

平成28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	1490800222	事業の開始年月日	平成25年4月1日
		指定年月日	平成25年4月1日
法人名	医療法人社団柴健会		
事業所名	グループホーム つくしの家		
所在地	(236-0057) 横浜市金沢区能見台6-50-1		
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28年5月10日	評価結果 市町村受理日	平成28年9月27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)】

入居者がスタッフと「共に生活している」ことを実感できるように心がけています。
・個別の思い出アルバムを作り、家族にも喜んでいただいています。
・季節行事・外出・外食を定期的に取り入れています。
・家庭菜園を行っています。
・薬の管理を徹底しています。
・豊かな暮らしを送っていただけるよう定期的に演奏ボランティアが来て下さっています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年6月24日	評価機関 評価決定日	平成28年7月22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、京急金沢文庫駅からバスに乗車、市民の森入り口バス停付近の緑に囲まれた場所にあります。事業所内は、和室、障子、縁側、木の床や漆喰の天井など利用者になじみ深く、温かみのある環境となるよう配慮した造りになっています。庭は梅、桜、柿、柚子など利用者が日々リビングから眺めたり、菜園の世話などをしながら季節の移ろいを感じることができるように植栽しています。

<優れている点>

「花が見たい」「海が見たい」と言う利用者のつぶやきや「晩酌がしたい」という意向など、可能なことはその日のうちに実行しています。居酒屋で酒を楽しむレクリエーションなどは職員が計画を立て、希望に添っています。郷土料理作りや毎月の外食など食を通じた支援も、利用者の自己決定の場面づくりになっています。2階ユニットで取り組んでいる行事の写真を綴った個別の「思い出ノート」は、利用者の意見を反映した事例です。管理者以下職員は事業所の理念「今を大切にしたいその人らしい心豊かな生活を支援します」の実践のため、利用者の思いに常に耳を傾け、利用者自身が「生活をしている」ことが実感できるように努めています。

<工夫点>

今年度は、職員が自己課題を立て日々の業務の中で実践し、改善に取り組んだり、外部研修に参加するなど、スキルアップを図る環境を整えることに力を入れています。一人ひとりの意見や提案を積極的に出せ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 つくしの家
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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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、活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。	日々のケアを行う上で、理念をととても大事なものとし理念にのっとり実践しています。スタッフとの面談では、理念と自身のケアを照らし合わせ考えてもらうようにしています。	事業所理念は、開設時に管理者と各ユニットのフロア長で話し合い作っています。玄関やリビングの目につく場所に掲示しているほか、管理者は会議や日々の申し送りノートなど、折にふれ理念に基づく実践について職員に伝えています。	理念の理解をさらに深め、具体的な実践につなげていくために、理念に基づいた「職員の心得」を作成し、活用することを検討しています。作成後の取り組みが期待されます。
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。	学校行事への参加（文化祭・音楽祭など）、演奏ボランティアの来訪、地域ケアプラザでの催しへの参加などを定期的に行っています。また、雨天を除きほとんど毎日散歩に出かけ、近所の方と挨拶や言葉を交わしています。	毎月地域ケアプラザ主催の気ままサロンに参加し、地域の人々と交流しています。地元の小学校の運動会、中学校の音楽会、高校の文化祭といった学校行事にも参加しています。地域ケアプラザの紹介で演奏ボランティアの定期的な来訪もあります。	
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。	散歩などで近所の方からグループホームがどのような所か、など尋ねられ説明しています。		
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。	ホームが取り組んでいることの報告や社会で問題、話題となっている介護の話を様々な視点から話し合える場となっています。	家族代表、自治会長、民生委員、地域ケアプラザ職員の出席を得て、2ヶ月に1回、定期的に開催しています。町内会館で開催する地域向け認知症の勉強会に、管理者が協力することになっています。	
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。	入居者の介護保険認定更新や運営推進会議の議事録の提出など定期的に区担当者と顔を合わせています。また、区のグループホーム連絡会には区担当者が参加されることもあり、事業所の実情を伝えています。	運営推進会議に区の職員の出席はありませんが、管理者が議事録を窓口を持参して報告しています。区のグループホーム連絡会の会合では区の担当者と意見や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。	身体拘束について非常に重要視し職員間で話し合っています。ホームでは、門扉の施錠を行っているが、すべての家族に理解を求め安全に生活できるよう支援しています。また、研修などに参加し理解を深められています。	虐待を含む身体拘束をしないケアについて、各職員の自己点検シートに基づきカンファレンスを実施しています。マニュアルの読み合せも併せて行い、理解を深めています。施錠に関しては安全確保など慎重に検討し、対応することとしています。	
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。	研修への参加、研修参加者からの報告会、スタッフ会議での説明などを行い虐待の理解を深め防止に努めている。身体拘束の禁止・虐待防止を常に考えられるよう様々な方法で取り組んでいます。家族にスタッフのケアや言動で気になることがあれば教えて欲しいと声をかけています。		
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。	研修参加者の報告会などを行い、スタッフ間で学ぶようにしています。スタッフは、制度について概ね理解しています。		
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。	契約時に十分な時間を取り説明、文書による確認を取っています。看取りや重度化の対応及び医療連携など必要に応じて詳しい説明をしています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	ホーム内に意見箱を設置しています。また、外部評価はスタッフにフィードバックし、情報の共有を図っています。特に家族の思いは真摯に受け止め、できることから行動に移すよう努めています。	面会時、意見箱設置、家族会など家族が意見を表す機会を設けています。評価受審時の家族アンケート結果は職員で共有し、改善に努めています。2階ユニットで取り組んでいる個別の思い出ノートは、利用者の意見を反映している事例です。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	管理者・フロア長とコミュニケーションは取れており、話は聞いてもらえています。特別に機会を設けるようなことはないが、何かあればすぐに意見や提案を聞き入れてもらえると思っています。	管理者は職員とのコミュニケーションを密に図るよう努めています。今年度は職員が自己課題改善に取り組んだり、外部研修に参加するなどスキルアップを図る環境を整え、それぞれの意見や提案を積極的に出せるようにしています。	
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。	管理者も日々ケアの現場に入っており、現場で起きている状況変化に随時対応していると思います。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	今年は特にボトムアップに重点を置いている。外部研修に積極的に参加できるよう取り組んでいます。		
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り組みをしている。	グループホーム連絡会に参加し、交換研修や勉強会などの活動をしながら交流の場を作っています。		
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。	管理者が行ったアセスメント表を入居前に確認し本人の把握に努めています。入居後は、自分の思いを言葉で伝えられる方は対話で、言葉で伝えるのが難しい方は行動などから、本人の思いを読み解き不安の軽減に努めています。		

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
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。	家族の話を受け止めながら安心していただけるようにしています。罪悪感や不安を口にされる家族は多いので、入居者が少しでも安心できる生活を家族とともに考えていくようにしています。		
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、本人の置かれている環境や家族の状況などを確認し、迅速な対応が必要な場合には、他のサービスにつなげるようにしています。		
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。	生活支援者として日々の生活を一緒に楽しみながら過ごすことを心がけています。洗濯・調理など家事を一緒に行い、できること・活躍できる場をなくさないようにしています。		
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。	家族が面会に来られた際、入居者の普段の様子を積極的に話すようにしています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居者の友人・知人などは家族を介して面会に来られています。家族とともに墓参りに出かける方もおります。	家族や友人、知人の面会を歓迎しているほか、外食などレクリエーションにも家族の参加を促しており、関係継続を支援しています。馴染みの美容院、墓参り、思い出の場所への個別の外出には家族の協力を得ています。	

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。	家事を一緒に行ったり、スタッフを交えて雑談をするなどしている。険悪な雰囲気や不穏になりそうな様子には気付けることが多く、スタッフが介入し対応しています。		
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。	退居後はほとんどつながりがなくなってしまいが、顔を合わせた時などに様子を伺うことができました。		
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。	晩酌の希望がある方は多職種で検討し可能な限り希望を叶えるようにしています。晩酌のおつまみを買に行ったり、海が見たいと言われその日に皆で外出し海を見に行ったりと可能な範囲で希望に添うようにしています。	「花が見たい」「海が見たい」と言うつぶやきに対し、可能なことはその日に実行しています。言葉でのやりとりが難しい場合は、表情や仕草で推し量っています。新しい情報は申し送りノートで共有し、ケアプランに反映しています。	
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。	アセスメント記録をもとに一人ひとりの生活歴などの把握に努めています。晩酌をする方、夜遅くまで起きている方など個々に応じた生活リズムを工夫している。		
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。	申送りや業務日誌を通じて、排泄や食事の変化などを中心に情報を共有し現状の把握に努めています。健康面・体調に応じて個々に静養時間や機能訓練などを取り入れています。		

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
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。	毎月ケアカンファレンスを開催し個々の現状把握に努め、問題点や困り事について話し合いを行っています。	ケアプランは、利用者一人ひとりの状況に合わせ、長期、短期目標の期間をそれぞれに設定しています。毎月のケアカンファレンスで話し合い、問題点がある場合は期間にかかわらず随時、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。	個人記録だけでなくin/out表や申送りノート、看護記録、訪問診療記録などを活用し、情報共有に努めています。また、プラスノートを作り、スタッフ個々で実践しうまくいったことなどを他スタッフに伝えるツールとして活用し、皆で色々なアイデアを出し合うようにしています。		
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。	家族に声をかけて外食への参加を促したり、公共交通機関を利用しての外出などを行っています。桜や牡丹など季節を感じられる外出を積極的に行っています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	訪問理美容や演奏ボランティアなどを活用しています。また、運営推進会議での情報交換、地域でのイベント参加・買物などで地域との関わりを持つようにしています。		
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。	かかりつけ医のある方は家族への情報提供を確実にし、医療連携が途絶えないようにしています。かかりつけ医からの指示を家族に伺い健康管理につなげています。	本人や家族の希望を大切に、入居前のかかりつけ医を継続しています。基本的には家族の同行ですが、緊急時や家族の依頼により職員が対応しています。医療連携ノートを通して日常の様子や変化を伝え、受診結果を医師・家族と共有しています。	

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。	日々気付いたことを送りファイルに書き入れ情報を伝え、状況に応じた指示をいただいています。ケアカンファレンスに参加していただき医療的な視点での指導を受けています。		
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。	病院や家族と連絡を取り情報交換し、退院時の状態把握や退院後のケアに備えています。入院中は、定期的に見舞いに行き家族や病院スタッフの情報から現状把握に努めています。		
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。	本人・家族の意向を踏まえ、医師・看護師を交えた話し合いを重ね、それを文書に残しながら支援方法を決めています。決められた方針に添ってスタッフ間で話し合いを行いながらチーム一丸となり取り組んでいます。	入居時に重度化や終末期については「重度化や看取りに関する指針」に基づいて家族や利用者説明し、同意を得ています。利用者の段階に応じて医師や看護師とも話し合い、「看取り計画書」を作成しています。開設から数例の看取りをしています。	開設以来、職員は数回の看取りケアをしており、それぞれ対応が異なっています。今後は記録に残し、振り返りのカンファレンスを実施することが期待されます。
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。	急変や事故発生時などは、ホームのマニュアルやフローチャートに則って対応しています。		
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回消防署員立会いで防災訓練を行っています。訓練では町内会の方が参加して下さることもありますが、近隣に住宅が少ないため災害時は当日勤務のスタッフが対応するしかない事を自覚して訓練に参加しています。	職員は消防署の指導により、年2回の避難訓練や、業者の協力で消火器の使用方法を身に付けています。緊急時のマニュアルを整備し、災害時の手順や行動、連絡網、避難経路などを確認しています。非常食や飲料水などの備蓄リストを整備しチェックしています。	

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。	入居者の気持ちを大切に、自己決定を支援する声かけに努めています。入居者個々に話すスピード・トーンなどを考慮し聞きやすい会話を心がけています。スタッフ間では、「今の声かけは少し強いね」など気付ける環境作りをしています。	一人ひとりの人格を尊重し、理念にある「今」を大切に、その人らしい心豊かな生活を支援しています。毎日洗面・うぶ毛・爪などを確認し、利用者のプライドを損ねることのないよう職員会議や申し送りノートを活用して振り返っています。	
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。	買物や散歩などの入居者からの希望には可能な範囲で支援しています。自己決定の支援では、選択するためのメニュー表を作成したり、ゆっくり考える時間を持つようにしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	一日の流れはありますが入居者の意思を尊重しながら対応しています。行事などスタッフの都合で行わなければならない物もあります。		
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。	着替えの準備を入居者と行ったり、洋服を入居者に選んでもらったりしています。起床時のブラッシングや着衣の乱れには気をつけています。		
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。	毎月食レクを行い、入居者の食べたい物や馴染みの郷土料理などを作っています。準備では入居者それぞれにできることをお願いし、作る楽しみを感じていただく工夫をしています。買い物で好みのおかずを購入し食事で提供することもあります。食事形態は状態に合わせて臨機応変に対応しています。	献立や食材は外部に委託し、職員が調理をしています。利用者も配膳や食器洗いなどできる範囲で手伝い、職員とのコミュニケーションの場となっています。郷土料理作りや毎月の外食など食を通した支援は、利用者の自己決定の場面づくりにもなっています。	

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。	in/out表や健康管理表で摂取状況を把握し、状態に合わせて必要量を確保できるよう努めています。飽きが来ないような様々な水分を提供しており、嚥下状態によってはほうじ茶ゼリーや味付き氷などで対応しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後口腔ケアを行い、個々に歯間ブラシ・スポンジブラシ・舌苔ブラシを使用しています。義歯は毎日洗浄剤につけ衛生的に管理しています。見守り～全介助まで個々に応じて支援しています。		
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。	個々の排泄習慣に応じた声かけ誘導を行い、できる限りトイレでの排泄を促しています。In/out表を活用し、排泄間隔を確認しながらスタッフ間で声をかけ合っています。	利用者一人ひとりのイン/アウト表で排泄間隔を確認しています。排泄の失敗やおむつの使用を減らし、トイレでの排泄や自立に向けた支援を行っています。自尊心に配慮し、利用者の仕草からさりげなく声掛けをしています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	毎朝の健康体操、一日の水分量、毎朝ヨーグルトの摂取などで便秘予防に取り組んでいます。また、必要に応じて腹部マッサージなどを行っています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	週5日入浴できる日はありますが、基本的に時間帯は午前中と決まっています。入浴剤やゆず湯など入浴を楽しんでいただけるよう工夫しています。	基本的には午前中に週3～4回、利用者の生活習慣や希望を尊重し、本人の体調に応じて行っています。体調の注意事項や入浴後のケアについて職員は確認しています。気分転換や季節感を味わうよう、ゆず湯や菖蒲湯など工夫しています。	

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。	生活リズムや体調に応じて静養時間を設けています。散歩や外気浴など日中は様々な活動時間を設け昼夜逆転の予防に努めています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬剤情報がファイリングしてありすぐに内容確認ができるようになっています。医師や看護師の記録と照らし合わせ薬剤の理解に努めています。服薬介助はダブルチェックを徹底の上、個々の状態に合わせて介助方法を決めています。		
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。	歩くことが好きな方には毎日散歩に付添ったり、晩酌の習慣がある方にはおつまみを一緒に買いに行きお酒とともに提供しています。入居者の経験が発揮できるよう日々の生活支援で手伝いをお願いし、感謝の言葉を伝えるようにしています。		
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。	できるだけ買物、外食、散歩など日常の屋外活動は行っていますが、遠出をする機会は持っていません。	気候や体調に配慮しながら、近くの小川の散歩道や買い物に出かけ、利用者自身が料金を払ったりしています。庭に出て草花の水やり、野菜作りをしたり、散歩が難しい場合はウッドデッキや縁側での外気浴を日課としています。	
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。	買物での支払い、自動販売機での嗜好品の購入をされる方もいますが、多くのケースはスタッフが支払いなどを行っています。		

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
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。	ほとんど利用される方がいません。		
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。	庭で小さな家庭菜園をしており花や野菜を見て季節を感じていただいています。また、季節感のある壁飾りを皆で作って貼ったり、写真を貼る楽しんでいます。静かな空間を好まれる方のためフロア以外にもソファなど座って過ごせる場所があります。	木の床や漆喰の天井など温かみのある環境に配慮しています。リビングの畳スペース、縁側に設置したソファなど思い思いに過ごす場所を作っています。季節を感じる壁飾りを利用者と製作しています。	
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。	縁側にソファを置き静かに外を眺めて過ごせる空間や、本棚の横にベンチがあるなど個別で静かに過ごせる場所を確保しています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	家族写真や仏壇、人形ケースなど自分らしい生活空間となっており、扉を開ければ自分の部屋だとわかるようになっています。家具類は自宅から持参されたものを使用されています。	利用者や家族と相談しながら、プライバシーが守れ、居心地よく安心した環境になるよう支援しています。家族の写真や仏壇、好きな本などに囲まれています。夫婦など利用者同士の関係により、2部屋続きになる居室も用意することが可能です。	
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。	立ち上がりが不安定な方の横に椅子を置き一人でスムーズな立ち上がりを支援しています。居室扉に氏名を書くなど居室を認識しやすく工夫しています。歩行時は転倒に注意しつつなるべく見守りでの対応を心がけています。		

事業所名	グループホーム つくしの家
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)	○	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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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、活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。	リビングに理念を掲示しいつでも自身の行動を振り返れるようにしています。問題が起きた時は理念に立ち返るようにしています。理念に沿ったケアが出来るよう日々努力しています。		
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。	買物や散歩の際、地域の方と挨拶を交わしています。毎月地域ケアプラザでの演奏会に参加し、地域の方と一緒に演奏会を楽しんでいます。地域の音楽ボランティアがほとんど毎月来て下さっています。		
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。	地域ケアプラザでの演奏会の後、ホームでのボランティアによる音楽会の後、など地域の方と触れ合い認知症という病気を身近に感じていただきつつ啓発に努めています。		
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。	地域の情報交換を行ったり、質問・要望を受けサービス向上につながるよう改善しています。		
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。	入居者の介護保険認定更新や運営推進会議の議事録の提出など定期的に区担当者と顔を合わせています。また、区のグループホーム連絡会には区担当者が参加されることもあり、事業所の実情を伝えています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居者全員の行動を把握し、危険を回避しつつ自由な行動を抑止することなくスタッフ間で見守りをしています。スタッフは虐待による苦痛を理解し、拘束のないケアを実践しています。		
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。	虐待防止の勉強会を行い自身のケアを見直す機会を持ち、不適切なケアがないよう確認しています。県が作成した虐待防止マニュアルを全スタッフが読み、虐待防止・身体拘束について話し合いの場を持ち問題意識を高めています。		
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。	成年後見制度や自立支援事業についての勉強会は行っておらず周知できていません。		
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。	契約時に重要事項説明を行い、ホームでできること・できないことを明確に説明しています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	家族来設時に要望や不安などを言いやすい関係作りを心がけています。要望などがあった場合には、全スタッフに周知し反映しています。毎年家族会を開催し意見や要望を言える環境を作っています。意見箱を設置しています。		

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
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。	毎月管理者参加のケアカンファレンスを行い意見交換を行っています。変更の必要がある時はすぐに反映しています。管理者は日頃からスタッフと話す時間を作り、意見や不安を聞いてくれ、現場に反映させています。		
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。	管理者はスタッフが研修に参加できる環境を整えてくれます。		
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。	それぞれのスタッフのレベルに応じて課題を設定したり、外部研修に参加し全スタッフが共有できるよう報告会を行っています。		
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。	グループホーム連絡会に出席したり、交換研修を通じて学んだことを持ち帰り自身のケアに活かしています。		
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。	入居者とじっくり話す時間を作り、不安なこと・つらいこと・困っていることなどを把握するようにしています。利用開始時は意識的に声をかけるようにしています。		

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
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。	今までの苦労や入居の経緯をゆっくりと聞いていく中で、今後の要望や抱えている不安を受け止め、関係を深める努力をしています。		
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、本人の置かれている環境や家族の状況などを確認し、迅速な対応が必要な場合には、他のサービスにつなげるようにしています。		
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。	人生の先輩ということを念頭に置き、入居者ができる家事をお願いし感謝の言葉を伝えるようにしています。「共に生活している」という意識を大切に、共同作業をしています。		
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。	家族来設時は入居者と家族で過ごせるよう配慮したり、写真撮影などを行っています。また、日頃の様子を伝え、家族からも様々な話を伺い良い関係が築けています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	働いていた頃の友人や近所の方が来設されるなど継続的な交流ができるよう支援しています。車での外出時は入居者の自宅近くを通り声をかけるようにしています。		

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。	お茶やおやつの中には入居者同士がゆっくり話せるようスタッフが調整役となり支援しています。無理強いすることなくレクリエーションや家事を通じて入居者同士の関わりが深められるよう配慮しています。		
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。	看取りで退居されるケースがほとんどのため、その時点で関わりが終わってしまいます。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日々のケアや関わりから本人の思いやしたいことなどを理解するよう心がけています。		
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。	アセスメントや個人記録から過去の仕事やライフスタイルを把握するよう努めています。また、入居者・家族から生活歴・価値観・生活環境などを伺い、理解につなげています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	一人ひとりの生活リズムを把握するとともに、わかる・できることに注目し、その人全体の把握に努めています。家事やレクリエーション、日常生活動作など日々の生活の中で自立を支援し、自立支援の過程で心身の状態や現有能力を把握しています。		

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
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。	看護師を含めたカンファレンスで出た意見などを反映して作成されています。本人・家族の意見や思いは日々の生活支援の中で聞き取り、プランに反映されています。		
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。	入居者の個別ファイルを使用し、食事、水分、排泄、健康状態などを記入しています。介護記録、業務日誌、送りノートなどを活用し情報の共有に努めています。介護記録には本人の言葉やエピソードを記入し、家族、スタッフが閲覧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。	本人・家族の状況に応じて通院や送迎など必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力しています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域ケアプラザの催し物に毎月参加し楽しんでいただいています。運営推進会議を通じて、ケアプラザや町内会と周辺情報や支援に関する情報を交換し、豊かな暮らしを楽しむことができるよう努めています。		
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。	入居前からのかかりつけ医に受診するなど家族の希望に応じて対応しています。受診結果の情報を共有し、ケアに役立てています。		

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2回の訪問看護で健康管理の相談、対応を行っています。また、入居者の身体状況に変化があった時にはすぐに報告し早期治療に努めています。		
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。	入退院時の看護サマリーを通じて連携を取っています。入院中は家族に回復状況などを伺い、スムーズな退院支援を実現しています。		
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。	家族・医師・管理者で終末期のあり方について話し合い同意書を作成しています。方針決定後は全スタッフに周知し取り組んでいます。		
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。	定期的な訓練は行っていません。夜勤中の緊急対応についてマニュアルを整備し周知させています。		
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。	マニュアルを作成し、消防署の協力を経て年2回入居者とともに避難訓練を行っています。経路の確認や消火器の使い方、通報訓練を行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	人前であからさまに介助したり、誘導の声かけをしてしまわないように意識した声かけを心がけています。丁寧な声かけに努め、プライバシーの保護や人格の尊重をチームで高い意識を持ち生活支援をしています。		
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。	飲みたいものを選んでいただいたり、買い物で嗜好品を選んでいただいたりしています。意思表示が困難な方は、表情や行動から読み取るよう努めています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	一日の流れは決まっていますがその中で一人ひとりの体調や気持ちに合わせて対応するよう心がけています。食事・服薬以外の時間は入居者本位に自由に過ごしていただけるよう支援しています。		
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。	入浴時の着替えを選んでいただいたり、外出時に装飾品を選んでいただいたりと楽しまれています。衣類はすべて入居者が持参されています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	月に1回、入居者にメニューを決めていただき一緒に調理をしています。日々の生活でも、調理、盛付け、片付け、食器拭きなど様々な場面で活躍をされています。		

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
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。	in/out表を活用し一日の水分摂取量を確認しながら医療従事者からの助言を含めた個々の必要量を満たすようにしています。食事量・食事形態は個々の状態に合わせたものを提供しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後口腔ケアを行っており、個々の自立度に合わせて必要な介助を行っています。状態によっては、スポンジブラシやデンタルリンスなどを活用しています。		
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。	in/out表を活用し排泄パターンを把握し誘導することでトイレでの排泄を支援しています。		
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。	毎朝食にヨーグルトを提供したり、体操、歩行訓練、水分摂取量の調整などで自然排便を促す取り組みをしています。医師・看護師とも連携し必要と判断されれば下剤の処方などもされています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	「お風呂に入りませんか」と声かけし同意を得てから入浴するようにしています。入浴剤の使用などお風呂を楽しむ工夫もしています。入浴は平均的に週3～4日されますが、入る方は希望や状況に合わせてスタッフが判断しています。		

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。	日中の活動を促し、一日の生活リズムを整え安眠につながるよう支援しています。また、体調や希望に合わせて個別に静養時間を設けています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬剤情報は個別のファイルに保管してありいつでも閲覧できるようになっています。服薬内容に変化ある場合は、申送りノートなどで情報の共有に努めています。		
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。	一人ひとりに合った活躍の場（花の水やり・テーブル拭き・調理・盛り付け・洗濯など）を作り、感謝の言葉を伝えることで「役に立っている」という喜びにつながるように心がけています。外食レクや食事レクなどに力を入れています。		
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。	天気の良い日はほとんど毎日散歩に出かけています。定期的に車での外出・買物にも行っています。毎月の外食ではお好きな物を選んでいただき気分転換を含め楽しまれています。		
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。	買物や外食時、受け取りができる方は自身で支払い、レシート・おつりを自身で受け取る支援をしています。支払いなどが難しい方はスタッフが管理し対応しています。		

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
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。	電話をかけたい時に自由にかけてられるようにしています。また、受話器を自身で持つことが難しい入居者には、家族から電話がかかってきた時にスタッフが受話器を持ち声が聞こえるように支援しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ホーム全体が木の温もりが感じられるような建物になっています。リビングにソファがありゆったり過ごせるようになっているとともに、転倒予防のため余計な物は置かないようにしています。花や家庭菜園などで季節を感じていただくように工夫しています。		
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。	リビングにテーブル・椅子・ソファがあり、食事以外の時間は自由に座り語り合えるよう支援しています。廊下にはベンチがありひなたぼっこをさせている姿も見られます。		
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。今まで使用していた家具などをお持ちいただき、家族とともに配置を考え設置しています。また、馴染みの音楽や本、写真なども持参され思い思いに飾られています。ホームで撮った写真なども飾り、「自分の家」と認識していただけるよう工夫しています。		
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。	入居者の身体状況を見極め、家具の配置などで転倒予防に努め、移動の自立を支援しています。不安や混乱につながることを取り除き、穏やかな気持ちで生活できるよう環境に配慮しています。基本的に入居者ができることは自身で行っていただくことを念頭にケアしています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム つくしの家

作成日： 平成 28年 9月 25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	1	理念の活用がうまくできていない	理念の理解を深め実践に活用できるようになる	より噛み砕いた表現による「職員の心得」を作成し活用する	6ヶ月
2	12	終末期のケアを行った後の情報の共有、相互理解に不足がある	実践した終末期ケアを深く理解し、次の機会に向けステップアップする	終末期ケアを終えた後、振り返りのカンファレンスを行い記録に残す	12ヶ月
3	11	定期的な訪問診療の内容を家族と共有できていない	医療機関との関わりを確実に家族と共有できる連絡体制を構築する	月1回の請求書等の発送の際、月2回の訪問診療の内容を記録した書面を同封する	1ヶ月
4	6	入居者の安全と入居者の尊厳、を念頭に置いた事業所の施錠の範囲について、ご家族によっては考え方が異なる方がいる	事業所とご家族の考え方がある程度一致できるようになる	ご家族にアンケートを取り意向の把握に努める。考え方の異なるご家族と対話を図り方向性の一致に努める。	12ヶ月
5					ヶ月