

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	1495000414	事業の開始年月日	平成26年6月1日	
		指定年月日	平成26年6月1日	
法人名	医療法人啓和会			
事業所名	医療法人啓和会 (介護予防) グループホーム四谷上町			
所在地	(210-0828) 神奈川県川崎市川崎区四谷上町8-7			
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8月20日	評価結果 市町村受理日	平成29年11月21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)】

個別ケアと集団ケアについてです。
ご利用者の性別はもとより生活歴、趣味、趣向が異なります。
その異なる性格の中で共同生活を営む状況下におかれ同じ介護だけを受けては、
どんな認知症高齢者でも生活に本当の喜びを感じられないと考えます。
ですので、本人の意思が出せるかたにはその方の考えや喜びを伺い知る事で願いを叶
えることができたり、そのための努力を惜しまずすること介護することでQOLをあげ
るとともに、職員のスキルや考え方もアップできると思います。
言葉かけ一つでもまだ歩ける方に対して転倒が怖いからと当然のことですが、ずっと
「座ってて」と声掛けはさせないように職員には伝えています。簡単なことから初め
て、関わり方を学んでもらっています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成29年9月22日	評価機関 評価決定日	平成29年10月28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)】

事業所は川崎駅からバスで10分、「四谷上町」バス停から徒歩3分の、幹線道路
から少し入った静かな住宅街にあります。医療法人が、医療と介護の合体による充
実したトータルケアをめざし、平成26年6月に開設しています。定員18名で
す。

<優れている点>

少人数で共同生活する中で、どの利用者も自分らしさを保って過ごせる様「素敵な
笑顔が集う場所でゆったりと自分らしい生活を」との願いを込め、職員が支援して
います。環境についても「もっと家に近づきたい。」と考え、禁止事項は極力少な
くしています。事業所に隣接した幼稚園から子どもたちの声が聞こえ、利用者が窓
から、園児の元気な姿を見て楽しんでいます。母体が医療法人のため、往診医や訪
問看護ステーションと密接に連携しています。利用者の心身の状況を毎日チェック
しており、電話で24時間看護師に相談できる体制は、夜間も安心の環境です。交
代勤務の中、職員は連携良く仕事を進めています。管理者も「困ったことがあつた
らまず話そう」と職員に伝えており、定例ミーティングでは2ヶ月先のイベント企
画のアイデアを募集するなど、職員がホーム運営に積極的に関わっています。

<工夫点>

開設から3年経ち、事業所の中は非常に落ち着いています。開設当初看護師のアド
バイスで作った服薬管理表や温度表、個人記録などの帳票類も、改訂しながら使い
やすい書式にして活用しており、記録類は充実度を増しています。

【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	医療法人啓和会（介護予防）グループホーム四谷上町
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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	法人理念と事業所理念を分けて作成し意味を職員全員に伝えられるように、大きく貼り出しています。働いている中で職員も忘れてしまうことがあるので、迷った時には理念に立ち戻ることを再度伝えています。	法人の「基本理念」「職員の姿勢」に加え、事業所の理念「①同じ目線で考え話す事、②相手の身になって考え行動をする事、③迷った時は、互いに笑顔になれる方を選びます」の3つを掲げ、実現をめざしています。職員には、掲示して周知しています。	
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。	以前から関わって下さっている町内会の方や地域包括の方、隣町の町内会の方にも回覧板を頂いたり、地域の情報を頂いたり、盆踊りの会場の広いスペースを貸して頂いたりとお世話になっております。ボランティアで紙芝居や歌などもして頂いています。	町内会に加入しています。盆踊り、夏祭りに利用者が参加し、交流しています。隣接の幼稚園の行事に招待され、一緒に楽しむ機会を持っています。歌や芝居の地域ボランティアが、定期的に事業所を訪問してくれるので、利用者が楽しみにしています。	地域の人とふれあいを持ちながら、利用者が暮らしていくための、アイデアが必要です。今後も継続しての取り組みが期待されます。
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。	認知症キャラバンメイトの繋がりから、市のボランティアスタッフと繋がりを持つことができ、認知症の高齢者と関わりを持つ場を設けることができました。	/	/
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。	毎回、ご家族を含め町内会や地域包括の方々に参加をして頂いています。内容は事業所の現状や事故、入院者について触れ、取り組んだ行事の写真をしながら説明を行っています。ご家族などからの意見を受けてアニマルセラピー実施まで行うことができました。	2ヶ月に1回開催しています。地域包括支援センター職員、町内会の人々、利用者家族が参加し、和やかな雰囲気の会となっています。参加者から最近の話題を提供してもらい、意見交換しています。事故報告や日々の支援についての詳細を伝えています。	
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。	福祉事務所の担当者とは密に連携は取れています。現状困ったことなどについては迅速な対応をしていただいています。	開設から3年が経ち、運営は落ち着いています。福祉事務所との連携も多く、困難事例にも対応しています。事業所は、医療との連携や、迅速な対応で広く認められており、多方面とのネットワーク構築をめざしています。	

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。	T字ベルトや四点柵だけを拘束とせず、スピーチロックなどについても職員と話し合い、減らしていきましようと言明をしています。身体拘束と同時に安全についても話し合いを行っていません。事故を起こさせない介護ではなく事故が起きても慌てない介護を目指してケアに取り組んでいます。	身体拘束、虐待対応、利用者の権利擁護に関する職員の意識は高く、事業所内研修も実施しています。拘束をしない介護の実践に取り組み、職員ミーティングでは利用者別の対応を具体的に話しあって共有しています。促しは否定的な言葉を避け、肯定的な表現に言い変えるなど、職員間で意見交換しています。	
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。	言葉の暴力も虐待に含まれること。職員は入れ替わりがあるため研修に全員は参加できていませんが、何が虐待にあたるか暴力など目に見えるもの以外について注意深く職員と話し合いをしています。		
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。	職員にはあまり関わる場を設けていません。ただし研修などに参加してもらった際には後見人の必要性など理解して帰ってくる場合があります。活用まではできる職員は少ない。		
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。	契約の段階で事細かく説明をしています。不安な点や疑問点についても必ず聞くようにしています。しかし、初めての事だから全くわからないとご家族からは言われることがあります。その際にもいつでもご相談をしてくださいとお伝えしています。		
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。	ご利用者からは常日頃からお意見をいただいています。声に出せない方からはこちらから察するようにしています。ご家族からは運営推進会議の場や行事の際にお誘いし話ができるような場づくりをしています。お電話でも随時受け付けています。	毎月、家族宛、利用者のベストショット写真を添えたレターを送り、様子を知らせています。面会の家族と話す機会もあります。家族の希望・要望は電話で個別に聞くことも多く、管理者と職員が可能な限り速やかに対応しています。運営推進会議にも家族が出席しており、関係は良好です。	

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
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。	運営に関する職員の意見はできる限り反映するよう心掛けていますが、管理者の段階で意見を解釈し理解できる事柄であれば上申するようにしています。月一度のミーティングや個人での話でも取り扱っています。	毎月の職員ミーティングでは、様々な課題に対して、遠慮なく発言できるようにしています。階によって多少雰囲気は違いますが、職員間の風通しの良い関係は事業所全体にみられ、交代勤務の中での協力関係も密接です。管理者と職員の意見交換も円滑です。	
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。	代表者は実際に現場へは来られませんが、管理者より職員の努力や小さな変化も伝え状況把握に努めています。人事考課も年二回行っています。労働時間も残業をほぼ出さずに運営できるようにしています。		
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。	外部研修については職員全員が見られるように用意している。その中で興味のあるものを管理者に申し出る事からはじめています。その他法人内研修については、必ず職員に出席してもらうようにしている。力量についての区別はできていません。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	法人内での他の事業所見学は回ることにはあるが、実際の取組などを詳しく見ることはできていない。職員については異動など考慮しているが、実際はまだ取組としてうまく機能していない。		
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。	事前面談では必ずアセスメントシートを記入しフェイスシートを完成させるだけの情報はとっています。そして小規模ではあるとはいえ共同生活に入る前に心配事は聞くようにしています。職員には情報を共有するよう伝えていますが、全員には浸透していない。		

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
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。	ご家族には初回面談で介護が必要になった経緯や、一番の困りごとを伺うようにしています。中にはご家族の希望に沿えず退去を求めることになり信頼関係を壊す出来事もありました。		
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。	初回面談以外にグループホームへ足繁く通って下さるご家族とは密なコミュニケーションがとれ支援の幅も広げられています。あまり訪問のないご家族については、健康状態や認知症のBPSDについて随時相談をさせて頂いています。		
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関係を脱するため職員にはご利用者にできる事できない事の見極めをするように求めています。ご利用者の自由意思で行動しているものに手はなるべく加えないように伝えています。実際はまだ介助する方が上回ってしまっています。		
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。	ご家族には事業所にご利用者を預けて後はすべて任せると言った考えはしないでいただくよう声掛けしています。関係の保持のために通院同行をしてもらったり、ご本人がさみしい時には電話で声を聴かせてもらうなどと広範囲に助けて頂いています。		
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。	例として床屋でのヘアカットが習慣になっている方は近くの床屋へ定期的にお連れしています。車いすのままカットをしてくださっています。他、毎日ご家族や知人が会いに来てくださる関係の方もいらっしゃいます。	事業所は川崎駅から海側に向かった所にあります。近くに川崎大師や馴染みの公園があります。天気の良い日は、買い物や散歩に出掛けることも可能です。職員が利用者の希望から作成した「個別ケアの企画」によると、馴染みの釣り堀に趣味の釣りに出掛けた利用者もいます。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の性格を把握するため話は個別に聴いています。異性のご利用者については同性の職員に話を聞いてもらう事で不満などを話してもらっています。職員が間に入ることで共同作業を行うことはできますが、自由意思では気の合う者同士でお話をされています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	他の病院へ移られた方については、アセスメントなど情報提供をしています。		
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。	職員には日々の生活から情報を積極的に取ってもらっています。その中でも同性職員の聴き取りが効果的であり、職員の立場などにより態度が変わってしまうご利用者様のクッションになっています。	利用者の変化やつぶやきなど、大切な利用者情報を、申し送りやノートに記載し職員が共有しています。職員は、意識して意向や要望を集め「個別ケアの企画書」を作っており、代弁、発信しています。現在の利用者の姿を正確に把握した支援を行っています。	
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。	初回面談の同行をしていないので生活歴を職員はなかなか知りえないですが、聴き取りをした人間がことあるごとにその方の生活状況話をしています。書類にも残しています。		
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。	ご利用者一人一人の体調、性格も踏まえ食事の時間を必ずしも同時刻でとることを求めています。ただし共同生活である以上、時間での声掛けもしています。「お昼ご飯にしましょう」など		

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。	本人の言葉を聴き取り職員が吸収しミーティングなどでアウトプットしてもらっています。その中でご本人はあまり交えて話すことはありませんが、これからこうしませんか？と問いかけご利用者に理解して頂くよう心掛けています。	現状に合った計画立案をめざし、年一回の計画更新時にはケース会議を開催し、目標に対する支援内容、頻度などを確認しています。日々の支援経過記録から達成度を評価した後に、アセスメント表を更新し、新しい計画を作成しています。	昨年度の外部評価の結果を踏まえ、介護計画の達成度評価の精度が上がるように、帳票類を改訂し、次の計画作成につなげる仕組みができました。継続した取り組みを期待します。
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。	個人記録には食事、水分、バイタルなどすべて盛り込んで記録しています。月をベースにバイタルなどの動きも記録しています。個人記録の内容は「TVを観ている」などはできるだけ省き、実際お話しした内容や変化などを主に書くようにしています。		
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。	既存のサービスが日常生活であるので、本人が望むものは率先して実現できるよう支援をしています。望むものがない方からの情報収集の方が難しく、信頼関係を得る事とぼろっという一言をから発展させていくことを考えるようにしています。		
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。	地域資源が閉鎖的な環境であるグループホームでは乏しくなりがちであり、実際今まで持っていた地域資源を活用することが多い。ただし、近くのお店には買い物に行ったり好きなものを購入できる環境は整えています。		
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。	基本的な往診は契約時に同意をいただいております。その他、往診医には対応できない検査などは以前にかかりつけ医だった所へ受診して頂いたり、紹介をさせて頂いたりと臨機応変な対応をしています。	母体が医療法人のため、訪問看護ステーションとは、日々の診察について事業所と連絡帳を使った密接な関わりがあります。重症度の高い場合も連携している病院があるため、地域連携で対応でき、いつでも安心して医療を受けられる体制です。	

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
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。	訪問看護職員の週1回の訪問に備え見て頂きたい箇所を記録しています。それを看護師が引き継ぎ、医師へ情報をつなげてもらっています。		
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。	入院した際には退院のめどは何うようにしています。そしてどのくらい回復をしたらグループホームへ戻れるかをMSWとご家族と相談をして退院へ繋げています。基本的に拘束をされてしまう病院では早期の退院を促され、なるべく受け入れる体制をとっています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に終末期についてのお話はしています。ただし終末期に入ったとしてもご家族の意見は変わることがほとんどであるので、無理に事前決定はしないでいただいています。最後の最後まで決定はご家族に出来るように支援しています。	これまで看取りの事例はありませんが、いつでも利用者の体調変化に対応できるように、入所時には終末期についての同意書を交わしています。マニュアルは整備されていますが、家族の心の変化にも対応するため、希望を聞きながら納得できるケアを推進しています。	
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。	救急対応については、課題を残しています。実際に研修は一度は参加をしてもらっていますが、自信がないと職員から声が出たり職員の入れ替わりが多く研修を何度も何度も設定しなければならず、研修が追い付かない状態です。		
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。	マニュアル作成をしています。そして、毎月避難訓練を行い年二回は消防署から職員を派遣してもらい点検や避難訓練の状況を見てもらっています。	事業所は、東京湾と多摩川に近い場所に位置しているため、災害対策についての備えがしっかりしています。各階にハザードマップを貼り、フローチャートも地震、風水害についての注意点があり、職員の役割もあらかじめ決まっています。	

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
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。	職員には性別や性格を考慮し声掛けを変えるよう伝えます。中には自然な会話（孫→おばあちゃん）になるよう落ち着ける環境を作れるよう考えています。	利用者の部屋に入る時には必ずノックして、入って良いか確認をする決まりがあります。利用者とはできるだけ自然の会話ができるよう、人によって話し方を変える工夫をしています。希望により、寝る前の飲酒や釣り、居酒屋への外出を叶えるように支援を行っています。	
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。	思いや希望は常に問いかけています。自己決定できる方はできる限り叶えられるようにしています。選択ができる方には選択をしてもらう、その方に合わせた自己決定をしてもらっています。		
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。	夜にはパジャマ更衣をするようにしていますが、中には自分で着替えができる方でありながら、気分ですぐ普通着のまま眠られる方もいます。そういった時にはそのまま寝ていただく事があります。必ず着替えなければならないというルールを作らないように。		
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。	身だしなみに関しては意識の違いがご利用者の中で差が出ている。一日に何度も着替えをされる方、シャツが出ていても気にしない方などいます。職員は現在ユニフォームを使用しています。普段着に着替えた職員をご利用者がみてうらやむ姿は見られます。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の提供は手作り料理の日と簡単な調理の日と別れています。簡単な調理の日は味付けなど一般化されすぎているため残食が目立つことがある。好みについては伺い行事を作り特別な日に叶えています。	毎日の食事の号令は利用者が担当して行い、食事作りについて男性も手伝っています。後片付けやテーブル拭きはできる人が率先して行い、片づけができない利用者の手伝いも手分けして行っています。おやつは手の込んだ物や珍しい菓子を用意しています。	

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。	一日の水分量、摂取量を目で見えずぐにわかるよう記録物を工夫しています。少ない方には声掛けをまめにしたり、好みの飲み物を提供しています。		
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。	自身で歯磨きができる方でも、時には介助が必要であり清潔にできているようで実は歯ブラシが汚れているなどあるためです。本人の力に任せているができないところも見極めないとなりません。		
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。	その方が尿意や便意があるかどうかをはじめに考え、自分でいけるかどうか、処理までできるかどうかまで判断し、退院時などADLの変化に合わせて回復期には積極的に本人の力を活かしてもらいなるべく自分でできるように介助をしています。	排泄の自立に向けて、定時誘導はせずできるだけ本人だけで対応できるよう心がけています。入居してからおむつを使わなくなった事例も多く、完全に自立した利用者についての排泄表は自己申告になるなど、排泄の自立支援に向けた取り組みに力を入れています。	
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。	一例では野菜ジュースを飲むと排便が促されると信じているご利用者には、プラセボ効果も含め継続的に排泄ができるように支援しています。便秘がちな方には定期的な服薬することを基本としています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入る曜日や時間帯などは決まっています。それについてご利用者から不満はありませんが入る順番を気にされる方は中にはいます。入浴拒否のあるかたについては無理強いせずに入浴が好きになれるよう支援しています。	イベントの風呂は特にありませんが、入浴剤を使い入浴することがあります。拒否が強い利用者にも納得して入浴してもらうことを目的として、自分から入浴を楽しめるように強要せず、長期戦の場合は家族も巻き込み気持ちよく入浴できる対応をしています。	

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
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。	午睡を習慣にされているかたが多くいらっしゃいます。体調や居室温度などにも気をつけています。食後帰宅願望が出ていた方にも、安心してもらえるよう声掛けを変えたり信頼関係を築き今では「少し休もうかな」と言ってもらえるようになっていきます。		
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。	職員には薬の効能がわかりやすいようにファイルを作成しています。そして、往診時に対応させ先生と話す機会を作る配慮をしています。慣れてくると自己判断をしてしまう職員も出てくるので行き過ぎにならないよう注意している。		
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。	習慣である家事は任せています。身体はしんどいけれど、やらないと気が済まないとおっしゃるかたもいらっしゃいます。自立した生活ができるように必要以上の介護はしていません。体調によって家事手伝いができない日には無理しないよう声掛けをしている。		
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。	その日の希望で外出は難しいが、日程を調節し職員に企画を立ててもらい希望がかなえられるように支援をしている。本人の希望はなかなか出すことができない方もいるので、職員には情報収集能力を高めるように伝えていきます。	外出の必要性を感じ、職員が企画しています。買い物で近くの薬局にも行けるようになっていきます。まだ全員ではありませんが、近くの大師公園にも外出しています。	
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。	お金の執着を持っている方はいらっしゃいます。その中で居室にはお金はおけない事を理解してもらい、こちらでお預かりしていますとお伝えしています。購入したいものについて聞き取るとともに、一緒に買い物に出かけた時には支払をお願いすることもある。		

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
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。	電話や通信手段について制限はしていない。仕事で使用する電話であるので長電話はできませんと伝えてはいます。手紙なども書いてみますか?と問いかけるが文字を書くことが恥ずかしくなってしまうかたもいらっしやり断れられています。		
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。	椅子以外にソファやベンチなども置き楽な姿勢でいられる空間づくりをしています。日中はカーテンもあけて外の景色も見えるように配慮しています。植物の成長をみることで喜びを感じたり季節を感じる事ができています。	共有スペースに空気清浄機を準備しています。居住空間には金魚鉢で魚を飼い、玄関や外回りに利用者が花を植え利用者を喜ばせています。洗面台の下には見栄えのよい防炎の可愛いカーテンが引いてあります。また、廊下には利用者がトイレの場所を確認しやすくする工夫をしています。	
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。	全室個室のため一人きりになれる空間の確保はできています。利用者それぞれに居心地のよい場所があるようで、ソファにずっと座ってられる方やTVの前にいる事が楽だと感じる方もいらっしやり思い思いの生活をされています。		
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。	前に住んでいた家と同じ家具を持ってこられ家ごと引っ越されている方もいらっしやいます。使い慣れたものの用意もご家族には協力してもらったり、それに近い環境を作れるように支援します。	部屋の入り口には季節の飾りがあります。利用者によってはシンプルな部屋があったり、家ごと引っ越してきた様な利用者もいます。元舞台役者の人は姿見兼ドレッサーを部屋に置いています。窓からは隣の幼稚園のグラウンドが見え、子供たちが遊ぶ風景が望めます。	
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。	一人ひとりに出来る事できない事の区別をつけて、事故の発生などを機会に問題追及をする習慣をつけています。事故をさせない介護ではなく、どうすれば現状できることを活かしながら安心して生活できるかを考えています。		

事業所名	医療法人啓和会（介護予防）グループホーム四谷上町
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	法人理念と事業所理念を分けて作成し意味を職員全員に伝えられるように、大きく貼り出しています。働いている中で職員も忘れてしまうことがあるので、迷った時には理念に立ち戻ることを再度伝えています。		
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。	以前から関わって下さっている町内会の方や地域包括の方、隣町の町内会の方にも回覧板を頂いたり、地域の情報を頂いたり、盆踊りの会場の広いスペースを貸して頂いたりとお世話になっております。ボランティアで紙芝居や歌などもして頂いています。		
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。	認知症キャラバンメイトの繋がりから、市のボランティアスタッフと繋がりを持つことができ、認知症の高齢者と関わりを持つ場を設けることができました。		
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。	毎回、ご家族を含め町内会や地域包括の方々に参加をして頂いています。内容は事業所の現状や事故、入院者について触れ、取り組んだ行事の写真をしながら説明を行っています。ご家族などからの意見を受けてアニマルセラピー実施まで行うことができました。		
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。	福祉事務所の担当者とは密に連携は取れています。現状困ったことなどについては迅速な対応をしていただいています。		

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
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。	T字ベルトや四点柵だけを拘束とせず、スピーチロックなどについても職員と話し合い、減らしていきましようとして説明をしています。身体拘束と同時に安全についても話し合いを行っています。事故を起こさせない介護ではなく事故が起きて慌てない介護を目指してケアに取り組んでいます。		
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。	言葉の暴力も虐待に含まれること。職員は入れ替わりがあるため研修に全員は参加できていませんが、何が虐待にあたるか暴力など目に見えるもの以外について注意深く職員と話し合いをしています。		
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。	職員にはあまり関わる場を設けていません。ただし研修などに参加してもらった際には後見人の必要性など理解して帰ってくる場合があります。活用まではできる職員は少ない。		
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。	契約の段階で事細かく説明をしています。不安な点や疑問点についても必ず聞くようにしています。しかし、初めての事だから全くわからないとご家族からは言われることがあります。その際にもいつでもご相談をしてくださいとお伝えしています。		
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。	ご利用者からは常日頃からご意見をいただいています。声に出せない方からはこちらから察するようにしています。ご家族からは運営推進会議の場や行事の際にお誘いし話ができるような場づくりをしています。お電話でも随時受け付けています。		

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
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。	運営に関する職員の意見はできる限り反映するよう心掛けていますが、管理者の段階で意見を解釈し理解できる事柄であれば上申するようになっています。月一度のミーティングや個人での話でも取り扱っています。		
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。	代表者は実際に現場へは来られませんが、管理者より職員の努力や小さな変化も伝え状況把握に努めています。人事考課も年二回行っています。労働時間も残業をほぼ出さずに運営できるようにしています。		
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。	外部研修については職員全員が見られるように用意している。その中で興味のあるものを管理者に申し出る事からはじめています。その他法人内研修については、必ず職員に出席をしてもらうようにしている。力量についての区別はできていません。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	法人内での他の事業所見学は回ることにはあるが、実際の取組などを詳しく見ることはできていない。職員については異動など考慮しているが、実際はまだ取組としてうまく機能していない。		
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。	事前面談では必ずアセスメントシートを記入しフェイスシートを完成させるだけの情報はとっています。そして小規模ではあるとはいえ共同生活に入る前に心配事は聞くようにしています。職員には情報を共有するよう伝えていますが、全員には浸透していない。		

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
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。	ご家族には初回面談で介護が必要になった経緯や、一番の困りごとを伺うようにしています。中にはご家族の希望に沿えず退去を求めることになり信頼関係を壊す出来事もありました。		
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。	初回面談以外にグループホームへ足繁く通って下さるご家族とは密なコミュニケーションがとれ支援の幅も広がられています。あまり訪問のないご家族については、健康状態や認知症のBPSDについて随時相談をさせて頂いています。		
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関係を脱するため職員にはご利用者にできる事できない事の見極めをするように求めています。ご利用者の自由意思で行動しているものに手はなるべく加えないように伝えています。実際はまだ介助する方が上回ってしまっています。		
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。	ご家族には事業所にご利用者を預けて後はすべて任せると言った考えはしないでいただくよう声掛けしています。関係の保持のために通院同行をしてもらったり、ご本人がさみしい時には電話で声を聴かせてもらうなどと広範囲に助けて頂いています。		
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。	例として毎日のようにご家族が会いに来られたり、「釣り」を昔していた方を個別ケアと一緒に釣りに出かけられるよう支援をし、実行をしています。		

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
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。	個々の性格を把握するため話は個別に聴いています。異性のご利用者については同性の職員に話を聞いてもらう事で不満などを話してもらっています。職員が間に入ることによって共同作業を行うことはできませんが、自由意思では気の合う者同士でお話をされています。		
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。	他の病院へ移られた方については、アセスメントなど情報提供をしています。		
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。	職員には日々の生活から情報を積極的に取ってもらっています。その中でも同性職員の聴き取りが効果的であり、職員の立場などにより態度が変わってしまうご利用者様のクッションになっています。		
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。	初回面談の同行をしていないので生活歴を職員はなかなか知りえないですが、聴き取りをした人間がことあるごとにその方の生活状況と話しています。書類にも残しています。		
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。	ご利用者一人一人の体調、性格も踏まえ食事の時間を必ずしも同時刻でとることを求めています。ただし共同生活である以上、時間での声掛けもしています。「お昼ご飯にしましょう」など		

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。	本人の言葉を聴き取り職員が吸収しミーティングなどでアウトプットしてもらっています。その中でご本人はあまり交えて話すことはありませんが、これからこうしませんか？と問いかけご利用者に理解して頂くよう心掛けています。		
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。	個人記録には食事、水分、バイタルなどすべて盛り込んで記録しています。月をベースにバイタルなどの動きも記録しています。個人記録の内容は「TVを観ている」などはできるだけ省き、実際お話しした内容や変化などを主に書くようにしています。		
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。	既存のサービスが日常生活であるので、本人が望むものは率先して実現できるよう支援をしています。望むものがない方からの情報収集の方が難しく、信頼関係を得る事とぼろっという一言をから発展させていくことを考えるようにしています。		
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。	地域資源が閉鎖的な環境であるグループホームでは乏しくなりがちであり、実際今まで持っていた地域資源を活用することが多い。ただし、近くのお店には買い物に行ったり好きなものを購入できる環境は整えています。		
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。	基本的な往診は契約時に同意をいただいております。その他、往診医には対応できない検査などは以前にかかりつけ医だった所へ受診して頂いたり、紹介をさせて頂いたりと臨機応変な対応をしています。		

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
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。	訪問看護職員の週1回の訪問に備え見て頂きたい箇所を記録しています。それを看護師が引き継ぎ、医師へ情報をつなげてもらっています。		
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。	入院した際には退院のめどは何うようにしています。そしてどのくらい回復をしたらグループホームへ戻れるかをMSWとご家族と相談をして退院へ繋げています。基本的に拘束をされてしまう病院では早期の退院を促され、なるべく受け入れる体制をとっています。		
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。	契約時に終末期についてのお話はしています。ただし終末期に入ったとしてもご家族の意見は変わることがほとんどであるので、無理に事前決定はしないでいただいています。最後の最後まで決定はご家族に出来るように支援しています。		
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。	救急対応については、課題を残しています。実際に研修は一度は参加をしてもらっていますが、自信がないと職員から声が出たり職員の入れ替わりが多く研修を何度も何度も設定しなければならず、研修が追い付かない状態があります。		
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。	マニュアル作成をしています。そして、毎月避難訓練を行い年二回は消防署から職員を派遣してもらい点検や避難訓練の状況をみてもらっています。		

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
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。	職員には性別や性格を考慮し声掛けを変えるよう伝えます。中には自然な会話（孫→おばあちゃん）になるよう落ち着ける環境を作れるよう考えています。		
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。	思いや希望は常に問いかけています。自己決定できる方はできる限り叶えられるようにしています。選択ができる方には選択をしてもらい、その方に合わせた自己決定をしてもらっています。		
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。	自分の部屋で過ごすことが本人の希望である方に対して、その生活を見守りながら安全に暮らせるように支援をしています。機能回復訓練を実施すると私も私もと繋がりができ、進んで歩行訓練をされる方が増えています。		
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。	身だしなみに関して、女性は化粧水など必要な方には途切れないように購入の支援をしております。職員は現在ユニフォームを使用しています。普段着に着替えた職員をご利用者がみてうらやむ姿は見られます。		
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。	食事の提供は手作り料理の日と簡単な調理の日と別れています。簡単な調理の日は味付けなど一般化されすぎているためか残食が目立つことがある。好みについては伺い行事を作り特別な日に叶えています。		

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
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。	一日の水分量、摂取量を目で見えずぐにわかるよう記録物を工夫しています。少ない方には声掛けをまめにしたり、好みの飲み物を提供しています。		
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。	自身で歯磨きができる方でも、時には介助が必要であり清潔にできているようで実は歯ブラシが汚れているなどあるためです。本人の力に任せているができないところも見極めないとなりません。		
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。	その方が尿意や便意があるかどうかをはじめに考え、自分でいけるかどうか、処理までできるかどうかまで判断し、退院時などADLの変化に合わせて回復期には積極的に本人の力を活かしてもらいなるべく自分でできるように介助をしています。		
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。	オリゴ糖が便秘に効くと看護師に聞いてから、実施をしています。なお便秘がちな方には服薬による管理も同時に施行しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入る曜日や時間帯などは決まっています。それについてご利用者から不満はありませんが入る順番を気にされる方は中にはいます。入浴拒否のあるかたについては無理強いせずに入浴が好きになれるよう支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体がつかれたから休みたいとおっしゃる方には介助をして午睡をしてもらっています。休みたいとおっしゃるがなかなか眠れずに目が離せないかたも中にはいらっしゃいます。		
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。	職員には薬の効能がわかりやすいようにファイルを作成しています。そして、往診時に対応させ先生と話す機会を作る配慮しています。慣れてくると自己判断をしてしまう職員も出てくるので行き過ぎにならないよう注意している。		
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。	習慣である家事は任せています。身体はしんどいけれど、やらないと気が済まないとおっしゃるかたもいらっしゃいます。自立した生活ができるように必要以上の介護はしていません。体調によって家事手伝いができない日には無理しないよう声掛けをしている。		
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。	その日の希望で外出は難しいが、日程を調節し職員に企画を立ててもらい希望がかなえられるように支援をしている。本人の希望はなかなか出すことができない方もいるので、職員には情報収集能力を高めるように伝えていきます。		
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。	お金に執着を持っている方はいらっしゃいます。その中で居室にはお金はおけない事を理解してもらい、こちらでお預かりしていますとお伝えしています。購入したいものについて聞き取るとともに、一緒に買い物に出かけた時には支払をお願いすることもある。		

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
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。	電話や通信手段について制限はしていない。仕事で使用する電話であるので長電話はできませんと伝えてはいます。手紙なども書いてみますか?と問いかけるが文字を書くことが恥ずかしくなってしまうかたもいらっしやり断れられています。		
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。	椅子以外にソファをいくつか置き楽な姿勢でいられる空間づくりをしています。日中はカーテンもあけて外の景色も見えるように配慮しています。植物の成長をみることで喜びを感じたり季節を感じる事ができています。		
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。	全室個室のため一人きりになれる空間の確保はできています。利用者それぞれに居心地のよい場所があるようで、ソファにずっと座っていられる方やTVの前にいる事が楽だと感じる方もいらっしやり思い思いの生活をされています。		
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。	前に住んでいた家と同じ家具を持ってこられ家ごと引っ越されている方もいらっしやいます。使い慣れたものの用意もご家族には協力してもらったり、それに近い環境を作れるように支援します。		
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。	一人ひとりに出来る事できない事の区別をつけて、事故の発生などを機会に問題追及をする習慣をつけています。事故をさせない介護ではなく、どうすれば現状できることを活かしながら安心して生活できるかを考えています。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム四谷上町

作成日： 平成 29年 11月 12日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1		認知症高齢者のケアについて研修など勉強をしてもらい知識を深めているが、職員全員を先導出来る職員が少ない。	認知症ケアについて理解を深めてもらうと同時に先頭に立って指導に当たる事が出来る職員の育成をする。	認知症介護実践者リーダー研修へ参加をしてもらいます。	12ヶ月
2		ケアプランの第2表を個人記録に載せる事ができたがチェックをする意識がまだうすいことと、評価をする項目の見づらさがある。	個人記録へ載せたケアプランの評価を職員が徹底できるようにする。そして、ケアプランに沿っていない、または本人に合っていないケアプランの見直しを職員から提案できるようにする。	個人記録へ載せたケアプランの第2表が見づらいようなので見やすく作り直す。そして、本人の状態が変化し現在のケアプランとは合っていないと判断されればチェックできる項目を作成する。	6ヶ月
3		個人ケアに充てる時間が少ない。	担当者のご利用者の個別ケアを行う事で信頼関係を築き認知症のBPSD発現を少なくすることが出来るようになる。	担当者には3か月に1度は企画をたて本人とじっくり向き合える場を作り、実践に移すことが出来るようになる。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月