉強会で身体拘束について学ぶ事があるので日々の行動で、スタッフ間で身体拘束を行っていないか確認してもらったり（気づかずに身体拘束が行なわれていないか） あったら注意してもらうよう話し合っています。新人スタッフに講習・研修参加してもらっています。		
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。	虐待防止関連の講習会・研修・勉強会にてとりあげ、接遇についても、スタッフ間で話し合い日々のお互いの行動を観察し気づかずに虐待が行なわれていないか、対応の仕方など、検討し話し合っています。また、自己点検シートアンケートをスタッフにチェックしてもらい振り返りを行っています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	会社主催の勉強会や外部研修から権利擁護についての制度を学ぶ機会がありスタッフ皆に情報を伝えています。当ホームも成年後見人を利用されている方がいます。		
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。	家族・本人とお会いし、今かかっている不安や質問に答え、コミュニケーションをとりながら充分納得していただいた上、契約をしていただくようにしています。		
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。	家族から直接話しをいただいたり、家族会にて意見をいただいたりして、これからの運営に反映させていただいています。また、意見箱を玄関に設置しています。今回家族会では緊急時の際の連絡方法について、延命処置の件について話しがあがりました。		

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。	カンファレンスや申し送りなど、話す機会があるので、意見や提案をとりあげ反映しています。また、連絡ノートもスタッフの意見・情報収集に役立っています。お互いに意見が出せるようにコミュニケーションをとっています。		
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。	職員の勤務態度・努力・向上心をもって働けるよう管理者・主任から評価やアドバイスをしています。興味関心ある講習会情報の提供や必須研修など参加依頼にて個々の学習や向上心が持てる機会を提供しています。		
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。	職員は外部研修や内部研修に積極的に参加しています。参加者が学んだ事をレポートや報告にて皆に伝えホーム全体のレベルアップを図っています。また、職員が持つ得意分野を活かせる様配慮しています。		
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・事業者・事業所連絡会・研修・講習会・交換研修・本社勉強会等で同業者との交流機会があります。お互いに情報を交換しながら、サービスの質の向上に役だっています。		
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。	本人の情報をいただきながら、不安や困った事等、少しでも軽減できるように、コミュニケーションをとりながら対応します。		

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。	御家族の要望、悩み等を良く聞き、安心できるまで話し合い、信頼関係を築いていきます。		
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。	相談時、本人や家族の思い、今何が不安なのか状況などを把握、他のサービス利用も含め、今必要としている支援を行ないます。		
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。	支援する側、支援される側という意識を持たずともに生活しながら穏やかな生活が出来るようにその方の好きな事、得意な事を活かしていただき困った時は、助け合い生活していきます。		
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。	生活を共に一緒に生きていく事で家族と職員が関わり支えていける関係を大切にしています。入居者様の状況の報告や家族から本人の情報を頂いたりしながら、ホームで穏やかに安心して過ごせるように信頼関係を気付いていきます。		
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。	友人・知人が御家族と同様にいつまでも面会に、来れるように家族の方にも伝えて仲のよかった御友人がいましたら誘っていただけるように声をかけています。電話の対応や手紙の投函、FAXの依頼を受けています。		

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。	利用者同士がお互いに助け合い支えあえるよう、出来ない人の配膳の片付けや車椅子を押して下さったり、お手伝いが出来る方には手伝って頂いたりして、良い関係を構築していきます。		
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。	いつでも遊びに来ていただくように伝えています。退所された入居者様の御家族様が遊びに来られる事もあります。病院お見舞いや電話で御家族様や御本人様の様子をお伺いしています。移転先に本人の情報を伝えスムーズに対応できるよう配慮しています。		

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。	家族から情報をお聞きしたり、本人と1対1でお話しが出来る時間を作り把握に努めています。入浴時は1対1なのでコミュニケーションがとりやすい場所です。言葉では理解できない方は、表情や行動から真意を推し測り確認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。	御本人や家族にどんな生活をされていたか聞いています。本人には入浴時1対1でお話する時また、皆と交わす会話の中で昔の様子のお話しが伺える事が多々あります。		
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。	本人とお話しをしたり、御家族からの情報と利用者1人1人の生活リズムを理解すると共に行動や動作、言動から感じとり本人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
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、家族から要望を聞き本人がより良く暮らすための課題とケアについてカンファレンスを開き、話し合い作成していきます。実施後ケアで問題があがったり状況が変わるようであれば見直し作り直します。		
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。	個別のファイルを用意し食事、水分、排泄など身体的状況及び、日々の様子や本人の言葉、エピソード等を記録し全ての職員が確認できる様にし、勤務開始時の確認は義務付けています。また、朝の申し送りの際に情報を把握します。		
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。	介護タクシー利用にてスタッフや家族が付き添い車椅子に乗ったまま受診できます。入浴困難な方には訪問入浴サービスを利用しています。往診医、訪問看護師、訪問歯科医の利用、音楽療法・食事会の利用と送迎サービス、買い物・ドライブ・受診時ホームの車を使用しています。訪問マッサージを利用されている方も4人います。		
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。	地域ケアプラザの教室に参加したり、近所へ買い物に出掛けたり、散歩では、近所の方と会話を楽しんでいます。床屋の利用も行なっています。近くの牧場にアイスクリームと牛乳が飲める店が開店し行事企画しアイスクリームを食べにいきました。偶然にも牛の出産シーンを見ることが出来ました。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	月2回の訪問診察が受けられ、また、希望の病院にて受診する事も可能です。本人・家族の希望に応じ受診します。電話での医師からの指示も受けられます。状態に異常が見られたら、往診にて診ていただけます。		

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。	訪問看護師と往診医との連携が整っており、必要に応じて指示が受けられます。週1回の訪問看護があり利用者の状況報告や状態によって指示を受け対応しています。24時間対応して下さいます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院する際に病院側に利用者の情報を伝えます。職員も見舞うようにし、状況を把握し、医師と話す機会を持ち、事業所内で対応可能な段階で退院できるよう相談しています。		
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。	対応方針は定めてあります。事前に家族に説明しています。家族・看護師・往診医・主任・管理者で話し合いをし関係者の合意を得て支援するようにしています。事業所でできる事を十分説明します。チームケアにて後悔のない終末期を送ります。		
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。	緊急時の対応や連絡対応など、1人1人指導しています。応急手当や初期対応のマニュアルにて周知できるようにしています。救急車・搬送病院に本人情報がスムーズに答えられるように本人ファイルに添付してあります。人工呼吸法・AED・応急手当など身につけるよう訓練・講習を受けています。		
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。	防火管理者の指示の元定期的に訓練します。消火器・火災報知器・受信機・通報装置の使用法等訓練時に行っています。非常食・飲料水などの備蓄品も用意してあります。避難訓練には、近隣の方の協力をお願いしています。		

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
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。	記録類は事務所に保管します。声の大きさ、言葉遣い、排泄、入浴等のプライバシー配慮については、入職時にオリエンテーションを行ないます。業務の中でもその都度指導しています。勉強会や研修で人権やプライバシーについて学ぶ事もあり研修報告として問題をあげて全職員が周知しています。		
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。	個々の能力を見つけ出し、引き出す為に、出来ないところはフォローしていきます。本人の気分にあった服装選び、食べたいもの等も会話しながらコミュニケーションを図り決定できる環境を作ります。嚙みつぶの方がいますのでメモにて本人の希望や自己決定できるように確認しています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	個人のペースやその日の体調、意欲に合わせます。好きな事が好きな時に出来るように配慮します。入浴や食事也希望を聞いてから決めるように心掛けています。		
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。	髪型や服装には、その人らしい個性を尊重し決定していただくように支援します。理髪業の方も希望を聞かれてから散髪されます。外出の際は職員と一緒に洋服を選ばれる方もいらっしゃいます。		
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。	食器拭き、テーブル拭き、食器収納等それぞれ出来る方が手伝ってくださいます。下準備に野菜の根取りや野菜の皮むき等も手伝って頂けます。風の音（中華レストラン）での外食やレストランからの配食サービスも楽しみのひとつになっています。		

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
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・水分チェック表に記入し、把握しています。好みの物や熱さにも留意しています。毎週体重測定も行なっています。栄養士に栄養バランスチェックをしていただき、アドバイスをいただいています。飲み込み困難の方もいますのでとろみやミキサー食・刻み食と食べやすい形態にて提供しています。		
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。	毎食後、必ず口腔ケアします。出来る方にはこえ掛け、そうでない方は出来るところまで行なって頂き、その後は援助し清潔保持しています。定期的に訪問歯科指導があります。歯磨きが出来ない方は口腔ケアティッシュを使用し、衛生を保ちます。		
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。	個々の排泄パターンを把握し失敗する前にトイレに行けるよう支援します。(立ち上がる・落ち着きがない等)のサインは見逃さないように気をつけています。		
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。	牛乳を召し上がる方や、ヨーグルトを召し上がる方など個々によって対応が違います。水分を多めに摂る事も働きかけます。繊維質の豊富な食事の提供、体操や散歩などの運動を行い、予防に努めています。今年はゴボウ茶を一緒に作り、飲んでいただいています。効果が見られています。		
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。	こえ掛けにて喜んで入っていただいています。中には拒否される方もありますが時間を見計らって入っていただいています。入浴管理表で状況を把握しています。入浴が困難な方は訪問入浴サービスを受けたり、スタッフ2人対応でシャワー浴を行なう事もあります。		

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
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。	夜間不眠や昼夜逆転にならない程度に体調や習慣にあわせ、好きな時に休息できるように配慮しています。居室以外にもリビングにあるソファや畳スペースで休んでいただくこともできます。		
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。	利用者1人1人の個人ファイルに服薬内容、薬の説明がファイルされており、全職員が確認しています。名前の確認をしていただき、内服したのを見守り(介助の方もいる)確認チェック表に記入しています。服薬の際は周りのスタッフも確認し誤薬ミスを防ぎます。服薬のマニュアルも掲示してあります。		
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。	個人の生活歴を把握し得意な事を活かした趣味活動を支援しています。歌・塗り絵・裁縫・掃除・植木の世話・掲示物作成等、得意分野を活かして頂き喜びのある日々を過ごして頂いています。行事などで庭のみかん狩りを楽しんだり、カラオケ・ドライブなど特に食べ物の企画は皆様大好きです。		
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。	外出したい方は散歩、畑への収穫、スーパーなどへの買い物にも出掛けています。また、自治会行事やレストラン風の音にて音楽療法や食事会が楽しめるよう外出支援をしています。お墓参りに行かれる方もいます。御家族様と外出することが楽しみになっています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	本社にて管理し、使うときは立て替える仕組みをとっていますが、買い物に行った際自分で払っていただけるようにお金を使って物を買うという日常動作を忘れない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
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。	電話はいつでもかける事ができます。また、家族や友人からも掛けていただけるようにお伝えしています。御本人にきたFAXや手紙などはお渡しして、お互いにやり取りが出来るように支援しています。		
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。	毎月の行事の写真やカレンダー等、利用者の作品の展示品が飾ってあります。リビングには畳スペースとテレビを囲んだソファがあるのでくつろいで頂いています。散歩中摘んだ草花等を花瓶に挿して、リビングに飾られる方もいます。庭先にベンチを設定してありますのでいつでも日光浴・休息ができます。		
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。	テーブルで皆様と会話を楽しんだり、ソファでゆっくりテレビが観れるようにしています。畳のスペースは日当たりが良く暖かいので、ちょっとした居眠りに適しています。ソファが2箇所設置されています。1人で休息したり、気のあったもの同士話をして過ごされたり出来ます。外にはベンチが用意され日光浴や休息に使用できます。		
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。	入居前に使用されてた家具、寝具等持込使用していません。以前暮らしていた家と同じ様な雰囲気になされている方もいます。アルバム・手紙などいつでも見れるようにしてあります。		
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。	共有空間(リビング・廊下・トイレ・浴室)には手すりがあり車椅子対応のトイレがあります。床は柔らかい素材を使用しています。浴槽内には、滑り止めマット、座位が保てない方のためにキャリーチェアを使用し安全に心掛けています。浴槽をまたぐのに困難な方用に台を使用しています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム はなもも

目標達成計画

作成日: 平成 26 年 3月 20日

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

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	18	高齢や認知症が進み、歩行困難者が増えてきました。一部の自立者だけ外出をおもに行ってしまうがちですが、歩行できない方の外出回数を増やしていきたい。	外出の機会を増やす。	食事会や音楽療法で月3回は外出はしています。可能な限り全員参加できるようにしていきます。お花見など遠出や散歩の機会を増やし外出の楽しみを作っていきます。	12ヶ月
2	48	介護度が高い数名の入居者様に手がかかってしまい、他入居者様にニーズに合わせたケアの提供が出来なくなってしまう。	利用者様のニーズに合わせたケアの提供	他入居者様の好きなこと楽しみになることを見つけニーズに合わせたサービスを提供します。	12ヶ月
3	13	職員育成の為、ホーム全体のレベルアップを図ります。	積極的な研修への参加	外部・内部研修に参加し自己研磨に努める。参加出来なかったスタッフに研修内容を報告しホームレベルアップを図っていきます。	12ヶ月
4					
5					