

平成30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	1493400178	事業の開始年月日	平成21年4月1日
		指定年月日	平成21年4月1日
法人名	株式会社 アイシマ		
事業所名	グループホームほのぼの		
所在地	(246-0023) 神奈川県横浜市瀬谷区阿久和東4-32-3		
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	平成30年10月1日	評価結果 市町村受理日	平成31年3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/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)】

当ホームは、瀬谷区阿久和の住宅街の一角に有り、開所以来、自治会からもご支援いただき地元の方からは季節ごとに畑で収穫されたお野菜の提供があり、入居には実際にとれたての野菜に触れていただき、献立を決定される事も多く、文字通り地域に密着したホームです。それは、なにより利用者の笑顔が物語っており、近所の方や職員との信頼関係も培われ、ホーム内は大変落ち着いております。地域の資源も活用し、「原小学校」との交流は、毎年二年生5クラス全員の訪問を受け昔遊びをしたり生徒の発表の場として提供。盆踊りで瀬谷音頭を一緒に踊り交流を深めております。日常のケアは「出来ることを失わせないケア」に力を入れ、食器洗いや調理、もやしの芽採り等、残存能力を大切に、利用者はそれぞれの場面で活躍でき、いつも笑顔で自信に溢れ、職員、利用者問わず「ありがとう」の言葉が飛び交うところ温かいホームです。家族も参加しての行事も年に二回有りほとんどのご家族が心待ちにされ、いつも大盛況です。今後も、ご家族と職員が丸となり、利用者が穏やかに自信を待って暮らしていけるように支えたいと思います。

【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	平成30年11月16日	評価機関 評価決定日	平成31年1月26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、相鉄本線三ツ境駅からバスで10分「阿久和坂上」または「阿久和」バス停下車3～4分の閑静な住宅地にあります。原小学校の隣に位置し、運動会などで児童との交流を深めています。

<優れている点>

できる限り自分のできることは自分ですることに力を入れています。押さえつけることなく、本人のできる場所から始めています。入居前の生活歴を見ながら、利用者一人ひとりに合わせた介護を職員が考え、作り上げています。日々のレクリエーションも、体を動かす体操を盛り込み、利用者全員で行っていて、毎日を元気に過ごせる支援をしています。

<工夫点>

食事はすべて手作りで提供しています。職員が毎日献立を考え、近所でもらった野菜も使いながらアレンジした内容となっており、メニューに無いプラス1品が食卓に上ることもしばしばあります。食事には、ぬか漬けを必ず入れています。また、便秘予防におやつや間食にもバナナヨーグルトとオリゴ糖など発酵食品を取り入れています。このため便秘の利用者はなく、日中は布パンツの利用者が半数で、残りの人はリハビリパンツを使用しています。

【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	グループホームほのぼの
ユニット名	なごみ

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)
	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
<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
	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。	地域密着型サービスの意義を基に掲げられた理念を、入職時のオリエンテーションで職員に理解してもらい、理念に沿った統一したケアの実践につながるよう取り組んでいます。又、ミーティング時には時々話し合いを持ち、ブレないように確認し合っています。	理念は地域、職員、利用者、の結び付きを大切にしている内容になっています。事務所に貼りだし、ミーティングでも月に1回読み上げて理念の実践に取り組んでいます。その他に事業所の理念と目標を年度ごとに作成しています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会は宮の越自治会に所属し、利用者や職員は、自治会の敬老会や昼食会に参加します。又、ホームの行事には地域の方も参加し利用者顔なじみです。原小学校の夏祭りの南部祭りでは、「瀬谷音頭」を一緒に踊り、生徒は学習の発表の場としてホームに来ています。	自治会とのつながりは毎年継続して行われ、敬老会や夏祭り、学校の運動会に参加し、世代を超えた付き合いが出来ています。隣接の小学校の児童が作った作品を、校長先生が定期的に持ってきてくれ、事業所の玄関に飾り、ホームの看板になっています。	
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。	地域の方に、認知症の方の特徴や行動を知っていただくためご近所の方や、見学者を受け入れ実際のケアを見ていただいたり、自宅で介護されている方が介護で疲弊されないように相談に乗りアドバイスもさせていただいています。町内会長などの協力も得られ、現在に至ります。		
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ヶ月に1度の運営推進会議では、利用者の日常生活の報告を行いアドバイスをいただいています。行事への参加をお願いし、生の利用者を知っていただいた上で率直なご意見を伺い、取り入れる努力をすると共に利用者の利益につながる情報を収集しています。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。自治会々長、民生委員、利用者家族、地域包括支援センター職員などがメンバーです。不審者の施設侵入事件が新聞で取りあげられた事を踏まえ、今年度から事業所の玄関は鍵をかけています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	地域包括の職員とは密に連絡を取り合い、事業所の空き情報や、困難事例を相談しています。今回も医療行為を欠かせなくなった入居者を適切な施設に速やかに繋げることが出来ました。又、瀬谷区役所とは瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会を通じ意見交換や研修に参加しています。	瀬谷区、旭区、戸塚区、泉区のグループホームが集まるグループホーム連絡会で連携しています。横浜市役所の職員が出席することもあります。瀬谷区とは事業所の実地指導について事前に話し合いもできる環境にあります。	

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
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。	当ホームは開所以来13年間玄関に鍵を掛けたことは無く、鍵のかかってないホームとして地域に知られていましたが、29年度、障害者・高齢者をターゲットにした事件を受け、ご家族からの強い要望で30年度より施錠をおこなっています。地域の方、ご家族の方に安全・安心を提供させていただけると喜ばれています。	身体拘束のマニュアルが整備しており、会議記録も作成しています。年に2回研修会を開催しています。事業所としても勉強会を行い、職員に質問形式のアンケートを取ることもあります。ケアの実践については、あえて声をかけず、そばで寄り添う事と、言葉を遮らないことを職員同士で決めています。	
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。	管理者や職員は、内外の研修で学び、ホーム内でも研修を重ね、常に自分達のケアはどうか振り返り、ミーティングを行っています。又、お互いのコミュニケーションを蜜にとることで、支援方法などについても気軽に話せる職場作りに努めております。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	研修に参加を促したり、折に触れ制度について説明を行っていますが内容が難しく職員は理解するまでにはいたっていません。これからも理解が深まるように機会あるごとに話し合うように努めてまいります。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に、納得いくまで家族に説明し、不明な所はそのままにせず何でも質問していただくようにしています。また後日、気付いた点や不明な点があった場合でも、説明をし同意をしていただけるよう、時間をつくり説明の場を設けております。		
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。	玄関にご意見箱を用意し家族に自由に書いていただけるようになっていますが、管理者や職員が話しやすい雰囲気を作っているため、直接伝えてくれます。利用者も希望や意見が自由に言え、食べたい物や食卓の席替えなど希望に応えたケアが実現できています。	「ご意見箱」を設置しています。苦情の投書はありません。家族が面会に来ることも多く、職員が直接家族から要望や意見を聞いています。利用者とも毎日話をしています。傾聴ボランティアも来ています。	

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
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。	月一回のミーティング時に管理者からの報告や伝達に終始せず、必ず職員に意見を求めホームの運営に係わりを持つように働きかけ、良い意見やアドバイスがあれば取り上げています。又、発言しやすい雰囲気が出来ています。現在も継続しております。	管理者は、職員と月に1度話し合いの場を設けています。管理者は否定や却下しないことに重点を置いています。職員の話から気付かされることも多く、良い雰囲気の中でミーティングが行われています。	
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。	職員の能力や経験を基に資格の取得を勧め給与のアップに繋げたり、責任を持って生き生きと働けるように、それぞれの特性や能力に応じ仕事を選び任せるようにしています。又、同僚同士は先輩、後輩、年齢などに関係なく互いに尊重するように指導しています。常にお互いの支援の方法を確認がとれる環境にあります。		
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。	月1回の法人の勉強会への参加やグループホーム連絡会の研修会、連携病院の研修への参加など研修参加への機会の確保や参加実績があります。職員も積極的に参加しています。現在も継続しております。		
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。	連絡会を通じ、職員は交換研修や各種研修に参加し学び、サービスや質の向上に取り組んでいます。又管理者は、同業者と個人的なネットワーク作りをして互いに学び、瀬谷区地域密着型サービス連絡会では意見交換や情報交換を行い情報の共有をし、切磋琢磨できる環境にあります。		
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。	サービスを利用される前に本人の情報を収集し、スムーズな入居、ホームでの生活につなげるように配慮しています。本人がホームでの生活に何を期待され、何が不安なのか、心に寄り添い親身になって傾聴することで安心していただいています。現在も継続しております。		

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
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。	これまでの経緯をゆっくりと聞いてあげることによってご家族は安心され、家族の希望や家族間の意見の違いなどもオープンに話していただきます。それをすべて受け止め、まず、今までのご苦勞を労うことから始め、信頼関係を築くように努めています。いつでも話せる環境作りに努めております。		
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。	家族から細部にわたり情報の収集を細行い、初期対応につまづくことなく、柔軟な対応で臨み、時によっては他の事業所のサービスに繋げたり、改善に向け支援の提供も行います。ご本人にあった支援方法・場所をご家族と一緒に考え、これから先の支援につなげております。		
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。	職員と一緒に料理の下ごしらえや食器洗い、洗濯物たたみなど、日常の関わりの中で、それぞれ可能な限り体調に合わせた役割を持っていただき、共に支えあう関係を築いています。共同作業をしつつ利用者の昔話などから職員が学ぶ場としてもいい関係であると言えます。		
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。	当ホームの理念にもあるように、家族との結びつきを大切に、どんな小さな変化でもお伝えすることを心がけ、家族と同じ思いで支援していることを再確認しています。又、ホームの行事に家族も参加していただき協力体勢を強化しています。家族のほとんどが行事に参加され、利用者様と一緒に楽しむ姿が見られます。		
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。	一人ひとりの生活環境を尊重し、地域にいる馴染みの友人や知人に訪問してもらったり、継続的な交流ができるように支援しています。又、单身の方でも、ご友人との結びつきを大切にしております。	利用者は、地元の人が多く、近くに馴染みの場所があります。家族も近くに住んでおり、利用者を連れ出すことも多く、外泊することもあります。外出の機会のない利用者は自治会主催のレクリエーションに参加しています。	

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
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。	皆で仲良く過ごす時間や、気の合う人同士で仲良く過ごせるように気配りし、その場面作りを働きかけています。又、孤立されていると感じたときには、さりげなく職員が介入し、良好な関係が築けるように支援してるので仲間を労わる光景も数多く見られます		
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。	サービス利用が終了した家族の方の相談にのり解決への道を一緒に考えていくこともあります。		
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。	利用者一人ひとりの希望や意向を把握し、家族とも話し合いに努め意向を汲む努力をしています。意思の把握が困難な方には、その時々々の場面においてその方の笑顔を基本にし、何をしたらより笑顔になるか、細かく観察し思いの把握に努めています。	利用者の話を聞き、意向の把握に努めています。寄り添うことを基本に、部屋で話をしたり、事務所で個別に話を聞いています。温度についての希望があり、職員全員で考え、対応しています。	
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。	入居時に入居までの経緯や成育歴、趣味、好きな食べ物、嫌いな食べ物、されて嫌なこと、嬉しいことなどの細かい情報を頂き、その情報から大きくかけ離れることがないように気を配り、馴染みの暮らしが継続出来る様に努めていると共に情報を共有しています。		
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。	利用者との何気ない会話や、仕草の観察に努め、さらに情報を共有し正しい見極めが出来る様に努めています。又、何事もお先走らず、ゆっくり見守り、出来ること、むずかしいことを正しく見極め「出来ることを失わないケア」の実践につなげています。		

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	本人、家族、主治医、職員の話し合いから、介護計画を作成しますが、特に家族や本人の思いは十分に反映させ、主治医、看護師の意見を入れます。毎月一回は一人ひとりの見直しをし、期間の途中でも問題があれば現状に即したプランに変更しています	自立した心やプライドを大切に、その人らしさが出せるような介護計画の作成に努めています。医師と看護師から一人ひとりの助言を受け、職員には利用者の行事の取り組み方、家族からは生活歴作成の協力をもらっています。	
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。	日常の様子観察や実際行ったケアを出来るだけ細かく個別に記録し、気付いた事や工夫を職員間で共有し統一したケアや見直しを行い、介護計画に生かしています。又、朝の申し送りでは、昨夜気づいた問題もその場で報告し話し合い、ケアの見直しに繋がります。		
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。	本人や家族、職員と必要に応じていつでもカンファレンスを行える様に努め、必要に応じて、主治医や訪問看護師の意見も直ぐに反映出来る体制が出来ています。又、家族にも協力を依頼し、その時々ニーズにスピード感をもって対応しています。		
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。	地域の資源は地域ケアプラザや町内の回覧板などで把握し、参加できる場所にはできる限り顔を出し、地域の方と利用者との間で顔の見える関係になるような支援を続けており、敬老会に参加したり、学校の運動会や、盆踊りで踊ったり楽しんでいただいています。		
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、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。	二人の主治医の中から本人及び家族の希望に添う主治医を選び、更に必要に応じてホームの協力医だけではなく、昔からの馴染みの掛かりつけ医に通院している方もいます。通院もご家族の対応が困難な時にはホームが対応します。	現在は利用者全員が協力医療機関の往診医を利用しています。週1回看護師が訪問し、一人ひとりの健康状態を把握しています。医師や看護師に相談したい事や、その回答を医療連携ノートに記録し、利用者の健康管理に役立っています。	

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
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1回の訪問時に健康上の問題点を相談し、より良い生活が送れるようにアドバイスを受けます。そして、相談事は医療連携ノートを活用し、互いに情報の共有をし連携をとっています。緊急時にはいつでも指示を仰げ、必要に応じて医師につないでもらえます。		
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。	入院した場合、早期退院の為の話し合いや協力を家族と充分に行い、医療機関と協力し、速やかな退院支援をおこなっています。そのためには、協力医療機関だけでなく、他の医療機関の地域医療連携室とも情報交換を行い関係を深めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化の指針を契約時に渡し必要になった時に、早い段階で家族や本人と話し合い説明、同意を得ています。何よりも本人の気持ちを大切に、家族と話し合い、利用者が安心して穏やかな終末期を過ごして頂ける様に努めています。今回も本人の意思確認をし記録に残し主治医に伝えた人が居ます。	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」に沿って事業所としてできることを説明しています。入居後の状況の変化に応じた説明や意思確認も行っています。職員は看取りについての外部研修を受け、ミーティングで情報共有をしています。	
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。	マニュアルを作成し、事務所に掲示したり、勉強会を実施し対応できるように。食事中の咽込みや、物が詰まったときの対応など、すべての職員が対応処置できるように訓練を行っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練をはじめ、避難経路の確認や消火器の扱い方の訓練を行っています。今年度も地域の方の協力で夜間想定訓練を行い、避難経路の再確認をすると共に「火を出さない！」ことを意識付けました。東日本大震災後、災害用備蓄品を見直し充実させましたが、今年度も、期限切れの缶詰などの点検、交換を行いました。	避難訓練で消防署の指導を受けています。避難訓練時には近隣住民が、外に出た利用者の見守りの協力をしてれています。避難が困難な場合は各部屋からベランダに出て救助を待つことになっています。備蓄食料は事務室のカウンター下に保管し、数量と消費期限をチェック表で管理しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	職員は、明るい表情で利用者と接するように心がけ、利用者が嫌悪感や負担感を感じる事が無いように、さりげない介護の実践に努めています。接遇についてもホーム独自の行動の指針を設け、態度や言葉遣いなどを入職時や勉強会で確認しています。	さりげない言葉かけや対応で、利用者が自己決定しやすい支援を行っています。行動指針やプライバシーポリシーを掲示し、全職員が法人の研修に参加して、利用者の尊厳を大切に介護に取り組んでいます。	
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。	散歩の場所や飲み物を選んだり、好きな靴をカタログを見て複数の選択肢の中から個々に選んで頂き、自身が決定する喜びを味わっていただいています。外食に出かけたときもメニューを見て自身で選んでもらうなど支援しています。		
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。	その人らしさを大切に守り、その時々のお気持ちに寄り添いその人らしい暮らしが送れるよう柔軟な対応を心がけ、決して無理強いせず、本人のお気持ちを一番大切にしよう心がけ、ホームに入ってから生活が激変することが無いように心がけています。		
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。	本人で決められる方は本人にお任せしています。決められない方は家族の意向に添うように心がけて支援をしています。散髪は定期的にされ、その人らしい装いで清潔感溢れる生活を支援しています。又、行事などに参加されるときは特に女性として爪にネイルを施したり、口紅をさしたりとおしゃれを楽しんでいただいています。		
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。	利用者同士の人間関係に配慮し、食席を決定し、気のあった方通し食事の時間も楽しく過ごして頂ける様な工夫をしています。又、食べ物の好みは出来るだけ尊重し好みのものを提供させていただきます。又、調理が好きな利用者には味付けを任せています。	週2回配達食材を使い、職員が献立を考えて調理しています。利用者の希望を聞いて、近くのスーパーマーケットで食材を買い足すこともあります。利用者は個々の力を活かして、箸を配ったり洗い物などを担当しています。	

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。	彩りよく3品以上配膳し、水分は1日1300ccを目標に摂っていただいています。栄養のバランスには気をつけ、食品が偏ることなく摂取状態に合わせた量や形態で、又、摂取困難な方にはその方の速度に合わせ介助を行い、提供させていただいています。		
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。	一人ひとりの口の中の状態に応じて、ご自身でされる方や職員がケアする方などまちまちですが、それぞれの方にふさわしいケアを心がけています。今年度より歯科医とも連携をとり、助言・アドバイスをいただき常にご利用者の口腔内の清潔を保っております。毎食後、口腔ケアに取り組んでいます。		
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。	排泄表を活用し一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間で誘導したり声かけをし、出来るだけトイレでしていただけるように努力しています。又、夜間多量の失禁がある方には、3時のおやつの時まで一日の必要量近くまで摂っていただき、夕方からは調整させていただくなどの工夫をしています。	トイレでの排泄を基本にして、必要に応じてリハビリパンツなどを使用しています。トイレは物を置かず広々としており、利用しやすくなっています。夜間のみポータブルトイレを使用している人もいます。排泄パターンを把握し、さりげない言葉かけでトイレ誘導を行ない、排泄の自立を図っています。	
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。	午前中のおやつにバナナヨーグルトを摂って頂き便秘予防をしています。又、毎日行うラジオ体操や介護体操にはほとんど全員が参加され更に、盆踊りで楽しく体を動かしてもらうなどお勧めし、其のおかげで入居当初便秘だった人も改善されています。		
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。	誘導の声掛けや方法を工夫し、タイミングを計って誘うことにより気持ちよく入浴して頂いています。私たちの都合に合わせてことなく、あくまでも利用者に合わせてお勧めしています。又、それぞれの季節に、菖蒲湯やゆず湯など楽しんでいただいております。	週2回の入浴時には、いろいろな香りの入浴剤を使用し楽しめるようにしています。入浴の予定は臨機応変に対応し、利用者の希望に沿うようにしています。冬場は脱衣所にオイルヒーターを設置しています。	

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。	主に午前中は体操や歌などレクリエーション活動に力を入れ、午後は一人ひとりの生活リズムに合わせて休息できる様にお勧めしています。しかしながら、その方の習慣や思いを大切に無理強いしないように勧めしています。又、3時以降は、夜間の安眠に備えて心を静め、穏やかに過ごしていただけるように環境を整えています。		
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。	お薬説明書を個人ファイルに保管し、必要に応じ職員誰もが内容を把握出来る様にしています。又、副作用が疑われる症状が見られた時は、直ちに主治医に報告し早めに対応をしています。服薬もその方に合った方法で与薬しています。		
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。	一人ひとりが役割を持ち、生き生きと生活できるように個々を見極め支援しています。役割は、洗濯物干し(たたみ)、掃除、台所の洗い物やもやしの芽とり、調理など積極的に参加されており。		
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。	天候や本人の体調や希望に合わせて散歩、買い物、時々家族との外出、月2回送迎バスを利用し、音楽療法にも出掛ける機会が月に2回あります。又、月に1回はレストランに昼食を食べに行くなど外へ出掛ける機会を多く設けています。	日常の散歩は近隣の神社などに出かけています。近隣のファミリーレストランでの茶飲み会や、小学校の運動会、地域の鯉のぼり鑑賞など、季節ごとの外出も行っています。法人のレストランで行う音楽療法や昼食会なども楽しんでいます。	
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。	職員は、利用者がお金に接していないとADLの低下につながることを理解しており、家族よりお小遣いを預かり、外出時や外食時に出来る限り自身で支払ってもらい、領収書を小遣い帳に貼り、残高を職員と一緒に確認する支援が出来ます。		

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
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。	希望によりいつでも電話をかけて頂いたり、手紙・ハガキ等も出して頂ける様に配慮しています。家族に対しては、気軽に電話が出来る雰囲気づくりに努め、又、友人から手紙が届いたときにはお礼の電話をす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。	リビング壁面には季節を感じるように、職員と共同で製作した掲示物を掲げ、畳敷きのベンチ、は皆さんが何時でもくつろげるように設置され、自由に使用でき交流の場として喜ばれています。又、各居室には温度計（湿度計付き）を用意し、エアコン使用時には管理し易いようになっています。	食堂兼リビングは二方向に窓があり、明るく広々としています。日中は、皆でラジオ体操や歌を楽しんでいます。ゆったりとしたソファで新聞を熱心に読んでいる人もいます。近くの小学校から届く児童の作品が玄関や壁面に飾ってあります。	
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。	リビングに椅子やソファを置き、仲の良い利用者同士でくつろげる様に配慮されています。ソファで気の合った人同士で一緒に過ごされる利用者や、お話が弾む利用者の穏やかな表情も良く見られます。又、一人で過ごしたい方用にはリビングの隅にミニテーブルを用意してあります。		
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。	本人や家族の方と相談しながら馴染みの物や家具を選んで貰い、心地よく過ごしてもらおう工夫をしています。思い出の写真なども飾って頂いてその人らしいお部屋造りを提案しています。又、仏壇なども持ち込まれ、居心地の良い居室になるように支援しています。	ベッド、エアコン、カーテンが備え付けてあり、入口の引き戸は防火戸になっています。利用者はタンスや椅子など好みの家具を配置しています。居室を清掃する時間は、利用者の力に合わせて職員がフォローし、居心地よく過ごせるように配慮しています。	
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。	まず危険物は排除し、建物内部は出来るだけ自立した生活が送れるように工夫しています。室内の動線には物を置かない配慮をし、特に電気製品のコードなどは危険を感じたら即配置を替えます。このように、職員は常に安全に配慮し、点検や気配りをしています。		

事業所名	グループホームほのぼの
ユニット名	のぞみ

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。	地域密着型サービスの意義を基に掲げられた理念を、入職時のオリエンテーションで職員に理解してもらい、理念に沿った統一したケアの実践につながるよう取り組んでいます。又、ミーティング時には時々話し合いを持ち、ブレないように確認し合っています。		
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。	自治会は宮の越自治会に所属し、利用者や職員は、自治会の敬老会や昼食会に参加します。又、ホームの行事には地域の方も参加し利用者と顔なじみです。原小学校の夏祭りの南部祭りでは、「瀬谷音頭」を一緒に踊り、生徒は学習の発表の場としてホームに来ています。		
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。	地域の方に、認知症の方の特徴や行動を知っていただくためご近所の方や、見学者を受け入れ実際のケアを見ていただいたり、自宅で介護されている方が介護で疲弊されないように相談に乗りアドバイスもさせていただいています。町内会長などの協力も得られ、現在に至ります。		
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ヵ月に1度の運営推進会議では、利用者の日常生活の報告を行いアドバイスをいただいています。行事への参加をお願いし、生の利用者を知っていただいた上で率直なご意見を伺い、取り入れる努力をすると共に利用者の利益につながる情報を収集しています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	地域包括の職員とは密に連絡を取り合い、事業所の空き情報や、困難事例を相談しています。今回も医療行為を欠かせなくなった入居者を適切な施設に速やかに繋げることが出来ました。又、瀬谷区役所とは瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会を通じ意見交換や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。	当ホームは開所以来13年間玄関に鍵を掛けたことは無く、鍵のかかってないホームとして地域に知られていましたが、29年度、障害者・高齢者をターゲットにした事件を受け、ご家族からの強い要望で30年度より施錠をおこなっています。地域の方、ご家族の方に安全・安心を提供させていただけていると喜ばれています。		
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。	管理者や職員は、内外の研修で学び、ホーム内でも研修を重ね、常に自分達のケアはどうか振り返り、ミーティングを行っています。又、お互いのコミュニケーションを蜜にとることで、支援方法などについても気軽に話せる職場作りに努めております。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	研修に参加を促したり、折に触れ制度について説明を行っていますが内容が難しく職員は理解するまでにはいたっていません。これからも理解が深まるように機会あるごとに話し合うように努めてまいります。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に、納得いくまで家族に説明し、不明な所はそのままにせず何でも質問していただくようにしています。また後日、気付いた点や不明な点があった場合でも、説明をし同意をいただけるよう、時間をつくり説明の場を設けております。		
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。	玄関にご意見箱を用意し家族に自由に書いていただけるようになっていますが、管理者や職員が話しやすい雰囲気を作っているため、直接伝えてくれます。利用者も希望や意見が自由に言え、食べたい物や食卓の席替えなど希望に応えたケアが実現できています。		

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。	月一回のミーティング時に管理者からの報告や伝達に終始せず、必ず職員に意見を求めホームの運営に係わりを持つように働きかけ、良い意見やアドバイスがあれば取り上げています。又、発言しやすい雰囲気が出来ています。現在も継続しております。		
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。	職員の能力や経験を基に資格の取得を勧め給与のアップに繋げたり、責任を持って生き生きと働けるように、それぞれの特性や能力に応じ仕事を選び任せるようにしています。又、同僚同士は先輩、後輩、年齢などに関係なく互いに尊重するように指導しています。常にお互いの支援の方法を確認がとれる環境にあります。		
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。	月1回の法人の勉強会への参加やグループホーム連絡会の研修会、連携病院の研修への参加など研修参加への機会の確保や参加実績があります。職員も積極的に参加しています。現在も継続しております。		
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。	連絡会を通じ、職員は交換研修や各種研修に参加し学び、サービスや質の向上に取り組んでいます。又管理者は、同業者と個人的なネットワーク作りをして互いに学び、瀬谷区地域密着型サービス連絡会では意見交換や情報交換を行い情報の共有をし、切磋琢磨できる環境にあります。		
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。	サービスを利用される前に本人の情報を収集し、スムーズな入居、ホームでの生活につなげるように配慮しています。本人がホームでの生活に何を期待され、何が不安なのか、心に寄り添い親身になって傾聴することで安心していただいています。現在も継続しております。		

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
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。	これまでの経緯をゆっくりと聞いてあげることによってご家族は安心され、家族の希望や家族間の意見の違いなどもオープンに話していただきます。それをすべて受け止め、まず、今までのご苦勞を労うことから始め、信頼関係を築くように努めています。いつでも話せる環境作りに努めております。		
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。	家族から細部にわたり情報の収集を細行い、初期対応につまづくことなく、柔軟な対応で臨み、時によっては他の事業所のサービスに繋げたり、改善に向け支援の提供も行います。ご本人にあった支援方法・場所をご家族と一緒に考え、これから先の支援につなげております。		
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。	職員と一緒に料理の下ごしらえや食器洗い、洗濯物たたみなど、日常の関わりの中で、それぞれ可能な限り体調に合わせた役割を持っていただき、共に支えあう関係を築いています。共同作業をしつつ利用者の昔話などから職員が学ぶ場としてもいい関係であると言えます。		
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。	当ホームの理念にもあるように、家族との結びつきを大切に、どんな小さな変化でもお伝えすることを心がけ、家族と同じ思いで支援していることを再確認しています。又、ホームの行事に家族も参加していただき協力体勢を強化しています。家族のほとんどが行事に参加され、利用者様と一緒に楽しむ姿が見られます。		
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。	一人ひとりの生活環境を尊重し、地域にいる馴染みの友人や知人に訪問してもらったり、継続的な交流ができるように支援しています。又、単身の方でも、ご友人との結びつきを大切にしております。		

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。	皆で仲良く過ごす時間や、気の合う人同士で仲良く過ごせるように気配りし、その場面作りを働きかけています。又、孤立されていると感じたときには、さりげなく職員が介入し、良好な関係が築けるように支援してるので仲間を労わる光景も数多く見られます。		
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。	サービス利用が終了した家族の方の相談にのり解決への道を一緒に考えていくこともあります。		
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。	利用者一人ひとりの希望や意向を把握し、家族とも話し合いに努め意向を汲む努力をしています。意思の把握が困難な方には、その時々々の場面においてその方の笑顔を基本にし、何をしたらより笑顔になるか、細かく観察し思い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。	入居時に入居までの経緯や成育歴、趣味、好きな食べ物、嫌いな食べ物、されて嫌なこと、嬉しいことなどの細かい情報を頂き、その情報から大きくかけ離れることがないように気を配り、馴染みの暮らしが継続出来る様に努めていると共に情報を共有しています。		
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。	利用者との何気ない会話や、仕草の観察に努め、さらに情報を共有し正しい見極めが出来る様に努めています。又、何事もお先走らず、ゆっくり見守り、出来ること、むずかしいことを正しく見極め「出来ることを失わないケア」の実践につなげています。		

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	本人、家族、主治医、職員の話し合いから、介護計画を作成しますが、特に家族や本人の思いは十分に反映させ、主治医、看護師の意見を入れます。毎月一回は一人ひとりの見直しをし、期間の途中でも問題があれば現状に即したプランに変更しています		
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。	日常の様子観察や実際行ったケアを出来るだけ細かく個別に記録し、気付いた事や工夫を職員間で共有し統一したケアや見直しを行い、介護計画に生かしています。又、朝の申し送りでは、昨夜気づいた問題もその場で報告し話し合い、ケアの見直しに繋がります。		
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。	本人や家族、職員と必要に応じていつでもカンファレンスを行える様に努め、必要に応じて、主治医や訪問看護師の意見も直ぐに反映出来る体制が出来ています。又、家族にも協力を依頼し、その時々ニーズにスピード感をもって対応しています。		
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。	地域の資源は地域ケアプラザや町内の回覧板などで把握し、参加できる場所にはできる限り顔を出し、地域の方と利用者との間で顔の見える関係になるような支援を続けており、敬老会に参加したり、学校の運動会や、盆踊りで踊ったり楽しんでいただいています。		
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。	二人の主治医の中から本人及び家族の希望に添う主治医を選べ、更に必要に応じてホームの協力医だけではなく、昔からの馴染みの掛かりつけ医に通院している方もいます。通院もご家族の対応が困難な時にはホームが対応します。		

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
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1回の訪問時に健康上の問題点を相談し、より良い生活が送れるようにアドバイスを受けます。そして、相談事は医療連携ノートを活用し、互いに情報の共有をし連携をとっています。緊急時にはいつでも指示を仰げ、必要に応じて医師につないでもらえます。		
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。	入院した場合、早期退院の為の話し合いや協力を家族と充分に行い、医療機関と協力し、速やかな退院支援をおこなっています。そのためには、協力医療機関だけでなく、他の医療機関の地域医療連携室とも情報交換を行い関係を深めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化の指針を契約時に渡し必要になった時に、早い段階で家族や本人と話し合い説明、同意を得ています。何よりも本人の気持ちを大切に、家族と話し合い、利用者が安心して穏やかな終末期を過ごして頂ける様に努めています。今回も本人の意思確認をし記録に残し主治医に伝えた人が居ます。		
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。	マニュアルを作成し、事務所内に掲示したり、勉強会を実施し対応できるように。食事時の咽込みや、物が詰まったときの対応など、すべての職員が対応処置できるように訓練を行っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練をはじめ、避難経路の確認や消火器の扱い方の訓練を行っています。今年度も地域の方の協力で夜間想定訓練を行い、避難経路の再確認をすると共に「火を出さない！」ことを意識付けました。東日本大震災後、災害用備蓄品を見直し充実させましたが、今年度も、期限切れの缶詰などの点検、交換を行いました。		

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。	職員は、明るい表情で利用者と接するように心がけ、利用者が嫌悪感や負担感を感じることが無いように、さりげない介護の実践に努めています。接遇についてもホーム独自の行動の指針を設け、態度や言葉遣いなどを入職時や勉強会で確認しています。		
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。	散歩の場所や飲み物を選んだり、好きな靴をカタログを見て複数の選択肢の中から個々に選んで頂き、自身が決定する喜びを味わっていただいています。外食に出かけたときもメニューを見て自身で選んでもらうなど支援しています。		
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。	その人らしさを大切に守り、その時々のお気持ちに寄り添いその人らしい暮らしが送れるよう柔軟な対応を心がけ、決して無理強いせず、本人のお気持ちを一番大切にするよう心がけ、ホームに入ってから生活が激変することが無いように心がけています。		
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。	本人で決められる方は本人にお任せしています。決められない方は家族の意向に添うように心がけて支援をしています。散髪は定期的なされ、その人らしい装いで清潔感溢れる生活を支援しています。又、行事などに参加されるときは特に女性として爪にネイルを施したり、口紅をさしたりとおしゃれを楽しんでいただいています。		
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。	利用者同士の人間関係に配慮し、食席を決定し、気のあった方通し食事の時間も楽しく過ごして頂ける様な工夫をしています。又、食べ物の好みは出来るだけ尊重し好みのものを提供させていただきます。又、調理が好きな利用者には味付けを任せています。		

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
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。	彩りよく3品以上配膳し、水分は1日1300ccを目標に摂っていただいています。栄養のバランスには気をつけ、食品が偏ることなく摂取状態に合わせた量や形態で、又、摂取困難な方にはその方の速度に合わせ介助を行い、提供させていただいています。		
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。	一人ひとりの口の中の状態に応じて、ご自身でされる方や職員がケアする方などまちまちですが、それぞれの方にふさわしいケアを心がけています。今年度より歯科医とも連携をとり、助言・アドバイスをいただき常にご利用者の口腔内の清潔を保っております。毎食後、口腔ケアに取り組んでいます。		
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。	排泄表を活用し一人ひとりの排泄パターンを把握し、時間で誘導したり声かけをし、出来るだけトイレでしていただけるように努力しています。又、夜間多量の失禁がある方には、3時のおやつの時までに一日の必要量近くまで摂っていただき、夕方からは調整させていただくなどの工夫をしています。		
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。	午前中のおやつにバナナヨーグルトを摂って頂き便秘予防をしています。又、毎日行うラジオ体操や介護体操にはほとんど全員が参加され更に、盆踊りで楽しく体を動かしてもらうなどお勧めし、其のおかげで入居当初便秘だった人も改善されています。		
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。	誘導の声掛けや方法を工夫し、タイミングを計って誘うことにより気持ちよく入浴して頂いています。私たちの都合に合わせてことなく、あくまでも利用者に合わせてお勧めしています。又、それぞれの季節に、菖蒲湯やゆず湯など楽しんで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
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。	主に午前中は体操や歌などレクリエーション活動に力を入れ、午後は一人ひとりの生活リズムに合わせて休息できる様にお勧めしています。しかしながら、その方の習慣や思いを大切に無理強いしないように勧めています。又、3時以降は、夜間の安眠に備えて心を静め、穏やかに過ごしていただけるように環境を整えています。		
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。	お薬説明書を個人ファイルに保管し、必要に応じ職員誰もが内容を把握出来る様にしています。又、副作用が疑われる症状が見られた時は、直ちに主治医に報告し早めに対応をしています。服薬もその方に合った方法で与薬しています。		
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。	一人ひとりが役割を持ち、生き生きと生活できるように個々を見極め支援しています。役割は、洗濯物干し（たたみ）、掃除、台所の洗いやもやしの芽とり、調理など積極的に参加されています。		
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。	天候や本人の体調や希望に合わせて散歩、買い物、時々家族との外出、月2回送迎バスを利用し、音楽療法にも出掛ける機会が月に2回あります。又、月に1回はレストランに昼食を食べに行くなど外へ出掛ける機会を多く設けています。		
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。	職員は、利用者がお金に接していないとADLの低下につながることを理解しており、家族よりお小遣いを預かり、外出時や外食時に出来る限り自身で支払ってもらい、領収書を小遣い帳に貼り、残高を職員と一緒に確認する支援が出来ます。		

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
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。	希望によりいつでも電話をかけて頂いたり、手紙・ハガキ等も出して頂ける様に配慮しています。家族に対しては、気軽に電話が出来る雰囲気づくりに努め、又、友人から手紙が届いたときにはお礼の電話をす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。	リビング壁面には季節を感じるように、職員と共同で製作した掲示物を掲げ、畳敷きのベンチ、は皆さんが何時でもくつろげるように設置され、自由に使用でき交流の場として喜ばれています。又、各居室には温度計（湿度計付き）を用意し、エアコン使用時には管理し易いようになっています。		
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。	リビングに椅子やソファを置き、仲の良い利用者同士でくつろげる様に配慮されています。ソファで気の合った人同士で一緒に過ごされる利用者や、お話が弾む利用者の穏やかな表情も良く見られます。又、一人で過ごしたい方用にはリビングの隅にミニテーブルを用意してあります。		
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。	本人や家族の方と相談しながら馴染みの物や家具を選んで貰い、心地よく過ごしてもらおう工夫をしています。思い出の写真なども飾って頂いてその人らしいお部屋造りを提案しています。又、仏壇なども持ち込まれ、居心地の良い居室になるように支援しています。		
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。	まず危険物は排除し、建物内部は出来るだけ自立した生活が送れるように工夫しています。室内の動線には物を置かない配慮をし、特に電気製品のコードなどは危険を感じたら即配置を替えます。このように、職員は常に安全に配慮し、点検や気配りをしています。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
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	37	利用者様の家族関係は個々に違い、ご家族が頻回におとずれる人や、家族がまったく現れない人、家族のいない方など、それぞれご家族との関係が異なっています。したがって、個々の状況に応じた個別ケアで欠けている所を補う必要が生じました。	個別ケアの更なる充実を図り、一人ひとりに適切な支援を行うことができる。	支援の内容に応じて、集団と個別をしっかりと色分けし、幅広い支援を行います。それには、一人ひとりの思いをもっと深く汲み取れるように職員が係わります。	6ヶ月
2	3	利用者様の家族より頂いたアンケートを踏まえ、ホームでの活動内容がうまくご家族に伝わっていないことがわかりました。	月に1度に配布するほのぼの通信と一緒に個別の支援内容などをご家族に配布する。	ケース記録の充実化をはかります。職員一人ひとりが意識を持ち、個別のケース記録をより深いものにしていきます。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。