

令和2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	令和2年11月8日	評価結果 市町村受理日	令和3年4月8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/kaigo/w10/wpJsearch.aspx>

【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たり、ご利用者様の意思の尊重を大切にしています。また、散歩などの外出から居室の装飾まで、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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和3年1月5日	評価機関 評価決定日	令和3年3月29日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、相鉄いずみ野線「いずみ野駅」から徒歩約13分ほどの瀬谷区との境のバス通り沿いにあり、周りには畑も残る地域にある2階建て2ユニットのグループホームです。平成17年6月の開設で約15年6ヶ月の実績があります。法人は、横浜市泉区、瀬谷区など横浜市を中心に数多くの介護サービス事業所を運営しています。

<優れている点>

医療連携体制加算、口腔衛生管理体制加算、認知症ケア加算、栄養スクーリング加算などを受け、医療面での体制が整えられています。利用者の症状によりかかりつけ医は精神科医、または内科医を紹介しています。医師は、それぞれ月2回往診に来ています。希望があれば皮膚科の医師も往診に来ています。歯科医師の往診もあります。眼科などの受診が必要な場合には職員が同行し、診察の結果などを医療連携ノートに記載し、往診医に的確に伝えています。看護師は週1回来訪し、24時間連絡が取れる体制です。

<工夫点>

利用者がその人らしく生き生きと暮らせるよう、自宅での生活と同じように自由のびのびと生活できる支援をしています。利用者それぞれのペースに合わせた、食事・入浴・排泄などの日常生活を提供し、事業所理念の一つである「自分らしくいきいきと穏やかに暮らせる私たちの家」の実践につなげています。

【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	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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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たり毎月のカンファレンスや日々の申し送りで確認や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。	理念を玄関やリビングに掲示し、申し送りノート初めのページに記載しています。開設当時に作られた理念には「自分らしく」「地域との交流」「和を大切に」の3つを掲げ、管理者は、カンファレンスや申し送りの際に理念を確認し、職員が意識を持って実践につなげています。	
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。	散歩の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。	自治会に加入しています。自治会行事の月1回の町内清掃や夏祭り、芋煮会に参加しています。地元の高校の授業の受け入れや体育祭、文化祭など高校のイベントに招待されています。紙芝居や合唱、読み聞かせの地域のボランティアや、高校生の将棋のボランティアが来訪しています。	
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。	近所の商店を買い物で利用したり、隣接する大家さんを通して情報発信し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の配布などで認知症の理解、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。	本来であれば2ヶ月に一度のペースで年六回開催し、地域との交流や利用者様の状況報告、施設の取組みなどについて意見交流を図っていますが、新型コロナウイルス感染予防の観点から、本年度は開催を中止しております。	コロナ禍で現在は開催してませんが、運営推進会議には自治会長、民生委員、地域包括支援センターの職員、区の高齢支援課の職員が参加して2ヶ月に1回定期的に開催していました。地域包括支援センターの職員より読み聞かせの地域ボランティアの紹介を受けていました。	
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。	運営推進会議の報告書などで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や区役所へ行った際に利用者様の状態を報告、相談したりしています。	高齢支援課の職員とは普段から連絡を取っています。生活支援課の担当者とも、日頃から利用者の事で、電話で現状の報告や相談をしています。横浜市健康福祉局主催の高齢者施設における感染症対策の研修や区主催の感染症対策指導者養成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。	法人内の身体拘束等適正化委員会での議事録の回覧や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」「身体拘束等の適正化のための指針」を整備しています。法人の「身体拘束等適正化委員会」の議事録を回覧しています。法人が「身体拘束・虐待」の勉強会を行い、職員がレポートを提出しています。「自己点検シート」を年2回実施し、その集計を基に利用者への対応方法などについて話し合っています。	
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、日々のケアの中での言動などを職員同士で話し合えるようにし、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。	利用者様とは日常の会話や定期的なアセスメントで、ご家族とは電話や面会時などで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。	管理者と職員は、家族と話しやすい雰囲気づくりを心掛けています。家族が面会に来た時や、電話で利用者の様子などを伝えた時に意見などを聞いています。家族からの要望で、利用者の移乗時の立ち座りなど、出来る範囲で行える日常の動作を注意深く支援しています。	

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
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。	日々の会話やカンファレンスなどで職員の意見や提案を聞く機会を設けています。その中で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。担当課長宛に月に一回事業所報告を提出しており様々な事案を報告し定期会議において検討しています。	管理者、主任は日頃より職員と意識的に会話することを心掛け、相談事などが何時でもできる話しやすい環境づくりをしています。様子が気になる職員には個別面談をしています。職員からの意見で感染症予防の為、上下階（ユニット間）の行き来を最小限にしています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	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。		
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の入居担当が入居前に面談を行い身体状況、要望、不安に思っていることなどを随時聞くようにしています。また、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い不安を取り除け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
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、入居担当が面談時にヒヤリングを行っています。その際に困りごとや不安なこと、要望などを伺います。また、いつでも話し合う機会があることを伝え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。		
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。	利用者様同様、入居担当が面談時に細かいヒヤリングを行ったり、入居前にホーム見学を行いその際に管理者が困り事や不安、要望などを伺います。また、いつでも話し合う機会がある旨を伝え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。		
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お互いに支え、協力し合い生活しているという意識を持つようにしています。尊敬の念を持って接し協力し合い自身の存在価値を感じ、お互いになくってはなら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したり、希望される利用者様には直接ご家族と電話でお話をさせていただいています。また、その際の意見や要望を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。特に、電話は時間帯などに配慮はしますが、可能な限り電話をしたいと希望される時に対応出来るように努めています。	知人が面会に来ています。年賀状などは、送りたいと希望する利用者には自由に書けるように支援しています。墓参りのため後見人と一緒に出掛け、現地で家族と合流して墓参りが出来た利用者がいます。入居前から趣味だった将棋を、高校生のボランティアと一緒に継続してやっています。	

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。	レクリエーションや行事、日課としている活動などを通してコミュニケーションが取れる機会を設け、支援を行っています。普段あまり話が出来ない利用者様には、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。	退所された後でも、ご本人やご家族が気軽にホームを訪問されたり相談できるような環境作りを行い、必要に応じて支援できるように努めています。		
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。	普段の生活の中での会話から利用者様の思いを汲み取り支援が出来るように努めています。意思表示が苦手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。	日常会話や入浴、排せつ介助中などの1対1の時や、外気浴や散歩、ドライブ中など普段と違う雰囲気、場所で利用者の話を良く聞き、思いや意向の把握をしています。耳が遠かったり、言葉での理解が難しい利用者にはジェスチャーを活用しながら思いなどの把握に努めています。	
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。	アセスメントやご家族、ケースワーカーなどの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。趣味や生活歴を聞いたりすることで、どのような生活をしてきたか。どのような生活を望んでいるのかを把握す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。	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。		

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た介護支援計画の作成に努めています。利用者様の状態に変化があった時はその都度、主治医や訪問看護、ご家族など関係者に報告し、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。	ケアプラン作成担当者は、家族から電話や面会時に意向を聞いています。「医療連携ノート」から医師や看護師の意見を採り入れ、カンファレンスで職員の意見を聞き、本人のケース記録、アセスメント情報を基にして作成しています。ケアプランは、基本的に3ヶ月に1度改訂しています。	
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。新たな気づきなども記録に残しそれらの情報を基に職員間で協議を行い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。	本来であれば個別の支援として買い物や美容院、外食など希望に応じた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が、新型コロナウイルス感染予防のため制限をしています。		
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や近隣住民との会話などで情報を収集しています。利用者様の希望する日用品や飲食物等を近所の商店に買いに出かけています。		
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、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。	往診医に内科、精神科医が居り入所時に選ぶことが出来ます。往診は月二回で体調不良時等は臨時往診も受けられます。歯科、皮膚科の往診もありそれ以外の受診も主治医、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。	内科医と精神科医が月2回往診をしています。2～3ヶ月に1度、採血や心電図などの検査もしています。受診後は電話で家族に状況や検査結果、担当医の話を伝えていきます。訪問医や訪問看護とのやり取りについては、医療連携ノートに記載し、利用者の状況や受診結果などを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。	入院時は状況や経緯を担当医に報告したり、概ねの退院までの期間を伺ったりしています。主治医から入院先担当医へ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、ホームでの生活が可能と判断された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。	ホームで看取りを行っており、各医療機関と連携した状況に応じた対応を行っています。重度化した際は、主治医の病状説明とホームの「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた方針についてご本人、ご家族も一緒に話し合います。	契約時に「看取りに関する指針」や「重度化した場合における対応に係る指針」を説明し、家族の同意を得ています。毎年、社内勉強会で看取りの研修を行っています。日頃から法人内の他事業所と情報交換をし、看取りに対する知識を深めています。家族の希望や意見を来訪時や電話で確認しています。	
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。	勉強会や研修などへの参加時に応急手当や心肺蘇生の訓練を行ったり、施ホームで得た知識を伝達講習しています。緊急時マニュアルを作成し、急変時にはマニュアル沿って迅速に対応できるようにてあります。また、カンファレンス等でも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。	日中、夜間想定と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で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や水や食料を備蓄しています。	年2回の防災訓練には、当日勤務の職員と体調が良好な利用者が参加しています。緊急連絡網が作成しており、災害時には指針にそって職員連絡を行います。近隣の家主に災害時の協力を依頼しています。避難後の施設駐車場で非常口、避難経路の確認を行っています。備蓄品はリストで管理をしています。	

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
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。	それぞれの利用者様の性格などに配慮しながらその方に合っ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んだり、日頃より職員間でも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。	一人ひとりの利用者に合わせて口調や話し方、声の大きさを意識した支援を行っています。毎年の社内勉強会で人権擁護について学んでいます。参加出来なかった職員にも伝達講習や資料を配布し周知しています。個人情報の管理は個人情報マニュアルがあり、それにそって管理をしています。	
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。	普段の会話などを通して生活の中で楽しみを持ちながら、思いや希望等を伝えやすい環境作りに努めています。些細なことでも自分で選択する機会を作るようにしています。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。	起床や就寝時間等柔軟に対応したり、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掛けています。それぞれの利用者様の生活スタイルなどを尊重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。		
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。	更衣をする際に、衣類は出来る限り利用者様に選んでいただきます。好みの服を選んで購入する方もいます。起床時には洗顔や整髪等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。	その日のメニューや予定日を決めて利用者様と一緒にメニューを考えたりしています。新型コロナウイルス感染予防で利用者様と会話しながらの食事は控えていますが、出来る方には下膳を手伝っていただいております。	利用者に食べたいメニューを聞き、週2回、法人指定の業者に食材を発注しています。調理の際には、食欲が高まるように彩りにも配慮し、食事への関心を引き出すよう工夫しています。芋煮会やクリスマスの鶏料理、年越しに天ぷらそば、正月にはおせちと季節に応じた食事を楽しんでいます。	

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。	日々の食事量や水分摂取量は記録して職員が把握出来るようにしています。利用者様の状態に合わせた食事量での提供を行ったり、苦手な物があったり食が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。	定時でのトイレ誘導や排泄チェック表の活用など個人の排泄パターンの把握に努めています。夜間オムツでの対応を行っている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。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、自力でトイレに行けない利用者にはトイレ誘導をしています。自力でトイレに行ける利用者にも汚れていないかパッドなどの確認をしています。寝たきりの利用者以外はトイレ誘導を行い、トイレで排泄が出来るよう、自立に向けた支援を行っています。	
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。	便秘がちの利用者様にはこまめな水分提供などで水分摂取を促しています。また、体操や足踏み運動、廊下歩きなどの様々な運動、散歩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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的には二日に一度、入浴が出来るようになっていきます。ご本人の状態や希望にそって対応を行い主に入浴時間は午前中になっていますが希望があれば夜勤帯以外であれば対応が出来るようにしています。	バスマットを利用者ごとに交換し、洗面器やシャワーチェアも使用ごとに洗い清潔に保っています。好みの入浴の仕方・温度など、利用者の希望や意向を取り入れています。入浴前に水分補給を行い、入浴剤の色や香りを楽しんでいます。入浴後は浴槽、浴室、脱衣所の清掃・換気をしています。	

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。	利用者様には一日の中で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薬の処方内容や説明がファイリングしてあり確認出来るようにしています。与薬の手順があり確実に服薬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し、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。	ごみ出し等の力仕事、洗濯たたみや新聞折りなど利用者様にはその方の得意なことに沿える手伝い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。	本来であれば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ご希望に沿えるように支援を行いますが、新型コロナウイルスの感染予防のため、人の少ない場所の散歩やドライブなど比較的安全な外出支援でご希望に添えるように努めています。	天気の良い日は利用者と近隣の散歩や買い物に行っています。コロナ感染予防のため現在は外出を控えています。テラスや庭で外気浴を楽しんでいます。通常は近隣のレストランに食事に行き楽しんでいます。祭りや交流のある高校のイベントに参加しています。	
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。	ホーム内で現金を所持している方はいませんが、買いたい物がある場合はインターネットやチラシなどで選んでいただき職員が代行し、買い物します。また、その際に代金の説明などを行っています。		

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ただいています。手紙についても希望があれば住所、宛名、切手の確認を行い投稿の支援が出来るようにしています。		
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。	掃除機掛けやモップがけなどの毎日の清掃で清潔を保つ事を心がけています。リビングにはカレンダーやイベントの写真、季節ごとの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エアコンの使用やカーテンの開閉など適切な温度や採光が保て心地よく過ごせるように配慮しています。	時間帯や日の差し込み方でカーテンの開閉を調節し採光の配慮をしています。壁には利用者と一緒に季節に合った飾り付けをしています。大きな手作りカレンダーがあり、日付を変えるのは利用者の日課となっています。エアコンや床暖房、加湿器、空気清浄器を使用し快適に過ごせるよう心掛けています。	
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、様々なレクリエーション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。	使い慣れた家具や思い出の品を部屋に置き安心して生活出来るようにしています。ラジオやテレビ、CDプレーヤーを持ち込み居室で楽しんでいる方もいます。家具等居室に置きたいとの希望があればご家族とも相談出来る限り本人の希望に添える様にしています。	エアコン・照明・クローゼットが備え付けです。使い慣れた家具やテレビなどを自由に持ち込み、写真や自分で作った装飾品を壁に飾っています。安全な動線が確保出来るよう相談しています。加湿器や空気清浄器を設置し、居心地の良い居室にな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。	各居室入口に名札を貼ったりトイレの扉にトイレを示す張り紙をするなどしてどこに何があるかを分かりやすくしています。また、リビングには大きな手作りカレンダーを用意し日付・曜日がすぐに解かるようにしてあります。ホーム内は各所に手すりの設置やバリアフリー化がされていて、安全に生活が出来るように整備されています。		

事業所名	グループホームやまもも
ユニット名	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。	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たり毎月のカンファレンスや日々の申し送りで確認や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。	定期的に行われる町内清掃に参加したり、散歩や回覧版を回したりする際に挨拶を交わしたりしています。		
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。	近所の商店を買い物で利用したり、隣接する大家さんを通して情報発信し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の配布などで認知症の理解、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。	本来であれば二ヶ月に一度のペースで年六回開催し、地域との交流や利用者様の状況報告、施設の取り組みなどについて意見交流を図っていますが、新型コロナウイルス感染予防の観点から、本年度は開催を中止しております。		
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。	運営推進会議の報告書などで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や区役所へ行った際に利用者様の状態を報告、相談したりしています。		

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
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。	法人内の身体拘束等適正化委員会での議事録の回覧や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、日々のケアの中での言動などを職員同士で話し合えるようにし、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を設け、必要に応じてご家族や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の実施。電話や面会などを通して利用者様や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。	日々の会話やカンファレンスなどで職員の意見や提案を聞く機会を設けています。その中で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。担当課長宛に月に一回事業所報告を提出しており様々な事案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。		
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の入居担当が入居前に面談を行い身体状況、要望、不安に思っていることなどを随時聞くようにしています。また、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い不安を取り除け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
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、入居担当が面談時にヒヤリングを行っています。その際に困りごとや不安なこと、要望などを伺います。また、いつでも話し合う機会があることを伝え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。		
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。	入居してすぐは環境の変化が大きく対応することが難しい利用者様も居られます。その為、モニタリングや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お互いに支え、協力し合い生活しているという意識を持つようにしています。尊敬の念を持って接し協力し合い自身の存在価値を感じ、お互いになくってはなら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したり、希望される利用者様には直接ご家族と電話でお話をさせていただいています。また、その際の意見や要望を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。特に、電話は時間帯などに配慮はしますが、可能な限り電話をしたいと希望される時に対応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
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。	手伝いなどの日々の活動や行事などを通してコミュニケーションを取っていただいています。また、仲の良い方向士が話しが出来るようリビングの席をなるべく近くにするなどの配慮をしています。		
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。	退所され他の施設等へ行く場合でも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。	日頃の会話や話しにくいことは職員と一対一になれるような場面で利用者様の思いや意向を聴き把握出来るように努めています。意思表示が困難な利用者様に対しては、生活の中での表情や仕草などからご本人の思いを汲み取れ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、ご家族やケースワーカーからの情報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。日々の会話からも趣味や生活歴等を聞いたりする事で、今後望む生活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。	日々の生活を見ながらその方の一日の過ごし方や行ったこと、会話等を個人ケース記録に残しています。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体調面に関しても記録しています。		

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。	ご本人やご家族の意向を第一に考えた上で主治医や訪問看護とも連携し情報共有を行い現状に即した介護支援計画の作成に努めています。利用者様の状態に変化があった時は期間内であっても必要に応じて介護支援計画の見直しや変更を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。他にも気づいたことなどを記録に残しそれらの情報を基に職員間でカンファレンスなどを行い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。	本来であれば個別の支援として買い物や美容院、外食など希望に応じた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ますが、新型コロナウイルス感染予防のため制限をしています。		
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や近隣住民との会話などで情報を収集しています。利用者様の希望する日用品や飲食物等を近所の商店に買いに出かけています。		
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。	往診医に内科、精神科医が居り入所時に選ぶことが出来ます。往診は月二回で体調不良時等は臨時往診も受けられます。歯科、皮膚科の往診もありそれ以外の受診も主治医、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。	入院時は状況や経緯を担当医に報告したり、概ねの退院までの期間を伺ったりしています。主治医から入院先担当医へ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、ホームでの生活が可能と判断された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。	ホームで看取りを行っており、各医療機関と連携し状況に応じた対応を行っています。重度化した際は、主治医の病状説明とホームの「重度化した場合における対応に関わる指針」を説明し、終末期に向けた方針についてご本人、ご家族も一緒に話し合います。		
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。	勉強会や研修などへの参加時に応急手当や心肺蘇生の訓練を行ったり、施ホームで得た知識を伝達講習しています。緊急時マニュアルを作成し、急変時にはマニュアル沿って迅速に対応できるようにてあります。また、カンファレンス等でも定期的を確認しています。		
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。	日中、夜間想定と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で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や水や食料を備蓄しています。		

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。	一人ひとりの利用者様の性格や生活暦を考慮しながらその方に合った接遇の実践を心掛けています。接遇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その場に応じた声掛けの方法等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。	日々の生活の会話などで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、利用者様が自分で選択する機会を積極的に作るようにしており、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し、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。	利用者様の生活様式やこれまでの生活習慣を尊重しています。起床や就寝時間の柔軟な対応等、出来る限り一人ひとり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。	更衣する際は出来る限り本人に好みの衣類を選んでいただきます。可能な方には欲しい服があれば購入していただいております。起床時には洗顔や整髪等を行いご自分で出来ない方は介助しています。定期的に訪問理容があり希望者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。	その日のメニューや予定日を決めて利用者様と一緒にメニューを考えたりしています。新型コロナウイルス感染予防で利用者様と会話しながらの食事は控えています。出来る方には下膳を手伝っていただいております。		

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
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しています。また、利用者様の状態に合わせて刻み食等や温度管理、適切な食事介助を行いながら召し上がっていただけるように支援をしています。		
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や介助を行い、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。	排泄チェック表を活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を提供し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。日常的に便秘がちな方への対応については主治医や訪問看護に相談しています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	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。	ご利用者様には一日の中で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いきます。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、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洗濯たたみの手伝い等の家事などその方の得意なことを役割意識を持って行っていただいています。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。	本来であれば、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おりますが、新型コロナウイルス感染予防の為、散歩や外気浴やドライブなどでの支援となっています。		
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。	購入希望の商品がある場合は職員と一緒に雑誌やチラシ、インターネットなどで探し、職員が代行して購入しています。		

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
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ただいています。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。	常に清潔を心掛け、都度清掃を行っています。リビングには大きく見やすいカレンダーや季節ごとの装飾を掲示したりしています。また、適切な温度や採光調整の為に、エアコンの使用やカーテンの開閉を都度行い快適に過ごせるように努めています。		
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集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。	使い慣れた家具や思い出の品、写真等を部屋に置き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める方もいます。家具や家電等居室に置きたいと希望があれば、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。	ホーム内は各所に手すりの設置やバリアフリー化がされています。居室や食席はADLの変化により随時安全かつ出来る限り自立した生活が送れるよう対応しています。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。		

令和2年

目標達成計画

事業所名 グループホームやまもも

作成日： 令和 3年 4月 6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	コロナ感染予防の為、テーブルにパーテーションの設置や定期的なレストランへの外食などの機会がなくなりました。食事をする環境はご利用様が食事を楽しむ為に重要です。その為、この環境下でいかにホームでの食事を楽しんでいただくか。	コロナ感染予防を行いながら、これからも食事の時間を楽しむ事が出来る。	パーテーションの設置は圧迫感があり、ご利用者様からは不満が出ています。その為、密の状況を見ながら適宜取り外します。また、外食の代替で食事の配達を活用したり、テラスで食事を行い環境を変える事で食事の時間を楽しんでいただけるように支援します。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月