

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	1473400537	事業の開始年月日	平成19年4月1日	
		指定年月日	平成19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 あいらんど			
所在地	( 246-0026 ) 横浜市 瀬谷区 阿久和南4-11-2			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成27年3月9日	評価結果 市町村受理日	平成27年9月11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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473400537&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473400537&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100</a>
----------	---

### 【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)】

「安」心できる生活の提供・「信」頼できる関係の構築・「感」じ取る力の養育を理念として、ご本人やご家族の意向を第一に、介護と医療が連携して入居者様の生活を支えます。入居者様の一日の流れは、基本的にご本人にお任せしていますが、朝はコーヒーを楽しまれる方やスズメの餌やりをして下さる方がおり、午前中は体操で体をほぐした後10時のお茶、ご希望に沿って入浴や散歩をします。12時の昼食後は、お昼寝やゲームをされる方、15時にお茶があり、18時の夕食までゆったりと過ごされています。できる限り入居するまでの習慣を尊重し、その人らしい生き方が守られるよう心掛けています。今年は10周年の節目に、いつもお世話になっている新和自治会の方へ恩返しをしていきたいと考えています。

### 【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年3月29日	評価機関 評価決定日	平成27年6月25日

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

グループホームあいらんどは、相鉄線の三ツ境駅といずみ野駅の間に位置し、バス便が双方から出ており、中間の「新和入口」バス停前に建つグループホームです。事業開始は2005年2月で、瀬谷区と泉区を中心に県内で各種の福祉事業を展開するアイシマグループに所属しています。

<優れている点>

利用者は居室で絵を描いたり、歌声広場に出かけたり、リビングで談話をしたり、ゆったりと自分のペースを保ちながら暮らしています。支える職員は、毎月のカンファレンスで全利用者の課題を洗い出し、最適な支援に取り組んでいます。日常的には職員の言葉かけや態度がそのまま利用者に伝わるので、いつも明るくなるように気を付けています。さらに、近隣にある法人の同業職場での研修でスキルアップする計画をしています。リスク管理にも取り組んでいます。26年度は申し送りノートによる情報共有の徹底において記入漏れを反省したり、薬品管理をルール化しています。現在、事故対応を見つめ直すために、ヒヤリハットの事例をたくさん積み上げています。

<工夫点>

朝夕礼時に、理念を1・2階合同で唱和して職員間の連携を深めています。玄関にヘルメットをはじめとする防災用品を備え、利用者の所在確認のための避難名簿で救出者の確認用紙もそろえています。

### 【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 あいらんど
ユニット名	つき

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)	<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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	事業所理念は、業務日誌の表紙や事務所に掲示し、いつでも目に入るようにしています。実践に繋げるために、朝と夕の申し送り時に復唱しています。	理念の「安」「信」「感」は、申し送り時にその日のリーダーが先導し、唱和しています。職員は日常的に読んだり、行き詰った時などにふり返り、自分の活動内容を深めています。新入社員には先輩が「何でも相談して来いよ」と声掛けし、この意義を伝えてい	
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。	自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席しています。主に、地域の清掃や古紙回収などを通じて交流を持ち、行く行くは囲碁の相手をお願いしたり、認知症の勉強会を開いたりして親睦を深めたいと運営推進会議で合意済みです。	自治会の活動には管理者が主任が交代で参加し、事業所のアピールをしています。自治会の行事へ参加すると、手厚く歓待してくれます。小学生に盆踊りを教えたり、事業所前のバス停の清掃などもしています。傾聴やクラリネット等のボランティアも来訪しています。	
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。	定期的で開催される運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。管理者が瀬谷区の認知症サポーターキャラバンメイトの講習を受講済みです。		
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。	年6回奇数月に実施しています。自治会の回覧版を通じて、ホームと法人の活動報告をする許可を頂いたので、法人やホーム主催の行事の案内などを回覧して頂いています。自治会長は介護に精通しているため、事故についても親身に相談に乗って下さいます。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、事業内容の意見交換のほか、自治会長からは民生委員として、地域密着型のサービスの課題や徘徊などについて、温かいアドバイスをもらっています。直下型地震では事業所を地域の避難所にどうかなどの話題も出ています。	
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。	市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いたり、運営推進会議のオブザーバーとして協同できることを話し合ったりしています。GH連絡会、市区主催の研修にできるだけ参加して情報の共有にも努めています。	区役所の職員は、時間が合うと運営推進会議に出席してアドバイスをしてくれます。市や区の連絡会に参加しており、制度の多様な変更時期で、最新動向も伝えてくれます。生活保護の利用者もおおり、後見人を依頼したり相談する機会もあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体拘束に関する法人独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。玄関は過去に知らない人が侵入したことがあるため施錠し、リビングは特別な理由がない限り利用者の意思で開けられるようになっています。	身体拘束マニュアルの勉強会や接遇に対するチェックリストで我が身を振り返っています。車いすやベットなど身近な拘束事例もあり、本部での研修があります。利用者の外出希望には、一緒に出掛けたり、外出したい原因を捉えて対応するようになっています。	
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。	法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。年2回程度接遇・言葉使いチェックシートを活用したり、適宜面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。		
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。	職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には出席するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し、制度を活用できるように支援します。		
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。	契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を図っています。		
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。	利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。家族に関しては、年1回の家族会や面会時・電話での連絡の際伺っています。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にしています。	利用者・家族が相談しやすい環境を職員自らが築くことを目標としています。事故を見つめ直すため、ヒヤリハット事例を沢山積み上げ中です。訪問できる家族も少なく、あいらんど通信や家族会がありますが、緊急時には、すぐに連絡を取り合うようになっています。	

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
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。	毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。又、管理者・主任から細かに声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取る事が出来るように心掛けています。状況に応じて課長・部長にも相談しています。	会議や個別ヒアリングで、職員の個別意見はすぐ進めたり、稟議起案につながっています。勤務の急な変更、利用者の動向の情報交換、自己評価も職員の意見を入れまとめています。法人の研修や自主的な勉強活動に加え、近隣施設との交換研修も始める予定です。	
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。	資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいにつながるシステムが整っています。		
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。	管理者・主任は、年1回法人の管理者研修に参加。法人内には、教育委員会と施設部勉強委員会が設置され、全職員に対しては、月1回程度外部講師を招いた教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。		
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。	市区が開催するグループホーム連絡会と瀬谷区地域密着型サービス会へは、管理者か主任が必ず参加し、活発な意見交換をしています。毎年、外部法人との交換研修を行っている他、今年は法人内での交換研修を計画しています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面接を行い、細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。		

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。	上記の見学後は、こまめに連絡を取り、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。		
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。	ご本人とご家族の要望を伺いながら、協力機関のサービス利用も踏まえて、ケアカンファレンスを開催します。特に、入居後約1ヶ月は環境の変化により不安定のため、細かく観察して臨機応変に対応していきます。		
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。	介護する側、される側という意識は持たず、常に尊重することを心掛けます。利用者が生活の主人公と捉え、「何をしたいのか」「何を食べたいのか」等会話を通して、お互いが信頼できる関係を築いています。		
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。	ご家族には面会時やあいらんど通信を利用し、ご本人の様子を伝えていきます。ご家族に協力して頂ける事柄は積極的に受け入れて、支援に繋がることを考えます。体調面で特別なことがあったときは、その都度電話連絡しています。		
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。	職歴や趣味に合わせて、喫茶店等興味のある場所へお連れする時間を設けています。元同僚からのお手紙へは管理者から返事を書くこともあり、気持ちの良い関係が続くよう配慮しています。	家族や元近隣の友人が訪問すると部屋で談話しています。利用者の希望で手紙を書いたり、電話もしています。趣味のイラスト作品も展示されています。数人で歌声広場に出かけたり、家族とはレストランの食事やホテルの宿泊もしています。	

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。	利用者同士でトラブルがあっても、業務日誌にヒヤリハットとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有しています。各々の性格や好みを把握し、利用者同士で解決することは職員が仲介せずに自然に任せています。		
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。	特養に転居された方は、相談員を通じて様子を伺っています。管理者が面会に行くこともありますが、利用者と一緒に行くこともあります。		
<b>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</b>					
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。	職員や利用者同士の日常的な会話から、ご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせていただきます。これらが困難な方には、生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。	思いや意向は、職員と2人きりになる入浴時、夜の雑談時、トイレなどで聞いて、ケース記録および業務日誌に記録しています。表現ができない利用者からは試行錯誤しながら意思を確認するようにしています。不穏時に薬に頼らない方法にも取り組んでいます。	
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。	入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していきたいことや継続したくないことも伺いながら、個々のニーズに対応していきます。		
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。	日勤者と夜勤者で、各利用者の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医や訪問看護とは医療関係ノート等で情報共有し、ケアの統一を図りながら、日々の変化にも対応しています。		

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月1回のケアカンファレンスや必要があれば随時話し合いの場を設けています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて介護計画を作成しています。	毎月のケアカンファレンスでは、一人ひとりの課題を整理し、時には全職員からのペーパーカンファレンス意見ももらっています。医師や看護師の助言や家族の希望も記録し、3ヶ月ごとにモニタリングして自立した生活プランを介護支援計画書に反映しています。	
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。	各利用者のケースファイルに、個々の介護計画の実施状況や、今後の介護計画に活かせるような事柄を記録し、月1回のケアカンファレンスで見直しをしています。		
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。	協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用することが出来ます。		
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。	近隣に同法人の施設が2ヶ所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて、施設間の関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。徒歩圏内にケアプラザもあるため、「歌おう広場」へ参加したり、空きスペースに絵を飾らせて頂くこともあります。		
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。	利用契約時のご本人の状態から、内科か精神科の主治医を決めて頂いています。併せて、協力医療機関の説明も行っています。	事業所は内科、心療内科、歯科とそれぞれの専門医院と提携しています。入居に際し、医療連携体制同意書を得て提携医に切り替えも可能です。整形外科や眼科などの専門外来受診には情報提供書を持参して家族ないしは職員が同行して受診結果を記録に残しています。	



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。	訪問看護との契約に基づき、入居者の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週1回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っているため、急変時にも的確な指示を受けることができます。		
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。	協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて、適切なケアが行え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。	「重度化した場合における対応に係る指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断で、ご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームですることを明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。	重度化した場合や終末期の在り方について、指針を基に家族と話合っています。要望があれば意向確認書を取り交わし、サービス計画書を作成して支援する事としています。職員は法人研修で終末期ケアについて学び、看護師の指導も受けて支援にあたっています。	
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。	緊急時の法人独自のマニュアルがあります。連絡手順や緊急対応法を、電話の近くに掲示して、すぐに対応できるようにしています。また、定期的に緊急事態に備えて通報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回の消防訓練で、夜間や地震想定避難訓練を行っています。一時避難場所の確認、地域へ協力して欲しいことと、当ホームが協力できることを運営推進会議で伝えていきます。非常食は、入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関口に置いています。	年2回、事業所独自で利用者職員が夜間の火災や地震を想定して、消火訓練、避難誘導訓練を行っています。火災の場合は火元と反対方向に避難するように消防署のアドバイスを受けています。備蓄食料の賞味期限はリストを作成して管理しています。	運営推進会議を通して、地域住民と事業所が災害に備えて具体的な協力体制について話し合うとともに、訓練時に消防署の指導・助言を得られるように消防署への働きかけも期待されます。

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報に記載されている書類は事務所に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。年2回程度接遇チェックシートを活用し、自己の接遇を振り返っています。	職員は利用者が自分の意思や希望を表明し、自分のペースで生活ができるように、言葉かけや自己の姿勢に配慮して支援にあたっています。職員は年2回「行動指針」を基に自らを振り返りパート職員は「業務態度チェックシート」を契約更新時に提出しています。	
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。	一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせて、ご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。		
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。	1日のスケジュールは決めておらず、その日の体調や気分に合わせて、希望に沿って活動して頂きます。例えば、塗り絵、読書、自室でテレビ観賞等、思い思いの生活をされています。		
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。	2ヶ月に1回訪問理容で、希望の髪型を注文して頂きます。外出時には、季節に合った服を職員と一緒に選びます。また、整容も鏡の前で行い、身なりをご自身で確認して頂いています。髭剃りは電気シェーバーを充電しておき、いつでも使えるようにしています。		
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。	食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。月1回法人で経営している中華レストランで外食の機会を設けています。テーブル・食器拭き、食器洗いもして下さいます。	食材を週2回業者に注文し、調理担当者が利用者の好みや希望を聞き、冷蔵庫内の食材も考慮に入れて、献立を決め調理しています。利用者は米をといだり野菜の皮むき、後片付けに参加しています。誕生日ケーキは利用者が飾りつけをして全員で祝っています。	

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。	食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じたトロミ粉の使用や、状態に合わせた介助の方法を検討しています。定期的に、管理栄養士による献立と栄養バランスのチェックもあります。		
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ます。	ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週1回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯製作や抜歯等を行っています。		
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。	排泄の失敗を減らすために、定時誘導を行っています。一人一人の排泄パターンやサインを把握し、スムーズに行えるように見守りや声掛けをしています。尿意のある方には、紙パンツから布パンツへの移行も検討しています。	排泄が自立している利用者は、自ら排泄チェック表に記載して後から職員に報告しています。一人ひとりの特性を把握し、チェック表で間隔を見て「歩く練習をしましょう」などと声かけに工夫をしながら、トイレでの排泄を支援しています。	
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。	適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時には、ご家族に嗜好を伺ったり、飽きのこないようゼリーや寒天を提供したりしています。		
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。	希望のある方以外は、入浴チェック表を見て日が空いている方に勧めています。また、身体状況に応じて、法人内の訪問入浴を無償で利用することが明文化されました。	週2～3回を目安に本人の希望を優先して入浴をしています。昼間の入浴を好まない利用者には、夜間に支援する場合があります。入浴しない日には清拭で対応したり、皮膚の状態により足浴も提供しています。身体状況により訪問入浴での対応も可能です。	

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。	午前の活動量に応じて、午睡を勧めることがあります。自らソファでうたた寝する方もいます。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、安眠でき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。	ケースファイルには、最新の薬剤情報リストか、薬が変更した時のものをファイリングしています。リストには、作用と副作用が記載されており、全職員が確認することができます。薬の変更時は、必ず業務日誌に記入し、周知徹底しています。		
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。	入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。人の役に立ちたいという思いから、自発的に家事をして下さる方や新聞を取りに行くことが日課の方もいます。		
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。	散歩や外気浴を積極的に取り入れて、気温や天気等の自然を感じられるようにしています。ホームの畑で、季節の野菜や果物を収穫することを楽しみにしている方もいます。月2回の音楽療法と月1回の食事会へは、同法人のレストランへ車で外出しています。	天気が良ければ散歩に出たり、庭の畑の世話などで季節を感じ、気分転換と五感への刺激の機会を得ています。月に2回、音楽療法で外出する利用者のほか月1回は全員で外食を楽しんでいます。職員の付き添いで受診の帰りにコンビニに立ち寄ることもあります。	
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。	ご本人からの要望がある場合には、個人でお金を管理して頂いています。その他は、基本的には法人で通帳を管理しており、ホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。		

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
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。	ご本人の希望時で、早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。退職した職員と手紙のやり取りをしている方もいます。今後は、年賀状や誕生日等の節目にはご家族に手紙を書く機会を設けたいと考えています。		
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。	食堂のテーブルの配置や席を替え、入居者同士の関係を良好に保てるよう随時検討しています。リビングにはCDラジカセを置き、入居者の好きな音楽を掛けられるようにしています。天候によって空調などで温度調整を行い、身体に負担のないようにしています。	ベランダを配した居間にはダイニングテーブルとソファを置き利用者は思い思いの場所で寛いています。居間の一部に畳コーナーを設け、こたつを置いています。段差で躓かないように蛍光テープを貼り注意を促しています。利用者の鉛筆画が彩を添えています。	
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。	リビングのソファでは、会話やテレビを楽しむ方、うたた寝をする方がいます。個室完備のため、気分に合わせて、自室でアルバムを見たり絵を描いたりして過ごされる方もいます。		
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。	入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。	備え付けのクローゼット以外は利用者がベットをはじめ、思い思いの馴染みの家具を持ち込んでいます。掃除は共用空間と一緒に掃除器とモップがけを行いゴミは毎日捨てています。居室の入口には自分の部屋と解るように利用者の好みの小物を飾っています。	
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。	大きなカレンダーがあり、毎日日にちを変えて下さる方がいます。コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れができます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者と共に作成しています。		

事業所名	グループホーム あいらんど
ユニット名	ほし

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、生き生きと働いている。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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っなげている。	事業所理念は、業務日誌の表紙や事務所に掲示し、いつでも目に入るようにしています。実践に繋げるために、朝と夕の申し送り時に復唱しています。		
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。	自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席しています。主に、地域の清掃や古紙回収などを通じて交流を持ち、行く行くは囲碁の相手をお願いしたり、認知症の勉強会を開いたりして親睦を深めたいと運営推進会議で合意済みです。		
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。	定期的に行われる運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。管理者が瀬谷区の認知症サポーターキャラバンメイトの講習を受講済みです。		
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。	年6回奇数月に実施しています。自治会の回覧版を通じて、ホームと法人の活動報告をする許可を頂いたので、法人やホーム主催の行事の案内などを回覧して頂いています。自治会長は介護に精通しているため、事故についても親身に相談に乗って下さいます。		
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。	市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いています。認定更新等で来訪された時は、利用者の暮らし・ニーズを伝えていきます。また、利用者が受診された場合は、担当者に連絡し今後のケアの方向性等を伝えていきます。		

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。	身体拘束に関する法人独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。玄関は過去に知らない人が侵入したことがあるため施錠し、リビングは特別な理由がない限り利用者の意思で開けられるようになっています。		
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。	法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。年2回程度接遇・言葉使いチェックシートを活用したり、適宜面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。		
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。	職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には出席するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し、制度を活用できるように支援します。		
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。	契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を図っています。		
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。	利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。家族に関しては、年1回の家族会や面会時・電話での連絡の際伺っています。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にしています。		



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
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。	毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。又、管理者・主任から細かに声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取る事が出来るように心掛けています。状況に応じて課長・部長にも相談しています。		
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。	資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいにつながるシステムが整っています。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	管理者・主任は、年1回法人の管理者研修に参加。法人内には、教育委員会と施設部勉強委員会が設置され、全職員に対しては、月1回程度外部講師を招いた教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。		
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り組みをしている。	市区が開催するグループホーム連絡会と瀬谷区地域密着型サービス会へは、管理者か主任が必ず参加し、活発な意見交換をしています。毎年、外部法人との交換研修を行っている他、今年は法人内での交換研修を計画しています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面接を行い、細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。		

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。	上記の見学後は、こまめに連絡を取り、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。		
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。	ご本人とご家族の要望を伺いながら、協力機関のサービス利用も踏まえて、ケアカンファレンスを開催します。特に、入居後約1ヶ月は環境の変化により不安定のため、細かく観察して臨機応変に対応していきます。		
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。	介護する側、される側という意識は持たず、常に尊重することを心掛けています。調理の際は、献立を提案して頂いたり、調理方法を教わりながら作って頂くこともあります。互いに長所を活かし、一緒に経験し、信頼できる関係を築いています。		
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。	ご家族には面会時やあいらんど通信を利用し、ご本人の様子を伝えていきます。ご家族に協力して頂ける事柄は積極的に受け入れて、支援に繋がることを考えます。体調面で特別なことがあったときは、その都度電話連絡しています。		
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。	入居前からの習慣で、買い物を楽しみにされている方は、希望時に近くのスーパーにお連れして買い物の時間を設けています。また、カラオケが好きだった方は、月1回ケアプラザ主催の「歌おう広場」に参加し、これまでの趣味を継続して頂いています。		

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。	利用者同士でトラブルがあった場合は、業務日誌にヒヤリハットとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有しています。各々の性格や好みに合わせて、散歩・オセロ等を通じて利用者同士で楽しめる場を設けています。		
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。	特養に転居された方は、相談員を通じて様子を伺っています。管理者が面会に行くこともありますが、機会があれば、利用者と一緒に遊びに行くことも考えています。		
<b>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</b>					
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。	職員や利用者同士の日常的な会話から、ご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせて頂いています。これらが困難な方には、生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。		
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。	入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していきたいことや継続したくないことも伺いながら、個々のニーズに対応していきます。		
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。	日勤者と夜勤者で、各利用者の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医や訪問看護とは医療関係ノート等で情報共有し、ケアの統一を図りながら、日々の変化にも対応しています。		

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月1回のケアカンファレンスや必要があれば随時話し合いの場を設けています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて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。	各利用者のケースファイルに、個々の介護計画の実施状況や、今後の介護計画に活かせるような事柄を記録し、月1回のケアカンファレンスで見直しをしています。		
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、その時々にも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。	協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用することが出来ます。		
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。	近隣に同法人の施設が2ヶ所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて、施設間の関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。徒歩圏内にケアプラザもあるため、「歌おう広場」へ参加したり、空きスペースに絵を飾らせて頂くこともあります。		
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。	利用契約時のご本人の状態から、内科か精神科の主治医を決めて頂いています。併せて、協力医療機関の説明も行っています。		

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
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。	訪問看護との契約に基づき、入居者の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週1回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っているため、急変時にも的確な指示を受けることができます。		
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。	協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて、適切なケアが行え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。	「重度化した場合における対応に係る指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断で、ご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームでできることを明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。		
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。	緊急時の法人独自のマニュアルがあります。連絡手順や緊急対応法を、電話の近くに掲示して、すぐに対応できるようにしています。また、定期的に緊急事態に備えて通報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回の消防訓練で、夜間や地震想定避難訓練を行っています。一時避難場所の確認、地域へ協力して欲しいことと、当ホームが協力できることを運営推進会議で伝えています。非常食は、入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関口に置いています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報に記載されている書類は事務所内に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。年2回程度接遇チェックシートを活用し、自己の接遇を振り返っています。		
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。	一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせて、ご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。		
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。	1日のスケジュールは決めておらず、その日の体調や気分に合わせて、希望に沿って活動をして頂きます。例えば、塗り絵、読書、自室でテレビ観賞等、思い思いの生活をされています。		
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。	2ヶ月に1回訪問理容で、希望の髪型を注文して頂いたり、シェービングをされる方もいます。ご本人から白髪染めを希望された時は、入浴時に髪を染めます。毎朝ご自分で紅をさす方もいます。外出時には、季節に合った服を職員と一緒に選びます。		
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。	食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。月1回法人で経営している中華レストランで外食の機会を設けています。テーブルや食器拭き、食器洗いもして下さいます。		

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。	食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じて、訪問歯科による嚥下機能検査を受け、食形態の指導の下適切な介助方法を検討しています。食事量の少ない方は、主治医に相談し経腸栄養剤を取り入れています。		
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ます。	ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週1回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯製作や抜歯等を行っています。		
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。	排泄の失敗を減らすために、定時誘導を行っています。一人一人の排泄パターンやサインを把握し、スムーズに行えるように見守りや声掛けをしています。尿意のある方には、紙パンツから布パンツへの移行も検討しています。		
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。	適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時は嗜好に合わせた飲み物や、飽きのこないようゼリーや寒天を提供しています。ご家族の要望で、下剤の代わりに指定の飲料を飲まれる方もいます。		
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。	希望のある方以外は、入浴チェック表を見て日が空いている方に勧めています。また、身体状況に応じて、法人内の訪問入浴を無償で利用することが明文化されました。		

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
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。	午前の活動量に応じて、午睡を勧めることがあります。自らソファでうたた寝する方もいます。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、安眠でき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。	ケースファイルには、最新の薬剤情報リストか、薬が変更した時のものをファイリングしています。リストには、作用と副作用が記載されており、全職員が確認することができます。薬の変更時は、必ず業務日誌に記入し、周知徹底しています。		
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。	入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。音楽療法の先生にピアノや歌を習ったり、書道のコンテストに参加される方、テーブルや食器拭き、洗濯物を進んで畳んで下さる方もいます。		
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。	散歩や外気浴を積極的に取り入れて、気温や天気等の自然を感じられるようにしています。ホームの畑で、季節の野菜や果物を収穫することを楽しみにしている方もいます。月2回の音楽療法と月1回の食事会へは、同法人のレストランへ車で外出しています。		
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。	ご本人からの要望がある場合には、個人でお金を管理して頂いています。その他は、基本的には法人で通帳を管理しており、ホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。		



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
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。	ご本人の希望時で、早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。退職した職員と手紙のやり取りをしている方もいます。今後は、年賀状や誕生日等の節目にはご家族に手紙を書く機会を設けたいと考えています。		
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。	食堂のテーブルの配置や席を替え、入居者同士の関係を良好に保てるよう随時検討しています。リビングにはCDラジカセを置き、入居者の好きな音楽を掛けられるようにしています。天候によって空調などで温度調整を行い、身体に負担のないようにしています。		
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。	リビング中央に畳部屋があり、冬はこたつを出す等して自由に過ごして頂けます。ターミナルを迎えた方やお見舞いにいらしたご家族が宿泊することもあります。		
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。	入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。		
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。	大きなカレンダーがあり、毎日日にちを変えて下さる方がいます。コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れができます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者と共に作成しています。		

平成26年度

## 目標達成計画

グループホーム あいらんど

作成日： 平成 27年 9月 7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	13	○災害対策：日程調整がうまくいかず、消防署との避難訓練ができていない。	年内には消防署と訓練をして、新しい入居者・職員が避難経路等を把握できるようにする。	11月までに消防署に連絡を取り、先に訓練日を決めてシフトを組む。災害時の不安点を、予め職員にヒアリングしておき、消防署から指導・助言を得る。	6ヶ月
2	2	○事業所と地域とのつきあい：自治会との関わりは管理者・主任が多いのが現状。一般職員も参加し、地域で支えられている・地域を支えるという意識を持ってほしい。	自治会や地域ケアプラザの行事等、管理者・主任でなくても良いものには、一般職員が付き添い、地域の方と交流する。	一般職員が、毎月の古紙回収日に自治会館へ行く、地域ケアプラザ「歌おう会」に付き添う、バス停周辺のゴミ拾いを行い、地域の方に挨拶をする。あいらんど主催の行事に地域の方を招待する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月