

平成27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	1493400202	事業の開始年月日	平成21年10月1日	
		指定年月日	平成21年10月1日	
法人名	株式会社 エイジサービス			
事業所名	高齢者グループホーム セヤ別荘			
所在地	(246-0035)			
	横浜市瀬谷区下瀬谷 2-25-16			
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27年9月15日	評価結果 市町村受理日	平成27年12月24日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

「家庭的で、のんびり落ち着いた、笑顔あふれるホーム」を目標指針に入居者様の思いを尊重した支援に努めています。自治会のお祭り、運動会の応援、ケアプラザで行われる元気塾に参加するなど、地域との交流に努めています。又、近所の学童保育さんとホームの夏祭り、クリスマス会を一緒に楽しんでいます。ほぼ毎日、近所の公園に散歩に出掛け、健康維持に努めております。

【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10月28日	評価機関 評価決定日	平成27年11月27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)】

事業所は相鉄線瀬谷駅から徒歩18分の閑静な住宅街にあります。近くに子どもの森公園があり、季節の彩が入居者の目を楽しませています。のんびりとした笑顔あふれる家庭的なホームを目指すことを理念に掲げ、職員は、生活のパートナーとして入居者一人ひとりの日々の生活を見守っています。

<優れている点>

日々の状況から入居者一人ひとりの支援ニーズを把握し、個別支援計画の見直しに反映し、きめ細かな日々の支援につなげています。一日の時間を追って入居者の状況の変化や何気なく発した言葉や動作などを、「個人記録」に詳細に記述しています。個人記録は、食事や入浴、排泄、リビングでの日中活動、服薬など生活動作のキーワードを明記し、個別支援計画の課題への対応を明確にしています。個別支援計画の課題に沿って3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、達成状況の評価し継続すべきかどうかを決定しています。毎月実施のユニット会議で入居者一人ひとりの状況の変化について職員間で情報を共有し、個別支援計画の見直しに反映しています。

<工夫点>

職員は、ゆとりのある支援が入居者のゆったりとした思いと安心感につながることに心を配り、ともしれば時間に追われて入居者を急がせてしまうことがないように心がけています。職員は入居者の生活のペースを尊重し、家庭的なゆったりとした生活の中で入居者の居場所づくりを支援しています。

【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	高齢者グループホーム せや別荘
ユニット名	1 F つる

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つなげている。	月1回のユニット会議では、入居者様の様子についてモニタリングを行い、次のプランに繋げています。朝、夕の1, 2F合同の送りでは1日の予定、入居者様の様子など、職員間の情報の共有に努めています。	2年前にホーム独自の理念を作成しています。家庭的で、のんびり落ち着いた、笑顔あふれるホームを目指すことを理念に掲げ、ホームの各所に掲示し職員に周知しています。職員は入居者一人ひとりのペースに合わせ、穏やかに接することを心がけています。		
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。	散歩の際はご近所の方と気軽に挨拶、会話を交わせるようになっていきます。地域の行事にも参加させていただいています。	入居者は一日何回かに分かれて近くの公園や遊歩道を散歩し、地域住民と顔馴染みになっていきます。学童保育の子ども達が、夏祭りやクリスマス会にホームを訪問し、また、入居者が地域ケアプラザの行事に参加するなど地域住民との交流を図っています。		
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。	2ヶ月に一度、運営推進会議を開催し、ホームお情報を地域へ発信しています。			
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。	2ヶ月に一度、運営推進会議を実施し、自治会、地域包括支援センター、ご家族様、入居者様、看護師に参加いただき、意見交換を行っています。	地域の自治会長や地域包括支援センター、協力医院の看護師及び入居者や家族代表等が参加し運営推進会議を開催しています。会議では、ホームの運営状況について説明し、また、地域行事やインフルエンザ流行への備えなどの情報共有を図っています。		
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。	瀬谷区グループホーム協会へ参加、瀬谷・旭区のブロック会議へ参加し情報の共有に努めています。	瀬谷区グループホーム協会に参加し、年4回実施の各種研修会及び職員の交換研修等に積極的に参加しています。また、年3回開催の瀬谷区・旭区ブロック会議に参加し、困難事例等サービス支援に関する職員間の情報共有を図っています。		

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。	ホームの前は交通量も多いため、入居相談時から玄関、フロアの施錠の説明をして、了解を得ています。	「身体拘束ゼロへの手引き」を作成し、職員は身体拘束を行わないケアの実践に努めています。毎年身体拘束及び虐待防止に関する外部研修を受講し、研修の成果を全体職員会議で説明し、職員に周知しています。チームケアを推進し、虐待防止への職員の気付きを相互に生かすようにしています。	
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。	職員同士、気付きができる関係性に努めています。虐待防止の研修に参加し、ホームで内部研修を実施し周知しています。		
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。	研修に参加し、ユニット会議で研修を行っています。必要な時は代表が支援いたします。		
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。	契約前に見学をして頂き、説明をしています。契約の際には、代表、ケアマネが説明をさせて頂き、家族と十分な話し合いを行い理解、納得して頂いた上で契約をしていると思われまます。		
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。	意見箱を設置していますが利用されません。来荘時に直接お話し頂いております。	毎月「せや別荘からのお便り」を家族に郵送し、入居者の日常生活や行事への参加の状況を写真つきで詳しく伝えています。「苦情相談ノート」「家族要望ノート」を整備し、面談等での家族の意見・要望を詳細に記録し、家族への適切な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
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。	意見箱を設置していますが利用されません。ユニット会議で話合、ホーム長がまとめて、代表へお伝えしています。	毎月1回開催のユニット会議で、職員はホームの運営等に関する改善提案を行っています。入居者へのサービス改善につながる提案は、「まずやってみよう」という職員間の共通意識があります。職員同士相互に協力し合う雰囲気があります。	
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。	代表はスキルアップの為、研修、受講料を負担しています。夏季、冬季休暇など、労働条件の整備も図っています。		
よ		○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。	各職場の職員の力量を把握し、研修に参加しています。研修内容はユニット会議で報告し、周知しています。		
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。	外部研修を通して、情報交換の場を作っています。		
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。	フェイスシートや基本情報を基に本人が不安にならないようなケアに努めています。		

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。	ご家族が面会に来られた際、できる限りご本人の様子をお伝えしています。また、ご家族様の要望などをお聞きし、今後のケアについて話っております。		
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。	まずご本人やご家族様の思いを確認し、現状などを把握したうえで適した支援を提案し、信頼関係を築きながら、必要なサービスに繋げるよう努めております。		
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。	食事準備やフロアの掃除、洗濯物を畳んだりなど家事活動を入居者様と一緒にしております。		
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。	気軽に着て頂けるよう、職員とご家族がコミュニケーションを図っております。行事にも参加して頂いております。		
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。	本人の希望があれば電話などで連絡ができるよう支援しております。来荘時には、気持ち良く出迎え、居心地良く過ごして頂けるよう心がけております。	絵や書道など本人の趣味を大切に、ホームの生活でも本人の好きなことが継続できるように支援しています。近所の人の来訪はそれほど多くありませんが、家族と連携し入居前からの馴染みの店や場所への買い物などの外出を支援しています。	

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。	孤立してしまう入居者様には、職員が共に過ごせるように支援しています。		
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。	サービス終了後もご家族より相談や要望があった際には支援しています。		
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。	日常会話の中から、ご本人の希望や意向を感じ取ったり、ご家族からの情報により希望や不満を把握する様に努めています。訴える事が出来ない方については看護師のアドバイスやご家族との話し合い、QOLの向上に努めています。	日常生活のADLの状況を観察し「できることシート」を作成し入居者一人ひとりの支援ニーズを整備しています。また、毎日の生活の変化の状況や日頃の本人の言動等を「個人記録」に詳細に記録し、3ヶ月ごとの個別支援計画の見直しに反映しています。	
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。	入居時ご家族に書いて頂くフェイスシート、個人情報シート等を利用したり、ご家族が面会に来られた際、お話しを伺います。本人からも話を引き出し、ご家族に確認したいりすることでこれまでの暮らしを把握していきます。		
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。	日常生活の中で変化があれば、直ぐに当日の職員で話し合い、決めた事は申し送りノートで周知できるようにしています。又、3ヶ月に1度、できる事シートを使い有する力についてアセスメントし、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
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。	ご本人の意向や情報をご家族に伝え、意見を伺ったり、医師、看護師、マッサージ師にも助言を頂き、現状に即しプランになるようにしています。3ヶ月に一度モニタリング、できる事シートを利用しプランを作成し、ご家族、ご本人にも同意を頂いています。	3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、個別支援計画の見直しを行い入居者・家族の同意を得ています。個別支援計画は入居者支援の長期目標を明記し、短期目標ごとのサービス支援の内容を記述し、課題毎にモニタリングで達成状況を評価しています。	
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。	日々の様子、心身の変化は個人記録に記録され、さらに医療情報、看護記録が個別に記録されています。出勤してきた職員は記録を読むことで情報共有ができ、プランの見直しにも役立っています。		
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、その時々にも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。	体調不良者は本人の診察日でなくても、訪問診療医に連絡し往診を受けられます。入退院、通院送迎等必要な支援はできる限り行っています。特養選びのお手伝いは見学の同行も行っています。		
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。	運営推進会議には地域の方にも参加して頂き、催物の情報の交換を行います。お互い行事の声を掛けあっています。地域の公園をお花見や、散歩の休憩所としてお借りし、変わりに落葉の掃除をして来る等、持ちつ持たれずの関係構築している。		
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。	ご本人と家族の了解の上で、内科、歯科、精神科、皮膚科、眼科の往診が受けられます。他に専門医の受診が必要な場合はご家族に状況を説明し、今後を相談しながら援助を行っています。	内科・精神科月2回、歯科医週1回、皮膚科月1回、眼科2カ月に1回の往診があり、ほとんどの入居者が利用しています。訪問看護は週1回健康管理に来ています。かかりつけ医の受診は家族が通院の対応をしています。	

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。	週一度の訪問看護前に記録用紙職員に気が付いた事を書き込んでおき、当日看護師から助言を受けながら処置を行ってまいります。定期日以外にも相談でき、担当看護師以外でも来放処置は受けられます。		
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。	特に入院時は付き添います。入院中職員が様子を見に伺い看護師に様子を聞いて、ご家族と情報の共有に努めています。退院前にソーシャルワーカー、家族、看護師、職員も同席しホームでの生活の継続について話し合い、必要な情報は訪問看護師の方に伝えていきます。		
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。	入居時看取りの同意書を交わし、さらに医療アンケートで延命についての考えをご家族から聞き取っています。ターミナル期に入ると医療、ご家族、職員とで、今後について話し合い、ご家族が決定して、職員はできる援助に向け体制を作ります。	重度化した場合の事業所が出来ることや条件については、入居時に本人と家族に説明しています。終末期を迎えるについては、家族の意向を踏まえて、段階ごとに職員間でも十分話し合いを重ね、医療、看護、介護の連携を取っています。	
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。	急変、事故発生に備えたマニュアル、連絡網は電話の側に掲示してあります。		
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回夜間想定避難訓練を消防署立ち合いのもと実施しています。実施後は所長様よりアドバイスを受け次に繋げています。	年2回、夜間想定防災・避難訓練を色々な場面設定で、下瀬谷消防署立ち合いのもとに行っています。備蓄品は飲料水、食品、介護用品など3日分程度用意しています。備蓄品の保管場所を、数か所に分けるなどの検討をしています。	運営推進会議で、地域の人に災害時の協力を依頼していますが、まだ十分とは言えない状況です。近隣の地域住民との連携協力の体制が整えられていくことが期待されます。

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。	入居者様の個性、プライバシーを損ねない様な言葉掛け、言葉使いに気を付けています。特に羞恥心に注意を払っています。	人権の尊重やプライバシー保護については「行動の指針」に明文化しています。職員の接遇、言葉かけなどは、日常業務の中で管理者やリーダーが指導しています。利用者一人一人を尊重し、性格や状況に応じた丁寧な対応を行っています。	
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。	その時の状況やご本人の発言を傾聴して、ご自分で選んで頂けるように働きかけています。発言だけではなく、表情からも気持ちをくみ取っています。		
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。	一人一人の生活ペースや興味を理解し、その時のご本人の気持ちを尊重し支援しています。興味に合った提案を無理強いせず行っています。		
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。	洋服や髪の流れがある時は声を掛け、洗面台まで誘導して鏡を見て頂いています。マネキュア、口紅などを職員がお手伝いをして使用し、おしゃれを楽しんでいただいています。		
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。	簡単な準備や片付けをして頂くようにしています。食事は職員も同じ物を一緒に食べる事で、話題を提供しながら、好みの食べ物や色々な事を教えて頂いています。時には1Fのウッドデッキを利用して昼食やおやつを1、2F合同で食べています。	年間を通した献立表をもとに、行事や季節で利用者の好みなども考慮し、味付け、硬さなどアレンジしています。個々のペースに合わせ、声掛けや会話をしながら職員も一緒に食事を楽しんでいます。テーブル拭き、片づけを行う利用者もいます。	

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
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。	食事量は一人一人の合わせて配色しています。水分不足にならないように散歩、入浴後、また夜間水分を希望される方には居室にご希望のカップで提供させていただいております。		
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、ご自分でできる方には声掛けをし、介助が必要な方には職員がマンツーマンで行っています。歯科医の指示で口腔洗浄剤にてうがいをされる方には誘導をし行っています。就寝前には全員の義歯を洗浄消毒しています。		
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。	入居者の排泄パターンに合わせ声掛けや誘導をしています。時間だけでなく、表情などからもくみ取り、できるだけトイレで排泄できるよう支援しています。	排泄の自立に向けて、排泄表を活用しパターンを把握して、声掛けや誘導をしています。夜間もポータブルトイレは使用せず、見守りや誘導を行っています。声掛けについても、プライバシーに配慮し、利用者の気持ちに即した対応を心がけています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	医療に相談をして、一人一人に応じた排便コントロールを行っています。体操、オリゴ糖、センナ、乳製品など積極的に取り入れています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	一人一人の体調を確認し、ご本人の希望等を伺い、気持ち良く入浴していただける様に配慮しています。又ご自分のできる事や洗身のやり方を尊重しつつ、職員も介助、支援しています。	週に2回、日中に順番なども考慮しながら入浴しています。入浴を嫌がる場合には、日にちを変えたり、違う職員が声掛けするなど工夫しています。しょうぶ湯、入浴剤を使うなどしています。介護者とゆっくり話をする機会ともなっています。	

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
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。	安心して気持ち良く睡眠が取れる様、その日の体調や状況を考慮し、日中の活動を考え行っています。		
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。	服薬時はお名前、日付、いつの薬かを声に出し入居者様の横で確認しながら服薬後はチェックに記入しています。薬の空袋も再度他の職員が確認をしています。お薬変更確認表も作成しており職員がいつでも確認できる状態にできています。服薬マニュアルもあり確認しています。		
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。	掃除をしたり、洗濯物をたたみ、自分の居室へ持っていき、役割があり楽しさや喜びのある支援をしています。		
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。	散歩を日課として、外の風景を見たり感じたりして頂く。またテラスで皆さまと昼食等をして会話をし、気分転換や親睦の時間作りをしています。	天候・体調に配慮しながら、近隣の公園への散歩を日課としています。数人ずつ出かけて、安全性にも十分配慮しています。近隣の自治体の文化祭などに出かけたりもしています。ドライブや遠出の外出については、安全面を考慮しながら、検討しているところです。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	近所でお買い物をし、入居者様と出かけ好きな物を選びレジにて支払いしていただいて、できる事を支援していきます。		

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
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。	本人のご希望があれば電話をかけて頂いています。その際にはスタッフルーム前にある椅子に座って頂いています。		
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。	リビングの空調管理は常に入居者様が快適に過ごせるよう気を付けています。又、リビングの壁には季節を感じられる作品を入居者様と職員と一緒に制作しています。	内装は落ち着いた色彩で、採光は十分あります。リビングや廊下の壁には、季節や行事の写真、利用者手作りの作品がさりげなく飾られています。対面式のキッチンになっており、職員とおしゃべりしたり、テレビを見たり、利用者同士で話をするなどし、くつろいだり思い思いにすごしています。	
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。	キッチン前のカウンターでは一人で過ごせたり職員と1対1で会話ができるようになっております。又、食席では入居者様同士で会話ができるよう工夫しています。		
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。	思い出深い物や、大切にしてきた物等、ご家族様と相談しながら提供して頂き、自分の家のように思える環境づくりをしています。	エアコン、クローゼット、ベッドが設置されています。利用者は使い慣れた家具類や、電化製品、仏壇などを持ち込んでいます。家具や置物、装飾品を好みに応じて配置しています。朝の掃除を職員と一緒にを行う利用者もいます。	
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。	必要な方には車椅子、シルバーカー、杖等を常備提供し一人一人の身体を考慮しつつ、自立した生活ができる様支援しています。		

事業所名	高齢者グループホーム せや別荘
ユニット名	2階 かめ

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つなげている。	月1のユニット会議では理念に添った話し合いや利用者についてのカンファレンスを行い、職員同士意見交換しています。また、必要に応じて1, 2階の合同会議を開催し、実践に繋げています。		
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。	自治会の行事参加や地域ケアプラザの活動にも参加しています。近隣の方々と顔なじみになり、自然と挨拶を交わらせるお付き合いをしています。学童の子供たちと夏祭りやクリスマス会と一緒に楽しみ、ふれあいを大切にしています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域の文化祭の参加、自治会が参加する大きな運動会に応援参加した際は、自然な交流と理解が得られたと実感しました。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2カ月に1度運営推進会議を開催し、利用者、ご家族、地域の方々、地域包括支援センターの職員、看護師等に、活動報告、また意見をいただきサービス向上に繋げています。		
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。	瀬谷区の地域密着型サービス事業連絡会に参加し、情報の共有を図っています。		

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。	ホーム前の道路は交通量が多く危険な環境の為、安全面からご家族の了解を得て、玄関は施錠しています。ご入居者様に応じて行動を制御しないケアに努めています。		
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。	虐待に関する研修に参加し、内部研修の報告書を回覧、不適切なケアを行わないよう職員同士が話し合い、気づきに繋がる関係性を築いています。		
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。	権利擁護に関する研修に参加し、ユニット会議にて報告しています。必要な時は代表が支援しています。		
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。	契約前に見学して頂き、説明をしています。契約の際には、代表者、ケアマネージャーが十分な説明をさせていただき、了承、納得して頂いた上で契約していると思われます。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	家族会を開催し、直接意見や要望をお聞きする機会を設けています。面会時など職員も積極的に声をかけています。ユニット会議や、専用ノートに記載し、職員全員が共有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
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。	職員用の意見箱を設置しています。職員の意見や要望、提案等があればユニット会議等で話し合いの場を作ったり、フロア一長が取りまとめ、ホーム長に伝え、代表へ報告し、職員の意見を反映できるように努めています。		
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。	代表者はスキルアップのための研修料や資格取得の受験料等を負担しています。有給休暇や夏季、冬季休暇等、労働条件の整備も図っています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	職員各自の力量を把握し、働きながらスキルアップできる環境や、研修に参加できる機会を作っています。研修後は報告書作成、ユニット会議にて報告し、周知・共有しています。		
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。	交換研修や外部研修を通して同業者と交流し、意見交換する機会を作っています。		
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。	フェイスシートや基本情報を基に、本人の生活様式を把握し、ご本人にも直接不安や要望をお聞きして不安にならないようなケアに努めています。		

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。	ご家族との話し合いのもと、要望やご意見等を伺い、ご希望に添ったサービスの提供ができる様に努めています。		
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。	ご本人やご家族が必要としている思いや状況等を確認し、信頼関係を築きながらサービス対応に努めています。		
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。	本人の個性を見極め、和やかな生活ができる環境作りをし、共に支え合える関係になるよう努めています。		
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。	ご家族が気軽に立ち寄って頂けるような雰囲気作りに気をつけ、本人とご家族とのコミュニケーションがうまく取れるよう支援しています。		
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。	ご家族と共に、電話や外出が出来るように本人の希望を尊重し、ご友人や親せきの方とも関係が途切れない様支援しています。		

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。	日々の生活の中で利用者同士が自然と支え合える声掛けをし、孤立しない環境作りに努めています。関わりが持てるよう、利用者様同士の関係を職員がよく把握し、支援しています。		
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。	移転先への情報提供や、サービス終了後にも、家族により相談や要望があった場合には支援をしています。		
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。	日常会話の中から本人の希望や意向を感じ取ったり、ご家族からの情報により希望や不満を把握するよう努めています。訴えることが出来ない方については看護師のアドバイスやご家族と話し合い、QOLの向上に努めています。		
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。	入居時ご家族に書いて頂くフェイスシート、個人情報シート等を利用したり、ご家族が面会に来られた際、お話を伺います。本人からも話を聞き出しご家族に確認することでこれまでの暮らしを把握していきます。		
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。	日常生活の中で変化があればすぐに当日の職員で話し合い、決めたことは申し送りノート記載し周知できるようにしています。又、3ヵ月に1度出来ることシートを使いゆうする力についてアセスメントし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
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。	本人の意向や情報をご家族に伝え意見を伺い、医師、看護師、マッサージ師にも助言を頂き現状に即したプランになる様にしています。3ヵ月毎にモニタリング、出来ることシートを利用しプランを作成、ご家族、本人にも同意を頂いています。		
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。	日々の様子、心身の変化は個人記録に記載され、さらに医療情報や看護記録が個別に記録されています。出勤してきた職員は記録を読むことで情報共有ができ、プランの見直しにも役立てています。		
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。	体調不良者は本人の診察日でなくても訪問診察医に連絡し往診を受けられます。入退院、退院送迎等必要な支援はできる限り行っています。特養選びのお手伝いは見学の同行も行っています。		
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。	運営推進会議には地域の方にも参加して頂き催し物の情報交換も行いお互いに行事の声掛け合っています。地域の公園をお花見や散歩の休憩所としてお借りし、代わりに落ち葉の掃除をしてもらうなど、持ちつ持たれつ関係を築いています。		
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。	本人とご家族の了解の上で内科、歯科、精神科、皮膚科、眼科の往診が受けられます。他に専門医の受診が必要な場合は、ご家族に状況を説明し、今後は相談しながら援助をおこなっています。		

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
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度の訪問看護前に看護用紙にCWが気づいたことを書き込んでいき、当日看護師から助言を受けながら処置を行ってまいります。定期日以外にも相談でき担当看護師以外でも来訪処置は受けられます。		
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。	特に入院時は付き添います。入院中も職員が伺い、看護師に様子を聞いてご家族と情報の共有に努めています。退院前にソーシャルワーカー家族看護師職員も同席しホームでの生活の継続について話し合い、必要な情報は訪問看護師にも伝えます。		
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。	入居時看取りの同意書を交わし、さらに医療アンケートで延命についての考えをご家族から聞き取っています。ターミナル期に入ると医療、家族、職員とで今後について話し合いご家族が決定して職員は出来る援助に向け体制を作ります。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変や事故発生時に備えマニュアルを作成、連絡網は電話の傍に掲示しています。		
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。	年に2回、地域の消防出張所立ち合いの下、火災による夜間想定避難訓練を行っています。水消火器を実際に職員が体験します。また日ごろからレクリエーションの一環として非常階段等を使う習慣を持ち、意識づけに努力しています。		

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。	本人が何を伝えたいのか傾聴し、一人ひとりにあった言葉かけで支えられるよう心掛けています。		
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。	本人の発言や表情から何を伝えたいのかをくみ取り、時には自己決定出来る様な声掛けで支援しています。		
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。	本人ペースに合わせ、ここ最近の発言や行動を職員が把握しながらご希望に添えるよう、日々話し合い支援しています。		
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。	お着替えを本人と一緒に選んだり、入浴後は髪を整えて頂いています。日々のお髭そりや外出前のマニキュア、お化粧等おしゃれが出来るよう支援しています。		
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。	食事の配膳、テーブル拭き等出来る事は一緒に行い有用感を味わって頂いています。誕生日には本人のお好きなメニューを取り入れ楽しめます。又、本人の食べやすい柔らかさや大きさを調整し提供しています。		

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。	一人ひとりの食事量を把握し提供出来るよう状態をチェックしています。水分がなかなか取れない方には、少量をこまめに提供する事で水分量を確保できるよう支援しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後、ご自身で行える方は見守りし、声掛けと仕上げ磨きの支援をしています。夕食後には義歯をポリドントにて洗浄し清潔に保っています。		
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。	ご自身でトイレに行かれる方は見守ります。個々の排泄パターンを把握し声掛けや誘導を行い、失敗を減らす様心掛けています。又、失敗時の保清も行っています。		
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。	訪問診療、訪問看護にて個々に応じた排便コントロールを行っています。職員同士で声を掛け合い、便秘にならない様な個別の体操を行ったり、食物繊維が多く含まれる食事やおやつを提供しながら毎日予防に取り組んでいます。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の希望を聞き入れながら個々に応じた入浴方法で支援しています。季節を感じられる工夫やシャワー浴、足浴を取り入れ、日々の清潔を保ちます。		

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。	本人にあった時間帯に休息できるような声掛けをし、日中の昼寝も提案しています。寝つきの悪い方には適度な運動をとり入れ、安眠に繋がる様支援しています。		
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。	薬情は職員がいつでも見られるよう配置し、服薬内容、変更等申し送りノートにて把握出来るようにしています。服薬マニュアルを作成し、職員2名にて薬袋確認から飲み込みまで傍で見守り確実に服薬できる様努めています。		
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。	ご自身のお部屋にモップを掛けたり洗濯物を畳んで頂き、感謝の言葉を添え役割があることで喜びを感じ、楽しく生活できるよう支援しています。		
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。	散歩する事により季節を感じたり近所の方との交流を楽しめるよう、又、歩行が困難な方も車いすで出かけます。本人の希望をお聞きし車で買い物へ出たり、ご家族の協力を得て外出の機会を作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。	ご自身で財布を持ち、財布の中に小銭が入っていることで安心される方もいらっしゃいます。又、買い物ではホームの小口でレジにて支払っていただき買い物の楽しみを味わえ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
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。	ご家族に電話の希望があればすぐに対応できるよう、目につきやすいリビングへ繋がる廊下側に置いてあり、通話をされる時は椅子に腰かけゆっくりとお話できる環境作りをしています。		
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。	施設内に温度、湿度計を設置しており居心地の良い空間作りの為、調節をしています。また、春夏秋冬、その時に合った作品、壁飾り、イベント等を入居者様と一緒にしています。		
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。	リビングでは個々にTVや雑誌を見たり、近くに方とお話しされたりしています。その場所ではレクリエーションも行っており参加されています。廊下にはベンチが置かれ少人数でのんびりと写真や絵を見られる空間もあります。		
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。	馴染みの家具や昔の写真などで居室の空間作りを本人、ご家族と相談し行っています。お花や植物を置いている方は水やりや手入れをして楽しまれています。		
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。	ご入居者様一人ひとりの「出来ること」「わかること」を把握し、職員が傍で声をかけ見守りながら自立支援へ繋げる。難しい場面では、他の入居者様や職員が手を差し伸べ、安全な体制で可能性を広げられるよう努めています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 グループホームせや別荘

作成日： 平成27年12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	13	認知症ケア、接遇マナー不足があげられる。ケアの質の向上。	認知症を理解し、適切な言葉使い、接し方で対応できるようになる。	外部研修へ参加する。参加した職員が中心になり内部研修を行い、情報を共有し改善に努めていく。	12ヶ月
2	47	与薬方法の改善に取り組み、以前より誤薬が少なくなってきた。落ち着いて、確実に与薬できるように習慣づける。	確実に与薬出来るようになる。薬が飲みにくくなっているなどの異変に気付けるようになる。	入居者様一人一人の嚥下状態をしっかり把握し適切な服薬の仕方を見付けていく。職員同士情報を共有し、改善に努める。	1ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月