

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	1494100074	事業の開始年月日	平成23年3月1日	
		指定年月日	平成23年3月1日	
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社			
事業所名	愛の家グループホーム座間			
所在地	(〒252-0027)			
	神奈川県座間市座間2-2884			
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28年1月31日	評価結果 市町村受理日	平成28年5月18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)】

現在介護福祉士が5名となり、ケアの質確保に強い意識を持ち、日々取り組んでおります。全社的にも「ケアの質確保」は重要な取り組みとして行っています。介護支援専門員を中心とした、チームケアの実践とご本人が出来る事は、行える環境を整備し、生活の中で繰り返していた、食器拭きや洗濯物たたみ、掃除等を行って頂きお身体を動かす機会を多く持てる工夫をしております。又喫茶店や外食などの外出にも出かけ地域との関わりも継続しています。ご家族様のご協力により、来所の際には、一緒にお茶を飲まれたり居室の整理整頓やお掃除等され、大家族のようなホームです。ご家族様とスタッフが共に連携を取り入居者様の生活の場所がより良い環境で過ごせるよう意識して取り組んでおります。

【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28年3月10日	評価機関 評価決定日	平成28年5月2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、小田急小田原線座間駅から徒歩12～3分で、近くには公民館や神社、公園、スーパーなど散歩や買い物に便利な環境にあるグループホームです。「ケアの質の確保」に向け、職員の資格取得を推奨しています。

<優れている点>

「主役は利用者」の支援を目指し、職員は常に利用者の自己選択、自己決定を意識し、利用者に関わっています。「もう一度歩きたい」という利用者の何気ない一言を逃さずケアプランに反映し、可能性を信じ、チームで取り組んだ事例があります。利用者全員で行う毎日2回の事業所オリジナルの機能訓練や、個別支援の結果、手押し車での歩行が可能となり、着物を着て初詣に出かけることができている。また、利用者は季節を問わず天気の良い日は散歩に出かけています。近くの公民館で本を借りたり、カラオケのイベントにも参加しています。喫茶店、ファーストフード店、スーパーなど利便性の良い立地を活かし飲食や買い物を楽しんでおり、地域との関わりを継続できるようにしています。

<工夫点>

他施設の不適切なニュースを教訓に、昨年11月から運営法人が作成した「虐待・不適切なケア、身体拘束チェックシート」を用い2ヶ月ごとにセルフチェックを行っています。言葉による拘束を含め職員のさらなる意識の向上に取り組んでいます。その他、かかりつけ医以外への通院を含め、受診後は必ず職員間でミニカンファレンスを実施して情報の共有を図り、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	愛の家グループホーム座間
ユニット名	ハーモニー

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、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。	各ユニットや事務所、休憩室に掲示しており、いつでも確認が出来るようになっている。各スタッフは、理念を暗記しており普段のケアの中で意識して行っている。	運営法人の理念のほか、南関東事業部としてのスローガンに基づき「主役は利用者」の支援を目指しています。さらに理念を踏まえた「ケアの質」の確保のための取り組みとして職員は個別に年間目標を設定し、実践につなげています。	
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。	毎日の散歩の際近所の方とあった時には、挨拶をしている。 公民館へ本を借りに出掛けたり、イベント等にも参加している。	神社や商業施設などへ散歩や買い物に日常的に出かけています。公民館でのカラオケや神社の祭礼を楽しんでいます。傾聴・折り紙などのボランティアを積極的に受け入れ、利用者と交流しています。写真作品を、毎月入れ替え展示をしてくれるグループもあります。	
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。	ホーム前の看板があり、ホームのPRと地域の方の相談を受け付ける旨の内容を掲示している。 とび込みで来所された方にも、見学や相談の受付を行っています。		
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。	ご家族アンケートを含め、職員の状況やホームの活動状況等情報を開示している。ご家族より頂いた、ご意見はユニット会議や全体会議で話し合い、改善をしている。 会議には、行政やオーナー様も出席頂いている。	本人、家族、地域代表者、地域包括支援センター職員の出席を得て2ヶ月に1度、定期的に開催しています。「地域とのつきあいをさらに深めていくために」などの議題で話し合い、アドバイスを頂いています。意見は職員会議などで検討し、改善しています。	
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。	管理者やケアマネが行政担当者と密に連絡をとり、入居者様の相談や加算書類等の提出にも密に連絡をとり、協力頂いている。」	市の介護保険課とは、運営推進会議の出席を得て事業所の活動状況を知ってもらうほか、議事録を窓口に持参した折や、グループホーム連絡会の会合時に情報や意見交換をし、連携・協力しています。	

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
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。	定期的に研修を実施している。虐待の種類や通報義務が課せられている事等職員は認識している。スピーチロックが無いようにお互いが指摘し合い、良かれと思った事が身体拘束につながっていないか意識して支援を行っている。	他施設の不適切なニュースを教訓に、昨年11月から運営法人として「虐待・不適切なケア、身体拘束チェックシート」を作成し、2ヶ月ごとにセルフチェックをすることで、職員のさらなる意識の向上に取り組んでいます。日中は玄関やユニット出入口、リビングや居室の窓の施錠はしていません。	
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。	定期的にホーム内研修を実施している。又職員同士で指摘し合い、スピーチロックをなくす取り組みを行っている。		
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。	研修を行い学ぶ機会は確保している。活用されている方は、現在1階ユニットでは、ありませんが、知識として学んでいる。		
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。	契約時には、重要事項説明書を読み合わせ、質問や不明点にはお答えしています。又制度改正等の際には、速やかに書面にてお伝えしております。		
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。	ご家族アンケートや外部評価の課題等も運営推進会議等で話し合いを持っていく。アンケートの意見については話し合いを行い改善しています。2ヶ月に一回運営推進会議を行い意見交換を行っている。	外部評価受審時や運営法人実施のアンケート調査、運営推進会議などを通じて意見・要望の把握に努めています。食事について献立内容が分からないとの意見があったことから、昨年11月より献立表をリビングに掲示すると共に、毎月、家族に送付しています。	

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。	ユニット会議や全体会議などの際管理者に意見や提案できる環境を作っている。又気づいたことや必要な物に関しては随時対応している。	毎月ユニット会議、全体会議を開催し、職員からの意見や提案を業務改善に活かしています。運営法人本部のマネージャーに相談して対応する場合があります。ホーム長は職員の資格取得、スキルアップを奨励し、職場環境や処遇の整備に努めています。	
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。	資格手当や家族手当等もあり、給与に反映されている。ホーム長会議等に於いて職員の処遇の改善について意見を述べる等給与水準のUPについて考え職場条件の改革に努めている。		
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。	全体会議やユニット会議内で研修を実施している。法令に添った研修とホーム内での必要な研修とどちらも受けられる環境になっている。外部研修や個別の研修及び職場内研修を個別に受けられる機会を作っている。		
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。	管理者が、主に交流を持っている。他施設への相互研修を実施している。社内やホーム内でも、チェンジラーニング等を行いサービスの質の向上に役立てている。		
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。	面談の段階から、話す機会を意識している。本人が不安や疑問を訴えている時には安心して頂けるような声掛けや理解しやすい対応を実施している。		

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。	管理者、ユニットリーダー、スタッフ間で、報連相を確実にし、情報共有のもとで対応している。		
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。	ご家族と連携を取り、支援に取り組んでいる。サービス利用を開始するにあたり、必要なサービスの提供が出来るようニーズに沿った介護計画書を作成、ご家族と相談している。		
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。	ご本人との信頼関係を築き、共に生活者の視点を持ち、出来る事はやっています。スタッフが子供の事で悩んでいたりすることを、人生の先輩として相談にのって頂くこともある。		
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。	ご家族にも、常に共に支援者としてご協力頂いている。ご家族来所時には、一緒に散歩に出掛ける、居室の整理整頓やお掃除をしていただく等家族として過ごして頂いている。行事への参加も多くのご家族にご協力頂いている。		
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。	ご家族やお友達が来所された時には、明るく、迎えています。お友達にお手紙を出したり、贈り物をする時も支援しています。	家族には、利用者を一緒に支え合う関係者として積極的に協力を依頼することで、関係の継続につなげています。友人に手紙を出したり、手作り品のプレゼントを送る際は、郵送の支援をしています。読書が好きな人は、公民館内の図書室に借りに行っています。	

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。	一人ひとりの個性を考えながら、一緒に関われるレクリエーションや体操を行っている。レクリエーションや、お茶の時間を通し、入居者様同士が関わり合いを持てるように支援している。		
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。	ご家族の意向にもよりますが、ご希望があった場合には、相談や支援に努めている。		
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。	自己選択、自己決定を意識して支援に取り組んでいる。飲みたい物やおやつを選んで頂いたり、好きなレクリエーションが出来るようお茶の時間等にコミュニケーションを取り意向を伺っている。	「もう一度歩きたい」という利用者の何気ない一言を聞き逃さず、ケアプランに反映し、可能性を信じ、チームで取り組んだ事例があります。手押し車での歩行が可能となり、着物を着て初詣に出かけることができるまでの結果を得ています。	
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。	入居時にお持ち頂いた、ダンスや写真等に目を向け、その時々にお話しする時間を作っている。お茶の時間等に昔のお話などを話せるような環境を作っている。ご家族より、いろいろなお話を伺う機会も持っている。		
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。	毎日のバイタル測定を行い、現状の健康状態の把握に努めている。一人ひとりの出来る事を活かし、家事等に参加出来る事で、自立支援に取り組んでいる。		

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
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。	ユニット会議にてモニタリングやサービス担当者会議を実施。ご家族の意見や必要な関係者の意見を反映し、現状に即した介護計画書を作成している。実施前までに、ユニット職員全員が、モニタリング、サービス担当者会議、介護計画書を確認している。	本人、家族の意向の確認、居室担当職員のアセスメントを経てサービス担当者会議を行い、ケアプランを作成しています。「サービス内容実施記録」は日々サービス内容のチェック、評価を行うことができ、モニタリングのツールとしての機能も果たしています。	
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。	介護記録は、リアルタイムで日々の様子を記録に残し、入居者様の変化に気づいた職員が情報を発信し、管理者や他の職員と情報を共有している。適時話し合い、実践や介護計画書に情報を活かしている。		
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。	ひとり一人の力を見極め、自立支援につなげていける用、毎日午前、午後に機能訓練を実施している。家事等にも力を発揮できる場面作りに取り組んでいる。いろいろなレクリエーションや季節ごとのイベントを企画、ご家族と共に楽しく過ごせるよう実施している		
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。	図書館や公民館、地域の方のボランティア等地域資源を活用し地域の方々に支えて頂いている。近くのスーパーや神社への散歩等へも出かけ、安全に外出が出来るよう支援している。		
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。	事前にケアマネージャーに問い合わせ内容を打ち合わせ後訪問診療を受けている。診療後ミニカンファレンスを行い、情報共有に努めている。ご家族と綿密に連絡をとり、安心して医療が受けられる環境を支援している。	本人、家族了解の下、24時間対応の事業所の協力医をかかりつけ医としています。訪問診療が月2回あります。かかりつけ医以外への通院を含め、受診後は必ず職員間でミニカンファレンスを実施し情報の共有を図り、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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	毎週訪問看護の際日々の気づきを伝えていている。訪問診療の際に情報提供して頂き、適切な受診が出来るよう協力体制を取っている。		
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。	入院時ご家族や病院関係者と情報を共有している。又早期退院に向け、ご家族や医師と情報交換や相談を行い早期退院につながるよう努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所の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。	重度化した場合今後の方向性についてご家族と相談している。特養の申し込等の際希望があれば、見学にもご一緒にしている。ホームで可能な事や困難な事の説明は随時行っている。地域の関係者との相談を行い、適切に支援出来る体制に取り組んでいる。	重度化や終末期への対応については、入居時に「重度化および看取りにかかる指針等」で本人、家族に説明し、同意を得ています。看取りケアの事例はありませんが、重度化した場合は、医師や家族と改めて話し合い、対応していくこととしています。	今後の利用者の変化に備え、重度化や終末期ケアの対応や心構えについて、職員の教育、研修に取り組まれることが期待されます。
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。	救命救急の研修をほぼ全員の職員が受講している。変化に気づいた職員が情報を発進、他の職員と情報共有している。定期的に研修を行い、救急対応時慌てないように電話の横に救急の番号や手順を掲示している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練の実施や座間市の合同防災訓練に参加している。その他の災害にも備え、研修を行っている。	消防署立会いの下、年2回の消防訓練の実施や地域の合同防災訓練に参加しています。2台設置のAED（自動体外式除細動器）は事業所周辺で発生する救命事案にも対応しており、職員は全員救命救急講習を受講済みです。災害用の飲料品等の備蓄もあります。	

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
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。	スピーチロックにならないよう意識して言葉がけを行っている。職員間で気づいた時には指摘し合う関係を作っている。トイレの際や飲み物等も選択できるような配慮をしている。	「プライバシー保護」「高齢者虐待・不適切なケア」等の研修を通じ、人権の尊重を学んでいます。特に、心理的虐待に当たるスピーチロックに相当する不適切な言葉遣いに注意し、2ヶ月ごとに「虐待・不適切なケア」について自己チェックをしています。	
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。	入居者様に何かをしていただく際には、？マークで声掛け行い、選択できるよう意識している。おやつや飲み物も自己選択が出来るよう工夫している。家に帰りたい、外出したい方には、職員と一緒に付き添い出掛ける機会を作っている。		
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。	自立度の高い方の入浴は、本人の希望に沿って行っている。外気浴や散歩等一人ひとりのペースに合わせて行えるよう支援している。		
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。	入浴の際や起床時、職員と一緒に洋服を選び、決めている。季節に合った洋服にして頂けるよう声掛け行い、厚着や薄着にならないよう確認している。特に起床時は整容を意識して行い、適切に出来る支援をしている。訪問美容では、ご本人の希望を聞いている。		
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。	食事の盛り付けを入居者様と一緒に行う機会や、ご飯をよそう時には、フロアで行い、湯気や香りで五感に刺激を与え、もうすぐ食事の時間と感じて頂けるよう工夫している。食器洗いや食器拭き等も分担して行っている。	職員は利用者と共に食卓を囲み、談笑しながらさりげなく支援をしています。食べる時間は本人のペースに合わせて、始まり・終了の時間に配慮しています。行事食や季節食、毎月1回は外食の日、出前の日をそれぞれ設け、食事を楽しむ工夫をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	医師より水分制限がある入居者様には適切な水分量になるよう配慮している。個々の食事量は、体重や体調によりその都度調整している。		
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。	毎食時うがいと手洗いを習慣化している。自立の方は、下膳、服薬、口腔ケアと流れを作り、毎回行えるように声掛け、確認を行っている。自立で行える方はご自身で行い、介助の方は職員が行い、口腔内の清潔が保てるよう援助している。		
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。	極力オムツの使用はしない事を職員は認識している。個々の排泄パターンを把握し、パターンに合わせ声掛けや誘導を行っている。職員間では、パターンの情報を共有している。	排泄パターンを把握し、できるだけトイレでの排泄を促す支援を行っています。また、一人ひとりのサインを見逃さないように絶えず見守っています。自立支援のため布パンツ、リハビリパンツ、オムツ、パッド等の選択をしています。羞恥心にも配慮しています。	
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。	毎朝ヨーグルトを召し上がっている。夕食後乳酸菌（フェカリス）を飲んで頂き、腸内環境が整いやすいように工夫しており、一部の方は、下剤の服用回数や量の減少につながっている。1日の水分量や運動が出来る支援を行っている。		
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。	入浴の希望の方には、適切に対応している。入浴に強い拒否をされる方に対しても、声掛けのタイミングや職員を変える等工夫しながら入浴して頂いている。	入浴は利用者の意向や身体状況を確認して行っています。基本的には週2～3回の入浴ですが、入浴の回数制限はありません。夕食後の入浴を楽しむ利用者もいます。入浴中は湯温、室温などを確認し、適正な状態を保つようにしています。	

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
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。	年齢や体力のレベルに合わせ、午前午後居室で休んで頂く。 温度や湿度にも気を配り、		
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。	ひとり一人の服薬内容を理解し、確実に服薬が行えるよう支援している。 病状や様子の変化に気を配り、変化が感じられた際医療職と連携を取り、適切なお薬の処方に繋げている。		
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。	毎日食器洗いや、食器拭き、洗濯物干し等の家事を、役割として行える環境を作っている。お好きな編み物や折り紙を趣味や楽しみごととして介護計画書に記載し、意識的に実施している。		
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。	散歩やお茶を飲みにお店に出掛ける等日常的に行っている。折々に公園へ出かけ、季節を感じて頂いている。外食には毎月出掛け、ご家族も一緒に行かれる方もおり、協力体制が取れている。	3コースの「お散歩ガイドマップ」があり、天気の良い日は日常的に散歩に出かけています。近くの公民館、喫茶店、ファーストフード店、スーパーなど、飲食や買い物も楽しんでいます。外出時は「緊急時外出ファイル」を携帯しています。	
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。	買い物の希望があった場合職員と一緒に出かけ積極的に支援している。 コーヒーを飲みに出かけた際やコンビニでの買い物等には、ご自身で支払いをして頂けるよう配慮している。		

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。	ご家族と連携を取り、電話で話す機会を持ち関係性の継続に努めている。手紙を希望される方には、手紙の内容の相談を行う事や、一緒にポストに投函に出掛け、大切な人との関わりが継続出来るよう援助している。		
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。	フローアには、季節ごとの貼り絵の作品を飾り、楽しんで頂けるように工夫している。玄関やその他の空間には、季節ごとのレイアウトやお花を飾り季節感を取り入れている。又不快な臭い等には、空気の入替えを素早く行い気持ち良く過ごせる工夫をしている。	玄関やリビング、廊下などの共用空間は広く、明るく清潔で気になる臭いや音はありません。玄関やフローアには季節の花や置物、利用者の季節の作品や趣味の物を飾り生活感があります。また、リビングにはテレビやソファセット、イスなどを置き、思い思いに過ごすことができます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	ひとり一人が好きな場所に座る事が出来るように椅子やテーブルを準備したり、3～4人ほど座れるソファもあり、それぞれが選択出来るよう家具に配置をしている。		
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。	曜日ごとに各居室を掃除している。居室担当職員が出勤時は、細かい所も含め掃除を実施。ご家族来所の際居室の整理整頓や掃除にもご協力頂いている。写真やお好きな絵等を飾り個性的な居室になっている。	利用者は、使い慣れた家具や生活用品、思い出の品や家族写真などを持ち込み、自分なりに配置し、思い思いに生活しています。家族の来所時には、居室の整理整頓や掃除に協力を得て行うこともあり、利用者が居心地よく暮らせるよう配慮しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	玄関、居室やフローアは、バリアフリー仕様になっている。壁やトイレ、お風呂には、手すりの設置があり一人での移動が可能になっている。エレベーターもあり、車椅子が必要になっても、生活が出来る環境づくりをしている。		

事業所名	愛の家グループホーム座間
ユニット名	ハミング

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。	MCSの運営理念をそのまま、ホームの理念としている。 新しく11月に入職された職員以外は、理念を覚えており、実践につなげている。		
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。	地域のスーパーや座間市の公民館等を利用することで事業所の理解に繋げている。又大きな行事の際商工会議所のご協力により、駐車場の提供をいただいている。		
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。	座間市主催のボランティア講座等に管理者が、講師として参加させて頂いている。その中で認知症の理解及びグループホームの生活や介護保険制度の中での地域密着型事業の役割を伝えている。		
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。	奇数月に会議開催、年6回実施している。ご家族や行政の方々の参加もして頂いている。ホームの現状報告や行事日々の生活の様子等を写真と職員の説明でお伝えしている。要望等があった場合には、可能な限り対応してる。		
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。	運営推進会議に参加頂き、ホームの情報を伝えている。毎月利用状況を1日にFAXにて送信している。わからない事については、行政窓口にて相談、アドバイス等頂き関係性を築いている		

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
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。	高齢者虐待防止法について研修で学び、その中で身体拘束に該当する事を学んでいます。研修内容を理解し身体拘束の防止に努めています。		
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。	全体会議で研修を実施、虐待の種類を暗記、内容を理解し、日々の支援の中で行わないように意識している。特にスピーチロックは、細心の注意を払い防止に努めている。		
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。	全体会議の研修で学んでいる。内容の理解が深まるように勉強している。積極的な活用は行っていないが、現在成年後見人制度を利用している方は1名入所されている。		
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。	契約時には、重要事項説明書を読み合わせ、質問や不明点にはお答えしています。又制度改正等の際には、速やかに書面にてお伝えしております。		
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。	ご家族アンケートや外部評価の課題等も運営推進会議等で話し合いを持っている。入居者様やご家族様からのご意見やご要望を職員が受けた場合管理者へ伝達し、運営に反映している。		

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
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。	ユニット会議や全体会議などの際管理者に意見や提案できる環境を作っている。又気づいたことや必要な物に関しては随時対応している。 ユニット会議にて、事前に集めて意見や提案を話し合い、反映させている。		
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。	資格手当や家族手当等もあり、給与に反映されている。ホーム長会議等に於いて職員の処遇の改善について意見を述べる等給与水準のUPについて考え職場条件の改革に努めている。		
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。	全体会議やユニット会議内で研修を実施している。法令に添った研修とホーム内での必要な研修とどちらも受けられる環境になっている。 職員各自が、目標を掲げ、達成出来るよう研修やトレーニングを受けている。		
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。	管理者が、主に交流を持っている。 他施設への相互研修を実施している。 社内やホーム内でも、チェンジラーニング等を行いサービスの質の向上に役立っている。		
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。	アセスメントや他の個人情報共有し、職員間で情報交換しながら不安の軽減や安心を確保出来るような関係づくりに努めている。		

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。	管理者、ユニットリーダー、スタッフ間で、報連相を確実にし、情報共有のもとで対応している。		
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。	サービス利用を開始するにあたり、アセスメントや他の個人情報から必要なサービスの提供が出来るようニーズに沿った介護計画書を作成、ご家族と相談している。		
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。	ご本人との信頼関係を築き、共に生活者の視点を持ち、出来る事はやっています。 職員と共に家事等が出来る環境と関係性を築いている。		
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。	ご家族にも、常に共に支援者としてご協力頂いている。ご家族来所持には、一緒に散歩に出掛ける、居室の整理整頓やお掃除をしていただく等家族として過ごして頂いている。		
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。	近所のスーパーへの買い物や公民館、神社等、なじみの場所へ出かけている。毎月地域のファミレスや喫茶店へ出かけ社会との関係性の継続を支援している。		

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
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。	毎日のレクやお茶の時間等に一緒に参加して頂けるよう支援している。孤立しがちな方にも家事等を分担して頂き一緒に関わることが出来るように工夫している。		
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。	ご家族の意向にもよりますが、ご希望があった場合には、相談や支援に努めている。		
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。	日々の関わりの中で気づいたことやご本人が口にされたことを書き出し、他の職員と情報共有している。ご家族からも、情報提供やご本人の意向実現のための協力をして頂いている。		
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。	入居前にケアマネージャーが収集した情報を職員全員が、目を通し、生活歴や生活環境等の把握に努めている。		
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。	それぞれの職員が、気づいたことや得た情報を基に、ユニット会議で話し合い、現状の把握に努めている。		

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
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。	ユニット会議にてモニタリングやサービス担当者会議を実施。ご家族の意見や必要な関係者の意見を反映し、現状に即した介護計画書を作成している。実施前までに、ユニット職員全員が、モニタリング、サービス担当者会議、介護計画書を確認している。		
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。	介護記録は、リアルタイムで記録が原則。介護記録以外にも、記録用紙を使用し記録を取る、連絡ノートを活用しながら職員間で情報共有や介護計画書の作成時に情報を活用している。		
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。	入居者様の好きなものを購入する機会や、ADLの変化に合わせて支援の方法を変える等柔軟な対応に努めている。		
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。	図書館や公民館、地域の方のボランティア等地域資源を活用している。近くのスーパーや神社への散歩等へも出掛け、安全に外出が出来るよう支援している。		
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。	事前にケアマネージャーに問い合わせ内容を打ち合わせ後訪問診療を受けている。診療後ミニカンファレンスを行い、情報共有に努めている。ご家族と綿密に連絡をとり、安心して医療が受けられる環境を支援している。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	毎週訪問看護の際日々の気づきを伝えていている。訪問診療の際に情報提供して頂き、適切な受診が出来るよう協力体制を取っている。		
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。	入院時ご家族や病院関係者と情報を共有している。又早期退院に向け、ご家族や医師と情報交換や相談を行い早期退院に協力して頂いている。		
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。	重度化した場合今後の方向性についてご家族と相談している。特養の申し込等の際希望があれば、見学にもご一緒にしている。ホームで可能な事や困難な事の説明は随時行っている。地域の関係者との相談を行い、適切に支援出来る体制に取り組んでいる。		
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。	救命救急の研修をほぼ全員の職員が受講している。変化に気づいた職員が情報を発進、他の職員と情報共有し、判断に迷った際訪問医へONコール等適切な判断を実出来るよう意識している。全体会議で研修や事故報告やヒヤリハットの検証を実施している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練の実施や座間市の合同防災訓練に参加している。		

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
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。	プライバシー保護の研修実施。 入居者様の尊厳を守る対応を学び実践している。 スピーチロックに気を付け、丁寧な言葉使いを意識して支援している。		
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。	10時のお茶や15時のおやつを提供 時飲み物やお菓子を選んで頂き自己選択、自己決定が可能な支援を実施している。生活の中で不便な事、必要な物があるか等をご本人に伺う、ご本人からの希望には、職員間で相談し、可能な限り対応している。		
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。	入居者様一人ひとりの生活リズムを大切に、ご本人から「買い物に行きたい」「散歩に行きたい」との希望があれば可能な限り個別での対応を行い、希望に沿っている。		
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。	洋服を間違った着方をしていないか確認したり、ご本人に着る服を選んで頂いている。整容や身だしなみが適切に行えるよう声掛けや介助等の支援を行っている。		
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。	入居者様と職員が同じテーブルで会話しながら食事している。食事の配膳、下膳が可能な方には行って頂き、食後にも食器拭きやトレイ拭き等の家事を行って頂いている。		

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
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。	個々のお身体の状態にあった食事量や形状で提供している。毎食後食事量と水分量の確認を行っています。夜勤者が、1日の水分量を確認しています。		
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。	起床時、毎食前のうがいや食後に口腔ケアを行っている。うがいが困難な方には、スポンジブラシ等を使用し、清潔を保てるよう支援している。		
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。	個々の排泄習慣を把握し、声掛けや必要な方には、トイレ誘導を行っている。また、少しでも立位が可能な方には、トイレでの排泄を行える環境を作っている。		
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。	水分摂取量の確認を行い、1日に必要な水分量が取れるようにしている。毎朝食時にヨーグルトや牛乳の提供。夕食後にフェカリス（乳酸菌）を飲んで頂く等工夫している。毎日午前、午後に体操と機能訓練を実施している。		
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。	入居者様の希望に応じて、午前午後など好きな時間に入浴できるように支援している。基本的に入浴は毎日でも可能になっている。		

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
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。	ご本人の就寝時間にあわせ就寝準備を行っている。必要な方には、湯たんぽを使用して頂き、居室内の温度と湿度を適切になるように調整している。		
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。	訪問診療の際職員が、日々の様子を伝え、お薬の調整をしている。お薬が変更になった場合2週間集中的に様子観察を行っています。又ご家族と情報を共有している。		
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。	ひとり一人の出来る事を活かし、毎日の家事を役割として行って頂いている。個々に編み物やパズル等を楽しむ時間を持っている。外気浴や日光浴をしながらお茶をのみ気分転換が出来るような工夫をしている。		
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。	お天気の良い日は、ほぼ毎日散歩に出掛けている。近くの公民館やマクドナルドへ散歩とお茶を兼ねていくことや車でコメダモーニングに出掛ける。本人の希望により、個別で好きなものを購入したり、ご家族来所時一緒に外出される等協力体制は出来ている。		
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。	基本的には、おこずかい、ホーム管理ですが、何名かは、ご自身で所持しており、コンビニ等へ好きなものを階に出掛けている。		

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。	入居者様の希望に応じ手紙や電話の対応している。ご家族の協力を得て、電話での対応は、スムーズに行えている。		
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。	玄関や階段、フロア内には、季節ごとに、季節に合った作品や装飾品を飾り季節感を大切にしている。温度や湿度に気をくばり、感染症等への配慮をしている。職員は、非言語コミュニケーションを意識し、不安や混乱を軽減する工夫をしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	居室やフロアで好きな時にご自分の趣味を行って頂いている。食事以外では、好きな場所に座って頂き、お茶を飲まれたり、会話を楽しみ過ごされている。		
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。	ご自身の使い慣れたタンス等を使用している。居室清掃は、曜日ごとに分担し、その他に居室担当者が、出勤時細かい所も含め掃除し、清潔を保っている。 ご家族来所の時には、居室の整理整頓や掃除のご協力をして頂いている。		
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。	各居室にそれぞれお名前を付けているが、居室ごとに絵を変えている。 トイレにシールを貼り、他の扉と区別出来るよう対応している。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム座間

作成日： 平成 28 年 5 月 18 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	12	重度化や終末期への対応については、入居時に説明しているが、現在までホームでの看取りの実施は行っていない。 実践に向け必要な知識と技術や心理的な事も考え、心のケア等について学ぶ	1. 看取りを実践出来る知識と技術を学ぶ 2. 心理的ケアについて学ぶ (ご本人、ご家族、スタッフについて) 3. 医療との連携方法を知る。	*ホームの重度化及び看取りの指針について研修実施。(6月ユニット会議にて予定) *外部講師(看取り経験者)による研修を行う。(H28.6.29予定) *訪問医や看護師、ご家族と看取りについて話し合いを行い、方向性を共有する。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月