

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	1473600953	事業の開始年月日	平成17年6月1日
		指定年月日	平成29年6月1日
法人名	株式会社 アイシマ		
事業所名	グループホームやまもも		
所在地	(245-0016) 神奈川県横浜市泉区和泉町7737-11		
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9月20日	評価結果 市町村受理日	平成31年1月15日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/
----------	---

【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)】

利用者様がその人らしく生き生きと暮らせるように、決まりごとは極力少なくしています。また、散歩や買い物、居室の家具の配置などまでご希望があれば個別でも出来る限りご希望に添えるように努め自宅での生活により近いものになるよう支援しています。そして、普段の生活は可能な限り出来る事はゆっくりでもご利用者様に行っていただき自立した生活を意識した支援を心がけています。
ホームの行事やレクリエーションなどへの参加は利用者様ごとに楽しみ事が違うのでご本人の希望に添ってストレスや強制的にならない様になっています。

【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10月30日	評価機関 評価決定日	平成30年12月26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)】

横浜市泉区、瀬谷区などに数多くの介護サービス事業所を持つ株式会社が運営する事業所の一つで、平成17年6月に開設されて以来、約13年5ヶ月の運営実績があります。相鉄いずみ野線いずみ野駅より三ツ境駅行のバスに乗り、「和泉台バス停」で降りてすぐの、富士山が眺められる2ユニットの事業所です。利用者とその人らしく穏やかに暮らせるように支援しています。

<優れている点>

医療連携体制加算と口腔衛生管理体制加算を取得し、医療面での体制を整えています。内科医が月2回、精神科医も月2回往診に来ています。必要がある場合は皮膚科の医師も往診に来ます。眼科などの受診が必要な場合には職員が同行し、診察の結果などを往診医に的確に伝えています。看護師は週1回訪問し、24時間連絡が取れる体制です。歯科医師の往診は週1回あり、歯科衛生士の口腔ケアの指導を実施しています。「看取りに関する指針」「事前同意書」を整備し、看取りの実績があります。

<工夫している点>

調理専門の職員を採用し、介護職員が利用者の支援に専念できる体制を整えています。設備面では、シャワー付きトイレを設置し、隣の居室と中で行き来出来る中ドアを取り付けたり、リビングに床暖房を設置しています。1階、2階とも広いウッドデッキがあり、外気浴を日常的に行っています。自家菜園で収穫した新鮮な野菜を食べています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームやまもも
ユニット名	1階 いちご

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、安心して暮らせている。 (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ます。 (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
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。	理念には、自分らしく暮らせることや地域との交流の大切さを掲げておりそれを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。	理念は、事務所のほか玄関やリビングにも掲示しています。管理者は、理念の確認を月に1度のカンファレンスで行っています。職員に対し理念を理解するような具体的な説明や理念を共有し、実践していくような研修などはありません。	職員が理念を理解し意識を持って実践につなげてくような具体的な取り組みが期待されます。
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。	散歩や回覧版を回しに行く際に近隣の方と挨拶を交わしたり、毎月の町内清掃に利用者様と一緒に参加などをして地域との交流を行っています。	自治会に加入し、回覧板が回ってきます。自治会の行事の中で月1回の町内清掃や夏祭りに参加しています。地域ケアプラザの催し物に参加しています。地域の読み聞かせのボランティアや高校生の福祉委員会の生徒が訪問を予定しています。	
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。	利用者様と一緒に近所の商店に買い物に行くなどして認知症への理解を得られるよう努めています。また、法人内のイベントや講習会のチラシを配るなどし認知症の理解、支援について知っていただく機会を作っています。		
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。	二ヶ月に一度のペースで年六回開催しています。地域との交流や対応が難しい利用者様の支援についてなどについて意見交流が深まっています。また、出来る限り近隣の方に入所していただけるよう意見を伺ったりしています。	2ヶ月に1度、定期的開催しています。自治会長、民生委員、地域ケアプラザの職員などが参加しています。事業所の状況説明を行い、改善に向けての方向性の意見を聞いています。地域の行事予定を聞き、利用者が参加出来るように検討しています。	
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。	運営推進会議に参加していただいたり報告書によって取り組み状況を報告しています。また、生活支援課の担当者とは日頃から電話連絡等で利用者様の状態を報告、相談したり訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。	生活支援課などの担当者と状況説明や相談をしています。日頃から利用者の事で電話で話したり、担当者が面会に来た場合には、現状を詳細に説明して協力関係を築いています。横浜市健康福祉局主催の衛生管理講習会に参加しています。	

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。	身体拘束についてのマニュアルや勉強会、カンファレンスなどを通して学ぶことによって全職員の理解を深めるよう努めています。	「身体拘束マニュアル」「身体拘束ゼロへの手引」を整備しています。今年3月に新たに「身体拘束等の適正化のための指針」を策定し、法人に「身体拘束等適正化委員会」を設置し、議事録を職員に回覧しています。5月に法人内研修が行われ、全ての職員がレポートを提出しています。	
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。	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合えるようにし、特に言葉による虐待の防止に努めています。		
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。	勉強会等で学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医と話し合い支援していく体制を整えています。また、新たに入所される方でご家族が居られない方については、出来る限り成年後見制度を利用していただけるよう促しています。		
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。	入所時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせし十分な説明を行っています。また、料金も含め介護保険制度の改定により変更になった部分に関してはその都度書類を作成、説明し疑問点がないか確認しています。		
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。	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、電話や面会時などでご家族の意見や要望を伺いケアに反映出来るように努めています。また、苦情受付担当として施設部長が居り法人本部への相談も出来るようになっていきます。ホーム玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し相談、要望等が直接出来る事を示しています。	「苦情・相談の対応について」のマニュアルを整備し、「苦情・相談記録票」を作成しています。玄関には苦情相談窓口についての横浜市福祉調整委員会のチラシを掲示しています。リビングなどに「やまももからのお知らせ」として苦情相談窓口の連絡先を掲示しています。家族が訪問の時は、利用者の様子を伝えた後、要望などがあるか聞いています。	

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
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。	日々の会話や申し送り、カンファレンスなどを通じて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。また、担当課長宛に月二回の事業所報告を提出しており事業所内で解決出来ない事を報告し定期会議において検討しています。	管理者は、職員に対し、話しかけ話しやすい雰囲気作りをしています。全体会議などで職員からの意見や提案を聞く機会があります。職員との面談の機会を作り、要望などを聞くようにしています。法人は、「職員のための相談窓口」を開設し、職員休憩室にチラシを掲示し、直接、職員の要望などを聞いています。	
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。	努力や実績はその都度評価すると共に能力考査も行っています。パート職員の労働時間は、個々の都合に合わせて柔軟に対応しています。また、職員間の交流やリフレッシュとして新年会や職員旅行を開催しています。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	管理者研修や施設部勉強会、法人内の教育委員会による各資格や経験年数に応じた教育研修会がありスキルアップを図っています。また、法人内にヘルパーカレッジがあり初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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り組みをしている。	グループホーム連絡会に加入しており他ホームとの交流や情報交換に努めています。それを基に良いと思われることは積極的に取り入れるようにし、サービスの質の向上に努めています。		
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。	法人内の総合相談室に入居担当がおり入居前にヒヤリングを行ない身体状況、要望、不安に思っていることを随時聞くようにしています。入居前に見学に来る機会があり、ホーム内の見学や管理者との面談を行っています。その時点での質問や相談等を気軽に話すことが出来るような雰囲気作りを心がけています。また、入居後もアセスメントを行いニーズの把握に努めています。		

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。	利用者様同様、入居担当が細かいヒヤリングを行っています。その際困っていることや不安なことを伺う様にし、また、何度でも話し合う機会があることを伝えており気軽に話しが出来るような信頼関係を築くよう努めています。利用者様同様、入居前にはホーム見学、管理者との面談も行なっています。入居後も面会時や電話等でいつでも相談を受け付けていることを伝えていきます。		
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。	入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様も居られるのでモニタリング、アセスメントを重ねご本人、ご家族の状況把握に努め意向に合ったサービスが提供出来るように心掛けています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者様と職員は共に地域で暮らしていく者同士として、お互いに支えあい協力し合って生活しているという意識を持つようにしています。また、尊敬の念を忘れずに接し日常の作業を協力し合って行うことにより自身の存在価値を感じ、お互いになくはない存在であると思っただけよう努めています。		
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。	利用者様の日常の様子等を訪問時や電話等でご家族に報告するようにしています。また、その際に意見や要望を伺いケアプランに反映させています。		
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。	年賀状や手紙、電話などを通じて遠方の親族等との交流を続けていられる方も居られます。希望に応じてホームの車や介護タクシーでの送迎も行っています。	本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人に年賀状を書く支援をしています。本人が出来る事は、本人に書いてもらい、出来ないところを職員が手助けをしています。花が好きな利用者が職員と一緒に近隣の園芸店に花などを買いに行っています。	

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。	日々の活動やレクリエーション、行事などを通してコミュニケーションを取っています。また、仲の良い方同士が話しが出来るよう食席を近くにするなどしています。逆に普段あまり話が出来ない利用者様においては、職員が間に入り皆の輪に入れるよう配慮しています。		
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。	グループホームでの対応が困難になり退所された方が居られます。ホームに居られた時の生活面等の状況を移動先の施設に伝えたりしてご本人がより良い生活が送れるよう支援に努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	普段の会話の中から利用者様の思いを汲み取り出来る限り意向に添った支援が出来るよう努めています。話しにくい事などは入浴中や夜勤帯等で職員と一対一で話しが出来る機会に伺えるようにしています。また、意思表示が困難な利用者様に対しては、日頃の表情や状態、仕草などを注意深く観察することによってご本人の思いにより近いものになるよう検討しています。	職員は、利用者の生活歴を把握し、昔の事を聞きながら、自分の事も話し、信頼関係が築けるようにしています。利用者一人ひとりの意向を把握するために頻りに利用者へ声かけをして何でも言える雰囲気作りに努めています。職員と入浴や散歩などで1対1になった時には、特に利用者の話を良く聞くように努めています。夜間、居室で話を聞く事もあります。	
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。	入居時のアセスメントやご家族、ケースワーカー、看護サマリーなど様々な情報を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活歴を聞いたり、その方の得意なことを見つけることによってこれまでどのような生活をしてきたのかまた、どのような生活を望んでいるのかを把握するよう努めています。		
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。	日常生活の様子を観察し、その方の一日の過ごし方や自身で行ったこと、会話等を個人ケース記録に残しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄状況、バイタルやその他気になる状態があれば記録しています。それらの情報を基に毎日二回の申し送りにおいて報告しています。また、職員は出勤時に前回勤務以降の連絡帳、業務日誌記載事項に目を通し、継続的に状況把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護とも連携し、情報を共有し現状に即した介護支援計画の作成を心がけています。利用者様の状態に変化があった時はその都度関係者に報告し、期間内であっても必要に応じて介護支援計画を変更するようにしています。	ケアプランは、基本的に3ヶ月に1度改訂しています。介護計画作成担当者は、毎月のカンファレンス記録や本人のケース記録を参考に前回の評価をします。アセスメント表、モニタリングシートを作成し「医療連携ノート」から医師や看護師の意見を採り入れて新たな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。	介護支援計画に添った支援を行いその内容を中心に個別記録に残しています。新たな課題や気になる点についても記録しそれらの情報を基に職員間で協議し、介護支援計画の見直し、作成を行っています。		
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。	個別の支援として希望に応じて買い物や美容院、外食等への支援を時間を調節して行っています。また、介護タクシーを利用し車椅子の方など外出が難しい方の支援もしています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	自治会に加入しており回覧板で情報を得て、出来る限り自治会の行事に参加しています。また、近所の商店に利用者様の希望する日用品や飲食物等を買に出かけています。戸外での歩行が難しい方は、ホームの車で対応してりご本人の希望を聞いて職員が代行したりします。		
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。	往診医として内科医、精神科医が一名ずつ居り入所時に選ぶことが出来ます。往診は基本的に月二回で体調不良時等は臨時往診も受けられます。ご本人の状態によって主治医の変更も可能です。また、歯科、皮膚科の往診もありそれ以外の受診についても主治医、訪問看護との連携により迅速に対応し適切な医療が受けられるようになっていきます。	本人や家族の同意の下、管理者と相談し往診医を選んでいきます。遠方からの入居者は、今までのかかりつけ医から協力医へ変更しています。主治医や看護師は、定期訪問だけでなく、状態変化時や服薬についてFAXで随時相談ができます。外来受診時は職員が同行しています。医療連携ノートで、利用者の状態や受診結果なども職員間で共有しています。	

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。	週一回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談、アドバイスが受けられます。医療連携ノートを活用しており主治医、看護師、介護職員が情報を共有しています。また、24時間連絡体制のため急変時にも相談、連携が取れます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医に報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され、適切に医療が受けられる体制を整えています。また、ご本人、ご家族の意向も踏まえホームでの生活が可能な段階で出来る限り早期に退院出来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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ホームでのターミナルケアを行っており、各医療機関と連携し状況に応じた対応を行っています。重度化した場合には、主治医からの病状説明がありホームより「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた医療方針についてご本人、ご家族、看護師、ホーム側と協議し終末期医療の選択を行っています。	契約時に、「重度化した場合における対応に関わる指針」の説明をしています。状況の変化時に看取り希望の有無を確認しています。家族の希望や意見を基に、医療職員との連携により、安楽な日々を送ることができるよう、具体的な支援方法を検討し対応しています。また、他入居者へ十分な配慮を行い支援しています。	
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。	応急手当や心肺蘇生の訓練を勉強会や研修などで行っています。急変時には緊急時マニュアルを作成しいざという時に迅速に対応できるように電話近くに掲示してあります。カンファレンス等で定期的に確認しています。		
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。	毎年二回ホームでの防災訓練を実施しています。内一回は消防署員立会の下、夜間想定避難訓練を実施し避難誘導や消火器、火災報知器の使用法などの助言をいただいています。災害時に備え非常用物品と三日分の水、食料を備蓄しておりミキサー食の方への対応も可能です。	自動火災報知機、スプリンクラーなどの設備があります。非常火災通報先、地震や火災発生時の手順などを掲示しています。消防署立ち会いで避難訓練があり、参加出来なかった職員にも後日誘導方法などを周知しています。非常用物資が1週間分ほどあり、消費期限を明記したリストがあります。	

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	グループホームやまもも.xlsx 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。	個々の性格や生活暦を念頭におきながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。接遇面については勉強会等で学ぶ機会もあり、職員間でも日頃より利用者様のケアやその場に応じた声掛けの方法について話し合っています。	行動指針を事務所に掲示しています。日々のケアの中で、利用者のプライドを尊重し、気持ちや思いを第一に考えています。職員は、利用者に対しての立ち振る舞いや言動をそれぞれが振り返っています。職員同士でも指摘し、話し合い、反省し改善しています。	
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。	日頃の会話やレクリエーションなどを通して楽しみを持っていただき、思いや希望等を伝えやすい環境作りに努めています。また、生活の中で些細なことでも自分で選択する機会を積極的に作るようにしています。その際はその方の能力に応じて職員が選択肢を示したり本人が答えやすいよう配慮しています。		
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。	それぞれの利用者様の生活スタイルやこれまでの生活習慣を尊重し、起床、就寝時間等柔軟に対応し、出来る限り一人一人のペースで生活していただくようにしています。レクリエーションや行事等の参加も無理強いすることなく本人の希望に添った対応を心がけています。		
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。	入浴時や外出時には、出来る限り本人の好みの衣類を選んでいただいています。新しい衣類等の要望があった時はご家族の協力を得ながら準備しています。職員同行で買い物へ行き自分で好みの物を選んで購入する方もいます。起床時には洗顔、整髪、髭剃りを行いご自分で出来ない方については介助しています。定期的に訪問理容があり希望される方はホームで散髪が出来ます。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	その日のメニューを利用者様と一緒に決めたり、盛り付け等を行っていただいています。ホームに畑があり一緒に収穫することで食材や調理方法等の話をしたり、その方の好みを知ることも出来ます。食事は職員、利用者様が同じテーブルに着き話しをしたりして食事時間が楽しくなるよう心がけています。下膳は出来る方には行っており、出来ない方のみ職員が行っています。食器拭きをされる方もいます。また、法人内にバリアフリーの中華レストランがあり昼食会や配達があります。	茶碗、箸、湯飲みなどは、利用者個人のものであります。利用者は、盛り付けや、箸を配ったり、下膳などできる事をしています。職員と一緒に献立を決めたり、自家菜園で採れた野菜を食卓に並べることもあります。職員は、目を配り、見守りながら一緒に楽しめるように配慮しています。誕生日会では、祝いを兼ねて外食をする事もありますが、行事企画での食べ物は極力手作りしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事量や水分摂取量は記録して職員が把握しています。ご利用者様の状態に合わせた食事量での提供を行っています。苦手な物があったり食の進まない方には提供の仕方を工夫したり声掛けを行ったりしています。		
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。	口腔ケアは毎食後行いケアチェック表を使用しています。本人の能力に応じて見守り、必要であれば介助を行なっています。週一回の訪問歯科による指導を受けたり、毎月の施設口腔ケア・マネジメント計画書に則りケアを行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表の使用、定時でのトイレ誘導、個人の排泄パターンの見極めに努めています。夜間オムツ対応の利用者様も日中は可能な限りトイレへ誘導し排泄していただくようにしています。	アイコンタクトや耳元でささやくなど、他の人にわからないように定時にトイレ誘導しています。夜間のみオムツの人もいます。オムツの検討をし、本人に合ったオムツへ改善しています。また、布パンツが継続できるように、職員間で共有し支援しています。	
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。	便秘がちな利用者様には好みの味での水分摂取を促しています。また午前中の体操、午後の廊下歩きなど個々の状態に合わせて体を動かす機会を設けています。排泄表を使用し便秘が続くようであれば訪問看護や主治医に相談し指示を仰いでいます。		
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。	ご本人の状態や希望にそって対応をしています。入浴は毎日行っており基本的に二日に一度は入浴できるようになっています。主に午前中に行いますが、希望があれば夜勤帯以外は対応できます。	2日に1回、声かけをしています。本人の希望により自由に日を変え入浴しています。一番風呂の好きな人、入浴前に服を一緒に選ぶなど、希望に沿った入浴を支援しています。跨ぎの難しい利用者も安心して湯船が利用できるように介助支援しています。	

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。	ご利用者様には自由に休息していただいています。ご自分での移動が困難な方は、希望を伺い居室やソファーに誘導しています。居室内の照明も一律の消灯ではなく本人の希望に沿って調節しています。		
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。	個人ケースファイルに最新の処方内容、薬の説明がファイリングしてありいつでも確認出来るようになっております。服薬時マニュアルがあり確実に服薬が出来るよう努めています。症状の変化があった場合はケース記録に残すと共に、主治医に報告、相談し薬の調節を受けています。		
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。	利用者様にはごみ出しや荷物を運ぶ等の力仕事、洗濯たたみや調理の手伝い等その方の得意なことを行っていただくようにしています。飲み物は可能な限り本人の好みの物を提供するようにしホームに常時ない物に関しては、希望を伺い近所の商店で購入することもあります。		
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。	買い物や外食の希望があるときにはご家族の協力を得ながらホームの車や介護タクシー等を利用しご希望に沿えるよう支援しています。	希望によりいつでも散歩へ出かけています。車いすの人はウッドデッキへ誘導し外気浴を楽しんでいます。音楽療法で、月1回法人のレストランへ外出しています。希望により、美容院や外食、花屋、電気屋、100円ショップ、スーパーマーケットなどへ買い物に出かけています。	
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。	ホーム内で現金を所持している方はいませんが、購入希望の商品がある場合は職員同行で買い物に行き、気に入った物を選んでいただいています。また、職員が代行して購入し代金の説明などを行っています。希望があれば外食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
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、友人への電話はホームの電話を利用し自由にしています。手紙については住所、宛名、切手の確認を行い投稿の支援をしています。		
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。	常に清潔であるよう清掃を心がけています。リビングには、大きく見やすいカレンダーやイベントの写真、装飾品を掲示したりしています。また、その日の気候に応じてカーテンや窓の開閉、エアコンの使用など適切な採光や温度が保て心地よく過ごせるように配慮しています。	オープンキッチンからリビング、ウッドデッキへとつながり、広々とした田園風景が見渡せ優しい光と風が楽しめます。ウッドデッキからは富士山も望めます。社歌、カレンダー、共同作品のちぎり絵や季節の花などが飾られています。	
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。	リビングでの各自の席とは別にテレビの前にソファがあり自由に座って新聞を読んだりテレビを観たりして過ごしていただいています。気の合う利用者様同士で会話をしたり花札、将棋などを楽しまれたりしています。		
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。	本人の使い慣れた家具や思い出の品、写真等を部屋に置くことで安心して生活出来るようにしています。ラジオやテレビを持ち込み、居室で楽しんでいる方もいます。家具や家電等居室に置きたいとの希望があった時は、ご家族とも相談し出来る限り本人の希望に添える様にしています。	使い慣れた馴染みの家具を活かして、居心地よく過ごせる部屋となっています。本人が作成した押し花を飾ったり、写真を飾ったりしています。動線上に家具がないように、安全面に配慮しています。温度、湿度を適切に調整し、快適に暮らせるようにしています。居室の明かり窓には目隠しがあり夜の快眠を妨げない工夫があります。	
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。	ホーム内は各所の手すりやバリアフリー化、利用者様の移動の妨げになるような物を置かない等安全に配慮されています。居室や食席は歩行能力や理解力等ADLの変化により安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう変更することもあります。リビングには大きな手作りカレンダーがあり、日付・曜日がすぐに解かるようにしてあります。		

事業所名	グループホームやまもも
ユニット名	2階 さくらんぼ

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させている。 (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。	理念には、自分らしく暮らせることや地域との交流の大切さを掲げておりそれを事務所、リビングの壁に掲示し意識付けを図っています。新入職員に対してはオリエンテーションを行い内容を説明しています。		
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。	散歩や回覧版を回したりする際に挨拶を交わしたり、定期の町内清掃には利用者様と参加しています。		
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。	利用者様と一緒に近所の商店に買い物に行くなどして認知症への理解を得られるよう努めています。また、法人内のイベントや講習会のチラシを配るなどし認知症の理解、支援について知っていただく機会を作っています。		
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。	二ヶ月に一度のペースで年六回開催しています。地域との交流や対応が難しい利用者様の支援についてなどについて意見交流が深まっています。また、出来る限り近隣の方に入所していただけるよう意見を伺ったりしています。		
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。	運営推進会議に参加していただいたり報告書によって取組み状況を報告しています。また、生活支援課の担当者とは日頃から電話連絡等で利用者様の状態を報告、相談したり訪問による利用者様との面談を行い協力関係を築いています。		

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
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。	身体拘束についてのマニュアルや勉強会、カンファレンスなどを通して学ぶことによって全職員の理解を深めるよう努めています。		
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。	勉強会やカンファレンスにおいて学ぶ機会を設けています。また、日々のケアの中で職員同士注意し合えるようにし、特に言葉による虐待の防止に努めています。		
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。	勉強会等で学ぶ機会があります。必要に応じてご家族、主治医と話し合い支援していく体制を整えています。また、新たに入所される方でご家族が居られない方については、出来る限り成年後見制度を利用させていただけるよう促しています。		
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。	入所時に重要事項説明書、個人情報使用同意書、契約書等を読み合わせし十分な説明を行っています。また、料金も含め介護保険制度の改定により変更になった部分に関してはその都度書類を作成、説明し疑問点がないか確認しています。		
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。	日常の会話の中や定期的なアセスメントを通して利用者様、電話や面会時などでご家族の意見や要望を伺いケアに反映出来るように努めています。また、苦情受付担当として施設部長が居り法人本部への相談も出来るようになっていきます。ホーム玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示し相談、要望等が直接出来る事を示しています。		

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。	日々の会話や申し送り、カンファレンスなどを通じて職員の意見や提案を聞く機会を設けています。それについて職員で話し合い良いと思われる事案は積極的に取り入れるようにしています。また、担当課長宛に月二回の事業所報告を提出しており事業所内で解決出来ない事を報告し定期会議において検討しています。		
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。	努力や実績はその都度評価すると共に能力考査も行っています。パート職員の労働時間は、個々の都合に合わせて柔軟に対応しています。また、職員間の交流やリフレッシュとして新年会や職員旅行を開催しています。		
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。	管理者研修や施設部勉強会、法人内の教育委員会による各資格や経験年数に応じた教育研修会がありスキルアップを図っています。また、法人内にヘルパーカレッジがあり初任者研修を開催し無資格者に対して資格取得を促しています。		
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に加入しており他ホームとの交流や情報交換に努めています。それを基に良いと思われることは積極的に取り入れるようにし、サービスの質の向上に努めています。		
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。	法人内の総合相談室に入居担当がおり入居前にヒヤリングを行ない身体状況、要望、不安に思っていることを随時聞くようにしています。入居前に見学に来る機会があり、ホーム内の見学や管理者との面談を行っています。その時点での質問や相談等を気軽に話すことが出来るような雰囲気作りを心がけています。また、入居後もアセスメントを行いニーズの把握に努めています。		

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。	利用者様同様、入居担当が細かいヒヤリングを行っています。その際困っていることや不安なことを伺う様にし、また、何度でも話し合う機会があることを伝えており気軽に話しが出来るような信頼関係を築くよう努めています。利用者様同様、入居前にはホーム見学、管理者との面談も行なっています。入居後も面会時や電話等でいつでも相談を受け付けていることを伝えていきます。		
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。	入居直後は環境の変化に対応することが難しい利用者様も居られるのでモニタリング、アセスメントを重ねご本人、ご家族の状況把握に努め意向に合ったサービスが提供出来るように心掛けています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者様と職員は共に地域で暮らしていく者同士として、お互いに支えあい協力し合って生活しているという意識を持つようにしています。また、尊敬の念を忘れずに接し日常の作業を協力し合って行うことにより自身の存在価値を感じ、お互いになくてはならない存在であると思っただけのよう努めています。		
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。	利用者様の日常の様子等を訪問時や電話等でご家族に報告するようにしています。また、その際に意見や要望を伺いケアプランに反映させています。		
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。	年賀状や手紙、電話などを通じて遠方の親族等との交流を続けている方も居られます。希望に応じてホームの車や介護タクシーでの送迎も行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価 <small>グループホームやまもも.xls</small>	
			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。	日々の活動やレクリエーション、行事などを通してコミュニケーションを取っています。また、仲の良い方同士が話しが出来るよう食席を近くにするなどしています。逆に普段あまり話しが出来ない利用者様においては、職員が間に入り皆の輪に入れるよう配慮しています。		
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。	グループホームでの対応が困難になり退所された方が居られます。ホームに居られた時の生活面等の状況を移動先の施設に伝えたりしてご本人がより良い生活が送れるよう支援に努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	普段の会話の中から利用者様の思いを汲み取り出来る限り意向に添った支援が出来るよう努めています。話しにくい事などは入浴中や夜勤帯等で職員と一対一で話しが出来る機会に伺えるようにしています。また、意思表示が困難な利用者様に対しては、日頃の表情や状態、仕草などを注意深く観察することによってご本人の思いにより近いものになるよう検討しています。		
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。	入居時のアセスメントやご家族、ケースワーカー、看護サマリーなど様々な情報を職員間で共有し協議しながら支援に努めています。毎日の生活の中で趣味や生活歴を聞いたり、その方の得意なことを見つけることによってこれまでどのような生活をしてきたのかまた、どのような生活を望んでいるのかを把握するよう努めています。		
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。	日常生活の様子を観察し、その方の一日の過ごし方や自身で行ったこと、会話等を個人ケース記録に残しています。体調についても食事・水分摂取量や排泄状況、バイタルやその他気になる状態があれば記録しています。それらの情報を基に毎日二回の申し送りにおいて報告しています。また、職員は出勤時に前回勤務以降の連絡帳、業務日誌記載事項に目を通し、継続的に状況把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人やご家族の意向を第一に考え主治医や訪問看護とも連携し、情報を共有し現状に即した介護支援計画の作成を心がけています。利用者様の状態に変化があった時はその都度関係者に報告し、期間内であっても必要に応じて介護支援計画を変更するようにしています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	介護支援計画に添った支援を行いその内容を中心に個別記録に残しています。新たな課題や気になる点についても記録しそれらの情報を基に職員間で協議し、介護支援計画の見直し、作成を行っています。		
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。	個別の支援として希望に応じて買い物や美容院、外食等への支援を時間を調節して行っています。また、介護タクシーを利用し車椅子の方など外出が難しい方の支援もしています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	自治会に加入しており回覧板で情報を得て、出来る限り自治会の行事に参加しています。また、近所の商店に利用者様の希望する日用品や飲食物等を買に出かけたり、町内の美容院にパーマをかけに行ったりしています。戸外での歩行が難しい方は、ホームの車で対応してりご本人の希望を聞いて職員が代行したりします。		
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。	往診医として内科医、精神科医が一名ずつ居り入所時に選ぶことが出来ます。往診は基本的に月二回で体調不良時等は臨時往診も受けられます。ご本人の状態によって主治医の変更も可能です。また、歯科、皮膚科の往診もありそれ以外の受診についても主治医、訪問看護との連携により迅速に対応し適切な医療が受けられるようになっていきます。		

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
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。	週一回の訪問看護にて利用者様の健康チェックや相談、アドバイスが受けられます。医療連携ノートを活用しており主治医、看護師、介護職員が情報を共有しています。また、24時間連絡体制のため急変時にも相談、連携が取れます。		
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。	入院までの状況や経緯を詳細に担当医に報告しています。主治医から入院先担当医への情報提供書も作成され、適切に医療が受けられる体制を整えています。また、ご本人、ご家族の意向も踏まえホームでの生活が可能な段階で出来る限り早期に退院出来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。	ホームでのターミナルケアを行っており、各医療機関と連携し状況に応じた対応を行っています。重度化した場合には、主治医からの病状説明がありホームより「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた医療方針についてご本人、ご家族、看護師、ホーム側と協議し終末期医療の選択を行っています。		
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。	応急手当や心肺蘇生の訓練を勉強会や研修などで行っています。急変時には緊急時マニュアルを作成しいざという時に迅速に対応できるように電話近くに掲示してあります。カンファレンス等で定期的に確認しています。		
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。	毎年二回ホームでの防災訓練を実施しています。内一回は消防署員立会いの下、夜間想定避難訓練を実施し避難誘導や消火器、火災報知器の使用法などの助言をいただいています。災害時に備え非常用物品と三日分の水、食料を備蓄しておりミキサー食の方への対応も可能です。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価 <small>グループホームやまもも.xlsm</small>	
			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。	個々の性格や生活暦を念頭におきながらその方に適した接遇や言葉かけを実践しています。接遇面については勉強会等で学ぶ機会もあり、職員間でも日頃より利用者様のケアやその場に応じた声掛けの方法について話し合っています。		
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。	日頃の会話やレクリエーションなどを通して楽しみを持っていただき、思いや希望等を伝えやすい環境作りに努めています。また、生活の中で些細なことでも自分で選択する機会を積極的に作るようにしています。その際はその方の能力に応じて職員が選択肢を示したり本人が答えやすいよう配慮しています。		
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。	それぞれの利用者様の生活スタイルやこれまでの生活習慣を尊重し、起床、就寝時間等柔軟に対応し、出来る限り一人一人のペースで生活していただくようにしています。レクリエーションや行事等の参加も無理強いくことなく本人の希望に添った対応を心がけています。		
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。	入浴時や外出時には、出来る限り本人の好みの衣類を選んでいただいています。新しい衣類等の要望があった時はご家族の協力を得ながら準備しています。職員同行で買い物へ行き自分で好みの物を選んで購入する方もいます。起床時には洗顔、整髪、髭剃りを行いご自分で出来ない方については介助しています。定期的に訪問理容があり希望される方はホームで散髪が出来ます。		
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。	その日のメニューを利用者様と一緒に決めたり、盛り付け等を行っていただいています。ホームに畑があり一緒に収穫することで食材や調理方法等の話をしたり、その方の好みを知ることも出来ます。食事は職員、利用者様が同じテーブルに着き話しをしたりして食事時間が楽しくなるよう心がけています。下膳は出来る方には行っただき、出来ない方のみ職員が行っています。食器拭きをされる方もいます。また、法人内にバリアフリーの中華レストランがあり昼食会や配達があります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	各利用者様ごとに苦手な食べ物を把握し食べれる物を別で提供。さらに利用者様の状態に合わせて刻み食等や温度管理をしながら召し上がっていただきます。又、それぞれに応じた介助方法を支援しています。		
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。	口腔ケアは毎食後行いケアチェック表を使用しています。本人の能力に応じて見守り介助を行なっています。週一回の訪問歯科による指導を受けながら行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表を使用し個人の排泄パターンの把握に努めたり、定時でのトイレ誘導を行っています。夜間オムツ対応の利用者様も立位が可能ならば日中はトイレへ誘導し排泄していただくようにしています。		
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。	便秘がちな利用者様には好みの味での水分摂取を促しています。また乳製品や食物繊維の多い食品等を使用し食事を提供しています。排泄表を使用し便秘が続くようであれば主治医に相談し連携をとっています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ご本人の状態や希望にそった対応に努めています。自立度の高い利用者様には朝に希望を聞き入浴したいときにしてもらっています。基本的に二日に一回入浴することが出来ます。		

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
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。	ご利用者様には自由に休息していただいています。ご自分での意思表示が難しい方についてはカンファレンスにて状態を話し合いベッドやソファにて休んでいただく時間を設けています。		
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。	個人ケースファイルに最新の処方内容、薬の説明がファイリングしてありいつでも確認出来るようになっております。症状の変化があった場合はケースファイルに残すと共に、主治医、訪問看護に相談も行っています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	利用者様にはごみ出しや荷物を運ぶ等の力仕事、洗濯たたみや調理の手伝い等その方の得意なことを行っていただくようにしています。飲み物は可能な限り本人の好みの物を提供するようにしホームに常時ない物に関しては、希望を伺い近所の商店で購入することもあります。		
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。	買い物や外食の希望があるときにはご家族の協力を得ながらホームの車や介護タクシー等を利用しご希望に沿え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。	購入希望の商品がある場合は職員が代行して購入しています。誕生日などの記念日には希望があれば外食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
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、友人への電話はホームの電話を利用し自由にしています。手紙については住所、宛名、切手の確認を行い投稿の支援をしています。		
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。	常に清潔であるよう清掃を心がけています。リビングには、大きく見やすいカレンダーやイベントの写真を掲示したりしています。また、適切な温度が保てるよう配慮し、日差しが強い時にはカーテンを閉めたり、エアコンによる温度調整を行い不快感のないようにしています。		
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。	リビングでの各自の席とは別にテレビの前にソファがあり自由に座って新聞を読んだりテレビを観たりして過ごしていただいています。気の合う利用者様同士で固まり会話もされています。		
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。	本人の使い慣れた家具や思い出の品、写真等を部屋に置くことで安心して生活出来るようにしています。ラジオやテレビを持ち込み、居室で楽しんでいる方もいます。家具や家電等居室に置きたいとの希望があった時は、ご家族とも相談し出来る限り本人の希望に添える様にしています。		
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。	ホーム内は各所の手すりやバリアフリー化、利用者様の移動の妨げになるような物を置かない等安全に配慮されています。居室や食席は歩行能力や理解力等ADLの変化により安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう変更することもあります。リビングには大きな手作りカレンダーがあり、日付・曜日がすぐに解かるようにしてあります。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホームやまもも

作成日： 平成 31年 1月 9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	1	常勤、非常勤職員全てがホームで掲げる理念に対する理解や意識を高く持ち、その理念に基づいた支援や業務を遂行し、利用者様へ良い形で還元できる体制を作ることが必要です。	理念の理解の徹底とそれに基づいた支援が行えるように取り組みます。	3項目ある理念の解釈を毎月のカンファレンスや日々の申し送りで確認し共有します。利用者様が穏やかに暮らす中でも、生き生きと過ごせるようにレクリエーションや運動など日々の生活に刺激を盛り込んだ支援を行います。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月