

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	1490900394	事業の開始年月日	平成28年2月1日	
		指定年月日	平成28年2月1日	
法人名	株式会社ソラスト			
事業所名	グループホーム日吉あやめ			
所在地	(223-0062)			
	神奈川県横浜市港北区日吉本町6-65-5			
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8月1日	評価結果 市町村受理日	平成28年11月15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)】

今年度より株式会社ソラストと合併となりました。株式会社ココチケアの良かったところとソラストの良いところが一緒になり、職員育成研修においては年間を通して研修プログラムが計画されており、希望の講座に参加が出来るようになりました。日々、変化していく入居者様の状態に対応出来るようスキルアップが望めます。また、事業所としては今年4年目となります。地域の方々との交流も町内会のイベントを通じて増えつつあります。災害時には町内会における災害発生時の消防応援協力に関する覚書締結も行いました。今後も入居様が安心してその人らしくあやめで生活が送れるように支援してまいります。

【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9月13日	評価機関 評価決定日	平成28年10月25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、日吉駅(東急東横線・東急目黒線)からサンサンヴァリエ日吉行きバスで終点下車、又は高田駅(市営地下鉄グリーンライン)から新城行きバスで高田小学校入り口で下車で、どちらも徒歩5分の閑静な住宅地にあります。運営法人は、有料老人ホーム、在宅介護サービスなども運営する株式会社で、地域医療及び「医療」「看護」「介護」の融合を目指している医療法人社団明正会グループの一員です。

<優れている点>

今年度始めに、運営会社が合併しましたが、グループホームの運営は、新会社の介護事業本部ココチケア事業部として大切に引き継がれています。大きな環境の変化がありながら職員の脱落もなく、ミーティングも活発な意見交換が行われています。また管理者も、一日一回は全職員と対話をするを目標に努力し、コミュニケーションの充実により、改善提案なども活発です。また、昨年12月には、町内会会長との間で「消防応援協力に関する覚書」も締結しています。これを契機に、地域との連携をより密にし、地域に根付いたグループホームの実現に向けて前進しています。

<工夫点>

他の事業所での食中毒発生の報道を見た職員から、全員のミーティングで食事提供時は介助に徹し、職員の食事摂取は別にしたいこと、また食中毒予防のための検食を行いたいと具体的提案があり実現しています。

【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	グループホーム日吉あやめ
ユニット名	Aユニット

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。	○	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。	事業所理念を基に月に一度ユニットミーティングを行い、介護の統一を図れるように話し合い、実践に繋げている。	事業所の理念「想いを繋げる」、フロアーの目標「ありがとうと言える介護」は、事業所開設時から職員全員で検討したものです。新法人でも、この理念は引き継がれ、月1度のミーティングで確認し、顧客満足に繋がる介護の実践に努めています。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域の一員として町内会、自治会に参加している。 防災訓練や地域の清掃、草むしり等に参加している。	町内会に参加し、会長の協力も得て、町内会員との連携が少しずつ進んでいます。運営推進会議、防災訓練、地域の清掃などへ会員が参加しています。今後は、事業所の諸行事の情報を新聞などにして配布も検討しています。	
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。	現在は行っていない。将来的には地域ケアプラザの協力を得て、認知症に対する勉強会などを行っていききたい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	偶数月に開催し、施設での現状報告とそれに対するアドバイスを頂いている。また、地域の催し物などの情報も得ることで、施設サービスの向上に活かしている。	運営推進会議は町内会代表、家族及び利用者代表も出席し、偶数月に地域ケアプラザで開催しています。参加者からの諸情報はホーム運営に反映させています。会議の議事録は毎回作成し、職員へ情報提供しています。今後は欠席者にも定期的に配布する予定です。	
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。	市町村担当者と日頃から密に連絡を取り事業所の実情や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。	市町村担当者は年数回、運営推進会議に出席しています。業務の報告などで出向き説明もしています。市区が開催する研修会には極力出席しています。出席者は報告書を作成し、会議で報告しています。	

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。	利用者の人権を守ることがケアの基本であることの認識に立ち、入居者が外に出たい時はいつでも出られるよう配慮している。	身体拘束をしないケアの実践は常に意識しています。法人の研修に毎月代表が参加して、レポートを作成し、職員に徹底しています。言葉による拘束については、合言葉「確かな技術に心をこめて」を繰り返し確認、接遇のプロを目指しています。	
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。	毎日の振り返りの中で、身体的、心理的に入居者様に不安な思いをさせていないか不適切なケアを行っていないかをリスクマネジメント委員が先頭に立って考え、全職員に考える機会を与えている。		
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。	成年後見人制度を利用の入居者様が増えたことで、以前よりは理解が深まった。しかし全体を通じるとまだまだ完全とは言えない。今後は研修の機会を設けたい。		
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。	利用側の立場に立ち、将来の事を含めて疑問等を引き出しそれに対して十分な説明を行っています。重要事項説明書を使用しています。		
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。	介護相談員（民生委員）の訪問を受け入れる等、入居者が外部に声を表せる機会を作っている。	毎月の報告書で入居者の様子を詳しく伝え、家族の来訪時には情報交換を心掛けます。また家族には運営推進会議や家族会の参加を勧め、意見を聞いています。介護相談員（民生委員）の訪問を受け入れ、入居者が外部に声を表せる機会もあります。	

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。	週一度のミーティングで意見や要望を聞いてもらえる機会がある。普段から管理者とコミュニケーションを図るように心がけ、意見を個別に聞いてもらっている。	ユニット別と全員のミーティングは意見反映の大切な場です。最近では、食事提供時は入居者への介助に徹したいとの意見と、食中毒予防のため検食を行う提案があり具体化しています。管理者は、一日一回は全職員との対話を目標にしています。	
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。	事業本部からも統括施設長が、職員全員との面談を行い、意見や就業状況に不満はないか話を聞く機会がある。又、希望等も聞くようにしている。		
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。	日常的に学ぶ事を推進し、パート、職員の分け隔てなく研修に参加できる仕組みが出来ている。		
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。	認知症グループホーム連絡会に加入している。事業者同士、協議しながら室の向上に取り組めるように努めている。		
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。	入居者の不安や思いを受け止め、安心してもらう事を一番にしています。本人の状況を把握することで信頼関係を作ることを心がけています。		

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。	家族の想いや利用者の想いを別々に傾聴し、どう関わっていくのが良いか考えて行くよう努めている。その際、わからないことは管理者にもアドバイスしてもらっている。		
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。	事前面談で生活状態を把握するように努めている。入所された際は、利用者が不安にならないように寄り添い、話を傾聴するように努めている。		
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。	家族の思いを理解し、どう関わっていけば良いか考えていくように努めている。		
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。	毎月のお手紙や、来訪時の状況報告で利用者を共に支えていく関係を築いている。		
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。	古くからの友人や親せきからの電話を取り次ぐ繋がりを継続する支援に努めている。	慣れ親しんだ友人や場所の情報は、本人や家族から聴き把握しています。行きつけの美容院へ送迎をしている例もあります。事前に把握できていない人からの訪問・連絡には、家族に確認しての対応としています。友人などの訪問の他、電話連絡も多くなっています。	

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
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。	気の合う仲間同士でお茶をする機会を作り、楽しくおしゃべりをしている様子を実感している。		
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。	退去後、ご家族からその後のご様子など連絡を頂くことがある。必要に応じてアドバイスをさせてもらっている。		
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。	関わりを持つことで利用者の想いをくみ取れるよう努力している。意志疎通が困難な利用者は家族から情報を聞くように努めている。	入居時のフェースシート、その後は日常会話の中で一人ひとりの思い・意向を把握し、介護サマリー・ADL表に記録し、ケアプランに繋げています。その内容は、ミーティングで共有しています。	
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。	就寝時間の遅い利用者の入居前の様子を家族から聞くことで情報を把握することが出来た。		
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。	日々の生活を観察したり、介護記録や申し送り等で状況を把握するよう努めている。		

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
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。	日々の生活を観察したり、家族来所時には、想いや意見を聞きユニットミーティングの時に意見交換やカンファレンスを行っている。	介護計画は、原則6ヶ月毎に見直しを行っていますが、状況変化が認められる場合は、随時見直しを行っています。ユニットミーティング時にケアカンファレンスを行い、計画作成担当は、居室担当をはじめ職員の意見を聞き、家族の意向にも配慮して対応しています。	
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。	日々の様子、気づきは記録、職員間で情報を共有しているが、介護計画の見直しに活かさきれていない事実がある。		
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。	本人、家族の状況に応じて受診の付き添い、送迎などの支援に対応するように努めている。昔からの行きつけの美容院の送迎を行っている。		
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。	利用者が安心して地域の暮らしを継続できるようにボランティアの協力も得ている。		
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、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。	訪問診療、訪問歯科が定期的に診てくれている。家族の都合により通院介助も行っている。	入居前からのかかりつけ医継続の人は数名います。提携医の往診は内科医が月2回、歯科医は週1回です。眼科や皮膚科などは外来で、原則家族対応です。外来時の医療情報は事業所と共有をしています。訪問看護は週1回、24時間オンコールで健康管理をしています。	

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
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。	週に一度、訪問看護師が来訪し利用者の健康管理や状態変化に応じた対応をしてもらっている。		
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。	協力医療機関に入院した際には管理者が時々見舞い、家族や医師と状況等情報交換しながら速やかな退院支援に結び付けている。		
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。	本人や家族の意向を踏まえ、事業所で出来る事を十分に説明し医師と連携をとりながら方針を共有しチームで支援に取り組んでいる。	事業所の指針は契約時に説明し同意書を交わしています。看取りの際は本人、家族、医師、事業所の関係者で「家族調整会議」を経て介護計画書を作成し、家族と確認後、実施しています。開設後事例があります。職員は研修でスキルアップをしています。	
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。	AEDを使用した心肺蘇生の研修を行っているが、事業所に設置されていないので、いざというときに実践に繋げることが出来ない。		
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。	消防署の協力を経て、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を行っている。	避難訓練は夜間想定を含めて年2回実施しています。消防署の立ち合いもあります。次回訓練は運営推進会議の地域代表や民生委員の参加を予定しています。備蓄は食糧、水の3日分、ヘルメット、防災頭巾などがあります。地域との防災協定を結んでいます。	備蓄管理は法人と双方でしていますが、事業所が主体となって、備蓄品リスト（品種、数量、賞味期限、場所など）を作成し、分かり易いところに掲示し、緊急時に備えることが期待されます。

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
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。	一人ひとりの人格を尊重し、守秘義務については常に気を付けるようにしている。	法人で実施するプライバシー保護の研修に参加し、職員に周知しています。利用者の個人ファイルは事務所で施錠管理しています。排泄時の声の大きさや入浴、排泄時のドアの開閉などには細心の注意を払っています。利用者へは名字にさん付けを原則としています。	
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。	10時のお茶の時間には各自メニューを見て選んで頂き、自己決定出来るよう働きかけている。		
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。	一人ひとりのペースを大切に、利用者に合わせて対応を心がけているが、職員側の都合で個別支援が思うように行われていない現実がある。		
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。	自己決定出来る方は、本人の意向で決めている。そうでない方は、本人に合う物を考えたり、本人の意向も踏まえて支援している。		
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。	普段から盛り付けは手伝ってもらっている。利用者と職員が同じテーブルで会話を楽しみながら食事できるような雰囲気作りを心がけている。	食材と栄養管理は食品会社に委託しています。厨房で利用者の形態に合わせて手を加え、提供しています。正月やひな祭り、敬老の日など季節の特別食の楽しみもあります。利用者の中には盛り付けや食器洗い、食器ふきなどを手伝う人もいます。	

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
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、水分量は健康チェック記録にて一日の摂取量が分かるようになっている。不足している時などは、必要に応じて支援している。		
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。	自分で出来る方は声かけ、見守り、出来ない方は毎食後ケアを行っている。夕食後は自分で出来る方も最後の仕上げは介助するようにしている。		
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。	排泄チェック表を使用し一人ひとりの排泄パターンを知るように努めている。尿漏れのある人は紙パンツやパットを使用しているが、トイレ誘導し排泄出来るように支援している。	排泄チェック表で一人ひとりのパターンを把握し、トイレに誘導しています。リハビリパンツから布に改善した人がいます。利用者の中には態度や表情に排泄サインがあり、職員は見逃さないようにしています。失禁者にはさり気ない声掛けで対応しています。	
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。	排泄パターンを記録し、便秘薬が必要な方には医師に相談し便秘薬を使用している。自然排便を促すために、毎日体操を行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	体調や気分等で入浴出来ない場合はどの都度対応している。職員の都合で曜日や時間が決まっている現実がある。	入浴は週2回以上とし、時間や回数希望には柔軟に応じています。ゆず湯や菖蒲湯など季節の湯を楽しむ機会もあります。自身の石鹸やシャンプー、化粧品で楽しんでいる利用者もいます。入浴の嫌いな人には声掛けの工夫や相性の合う職員で対応をしています。	

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。	食事の時間やおやつ時間は決まっているのでその時間以外は、体調や希望などで自由に休息して頂いている。日中、散歩レクリエーションで満足してもらうことで安眠に繋げている。		
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。	服薬ファイルにより、職員が内容を把握できるようにしている。往診にて薬が変更される時は、往診記録ファイルに記入し職員が薬の内容を確認するとともに利用者の変化にも気をつけている。		
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。	お手伝いをお願いすると快く行って下さることが多くなってきている。利用者一人ひとりの生活歴を活かした役割や楽しみごとを把握し支援出来るようにしたい。		
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。	外気浴を兼ねて近隣への散歩や家族対応で外食に出かけたり、個別支援で職員とケーキを食べに出かける等の支援に努めている。	利用者の心身の状況に合わせて3つの散歩コースがあります。散歩の途中や公園では地域の人達との触れ合いを大事にしています。家族の協力で買い物や外食に出かける人もいます。花見や紅葉の遠出もあります。玄関前ポーチで外気浴の楽しみもあります。	
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。	利用者のお金は事業所が管理しているので、本人が所持や使う事は難しいのが現実である。		

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
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。	家族の電話の取次ぎや手紙のやりとりは日常行われている。継続していけるように支援していきたい。		
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。	利用者の希望を取り入れながらの共用空間作りは難しいが、フロアは季節感を取り入れ、塗り絵や折り紙で飾り付けをしている。	玄関や踊り場は広く、バリアフリーとなっています。リビング兼食堂は明るく、広く、清潔で、テレビやソファを備えゆったりとした共有空間です。浴室は明るく、個浴が主で縦横の手摺も備え、暖房設備があり、ヒートショックの防止にもなっています。	
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。	食事はほぼ固定されていますが、利用者同士が談話する際は自由に移動可能になっている。		
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。	入居前からの馴染みの物を置いたり思いでの写真を飾ったりして、本人が居心地良く過ごせるような工夫がされている。	エアコンや照明、クローゼット、カーテンは事業所で備え、他は持ち込み自由となっています。テレビや鏡、時計、縫いぐるみ、テーブルセットなど、思い思いの家具や調度品を揃え、居心地よく過ごせる居室になっています。配置は家族と相談しています	
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。	利用者一人ひとりの分かる力を見極め、危険が生じる事は見守りをし物の置く場所は決めて、使用したら元戻す。本人持ちの物には許可を得た上で名前を付けるなどして自立につながるような支援に努めたい。		

事業所名	グループホーム日吉あやめ
ユニット名	Bユニット

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

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	事業所理念を基に月に一度ユニットミーティングを行い、介護の統一を図れるように話し合い、実践に繋げている。		
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。	地域の一員として町内会、自治会に参加している。 防災訓練や地域の清掃、草むしり等に参加している。		
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。	現在は行えていない。将来的には地域ケアプラザの協力を得て、認知症に対する勉強会などを行っていきたい。		
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。	偶数月に開催し、施設での現状報告とそれに対するアドバイスを頂いている。また、地域の催し物などの情報も得ることで、施設サービスの向上に活かしている。		
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。	市町村担当者と日頃から密に連絡を取り事業所の実情や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。		

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。	利用者の人権を守ることがケアの基本であることの認識に立ち、入居者が外に出たい時はいつでも出られるよう配慮している。		
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。	毎日の振り返りの中で、身体的、心理的に入居者様に不安な思いをさせていないか不適切なケアを行っていないかをリスクマネジメント委員が先頭に立って考え、全職員に考える機会を与えている。		
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。	成年後見人制度を利用の入居者様が増えたことで、以前よりは理解が深まった。しかし全体を通じるとまだまだ完全とは言えない。今後は研修の機会を設けたい。		
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。	利用側の立場に立ち、将来の事を含めて疑問等を引き出しそれに対して十分な説明を行っています。重要事項説明書を使用しています。		
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。	介護相談員（民生委員）の訪問を受け入れる等、入居者が外部に声を表せる機会を作っている。		

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
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。	週一度のミーティングで意見や要望を聞いてもらえる機会がある。普段から管理者とコミュニケーションを図るように心がけ、意見を個別に聞いてもらっている。		
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。	事業本部からも統括施設長が、職員全員との面談を行い、意見や就業状況に不満はないか話を聞く機会がある。又、希望等も聞くようにしている。		
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。	日常的に学ぶ事を推進し、パート、職員の分け隔てなく研修に参加できる仕組みが出来ている。		
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。	認知症グループホーム連絡会に加入している。事業者同士、協議しながら室の向上に取り組めるように努めている。		
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。	入居者の不安や思いを受け止め、安心してもらう事を一番にしています。本人の状況を把握することで信頼関係を作ることを心がけています。		

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。	家族の想いや利用者の想いを別々に傾聴し、どう関わっていくのが良いか考えて行くよう努めている。その際、わからないことは管理者にもアドバイスしてもらっている。		
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。	事前面談で生活状態を把握するように努めている。入所された際は、利用者が不安にならないように寄り添い、話を傾聴するように努めている。		
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。	家族の思いを理解し、どう関わっていけば良いか考えていくように努めている。		
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。	毎月のお手紙や、来訪時の状況報告で利用者を共に支えていく関係を築いている。		
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。	古くからの友人や親せきからの電話を取り次ぐ繋がりを継続する支援に努めている。		

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
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。	気の合う仲間同士でお茶をする機会を作り、楽しくおしゃべりをしている様子を実感している。		
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。	退去後、ご家族からその後のご様子など連絡を頂くことがある。必要に応じてアドバイスをさせてもらっている。		
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。	関わりを持つことで利用者の思いをくみ取れるよう努力している。意志疎通が困難な利用者は家族から情報を聞くように努めている。		
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。	アセスメント表をもとにこれまでの生活状況を把握したり、本人や家族に希望をきくようにしている。		
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。	日々の生活を観察したり、介護記録や申し送り等で状況を把握するよう努めている。		

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
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。	日々の生活を観察したり、家族来所時には、想いや意見を聞きユニットミーティングの時に意見交換やカンファレンスを行っている。		
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。	日々の様子、気づきは記録、職員間で情報を共有しているが、介護計画の見直しに活かしてきれていない事実がある。		
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。	本人、家族の状況に応じて受診の付き添い、送迎などの支援に対応するように努めている。昔からの行きつけの美容院の送迎を行っている。		
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。	利用者が安心して地域の暮らしを継続できるようにボランティアの協力も得ている。		
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、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。	訪問診療、訪問歯科が定期的に診てくれている。家族の都合により通院介助も行っている。		

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
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。	週に一度、訪問看護師が来訪し利用者の健康管理や状態変化に応じた対応をしてもらっている。		
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。	協力医療機関に入院した際には管理者が時々見舞い、家族や医師と状況等情報交換しながら速やかな退院支援に結び付けている。		
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。	本人や家族の意向を踏まえ、事業所で出来る事を十分に説明し医師と連携をとりながら方針を共有しチームで支援に取り組んでいる。		
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。	AEDを使用した心肺蘇生の研修を行っているが、事業所に設置されていないので、いざというときに実践に繋げることが出来ない。		
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。	消防署の協力を経て、避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を行っている。		

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
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。	一人ひとりの人格を尊重し、守秘義務については常に気を付けるようにしている。		
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。	10時のお茶の時間には各自メニューを見て選んで頂き、自己決定出来るよう働きかけている。		
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。	一人ひとりのペースを大切に、利用者に合わせて対応を心がけているが、職員側の都合で個別支援が思うように行われていない現実がある。		
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。	自己決定出来る方は、本人の意向で決めている。そうでない方は、本人に合う物を考えたり、本人の意向も踏まえて支援している。		
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。	普段から盛り付けは手伝ってもらっている。利用者と職員が同じテーブルで会話を楽しみながら食事できるような雰囲気作りを心がけている。		

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。	日々の食事、水分量は健康チェック記録にて一日の摂取量が分かるようになっている。不足している時などは、必要に応じて支援している。		
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。	自分で出来る方は声かけ、見守り、出来ない方は毎食後ケアを行っている。夕食後は自分で出来る方も最後の仕上げは介助するようにしている。		
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。	排泄チェック表を使用し一人ひとりの排泄パターンを知るように努めている。尿漏れのある人は紙パンツやパットを使用しているが、トイレ誘導し排泄出来るように支援している。		
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。	排泄パターンを記録し、便秘薬が必要な方には医師に相談し便秘薬を使用している。自然排便を促すために、毎日体操を行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	体調や気分等で入浴出来ない場合はどの都度対応している。職員の都合で曜日や時間が決まっている現実がある。		

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
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。	食事の時間やおやつの時間は決まっているのでその時間以外は、体調や希望などで自由に休息して頂いている。日中、散歩レクリエーションで満足してもらうことで安眠に繋げている。		
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。	服薬ファイルにより、職員が内容を把握できるようにしている。往診にて薬が変更される時は、往診記録ファイルに記入し職員が薬の内容を確認するとともに利用者の変化にも気をつけている。		
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。	お手伝いをお願いすると快く行って下さることが多くなってきている。利用者一人ひとりの生活歴を活かした役割や楽しみごとを把握し支援出来るようにしたい。		
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。	外気浴を兼ねて近隣への散歩や家族対応で外食に出かけたり、個別支援で職員とケーキを食べに出かける等の支援に努めている。		
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。	ご自分でお金を所持したい入居者はご家族の同意を得て、自己管理されている方もいらっしゃいます。紛失しないように定期的に残金確認を行っています。		

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。	家族の電話の取次ぎや手紙のやりとりは日常行われている。継続していけるように支援していきたい。		
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。	利用者の希望を取り入れながらの共用空間作りは難しいが、フロアは季節感を取り入れ、塗り絵や折り紙で飾り付けをしている。		
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。	食事はほぼ固定されていますが、利用者同士が談話する際は自由に移動可能になっている。		
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。	入居前からの馴染みの物を置いたり思いでの写真を飾ったりして、本人が居心地良く過ごせるような工夫がされている。		
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。	利用者一人ひとりの分かる力を見極め、危険が生じる事は見守りをし物の置く場所は決めて、使用したら元戻す。本人持ちの物には許可を得た上で名前を付けるなどして自立につながるような支援に努めたい。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム日吉あやめ

作成日： 平成 28年 12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	35	災害対策 備蓄品について。現状は本部で在庫や消費期限を把握はしているが、現場での在庫管理はリスト等はない。	今後は事業所が主体となって、在庫管理を行い、備蓄品のリスト化を目指します。又、入居者様の食事形態を考慮した非常食を依頼できるようにしたい。	毎月本部で行われる上長会議等で議題として取り上げてもらい、実現に向けた取り組みを行っていきたい。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月