

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	1473601084	事業の開始年月日	平成18年1月1日
		指定年月日	平成18年1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 ちゃんと		
所在地	(245-0022 ) 神奈川県横浜市泉区和泉町3-8-7		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成27年2月12日	評価結果 市町村受理日	平成27年8月20日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1473601084&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)】

私たちは「入居者様の見えないニーズに気付く」を心掛け、入居者様と過ごしています。趣味や興味のあること、ホームでの活動、健康面など様子や会話を通じて感じ取れるように取り組んでいます。個別に支援を実現しホームでも気持ちの満たされる生活を提供していきたいと考えています。そして、地域の方たちの協力を得ながら、地域住民の一人として生活をして頂いています。健康面でのサポートは内科、精神科、歯科、皮膚科、訪問看護師との連携で不安なく対応することができます。また、職員は自分の意見や考えを互いに伝え、より良い形でケアにしていく力を身に付けています。気づく力や対応力を事例をもって体験し養っています。

### 【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3月27日	評価機関 評価決定日	平成27年6月24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、横浜市営地下鉄立場駅から徒歩約15分の古橋の森に面した閑静な場所にあります。建物は鉄骨造り2階建て2ユニットのグループホームです。運営法人はグループホームを始め介護保険関連の事業を幅広く展開しており、医療面を始めとした様々な面で連携を図っています。

<優れている点>

地域との連携に積極的に取り組んでいます。桜まつりを始めとした各種自治会行事に積極的に参加して交流を深めると共に、自治会の協力を得て近隣の幼稚園との交流が今年度実現の運びとなっています。防災面では、自治会の防災訓練に参加すると共に、事業所の火災発生時には自治会消防団団長への連絡や自動通報装置への登録、近隣住民の協力を得ることが出来ます。また、災害時の町内会の支援体制も決まっています。管理者は日頃から職員の声や意見、提案を受け入れ職員の自主性を重んじた職場運営に注力しています。定期的に開催するケアカンファレンスは全員で討議する場とし、積極的に職員の発言を促し、モチベーションを高め職員のやる気を引き出しています。

<工夫点>

毎月開催のケアカンファレンスでは、事前に個々の利用者について、それぞれの職員が気付いたことを記したカンファレンス用のメモを持ち寄り、一人ひとりの意見を聞き、協議をし全職員で利用者の現状を確認し、ケアプランに反映する工夫をしています。

### 【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 ちゃんと
ユニット名	大地

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

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている。	職員は理念の意味を正しく理解し、理念と入居者様の意向に沿ったケアを実践しています。新職員には法人の理念とホームの理念を説明しています。いつでも立ち止まって自身を省みることができるように廊下、事務所に掲示しています。	理念を玄関ホール、事務所、廊下に掲示し周知を図っています。毎年、事業所の年度目標を作成する時には理念を確認し、理念に沿ったケアを実践しているか確認し合っています。	
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。	自治会へは会員、賛助会員として加入しています。年に一度、名簿の確認をして頂いています。行事への案内やホーム専用席などの用意など配慮を頂き交流しやすい体制を作っています。	自治会に加入し、自治会と密接な協力関係を築いています。祭りを始めとした各種自治会行事に利用者に参加して交流を深めると共に、地域の防災・防犯訓練に参加しています。自治会の協力を得て近くの幼稚園との交流が始まることになっています。	
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。	二カ月に1回、開催している運営推進会議では事業所で起きた事例を報告しています。中でも困難事例などについては事業所としての支援策を伝え、委員から意見等をいただきます。ご家庭で介護をしている方などの参考になるようお話をさせて頂いています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	運営推進会議では事業所の活動状況報告を行っています。その中で頂いた意見や助言はサービスの質の向上に活かしています。今年度はある事例を発表しました。職員の取組みなどに興味を持って頂き、ホームだから出来る事や関わり方など第三者の目で評価をしてもらうことができました。	運営推進会議を年6回定期的に開催しています。事業所の活動状況報告後、要望、助言があり、活発に意見交換を行っています。最近では非常災害時の地域との連携について建設的な話し合いを行っています。外部評価についても報告をしています。	
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。	担当者とは密に連絡をとり、入居者様の様子を伝えていきます。役所に立ち寄り直接伝えて伝えることを心掛けています。協力関係だけではなく信頼関係を築くことも入居者様へのサービスにつながると考えています。入居者から面談の希望があれば相談し依頼しています。	各種届け出書類の提出時には、管理者が区の担当課へ直接出向き相談、助言、情報交換を行い、協力関係を築いています。担当者とは顔を見て話をすることを心掛け、信頼関係を築くようにしています。	

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
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。	ベランダやテラスへの出入りは自由にできます。お一人で散歩に出られる方もいらっしゃいます。身体拘束については日々の業務の中で学びながらケアに取り組んでいます。ケアに伴うリスクを同時に考え対応策を実施しています。	職員は研修を通じて身体拘束について理解し、身体拘束をしないケアを実践しています。管理者は常に職員の拘束の無いケアに注意を払っています。身体拘束に当たる家族の要望については、事業所の方針を説明し、理解を得、拘束の無いケアを行っています。	
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。	法人の勉強会では年に一度「法令順守」の研修を行っています。何故、法令があるのか学び自己の業務に照らし合わせています。社外研修にも参加して虐待に関する知識を高め、職員に伝達講習を行っています。普段の対応を見直す機会としています。		
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。	研修にて高齢者の権利擁護を学んでいます。後見人来所時には後見人の役割や立場など権利擁護に関する制度などを直接伺い、理解を高めています。ご家族との関係やホームとの関わりなど個々の求められている内容が進めていけるように努めています。		
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。	入居の契約はご家族、ご本人に丁寧に説明をしています。不安や疑問がないか確認します。ホームでの生活においても注意点などを伝え、納得した上で契約を執り行います。介護報酬改定の際などはわかりやすく説明を行っています。不明な点がないか確認します。		
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。	運営推進会議に利用者代表、家族代表として参加して頂く機会を設けています。地域の方や区高齢支援課など外部へ伝えることができます。事業所内の会議にも気軽に入居者様の参加を受け入れており、直接、要望を伺っています。	家族の面会時や電話で近況報告をする機会に意見や要望を聞いています。また、年2回の家族会や運営推進会議の場でも聞く機会を設けています。ケアカンファレンスに利用者の参加も受け入れ、自由に意見や要望を述べてもらっています。	

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。	事業所の会議や各ユニットの会議内で職員の意見、提案を聞く時間を設けています。入居者へのケアや業務の改善、運営に繋がる意見は直接聞いています。内容によっては事業所として法人内組織に報告していきます。	管理者は日頃から職員に声を掛け、業務や運営に関する意見を聞いています。また、毎月開催の全体会議やユニット会議で職員の意見や提案を聞く機会を設けています。会議をディスカッションの場とし、参加者全員の発言を促し、自主性を尊重しています。	
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。	事業所から所属部署幹部へ毎月、事業所報告をしています。人事に関する内容や事業所内の出来事など報告、相談しています。職員が率先して働ける職場作りに努めています。		
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。	法人内に教育委員会を設置しています。個々の経験やレベルに合わせた研修会を実施しています。また、働きながら資格取得ができるよう就業の調整を行っています。月1回の社内研修や社外研修には積極的に参加し、個々のレベルアップに繋げています。		
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を通じて、職員の交換研修に参加しています。職員は他の法人の事業所を訪問し様々な刺激を受け事業所に取り入れています。また、管理者はブロック会で事例を通して意見交換を行っています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居前の見学ではご本人が不安に思っている事やホームの生活で望むことを伺います。入居までに準備ができることや不安の解消など安心してサービスが開始できるよう信頼関係を築いていきます。		

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	
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。	利用者に対する心配事やご家族の要望は正確に把握していきます。双方の意見を十分に聞き取ります。不安については極力解消してご家族と事業者の関係作りに努めていきます。			
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。	利用者、ご家族の必要としている支援を正確に把握し、双方の意向を十分に聞き取ります。どのようなサービスが適しているのか見極め対応をしていきます。			
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。	介護を必要とするときには最善をつくす気持ちで支えています。人生経験の豊富さにおいては職員は学ぶことも多くお互いにできることで支え合う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。	ご家族の面会時、または定期的にご家族へ利用者の様子を報告しています。利用者のためにできることはご家族と協力し、実現にむけ支えていきます。また、ご家族は利用者のために、利用者はご家族のために思いやる気持ちを尊重しています。			
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。	入所前からお付き合いのある方との関係は気兼ねなく継続して頂いています。お弟子さんの来所や電話、ご家族の墓参りなど利用者の方の大切なお方に対する思いを大切に支援しています。	知人の来訪時には快く迎え、湯茶でもてなし再訪をお願いするなど、関係が途切れないよう支援しています。墓参りの希望や馴染みの店での外食希望には同行支援をしています。また、電話を掛けたり手紙を出すなどの支援も行っています。		

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
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。	フロアテーブルを囲み、会話や作業ができるように関わりを持つ場を設けています。居室で過ごされる時間が長い方には職員が声掛けし、孤立を防いでいます。簡単なお手伝い等を依頼して利用者が同じ空間で過ごす時間を増やしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退所を検討する場合は、その後の行き先を含めて話し合いをしていきます。手紙や電話で利用者の様子や経過を確認し、できる支援があれば支えていきます。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人との会話や生活の中から把握していきます。出来る限り意向に沿えるように家族や、ケースワーカーと協力していきます。把握が困難な場合は主治医、看護師に相談したり、ユニット会議で検討しています。	本人の思いや意向は、日々の会話や様子、生活歴や家族、ケースワーカーの話などから把握するように努め、出来るだけ本人の意向に沿うよう支援しています。外食、買い物、墓参り、映画鑑賞などの希望にも対応しています。	
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。	入所時にはご本人、家族から聞き取りを行っています。生活歴や趣味、望む生活を伺います。ケースワーカーや施設職員からの情報提供をもとにこれまでの生活を把握しています。		
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。	個別の記録ファイルがあり、24時間を通して様子や行動、会話などが記録されています。身体の状態変化は申し送りやユニット会議にて情報を把握しています。		

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。	月一回のユニット会議では介護計画の評価を行い、現状における課題を抽出していきま す。課題解決に向け計画の立案や本人、家族の意向を確認します。主治医や訪問看護師からの意見、助言を取り込んで介護計画を作成しています。	毎月開催のユニット会議で個々の利用者についてカンファレンスを行い、課題を話し合っています。3ヶ月ごとにケアプランを見直し利用者、家族の意向を確認し、主治医や看護師の意見、助言を入れ、現状に見合ったケアプランを作成しています。	
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。	個別の記録ファイルにはケアの実践や結果が記録されています。職員は意見や気づきが伝えやすい環境を作り情報の共有をしています。課題として挙げた内容は再度ユニット会議で検討しています。		
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。	利用者の身体状況に合わせ対応を行っています。ホームでの入浴が困難になった場合には無償で法人内の訪問入浴を利用して頂いています。ご家族に代わって受診対応や外出の支援などを行っています。		
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。	利用者のニーズに合わせ地域の協力を生かしています。自治会の当事業所窓口として福祉部門を設置して頂いています。自治会会員として行事の参加、定期的な大正琴のボランティア訪問など利用者が楽しむための地域資源を活用しています。		
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。	入所時にはご本人、家族と話し合い主治医を決めています。入所前のかかりつけ医がいる場合は継続出来る支援をしています。既往や身体的不安を伺い安心して適切な医療の提供を支援していきます。	入所時に本人、家族と相談し主治医を決めています。月2回の内科、精神科の往診と、週1回の歯科、看護師の訪問があります。入所前のかかりつけ医への通院は継続できるよう支援しています。医療連携ノートを使い、医療関係者と全職員が情報を共有しています。	



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。	訪問看護事業所と契約をしており、週一回、定期訪問を受けています。体調の変化の報告や相談を行っています。医療連携ノートを活用し、対応方法や処置の指示を受けています。緊急時の連絡は24時間可能で適切なアドバイスを受けることができます。		
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。	入退院時の手続きは円滑に行えるように事業所が協力しています。ご家族やケースワーカーに負担なく引き継いでいきます。定期的な見舞い、病院関係者と情報交換などを行い利用者の状態を確認します。退院に向け主治医、看護師と受け入れ体制を整えます。		
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。	重度化した場合は早期に説明を行っています。事業所、主治医、ご家族、ご本人と納得した上で終末期に向けた支援を行っています。事業所でできる最善のケアを医療と職員間で話し合います。終末期ケアの研修にも参加しチームケアを実践しています。	「重度化した場合における対応に係る指針」を作成し、契約時に説明しています。本人及び家族の思いや意向を踏まえ、早い段階から医師、看護師、職員が連携をとり、尊厳と感謝の気持ちで、その方にふさわしいターミナルケアを実施しています。	
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。	事故発生時のマニュアルを作成しいつでも確認することができます。事務所内には緊急時の対応方法や連絡方法を掲示しています。応急手当の研修に参加してホーム会議で伝達講習しています。また、自主訓練でも救急対応の訓練を行っています。		
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。	職員は迅速な避難誘導ができるように夜間想定避難訓練、日中の震災訓練を行っています。また、自主訓練を定期的に行い、災害に向けた対応力をつけています。自治会の役員、防犯部の方の参加もあり地域住民ができる支援を話し合っています。	日中・夜間を想定した避難訓練を年2回行っています。また2ヶ月に1回、救命方法やAEDの使い方などのテーマを決めて自主訓練を行っています。火災時の町内への伝達手段について運営推進会議で話し合い、事業所から自治会への伝達方法が確立されています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	個人の人格や疾患等を正しく理解し、職員は共通の理解を持ち対応しています。常に思いやりの気持ちを持つことでその方の思いや自尊心を守ることにつながると考えます。法令順守を心掛け自己決定や傾聴のタイミングを大切にしています。	職員は利用者一人ひとりの性格や生活歴を理解し、人格を尊重した心地よい言葉づかいを心掛けています。月1回のケアカンファレンスでは、人格を損ねないような言葉かけや対応について職員間で話し合い、確認しています。	
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。	散歩や対話時に生活の希望を伺ったりしています。1対1で対応することにより普段は言えない思いを表して下さいます。意向に沿えるように一緒に計画を立てたり、ご自身で決めて頂いたり納得できる形で支援しています。		
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。	個々の意思を尊重し、その方の希望に沿うように支援をしています。行事や外出などペースや意思を優先しています。職員の配置や時間の調整を行い対応可能な形に整えます。		
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。	定期的な訪問理容を利用しています。外出が困難な方や散髪を希望される方にはご自分で髪型を注文して頂きます。散歩時にはサンダラスや帽子、身に着ける物をご自身で選んでもらいその方らしいおしゃれを楽しんでいただきます。		
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。	味付けにこだわりがある方にはご自身で味を付けて頂き満足した食事を摂ってもらったり、皆さまの為に調理をしてくださいます。ランチレクや外食、誕生日には好物を用意しています。食器洗いや片付けは負担にならないよう職員と行います。	週2回業者から旬の食材が届き、当日の担当職員が利用者の好みに合ったメニューを考え、調理しています。季節に合った行事食や、誕生日には本人の好みの料理を用意し、食事を楽しめる工夫をしています。利用者は食器洗いなどできる事を職員と行っています。	

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
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、水分量の変化がある場合は主治医、看護師に相談しています。変化に応じた対応の指示を受けます。飲み込み状態や利用者に応じた形態の検討を行い適切な量が確保できるように支援しています。また、摂取量が確認できるチェック表を活用しています。		
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。	食後は口腔ケアの声掛けや介助を行っています。舌の汚れや口内の傷など確認しています。歯科往診時には報告しケアを受けて頂いています。利用者に応じたブラシを選び安全に口腔ケアができるように支援をしています。		
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。	トイレでの排泄を継続するために定期的に声掛けを行っています。排泄チェック表を使用し排泄のパターンを把握します。オムツ使用からトイレでの排泄へ移行された方もおり、時間をかけて力を取り戻す支援を行っています。	トイレでの排泄を継続するため排泄チェック表を活用し、定期的に声掛けし誘導しています。人格を尊重し他の人に気付かれないよう誘導しています。退院後のリハビリでオムツからトイレでの排泄へ移行できた人もいます。	
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。	便秘に冷水、乳飲料、果物を勧めています。便秘時は腹部マッサージやホットタオルで保温し排便を促します。運動やや便座に腰かける習慣をとって頂きます。薬剤を使用する場合は身体に負担の無いように使用し、訪問看護師により適切な処置を受けます。		
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。	入浴の希望に沿えるように対応しています。湯温も好みに設定し入浴を楽しめるように支援しています。身体に合った洗身ブラシを用意したり必要な用具を使用し個々の入浴を支援しています。利用者によっては訪問入浴を利用しいつでも入浴ができる支援をしています。	週2～3回、午前中に入浴しています。本人の希望に合わせて湯温を調節したり、洗身ブラシや用具を使って、自分で洗えるところは洗ってもらうよう工夫しています。身体状況に合わせて訪問入浴を利用し、いつでも入浴ができ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	
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。	個々の体調に合わせて寝具用品や室温調整を行い睡眠を維持しています。照明や乾燥対策など状況に合わせて対応し利用者によってはテレビや趣味を楽しみ、ご自分の生活習慣に合わせて就寝しています。談話や足浴などその都度適した形で安眠の支援をしています。			
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。	薬の効果や副作用、用量が記載されている服薬リストは個人ファイルに入れ、いつでも確認することが出来ます。薬の変更がある場合は全職員に周知できるようにしています。服薬手順に従い支援。体調の変化は申し送り伝え、主治医に報告しています。			
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。	ご自身の役割として食器洗いやゴミだし、カーテンの開閉など自発的にして下さいます。嗜好品は散歩や外出した際に購入したり、DVDで観たい映画や歌など楽しんでいます。好きな歌手のCDを買いに行くなど気分転換の時間も作っています。			
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。	散歩の希望がある時には出掛けています。突発的な外出希望には近日中に対応できるように調整し、家族に相談して対応をしています。外出希望や買い物、遠出の希望がある場合には計画を立てて支援しています。	天気の良い日は散歩に出かけています。月1回音楽療法や外食を楽しみ、地域で行われる桜祭や天神祭に参加しています。車で鯉のぼりを見に行ったり、利用者からの墓参りの要望には企画書を作成し、視察してから同行するなどの支援をしています。		
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。	利用者が希望される場合にはお小遣いとしてお渡ししています。利用者の力に応じて管理は任せています。散歩のときに近所の店で嗜好品を購入しています。			

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
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。	早朝や夜間以外に、一言かけていただいでからご自分で電話をかけていらっしやいます。手紙を書かれお預かりすることもあり、職員が投函します。また、はがきが届いた時にはお礼の電話を職員とかけています。		
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。	リビング、廊下には利用者が製作した飾りを飾っています。明るい雰囲気の中で過ごされています。気の合う方と過ごせる席位置や室温調整や換気を行い、不快なく過ごせる環境作りをしています。ゲームやカラオケなど皆さまで楽しめる空間にしています。	リビングは床暖房とエアコン、加湿器で室温調整をしています。大きなソファとテーブルが置かれ、広い窓から光が射し込み、利用者は明るくゆったりとした空間で思い思いに過ごしています。壁には利用者の作品を飾り、生活感を感じられるよう工夫しています。	
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。	共有スペースにはソファがあり個人で趣味を楽しむ方もいらっしやいます。席で新聞を読む方もおり個々に自由な時間を過ごしています。テレビをご覧になる方、少し離れた場所で音楽を楽しまれる方など配慮しながらも共有空間で個々の場所を確保しています。		
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。	使い慣れた私物をを居室には用意して頂き、思い出のある生活用品があります。身体にあった用具などはご家族が用意され、利用者が居心地良く過ごせるようにしています。ベランダにも自由に出入りをされる方もいらっしや自由の外気に触れています。	エアコン・クローゼットを備え付け、ベッドは持ち込みかレンタルを自由に選べます。使い慣れた家具や思い出の品を持ち込み、利用者が居心地良く過ごせるよう工夫しています。居室からベランダに自由に出入りでき、外気浴を楽しむこともできます。	
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。	車椅子利用者も自由に移動ができるようにスペースを確保しています。壁面のカレンダーで日にちを確認したり、作品や写真を飾って頂きます。動線には障害物がないように安全に配慮をしています。		

事業所名	グループホーム ちゃんと
ユニット名	空

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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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、生き生きと働いている。 (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。	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている。	職員は理念の意味を正しく理解し、理念と入居者様の意向に沿ったケアを実践しています。新職員には法人の理念とホームの理念を説明しています。いつでも立ち止まって自身を省みることができるように廊下、事務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。	自治会へは会員、賛助会員として加入しています。地域のボランティアさんが定期的に大正琴の演奏に来て下さり交流を深めています。		
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。	二カ月に1回、開催している運営推進会議では事業所で起きた事例を報告しています。中でも困難事例などについては事業所としての支援策を伝え、委員から意見等をいただきます。ご家庭で介護をしている方などの参考になるようお話をさせて頂いています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	運営推進会議では事業所の活動状況報告を行っています。その中で頂いた意見や助言はサービスの質の向上に活かしています。今年度はある事例を発表しました。職員の取組みなどに興味を持って頂き、ホームだから出来る事や関わり方など第三者の目で評価をしてもらうことができました。		
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。	担当者とは密に連絡をとり、入居者様の様子を伝えていきます。役所に立ち寄り直接会って伝えることを心掛けています。協力関係だけではなく信頼関係を築くことも入居者様へのサービスにつながると考えています。入居者から面談の希望があれば相談し依頼しています。		

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。	身体拘束に関するマニュアルがあり、職員への周知、理解を深めています。ホーム会議では伝達講習を行い、全職員に周知しています。テラスへは自由に出入り出来るように解放し、天気の良い日は職員と一緒に日光浴をしたり、洗濯干しをしています。		
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。	法人の勉強会では年に一度「法令順守」の研修を行っています。何故、法令があるのか学び自己の業務に照らし合わせています。社外研修にも参加して虐待に関する知識を高め、職員に伝達講習を行っています。普段の対応を見直す機会としています。		
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。	研修にて高齢者の権利擁護を学んでいます。後見人来所時には後見人の役割や立場など権利擁護に関する制度などを直接伺い、理解を高めています。ご家族との関係やホームとの関わりなど個々の求められている内容が進めていけるように努めています。		
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。	入居の契約はご家族、ご本人に丁寧に説明をしています。不安や疑問がないか確認します。ホームでの生活においても注意点などを伝え、納得した上で契約を執り行います。介護報酬改定の際などはわかりやすく説明を行っています。不明な点がないか確認します。		
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。	入居者様より意見、要望が出た時は十分に話の内容を聴きます。ご家族には面会に来られた時など伺ったり、その他電話やお手紙、家族会で確認する事もあります。		



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
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月1回の全体カンファレンス、1, 2階フロア別でのケアカンファを設け、ケアや業務の見直しをしています。一人ひとりの意見を聞き、表出しやすい環境を作っています。随時、ミニケアカンファを行い、早期問題解決、質の向上に繋げています。		
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、実績等その都度評価し、向上に繋がるよう努めています。又、個々にあった勤務調整をして負担をかけず無理のないように努め、小さな事でも耳を傾けるようにしています。		
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。	年1回の管理者研修、事例発表や、月1回の勉強会を開催しています。発表する機会がある事でも向上心に繋がっています。又、個々に合った外部研修等、自主的に学べる機会としています。		
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を通じて、職員の交換研修に参加しています。職員は他の法人の事業所を訪問し様々な刺激を受け事業所に取り入れています。また、管理者はブロック会で事例を通して意見交換を行っています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	話し易い雰囲気を中心掛けています。安心してサービスが開始出来るように十分な話し合いをして、ご本人の不安や要望など細かい所まで相談出来る場を設け、より良い関係作りに努めています。		

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。	入居前の見学時には管理者と、不安、要望など相談出来る話し易いのを設け、家族と入居者様とも要望の違いなども確認し、入居者様だけでは聞き出せない細かい所も確認し、安心してサービスが開始出来るように、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。	状況を把握して、本人と家族が今、何を必要としているのかを十分に話し合いをし、本人と家族の意向を最優先に考え、支援の方針を決めています。必要に応じて法人内の他事業所サービス利用も出来る事を説明しています。		
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。	常に人生の大先輩である事を忘れずに接しています。日常生活を家族の一員として楽しく過ごし、喜怒哀楽を共にしています。又、入居者様から調理方法や昔話などから学ぶことは多くあり、お互いに支え合いながら、より良い関係が築かれています。		
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。	行事がある時は家族へ連絡し、一緒に参加出来るように配慮しています。面会時には近況報告をします。面会が難しい家族にはホームの通信誌と一緒にお手紙を添え、本人をより身近に感じて頂けるよう努めています。		
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。	本人が今まで大切にされて来た友人や知人が来訪された時には、居室でくつろいで頂けるよう配慮しています。より良い関係が継続出来るよう支援をしています。		

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
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。	日々、テーブルを囲んでレクや作業をしています。食事は皆で一緒にテーブルに集まります。困っている入居者様に手を貸して下さる入居者様もいます。居室にいる事の多い入居者様には、職員が入る事で孤立する事なく、関わり合える関係が築かれています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退所先のケースワーカーとも相談して行きますが、あくまでも本人、家族の意向を優先しています。又、サービス終了後も、家族から連絡を頂くなど、お付き合いを大切にしています。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人との対話や、行動の中からも把握出来るように、日頃の観察に努めています。意思表示が困難な入居者様でも、表情や行動から汲み取るようにしています。家族の協力を得たり、職員同士の情報も共有し、ケアカンファを重ね検討しています。		
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。	入居時にアセスメントを行い、生活歴や趣味、なじみの暮らし方等を把握して、その後のケアに活かしています。又、家族やケースワーカーから情報収集したり、全施設のサマリーを参考にしています。		
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。	個別のケース記録があり、24時間を通して、状況の把握がなされています。申し送りノートの活用や毎日の申し送りの中で、全員が把握出来るように努めています。又、医療連携ノートを活用し、主治医、訪問看護との連携も取れ情報の把握が来ています。		

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。	本人や家族の意思、意向を第一に考えて作成する他、職員で話し合い、皆の意見も取り入れています。又、主治医、訪問看護の助言も介護計画に反映させています。状況に応じてモニタリングを行い、本人の状況に即した介護計画を作成しています。		
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。	個別のケース記録に加え、気づきや問題点を自由に記入するノートを活用しています。出勤時にノートを確認し、職員間で情報を共有しています。		
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。	常に本人の状況を把握し、家族と連携を取り調整しています。訪問看護、主治医とも連携を取りながら、柔軟に支援します。又、風の音を定期的に昼食会、音楽療法等で利用する外出支援や、法人内介護タクシー、訪問入浴サービスも利用出来ます。		
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。	毎月、地域のボランティアさんが大正琴に来て下さったり、町内会の行事に積極的に参加しています。		
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、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、精神科のかかりつけ医がおり本人、家族の希望により選択出来るようになっていました。入居者様の状況等変化があつて場合は変更も可能で、速やかに入居者様に合った適切な医療を受けられる体制は整っています。週1回の訪問歯科も利用出来ます。		

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。	訪問看護事業所と契約しており、週1回の訪問では日常的な健康管理や少しの変化でも連絡する事により、かかりつけ医の指示を取る事が出来、医療的支援は充実しています。医療連携ノートでも情報共有化に努めています。		
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。	入院中の入居者様の状態に合わせて面会を行い、家族とも密に連絡を取り合い、安心して繋がっています。訪問看護や主治医とも連携が取れている為、連絡、相談をする事で、早期退院出来る体制は整っています。		
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。	重度化した場合は、家族の意向を早期に確認し対応に係る指針を説明し、訪問看護、主治医とも十分に話し合いをし、全員で方針を共有します。特に訪問看護とは密に連絡を取り合い、様々な情報を交換し、より良い終末期を迎えられる体制は整っています。		
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。	事故発生時のマニュアルを作成しいつでも確認することができます。事務所内には緊急時の対応方法や連絡方法を掲示しています。応急手当の研修に参加してホーム会議で伝達講習しています。また、自主訓練でも救急対応の訓練を行っています。		
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。	職員は迅速な避難誘導ができるように夜間想定避難訓練、日中の震災訓練を行っています。また、自主訓練を定期的に行い、災害に向けた対応力をつけています。自治会の役員、防犯部の方の参加もあり地域住民ができる支援を話し合っています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	接遇マニュアルがあり常に見直しを図り、カンファレンス等で対応の再確認をしています。新人職員にはオリエンテーション時に時間をかけ説明をしています。表情などにも気を付けながら心とむような対応をし、否定せず傾聴を多く取る事を心掛けています。		
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。	入居者様の想いや希望が表出出来るようにコミュニケーションを多く取り、小さな言動をも見逃さないように配慮しています。声掛けにより自発的に活動出来るよう働きかけ、自己決定出来る機会を多く作るよう心掛けています。		
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。	個々の意思を尊重し、希望やペースが違う事を理解し、押し付ける事のない対応を心掛けています。基本的には自由に過ごして頂きますが、場合によっては職員側より誘導して行くケースもあります。まとまった外出や食事会なども自由に決めて頂いています。		
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。	外出困難な方は定期的に訪問理容を利用し、本人の好みの髪型にしてもらっています。衣類はその日に着る物を一緒に選びながら、自己決定出来る一つの機会としています。		
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。	食べたい物をお聞きし作る事もあります。簡単な下拵えや盛り付け、お盆、箸並べをして頂いています。音楽を流し、職員と一緒に食事を摂り、食器拭き、テーブル拭きが日課になっている入居者様もいます。各行事食も楽しんで頂いています。		

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
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。	毎食後、個々に食事摂取量をチェック表に記録し、摂取状況を把握しています。個々の状況により分量、形態、または好みの飲み物などと柔軟に対応し、摂取量の少ない人には栄養補助剤でバランスを摂って頂いています。		
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、歯磨きの声掛けを実施しています。自ら行う入居者様もいます。自力で出来ない入居者様には介助しています。週1回訪問歯科による口腔ケアを受け、清潔保持に努めています。		
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。	毎日、排泄チェック表に記入し、個々の排泄パターンを把握し早めの誘導に努めています。自力で行えない入居者様には、表情や瞬時にトイレ誘導出来るように努めています。間に合った場合はお互いに喜びを共感し、次回に繋がるよう支援しています。		
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。	散歩、体操、音楽に合わせての廊下歩行により身体の活性化を図ると共に、毎朝、飲むヨーグルトを提供しています。繊維質の食事を心掛け、朝食後は便座に座る習慣を付け、排便を促しています。必要に応じ、訪問看護、主治医の指示を受けています。		
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。	個々の希望、体調に合わせて入浴をして頂いています。入浴剤を入れ、気分転換も図っています。入浴出来ない日が続く場合は、清拭、足浴で保清に努めています。訪問入浴を利用している入居者様もいます。		

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。	一人ひとり、その時の体調、状態に応じ休んで頂いています。室内温度にも配慮しています。		
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。	個人ファイルに服薬リストを入れ、常に細心の状況がわかるようにしています。変更時には薬棚の扉にも変更内容を記入したものを記入し貼り、職員への周知を徹底し、服薬後チェック表に記入しています。		
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。	個々の生活歴に合わせ、得意分野で力を発揮して頂いています。又、3時のおやつ前はアイシマ巡り唄を流し、個々のペースで廊下を3往復しています。すれ違う際、入居者様同士でハイタッチされ、楽しんでいます。		
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。	天候、体調を考慮し、散歩に出かけられるよう対応しています。外出希望のある入居者様には2か月に1度の外出の機会を作っています。又、地域の行事にも参加させて頂き、外出支援をしています。		
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。	個人での金銭管理は困難である為、家族やホームで行っております。散歩時に職員と一緒にジュースを買うなどの小銭をその都度渡す事もあります。		



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
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。	希望のある入居者様にはいつでも電話がかけられるように支援しています。手紙、葉書等読めない入居者様には代読し、返事を送っています。		
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。	リビングには大きな窓があり、自然の光を沢山取り入れ、冬は太陽光で暖かく過ごして頂いています。又、壁には、行事を楽しまれた時の写真や、皆様が書かれたお習字を飾っています。毎日のように見られ、思い出話を交わされています。		
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。	フロアーには大きなソファを設置し、テレビをご覧になったり、沢山の洗濯物を畳んで頂いたり、思い思いに過ごして頂いています。		
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。	ご本人の使い慣れた家具を、本人や家族と相談をし、設置しています。クローゼット内は衣類が取り出しやすいように整理し、衣替えもします。ラジカセ、テレビ、写真などを置き、寛げる空間となっている入居者様もいます。		
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。	フロアー、廊下、トイレや風呂に手すりが付いています。自由に移動して頂けるスペースもあります。居室にはそれぞれ名前が付いており、わかりやすくしています。ご自分が出来る事をそれぞれにしています。		

平成26年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームちやんと

作成日： 平成 27年 8月 10日

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		消防訓練における職員の消火、避難誘導の方法他、瞬時の行動が身に付いていない。新職員には入職時に指導していないため、訓練までは知らないで業務ついでしている。	定期的な自主訓練を行っている中、訓練内容は職員の意見、訓練の反省点を取り入れていく。職員が自主的に訓練を行っていくことができるようにする。	①自主訓練担当者を決める。②訓練担当者は職員の意見や前回の訓練反省点を踏まえ、訓練の企画書を作成する。③目標を達成できるように管理者、主任と企画内容を再検討する。④担当の指示の下、職員が主体的になって訓練を実施する。	12ヶ月
2		地域の方とのつながりを入居者個人に結びつなげることができていない。	地域の方と入居者が個別に繋がりがもてるようになる。	①運営推進会議後に談話の時間を設け、自由に雑談をしてもらう。一緒にお茶のみからはじめ、一緒にできることや個人的につきあいができることなど探していく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月