

平成28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	1473601076	事業の開始年月日	平成19年12月1日
		指定年月日	平成19年12月1日
法人名	株式会社アイシマ		
事業所名	グループホームゆとり		
所在地	(245-0016) 横浜市泉区和泉町1295		
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29年1月10日	評価結果 市町村受理日	平成29年4月21日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.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)】

ゆとりは自然豊かな和泉川近くの住宅街にあります。田畑の農作物や川沿いの遊歩道の草花を見て四季を感じる事ができ、川の鯉への餌やりも楽しみの一つです。また2階からは富士山も眺める事が出来ます。町内会、近隣の方々は認知症高齢者に理解のある方が多く、交流も盛んです。ゆとりの近隣住民連携夜間想定避難訓練には毎回多くの方にご協力頂いております。法人としては24時間体制訪問看護、介護タクシー、訪問入浴等の事業所があり、介護度が重くなっても安心して生活出来ます。人材育成にも力を入れており、資格や経験年数に合わせた内部研修や、事例発表会、初任者研修の資格取得の為のスクールも年2回開講しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年2月20日	評価機関 評価決定日	平成29年3月31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、市営地下鉄ブルーライン「下飯田駅」より徒歩約10分位、自然豊かで静かな住宅街にある、2階建て2ユニットのグループホームです。自家菜園を持っています。平成19年12月に開設して以来、9年2ヶ月の実績があり、運営法人は、横浜市泉区・瀬谷区を中心に数多くのグループホームや各種の介護事業などを展開する株式会社です。

<優れている点>

地域・町内会と交流を積極的に行っています。町内会行事の敬老会、地域清掃などに参加し、バーベキュー大会には管理者が手伝いに行っています。運営推進会議に町内会長などの地域の人が出席し、行事についての相談をしています。運営推進会議前に夜間想定避難訓練を行い、近隣住民の人が7、8名参加し、外に避難した利用者の見守りをしてきています。事業所行事の芋煮会に、地域の人々を招待しています。また、医療連携体制加算を受け、医療面での体制が整えられています。精神科医・内科医の往診が月2回あり、必要がある場合は皮膚科の医師も往診に来ています。内科、精神科、皮膚科以外の耳鼻科など他科の受診には、職員が同行しています。

<工夫点>

建物全体がゆったりと余裕をもって作られています。設備面について様々な工夫がされています。車イス対応のシャワー付のトイレ、リビングの床暖房、和室の共有スペース、畳の居室や夫婦部屋になる居室もあります。

【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	グループホームゆとり
ユニット名	アリス

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、生き生きと働いている。 (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。	「地域の中で共に成長しながら歩めるホーム」という理念を掲げ、町内行事（環境整備、防災訓練など）に参加したり、運営推進会議や、近隣住民連携避難訓練を通して、地域の方と接する機会を積極的に持ち、当ホームに対する理解を深めていただいています。	理念は、事務所に掲示しています。理念を踏まえた法人と事業所の年度目標も掲示しています。新しく入職した職員には理念を説明しています。2月の管理者会議で、今までの年度目標の振り返りと新年度の年度目標を発表しています。	理念を踏まえた年度目標もありますが、職員一人ひとりが理念を共有するための会議など、理念を確認する体制作りも期待されます。
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。	町内会に加入し町内行事（敬老会・環境美化・防災訓練など）への参加や、回覧板を出す、散歩、運営推進会議などで交流しています。行事の際は、委員やボランティアという形でも参加しています。	町内会に加入して、回覧板が回ってきます。町内会主催の地域清掃や防災訓練、敬老会、神社の礼祭などの行事に参加しています。バーベキュー大会に管理者が手伝いに行っています。夜間想定訓練には、地域の人々が参加しています。	
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。	同じ地域包括エリアに同法人のGHが複数あることで気軽にホーム見学に来て頂いたり、地域住民向けの介護教室の講師、実習生の受け入れなどの実績を積んでいます。		
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。	毎回活発な意見交換がなされています。特に防災に関する意識は皆様高く、近隣住民連携避難訓練では委員の方の呼びかけで多くの方に参加いただき、夜間想定で行い、地域の方の意見を基に改善を図っています。	2ヶ月に1度単独で開催し、地域の人々が参加しています。町内会の行事などの連絡や事業所行事の相談をしています。運営推進会議の前に夜間想定避難訓練を行い、地域住民の人が多く参加し、会議で避難訓練の改善点を話し合っています。	
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に取り組んでいる。	地域包括支援センターの職員、区役所保護担当、高齢支援課職員とは、密に連絡を取り合い、相談できる関係が築かれています。特に身寄りのない利用者の相談など、保護課の担当CWとは、協力して進めることが必須となっています。	区社会福祉施設など防災研修会や健康福祉局衛生管理講習会に出席しています。市認知症高齢者グループホーム連絡会総会や戸塚・泉区グループホーム連絡会に出席しています。区の高齢支援課には利用者の自主支援の更新手続などの相談をしています。	

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
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。	身体拘束マニュアルを基に、全スタッフが理解を深められるように研修を行っています。防犯上の観点から玄関は施錠していますが、ベランダは開放し、ベンチを置いて、自由に過ごせる工夫をしています。	「身体拘束マニュアル」など関係マニュアルを整備しています。「ケアのあり方対応チェックシート」を作成しています。身体拘束について入職時に説明をしています。	身体拘束の対象となる具体的な行為についての研修が行われていません。身体拘束についての研修実施の取り組みが期待されます。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	法人独自の「ケアの在り方チェックシート」を活用し、定期的にスタッフが日々のケアを振り返ることが出来る機会を設けています。		
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。	社内の勉強会や、横浜市主催の研修で「成年後見制度」について学ぶ機会があります。当ホームに成年後見制度に関するマニュアルもあり、自由に閲覧することが出来ます。実際、成年後見人を立てている利用者もいます。		
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。	契約前に必ず面談し、質問や不安な点等伺うようにしています。法人内のGHから本人・家族の希望に沿ったGHを選ぶことも出来ます。また、契約時の疑問にすぐ対応出来るように、入居相談担当に連絡が取れる体制が整っています。		
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。	面会の際や電話、家族会などの機会に家族の意見を伺っています。苦情申し立て機関は、契約時の重要事項説明書に記載されている他、玄関にも掲示してあります。	年2回の家族会で意見や要望を聞く機会を設け、家族の来訪の際も配慮しています。家族から寝具の相談や、書く事の好きな利用者の生活にノートを取り入れて欲しいことなど反映しています。	

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。	日々の申し送りやカンファレンス、ホーム会議等でスタッフの意見を汲み取り、管理者会議で提案したり、担当課長に相談・報告しています。	管理者は、日頃から職員に話し掛け、話しやすい雰囲気作りをしています。月に1回のユニット会議では、職員から意見や希望を聞き、実現に向けて検討しています。リネン交換の時間帯を変更したり、職員のシフトによって掃除の体制を変更しています。	
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。	スタッフの資格取得に向けた支援を行っています。また年2回人事考課を行っており、良いところを評価するなどスタッフのモチベーションに気をかけています。それぞれの得意分野を尊重し、協力し合い、補い合っている関係を支援しています。		
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。	勉強会などの内部研修、資格取得のための講習は、自己研鑽のため出来る限り参加を呼びかけています。平等に参加出来るように、勤務調整も行っています。社内の教育委員会や勉強会委員会を中心に経験年数別の研修計画を立て人材育成にも力を入れています。		
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。	横浜市グループホーム連絡会主催の交換研修や、ブロック会の研修、実践者研修へ参加することで、同業者との交流、ネットワーク作りが出来るように努めています。管理者は同じ区内のGHの管理者と意見交換をする機会があります。		
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。	入居相談の段階からニーズを伺い、サービス開始の際は、本人・家族との話し合いをもとにモニタリングを行い、介護支援計画を立案しています。当ホームでの暮らしに慣れるまで毎日電話で報告するなど、きめ細やかなサービスを心がけています。		

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
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。	契約時に家族の希望・要望を伺い、介護支援計画に挙げています。希望に応じて定期的に連絡したり、毎月「一行日記」でも日々の様子を報告しています。ホーム行事の様子はホームページでも見られるようになっていきます。		
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。	ほとんどの方が、まずは「新しい環境に慣れる」ということに重点を置き、身体的・精神的に安心できる環境づくりに努めています。		
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。	一人一人の得意なことを尊重し、テーブル拭き・掃除・洗濯物たたみ・カーテン閉めなど一緒に行っています。昔からの風習や、生活の知恵、草花の名前など、スタッフが教わることも多くあります。		
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。	些細なことでも、家族に相談・報告し、双方で利用者を支えていける関係を築いています。又、受診の際は可能な限り家族にも協力を依頼し、身体状況を共に把握して頂きます。		
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。	近所だった方や親戚など、これまでの生活のなかで築いてきた馴染みの方々との関係を大切にしています。家族と買い物や外食に行かれる方もいます。	本人がこれまで大切にしてきた情報を職員で把握し、年賀状送付などの継続支援をしています。家族と買い物や外食、思い出の場所に出かける利用者もいます。散歩の際にカメラを持って馴染みの風景の写真撮影をする利用者もいます。町内会との交流もあります。	

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
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。	利用者同士の相性を考え、食席を決めたり、スタッフが間に入り関係作りのフォローをすることもあります。一緒に生活する中で、利用者同士で助け合ったり、心配し合ったりする関係が築けています。		
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。	退所された後も、電話やメールで家族から連絡を頂いたり、新たな生活の場に面会に行くなど、当ホームでのサービスが終了しても良い関係が築けています。		
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。	自立度の高い方の日用品や趣味の買い物はスタッフと共に行く個別支援を行っており、家族がいらっしゃる方は、家族にも協力して頂いています。自己表現の厳しい方は日々の関わりの中から思いを汲み取り支援を行って頂きます。	職員は、利用者に良く話し掛け、表情や仕草で意向を読み取るようにしています。お茶の時間や散歩の時など日常会話をする中で、利用者の好みや希望を聞いています。把握した思いや意向は申し送り時に伝えたり、ケース記録に記載して職員が共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時に得た情報のほか、日々の会話の中からそれまでの暮らし・習慣・仕事などの情報を集め、記録に残してスタッフ間で共有し、サービスに繋げられるようにしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	現在出来ること、出来なくなってきたことなど、小さな変化も見逃さず、スタッフで共有するようにしています。カンファレンスで話し合い、今後のサービスに生かしています。		

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、家族の希望を伺い、スタッフ間でもカンファレンスで意見を出し合い検討します。また、主治医や訪問看護師にも相談し、サービスに役立てています。利用者に変化があった場合は、早急に介護支援計画の変更を行っています。	本人、家族から希望を聞いて、毎月のカンファレンスで職員から意見を聞き、ケアプランの評価を行い、モニタリングシート、アセスメント表を作成した後、医療連携ノートを確認してケアプランを作成しています。更新は3ヶ月に1度行っています。	
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。	日々の記録は、第三者が読んでもわかりやすいように、具体的に書くように心がけています。カンファレンスでは、利用者一人一人について振り返り、意見を出し合い、介護支援計画に生かせるようにしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	レストラン「風の音」での食事会や音楽療法での外出、本格的な中華料理の配達で食事に変化を持たせる工夫や、介護タクシー、訪問入浴、医療との連携、福祉用具レンタル、他GHとの交流の機会など、多方面から取り組んでいます。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	利用者全員が町内会に加入し、敬老会、防災訓練、町内清掃に参加したり、回覧板を回したり、運営推進会議の際に交流したり、利用者一人一人がそれぞれの形で地域の中で生活しています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科・精神科・皮膚科・歯科の往診医、訪問看護師とは「医療連携ノート」を使い、本人、家族の希望や相談事も共有できるようになっています。当ホームの隣にある歯科医院も認知症高齢者に理解があり、柔軟に対応してくれます。	内科医と精神科医が月2回往診に来ています。皮膚科の医師は、必要に応じて往診に来ています。耳鼻科などのかかりつけ医以外への受診は職員が同行しています。その診療結果は「医療連携ノート」を使用して、かかりつけ医へ伝えていきます。	

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。	「医療連携ノート」を使い、スタッフ・看護師・医師が相互に情報を共有できるようになっています。また、看護師とは24時間電話連絡が取れる体制が整っており、夜間の急変時などでも相談・指示を受けることができます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	家族がいない場合や遠方の場合は、管理者が窓口となり、病院や役所のケースワーカーと連絡を取り合い、医師・看護師との連絡調整を行っています。また、退院後も病院に相談しやすい関係作りをしています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人、家族の考えを尊重し、希望に添ったターミナルが迎えられるように医師・看護師との連携体制が出来ています。法人内ではターミナルケアの実績も多く、マニュアルが整備されています。事例発表などを聴く機会もあり、スタッフの意識は高いです。	「ターミナルケアマニュアル」を整備し、入居時に家族や利用者に「重度化における対応に係る指針」を説明しています。法人内部の他のグループホームでは看取りの経験が豊富なため、法人の内部研修会や事例発表会で取り上げています。	
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。	消防署や、町内会の訓練に参加し、緊急時の対処法（心臓マッサージ、AED）について実践的な講習積んでいます。防災担当スタッフが中心となり訓練計画を立て、避難訓練では、管理者が講師をしたり、消防隊員から学ぶ機会があります。		
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。	消防署立ち合いで近隣住民連携夜間想定避難訓練を年2回行っています。緊急時の地域連絡網や協力体制は消防署からもモデルケースとして評価を得ています。災害時の食品や物品の備蓄も整っており、担当スタッフが定期的にチェックしています。	年2回消防署立ち合いのもと多数の近隣住民の参加を得て、夜間想定避難訓練を行っています。運営推進会議で出された改善意見も踏まえ、緊急対策を工夫しています。緊急連絡網、協力体制の経路がわかりやすく掲示されています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個人情報、事務所の鍵のかかるロッカーに保管しています。不適切と思われる声かけなどあった場合は、その都度検討するようにしています。プライバシー保護や個人情報・接遇・倫理については社内研修でも取り上げ、皆で考える機会があります。	利用者のプライバシーを損ねないように言葉掛けなど接遇に配慮をしています。「言葉のチェックシート」や「ケアのあり方対応シート」で職員自身が振り返りをして対応の見直しをしています。勉強会でも対応について振り返りをしています。	
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。	おやつの際の飲み物（コーヒー、日本茶etc...）余暇はどう過ごすか外食の際のメニューなど、本人の希望が引き出せるような声かけの仕方が出来るように心がけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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。	天候や体調、その日の気分によってどう過ごすか決めて頂いています。余暇の過ごし方も、無理強いはせず、居室で読書・音楽鑑賞・園芸をしたり、リビングでテレビを観たり、お話しをしたり、それぞれに過ごして頂いています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	入浴日以外でも衣類の汚れてしまった際は、その都度着替えて頂いています。その際スタッフと共に衣類を選びワンパターンにならないよう配慮をしています。		
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。	気の合う利用者同士で可能な限り同じテーブルで食事やおやつを召し上がって頂いています。盛り付けや食器拭き、テーブル拭きを手伝って頂く事もあります。	メニューはその日ごとに考えています。利用者の食べたい物を聞いたり、自家菜園の野菜を使ったり、季節ごとの行事食なども取り入れています。利用者の好みの食器を使い、楽しく食べられる工夫をしています。職員と準備や片付けをすることもあります。	

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
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。	1日の食事・水分量がチェック表で把握出来るようになっていきます。状態に応じ、ミキサー、キザミ、トロミなど食事形態を変えて提供しています。献立の栄養バランスや利用者の状況など、管理栄養士が定期的に訪問し、チェックしてくれています。		
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。	毎食後の口腔ケアは習慣で行っています。一人一人の状況に合わせて、声かけや部分的な介助をしながら行っています。隣の歯科医院や往診の歯科医に口腔内のチェックや口腔ケアの際のアドバイスをなどお願いすることも出来ます。		
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。	排泄チェックシートを使い、一人一人の排泄パターンや声かけのタイミングなど把握し、対応しています。	トイレでの排泄を大切にしています。利用者個々の排泄パターンをチェックシートで確認し、声掛けや誘導に配慮しています。紙おむつやパッドなどの使い分けは申し送りやカンファレンスで確認し、試し期間を経て自立に向けた支援ができるよう配慮しています。	
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。	散歩や体操を日課にし、水分、乳製品を積極的に取り入れる工夫、トイレに座る習慣、医師・看護師と連携し、薬でコントロールする方法など、多方面からアプローチしています。また、便秘が及ぼす精神的な悪影響についても、スタッフの理解を深めています。		
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。	週2回のペースで入浴され、体調により入浴出来なかった際や希望時は柔軟に対応しています。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を入れるなど、リラックスできる工夫もしています。介護度が重くなった方は訪問入浴を利用されています。	週2回の入浴を基本としていますが、利用者の体調や希望を配慮した対応をしています。入浴を拒む利用者には気分転換や会話で工夫しています。季節の入浴剤を入れたり、会話にも配慮して入浴を楽しむことができるように支援しています。	

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。	入浴後や食事の後、また前の晩あまり眠れなかった時など、日中で休息をとっていただいています。天気の良い日に布団を干したり、季節に応じて寝具を替えたり安眠できるよう環境を整えています。昼間、外気浴をして陽に当たる機会も多くとっています。		
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。	個人ファイルに内服薬一覧をファイルし、お薬手帳で服薬内容の変化や効果、副作用など、一目で分かるようにしています。薬の変更等があった場合は、副作用などの注意点も含め、業務日誌に書きスタッフに周知しています。		
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。	食器拭き、新聞折り、掃除、洗濯物たたみ、リネン類の交換など、出来る事を無理のない範囲で手伝って頂いています。趣味の時間を大切にされ居室で塗り絵、パズル等を楽しまれる方もいます。		
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。	毎日の散歩は日課となっており、歩行状態に合わせて散歩コースが選べます。1階・2階の方と一緒にいくこともあります。区の写真展に行ったり、家族と外食や買い物に行く機会もあります。	散歩はその日の天候や利用者の体調、希望に合わせてコースを決めています。町内会の行事に参加したり、じゃがいも堀りや花見などの行事ごとに外出の支援をしています。家族と外出をしたり、買い物の希望にそって職員も対応しています。	
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。	家族と買い物・食事に行ったり、散歩途中でジュースを買ったりする機会があります。		

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
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。	電話はいつでも使えるようになっていきます。誕生日や敬老の日にプレゼントが届いた際、お礼をしたり、家族との年賀状のやりとりも楽しみにされており、家族宛ての年賀状は本人に一言書いていただいています。		
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。	換気や空調の管理はこまめに行っています。リビングには加湿・空気清浄機を設置し、各居室にも温湿度計を設置しています。共用空間には、クリスマスツリーや七夕飾りなど、皆で飾り付けし、季節感を出しています。	台所を中心にL字型にリビング、食堂があり、広々としています。東南からの日差しで終日明るく、窓からは樹木や畑が眺められ、四季を感じることができます。桜の花見も楽しめます。職員と一緒に作った折鶴の作品や利用者の描いた絵、行事で過ごした利用者の写真が飾られています。	
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。	テーブルを囲んで話をしながら食事をしたり、ソファでテレビを観たり、皆で音楽を聴いたりする場所があります。ベランダに一人ぶらりと出て、外気浴をする方もいます。		
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。	家族との写真や自分で描いた絵を飾ったり、馴染みの家具を置いたりされています。本棚や飾り棚、テレビなどを置き、居室での時間を大切にされている方もいます。中庭に温室を置き、園芸を楽しまれる方もいます。	各居室には、エアコンが設置され、湿度の管理に配慮しています。馴染みの家具が置かれたり、趣味の絵画やプラモデル、家族の写真などを持ち込んで飾っています。中にはサボテンを育てるなど、思い思いに過ごせるよう工夫しています。	
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。	開放感のあるベランダにはベンチが置かれ、のんびりしたり一緒に洗濯物を干したり出来ます。当ホームは全面バリアフリーで手すりやコールボタンも各所に設置されています。また庭には畑があり、収穫を楽しむことが出来ます。		

事業所名	グループホームゆとり
ユニット名	ベル

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。	「地域の中で共に成長しながら歩めるホーム」という理念を掲げ、町内行事（環境整備、防災訓練など）に参加したり、運営推進会議や、近隣住民連携避難訓練を通して、地域の方と接する機会を積極的に持ち、当ホームに対する理解を深めていただいています。		
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。	町内会に加入し町内行事（敬老会・環境美化・防災訓練など）への参加や、回覧板を出す、散歩、運営推進会議などで交流しています。行事の際は、委員やボランティアという形でも参加しています。		
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。	同じ地域包括エリアに同法人のGHが複数あることで気軽にホーム見学に来て頂いたり、地域住民向けの介護教室の講師、実習生の受け入れなどの実績を積んでいます。		
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。	毎回活発な意見交換がなされています。特に防災に関する意識は皆様高く、近隣住民連携避難訓練では委員の方の呼びかけで多くの方に参加いただき、夜間想定で行い、地域の方の意見を基に改善を図っています。		
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。	地域包括支援センターの職員、区役所保護担当、高齢支援課職員とは、密に連絡を取り合い、相談できる関係が築かれています。特に身寄りのない利用者の相談など、保護課の担当CWとは、協力して進めることが必須となっています。		

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
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。	身体拘束マニュアルを基に、全スタッフが理解を深められるように研修を行っています。防犯上の観点から玄関は施錠していますが、ベランダは開放し、ベンチを置いて、自由に過ごせる工夫をしています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	法人独自の「ケアの在り方チェックシート」を活用し、定期的にスタッフが日々のケアを振り返ることが出来る機会を設けています。		
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。	社内の勉強会や、横浜市主催の研修で「成年後見制度」について学ぶ機会があります。当ホームに成年後見制度に関するマニュアルもあり、自由に閲覧することが出来ます。実際、成年後見人を立てている利用者もいます。		
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。	契約前に必ず面談し、質問や不安な点等伺うようにしています。法人内のGHから本人・家族の希望に沿ったGHを選ぶことも出来ます。また、契約時の疑問にすぐ対応出来るように、入居相談担当に連絡が取れる体制が整っています。		
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。	面会の際や電話、家族会などの機会に家族の意見を伺っています。苦情申し立て機関は、契約時の重要事項説明書に記載されている他、玄関にも掲示してあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	日々の申し送りやカンファレンス、ホーム会議等でスタッフの意見を汲み取り、管理者会議で提案したり、担当課長に相談・報告しています。		
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。	スタッフの資格取得に向けた支援を行っています。また年2回人事考課を行っており、良いところを評価するなどスタッフのモチベーションに気をかけています。それぞれの得意分野を尊重し、協力し合い、補い合っている関係を支援しています。		
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。	勉強会などの内部研修、資格取得のための講習は、自己研鑽のため出来る限り参加を呼びかけています。平等に参加出来るように、勤務調整も行っています。社内の教育委員会や勉強会委員会を中心に経験年数別の研修計画を立て人材育成にも力を入れています。		
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。	横浜市グループホーム連絡会主催の交換研修や、ブロック会の研修、実践者研修へ参加することで、同業者との交流、ネットワーク作りが出来るように努めています。管理者は同じ区内のGHの管理者と意見交換をする機会があります。		
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。	入居相談の段階からニーズを伺い、サービス開始の際は、本人・家族との話し合いをもとにモニタリングを行い、介護支援計画を立案しています。当ホームでの暮らしに慣れるまで毎日電話で報告するなど、きめ細やかなサービスを心がけています。		

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
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。	契約時に家族の希望・要望を伺い、介護支援計画に挙げています。希望に応じて定期的に連絡したり、毎月「一行日記」でも日々の様子を報告しています。ホーム行事の様子はホームページでも見られるようになっていました。		
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。	ほとんどの方が、まずは「新しい環境に慣れる」ということに重点を置き、身体的・精神的に安心できる環境づくりに努めています。		
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。	一人一人の得意なことを尊重し、テーブル拭き・掃除・洗濯物たたみ・カーテン閉めなど一緒に行っています。昔からの風習や、生活の知恵、草花の名前など、スタッフが教わることも多くあります。		
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。	些細なことでも、家族に相談・報告し、双方で利用者を支えていける関係を築いています。又、受診の際は可能な限り家族にも協力を依頼し、身体状況を共に把握して頂きます。		
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。	近所だった方や親戚など、これまでの生活のなかで築いてきた馴染みの方々の関係を大切にしています。家族と買い物や外食に行かれる方もいます。		

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
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。	利用者同士の相性を考え、食席を決めたり、スタッフが間に入り関係作りのフォローをすることもあります。一緒に生活する中で、利用者同士で助け合ったり、心配し合ったりする関係が築けています。		
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。	退所された後も、電話やメールで家族から連絡を頂いたり、新たな生活の場に面会に行くなど、当ホームでのサービスが終了しても良い関係が築けています。		
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。	自立度の高い方の日用品や趣味の買い物はスタッフと共に行く個別支援を行っており、家族がいらっしゃる方は、家族にも協力して頂いています。自己表現の厳しい方は日々の関わりの中から思いを汲み取り支援を行っています。		
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。	入居時に得た情報のほか、日々の会話の中からそれまでの暮らし・習慣・仕事などの情報を集め、記録に残してスタッフ間で共有し、サービスに繋げられるようにしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	現在出来ること、出来なくなってきたことなど、小さな変化も見逃さず、スタッフで共有するようにしています。カンファレンスで話し合い、今後のサービスに生かしています。		

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、家族の希望を伺い、スタッフ間でもカンファレンスで意見を出し合い検討します。また、主治医や訪問看護師にも相談し、サービスに役立てています。利用者に変化があった場合は、早急に介護支援計画の変更を行っています。		
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。	日々の記録は、第三者が読んでもわかりやすいように、具体的に書くように心がけています。カンファレンスでは、利用者一人一人について振り返り、意見を出し合い、介護支援計画に生かせるようにしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	レストラン「風の音」での食事会や音楽療法での外出、本格的な中華料理の配達で食事に変化を持たせる工夫や、介護タクシー、訪問入浴、医療との連携、福祉用具レンタル、他GHとの交流の機会など、多方面から取り組んでいます。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	利用者全員が町内会に加入し、敬老会、防災訓練、町内清掃に参加したり、回覧板を回したり、運営推進会議の際に交流したり、利用者一人一人がそれぞれの形で地域の中で生活しています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科・精神科・皮膚科・歯科の往診医、訪問看護師とは「医療連携ノート」を使い、本人、家族の希望や相談事も共有できるようになっています。当ホームの隣にある歯科医院も認知症高齢者に理解があり、柔軟に対応してくれます。		

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
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。	「医療連携ノート」を使い、スタッフ・看護師・医師が相互に情報を共有できるようになっています。また、看護師とは24時間電話連絡が取れる体制が整っており、夜間の急変時などでも相談・指示を受けることができます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	家族がいない場合や遠方の場合は、管理者が窓口となり、病院や役所のケースワーカーと連絡を取り合い、医師・看護師との連絡調整を行っています。また、退院後も病院に相談しやすい関係作りをしています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人、家族の考えを尊重し、希望に添ったターミナルが迎えられるように医師・看護師との連携体制ができています。法人内ではターミナルケアの実績も多く、マニュアルが整備されています。事例発表などを聴く機会もあり、スタッフの意識は高いです。		
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。	消防署や、町内会の訓練に参加し、緊急時の対処法（心臓マッサージ、AED）について実践的な講習積んでいます。防災担当スタッフが中心となり訓練計画を立て、避難訓練では、管理者が講師をしたり、消防隊員から学ぶ機会があります。		
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。	消防署立ち会いで近隣住民連携夜間想定避難訓練を年2回行っています。緊急時の地域連絡網や協力体制は消防署からもモデルケースとして評価を得ています。災害時の食品や物品の備蓄も整っており、担当スタッフが定期的にチェックしています。		

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。	個人情報、事務所の鍵のかかるロッカーに保管しています。不適切と思われる声かけなどあった場合は、その都度検討するようにしています。プライバシー保護や個人情報・接遇・倫理については社内研修でも取り上げ、皆で考える機会があります。		
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。	おやつの際の飲み物（コーヒー、日本茶etc...）余暇はどう過ごすか外食の際のメニューなど、本人の希望が引き出せるような声かけの仕方が出来るように心がけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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。	天候や体調、その日の気分によってどう過ごすか決めて頂いています。余暇の過ごし方も、無理強いはせず、居室で読書・音楽鑑賞・園芸をしたり、リビングでテレビを観たり、お話しをしたり、それぞれに過ごして頂いています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	入浴日以外でも衣類の汚れてしまった際は、その都度着替えて頂いています。その際スタッフと共に衣類を選びワンパターンにならないよう配慮をしています。		
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。	気の合う利用者同士で可能な限り同じテーブルで食事やおやつを召し上がって頂いています。盛り付けや食器拭き、テーブル拭きを手伝って頂く事もあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	1日の食事・水分量がチェック表で把握出来るようになっていきます。状態に応じ、ミキサー、キザミ、トロミなど食事形態を変えて提供しています。献立の栄養バランスや利用者の状況など、管理栄養士が定期的に訪問し、チェックしてくれています。		
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。	毎食後の口腔ケアは習慣で行っています。一人一人の状況に合わせて、声かけや部分的な介助をしながら行っています。隣の歯科医院や往診の歯科医に口腔内のチェックや口腔ケアの際のアドバイスをなどお願いすることも出来ます。		
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。	排泄チェックシートを使い、一人一人の排泄パターンや声かけのタイミングなど把握し、対応しています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	散歩や体操を日課にし、水分、乳製品を積極的に取り入れる工夫、トイレに座る習慣、医師・看護師と連携し、薬でコントロールする方法など、多方面からアプローチしています。また、便秘が及ぼす精神的な悪影響についても、スタッフの理解を深めています。		
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。	週2回のペースで入浴され、体調により入浴出来なかった際や希望時は柔軟に対応しています。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を入れるなど、リラックスできる工夫もしています。介護度が重くなった方は訪問入浴を利用されています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	入浴後や食事の後、また前の晩あまり眠れなかった時など、日中で休息をとっていただいています。天気の良い日に布団を干したり、季節に応じて寝具を替えたり安眠できるような環境を整えています。昼間、外気浴をして陽に当たる機会も多くとっています。		
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。	個人ファイルに内服薬一覧をファイルし、お薬手帳で服薬内容の変化や効果、副作用など、一目で分かるようにしています。薬の変更等があった場合は、副作用などの注意点も含め、業務日誌に書きスタッフに周知しています。		
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。	食器拭き、新聞折り、掃除、洗濯物たたみ、リネン類の交換など、出来る事を無理のない範囲で手伝って頂いています。趣味の時間を大切にされ居室で塗り絵、パズル等を楽しまれる方もいます。		
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。	毎日の散歩は日課となっており、歩行状態に合わせて散歩コースが選べます。1階・2階の方で一緒に行くこともあります。区の写真展に行ったり、家族と外食や買い物に行く機会もあります。		
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。	家族と買い物・食事に行ったり、散歩途中でジュースを買ったりする機会があります。		

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
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。	電話はいつでも使えるようになっていきます。誕生日や敬老の日にプレゼントが届いた際、お礼をしたり、家族との年賀状のやりとりも楽しみにされており、家族宛ての年賀状は本人に一言書いていただいています。		
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。	換気や空調の管理はこまめに行っています。リビングには加湿・空気清浄機を設置し、各居室にも温湿度計を設置しています。共用空間には、クリスマスツリーや七夕飾りなど、皆で飾り付けし、季節感を出しています。		
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。	テーブルを囲んで話をしながら食事をしたり、ソファでテレビを観たり、皆で音楽を聴いたりする場所があります。ベランダに一人ぶらりと出て、外気浴をする方もいます。		
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。	家族との写真や自分で描いた絵を飾ったり、馴染みの家具を置いたりされています。本棚や飾り棚、テレビなどを置き、居室での時間を大切にされている方もいます。中庭に温室を置き、園芸を楽しまれる方もいます。		
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。	開放感のあるベランダにはベンチが置かれ、のんびりしたり一緒に洗濯物を干したり出来ます。当ホームは全面バリアフリーで手すりやコールボタンも各所に設置されています。また庭には畑があり、収穫を楽しむことが出来ます。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム ゆとり

作成日： 平成29年4月11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	6	身体拘束の対象となる具体的な行為についての研修が行われていない、身体拘束についての研修実施の取り組みが不足している。	身体拘束の具体例、拘束にならない対応方法など研修で得た知識を全職員で統一する。	アイシマの29年度目標に職員教育の充実、職員のレベルアップのため研修に力を入れるという目標があります。ホームとしても身体拘束・虐待などの研修に積極的に参加し、得た知識をホームにフィードバックして全職員で共有できるようにしていきたい。（ホーム・ユニット会議時に報告する、回覧ファイルを作成する等）	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月