

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	1471902880	事業の開始年月日	平成17年10月1日
		指定年月日	平成17年10月1日
法人名	有限会社 道		
事業所名	グループホーム 古街の家		
所在地	(238-0052) 神奈川県横須賀市佐野町6-14-3		
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26年10月7日	評価結果 市町村受理日	平成27年2月24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/IDetails.aspx?IGNO=ST1471902880&SVCD=320&THNO=14201>

【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 古街の家」は、開所以来地域に根ざしたホームとして運営し、ボランティアや中学生の福祉体験を積極的に受け入れてきました。今後もそれらの活動を通して、入居者様の生活の質を向上させていくとともに「地域包括ケア」の担い手としてその役割を果たしていきます。「入居者様本位のケアはどうすればできるか」を施設内外の研修に参加しながら職員同士でともに考え、入居者様に対して、「できないこと」の手助けをしがちなケアのありかたを見直し、「できること、したいこと」を支援していくよう努めております。

【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11月20日	評価機関 評価決定日	平成27年1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、JR衣笠駅から衣笠十字路方向に徒歩10分、バス停佐野6丁目の傍です。付近には総合病院、各科のクリニック、スーパー、戸建住宅、アパートなどがあり高齢者も多く居住しています。運営法人の有限会社 道は、グループホーム、デイサービス、居宅介護支援事業などを相互に支援しています。木造コロニアル葺き2階建て、1階・2階の2ユニット18名です。築13年で綺麗に管理されており、スプリンクラー、各種警報装置などが完備しています。

<優れている点>

介護度の高い入居者も多く、平均年齢87.9歳ですが、とても元気に過ごされています。半数以上の方が3年以上、うち5年以上の方も5名入居されています。入居者が、理念の一つの自分らしく生きると言う考えを、(他人に煩わされずに自分自身を大切に生きる持てる環境で生活しています。また、職員も介護ケアの技能習得に熱心で、事業所も介護力向上を支援しています。

<工夫点>

暮らし中から楽しみを見出し、塗り絵や折り紙、書道や日常の家事などを、生活のリハビリとして、地域との交流を楽しむ支援をしています。納涼祭やクリスマス会、花見の会など、子どもから大人まで各年代の人が参加しています。また、職員の能力を高める工夫が見られます。代表者、統括施設長が介護の現場に出て職員の要望を聞いています。内部の研修を充実し、外部の研修にも参加を図っています。

【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 古街の家
ユニット名	1階

V アウトカム項目	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	2, 利用者の2/3くらいの
	3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまにある
	4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
62 利用者は、その時々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
	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。	「地域包括ケア」の推進にあたり、研修の機会や運営推進会議等で家族様や地域の方等の話を聞きながら、「どう運営していけばいいのか」を改めて見直ししています。朝の申し送り時には、理念の具体的実行として「〇〇していこう」と全員で唱和しています。	理念は創業時から、「1自分として自分を生きる 2共に生きる 3より良い明日を生きる」です。理念を生かすため、毎朝「あなたの声、利用者が聞いたらどうでしょうか」「チームケアを心掛けましょう」など全員で唱和し、ケアの方針を確認しています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	定期的なボランティアさんの支援を通じ、ボランティア団体とのつながりを密にとるようにしています。また、町内会に属し、地域との関わり方を深めるように取り組み（雪かき等）を始めました。	町内会に加入し事業所の周りの清掃、ゴミ当番、雪かきなどの活動をしています。定期的なボランティアもあり、とても頼りにしています。福祉体験学習や納涼祭には中学生や保育園児を受け入れ、地域の一員としてとして自覚を持ち交流しています。	地震や火災の時など、大勢の人の力と協力が必要になります。さらに地域との交流を深めるために、引続き近隣の啓もう活動も期待されます
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。	花見等の外出や納涼祭の機会を通じて、地域の方のボランティア参加や会話の機会を設けることで、認知症の方々の理解や支援のあり方を見聞してもらえ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ヶ月に1度の運営推進委員会に家族の代表はもちろんのこと、必ずボランティア団体の代表の方に参加していただき、第三者の目が常に入っている状況で運営できるようにしています。	運営推進会議は2ヶ月に1度開催し、利用者・家族、民生委員、地域の代表、地域包括センター、市職員が参加しています。事業所の状況、行事計画、地域交流などが議題となっています。また、会議に家族の意見を反映する機会ともなっています。	
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に取り組んでいる。	「地域包括ケア」の推進にあたり、制度上の現実的な矛盾などを話しあうこと等で現場の抱えている問題を共有できるように、おおむね月に1度は市役所に出向き、担当者と話し合う機会を作っています。	市担当者とは、事業所の状況、制度上で問題点などを話す機会になっています。また市域のグループホーム連絡会などからも色々な情報を得て、新しい地域交流の在り方、地域包括ケアを考えています。	

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。	「身体拘束の防止」研修等の機会を通じ、サービス中に行われているケアの中に拘束の疑いがないか相互でチェックできるようにしている。玄関施錠をしているが、不審者の侵入の事実及びホームを出てすぐ幹線道路があるため、市と協議の上やむを得ず行っている。	身体拘束の廃止は、重要事項説明書7の項目に規定されています。虐待の防止についても研修を行ない、人権の事項は勿論、職員が自由に発言できる透明感のある環境造りをしています。	
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。	「虐待の防止」研修等の機会を通じ、概念的な捉え方のみならず、実際に「古街の家」で行われているケアの中にそれらを疑う事由が発生していないか具体的に考える時間を設ける等を行い、業務の見直しをしました。また、職員のメンタルケアも重視しています。		
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。	入居者様の中に弁護士が後見人になっているケースがあり、現実的に都度都度学んでいます。ただし、一般職員にはまだまだ周知できていない実態があるので、今後の研修等の機会を通じ、入居者様の権利が護れるよう努めて行きます。		
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。	重要事項及び料金体系の説明を行った後に入居者様やご家族様に理解・納得していただいてから契約を締結するようにしています。まとめて話すのではなく、区切りを作って理解しやすいように努めています。		
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。	外部評価や運営推進委員会・家族会の機会のみならず、生活的・医療的な報告や行事参加の促し等の電話や手紙を通じて、「つながり」が切れないように意識しながら取り組み、朝夕の申し送りやスタッフ会議時に情報を共有するようにしている。	運営推進会議に家族が出席し意見を述べる事ができます、毎月の便り「古街の家の〇〇月」に載せ利用者の体調や活動の様子を記載して配布しています。個人的なつながりが出て和やかな反響が返ってくることもあります。	

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。	統括施設長が定期的にホームを訪れるだけでなく、月に1度のスタッフ会議への参加・定期的な個人面談を通じて現場の悩み等に直接耳を傾ける機会を作ると共に、働きやすい、声の出しやすい事業所運営を重視している。	介護施設統括責任者は、月に1度スタッフ会議に参加し、要望を汲み上げています。介護職が行っていた調理や清掃を専任の配置とするなど、介護職の時間をケアの充実に向けています。また、研修費の支援や、夜勤手当の改善など反映しています。	
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。	代表者や統括施設長は現場の土俵に立ちながら事業所運営をするとともに、実践者研修等への金銭的な支援、夜勤手当の改善等を行い、「身」と「心」が満足できるように環境を整えています。		
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。	スタッフ会議において年間研修計画に基づいた研修を行うとともに、外部研修の機会を従業員に周知し、積極的に参加してもらうよう取り組んでいる。		
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。	代表者及び統括施設長は横須賀市グループホーム協議会の「経営者会議」に参加しています。また、管理者はその「連絡会」や「小規模事業所連携」の会にも出席し、これらが実施する研修に職員を参加させることで交流の機会を作っています。		
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。	入居者様やご家族様、前任のケアマネジャーからの情報を把握し、入居者様が新しい環境になっても混乱しないように努めています。入居者様の不安は大きいので初対面からの印象を特に重視し、慣れるまではご家族様の支援が多くなる可能性が高い旨をお伝えしています。		

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
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。	家族様の話を丁寧に傾聴し、その思いをぶつけていただけるように意識している。「話を聞いてくれる職員だ」という印象をもってもらえることが、不安解消の第一歩と捉えています。		
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。	傾聴していくなかで、言外の不安要素が何であるかを忘れずに努めることで、表に出ているニーズだけではなく隠されたものを見極められればと考えています。「在宅＝ホーム」ではなく、生活環境が変わる中で必要なサービスを提案するようにしている。		
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。	「感情は最期まで残る」ことを忘れずに、「本人主体の介護」「できること、したいこと」をかなえられるように支援するべきだと職員に対して研修等の機会を通じ意識を高めるようにしている。		
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。	運営推進委員会や家族会、行事への参加の連絡を月に1度の「お便り」送付の機会を通じて行うとともに、来所されたときには積極的に介護してもらうよう見守っています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居されて間もない頃にたずねてくださる方々に対して、連絡先を可能な限りお聞きし、ご家族の了承を得たうえでつながりが絶えないようにしています。また、今後の「地域包括ケア」の要のひとつであるので、課題として認識しています。	利用者や家族のプライバシーを守るため、利用者と訪問者との関係を家族に確認し、了解を得て関係が絶えない様になっています。電話などの問い合わせも慎重に確かめています。ドライブの時などを利用して馴染みの店での買物などを行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	レクリエーションや複数でできる手作業等と一緒にすることで、会話や笑顔を引き出しています。また、個別外出の機会を設け、入居者様が行きたいところにおつれし、社会性が維持できるように努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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。	「利用者様・ご家族様へのふだんの対応がいかに大切か」を心に置きながら支援するように努めています。退所や契約終了後の支援や相談ができる環境づくりに取り組んでいます。		
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。	生活歴に注目するとともに、入居されていた期間の言動の記録を重視しています。意思が確認できない場合は、ご家族から、友人や仕事仲間からの聴き取りも可能な限りするようにしています。	思いや意向は、職員からの日々の情報や記録、スタッフ会議での話し合いや入居時の聞き取り、更に生活記録などを参考にしています。思いが確認できない時は、家族からの情報も聞き、日ごろの言葉や仕草などから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。	入居時の聴き取り等の情報収集はもちろんのこと、ホームでの生活の中から垣間見られる生活歴を記録に残しています。		
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。	日々の記録の共有を図るために、朝・夕の申し送りを必ず行っています。また、つどつど、スタッフ会議等で話し合う機会を設けています。		

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
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。	ご本人様のふだんの言動及び面会や電話等での家族様の意向、かかりつけ医からの話等を勘案して具体的な長短期の目標を設定し、介護計画を作成しています。	モニタリングは、通常6か月に1回行っています。介護度が変わった時など、利用者の言動、家族の意向、かかりつけ医からの話を総合して、長・短期の目標をつくり、介護計画案を作成し、家族の了解を得て介護計画を作成します。	
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。	ふだんの記録を残すことがとても重要であると職員に意識をさせています。その記録と本人様やご家族様の意向を勘案して、達成可能な具体的な目標をカンファレンス等で話し合っています。より具体的計画になるように支援しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	グループホームの入居者様の活動範囲を広げるために、(複合型)小規模多機能型居宅介護事業所との連携を考えています。また、隣接の他法人のデイサービスからの「流しそうめん」参加が制度規制でできなかったので、「地域包括ケア」視点の制度改正に取り組んでいます。		
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。	地域包括支援センターやボランティア団体、民生委員、近隣の住民の皆様との交流をより活発にしています。福祉体験学習を通じて中学生の受け入れ、納涼祭においては近隣の保育園の園児とその家族様への招待をしています。		
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。	協力医療機関だけではなく、入居前からのかかりつけ医への受診ができるように送迎をしたり、往診医が来所した際には、職員から挨拶をし、よい雰囲気作りに努めています。また、医療連携の看護師とかかりつけ医が連携し、ふだんのようにすを医学的観点から報告しています。	月に2回、提携の診療所と歯科医が検診に来ています。利用者に異変が起きた時は、24時間電話対応の同一法人の看護師(市の医療連携に精通)に連絡相談して、緊急対応後に家族に連絡するという、連携と基本動作になっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	医療連携として同一法人の看護師が毎週訪問した際に、直接介護職員が状態の報告や相談をしています。また、24時間オンコール体制で都度医療的なアドバイスや指示が受けられるようになっています。		
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。	協力医や認知症の専門医等とふだんから情報交換を行い、入退院時には病院のケースワーカーと連絡をとりあって、現状の把握をしながら安心して療養や日常生活ができるように努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所の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。	常に身体的・精神的な変化を家族様等に報告する流れの中で、重度化・終末期のありかたについて話す機会を設けています。ターミナル状態と診断された際には、主治医同席のもと今後の方針等を話し合うようにしています。	重度化の対応や延命処置及び看取りについて家族に説明しています。看取り経験が数例あります。主治医から終末期診断をされた場合は、家族・医師・看護師・管理者との話し合いで、看取り方針を決め、過去の経験を生かして対処しています。	
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。	職場内外の研修を通して知識の習得は少しずつ積んでいます。救急法の実践訓練は今後の課題として捉えています。		
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回の防災・避難訓練の実践と、職場内外の研修を通じて、「防災・減災とは何か」を考えるようにしています。また、運営推進委員会等で地域住民の方に、方が一の際の支援を依頼しています。	年2回の消防訓練は、夜間対応を重点的に行っています。消防への通報・グループホーム内への警報と放送・各階の非常口への利用者の誘導又は搬送など、消防車到着までの6～7分間の対応を中心に訓練しています。近所に数軒の協力家庭があります。	

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
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。	「パーソンセンタードケア」の考えに立ったケアのあり方の実践を通して、現在行われているケアのあり方が人格尊重、誇りやプライバシーを損ねていないか見直しているところです。	利用者のプライドを傷付けない対応や、言葉遣いの基本研修の後、入居者とのコミュニケーション方法について、各職員の経験・知識・個性に合わせて管理者が個別指導をしています。高齢方の話を楽しみに傾聴ボランティアの人が毎週来ています。	
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。	重度の方が多いので、入居者様の意思を確認することが難しいので、苦心しているところです。また、介助が必要なケースが多いため、ルーチンワークに走るケースが多くなり、入居者様を取り残してしまいがちになるところをどうするかと意識して運営しています。		
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。	業務を分解し介護職員でなくてもできる部分を他職種に任せることで、入居者様への支援に費やす時間を多く取れ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。	起床時や入浴・排泄介助後に身だしなみを整え、外出時には帽子や上着などの身支度の支援をしています。定期的に爪切りや訪問理容等も行っています。		
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。	重度の方が多いので、調理に直接関わる時間を作ることができていないので、誕生会や外出等の機会を通じて入居者様の好みを聞きながら「経口摂取」を継続できるようにしています。	高齢で重度の利用者が多く、食事の形態調整に工夫しています。同じとろみ食でも、お粥に掛けて出したり、別皿に盛ったりと好みに応じてきめ細かい対応をしています。野菜の皮むきや食器拭きなど、得意なことで入居者は手伝いをしています。	

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
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。	栄養のバランスを考えたメニューを考えるものの、そこに固執するのではなく、旬のものや費用負担軽減のための食材選びをすることで臨機応変な栄養価を考えた食事の提供をしています。また、身体状況や好みに合わせた水分提供を行い、排泄に配慮しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	起床時及び毎食後に口腔ケアをしています。義歯の入居者様は就寝時は外し、清潔の保持を行っています。定期的な歯科医・歯科衛生士によるブラッシングとその指導を得るようにしています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	「おむつ外し」を目標にしています。排泄チェック表で排泄のパターンを把握しています。また、自力排泄ができるように、ベッド内ではなくトイレで排泄できるよう支援をしています。	高齢・重度でトイレ排泄が困難な方は定時交換をしますが、努めてオムツよりもリハビリパンツ型にしています。夜間自立者以外は、4時間置きにパット交換をしています。同時に介助が必要な時にも「自分が後回しにされた」と思わせない工夫をしています。	
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。	身体的重度の入居者様が多いので、腸の蠕動運動をなかなか高めることができず、排便を促すためにやむを得ず薬物による方法をとることが多くあります。しかし、乳製品等の摂取等を適時していただき、自然排泄ができるように工夫しています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	身体的重度の方が多く、入浴日は決めてあるが、そこに固定しているという意識をせず、必要時はシャワー浴を行うなど工夫をしています。菖蒲湯等、時候にあわせた入浴を楽しめるようにしている。	週2回の入浴です。身体保持が難しい人は、足湯をしながらシャワーチェアで体を洗っています。ストレッチ・シャワー入浴の方もいます。お湯は常にあふれさせて、清潔を保っています。季節に合わせて、しょうぶ湯やゆず湯を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日中の活動性を高め、睡眠導入薬に頼ることのない、基本的な人間の生活スタイルに合わせることで十分な休息に繋がると考えています。		
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。	誤薬の怖さを職場内外の研修等を通じて学び、内服薬等の介助に入る前には介助者や他の介護職員による二重チェックを行っています。また、日にちごとに薬を管理するためにポケット式のファイルを用いています。		
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。	身体的・精神的重度の方も「輪の中に入る」などの参加の機会を作り、レクリエーションが可能な方と空間を同じにするように努めています。		
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。	「個別外出レク」や時候にあわせた外出、通院の支援等を行っています。「納涼祭」等の行事を室外で行い、地域住民参加のお誘いをして、ボランティアや中学生の福祉体験の機会を作っています。	花見などの全員での外出以外に、今年一人ひとりの希望の場所への「個別外出レク」を行っています。また、ホーム横の駐車場で敬老・納涼祭など行事には、多くの家族や近所の人達が集まり、屋外に出る機会や地域交流の場になっています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	月に2回乳製品の訪問販売の機会には、施設内通貨を用いて「お金を遣う」という社会活動を忘れないようにしています。本物のお金で購入できるような仕組みづくりを課題として取り組んでいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ご自身の意思を伝えることが難しい身体的重度の方や認知症の進行が進んでしまっている方が多いので、日常的な交流はほとんどできていません。しかし、ホームとして家族様等の訪問を積極的に受け入れ、直接交流を重視しています。		
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。	居室入り口の表札やトイレの案内板だけでなく、入居者様を書いた「書」や時候にあった物を掲示することで、変化のない空間にしないようにしている。	居間には座り心地の良い椅子がソファのように並べられ、皆と一緒に並んでテレビ鑑賞する場があります。壁には季節にちなんだ張絵などの作品が飾ってあります。景色の良い屋上では、プランターで野菜作りを楽しんでいます。	
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。	入居者様の性格等を生活歴等から読み解き、他の方と人間関係が円滑になるように支援しています。集団レクリエーションを通じ、孤立感がなくなるよう努めています。		
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。	量的な制限以外は基本的に設けず、なじみのものを持参していただくなど、なるべく自宅環境が崩されないようかたちで入居できるようにしている。	セットされた防災のカーテン以外の家具は、全て利用者の持込んでいます。ベッドでなく、和式の方もいます。寝具のカバー・シーツは3日ごとに洗濯し、寝具類は屋上で日干しをしています。毎日の日常清掃と3日に1回の大掃除を組み合わせています。	
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。	入居者様の自力歩行や手引き歩行、車椅子での移動等身体状況に合わせた支援を行い、ADLが落ちないように努めている。		

事業所名	グループホーム 古街の家
ユニット名	2階

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つなげている。	「地域包括ケア」の推進にあたり、研修の機会や運営推進会議等で家族様や地域の方等の話を聞きながら、「どう運営していけばいいのか」を改めて見直ししています。朝の申し送り時には、理念の具体的実行として「〇〇していこう」と全員で唱和しています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	定期的なボランティアさんの支援を通じ、ボランティア団体とのつながりを密にとるようにしています。また、町内会に属し、地域との関わり方を深めるように取り組み（雪かき等）を始めました。		
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。	花見等の外出や納涼祭の機会を通じて、地域の方のボランティア参加や会話の機会を設けることで、認知症の方々の理解や支援のあり方を見聞してもらえ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ヶ月に1度の運営推進委員会に家族の代表はもちろんのこと、必ずボランティア団体の代表の方に参加していただき、第三者の目が常に入っている状況で運営できるようにしています。		
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。	「地域包括ケア」の推進にあたり、制度上の現実的な矛盾などを話しあうこと等で現場の抱えている問題を共有できるように、おおむね月に1度は市役所に出向き、担当者で話し合う機会を作っています。		

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
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。	「身体拘束の防止」研修等の機会を通じ、サービス中に行われているケアの中に拘束の疑いがないか相互でチェックできるようにしている。玄関施錠をしているが、不審者の侵入の事実及びホームを出てすぐ幹線道路があるため、市と協議の上やむを得ず行っている。		
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。	「虐待の防止」研修等の機会を通じ、概念的な捉え方のみならず、実際に「古街の家」で行われているケアの中にそれらを疑う事由が発生していないか具体的に考える時間を設ける等を行い、業務の見直しをしました。また、職員のメンタルケアも重視しています。		
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。	入居者様の中に弁護士が後見人になっているケースがあり、現実的に都度都度学んでいます。ただし、一般職員にはまだまだ周知できていない実態があるので、今後の研修等の機会を通じ、入居者様の権利が護れるよう努めて行きます。		
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。	重要事項及び料金体系の説明を行った後に入居者様やご家族様に理解・納得していただいてから契約を締結するようにしています。まとめて話すのではなく、区切りを作って理解しやすいように努めています。		
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。	外部評価や運営推進委員会・家族会の機会のみならず、生活的・医療的な報告や行事参加の促し等の電話や手紙を通じて、「つながり」が切れないように意識しながら取り組み、朝夕の申し送りやスタッフ会議時に情報を共有するようにしている。		

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
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。	統括施設長が定期的にホームに訪れるだけでなく、月に1度のスタッフ会議への参加・定期的な個人面談を通じて現場の悩み等に直接耳を傾ける機会を作ると共に、働きやすい、声の出しやすい事業所運営を重視している。		
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。	代表者や統括施設長は現場の土俵に立ちながら事業所運営をするとともに、実践者研修等への金銭的な支援、夜勤手当の改善等を行い、「身」と「心」が満足できるように環境を整えています。		
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。	スタッフ会議において年間研修計画に基づいた研修を行うとともに、外部研修の機会を従業員に周知し、積極的に参加してもらうよう取り組んでいる。		
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。	代表者及び統括施設長は横須賀市グループホーム協議会の「経営者会議」に参加しています。また、管理者はその「連絡会」や「小規模事業所連携」の会にも出席し、これらが実施する研修に職員を参加させることで交流の機会を作っています。		
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。	入居者様やご家族様、前任のケアマネジャーからの情報を把握し、入居者様が新しい環境になっても混乱しないように努めています。入居者様の不安は大きいので初対面からの印象を特に重視し、慣れるまではご家族様の支援が多くなる可能性が高い旨をお伝えしています。		

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
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。	家族様の話を丁寧に傾聴し、その思いをぶつけていただけるように意識している。「話を聞いてくれる職員だ」という印象をもってもらえることが、不安解消の第一歩と捉えています。		
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。	傾聴していくなかで、言外の不安要素が何であるかを忘れずに努めることで、表に出ているニーズだけではなく隠されたものを見極められればと考えています。「在宅＝ホーム」ではなく、生活環境が変わる中で必要なサービスを提案するようにしている。		
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。	「感情は最期まで残る」ことを忘れずに、「本人主体の介護」「できること、したいこと」をかなえられるように支援するべきだと職員に対して研修等の機会を通じ意識を高めるようにしている。		
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。	運営推進委員会や家族会、行事への参加の連絡を月に1度の「お便り」送付の機会を通じて行うとともに、来所されたときには積極的に介護してもらうよう見守っています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居されて間もない頃にたずねてくださる方々に対して、連絡先を可能な限りお聞きし、ご家族の了承を得たうえでつながりが絶えないようにしています。また、今後の「地域包括ケア」の要のひとつであるので、課題として認識しています。		

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。	レクリエーションや複数でできる手作業等と一緒にすることで、会話や笑顔を引き出しています。また、個別外出の機会を設け、入居者様が行きたいところにおつれし、社会性が維持できるように努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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。	「利用者様・ご家族様へのふだんの対応がいかに大切か」を心に置きながら支援するように努めています。退所や契約終了後の支援や相談ができる環境づくりに取り組んでいます。		
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。	生活歴に注目するとともに、入居されていた期間の言動の記録を重視しています。意思が確認できない場合は、ご家族から、友人や仕事仲間からの聴き取りも可能な限りするようにしています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時の聴き取り等の情報収集はもちろんのこと、ホームでの生活の中から垣間見られる生活歴を記録に残しています。		
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。	日々の記録の共有を図るために、朝・夕の申し送りを必ず行っています。また、つどつど、スタッフ会議等で話し合う機会を設けています。		

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
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。	ご本人様のふだんの言動及び面会や電話等での家族様の意向、かかりつけ医からの話等を勘案して具体的な長短期の目標を設定し、介護計画を作成しています。		
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。	ふだんの記録を残すことがとても重要であると職員に意識をさせています。その記録と本人様やご家族様の意向を勘案して、達成可能な具体的な目標をカンファレンス等で話し合っています。より具体的計画になるように支援しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	グループホームの入居者様の活動範囲を広げるために、（複合型）小規模多機能型居宅介護事業所との連携を考えています。また、隣接の他法人のデイサービスからの「流しそうめん」参加が制度規制でできなかったため、「地域包括ケア」視点の制度改正に取り組んでいます。		
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。	地域包括支援センターやボランティア団体、民生委員、近隣の住民の皆様との交流をより活発にしています。福祉体験学習を通じて中学生の受け入れ、納涼祭においては近隣の保育園の園児とその家族様への招待をしています。		
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。	協力医療機関だけではなく、入居前からのかかりつけ医への受診ができるように送迎をしたり、往診医が来所した際には、職員から挨拶をし、よい雰囲気作りに努めています。また、医療連携の看護師とかかりつけ医が連携し、ふだんのようにすを医学的観点から報告しています。		

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
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。	医療連携として同一法人の看護師が毎週訪問した際に、直接介護職員が状態の報告や相談をしています。また、24時間オンコール体制で都度医療的なアドバイスや指示が受けられるようになっています。		
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。	協力医や認知症の専門医等とふだんから情報交換を行い、入退院時には病院のケースワーカーと連絡をとりあって、現状の把握をしながら安心して療養や日常生活ができるように努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所の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。	常に身体的・精神的な変化を家族様等に報告する流れの中で、重度化・終末期のありかたについて話す機会を設けています。ターミナル状態と診断された際には、主治医同席のもと今後の方針等を話し合うようにしています。		
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。	職場内外の研修を通して知識の習得は少しずつ積んでいます。救急法の実践訓練は今後の課題として捉えています。		
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回の防災・避難訓練の実践と、職場内外の研修を通じて、「防災・減災とは何か」を考えるようにしています。また、運営推進委委員会等で地域住民の方に、万が一の際の支援を依頼しています。		

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。	「パーソンセンタードケア」の考えに立ったケアのあり方の実践を通して、現在行われているケアのあり方が人格尊重、誇りやプライバシーを損ねていないか見直しているところです。		
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。	ふだんの会話や生活歴を参考に、入居者様がそれぞれ「どうしたいか」を把握できるようにしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	業務を分解し介護職員でなくてもできる部分を他職種に任せることで、入居者様への支援に費やす時間を多く取れ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。	起床時や入浴・排泄介助後に身だしなみを整え、外出時には帽子や上着などの身支度の支援をしています。定期的に爪切りや訪問理容等も行っています。		
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。	調理に興味のある入居者様に下準備の一部や食器を拭いていただいたりしています。誕生日会の機会や四季折々の時候では、好みに合わせた内容を中心に提供しています。		

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。	定期的な水分補給はもちろんのこと、気候や身体状況、入居者様の訴えに合わせた提供をしています。持病に合った栄養バランスのために、マンナン米や糖分ゼロシュガー等を利用しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	起床時及び毎食後に口腔ケアをしています。義歯の入居者様は就寝時は外し、清潔の保持を行っています。定期的な歯科医・歯科衛生士によるブラッシングとその指導を得るようにしています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	「おむつ外し」を目標にし実践できています。排泄チェック表で排泄のパターンを把握しています。また、自力排泄ができるように、トイレで排泄できるよう支援をしています。		
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。	極力薬物に頼るのではなく、排泄を促す運動や乳製品等食事内容に気をつけています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的な入浴日は決めてあるが、そこに固定しているわけではなく、入居者様の状況に合わせた入浴介助ができるようにしている。菖蒲湯等、時候にあわせた入浴を楽しめるようにしている。		

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
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。	日中の活動性を高め、睡眠導入薬に頼ることのない、基本的な人間の生活スタイルに合わせることで十分な休息に繋がると考えています。		
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。	誤薬の怖さを職場内外の研修等を通じて学び、内服薬等の介助に入る前には介助者や他の介護職員による二重チェックを行っています。また、日にちごとに薬を管理するためにポケット式のファイルを用いています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	利用者様ごとにホーム内での趣味活動やレクリエーション・体操を通じて楽しい日々が過ごせるようにしています。また、裁縫や工作の手伝い等で役割を持つことが生活の質を高めると考え、実践しています。		
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。	「個別外出レク」や時候にあわせた外出、通院の支援等を行っています。「納涼祭」等の行事を室外で行い、地域住民参加のお誘いをして、ボランティアや中学生の福祉体験の機会を作っています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	月に2回乳製品の訪問販売の機会には、施設内通貨を用いて「お金を遣う」という社会活動を忘れないようにしています。本物のお金で購入できるような仕組みづくりを課題として取り組んでいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居者様の状態に合わせて支援をする体制はあるものの、難聴や文字が書けない等の事情があり支援に繋がっていません。家族様等からの手紙を受け取ることはあるが、一方通行になってしまっている。		
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。	居室入り口の表札やトイレの案内板だけでなく、入居者様が書いた「書」や時候にあった物を掲示することで、変化のない空間にしないようにしている。		
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。	入居者様の性格等を生活歴等から読み解き、他の方と人間関係が円滑になるように支援しています。集団レクリエーションを通じ、孤立感がなくなるよう努めています。		
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。	量的な制限以外は基本的に設けず、なじみのものを持参していただくなど、なるべく自宅環境が崩されないようかたちで入居できるようにしている。		
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。	入居者様の自力歩行や手引き歩行、車椅子での移動等身体状況に合わせた支援を行い、ADLが落ちないように努めている。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム古街の家

作成日：平成 27 年 2 月 18 日

【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	13	職員の態度と言葉遣いが、ご利用者ご家族の方に対し配慮に欠ける発言が聞かれることがある。	相手の状況を考慮し発言出来るようにする。	接客業でもあることを、毎月のスタッフ会議にて各職員と話し合う。	6ヶ月
2	49	外出（散歩・日光浴）をする回数が減少している。	天候が良い日には、1日各フロア1名以上の外気浴を行う。	カレンダーに毎日1名の利用者名を記入し散歩・日光浴を行う。時間がある限り複数名実施する。。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月