

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	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) 神奈川県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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成30年5月1日	評価結果 市町村受理日	平成30年7月19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)】

生活環境を整えることで、いきいきとした生活が送れるように支援しています。「ご家族も一緒に」外出、外食の機会を設け、共に支えていく関係を築いています。趣味や嗜好を把握し「今」を大切にしたい個別ケアを取り入れています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年6月20日	評価機関 評価決定日	平成30年7月10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)】

事業所は京浜急行線金沢文庫駅からバスに乗り、「市民の森入口」で下車、徒歩3～4分にある2階建ての建物です。前には金沢動物園・金沢自然公園があり、森林に囲まれた環境に立地しています。

<優れている点>

理念にある「『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。」を意識して実践しています。毎週1回(金曜日)は入浴計画も組まず、レクの日(レクリエーションの日)として、行きたい場所を決め、1階・2階それぞれの利用者は職員と積極的に外出しています。この他に食事レク(おやつ・外食も含む)も月1回、1階・2階別に行っています。さらに季節行事や個別支援として、「披露山公園に行き、子猿に会いたい」や「大好きなアンパンを作る・食べる・そして語る!」を実践したりしています。職員は食事・外出・菜園・居室など、7～8の担当を月ごとに分担し、入居者と一緒にやることを決めています。外食・外出には家族も参加し、入居者と一緒に楽しんでいます。

<工夫点>

昨年度、数人の看取り介護を行っています。布団など宿泊設備を整え、最期にはできる限り家族が立ち会えるよう努めています。看取りを行った後は、その利用者に関わった職員全員で振り返りの場を持ち、良かったことは継続し、改善すべき課題は、今後のケアの質の向上につなげています。

【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	1階

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)	○	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。	理念や心得はフロア・更衣室など職員や家族も見える場所に掲示している。各フロアでは理念に基づいた個人の目標やフロアの目標を朝礼で声に出して確認している。カンファレンスでは、理念・心得に合ったケアができていくかを振り返っている。	設立時に幹部職員で理念と心得を創り、各階出入口や更衣室に掲示しています。また、理念に基づいた心得や職員全体の目標、職員個人の課題を決めています。職員は各階ごとに唱和し、実践につなげています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	定期的に関わっている地域ケアプラザの音楽会・演奏ボランティア・フラダンスボランティアをはじめ、町内会のお祭り・小学校の運動会にも声をかけてもらっている。近くの保育園児が散歩がてら寄ってくれることもある。	町内会の夏祭りには利用者の席も用意しており、参加しています。小学校の運動会も招待されて参加しています。近くの保育園児が散歩がてら寄って歌を歌ってくれます。年に2～3回の三味線・大正琴・フラダンスのボランティアも受け入れています。	
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。	近所のスーパーに買い物に行ったり、3ヶ所の地域ケアプラザでの催し物へ参加する中で、地域の方々に認知症という病気を身近に感じてもらっている。ケアプラザでの認知症の勉強会でGHの役割や特徴などについて説明し、質問などに答えている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	事業所からの報告だけでなく参加者からの質問や提案をいただき、その内容を職員にフィードバックし、サービスの向上に活かしている。	メンバーは家族代表、町内会長、民生委員、地域ケアプラザ職員、グループホーム連絡会会員で2ヶ月に1回開催しています。入居者の状況、活動報告、事故報告、職員の移動、活動予定などを中心に話し合っています。	
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に取り組んでいる。	隔月で介護相談員が訪問していて、入居者の生活を客観的に見て意見をもらい、質問があれば答えている。運営推進会議で地域ケアプラザの主任ケアマネジャーが参加しており連携が取れている。	市から派遣される介護相談員が2ヶ月に1回来訪し、入居者と話し合っています。近くの3つの地域ケアプラザを活用し、フルートやハーモニカ、獅子舞を鑑賞したり、うどんを食べたりしています。グループホーム連絡会に参加し、研修会にも行っています。	

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
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。	入居者の安全を確保するため、行動を把握し自由な行動を抑制しないように見守りをしている。リーダー会議において、3ヶ月に一度、身体拘束等適正化のための対策を検討している。道路に面した門扉のみ家族の理解を得て施錠しているが、その他は施錠せず職員間で連携を取り見守りで対応している。	毎年、身体拘束の研修を行っています。職員は身体拘束をしないケアについて十分理解し、行動できています。門扉のみ施錠していますが、その他は施錠せず、職員の見守りで対応しています。不十分な声掛けや対応があった場合は職員同士で注意し合える体制があります。	
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。	職員の疲労やストレスを把握し声かけや話し合いを持ち、入居者への虐待につながらないようにしている。虐待の認識がなくても虐待と捉えられることもあることを伝えるなどし防止に努めている。外部研修で学び報告会を行い周知させている。		
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。	制度を利用されている方がおりその方を通じて学べる環境にはあるが、対応は管理者が行っているため、職員へは制度を学べるよう説明している。		
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。	管理者が説明を行っている。特に、利用料などは理解度を確認しつつ同意を得ながら説明している。質問にも丁寧に答え一方的な説明にならないよう努めている。契約後も連絡を取り、質問や不安を聞き丁寧に説明している。		
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。	家族の面会時は職員から積極的に挨拶し日頃の様子を伝えたり、年に一度の家族会では食事を一緒にとりながら、意見が言いやすい環境作りをしている。出された意見や要望はノートや申送りを通して職員に周知させている。	月に1回、入居者の日頃の笑顔の写真を中心にした「つくしの家新聞」と、個別の様子を記した手紙を家族に送っています。家族の要望から職員の写真と名前の一覧を入口に掲示しています。外食・外出には家族も参加しています。	

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
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。	日頃からフロアにいる時間を作り職員と話す時間も多く、意見が言いやすい環境作りを心掛けている。管理者がいる時には事務所のドアをあけており、いつでも個別に提案できる環境になっている。毎月のカンファレンスで出た意見も反映させている。	毎月1回各階ごとのフロア長を中心に活発なカンファレンスを行っています。フロア長との個人面談は年1回行っており、管理者とはいつでも話せるようになっていきます。職員は外出レクリエーション、食事レクリエーションなど分担して担当しています。	
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。	自己研磨のために外部研修の機会を設けてくれている。健康診断や予防接種などの健康面への配慮がある。職員のストレスや疲労の状態が把握できるようフロアで過ごす時間を多くとっている。勤務時間の遵守、勤務終了後は早く帰宅するように促している。		
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。	外部研修に参加できるよう勤務を調整してくれている。職員が受講したい研修を選べ、自己研磨ができる環境にある。研修後は報告会を行い他の職員も学べる環境にしている。		
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。	市内のGHとの交換研修を行っている。GH連絡会で事例検討を行ったり、他事業所の意見や経験をケアに活かしている。		
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。	日々の会話や行動から、本人の思いや不安、要望を受け止め、記録に残し情報共有している。その人が今どんな支援を求めているかを考え、話し合い、行動する中で関係づくりに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	家族の思いを受け止めるとともに今までの苦労を聞き取り共感する姿勢を持っている。面会時にしっかり家族の声に耳を傾け、安心して帰っていただけるように努めている。		
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、本人や家族の思いや状況聞き、具体的にアドバイスしている。早急な対応が必要な場合はケアマネジャーに相談するように提案している。新規入居者に対しては、まず行動を見守り必要な支援を検討している。		
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。	庭仕事や家事などを一緒に行う中で教えてもらうことも多い。できることをやってもらう中で感謝の言葉を伝えている。職員は理念や心得に沿ったケアを意識し、指導者ではなく生活支援者であることを意識し行動している。		
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。	面会時には日頃の様子や外出時の様子を話すことで、ご家族も感想を話して下さり良い関係が築けている。良い事だけでなく悪いことも隠さず話すようにしている。外出、外食なども家族に声をかけて参加していただいているので、共に支え合う環境ができています。		
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。	友人・同僚・近所の方が来設されたり、電話で話されたり継続的な交流を支援している。日々の会話から馴染みの場所などを把握し希望に合わせて外出支援をしている。	住んでいた頃の近所の人に来て部屋で湯茶を飲みながら話を楽しんでいます。また会社時代の同僚や後輩が何度も来ている人や、家族と墓参りに行く人もいます。また、入居者との日々の話から昔馴染みの「披露山公園で子猿に会いたい。」を叶えています。	

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
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。	入居者同士の関係を把握して情報を共有し、席の並びを考慮したりトラブルにならないよう配慮している。心身の状態や気分で感情が変わることもあるが、職員はすぐには介入せず見守り、必要な時に調整に入るようにしている。		
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。	看取りでのサービス利用終了が多いため、その後の継続した関わりは難しい。管理者が電話などで近況を伺うことはある。		
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。	日々の会話などで食べたい物・行きたい場所などを把握し実現できるようにしている。本人にとってどうかという考えを持ち、本人本位の支援を心掛けている。コミュニケーションが取りにくい方は家族の思いや本人の表情・行動から把握するよう努めている。	普段の会話から食べたいもの、行きたい場所などを把握し、実現出来るようにしています。把握した思いや意向は申し送りノートに記入し、職員皆で情報を共有しています。散歩などをケアプランにつなげています。	
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。	本人や家族から今までの生活歴・趣味・価値感やどんなサービスを受けてきたかなどを聞き取り、行動の理解や全体像につなげている。		
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。	生活リズムを理解する共に、できることに着目しその人全体の把握につなげている。無理強いせず出来ることを支援しながら、体操やレクリエーション・家事・散歩などを通じてADLの把握にもつなげている。		

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。	本人や家族の会話の中から気持ちを汲み取りケアプランに反映できるよう努めている。日々の生活の中で気づいたことや提案をノートに記入することで情報を共有し、意見交換を行っている。それをケアプランに反映させることもある。	入居時に本人や家族のアセスメントを行い、仮のケアプランを作っています。3ヶ月ほどで見直し、正式にケアプランを作成します。それ以後6ヶ月毎にモニタリングを行い見直しを行っています。入退院や介護保険見直し時にも見直しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個人記録・健康管理表・in/out表・入浴表を使用し、日々の様子・排泄・入浴・食事・水分・睡眠・バイタルなどを記録し、情報共有している。また、それらを基にケアプランの見直し、評価を行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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、家族の負担軽減につなげている。外食や外出の際、家族にも声をかけさせていただき、同行される方も多い。また、個別支援のための勤務を組み、対応できるよう努めている。		
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。	運営推進会議を通じて町内会長・民生委員・包括職員などから地域の情報や支援に関する意見交換をしたり、提案をしていただきながら、協力関係を構築している。訪問歯科・訪問理美容・ボランティアなど様々な地域資源を活用しながら入居者の支援をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	事業所の協力医療機関のほか、本人・家族が希望されたかかりつけ医への通院・訪問診療を受けている。基本的には家族同行の受診だが、家族の状況によっては職員が代行することもある。	運営法人の母体である小谷クリニックが協力医療機関です。医師が月2回、看護師が週2回訪問し、細やかな体調管理を行っています。看護師の24時間ONコール体制も整えています。入居者の希望により、眼科や歯科の訪問診療も受けています。	

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
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。	週に2回の訪問看護時やそれ以外の日でも、気づきや変化などを報告し指示を受けるとともに必要があれば受診につなげている。入浴介助や機能訓練などの指導や職員の疑問・質問にも答えももらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は同行し必要な情報提供を行っている。サマリーなどの書類での情報提供をはじめ、入院中も家族と連絡を取り合い、退院に向けて協力体制がとれている。退院が決まれば病院からの情報をもとに退院後の支援の在り方を話し合っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	家族の意向を尊重しつつ、家族・主治医・管理者で話し合いを重ね、その内容を職員は周知した上で連携しケアを行っている。揺れ動く家族の気持ちに寄り添い、安心して納得した終末期を迎えられるように努めている。	入居時に本人、家族に対して「急変時の対応」と「看取りケア対応指針」についての説明をして、確認・同意を行っています。重度化した場合の家族の気持ちの揺れを十分に理解し、何度も医師を交えて話し合いを重ねて、看取り支援を行っています。	
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。	マニュアルを整備し対応方法は周知しているが事業所として救急手当や蘇生の訓練などは行っていない。		
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年に2回消防署の協力を得て消防訓練を行い、避難経路の確認、消火器の使い方、通報の手順の確認を行っている。同日に設備点検も行っている。地域の協力体制については、運営推進会議で町内会と連携を深めている。	消防署の指導の下、日中想定と夜間想定での避難訓練を年に1回ずつ行っています。庭に、非常時には生活用水として使用可能な井戸があります。非常用備品は食料として水、乾パン、ガス燃料を3日分準備しています。事業所の近所に広域避難所があります。	町内会の避難訓練などの情報を集め、これまで以上に地域の住民との協力体制を作り、災害対策を行うことが期待されます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	支援が必要な時も、一人ひとりの状態に合わせた声の大きさやトーン、自己決定しやすい言葉かけやプライバシーに配慮した声掛けをするよう努めている。	理念にある「その人らしい生活」を大切に考え、利用者一人ひとりの人格を尊重し、自尊心を傷つけないような支援を行っています。個人情報に記載されている書類は、施錠して保管しています。	
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。	職員が決めるのではなく、飲み物やおやつを選んだり、買い物や散歩の参加など自己決定できるように支援している。突然の希望もできる限り実現できるよう対応している。意思表示の難しい方には表情から読み取ったり選択肢を減らすなどしている。		
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。	基本的な一日の流れは決まっていますが、無理強いせず、その方のペースや気持ちに合わせて対応している。食事の場所や過ごしていただく場所もその時の気持ちを尊重し対応している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	おしゃれな方も多く、入浴や外出の際など洋服を選んでいただいている。外出時は馴染みのカバンを持たれたり、カラーリング、ウィッグを使用されている方もおられるなど、その人らしさを失わないような支援をしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	調理、盛り付け、食器拭き、テーブル拭き、献立書き、献立の読みあげなど食事に関わることを一緒に行っている。家庭菜園で収穫した野菜を使い調理したり、ぬか漬けをしたり食事を楽しんでいただけるよう努めている。	入居者もエプロンをつけて、一緒に食事作りや配膳、食器洗いをしています。月に1回、利用者にリクエストを聞き、献立から一緒に作っています。赤しそジュース、ぬか漬け、家庭菜園作りなども行い、食欲が湧くよう工夫しています。	

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
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。	一人ひとりの状態に合わせた量や形態で提供している。主治医より栄養補助飲料が出されている方もいるが、これだけに頼らず、食が進むよう工夫している。医療従事者と連携し個々の水分摂取量の調整を行い職員はin/out表を活用し摂取状況を把握している。		
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、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。	歯ブラシだけでなくスポンジブラシ、うがい薬、舌ブラシなども活用している。口腔ケアの場所も洗面台で行う、食席で行うなど個々の状態に合わせて支援している。義歯は預かり毎晩洗浄剤に浸けている。		
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。	in/out表を活用し個々の排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っている。尿意のない方もトイレ誘導し、トイレでの排泄を大切にしている。紙パンツやパットなども本人に合わせて検討している。	日中は、トイレで排泄する支援を心がけています。排泄時の誘導は、羞恥心やプライバシーに配慮しています。失敗や汚れた際は、浴室と一体になっているトイレへ小さな声で声掛け誘導して、清潔を保持しています。	
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。	毎日の体操・散歩・水分調整などできるだけ自然排便が出来るよう取り組んでいる。便秘予防のために毎朝のヨーグルトや乳酸菌飲料を摂取している。下剤を使用している方もいるが、医療従事者と連携し個々に合わせた使用量や頻度などの調整を行っている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴時間は午前中となつてはいるが入浴を希望されない方は無理強いせず翌日に変更したり、時間を変えて声かけをするなどの工夫をしている。脱衣の前に声をかけ了承をとるなど羞恥心や恐怖心に配慮した支援をしている。	入浴を週3回から4回に設定しています。一人ひとりの入浴の習慣を大切にしています。1階の風呂場は、昔懐かしいタイル張りの造りになっています。2階は、右麻痺でも左麻痺の人でも安全に入れる浴室の造りになっています。	

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
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。	日中の活動量を多くし、生活リズムを整えるよう努めている。体調に合わせて個々に静養時間を確保している。夕方からは職員の声をトーンダウンしたり、入床前はフロアの照明を少しおとすなど入眠に向けた時間が穏やかなものになるよう心掛けている。		
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。	薬情は職員が内容を把握できるようにしてある。内服薬に変更があった場合は申送りやノートを活用し職員に周知させ、副作用が出ていないかの確認も日々行い、変化等は医療従事者へ報告している。服薬介助は声に出してダブルチェックを行い誤薬に注意している。		
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。	食事作り、ぬか漬け、おやつ作りや草取りなど入居者の経験や昔の知恵を活かしてもらい、活躍の場が持てるよう支援している。家事以外でも趣味を継続したり、個々に応じた活躍の場を提供し、その都度感謝の言葉を伝えるよう意識している。		
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。	社用車・車椅子・シルバーカー・徒歩など個々に合った移動方法でできる限り多く外出できるよう心掛けている。外食・水族館・植物園・動物園・バーベキューなど積極的に外出支援を行っている。家族も参加していただけるよう声かけをしている。	週に1回、レクリエーションの日を設け、積極的に外出しています。外出回数グラフを作成し、車いすの利用者も含めて均等に戸外に行くように努めています。家族、看護師も同伴した外出支援を企画し、実施しています。	
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。	家族からお金を預かり事務所で管理しているが、買い物や外食の際、お金を手渡し入居者が会計できるよう支援している。入居者自身が少額の現金を持っている方もいる。		

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。	かけたい時にホームの電話やご自分の携帯電話から家族や友人にかけたり、毎日かけてくる家族もおられ取り次いでいる。家族や友人から手紙が届く方もいる。		
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。	縁側にソファ、テラスにテーブルや椅子があり居心地の良い空間を作っている。庭に家庭菜園や花壇、玄関にも花があり季節を感じられるようにしてある。フロアの飾りは入居者と共同で作る季節感溢れる雰囲気になっている。換気や室温調整に気をつけ、雑音になるような音は出さないようにしている。	木の香りのするリビングは、床が木目で、天井が高く広々としています。毎日の献立を入居者が筆で書いて貼っています。障子、畳の場所など和風の雰囲気統一していて、安らぎの空間を作り出しています。ガラス戸で開閉できる縁側があり、天気を気にせずゆったりとくつろげる造りになっています。	
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。	ベンチがあり一人で過ごされる方もいる。縁側のソファでお茶をしながら庭を眺めたり、日向ぼっこをしたりと気の合う方同士で過ごせる場所がある。ソファに座りながら車を眺めている方もいる。		
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。	今まで使用していた家具や鏡台を持ち込んでいただいたり、アルバムや本、化粧品、お人形やお仏壇を置くなどご自分の部屋として居心地のよい空間になるように配慮している。ご自分で書いた書を貼られている部屋もある。	本人と相談しながら家具を配置し、圧迫感のない部屋造りを心がけています。部屋の入口に表札を掲げたり、使い慣れた桐ダンスを持ち込んだり、家族の写真を飾ったりとその人らしい暮らしを支援しています。	
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。	一人ひとりのわかること、できることを把握し、動線や身体機能に合わせてテーブルや家具を配置するなど環境整備し、自立支援につなげている。居室入り口には名前を書いた紙を貼り表札変わりにしたり人形やリースを飾り目印にしている方もいる。		

事業所名	グループホーム つくしの家
ユニット名	2階

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。	理念や心得はフロア・更衣室など職員や家族も見える場所に掲示している。各フロアでは理念に基づいた個人の目標やフロアの目標を朝礼で声に出して確認している。カンファレンスでは、理念・心得に合ったケアができているかを振り返っている。		
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。	定期的に関わっている地域ケアプラザの音楽会・演奏ボランティア・フラダンスボランティアをはじめ、町内会のお祭り・小学校の運動会にも声をかけてもらっている。近くの保育園児が散歩がてら寄ってくれることもある。		
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。	近所のスーパーに買い物に行ったり、3ヶ所の地域ケアプラザでの催し物へ参加する中で、地域の方々に認知症という病気を身近に感じてもらっている。ケアプラザでの認知症の勉強会でGHの役割や特徴などについて説明し、質問などに答えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	事業所からの報告だけでなく参加者からの質問や提案をいただき、その内容を職員にフィードバックし、サービスの向上に活かしている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	隔月で介護相談員が訪問していて、入居者の生活を客観的に見て意見をもらい、質問があれば答えている。運営推進会議で地域ケアプラザの主任ケアマネジャーが参加しており連携が取れている。		

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「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。	入居者の安全を確保するため、行動を把握し自由な行動を抑制しないように見守りをしている。リーダー会議において、3ヶ月に一度、身体拘束等適正化のための対策を検討している。道路に面した門扉のみ家族の理解を得て施錠しているが、その他は施錠せず職員間で連携を取り見守りで対応している。		
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。	職員の疲労やストレスを把握し声かけや話し合いを持ち、入居者への虐待につながらないようにしている。虐待の認識がなくても虐待と捉えられることもあることを伝えるなどし防止に努めている。外部研修で学び報告会を行い周知させている。		
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。	制度を利用されている方がおりその方を通じて学べる環境にはあるが、対応は管理者が行っているため、職員へは制度を学べるよう説明している。		
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。	管理者が説明を行っている。特に、利用料などは理解度を確認しつつ同意を得ながら説明している。質問にも丁寧に答え一方的な説明にならないよう努めている。契約後も連絡を取り、質問や不安を聞き丁寧に説明している。		
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。	家族の面会時は職員から積極的に挨拶し日頃の様子を伝えたり、年に一度の家族会では食事を一緒にとりながら、意見が言いやすい環境作りをしている。出された意見や要望はノートや申送りを通して職員に周知させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	日頃からフロアにいる時間を作り職員と話す時間も多く、意見が言いやすい環境作りを心掛けている。管理者がいる時には事務所のドアをあけており、いつでも個別に提案できる環境になっている。毎月のカンファレンスで出た意見も反映させている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	自己研磨のために外部研修の機会を設けてくれている。健康診断や予防接種などの健康面への配慮がある。職員のストレスや疲労の状態が把握できるようフロアで過ごす時間を多くとっている。勤務時間の遵守、勤務終了後は早く帰宅するように促している。		
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。	外部研修に参加できるよう勤務を調整してくれている。職員が受講したい研修を選べ、自己研磨ができる環境にある。研修後は報告会を行い他の職員も学べる環境にしている。		
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。	市内のGHとの交換研修を行っている。GH連絡会で事例検討を行ったり、他事業所の意見や経験をケアに活かしている。		
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。	日々の会話や行動から、本人の思いや不安、要望を受け止め、記録に残し情報共有している。その人が今どんな支援を求めているかを考え、話し合い、行動する中で関係作りに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	家族の思いを受け止めるとともに今までの苦労を聞き取り共感する姿勢を持っている。面会時にしっかり家族の声に耳を傾け、安心して帰っていただけるように努めている。		
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、本人や家族の思いや状況聞き、具体的にアドバイスしている。早急な対応が必要な場合はケアマネジャーに相談するように提案している。新規入居者に対しては、まず行動を見守り必要な支援を検討している。		
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。	庭仕事や家事などを一緒に行う中で教えてもらうことも多い。できることをやってもらう中で感謝の言葉を伝えている。職員は理念や心得に沿ったケアを意識し、指導者ではなく生活支援者であることを意識し行動している。		
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。	面会時には日頃の様子や外出時の様子を話すことで、ご家族も感想を話して下さり良い関係が築けている。良い事だけでなく悪いことも隠さず話すようにしている。外出、外食なども家族に声をかけて参加していただいているので、共に支え合う環境ができています。		
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。	友人・同僚・近所の方が来設されたり、電話で話されたり継続的な交流を支援している。日々の会話から馴染みの場所などを把握し希望に合わせて外出支援をしている。		

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。	入居者同士の関係を把握して情報を共有し、席の並びを考慮したりトラブルにならないよう配慮している。心身の状態や気分で感情が変わることもあるが、職員はすぐには介入せず見守り、必要な時に調整に入るようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	看取りでのサービス利用終了が多いため、その後の継続した関わりは難しい。管理者が電話などで近況を伺うことはある。		
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。	日々の会話などで食べたい物・行きたい場所などを把握し実現できるようにしている。本人にとってどうかという考えを持ち、本人本位の支援を心掛けている。コミュニケーションが取りにくい方は家族の思いや本人の表情・行動から把握するよう努めている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	本人や家族から今までの生活歴・趣味・価値感やどんなサービスを受けてきたかなどを聞き取り、行動の理解や全体像につなげている。		
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。	生活リズムを理解する共に、できることに着目しその人全体の把握につなげている。無理強いせず出来ることを支援しながら、体操やレクリエーション・家事・散歩などを通じてADLの把握にもつなげている。		

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。	本人や家族の会話の中から気持ちを汲み取りケアプランに反映できるよう努めている。日々の生活の中で気づいたことや提案をノートに記入することで情報を共有し、意見交換を行っている。それをケアプランに反映させることもある。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個人記録・健康管理表・in/out表・入浴表を使用し、日々の様子・排泄・入浴・食事・水分・睡眠・バイタルなどを記録し、情報共有している。また、それらを基にケアプランの見直し、評価を行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	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、家族の負担軽減につなげている。外食や外出の際、家族にも声をかけさせていただき、同行される方も多い。また、個別支援のための勤務を組み、対応できるよう努めている。		
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。	運営推進会議を通じて町内会長・民生委員・包括職員などから地域の情報や支援に関する意見交換をしたり、提案をしていただきながら、協力関係を構築している。訪問歯科・訪問理美容・ボランティアなど様々な地域資源を活用しながら入居者の支援をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	事業所の協力医療機関のほか、本人・家族が希望されたかかりつけ医への通院・訪問診療を受けている。基本的には家族同行の受診だが、家族の状況によっては職員が代行することもある。		

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
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。	週に2回の訪問看護時やそれ以外の日でも、気づきや変化などを報告し指示を受けるとともに必要があれば受診につなげている。入浴介助や機能訓練などの指導や職員の疑問・質問にも答えももらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は同行し必要な情報提供を行っている。サマリーなどの書類での情報提供をはじめ、入院中も家族と連絡を取り合い、退院に向けて協力体制がとれている。退院が決まれば病院からの情報をもとに退院後の支援の在り方を話し合っている。		
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。	家族の意向を尊重しつつ、家族・主治医・管理者で話し合いを重ね、その内容を職員は周知した上で連携しケアを行っている。揺れ動く家族の気持ちに寄り添い、安心して納得した終末期を迎えられるように努めている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	マニュアルを整備し対応方法は周知しているが事業所として救急手当や蘇生の訓練などは行っていない。		
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年に2回消防署の協力を得て消防訓練を行い、避難経路の確認、消火器の使い方、通報の手順の確認を行っている。同日に設備点検も行っている。地域の協力体制については、運営推進会議で町内会と連携を深めている。		

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
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。	支援が必要な時も、一人ひとりの状態に合わせた声の大きさやトーン、自己決定しやすい言葉かけやプライバシーに配慮した声掛けをするよう努めている。		
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。	職員が決めるのではなく、飲み物やおやつを選んだり、買い物や散歩の参加など自己決定できるように支援している。突然の希望もできる限り実現できるよう対応している。意思表示の難しい方には表情から読み取ったり選択肢を減らすなどしている。		
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。	基本的な一日の流れは決まっていますが役割分担もあるが、無理強いせず、その方のペースや気持ちに合わせて対応している。食事の場所や過ごしていただく場所もその時の気持ちを尊重し対応している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	おしゃれな方も多く、入浴や外出の際など洋服を選んでいただいている。外出時は馴染みのカバンを持たれたり、カラーリング、ウィッグを使用されている方もおられるなど、その人らしさを失わないような支援をしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	調理、盛り付け、食器拭き、テーブル拭き、献立書き、献立の読みあげなど食事に関わることを一緒に行っている。家庭菜園で収穫した野菜を使い調理したり、ぬか漬けをしたり食事を楽しんでいただけるよう努めている。		

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
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。	一人ひとりの状態に合わせた量や形態で提供している。主治医より栄養補助飲料が出されている方もいるが、これだけに頼らず、食が進むよう工夫している。医療従事者と連携し個々の水分摂取量の調整を行い職員はin/out表を活用し摂取状況を把握している。		
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。	歯ブラシだけでなくスポンジブラシ、うがい薬、舌ブラシなども活用している。口腔ケアの場所も洗面台で行う、食席で行うなど個々の状態に合わせて支援している。義歯は預かり毎晩洗浄剤に浸けている。		
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。	in/out表を活用し個々の排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っている。尿意のない方もトイレ誘導し、トイレでの排泄を大切にしている。紙パンツやパットなども本人に合わせて検討している。		
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。	毎日の体操・散歩・水分調整などでできるだけ自然排便が出来るよう取り組んでいる。便秘予防のために毎朝のヨーグルトや乳酸菌飲料を摂取している。下剤を使用している方もいるが、医療従事者と連携し個々に合わせた使用量や頻度などの調整を行っている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴時間は午前中とはなっているが入浴を希望されない方は無理強いせず翌日に変更したり、時間を変えて声かけをするなどの工夫をしている。脱衣の前に声をかけた承をとるなど羞恥心や恐怖心に配慮した支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	日中の活動量を多くし、生活リズムを整えるよう努めている。体調に合わせて個々に静養時間を確保している。夕方からは職員の声をトーンダウンしたり、入床前はフロアの照明を少しおとすなど入眠に向けた時間が穏やかなものになるよう心掛けている。		
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。	薬情報は職員が内容を把握できるようにしてある。内服薬に変更があった場合は申送りやノートを活用し職員に周知させ、副作用が出ていないかの確認も日々行い、変化等は医療従事者へ報告している。服薬介助は声に出してダブルチェックを行い誤薬に注意している。		
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。	食事作り、ぬか漬け、おやつ作りや草取りなど入居者の経験や昔の知恵を活かしてもらい、活躍の場が持てるよう支援している。家事以外でも趣味を継続したり、個々に応じた活躍の場を提供し、その都度感謝の言葉を伝えるよう意識している。		
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。	社用車・車椅子・シルバーカー・徒歩など個々に合った移動方法でできる限り多く外出できるよう心掛けている。外食・水族館・植物園・動物園・バーベキューなど積極的に外出支援を行っている。家族も参加していただけるよう声かけをしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	家族からお金を預かり事務所で管理しているが、買い物や外食の際、お金を手渡し入居者が会計できるよう支援している。入居者自身が少額の現金を持っている方もいる。		

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。	かけたい時にホームの電話やご自分の携帯電話から家族や友人にかけたり、毎日かけてくる家族もおられ取り次いでいる。家族や友人から手紙が届く方もいる。		
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。	縁側にソファ、テラスにテーブルや椅子があり居心地の良い空間を作っている。庭に家庭菜園や花壇、玄関にも花があり季節を感じられるようにしてある。フロアの飾りは入居者と共同で作る季節感溢れる雰囲気になっている。換気や室温調整に気をつけ、雑音になるような音は出さないようにしている。		
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。	ベンチがあり一人で過ごされる方もいる。縁側のソファでお茶をしながら庭を眺めたり、日向ぼっこをしたりと気の合う方同士で過ごせる場所がある。ソファに座りながら車を眺めている方もいる。		
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。	今まで使用していた家具や鏡台を持ち込んでいただいたり、アルバムや本、化粧品、お人形やお仏壇を置くなどご自分の部屋として居心地のよい空間になるように配慮している。ご自分で書いた書を貼られている部屋もある。		
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。	一人ひとりのわかること、できることを把握し、動線や身体機能に合わせてテーブルや家具を配置するなど環境整備し、自立支援につなげている。居室入り口には名前を書いた紙を貼り表札変わりにしたり人形やリースを飾り目印にしている方もいる。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 つくしの家

作成日： 平成 30年 7月 16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	7	各フロアのリーダーが新しくなり、報連相が不十分で、必要な情報が上がってこなく、確認や質問が多くなっている	提出物は期限内に提出され、管理者から質問がされないような情報量になっていること	はじめは、提出物をそのまま受け取り、その後必要な情報・足りない情報を質問しなぜ必要かを説明する。質問された項目＝必要な情報であることを繰り返し伝えていく	6ヶ月
2	6	外部評価の家族アンケートの回収率が低く（15人中10人）、ホームの運営に関心をもってもらえていない	ホームの運営に関心をもってもらえるようになる	請求書に同封している手紙の内容を変え、新聞のような内容にする。①1枚から2枚に増やす ②今月行った外出レク先やホームの様子を書く ③家族アンケートをとり、運営に参加してもらう	12ヶ月
3	6	現在、家族も参加されている外出レクリエーションも企画しているが、本当にいきたいと思っているかわからない	家族や本人が行きたい場所へ外出ができる	アンケートで外出についての要望を聞き、個別支援に繋げ実践していく。お誕生日の夕食・自宅への外出・思い出の場所への外出など	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月