

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	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泉町7737-11			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成26年1月9日	評価結果 市町村受理日	平成26年4月25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/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473600953&SVCD=320&THN0=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)】

利用者様がその人らしく生き生きと暮らせるように、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。自分で出来る事は自分でをモトに利用者様の能力に応じて、さまざまな作業を行なっ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に努めています。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。利用者様の参加については強制的にならないよう本人の希望や体調に合わせると共に、ご家族にも早めに予定をお伝えするなどし、出来る限り一緒に参加できるよう配慮しています。また、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防災訓練、お祭りに参加し地域の一員であることを実感していただいています。ホームで開催する行事に地域の方を招待し、多くの方にホームの存在を知っていただくよう努めています。

【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26年2月13日	評価機関 評価決定日	平成26年4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)】

相鉄線「三ツ境駅」より神奈中バス「いずみ野駅」行きで「和泉台」バス停から徒歩1分の、まだ畑が残る緑の多い環境にあります。すぐ近くに大きな病院があり緊急時には対応できます。母体の法人が運営する車イス対応のレストランへ毎月、外食や音楽療法など送迎バスにより大勢でドライブしながら楽しんでいます。

<優れている点>

ホームは地域との交流を大切にしています。回覧板や町内清掃、夏祭りなどに参加したり、ホームの「やまもも祭」などに地元の方々を招き地域に貢献しています。家族では実現しにくい花見、鯉のぼり見学、ミカン狩り、紅葉狩りなど年間の外出行事を多く実施しています。その時の写真を広報「やまもも便り」に掲載し、報告書類と一緒に利用者一人ひとりの様子を郵送しています。本部と各ホーム長で構成されている法人教育委員会で「人材育成指針」を作成し、年次教育計画表により2ヶ月ごとに職員主導による勉強会を実施しています。

<工夫点>

1階と2階には幅の広いウッドデッキが設置され、利用者は外気浴を楽しんだり、災害の場合の一時避難場所にもなっています。敷地内に農園を作り、野菜作りを通して一人ひとりに合った楽しみや季節感を味わっています。また、利用者の能力に応じて様々な作業やレクリエーション、毎日の体操など楽しみながら筋力低下の防止に努めています。

【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	グループホームやまもも
ユニット名	いちご

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	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。ホームの存在を地域にアピールするためにお祭りを開催し地域の方を招待しています。	理念である「自分らしく穏やかに暮らせる私たちの家」をモットーに「地域との交流やみんなとの和」を大切に支援に努めています。理念を具体化した5つの目標を事務所に掲示し常に問題意識を持って利用者がその人らしい暮らしが送れるよう支援しています。	
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。	日々の散歩で挨拶を交わしたり定期の町内清掃には、利用者様と参加しています。また、お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に努めています。自治会の交流の場「いずみ台サロン」にも時々参加しています。その他、二ヶ月に一回大正琴のボランティアの方が来所されています。	町内会に加入し「地域との交流」を大切に回覧板や町内清掃、夏の盆踊りなど参加しています。自治会の「いずみ台サロン」の健康体操や落語などの催しに参加し近隣の人たちと顔馴染みになっています。2ヶ月に1回大正琴のボランティアが訪問しています。	地域の行事や防災訓練など地域との交流を大切に活動されています。今後も事業所の経験やノウハウなどを活かし、ホームを身近な地域ケアの拠点として機能していくことを期待します。
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、法人内のお祭りや防災訓練に参加していただき認知症の理解、支援について知って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。	各事業所での個別開催となっており二ヶ月に一回のペースで年六回開催しています。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。夜間想定避難訓練に委員の方にも参加していただき反省会において意見交換を行なっています。	年6回開催し、自治会長、行政・地域包括支援センター職員、家族が参加し、活動状況や事故報告、地域の行事、防災訓練などについて話し合っています。玄関前の道路ミラーや非常階段、災害時の協力体制など検討され実現しています。	
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。	運営推進会議に参加していただき取り組み状況を報告しています。グループホーム連絡会の研修等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取るなどの他、訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。	区の高齢支援課や利用者の担当職員とは日常的な支援や困難な事例を抱える利用者に対する対処などについての相談や、運営推進会議では情報を交換しています。行政主催の感染症、身体拘束などの研修会やグループホーム連絡会に参加しています。	

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。玄関やテラス出入口については、夜勤者のみになる時間を除いては開錠しており職員が見守ることによって利用者様の安全を確保しています。	身体拘束ゼロを目指しホーム長はじめ職員は申し送りノートなどに気付きを記入し、カンファレンスで確認し合っています。言葉遣いや業務態度チェックシートなどを使い、法人内の各ホーム長が交代で講師になり勉強会を開き、事例検討して実践に繋げています。	
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。利用者様の身体に小さなあざなどを発見した時は記録に残し出来る限り原因を究明するよう努めています。		
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。	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。現在、一名の利用者様が成年後見制度を活用されており、担当者の定期的な訪問があります。		
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、料金も含め介護保険制度の改正により変更になった部分についてはその都度書類を作成し説明すると共に同意書に署名押印していただいています。		
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、要望を記録に残すと共にカンファレンスを実施し改善に取り組んでいます。また、苦情受付担当者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。	「やまもも通信」を毎月の連絡書類とともに家族に送付し利用者の健康状態など報告し意見も得ています。家族会は年2回開催し、介護記録を閲覧しながら質問や要望、提案など意見交換しています。法人本部の総合相談室では相談や苦情など随時対応しています。	

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
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。また、定期管理者会議において各事業所の意見や提案を検討しています。	ユニット会議やホーム会議で管理者と職員は意見や提案について話し合っています。職員の努力や実績を評価する能力考査を実施し、モチベーションを高めています。新年会や納涼祭、職員旅行などにより職員間との交流やリフレッシュを図っています。	
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。	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柔軟に対応しています。職員の退職者が出た場合は、出来る限り迅速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新年会、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。	管理者研修をはじめ、勉強会、教育研修会がありスキルアップを図っています。法人内に教育委員会を設置し職員の状況を細かく把握し個々に合わせたスキルアップが出来るよう努めています。また、法人内で初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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、研修で得た情報や他ホームの良いところは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。		
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。	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、不安に思っている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なっています。その際、困っていることや不安なことなどをご家族が気軽に聞ける雰囲気作りに努めています。入居後も面会時や電話等いつでも相談を受け付けていることを伝えていきます。		
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。	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おられるのでモニタリング、アセスメントを重ね本人、ご家族の意向に合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がけています。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や役に立っていると言う実感を持っていただけるよう努めています。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小まめに報告するようにしています。行事などの連絡は早めにし、一緒に参加できるよう配慮しています。また、訪問時や電話などでご家族の意見、要望を伺い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います。年賀状や手紙を通じて遠方の親戚や友人との交流を続けている方もいます。	法人本部の総合相談室の担当者による入居前のアセスメントにより身体状況や趣味、要望など詳細に把握しています。親族の協力で馴染みの美容院やケアタクシーを活用して教会などに出掛けています。友人への年賀状や手紙の記入、電話など関係が継続されるよう支援しています。	

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。	レクリエーションや行事など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、おやつの中には職員も同じテーブルに着き利用者様同士が会話出来るよう促したり、関わりを持って楽しく過ごせる様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。	グループホームでの対応が困難になり入院され、退所された方がいます。その後の行き先や手続きなどについての相談もあり、出来る限り答えられるようにしています。今後も必要に応じて支援を継続するよう努めています。		
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。	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出来る限り意向に添った支援が出来るように努めています。また、意思表示が困難な利用者様に対しては、ご家族の意見を聞いたり日頃の様子から本人の思いを察し、より近いものになるよう検討しています。	日々の会話や外出した時の行動・反応などから「してほしいこと」「したいと思うこと」など把握し、記録しています。理念の「自分らしく」を大切に本人ができる役割のある生活をする事により、活力を引き出すようケアプランに反映しています。	
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。	入居時のアセスメントやご家族からの情報、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等を聞きながらこれまでどのような暮らしをしていたのかの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・バイタルチェックを毎日行い記録しています。それらの情報を基に毎日二回の申し送りにおいて報告しています。また、職員は出勤時に連絡帳や業務日誌に目を通すことにより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	○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で話し合い情報を職員間で共有し現状に即した介護支援計画の作成を心がけています。	全職員が1冊の「申し送りノート」に利用者の体調や精神面の変化など気が付いた小さなことでも記録し、医師、看護師の「医療連携ノート」などを基に3ヶ月ごとに職員間で協議し本人や家族の意向や思いを含めて介護計画を見直しています。	
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。	ケアプランに添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録し、それらの情報を基に職員間で協議し介護支援計画の見直し、作成を行っております。		
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。	個別支援として買い物、美容院、外食など本人の希望がある時は時間を調整し支援しています。また、法人内の他事業所から車椅子対応の車を借りたり、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付き添いのもと外出することもできます。		
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。	自治会に加入しており回覧板で情報を得て、自治会の行事に参加しています。また、近所にある店に利用者様の希望する日用品や飲食品等を買に出かけています。屋外での歩行が難しい方は、ホームの車で対応しています。		
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。	協力医療機関の内科・精神科があり、本人、ご家族の希望を聞き主治医を決めていただき月2回の往診が受けられます。本人の状態によって主治医の変更も可能です。また、歯科・皮膚科の往診もあります。それ以外の受診についても主治医との連携により対応し適切な医療が受けられるよう支援しています。	全員が納得の上、協力医療機関を主治医にしています。内科、精神科は月2回、歯科は週1回往診があります。訪問看護も毎週あり、健康チェックや相談が出来ます。医療連携ノートで、主治医、看護師、介護職員が情報共有しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	毎週一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。医療連携ノートを活用しており主治医、看護師、介護職員が情報を共有しています。また、24時間連絡体制のため急変時にも相談、連携が取れます。		
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置けられる体制を整えています。また、本人、ご家族の意向も踏まえホームでの生活が可能な段階で出来る限り早期に退院できるよう努めています。		
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。	重度化した場合には、主治医からの病状説明がありホームより「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた医療方針について本人、ご家族、看護師、施設側と協議し終末期医療の選択を行なっております。ホームでのターミナルケアを行なっており、各医療機関と協力し状況に応じた処置を行なっています。	入居の際に事業所のターミナルケアについての説明をしています。また、重度化した場合は、主治医から病状説明があり、その上で色々な終末期医療の選択肢の中から利用者、家族、看護師、事業所等で協議をし、最終的に利用者、家族が決定をしています。昨年、看取りを経験しています。	
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。	勉強会や外部研修等で応急手当法や心肺蘇生法の訓練を行なっています。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掲示してあります。カンファレンス等で定期的に再確認しています。		
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。	毎年二回ホームでの防災訓練を実施しています。内一回は、消防署員立会いの下地域住民にも協力していただき夜間想定避難訓練を実施しています。災害時に備え非常用物品と三日分の水、食料を備蓄しており、ミキサー食の方への対応も可能です。また、利用者様の薬等を記入した写真入りの緊急カードを作成し、緊急時に持ち出せるようになっていきます。	年2回、防災訓練を実施しています。夜間想定避難訓練では、消防署員立会いの下、地域住民数名が参加しました。備蓄は缶詰やパン、ミキサー食など多彩な食品を3日分揃えています。賞味期限の1ヶ月前には法人から新しい物資が届きます。年1回の町内の防災訓練にも職員は利用者と共に参加しています。	

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。	個々の性格や生活暦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。接遇面については勉強会等で学ぶ機会もあり、職員間でも利用者様のケアの方法について話し合っています。特に保清や排泄に関する声掛け、確認はプライドを傷つけないよう充分配慮しています。	職員は、利用者を人生の大先輩であることを念頭に、利用者のやる気を否定せず、肯定しつつ危険のないように、またプライドを傷つけないように配慮をしています。接遇についての法人研修会では、職員が講師になることにより意識が高まっています。	
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。	日常会話やレクリエーションを通して楽しさを持っていただき、思いや希望などを伝えやすい環境作りに努めています。生活の中で些細なことでも自分で選択する機会を積極的に作るようにし、幾つかの選択肢を設けたりして本人が答えやすいよう配慮しています。		
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。	各利用者様の生活スタイルを尊重し、起床、就寝時間等設けず一人一人のペースで生活していただくようにしています。レクリエーションや行事等の参加も無理強いすることなく各利用者様の希望に添って柔軟な対応を心がけています。		
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。	入浴時や外出時には、出来る限り本人の好みの衣類を選んでいただいています。アクセサリを身につけたりお化粧をされる方もいます。起床時は整髪、髭剃りを行い自分で出来ない方については介助しています。また、定期的に理容師の訪問があり散髪を行なっています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	その日のメニューを利用者様と一緒に決めたり、味見や盛り付けなどを行なっていただいています。ホームに畑があり一緒に収穫をすることで、旬の食材や調理法の話をしてその方の好みなどを知ることも出来ます。会社系列の中華レストランへの外食や刺身の配達もあり楽しみの一つになっています。下膳は基本的に各自行なっていただき出来ない方のみ職員が行なっています。食器拭きをされる方もいます。	食事は職員が手作りをしています。メニューは利用者の希望を取り入れて決めています。月1回中華レストランで外食をしたり、出前の日もあります。月に2回刺身の日があり、利用者に喜ばれています。誕生会の時には、利用者の希望を聞き回転寿司やラーメン店に行くこともあります。食事が楽しみになるように工夫をしています。	

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。	利用者様の状態に合わせ、ミキサー食や刻み食等を提供しています。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。その方の好みや摂取状況に合わせて調理方法を工夫したり、好きな飲み物を提供したりして必要な栄養・水分が摂取できるよう支援しています。どうしても栄養が不足してしまう方については主治医に相談し高カロリー飲料を処方していただいています。		
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、本人の能力に応じて見守りや介助を行なっています。うがいが出来ない利用者様にはスポンジブラシを使用し職員が介助しています。義歯は每晚はずしていただき洗浄しています。週一回の歯科往診があり治療や義歯の調節、口腔ケアを行い口腔内の清潔を保持しています。		
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なっています。また、落ち着きがない方がいた場合にはさりげなくトイレに誘導し排泄の失敗を予防しています。排泄チェック表に記入し個々の排泄パターンを把握し予測して対応することによって排泄の失敗が少なくなったりパットの使用枚数を減らしたりすることが出来ています。	排泄チェック表を利用して個々の排泄パターンを把握し、さりげなくトイレ誘導をする事によって失敗が少なくなっています。トイレ誘導の声掛けも、利用者個々の行動パターンを見極め、テレビを見終わった後とか、洗面所に立った時など、タイミングをうまくつかんで支援しています。	
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。	牛乳・ヨーグルト・食物繊維の多い食品等を工夫しながら献立に組み入れています。また、水分はいつでも摂っていただけるようにしています。毎日体操を行なう他、廊下歩きなどで身体を動かす機会を作っています。また、主治医・訪問看護に随時報告し対応しています。		
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。	基本的には午前中、一日置きの入浴となっていますが本人の状態や希望に添って柔軟に対応しています。入浴があまり好きでない方に対しては、強制的にならないよう声掛けの工夫をし、週二回は入浴できるよう促しています。どうしても入浴できない時は、足浴や清拭で対応しています。また、季節に合わせ菖蒲湯やゆず湯も行なっています。	お風呂は毎日沸かしていますが、基本的に1日置きの入浴です。入浴中は職員と1対1になり、利用者が愚痴をこぼせるような安心した職員との関係を築いています。そのため、入浴時は利用者の本音が引き出せ、職員は利用者の思いや意向を知る機会ととらえています。	

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
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。	利用者様の体調や希望に応じて自由に休息していただいています。日中は出来る限り活動的に過ごしていただいたり外気浴を取り入れるなどし夜間の安眠に繋げています。室温や湿度また、照明を調節し快適に休息出来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な与薬を行っています。また、個人服薬マニュアルも作成し確実に服薬していただいています。個人ケースファイルに最新の処方内容をファイリングしており、いつでも処方内容・服薬の目的・副作用等の注意点が確認できるようになっています。また、処方内容に変化があった場合は申し送り等で職員全員に周知しています。		
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。	役割を依頼する時には本人の意向を確認し不快な気分にならないように配慮しています。また、様子を観ながら交代していただいたりすることで疲労感なく行なっていただけるようにしています。本人の好みに合った飲み物を提供したり、好きな歌を聴く時間を作ったりしています。		
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。	長距離の歩行が困難な方が多く日常的な外出は難しい状況です。少しでも外に出られるよう、近所の店に買い物に行ったり庭やテラスに出て植物の観賞をしたり景色を楽しんだりしていただいています。買い物や外食の希望がある時はご家族の協力を得ながらホームの車で対応するなどし、出来る限り希望が叶えられるよう支援しています。	近所の店に買い物に出かけたり、美容院にパーマをかけに行く利用者もいます。ケアタクシーを使って教会に礼拝に出かける利用者もおり、出来るだけ利用者の希望が叶えられるように事業所や家族が協力し合っています。体調に気を付けながら、外気浴は常に行っています。	
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。	現在はお金を所持している方はいませんが、希望がある時には対応できるようになっています。買い物の希望がある時には、職員が同行し希望の商品を購入し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
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。	ご家族・友人への電話は100番通話（通話終了後通話時間、通話料金をお知らせするサービス）で自由にしていただいています。手紙の投函については、確実に届くよう職員が住所や宛名、切手の確認を行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がけています。リビングには、手作りのカレンダーやイベントの写真を掲示したり季節の花を飾ったりして季節を感じていただいています。また、各居室、リビングに温湿度計を設置し快適な温度・湿度が保てるよう配慮しています。日差しが強い時にはカーテンを閉めるようにして不快感のない様にしていきます。	リビングは広く、窓を大きく取ってあるので明るく開放的です。リビングに続くテラスも広く、皆で食事をすることもあります。テラスやベランダからは遠くの間々まで見渡せます。リビング横のオープンキッチンでは、職員が利用者と話をしながら食事を作っています。	
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。	リビングでの各自の席とは別にソファがあり気軽にソファに移動しテレビを観たり、新聞を読んだりされています。気の合った人同士会話ができるよう席の配置など工夫しています。		
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。	本人の使い慣れた家具や思い出の品、写真また、位牌などを部屋に置くことで自宅生活の延長として過ごされている方が多くいます。ラジオやテレビを持ち込み、部屋で楽しんでいる方もいます。	居室はエアコン、クローゼットが備え付けです。和室や二間続きの部屋などもあり、夫婦での入居などにも対応できます。利用者は仏壇を持ち込んだり、思い出の写真やぬいぐるみを飾って、自宅にいるように自分らしく暮らしています。	
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。	居室やトイレなど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あり、日付、曜日がすぐに分かるように記載しています。安全面では手摺りの設置、リビングや廊下に移動の妨げになるような物を置かないようにするなどし、自立歩行や車椅子の自操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	さくらんぼ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	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。ホームの存在を地域にアピールするためにお祭りを開催し地域の方を招待しています。		
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。	日々の散歩で挨拶を交わしたり定期の町内清掃には、利用者様と参加しています。また、お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に努めています。自治会の交流の場「いずみ台サロン」にも時々参加しています。その他、二ヶ月に一回大正琴のボランティアの方が来所されています。		
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。	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、法人内のお祭りや防災訓練に参加していただき認知症の理解、支援について知って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。	各事業所での個別開催となっており二ヶ月に一回のペースで年六回開催しています。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。夜間想定避難訓練に委員の方にも参加していただき反省会において意見交換を行なっています。		
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。	運営推進会議に参加していただき取り組み状況を報告しています。グループホーム連絡会の研修等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取るなどの他、訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。		

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。玄関やテラス出入口については、夜勤者のみになる時間を除いては開錠しており職員が見守ることによって利用者様の安全を確保しています。		
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。	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。利用者様の身体に小さなあざなどを発見した時は記録に残し出来る限り原因を究明するよう努めています。		
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。	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っています。また、料金も含め介護保険制度の改正により変更になった部分に関してはその都度書類を作成し説明すると共に同意書に署名押印していただいています。		
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、要望を記録に残すと共にカンファレンスを実施し改善に取り組んでいます。また、苦情受付担当者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。また、定期管理者会議において各事業所の意見や提案を検討しています。		
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。	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、出来る限り迅速に職員の補充を行い、個々の負担が大きくなるないようにしています。また、職員間の交流やリフレッシュとして新年会、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。	管理者研修をはじめ、勉強会、教育研修会がありスキルアップを図っています。法人内に教育委員会を設置し職員の状況を細かく把握し個々に合わせたスキルアップが出来るよう努めています。また、法人内で初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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、研修で得た情報や他ホームの良いところは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。		
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。	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、不安に思っている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なっています。その際、困っていることや不安なことなどをご家族が気軽に聞ける雰囲気作りに努めています。入居後も面会時や電話等でいつでも相談を受け付けていることを伝えています。		
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おられるのでモニタリング、アセスメントを重ね本人、ご家族の意向に合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。	人生の先輩である利用者様に尊敬の念を忘れずに接するように心がけています。日々の生活の中で協力し必要な場合には支援を行う中で信頼関係を深めていけるように努めています。		
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は電話などでご家族にこまめに報告するように心がけています。またホームでのイベントの際にはご案内を送付して参加できるように配慮しています。ご家族からの要望はケアプランに反映しています。		
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。	ご家族やご友人の協力を得て面会や外出を行っております。また年賀状や電話などのやり取り等なじみの人間関係の継続ができるように支援しております。		

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
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。	レクリエーションやイベントへの参加や散歩や食事など毎日の生活の中でのコミュニケーションを通じて利用者様同士の関係が深まるように支援しております。		
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。	施設での生活が困難になり入院された方もいます。入院中も病院ケースワーカーを通じて状況を把握してご家族の要望に沿ってその後の行き先に関して支援を行いました。また今後も必要に応じて支援していきます。		
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。	ヒアリングだけでなく日常会話の中から利用者様の要望などを汲み取り意向に沿った支援が行えるように努めております。また要望を表現するのが困難な方もおり、笑顔で生活が送れるようにコミュニケーションをとりながら支援を行っております。		
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。	入居時の情報やご家族やご友人からの情報などを元に支援の方法などを検討して実施しております。また日常会話の中からも趣味や生活歴などを把握して支援に活かせ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。	ケース記録に生活の様子を記録し勤務交代時に申し送りを行うことですべての職員が状態を把握できるように努めています。またバイタルや食事・水分摂取量、排泄回数なども記録することで健康状態の変化も把握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
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。	より良い生活が送れるようにご本人やご家族の意向を聞いております。主治医や訪問看護から医療面、ケアスタッフとのカンファレンスにて生活面の情報収集を行い介護計画の立案を行っております。		
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。	ケアプランに沿った支援を行っておりその内容を中心に記録しており勤務に入る前には必ず目を通すようにしています。ヒヤリハットや事故報告など全職員で情報の共有ができるようにしており、事故の予防に努めています。		
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。	買物や美容院・床屋などの外出支援を行っております。また教会への礼拝などの要望も介護タクシーを利用して積極的に外出できるように勤めています。職員・ご家族などの付き添いが困難な場合にはケースワーカーなどが対応することもあります。		
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。	地域の方が主催する体操教室に参加したり、自治会の行事（お祭りや清掃）などにも参加しております。近隣の商店を利用して利用者様と一緒に日用品やおやつなどを購入するために外出をすることもあります。		
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。	内科・精神科・歯科の協力医療機関があり月2回以上の往診を行っております。緊急の場合や専門外の疾患などの場合には主治医との連携により外部の病院へ受診を行っております。		

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
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。	週に1回訪問看護にて健康チェックを行っています。介護職員・主治医との連携ができるように連絡ノートを使用しており情報共有を行っています。緊急時にも対応できるように24時間の連絡体制も整っています。		
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。	入院先医療機関へ主治医からの情報提供書や入院までの経緯や状況を詳細に報告することで適切な医療が受けられる体制を整えています。ご本人やご家族の意向を踏まえ施設での生活が可能になった段階での退院ができるように医療機関と協議を行います。		
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を行い、施設側から「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期にむけた医療方針を協議して終末期医療の選択を行います。施設でのターミナルケアを行うことも可能です。		
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。	社内の勉強会や外部研修等で応急手当や初期対応の訓練を行っています。急変時対応のためにはマニュアルを作成し事務所に掲示しており、カンファレンス等で再確認を行うことで、緊急時にも速やかに適切な対応が取れるように努めています。		
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2回の防災訓練を実施しています。内1回は消防署および地域近隣の方にも参加していただき実践に沿った避難訓練を行っています。また災害時に備えて3日分の食料の備蓄も行っています。		

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
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。	利用者様の生活暦や性格を考え、その方に沿った言葉かけを行っています。ケアの方法については職員間での話し合いを行っています。		
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。	日々の生活の中での会話やアクティビティを通じて気軽に希望や思いを表現できる環境づくりに努めています。献立の希望や見たいテレビ番組を伺い要望に沿って生活ができるように支援をしています。		
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。	利用者様個人の生活スタイルを尊重し制限などは設けずに生活していただいています。アクティビティやイベントなども無理強いせず利用者様の意思を尊重して参加していただいています。		
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。	気候に合わせた服装や外出時のおしゃれなど利用者様の要望に沿って、また気候などに合わない場合には提案を行っています。洗顔や髭剃りなど必要な方には職員が介助を行います。床屋や美容院まで付き添いを行ったり訪問の理美容もあります。		
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。	利用者様に献立の要望を聞いたりこちらから提案することで食事の楽しみを感じていただいています。また利用者様の能力に合わせて調理や盛り付け、配膳、食器洗いなどにも参加し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
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。	利用者様の嚥下能力に合わせて刻み食やミキサー食を提供しています。日々の食事・水分摂取量は記録しており必要に応じて主治医に相談し高カロリー飲料を処方していただいています。水分摂取量が不足されがちな方にはご本人の好む飲み物を提供して摂取していただいています。		
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。	毎食後に声かけを行い口腔ケアを行っていただいています。また介助が必要な方の場合には職員が介助を行います。週1回の訪問歯科による口腔ケアも実施しており口腔内の清潔を保つように努めています。		
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。	可能な限りトイレでの排泄ができるように定期的にトイレの声かけや誘導を行っています。排泄のチェック表を記入することで排泄のパターンを把握してトイレ誘導の参考にしています。		
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ます。	普段の食事に食物繊維を多く含む食材を使用したり十分に水分摂取を行っていただくなど気をつけています。便秘がちな利用者様には特に水分摂取量などに気をつけて声かけを行なっています。		
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。	基本的には入浴日は1日おきとなっていますが、ご本人の要望や体調に合わせて入浴日や時間も柔軟に対応しています。またゆず湯や菖蒲湯などの利用者様が季節感を感じられるように努めています。		

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
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。	日中は一人一人声をかけお好みのレクリエーションを取り入れ夜間時の安眠につなげています。ご高齢の利用者様にはその日の体調に応じて休憩時間を設けてお体に負担のないように心がけています。		
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。	個人ケースファイルに処方内容をファイリングし、変更などがあった場合には連絡ノートにその旨を記載して周知に努めています。また服薬方法は利用者様個人に合わせてマニュアルを作成し実施しています。		
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。	配膳や食器拭き等の家事を手伝っていただくことで日常生活の中に張り合いを持っていただけるように努めています。絵画が趣味の方には塗りえや貼り絵といった利用者様の趣味をレクリエーションに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。	利用者様の能力に沿って散歩や外気浴を行っています。また日用品などの買物やお花見や紅葉散策など季節に合わせて徒歩や車などで外出できるように支援しています。		
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。	金銭の管理が出来る方がいないため利用者様やご家族の希望に応じて日常的に好きなものを立替にて購入、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
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。	ご家族やご友人への電話は100番通話を利用して自由にさせていただいております。手紙などは職員が宛名や住所などの間違いがないか確認して確実に届くように支援しています。また近隣のポストへの付き添いを行います。		
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。	清潔な状態が保てるように常に清掃を心がけています。また季節感の感じられる飾り付けや掲示物を利用者様と一緒に作成しています。各居室やリビングなど温度湿度計を設置し必要に応じて温度・湿度管理を行い快適な空間が保てるように努めています。		
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。	リビングにはテーブルの各自の席のほかにもテレビの前にソファを設置しており、テレビ鑑賞や新聞や本を読んだり昼寝をされたりと自由に過ごしていただいております。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	利用者様が使い慣れた家具や装飾品や写真などを部屋に自由に置いていただき、ご自宅の延長として過ごされています。自室にテレビやラジオを置き好きな番組を楽しまれている方もいらっしゃいます。		
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。	利用者様にわかりやすくトイレやお風呂場などの表示を行っています。また大きめの手作りカレンダーを設置して日付や曜日がわかるようにしています。自立歩行の安全のために手すりを設置し廊下には物を置かないようにしています。		

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	2	自治会主催のイベントへの参加を心がけてきましたが、職員の配置等の状態により参加回数が少ないのが現状です。	月1回は参加出来るようにしたいです。	事前に情報を収集し、適切な職員配置をすることによって参加回数を増やしていければと思います。	12ヶ月
2	26	月1回のカンファレンスや日々の申し送りの中で利用者様の状態、問題点などを話し合っていますが、活発な意見交換には至らず、計画作成者の考えで介護支援計画を作成することが多いのが現状です。	多くの職員の意見を取り入れ、チームケアを確実なものにしていきたいと思います。	意見が言いづらい人もいると思うので、書面を活用するなどし、多くの意見を出してもらえるようにしたいと思います。	12ヶ月
3					
4					
5					