

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	1473300885	事業の開始年月日	平成17年5月1日	
		指定年月日	平成17年4月1日	
法人名	有限会社 タワラ			
事業所名	グループホーム 結の家			
所在地	(226-0017)			
	横浜市緑区新治町1476-4			
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11月16日	評価結果 市町村受理日	平成30年3月19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)】

認知症の方が日々の生活に困らないように支援しています。日常生活が画一的にならないように入居者ひとり一人の状態に合わせた個別ケアを心掛け、のんびりした時間の中に必要なサービスを提供しています。また、ひとり一人の趣味や能力に合わせた個別のレクリエーションや集団である合唱や体操などのレクリエーションは毎日しています。常にご利用者ひとり一人の笑顔を引き出せるように心掛けています。

【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12月20日	評価機関 評価決定日	平成30年2月26日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、JR横浜線中山駅から、バスにて約15分、終点の「三保中央」からならかな坂道を下って約5分です。周りに畑のある静かな環境に立地しています。

<優れている点>
運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。自治会役員、民生委員、訪問看護ステーションの看護師、地域包括支援センター職員、利用者・家族などが参加しています。事業所の運営内容や行事を報告し、意見交換を行い、サービス内容の開示に努めています。医療面では、協力医療機関の往診医と訪問看護師が連携を図り、安心して医療の受診や健康相談ができる体制にあります。看取り介護に関しては、入居時に急変時の対応について説明しています。利用者・家族の思いを確認し、家族の理解と協力を得ながら、医師の判断により、事業所で安心して最期を迎えることができる支援体制が確立しています。

<工夫点>
「火災の日中と夜間時」「水害時」「地震時」の緊急時避難誘導などのマニュアルをわかりやすく整備し、職員の目に付きやすい場所に掲示しています。また、近くの小さな川の大雨による浸水の場合を想定し、冠水に備えて、利用者を事業所2階へ速やかに移動させる体制作りにも取り組んでいます。利用者は庭で芋ほりを楽しみ、黄色に色づいた夏みかん、ダリア、サルスベリなど四季折々の景色を眺めながら暮らしています。

【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 結の家
ユニット名	1F さくら

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ます。 (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。	「人格の尊重」「健康で穏やかに」「自立の日常生活」の3つを理念に掲げている。ケアカンファレンスやケアプラン作成の時にも、また日常のケアの時にも、理念の下個人を尊重したケアに努めている。	3つの理念は、数年前より、短く解りやすい文章に作り変え、玄関と1階・2階の事務室、厨房に掲示しています。管理者は新入職員の研修時に説明し、職員は日常業務の中で互いに確かめ合い実践につなげています。	
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。	地域のイベントに参加したり、散歩の時に挨拶を交わしている。また今年からは地域包括センターのご紹介で地域のボランティアの方々が来訪され、盆踊りやオカリナコンサートを開催している。	自治会に加入しています。利用者は地元の神社へ初詣に行き、秋祭りには里山公園で中学生の吹奏楽や琴の調べを見物しています。ボランティアが盆踊りやオカリナ演奏に来訪し、交流しています。	
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。	入居者の外出の機会を増やし認知症の方の日常生活や支援の仕方を見ていただいている。また見学の際には認知症ケアのアドバイスや相談も受け付けている。	/	/
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。	会議は2ヶ月に1回開催し事業所の近況報告や行事の様子を報告している。事業所が困っている事に助言や意見をいただいている。また地域の要望を聞き協力できるようにしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、自治会役員、民生委員、訪問看護ステーションの看護師、地域包括支援センター職員、利用者家族が参加しています。会議では事業所の運営状況や活動内容などを報告し、意見交換を行い、サービス向上に活かしています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	入居継続困難な入居者の対応に区役所の高齢・障害支援課の担当者とは何回も会合を持ち入居者の希望する生活が出来るように支援した。区役所の担当者とは相談しやすい関係を築いている。	管理者は緑区の高齢・障害支援課に運営面や業務上の問題点などを報告し、相談しています。介護保険の要介護認定更新の手続きや立ち会いを家族に代わって行うこともあります。利用者は近くの新治小学校へ行き、図書館の本を借りたりしています。	神奈川県や横浜市、緑区主催の勉強会や講習会に参加して知識の涵養を図り、ケアサービスの情報を得ることも期待されます。

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
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。	退院時に医師の指示がありご家族の要望のあった入居者に対し、スタッフ不足の時間帯に車椅子からの滑り落ち防止の為にシートベルトを使用した。就寝時に対して離床センサーを使用し拘束はしていない。	職員は法人の身体拘束に関する研修を受講後、会議で話し合い、正しい理解に努めています。玄関は施錠せず、目配りと見守りに努めています。帰宅願望のある利用者には、職員と一緒に外出しています。	
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。	入居者の不穏時の対応の仕方に「虐待」通報をされてしまった。どのように対応すべきか市町村と協議しながら利用者の希望される生活が出来る様に支援した。 虐待についての勉強会を開催予定。		
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。	自立度の高い入居者の希望で、公証人役場で遺言書の作成のお手伝いをした。 成年後見人についてはご家族間で調整が取れず見合わせている方がいますが、相談にはのっています。		
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。	丁寧に説明をしている。特に利用料金と見取りケアや延命については勘違いのないように、十分な説明を行い、理解・納得を図っている。		
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。	ご家族の面会の際には近況報告をしている。またご家族の意見や希望を聞きケアプランに活かしている。 毎月の家族絵の手紙では利用者の日常の様子や希望を伝えている。	運営推進会議や家族の来訪時に声かけし、意見や要望を聞いています。家族より「利用者の食事時間に幅を持たせてゆっくり食事をさせて欲しい」「好きな食べ物や食べたい物を食べさせて欲しい」との要望があり、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
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。	管理者や・フロア主任は個々の職員の意見を聞くように心掛けているが、不平や不満を直接言わずに職員間で広めてしまう事もありこじれてしまう事もある。	管理者は月1回の全体会議やユニットごとのミニ会議、朝・夕の申し送り時に職員の意見や要望を聞き、業務の改善や向上に反映しています。職員より、機械浴槽を導入して欲しい旨の要望があり、浴室が狭いため検討中です。	
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。	職員の資格取得に向けた支援を行っている。 今年から残業代も細かく申請できるのでサービス残業がなくなった。		
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。	勤務として研修を受講でき研修費用も会社負担の為スキルアップがしやすい。		
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。	グループホーム連絡会に参加し近隣の同業者と交流を深め意見交換や勉強会をしている。		
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。	新しい環境に対する不安や心配を軽減できるように見守りを密にしてこまめな声掛けと誘導、リラックスできるような楽しい雰囲気を作り、なんでも相談できる人間関係を築けるように努めている。		

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。	家族の要望を理解し、事業所として出来る限り要望に沿ったケアを提供する。また、出てきた問題点に関してはご家族に相談し相互理解の上で対処している。		
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。	利用者本人の希望を中心に考える。家族と協議し「出来る事」「出来ない事」をはっきりさせた上で必要なサービスが提供できるように努める。		
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。	支援する側、支援される側という意識を持たずに共に暮らすものとして喜怒哀楽を共有できるように努めている。また共同作業をする機会をつくり利用者と職員が交流しやすくしている。		
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。	利用者と家族との関係に距離が出来ないように、本人の日頃の様子や希望を伝えたり支援の方法を相談したりする。面会に来ることを歓迎し来やすい雰囲気を作っている。		
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。	年賀状や手紙の交換、電話での会話など積極的に支援している。 今年は京都に行く機会があったので知人宅を訪問しビデオメッセージを貰ってきました。	利用者の昔の麻雀仲間や鎌倉彫の友人や知人が来訪の際は、リビングで話した後、ゆっくり落ち着ける居室へ案内し、湯茶のもてなしをしています。家族と馴染みの店で食事をしたり、墓参りに出掛ける利用者もいます。年賀状が届き、返信の支援もしています。	

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。	みんなで楽しく過ごす時間や、気の合う者同士で過ごせる場面作りをしている。また、食事やお茶の時間は職員も混ざり会話が弾むように努めている。		
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。	退所後も運営推進会議や行事に参加してもらっている。		
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。	利用者個人の意向や思いは言葉だけでは把握しきれないので、日頃の行動や視線・表情から推し測ったり、直接本人に聞いたり、水に向けたりして把握するように努めている。	職員は利用者の日常の行動や表情の中から、意向や希望を汲み取るように努めています。生活歴や家族からの情報も得ています。意向を自分から伝えにくい利用者には、入浴時や買い物時に話を聞いています。	
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。	入居の際のご家族からの情報提供が一番大きいですが、入居後ご本人から聞ける情報も重要でご本人が大切にしている思いや感情を把握するのに役立っている。		
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。	強制することなく好きなように動いてもらうことにより個人の行動パターンを把握し、必要などころに生活が活性化するような援助を追加している。色々な事に挑戦して頂き出来る能力の把握に努めている。		

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
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では本人の不満や要望、また家族の思いや希望を職員が聞き取り、どのようにしたら実現できるかを十分に話し合い、利用者にとって最適な介護計画になるように努めている。	入居の際、家族と話し合っています。入居して約2週間で利用者の出来ること、出来ないことを観察し、家族の要望を入れ、カンファレンスし、医師の意見を参考にして介護計画を作成しています。通常3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。	個人ファイルは時系列に記録し、心身の状態やエピソードも記入しています。バイタル・水分量・食事量・排泄・与薬状況は別用紙に記録し、異常を数値的に把握しやすいようにしている。ファイルはだれでも確認でき情報の共有に役立っている。		
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。	利用者・家族の状況に合わせて通院や買い物はもとより外出や外食に出掛けている。入浴の回数の増加や好きなおやつ提供など個人のニーズに応えている。また今年は帰宅願望の強い利用者の一時帰宅をご家族と協力し成功させた。		
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。	新治里山公園のイベントに参加したり、近所の果樹園へブドウ狩りに行っている。また里山会の方がボランティアに来て歌って踊って話も聞いてくれる。外部の方との接触は利用者の活性化につながっている。		
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。	入所と同時に訪問医が主治医になるのが原則だが、希望があれば入居前のかかりつけ医を継続することも可能です。ただ外部の医療の場合はご家族の対応になります。往診時には本人・家族の訴えがより正確に伝わるように支援している。	本人や家族の希望する皮膚科、心療内科などのかかりつけ医を継続して受診できるように支援しています。協力医療機関の往診医が月2回、利用者の希望により歯科医は週2回の訪問診療を受診しています。医療情報は往診報告書に記録し、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。	週1回の定期訪問があり医療面での相談・助言・対応、また急な体調変化の時はは臨時に訪問してもらい現状や受診の必要性について指示をもらう。必要に応じて利用者の状況は細かく報告し正確な判断が出来る様に協力している。		
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。	入院の時は介護サマリーの提出と定期的にお見舞いに行く。お見舞いの際に看護師から近況を聞き退院後の生活が円滑にいくようにしている。退院前に主治医・看護師・家族・施設職員で会談し退院後の生活について話し合う。		
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。	本人と家族の意向は早い段階から聞き取り調査をするが、途中で気持ちが変わることが前提なので体調の変化とともに何度も話し合いをする。事業所で出来る範囲をはっきり伝え、納得いただいた上で終末期の支援をしている。	入居時に急変時の対応について説明し、看取り介護に対する考え方や意見を確認しています。終末期には主治医、看護師、家族、職員が相談し、利用者にとって最善の方法を採ることを関係者間で共有しています。	利用者の急変時や重度化に備えて、看取り介護の勉強会を継続して行い、一層充実した介護・介助の体制づくりを期待します。
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。	緊急マニュアルを作成している。救急車を呼ぶかどうかの判断から到着までの手順を定期的に練習している。消防訓練の時応急手当についての講習もしている。		
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。	防災訓練はもとより防災マニュアルを事務所内に掲示し、いつでも確認できるようにしてある。水害指定地域に位置するので常時警報が届くようになっている。地震に備えての備蓄は飲料水と食料があるが自治会にも登録して支援を受けられるようにしてある。	防災・避難訓練は年2回、日中と夜間想定で行い、内1回は消防署の協力を得て実施しています。火災時には、利用者を火元より遠い風上のベランダへ避難誘導するよう消防署から指導されています。非常災害用の食料、飲料水は約3日分備蓄してあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	個人の人格を尊重するうえで否定的な言葉や態度・高圧的な言葉や態度は一切禁止している。プライバシーにも配慮し職員優先の介護にならないように努めている。	職員は、利用者が思いを表出できるように、言葉かけや対応に配慮しています。日常の様々な機会に、一人ひとりの意思を確認し、自己決定できるように支援しています。新人研修では、人格の尊重とプライバシー保護を学んでいます。	
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。	日々の生活の中で些細な事でも自分で決める機会を大切にしている。例えば洋服選びお菓子選びメニュー表から自分の食べたいものを選んでもらう・レクリエーションの参加など		
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。	利用者ひとり一人の生活のリズムを大切にし本人の望む事を優先してケアしている。レクリエーションは趣味の合う人同士が集まって出来る様に個別に対応している。		
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。	着替えの洋服はご自身で選んでもらったり、素敵なコーディネートには褒める事を忘れないようにしている。また少し変なところがある場合はさりげなく直している。		
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。	職員も同じ食卓を囲み和やかに話しながら食事をしている。職員は利用者の様子を観察し、好きな物・食べやすい形状・飲み込みの状態をチェックする。野菜の下ごしらえなど出来る事は利用者と一緒にしている。	食材業者からレシピ付きの材料が納入され、職員が交代で調理しています。ミキサー食にも対応しています。利用者は盛り付け、後片付けなどで力を発揮しています。職員は、利用者が自分のペースで食事を楽しめるよう、雰囲気作りに配慮しています。	

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。	健康管理表を作り水分量と食事摂取量を記録している。水分摂取が難しい時には味を変えたり形態を変えたりして対応している。食事が摂れない時には栄養補助食品使っている。		
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。	3食後の口腔ケアを実施している。利用者個人に合わせ声掛け・誘導・全介助の3通りで対応している。又洗口液や口腔ティッシュを使用することもある。		
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。	排泄表を作り利用者のパターンを把握して声掛けや誘導を行い失敗が無くなるように支援している。また半分自立の方も汚れがないか時々見ている。	トイレでの排泄を基本にした支援をしています。パットやオムツ使用で立位の取れない利用者は、居室で対応しています。トイレ誘導を好まない利用者には「ちょっと手伝ってくれますか」と話しかけて席を立ててもらおうなど工夫しています。	
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。	予防には体操や散歩・立ったり座ったりなどの運動をしている。食事療法では牛乳やヨーグルト、寒天ゼリーを食べてもらっている。ほかにお腹のマッサージもしている。		
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。	入浴の曜日と時間帯は決まっているが利用者の希望があれば臨機応変に対応している。気持ちよく入浴できるように自立できるところはご自身で無理なところは介助して、又楽しく入浴できるように安全を確保しながら会話量を多くしている。	週2～3回の入浴を楽しんでいます。入浴時間は午前中となっていますが、個別の希望に対応しています。入浴中は利用者と職員の会話が弾み、ゆったりとした時間となるように配慮しています。脱衣所は広く、エアコンが設置されています。	

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。	利用者の生活習慣を重視し無理な睡眠は勧めていません。午睡の強制はしていませんが、医療的な面で必要と思われる時は眠れなくても良いから横になってもらう様に誘導している。睡眠薬の使用はしていません。		
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。	薬の薬情はいつでも見られる様に個人記録の一番前にファイルしてある。利用者から質問があった場合は分かりやすい言葉で薬の効能を説明している。また主治医に利用者の状況を報告し減薬・増薬を適宜行いベストの処方を受けている。		
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。	出来る限り日常生活の中で出来る仕事を手伝ってもらう。どのようなお手伝いができるか・どんな趣味を持っているかは日々の関わりの中から探り当て利用者の生活が彩るように努めている。		
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。	天候を見ながら散歩や玄関先での外気浴を進めている。また季節のイベントとして花見や遠足、たまには気分転換の外出もしている。	天気の良い日は近くの池や公園まで散歩しています。自然に恵まれた環境で、玄関先やベランダの外気浴でも気分転換ができます。季節ごとの花見や紅葉狩り、動物園に出掛けています。おやつ外食ではファミリーレストランに行き、一人ひとりが好きなものを注文しています。	
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。	金銭所持に関しては管理が難しく、認知症が進むにつれ不穏材料になってしまうので原則禁止にしている。ただし自己管理で一切の責任を事業所に問わない約束で所持を許可している。		

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。	利用者本人の希望があればいつでも電話は掛けている。利用者との信頼関係を重視しての事なのでご家族には出ても出なくても良い旨が伝えてある。手紙等の希望があれば切手や便箋の手配、宛名のチェックなどの支援をしている。		
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。	リビングには今月の作品や飾りを展示して利用者が作ったものを身近に感じられるようにしています。行事にちなんだ飾りや散歩の途中に取ってきた花などを飾り居心地のいい空間になるように努めている。	食堂は南向きで明るく、ベランダに出ることができます。大きなテーブルでパズルや手芸を楽しむ人もいます。居間のソファではテレビを観たり、料理や花の本を読んで過ごしています。利用者が作った季節感のあるクリスマスツリーがあり、壁には書道や手芸の作品が飾ってあります。	
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。	食事の時だけ自席が決まっているが、他は好きなところへ座ってもらう。テレビの前のソファは自由に座っている。		
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。	居室はご自宅で使っていたものやご自身が気に入っているものを配置して落ち着ける空間にしている。	電動ベッド、エアコン、クローゼットが備え付けになっています。利用者の状態によりワイヤレスチャイムを用意しています。利用者は、使い慣れたタンスや椅子、テレビなどを配置し、手作りの作品や家族の写真などを飾って、それぞれ居心地よい居室にしています。	
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。	利用者の身体状況に合わせて使える様に、手摺りや目印の設置・エレベーターの使用など安全に生活できるように配慮している。		

事業所名	グループホーム 結の家
ユニット名	2F さつき

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
	<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ます。 (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。	「人格の尊重」「健康で穏やかに」「自立の日常生活」の3つを理念に掲げている。ケアカンファレンスやケアプラン作成の時にも、また日常のケアの時にも、理念の下個人を尊重したケアに努めている。		
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。	地域のイベントに参加したり、散歩の時に挨拶を交わしている。また今年からは地域包括センターのご紹介で地域のボランティアの方々が来訪され、盆踊りやおカリナコンサートを開催している。		
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。	入居者の外出の機会を増やし認知症の方の日常生活や支援の仕方を見ている。また見学の際には認知症ケアのアドバイスや相談も受け付けている。		
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。	会議は2ヶ月に1回開催し事業所の近況報告や行事の様子を報告している。事業所が困っている事に助言や意見をいただいている。また地域の要望を聞き協力できるようにしている。		
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。	入居継続困難な入居者の対応に区役所の高齢・障害支援課の担当者とは何回も会合を持ち入居者の希望する生活が出来るように支援した。区役所の担当者とは相談しやすい関係を築いてる。		

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。	退院時に医師の指示がありご家族の要望のあった入居者に対し、スタッフ不足の時間帯に車椅子からの滑り落ち防止の為にシートベルトを使用した。就寝時に対して離床センサーを使用し拘束はしていない。		
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。	入居者の不穏時の対応の仕方に「虐待」通報をされてしまった。どのように対応すべきか市町村と協議しながら利用者の希望される生活が出来る様に支援した。 虐待についての勉強会を開催予定。		
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に支援している。	自立度の高い入居者の希望で、公証人役場で遺言書の作成のお手伝いをした。 成年後見人についてはご家族間で調整が取れず見合わせている方がいますが、相談にはのっています。		
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。	丁寧に説明をしている。特に利用料金と見取りケアや延命については勘違いのないように、十分な説明を行い、理解・納得を図っている。		
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。	ご家族の面会の際には近況報告をしている。またご家族の意見や希望を聞きケアプランに活かしている。 毎月の家族絵の手紙では利用者の日常の様子や希望を伝えている。		

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。	管理者や・フロア主任は個々の職員の意見を聞くように心掛けているが、不平や不満を直接言わずに職員間で広めてしまう事もありこじれてしまう事もある。		
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。	職員の資格取得に向けた支援を行っている。 今年から残業代も細かく申請できるのでサービス残業がなくなった。		
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。	勤務として研修を受講でき研修費用も会社負担の為スキルアップがしやすい。		
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。	グループホーム連絡会に参加し近隣の同業者と交流を深め意見交換や勉強会をしている。		
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。	新しい環境に対する不安や心配を軽減できるように見守りを密にしてこまめな声掛けと誘導、リラックスできるような楽しい雰囲気を作り、なんでも相談できる人間関係を築けるように努めている。		

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。	家族の要望を理解し、事業所として出来る限り要望に沿ったケアを提供する。また、出てきた問題点に関してはご家族に相談し相互理解の上で対処している。		
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。	利用者本人の希望を中心に考える。家族と協議し「出来る事」「出来ない事」をはっきりさせた上で必要なサービスが提供できるように努める。		
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。	支援する側、支援される側という意識を持たずに共に暮らすものとして喜怒哀楽を共有できるように努めている。また共同作業をする機会をつくり利用者と職員が交流しやすくしている。		
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。	利用者と家族との関係に距離が出来ないように、本人の日頃の様子や希望を伝えたり支援の方法を相談したりする。面会に来ることを歓迎し来やすい雰囲気を作っている。		
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。	年賀状や手紙の交換、電話での会話など積極的に支援している。 今年は京都に行く機会があったので知人宅を訪問しビデオメッセージを貰ってきました。		

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
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。	みんなで楽しく過ごす時間や、気の合う者同士で過ごせる場面作りをしている。また、食事やお茶の時間は職員も混ざり会話が弾むように努めている。		
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。	退所後も運営推進会議や行事に参加してもらっている。		
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。	利用者個人の意向や思いは言葉だけでは把握しきれないので、日頃の行動や視線・表情から推し測ったり、直接本人に聞いたり、水を向けたりして把握するように努めている。		
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。	入居の際のご家族からの情報提供が一番大きいですが、入居後ご本人から聞ける情報も重要でご本人が大切にしている思いや感情を把握するのに役立っている。		
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。	強制することなく好きなように動いてもらうことにより個人の行動パターンを把握し、必要などころに生活が活性化するような援助を追加している。色々な事に挑戦して頂き出来る能力の把握に努めている。		

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
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では本人の不満や要望、また家族の思いや希望を職員が聞き取り、どのようにしたら実現できるかを十分に話し合い、利用者にとって最適な介護計画になるように努めている。		
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。	個人ファイルは時系列に記録し、心身の状態やエピソードも記入しています。バイタル・水分量・食事量・排泄・与薬状況は別用紙に記録し、異常を数値的に把握しやすいようにしている。ファイルはだれでも確認でき情報の共有に役立っている。		
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。	利用者・家族の状況に合わせて通院や買い物はもとより外出や外食に出掛けている。入浴の回数の増加や好きなおやつ提供など個人のニーズに応えている。また今年は帰宅願望の強い利用者の一時帰宅をご家族と協力し成功させた。		
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。	新治里山公園のイベントに参加したり、近所の果樹園へブドウ狩りに行っている。また里山会の方がボランティアに来て歌って踊って話も聞いてくれる。外部の方との接触は利用者の活性化につながっている。		
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。	入所と同時に訪問医が主治医になるのが原則だが、希望があれば入居前のかかりつけ医を継続することも可能です。ただ外部の医療の場合はご家族の対応になります。往診時には本人・家族の訴えがより正確に伝わ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
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1回の定期訪問があり医療面での相談・助言・対応、また急な体調変化の時はは臨時に訪問してもらい現状や受診の必要性について指示をもらう。必要に応じて利用者の状況は細かく報告し正確な判断が出来る様に協力している。		
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。	入院の時は介護サマリーの提出と定期的にお見舞いに行く。お見舞いの際に看護師から近況を聞き退院後の生活が円滑にいくようにしている。退院前に主治医・看護師・家族・施設職員で会談し退院後の生活について話し合う。		
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。	本人と家族の意向は早い段階から聞き取り調査をするが、途中で気持ちが変わることが前提なので体調の変化とともに何度も話し合いをする。事業所で出来る範囲をはっきり伝え、納得いただいた上で終末期の支援をしている。		
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。	緊急マニュアルを作成している。救急車を呼ぶかどうかの判断から到着までの手順を定期的に練習している。消防訓練の時応急手当についての講習もしている。		
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。	防災訓練はもとより防災マニュアルを事務所内に掲示し、いつでも確認できるようにしてある。水害指定地域に位置するので常時警報が届くようになっている。地震に備えての備蓄は飲料水と食料があるが自治会にも登録して支援を受けられるようにしてある。		

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。	個人の人格を尊重するうえで否定的な言葉や態度・高圧的な言葉や態度は一切禁止している。プライバシーにも配慮し職員優先の介護にならないように努めている。		
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。	日々の生活の中で些細な事でも自分で決める機会を大切にしている。例えば洋服選びお菓子選びメニュー表から自分の食べたいものを選んでもらう・レクリエーションの参加など		
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。	利用者ひとり一人の生活のリズムを大切にし本人の望む事を優先してケアしている。レクリエーションは趣味の合う人同士が集まって出来る様に個別に対応している。		
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。	着替えの洋服はご自身で選んでもらったり、素敵なコーディネートには褒める事を忘れないようにしている。また少し変なところがある場合はさりげなく直している。		
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。	職員も同じ食卓を囲み和やかに話しながら食事をしている。職員は利用者の様子を観察し、好きな物・食べやすい形状・飲み込みの状態をチェックする。野菜の下ごしらえなど出来る事は利用者と一緒にしている。		

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
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。	健康管理表を作り水分量と食事摂取量を記録している。水分摂取が難しい時には味を変えたり形態を変えたりして対応している。食事が摂れない時には栄養補助食品使っている。		
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。	3食後の口腔ケアを実施している。利用者個人に合わせ声掛け・誘導・全介助の3通りで対応している。又洗口液や口腔ティッシュを使用することもある。		
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。	排泄表を作り利用者のパターンを把握して声掛けや誘導を行い失敗が無くなるように支援している。また半分自立の方も汚れがないか時々見ている。		
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。	予防には体操や散歩・立ったり座ったりなどの運動をしている。食事療法では牛乳やヨーグルト、寒天ゼリーを食べてもらっている。ほかにお腹のマッサージもしている。		
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。	入浴の曜日と時間帯は決まっているが利用者の希望があれば臨機応変に対応している。気持ちよく入浴できるように自立できる場所では自身で無理なところは介助して、又楽しく入浴できるように安全を確保しながら会話を多くしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	利用者の生活習慣を重視し無理な睡眠は勧めていません。午睡の強制はしていませんが、医療的な面で必要と思われる時は眠れなくても良いから横になってもらう様に誘導している。睡眠薬の使用はしていません。		
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。	薬の薬情はいつでも見られる様に個人記録の一番前にファイルしてある。利用者から質問があった場合は分かりやすい言葉で薬の効能を説明している。また主治医に利用者の状況を報告し減薬・増薬を適宜行いベストの処方を行っている		
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。	出来る限り日常の生活の中で出来る仕事を手伝ってもらう。どのようなお手伝いができるか・どんな趣味を持っているかは日々の関わりの中から探り当て利用者の生活が彩あるように努めている。		
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。	天候を見ながら散歩や玄関先での外気浴を進めている。また季節のイベントとして花見や遠足、たまには気分転換の夕食もしている。		
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。	金銭所持に関しては管理が難しく、認知症が進むにつれ不穏材料になってしまいうので原則禁止にしている。ただし自己管理で一切の責任を事業所に問わない約束で所持を許可している。		

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。	利用者本人の希望があればいつでも電話は掛けている。利用者との信頼関係を重視しての事なのでご家族には出ても出なくても良い旨が伝えてある。手紙等の希望があれば切手や便箋の手配、宛名のチェックなどの支援をしている。		
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。	リビングには今月の作品や飾りを展示して利用者が作ったものを身近に感じられるようにしています。行事にちなんだ飾りや散歩の途中に取ってきた花などを飾り居心地のいい空間になるように努めている。		
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。	食事の時だけ自席が決まっているが、他は好きなところへ座ってもらう。テレビの前のソファは自由に座っている。		
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。	居室はご自宅で使っていたものやご自身が気に入っているものを配置して落ち着ける空間にしている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	利用者の身体状況に合わせて使える様に、手摺りや目印の設置・エレベーターの使用など安全に生活できるように配慮している。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム結の家

作成日： 平成30年3月14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	5	神奈川県や横浜市、緑区主催の勉強会や講習会に参加して知識の涵養を図り、ケアサービスの情報を得る。	利用者が安心、安全に暮らしていけるサービスの共有。	<ul style="list-style-type: none">・緑区、青葉ブロック会に参加し、地域密着の情報共有をより深める。・ウィリングにて機能訓練講習参加・ウィリングにて喀痰吸引研修参加	6ヶ月
2	33	利用者の急変時や重度化に備えて、看取り介護の勉強会を継続して行い、一層充実した介護・介助の体制作りを行う。	最後までその人らしくいられる環境づくりを心掛ける。	<ul style="list-style-type: none">・本人や家族の意向を尊重した支援・看取り介護の不安を取り除く、カンファレンスを家族と一緒に挙げる。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月