

平成26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	1491000244	事業の開始年月日	平成19年4月17日	
		指定年月日	平成19年4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ぶき			
所在地	(244-0002)			
	横浜市戸塚区矢部町1256			
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12月10日	評価結果 市町村受理日	平成27年3月10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=ST1491000244&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)】

近隣の小規模多機能型居宅介護事業所もえぎケアセンター矢部、視覚障害者グループホームみなと・みさき、戸塚区生活支援センター、上矢部地域ケアプラザと協力し、毎年秋に「矢部福祉まつり」を行っています。自治会の協力を得て、近くの公園をお借りしたり、地域のお囃子の方々に来て頂いています。恒例行事として、地域にも認知されるようになってきました。また、自立支援に向け、「やれる事を本人にして頂く」ことに力を入れています。利用者様一人一人に何が出来るのかを、日々の観察や、コミュニケーションを通して探っています。法人内に中華レストランがあり、食事会や音楽療法に出かけています。リフト車もあるため、車椅子の方も、外出することが出来ています。

【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27年1月10日	評価機関 評価決定日	平成27年3月6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、JR東海道線および横浜市営地下鉄「戸塚駅」から神奈中バスで「道祖神前」バス停下車2分、または横浜市営地下鉄「踊場駅」から徒歩12分ほどの場所に位置しています。静かな環境で、ホーム前の向かいに利用者の散歩などでも利用する公園があります。運営法人は株式会社アイシマです。

<優れている点>

事業所と隣接の3つの福祉事業所が主催して、自治会や地域ケアプラザなどの協力のもとで「矢部福祉まつり」を近くの公園で開催しています。当日は、焼きそばやおでん、野菜販売などの出店の他に、お囃子や獅子舞など賑やかな催しで、利用者も楽しく参加して地域の方々との交流をはかっています。ホームの食事は、材料からきざんだり煮たりして、利用者の参加のもとで職員が手作りしています。レストランでの外食や配食の日を設けるなど変化をもたせています。自立支援に向けて利用者は、掃除や食事作り、配膳や下膳、洗濯物をたたんだり身の回りのことなどを、職員の見守りや支援のもとで利用者の能力にあわせて行い、心身能力の維持に努めています。

<工夫点>

職員は利用者の計画書作成にあたり、カンファレンス前に現在の目標の評価や利用者の変化、希望などの9項目をシートに記述して提出しています。ユニットの全職員によってシートをもとに充実した意見交換できる仕組みとなっています。

【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	グループホームやまぶき
ユニット名	わかば

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、その時々々の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、生き生きと働いている。 (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近づけている。	「その人らしさを大切に、地域に開かれた家であることを目指す」を事業所理念としています。理念は、事務所、会議室など、職員の目にふれる場所に掲示しています。	理念の他に、毎年度ホームの目標を管理者と職員で定めています。介護を「する人」と「される人」が同じ「人」として、利用者の「その人らしさを」考えています。食事や散歩、昔話をしたりして一緒に生活することを大切に実践しています。	
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。	近隣の3福祉事業所（いずれも別法人）と共に自治会に加入し、交代で月々の会議に参加しています。また、秋には、自治会の許可を頂き、公園にて祭を開催し、地域の方々に事業所を知って頂く機会をつくっています。	自治会の定例会にも出席し情報交換や地域との交流を図っています。ホームの行事の情報を自治会回覧板で発信しています。隣接の3福祉事業所とは、福祉まつりや公園の清掃、消防訓練などを一緒に実施するなど連携協力関係を深めています。	
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。	近隣の事業所と交代で、近くの公園の清掃を行っています。清掃を行った日時、人数を記録し、自治会に報告しています。	/	/
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。	会議において、利用者様の様子を報告し、参加されているご家族様からの質問に答えるようにしています。毎年行っている祭に関しては、ケアプラザにも協力して頂き、地域の人々への周知をお願いしています。	運営推進会議では、ホームのサービス状況などの実態を報告しています。家族も委員として参加し、自治会長や地域包括センター職員からも情報を受けています。委員から事故原因についての質問もあり、活発な意見交換が行われています。	
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。	生活保護の方が多く、主に区の保護担当と、こまめに連絡を取っています。管理者が、電話だけでなく、区役所へ面談に行くこともあります。また、とつかハートプラン（戸塚区保健福祉事業）のモデル事業も行っています。	区の保護課職員とは、利用者の現況説明などの情報交換を行い、包括支援センター職員とは運営推進会議などで情報交換しています。行政と区民が協同で進める「とつかハートプラン区地域福祉保健計画の「矢部福祉まつり」」を実行しています。	

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。	玄関の施錠については、日中は行わず、夜間のみを基本としています。落ち着かない利用者様への対応や、転倒・転落などの事故の対策が、身体拘束につながらない様に意識しています。	玄関の施錠は日中は行っていません。利用者一人で外出しないように気をつけています。外出したい利用者には意向にあわせて支援しています。夜間のベッドが危険と思われる利用者には、マットレスを使用するなど危険防止策を講じています。	
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注意を払い、防止に努めている。	「虐待防止マニュアル」を職員がいつでも見られる所に置いています。勉強会や研修があれば、出席するように心がけています。		
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。	主に管理者が生活保護担当と連携し、利用者様の近況を伝えています。利用者様一人一人が、自立し、安心して日常生活が営めるように支援しています。		
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。	契約時は、ご本人とご家族、又は生活保護担当へ、文書に沿って説明を行い、同意を得て署名、捺印を頂いています。その際、質問なども伺い、説明し、ご理解を頂いています。		
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。	2ヶ月に一度の運営推進会議には、利用者様の家族に参加して頂き、ホームの活動状況を伝え、意見を伺っています。ご家族が面会に来られた際には、様子をお伝えしています。面会に来られないご家族には、電話や手紙にて、近況報告や、行事の連絡をしています。	散歩などの際、利用者が職員に話す言葉なども大事に受けとめるようにしています。運営委員会の家族の意見で、利用者の日常生活の様子を写真で欲しいなどの要望があり、これらに対応しています。	

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。	ホーム全体の会議、利用者様の個別ケアカンファレンスを、それぞれ月1回行っています。職員同士で話し合った結果を、業務の改善につなげたり、利用者様のケアプランに反映させたりしています。	管理者と職員との個人面談を年2回実施しています。全体会議とユニットごとのカンファレンスは毎月1回開催しています。職員から、カンファレンスのために使用するシートの様式変更などの提案もあり改善しています。	
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・パートに拘らず、居室担当を割り振っています。担当となった利用者様と意識して関わり、自立した日常生活を送って頂く上で必要な事を考えてもらっています。また、その考えを利用者のサービス計画に反映させています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	年5回の社内研修や、外部講師を招いての教育研修会に出席する機会を設けています。また、資格を取得したいと希望している職員もいます。いずれも、出来る限り勤務調整を行い、環境を整えています。		
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。	泉区・戸塚区のグループホーム連絡会に出席し、同業者との交流に努めています。また、横浜市で開催される研修には、同法人のグループホーム職員と共に、積極的に参加し、必ず報告書を作成しています。		
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。	入所開始時は、努めてご本人に話しかけるようにしています。また、ご本人からの言葉を傾聴すること、行動を観察して思いを汲み取るなどを通して、安心し、落ち着いて生活をして頂くことを意識しています。		

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
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。	入所初期は、ご家族に面会に来て頂き、本人の様子を確認してもらうとともに、月の予定やホームでの様子をなるべくこまめに電話や手紙で伝えるようにしています。		
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。	入所初期においては、本人の望む暮らしの把握に努めます。同時に、ホームで日常生活を営む上での困り事を理解し、それを解決する為に必要な支援を実践しています。		
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。	掃除や洗濯物の片付けなど、利用者様一人一人に出来る事を行って頂いています。役割を持って生活して頂くことに力を入れています。		
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。	ご家族には月の行事予定をお伝えし、本人の外出と面会が重ならないようにしています。ご本人の生活の様子や、必要になったものがあれば、適宜、電話や手紙でお伝えするようにしています。		
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。	親類や知り合いに、自由に電話をかけたり、手紙を出したりしていただいています。	親類などへ電話を希望する利用者にはホームの電話を提供し、番号のかけ間違いのないように支援しています。選挙の投票などの希望者には、投票所まで同行支援しています。年賀状作成の手助けやポストへの投函に職員が同行するなどしています。	

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。	努めて職員が利用者様同士、スムーズにコミュニケーションがとれる様、橋渡しをします。また、テレビ、トランプなどを通し、利用者同士が会話し、楽しんで頂ける機会を提供できるようにしています。		
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。	ご本人が退所になった後も、本人が入院している場合は面会に行ったりしています。また、ご家族や保護担当と連絡を取り、本人の状況を伺うようにしています。		
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。	本人が望むライフスタイルの実現ができるよう、意向を聞くようにしています。困難な場合は、その方に合った暮らしを想像し、本人本位の支援となるように心がけています。	利用者の日常生活から希望や思いの聞きとりを感じながら、本人本位の支援を心掛けています。毎日、字の練習をしたい、散歩に行きたいなどの希望を実現しています。スポーツ新聞を読んだり、テレビの相撲や野球を一緒に観て楽しんでいます。	
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。	入所前の生活に関しては、事前に生活歴の記録を取り寄せ、情報を把握しています。また、入所初期に、本人と話をすることで、これまでの暮らしを理解するようにしています。		
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。	利用者一人一人の過ごし方については、ケアプランに沿いながら支援し、個人のケース記録に記入しています。心身状態については、気付いた事は記録し、また、職員間で申し送り、周知でき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
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。	利用者一人一人を観察し、また会話する中で、生活上の困り事や目標を見出していきます。それらをカンファレンスで検討し、ケアプランを作成し、統一した支援が出来るようにしています。	カンファレンスは、ユニットの職員全員が出席し、現状計画の評価や利用者の変化などを記したシートにもとづいて検討を行っています。利用者の思いや家族などの意見は、普段から把握・記録し、意向を反映した計画作成に努めています。	
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。	決められたケアプランが実践できているか、個別のケース記録に毎日記入しています。利用者様の様子に変化が見られた場合は、申し送りや、連絡ノートに記入することで、情報を漏れなく共有できるようにしています。		
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。	定期的に医療が必要な方に対し、受診の付き添いを行っています。月1回、血液検査、及び輸血の為に入院される方もいます。車椅子を使用している方に関しては、法人内の介護タクシーを利用して、通院を援助しています。		
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。	ホーム近くの公園清掃を継続して行っています。(奇数週の土曜日)また、近隣の福祉事業所やケアプラザと協力して祭を開催し、地域の方にホームを知って頂く機会を作っています。(10月の第1土曜)		
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。	法人内で、内科、精神科の協力医療機関があり、月2回、往診に来て頂いています。主治医の決定は、本人や家族、又は保護担当の意見を伺います。また、皮膚科と歯科の往診もあります。必要に応じて、眼科に受診されている方もいます。	協力医は、訪問診療料の改定後も月に2回の訪問で入居者の健康を支え、夜中の急変にも対応してくれます。歯科の訪問もあり、必要時には皮膚科も受診できます。その他の専門医には家族や管理者が通院介助をしています。	

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
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1回、訪問看護を受けています。1週間の様子を伝える為、医療連携ノートを作成しています。こちらが記載したことに対し、回答を得て、それに即してケアを行います。また、夜間も連絡が取れる体制となっています。		
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。	主に管理者が主治医と連絡を取り、入院先に情報提供書を送って頂き、スムーズに治療が行われるようにしています。入院中は、電話だけでなく、なるべく面会に行き、情報交換することで、病院側との関係を築いている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	法人として、重度化した場合の指針が定められています。契約時に説明は行っていますが、その状況になった場合、再度管理者や主治医、訪問看護師とで医療方針を協議します。本人、家族の希望を尊重し、終末期に向けた対応を行います。	法人が定めた看取りの指針にもとづいて家族等に説明し契約を交わしています。今までに、ガン患者の看取りを経験しています。協力医と家族の応援を得て、3ヶ月間は穏やかに過ごし職員も真摯に看取りに取り組み、学びの場にもなっています。	
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。	緊急時対応マニュアルを各階の電話の傍に貼り出し、誰でも落ち着いて対応できるように、環境を整えています。		
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、避難訓練を行っています。その内、1回は、近隣の福祉事業所と合同で行っており、協力して頂けるよう、関係を築いています。また、緊急時の食糧や飲料水、コンロ、ボンベを備蓄しています。	避難訓練の1回目は、福祉事業所（計4事業所）との合同の訓練をしています。今年度は地震を想定しての訓練でしたが、お互いに事業所の役割を確認するよい機会になっています。2回目は、消防署の指導のもとで避難訓練を実施しています。	緊急時や災害発生時に備えて、持ち出し物の整備（たとえば利用者のお薬手帳のコピーなどを用意）が期待されます。

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。	社内研修において、接遇、倫理について、勉強する機会を設けています。 (毎年5月)	個人情報の書類は、事務所の鍵のかかる戸棚に保管しています。居室に入られたくない利用者は、自分なりの鍵で施錠し他者が入らないようにしており、職員や他の利用者ともその気持ちを大切にしています。	
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。	服・下着・日用品の買い物は、なるべく利用者と行き、好みの色のもの等、選択して頂いています。散歩や居室清掃も、一人一人に声を掛け、希望に沿うようにしています。		
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。	ご本人の生活のペースに合わせた支援をしています。毎日楽しく過ごして頂けるよう、声掛けを増やし、希望を伺っています。		
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。	服は、なるべくご自分で選んで頂いています。外出時には、よそ行きの服を選び、おしゃれを楽しんでいる方もいます。また、こちらで選ぶ際は、組み合わせを考え、常に同じものにならないようにしています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	なるべく自力摂取して頂ける様、その方に合った食事環境を整えています。利用者様の要望を聞いて、献立を決めることもあります。職員は、利用者様と共に、時には話をしながら食事し、楽しい時間を過ごして頂けるように支援しています。	食事は職員が手作りしています。夏以外は、月に2回お刺身の日があります。運営法人のレストランへの外食や配食の日、誕生日にはその人の好きなメニューなど変化をつけています。夏は庭の野菜のサラダ、かき氷などのお楽しみもあります。	

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
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。	一人一人に合わせた形態で、食事を提供し、安全に召し上がって頂ける様にしています。また、野菜をなるべく摂って頂けるよう、献立にも気を配っています。		
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ます。	毎食後、なるべく自力で口腔ケアを行って頂いています。磨き残しがあれば、声掛けを行います。また、歯科往診にて、口腔内のチェックを行っています。		
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。	ご自分でトイレに行けない方に関しては、排泄表で排泄間隔を確認し、適宜トイレ誘導を行っています。また、腹部をマッサージするなどし、なるべくトイレにて排泄して頂ける様に支援しています。自立している方に関しては、間隔を確認してから、トイレの声掛けを行っています。	自力で立てない人も、時間を見て誘導し、トイレで排泄しています。入院中バルーンだった人も、ホームでは声掛けと誘導で、紙おむつとパットから1か月後にはトランクスになっています。夜間のみオムツの利用者も数名いますが、あとはは全員トイレを使っています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいます。	食事に気をつけたり、牛乳やバナナの提供を行っています。また、必要に応じ、トイレで腹部のマッサージを行っています。下剤に頼らない、自然な排便を意識して、対応にあたっています。		
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むように、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。	ご本人のペースで入浴して頂いています。湯加減の希望を聞いたり、会話をしたり、また、入浴剤を使用するなど、気持ちよく入浴して頂ける様にしています。	1階には、家庭用風呂と機械浴室があります。脱衣室と浴室には冷暖房があり、利用者は2日～3日に1度入っています。全員が介助あるいは見守りで、職員とのスキンシップも兼ねています。拒否の人はいません。ゆず湯、菖蒲湯など楽しんでいます。	

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。	各部屋に湿温計を設置し、室内環境に気を配っています。就寝前は、フロアや居室でテレビを観て頂いたり、職員と会話したり、思い思いに過ごして頂き、就寝へつなげる支援をしています。		
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。	一人一人のお薬手帳を常備しています。また、利用者の個人ファイルには、常に新しい薬の説明書を綴じており、薬の用途などを、職員が確認出来る様になっています。主治医と主に管理者が相談し、服薬の調整を行っています。		
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。	居室、共用スペース、公園の清掃など、出来る事を行って頂き、利用者一人一人に役割を持って頂いています。楽しみごとに関しては、散歩、外気浴、歌唱など、希望に沿って支援しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	散歩に行く際は、利用者様本人に、行先の希望を伺います。戸塚駅まで歩かれる方もいます。月々の行事に外出の機会を設けたり、法人のリフト車を利用して、車椅子の方も出掛けられるよう、支援しています。	近隣に公園が3カ所あり、行き先は利用者の希望に沿っています。玄関先にベンチが2台置かれ、外気浴ももっています。近くのスーパーや薬屋への買い物にも行っています。地域の鯉のぼり見物、あじさいの花見、竹灯籠祭り、みかんがりなどの楽しみもあります。	
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。	買い物へ行く際は、なるべく利用者と職員、1対1で行き、希望したものを手に取って頂き、お金を支払って頂いています。		

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。	電話は、ご希望に沿って、家族や知り合いに掛けて頂いています。手紙についても、知り合いに書いている方がいます。暑中見舞いや年賀状を書かれ、ポストへ投函しに行かれたりしています。		
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。	居間は、どの利用者様もスムーズに移動が出来るよう、机・椅子の配置等、配慮しています。廊下に掲示物を貼ったり、花を飾ったりして、温かい雰囲気づくりに努めています。	ホーム全体が大変温かく、冬の夜も居室の暖房は朝方だけで足りるそうです。リビングには、大きなテーブルとソファがあり、新聞やテレビを見たり憩いの場になっています。加湿器を2台設置し、さらに、居室の廊下側にはぬれタオルが掛けてあります。	
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。	居間では、パズルや字の練習など、個別のレクリエーションを行って頂けるように支援しています。3～4名の利用者様がソファに腰掛け、テレビの話題について話されることもあります。		
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。	自宅で使用されていたタンスを引き続き使われている方がいます。仏壇を置かれていたり、ご自分の写真を、壁やベッド付近に飾っている方もいます。	居室には収納と介護用ベッド、エアコンや温度計、湿度計が設置されています。個人的な目標をかかげて、意欲盛り上げに役立っている人もいます。使い慣れた鏡台やタンス、仏壇やテレビ、ぬいぐるみなども置かれ安住の住まいになっています。	
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。	文字を読める方が多いので、居間にカレンダーを置き、毎月の行事や往診予定を書き出しています。また、それぞれの居室ドアに名前を貼り、居室がわかるようにしています。		

事業所名	グループホームやまぶき
ユニット名	いぶき

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、その時々々の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、生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近づけている。	「その人らしさを大切に、地域に開かれた家であることを目指す」を事業所理念としています。理念は、事務所、会議室など、職員の目にふれる場所に掲示しています。		
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。	近隣の3福祉事業所（いずれも別法人）と共に自治会に加入し、交代で月々の会議に参加しています。また、秋には、自治会の許可を頂き、公園にて祭を開催し、地域の方々に事業所を知って頂く機会をつくっています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	近隣の事業所と交代で、近くの公園の清掃を行っています。清掃を行った日時、人数を記録し、自治会に報告しています。		
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。	会議において、利用者様の様子を報告し、参加されているご家族様からの質問に答えるようにしています。毎年行っている祭に関しては、ケアプラザにも協力して頂き、地域の人々への周知をお願いしています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	生活保護の方が多いので、主に区の保護担当と、こまめに連絡を取っています。管理者が、電話だけでなく、区役所へ面談に行くこともあります。また、とつかハートプラン（戸塚区保健福祉事業）のモデル事業も行っています。		

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
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。	玄関の施錠については、日中は行わず、夜間のみを基本としています。落ち着かない利用者様への対応や、転倒・転落などの事故の対策が、身体拘束につながらない様に意識しています。		
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。	「虐待防止マニュアル」を職員がいつでも見られる所に置いています。勉強会や研修があれば、出席するように心がけています。		
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。	主に管理者が生活保護担当と連携し、利用者様の近況を伝えています。利用者様一人一人が、自立し、安心して日常生活が営めるように支援しています。		
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。	契約時は、ご本人とご家族、又は生活保護担当へ、文書に沿って説明を行い、同意を得て署名、捺印を頂いています。その際、質問なども伺い、説明し、ご理解を頂いています。		
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。	2ヶ月に一度の運営推進会議には、利用者様の家族に参加して頂き、ホームの活動状況を伝え、意見を伺っています。ご家族が面会に来られた際には、様子をお伝えしています。面会に来られないご家族には、電話や手紙にて、近況報告や、行事の連絡をしています。		

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
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。	ホーム全体の会議、利用者様の個別ケアカンファレンスを、それぞれ月1回行っています。職員同士で話し合った結果を、業務の改善につなげたり、利用者様のケアプランに反映させたりしています。		
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・パートに拘らず、居室担当を割り振っています。担当となった利用者様と意識して関わり、自立した日常生活を送って頂く上で必要な事を考えてもらっています。また、その考えを利用者のサービス計画に反映させています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	年5回の社内研修や、外部講師を招いての教育研修会に出席する機会を設けています。また、資格を取得したいと希望している職員もいます。いずれも、出来る限り勤務調整を行い、環境を整えています。		
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。	泉区・戸塚区のグループホーム連絡会に出席し、同業者との交流に努めています。また、横浜市で開催される研修には、同法人のグループホーム職員と共に、積極的に参加し、必ず報告書を作成しています。		
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。	入所開始時は、努めてご本人に話しかけるようにしています。また、ご本人からの言葉を傾聴すること、行動を観察して思いを汲み取るなどを通して、安心し、落ち着いて生活をして頂くことを意識しています。		

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
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。	ご家族がサービス利用に対して望むこと、不安に思っていることなどをお聞きし、ご本人が新しい環境に早く馴染めるよう、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。	必要と思われる支援を見極め、過剰なサービスにならないか、また足りないことはないか検討しています。		
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。	利用者様一人一人、出来る範囲での協力をお願いしています。掃除やおやつ作りなど、共同作業も行い、生活を共にする関係を築いています。		
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。	ご家族には、出来る限り協力をお願いし、利用者様にも、職員と家族と一緒に支えていることをお伝えしています。		
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。	ご家族との旅行や、食事の外出などを楽しまれている方がいます。また、本人より、ご家族に来てもらいたいとの要望があれば、電話の取次ぎなどを行っています。		

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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	気の合った利用者様同士、ソファに座り、自由に過ごされています。また、食事やおやつの前に声を掛け合うなど、関係作りに努めている。		
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。	ご利用が終了した後も、ご家族と、主に手紙を通して連絡を取るなど、関係の継続に努めています。		
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。	ご家族の話参考に、ご本人がどうなりたいかを一緒に考え、ケアプランに反映しています。また、困難な方については、職員間で話し合い、以前の習慣や現在の状況から判断しています。ご家族のいない方に関しては、ご本人にわかり易く説明し、同意を得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。	入所前の生活に関しては、事前に生活歴の記録を取り寄せ、情報を把握しています。また、入所初期に、本人と話をすることで、これまでの暮らしを理解するようにしています。		
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。	ケース記録に残すようにして、職員間で情報を共有しています。心身の状態に変化があった場合は、早めの対応を心がけています。		

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
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。	利用者一人一人を観察し、また会話する中で、生活上の困り事や目標を見出していきます。それらをカンファレンスで検討し、ケアプランを作成し、統一した支援が出来るようにしています。		
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。	決められたケアプランが実践できているか、個別のケース記録に毎日記入しています。利用者様の様子に変化が見られた場合は、申し送りや、連絡ノートに記入することで、情報を漏れなく共有できるようにしています。		
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。	車椅子を使用している方に関しては、法人内の介護タクシーを利用して、通院を援助しています。また、必要に応じて、主治医以外の、別の病院を受診される方もいます。		
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。	ホーム近くの公園清掃を継続して行っています。（奇数週の土曜日）また、近隣の福祉事業所やケアプラザと協力して祭を開催し、地域の方にホームを知って頂く機会を作っています。（10月の第1土曜）		
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。	法人内で、内科、精神科の協力医療機関があり、月2回、往診に来て頂いています。主治医の決定は、本人や家族、又は保護担当の意見を伺います。また、皮膚科と歯科の往診もあります。		

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
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1回、訪問看護を受けています。1週間の様子を伝える為、医療連携ノートを作成しています。こちらが記載したことに対し、回答を得て、それに即してケアを行います。また、夜間も連絡が取れる体制となっています。		
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。	主に管理者が主治医と連絡を取り、入院先に情報提供書を送って頂き、スムーズに治療が行われるようにしています。入院中は、電話だけでなく、なるべく面会に行き、情報交換することで、病院側との関係を築いている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	法人として、重度化した場合の指針が定められています。契約時に説明は行っていますが、その状況になった場合、再度管理者や主治医、訪問看護師とで医療方針を協議します。本人、家族の希望を尊重し、終末期に向けた対応を行います。		
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。	緊急時対応マニュアルを各階の電話の傍に貼り出し、誰でも落ち着いて対応できるように、環境を整えています。		
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、避難訓練を行っています。その内、1回は、近隣の福祉事業所と合同で行っており、協力して頂けるよう、関係を築いています。また、緊急時の食糧や飲料水、コンロ、ポンペを備蓄しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	社内研修において、接遇、倫理について、勉強する機会を設けています。 (毎年5月)		
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。	服や寝具、日用品などは、なるべくご本人と一緒に買いに行き、好きなものを選んで頂く様にしています。一緒に行けない方も、好みを伺い、好みに近いものを選んでいきます。		
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。	希望に沿ったアクティビティーが行えるように、個別に声掛けをしています。		
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。	服は、なるべくご自分で選んで頂いています。外出時には、よそ行きの服を選び、おしゃれを楽しんでいる方もいます。また、こちらで選ぶ際は、組み合わせを考え、常に同じものにならないようにしています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	調理の下準備を、利用者様にお願いすることがあります。もやしのひげ取りや、ゴマ擦りなどです。また、食後に配膳にしようとしたお盆を拭いて頂いたりしています。		

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。	一人一人に合わせた形態で、食事を提供し、安全に召し上がって頂ける様になっています。また、野菜をなるべく摂って頂けるよう、献立にも気を配っています。		
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、なるべく自力で口腔ケアを行って頂いています。磨き残しがあれば、声掛けを行います。また、歯科往診にて、口腔内のチェックを行っています。		
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。	ご自分でトイレに行けない方に関しては、排泄表で排泄間隔を確認し、適宜トイレ誘導を行っています。また、腹部をマッサージするなどし、なるべくトイレにて排泄して頂ける様に支援しています。自立している方に関しては、間隔を確認してから、トイレの声掛けを行っています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	食事に気をつけたり、牛乳やバナナの提供を行っています。また、必要に応じ、トイレで腹部のマッサージを行っています。下剤に頼らない、自然な排便を意識して、対応にあたっています。		
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。	ご本人のペースで入浴して頂いています。湯加減の希望を聞いたり、会話をしたり、また、希望に応じて背中を流すなど、気持ちよく入浴して頂ける様にしています。		

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
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。	各部屋に湿温計を設置し、室内環境に気を配っています。就寝前は、フロアや居室でテレビを観て頂いたり、職員と会話したり、思い思いに過ごして頂き、就寝へつなげる支援をしています。		
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。	一人一人のお薬手帳を常備しています。また、利用者の個人ファイルには、常に新しい薬の説明書を綴じており、薬の用途などを、職員が確認出来る様になっています。主治医と主に管理者が相談し、服薬の調整を行っています。服薬時、水をゼリー状にするなどし、飲みやすいようにしています。		
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。	居室、共用スペースの清掃など、出来る事を行って頂き、利用者一人一人に役割を持って頂いています。楽しみごとに関しては、散歩、外気浴、塗り絵など、希望に沿って支援しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	散歩に行く際は、利用者様本人に、行先の希望を伺います。月々の行事に外出の機会を設けたり、法人のリフト車を利用して、車椅子の方も出掛けられるよう、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。	買い物へ行く際は、なるべく利用者と職員、1対1で行き、希望したものを手に取って頂き、お金を支払って頂いています。		

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。	電話は、ご希望に沿って、家族や知り合いに掛けて頂いています。		
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。	居間は、どの利用者様もスムーズに移動が出来るよう、机・椅子の配置等、配慮しています。廊下に掲示物を貼ったり、花を飾ったりして、温かい雰囲気づくりに努めています。		
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。	居間では、かるたやトランプなど、個別のレクリエーションを行って頂けるように支援しています。3～4名の利用者様がソファに腰掛け、テレビの話題について話されることもあります。		
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。	自宅で使用されていたタンスを引き続き使われている方がいます。仏壇を置かれていたり、ご自分の写真を、壁やベッド付近に飾っている方もいます。		
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。	文字を読める方が多いので、居間にカレンダーを置き、毎月の行事や往診予定を書き出しています。また、それぞれの居室ドアに名前を貼り、居室がわかるようにしています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 グループホームやまぶき

作成日：平成 27 年 6 月 8 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	10 19	利用者様の家族への近況報告の回数が少ない	利用者様家族との連絡を密に行う	少なくとも2ヶ月に1度は、家族に近況報告の手紙を出す。ご希望がある際は、写真も添えていく。	1 2ヶ月
2	35	災害時の備蓄	備蓄品の整理	消防署員に備蓄品についてのレクチャーを受ける。他施設からも情報を得て、備蓄品を整える。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月