

令和元年度

## 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	1473601084	事業の開始年月日	平成18年1月1日
		指定年月日	平成18年1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 ちゃんと		
所在地	(245-0022 ) 神奈川県横浜市泉区和泉が丘3-8-7		
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	令和1年11月26日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月16日

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)】

開所13年目となる「グループホームちゃんと」は自然が多く残る住宅街にあります。隣接する森林公園は散策やリハビリのコースとして利用しています。「ちゃんと」では健康の維持や自立支援につながるケアを積極的に実施しています。生活の中でできるリハビリ運動、食事面の管理や提供方法を考慮しています。入居者様の意欲を保ち、入居者様主導の生活が営めるように努めています。職員はケアについての意見交換や入居者様の自立に必要な関りや支援を常に検討しています。医療については精神科医、内科医、看護師の定期訪問や歯科医、皮膚科医、眼科などの往診も必要時に受けて頂けるように調整し、健康管理を行っています。

### 【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年1月10日	評価機関 評価決定日	令和2年4月3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、横浜市営地下鉄ブルーライン「立場」駅から徒歩約15分ほどの閑静な住宅地の中にあります。付近には自然豊かな「古橋の森」や、隣接して幼稚園もあり、園庭で遊ぶ子供たちの姿が見られます。運営法人は神奈川県内で幅広く介護・看護・福祉サービスを展開する株式会社です。

<優れている点>

長く勤務している職員が多く、互いのコミュニケーションが良く、家庭的な、明るく楽しい事業所創りを目指し、入居者の「自立した生活」を大切にしています。リビングや廊下の季節の飾りなど、入居者と共に職員も楽しみながら制作しています。入居者一人ひとりに合わせた介護に取り組んでいます。ケアプランは、職員全員が支援内容ごとにきめ細かくモニタリングを実施し、入居者の支援に活かしています。

<工夫点>

食事は、入居者に希望を聞き、食べたい食事を提供するなど工夫しています。毎日、職員が素材から調理して提供しています。野菜や肉、魚料理など新鮮な材料を調理し、美味しさにこだわっています。運営推進会議は隔月、基本は平日に実施していますが、自治会の役員が全員就労しているため、必要に応じて別途日曜日にも実施し、参加協力を得ています。自治会とも良く連携し、「古橋の森・桜まつり」や「秋の手作りピザ・バームクーヘンづくり」などのイベントに参加して楽しんでいます。

### 【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 ちゃんと
ユニット名	大地

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
<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。	職員は理念の意味を正しく理解した上で業務に就いています。新職員にはオリエンテーションで説明し、毎年5月には社内の研修を通して理念の振り返りを行っています。休憩室や廊下、事務所には掲示し、いつでも確認ができ、実施に向けた意識を持つことが出来ます。	理念は管理者と職員とで話し合い、「私たちは律する気持ちを持ちます。その方のために最善を尽くします。」と謳っています。更に毎年、理念をより具体化した行動指針を「ホーム目標」として掲げ、職員は目標を共有し、実践しています。	
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。	自治会へは会員、賛助会員として加入しています。自治会の一員として地域行事のお誘いを受け、事業所専用スペースを用意していただきます。入居者様は安心して参加をすることができます。また、地域の方がホーム行事を手伝ってくださり協力できる関係となっています。	自治会に加入しています。自治会主催の「古橋の森・桜まつり」や「秋の手作りピザ・バームクーヘンづくり」などに参加して楽しんでいます。「餅つき大会」や「流しそうめん」などの事業所行事には近隣住民も来訪し、交流しています。傾聴ボランティアが来所し、活動しています。	地域の一員として交流しています。今後も更に自治会と一体となり、認知症の啓発活動、相談支援、認知症カフェなど地域支援活動を通し、より繋がりを強化して行くことも期待されます。
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。	二カ月に1回、開催している運営推進会議では事業所で起きた事例を報告しています。中でも困難事例などについては事業所としての支援策を伝え、委員から意見等をいただきます。ご家庭で介護をしている方などの参考になるようお話をさせて頂いています。	/	/
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。	運営推進会議では事業所の活動状況を報告しています。その中で頂いた意見や助言はサービスの質の向上に活かしています。特に入居者様の生活に関する課題に対しては意見や提案を頂き、サービスに取り入れています。職員以外の視点、同年代の気持ち、考えなど参考にしています。	家族や近隣の人々、地域包括支援センター職員、民生委員などの参加協力を得て隔月に実施しています。平日に参加出来ない自治会役員のために、必要に応じて別途日曜日にも実施しています。会議では活動内容の報告、事業所や地域行事の情報交換をしています。	
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。	担当者とは電話連絡だけではなく直接会って伝えることを心掛けています。事業所内で解決できないケースがある場合は地域包括や市の事業指導課に相談にし、入居者様に最善のサービスが提供できるように取り組んでいます。	泉区生活支援課の担当者とは生活保護を受給している入居者の件で連携しています。また、高齢・障害支援課の担当者は電話だけでなく、必要に応じて来所しています。良く連携し、報告・連絡・相談をして、入居者の支援に繋がっています。	

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。	法人内に身体拘束適正化委員会を設置しています。委員会主催の研修会や意識調査などを行い適切なケアの実施ができるように学んでいます。入居者様の行動を抑制することなく活動的な生活を送ることができるように支援しています。	身体拘束をしないケアの実現に向けてマニュアルを完備し、「身体拘束適正化委員会」を年4回実施しています。職員は身体拘束とされる様々な場面での事例や、言葉による拘束などを話し合いで学び、理解を深め、介護に活かしています。	
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。	法人の勉強会では毎年、「法令順守」「高齢者虐待」の研修を行っています。自己の業務に照らし合わせています。事業所の理念に基づき、正しい理解ができるように伝達講習も行います。廊下には自己のケアを省みるためにポスターを貼っています。		
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。	研修にて高齢者の権利擁護を学んでいます。後見人来所時には後見人の役割や立場など権利擁護に関する制度などを直接伺い、理解を高めています。ご家族との関係やホームとの関わりなど個々の求められている内容が進めていけるように努めています。		
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。	入居の契約はご家族、ご本人に説明をしています。不安や疑問がないか確認します。ホームでの生活においても注意点などを伝え、納得した上で契約を執り行います。介護報酬改定の際などはわかりやすく説明を行っています。		
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。	運営推進会議に利用者代表、家族代表として参加して頂く機会を設けています。地域の方や区高齢支援課など外部へ伝えることができます。事業所内の会議への入居者様の参加、ケースワーカーへの面談希望なども受け入れています。可能な限り、入居者様、ご家族の意見をお伝えできる体制をとっています。	運営推進会議の場や、面会時に家族の要望や意見を聞く機会をつくっています。玄関には「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」「横浜市福祉調整委員会」などのポスターも掲示しています。家族の意見から、夏季におけるリビングの室温調節に活かした事例もあります。	

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
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。	事業所の会議やユニットの会議で職員の意見、提案を聞く時間を設けています。入居者様へのケアや業務の改善、運営に繋がる意見は直接聞いています。内容によって法人内組織に報告、相談していきます。申し送りなどでも意見を出せるようにしています。	毎月の「カンファレンス（会議）」と共に、日常の会話を通して職員の意見や提案を聞いています。特に入居者支援に関する事柄はフロアごとの「ケアカンファレンス」で話し合い、迅速に実施し、1週間ほどのテスト期間の後、正式決定し支援に活かしています。	
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。	事業所から所属部署幹部へ毎月、事業所報告をしています。人事に関する内容や事業所内の出来事など報告、相談しています。職員が率先して働ける職場作りに努めています。また、面談を行い個人の悩みや目標を聞き、事業所として支援できるようにしています。		
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。	法人内に教育委員会を設置しています。個々の経験やレベルに合わせた研修会を実施しています。会議の進行を任せたり、消防訓練の担当など責任感を持ち自信をつける機会を設けています。月1回の社内研修や社外研修には積極的に参加し、個々のレベルアップに繋げています。		
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を通じて、職員の交換研修に参加しています。職員は他の法人の事業所を訪問し様々な刺激を受け事業所に取り入れています。また、管理者はブロック会で事例を通して意見交換を行っています。		
<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。	入居前の見学ではご本人が不安に思っている事やホームの生活で望むことを伺います。入居までに準備ができることや不安の解消など安心してサービスが開始できるよう信頼関係を築いていきます。		

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
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。	利用者に対する心配事やご家族の要望は正確に把握していきます。双方の意見を十分に聞き取ります。不安については極力解消してご家族と事業者の関係作りに努めていきます。		
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。	利用者、ご家族の必要としている支援を正確に把握し、双方の意向を十分に聞き取ります。どのようなサービスが適しているのか見極め対応をしていきます。		
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。	介護を必要とするときには最善をつく気持ちで支えています。人生経験の豊富さにおいては職員は学ぶことも多くお互いのできることで支え合う関係を築いています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	ご家族の面会時、または定期的にご家族へ入居者様の様子を報告しています。入居者様のためにできることはご家族と協力し、実現に向け支えていきます。また、ご家族の思いやる気持ちを尊重しています。		
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。	入所前からお付き合いのある方との関係は気兼ねなく継続して頂けるように、ご家族と協力しています。ご友人の来所なども受け入れています。	入居者の友人からの電話の取り次ぎや、発信の支援をしています。入居時のヒアリングやライフヒストリー情報、入浴や散歩での会話により、馴染みの場所・人などを把握しています。墓参りや床屋、DVDレンタル店など同行支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	個人の意思を尊重しながら、皆さまで取り組めるように工夫しています。外出、レクリエーション、行事など入居者様同士でお誘いするなど孤立しないような配慮を心掛けています。		
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。	退所を検討する場合は、その後の行き先を含めて話し合いをしていきます。手紙や電話で利用者の様子や経過を確認し、できる支援があれば支えていきます。		
<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。	日常の関わりからご本人の希望に耳を傾けるようにしています。表情や様子からの把握、会話の時間を設け思いを伺うようにしています。ケアカンファレンスでは職員全体で情報共有を行っています。精神的、身体的にストレスがないか把握しています。	入居時に生活スタイルを変え過ぎないよう配慮し、日常の会話などから暮らし方の希望を把握するよう心掛けています。居室には馴染みの品を持ち込んでもらうようにしています。意思表示が困難な入居者からは表情やしぐさで思いを汲み取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。	入所時にはご本人、家族から聞き取りを行っています。ケースワーカーや施設職員からの情報提供をもとにこれまでの生活を把握しています。ご本人の希望や落ち着く環境作りに努めています。		
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。	個別の記録ファイルがあり、24時間を通して様子や行動、会話などを記録しています。様子に変化があった時は申し送りやケアカンファレンスにて現状を把握しています。身体で気になることは主治医、訪問看護師に相談し心身状態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
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。	月一回のケアカンファレンスでは計画のモニタリングを行い、課題抽出、立案をしています。入居者様、家族の意向を確認や主治医、看護師または連携の職種からの助言を取り込んで介護計画を作成しています。	毎月の「ケアカンファレンス」ではケアプランに記載されている援助計画の内容ごとに全職員がモニタリングを実施しています。計画変更時は担当者会議を経て見直し、本人・家族の意向を確認し、医師、看護師の意見も加味し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。	個別の記録ファイルにはケアの実践や結果が記録されています。職員は意見や気づきが伝えやすい環境を作り情報の共有をしています。課題としてあがった内容は再度ケアカンファレンスで検討しています。		
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。	ご本人様の状況、ご家族のニーズに応じて受診対応、外出支援などを行っています。内科、精神科、皮膚科、歯科などの往診、リハビリなど受けられる体制も整えています。		
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。	入居者様のニーズに合わせて地域の協力を生かしています。自治会の当事業所窓口として福祉部門を設置して頂いています。自治会会員として行事の参加、定期的なボランティア訪問など利用者が楽しむための地域資源を活用しています。		
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。	ご本人、家族と話し合い、健康状態に応じ主治医を決めています。入所前のかかりつけ医がいる場合は継続出来る支援をしています。意向や状態に応じて円滑な移行ができるように支援を行い、不自由なことなく適切な医療が受けられるようにしています。	月2回、内科と精神科の医師が来訪して診療にあたり、訪問看護師が両方の医師の指示を受けて健康管理を行っています。眼科や皮膚科など専門医の往診や入居前からのかかりつけ医の継続など、その人に適した医療が受けられるよう支援しています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	訪問看護事業所と契約をしており、週一回、定期訪問を受けています。体調の変化の報告や相談を行っています。医療連携ノートを活用し、対応方法や処置の指示を受けています。緊急時の連絡は24時間可能で適切なアドバイス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。	入退院時の手続きは円滑に行えるように事業所が協力しています。ご家族やケースワーカーに負担なく引き継いでいきます。定期的な見舞い、病院関係者と情報交換などを行い利用者の状態を確認します。退院に向け主治医、看護師と受け入れ体制を整えます。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化した場合は早期に説明を行っています。事業所、主治医、ご家族、ご本人と納得した上で終末期に向けた支援を行っています。事業所でできる最善のケアを職員間で話し合います。終末期ケアの研修にも参加しチームケアを実践しています。	契約時に、終末期に関する事業所の方針を説明し同意を得ています。医師、看護師、職員が方針を共有し、家族や入居者の思いに沿って支援しています。全職員が「看取り」を経験しており、さらにケアカンファレンスで意見交換し、研修を重ねて知識を深めています。	
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。	事故発生時のマニュアルを作成しています。事務所内には緊急時の対応方法や連絡方法を掲示しています。定期的な救命訓練を行い急変時の対応力を身につけています。外部研修に参加した場合はホーム会議内で伝達講習を行っています。		
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。	自主訓練は定期的に行っています。火災、水害における避難など異なる状況に応じて対応ができるようにカンファレンスや訓練で学んでいます。運営推進会議では自治会の方へ事業所の状況などを説明し、災害時の対策や関わりについて話し合っています。非常時の衛生備品や非常食を備え管理しています。	年2回消防署の指導の下、避難訓練を実施しています。自主訓練は年3～4回、夜間・日中を想定して行っています。夜勤担当職員が「夜間火災対応手順書」を作成し、現場に即した訓練となっています。備蓄品は水・食料・衛生材料など3日以上をリストで管理しています。	

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
<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。	生活への希望は尊重し自己決定をして頂けるように心掛けています。意向の把握や他者との関係などで自尊心を傷つけない言葉かけに配慮して対応しています。入居者様が主体となって生活を送る事ができるように一人ひとりの言葉に耳を傾けるようにしています。	呼称は姓で敬語を基本とし、職員は入居者一人ひとりの人格を尊重して対応しています。着替えの衣服を選択する、食べたいメニューを伝えるなど自己決定を大切にしています。ケアカンファレンスで節度ある接遇について職員間で話し合っています。	
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。	心配事や訴えがある場合には早めに傾聴をしていきます。散歩や入浴時、就寝前などの時間を活用し、ご本人の思い、どのようにしていきたいかなど伺っていきます。職員間で情報を共有し、統一したケアとしていきます。		
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。	入居者様の希望を優先しています。行事や外出などはご本人のペースに合わせて参加して頂いています。のんびり過ごしたい方やテレビを観たい方、手伝いをしたい方など望む生活を選んで頂いています。		
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。	日々の整容の支援、入居者様のこだわりなどその方らしい身だしなみができるように安全な範囲内で対応させて頂いています。外出時や入浴時の服選び、訪問理美容の日のご自分で注文をしていただきます。		
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。	入居者様の誕生日には好みの物を用意しています。嗜好品を伺い定期的に提供。食事の下ごしらえや盛り付けなど積極的に手伝って下さいます。入居者様に応じて量を調整したり、器の大きさを考えたり準備の段階から参加されています。	入居者の好みや希望を大切に、メニューはメニュー表から入居者が選び、食材をオーダーして職員が調理しています。入居者はゴマすり、もやしのヒゲ取り、盛り付け、食器拭きなどに参加しています。食事会や誕生日などでの外食も楽しんでいます。	

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。	食事、水分摂取量はチェック表を活用し確認しています。水分は1000ml～1500mlを摂取できるように提供しています。嚥下状態の把握、形態の検討、嗜好品を取り入れ適切な量が確保できるように支援しています。疾患に応じた食事提供など工夫しています。		
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。	週1回、訪問歯科の口腔ケアを受けて頂いています。職員は口腔ケアの必要性を理解し、歯科医からの指導も受けています。口腔ケアのマネジメント計画を活用し、清潔保持や口腔機能の維持や向上にも努めています。		
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。	個々の排泄状況によって介助を行っています。尿意のある方には早めに準備をして頂きます。定期的な声掛けも必要ですが排泄目的で自走が可能となりトイレ迄行く事が出来るようになった方もいらっしゃいます。トイレ内での介助量の変化もあります。	排泄に関して3分の1の人は自立していますが、殆どがリハビリパンツを使用しています。個々の行動や排泄パターンを把握し、適切なトイレ誘導に努めています。車いすの入居者が声かけにより自走でトイレに行き、徐々に介助量が減少した改善例があります。	
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。	便秘予防に毎朝、乳飲料やヨーグルト、果物を提供しています。便秘時には歩行運動の声掛けやホットタオルで腹部を温めマッサージを行い排便を促します。看護師の定期訪問時には報告と便困処置の指示を仰ぎ、早めの対応を行っています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	個々の希望に沿えるように対応しています。入浴回数や使用する物品など個人の好みを優先しています。気分良く入浴を楽しんで頂くために短浴、保清の勧めなどご理解いただけるようにお伝えしています。	週2回、午前入浴を基本としていますが、希望があれば入浴回数を増やすことや午後入浴も可能です。洗顔料など好みの物を使用して楽しんでいる入居者もいます。職員と1対1で昔話をしたり、湯船で唄ったり快適なひとときとなっています。	

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
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。	個々の快い睡眠のために空調や寝具の調整を行っています。テレビを観ながら休まれたり、個人の理想とする就寝の習慣を優先に支援しています。傾聴や足の保温、乾燥対策などその方の身体、環境に適した形で安眠の支援をしています。		
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。	個々の薬情報、頓服薬や新処方された場合は服薬に関する情報を理解、周知しています。服薬マニュアルに沿って薬を扱い、服薬介助を行っています。効果や経過の観察は職員間で共有し、服薬の支援に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	入居者様の得意なことを把握し自信や達成感が感じられるように活動の提案をしています。どのように役立てられているのかお伝えし、張り合いを感じて頂いています。		
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。	敷地内の野菜収穫や運動目的の為の歩行練習、植物を楽しみたい方は近隣住民の方との会話を楽しめるように支援しています。ご家族と相談し外泊や外出など予め予定を立て、安心して外出ができるように支援、調整をしています。	近隣の人と挨拶を交わしながら事業所の周辺や公園を散歩したり、ウッドデッキで歩行訓練、菜園での収穫など日常的に外気に触れています。古橋の森の桜まつり、ランチレクリエーションへの参加や、家族との外出、外泊も積極的に支援しています。	
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。	金銭管理は事業所で行っていますが買い物に行く時にはご本人お渡しし、支払いを行って頂きます。散歩時には自動販売機で飲み物を購入されています。		

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
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。	電話の希望がある時は先方の都合を考慮した上でかけて頂いています。ゆっくりと会話ができるように安全な場所を提供しています。手紙等が届いた時にはご本人に直接お渡しします。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	施設内には行事写真を貼り、皆様でお思い返して頂いています。季節ごとに製作する壁面飾りも集中して作り、思いのこもった作品を目にして、日々、過ごされています。また、共有空間の空調や温度管理、採光など不快のないように配慮しています。	廊下の壁面に職員と入居者手作りの季節の作品やイベント時の写真を飾っています。リビングは広々として採光も良く、掃き出し窓からウッドデッキや菜園に出ることが出来ます。コーナーのキッチンオープン式でリビングと一体化し、調理の音や匂いが五感の刺激となっています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングで好きなテレビが観たい方には椅子を用意し楽しんで頂いています。また、好きな音楽を聞きたい方にはラジカセの近くにて音楽を聞いて頂いたり、気の合う方同士では会話やゲーム等を楽しんで頂いています。		
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。	居室内は使い慣れた物、愛着のある物を持ち込まれています。ご家族の配慮やご本人様の趣味を伺ったり、心地よい空間作りができるようにご家族からの情報をもとに過ごしやすい居室にしています。	クローゼット、照明、エアコンが備え付けです。入居者は、テレビ、椅子、小物入れなどを持ち込み、思い出の写真や手作りの品を飾っています。居室には大きな時計や、職員の手によって授与された紙相撲などレクリエーションでの賞状が掲げられています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	廊下、トイレ他、施設内には手すりを設置し自由な移動ができます。車椅子利用者が自力で移動ができるようなスペースも確保しています。歩行器を利用して廊下歩行の練習やカレンダーで日にちの確認、「あさ、ひる、よる」の時間ごとにカード替えなどを行えるように環境づくりをしています。		

事業所名	グループホーム ちやんと
ユニット名	空

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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、活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。	新人職員にはオリエンテーション時にホームの理念を説明しています。目につく所に理念を掲示し意識、継続を図る事で利用者にとどのように接すべきかと言う責任感が生まれ利用者主体のニーズ満足度やサービス向上に繋がるように務めています。		
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。	町内会に加入しており地域の行事に参加し交流を図っております。地域の方には気にかけて頂いており、野菜や新聞紙などホームで使用できるものをおすそ分けしていただく関係ができています。		
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。	運営推進会議において、認知症への対応についての質問などを受けています。事業所で実践している対応や専門性を用いた知識をお伝えしています。また、事業所の事案を通し認知症の方への理解を深めています。		
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。	2か月に1回、事業所の活動状況報告を行っています。報告内容に対し意見や助言を頂き、活動に役立てています。地域での危険個所について、災害時の避難場所確認など地域の方からの情報を取り入れ活かしています。		
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。	横浜市グループホーム連絡会に加入しています。市福祉局職員からの情報提供や意見交換を行っています。ケースワーカーとは適時連絡を取るようにはしており、入居者様の様子を伝え協力体制を築いています。		

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。	身体拘束マニュアルがあり職員への周知を行っており行動指針が見える場所に掲示する事により意識付けと、行動の徹底化に務めている。又「身体的拘束等適正委員会」が存在しており質問、疑問を問える機関がある。		
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。	研修に参加や資料の回覧など全職員に周知しています。日頃のケアの中で虐待につながっていないか職員間でのケア見直しや意見交換を行い防止に努めています。特に言葉による心理的虐待には留意しています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	法人内で少なくとも年1回以上の勉強会があり周知を行っている。ケースワーカーや成年後見人との話し合いは必要に応じて体制が整っております。		
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。	契約時には一つ一つ説明を行い、疑問点には再度説明をしています。不安な点が無いように理解を頂き、同意の上で契約を結んでいます。解約、改定の際も十分な説明をしています。		
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。	利用者又は、その家族から意見が出た場合は管理者、職員を交えカンファレンスによるディスカッションを行い利用者又、その家族からの意見、要望、希望が実現出来る近い返答をお返しして運営に活かしていく。		



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。	月1回のカンファレンスを設け、ケアや業務の見直しをしています。職員の意見を聞く機会を設け、話しやすい環境を作っています。随時、ケアカンファを行い、早期問題解決、質の向上に繋がっています。		
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。	実績等その都度評価し、向上心に繋がるよう努めています。又、個々にあった勤務調整を行い無理のない勤務を組むようにしています。話しやすい、働きやすい職場環境を作り職員の言葉には耳を傾けるようにしています。		
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。	年1回の管理職研修、事例発表や、年6回の勉強会を開催しています。経験年数や資格に応じた研修を年間を通して行い、個人の自覚や役割を学び職員育成に取り組んでいます。また、個々に合った内・外部研修を勧め学ぶ機会を提供しています。		
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。	横浜市グループホーム連絡会に加入しており、交換研修や地区会議などにも参加しています。他事業所との情報交換、交流よりサービスの向上につなげるヒントが生まれます。豊富なネットワークも出ています。		
<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。	入所前には見学、管理者面談を行っています。安心してサービスを開始できるように十分な話し合い、ご本人の不安や要望など伺い、より良い関係作りに努めています。		

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。	入所前の見学の段階よりご家族が不安に思っていることやご家族のニーズを伺う場を設けています。より良いサービスが開始出来るように努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	情報を収集し、現状を把握していきます。その上でご本人と家族が今、何を必要としているのか話し合いそれぞれの意向を最優先に考えていきます。支援の方針、サービス内容を検討し、利用できるサービスを提供していきます。		
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。	一緒に暮らす家族の一員と感じ、お互いに支えある関係作りに努めています。人生の先輩であり、指南を仰ぐこともあります。また、時には手をお貸しし、お互いに支え合える関係作りに努めています。		
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。	行事については予めお伝えし、一緒に参加が出来るように努めています。面会時や通信誌ではご本人様の近況を報告し、ご家族にも協力していただきたいことは相談していきます。		
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。	ご本人様のご友人やご兄弟からのお電話の際には失礼の無いように対応し、来所時には気兼ねなくくつろいでいただけるように居室対応するなど配慮しています。		

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。	フロアテーブルを囲み、会話や作業、関わりが持てるような場を設けています。居室で過ごされる時間が長い方には声掛け氏、孤立を防いでいます。利用者同士の関係性が築きにくい場合は、職員が間に入り関わり合いが出来る支援を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	退所を検討する場合は、その後の行き先も含めて対応を行っていきます。手紙や電話でのやり取りもご迷惑が掛からない程度に継続することもあります。場合によってはサービスを再開して生活の支援、家族からの相談に応じています。		
<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。	過去の生活歴や日々の何気ない会話からヒントを得て利用者本人の希望、意向確認を行っている。家族からの協力やCWからの意見を踏まえ可能な範囲で具現化している。困難な方へはケアカンファを通じ意向の確認や希望を検討している。		
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。	入居時にはご本人、家族から聞き取りを行っています。生活歴や趣味、望む生活を伺っていきます。又、家族やケースワーカーから情報収集したり、前施設からの情報提供をもとにこれまでの生活の把握をしていきます。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	個別のケース記録があり24時間を通して行動や会話などの様子が記録されています。身体の状態変化は申し送りやケアカンファにて情報を共有、把握を行い作業やレクリエーションを通して現状の有する能力を把握して減退阻止、維持に務める。		

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。	本人や家族の意思、意向を第一に考えて作成しています。主治医、訪問看護の助言も介護計画に反映させています。ケアカンファでモニタリングを行い、課題の抽出、立案をもとに意見交換を行い身体状況に即した介護計画を作成しています。		
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。	個別のケース記録では生活状況に加え本人の言葉、エピソードの記入をして様子の把握を行っている。水分摂取量、排泄回数把握を行い日々の心身状態の確認や申し送りでの意見交換を行い職員全員での情報共有をしている。		
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。	利用者が求めるニーズに応じて事情所が柔軟に対応出来るよう取り組んでいる。家族との外出、外食、外泊等の支援又社会資源を活用した介護タクシー利用、気軽に相談ができる福祉用具の事業所も利用できます。		
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。	ホーム内行事での近隣の方への参加の呼びかけでの交流や、地域のお祭りへの参加で日常生活の中で一つのアクセントや今後の活力になるよう参加やその場に出向き楽しめる支援を行っている。		
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。	内科、精神科医がおり本人、家族の希望により選択出来るようになっている。他にも歯科や皮膚科、リハビリも受けること出来ます。主治医との相談は定期往診の他、24時間何らかの形で連絡を取る事が可能で、随時適切な処置支持を受ける事が可能。		

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。	訪問看護と契約しており、定期訪問では日常的な健康管理や不調の相談を行い助言、支持を受ける。24時間の連絡体制をとっており、迅速な対応をとることができます。医療連携ノートでも情報共有化に努めています。		
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。	入院中の状態把握、家族との連絡は密にとります。担当医との話し合いの場には極力参加して早期退院や受け入れの体制作りを努めています。訪問看護や主治医との連絡、地域連携室との協働が必要な時には積極的に情報収集に努めています。		
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。	重度化した場合は、事前に確認した情報を基に家族の意向の再確認を行う。医師、家族、職員が連携を図り早期に終末期支援に移行する。又ご本人にも確認が取れる範囲での終末期のイメージ確認を取る事でそれを軸にチームケアを行っていく。		
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。	事故発生時のマニュアルがあり、誰でも確認できます。新入職員にオリエンテーションで説明する他、事務所内には緊急時の対応方法、連絡方法が掲示してあります。応急手当の研修に参加し伝達講習も行っており急変時の対応に備えています。		
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。	職員は迅速な避難誘導が行えるように、日中・夜間想定で定期的に行っており自主訓練においても定期的に行っています。災害に向けた対応力を身に付けています。自治会役員の参加もあり、地域の方の支援を話し合っています。		

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。	接遇マニュアルを基本として見直し、改善を行いカンファレンス等でディスカッションを行い再確認を行っている。新規職員に関してもオリエンテーションで時間を設け表情、声の強弱、立ち位置等人生の先輩としての敬意を払える対応を心がけている。		
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。	入居者様の思いや希望が表出出来るようにコミュニケーションを多く取り、小さな言動をも見逃さないように配慮しています。声掛けにより自発的に活動出来るよう働きかけ、自己決定出来る機会を多く作るよう心掛けています。		
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。	個々の意思を尊重し、希望やペースが違う事を理解しています。基本的には自由に過ごして頂きますが、利用者の体調や表情を見極め無理のない選択肢の提案を行いその方らしさが潜む事がないように日々の暮らしの支援を行っている。		
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。	起床時や入浴時には着用したい衣類を自己決定して頂き少しでも着こなしの満足度をあげている。起床時は各々鏡での整髪、洗顔、髭そり等で身だしなみを整えて頂いている。定期的に訪問理容を利用して好みのヘアスタイルにしてもらっている。		
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。	簡単な下こしらえや盛り付けを手伝って頂き、食事の時間が楽しみになるよう心がけ視覚から入る食事の情報も大切にしている。片づけに関しても残存機能維持も含め出来る範囲で行って頂き、食事の時間が楽しめる支援、活動を行っている。		

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
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、水分摂取量を毎回チェック表に記録し、摂取状況を把握しています。栄養バランスを考慮した食事作りを行い摂取量は個々に合わせた量を提供しており水分摂取量に関しては、飲みやすい物を提供して必要量が取れる支援を行っている。		
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。	毎食後、歯磨きの声掛け、見守りを行い難しい方へは介助や口腔スポンジを使い清潔保持を行っている。定期的に職員による義歯洗浄も行っており週1回の往診歯科では、口腔ケアを行う事で清潔保持が出来、口腔内のリスクダウンを行っている。		
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。	排泄チェック表を活かし、その方のパターンを理解してトイレに入りやすい状況を作っている。車椅子の方もその日の立位状態を確認して無理のない範囲でトイレ排泄の支援を行っている。夜間でもパッドではなくPトイレを使い自立支援を行う。		
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。	食事では野菜を多く取り入れ、水分摂取を勧めている。また、体操や個々の状況に合わせた運動、音楽に合わせて廊下歩行を毎日行っている。		
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。	入浴は午前中ですが、個々の希望に合わせて湯船に浸かる事やシャワー浴をして頂いています。体調不良等で入浴ができない時は清拭、足浴を行い、保清に努めています。既存の入浴設備で入浴困難な方は訪問入浴にて入浴をして頂いています。		

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
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。	一人ひとり、その時の体調、状態に応じ休んで頂いています。室内調整にも配慮しています。		
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。	個人ファイルに服薬リストを入れ、常に最新の状況がわかるようにしています。変更時には職員への周知を徹底し、症状の変化、誤薬のないように細心の注意をし、服薬後チェック表に記録しています。		
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。	個々の生活歴に合わせ、得意分野で力を発揮して頂いています。朝の清掃当番表があり、無理のない範囲で担当して頂いています。散歩に出かけた時は缶コーヒーを購入し公園でのんびりする時間をすごしています。		
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。	短時間でも戸外へ出られるように近隣への散歩をはじめご家族との外出や後見人が付いている方は年に数回、外食や楽しめる場所へお出掛けをして頂き協力を得ている。		
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。	個人での金銭管理は困難である為、家族やホームで行っています。散歩時に職員と一緒に飲み物を買う、家族からお預かりしている小銭を持って出かけるなどの支援を行っています。		



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。	ご本人様の御希望がある時には電話をかけられるように支援しています。ご家族、ご兄弟にかけて会話をたのしまれています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	リビングには行事やレクでの写真や作品を飾り楽しい雰囲気作りを行い、各居室に関しては使い慣れた物や馴染みのある物を利用して頂き落ち付いて心が休まる事を心掛けている。その他の空間は分かりやすさを配慮しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	気の合った方同士が過ごせるように席を用意して、会話を楽しむ空間作りや少しお一人で過ごしたい時にはソファーに移動して個々の思いに沿って過ごすことができるように共有空間の中でも工夫しています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ご本人のお好きな物や趣味等を飾ったり、ご家族の写真を置く事で落ち付いて過ごせる居室になるよう工夫をしている。又衣類やタオル等でも落ち付く方がいる場合は手の届きやすい所に常に配置を心掛ける。		
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。	フロアー、廊下、トイレや風呂に手すりが付いています。時間を決めて手すりを使い運動や歩行練習を行ったりしています。車椅子の方は残存機能の維持を行う為職員の見守りの上、足こぎ自走を行い自立支援を行っています。		

令和元年度

## 目標達成計画

事業所名 ケル-ポホーム ちやんと

作成日: 令和 2 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		認知症高齢者の生活と地域の方々に知って頂き、理解、支援をして頂く。	地域住民の支援を得て関係を築くことができる。	① 運営推進会議に同居、家族が参加する。 ② 自治会役員を通じて事業所の活動を地域へ伝えていく。 ③ 自治会役員を通じて地域住民と交流の機会を作る。	18ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月