

平成30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	1473600946	事業の開始年月日	平成17年5月1日
		指定年月日	平成29年5月1日
法人名	株式会社アイシマ		
事業所名	グループホームあいあい		
所在地	( 245-0016 ) 神奈川県横浜市泉区和泉町3200-1		
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	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成31年1月5日	評価結果 市町村受理日	令和元年6月20日

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)】

協力医療機関(病院・内科クリニック・精神科クリニック・歯科)や、訪問看護ステーションとの連携が密であり、体調悪化等により必要な対応が素早くできる体制が整っています。また、毎月の行事や外出行事の音楽療法、食事会などを行い、楽しみの多い生活を送っていただけるように努めております。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年3月8日	評価機関 評価決定日	令和元年6月12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、相鉄いずみ野線ゆめが丘駅より徒歩約5分、自然に囲まれた静かな場所にある2階建て2ユニットで、自家菜園を持つグループホームです。平成17年5月に開設されてから約13年10ヶ月の運営実績があります。法人は、横浜市泉区、瀬谷区などに数多くの介護サービス事業所を展開する株式会社です。

<優れている点>

医療連携体制加算、口腔衛生管理体制加算、看取り介護加算を受け、医療面での体制が整えられています。利用者の症状によりかかりつけ医は精神科医もしくは内科医を紹介しています。医師は、月2回往診に来ています。かかりつけ医が精神科の利用者にはメンタルヘルスの看護師が月2回訪問し、医師に利用者の状態を伝えています。眼科などの他診療科の受診が必要な場合は職員が同行し、診察の結果などを往診医に的確に伝えています。歯科医師の往診は週1回で、歯科衛生士の口腔ケアの指導も実施しています。「看取りに関する指針」「事前同意書」を整備し、法人内で看取りの研修も行っています。

<工夫点>

管理者、職員同士は、頻りに声掛けを行い、職員の間で何でも話せる関係が築かれています。職員同士のチームワークが良く取れ、離職率も低く、継続的な支援が行われています。利用者の居室のドアに利用者の好きな事や物の写真などを貼り、自分の居室を意識出来るようにしています。今月の行事などの予定をリビングに掲示し、楽しみを話し合えるようにしています。

### 【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	グループホームあいあい
ユニット名	たんざわ

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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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
		レ	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)	レ	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)	レ	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。	レ	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。	レ	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	入職時のオリエンテーションで理念を説明し、事務所にも掲示しております。毎月の全体会議やユニット会議でも確認し、理念を共有しております。	理念を玄関と事務室に掲示しています。ユニット会議や全体会議で、管理者は理念に合った支援をしているかを確認しています。職員の入職時には、理念について説明し、事あるごとに理念の確認をしています。	
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。	所属自治会（中和泉町内会）の催し中止が多く（祭礼）行事参加ができない状況でした。そのため地域住民との関りも少ない状況です（地域の防災訓練には参加）しかし、町内会長からは、ホームとの交流が何かできないか検討はしているとお話しいただいています。	町内会に加入し、回覧板が回ってきます。利用者は職員と一緒に回覧板を次へ回しています。管理者は町内会の総会にも出席しています。町内会の防災訓練にも参加しています。法人の市民向け公開講座の案内を町内の掲示板に掲載したり回覧板で回してもらっています。	
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。	グループホーム利用についての質問を電話でいただいたり、訪問いただいてホーム内の案内をしながら、認知症についての説明をさせていただきました。		
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。	会議ではご利用者様の現状と提供しているサービス内容を報告し、それに対して町内会長から「町内会として何かできることがないか（ホームに対して）考えてはいる。」とのお言葉をいただいています。	2ヶ月に一度、概ね年6回開催しています。地域包括支援センター職員、利用者、町内会々長、近隣に住んでいるオーナーが参加しています。運営について質問があり、事業所の実情を伝え、地域の行事や情報などを聞いています。	町内会々長以外の地域の人への参加の働きかけも期待されます。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	区のケースワーカーに対し、必要に応じて（体調や受診、お金についての連絡等）電話連絡をしたり、区役所を訪問して相談したりし、時折、ケースワーカーの訪問も受け、協力関係を築いております。	利用者の中に担当ケースワーカーが関与していることもあり、日常的に連携をとり、助言などを受けています。横浜市健康福祉局主催の衛生管理講習会や泉消防職員による心肺蘇生法とAEDの取扱いの救急教室に参加しています。	

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。	身体拘束などの研修を実施し、身体拘束をしないケアを理解・認識しております。玄関の施錠に関しては、利用者様が安心して生活していただけるよう施錠しております。	身体拘束マニュアルを整備しています。「身体拘束等適正化委員会」を毎月開催し、拘束をしないケアの実践に努めています。職員行動指針に身体拘束や虐待防止を明記し、「自己点検シート」を活用して、拘束をしないケアの意識の徹底を図っています。	
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。	虐待防止に関する研修を実施し、理解を深めることによって、虐待防止に努めております。		
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。	日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用している御利用者様がおられない状況のため、活用や支援に結びついていない状況です。		
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。	契約時には当社の専門部署スタッフと共にご理解いただけるよう説明し、不明な点などをお聞きして解決を図り、起こりうるリスクについても説明し、納得いただいた上で契約締結を行っております。		
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。	家族からの意見や要望等を伺う相談窓口を設置し、相談いただいております。また公的な機関での相談窓口の連絡先も掲示しております。重要事項説明書にも記載しております。	年1回、家族会を開催し家族の要望や意見の把握に努めています。入退院の際は利用者が安心して、家族とのコミュニケーションを図っています。年4回、「あいあい便り」を発行し、秋の秋刀魚祭りなど季節行事の際の利用者の表情を家族に伝えていきます。	

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。	全体会議やユニット会議、または個別に意見や提案を話し合っ、運営改善に活かしております。例として、運営改善を図る為、スタッフ補充を本社に求めています。	毎月実施の全体会議で、管理者は運営に関する職員の意見の把握に努めています。利用者が快適に過ごせるよう空気清浄機を導入したり、消毒方法の見直しなど、現場職員の意見を取り入れています。意見から食中毒の予防に取り組んだ事例もあります。	
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。	管理者はスタッフと同じ現場・シフトで勤務し、個々のスタッフの状況や問題等を把握し、必要であれば解決に努め、働きやすい職場作りを図っております。		
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。	定期的に社内勉強会を行っており、人材育成に努めております。		
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。	会社内で勉強会や職員旅行、ゴルフコンペ等を行って交流を図り、他事業所スタッフと交流を図る機会を設けております。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居までの間に当社の専門部署が要望や不安を把握して問題解決の支援を行い、入居からは管理者やスタッフも不安や要望があった時は、できる限り解決できるよう努めております。		

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
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。	入居までの間に当社の専門部署（総合相談室）が要望や不安を把握して問題解決の支援を行ない、入居からは管理者やスタッフも不安や要望があった時は、できる限り解決できるよう努めております。		
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。	相談時に利用者や家族が必要としている状況を確認し、必要な事があれば、その都度柔軟に対応し、解決を図るよう努めています。		
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。	日々の関りを多く持つことで、心や体の変化に出来るだけ多く気付き、御本人の思いを理解し、共有するように努めています。		
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。	面会時や電話等で、利用者の状況を話したり、情報を得るようにし、ともに利用者を支えていくという気持ちで対応しております（第二の家族としての思いを持つようにし）		
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。	面会時間の制限は設けず、ご家族様との外出も自由にできることを入居時等に説明していますが、ご家族がおられる御利用者様も少ないため、面会は少ない状況です。	利用者のADLの低下に伴い友人などの馴染みの関係の継続が困難になっています。家族も高齢化のなかで家族の面談の機会も少ない状況です。職員は散歩や花見などの外出の機会を通して、利用者が地域の人たちと顔馴染みの関係ができるように見守っています。	

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
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。	行事、レクリエーションなどを行って、孤立することなくご利用者様同士が関わりを持つことが出来るように支援するとともに、個別に思いを把握し、スタッフが間に入ることでスムーズな関係が気付けるよう努めています。		
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。	サービス終了後もご家族様から時折連絡をいただき、近況をうかがうなどをしてお付き合いを大切に続けております。		
<b>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</b>					
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。	ご本人様と関わる中で、ご利用者様の希望を伺い、意思疎通の難しいご利用者様については、ご家族様から情報を収集したり、行動、言動などから思いを把握するようにしています。	ケアプランの見直しに合わせてアセスメントを実施し、利用者支援ニーズの把握に努めています。職員は、利用者の日々の状況の変化や何気なく発した発言の内容、ケアプランの目標に沿った支援の実践の状況を把握し、ケース記録に書き留めています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居前の事前面接から生活歴や趣味などを聞き経過等の把握に努めております。生活歴の不明な入居者様は会話を通して把握できるように努めております。		
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。	日々の生活の中で（言動・行動・バイタルサイン等）変動がないかを確認し、状態把握に努めております。		

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
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。	利用者や家族からの希望を反映し、課題等を把握して介護支援計画を作成しております。	ケアプランは、基本的に3ヶ月に1度改訂しています。ケアプラン作成担当者は、カンファレンス会議での記録を参考に前回の評価をしています。アセスメント表、モニタリングシートを作成し、「医療連携ノート」を確認して新たなケアプランを作成しています。	
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。	個人ファイルに日々の様子を記録しています。ケア内容の変更等は申し送りや、専用ファイル、会議等で全職員が情報の共有をできるようにしています。		
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。	御家族様・利用者の状況に応じて対応しています（急な面会による昼食調整や、面会時の駅への送迎等の対応）		
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。	地域にある診療所（皮膚科・眼科・外科）を利用することで、御利用者様の通院の負担を少なくし、安心して暮らしていただけるよう支援をしています。		
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。	入居時に事業所の協力医（内科・精神科）を主治医にいただいています。が、専門的な治療が必要な場合は、近隣の病院受診を行い、適切な医療を受けていただけるように対応しています。	区外からの利用者が殆どで、事業所では内科や精神科のかかりつけ医を紹介しています。眼科など往診医対応外の診療科や専門医の受診が必要な場合は職員が病院に同行しています。「医療連携ノート」に詳細を記録し健康管理に活用しています。	



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。	医療連携ノートを作成し、変化が見られた利用者の情報を伝え、情報に対しての助言や指示を受けて利用者への対応に役立てております（毎週月曜日にホームに訪問看護師が来ています）		
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。	入院時は担当医師、担当看護師、医療ソーシャルワーカーと相談して情報交換を行い、早期の退院ができるように努めています。		
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。	入居時に家族にはターミナルケアが可能という事を説明しております。ターミナルケアが必要になった場合は、家族、主治医、訪問看護、スタッフが連携して対応しています。	終末期および重度化した場合の方針を入居時に説明しています。「看取りに関する指針」「事前同意書」を整備しています。利用者・家族から看取りの要望があれば、医療と介護が連携し、積極的に支援しています。数名の看取りの実績があります。	
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。	急変時や事故発生時の対応についてはマニュアルに定めて対応をしています。また、スタッフが消防署で救命講習を受け、実践的な技術向上を図るよう努めています。		
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。	年2回の防災訓練を行っております。非常食の備蓄も3日分用意し災害に備えております。防災訓練には町内会の方にも参加していただき協力をお願いしております。	「利用者避難誘導確認表」と顔写真付きの「利用者情報」を作成し、災害時に消防職員に渡せるようにしています。食料などの備蓄品は3日分あり、災害時に必要と思われるロープ、懐中電灯などの備品もコンテナに入れて保管しています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者の誇りやプライバシーに配慮した言葉かけやケアを行っております (なれなれしい口調に注意し、排泄誘導時等の声の大きさにも注意しています)	認知症ケアマニュアルを作成し、利用者のプライバシーの尊重について明記し、職員に周知しています。職員は排泄誘導や介助の時の声の大きさに配慮し、呼称は「さん」付けを旨とし、利用者の自尊心を損なうことが無いように心掛けています。	
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。	レクリエーション参加の確認や、何を行いたいのかを確認・決定していただけるよう声掛けを行っております。		
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。	一人ひとりの生活リズムを尊重し、希望をお聞きしてご利用様が望まれるように過ごしていただけるよう努めています。		
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。	ご自分で対応できない方には、希望をお聞きして着たい服や整髪などの介助させていただいております。		
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。	どんな料理を召し上がりたいかを利用者にお聞きして調理したり、料理のごしらえにも参加いただいております。関連の中華レストランでの食事や、おかずの配達により、いつもとは違った食事も楽しんでいただいております。	食材の発注は所定の献立表に応じ3日分をまとめて発注しています。利用者の嗜好に配慮し、季節の食材を取り入れています。毎月法人の中華レストランでの外食や配食サービスも利用しています。冬の季節にはマグロの刺身がテーブルを飾る事もあります。利用者の嚥下機能に配慮し、刻みやミキサー食も提供しています。	

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。	水分・食事摂取チェック表を確認し不足がないようにしています。水分量が少ない方に対しては、飲みやすい飲み物等を提供したり、嚥下状態や消化状態に応じた食事形態にしたりして、個々の状態にあった支援を行なっております。		
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。	毎食後口腔ケアを行える環境を作っています。必要な方には、毎週水曜日に訪問歯科による口腔ケアや治療を行っております。		
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。	排泄チェック表から入居者の排泄状況を把握し、失禁が少なくなるようトイレ誘導支援を行い、トイレでの排泄を行うことにより排泄の自立に向けて支援しております。	排泄チェック表を活用し、職員は利用者の排泄パターンに応じてトイレ誘導を行っています。夜間はオムツを使用しても昼間はできるだけ使用しないように配慮しています。朝・夕の申し送りを利用して利用者の体調について情報を共有し、職員支援の統一性を図っています。	
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。	食事内容や摂取量（野菜を多くしたり、ヨーグルトを提供したり）水分摂取量にも常に注意するとともに、日々の活動を多くすることにより、自然排便につながるよう対応しております。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本毎日でも入浴は可能ですが、最低でも週2～3回は入浴できるよう言葉かけを行っています。一人で入浴を希望される方は見守りを行っています。また、色々な種類の入浴剤を使って、楽しみある入浴を提供しています。	週2～3回の入浴が基本ですが、利用者の希望に応じて随時入浴は可能です。浴槽は通常のユニットバスで利用者の状況に配慮し、バスタオルを用いて事故防止に努めています。浴槽は清掃が行き届いていて清潔です。	

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
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。	安心してお休みいただけるよう、不安で眠れない方には寄り添ったり、会話をすることで落ち着いて休んでいただけるよう支援しております。		
47		○服薬支援 一人ひとり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。	個人ファイルに薬剤情報をファイルして常に確認できるようにし、薬の変更がある場合には、申し送り等で周知しております。		
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。	入居者の希望されるレクリエーションをお聞きして実施したり、洗濯物たたみや掃除などの役割を持っていただくことで日常生活の活性化を図っております。		
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。	川沿いの遊歩道や駅付近等への散歩コースを希望に沿って歩いていただいたり、ホームのウッドデッキでくつろいでいただいたりし、車椅子も使用することにより、歩行が難しい方にも外出いただけるよう支援しています。	日常的に近くの遊歩道のある河原や駅付近に散歩に行っています。車いすの利用者も一緒に外出しています。気候の関係などで外出できない時は、事業所のウッドデッキで外気浴をしています。外食と音楽療法で毎月1回ずつ、法人のレストランに出かける機会があります。	
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。	個人での金銭管理は困難なため、家族か当ホームで管理しております。		

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
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。	各階に電話がありいつでも電話できるようにしております。		
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。	共用空間には入居者の作品や楽しめる飾り付けをしています。空調管理は入居者の希望などを聞き、快適に過ごせるようこまめに管理しています。	リビングやトイレの掃除は朝、昼、晩毎日行なっています。床暖房の設備があり、各ユニットに加湿空気清浄機を設置しています。壁面には職員が毎月作成する、日にちと季節が解る大きなカレンダーや毎月の予定を掲示し、話題にしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	共用フロアにはソファを設置したり、和室などでゆったりと過ごせるように配慮しております。		
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。	入居時に、愛用されていた家具等を自由に持ち込みいただくようにしたり、好みの塗り絵作品や、写真等を飾っていただき、心地よく過ごしていただけるような工夫をしています。	居室は個々の利用者の思いや個性に応じて柔軟です。部屋に好みの絵や写真を飾り、テーブルを配置し、落ち着ける空間を作っています。それぞれの入り口のドアには、将棋の好きな利用者は将棋の絵を飾るなど、自分の部屋が一目で分かるように工夫しています。	
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。	必要な箇所には手摺を設置して身体機能をいかせる環境づくりをしています。トイレ、居室には看板、表札などを付け生活しやすい環境づくりをしています。		

事業所名	グループホームあいあい
ユニット名	おおやま

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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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)	レ	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
		レ	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)	レ	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)	レ	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。	レ	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。	レ	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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近づけている。	入職時のオリエンテーションで理念を説明し、事務所にも掲示しております。毎月の全体会議やユニット会議でも確認し、理念を共有しております。		
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。	所属自治会（中和泉町内会）の催し中止が多く（祭礼）行事参加ができない状況でした。そのため地域住民との関りも少ない状況です（地域の防災訓練には参加）しかし、町内会長からは、ホームとの交流が何かできないか検討はしていると話しいただいています。		
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。	グループホーム利用についての質問を電話でいただいたり、訪問いただいてホーム内の案内をしながら、認知症についての説明をさせて頂きました。		
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。	会議ではご利用者の現状と提供しているサービス内容を報告し、それに対して町内会長から「町内会として何かできることがないか（ホームに対して）考えてはいる。」とのお言葉をいただいています。		
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。	区のケースワーカーに対し、必要に応じて（体調や受診、お金についての連絡等）電話連絡をしたり、区役所を訪問して相談したりし、時折、ケースワーカーの訪問も受け、協力関係を築いております。		

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「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。	身体拘束などの研修を実施し、身体拘束をしないケアを理解・認識しております。玄関の施錠に関しては、利用者様が安心して生活していただけるよう施錠しております。		
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。	虐待防止に関する研修を実施し、理解を深めることによって、虐待防止に努めております。		
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。	日常生活自立支援事業や成年後見制度を活用している御利用者様がおられない状況のため、活用や支援に結びついていない状況です。		
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。	契約時には当社の専門部署スタッフと共にご理解いただけるよう説明し、不明な点などをお聞きして解決を図り、起こりうるリスクについても説明し、納得いただいた上で契約締結を行っております。		
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。	家族からの意見や要望等を伺う相談窓口を設置し、相談いただいております。また公的な機関での相談窓口の連絡先も掲示しております。重要事項説明書にも記載しております。		



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
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。	全体会議やユニット会議、または個別に意見や提案を話し合っ、運営改善に活かしております。例として、運営改善を図る為、スタッフ補充を本社に求めています。		
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。	管理者はスタッフと同じ現場・シフトで勤務し、個々のスタッフの状況や問題等を把握し、必要であれば解決に努め、働きやすい職場作りを図っております。		
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。	定期的に社内勉強会を行っており、人材育成に努めております。		
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。	会社内で勉強会や職員旅行、ゴルフコンペ等を行って交流を図り、他事業所スタッフと交流を図る機会を設けております。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居までの間に当社の専門部署が要望や不安を把握して問題解決の支援を行い、入居からは管理者やスタッフも不安や要望があった時は、できる限り解決できるよう努めております。		

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
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。	入居までの間に当社の専門部署（総合相談室）が要望や不安を把握して問題解決の支援を行ない、入居からは管理者やスタッフも不安や要望があった時は、できる限り解決できるよう努めております。		
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。	相談時に利用者や家族が必要としている状況を確認し、必要な事があれば、その都度柔軟に対応し、解決を図るよう努めています。		
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。	日々の関りを多く持つことで、心や体の変化に出来るだけ多く気付き、御本人の思いを理解し、共有するように努めています。		
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。	面会時や電話等で、利用者の状況を話したり、情報を得るようにし、ともに利用者を支えていくという気持ちで対応しております（第二の家族としての思いを持つようにし）		
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。	面会時間の制限は設けず、ご家族様との外出も自由にできることを入居時等に説明していますが、ご家族がおられる御利用者様も少ないため、面会は少ない状況です。		

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
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。	行事、レクリエーションなどを行って、孤立することなくご利用者様同士が関わりを持つことが出来るように支援するとともに、個別に思いを把握し、スタッフが間に入ることでスムーズな関係が気付けるよう努めています。		
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。	サービス終了後もご家族様から時折連絡をいただき、近況をうかがうなどをしてお付き合いを大切に続けております。		
<b>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</b>					
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。	ご本人様と関わる中で、ご利用者様の希望を伺い、意思疎通の難しいご利用者様については、ご家族様から情報を収集したり、行動、言動などから思いを把握するようにしています。		
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。	入居前の事前面接から生活歴や趣味などを聞き経過等の把握に努めております。生活歴の不明な入居者様は会話を通して把握できるように努めております。		
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。	日々の生活の中で（言動・行動・バイタルサイン等）変動がないかを確認し、状態把握に努めております。		

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
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。	利用者や家族からの希望を反映し、課題等を把握して介護支援計画を作成しております。		
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。	個人ファイルに日々の様子を記録しています。ケア内容の変更等は申し送りや、専用ファイル、会議等で全職員が情報の共有をできるようにしています。		
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。	御家族様・利用者の状況に応じて対応しています（急な面会による昼食調整や、面会時の駅への送迎等の対応）		
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。	地域にある診療所（皮膚科・眼科・外科）を利用することで、御利用者様の通院の負担を少なくし、安心して暮らしていただけるよう支援をしています。		
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。	入居時に事業所の協力医（内科・精神科）を主治医にいただいています。が、専門的な治療が必要な場合は、近隣の病院受診を行い、適切な医療を受けていただけるように対応しています。		

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。	医療連携ノートを作成し、変化が見られた利用者の情報を伝え、情報に対しての助言や指示を受けて利用者への対応に役立てております（毎週月曜日にホームに訪問看護師が来ています）		
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。	入院時は担当医師、担当看護師、医療ソーシャルワーカーと相談して情報交換を行い、早期の退院ができるように努めています。		
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。	入居時に家族にはターミナルケアが可能という事を説明しております。ターミナルケアが必要になった場合は、家族、主治医、訪問看護、スタッフが連携して対応しています。		
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。	急変時や事故発生時の対応についてはマニュアルに定めて対応をしています。また、スタッフが消防署で救命講習を受け、実践的な技術向上を図るよう努めています。		
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。	年2回の防災訓練を行っております。非常食の備蓄も3日分用意し災害に備えております。防災訓練には町内会の方にも参加していただき協力をお願いしております。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者の誇りやプライバシーに配慮した言葉かけやケアを行っております (なれなれしい口調に注意し、排泄誘導時等の声の大きさにも注意しています)		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	レクリエーション参加の確認や、何を行いたいのかを確認・決定していただけるよう声掛けを行っております。		
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。	一人ひとりの生活リズムを尊重し、希望をお聞きしてご利用様が望まれるように過ごしていただけるよう努めています。		
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。	ご自分で対応できない方には、希望をお聞きして着たい服や整髪などの介助させていただいております。		
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。	どんな料理を召し上がりたいかを利用者にお聞きして調理したり、料理の下ごしらえにも参加いただいております。関連の中華レストランでの食事や、おかずの配達により、いつもとは違った食事も楽しんでいただいております。		

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
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。	水分・食事摂取チェック表を確認し不足がないようにしています。水分量が少ない方に対しては、飲みやすい飲み物等を提供したり、嚥下状態や消化状態に応じた食事形態にしたりして、個々の状態にあった支援を行なっております。		
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。	毎食後口腔ケアを行える環境を作っています。必要な方には、毎週水曜日に訪問歯科による口腔ケアや治療を行っております。		
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。	排泄チェック表から入居者の排泄状況を把握し、失禁が少なくなるようトイレ誘導支援を行い、トイレでの排泄を行うことにより排泄の自立に向けて支援しております。		
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。	食事内容や摂取量（野菜を多くしたり、ヨーグルトを提供したり）水分摂取量にも常に注意するとともに、日々の活動を多くすることにより、自然排便につながるよう対応しております。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本毎日でも入浴は可能ですが、最低でも週2～3回は入浴できるよう言葉かけを行っています。一人で入浴を希望される方は見守りを行っています。また、色々な種類の入浴剤を使って、楽しみある入浴を提供しています。		

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。	安心してお休みいただけるよう、不安で眠れない方には寄り添ったり、会話をすることで落ち着いて休んでいただけるよう支援しております。		
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。	個人ファイルに薬剤情報をファイルして常に確認できるようにし、薬の変更がある場合には、申し送り等で周知しております。		
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。	入居者の希望されるレクリエーションをお聞きして実施したり、洗濯物たたみや掃除などの役割を持っていただくことで日常生活の活性化を図っております。		
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。	川沿いの遊歩道や駅付近等への散歩コースを希望に沿って歩いていただいたり、ホームのウッドデッキでくつろいでいただいたりし、車椅子も使用することにより、歩行が難しい方にも外出いただけるよう支援しています。		
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。	個人での金銭管理は困難なため、家族が当ホームで管理しております。		



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
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。	各階に電話がありいつでも電話できるようにしております。		
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。	共用空間には入居者の作品や楽しめる飾り付けをしています。空調管理は入居者の希望などを聞き、快適に過ごせるようこまめに管理しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	共用フローにはソファを設置したり、和室などでゆったりと過ごせるように配慮しております。		
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。	入居時に、愛用されていた家具等を自由に持ち込みいただくようにしたり、好みの塗り絵作品や、写真等を飾っていただき、心地よく過ごしていただけるような工夫をしています。		
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。	必要な箇所には手摺を設置して身体機能をいかせる環境づくりをしています。トイレ、居室には看板、表札などを付け生活しやすい環境づくりをしています。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームあいあい

作成日： 令和元年 6月 13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	3	運営推進会議の委員（地域住民代表）に、町内会幹部以外の方にもご参加いただく。	GHあいあい近隣の地域住民に運営推進会議委員としてご参加いただく。	町内会やGHあいあいのオーナーに相談し、近隣の地域住民を紹介いただいて委員になっていただくことで、地域住民代表の幅を広げてより一層GHあいあいの活動をご理解いただく。	9ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月