

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 | 1471901973 | 事業の開始年月日 | 平成18年4月1日 | |
| | | 指定年月日 | 平成18年4月1日 | |
| 法人名 | 有限会社 そふいあ | | | |
| 事業所名 | グループホーム秋谷 | | | |
| 所在地 | (240-0105) 神奈川県横須賀市秋谷1-7-22 | | | |
| サービス種別 定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 | 登録定員 | 名 | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 通い定員 | 名 | |
| | | 宿泊定員 | 名 | |
| | | 定員計 | 8名 | |
| | | ユニット数 | 1 ユニット | |
| 自己評価作成日 | 平成30年8月12日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成30年11月22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)】

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【GH秋谷】での基本原則</p> <p>①介護スタッフは、入居者に対して、絶えず家族同様に接する。 (単なる福祉施設型の介護ではダメ。)</p> <p>②介護スタッフは、入居者の生い立ち・考え方・施行・補備の思いや変化に耳を傾ける。</p> <p>③介護スタッフは、入居者一人一人の生活・リハビリ目標を日々、把握し行動する。</p> <p>④介護スタッフは、可能な限り入居者と一緒に外出(散歩・買い物)するよう行動する。</p> <p>⑤介護スタッフは、可能な限り入居者と一緒に家事労働(調理補助・整理補助等)するよう行動する。</p> <p>⑥会議スタッフは、プロとしての介護技(メンタル部分も合わせて)を日々、研鑽する。</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 | 平成30年9月3日 | 評価機関 評価決定日 | 平成30年9月20日 |

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>事業所はJR逗子駅又は京急線新逗子駅下車、バスにて、バス停「前田橋」下車徒歩10分です。バス停から坂道を上り切ったところにあります。みかんや紫陽花のある前庭を通り、門札のある民家風3階建て1ユニットの事業所です。眼下には漁港や相模湾が一望に臨めます。住宅街の一角にあり、目の前は神社の自然林のある静かな住環境です。</p> <p><優れている点></p> <p>職員は行動指針(基本原則)を通して運営理念を実践しています。利用者の思いや散歩、買い物、家事仕事など、利用者一人ひとりに寄り添い、普通の暮らしが出来るよう支援し、理念の実践に取り組んでいます。主治医や看護師、薬剤師などと連携し、在宅当時から薬の見直しを図り、極力投薬の削減に努めています。開設以来、終末期のケアに積極的に取り組み、利用者や家族の要望に応えられるよう、医療機関と連携し、家族と共に見送りが出来る体制が出来ています。精神障がい者も積極的に受け入れ支援しています。食事は利用者の好みに合わせて職員が手作り料理を提供しています。</p> <p><工夫点></p> <p>事業所ではビタミン入り炭酸水を使用し、利用者の嚥下事故予防に努めています。</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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 | グループホーム秋谷 |
| ユニット名 | |

| 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28) | ✓ | 1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |

| | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------------------------------------------|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19) | ✓ | 1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19) | ✓ | 1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4) | ✓ | 1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。 (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。 | 住み慣れた家・地域での暮らしをそのまま延長する、家庭的な介護を实践。介護職員は入所者に対し①常に家族同様に接する。②生き立ち・考え方・嗜好・日々の思いに耳を傾ける。③一人ひとりの生活・リハビリ目標を随時、把握し行動する。④可能な限り一緒に外出（散歩・買い物・ドライブ）をするよう行動する。⑤一緒に家事労働（調理・整頓）するよう行動する。⑥プロとして介護技術（メンタル部分も併せて）を日々、研鑽している。 | 運営理念「住み慣れた家での暮らしをそのまま延長する、家庭的な介護を追求しています」を掲げています。職員は6つの行動指針の下、利用者と家庭的な普通の暮らしの支援をモットーに理念の實踐に努めています。 | |
| 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。 | 運営推進会議や町内会行事に積極的に参加することで顔なじみとなり、事業所運営の協力や助言等をいただける関係を構築している。 | 町内会に加入し、回覧版で地域の情報を得ています。町内会の「いきいきサロン」に参加して地域との交流を図っています。毎年、地元の中学校から生徒が体験学習に来訪し、利用者とふれあっています。夏祭りには子供神輿が寄り、楽しみとなっています。 | |
| 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。 | 町内会や民生委員等と交流する中で認知症の人に関する知識や経験を伝えている。 | | 2 |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。 | 事業所内での状況や問題点を話し合い、様々なご意見をいただくことで運営に反映させている。今年度より身体拘束等に関する適正化のための対策を検討する委員会も会議内で行ない、異なる視点でGH秋谷の身体拘束等の取組みに関わっていただいている。 | 運営推進会議は2ヶ月ごと年6回開催しています。メンバーは町内会長、家族が主です。町内会長は地域の有力者で、地域の情報を提供してくれています。活動報告の他「身体拘束適化対策検討委員会」立ち上げについての意見交換をしています。 | |
| 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。 | 運営推進会議への参加依頼や書類の提出時等に意見交換や助言等をいただき、適切な運営が行なえるようお手伝いいただいている。 | 運営推進会議の報告や認定更新の申請代行で連携を図っています。困難事例の相談もあります。グループホーム連絡協議会に参加し、研修内容は運営に活かしています。地域の事業所の管理者による、会議の持ち回りで情報交換をしています。 | |

| 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 |
| 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。 | 今までも開設以降、身体拘束は行なった事はない。今年度より身体拘束にならない為の対策に向けて取り組み始めている。 | 「身体拘束適正化指針」の周知徹底で職員は拘束の弊害について理解し、拘束のないケアの実践に努めています。不適切な言葉があればその都度注意をしています。また、不適切な投薬は拘束につながるので医療機関とも連携し、薬の管理は慎重にしています。 | |
| 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。 | 施設内外の研修を行なっている。また、身体拘束へ移行する危険を内包している事を職員全員で共有し入居者の行動を制限しないよう取り組んでいる。 | | |
| 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。 | 現在、法廷後見人を利用の方がいる。また、研修や最新の情報を共有する事で必要な知識を得よう努めている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。 | 契約の締結、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解消できるよう、わかり易く説明を行い理解・納得をしてもらっている。 | | |
| 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。 | 利用者は日々の生活の中で、家族は面会・運営推進会議・電話での入居者の近況報告等の機会に聞いた思いや要望等を職員会議等で集約し職員に伝え生活に反映させている。 | 家族の面会時や運営推進会議で要望や意見を聞いています。美容院に行きたい、同窓会に出席したいなどの個別の要望、希望を叶えています。2ヶ月ごとに発行する「秋谷家族たより」で家族とのコミュニケーションを図っています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11 | 7 | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。 | 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会(2ヶ月に1回の職員会議)等の機会を設け、反映させている | 2ヶ月に1回の職員会議で要望や意見、提案を聞く機会があります。管理者は日頃から職員が自由に意見を言える雰囲気を作っています。職員による、台所の改修やドライブ、行事の企画提案は運営に反映しています。 | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。 | 代表者は、管理者・職員の努力や実績、勤務状況を把握し、働きやすい職場環境・条件の整備に努めている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。 | 代表者は、管理者・職員の能力を把握するよう職員会議等の機会に努め、法人内外の研修または、日々の業務内にて実践することでトレーニングしている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | 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 | | |
| 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。 | 入居前より本人とコミュニケーションを取る中で傾聴し思いを聞いたうえで本人のペースに合わせながら慣れていただくこと・安心して送れる生活を作っていくようにしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 見学の段階から現在の問題を傾聴し、入居後のイメージを共に作り上げながら安心して入居していただけるよう努力している。 | | |
| 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。 | まずは、GH秋谷に望む事を把握し本人が出来る事・したい事に多く気づくようにしている。社会資源を含めたサービスが出来ないかについても家族含め相談しながらケアプラン作成をしている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。 | 職員と入居者という関係ではなくそこで一緒に生活する仲間として日々笑ったり・泣いたり・怒ったりと共感しあう関係を築いている。 | | |
| 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。 | 本人と家族が良好な関係を継続できるだけでなく、さらに良い関係性が構築できるようサポートする事で両者の気持ちに添った関わりを持っている。 | | |
| 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。 | 入居したとしても友人との連絡や面会、また自宅へ行くなど出来る限り対応している。また、年賀状の作成・投函等の支援もする事で繋がりが切れないうようサポートしている。 | 以前からの友人、知人の来訪や手紙などの交信の支援を含め、利用者の自宅への日帰りなどの継続支援をしています。クラシック音楽鑑賞や食事の「ふりかけ」など、利用者の趣味、嗜好の継続支援もしています。 | |

| 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。 | 個々の個性を把握したうえで孤立しないよう仲間作り・話題作りを職員がサポートする事で、お互いが一緒に生活する仲間と考えてもらえるよう日々介護を行っている。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。 | 当該GHでは看取り対応でありこれまでに中途退去したケースは皆無である。なお「家族たより」は亡くなられた家族の方に、かかさず郵送している。 | | |
| 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。 | 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。墓参り・買物・演劇鑑賞・美容院など要求は個々だが可能な限り対応しているし、他の親族・知人等の入居相談も個々に対応している。 | 日常の会話や、特に職員と1対1の場になる入浴や散歩、居室などで把握しています。意思表示の困難な利用者はジェスチャーや態度、目つき、表情で汲み取ることもあります。また、生活歴や家族の協力で得ることもあります。 | |
| 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。 | 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と本人の要求が介護サービスの原点だと肝に銘じている。 | | |
| 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。 | 日々の生活を見ていく中で個々の変化を見逃さずにその都度、対応している。また、職員会議等で短期的・長期的な視点での対応も話し合っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 | |
| 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。 | 本人と関わる方々とその都度話し合い既存の介護ではなくあくまでも生活をどう楽しく暮らせるかを考えた介護計画を作成している。 | 通常は2ヶ月ごとの短期ケアプランを作成し、半年ごとにプランの見直しを図っています。心身の変化があれば随時見直しています。プラン作成の際は職員や計画担当、管理者が参加しています。プランには医療情報や利用者、家族の意見も反映しています。 | | |
| 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。 | 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を介護記録簿及び連絡簿に記入し、情報をリアルタイムで共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。 | | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。 | 常に変化は起きるものと考え、機械的な対応ではなくニーズに合わせた対応を行なっている。 | | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。 | 運営推進会議や近所の方との関わりの中で地域資源を把握し個々に合った支援を行なっている。例えば、町内会主催の老人会への参加等 | | | |
| 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。 | 隔週の医師による往診と週1回の看護師による訪問看護を実施し入居者の健康管理に務めている。なお、突発的な病気・症状については其々の専門医療機関に家族との連絡をとりつつ適宜実施している。訪問歯科医は月1回往診している。 | 内科の訪問医が月に2回、訪問看護師が毎週健康管理をしています。利用者個別の健康管理カルテで体調や生活面の特記事項を管理し、変化があれば素早い対応を図っています。眼科や皮膚科などの専門医には職員が外来同行支援をしています。 | | |

| 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。 | 介護職員は日々の業務の中で入居者の変化を捉え、職員間だけでなく訪問看護師とも情報を共有し問題を解決している。 | | |
| 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。 | 入居者が入院した場合は必要な情報だけでなく入院準備も行い、病院関係者と関係を構築している。また、スムーズに退院が行なえるように入院時から受入れ体制について情報共有を病院側と行っている。 | | |
| 33 | 12 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。 | 看取り時期に入ったと判断した場合は、家族等と医師を交えて話し合い、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、支援に取り組んでいる | 入居時に終末期の取り扱いを理解してから生活を始めています。看取り期には適切なプランを作り、カンファレンスで何度も確認しながら、支援をしています。職員の不安を取り除く急変時の対応手順を決めています。利用者との「お別れ」も行っています。 | |
| 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。 | 利用者の急変や事故発生時に備えて、緊急マニュアルを全ての職員に徹底するとともに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。 | | |
| 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。 | 火災や地震等の災害時に、利用者が避難できるよう定期的（年2回）に消防・防災訓練を実施するとともに、地域との協力体制を築いている。 | 夜間想定避難誘導訓練を行い、第1陣は屋内階段を利用して2階から駐車場に避難、第2陣は車いすの利用者、最後に重度の利用者が避難しています。消防署との連絡訓練、消火器の消火訓練も行っています。救命救急の講習は同業グループで実施しています。 | |

| 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 | 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。 | 個性を大切にし本人が気持ちよく過ごせるよう声をかけている。 | 利用者個々にその人の文化があり、職員は仕草や一寸した言葉を理解し、心の通った信頼を得られるように努めています。話好きな人、精神疾患の人など、支援方法を変えています。医者と相談して薬を減らし、利用者の喜怒哀楽が出てくると一緒に喜び合っています。 | |
| 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。 | 日常の会話やふと漏らす言葉を聞くことで思いや希望を実現できるようお手伝いをしている。 | | |
| 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。 | 職員の都合ではなく、入居者の都合に合わせて対応しているので同じ毎日繰り返していかない。日々、楽しく過ごせるように支援している。 | | |
| 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。 | 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。職員による無料の散髪等も行なっている。希望者には美容室への外出も行なっている。 | | |
| 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。 | 一番の楽しみである食事については季節ごとの行事食や庭でのじゃが芋掘りや入居者との食事づくり等を行なうことで楽しみながら食事をしている。 | 職員は手元にある食材や頂きものを利用し、利用者の希望をいれ、3品以上の献立を手作りしています。季節ごとの料理、ピザやうどんなどの楽しみも取り入れ、多めに盛り付けしています。おやつは2品以上、かき氷やケーキなども楽しみになっています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | その人なりの最高の体調を維持するために、食事量・栄養バランス・水分量が一日を通じて確保できるよう、食事・おやつ作りをしている。また、本人の希望に応じて献立を考えるようにしている。 | | |
| 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。 | 毎食後の口腔ケアだけでなく歯科往診時に口腔内を確認してもらい、口腔内が清潔に保たれているか気を付けている。 | | |
| 43 | 16 | ○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。 | 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排泄介助を行なっている。 | トイレでの排泄を基本に、一人ひとりのパターンや独自のサインを見逃さず誘導しています。便秘対策は、姿勢や食事の改善、飲料など、その人にある方法を模索しています。うまくいくと本人と喜びを分かち合っています。布パンツやパットなどの軽い下着で挑戦しています。 | |
| 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。 | 飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた便秘予防に取り組んでいる。例えば、トイレ誘導時は前傾姿勢にて自分で腹圧をかける様にシテもらうなど。 | | |
| 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。 | 個々の希望を可能な限り受け止め対応している。入浴を楽しむ事で本人が穏やかに過ごす機会と捉えている。 | 入浴は午前中週2回です。本人の意向や体調でシャワーや足浴もあります。リフトやターンテーブルも揃えています。入浴拒否の場合は理由を探し、同性介助など柔軟に対応しています。2階の風呂場をトイレとシャワー浴場に改修しています。 | |

| 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。 | 昼夜逆転や不眠等が起きないように日中は散歩やドライブまたはおしゃべりやビデオ鑑賞・運動等を取り入れ夜にゆっくり休めるよう支援している。 | | |
| 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。 | 服薬の変更時には全職員に薬の目的・副作用・用量について説明している。また、認知症薬や向精神薬については様子観察を行い、本人に合う合わない等の細かな変化を見ていき適切な対応に務めている。 | | |
| 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。 | 個々の希望や出来る事・したい事を理解し、家事手伝いや行事や散歩等を行い一人ひとりに合った支援をしている。 | | |
| 49 | 18 | ○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。 | 天気が良い時の散歩・ドライブ・四季の外出行事や一人一人の要求に対応した外出支援を日常的に行なっている。 | 今年は猛暑で外出を控えていますが、食料などの買い物に車で出掛け、リハビリを兼ねてカートで売り場を回っています。桜やあじさいの花見など季節ごとに出掛けています。玄関前のベンチで日光浴もします。 | |
| 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。 | 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。 | | |

| 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。 | 本人が希望する時は職員がお手伝いしながら行ってもらっている。 | | |
| 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。 | 共用空間には季節の花や色紙等を置いている。季節に応じて温度管理も行なっている。また、トイレは清潔に保つことで気持ちよく使用してもらおう気をつけている。 | 居間は日本の民家タイプで、和風の広間に食卓やソファが置かれ、生活感があります。雑談やテレビを見たり、それぞれが居心地よくくつろいでいます。壁には季節を感じる折り紙やカレンダーが飾られています。毎日火気や配線などの自主検査で安全を確認しています。 | |
| 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。 | 共用空間には椅子やソファを各所に配置し、その時の本人の気分等に合った居場所作りをしている。 | | |
| 54 | 20 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 入居時やその後も本人や家族と相談しながら居室の整理や模様替え等を行なっている。 | 民家を改造した1階に3部屋、2階に5部屋で洋間と日本間があります。エアコン、クローゼット、照明付きで、ベッドやタンス、机とイスなど、思い思いの品物が持ち込み配置されています。思い出の品々や生活用品が整理され、その人の趣向が表れています。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。 | 個々の能力を把握したうえで生活しやすいよう物の配置変更や職員の声かけや見守りにて安全に生活できるよう工夫している。 | | |

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 | | | | | |
|----------|------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 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 | 2 | ①運営推進会議や町内会行事に参加する事で地域との交流を行なっているが、グループホームとしての認知症の知識・経験等を地域に還元出来ていない。 | ①運営推進会議等で町内会へ認知症に関する講習会等の希望がないか提案を行なう。事例報告や認知症に関する講習会等のニーズを探しグループホーム運営の中で培った知識・情報を伝える事で地域での認知症高齢者に対する理解を深める一助とする。 | ①地域に根差した事業所となる為、地域の方々からニーズを集める。(運営推進会議等を利用する。) ②ニーズに合わせた認知症高齢者に関する知識・情報を伝える機会を設ける。 | 12ヶ月 |
| 2 | | | | | ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。