

2021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	1471900678	事業の開始年月日	平成10年1月1日	
		指定年月日	平成12年3月1日	
法人名	有限会社ライフサポートいづみ			
事業所名	グループホームいづみ			
所在地	(238-0032)			
	神奈川県横須賀市平作8-20-20			
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名	
		ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	2021.10.20	評価結果 市町村受理日	令和4年1月13日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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）】

・介護理念に「笑いと穏やかさの中で自由にありのままに過ごす」と掲げ、その実践にコミュニケーションツールとしてバリデーション法を取り入れ、ごく自然な日常の営みの中で、不安、葛藤に真摯に向き合い、傾聴、共感し混乱を和らげる利用者中心のケアを目指している。

・日々の暮らしは多くのボランティア（習字、絵画、音楽、茶道、紙芝居、買い物等）に支えられ、豊かな暮らしが営まれている。

・開設以来、看取りケアはごく当たり前のケアと位置づけ、24時間体制で医療連携を密に行い、希望に応じて実施している。

・運営推進会議等において行政、包括支援センター、民生委員と連携し、委員の構成は幅広い人材に協力いただいている。

・コロナ禍で見合わせているものの、通常では、地域との交流も多く、様々な行事に参加したり、当ホームのイベント（バザー、コンサート、餅つき等）には年々、多くの住民参加を戴いている。町内会館借用の平作カフェも6年目を迎え、住民の支持を得て継続している。

・職員は認知症ケアのエキスパートを目指し、スキル取得（認知症の専門的資格）、自己研鑽に努力し、会社はその育成を強力にバックアップしている。

・県立保健福祉大学の実習や地元中学生の職業体験実習の受け入れにも一役を担い、互いに学び合っている。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和3年11月24日	評価機関 評価決定日	令和4年1月6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「衣笠」駅から徒歩で20分足らず、または京急「汐入」駅からバス10分、徒歩2分の交通至便の立地で商店街も近くにあり。日当たりが良く、洋風の明るい雰囲気の木造二階建てです。直ぐ傍に小川が流れる公園があります。

<優れている点>
町内会福祉運営会議の様々な行事に積極的に参加するとともに、事業所主催のバザーや餅つき行事には住民も参加しています。コロナ禍での実施は困難ですが、地域の大学生の実習や中学校の職業体験、保育園児の来訪など、地域密着型介護施設として地域との密接なつきあいが出来ています。利用者本位の運営基盤として「バリデーション手法」を取り入れています。「傾聴」から一歩踏み込んで、認知症を患っている人の言動や行動を意味のあるものと捉え、それを認めて受け入れ、利用者に寄り添う、新しい認知症支援手法です。1年半の研修を経て3人の認定資格者がいます。看護師が2名常勤しており、医療連携体制はⅢのレベルです。家族と連携しながらの看取りケア体制が整っています。目標達成計画のIT機器導入の実現により、手書き記録の時間を軽減して利用者支援の充実に当てています。

<工夫点>
交代で職員が月次目標を作成し毎朝全員で唱和をします。利用者を受け持ち担当制をとり、ケアの質を深める事に役立っています。コロナ禍で見合わせていますが、家族会にて、家族間で悩み相談など相互扶助の場を持っています。平作カフェを主催し、住民との交流を図っています。

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームいずみ
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ます。 (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。	介護理念は平成21年、利用者、家族、職員と意見をまとめ、事業所の介護理念を作成、見直しを重ね、それを生かして、毎月の介護目標を職員交代で立て、毎朝唱和している。さらにバリエーションの「ケアの基本的態度」も重要な位置づけとして研鑽している。	「ホームは利用者様の家です」と題された5項目の理念は「私は・・・を望みます」と一人称で書かれているのが特徴です。職員が毎月交代で考えて決める介護目標は、事務所内に掲示され、職員が毎日唱和しています。家族だよりでご家族にも知らせています。	
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。	コロナ禍で見合わせているが、通常では、町内の福祉運営会議、総会、防災訓練、カフェ、保育園との交流（行事参加、園児の訪問を受ける）、ホーム主催のバザー、餅つき、コンサート（年2回程度）、大学の実習や中学の職業体験の受入等を行い、さらに地域の皆様より新聞紙や布等を届けていただく等、交流が深まっている。	施設近くの町内会館で毎月一回、職員がカフェを開設し、利用者も参加することで地域住民との「顔の見える関係」を築いています。住民に向けた講演会等も開催しています。地元で獲れた野菜や新聞紙で折ったゴミ袋を住民からもらったりなど、交流が続いています。	
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。	事業者は神奈川県認知症介護指導者を拝命し、関係機関からの依頼や要望に対応。（県主催の研修、多方面の依頼、認知症サポーター養成講座等）。現在開催見合わせているが、平作カフェも継続し、「認知症」に焦点を当てた研修を実施。町内の方々の自由な来所ができており、他の活動に発展（町内会の旅行に参加、ボランティア等に参加）		
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か月毎の事業報告（利用者、職員の動向、行事等）と業務検討等、幅広い委員（行政、町内、家族、包括、民生委員、大学関係者、地域有志等）の方々の知見が生かされて運営している。毎回、身体拘束適正化委員会、高齢者虐待防止委員会も同時開催。	地域にある保健福祉関係の大学関係者が運営会議のメンバーに入っているのが特徴です。看護やリハビリといった分野で専門的観点からアドバイスを受けて、施設での介護の実践に活かしています。	
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に取り組んでいる。	市の職員や包括支援センター職員に運営推進会議に参加いただき、貴重なご意見を運営に反映すべく努めている。コロナ禍では、衛生物品等で多大なる支援を頂き、大変感謝している。	コロナ禍のもと、行政よりマスクや消毒液の提供を受けるなど、協力関係が築かれています。地域包括支援センターの職員からは研修等の情報提供を得るなど密接な関係にあります。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、月1回の委員会を開催している。研修は、年2回以上開催し、加えて、市、県主催の研修参加者は伝達研修を実施している。日常ケアにおいて身体拘束禁止意識を共有している。開設以来、日中の玄関施錠なしの方針で、自由に出入りしていただく中でのケアを学んでいる。	「介護をやらせていただいている」という謙虚な姿勢で利用者に接しています。昼間、玄関は施錠していません。利用者の動きに気を配り、利用者の行動を尊重した利用者本位の介護を実践しています。	
7	6	○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。	年2回以上は、ホーム内外の必須研修として実施しており、朝のミニカンファレンスで小さな変化に目を向ける努力や、定例カンファレンスで毎回振り返り、ことの重要性の認識を互いに深め、予防に努めている。	虐待防止に関する定期的な研修に加えて、毎日、利用者の身体的・心理的状态を細かく記録し、職員間で情報共有を行うことにより適切な介護の実践に繋がっています。	
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。	利用者の超高齢化とホーム利用年数の延長、重度化により、事業開始20年以上で、利用者の背景は様変わりしている。成年後見制度利用者も複数あり、他事業所での事例も踏まえて学んでいる。利用者の希望を中心に、日中は臥床、デイルーム時間を適正に見守りながら「持っている力を最大限に生かす」支援に努力している。		
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。	入居前の見学時から始まり、契約時や変更時（法令によるもの、ホーム側によるもの）は利用者、家族に口頭、書面（家族便り等）等で説明に努力している。利用者の変化によっては面談重視で親族まとめて実施する等、誤解、意見の相違が生じないように努めている。		
10	7	○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。	家族会（コロナ禍にて書面開催）、苦情窓口の案内表示、ご意見箱等にて意見聴取・意見交換に努めている。定期的なケアプランの説明時でも大切な意見交換の場と位置づけている。面会時は様々な心身両面の変化について家族と語り合うよう努力し、コロナ禍で来所困難時は、便り、電話、メール等を活用し、意見聴取に努めている。	利用者が何を望んでいるか、日々の介護を通じて把握するように努めています。家族会はコロナ禍で書面開催が続いていますが、電話やメール等で利用者の様子を伝え、家族の要望を訊いています。	

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
11	8	○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。	年間の事業計画、実績は職員に報告し、意見を計っている。毎月定例の管理者会議や職員カンファレンスでも経営に関する意見交換を行い、処遇改善費の配分等も職員の意向を踏まえて決定している。職員の声から大型洗濯乾燥機や電子カルテを導入するなど、必要物品の大小に関わらず意見を反映できるよう努めている。行事の提案は素晴らしい。	介護職員処遇改善加算は、常勤・非常勤を問わず職員の意向を踏まえて配分しています。職員の提案を受けて、バイタル表等、紙による各種記録からデジタル化に移行し、パソコン、タブレット端末を用いて一元的に管理できるように改善が図られています。	
12	9	○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。	有給休暇は概ね100%取得、資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらにキャリアパス、介護に必要なスキルのチェックリストの活用と共に、日々の勤務実績を客観的に判断して給与年度配分に反映。それぞれの持ち味を大切に、やりがいをもって働ける環境や条件を整備している。	管理者は、職員を初め施設関係者が発言しやすい環境づくりに気配りをしています。働きやすい環境のため、10年以上勤務するベテラン職員も多数います。	コロナ禍のもと、職員用のロッカールーム兼休憩室が家族面会室に転用されていますが、コロナ禍収束後は原状復帰されることを期待します。
13	10	○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。	資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらに毎年職員のホーム内研修の充実を図り、外部講師も適宜導入している。より介護実践能力を向上できるよう、日々のミーティングやカンファレンスで活発に意見交換できる体制を整え、実際のケア場面を共有し振り返る機会を作っている。	毎月テーマを決めて研修を行い、具体的事例を挙げて対応方法を考え、意見交換をするなど、職員のスキルアップに努めています。テーマは職員自身が課題と感じるものを取り上げる自己課題学習も行われ、自己研鑽を行いやすい取り組みが実施されています。	
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	上記13以外に、市のグループホーム協議会の研修、グループホーム間の実践交流研修、エリア毎のブロック交流等互いに交流を深め学び合っている。必要に応じて経営者の意見交換会も有志間で実施している。ホーム主催の研修に他ホームからの参加も多く交流の場となっている。コロナ禍ではリモートでの交流に努めているが、交流機会の減少は否めない		
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。	可能な限り入居前の事前訪問で利用者の生活状況の把握に努め、本人、家族と心を繋ぎ、入居後の急激な生活変化の緩和に配慮している。「自由に、ありのままに」をモットーに不安、要望により添い、概ね1か月後、家族面談し、入居後の変化、対応をケアプランに反映している。		

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
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。	利用開始前～開始後も家族の思い、不安や、葛藤、抱える課題等に深く傾聴し、受け止める努力をしている。家族、介護側双方より必要性に応じて面談を重ねるが、常に利用者中心目線で「あたたかい家族間の絆の深まり」を大切にしている。		
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。	相談時、利用者、家族の意向を良く聴き、今何が課題か、何を求めているか等の見極めに努め、話し合っている。命のかたちを語り合う中で、経済的負担等も踏まえ、利用者、家族の状況に耳を傾けている。		
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。	老いを受け入れて生きる姿に敬意を表し、人生の大先輩の毅然として生きる姿勢、介護側に向けられる利用者の笑顔、姿、励ましの言葉に支えられ、日々業務に励んでいる。利用者間の様々な日常関係も「当たり前の社会の姿」と捉え接している。		
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。	家族会、毎月の行事通信等を通して、利用者中心ケアの相互理解に努めている。コロナ禍外では、誕生日は家族の日程に合わせ、居室で実施している。身の回り品や季節の衣類等ご家族に依頼し共に支えていく関係作りに努めている。ターミナル期は「家族で送る大切な時間」を共有し、悔いの無い日々を支援し、介護側も深く学ばせていただいている。		
20	11	○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。	コロナ禍で大切にしてきたTEL、手紙や差入のアルバム等のお返しに、ご本人作の塗り絵等を郵送し、関係継続に努めている。コロナ前は利用者、家族の希望、了解のもと、友人、知人の自由な面会を受け入れ、利用者信仰の教会関係者の定期的な祭礼訪問等も行ってた。かかりつけ医への家族同行受診等も実施している。	利用者の習慣を尊重し、日々をどのように過ごしたいのかを把握するように努めています。利用者が「やりたいことをやれる」ように配慮しています。	

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
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。	パーソナリティを大切に、利用者同士のコミュニケーションを見守り、必要以上の介入は控え、利用者間の不調和は当たり前の姿と受け止めている。利用者の希望、保持している力、その日の気持ちに合わせ、家事作業（台所、調理、盛り付け、洗濯物、清掃等）や壁ポスター作成、行事飾り付け等、共同作業に励み、達成感を共有している。		
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。	「最期までいずみで」という希望を受け入れており、看取りケアを当たり前として実施してきたが、看取り後、家族から、ボランティアを申し出戴き、毎週の買い物、紙芝居、運営推進委員や、様々な行事参加等、計り知れないご縁の恩恵を戴いている。		
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	12	○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。	利用者個々の興味、得意なこと、関心事の把握に努め、日々の感情にも目を向けてアクティビティを取り入れている。決して無理強いせず、その日の思いを重視し、寄り添いながら進めている。利用者個々にスタッフの受け持ち制も導入し、学びに繋げている。	傾聴だけでなく、バリデーション手法によって、利用者個々の心の奥の悩みに寄り添います。「どうにもならないこと」にも共に悩むことで、気持ちの落ち着きを待ちます。それらの状況は介護記録やミニカンファレンス等で、職員間で情報を共有しています。	
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。	入居時のアセスメントシートを基に家族の提言、医療情報、他施設情報の把握に努め面談している。馴染みの小物、家具の持込み、生活習慣の継続等、入居による環境の変化を最小限に出来るよう家族と連携し、協力を得ている。		
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。	利用者の言動に表現されている思いや苦痛の把握に努め、「今何を望み、今何をしたいのか」を察知し、傾聴しながら意味を探るよう努力している。朝のミニカンファレンスや定例カンファレンスで意見交換、共有しケアに生かすよう日々研鑽と捉え対応している。		

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	13	○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。	利用者や家族状況、希望を中心におき、職員の日々の観察、医療情報等をADL表に生かして、朝のミニカンファ、定例カンファ、臨時カンファ等で「本人の思いや状況」にフィットしたケアを探りケアプランの作成、モニタリングに反映している。入居時の初期計画と1か月後の面談、3か月の再評価を基本としている	ミニ・臨時・定例の各カンファレンス記録や受け持ち記録、業務記録、介護記録や各医師の医療情報から作成したADL表を基にしてモニタリングを行います。家族の希望と現況を勘案しながら、定期的にケアプランの見直しをしています。	
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。	「フォーカス記録法」を採用し、職員それぞれの視点を通し、観察内容の記録、ケアの変更時はその根拠を理解、共有、介護計画の見直しに生かしている。職員の悩みや思い、苦痛も自由に表現するように努めている。職員の赤裸々な思いの表現は介護の苦痛の克服やスキルアップには重要と位置づけ実践に繋げるよう努力している。		
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。	利用者の希望は「個別性」が当たり前であるがそれに少しでも対応するために職員の個性、特技を生かすように努めている。介護側の個別スキルに注目：レク、おやつ作り、高齢者食調理の特性、介護用品の手作り、優れた介護技能等、チームで共有し輝きがある。家族が抱える様々な相談は個別に対応し、利用者のみならず家族の病気相談などもある。		
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。	可能な限り、町内行事や学校行事、保育園行事にも参加し、ホーム内の行事（コンサート、バザー時の中学生吹奏楽部の演奏、餅つき等）には地域住民の参加が年々多く、茶道、音楽療法、絵画、習字、紙芝居等のボランティア参加も多く感謝している。		
30	14	○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。	ホーム提携訪問診療医（内科、精神科、歯科）を決めているが、内科は24時間対応である。入居時にかかりつけ医からのきめ細かい情報が訪問診療医に伝えられ、過不足なく医療が継続できている。利用者、家族希望でかかりつけ医の継続も可能である。個別のかかりつけ医は家族同行だが、必要時は職員が同行している。	かかりつけ医の継続も可能ですが、現状では全員が事業所提携医と契約し看護師2人が常駐しています。医療連携体制は24時間対応で、提携訪問診療医に指示を仰ぎ、必要時は救急搬送を要請します。	

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。	医療連携体制加算Ⅲを取得しており、医療連携看護師を常勤で配置し、職員からの24時間報告、相談体制を整えている。24時間ホーム内の看護師から医療機関に連絡し、必要時、医師、看護師の往診を受けている。又、ホーム内看護師判断で緊急搬送も実施している。		
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。	初診より、担当医と面談し、診断、経過等の説明を家族と共に受け、早期退院と退院後の受け入れを伝えている。入院時は「介護サマリー」で利用者の日常生活の実際を伝え、担当看護師と連携を密にし、入院による戸惑いの緩和に努力している。		
33	15	○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。	入居時よりホームの「最期までみるケア」を説明し、希望者からは同意を得ている。「看取りケアの指針」をもとに頻りに家族面接を反復し、「家族で送る看取り」になるよう支援を工夫している。その関わりから職員も多くを学んでいる。	入居時に看取り方針を説明し了承を得ています。「看取りケア」の研修を年に2回行っています。家族と一緒に看取り方針で、1週間連泊看病の例もあります。最後は生まれ故郷へ帰る意味で、利用者と職員が「ふるさと」を歌いながらご遺体を見送ります。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	「緊急時の対応」は毎年、職員全員、必須研修として学んでいる。さらに新人等研修で前段階レベルは押さえている。利用者個々の「起こりやすい緊急時は・・・」をおさえ、日々のケアで防止すべく注意点や具体的な支援を共有し早期対応、悪化予防に努めている。これで十分ということは決してないことを肝に命じ、反復に努めている。		
35	16	○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。	毎月11日を「防災訓練」の日として取り組んでいる。訓練時に利用者の反応から課題が明確になっている。コロナまでは、町内会の防災訓練に参加したり、ホーム主催で消防を招いての防災訓練を開催するなど、実践力の向上と地域との協力体制の構築に努めていた。	毎月11日に防災訓練を行います。主に事業所内を暗くした夜間想定で行い、年に1～2回は消防署が立会います。避難には車椅子は使わずに、毛布に乗せて移動します。備蓄食品はローリングストックに加え、火を使わずに食べられるものを選び備蓄しています。	

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	当ホームの介護理念に基づき、「人格の尊厳、プライバシー保護」等の実践の具体的方法として、コミュニケーションツールとしては「バリデーション」を学び実践し成果を上げている。社会人マナーの徹底とプライバシー保護にも留意している。敬語は基本であり、デイルームは公の場、居室は私的な場と位置づけ、十分は配慮に努めている。	利用者に対して必ず敬語を使い、「穏やかな語り掛け」を基本としています。職員の都合を優先せず、急がせずに利用者の意思決定を待ちます。居室は完全に私的な場であるという意識を、職員も利用者同士も持つように配慮しています。個人情報観点から集合写真の配布や掲示を控えています。	
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。	利用者が主役であり、個人の力を信じ、自己決定が出来ることを大切に「待つこと」の重要性を合意している。小さなサインを見逃さないよう、個別のかかわりを多く持ちながら、「自由にあるがまま」をもとに起床、更衣、食事、入浴、アクティビティ等、常に利用者の意志決定を促すような言葉の進め方に努力している。		
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。	利用者のその日、その時の心身の変化を捉え「生きている時間は本人のものである」と深く認識し、話を良く聴く、気持ちの変化を待つ等、ゆったり対応し、どうにもならない思いにも心から誠実に付き合う努力をしている。		
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。	常に清潔に心がけ、クローゼットの整理と共に、家族協力の下、日々の洋服選びやおしゃれが楽しめるよう配慮している。衣服や寝具の汚染時の速やかな交換や補充、ほころびのつくろい等気配りをしている。2か月毎の美容師の訪問は楽しみの一つである。		
40	18	○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。	利用者の好みや希望、持っている力を生かし、食事の準備、盛り付けや食器洗い、食器拭き等、共に係わる場を大切にしている。メニューの希望や好みなど、会話を通して語り合う関係は家族とは異なる豊かな繋がりを深めている。「味見」でご意見を伺うこともある。	提携歯科医と連携して口腔衛生を重視しています。平均90歳近い利用者の大半が普通食を食べています。メニューも調理も3食共に職員の手作りで提供し、美味しいお米が利用者に好評となっています。オリンピック記念の寿司パーティーを開催したり食環境の充実さを心掛けています。	

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
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。	飲食状況、排泄状況は日々、細かく観察し、どのような形で体に表れているか意見交換しながら学び続けている。変化が見られたら個別の観察記録に移行し、24時間の食事変化の把握や形態工夫に努めている。口渇も飲食希望も伝えられない精神状況の利用者の場合は介護側の専門知識と確実に実行するスキルが重要で必要時、医師と連携し対応している。		
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。	自立度に応じて、毎食後の口腔ケアを支援している。口腔の状態に即し用具を工夫し、口腔内や義歯の状態に合わせ、速やかに歯科医に繋ぎ「高齢者は口から食べられることが何よりの喜び！」と即、駆け付ける歯科医の姿勢に感謝し、健康の元は口が基本と口腔ケアを大切にしている。		
43	19	○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。	尿意の有無や排泄パターンの把握に努め、尿意あいまい時にはトイレ誘導を第一基本にしている。言葉での誘いではなく、非言語的手段を活用している。おむつ使用時には、利用者個々の排泄サインや誘導での排泄状況を鑑み、おむつ使用時には、おむつ製品の最新の進歩に合わせた考え方や褥瘡予防に重点を置いた学習に基づき、商品選択に努めている。	排泄誘導には、言葉ではなく手と目の合図で誘導しています。ミーティングで毎日の排泄情報を共有しています。便秘対策として下剤の使用を極力控えて、水分補給・ヨーグルト・腹部マッサージなどで、排便を促します。パットの活用で、オムツ経費削減の工夫もしています。	
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。	老いと共に変化する体の生理的な姿を学びながら、食事量、水分量、排泄状況等をミーティングで確認し、自然排便への方法として毎朝のヨーグルト、十分な水分補給、体の動きの増進、腹部マッサージ、体に合った緩下剤の使用等、排便困難に陥らないよう、さらには重篤なイレウス予防に留意して対応している。		
45	20	○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。	基本的に週の入浴予定表は決めているが、日々の状況に応じて適宜変更し、希望、安全、方法等工夫している。入浴を好まない場合は無理をせず、誘導方法を話し合い、背景に何かあるのか、見出す努力を重ねながら、実践を試みて進めている。	入浴は夜という自宅での習慣から、昼間の入浴への切替に、種々の工夫をしています。入浴後には、冬だけでなく全員に保湿剤を全身塗布をしています。全身マッサージの効果もあり、利用者の楽しみにな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。	室内環境を季節に応じて整え（温度、湿度、換気）、居室の整理整頓に心掛けている。寝衣、寝具の調節、安楽用の様々なグッズ（安楽枕各種、テレビ、音楽等）を揃える手助けと職員の穏やかな語りかけが最重要ポイント共有し、実践に努力している。		
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。	全ての服薬は介護側の管理ですすめ、飲み込むまでを確認している。向精神薬の場合は、適正な使用を目指し、チェックリストを作成、主治医と定期的に検討を重ね家族への説明をきめ細かに実施している。		
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。	生活歴、家族の助言、日々の様子から好きなこと、得意なこと、やりたいことを察知して今日のアクティビティに繋げている。座席の配置は職員間で常に話し合い、利用者間の負担軽減に努めている。		
49	21	○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。	コロナ禍にて積極的な外出は難しい。コロナ前は、近所の散歩や近くの外出等を実施しているが、要介護1-5で看取りケアまで当たり前に行っている場合、人員基準よりも1名多い配置である中でも、外出は最も困難である。超高齢、重度化する実態の中で外出支援の意味を考えながら、模索を続けている。	高年齢が多く、外出時のリスクが高い上に、近年はコロナ禍で家族との外出も不可能のため、外出支援に苦慮しています。ベランダに出て、日光を浴び景色を眺めながら外気を吸うことなどで、気分転換を図る工夫をしています。	
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。	原則的に金銭は所持していない。コロナまで例年開催のホームのバザーでは利用者それぞれにお小遣いを用意し、利用者の買い物時間を定め、自由に買い物を楽しむイベントにしている。		

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
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。	電話を希望されたときは自由にかけている。自由に手紙を書かれる利用者にはエールを送りながら必要時お手伝いしている。字を読むことが困難な場合にはご家族からのお手紙を代読したり、手紙を書くことが困難である方の場合には塗り絵等を返送するなど支援している。		
52	22	○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。	広い廊下を活用して、習字、絵画、手芸等の作品を掲示したり、皆で作った作品で季節感が出るよう工夫した内容になっている。出入り口やデイルームの生花は絶やさないう、花屋と契約している。聴覚の不自由な人に配慮して、常にマイクの活用に関心掛け、楽しめるように働きかけている。円背の方も多く、クッションや背もたれに工夫している。	習字など利用者の作品や、季節の飾り物は清潔感を重視しながら展示しています。温度調整では、各居室に冷暖房を完備し、コロナ禍にて換気に留意しながら、本人の温感に合わせてこまめに調整しています。居間は利用者の交流の場として、心地良く過ごせるよう配慮しています。	
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。	利用者のADLの変化を受け、テーブルの配置、座席を検討し、話し合いを重ねながら必要時変更している。テーブルがユニークな形であり、組み合わせを工夫することによって、利用者間の快、不快に配慮している。居心地の良さを大切に居室、デイルームを往来している。		
54	23	○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。	利用者、家族が望む、入居時の物の持込みは自由としている。その後も何を補充するかもそれぞれの意向を大切に家族に協力を戴いている。テレビ、時計、書籍類、飾り物など、その人らしい雰囲気や「ここは私の部屋」を表現している。	必要に合わせて姿勢を変えることができるギャッジベッド、防炎カーテン、クローゼットは準備されています。寝具はリースで、カバー・シーツなどのリネン類は契約業者が管理しています。自分の身の回りにあった物を持ち込み、「私の部屋」の雰囲気の継続を目指しています。	
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。	家族の希望を取り入れ、居室の名前表示、トイレ表示等、字のみでなく記号や絵で見やすくわかりやすいよう工夫を続けている。反面、行事の写真等は望まない家族へ配慮して廊下の展示等は行っていない（ひとり写真のみは家族にプレゼントしている）。		

事業所名	グループホームいずみ
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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	介護理念は平成21年、利用者、家族、職員と意見をまとめ、事業所の介護理念を作成、見直しを重ね、それを生かして、毎月の介護目標を職員交代で立て、毎朝唱和している。さらにバリデーションの「ケアの基本的態度」も重要な位置づけとして研鑽している。		
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。	コロナ禍で見合わせているが、通常では、町内の福祉運営会議、総会、防災訓練、カフェ、保育園との交流（行事参加、園児の訪問を受ける）、ホーム主催のバザー、餅つき、コンサート（年2回程度）、大学の実習や中学の職業体験の受入等を行い、さらに地域の皆様より新聞紙や布等を届けていただく等、交流が深まっている。		
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。	事業者は神奈川県認知症介護指導者を拝命し、関係機関からの依頼や要望に対応。（県主催の研修、多方面の依頼、認知症サポーター養成講座等）。現在開催見合わせているが、平作カフェも継続し、「認知症」に焦点を当てた研修を実施。町内の方々の自由な来所ができており、他の活動に発展（町内会の旅行に参加、ボランティア等に参加）		
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か月毎の事業報告（利用者、職員の動向、行事等）と業務検討等、幅広い委員（行政、町内、家族、包括、民生委員、大学関係者、地域有志等）の方々の知見が生かされて運営している。毎回、身体拘束適正化委員会、高齢者虐待防止委員会も同時開催。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	市の職員や包括支援センター職員に運営推進会議に参加いただき、貴重なご意見を運営に反映すべく努めている。コロナ禍では、衛生物品等で多大なる支援を頂き、大変感謝している。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体的拘束等の適正化のための指針を整備し、月1回の委員会を開催している。研修は、年2回以上開催し、加えて、市、県主催の研修参加者は伝達研修を実施している。日常ケアにおいて身体拘束禁止意識を共有している。開設以来、日中の玄関施錠なしの方針で、自由に出入りしていただく中でのケアを学んでいる。		
7	6	○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。	年2回以上は、ホーム内外の必須研修として実施しており、朝のミニカンファレンスで小さな変化に目を向ける努力や、定例カンファレンスで毎回振り返り、ことの重要性の認識を互いに深め、予防に努めている。		
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。	利用者の超高齢化とホーム利用年数の延長、重度化により、事業開始20年以上で、利用者の背景は様変わりしている。成年後見制度利用者も複数あり、他事業所での事例も踏まえて学んでいる。利用者の希望を中心に、日中は臥床、デイルーム時間を適正に見守りながら「持っている力を最大限に生かす」支援に努力している。		
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。	入居前の見学時から始まり、契約時や変更時（法令によるもの、ホーム側によるもの）は利用者、家族に口頭、書面（家族便り等）等で説明に努力している。利用者の変化によっては面談重視で親族まとめて実施する等、誤解、意見の相違が生じないように努めている。		
10	7	○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。	家族会（コロナ禍にて書面開催）、苦情窓口の案内表示、ご意見箱等にて意見聴取・意見交換に努めている。定期的なケアプランの説明時も大切な意見交換の場と位置づけている。面会時は様々な心身両面の変化について家族と語り合うよう努力し、コロナ禍で来所困難時は、便り、電話、メール等を活用し、意見聴取に努めている。		

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
11	8	○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。	年間の事業計画、実績は職員に報告し、意見を計っている。毎月定例の管理者会議や職員カンファレンスでも経営に関する意見交換を行い、処遇改善費の配分等も職員の意向を踏まえて決定している。職員の声から大型洗濯乾燥機や電子カルテを導入するなど、必要物品の大小に関わらず意見を反映できるよう努めている。行事の提案は素晴らしい。		
12	9	○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。	有給休暇は概ね100%取得、資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらにキャリアパス、介護に必要なスキルのチェックリストの活用と共に、日々の勤務実績を客観的に判断して給与年度配分に反映。それぞれの持ち味を大切に、やりがいをもって働ける環境や条件を整備している。		
13	10	○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。	資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらに毎年職員のホーム内研修の充実を図り、外部講師も適宜導入している。より介護実践能力を向上できるように、日々のミーティングやカンファレンスで活発に意見交換できる体制を整え、実際のケア場面を共有し振り返る機会を作っている。		
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。	上記13以外に、市のグループホーム協議会の研修、グループホーム間の実践交流研修、エリア毎のブロック交流等互いに交流を深め学び合っている。必要に応じて経営者の意見交換会も有志間で実施している。ホーム主催の研修に他ホームからの参加も多く交流の場となっている。コロナ禍ではリモートでの交流に努めているが、交流機会の減少は否めない		
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。	可能な限り入居前の事前訪問で利用者の生活状況の把握に努め、本人、家族と心を繋ぎ、入居後の急激な生活変化の緩和に配慮している。「自由に、ありのままに」をモットーに不安、要望により添い、概ね1か月後、家族面談し、入居後の変化、対応をケアプランに反映している。		

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
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。	利用開始前～開始後も家族の思い、不安や、葛藤、抱える課題等に深く傾聴し、受け止める努力をしている。家族、介護側双方より必要性に応じて面談を重ねるが、常に利用者中心目線で「あたたかい家族間の絆の深まり」を大切にしている。		
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。	相談時、利用者、家族の意向を良く聴き、今何が課題か、何を求めているか等の見極めに努め、話し合っている。命のかたちを語り合う中で、経済的負担等も踏まえ、利用者、家族の状況に耳を傾けている。		
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。	老いを受け入れて生きる姿に敬意を表し、人生の大先輩の毅然として生きる姿勢、介護側に向けられる利用者の笑顔、姿、励ましの言葉に支えられ、日々業務に励んでいる。利用者間の様々な日常関係も「当たり前前の社会の姿」と捉え接している。		
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。	家族会、毎月の行事通信等を通して、利用者中心ケアの相互理解に努めている。コロナ禍外では、誕生日は家族の日程に合わせ、居室で実施している。身の回り品や季節の衣類等ご家族に依頼し共に支えていく関係作りに努めている。ターミナル期は「家族で送る大切な時間」を共有し、悔いの無い日々を支援し、介護側も深く学ばせていただいている。		
20	11	○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。	コロナ禍で大切にしてきたTEL、手紙や差入のアルバム等のお返しに、ご本人作の塗り絵等を郵送し、関係継続に努めている。コロナ前は利用者、家族の希望、了解のもと、友人、知人の自由な面会を受け入れ、利用者信仰の教会関係者の定期的な祭礼訪問等も行っていた。かかりつけ医への家族同行受診等も実施している。		

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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	パーソナリティを大切に、利用者同士のコミュニケーションを見守り、必要以上の介入は控え、利用者間の不調和は当たり前の姿と受け止めている。利用者の希望、保持している力、その日の気持ちに合わせ、家事作業（台所、調理、盛り付け、洗濯物、清掃等）や壁ポスター作成、行事飾り付け等、共同作業に励み、達成感を共有している。		
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。	「最期までいずみで」という希望を受け入れており、看取りケアを当たり前として実施してきたが、看取り後、家族から、ボランティアを申し出戴き、毎週の買い物、紙芝居、運営推進委員や、様々な行事参加等、計り知れないご縁の恩恵を戴いている。		
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	12	○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。	利用者個々の興味、得意なこと、関心事の把握に努め、日々の感情にも目を向けてアクティビティを取り入れている。決して無理強いせず、その日の思いを重視し、寄り添いながら進めている。利用者個々にスタッフの受け持ち制も導入し、学びに繋げている。		
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。	入居時のアセスメントシートを基に家族の提言、医療情報、他施設情報の把握に努め面談している。馴染みの小物、家具の持込み、生活習慣の継続等、入居による環境の変化を最小限に出来るよう家族と連携し、協力を得ている。		
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。	利用者の言動に表現されている思いや苦痛の把握に努め、「今何を望み、今何をしたいのか」を察知し、傾聴しながら意味を探るよう努力している。朝のミニカンファレンスや定例カンファレンスで意見交換、共有しケアに生かすよう日々研鑽と捉え対応している。		

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	13	○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。	利用者や家族状況、希望を中心におき、職員の日々の観察、医療情報等をADL表に生かして、朝のミニカンファ、定例カンファ、臨時カンファ等で「本人の思いや状況」にフィットしたケアを探りケアプランの作成、モニタリングに反映している。入居時の初期計画と1か月後の面談、3か月の再評価を基本としている		
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。	「フォーカス記録法」を採用し、職員それぞれの視点を通し、観察内容の記録、ケアの変更時はその根拠を理解、共有、介護計画の見直しに生かしている。職員の悩みや思い、苦痛も自由に表現するように努めている。職員の赤裸々な思いの表現は介護の苦痛の克服やスキルアップには重要と位置づけ実践に繋げるよう努力している。		
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。	利用者の希望は「個別性」が当たり前であるがそれに少しでも対応するために職員の個性、特技を生かすように努めている。介護側の個別スキルに注目：レク、おやつ作り、高齢者食調理の特性、介護用品の手作り、優れた介護技能等、チームで共有し輝きがある。家族が抱える様々な相談は個別に対応し、利用者のみならず家族の病気相談などもある。		
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。	可能な限り、町内行事や学校行事、保育園行事にも参加し、ホーム内の行事（コンサート、バザー時の中学生吹奏楽部の演奏、餅つき等）には地域住民の参加が年々多く、茶道、音楽療法、絵画、習字、紙芝居等のボランティア参加も多く感謝している。		
30	14	○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。	ホーム提携訪問診療医（内科、精神科、歯科）を決めているが、内科は24時間対応である。入居時にかかりつけ医からのきめ細かい情報が訪問診療医に伝えられ、過不足なく医療が継続できている。利用者、家族希望でかかりつけ医の継続も可能である。個別のかかりつけ医は家族同行だが、必要時は職員が同行している。		

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。	医療連携体制加算Ⅲを取得しており、医療連携看護師を常勤で配置し、職員からの24時間報告、相談体制を整えている。24時間ホーム内の看護師から医療機関に連絡し、必要時、医師、看護師の往診を受けている。又、ホーム内看護師判断で緊急搬送も実施している。		
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。	初診より、担当医と面談し、診断、経過等の説明を家族と共に受け、早期退院と退院後の受け入れを伝えている。入院時は「介護サマリー」で利用者の日常生活の実際を伝え、担当看護師と連携を密にし、入院による戸惑いの緩和に努力している。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時よりホームの「最期までみるケア」を説明し、希望者からは同意を得ている。「看取りケアの指針」をもとに頻回に家族面接を反復し、「家族で送る看取り」になるよう支援を工夫している。その関わりから職員も多くを学んでいる。		
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。	「緊急時の対応」は毎年、職員全員、必須研修として学んでいる。さらに新人等研修で前段階レベルは押さえている。利用者個々の「起こりやすい緊急時は・・・」をおさえ、日々のケアで防止すべく注意点や具体的な支援を共有し早期対応、悪化予防に努めている。これで十分ということは決してないことを肝に命じ、反復に努めている。		
35	16	○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。	毎月11日を「防災訓練」の日として取り組んでいる。訓練時に利用者の反応から課題が明確になっている。コロナまでは、町内会の防災訓練に参加したり、ホーム主催で消防を招いての防災訓練を開催するなど、実践力の向上と地域との協力体制の構築に努めていた。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	当ホームの介護理念に基づき、「人格の尊厳、プライバシー保護」等の実践の具体的方法として、コミュニケーションツールとしては「バリデーション」を学び実践し成果を上げている。社会人マナーの徹底とプライバシー保護にも留意している。敬語は基本であり、ダイルームは公の場、居室は私的な場と位置づけ、十分は配慮に努めている。		
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。	利用者が主役であり、個人の力を信じ、自己決定が出来ることを大切に「待つこと」の重要性を合意している。小さなサインを見逃さないよう、個別のかかわりを多く持ちながら、「自由にあるがまま」をもとに起床、更衣、食事、入浴、アクティビティ等、常に利用者の意志決定を促すような言葉の進め方に努力している。		
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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	利用者のその日、その時の心身の変化を捉え「生きている時間は本人のものである」と深く認識し、話を良く聴く、気持ちの変化を待つ等、ゆったり対応し、どうにもならない思いにも心から誠実に付き合う努力をしている。		
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。	常に清潔に心がけ、クローゼットの整理と共に、家族協力の下、日々の洋服選びやおしゃれが楽しめるよう配慮している。衣服や寝具の汚染時の速やかな交換や補充、ほころびのつくろい等気配りをしている。2か月毎の美容師の訪問は楽しみの一つである。		
40	18	○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。	利用者の好みや希望、持っている力を生かし、食事の準備、盛り付けや食器洗い、食器拭き等、共に係わる場を大切にしている。メニューの希望や好みなど、会話を通して語り合う関係は家族とは異なる豊かな繋がりを深めている。「味見」でご意見を伺うこともある。		

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
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。	飲食状況、排泄状況は日々、細かく観察し、どのような形で体に表れているか意見交換しながら学び続けている。変化が見られたら個別の観察記録に移行し、24時間の食事変化の把握や形態工夫に努めている。口渇も飲食希望も伝えられない精神状況の利用者の場合は介護側の専門知識と確実に実行するスキルが重要で必要時、医師と連携し対応している。		
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。	自立度に応じて、毎食後の口腔ケアを支援している。口腔の状態に即し用具を工夫し、口腔内や義歯の状態に合わせ、速やかに歯科医に繋ぎ「高齢者は口から食べられることが何よりの喜び！」と即、駆け付ける歯科医の姿勢に感謝し、健康の元は口が基本と口腔ケアを大切にしている。		
43	19	○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。	尿意の有無や排泄パターンの把握に努め、尿意あいまい時にはトイレ誘導を第一基本にしている。言葉での誘いではなく、非言語的手段を活用している。おむつ使用時には、利用者個々の排泄サインや誘導での排泄状況を鑑み、おむつ使用時には、おむつ製品の最新の進歩に合わせた考え方と褥瘡予防に重点を置いた学習に基づき、商品選択に努めている。		
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。	老いと共に変化する体の生理的な姿を学びながら、食事量、水分量、排泄状況等をミーティングで確認し、自然排便への方法として毎朝のヨーグルト、十分な水分補給、体の動きの増進、腹部マッサージ、体に合った緩下剤の使用等、排便困難に陥らないよう、さらには重篤なイレウス予防に留意して対応している。		
45	20	○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。	基本的に週の入浴予定表は決めているが、日々の状況に応じて適宜変更し、希望、安全、方法等工夫している。入浴を好まない場合は無理をせず、誘導方法を話し合い、背景に何があるのか、見い出す努力を重ねながら、実践を試みて進めている。		

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
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。	室内環境を季節に応じて整え（温度、湿度、換気）、居室の整理整頓に心掛けている。寝衣、寝具の調節、安楽用の様々なグッズ（安楽枕各種、テレビ、音楽等）を揃える手助けと職員の穏やかな語りかけが最重要ポイント共有し、実践に努力している。		
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。	全ての服薬は介護側の管理ですすめ、飲み込むまでを確認している。向精神薬の場合は、適正な使用を目指し、チェックリストを作成、主治医と定期的に検討を重ね家族への説明をきめ細かに実施している。		
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。	生活歴、家族の助言、日々の様子から好きなこと、得意なこと、やりたいことを察知して今日のアクティビティに繋げている。座席の配置は職員間で常に話し合い、利用者間の負担軽減に努めている。		
49	21	○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。	コロナ禍にて積極的な外出は難しい。コロナ前は、近所の散歩や近くの外出等を実施しているが、要介護1-5で看取りケアまで当たり前に行っている場合、人員基準よりも1名多い配置である中でも、外出は最も困難である。超高齢、重度化する実態の中で外出支援の意味を考えながら、模索を続けている。		
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。	原則的に金銭は所持していない。コロナまで例年開催のホームのバザーでは利用者それぞれにお小遣いを用意し、利用者の買い物時間を定め、自由に買い物を楽しむイベントにしている。		

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
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。	電話を希望されたときは自由にかけている。自由に手紙を書かれる利用者にはエールを送りながら必要時お手伝いしている。字を読むことが困難な場合にはご家族からのお手紙を代読したり、手紙を書くことが困難である方の場合には塗り絵等を返送するなど支援している。		
52	22	○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。	広い廊下を活用して、習字、絵画、手芸等の作品を掲示したり、皆で作った作品で季節感が出るよう工夫した内容になっている。出入り口やダイルールの生花は絶やさないう、花屋と契約している。聴覚の不自由な人に配慮して、常にマイクの活用に心掛け、楽しめるように働きかけている。円背の方も多く、クッションや背もたれに工夫している。		
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。	利用者のADLの変化を受け、テーブルの配置、座席を検討し、話し合いを重ねながら必要時変更している。テーブルがユニークな形であり、組み合わせを工夫することによって、利用者間の快、不快に配慮している。居心地の良さを大切に居室、ダイルームを往来している。		
54	23	○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。	利用者、家族が望む、入居時の物の持込みは自由としている。その後も何を補充するかもそれぞれの意向を大切に家族に協力を戴いている。テレビ、時計、書籍類、飾り物など、その人らしい雰囲気や「ここは私の部屋」を表現している。		
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。	家族の希望を取り入れ、居室の名前表示、トイレ表示等、字のみでなく記号や絵で見やすくわかりやすいよう工夫を続けている。反面、行事の写真等は望まない家族へ配慮して廊下の展示等は行っていない（ひとり写真のみは家族にプレゼントしている）。		

2021年度

事業所名 グループホームいずみ
作成日：令和4年1月11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	12	コロナ禍における家族面会の検討により、直接面会可能な場合の面会室として、やむを得ず一時的に職員休憩室の一部を転用している	転用下においても、職員の良好な労働環境の保持に努める	1. 面会は完全予約制とし、事前に面会室利用時間を明確にし、職員が自由に利用できる時間の明瞭化をはかる 2. 職員利用側を効果的に活用すべく、未使用ロッカーの配置換えと有効活用	2ヶ月
2	27	記録の電子化に伴い、電子記録、紙媒体が混在している。	記録の電子化は「介護記録」「検温表」のみであり、他の記録を含めた情報共有・伝達を確実に実施する	1. ケアプランなどの閲覧する記録は、ipad内に取り込むか、カードックス等（紙媒体）を利用し、情報共有を確実に行う 2. 独自のチェック表等の記入すべき記録は、カードックスを利用する	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月