

平成29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	1490800222	事業の開始年月日	平成25年4月1日	
		指定年月日	平成25年4月1日	
法人名	医療法人社団柴健会			
事業所名	グループホーム つくしの家			
所在地	(236-0057) 神奈川県横浜市金沢区能見台6-50-1			
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29年5月1日	評価結果 市町村受理日	平成29年9月27日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

住み慣れた地域での生活や季節を感じられるよう、定期的に外出・外食の機会を設けています。
可能な限りご自宅での生活習慣を続けられるよう配慮しています。
現有能力の維持、活躍できる時間の確保を目的に家事の参加を支援しています。
趣味や嗜好を把握し、個別ケアを取り入れています。

【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29年6月16日	評価機関 評価決定日	平成29年7月1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、京浜急行「金沢文庫駅」からバスで7分「市民の森入口」バス停より徒歩3分の緑の豊かな自然に囲まれた場所にあります。運営法人の母体は地元で30年ほど前から患者本位の医療福祉を目指している総合クリニックで、利用者や家族にとって安心できる施設となっています。

<優れている点>

職員は理念や行動方針、スタッフの心得など掲示しているだけでなく、利用者にとって今、必要な支援は何かを考え、常に日々の支援のよりどころとしています。管理者は職員に年間数日の「フリーの日」を支給し、勤務ローテーションに盛り込んでいます。職員は普段の介護支援と切り離し、利用者と1対1または利用者のグループと行きたい場所への外出や外食、好きな趣味で、1日を一緒に、自由に過ごすことなどを企画して個別支援を実現しています。職員は実施したいレクリエーションの企画書をリーダーと作成し、管理者の承諾を得て実行し、終了後は報告書を提出して評価を得ています。利用者にとって何よりの楽しみであり、職員にとっても教育だけでなく、モチベーションの向上やストレスの解消などにも効果を上げています。事業所は自宅のようなホームでありたいという管理者の思いが込められています。「和」の雰囲気です。統一した室内は自然光が満ちる明るい空間です。
<工夫点>毎月1～2週間ごとに職員は利用者一人を選び、その利用者の普段の行動からその人の課題を見つけ、改善に取り組み、評価しています。

【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 つくしの家
ユニット名	1F

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。 (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。	理念・心得をいつでも見える場所（フロア・更衣室）に掲示し振り返れるようにしている。また、朝礼で声に出し確認している。カンファレンスや申送りなどで理念・心得に照らしケアの方向性を検討している。	理念はフロアや更衣室などに掲示するだけでなく、各報告書や記録などの欄外に記載し、いつでも振り返れるようにしています。ホーム長とリーダーが理念を掘り下げて「スタッフの心得」5項目を作成し、具体的なケアの統一を図っています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域のお祭り・小学校の運動会・小学校のPTA活動（ベルマーク・ペットボトル・牛乳パック収集）・地域ケアプラザの音楽会・ホームでの演奏ボランティアなど地域との関わりを増やそうと努めている。	事業所の周辺には住宅が少なく住民との交流は困難ですが、地域住民の一員として自治会に加入しています。地元の小学校の運動会やPTA活動、祭りなどに参加し、顔馴染みになっています。区内にある「きらら子供の家」との交流も推進しています。	
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。	地域での催し物への参加を通じて認知症という病気を身近に感じてもらっている。散歩で出会った地域の方からの疑問・質問（認知症とは…GHとは…）などに答えている。		
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。	事業所からの報告だけでなく参加者からの質問や提案などをいただき、サービス向上に活かしている。区内他GHの方の参加があり、協力体制を整えたり切磋琢磨する場にもなっている。	運営推進会議は奇数月の第3火曜日に開催し、町内会長や民生委員、地域ケアプラザの主任ケアマネジャー、家族会の代表者などが参加し、活動状況や行事報告をしています。区域内の他のグループホームの施設長が相互に出席し、情報を交換しています。	
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に取り組んでいる。	区の担当者と連絡を取り合っている。隔月で介護相談員が訪問している。運営推進会議で地域ケアプラザの主任ケアマネジャーが参加されており連携が取れている。	運営推進会議に参加している地域ケアプラザの主任ケアマネジャーや民生委員を通じて、行政の担当者とは議事録の提出や制度の改正などを話し合っています。区介護相談員は定期的に訪問し、利用者と日々の暮らしぶりや要望を聞き取り、職員と意見交換しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	入居者の行動を把握し危険を回避しつつ自由な行動を抑制しないよう見守りをしている。身体拘束とは？自分たちのケアは拘束になっていないか？を常に考え職員だけでなく家族とも話し合っている。道路に面した玄関門扉は家族の理解を得て施錠しているが、その他は施錠せず見守るを実践。	虐待防止に取り組んでいます。身体拘束や接遇ケアに関する研修会に積極的に参加し、その職員が講師になっています。毎年4月には「虐待防止に関する自己点検シート」を実施し、予防に取り組んでいます。家族と話し合って施錠は交通量の激しい門扉のみとし、開放感のある支援をしています。	
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。	外部研修、申送り、カンファレンスなど様々な場面で学んだり確認したりしている。職員のストレスケアを行い虐待につながらないようにしている。虐待の認識がなくとも虐待と捉えられることがあることを伝えるなど防止に努めている。		
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。	外部研修の活用があるが学ぶ機会は少ない。実際制度を利用されていた方がおり学べる環境はある。対応は管理者が行っており制度を学べるよう説明している。		
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。	管理者が行っているが十分な時間を取り説明を行っている。理解度を確認しつつ同意を得られるようにしている。質問に丁寧に答え一方通行の説明にならないよう配慮している。入居の判断についても慎重に行っている。		
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。	家族面会時には職員から積極的に日頃の様子を伝え家族の意見を言いやすい雰囲気作りをしている。年に一度ホームで家族会を開催し、思いや意見を共有できるようにしている。外出や外食に参加していただき普段話しにくいことなどを聴ける場になっている。	運営推進会議に家族会の代表者が参加し、運営や設備、医療に関する質問や要望など話し合い、支援や運営に反映しています。毎月の会報に利用者一人ひとりの様子や、行事参加の写真を掲載し、職員からの手紙を同封して送付しています。	

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。	日頃から職員と話す時間を設け意見や不安を聞いて現場に反映させている。毎月のカンファレンスや個別に提案する機会がある。	毎月のカンファレンスでは利用者へのケアだけでなく、職員からの運営に関する意見や情報を把握しています。勤務終了後の帰宅時間遵守など職員の提案や気付きなど話合っています。ホーム長を交えた職員同士の懇談会を随時開催し、意見交換しています。	
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。	知識・技術の向上のための研修の機会を設けてくれている。個別で話す機会を持ち向上心を持って働けるよう努めてくれている。健康診断や予防接種など健康面への配慮がある。勤務時間の遵守、勤務終了後は早く帰宅するよう促している。		
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。	外部研修に参加できるよう調整してくれている。職員の力量に合わせた課題設定を行い、課題に取り組めるようにしている。		
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。	GH連絡会を活用し他事業所の行事等に参加したり、互いの運営推進会議に出席するなど交流を持っている。市内GHとの交換研修を行っている。		
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。	本人の要望に耳を傾け内容を記録に残し情報を共有している。心得にあるようにその人に今必要な支援は…を考え職員は行動している。日々の会話の中からや個別に話す時間を設け把握するよう努めている。		

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。	施設入所を選択したことに罪悪感を持っている家族も多い。その家族の思いを受け止めるだけでなく、今までの苦勞を聞き取り共感する姿勢を持っている。面会時にしっかり家族の声に耳を傾けている。		
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。	困っていることについて具体的にアドバイスしたり他サービス（インフォーマル含む）の情報提供を行っている。早急な対応が必要な場合はケアマネジャーに相談するよう促している。新規入居者に対しては、まず行動を見守り必要な支援を検討している。		
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。	家事などを一緒に行い調理では教わることも多々ある。できることを支援し感謝の気持ちを伝えている。職員は理念や心得に沿ったケアを意識し、指導者ではなく生活支援者であることを意識し行動している。		
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。	面会時に積極的に日頃の様子を話すことでそれに対し家族も話して下さり良い関係を築けている。良いことも悪いことも隠さず話すようにしている。外食などの際家族にも声をかけ参加していただいたりしている。		
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。	本人・家族との会話から馴染みの場所などを聞き取り支援に反映させている。友人・知人・同僚・近所の方が来設されるなど継続的な交流を支援している。	利用者一人ひとりに対して、日常のケアとは別に「フリーの日」を年間設け、普段実現できない個別の外出や外食、生活習慣など利用者の希望に応じた個別ケアを実施しています。理念にある、利用者の「今」を大切にしたいその人らしい生活を支援しています。	

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。	入居者同士の関係を職員で共有しトラブルにならぬよう注意している。家事やレクリエーションを通じて利用者同士の関わりを持っている。数名で話している時などは飲み物を提供しその時間を楽しめるよう配慮している。		
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。	看取りでのサービス利用終了が多いためその後の継続した関わりは難しい。管理者が電話などで近況を伺うことはある。		
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食べたい物・行きたいところなどを把握するようにしている。本人にとってどうかという考えを持ち本人本位の支援を心がけています。コミュニケーションが取りづらい方は表情や行動から本人の意向（思い）を把握するよう努めています。	職員は常に利用者一人ひとりの思いや意向について関心を払い、把握に努めています。本人が何をしたいか、どこへ出掛けたいかなど、本人の視点に立って話し合っています。利用者の生き甲斐を引き出し、利用者の意思に基づいた支援をケアプランに取り入れています。	
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。	本人や家族から生活歴・興味・ライフスタイルや価値観などを聞き本人の理解につなげている。		
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。	生活リズムを把握し残有能力を確認しつつその人全体の把握につなげている。体操やレクリエーション・家事などを通してADLの把握につなげている。その人のできることに着目するとともに出来るかもしれないという視点を併せ持つようにしている。		

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
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。	ケアカンファレンスや日々の業務の中での意見交換、本人・家族との会話の中からの本人の意向キャッチなどをプランに反映できるよう努めている。日々の生活での気づきやアイデアをプラスノートを活用・共有し、それらをプランにすることがある。	利用者一人ひとりの変化や気づきなどをモニタリングして個人記録や健康管理表に記録しています。利用者のヒヤリハットを課題やニーズと捉え、ケアプランに反映しています。利用者や家族の要望、看護記録・診療記録などを確認し6ヶ月ごとに見直しています。	
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・健康管理表・in/out表を使い、日々の様子・排泄・食事・水分・バイタルなどを記録に残し、それらをもとにカンファレンスを経てプランの見直しを行っている。送りノート・看護記録・診療記録なども活用し情報の共有を図っています。		
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。	家族の状況に応じて通院や送迎などの支援を行っている。外食や外出のレクリエーションの際、家族に声をかけ同行される場合もある。個別支援のための勤務ローテーションを組み、個別のニーズに応じられるよう努めている。		
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。	運営推進会議を通じて町内会長・民生委員・包括職員などから情報収集し入居者の生活に活かしている。他GHとの交流・ボランティア・訪問理美容など様々な地域資源を活用しながら入居者の支援をしている。		
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。	事業所の協力医療機関の他、本人・家族が希望されたかかりつけ医への通院・訪問診療を受けている。	かかりつけ医の選択は利用者と家族の希望を大切にしています。月2回、協力医による訪問診療を受け、健康管理を行っています。診療内容は、毎月の家族への発送物に同封して情報共有に努めています。通院には主に家族が同行しています。	

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2回の訪問看護の際、変化などを報告し指示を受けるとともに必要があれば受診につなげている。入浴介助や機能訓練などの指導もしてもらっている。		
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。	入院時は同行し必要な情報提供を行っている。サマリーなど書類での情報共有、面会時、退院カンファレンスなど様々な方法で早期の退院に向けて協力体制が取れている。退院が決まれば病院からの情報をもとに退院後の支援の在り方を話し合っている。		
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。	終末期に向けた話し合いを家族・主治医・管理者で行っている。その内容をプランに反映し、家族の同意・職員への周知を行っている。ケアの内容については職員で話し合いを重ねチームで方針を共有している。揺れ動く家族の気持ちに寄り添うよう努めている。	症状変化に応じて話し合いを重ね、家族の意志を確認し、支援態勢を整えています。一緒に過ごした大切な「家族」として、利用者も職員も皆で最期を見送っています。看取りケア、グリーフケアを経て、職員は自分自身の成長を実感しています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	マニュアルを整備し対応方法は周知しているが事業所として訓練などの実践はしていない。職員個々で救命講習に参加している職員がいる。		
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。	マニュアルを作成し年2回消防署の指導の下、消防訓練を行っている。運営推進会議で町内会との連携を深めつつある。	昼夜想定避難訓練を行っています。利用者と職員3日分の備蓄があります。災害時マニュアル・防災備品リスト・職員連絡網を整備しています。敷地内に井戸を設け、災害時に備えています。日頃から動線確保を行い、安心安全な環境作りに努めています。	

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
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。	理念や心得に明記されており敬意を払ってケアしている。一人ひとりの状態に合わせた声かけ、自己決定を促す声かけ、プライバシーに配慮した声かけを心がけている。	声の大きさやトーン、言葉遣いに常に留意しています。紙オムツの在庫は、むき出しにせずバスタオルをかけています。トイレを「3番」と呼ぶなど、トイレや排泄関連の言葉を置き換えています。義歯の出し入れの際も、静かにさりげなく促しています。	
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。	飲み物やレクリエーションの参加など自己決定を支援している。買い物や散歩の希望も可能な限り実現できるよう対応している。意思表示の難しい方は紙に書いたり選択肢を減らしたりと工夫している。		
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。	大まかな一日の流れは決まっているが、無理強いすることなくその方のペースに寄り添って対応している。居室・フロア・縁側など思い思いの場所で過ごされている。就寝時間も特に決まっておらずその方の生活リズムを大事にしている。		
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。	入浴時や外出の際など洋服を選んでいただいている。中には装飾品を選んでいただくこともある。髭を伸ばしたい、髪の毛を染めたいなどその方の希望に沿って対応し、その人らしさを失わないような支援をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	日々の調理、盛付け、食器拭き、テーブル拭きなど食事に関わることを一緒に行っている。外食・食事レク（好きな物を作って食べる）・嗜好品の買物・家庭菜園での収穫など食事を楽しんでいただけるよう努めている。	野菜を切る・大根をおろすなど、食事作りに参加しています。菜園で獲れた野菜や利用者手作りのぬか漬けが食卓に上ります。太巻き・ハンバーグ・焼きそばなどを皆で作るというレクリエーションを催しています。外出時には蕎麦屋、喫茶店、回転寿司屋にも行っています。	

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
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。	管理栄養士が立てた献立をもとに一人ひとりの状態に合わせて、量や形態の調整を行っている。医療従事者と連携し個々に水分摂取量の調整を行い職員はin/out表を活用し摂取状況を把握している。		
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。	個々の状態に合わせて使用物品を検討し、歯ブラシだけでなくスポンジブラシ、ガーゼ、うがい薬なども活用している。口腔ケアはADLを見極め個々に合った支援方法で行っている。義歯は毎晩洗浄剤に浸けている。		
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。	in/out表を活用し個々の排泄パターンを把握しトイレ誘導している。おむつや紙パンツ、パットなどの使用はあるがほとんどの方がトイレで排泄されている。トイレでの排泄を支援するよう努めている。	排泄状態の把握に努め、利用者の生活リズムや体調に見合った介助を行っています。一人ひとりの今の状態に適した支援が、トイレでの排泄や心身状態の維持につながっています。失敗や汚しは静かにさり気なく対応しています。常に清潔保持に配慮しています。	
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。	毎朝ヨーグルトを提供・体操・散歩・水分調整などで極力自然排便ができるよう取り組んでいる。便秘がひどい場合は、医療従事者と連携し下剤の調整も行っている。		
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。	時間帯は午前中となっているが週5日入浴対応しており「入りたくない」という時は翌日に変更したり時間を変えて声をかけるなどタイミングの工夫をしている。脱衣の前に声かけ了解を取るなど羞恥心に配慮して入浴のケアをしている。	入浴の回数・湯温など、一人ひとりの希望や状況に応じて対応しています。お気に入りのシャンプーを持ち込んだり、庭で実ったゆずでゆず湯を楽しんだりしています。昔懐かしいタイル張りの浴室は、エアコンが設置され、心安らぐ快適な空間となっています。	

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
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。	昼夜逆転にならぬよう日中の活動時間に配慮している。体調や心身の状態に合わせて個々に静養時間を確保している。夕方からは職員の声を小さくするなど入眠に向けた時間が穏やかなものになるよう心がけている。		
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。	薬情報はフロアのスタッフコーナーにありいつでも職員が見られるようにしている。内服薬に変更があった場合は口頭での送りやノートを活用し職員に周知し、変化等は医療従事者へ報告している。服薬介助はダブルチェックにて誤薬に十分注意している。		
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。	家事全般を通して役割を持てるような様々な場面で支援している。家事以外でも個々に応じた活躍の場を設け、その都度感謝の言葉をかけるよう意識している。外出や地域行事、ボランティアなど楽しみになる支援をしている。		
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。	社用車・車椅子・シルバーカー・徒歩など個々に合った移動方法で少しでも多く外出できるよう心がけている。日々の散歩に限らず季節に応じて桜・牡丹・鯉のぼり・動物園など積極的に外出支援を行っている。家族の協力を得て外食に行くことも。	散歩や買い物から帰ると、リビングに貼った外出回数表に記録し話題にしています。三溪園・箱根への遠出もしています。同行した家族は、一緒の時間を過ごせた事を喜んでいます。リクライニングの車イス利用者も、バーベキューを楽しんでいます。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	買物の際職員見守りで入居者が会計することや交通機関を利用し入居者が払うなどお金を使える支援をしている。入居者自身が少額の現金を持っている方がいるが、基本的には事業所で管理している。		

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
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。	かけたい時に自ら電話をしたり職員が取り次いだりしている。希望があった方は年賀状を一緒に買いに行きやり取りできるよう支援している。		
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。	縁側にソファ、テラスにテーブルや椅子があり居心地の良い空間を作っている。庭に家庭菜園や花壇があり季節を感じられるようにしてある。フロアの飾りは入居者と共同で作る季節感のある飾りつけになっている。空気の流れ換えや室温調整に気をつけ、テレビを見ていない時は消すようにしている。	障子・縁側・畳のコーナー・杉板の床・漆喰の天井と、和の雰囲気で統一した室内は、自然光が満ちる明るい空間です。廊下のベンチや縁側のソファで、利用者はゆったりとくつろいで過ごしています。戸外には植栽や菜園があり、花を愛で果実を食して、移りゆく季節を語り合っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	一人になれる空間としてフロアから少し離れたところに一人で座れるベンチがある。縁側のソファで数人でお茶をしながら庭を眺めたり、暖かい日はテラスでひなたぼっこをしたりと気の合う方同士で過ごせる場所がある。		
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。	使い慣れた家具を持ち込んでいただいたり、写真や本、アルバム、馴染みの物を置いている。お気に入りの人形ケースやお仏壇を置くなど自分の部屋として自由に使ってもらっている。お孫さんと一緒に書いた書初めを飾っている部屋もある。	馴染みの家具や仏壇が持ち込まれ、思い出の写真や家族の手芸作品が飾られています。すっきりとシンプルな部屋、愛読書を並べた棚、レクリエーションでの作品を吊り下げた壁、一人ひとりの個性が表れています。自宅の表札を入口に掲げている人もいます。	
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。	「できること・わかること」を把握し環境整備を行っている。一人ひとりの動線や身体機能を考慮し、テーブルや家具は安全に配慮した配置を心がけている。居室入口には名前を書いた紙を貼り表札替わりにしたり人形をぶら下げたりして目印にしている。		

事業所名	グループホーム つくしの家
ユニット名	2F

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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、生き活きと働けている。 (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。	理念・心得をいつでも見える場所（フロア・更衣室）に掲示し振り返れるようにしている。また、朝礼で声に出し確認している。カンファレンスや申送りなどで理念・心得に照らしケアの方向性を検討している。		
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。	地域のお祭り・小学校の運動会・小学校のPTA活動（ベルマーク・ペットボトル・牛乳パック収集）・地域ケアプラザの音楽会・ホームでの演奏ボランティアなど地域との関わりを増やそうと努めている。		
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。	地域での催し物への参加を通じて認知症という病気を身近に感じてもらっている。散歩で出会った地域の方からの疑問・質問（認知症とは…GHとは…）などに答えている。		
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。	事業所からの報告だけでなく参加者からの質問や提案などをいただき、サービス向上に活かしている。区内他GHの方の参加があり、協力体制を整えたり切磋琢磨する場にもなっている。		
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。	区の担当者と連絡を取り合っている。隔月で介護相談員が訪問している。運営推進会議で地域ケアプラザの主任ケアマネジャーが参加されており連携が取れている。		

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。	入居者の行動を把握し危険を回避しつつ自由な行動を抑制しないよう見守りをしている。身体拘束とは？自分たちのケアは拘束になっていないか？を常に考え職員だけでなく家族とも話し合っている。道路に面した玄関門扉は家族の理解を得て施錠しているが、その他は施錠せずまず見守るを実践。		
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。	外部研修、申送り、カンファレンスなど様々な場面で学んだり確認したりしている。職員のストレスケアを行い虐待につながらないようにしている。虐待の認識がなくとも虐待と捉えられることがあることを伝えるなど防止に努めている。		
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。	外部研修の活用があるが学ぶ機会は少ない。実際制度を利用されていた方がおり学べる環境はある。対応は管理者が行っており制度を学べるよう説明している。		
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。	管理者が行っているが十分な時間を取り説明を行っている。理解度を確認しつつ同意を得られるようにしている。質問に丁寧に答え一方通行の説明にならないよう配慮している。入居の判断についても慎重に行っている。		
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。	家族面会時には職員から積極的に日頃の様子を伝え家族の意見を言いやすい雰囲気作りをしている。年に一度ホームで家族会を開催し、思いや意見を共有できるようにしている。外出や外食に参加していただき普段話しにくいことなどを聴ける場になっている。		

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。	日頃から職員と話す時間を設け意見や不安を聞いて現場に反映させている。毎月のカンファレンスや個別に提案する機会がある。		
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。	知識・技術の向上のための研修の機会を設けてくれている。個別で話す機会を持ち向上心を持って働けるよう努めてくれている。健康診断や予防接種など健康面への配慮がある。勤務時間の遵守、勤務終了後は早く帰宅するよう促している。		
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。	外部研修に参加できるよう調整してくれている。職員の力量に合わせた課題設定を行い、課題に取り組めるようにしている。		
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。	GH連絡会を活用し他事業所の行事等に参加したり、互いの運営推進会議に出席するなど交流を持っている。市内GHとの交換研修を行っている。		
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。	本人の要望に耳を傾け内容を記録に残し情報を共有している。心得にあるようにその人に今必要な支援は…を考え職員は行動している。日々の会話の中からや個別に話す時間を設け把握するよう努めている。		

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。	施設入所を選択したことに罪悪感を持っている家族も多い。その家族の思いを受け止めるだけでなく、今までの苦労を聞き取り共感する姿勢を持っている。面会時にしっかり家族の声に耳を傾けている。		
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。	困っていることについて具体的にアドバイスしたり他サービス（インフォーマル含む）の情報提供を行っている。早急な対応が必要な場合はケアマネジャーに相談するよう促している。新規入居者に対しては、まず行動を見守り必要な支援を検討している。		
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。	家事などを一緒に行い調理では教わることも多々ある。できることを支援し感謝の気持ちを伝えている。職員は理念や心得に沿ったケアを意識し、指導者ではなく生活支援者であることを意識し行動している。		
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。	面会時に積極的に日頃の様子を話すことでそれに対し家族も話して下さり良い関係を築けている。良いことも悪いことも隠さず話すようにしている。外食などの際家族にも声をかけ参加していただいたりしている。		
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。	本人・家族との会話から馴染みの場所などを聞き取り支援に反映させている。友人・知人・同僚・近所の方が来設されるなど継続的な交流を支援している。		

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。	入居者同士の関係を職員で共有しトラブルにならぬよう注意している。家事やレクリエーションを通じて利用者同士の関わりを持っている。数名で話している時などは飲み物を提供しその時間を楽しめるよう配慮している。		
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。	看取りでのサービス利用終了が多いためその後の継続した関わりは難しい。管理者が電話などで近況を伺うことはある。		
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食べたい物・行きたいところなどを把握するようにしている。本人にとってどうかという考えを持ち本人本位の支援を心がけています。コミュニケーションが取りづらい方は表情や行動から本人の意向（思い）を把握するよう努めています。		
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。	本人や家族から生活歴・興味・ライフスタイルや価値観などを聞き本人の理解につなげている。		
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。	生活リズムを把握し残有能力を確認しつつその人全体の把握につなげている。体操やレクリエーション・家事などを通してADLの把握につなげている。その人のできることに着目するとともに出来るかもしれないという視点を併せ持つようにしている。		

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
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。	ケアカンファレンスや日々の業務の中での意見交換、本人・家族との会話の中からの本人の意向キャッチなどをプランに反映できるよう努めている。日々の生活での気づきやアイデアをプラスノートを活用・共有し、それらをプランにすることがある。		
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。	個人記録・健康管理表・in/out表を使い、日々の様子・排泄・食事・水分・バイタルなどを記録に残し、それらをもとにカンファレンスを経てプランの見直しを行っている。申送りノート・看護記録・診療記録なども活用し情報の共有を図っています。		
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。	家族の状況に応じて通院や送迎などの支援を行っている。外食や外出のレクリエーションの際、家族に声をかけ同行される場合もある。個別支援のための勤務ローテーションを組み、個別のニーズに応じられるよう努めている。		
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。	運営推進会議を通じて町内会長・民生委員・包括職員などから情報収集し入居者の生活に活かしている。他GHとの交流・ボランティア・訪問理美容など様々な地域資源を活用しながら入居者の支援をしている。		
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。	事業所の協力医療機関の他、本人・家族が希望されたかかりつけ医への通院・訪問診療を受けている。		

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あらゆる情報や気づきを、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2回の訪問看護の際、変化などを報告し指示を受けるとともに必要があれば受診につなげている。入浴介助や機能訓練などの指導もしてもらっている。		
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。	入院時は同行し必要な情報提供を行っている。サマリーなど書類での情報共有、面会時、退院カンファレンスなど様々な方法で早期の退院に向けて協力体制が取れている。退院が決まれば病院からの情報をもとに退院後の支援の在り方を話し合っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	終末期に向けた話し合いを家族・主治医・管理者で行っている。その内容をプランに反映し、家族の同意・職員への周知を行っている。ケアの内容については職員で話し合いを重ねチームで方針を共有している。揺れ動く家族の気持ちに寄り添うよう努めている。		
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。	マニュアルを整備し対応方法は周知しているが事業所として訓練などの実践はしていない。職員個々で救命講習に参加している職員がいる。		
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。	マニュアルを作成し年2回消防署の指導の下、消防訓練を行っている。運営推進会議で町内会との連携を深めつつある。		

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。	理念や心得に明記されており敬意を払ってケアしている。一人ひとりの状態に合わせた声かけ、自己決定を促す声かけ、プライバシーに配慮した声かけを心がけている。		
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。	飲み物やレクリエーションの参加など自己決定を支援している。買い物や散歩の希望も可能な限り実現できるよう対応している。意思表示の難しい方は紙に書いたり選択肢を減らしたりと工夫している。		
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。	大まかな一日の流れは決まっているが、無理強いすることなくその方のペースに寄り添って対応している。居室・フロア・縁側など思い思いの場所で過ごされている。就寝時間も特に決まっておらずその方の生活リズムを大事にしている。		
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。	入浴時や外出の際など洋服を選んでいただいている。中には装飾品を選んでいただくこともある。髭を伸ばしたい、髪の毛を染めたいなどその方の希望に沿って対応し、その人らしさを失わないような支援をしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	日々の調理、盛付け、食器拭き、テーブル拭きなど食事に関わることを一緒に行っている。外食・食事レク（好きな物を作って食べる）・嗜好品の買物・家庭菜園での収穫など食事を楽しんでいただけるよう努めている。		

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
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。	管理栄養士が立てた献立をもとに一人ひとりの状態に合わせて、量や形態の調整を行っている。医療従事者と連携し個々に水分摂取量の調整を行い職員はin/out表を活用し摂取状況を把握している。		
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。	個々の状態に合わせて使用物品を検討し、歯ブラシだけでなくスポンジブラシ、ガーゼ、うがい薬なども活用している。口腔ケアはADLを見極め個々に合った支援方法で行っている。義歯は毎晩洗浄剤に浸けている。		
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。	in/out表を活用し個々の排泄パターンを把握しトイレ誘導している。おむつや紙パンツ、パットなどの使用はあるがほとんどの方がトイレで排泄されている。トイレでの排泄を支援するよう努めている。		
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。	毎朝ヨーグルトを提供・体操・散歩・水分調整などで極力自然排便ができるよう取り組んでいる。便秘がひどい場合は、医療従事者と連携し下剤の調整も行っている。		
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。	時間帯は午前中となっているが週5日入浴対応しており「入りたくない」という時は翌日に変更したり時間を変えて声をかけるなどタイミングの工夫をしている。脱衣の前に声かけ了解を取るなど羞恥心に配慮して入浴のケアをしている。		

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の状況に応じて、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。	昼夜逆転にならぬよう日中の活動時間に配慮している。体調や心身の状態に合わせて個々に静養時間を確保している。夕方からは職員の声を小さくするなど入眠に向けた時間が穏やかなものになるよう心がけている。		
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。	薬情報はフロアのスタッフコーナーにありいつでも職員が見られるようにしている。内服薬に変更があった場合は口頭での送りやノートを活用し職員に周知し、変化等は医療従事者へ報告している。服薬介助はダブルチェックにて誤薬に十分注意している。		
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。	家事全般を通して役割を持てるような様々な場面で支援している。家事以外でも個々に応じた活躍の場を設け、その都度感謝の言葉をかけるよう意識している。外出や地域行事、ボランティアなど楽しみになる支援をしている。		
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。	社用車・車椅子・シルバーカー・徒歩など個々に合った移動方法で少しでも多く外出できるよう心がけている。日々の散歩に限らず季節に応じて桜・牡丹・鯉のぼり・動物園など積極的に外出支援を行っている。家族の協力を得て外食に行くことも。		
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。	買物の際職員見守りで入居者が会計することや交通機関を利用し入居者が払うなどお金を使える支援をしている。入居者自身が少額の現金を持っている方がいるが、基本的には事業所で管理している。		

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
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。	かけたい時に自ら電話をしたり職員が取り次いだりしている。希望があった方は年賀状を一緒に買いに行きやり取りできるよう支援している。		
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。	縁側にソファ、テラスにテーブルや椅子があり居心地の良い空間を作っている。庭に家庭菜園や花壇があり季節を感じられるようにしてある。フロアの飾りは入居者と共同で作る季節感のある飾りつけになっている。空気の入換えや室温調整に気をつけ、テレビを見ていない時は消すようにしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	一人になれる空間としてフロアから少し離れたところに一人で座れるベンチがある。縁側のソファで数人でお茶をしながら庭を眺めたり、暖かい日はテラスでひなたぼっこをしたりと気の合う方同士で過ごせる場所がある。		
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。	使い慣れた家具を持ち込んでいただいたり、写真や本、アルバム、馴染みの物を置いている。お気に入りの人形ケースやお仏壇を置くなど自分の部屋として自由に使ってもらっている。お孫さんと一緒に書いた書初めを飾っている部屋もある。		
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。	「できること・わかること」を把握し環境整備を行っている。一人ひとりの動線や身体機能を考慮し、テーブルや家具は安全に配慮した配置を心がけている。居室入口には名前を書いた紙を貼り表札替わりにしたり人形をぶら下げたりして目印にしている。		

平成28年度

目標達成計画

グループホームつくしの家

作成日： 平成 29年 9月 5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	18	入居者の外出レクリエーションの参加頻度に偏りがでている	認知症の進行に合わせた外出支援をする	地域ケアプラザなどを活用し、重度の認知症の方でも体感できる催し物を探して参加する	12ヶ月
2	13	職員の向上心に差がある	自発的に学ぶ姿勢が持てるようになる	外部研修や内部研修を活用していくとともに、その必要性を伝えていく	12ヶ月
3	16	新しい管理者となり、家族との信頼関係ができていない	家族との信頼関係を築く	家族が来設時は挨拶にいき、積極的にコミュニケーションを図り相互理解に努める	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月