

2019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	1493400038	事業の開始年月日	平成18年6月1日
		指定年月日	平成30年6月1日
法人名	株式会社 アイシマ		
事業所名	グループホームすもも		
所在地	(246-0026) 横浜市瀬谷区阿久和南2-10-1		
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10月25日	評価結果 市町村受理日	令和2年2月25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)】

グループホームすももは、造園業者の樹木育成場が隣接している為、居室の窓から桜の花が咲いているの見える緑豊かな場所に建っております。また隣には自治会員様のお宅や阿久和地域ケアプラザと地区センターがあるため日々の交流や図書館の利用、自治会主催の敬老会への参加など散歩感覚で気軽に出掛けていただけます。建物の特徴としては、リビングの造りが通常より大きなサッシを使用しているため日当たりが良く、明るく過ごしていただけます。そして行事(クリスマス会、お正月の宴など)を通して「食べる楽しみ」「人とのふれあい」を大切にしながら職員が身近にいる支援をしております。入浴に関しては機械浴の設置があるため、身体に合った安心できる入浴を支援しています。その他、定期的な訪問看護や主治医の往診により医療面の安心も感じ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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年12月6日	評価機関 評価決定日	令和2年2月19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、相鉄線「三ツ境駅」若しくは「いずみ野駅」よりバスで、「阿久和坂上」下車、徒歩約3分にあります。地域ケアプラザに隣接し、自然に囲まれた静かな場所にある2階建て2ユニットのグループホームです。13年6ヶ月の実績があり、自家菜園を持っています。法人は、横浜市泉区、瀬谷区など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。精神科の利用者には精神保健福祉士が月2回訪問し、医師に利用者の状態を伝えています。薬剤師も月2回来訪し、職員に薬について説明し、利用者の状況を聞き、書類を確認して医師に伝えています。職員が利用者から聞いた生活歴などを個人別の「自分史」としてファイルに纏めています。情報から利用者が入居前に住んでいた場所を訪問し、利用者の思いを実現しています。

<工夫点>

レクリエーション担当職員を決めて、レクリエーションを多く取り入れています。有名人の写真のカードを職員が作成し、神経衰弱のカードゲームをしたり、職員が考えた干支カルタやことわざカルタを楽しんでいます。

【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	グループホームすもも
ユニット名	あおば

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ます。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (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。	理念に基づき、職員がそばに寄り添い家庭的で地域に根差した施設づくりを行っております。地域にも認知していただき、利用者様は様々な場面で地域の一員として交流を持って生活されています。	理念の「風林火山」は職員と話し合っ て決めています。林は支え合い、火は 暖炉のように暖かく、山は地域で穏や かに暮らす意味を込めています。職員 は玄関、事務室に掲げられた理念を 日々確認し、利用者により添った支援 を行っています。	
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。	日常の挨拶から始まり、自治会主催の 行事への参加は積極的に行っており、 利用者様が地域に馴染む為の交流はも ちろん、お互いの情報交換も行ってい ます。ホームフロアや駐車場を使用し ていただき自治会や近隣の施設との合 同消防訓練も行っています。	自治会に加入し敬老会、夏祭り、体育 祭、町内清掃に参加しています。夏祭 りでは焼きトウモロコシの出店で、ト ウモロコシの皮むきの手伝いもしてい ます。隣の地区センターの図書館に毎 週通って本を借りたり、近所を散歩し て住民と交流しています。	
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。	運営推進会議でホームの活動状況を報 告しながら、自治会長様、ケアプラザ 職員、高齢支援課職員より高齢者情報 を得て認知症への理解を深めていただ けるように努めています。		
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。	2ヵ月に1回開催される運営推進会議で は、施設での活動報告等で情報を公開 し事業所の理解を深めていただくと共 に、地域の情報を得る場として活用し ております。自治会の催し物やケアプ ラザの研修案内など伺い毎回活発な意 見交換がなされております。	2ヶ月に1回、自治会々長、民生委 員、地域包括支援センターや高齢・障 害支援課職員が参加して開催していま す。事業所の運営報告、地域の催し物 や生活に関する情報を話し合っていま す。事業所敷地に不法投棄があり、自 治会々長から助言をもらい、対応した ことがあります。	
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取り組んでいる。	行政主催の地域密着型サービス事業所 連絡会では、行政や法人外の施設との 情報交換や事例検討を行える場が設け られています。運営推進会議でも行政 の参加があり、行政とのつながりをよ り強くしてサービス提供の向上に努め ています。	運営推進会議に参加している高齢・障 害支援課や地域包括支援センター職員 と連携しています。生活保護受給者の 利用者について生活支援課職員と連携 しています。市の感染症対策指導者養 成研修や地域包括支援センター主催の 介護職員交流会に参加しています。	

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。	日常生活動作の支援からの転落等のリスクにも拘束は一切せず、原因追究と対応策によってリスク回避を図っております。身体的拘束等適正委員会を設け、職員に定期的にアンケートを取りより深い理解の上、介護サービスに反映しています。	外部の「高齢者虐待・事故防止講座」に参加し、内部で「倫理・法令順守、身体拘束・虐待」研修を開催しています。「自己点検シート」を年2回実施し、玄関に掲示してある「行動指針」で日々意識付けしています。歩行が不安な利用者は付き添い歩行の徹底、入眠まで確認しリスク回避をしています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	社内における勉強会や研修会に参加し内容、必要性を確認しています。虐待防止マニュアルは、日々職員が確認出来るようになっており。日常生活の中で虐待が見逃されないよう変化に素早く対応出来る様に努めています。		
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。	利用者様の利便性と権利を守るため、成年後見人制度は積極的に利用していただけるように、運営推進会議の参加者から学ぶ機会を持ち情報の収集をおこなっております。		
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。	施設管理者は契約時必ず立会いをおこない、不明な点がない様に時間を掛けて随時質問を受けながら、説明させていただいております。又、出来る限り明確にわかり易い説明を心がけております。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	面会時に日頃のご様子を伝えながらご要望をお伺いしています。普段から気軽に来ていただける様な雰囲気づくりを心がけ、話しやすい環境づくりをし、また必要があれば電話連絡などご家族様との友好的関係が保てるように努めています。	家族と連絡の取れる利用者は少ない状況です。家族の来訪時に生活の様子を報告しながら、要望や意見を聞き取っています。理念「風林火山」の風は、利用者と風通しよく会話する意味が込められ、日ごろの会話から汲み取った利用者の思いを「自分史」に記録し日々の支援に活用しています。	

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。	カンファレンスを開催し職員間での情報の共有をし、統一した介護が出来る様になっています。又、通常より申し送りや連絡ノートなどでコミュニケーションを取り合い、活発に意見が交換出来る様に努めています。	月1回のホーム会議やケアカンファレンスで職員の提案、要望を聞き、情報を共有しています。職員の提案で入浴介助の手順を個々の利用者ごとに統一し、混乱を防止した事例があります。管理者は年2回個別面談を行い、勤務環境や要望などを話し合っています。	
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。	管理者は職員の日頃の様子や勤務状況に気を配り、気軽に相談が出来る雰囲気作りを心がけています。研修や資格獲得などは積極的に声掛けをし、希望の職員には勤務日程を調整しています。また、勤務経験によって仕事を任せ、評価する事でやりがいを持てる様にしています。		
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。	法人は職員の研修会参加を推奨しており、研修会、社内勉強会の情報提供や勤務調整等のサポートを優先して行っております。年に1度、法人で事例報告会を開催し、職員は発表に向けて目標を掲げ、様々な取組みを行う中で、自然と知識や技術がみにつく様になっております。		
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。	横浜グループホーム連絡会や地域密着型事業所連絡会に加入し、近隣の同業者間での情報交換、研修会を行っています。アイシマグループ全体会議などで、他の事業者との情報提供を行っています。		
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。	入居開始の時は全ての生活環境が変わるため、不安を取り除く事に重点を置いています。そこから出た要望に対してもよく傾聴をし、得た情報は職員間で共有し支援する時に役立てています。		

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。	家族様にとっても入居時は一番不安な時期になります。ご家族様の希望や要望に耳を傾け迅速に対応し、安心して任せて頂ける様、努めています。また必要であれば随時連絡を取り、ご本人様の状態をご報告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。	ニーズ把握の為には十分な時間を取り、ご家族様、ご本人に負担の少ない支援になるように心がけています。介護用品や一般のベット等の入手手配、身の回りに必要な物の手配相談などもおこなっています。		
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。	日常生活の中で食器拭き、配膳、清掃、金魚や植物のお世話等、身近なことで役割を持ってホームの一員として生活していただけるように支援しております。その中で自然と利用者様同士、支え合う姿も見られます。		
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。	日頃の様子などをご家族様に伝え、利用者様の状態を把握していただいています。衣類や身の回りの物についても相談しながら、用意していただく場合もあります。		
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。	面会時間や面会者の制限はありません又、ご家族と外出されたり、外泊する事の制限もありません。手紙や電話のやり取りも希望に添った対応を行っております。	日頃の言動から把握した意向や思いは個人別の自分史に記入しています。以前経営していた店舗に行きたいという利用者を、職員が付き添って見に行き馴染みの商店街の人と交流したことがあります。家族が墓参りに連れ出したり、友人を連れて来訪する事もあります。	

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
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。	1日の生活の中でおやつ、食事は全員揃って摂るようにしています。職員も一緒に輪の中に入り、共通の話題が持てるように支援しています。利用者様同士自然と馴染みになり、お互いに支え合う場面も多く見られております。		
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。	退所をお考えの場合には、その後の行き先も含めて話し合いを持ち、これまでの支援状況などの情報提供をして最後までフォローしています。		
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。	日常のご様子や発言、行動から本人の気持ちの把握に努めています。意志の疎通が困難な場合でも、表情から発見できるように、細かい観察を心がけております。職員間では申し送りや連絡ノートなどで情報の共有をして意向の把握に役立てております。	利用者全員が自分の意思表示が可能です。日頃の言動から把握した思いや意向は個人別の「自分史」に記録し、個別支援の「思い出の場所を定期的に訪ねる」などに活かしています。音信不通の肉親に会いたい利用者の要望を把握し、行政に相談したことがあります。	
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情報はいつでも見られる様にファイルに保管し、職員がいつでも確認できるようになっております。入居後も本人からの会話や、家族、役所担当者から得られた情報は相談記録、ケース記録、フェースシートなどに記載しています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	夜勤者から日勤者へ、日勤者から夜勤者へ常にご様子を業務日誌に記録し、口頭でも報告しています。また、言葉が発せられない方でも些細な変化からニーズを探れるように心がけて支援しております。		

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
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。	医療、看護それぞれ訪問記録を作成し、ホームからの報告や訪問時に話し合った事を記録しています。また介護面の支援状況を加え、ご本人の気持ち、ご家族の意向を取り入れ、多角面からの意見が反映されるようにしています。基本は3ヵ月ごと必要に応じて見直し作成しています。	医師や看護師の意見、家族の要望を聞いてカンファレンスで介護計画を作成しています。日常支援している職員の意見を参考に3ヶ月ごとにモニタリングし、半年ごとに見直しています。リウマチでリモコン操作ができなかった利用者に、操作しやすいリモコンに変える事で自分で使えるようになった事例があります。	
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。	個別にケース記録を作り、日常の様子や支援状況、医療、看護、行政、家族など、様々な情報を記入し職員はいつでも情報を確認できるようになっており、そこから得られた情報は介護計画を作成するときの情報として活用しております。		
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。	法人では、ケアセンター、訪問看護ステーション、小規模多機能 レストラン、福祉用具事業所などがあり、様々なニーズに柔軟に対応できる体制があります。また、提携病院以外への受診（以前からのかかりつけ医）にも対応しています。		
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、夏祭り、体育祭、町内清掃などの参加が可能です。又地域ケアプラザ、地区センターの図書間へも頻繁に出かけています。自治会を中心に地域の一員として暮らして頂いております。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科、精神科、皮膚科、歯科、訪問看護の定期的な往診、訪問があり、ターミナルケアを受ける体制も整っており、希望の主治医を選んでいただけます。また、主治医より、専門分野への紹介も行っております。	医療連携体制加算の事業所です。利用者の状況を考えて内科もしくは精神科の医師を紹介しています。内科医と精神科医がそれぞれ月2回往診に来ています。歯科医は週1回、皮膚科の医師は必要に応じて往診に来ています。	

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。	訪問看護ステーションとの契約に基づき日頃の健康管理や相談を受けられます。日常の状態は連携ノートで細かい変化を伝えて情報を共有しております。訪問は週1回必ず行われておりますし、24時間いつでも相談できるシステムが整っております。		
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。	入院時は医療機関へ情報を提供し、入院中は定期的に訪問し様子を伺います。その時の御様子等はケース記録に記載し、情報を共有しております。		
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。	事業所にはターミナルケアを受け入れる体制が整っており、入居時にも説明しています。又、重度化した時点で主治医、訪問看護から説明をし、本人、家族が納得の行く支援に取り組んでいます。事業所として今までに10件以上の実績があります。	入居契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」の説明をしています。状態の変化に伴い、家族、医師、看護師と話し合い、「看取りに関する指針」を契約しています。「ターミナルケアマニュアル」が整備され、法人の看取りの研修を受けています。看取りの実績もあります。	
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。	法人内の勉強会やカンファレンス、外部の研修等を通じ応急手当や初期対応の訓練を行っています。急変時の対応についても、マニュアルを目に付くところに貼ってあります。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回定期的に消防署立会いの元避難訓練を行い、訓練時には地域の方にも参加していただき、災害時に対応出来る様になっています。施設には3日分の水と食料を備蓄しており、法人で4日分の備蓄があり、計7日分の水、食料を確保しております。	避難訓練は、年2回実施し、毎回、消防署の出張所々長が指導しています。近隣住民の参加もあります。自治会の防災訓練の場として駐車場で消火訓練なども行っています。災害時用の非常食は刻み食を含めて3日分準備しています。	

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。	接遇マニュアルが整備されており、マニュアルに基づき職員全員が支援を提供し言葉かけや態度などに注意して、落ち着いた態度で対応出来る様に心がけております。	玄関には「個人情報保護方針について」「当社の個人情報保護方針」を掲示しています。職員は、声かけの際に声の大きさに注意をしています。個人情報のファイルは、事務室奥のホーム長室の鍵の掛かるキャビネットに保管しています。	
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。	入浴時間や洋服選び、その人の生活リズムに合った声掛けを行い、ご希望に合わせて自己決定していただいています。コミュニケーションを良くとり、本人が話しやすい環境づくりを心がけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	1日の過ごし方はご本人が決定していただいています。また希望に添い散歩や買い物、ドライブ支援をおこない、入浴や食事などは、その方の体調や気分に合わせて良い時間に摂って頂け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。	服装についてはご自分で選べる方にはご自分で決定していただき、難しい時には職員と一緒に選び、自己決定できる支援をしています。訪問のヘアカットも受けていただき、身だしなみを整え外食や音楽療法など外部の人と接する機会を設けております。		
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。	食事のテーブル準備、配膳、お茶入れ食器拭きなど出来ることに参加していただいています。また職員と献立について話し合ったりしてお好みに対応しています。月に1回は法人の中華レストランに外食に出掛けられます。	調理メインの職員が利用者に食べたい物を聞き昼食と夕食を作っています。利用者は、自家菜園の収穫から下ごしらえなどを職員と一緒にいき、食卓に出た食材を話題にして会話をしながら味わっています。おせち料理など行事食も食卓に上がっています。	

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
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。	事業所には栄養士がおり、糖尿病や腎臓病等で病人食が必要な場合もすぐに対応する事が出来ます。食事や水分の摂取量はチェックシートにて個々に細かく記録しており、状態に応じて常食からミキサー食まで様々な形態に対応しております。		
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。	食後には口腔ケアをし清潔を保てる様に支援しております。身体機能によりご本人が行えない場合には職員が歯磨きティッシュを使い口腔ケアを行います。訪問歯科の往診もあり、口腔ケアだけでも利用いただけます。		
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。	個々に排泄チェックシートを作成し、その方の排泄パターンに合わせたお声掛けやトイレに同行する事で失敗を減らし、少しでも自立してトイレに行って頂ける様に支援しております。	排泄チェック表と一週間のバイタル表で排泄の状況を確認しています。利用者には出来るだけトイレで排泄できるように支援しています。排泄に関する声かけや確認は、他の利用者に聞こえないようさりげなく行っています。紙パンツから布パンツに改善した利用者がいます。	
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。	担当医に相談はもちろん、日常の食事にヨーグルトや納豆などの発酵食品、根菜類、海草類を多く取り入れることや、体操や散歩で体を動かすなどで下剤に頼らない便秘予防に取り組んでいます。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	清潔保持の為、基本的な曜日は決まっています(週3回) 体調不良やご本人の希望があれば、曜日や回数を気にせず入浴していただけます。一般入浴の困難な方には、機械浴も設置されており、重度の方にも安心して入浴していただけます。	入浴チェック表を使用し、入浴の状況を把握しています。利用者は、基本的に週3日入浴しています。機械浴を設置し、介護度の高い利用者でも安心して入浴できるように対応しています。季節を感じてもらえるように、ゆず湯などにしています。	

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。	ご本人のご希望によりいつでも居室に戻り過ごしていただけます。エアコンの温度調整にも気を配り過ごしやすい環境作りをおこない快適で安心して休めるように支援しています。		
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。	個別ファイルには薬の目的、用法、用量、副作用などの情報が細かく記載された物を綴じてあり、職員全員が情報を共有しています。また、服薬の変更はそのつど申し送りをし暫くの間は様子観察を行い、その変化は担当医に随時連絡し、指示を受けております。		
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。	洗濯物たたみ、新聞折り（オムツ廃棄時使用）金魚、観葉植物のお世話、清掃等の日常生活の役割は利用者様と職員が一緒に行い、楽しく作業を行う時間を共有しています。		
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。	日常の散歩は天候に考慮し行っています。その他、法人所有の中華レストランへ食事会や音楽療法へは車椅子の方でも負担なく外出出来る様に、車椅子のまま乗り込める車での送迎を行うなど、定期的に外出する機会を設けております。	職員と近隣の地区センターに行き、図書館で本を借りたり、管理者が法人へ行くときなどに一緒に行き、帰りに買い物をしています。定期的な外出として月1回法人の中華レストランに外食に行き、月2回音楽療法で外出しています。	
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。	ご希望の方には買い物や外出に同行し、その際に職員が付き添いご自分で支払いをしていただく支援をしています。現金の管理はホームにて行っております。		

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
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。	電話を掛けたり、手紙のやり取りの制限は一切設けておりません。ご希望に応じ、レターセット、年賀状の用意もしています。		
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。	冷暖房完備されており、快適な温度で過していただけます。また、トイレ清掃は1日3回行き、清潔を保つようにしています。又、季節ごとの飾り付けや、壁新聞を貼り、楽しんでいただいております。開放感があり、大きな窓からは周囲の自然を楽しむことができます。落ち着いた雰囲気施設の施設になっております。	廊下、リビング、浴室、トイレなどの共用の空間は、全体的に広々とゆったりとした造りとなっています。リビングの大きな窓から常に陽が入り、季節ごとに利用者がレクリエーションで制作した作品などを飾っています。2台の流し台が食事の際に役立っています。床暖房となっており、加湿空気清浄機も設置しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	居室以外は共用の場所で、どこにいても良くなっています。ベランダは広く、天気の良い日は日光浴などもしていただけるようになっていす。		
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。	居室のレイアウトや持ち物は自由に出来、入居中でも家具の移動などいつでも希望のレイアウトに対応できます。万が一修理が必要になった時も修理を行うサービスも整っており、使い慣れた物をいつまでも使用していただけるように支援しております。	各居室に温度湿度計があり、24時間自動換気をしています。利用者は、タンス、鏡台、テレビ、仏壇など馴染みの物を持ち込み、利用者自身が制作した折り紙やぬり絵を飾っています。エアコンはありますが、乾燥が少ないオイルヒーターを入れています。	
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。	広い施設を生かし、歩行や車椅子での移動には障害物はなく、安全に移動出来ます。トイレや風呂場も広く、介護者が同行しても十分にプライバシーを確保しながら、ゆったりと支援できる環境が整っています。共用部分には大きな表示も設置し、混乱や迷いが無い様に工夫しております。		

事業所名	グループホームすもも
ユニット名	めぶき

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ます。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (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。	理念に基づき、より家庭的で地域に根差した施設づくりを行っております。地域にも認知していただき、利用者様は様々な場面で地域の一員として交流を持って生活されています。		
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。	日常の挨拶から始まり、自治会主催の行事への参加は積極的に行っており、利用者様が地域に馴染む為の交流はもちろん、お互いの情報交換も行っています。自治会や近隣の施設との合同消防訓練も行っています。		
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。	町内会長、民生委員、地域ケアプラザを介し行われる、運営推進会議で地域の高齢者情報を得たり、ホームの様子を話したりしながら、認知症への理解を深めていただけるように努めています。		
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ヵ月毎に開催される運営推進会議では、施設での活動報告等で情報を公開し事業所の理解を深めていただくと共に、地域の情報を得る場として活用しております。同じ地区の同法人施設も加わり、毎回活発な意見交換がなされております。		
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取り組んでいる。	行政主催の地域密着型サービス事業所連絡会では、行政や法人外の施設との情報交換や事例検討を行える場が設けられています。運営推進会議でも行政の参加があり、行政とのつながりをより強くしてサービス提供の向上に努めています。		

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
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。	車椅子からの立ち上がりやベットからの転落等のリスクにも拘束は一切せず、原因追究と排除によってリスク回避を図っております。身体的拘束等適正委員会を設け、職員に定期的にアンケートを取りより深い理解の上、介護サービスに反映しています。		
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている。	社内における勉強会や研修会で内容、必要性を確認しています。虐待防止マニュアルは、職員がいつでも確認出来るようになっており。日常生活の中で虐待が見逃されないように日々の変化に素早く対応出来る様に努めています。		
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。	利用者様の利便性と権利を守るため、成年後見人制度は積極的に利用していただけるように、関係者に働きかけております。		
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。	施設管理者が契約時必ず立会い、不明な点がない様に時間を掛けて随時質問を受けながら、説明しています。又、出来る限り明確にわかり易い説明を心がけております。		
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。	通常は定期的に送付する手紙や面会時に話を伺い、要望を受けています。普段から気軽に来ていただける様な雰囲気づくりを心がけ、話しやすい環境づくりをし、電話連絡などでご家族との友好な関係が保て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
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。	カンファレンスを開催し職員間での情報の共有をし、統一した介護が出来る様になっています。又、通常より申し送りや連絡ノートなどでコミュニケーションを取り合い、活発に意見が交換出来る様に努めています。		
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。	管理者は細部に気を配り、気軽に話が出来ると雰囲気作りを心がけています。研修や資格獲得などは積極的に声掛けをし、希望の職員には、勤務日程を調整しサポートしています。また、勤務経験によって仕事を任せ、評価する事でやりがいを持てる様にしています。		
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。	法人は職員の研修会参加を推奨しており、研修の情報提供や勤務調整等のサポートを優先して行っております。年に1度、法人で事例報告会を開催し、職員は発表に向けて目標を掲げ、様々な取り組みを行う中で、自然と知識や技術がみにつく様になっております。		
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。	近隣の事業所へ協力を仰ぎ、グループホーム分科会や連絡会に加入し、近隣の同業者間での交換研修を行っています。アイシマグループ全体会議などで、他の事業者との情報提供を行っています。		
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。	最も不安に思われる時期であり、不安を取り除く事に重点を置いています。よく傾聴をし、得た情報は職員間で共有し支援する時に役立てています。また、希望には出来る限り迅速に応え、そこから信頼関係を築いて行かれるように努めております。		

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
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。	本人、家族共に不安な時期です。変化があれば、随時連絡を取り、状態を報告し、積極的にお声掛けする事で不安を取り除くよう努めています。その中で出た希望には迅速に対応し、安心して任せて頂ける様、努めております。		
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。	話し合いに十分な時間をとり、ニーズの把握に努め、本人の負担の少ない支援になるように心がけています。また、車椅子、介護ベット等の介護用品や一般のベット等の入手手配や、身の回りに必要な物は入手手配出来る様になっております。		
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。	日常生活の中で食器片付け、食事の下ごしらえ、配膳、等、身近なことで役割を持ってホームの一員として生活していただけるように支援しております。その中で自然と利用者様同士、支え合う姿も見られます。		
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。	ご家族様とは密に連絡を取り合い、利用者様の状態について報告しています衣類や身の回りの物についても相談しながら、用意させて頂いています。また、往診以外の受診等のご家族様にも協力いただいております。		
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。	面会時間や面会者の制限はありません又、家族と外出されたり、外泊する事の制限もありません。手紙や電話のやり取りも希望に添った対応を行っております。馴染みの場所へのドライブなども付き添い支援いたしております。		

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
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。	食事は全員揃って摂るようにしています。朝はラジオ体操を日課として全員で体を動かし、レクリエーションを取り入れて共通の話題が持てるように支援しています。利用者様同士自然と馴染みになり、お互いに支え合う場面も多く見られております。		
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。	本人、家族の意向を最優先に十分な話し合いを行います。又、退所をお考えの場合には、その後の行き先も含めて話し合いを持ち、最後までフォローいたします。		
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。	日常の対話や行動から本人の気持ちの把握に努めています。意志の疎通が困難な場合でも行動や発言、表情から発見できるよう、細かい観察を心がけております。職員間では日々の申し送りや連絡ノートなどで情報の共有をして意向の把握に役立てております。		
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情報はいつでも見られる様にし、入居後も本人からの会話や、家族、役所担当者から得られた情報は相談記録、ケース記録、フェースシートなどに記載し、個人記録ファイルにファイルし、職員がいつでも確認出来る様になっております。		
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。	朝9時に夜勤者から日勤者へ夕方4時半に日勤者から夜勤者へその日の様子を業務日誌に記録し、口頭でも報告しています。また、利用者様を良く観察し、言葉が発せられない方でも些細な変化からニーズを探れるように心がけて支援しております。		

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
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。	医療、看護それぞれ訪問記録を作成し、訪問時に話し合った事を記録しています。介護面からのアプローチも加え、本人の気持ち、家族の意向を取り入れ、多角面からの意見が反映されるようにしています。基本は3ヵ月ごと必要に応じて見直し作成しています。		
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。	個別にケース記録を作り、日常の様子はもちろんの事、医療、看護、行政、家族など、様々な情報を記入し職員はいつでも情報を確認できるようになっており、そこから得られた情報は介護計画を作成するときの情報として活用しております。		
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。	法人では、ケアセンター、訪問看護ステーション、小規模多機能 レストラン、福祉用具事業所などがあり、様々なニーズに柔軟に対応できる体制があります。また、提携病院以外への受診にも対応しています。		
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、夏祭り、体育祭、町内清掃など催し物へ多く参加しています。又地域ケアプラザへも頻繁に出かけています。自治会を中心に地域の一員として暮らして頂いております。		
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。	内科、精神科、皮膚科、歯科、訪問看護の定期的な往診、訪問があり、ターミナルケアを受ける体制も整っており、希望の主治医を選んでいただけます。また、主治医より、専門分野への紹介も行っております。		

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あ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。	訪問看護ステーションとの契約に基づき日頃の健康管理や相談を受けられます。日常の状態は連携ノートで細かい変化を伝えて情報を共有しております。訪問は週1回必ず行われておりますし、24時間いつでも相談できるシステムが整っております。		
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。	入院時は医療機関へ情報を提供し、入院中は定期的に訪問し様子を伺います。その時の御様子等はケース記録に記載し、情報を共有しております。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	事業所にはターミナルケアを受け入れる体制が整っており、入居時にも説明しています。又、重度化した時点で主治医、訪問看護から説明をし、本人、家族が納得の行く支援に取り組んでいます。事業所として今までに10件以上の実績があります。		
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。	法人内の勉強会やカンファレンス、外部の研修等を通じ応急手当や初期対応の訓練を行っています。急変時の対応についても、マニュアルを目に付くところに貼ってあります。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回定期的に消防署立会いの元避難訓練を行い、訓練時には地域の方にも参加していただき、災害時に対応出来る様にしていきます。施設には3日分の水と食料を備蓄しており、法人で4日分の備蓄があり、計7日分の水、食料を確保しております。		

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
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。	接遇マニュアルが整備されており、マニュアルに基づき職員全員が言葉かけや態度など、目上の方であるということを心に留めて丁寧に、落ち着いた態度で対応出来る様に心がけております。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	入浴時間や洋服選び、1日の過ごし方などは基本的に自己決定していただいています。コミュニケーションを良くとり、本人が話しやすい環境づくりを心がけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	1日の過ごし方は自己決定していただいています。散歩や買い物、ドライブ、庭掃除など希望に添えるように支援すると共に、入浴や食事などは、その方の体調や気分に合わせて良い時間に摂って頂け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。	服装は自分で選べます。難しい時は一緒に選び、自己決定できる支援をします。清潔な物を身に着られる支援もしています。訪問理容師を受けられます。おしゃれをして出かけられる様、外食や音楽療法など外部の人と接する機会を設けております。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事作りの手伝いや食器を片付け、テーブルを拭き、配膳など出来ることに参加しています。また、事業所内の畑で育てた野菜を収穫し、取れたて野菜を食べる事が出来、法人の中華レストランに外食に出掛けたりします。		

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。	事業所には栄養士がおり、糖尿病や腎臓病等で病人食が必要な場合もすぐに対応する事が出来ます。食事や水分の摂取量はチェックシートにて個々に細かく記録しており、状態に応じて常食からミキサー食まで様々な形態に対応しております。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後すぐにお声掛けをし、口腔ケアをし清潔を保てる様に支援しております。重度化しご本人が行えない場合には職員が歯磨きティッシュを使い食後に口腔ケアを行います。訪問歯科の往診もあり、口腔ケアだけでも利用いただけます。		
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。	個々に排泄チェックシートを作成し、その方の排泄パターンを見つけ出し、早目のお声掛けやトイレに同行する事で失敗を減らし、少しでも自立してトイレに行って頂ける様に支援しております。		
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。	担当医に相談はもちろん、日常の食事にヨーグルトや納豆などの発酵食品、根菜類、海草類を多く取り入れることや、体操や散歩で体を動かすなどで下剤に頼らない便秘予防に取り組んでいます。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	清潔保持の為、基本的な曜日は決まっています(週3回) 体調不良やご本人の希望があれば、曜日や回数を気にせず入浴していただけます。一般入浴の困難な方には、機械浴も設置されており、重度の方にも安心して入浴していただけます。		

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。	個室ではいつでも横になって休んで頂ける様になっております。エアコンや湿温計を完備し室内の温度、湿度、にも気を配っております。庭には布団干し場も設けており、天気の良い日には布団を干し、快適で安心して休めるように支援しています。		
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。	個別ファイルには薬の目的、用法、用量、副作用などの情報が細かく記載された物を綴じてあり、職員全員が情報を共有しています。また、服薬の変更はそのつど申し送りをし暫くの間は様子観察を行い、その変化は担当医に随時連絡し、指示を受けております。		
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。	洗濯物たたみ、ビニール袋たたみ、ペーパー折り等の日常生活の役割は利用者様同士で行い、楽しく作業を行う時間を共有しています。また、季節の飾りつけ等も職員と一緒に会話を楽しみながら行っております。		
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。	日常の散歩は毎日行っております。その他、法人所有の中華レストランへ食事会や音楽療法へは車椅子の方でも負担なく外出出来る様に、車椅子のまま乗り込める車での送迎を行うなど、定期的に外出する機会を設けております。また、個別による希望にも出来る限り応えるように努めております。		
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。	ご希望の方には買い物や外出に同行し、その際にご自分で支払いをしていただく支援をしています。現金の管理はホームにて行っております。		

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
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。	電話を掛けたり、手紙のやり取りの制限は一切設けておりません。ご希望に応じ、レターセット、年賀状の用意もしています。		
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。	冷暖房完備されており、快適な温度で過していただけます。また、トイレ清掃は1日3回行い、清潔を保つようにしています。又、季節ごとの飾り付けや、壁新聞を貼り、楽しんでいただいております。開放感があり、大きな窓からは周囲の自然を楽しむことができ、落ち着いた雰囲気施設の施設になっております。		
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。	居室以外は共用の場所で、どこにいていただいても良くなっています。中庭は広く、芝生になっており、安全に散歩していただけるようになっています。		
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。	居室のレイアウトや持ち物は自由に出来、入居中でも家具の移動などいつでも希望のレイアウトに対応できます。万が一修理が必要になった時も修理を行うサービスも整っており、使い慣れた物をいつまでも使用していただけるように支援しております。		
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。	広い施設を生かし、歩行や車椅子での移動には障害物はなく、安全に移動出来ます。トイレや風呂場も広く、介護者が同行しても十分にプライバシーを確保しながら、ゆったりと支援できる環境が整っています。共用部分には大きな表示も設置し、混乱や迷いが無い様に工夫しております。		

2019年度

目標達成計画

事業所名 グループホームすもも

作成日：令和2年 2月 20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	33	入居から数年が経過した高齢の入居者様が増えた事や持病の悪化などでターミナルケアへの移行が今後予想されている。これまでもターミナルケアの実績はありますが、職員の交代などで未経験の職員が増えている。ターミナルケアを学ぶ機会を増やしていきたい。	ターミナルケア未経験の職員が研修、勉強会へ参加し、ターミナルケアの基礎知識を学ぶ。ターミナルケアの経験がある職員から学びながら一緒に実践できるようになる。	法人の教育研修会、施設部勉強会、外部研修会へ積極的にターミナルケア未経験の職員を参加させる。またターミナルケアの開始時は経験がある職員がリーダーとなり未経験の職員を指導し一緒に実践していく。	12ヶ月
2	35	年2回の避難訓練は継続し、地域住民参加の避難訓練は実施してきたが、今年度から行っている自治会との合同避難訓練（防災訓練含む）を今後も定期的に実施していきたい。また大雨洪水などの水災害も心配がある。	自治会、近隣施設との合同防災・避難訓練を毎年継続しておこなう。（大雨洪水などの水災害訓練も含む）	自治会長、ケアプラザ職員、近隣施設管理者と訓練計画について話し合い実施に向けて取り組んでいく。また運営推進会議や瀬谷消防署から水災害（洪水、防風など）についての情報を集め、避難経路や避難場所の確認をおこなっていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月