

平成30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	1473000584	事業の開始年月日	平成15年4月1日
		指定年月日	平成15年4月1日
法人名	社会福祉法人 横浜YMCA福祉会		
事業所名	大和YMCAグループホーム		
所在地	( 242-0017 )		
	神奈川県大和市大和東3-3-16		
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30年10月8日	評価結果	平成31年2月6日
		市町村受理日	

※ 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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

入居者皆さん、一人ひとりが安心して、楽しく笑って毎日を過ごしていただくように、全職員が入居者皆さん一人ひとりのことを考えています。仕事に責任を感じ、役割を持ち支援をしています。一ヶ月に一度、入居者ケースカンファレンスを行なっています。各入居者担当者が身体・精神状況などモニタリングを実施、日常の様子をまとめカンファレンスにて発表しています。変化などを出席者で検討し、統一された対応を確認しています。それが介護計画に反映されています。日々の生活の中で、入居者皆さんが出来る力を職員が失くしてしまわないように、待つ介護、働きかけを行なっています。食事準備、片付け、洗濯、掃除など職員と入居者が一緒になって行なっています。衛生を保つ、リラックスタイム、良眠への誘導、楽しみ、運動、また、職員が入居者の全身状態を把握するために必要と考えて、入浴支援をしています。季節を感じていただけるような行事も、いつもの生活とは違った表情を見せて楽しんで下さる

### 【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年11月8日	評価機関 評価決定日	平成31年1月29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、小田急線、相鉄線の大和駅から徒歩5分の住宅街にあります。高齢者や保育園などの福祉拠点として展開されている大和YMCAライフサポートセンターの1部門となっています。1階がデイサービス、2階が地域包括支援センター、3階、4階がグループホームの福祉複合施設です。

<優れている点>

「一人ひとりを大切にします」という簡潔な理念を掲げ、利用者一人ひとりに寄り添って、残存能力を発揮できるような支援に努めています。管理者は職員の自主性を尊重し、職員の意見や提案を積極的に取り入れ、ケアに生かしています。YMCAの知名度は地域活動や地域との交流にも生かされています。町内会と地域防災相互援助の協定を結び、避難訓練は事業所内で合同開催しています。2階の地域包括支援センターに所属している看護師やケアマネジャーから健康面や種々の指導を受けています。ライフサポートが発行している広報では毎回、グループホームの利用者家族への報告や案内などが掲載されています。

<工夫点>

夕食は1階のデイサービスセンターに委託しています。朝食と昼食については職員が近隣のスーパーマーケットなどから食材を購入し、調理しています。肉や魚類、青物野菜など1日10品種項目の食材を取入れることを目標にリストを作成し、管理しています。

### 【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

ため頻繁に実施しています。フロアーでは、いつも笑い声が絶えない楽しいホームです。

V アウトカム項目	56 ~ 68	
-----------	---------	--

事業所名	大和YMCAグループホーム
ユニット名	Aユニット

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ます。 (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
<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つなげている。	「一人ひとりを大切にします」という分かりやすい理念を作り、一人ひとりの今まで生きて来た過程を尊重し、個別対応を心がけ、持っている思いを大切にしていくように理念を共有しています。	職員は利用者一人ひとりを、生活の主体者としてとらえ、個々の生活を重視して残存能力を発揮できるよう支援に努めています。事務所に掲示している理念の精神を職員は共有し、利用者一人ひとりに寄り添い、日々の支援の中で理念を生かしています。	
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。	事業所は自治会に参加、自治会の防災訓練に場所を提供し、グループホームの避難訓練も一緒に行っています。祭りの時など、職員が手伝いに出かかっています。	自治会に加入しています。自治会の餅つき大会や自治会の避難訓練は地域と協定し、事業所で合同開催しています。地域や事業所の各種のイベントには地域のボランティアや地域住民のサポートを受けながら利用者や職員は笑顔で参加しています。	
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。	介護者教室などを開催する包括支援センターへの協力を行なっています。自治会の防災訓練など、地域の方々が集った場所で認知症の人の生活や理解力、支援方法などの話しをさせていただいています。		
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、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	二ヶ月に一回、定期的に運営推進会議を開催しています。行事や利用者の状態、また、ホームで対応に困っていることなどを報告し、アドバイスをいただいています。	年に6回、市や地域包括支援センター職員、地域社会福祉協議会職員、自治会代表、民生委員、家族などが参加して開催しています。事業所から活動状況や利用者の日常生活、事故報告などを説明し、参加者から助言や要望、行事予定など意見交換しています。	
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に取り組んでいる。	二ヶ月に一回、定期的に開催している運営推進会議、大和市グループホーム連絡会にて報告しています。他、随時連絡、相談しています。	市の介護保険課に運営推進会議の議事録の提出や困難事例などについて助言や指導を受けています。大和市グループホーム連絡会や運営推進会議に市の職員も参加し、情報交換しています。	

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。	勉強会、ケースカンファレンスの中で、身体拘束について学んでいます。言葉遣いも含め、職員が共有して拘束をしないケアの理解を深め、実践を心がけています。家族の理解をいただいて、玄関は施錠しています。	職員は利用者一人ひとりが家庭的な普通の生活を送ることを目指しています。入社時やケアカンファレンスの中で身体拘束について勉強会を開き正しく理解しています。横浜YMCAの行動規範や「身体拘束ゼロへの手引き」などをテキストに、弊害について理解し、正しいケアに取り組んでいます。	
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。	ケースカンファレンスや勉強会の中でとりあげています。また、言葉遣いなども再検討し、全員で話し合える時間を作っています。		
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。	勉強会の中で学ぶ場を設けています。資料を配布し知識を高めています。利用者に関わらず、家族から相談があれば、成年後見制度などの説明を行い、アドバイスしています。		
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。	入居の問い合わせ、申し込みに応じて見学、アセスメントを行い、相談を受けています。契約時、解約時、改定時に不安や疑問点を聴き、説明を行なっています。		
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。	家族面会時に積極的に会話をし、利用者の近況を報告し、ホームに対する意見を伺っています。本人には、日々の生活の中で意見を聞き出しています。また、運営推進会議で家族の意見を聞いています。苦情窓口が市などにあることを契約時に説明しています。	家族の訪問時は管理者や居室担当者が面談し、意見や要望を個人ケース記録に記載し、ケアカンファレンスで検討しています。運営推進会議でも家族と意見交換しています。家族との連絡は電話よりも時間を気にしないショートメールを使用しています。	

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。	日常業務は職員が主体で行えるようにしています。日々、管理者に意見や提案をしています。勉強会、ケースカンファレンスで意見交換をし、業務をスムーズに行えるようにしています。	管理者は職員の日常の業務をできる限り職員自身に移譲し、各自のやる気を高めています。職員はケアカンファレンスで意見や提案を発言し、運営に反映しています。職員は年度初めに各自の目標を立て、管理者と半年後に面談し、年度末に成果を確認しています。	
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。	面談を行い、意見交換しています。また、随時代表者へ管理者が職員の状況を報告し、把握するように努めています。		
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。	代表者は管理者に対し、職員全員の様々な研修参加を促し、内外部の研修参加をしています。毎日の業務の中で職員同士の意見交換により向上を図っています。		
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。	管理者は大和市グループホーム連絡会に参加して、他グループホームと定期的に意見交換をしています。職員間の交流も今年度行う予定になっています。		
<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。	入居前のアセスメントを職員全員で共有しています。日々の会話、様子の中から不安なことを探り、傾聴しています。積極的にコミュニケーションを取り、話のしやすい関係づくり、信頼関係樹立のための働きかけを行なっています。		

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
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。	問い合わせ、申し込み、契約時などにアセスメントを行います。職員全員で情報を共有しています。家族の訴えに共感し、思いを聞き出せるように関係を深めています。		
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。	問い合わせ、相談時に話を聴き、アセスメントをして、その方にとってグループホーム入居が必要なのか話し合っています。ケアプランセンター、包括支援センターにも相談し、アドバイスをもらっています。		
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。	人生の先輩として、豊かな知識と経験において、話を聴き、教えていただいています。毎日の食事作り、洗濯、掃除など、職員と共に利用者が出来ることを行なっています。暮らしの中で冗談があり、笑顔が利用者、職員共に多いです。		
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。	面会時、また、電話連絡して近況を報告し、本人への支援の相談をしています。敬老会、餅つきなど行事には一緒に参加していただいています。準備や進行の手伝いをいただいています。家族との外出支援をしています。		
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、支援に努めています。	面会、外出の支援をしています。友人や親戚の方など面会者に対し、訪問しやすい環境を整えるように配慮しています。	入居前のアセスメントを個人ケースにファイルし、職員全員で共有しています。外部との関係性について本人のこれまでの出来事や経験、家庭での役割などが継続できるよう、支援しています。正月に自宅へ日帰り帰宅し、家族も利用者の現況を認識しています。	

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
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。	利用者同士が関わり合いを持てるように、職員が間に入り関係を持っています。居室を訪ねあい談笑していることもあります。自ら他利用者に関われない方には、孤立しないように気配りし、お互いを思い合える関係であ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。	家族了承のもと、他施設へ移られた方を面会に訪れ、様子をワーカーに伝え合っています。家族からの連絡、相談にも対応しています。		
<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。	日常の会話の中や、改めて要望があればそれらを会議で話し合い、本人の希望になるべく添えるように努めています。	利用者一人ひとりの日々の関わりやワーカー日誌、申し送りノートなどから、思いや暮らし方の意向の把握に努めています。食器を拭く係や洗濯物を畳む係など、自分でできることを大切に、役割のある生活から活力を引き出すよう支援しています。	
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。	入居前のアセスメントを個人ケースに綴り、職員全員で情報を共有しています。入居前に把握できなかった生活歴や暮らし方を家族、利用者本人から得て、情報の把握につとめています。		
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。	一人ひとりの日誌記録のほか、毎日の申し送りやカンファレンスでの報告、話し合いにより現状の把握をしています。必要に応じ、都度当日勤務者で話し合い、日々の変化にも対応しています。		



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
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。	家族、主治医に近況を報告し意見をいただいています。本人には、日々の会話の中で困っていること、したいことを聞いています。ケースカンファレンスで一人ひとりの現状を把握、共通理解してケアのあり方の検討をし、それを計画書に反映させています。	活動記録の個人ケース記録や利用者が出来る事、出来ない事などのモニタリングを基にして、毎月ケースカンファレンスを行っています。本人や家族の意向、医師や看護師の助言などを取り入れて確認しています。基本的には6ヶ月ごとに介護計画を見直しています。	個人ケース記録を記入する時に、ケアプランの課題に反映している支援をしているか、確認できる工夫も期待されます。
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。	毎日の様子を個人ケース記録に、個別に出来るだけ詳細に記録しています。その記録に基づき、ケースカンファレンスで状況を報告し、ワーカー全員で情報を共有、対応を検討し、それを介護計画書に反映させています。		
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。	急な家族との外出にも、安心して家族と出かけられるようにしています。また、外出時の排泄、食事の仕方なども困らないようにアドバイスしています。入院時には、看護師、主治医との面談にも同席し、情報提供、対応の相談など行なっています。		
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。	地域の阿波おどりに招かれています。地域のボランティアが行事の手伝いに来て下さります。地域防災協定を結び、災害時の相互協力を行うこととなっています。		
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。	本人、家族の希望で訪問診療、またはかかりつけ医に受診することを決めていただいています。訪問診療の連絡、調整をしています。主治医、家族への報告を行なっています。他かかりつけ医の受診時、血圧表などの提供、日常の様子を報告し支援しています。	主治医は入居時に利用者、家族の選択に任せています。現在は全員が事業所の主治医に切り替えています。往診は内科医月1回、歯科、精神科、皮膚科、眼科などの専門医は定期的又は必要時に来ています。訪問看護は週1回健康管理をしています。24時間オンコール体制です。	

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。	往診時に、日々の利用者の変化を報告し、アドバイスをもらっています。些細な変化も相談できます。また、体調変化がみられている時には、看護師からも連絡があり、状況報告を行なっています。連携して利用者の状況を把握しています。		
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。	入院時、病院への情報提供をしています。面会を頻繁に行い、担当看護師、主治医からの説明を受け、随時情報交換をしています。退院指導など、家族と同席しています。		
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。	面会時、または面談を設け、現状報告を随時行っています。体調変化がみられた時の家族の希望を確認、施設で出来ることの説明を行なっています。	看取りケアは開設以来、実施し、家族の要望に応じています。事例検討や振り返りを行い、職員の心構えが出来ています。重度化、終末期の指針及び終末期の具体的な対応手順などを見直し、現在構築中です。	
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。	心肺蘇生法、AEDの使用法、嚥下障害、緊急時の対応、救急搬送対応の勉強を行なっています。		
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。	火災、防災訓練を年2回行います。自治会の防災訓練に場所を提供し、一緒に避難訓練を行ってもらいます。地域と協定を結び、相互の協力をする事となっています。	夜間想定訓練は消防署の立ち会いの下行っています。食料、飲料水は利用者、職員の3日分を備蓄し、リストを作成し管理しています。防災時の地域協定を結び、地域の防災訓練の際は建物を開放しています。地域協定は更新を重ね現在に至っています。	

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。	利用者を人生の先輩として尊敬の念を持って接するように心がけています。人としての尊厳を大切にしています。日々、ケースカンファレンスで言葉遣いについて確認しています。利用者それぞれに、理解しやすい言葉を考えながら対応をしています。	プライバシーについては、入職時、YMCAの行動規範の中で周知しています。日頃の排泄や入浴時のケアにおいて、ドアの開閉や声かけの際の声の大きさ、かけ方などに注意し、尊厳を損う事のないように努めています。	
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。	日々の生活の中で「どうですか、どちらがいいですか」と自己決定出来るように働きかけています。意思疎通が困難な利用者に対しては、表情の確認などで何を言おうとされているのか、共に理解できるように努めています。		
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。	一日の流れの中で、本人の意思を尊重しながら働きかけをしています。その日の体調や気分で居室で休まれたり、食堂で過ごされたりしています。家族との外出も自由にされています。		
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。	着るものを一緒に選べる方は、ご自分で選んでいます。気温にそぐわない時には、一緒に着替え直していただきます。自分で決められない方は、同じ服にならないように配慮しています。行事の時には普段されない利用者も口紅、マニキュアなどをつけ笑顔になられています。		
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。	利用者一人ひとりの力が発揮できるように、出来ることをしていただいています。食事作りではそれぞれの役割ができています。食事の時間を待っている利用者は多く、個々の好みも献立の中に取り入れています。	食材やメニュー、調理は職員の手で行い、家庭料理を旨としています。夕食は1階と共通です。毎日10品目の食材、栄養バランスや利用者の好み、形態を考慮し、手作りで提供しています。雛祭や正月などの季節の料理も楽しんでいます。	

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
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。	一日で10品目取れるようにチェックして献立を考えています。水分摂取の働きかけをしています。毎日の食事量をチェックしています。食事量の少ない方は、ご本人の好むもので栄養を確保できるようにしています。体調変化時のみ水分量を記入しています。		
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。	全員が毎食後に口腔ケアを実施しています。各利用者の状態に応じて、声かけ、見守り、介助で対応しています。一人ひとりの状態に合わせて歯間ブラシ、スポンジなどを使用しています。夜間は義歯をお預かりして消毒しています。口腔内、気になることがあれば、訪問歯科医に相談、検診を受けています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを検証して把握しています。介助の必要な方は、排泄時間をワーカー同士が共有し、必要な時に排泄誘導を行なっています。また、その方の排泄サインを見逃さないように見守り、トイレで排泄していただけるように支援しています。	排泄パターンを把握し、早めに声をかけ、失禁の予防と衛生の維持に努めています。利用者一人ひとりの便意や尿意を探り、タイミングに合わせてトイレ誘導して自立支援を図っています。リハビリパンツから普通の下着に改善した利用者がいます。	
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。	便秘に良いとされる食材、メニューを取り入れています。便秘気味の方には、水分量を多く摂るようにしています。毎日ヨーグルトを召し上がっていただき、牛乳、プルーンなど随時使用しています。自分でできることはしていただき、身体を動かしています。		
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。	利用者は入浴を楽しみにしています。その日の体調や気分に合わせて入浴出来るように支援しています。その日の体調や気分に合わせて、時間は15時から17時の間に入浴しています。	週2回が原則ですが、回数や入浴時間などの希望には柔軟に応えています。季節のゆず湯や菖蒲湯などを楽しんでいます。曜日によっては1階デイサービスの大浴場で温泉気分を楽しむ機会もあります。浴室横にトイレがあり、有効に活用しています。	

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。	利用者それぞれに、居室で休息しています。季節に合った寝具、温度の管理をしています。日中適度な活動が必要と判断した時には、仕事やレクリエーションの働きかけを行い起きていただくこともあります。入浴後から就寝までのリズムを作り安定させています。		
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。	変薬時だけでなく、状態の変化の様子観察しています。各利用者の処方箋をすぐに閲覧できるところで管理しています。薬の用途、副作用などを確認しています。往診医や薬剤師より説明を受け、疑問点などを問い合わせし、情報を共有しています。		
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。	その方の出来ることを見極め、調理、洗い物、掃除など家事において役割を持って行なえるように働きかけています。ボランティアによる演奏、誕生会、レクリエーション、季節ごとの行事などを行い、気分転換しています。		
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。	個人の楽しみ、外食などは家族と一緒に出掛けられています。外出時の準備を支援しています。近隣や1階に散歩に出かけています。	日常の散歩は事業所の周りをコースにしています。ドラッグストアなどで食材の購入や買い物を兼ねた外出の機会があります。近くのコンビニエンスストアの飲食コーナーやシリウス（大和市文化創造拠点）へ外出の楽しみもあります。外出の機会を作ることを課題としています。	
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。	基本的には各利用者がお金の所持はしていません。買い物時にホームの支払いをしていただいています。財布、お金を持っていないと落ち着かない方には、ご自身で所持していただいています。		

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。	家族に確認のもと、本人希望時にはホームの電話を利用し、いつでも電話が出来るようにしています。携帯電話を使用することも、居室に電話を設置することも可能です。手紙の投函や、受け取りも行っています。		
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。	季節を感じられるように工夫した壁画を、利用者と共に飾り、皆さんと楽しんでいます。常に掃除をし清潔を保っています。TV、音楽のボリュームにも配慮しています。行事の写真を展示し、利用者は写真の前を通るたびに足を止めて楽しんでいます。	周囲に高層建物もなく、リビング兼食堂は終日明るく、広くゆったりとした共有空間です。厨房はオープンで利用者の五感に配慮してあります。各フロアにベランダがあり、鉢には季節の花が咲いています。広い廊下の壁には思い出の行事写真や貼り絵などの作品が展示してあります。	
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。	利用者の意志で、食堂で過ごしたり、ソファで談話されたり、居室で休まれ、廊下ベンチで過ごすなど、その時々で移動され、自由に過ごされています。		
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。	個々に今まで使用していた家具を配置したり、壁には写真や絵をかけて、心地よく過ごせるようにしています。安全面において、椅子、テーブルに乗り危険があると判断した時には、家族に報告、相談し片付けるなどの対応をしています。	居室にはエアコンやクローゼット、照明、ベッド、カーテンが備えてあります。利用者はタンスや書棚、テレビ、仏壇、写真、時計、ぬいぐるみなど馴染みの品を揃え、居心地よく過ごせる居室となっています。	
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。	廊下には手すりを設置しています。食堂は、キッチンと食卓に仕切りがなく、利用者がいつでも、流し、電磁調理器前に立てるようになっていきます。居室とトイレのドアが似ているため、トイレのドアには大きくトイレと分かるように掲示しています。		

事業所名	大和YMCAグループホーム
ユニット名	Bユニット

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ます。 (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
<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つなげている。	「一人ひとりを大切にします」という分かりやすい理念を作り、一人ひとりの今まで生きて来た過程を尊重し、個別対応を心がけ、持っている思いを大切にしていくように理念を共有しています。		
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。	事業所は町内会に参加、自治会の防災訓練に場所を提供し、グループホームの避難訓練も一緒に行っています。祭りの時など、職員が手伝いに出かかっています。		
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。	介護者教室などを開催する包括支援センターへの協力をこなっています。自治会の防災訓練など、地域の方々が集った場所で認知症の人の生活や理解力、支援方法などの話しをさせていただいています。		
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、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	二ヶ月に一回、定期的に運営推進会議を開催しています。行事や利用者の状態、また、ホームで対応に困っていることなどを報告し、アドバイスをいただいています。		
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。	二ヶ月に一回、定期的に開催している運営推進会議、大和市グループホーム連絡会にて報告しています。他、随時連絡、相談しています。		



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。	勉強会、ケースカンファレンスの中で、身体拘束について学んでいます。言葉遣いも含め、職員が共有して拘束をしないケアの理解を深め、実践を心がけています。家族の理解をいただいて、玄関は施錠しています。		
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。	ケースカンファレンスや勉強会の中でとりあげています。また、言葉遣いなども再検討し、全員で話し合える時間を作っています。		
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。	勉強会の中で学ぶ場を設けています。資料を配布し知識を高めています。利用者に関わらず、家族から相談があれば、成年後見制度などの説明を行い、アドバイスしています。		
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。	入居の問い合わせ、申し込みに応じて見学、アセスメントを行い、相談を受けています。契約時、解約時、改定時に不安や疑問点を聴き、説明を行なっています。		
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。	家族面会時に積極的に会話をし、利用者の近況を報告し、ホームに対する意見を伺っています。本人には、日々の生活の中で意見を聞き出しています。また、運営推進会議で家族の意見を聞いています。苦情窓口が市などにあることを契約時に説明しています。		

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。	日常業務は職員が主体で行えるようにしています。日々、管理者に意見や提案をしています。勉強会、ケースカンファレンスで意見交換をし、業務をスムーズに行えるようにしています。		
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。	面談を行い、意見交換しています。また、随時代表者へ管理者が職員の状況を報告し、把握するように努めています。		
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。	代表者は管理者に対し、職員全員の様々な研修参加を促し、内外部の研修参加をしています。毎日の業務の中で職員同士の意見交換により向上を図っています。		
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。	管理者は大和市グループホーム連絡会に参加して、他グループホームと定期的に意見交換をしています。職員間の交流も今年度行う予定になっています。		
<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。	入居前のアセスメントを職員全員で共有しています。日々の会話、様子の中から不安なことを探り、傾聴しています。積極的にコミュニケーションをとり、話のしやすい関係づくり、信頼関係樹立のための働きかけを行なっています。		

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
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。	問い合わせ、申し込み、契約時などにアセスメントを行います。職員全員で情報を共有しています。家族の訴えに共感し、思いを聞き出せるように関係を深めています。		
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。	問い合わせ、相談時に話を聴き、アセスメントをして、その方にとってグループホーム入居が必要なのか話し合っています。ケアプランセンター、包括支援センターにも相談し、アドバイスをもらっています。		
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。	人生の先輩として、豊かな知識と経験において、話を聴き、教えていただいています。毎日の食事作り、洗濯、掃除など、職員と共に利用者が出来ることを行なっています。暮らしの中で冗談があり、笑顔が利用者、職員共に多いです。		
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。	面会時、また、電話連絡して近況を報告し、本人への支援の相談をしています。敬老会、餅つきなど行事には一緒に参加していただいています。準備や進行の手伝いをしていただいています。家族との外出支援をしています。		
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。	面会、外出の支援をしています。友人や親戚の方など面会者に対し、訪問しやすい環境を整えるように配慮しています。		

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。	利用者同士が関わり合いを持てるように、職員が間に入り関係を持っています。居室を訪ねあい談笑していることもあります。自ら他利用者に関われない方には、孤立しないように気配りし、お互いを思い合える関係であ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。	家族了承のもと、他施設へ移られた方を面会に訪れ、様子をワーカーに伝え合っています。家族からの連絡、相談にも対応しています。		
<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。	日常の会話の中や、改めて要望があればそれらを会議で話し合い、本人の希望になるべく添えるように努めています。		
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。	入居前のアセスメントを個人ケースに綴り、職員全員で情報を共有しています。入居前に把握できなかった生活歴や暮らし方を家族、利用者本人から得て、情報の把握につとめています。		
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。	一人ひとりの日誌記録のほか、毎日の申し送りやカンファレンスでの報告、話し合いにより現状の把握をしています。必要に応じ、都度当日勤務者で話し合い、日々の変化にも対応しています。		

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
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。	家族、主治医に近況を報告し意見をいただいています。本人には、日々の会話の中で困っていること、したいことを聞いています。ケースカンファレンスで一人ひとりの現状を把握、共通理解してケアのあり方の検討をし、それを計画書に反映させています。		
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。	毎日の様子を個人ケース記録に、個別に出来るだけ詳細に記録しています。その記録に基づき、ケースカンファレンスで状況を報告し、ワーカー全員で情報を共有、対応を検討し、それを介護計画書に反映させています。		
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。	急な家族との外出にも、安心して家族と出かけられるようにしています。また、外出時の排泄、食事の仕方なども困らないようにアドバイスしています。入院時には、看護師、主治医との面談にも同席し、情報提供、対応の相談など行なっています。		
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。	地域の阿波おどりに招かれています。地域のボランティアが行事の手伝いに来て下さります。地域防災協定を結び、災害時の相互協力を行うこととなっています。		
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。	本人、家族の希望で訪問診療、またはかかりつけ医に受診することを決めていただいています。訪問診療の連絡、調整をしています。主治医、家族への報告を行なっています。他かかりつけ医の受診時、血圧表などの提供、日常の様子を報告し支援しています。		

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。	往診時に、日々の利用者の変化を報告し、アドバイスをもらっています。些細な変化も相談できます。また、体調変化がみられている時には、看護師からも連絡があり、状況報告を行なっています。連携して利用者の状況を把握しています。		
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。	入院時、病院への情報提供をしています。面会を頻繁に行い、担当看護師、主治医からの説明を受け、随時情報交換をしています。退院指導など、家族と同席しています。		
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。	面会時、または面談を設け、現状報告を随時行っています。体調変化がみられた時の家族の希望を確認、施設で出来ることの説明を行なっています。		
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。	心肺蘇生法、AEDの使用方法、嚥下障害、緊急時の対応、救急搬送対応の勉強を行なっています。		
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。	火災、防災訓練を年2回行います。自治会の防災訓練に場所を提供し、一緒に避難訓練を行ってもらいます。地域と協定を結び、相互の協力をすることとなっています。		

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
<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。	利用者を人生の先輩として尊敬の念を持って接するように心がけています。人としての尊厳を大切にしています。日々、ケースカンファレンスで言葉遣いについて確認しています。利用者それぞれに、理解しやすい言葉を考えながら対応をしています。		
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。	日々の生活の中で「どうですか、どちらがいいですか」と自己決定出来るように働きかけています。意思疎通が困難な利用者に対しては、表情の確認などで何を言おうとされているのか、共に理解できるように努めています。		
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。	一日の流れの中で、本人の意思を尊重しながら働きかけをしています。その日の体調や気分で居室で休まれたり、食堂で過ごされたりしています。家族との外出も自由にされています。		
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。	着るものを一緒に選べる方は、ご自分で選んでいます。気温にそぐわない時には、一緒に着替え直していただきます。自分で決められない方は、同じ服にならないように配慮しています。行事の時には普段されない利用者も口紅、マニキュアなどをつけ笑顔になられています。		
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。	利用者一人ひとりの力が発揮できるように、出来ることをしていただいています。食事作りではそれぞれの役割ができています。食事の時間を待っている利用者は多く、個々の好みも献立の中に取り入れています。		

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
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。	一日で10品目取れるようにチェックして献立を考えています。水分摂取の働きかけをしています。毎日の食事量をチェックしています。食事量の少ない方は、ご本人の好むもので栄養を確保できるようにしています。体調変化時のみ水分量を記入しています。		
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、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。	全員が毎食後に口腔ケアを実施しています。各利用者の状態に応じて、声かけ、見守り、介助で対応しています。一人ひとりの状態に合わせて歯間ブラシ、スポンジなどを使用しています。夜間は義歯をお預かりして消毒しています。口腔内、気になることがあれば、訪問歯科医に相談、検診を受けています。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを検証して把握しています。介助の必要な方は、排泄時間をワーカー同士が共有し、必要な時に排泄誘導を行なっています。また、その方の排泄サインを見逃さないように見守り、トイレで排泄していただけるように支援しています。		
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。	便秘に良いとされる食材、メニューを取り入れています。便秘気味の方には、水分量を多く摂るようにしています。毎日ヨーグルトを召し上がっていただき、牛乳、プルーンなど随時使用しています。自分でできることはしていただき、身体を動かしています。		
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。	利用者は入浴を楽しみにしています。その日の体調や気分に合わせて入浴出来るように支援しています。その日の体調や気分に合わせて、時間は15時から17時の間に入浴しています。		



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。	利用者それぞれに、居室で休息しています。季節に合った寝具、温度の管理をしています。日中適度な活動が必要と判断した時には、仕事やレクリエーションの働きかけを行い起きていただくこともあります。入浴後から就寝までのリズムを作り安定させています。		
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。	変薬時だけでなく、状態の変化の様子観察しています。各利用者の処方箋をすぐに閲覧できるところで管理しています。薬の用途、副作用などを確認しています。往診医や薬剤師より説明を受け、疑問点などを問い合わせし、情報を共有しています。		
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。	その方の出来ることを見極め、調理、洗い物、掃除など家事において役割を持って行なえるように働きかけています。ボランティアによる演奏、誕生会、レクリエーション、季節ごとの行事などを行い、気分転換しています。		
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。	個人の楽しみ、外食などは家族と一緒に出掛けられています。外出時の準備を支援しています。近隣や1階に散歩に出かけています。		
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。	基本的には各利用者がお金の所持はしていません。買い物時にホームの支払いをしていただいています。財布、お金を持っていないと落ち着かない方には、ご自身で所持していただいています。		

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。	家族に確認のもと、本人希望時にはホームの電話を利用し、いつでも電話が出来るようにしています。携帯電話を使用することも、居室に電話を設置することも可能です。手紙の投函や、受け取りも行っています。		
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。	季節を感じられるように工夫した壁画を、利用者と共に飾り、皆さんと楽しんでいます。常に掃除をし清潔を保っています。TV、音楽のボリュームにも配慮しています。行事の写真を展示し、利用者は写真の前を通るたびに足を止めて楽しんでいます。		
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。	利用者の意志で、食堂で過ごしたり、ソファで談話されたり、居室で休まれ、廊下ベンチで過ごすなど、その時々で移動され、自由に過ごされています。		
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。	個々に今まで使用していた家具を配置したり、壁には写真や絵をかけて、心地よく過ごせるようにしています。安全面において、椅子、テーブルに乗り危険があると判断した時には、家族に報告、相談し片付けるなどの対応をしています。		
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。	廊下には手すりを設置しています。食堂は、キッチンと食卓に仕切りがなく、利用者がいつでも、流し、電磁調理器前に立てるようになっていました。居室とトイレのドアが似ているため、トイレのドアには大きくトイレと分かるように掲示しています。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 大和YMCAグループホーム

作成日： 平成31年 2月 5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	26	個人ケース記録がケアプランの課題に反映している支援なのか確認できない。	個人ケース記録とケアプランの連動が確認できるようにする。	ケアプランの課題に反映している支援なのか、個人ケース記録に記入ができるのか話し合い、方法を検討する。ケアプランを個人ケース記録の見やすい場所に保管をする。	6ヶ月
2	6・7	認知症、虐待、高齢などに関する理解を更に深める。	定期的な内部研修、また、外部研修へ参加していく。	内部会議（ケースカンファレンス）時に取り上げる内容、項目を計画化し勉強会を実施する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月