

平成27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	1493600082	事業の開始年月日	平成19年8月1日
		指定年月日	平成19年8月1日
法人名	株式会社 エイジサービス		
事業所名	グループホーム いずみ別荘		
所在地	( 245-0017 )		
	横浜市泉区下飯田町811-4		
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27年6月28日	評価結果 市町村受理日	平成27年10月27日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1493600082&SVCD=320&THN0=14100>

### 【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)】

最寄駅(市営地下鉄ブルーライン)から徒歩2,3分という交通アクセスに恵まれた立地条件です。周囲には泉区の自然が多く残っており、緑豊かです。散歩をしながら四季折々の富士山を眺めることもできます。芝生の庭では季節の花々に囲まれながらの外気浴を楽しむ事もできます。ホーム菜園では季節の収穫を喜び、味わい、利用者様からも大変好評を得ております。【利用者様ご本人のペースを大切にそっと寄り添い、自立を支援します。個々を認め、ゆとりある生活と安定した援助をめざします。】というホーム理念のもと、日々のケアに取り組んでおります。

### 【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27年8月24日	評価機関 評価決定日	平成27年9月20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)】

市営地下鉄下飯田駅から徒歩3分程、交通量の多い道路に面していますが、緑豊かな住宅地域の中に立地しています。法人のグループホームの中で最初に作られた2階建て2ユニットの事業所です。中庭やウッドデッキがあります。

<優れている点>

「ホーム理念」は、開所時に管理者や職員が一緒に考えたものです。その理念の下、入居者対応について、職員同士がいつでも意見を出し合える信頼関係ができています。法人グループ内に、訪問診療や訪問看護のクリニックがあり医療機関との連携が充実しています。入居者の体調変化時は、日中や夜間に関わらず訪問診療医の携帯電話に連絡することができるなど、きめ細やかな医療サポートが本人や家族の安心につながっています。主治医からの電話による指示内容は「臨時指示記録」に記入し、主治医へFAX確認することで、間違いの無いように対応しています。居室担当者を決め、「いずみ別荘からのお便り」に、担当者だけでなく管理者からもひと言を記入し、写真を付けて、家族宛てに毎月近況報告をしています。入浴は、回数・入浴時間など一人ひとりの希望に柔軟に対応しています。

<工夫点>

事務所に「ユニット会議の議題にしたいこと」と明記したA4用紙が貼ってあり、職員が意見や提案を思いついた時、いつでも記入できるようになっています。目が届きにくい場所にあるトイレは、引き戸を開閉すると鈴がなる工夫をしています。

### 【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 いずみ別荘
ユニット名	1 F つる

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つなげている。	事業所理念は玄関ホールや事務所等、常に目につく場所に掲示すると共に、内部研修で確認する機会を作り、日々の支援の拠り所としている。	職員の基本となる理念は、常に意識し、迷った時にいつでも振り返りが出来るように玄関や事務所に掲示しています。毎年4月、新たな気持ちで法人理念・ホーム理念の研修を行い、共有の機会を作っています。中途採用の職員にも随時研修をしています。	
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。	毎日の散歩で道行く方との挨拶や会話を楽しまれたり、また、買い物やお祭り、芋ほりなどでは地元での参加を積極的に試みている。	地主より家庭菜園の苗の提供があったり、近隣農家へ芋ほりに行ったりしています。隣り合う2地区の自治会の敬老会に参加しています。近隣から理美容訪問、将棋や大正琴のボランティア訪問があります。地域の障害者施設や子育てサロンとも交流があります。	
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。	玄関先に季節の花を植えるなどし、入りやすい環境を整え、見学や相談をいつでも受け入れている。	/	/
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、郵送や電話連絡で通知し、運営推進会議を開いている。そこでの意見は必ず何らかの答えを出し、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議には、家族や訪問看護師、区の高齢障害支援課、地域包括支援センターの出席があります。家族全員に開催案内を出しています。内容は、行事や研修、医療系事案、実地指導報告などです。要望や助言は、本部にも相談し前向きに対応しています。	運営推進会議に、地域住民や各自治会からの参加がしやすいような工夫や日程調整が期待されます。
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。	本部を通しての通達を含め、連絡を密にとっている。こちらからも積極的に市町村と協力関係をとっている。	県の認知症高齢者グループホーム協議会や横浜市の高齢者グループホーム連合会に出席しています。市の認知症高齢者グループホームの委託事業、「質の確保事業の研修」の介護現場交流研修事業に参加し、市町村と協力関係を築くよう取り組んでいます。	

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
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。	ホーム前に環状線が通っており、やむを得ず玄関の施錠を行っているが、さりげなく一緒に外出したり、拘束をしない対応をとっている。	「身体拘束排除宣言」を玄関に提示しています。虐待防止のマニュアルもあります。職員の利用者への心理的身体的な対応に疑問があった時は、その都度、資料配布や回覧、読み合わせにより職員へ意識付けを行っています。建物の構造上、死角にならないように安全面からモニター設置をしています。	
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。	内部研修の実施と職員全員でオープンな環境を作り、互いに気づき合える関係性を築いている。		
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。	ユニット会議での質問がきっかけで学ぶ機会を持つことが出来たりしている。今後も継続していきたいと考えている。		
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。	契約に関しては代表者、不安や疑問点などは管理者、ケアマネジャーが対応している。		
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。	来荘時に直接お話を伺ったり、ホーム玄関に意見箱を設置し意見を受け入れ反映させている。	入居時は本人と家族に面談しています。運営推進会議後の家族会で意見や要望を受けています。共同生活の中で支障が出た時や困った時は、家族に電話や面談をしています。運動希望者には、ゴミ出しの時間を利用して一緒に歩行するなどの工夫をしています。	

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
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。	月に1回、ユニット会議を開いているが、参加率は少ない。その為日頃から職員同士のコミュニケーションを図るように心がけている。また意見箱を利用し職員からの意見や提案を聞ける環境となっている。	各リーダーが職員の変化を察知し、個別に、利用者への対応方法や人間関係などについて提案や意見を聞くようにしています。職員の提案は、ユニット会議で検討し決定しています。午後のレクリエーションを充実させるため、入浴時間の変更をしています。	
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。	職員が向上心を持って働けるような職員処遇へ反映されている。代表者は現場にくることは少ないが、直接電話や面談等で意見を伝えることができる。		
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。	事業所外で開催される研修は職員なら誰でも受講できるようにされている。参加した研修は必ず報告書をあげ、全職員が閲覧できるようにしている。		
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。	他グループホームへの相互研修を行っている。(毎年)		
<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。	ご本人の思いや要望を受け止められるよう最善の方法を探し、職員全員で情報を共有し、良い対応を試みている。		

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。	ご家族の思いや要望に耳を傾け、家族側からの思いも理解するよう努めている。		
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。	ご家族からの情報とご本人の生活から得た情報をもとに、サービス内容を見極め、また他のサービス利用も必要性があれば受け入れている。		
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。	利用者は人生の先輩であるという考えを持ち、普段から利用者から教えてもらう場面が多い。声のかけ方、介助方法を個々に変え、対応している。共に支え合える関係性に留意している。		
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。	家族の来訪時には記録の公開や情報を共有し家族と同じような思いで支援していることを伝えている。		
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。	馴染みの友人に来訪して頂く等、継続的な交流ができるよう働きかけている。個々の生活習慣を尊重している。	家族の多くが地域に住み、親族の訪問があります。利用者の友人の子どもからの面会希望があり、家族の同意を得て継続的に交流できるように支援しています。本人希望があれば、家族の理解や協力を得て、墓参りや馴染みのカラオケへの外出を支援しています。	

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
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。	ご本人のペースを大切にしながらも、レクに声掛けしたり、一緒に家事をするような場を提供し、関係づくりの橋渡しをしている。		
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。	他施設への移動の際には十分な引き継ぎをし支援している。ご家族から連絡がある時は新施設への訪問も行っている。		

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。	ご本人の生活、行動パターンをよく観察し、言葉からだけではなく思いや意向に気づけるよう努力している。	居室担当者だけでなく、それぞれの職員が日常生活の中で、一人ひとりの本音を把握できるように努力しています。困難な場合は、家族からの聴き取りや今までの生活スタイルから本人の気持ちに沿った希望や意向を汲み取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。	ご家族、前利用サービスからの情報を入手することに加え、ご本人との個別の会話からも把握している。		
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。	小さな気づきも各職員が個人記録に記録、他申し送りで共有、把握している。		

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
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。	3ヶ月に1回モニタリングを行い、介護計画を職員参加で作成している。	入居時の本人と家族の面談で状態把握しています。ユニット会議で一人ひとりの心身状態を検討しています。2名の計画作成担当者は、各々が職員や看護師の意見を反映した介護計画書を作成し、互いに確認し合った後、職員に周知しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個人記録に日々の小さな変化や気づき、失敗等も記入し、次への関わりの参考としている。		
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。	現在必要が無いので実施していないが、必要があれば取り組めると思う。		
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。	将棋や大正琴ボランティア、地域の畑を借りての芋ほり、吊るし雛見学などを楽しんで頂いている。		
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、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。	定期の訪問診療、訪問看護の他、緊急、専門医受診の必要な場合には、かかりつけ医に指示をもらい、職員、ご家族が付き添い受診している。	協力医療機関の内科を主治医とし月2回の訪問診療、週1回の訪問看護を受けています。入居前のかかりつけ医に継続受診している利用者もいます。緊急時や専門診療が必要な場合、主治医の指示を受け、受診結果は家族へ報告し職員間で共有しています。	



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。	「ナース処置依頼書」に気づいたことはいつでも記入し処置してもらえるようにしている。また週1回の訪問看護時にも相談する事ができる。		
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。	入院先の面会やご家族と共に病状の説明を受ける等している。医療機関との情報交換も十分行っている。		
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。	契約時より本人、家族の要望を聞き、事業所として実施していく取組みをしている。	入居契約時に「看取りの対応」として重度化した場合対応できる範囲について説明し、家族の了解を得、対応方針を共有しています。終末期の医療アンケートを実施し、本人、家族の意向に沿った支援ができるよう医師、職員、家族が話し合い取り組んでいます。	
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。	内部研修において救急や事故発生時の対応を具体的に行っている。外部研修も行っている。		
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1回消防署、地域住民の協力を得て夜間想定避難訓練を行っている。他随時内部避難訓練を行っている。(年2回程度)	自治会に加入し地域の施設や住民と交流を図っています。災害対策として年3回避難訓練や消火訓練を実施しています。夜間想定は消防署立会いの下、地域住民の協力を得て実践しています。備蓄品は普段の食事、おやつで使用し、適宜入れ替を図っています。	

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	
<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。	トイレの声掛けや他の人に知られたくないこと等は、さりげなく行うよう、職員は周知できている。また、その人らしく生活できるような介助支援を行っている。	「一人ひとりが考えている事や必要な事が違うので、本人に沿ったかわり方を提供していく」というホーム理念の考え方を職員は共有しています。利用者と職員の信頼関係やコミュニケーションを大切にし一人ひとりに合った言葉かけや対応を行っています		
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。	利用者に合わせた声掛けや答えを導きやすいような働きかけ、環境整備を行っている。			
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。	ホームの具体的な一日の流れはあるが、一人一人のペースに合わせ支援を行っている。			
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。	2ヶ月に1度の訪問美容を利用している。洋服選びや洗顔（髪、化粧）なるべくご自分で行ってもらうように心がけている。			
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。	月初めの特別食や行事食、お取り寄せ等、食を楽しめるように支援している。また、入居者様のリクエストによる食レクも実施している。	職員は利用者の摂食状況から嗜好を把握し調理に工夫をしています。利用者は盛り付けや配膳、片付けを職員と一緒にしない、同じテーブルで会話しながら食事をしています。毎月特別食や行事食が組み込まれ、利用者は各地の銘菓のお取り寄せを楽しんでいます。		

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
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。	食事の摂取量や水分量は記録し把握している。手作りなので一人一人に合わせた形で提供することもできる。量や形態（きざみ、ミキサー等）味付け等工夫することができる。		
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。	毎食後必ず声掛けをし、歯磨き、うがいをしている。訪問歯科があり一人一人の口腔内を診てもらえる。		
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。	トイレでの活動も自立支援の一貫と心がけ、支援を行っている。排泄表を活用し有効なトイレ誘導を思考している。	排泄チェック表を活用し全員の排泄パターンを把握しています。日常の行動からその人の排泄サインを見極め、さりげない声かけや誘導を行い排泄の支援をしています。水分摂取量や運動量など個別の状況に留意し、個別支援を行っています。	
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。	毎朝オリゴ糖入りヨーグルト、牛乳を提供している。歩行がしっかりされている利用者へは毎日散歩へ行ったり、体操をしたり、また必要時応じて内服薬でコントロールしている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	3日おきくらいで入浴の声掛けを行い、決して無理強いせずコミュニケーションを取り入れて気持ち良く入浴してもらうよう心掛けている。	曜日を定めず、基本3日に1回入浴しています。午前中は車いす利用者のシャワー浴、午後は浴槽でゆっくり時間をかけ入浴しています。状況により柔軟に対応しています。入浴拒否の人には清拭や部分浴で対応しています。季節により菖蒲湯等を楽しんでいます	

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。	ご本人の意思やペースを尊重し、自由にお好きな場所で休息して頂いている。		
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。	服薬時は必ず、氏名、日付、飲み込みの確認を行っている。服薬後は必ずダブル確認で残薬がないか袋の確認を行っている。		
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。	食器を拭いたり盛り付けの家事やホーム車で外出したり散歩をしたり気分転換をしている。まず、毎日の関わりを大切にしている。その中から各々の要求をくみ取り、提供していけるよう心掛けている。		
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。	ご家族と共に外出支援を行う際、ホーム車で送迎を行っている。セレナ車を利用し季節を感じて頂ける遠出も行っている。	庭一面に芝生が敷いてあり、天気の良い日は散歩や外気浴、家庭菜園の野菜を収穫したりしています。フラワーセンターへドライブなど外出の機会を心がけています。地域の行事にも参加し交流を深めています。家族との外出も支援体制を組んでいます。	時間の経過と共に利用者の高齢化も進み、介護度の変化も考えられます。車いす利用者や心身状態の不安定な人の外出は困難ですが、個別や少人数の対応で、外出の機会が増えることが期待されます。
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。	ホームでは金銭管理は行っていないが、どうしても本人が必要とされるものがあつた場合は、ご家族了承のもとで職員同行で買い物をする事ができます。		

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
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。	キーパーソン了解のもと、本人の希望に沿うように対応している。		
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。	利用者が安心安全に過ごせるよう常に気を付けている。季節を感じて頂けるもの、手掛かりになるもの好まれるものを多く使い、居心地をよく、わかりやすい空間になるよう目指している。	食堂と居間の仕切りを外し広い空間をつくっています。食堂のテーブルやソファ、テレビ、カラオケセット等を配置し自由にくつろげる場になっています。採光の良い窓辺にはゴーヤカーテンを育て、落ち着いた環境になっています。職員が当番制で掃除をし、常に清潔を保っています。	
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。	和室にソファがあり、各自で座られたり、横になられたり利用されている。また廊下でお好きな時に話されたり、リビングで談笑されたりしている。		
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。	昔の写真や家族の写真または仏壇等、居室内に設置され個々に居心地のよい空間を家族、職員と共に作っている。	居室はクローゼット、ベッド、エアコン、カーテンが設置されています。壁の色とカーテンは同系色を使用しています。各居室とも配色が違い、自分の居室が分かりやすくなっています。なじみの家具や仏壇を自由に配置し、その人らしい居室づくりをしています。	
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。	個々の持っている力を活かし、安全に生活できるように工夫している。また各自の自立のため生活リズムを習慣化している。		

事業所名	グループホーム いずみ別荘
ユニット名	2 F かめ

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
	<input type="radio"/> 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)	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)	1, 大いに増えている
	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 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つなげている。	内部研修で事業所理念を再確認すると共に、毎月のユニット会議を行い、常に理念に基づき実践されているかを確認するようにしている。		
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。	散歩や買い物等で外出の際、近隣の方々との挨拶や会話を交わし交流を深めている。また、敬老会やお祭り等の地域イベント等へのお誘い等にも積極的に参加している。		
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。	ホーム行事の一つである夕涼み会ではオープンに開催し、道行く方々に見て頂けるようにしている。また玄関先やホーム庭には季節の花を植え、入りやすい間口になっている。		
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、ご家族との意見交換や事業所の取組み等説明を行っている。会議での意見はサービスの向上に活かせるように努力している。		
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取り組んでいる。	地域の行事にも参加し交流を図る等、日頃から連絡を取り合っている。		

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
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。	常に身体拘束がなされていないか職員同士の連絡を密に確認を行っている。		
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。	定期的な内部研修を開き、身体拘束についての学習を行うと共に、身体的虐待だけでなく、言葉使いでの虐待がされていないか、職員間でも注意し合える関係性を築き、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。	主に管理者やケアマネジャーにおいて、常にご家族との連絡を密にし、必要に応じて権利擁護についての話し合いを持っている。		
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。	ご本人、ご家族と面会しご理解を頂いている。入所後もご本人と一緒に支えていける関係性を築けている。		
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。	2ヶ月に1回、家族会を行い、意見を聞いている。玄関に意見箱を設置し、速やかに対応出来るようにしている。		



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。	代表者、管理者と個別面談の機会を設けたり、ユニット会議で職員からの意見や情報をしっかりと取り入れ生かしている。それは職員の働く意欲の向上や質の確保にもつながっている。		
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。	職員の資格取得に向け、受講料、昼食代等の補助をしている。取得後は処遇への反映や向上心を持って働けるよう、職場内で活かせる労働環境作りに努めている。		
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。	外部研修開催の情報を収集、開示し、参加の機会を作っている。研修料、昼食代を補助し研修報告書の提出を義務付け、全職員で再学習できるよう報告書の開示をしている。月1回内部研修を行ったり、薬剤師を招いての研修会も行っている。		
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。	毎年1回、各ユニット3名枠で他のグループホームとの相互研修を行っている。その際研修報告書の開示を行い評価結果を自らのケアに生かしている。また、行事等の招待で利用者同士の交流も行っている。		
<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。	事前面談で本人家族が置かれている状況を理解し、苦しんでいること困っていること不安や求めていることを理解しようと工夫している。お試し入所ではご本人の心身状態や思いに向き合い、職員がご本人に受け入れられるような関係づくりに努めている。		

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。	これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況等、経緯について話を聞くことでまず落ち着いてもらっている。事業所としてどのような対応ができるか話し合いを進め、常に自分たちの力量を高める努力を怠らなように努めている。		
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。	利用開始前に面会したり、お試し入所をしたりと徐々に馴染んで頂き、ご本人、ご家族、職員、事業所との信頼関係を築いていく努力をしている。必要に応じて他のサービス機関につなげるため常に連携を保っている。		
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。	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有している。利用者との暮らしの中で、「こだわり」「哀しみ」「不安」「喜び」「楽しみ」など、ご本人の思いを共感し、理解しようと日々努力をし、和やかな生活が送れるように心がけている。		
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。	毎月ご家族へお手紙を出し、ご本人の様子を報告している。利用者と疎遠がちなご家族には必要なものを持参して頂き、会う機会を作ったり、関係が途切れないように留意している。ご本人とご家族の良い関係を築けるよう努めている。		
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。	要介護状態になると生活の幅が狭くなり、その人らしく地域で生活していける為、地域の子供たちとの交流の場を設けたり、お祭り等に積極的に参加したり、地域との接点を持ち続け、良い関係を築いていけるように支援している。		

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	
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。	一人一人が職員または利用者同士で会話を楽しんだり、助け合ったりが出来ており、孤立せずに関わり合っている。			
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。	職員としては関わることはないが、ホームとしては他施設への面会に伺ったり、ご家族との手紙でのやり取り等、関係継続に努めている。			
<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。	一人一人の希望を聞いて生活しやすい環境や状況を作るように努力している。			
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。	変わってしまった生活環境で戸惑うことのないように、ゆっくりと馴染んで頂けるように努めている。予め入所時にはご家族からの情報収集を行い、ご本人らしく生活できるよう支援している。			
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。	一人一人がどのように過ごしたいのかを良く考えて声掛けを心がけている。個人記録や申し送りノート等で情報を共有し職員同士話し合える関係を築いている。			

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
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。	職員間での意見交換、情報交換を密にし、ご本人、ご家族との関わりを大切にしている。偏ったケアをしない為にもモニタリング、カンファレンスを全職員で行っている。個人ファイルにケアプランを掲示し常に確認できるような環境作りに取り組んでいる。		
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。	食事、排泄、補水量、言動や行動等の変化も重要な為、記録漏れのないように記入している。1日2回の合同申し送りでも1階2階の情報も共有している。		
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。	ご本人、ご家族のニーズを引き出し職員はその要望に臨機応変に対応できるようにしている。満足度の向上、メンタルを含め声掛けも工夫している。通院や外出、面会等にも柔軟に支援している。		
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。	一人一人に合わせ、車いすを利用しての外気浴や行事、散歩等も実施している。車いすでの入場可能な公共施設の利用を考慮して行事計画を行ったりしている。また、ホーム庭の手入れには障害者施設の方々をお願いし、ボランティアでお手伝いして頂いている。		
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。	定期診療時、医師や看護師との連携を密に普段の様子を詳細に記録し職員としてケアサポートできるよう心掛けている。週1回の訪問看護、月2回の訪問診療と、特変時には早期対応に努めている。		

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
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。	日々の生活の中で体調管理、状態の変化を医師や看護師への確に伝え、指示を仰ぎ対応している。また、明確に分かりやすく記録に残すようにしている。ナース処置依頼書を利用する事で処置後対応指示を全職員に申し送る事ができるようになっている。		
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。	入院はダメージが大きく不安もある為、医師やご本人、ご家族、職員の連携を大切にしている。対応内容は記録に残し次のケアサポートに活かしている。ご家族との連絡は欠かさずに行い、退院後の生活がスムーズに行われるよう情報収集に努めている。		
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。	ご本人、ご家族の意向に向き合い、ニーズを引き出し、最良を提供できるように努力している。安心、納得した生活が送れるよう支援している。また、終末期の医療アンケートを実施し、より良い支援ができるように努めている。		
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。	急変時対応は常に職員が連携し、医療関係とのスムーズな連絡がとれるようになっている。職員のスキルアップとして内部研修での救急対応を学んだり、夜勤対応マニュアルを設置し周知できるようにしている。		
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。	消防署、地域の方々の協力を頂き、避難訓練を実施している。また、非常食の管理、備蓄品確認、準備を行っている。		

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
<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。	職員側のスケジュールを当てはめるのではなく、利用者一人一人のペースに合わせて支援している。利用者と職員の信頼関係を作る努力をしている。言語コミュニケーション非言語コミュニケーションを使い利用者の気持ちを傾聴している。		
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。	利用者一人一人のペースを大切にしている。時には個別対応を行い、傾聴しその人の思いを引き出せるような声掛けを行っている。またQOLの向上も意識して支援している。		
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、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。	その日の天気を利用者に確認して頂き散歩に行くかどうかの希望を聞いている。利用者が不穏の際には個別対応にて散歩やドライブを取り入れ、環境を変えて対応している。		
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。	外出時にはご自分でお化粧をされ外出を楽しみにされている。利用者の汚れたスーツ上下の替えを職員がさり気なく行う等、その利用者のプライドを大切にしている。		
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。	食事の盛り付け時は、彩りや量を一緒に考えながら行っている。食事は職員と利用者が同じテーブルにつき、食材や味付け等、会話を工夫し楽しい時間作りを支援している。特別食や行事食、各地のお取り寄せとして地域の銘菓等も楽しんで頂いている。		

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
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。	利用者一人一人の1日の摂取量が全職員がわかるようにしている。また体調を考慮し栄養補助食品や食べやすいゼリーなども提供している。ミキサー食や刻み食へも対応しており食器を変えるなどの工夫で食欲を見つける対応もしている。		
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。	食後の口腔ケアの声掛けを行っている。歯磨き後の口腔洗浄剤でのうがい支援も継続している。利用者によっては口腔ケア用のペーパーで口腔内を拭く等、日々誤嚥性肺への予防を行っている。訪問歯科により定期健診を受けたり早期発見治療に努めている。		
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。	トイレの場所が分かるようにトイレドアに「トイレ」と書いたり、利用者により居室内にPトイレを設置し使用され、安心して排泄出来るように取り組んでいる。排泄チェック表を利用し、さり気なくトイレ誘導を支援している。		
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。	毎朝食後のオリゴ糖入りヨーグルトや牛乳の提供をはじめ、水分を多め摂って頂いたり、毎日の運動レク参加で便秘予防に努めている。また処方のある方には排便コントロールとしてその方に合わせた服薬にて便秘予防を行っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴者は1日3名と決まってはいるが、タイミングをみて入浴者の変更も行いながら、気持ちよく入浴して頂いている。拒否のある入居者へは様子や心情を考慮し、気持ちよく入浴できるような声掛けや変更を行っている。		

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
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。	昼夜逆転しないよう日中レクや体操等で体を動かして頂くようにしている。疲れた時は無理せず居室で休んで頂いている。居室で休まれている時はこまめに声掛けや見守りを行うようにしている。		
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。	訪問看護からの記録、申し送りノートを活用し服薬の変化を確認している。服薬マニュアルをキッチン壁に貼り、全職員に周知している。		
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。	家事は積極的に取り組んで頂いている。ベランダの花の水やりやホーム庭花壇の水やり等へも積極的に行って頂いている。		
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。	散歩の時間を作り、外出できるよう支援しているが、個別での買い物への要望には応じきれていない。ホーム庭での外気浴では1F入居者との交流も深めている。四季折々の花を楽しめるようにフラワーセンター等へ頻繁に出掛けている。		
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。	個人での現金管理は行っていない。		



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
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。	ご本人の訴えがあった時は時間帯にもよりますが、電話ができるようにしている。手紙のやり取りも継続できるような環境を支援している。		
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。	レクで作った作品をフロアや居室に飾っている。リビングは歩行に障害のないような整理整頓を心がけている。		
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。	居室で過ごされる時間も、またフロアで過ごされる時間も大切に考え、無理強いせずにご過ごして頂いている。席替えを行う際は、入居者方の意向を尊重している。		
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。	一人一人の居室にはご家族との写真を飾る等、それぞれに居心地良い環境作りに努めている。ご本人、ご家族との話し合いで家具や荷物を決め設置している。		
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。	ユニット会議で入居者の状況確認を行い、意見を出し合い、一人一人の出来ることを生かし、自立した生活を工夫し、応援していけるような努力をしている。		

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホーム いずみ別荘

作成日： 平成 27年 10月 23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	3	運営推進会議に地域住民や各自治会からの参加が少ない。	地域の方々に運営推進会議へ参加して頂けるような声掛け、お知らせ等を工夫する。	事前にご都合を伺う等、日程調整を行い、またホームからも地域へ参加していく機会を多く持ち、関わりを増やしていく。	12ヶ月
2	18	車いす利用者や心身状態の不安定な人の外出が少ない。	車いす利用者や心身状態の不安定な人にも外出する機会を増やしていく。	車いす利用者への外出には個別対応や少人数での外出等を取り入れ機会を増やす。心身状態の不安定な人への外出には医療面からの安全確認をしながら心身に合わせた外出を増やしていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月