

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	1493400103	事業の開始年月日	平成19年4月1日	
		指定年月日	平成19年4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 きずな			
所在地	(246-0011) 横浜市瀬谷区東野台40			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成28年9月11日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月23日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

住み慣れた地域で顔なじみのスタッフや、ご家族と支えあい、日々の目的を持ち生活していただけるように取り組んでいます。介護スタッフも日々専門性を高めるように研修、勉強会への参加を行い、認知症の方々の個々のニーズに合わせて取り組んでいます。地域の方々へは認知症の方々への理解を深め、地域で支えあう体制づくりに貢献できるように、キャラバンメイトとして、活動させていただいています。ご利用者、ご家族、スタッフが一緒に第2の大きな家を造り社会とつながりを持ちながら支えあい生活しています。ご利用者には認知症になっても、役割を持ち、必要とされている意識を持っていただけるように関わらせていただいています。

【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28年10月22日	評価機関 評価決定日	平成29年2月13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)】

市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している法人が運営する事業所で、平成19年4月に開設されてから9年6ヶ月の運営実績があります。相鉄線三ツ境駅よりバスで約3分、「西部病院前」バス停で降り、徒歩5分ほど林の横を歩いた県立高校前の2ユニット2階建てで、自家菜園を持つ事業所です。

<優れている点>

管理者は認知症ケア専門士の資格を持ち、地区社会福祉協議会の福祉保健推進委員会の委員として地域ケア会議などに参加し、地域福祉活動を行っています。区キャラバンメイトの認知症サポーター養成講座の講師として、利用者が作成した紙芝居を使い、地域の人々へ認知症の理解をしてもらおうと活動しています。また、法人本部の教育委員会が定めた人材育成指針に基づき、職員が研修に参加したり、職員が行う年2回の自己評価後、管理者が面談を行い職員の介護の質を高める体制を整えています。職員の定着率が高く、職員全員が何らかの福祉介護関係の資格を取得しています。

<工夫点>

利用者一人ひとりに合わせて様々な対応の工夫をしています。浴室にはそれぞれの利用者に合わせた数種類の器具の用意があります。また、利用者には食器洗い、モップ掛けなど得意な事や好きな事に役割として関わってもらっています。日曜日を「関わりの日」とし、職員が利用者につき添う日としています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	きずな
ユニット名	ひだまり 1 F

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	職員の入職時にオリエンテーションを実施し、ホームの理念を説明しています。又、理念をホーム内に提出し、常に職員の目に触れ、考えられる様に、又毎朝理念を暗唱し、一日一日新鮮な気持ちを持ち実践につなげています。	理念を玄関、リビング、事務所に掲示しています。職員には入職時に理念を説明しています。職員は、毎朝利用者に1日の流れと、体操の後に理念を伝えています。「今日もこの気持ちをもって一日過ごさせていただきます。」など一言付け加えます。	
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。	幼稚園運動会への見学、保育所園児の訪問等支援を行っています。又地域の方々と深く関わり、防災、行事等の情報やご利用者も参加できるように地区社協主宰の福祉保健推進委員会実行委員として活動を行っています。ケアプラザでの行事等にもお誘いいただいています。	管理者は、地区社会福祉協議会の委員として活動しています。利用者は地区社会福祉協議会主催のラジオ体操や、地域ケアプラザの祭りなどにも参加しています。幼稚園の運動会や高校の音楽発表会の見学をしています。部活の一環として定期的に高校生のボランティアの訪問があります。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域の集いに参加、認知症の方への理解を深めていただくために、キャラバンメイトの一員として活動しています。又運営推進会議を通じて、民生委員の方への認知症の方への接し方のアドバイスもさせていただいています。ケアプラザより認知症の研修の講師としてのお誘いもあり、日程を調整させて頂き行なわ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。	運営推進会議では、地域の情報を聞かせていただいたり、ご利用者を交えたサービスの満足度をお聞きしたり、又、介護状況の報告を行っています。又地域の高齢化の現状や、独居の高齢者を地域でどう支えていくべきかの話し合いも行っています。	2ヶ月に一度定期的開催されています。地区社会福祉協議会会長、民生委員、地域ケアプラザ職員、家族などが参加しています。地域ケアプラザの行事でグループホームの見学会が開催されています。家族からの意見なども聞いています。	
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に取り組んでいる。	旭・瀬谷GH連絡会、瀬谷連絡会にも参加し推進委員での会議等で日頃より、市担当者との連携のもと当事業所のみではなく、瀬谷区近隣の事業所の実情今後のサービスの向上に向けて協力関係を深めています	管理者は市高齢者グループホーム連絡会や区地域密着型サービス事業所連絡会の役員として市や区の担当者と連絡を密に取っています。市高齢者グループホーム連絡会の交換研修に参加しています。	

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。	ホームでのカンファレンス等に話し合いその都度確認を行ない職員の理解を深める。又虐待についての自己評価アンケートを実施し、個人でも意識を高めてもらえるように努めています。	「身体拘束ゼロの手引き」を整備し、「身体拘束マニュアル」を作成しています。県保健福祉局福祉部の高齢者施設における虐待防止に係る一斉点検実施要項に基づき提出し、結果報告書が届いた後にカンファレンスを行い身体拘束について確認しています。	
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。	アイシマでの合同の勉強会、ホームでのカンファレンス等に身体拘束をしないケアについて話し合い振り返りの機会を持つ。又入職時のオリエンの際身体拘束ゼロの手引きを使用しわかりやすく説明を行っています。又市や他の法人による勉強会への出席させていた		
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。	権利擁護での講習に参加しています。ご家族からもし説明の依頼があれば、必要な資料もお渡しして説明を行っています。		
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。	契約には管理者が時間を十分とり説明を行っています。利用連携体制や終末期に関しても詳しく説明し、同意を得るようにしています。解約時は、その後転居先へ情報の提供と、ご家族がわからない手続き等もお手伝いさせていただいています。		
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。	家族会や、運営推進会議への出席のお願いを行い、そこで聞き取った要望をスタッフ会議にて取り上げ、反映させていただいています。又苦情・相談窓口もホーム内に設置していることの周知を日々行っています。	「苦情相談マニュアル」を整備し、「苦情相談記録票」を作成しています。玄関にはかながわ福祉サービス運営適正化委員会のポスターを掲示し、ユニットの入口にも相談窓口を掲示しています。年2回家族会を開催し、家族からの意見を聞いています。	

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。	ホーム会議にてそれぞれの意見を聞き取ったり、日々の気づきや提案をノートに記載してもらい、カンファレンスにて話し合い、職員の気づき、提案が反映させやすいように努力致しています。	管理者、主任は、職員が意見などを話しやすいような雰囲気作りをしています。職員は、職員連絡ノートに意見などを記載しています。月1回合同カンファレンスとユニットごとのケースカンファレンスが開催され、職員の意見などを話し合う場にはしています。	
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。	個々の自己学習や事業所研修への出席を個人にて申告できるように表を作成しています。又ステップ別の評価表を使用し、本人にも目標を設定してもらい、ステップアップへの意識向上が出来るように努めさせていただいています		
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。	職員が自ら行きたい研修や、今後学んでもらいたい研修は管理者が進め、日勤帯で行けるようにしています。又研修の情報はその都度職員に周知し、希望者を募るようにしています。		
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。	旭・瀬谷GH連絡会、瀬谷地域密着型連絡会、講習会などには出席してもらい。ネットワーク作りができる場所を確保し、他事業所との交換研修では、良いところを学んでもらうようにしています。又交換研修の実施以外でも他法人への見学やホームへの受け入れを行なっています。		
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。	入居担当者が、問い合わせの際詳しく、ご家族、ご本人の希望をお聞きしています。その後入居審議会を通してホーム見学に来られます。ホーム見学の際管理者がお話をお聞きし、ホームの特徴やスタッフ、ご利用者の様子をお伝えしています。		

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
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。	ご家族より、これまでの経緯やグループホームを選択された理由などをお聞きすることにより、ご家族が求めているものを理解するよう努力し、ホームとしてどのような対応ができるのか事前にお話をさせていただいています。		
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。	小規模多機能やグループリビング、高齢者専用住宅など、同じ法人の利用も含めた対応を行っています。		
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。	ご本人の意思決定を第一として日々の対応を心がけ、職員は、ひとつの大きな家として一緒に生活を送っているという考え方で関わっています。日々役割を持って生活していただけるように、又必要とされていると実感していただけるように関わらせていただいています。		
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。	家族会では、同じ悩みを持ったご家族同士、又、その支援にあたる職員も同じように悩み、喜びを共有することによって良い関係が築けています。又入所の際にもご本人、ご家族、職員が共に考え、ご本人にとっての一番良いと思われる環境づくりをしていきたいと思います。		
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。	なかなか面会に来れないご家族との電話でのやりとりや入居前からのご友人の訪問などで繋がりが継続できる支援をさせていただいています。又ご友人を呼ばれての誕生日祝い、手紙の支援も行っています。現在は月に一度ご自宅に外出されるご利用者の送迎の支援も行なわせていただいています。	友人が面会に来たり、兄弟会や同窓会を事業所で行っている利用者もいます。利用者が入居前に通っていた美容室から美容師さんが来ています。月に1度、朝、職員が自宅に送り、夕方迎えに行く利用者もいます。	

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。	毎日のお茶や食事の時間は職員も一緒に多くの会話を持つようにし、その方なりの関わり方や性格を考え、時には職員が橋渡しとなり支援させていただいています。		
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。	退所を検討される場合はその後の行き先も含めて、ご家族の相談にのり、必要であれば情報の提供を行っています。他の施設に退去されたご家族からも時折お手紙もいただいています。		
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。	ご家族からの情報を元に、ご本人との関わりから、ご本人の何気ない一言や行動、表情を記録に残し把握に努めています。又、申し送りではご本人の言葉そのままを送るようにしています。終末期のケアの際は、元気な頃のご本人の意向を踏まえてその都度の対応を話し合わせていただいています。	利用者の生活歴を頭の中に入れて、毎日の生活の表情や行動をよく観察し、思いや意向の把握に努めています。入浴時には、マンツーマンになるのでよく話し掛け話を引き出すようにしています。日曜日は関わりの日として職員一人が利用者とやりたい事をしたり、行きたい場所に行ったりしています。	
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。	入居時に生活歴のお話を伺い馴染みの家具の持ち込みや、ご本人との日々の会話を通じて出来るだけ馴染みの暮らし方を継続出来るように努めています。又アセスメント表に入所前のライフスタイルを記載し、スタッフに周知してもらっています。		
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。	1日を通して生活状態を記録しており、暮らしの中で出来る事、出来ない事の見極めが出来るように努めています。		

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。	長期目標6ヶ月、短期目標3ヶ月でモニタリングを行い、又必要時にはその都度見直し、個別の支援の評価を行っています。その際医療との連携ノート、ケース記録をもとにカンファレンスにて統一した支援が出来るように努めています。	1週間、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月でケアプランを作成しています。アセスメント、ケアプランの評価、モニタリング、ケース記録の確認、月1回のケアカンファレンスでの職員意見、家族の意見を聞き、医療連携ノートの記載事項を確認して作成しています。	
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。	個別ファイルによる個々の生活記録に加え、業務日誌に詳細・連絡事項の記入、いつでも全ての職員が確認出来るように勤務開始前の確認を業務付けています。ケース記録はケアプランの番号を入れ、モニタリングに活かしています。		
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。	ご本人やご家族の状況に応じて、通院や送迎など必要な支援に対応させていただいています。連携している訪問看護・訪問入浴・介護タクシー等のサービスも取り入れています。		
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。	近隣の方々からのボランティア希望、幼稚園への散歩と行事参加を随時行っています。保育園からも訪問をしていただいたり、他事業所からのお祭りの誘いや、ケアプラザの催し、集まりにも参加していただいています。		
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。	ホーム協力医には、内科と精神科の医師がおります。ご本人ご家族が希望される協力医に往診していただいています。又入居前からのかかりつけ医に受診されている方もいらっしゃいます。主治医は必要に応じ、訪問日以外にも気軽に様子を見に来てくださいます。	状態に合わせホーム協力医による内科と心療内科の往診がそれぞれ月2回、歯科医は毎週口腔チェックや義歯調整で往診に来ています。利用者のかかりつけ医とは医療情報の提示やお薬手帳をもとに重複の無い医療につなげています。	

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。	訪問看護師が週に1度健康管理と医療相談で訪問しています。その際、日々の状態や観察した事柄を医療連携ノートに記入し、介護・看護・主治医と細かく状況が把握できる体制になっています。夜間特変時は電話連絡できます。		
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。	ご利用者入院時は管理者が付き添い、主治医よりの医療情報提供書を病院にお渡ししています。又、必要時はFAXにて送らせていただいています。管理者が面会に行き、病院関係者と情報を交換し、早期退院に向けて関係作りを行っています。		
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。	入居時に重度化した場合、ホームとして対応し得るケアについての説明を行い、又、ターミナルケアについての対応指針を定めており、ご本人ご家族の意向を確認の上、医師・看護師・職員と方針を共有しています。	複数の看取りの実績があります。重度化の時はホームの指針のもとに可能な対応を家族に説明し、確認の上、意向を尊重して提携の協力医療機関関係者と連携をとっています。	
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。	急変時、マニュアルを元に、勉強会やホーム内カンファレンスにおいて実践出来るよう努めています。		
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。	防災訓練を毎月1度行っています。又、火災・地震発生時の対応、火災発生時手順、緊急時非難手順をマニュアル化しています。瀬谷区消防署立会い夜間想定訓練も行っています。災害時における連絡方法も運営推進会議を利用して確認行っています。	年2回「消防計画」を立案し消防署立会いのもと、夜間を含め初期消火、避難、AED操作の想定訓練を行っています。終了後の反省会で課題を抽出しています。毎月1回防火管理者主導の自衛消防訓練を行い、自主点検リストを活用して災害時に備えています。	

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。	接遇、個人情報の取り扱いについては入職時のオリエンテーション、又、勉強会での学習にて職員に徹底して教育を行い、日々のカンファレンス・申し送り時にも見直しを行っています。各種チェックシートも目に触れないように工夫しています。	毎日の小カンファレンス、毎月のユニットカンファレンスと合同のカンファレンスで利用者ごとの接遇、介助、言葉掛けの仕方について具体的に話し合っています。認知症理解の研修や他の事業所との交換研修を通じてさりげないケアの工夫に努めています。	
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。	日々の生活において、その方に合わせた個別の言葉かけにより、意志の確認を行っていくように職員へ意識づけ行っております。		
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。	朝の体操 には、その日の予定をご利用者と一緒に決めております。毎日、ご利用者にお話しをお聞きしながら、希望を取り入れるように心がけております。		
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。	月に1度の訪問カットを利用しています。ご希望の美容院に行かれています。又、女性にはお化粧品や衣類等希望があればスタッフと一緒に買いに行ったり、スタッフが買ってきたりして支援しています。		
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。	食事はその日その日ご利用者に召し上がりたい物をお聞きしたり、畑で収穫した野菜を取り入れたり、希望にそえるように対応しています。又、個々の好みに合わせて個別に調理も行って、美味しく召し上がっていただける工夫を行っています。	週2回職員が季節に合った食材を業者に手配しています。毎朝、希望の献立をユニットごとに聞き、それぞれ別の料理を提供しています。家庭菜園での野菜が加わることもあり、楽しみを持って食卓を囲む工夫に努めながら食事を提供しています。	

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。	食事量や水分量を毎日チェック表に記入し、職員が情報を共有しています。同じ法人の管理栄養士に1週間の献立を元に摂取カロリーの算出を依頼し、栄養バランスの把握に努めています。		
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。	毎食後に一人一人に歯磨きの声かけを行い、チェック表に記入。就寝前は義歯の洗浄を行っています。口腔ケアの重要性を踏まえ、お一人お一人の方に応じたお手伝いを行っています。又、週に1度訪問歯科による口腔ケアも行っています。		
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。	排泄チェックシートにて、排泄パターンの記録を取り、その方にあった時間にトイレへお誘いするように心がけています。又、便意がさだかでない方でも、おむつ使用は出来るだけ避け、時間を決めてのお誘いを行っています。	利用者一人ひとりの排泄パターンをしっかりと記録し、そのしぐさを察知してさりげない誘導をしています。食事後すぐに便意を希望する利用者には歯磨き、服薬を忘れないように促しながら支援をしています。	
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。	ご利用者様に毎朝牛乳をお出ししたり、食事に麦を混ぜた主食をお出ししたり、又、食物繊維を多く含んだ食事内容を心がけております。運動としましては、天気の良い日は散歩の声掛け、雨の日の歩行訓練を行っております。		
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。	希望をお聞きして入浴のお誘いをさせていただいています。その日のご利用者様の予定で入浴時間も変更させていただいている方もいらっしゃいます。拒否が無いように、入浴剤や音楽等で気持ち良く入浴出来るように工夫させていただいています。	隔日ごとの入浴をすすめています。家庭浴槽、リフト式浴槽のほか横になったまま入浴できるよう工夫したストレッチャー浴槽があります。入浴を希望しない時は「足浴」をして気持ち良いひと時になるよう工夫しています。	

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。	就寝時間の設定は行っていません。その方々のリズムに合わせています。又、日中でも疲れている様子であれば休んでいただく等、個々の状態での対応を行っています。又、昼夜逆転にならないよう、日中楽しみを多くアクティビティーにも力を入れています。		
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。	個人ファイルに処方内容が分かるリストを個別に入れてあります。薬のリストは、写真・効能注意事項(副作用)が記載されています。処方内容変更になった場合は、業務日誌や個人ファイルにて確認出来るようにして症状の変化についても申し送るよう徹底しています。		
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。	アセスメント表にその方の生活歴を記載し、お好きなもの、嫌いなものは、調理者がわかる様に記載。散歩、買い物、お茶会等で気分転換をはかれるように工夫させていただいています。ご本人がやりたいことを役割として行っていました		
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るように支援している。	ご本人の希望をお聞きし、散歩であったり、日光浴であったり、畑での作業であったり様々です。自宅へのお泊まりや、ご家族との外食等も届出いただいて把握しています。月に一度自宅に数時間帰られる方の送迎の対応もさせていただきます。	基本的には毎日散歩に出ています。毎週日曜日は「関わりの日」と決めて職員を確保し、利用者の希望を実現する日としています。日光浴、普段より遠くへ行く散歩、買い物、コーヒー店やディスカウントショップなどに行っています。	
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。	現金をお預かりしているご利用者の場合、こずかい帳へ記入し、ご家族、ご本人へ確認をして頂いています。又、外出日を作り、数人のご利用者と共に買い物に出かける。ご本人が選び満足のいく物を購入して頂きます。		

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
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。	電話使用時間は決めており、9時半～19時の間ならば、ご家族、知人などに連絡されています。ハガキ等は購入し、お渡ししており、自由に出せるよう支援しています。		
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。	食事中は、穏やかな音を流す様になっています。トイレには、落ち着ける香りの芳香剤を設置し、テーブルや流し付近には季節の野花等を飾る様になっています。リビングの換気はこまめに行っています。	明るく風通しも良く、車イスにも対応出来る十分な広さがあります。床暖房設備もあり、壁には季節を感じる手作りの飾り付けをしています。対面キッチンが増設され、利用者が気軽に食事の準備や洗い物が出来るような構造に工夫されています。	
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。	リビングには、ダイニングテーブルとイス、テレビの近くにはソファがあり、ご利用様が思い思いの場所で新聞、雑誌を見られたりテレビや趣味を楽しめる環境作りに努めています。		
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。	使い慣れた家具を持参されています。配置などもご本人の希望、身体の状態を配慮して行っています。カーテンなども好みの色を準備されています。居室の扉には、それぞれ手作りの表札があります。全てにおいて、危険のないように環境整備に努めています。	備え付けはエアコン、クローゼットがあります。夫婦用にできる内ドア式の二人部屋も一室あります。和ダンス、仏壇を持ち込み、思い思いの人形、絵画、写真などを飾っています。掃き出し窓は明るく、昼間は鍵なしで自由にベランダに出ることができます。	
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、手すりを配置、全面バリアフリーになっております。浴槽は低めに設定され、トイレには分かりやすく、目印を書いております。		

事業所名	きずな
ユニット名	こもれび2F

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	職員の入職時にオリエンテーションを実施しホームの理念を説明しています。理念はホーム内に提示しており毎朝、朝の挨拶と共にご利用者様と一緒に唱和しています。		
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。	高校、小学校、幼稚園での行事や交流を行う事で、地域との繋がりを持てるように支援しています。ケアプラザの行事にもお誘い頂け、参加させて頂いています。		
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。	ケアプラザで行われる勉強会の講師や、認知症キャラバンメイトの定例会に参加し、地域の方々には認知症の理解を深めて頂き、貢献出来るよう努力させて頂いています。研修生、実習生の受け入れも行わせて頂いています。		
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。	2か月に1度の運営推進会議では、地域の情報を聞かせて頂いたり、ご利用者を交えたサービスの満足度をお聞きしたり介護状況の報告を行っています。また、地域の高齢化の現状や高齢者をどう支えていくべきかの話し合いも行っています。高齢者を抱えた地域住民の相談も積極的にさせて頂いています。		
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に取り組んでいる。	旭・瀬谷グループホーム連絡会の幹事として活動させて頂いた後、市や区の職員の方々と共に、グループホーム現状の情報の交換を行わせて頂いたり、必要な研修を企画し、横浜市の高齢者グループホーム連絡会会員の事業所に参加させて頂いています。		

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
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。	職員一人一人が身体拘束を理解できるよう勉強会を実施したり、個別対応についてを話し合い、否定や強制・指示ではなく寄り添う介護を心がけています。		
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。	身体拘束同様、職員同士で意識するように心がけ、声掛けにも注意しています。ケア会議で虐待についてのアンケート調査を定期的に行ったり、勉強会を開きスタッフに意識づけをしています。		
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。	権利擁護、成年後見制度の講習や勉強会に参加させてもらっています。ご家族より説明等の依頼がありましたら、個別にご説明させてもらっています。		
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。	契約時には、管理者が時間をかけて十分に説明を行っています。医療連携体制や重度化した場合、看取りについての対応等詳しく説明させて頂き、同意を得るようにしています。		
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。	ご家族の面会時には、出来るだけ管理者がコミュニケーションを取り、ご家族の意見を取り入れて、その意見は連絡帳やカンファレンスでの話し合いに反映させています。		

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。	月に1度、1階2階合同カンファレンスを行っています。本社からの伝達事項や業務に関して全体的な話し合いを行っています。 合同カンファの他にフロアーカンファを行い個別ケアについての話し合いをしています。		
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。	各スタッフの体の状態や家庭の状況を考慮してシフトを組んでいます。各自の得意分野を尊重し、スタッフ同士が助け合える環境作りを心掛けています。良い所は褒めて、感謝を忘れず、意欲を持って働けるようにしています。		
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。	定期的に本社にて勉強会を開催したり、ホームでも勉強会を行っています。他ホームの事例発表や研修報告などを勉強する機会もあります。勉強会に参加できなかったスタッフへもカンファレンス時に情報共有を行っています。		
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り組みをしている。	職員が自ら行きたい研修や、今後学んでもらいたい研修は管理者が進め、日勤帯で行けるようにしています。又研修の情報はその都度職員に周知し、希望者を募るようにしています。		
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。	ご本人とよく話し、話を聞き出来るだけケアプランに取り入れ、職員が統一した支援を行えるようにしています。 職員は話を傾聴する事を心がけ、変化が変化があった場合は個人ファイルに書き込み情報共有し連携を図っています。		

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。	ご家族にこれまでの経緯や、グループホームを選択された理由などをお聞きする事により、ご家族が求めているものを理解するよう努力し、ホームとしてどのような対応ができるか事前にお話しさせて頂いております。		
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。	小規模多機能やグループリビング、高齢者専用住宅など、同じ法人の利用も含めた対応を行っています。		
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。	ご本人の意思決定を第一に考え、ひとつ屋根の下で一緒に生活を送っているという考えで関わりを持つようにしています。 ホームでは役割を重視し、「やりたい、やってみたい」と意欲を出して頂けるよう支援しています。		
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。	家族会を年に2回開き、皆様に参加して頂きます。同じ悩みを持つご家族同士、又支援に携わる職員も悩みや喜びを共有することによって、良い関係が築けています。		
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。	遠方のご家族、面会に来られないご家族、親戚とは電話や手紙のやりとり、友人の訪問などで繋がりが継続できる支援をさせて頂いております。		

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。	ラジオ体操や利用者様が紙芝居を読んで下さったり、しりとり、好きな楽器を使いながら歌唄ったり、皆で行えるアクティビティを行っています。 お茶や食事の時間は、職員も一緒に多くの会話を持つようにし、その方の性格を考え支援しています。		
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ご家族の相談に乗り、情報の提供を行っています。		
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。	ご本人やご家族から要望やホーム入所の経緯をお聞きしてアセスメントに残し、ケアプランに取り入れるようにしています。アセスメント・ケアプランはケース記録にとじて、スタッフ全員が認識出来るようにしています。		
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。	入所前の生活歴を、ご本人やご家族よりお聞きしてアセスメントシートに残し、プランに反映出来るように努めています。		
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。	一日の生活状況を記録し、申し送りで報告・連絡を常に行っております。 暮らしの中で出来る事、出来ない事、出来るようになった事、出来なくなった事を見極められるように努力しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ケアプランに沿って支援を行い、変更や新しい課題を取り入れた場合は、期限を決めて観察します。ご家族・医師・看護師・職員で話し合いの場を設け、意見をプランに取り入れています。		
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。	個別ファイルによる個々の生活記録に加え、業務日誌に課題、連絡事項を記入し、いつでも全職員が確認できるようにしており、勤務開始前の確認を義務付けています。		
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。	状況に応じてご利用者の望んでいる事を行っています。対応に困った時は職員同士で話し合い、ご利用者にとってより良い支援を行えるよう心掛けています。通院や送迎など必要な際は、状況に応じて柔軟に対応させて頂いています。		
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。	地域の催し物に参加させて頂いています。月に2回の音楽療法での外出や月に1回のレストランへの外食等へ出掛け楽しんでいきます。近隣の幼稚園や高校生との交流もあり、毎年運動会の見学や文化祭に参加させて頂いています。		
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。	ホームの協力医には、内科・精神科の医師がおります。ご本人・ご家族の希望する医師に往診して頂きます。また、入居前のかかりつけ医での受診もご家族に同行をお願いしております。		

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
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、月二回の主治医往診の際に、健康管理と医療相談を行っています。医療連携ノートを活用する事で、介護・看護・ドクターと状況の把握が出来るようになっております。ご利用者特変時には、訪問看護へ連絡し処置をあおります。		
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。	入院の際には、面会時に病棟看護師や医師と話す機会を設け、早期退院に向けて働き掛けています。		
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。	ご家族の方へは、看取りに関する説明を行い、同意書にサインを頂きます。また、ターミナルケアについての対応の指針を定めており、ご本人・ご家族の意向を確認の上、医師・看護師・職員と方針を共有しています。		
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。	緊急マニュアルがあり、勉強会やカンファレンス時に職員に周知しています。連絡網があるので、どこへ連絡すべきかは、全ての職員が周知しています。		
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。	火災・地震発生時の対応、火災発生時手順、緊急時の避難訓練などをマニュアル化しており、毎月一度避難訓練を実施しています。消防署主催の研修にも参加しています。		

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
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。	声掛け等の接遇に関してや個人情報の取り扱いについて、入職時にオリエンテーションを行い、否定や命令の声掛けは行わず、共感する気持ちで接しています。カンファレンスや申し送り時にも見直しを行っています。		
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。	どのような事でも、行う前にはその方に合せた声掛けを行い、意思の確認を行う。また、意思困難な方へは、表情を観察し確認を行うように職員に意識付けを行っています。		
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。	10時のおやつ時にお茶を召し上がって頂きながらご利用様の体調や、食べたい物、やりたい事などお話しし、希望を取り入れるようにしています。		
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。	二か月に一度訪問理美容を利用しています。季節の変わり目などには、利用者様をお店にお連れして、自分で洋服を選んで購入したり、マニキュアをつけたり、頼まれた化粧品を購入したりしています。		
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。	簡単な調理や食器洗い、拭きなど出来るご利用様と一緒にしています。一口大や刻み、好き嫌いを把握しその方に合った物を提供しております。食事後は出来る方は下膳して下さいます。		

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。	ご利用者一人一人に合わせ、禁止食だけでなく、量や形、味付け等の工夫を行っています。ホーム内の畑で収穫した季節の野菜を取り入れたり、水分量の少ない方へは好きな物を提供したり、ご家族に持参して頂き協力して頂きます。		
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。	食後は口腔ケアを行い、ご自身で出来ない方は介助にて行い、ご利用者様の力に合わせた歯磨きのお手伝いを行っています。週一度の訪問歯科も行っており、ケアの相談等を行い、連携を図る事で、その方に合った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。	排泄チェック表に記録を取り、その方の周期やパターンを把握出来るように努め、その方にあつた時間にそれとなくお誘いする事で、自力でトイレにて排泄が出来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。	毎朝一杯の牛乳を提供しています。個々に合わせオリゴ糖やオリーブオイルを使用したり、散歩や体操で身体を動かして頂き、便秘にならないように注意し、ストレスのない生活を送れるよう心掛けています。		
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。	毎朝バイタルチェックを行った上でご本人に確認しお誘いしています。入浴時間もご本人に合わせて調整しています。また、毎日違う色の入浴剤を使用したり、一緒に歌を唄ったりとくつろげる工夫をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	就寝時間は決めておらず、ご利用者様のリズムに合わせています。日中には休憩時間として、一時間程の昼寝の時間を作っています。		
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。	ケース記録には毎回新しい処方箋を入れています。また、ゼリー等に混ぜるなどして服薬確認を行っております。副作用の歩行のふらつき等に注意し、薬の変更がある場合は個人ファイルに記入し、情報の共有に努めています。		
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。	散歩、買い物、行事等で生活に刺激を取り入れる工夫をしています。各ご利用者様が趣味を行えるよう、環境整備に努め、絵・塗り絵・畑・裁縫など、皆様好きな時間に取り組まれています。		
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。	毎日外には出かけるように支援しています。ご本人の希望があれば、ご家族等の協力を頂き、お好きな場所へお出かけ出来る様心掛けています。		
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。	現金をお預かりしているご利用者の場合、散歩の時などに買い物される事もあります。その際は、小遣い帳へ記入し、ご家族、ご本人へ確認して頂いています。又、おやつを食べに外食する事もあります。		

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
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。	電話使用時間を決めており、9時～19時の間ならばご家族・知人などに連絡されています。はがき等は購入してお渡ししており、自由に出せるように支援しています。		
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。	普段からオルゴールの音楽等を流しています。トイレには、落ち着ける香りの芳香剤を設置し、壁にはご利用者様が描いた季節の絵を貼っています。又リビングの換気はこまめに行っています。		
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。	リビングには、ダイニングテーブルとイス、テレビの近くにはソファがあり、ご利用者様が好きな場所で新聞や雑誌を読まれたり、テレビや趣味を楽しめる環境づくりに努めています。		
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。	使い慣れた家具を持参され、配置などもご本人の希望、身体の状態を配慮して行っています。扉にはそれぞれ手作りの表札があります。		
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。	廊下には手すりを配置、全面バリアフリーになっております。浴槽は低めに設置され、トイレには分かりやすく目印を書いています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 きずな

作成日： 平成 29年2月 14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		職員の高齢化により、重度の方の支援が困難になりつつある。	介護技術の向上により、介護者も負担なく安全にご利用者の身体介護が出来る	負担軽減が出来る正しい介護技術の研修に参加して、介護者の身体的負担の軽減とご利用者の安全な生活を支える技術を身につける	12ヶ月
2		次を担う職員がなかなか育たない	職員同士の話しやすい環境を作り、働きやすい職場を作る	上下のフロアで話しやすい環境を作れるようにお互いを気遣い、支えあう気持ちを持てるように、コミュニケーションの技術や人間の理解の方法を話し合い実践する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月