

平成26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	1492200389	事業の開始年月日	平成23年4月1日	
		指定年月日	平成23年3月1日	
法人名	メディカル・ケア・サービス(株)			
事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後			
所在地	(250-0801)			
	神奈川県藤沢市長後1346-4			
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26年10月6日	評価結果 市町村受理日	平成27年3月12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/wp/Details.aspx?IGNO=ST1492200389&SVCD=320&THN0=14205>

【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)】

常に入居者様の声を聞き、心に寄り添うケアを実践し「安心・安全」な環境を提供しております。日本の四季を大切に思い、春は「お花見」、夏は「納涼祭」、秋は「紅葉散策」や「さんま祭り」等レクリエーションも盛んに行って折ります。地域交流も取り組んでおり、夏祭りやバーベキューにもお声掛けをさせて頂いております。また、地域の老人会の方にご協力を頂き入居者様が毎週ゲートボールにも参加させて頂いております。地域に根差したホーム、入居者様 スタッフが元気に笑顔で居られるホームを目標に、スタッフ仲良く日々薫陶しております。

【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26年10月20日	評価機関 評価決定日	平成26年12月7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)】

ホームは小田急江ノ島線「高座渋谷駅」から徒歩約15分の住宅地の中ほどにあります。小田急線と藤沢街道の間に平行に走る旧街道を一步入った場所にあります。ホーム東面と南面は明るく開けていて、季節感があり陽光の恵みも十分に受けられる環境です。

<優れている点>

日常の支援には、職員が変わっても「同質のサービスを全員でできる」ことを目指しています。利用者一人ひとりの性格に合わせた声掛けを心がけ、確認しながら共有しています。落ち着かない場合がある時は、決して無理強いせず、テンポをゆっくりと進め利用者のペースに合わせて支援をしています。

また、利用者の自立支援のため、車椅子の使用は移動時に限定して使用することを明言しています。共用部には、家具類や備品を極力少なく配置して、車椅子の移動や歩行を見守っています。

<工夫点>

玄関には、ホームの全職員の名簿を2種類用意しています。1つは外来者向けに職員の写真と氏名、みんなの一言が添えられたパネルを受付上部に掲げています。もう一つは職員の勤務状態を示す出退勤用に名前と写真入りのボードをカウンターに置いています。家族や訪問者に分かりやすいよう工夫しています。

【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	愛の家グループホーム 藤沢長後
ユニット名	1F たいよう

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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, 毎日ある <input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="checkbox"/> 3, たまにある <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての家族と <input type="checkbox"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="checkbox"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="checkbox"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="checkbox"/> 3, たまに <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, 大いに増えている <input type="checkbox"/> 2, 少しずつ増えている <input type="checkbox"/> 3, あまり増えていない <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="checkbox"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="checkbox"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="checkbox"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="checkbox"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="checkbox"/> 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。	常に目が届く場所に理念が貼ってあり意識して取り組むことが出来ている	玄関に、法人グループの介護事業者宣言を掲示しています。新人のオリエンテーションのときにも研修を実施し、理解を深めています。また、週に1回は、職員全員で唱和して理念の共有を図り、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。	自治会に加入している。地域の行事は積極的に参加し交流している	自治会に参加しており、回覧板も回ってきています。散歩コースでは、近隣の方と日常的に挨拶を交わしています。地域のゲートボールに参加している利用者もいます。夏祭り、納涼祭、秋のサンマ祭りなどイベントのときにも、地域の方との交流をしています。	自治会との関係性を深めるために、自治会長や役員との交流をより深めて、ホームのことを地域によく知ってもらうことも期待されます。
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。	運営推進会議で研修を行う。また回覧板などで行事のお知らせをお伝えし地域の人々に認知症の理解をして頂けるよう努めている		
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回、ご家族様と話し合い意見や要望を聞いている	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催しています。自治会長、市の担当者には案内状を出しています。推進会議では、ホームの活動を報告し、出席した家族から出された意見や要望を話し合い、これらの意見をホームの運営に活かしています。	運営推進会議には、家族以外の自治体や自治会などの第三者の参加が少なく、外部からの客観的評価が得にくい状況です。今後、さらに働きかけを継続して、参加を促すことも期待されます。
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。	運営推進会議に参加依頼しているが忙しいのか関係性にかけけている	行政が開催する2ヶ月に1回開催のグループホーム運営連絡会に参加しています。藤沢市介護保険課の担当者には、介護用品などの件で相談に行ったり、事故などが発生したときには必ず報告に行き、担当者との連携を心がけています。	

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
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。	定期的に身体拘束の勉強会を行っている	身体拘束廃止規定を作成しており、フロアの入口付近には身体不拘束の張り紙をし、事務室内には身体拘束に対する注意喚起を張り出しています。また自主勉強会も実施して、職員は正しく理解をし、日々のケアに取り組んでいます。玄関は防犯上施錠しています。	
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がないように注意を払い、防止に努めている。	定期的に虐待の勉強会を行い、身体的・心理的虐待がある事を認識している。		
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。	権利擁護や成年後見人制度について学ぶ機会はありませんが、制度の説明になると出来るかは不安である		
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。	管理者が行っている		
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。	玄関に意見箱の設置、面会時、お茶の時間話す時間を作っている	玄関の入口に苦情受付用紙やその流れを掲示して、苦情や意見を出しやすくしています。日常的に入居者や家族意見を聞くように努めて、加えて法人として家族アンケートも実施し、その結果を運営に活かしています。	

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。	ミーティング、勉強会、個別面談を行い意見を聞くようにしている	毎朝の引き継ぎ会議や、月1回のホーム全体会議、ユニット会議、さらに勉強会を行っています。職員からは改善点や意見などが積極的に出されています。また日常的に職員間や施設長との話し合いも行っており、検討して運営に反映をしています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	代表者も頻繁に現場に来ており利用者や過ごしたり個別職員の悩みを把握している。また年に2回の人事考課を行い、職員が向上心を持って働けるようにする		
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。	年間に行われる外部研修の情報を収集し職員の段階に応じてなるべく多くの職員が受講できるように計画を立てている		
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。	近隣の事業所同士で評価結果を持ち寄り、勉強会を実施している		
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。	サービスの利用について相談があった時は必ず本人に会って心身の状態、本人の思いに向き合い本人に受け入れられるような関係性作りに努めている		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	ご家族が求めているものを理解し、事業所としては、どのような対応が出来るのか事前に話し合いをしている。		
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。	小規模多機能ケアは「相談対応」と「具体的な援助」が一体になっていることに利点があります。		
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。	本人の思いや根本にある苦しみ・不安・・・喜びなどを知ることにも努め、暮らしの中で分かち合い、共に支えあえる関係づくりに留意している。		
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。	利用者の様子や職員の思いをきめ細かく伝える事で、家族と職員の思いが徐々に重なり、本人を支えていくための協力関係が築けることが多くなっている。		
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。	地域に暮らす知人、友人等の家に遊びに行ったり、継続的な交流が出来る様に働きかけている	家族以外の親戚、孫やひ孫がよく訪問して来ています。さらに、昔の友人や知人の再訪問に配慮して、交流の継続に繋げています。入居者の中には、話ができなくても、顔は覚えていた友人も訪ねてきてくれるときもあり、馴染みの関係の継続支援に努めています。	

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。	食材レクを月2回行いみんなで楽しく過ごす時間を作ったり、個別で話しを聞いたり相談にのったりするなど、職員が仲良くやる調整役となって支援している。		
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。	サービス利用が終了された人もレクなどの行事に招待したりして遊びに来てもらえるような付き合いが出来る様に心がけし、他事業所へ移られた場合、注意すべき点など情報提供する。		
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。	日々の関わりの中で声掛けし把握出来るよう努力している。お話しがあまり出来ない方はご家族から情報を提供して頂く。ご本人はどのような生活を望んでいるのか検討している。	利用者が日常的な会話や、表現したことを「気づきメモ」に残したり、連絡ノートに記載して、一人ひとりの意向を把握し、思いに沿ったケアをするように心がけています。	
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。	その人が今までどのような生活をしてきたのか知っていくにつれてもっと理解できる。この取り組みはとても大切な事で本人はもちろんご家族の力を借り続けていく。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	一人ひとりの生活リズムを把握、理解して、小さな動作などから変化を感じ取りその人の現状を把握する。生活面でも出来ないことではなく出来る事に注目し、その人の全体把握に努める。		

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。	ご本人やご家族との日頃の関わりの中でどのようなことが本人にとってより良いのか思っていることを聞いたり意見を聞きアセスメント含め職員同士意見交換、モニタリングを行う。	日常的な利用者との関わりの中で得られた意見や要望を把握して、連絡ノートや気づきメモに残して共有しています。介護計画の策定には、これらの情報を活用し、また、家族にも参加を求め、その要望は計画の中に取り入れています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	一人ひとり個別に水分量・排泄・バイタルやご本人のエピソード等を細かく記録している。日頃の記録を基に職員同士で情報共有を徹底し介護計画の見直し評価を行っている。		
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。	急な外泊やご家族の訪問、ご家族の意向に配慮しご家族へ食事の提供声掛けしている。本人や家族の状況に応じて病院への送迎など必要な支援を柔軟に対応する。		
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。	地域の図書館の利用や地域でのゲートボールへの参加をしたりご本人の希望や体調に応じて訪問理美容サービスを利用したりして頂いている。		
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。	月2回同じ医師に受診（往診）して頂く。受診は付き添いし普段の様子や変化を伝えるようにしている。必要に応じて付き添い、ご家族の同行を行っている。	家族の同意を得て、ホームの協力医をかかりつけ医としています。急な外来受診には職員が付添い対応もしています。受診内容や注意事項はホームから家族に電話や面談時に伝えています。医療情報として記録し、職員と訪問看護師などで共有し、適切な医療を受けられるよう支援しています。	

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
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回の訪問看護や月2回の往診時、何か変化があった場合は相談し適切な受診を受けられるように支援している。		
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。	ご家族や入院先のドクターと情報共有をし、早期退院が出来るように努めている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご家族とこれからどうするか話し合いを行えているが、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいるかはわからない。	ホームでは看取りの実施はまだありません。終末期に向けた家族の意向は、入居時から話し合うように努めています。運営推進会議でも、家族から看取りに関しての意向が伝えられています。	様態の変化時や看取り時について関係者（家族、医師、看護師、職員）の間の段階的な合意形成が一層期待されます。あわせて、看取りの経験者を交えた研修の開催を検討することも期待されます。
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急時の対応については研修にて理解しているが、訓練は行っていない		
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。	定期的に避難訓練を行い確認出来ている	スプリンクラーを設置しています。防災訓練は年2回（自主訓練：6月、消防立会訓練予定：11月）です。防災マニュアルや非常時持出し品チェックリスト（80項目）、ライフライン復旧対応マニュアルなどを作成して備えています。	災害を想定した、より実践的な訓練の開催も期待されます。職員の役割分担を明確にして、地域の住民参加による協力体制づくりなども今後期待されます。

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。	ご本人の気持ちを傷つけないように声かけ対応を行っている	利用者は名前にさん付けによる呼びかけを原則として、呼び捨てやニックネームの使用を控えています。利用者の受け取り方を考え、声掛けや支援をしています。日常事例の研修では、注意点を参加者全員で検討しています。個人情報鍵付き保管を実施しています。	
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。	ご本人が自己決定しやすいよう、いくつか提案をし希望を言いやすい環境を作れている		
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。	日々ご本人の生活リズムで過ごして頂き、声掛けなどして希望にそった支援が行えている		
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。	ご自分で服を選べる方にはご本人に決めて頂き、季節感のない時は声掛けし更衣して頂いている		
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。	声掛けし、準備や片付けを一緒にして頂いている	専任の調理師が2ユニット分を準備しています。さりげない声掛けで利用者に調理への参加を促したり、毎日のオヤツづくりは交代制でその人が中心となり、季節感や好みのメニューに反映しています。年間の行事食でも、季節感を楽しめるよう工夫しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	栄養士が考えたバランスの良い献立で食事を提供している 一人ひとりの1日の食事量や水分量を把握し、量の調整や食べやすい大きさに切る工夫をしている		
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。	毎食後声掛けをし口腔ケアをして頂く。自分で出来ない方に関してはスタッフが口腔ケアの介助を行っている		
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。	排泄チェック表を利用し、尿意のない利用者様には定時の誘導を実施しトイレで排泄出来るよう支援している	介助が必要な利用者には、排泄表から読み取った時間に、さりげなく支援の声掛けをしています。不安やプライバシーへ気配りをし、失禁時にも周囲に配慮して失敗を連想されないような言葉遣いで居室やトイレにさりげなく誘導しています。	
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、便秘の方には牛乳を飲んで頂いたり、散歩の声掛けをするなどしている		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴したい日や時間などご本人の希望に沿って入浴して頂いている。 介助が必要な方には声掛けをしながら入浴して頂けるよう工夫している	入浴は平均週2～3回です。立位の取れない方にはシャワー浴や2人介助をしています。入浴嫌いな方には、時間差で再度の声掛けをしたり話題を変えたりして工夫しています。利用者の中には、好みの洗顔フォームや入浴剤を利用する方もいます。	

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
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。	一人一人の体調に気を配り、安心して気持ちよく眠れるよう支援している		
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。	個人ファイルに処方箋を綴じ、職員が内容を把握出来る様にしている。服薬時は二人で確認し、誤薬や飲み忘れがないようにしている		
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。	利用者に合わせて家事など役割を持って頂いたり、散歩や日光浴を行い気分転換できるよう支援している		
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。	出来る限り利用者の希望に対応している。ご家族様や地域の方々との協力を頂きながら外出の支援ができています	一人ひとりに合わせ買物や気分転換の日常的な外出を支援しています。敷地内の屋外ベンチで日光浴やおしゃべりも楽しんでいます。家族同行で買物に出かけられるよう段取りも支援しています。市立図書館に職員が同行して、一緒に本を借りることもあります。	
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。	ご本人の気持ちを傷つけないように声かけ対応を行っている希望に応じて同行の上、対応が出来る。		

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。	家族や友人に電話しやすい雰囲気作りや、職員からの声掛けを行うと共に会話が他利用者の聞こえないように電話の設置場所を工夫している		
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。	調度品はお年寄りにとって懐かしく感じたり使いやすい物品を選んでいる	職員は利用者の様子を見守り、室温や湿度を適宜調節しています。冬季には加湿器を置き、湿度計で管理して調整しています。食堂のカーテンは朝昼夕とこまめに開閉して、陽射しの強さや眩しさなどを調整しています。家具は導線を考慮して配置しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	廊下やデッキにソファや椅子を置き、一人で過ごしたり仲の良い入居者同士がくつろげるスペースがある		
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。	寝具やダンス、写真や思い出の品々が持込まれ、それぞれの利用者の居心地の良さを配慮している	入居時には持ち物リストを参考に、利用者家族へ伝えていきます。今までの馴染みのある生活用品をそれぞれの居室に揃えています。壁に用意した自在レールにはフックを使用してハンガーでセーターを吊るしたり、写真や絵画を掲げたりとそれぞれが工夫しています。	
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。	本人にとって「何が分かりにくいのか」「どうしたら本人の力でやって頂けるか」を追求し状況に合わせて環境設備に努めている。		

事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後
ユニット名	2F すまいる

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

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている。	運営理念に盛り込まれ、毎週日曜日の朝礼時に唱和を行っている。		
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。	レクリエーション開催時に、近隣に参加を呼び掛けている。		
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。	回覧板、チラシ等を活用し周知を行っている。		
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。	定期的に運営推進会議を行い、家族様から出された意見はホーム会議の議題として、サービス向上に努めている。		
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。	運営推進会議への参加の呼びかけを行い、議事録もその都度提出している。また、利用者様の事で迷った時や困った時など相談させて頂いている。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	ホーム研修などで勉強し、身体拘束について理解はしている。 ホーム会議等で、どんな場合は拘束になるかなど、話し合いの場も設けている。		
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。	ホーム研修会で勉強した。 理解して、虐待防止に努めている。		
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。	ホーム研修会で勉強した。 成年後見人制度も学んだ。		
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、契約書を読み上げながら説明を行い、項目ごと質問はないかを伺うようにして、内容の理解をして頂いている。		
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。	運営推進会議や法人で行っている「家族様アンケート」に出された意見・要望はホーム会議で周知を行っている。		

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
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	ホーム会議、ユニット会議等で職員の提案を聞く機会が設けられている。		
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。	3か月に1回位のペースで面談を行い、本人の状況の把握をし就業環境の整備に努めている。		
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。	外部研修を受けられたり、ホーム研修をほぼ毎月行っている。		
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。	法人内ではあるが、他ホームに行ったり他ホームから受け入れを行ったりして、良い所は取り入れられている。		
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。	ご本人が不安に感じている事や今やりたいことなど、コミュニケーションをとりながら知っていくように努めている。		

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
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。	家族様の要望や困っている事は、入居時に面談を行い、適切に回答をしている。		
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。	ご本人、家族様にとって今一番何が必要なのかお話をしながら見極めている。		
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。	共に行動し、共に笑顔でいられるような関係性を築けるように努めている。		
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。	家族様とも相談をしながら、共に支えていける関係性は築けている。		
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。	馴染みの人や、場所との支援はあまり行えていない。		

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
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。	利用者同士の関係を把握し、孤立しないようにしている。		
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てしまうと、他の施設を利用される場合が多い為、フォローする事は難しい。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	ご本人の思いや、希望の把握に努めている。		
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。	生活歴や今までの暮らしなど、アセスメントを行いながら把握に努めている。 出来るだけ暮らし方を可r無いように支援している。		
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。	ご本人の一日の過ごし方を把握しながら日々、元気に過ごせる様に努めている。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	介護計画書の内容を職員全員で行い、問題点等話し合ったり、家族様にも意見を聞くようにしている。		
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。	週に1回のモニタリングや介護記録などで情報共有を行い、見直しに努めている。		
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。	多機能化が出来ているかは判断しかねるが、柔軟な支援を行うようにしている。		
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。	ご本人が今、出来ることは行って頂き安全で豊かな暮らしが出来るよう努めている。		
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。	担当の医師が定期的に訪問してご本人の健康状態の把握はして頂けている。また、担当の医師で対応出来ない時は他の医療機関を紹介して下さる。		

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。	利用者様の身体状況に変化があった時は、訪問看護師に相談し助言をもらったり、対応してもらったりしている。		
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。	対応可能な段階で、なるべく早く退院出来るよう医師と話し合いをする機会を作っている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご本人や家族様の意向を踏まえ医師や職員が連携をとっていると思う。		
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。	夜勤時の緊急対応はあまり理解していない。		
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。	年に2回の避難訓練等を行えている。		

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。	一人ひとりの気持ちを考えながら、ケアすることを心掛けている。		
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。	一人ひとりに合わせた声掛けを行い、なるべくご本人に決めて頂くようにしている。		
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。	一人ひとりのペースを大切にし、それに合わせた対応をする。		
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。	着替えは基本的にはご本人に決めて頂いている。		
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。	盛り付けや片付け利用者様と一緒にしている。		

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。	入居者様個人個人の食事量や、必要な水分量を把握したり、食事形態に注意しながら支援している。		
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。	口腔ケアの声掛けや介助を行うようにしているが、義歯の入れ忘れ確認不足がときどき出てしまう。		
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。	パット交換、清拭、陰洗等清潔保持に心掛けた支援が出来ている。 スタッフ都合の誘導はしないようにしている。		
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。	便秘薬の使用や、便秘体質の方への散歩や運動の声掛けに注意しているが、散歩、運動はなかなか出来ていない。		
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。	入浴が好きな方、なかなか気が進まない方への声掛けの工夫をしながら、支援出来ている。		

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
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。	その日の体調や様子、眠気の強さを見抜き、スタッフと相談しながら安眠、休息の支援が出来る。		
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。	確実な服薬と体調不良時の薬剤の相談指示を医師から受けながら支援出来る。副作用の情報は不足していると思う。		
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。	入居者様の性格や習慣を把握し、その人に合った仕事や役割が持てるよう支援している。		
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。	散歩の声掛けは可能な限り出来る。外出レクは回数は少ないが、行えている。		
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。	ご本人から要望があった時は、家族様と相談をしながら、使用できるような支援は出来る。		

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。	ご本人の希望があった時など、家族様やご友人に電話掛けたりの支援は出来ている。 手紙のやり取りも支援している。		
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。	玄関、廊下に物を置かず安全の確保をしている。 空調に気を付け心地よい空間を提供できる工夫している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	工夫はしていないが、入居者様は自由に生活している。		
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。	以前、使用していた家具を持ってきて頂いたりして、使いなれた物を居室に置けるよう工夫をしている。		
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。	共有のスペースや廊下には物を置かずに、安全に歩行が出来る様に工夫している。 トイレも分かりやすく足元に「トイレ」と文字を付けたりして、お一人でトイレに行けるような工夫をしている。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム藤沢長後

作成日： 平成 27年 3月 12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	2	地域との関わりを考え自治会に加入したり、地域の行事にも入居者様と参加したり、ホームの行事にも地域住民をお誘いしたりしているが、関係性が深まっていない。地域住民にホームの認知度が薄くホームの存在が周知出来ていない。	地域住民に”愛の家藤沢長後”を知って頂き、関係性を深めていく。	<ul style="list-style-type: none"> ホームの行事を行う時はチラシを配り地域住民に参加をして頂く。 地域住民を対象に認知症に関する講習会等を開催して、藤沢長後の存在をアピールしていく。 	6ヶ月
2	/	毎月1回ホーム通信を郵送したり、入居者様に変化があった時など密に連絡を取るようになっているが、家族様に入居者様のホームでの生活が伝わり切れていない。	家族様に入居者様のホームでの生活を深く知って頂く。	<ul style="list-style-type: none"> ホーム通信の書式の見直しを行い、日常の過ごし方をより深く知って頂く。 	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月