

<認知症対応型共同生活介護用>

<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

	項目数
I. 理念に基づく運営	8
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	3
4. 理念を実践するための体制	2
5. 人材の育成と支援	0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	6
1. その人らしい暮らしの支援	4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	20

事業所番号	1472700325
法人名	小林留次郎商店
事業所名	グループホーム チェリーホーム油壺
訪問調査日	平成26年3月31日
評価確定日	平成26年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は20項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[次ステップに向けて期待したい内容]

次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

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	1472700325	事業の開始年月日	平成15年11月
		指定年月日	平成15年11月
法人名	株式会社 小林留次郎商店		
事業所名	グループホーム チェリーホーム油壺		
所在地	(238-0225) 神奈川県三浦市三崎町小網代1331-1		
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	9名
		ユニット数	1ユニット
自己評価作成日	平成26年3月9日	評価結果 市町村受理日	平成26年6月16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	
----------	--

【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)】

一人ひとりを大切に思い、一人ひとりの幸せを願い、その思いや願いを日々の暮らしの中で形にしてゆくことを介護の目標とする。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成26年3月31日	評価機関 評価決定日	平成26年3月31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)】

①このホームは株式会社小林留次郎商店の経営です。ここは京急油壺マリンパークの手前300m、風光明媚なところにあります。ホームはゆったりとした作りで、リビングは日当たりが良く、個室は各室に洗面所とクローゼットが設備されています。②ホームの理念は、「笑顔を作る!」です。「あなたの気持ちが相手の鏡に映ります。自ら楽しいことを思い描いて笑顔をつくり、明るい心になってから認知症の人のケアに取りかかりましょう。」と掲げ、今年度はこの理念を実践しています。毎月のスタッフミーティングで、理念が組織の精神的な支柱、職場風土の形成、仕事の判断基準になることを話しています。また、守るべきケアルールとして法度集を設けて、スキルアップするチェックポイントにしています。③地域に根ざしたホームとして運営がされています。自治会に加入し、自治会の集会にも参加しています。運営推進会議に行政、民生委員、包括など所定の方の出席を頂き、活発な意見交換をしています。地域の高齢化と共に、利用者として、ご近所の方の入居も増加傾向にあり、ご近所の方、民生委員の来所も多くなっています。そして、年を重ねるに従い重度化も進み、終末期の対応など地域関係者との連携も必要になっています。④ケアについては、日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、往診・看護記録、ケアのヒント工夫などの出来事を介護日誌に記入します。この記録を基にカンファレンスを行って作成したケアプランにより支援しています。ケアの特徴は、人格尊重と重度化に対するケアです。介護の原則を安全・安楽、自立支援、人格の尊重の3点において、夫々、不安・苦痛を与えない、出来ることを奪わない、自己決定できる言葉かけのケアが行われています。介護力向上月間キャンペーンと称して、ケアルール法度集に挙げられている2つの項目、例えば「急がせてはいけない」・「無理強いをしてはいけない」等の項目を順次、月毎に取り上げ、ケアの姿勢を正しています。

【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 チェリーホーム油壺
ユニット名	

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	地域の中で関わりの大切さを十分認識し、そのことを職員会議等で管理者、職員共々確認し合い、理念を共有し、日々実践につなげる努力をしている。	ホームの理念は、「笑顔を造る！」です。「あなたの気持ちが相手の鏡に映ります。自ら楽しいことを思い描いて笑顔をつくり、明るい心になってから認知症の人のケアに取りかかりましょう。」と掲げ、今年度は、ホームの“売り”としてこの理念を実践してきています。毎月のスタッフミーティングで、理念が組織の精神的な支柱、職場風土の形成、仕事の判断基準になることを話しています。又、守るべきケアルールとして法度集を設けて、理念の介護に向けて、スキルアップする日常支援のチェックポイントにしています。	今後の継続
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	民生委員や地域の人々との日常的な交流の他、地域の会合や津波避難・防災訓練等に積極的に参加し、地域の一員としての役割を果たすと共に地域にとけ込む努力を続けている。	地域に根ざしたホームとして運営がされています。自治会に加入し、チェリーホーム油壺単体で1つの班として認めて頂き、自治会の集会にも参加しています。運営推進会議に所定の方に出席頂き、活発な意見を頂いています。地域の高齢化と共に、利用者として、近所の方の入居も増えていおり、近所の方、民生委員の来所も多くなっています。そして、年を重ねるに従い重度化も進み、終末期の対応など地域関係者との連携も必要になっています。又、ホームの立地が高台なので津波の時などは避難場所として地域に協力する予定にしています。	今後の継続
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	認知症専門施設としての貢献のあり方を、民生委員、住民の方などと共に考え、地域の人々に役立てられるよう常に取り組んでいる。		

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
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	二ヶ月毎の開催の折、委員の方々より貴重な意見を頂き、それらの意見をサービス向上に活用している。	2ヶ月に1回運営推進会議を実施しています。運営推進会議のメンバーは、民生委員を中心に地域代表、地域包括支援センターの方、市職員、有識者（他の小規模多機能事業所の管理者）、家族、職員です。委員の方々はホームの内容を十分理解しており、貴重な意見を頂いています。又、頂いた意見は、ホームの運営に活かしています。議事は、ホームの行事、市の講習会、火災訓練、三崎保健福祉事務所の感染症予防講習会、ホームにおける終末期対応など報告して、意見を頂いています。意見に沿って、関係者と連携した運営をしています。	今後の継続
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	運営推進会議での市職員の参加や、市の行う地域支援事業に関わるボランティアの受け入れなどを通じ、市担当者との協力関係を築くよう努めている。	三浦市の講習会やグループホーム連絡会に参加し、市職員との連携も取れています。運営推進会議に市職員も参加頂き、業務に関する疑問などにも相談しやすい関係が築かれ、サービスの質の向上に繋がっています。グループホーム連絡会では三浦市のグループホームの空室情報も提供しており、市にも知らせています。又、市の行う地域支援事業に関わる傾聴ボランティアの受け入れも行っています。	今後の継続

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	職員会議等で、身体拘束をしない介護を確認し合い職員相互に意識を高め合っている。玄関の施錠は職員が一人になる夜間帯以外は行っていない。	管理者は、「厚生労働省による身体拘束ゼロ作戦の開始」講習会に出席し、ホームでの身体拘束をしないケアの実践取り組んでいます。利用者の根本的な不安や混乱要因などの誘発原因を取り除くこと（気分・意識の転換、生理体調を整える、環境整備）として、原因をさぐり対策を決め、職員会議で話し、職員に理解・徹底しています。玄関の施錠は職員が1人になる夜間帯以外は行っていません。	今後の継続	
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	身体拘束同様、職員会議等で常に確認する他、月間キャンペーンを行い虐待防止に対する意識を高め合っている。			
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	自立支援は介護の大原則であり、制度を理解し実践することを重点項目の一つとして、研修などを通して日々の介護に活用できるよう努めている。			
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	契約に関しては十分に説明し理解を得るよう努め、納得を得た上で締結をしている。			
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	家族会や運営推進会議などの機会も利用し、常に意見・要望をくみ入れ運営に反映させるよう努力している。	ご家族の来訪時や家族会、運営推進会議、介護計画更新の確認などの機会を利用し、常に意見・要望を汲み入れ運営に反映させるよう努力しています。家族会は年2回、運営推進会議は2ヶ月に1回実施しています。その他、体調の変化があった場合等はその都度連絡を取っています。	今後の継続	

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	職員会議の他、「気づきノート」など日常的に職員の意見・提案を受け入れ、常に質の高い介護を目指している。	職員会議の他、日常的に職員の意見・提案を受け入れています。職員には基本姿勢チェック表でチェックしてもらっています。また「気づきノート」を常設し、記入してもらっています。スタッフ管理については、毎月の勉強会で教育を深めています。毎月の勤務シフト設定の際に、面接も行き、風通しの良い職場を目指しています。	今後の継続
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	職員はそれぞれの特技（歌・お茶・園芸・絵・ドライブ等）を活かし、利用者の生活に楽しみ、潤いを与える事に貢献している。代表者は努力や実績を理解・把握し、各自がより一層の向上心を持って働ける職場環境・条件の整備に努めている。		
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	管理者は、個人の力量を把握し、職員会議や研修会を行い、介護力を高めるよう外部の研修会にも勤務を調整し、積極的に参加できるよう努力している。		
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を通して、同業者と交流する機会を持ち、情報交換・ネットワーク作りを通して、サービスの質の向上の為に取組みをしている。		
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	本人や家族、担当ケアマネージャー等より、詳細に話しを伺い、特に本人が一番困っている事、不安に思っている事を引き出せるように傾聴し、そのことが少しでも解消され、安心を確保できる関係作りに繋げるよう努めている。		

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	入居に際し、家族の不安を払拭する事に時間をかけている。特に家族の要望や、意向に対してはよく話し合い、信頼関係が築けるよう努めている。			
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	当施設の長所・短所を率直に説明し、ご理解を仰ぎ、「その時」まず必要としている支援を見極め、状況により他の施設を紹介する等、抱え込まない。			
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	日々共に生活してゆく中で、楽しみや悲しみ、苦しみや痛みを分かち合うことを通じて信頼関係と、共に支え合えるような関係を築いている。			
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	毎月、近況報告のお便りを送付し、遠方の親族にも積極的な支援を呼びかけている。また、家族の面会時には家族としての心配や、不安等を気兼ねなく話して頂き、一緒に利用者を支え合う関係作りに努めている。			
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	家族の協力を得るなどし、知人等と疎遠にならないよう、ホームを訪問して頂くなど支援している。	家族の協力を得、知人等とも疎遠にならないよう、ホームを訪問して頂けるよう支援しています。又、近所からの入居者は、知り合いが良く来所して下さいます。友人、知人、家族の方が来訪し易い環境作りを行ない、職員は笑顔で迎えるよう努め、御茶菓子の接待を行ない、「おもてなしの心」で対応しています。	今後の継続	

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	日中フロアで過ごされる事が多い中、身体の不自由な方の行動が危ないと気付いた時など、職員に知らせて頂けるような、お互いを思いやる事の出来る関係を築いている。		
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	他の施設へ移るような場合は、今後の生活に支障がないように、ホームでの生活状況を通知・共有して頂き、本人・家族が問題に遭遇した場合は、全面的に支援する。		
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。	日々の介護の中で、本人の思いの把握に努め、また職員が本人の視点に立って、思いや意向を把握に努めるなどし、それを介護計画に組み入れ実行に努めている。	ホームにおける日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、往診・看護記録、ケアのヒント工夫などの出来事を介護日誌に記入しています。特に変化があった事象に関しては、個別介護サービス評価表、申し送りノートに記入して申し送り、全ての職員が共有できるようにしています。	今後の継続
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	利用者個々の歴史や、経過を把握する事は重要である為、家族の協力を得るなどし、把握に努めている。		
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	自立支援の観点からも、利用者個々について把握する事は大切である為、日々の会話・行動・癖・心身の状態を注意深く観察する努力を行っている。		

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	本人のより良い暮らしの為にどのような支援が必要かを本人また家族等の意見も取り入れ、課題を検討し、職員会議等での話し合いを基に計画を作成している。またその後全職員で定期的にモニタリングを行っている。	入居時は、事前に得られたアセスメントを基により、作成した暫定介護計画で暫く経過観察します。その後、個別介護サービス評価表、申し送りノートを基にケアプラン原案作成、カンファレンスを行ない、ケアプランを作成しています。そして、家族の承認を得たプランにより支援しています。	今後の継続	
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	日々の様子は毎日、表情の変化・言葉・様子などの確に個別の介護日誌に記入し、職員が情報を共有すると共に、介護計画に反映させている。			
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	本人、家族等の要望により、一時帰宅等の要請があれば臨機応変に対応している。また、通院等も家族の事情を考慮している。			
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	町内会に加入しており、町内のゴミ置き場の掃除など、積極的に町内の活動に協力している。今後は地域のボランティア等、必要に応じて支援・協力を頂ける体制作りをしていく。			
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	かかりつけ医師の受診を最優先させている。なお、医療連携については、本人・家族の了承を得ている。	医療連携については、利用者・ご家族の了承を得ています。まつもと内科クリニックの医師が月2回、歯科医、看護師は週1回の往診に来て頂き、適切な医療を受けられるように支援しています。又、看護師は、毎日24時間電話対応できる体制になっています。	今後の継続	

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	毎日の生活の中で、個別の健康管理を実施し、その情報を確実に看護職員に伝え、相談も密に行っている。		
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。	入院者が発生した場合は、家族・病院と協議し、連携し、利用者が安心して治療できるようにしている。また、出来るだけ早期に退院出来るよう関係者と協力し合っている。		
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	本人・家族と早い段階から話し合いを行い、事業所で出来ることを十分に説明し、重度の利用者に対しては、主治医の指導の下で適切に対応し、終末期に向けて家族との話し合いを、その都度設け、介護等の対応方針について、介護・看護職員、主治医を含めたチームで対応するようにしている。	本人・家族と早い段階から話し合いを行っています。事業所で出来ることを十分に説明し、重度の利用者に対しては、主治医の指導の下で適切に対応し、終末期に向け、家族との話し合いをその都度設けています。又、介護等の対応方針については、介護・看護職員、主治医を含めたチームで対応するようにしています。年を重ね、現在、平均年齢は90歳、重度化も進み亡くられる方も増えて来ています。当ホームでは、まだ看取り看護の実績はありませんが、条件を整えば、出来る体制はあります。病院で亡くなられ、ホームで引取り安置した経緯はあります。	今後の継続
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	職員会議の度に緊急対応の手順を確認するとともに、学習会や救命講習受講などで理解を深め実践力を高めている。		

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
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	防火管理者を選任し、毎年度、火災や災害の緊急時に備え、訓練を行っている。運営推進会議などの機会に協力体制の強化に努めている。	ホームでは、防火管理者を選任し、毎年火災や災害の緊急時に備え、訓練を行っています。今年10月に、火災訓練として初期消火、避難訓練を行いました。又、運営推進会議等の機会に協力体制の強化に努めています。防災設備は、自動火災通知装置、スプリンクラーが設置されています。定例の防災訓練の他に、ミニ訓練として、避難誘導場所、経路確認、消火器の設置場所・取扱いの確認を行っています。ホームが高台にある為、津波の時等は避難場所として地域に協力する予定にしています。	今後の継続

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	「一人ひとりを大切に、一人ひとりの幸せを願って…」を介護の基礎とし人権の尊重、守秘義務に努めている。	人格尊重のケアが行われています。介護の原則を安全・安楽、自立支援、人格の尊重の3点に置き、夫々、「不安・苦痛を与えない、出来ることを奪わない、自己決定できる言葉かけをする」ことのケアを行っています。又、介護力向上月間キャンペーンと称して、ケアルール法度集の2つの項目、例えば「急がせてはいけない」・「無理強いをしてはいけない」等の項目を順次、月毎に取り上げ、ケアの姿勢を正しています。プライバシーの確保は、法令に基づいた対応が図られています。	今後の継続	
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	毎日の生活の中で意図的に選んで頂く場面を作っている（おやつや飲み物の希望を聞く等）また、会話の中でも思いや希望を表せるよう配慮している。			
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	個々の生活のペースやリズムに合わせ、やりたいことや行きたい所をくみ取り、実行に移すよう努力をしている。			
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	訪問美容師を利用し、本人の希望に沿った髪型にしてもらうなど、その人らしい身だしなみや、お洒落の為の支援を行っている。			

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
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	好みを生かしたメニュー作りや力に応じた食事準備と片付けを取り入れ、楽しさと自立支援を心がけている。	配食業者と提携して、介護の食事のあり方を一緒に検討、食事は量より質を特に高齢者の場合には必要と考え、お願いしています。利用者には力に応じた食事準備と片付けを手伝ってもらい、食事の楽しさと自立支援を心がけています。又、季節に応じた行事食や月1回のお楽しみ献立による食事を提供する等、工夫しています。	今後の継続

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	利用者一人ひとりの食事・水分の1日の摂取量を把握し、介護日誌に記入し、バランスの良い食事、適切な水分摂取が行えるように支援している。		
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	週一回定期的に訪問歯科の指導の下、歯磨き、義歯の手入れ、口腔内の汚れ、炎症などチェックし、利用者一人ひとりの力に応じた口腔ケアを支援している。		
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	個々の利用者の排泄パターンの把握に努め、オムツのいらぬ介護・排泄の自立に向けた支援を行っている。	個々の利用者の排泄パターンの把握に努め、オムツのいらぬ介護・排泄の自立に向けた支援を行っています。基本的にオムツを無くしたいと考えケアを行っています。夜中でも場合に応じ、お起こし、トイレ誘導して、自然なパターンでの排泄を促しています。又、利用者毎の昼間と夜間における装着品、ラバーの設置、支援方法などを整理した「排泄支援方法一覧表」を作成し、職員間で共有活用しています。	今後の継続
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	自然な排便を促す為、適切な水分量・バランスの良い食事及び運動等、毎日の生活の中で継続的に予防に取り組んでいる。		

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
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	利用者の希望やタイミングに配慮し、入浴を楽しめるように支援し、意思表示が困難な方に対しても、状態を観察しながら入浴を支援している。	週に2回以上の入浴を行っています。利用者の希望やタイミングに配慮し、入浴を楽しんで頂けるよう支援しています。意思表示が困難な方に対しても、状態を観察しながら入浴を支援しています。又、入りたがらない方には、アプローチの仕方を変え、入浴を促しています。車椅子の方については管理者も加わり2人対応で支援しています。現在、全員が浴槽内で寛ぐ風呂の気分を楽しんでいます。菖蒲湯、ゆず湯の他、入浴剤で楽しむこともあります。入浴後は、ローション塗布などの肌の手入れも行います。	今後の継続

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	睡眠薬等、薬に頼ることの無い生活を築くことに努めている。夜眠れない方には日中の活動に配慮し、夜の安眠につながるよう支援している。		
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	お年寄り薬についてある程度理解しており、日常の変化・状況については、細部にわたり主治医・看護師に報告し、連携に努めている。		
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	一人ひとりの利用者の特性・趣味を把握する事で、生き甲斐につながるよう支援している。		
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	利用者の方々のその日の気分や希望に合わせて散歩・ドライブ等、事業所の中だけにとどまる事のないよう、外出の支援が出来るよう努めている。	日常の外出は、気候や利用者の方々のその日の気分・希望に合わせ、散歩や前庭での外気浴をしています。時には、ドライブでがてらの外出もしています。6月に、風車のある宮川公園に行き、園内の草花を観賞しました。	今後の継続
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	家族の理解と協力が必要なので、希望があれば家族と協力し、支援する用意が出来ている。		

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	毎年年賀状を気にされている利用者には、家族に情報をもらい、年賀状を書く支援を行っており、電話もダイヤル支援すれば会話が出来るので、状況を判断して実施している。		
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	ホーム内は常に季節の花を絶やさないようにし、季節感を感じて頂けるよう工夫している。台所はフロアと同空間である為、食事の支度風景や香りが利用者の方々へ届いている。	ホーム内は、月2回、お花屋さんから花を届けてもらい、常に季節に合った花を生け、季節感を感じて頂けるように工夫しています。又、常緑樹の鉢植えもフロアのコーナーに配置され、リビングでは金魚も飼っており、落ち着いた雰囲気になっています。台所はフロアと同空間である為、食事の支度風景や、料理の香りが食へと誘います。午前の昼食前と午後4時にフロアの換気を行っています。	今後の継続
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	フロアにはダイニングテーブルとは別に、ソファを設け、自由に利用しやすくつろいでいただける空間になっている。		
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	本人の使い慣れた物、気に入った物等を持ち込んで、利用者それぞれの好みに応じた居室を作り、居心地良く過ごせるよう支援している。	ホームの備品は、エアコン、クローゼット、箆笥、洗面台、カーテン、ベッド、スプリンクラー、照明を設備しています。本人の洗面具や日用品、使い慣れた物、気に入った物等を持ち込んで頂き、利用者それぞれの好みに応じた居室に工夫され、本人が居心地良く過ごせるよう支援しています。	今後の継続
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	歩行が不自由な方も、トイレ・居室などへ自立で移動できる様に、手すりを取り付け、その方にあった介助の方法を職員で話し合い、安全で出来るだけ自立した生活が送れるように工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
チェリーホーム油壺

作成日

2014年3月31日

〔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	5	身体拘束に対し、するわけがない、あるわけがないとの思いのうちに危機意識が次第に薄らいでいるのではと危惧される。	観念的な理解に留まらず日常の具体的な介護動作に確実に反映するような意識的・積極的な取り組みとする。	身体拘束にあたる十一項目を改めて一つひとつ点検し、自分たちの介護の中にそれに近い物が少しでも紛れ込んでいないかを具体的に例を挙げて検証していく。	2 か月間
2	14	上記同様、人格の尊重やプライバシーの確保に対し、観念的な理解にとどまり、実際的な行動との乖離が無意識のうちに生じてくることを戒める必要がある。	観念的な理解に留まらず日常の具体的な介護動作に確実に反映するような意識的・積極的な取り組みとする。	月間キャンペーンとして採り挙げ、改めて注意と関心を高めると共に日々の介護の在り方を見直し、問題点を明示し、改善点を具体的にし、それを実践していく。	2 か月間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。