

2020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	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	令和2年8月1日	評価結果 市町村受理日	令和2年11月5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)】

”認知症の方にとって、グループホームはどういうところか、”と問いかけながら、ご本人が望んでいる暮らし、ご本人の生活のリズムに合った暮らしができるように支援しています。認知症であっても環境を整えば、まだまだ活躍の場があり、生き生きと暮らすことができるので、初めからできないと決めつけず、いろいろやっていただき共に生活をしていく中で感謝の言葉を伝え、「役に立っている。感謝されている。私の居場所がある」ということを実感できるような、環境を意識しています。「新しい生活様式」の中で、できることを見極めながら、遠出を含めた外出支援に力をいれています。

【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	令和2年9月18日	評価機関 評価決定日	令和2年10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)】

事業所は京浜急行「金沢文庫」駅よりバス7分程の「市民の森入口」下車、徒歩3分の緑に囲まれた場所にあります。事業所全体が和の造りになっていたり、一階には食事をしたり、外気浴をしたりするテラスがしつらえられるなど、利用者が楽しんで安心して暮らせるよう配慮してあります。

<優れている点>

職員は利用者、職員共に生活しやすい空間を作り出そうと工夫を重ね、利用者の今を大切にして介護にあたっています。グループホームの本来の姿を意識しながら、利用者の状態に合わせ、食事提供の形態を変更し利用者が安心して過ごせるようにしたり、利用者へ寄り添い、利用者のつぶやきや本来の姿を受け止め、利用者が楽しいと思える時間が柔軟に提供できるよう努めています。

開設以来、多数の看取りを行ってきています。利用者の状況の変化に応じ、主治医、職員で連携を取り、チームとして介護にあたり、利用者、家族が心安らかに過ごせるようにしています。職員は繰り返し振り返りを行い、職員自身の心の安定を図ると共に今後に生かしています。

<工夫点>

介護に対して職員全員で同じ方向に向かえるよう、人材育成に努めています。職歴、年齢などによって異なる介護技術、能力に対し、職場内の見える化を図り、業務内容、毎日の業務の達成度が分かるようにしています。また、リーダーは職員に頻りに話しかけ、職員が悩んでいる事、疑問に感じている事など職員の状況を把握し、職員が安心して介護の仕事にあたられるようサポートしています。

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

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	理念をわかりやすくした心得を、職員が見えるフロア、更衣室、廊下に掲示している。各フロアでは理念に基づいたフロアテーマを毎月決め、毎朝朝礼で確認している。午後に振り返りの時間を設け、心得に沿った対応ができていないか職員間で確認し合っている。	理念、心得など掲示すると共に毎朝の朝礼で確認をしています。理念を実践するため、その時々が必要とされる介護についてのテーマを各フロアで掲げ、職員間で話し合うと共に振り返りを行い、理念の実践と共有に努めています。	
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。	町内会のお祭り、小学校の運動会に積極的に参加している。近所に住宅がなく地域とのつながりは少ないが、散歩や公園、買い物にでかけた時は、地域の方々に挨拶をしたり声をかけてもらっている。	地域の祭り、小学校の運動会などに利用者と職員も参加し、地域住民との交流を図っています。地域ケアプラザで開催される研修会ではグループホームについて話をするなど、地域住民が認知症についての理解を深めることができるよう支援しています。	
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。	地域の様々な行事に参加する中で、入居者への対応や接し方を見てもらい、認知症の理解や支援を身近に感じてもらえるよう努めている。		
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。	家族代表を2名から4名に増やしている現在の課題や取組みを報告し意見をもらうようにしている。その内容や助言を職員にも伝え、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議で出された意見や感想から、利用者家族へのアンケートを行い、外出、外食プランをたてたり、小遣い金額の把握に努めるなどにより、利用者が楽しく過ごせるようサービス向上に活かしています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	2ヶ月に1度、介護相談員の訪問があり入居者との会話や表情から変化を読み取り、感じたことやニーズなどを伝えてもらっている。こちらからも日々の状態を伝え、意見をもらい連携を深めている。	グループホーム連絡会に参加し、協力関係を築くと共に事業所の実情を話したり、情報の提供を受けています。月1回、地域ケアプラザで行われる催しに利用者とともに参加し地域ケアプラザとの連携を深め協力関係を構築しています。	

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。	入居者がフロアを出ていく時は、止めるのではなく声をかけ一緒に行くなど、安全面を配慮した自由な暮らしを支援している。毎月のリーダー会議で身体拘束の有無、行動抑制にあたるかなどを確認している。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、その他は施錠していない。	安全のため、門扉は施錠となつていますが、利用者が自由だと思える環境作りを行っています。職員の声掛けで気になる場面があった場合には、リーダーがその場で注意を行い、職員全体で言葉の意味などを考えるようにしています。	
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。	高齢者虐待防止のチェックシートを行い、ということが虐待にあたるかを周知させている。職員の表情や動き、言葉遣いなどに変化が見られた時は、職員の疲労、ストレスが影響していないか注視し、早めに声をかけている。		
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。	成年後見人制度を利用されている方はいるが、管理者が対応を行っているので他の職員は理解していない。		
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。	契約時は、理解度を確認しながら時間をかけ丁寧に説明している。事業所の考え方やできること、できないことを説明し理解してもらえるよう努めている。利用料金の変更や加算の変更、追加をする場合は、電話で内容を説明し書類で同意を得るようにしている。		
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。	家族が気軽に意見や要望をいえるような雰囲気作りに留意している。面会時は職員から挨拶し日頃の様子を伝えたり、定期的に電話をかけている。家族アンケートを通じて個別の意見もケアに反映させている。意見や要望は全員が周知できるようにしている。	利用者、家族が気軽に意見が言えるような環境づくりをしています。今年度は「新しい生活様式」の中で、週に1回リーダーが家族に電話を入れ、利用者の様子を伝えています。年に1回行われる家族アンケートの内容を職員全員で共有し介護に活かしています。	

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。	日頃から職員と話す時間を意識して設けている。職員から言い出しにくいこともあるので、管理者から問いかけたり、聞き出したりするようにしている意見や提案があった時は、状況を確認し、フロアリーダーに相談した上で反映するようにしている。	月1回行われるカンファレンスの中で、職員からの意見や困っている事を聞くと共に、普段の生活の中で職員が話やすい環境を作っています。職員からは休憩時間の確保などについて意見が出されています。対応として一階の食事を湯煎に変えています。	
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。	希望する外部研修に参加できている。健康診断や予防接種など健康面への配慮がある。休憩がとれるよう業務内容の変更を行っている。業務のボリュームが適切か、職員の疲労やストレスにつながっていないかを把握するように努めている。		
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。	外部研修の情報を提供し、希望する研修に参加できている。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。内部研修で、基本的なケア、技術を習得し、誰が新人指導しても同じことが教えられるようにしている。看護師による指導も日々行われている。		
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。	GH連絡会を活用し、事例検討や意見交換をしながら、サービスの質の向上に努めている。危機管理の対応や取り組みなどの意見交換もおこなっている。		
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。	面談で本人がおかれている状況を理解し、困っていること、抱えている不安やつらいと思っていることを受け止め、安心してもらえるような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。	これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況などを時間をかけて聞き取っている。施設入所を決めたことに罪悪感を抱く家族もあるので、じっくりと話を聴く中で家族の気持ちを受け止めるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	相談時、本人や家族の思いや状況を確認し、改善に向けた支援の提案を行っている。早急な対応が必要な相談者には、他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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。	支援する側、支援される側という意識を持たず、洗濯・調理・裁縫・季節行事などを一緒に行う中で人生の先輩として教えてもらうことも多い。指導者ではなく、ともに生活し、感謝し、支え合う関係作りに留意している。		
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。	面会や電話の際に日頃の様子を伝えることで、家族とも良い関係が築けている。その中で家族の思いや不安を聞き寄り添いながら、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。	友人が来設されたり、馴染みの美容室に行ったり、お墓参りに出かけたり断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た外出支援をしている。	利用者との会話の中でキャッチできた内容を家族に伝え個別支援に繋げています。外食、墓参、植物園などへの外出など家族との交流を支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居者同士の関係性について全ての職員が情報共有している。心身の状態や気分で感情が不安定になることもあるが、職員はすぐには介入せず、見守り必要な時に調整に入っている。家事やレクリエーションを通じて入居者同士の関わりを持っている。		
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。	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。	日々の関わりの中で、どのように暮らしたいか・何をしたいかなどの希望や意向を把握し、生きがいや張りのある生活につながるように努めている。意志疎通が困難な方には、家族から情報を得たり、表情や行動からその真意を推し測ったりしている。	日々の関わりの中で利用者と職員が話す時間を作るようにして、思いや意向の把握に繋がっています。利用者が楽しんで食事をしたり、安心して入浴することができるように努め、利用者の思いや意向が把握でき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。	家族からこれまでの生活歴や価値観、個性などを聞き取り、本人の全体像の把握につなげている。どのようなサービスを受けてきたかなどは事業所から情報をもらい把握するようにしている。		
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。	ひとりひとりの生活リズムを理解し、家族からも聞き取りを行い本人の全体像の把握につなげている。できるかもしれないという視点を持ち、無理強いせずできる事を支援しながら、体操やレクリエーション・家事・散歩などを通じてADLの把握にも繋がっている。		

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。	本人の行動・会話や家族との日頃の関わりの中で気持ちを汲み取り、ケアプランに反映している。日々の生活の中の気付きやアイデアを出し合い、意見交換を繰り返しながら話し合った結果もケアプランに反映している。	月1回のカンファレンスで利用者全員のモニタリングを行っています。会議に参加できない職員は、各人が困ったことなどを記載し提出し、次のケアプランに活かしています。ケアプランに変更があった場合は内容の読み上げを行い職員全員で共有しています。	
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・入浴表を活用し、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、それらを基にカンファレンスを得て、ケアプランの見直し、評価を行っている。看護記録・訪問診療記録なども活用し情報の共有をしている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	家族の状況に応じて、通院の同行や送迎など必要な支援を柔軟に対応し、家族の不安や負担軽減に努めている。		
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。	市事業による訪問理美容やオムツ券の活用など家族にお伝えしている。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情報を伝えてもらうなど協力関係を構築している。訪問歯科・ボラなどの社会資源も活用している。		
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他、入所以前からのかかりつけ医での診療を受けられるよう、複数の医療機関と関係を密に結んでいる。基本的に家族同行の受診だが、必要に応じ職員が家族と同行することもあり、日頃の様子や変化を伝えるようにしている。	利用者は全員事業所の主治医に切り替えています。定期の往診医は内科・心療内科が月2回、歯科は月1回です。外科や皮膚科などは外来で、原則家族対応です。訪問看護は週2回の健康管理をしています。法人の医療機関とも密で、24時間オンコール対応です。	

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	
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回の訪問看護時やそれ以外の日でも、入居者に変化があれば連絡し指示をうけるとともに必要があれば受診につなげている。機能訓練や入浴介助などの指導も日々行ってもらえる。カンファレンスに参加することもあり、医療面での助言を受けている。			
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、本人への支援方法も含め、必要な情報提供を行っている。入院中も家族と連絡を取りあい、退院に向けて協力体制がとられている。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。	状況変化に応じて家族の意向を確認し主治医・職員が連携を取り、ケアプランに反映したケアを行っている。ケアの内容は、話し合いを重ねチームで方針を共有している。家族の揺れ動く不安な気持ちに寄り添えるよう努めている。	看取りケア対応指針は、契約時に確認書を交わしています。看取りは主治医や家族他関係者と協議を重ね、同意書を交わし、看取り介護計画書を作成し実施しています。開設以来多くの看取り希望者を受け入れています。事例の振り返りなどを重ね、今後に備えています。		
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2回入居者とともに消防訓練を行っている。消防署の協力を得て、避難経路の確認・消火器の使い方・通報手順の確認を行っている。同日に設備点検と土砂災害時の避難経路の確認も行っている。町内会と連携を深め、協力体制を築いている	訓練は夜間想定を含め年2回、消防署の立ち合いのもとで実施しています。非常災害マニュアルを備えています。備蓄は3日分の食料、飲料水ほか、コンロ、ヘルメット、簡易トイレなどの備品を備えています。地域の防災訓練に参加し事業所のアピールをしています。	備蓄品リストには品名、数量、賞味期限、保管場所を明記し、誰でも分かるところに掲示して緊急時に備えることも期待されます。	

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、意思疎通が困難な方の場合でも丁寧な説明から入るようにし、人前であからさまな支援をしたり、声かけ誘導をすることがないように注意している。	日頃のケアでは、利用者の排泄と入浴の際、自尊心を損なうことのないよう配慮をしています。声の大きさやドアの開閉などに十分注意をしています。居室への入室の際はノックと声掛けの励行をしています。利用者の呼称は「さん」付けを原則としています。	
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。	入居者の状態に合わせ、本人が答えやすく、選びやすいような選択肢を提案して一人ひとりが自己決定できるように働きかけている。意思疎通が困難な方には表情や反応を読み取り自己決定につなげている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	基本的な一日の流れが決まっていて、お手伝いを依頼することはあるが、無理強いはしていない。その日の体調やその時の気持ちを尊重し、個々の生活リズムを大切にしたい支援を行っている突然の外出希望も可能な限り対応している。		
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。	洋服を自分の意向で決められる方には、天候にあっているかなどの必要な支援をし、自己選択が困難な方には、職員と一緒に考えて本人の気持ちにそった支援を心掛けている。家族から希望の髪型があった時は、美容師に伝えている。		
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。	野菜の下処理・盛り付け・食器拭きなど一緒にに行い、晴れた日はバルコニーで食事をすることもある。家庭菜園で収穫した野菜や個別の嗜好品が食卓を彩ることもある。月に一度の外食や出前もメニューを見ながら選ばれている。	献立、食材は外部に委託しています。厨房で職員は利用の形態に合わせて提供しています。季節の行事食メニューもあります。月1回の食事レクでは利用者の要望に合わせたメニューにし、食材の調達をしています。寿司やうなぎ、釜飯などの出前も楽しみとなっています。	

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。	献立をもとに一人ひとりの状態に合わせた量や形態で提供し、残食量も把握している。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、少しでも食が進むよう食器や盛付けなどを工夫している。水分量が進まない時はゼリーを提供している。			
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。	訪問歯科医師の指導を受けながら、毎食後の口腔ケアを支援している。個々の状態に合わせて使用する物品を検討し歯ブラシ・舌ブラシ・うがい薬なども活用している。自分でできる方は見守りし、できない方は仕上げ磨きを行っている。義歯は洗浄剤を使用している			
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。	個々の排泄パターンを把握し、in/OUT表に反映させている。尿意のない方もトイレ誘導し、トイレでの排泄を支援している。トイレに行きたいサインを見逃さないようにし誘導を行っている。使用する物品も本人に合わせて検討している。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導してトイレ排泄の基本を目指しています。トイレ誘導後、極力自力排泄を促し自立に向けた支援をしています。失禁した時は、さり気ない声掛けでトイレ、浴室に案内して対応しています。		
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。	毎朝のヨーグルトや便秘の方には牛乳などで自然排便につながるよう取り組んでいる。体操や散歩などで身体を動かすことも意識するようにしている。排便がない場合は主治医の指導のもと下剤を使用している方もいるが、量や頻度は個々に合わせ調整している。			
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ず、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決めているが、希望されない方は無理強いせず、時間をずらす、翌日にするなどしている。1番を希望される方もおられ対応している。脱衣時やお湯をかける時は声かけし、恐怖心や羞恥心に配慮している。入浴剤やゆず湯も楽しまれている。	入浴は週2～3回です。入浴時間の希望には叶えています。入浴の嫌いな利用者には時間を変えたり、職員を替えたりして促し、決して無理強いはせず翌日に変更するなどして対応しています。浴室は清潔で、暖房設備がありヒートショックの予防にもなっています。		

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
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。	散歩や日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。個々の状態に合わせて静養時間を設けている。眠剤を飲まれている方は、睡眠状態を把握し翌日の活動の妨げになっていないかを確認している。入床前は照明を少しおとし、声の大きさも注意している		
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。	薬の処方や用量の変更があった時は、申送りやノート、薬事情報で全員が内容を把握できるようにしている。状態変化が見られた時は、主治医へ報告している。服薬介助はダブルチェックを行い誤薬が無いように注意している。		
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。	食事作りやおやつ作りをはじめ、家庭菜園の苗植えや支柱立て・日曜大工など入居者の経験や知恵を発揮する場面を作り、その都度感謝の言葉を伝えるようにしている。ハーモニカ・習字などの趣味を継続し、披露できる場を設けている。		
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。	一人ひとりの楽しみを把握し、個々に合った移動方法で積極的に外出をしている。外食や外出など家族の希望も聞きながら日程調整を行うこともある。外出ができない時はバルコニーに出て外気浴を行っている。	散歩は週3回、車いすの利用者も一緒です。眺望の良いベランダやウッドデッキは外気浴の格好の場となっています。公園や水族館へ車で出かけることもあります。利用者に寄り添うも、経年の心身の状況の変化で外出の機会の減少が課題となっています。	
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。	買い物や外食の際、自分で支払いができるよう支援している。家族が入居者に少額の現金を持たせている方もいて、買い物をされたり、自販機で購入されることもある。基本的には事務所で管理している。		

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。	家族から自分の携帯にかかってくるかかってくる電話を取り継いでいる。職員が定期的に家族に電話し、本人と話す時間も設けている。家族から手紙が届く方もおられ、居室でいつでも見られるところに置いている。		
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。	縁側にソファがあり、家庭菜園や花壇・車の往来や木々などを眺めながらゆったりと過ごせる空間となっている壁に貼られている飾りは、リビングに季節感を取り入れることを意識して、入居者とともに作っている。	食堂兼リビングは高い天井、テーブル、椅子、ソファをゆったりと配置した和室のある共有空間です。戸外の豊かな雑木林は季節の移ろいを感じることが出来ます。オープンキッチンには五感の刺激があります。床は木の温もりがあり、廊下にはベンチと書棚があります。	
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。	縁側のソファでお茶を飲んだり、うたた寝をしたりと思いつきに過ごされている。ソファに仲の良い入居者同士で座り、しりとりゲームをしたり、若いころの話などをされ居心地の良い場所となっている。		
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。	鏡台・使い慣れた家具・アルバム・画材道具・お人形や位牌を置かれたりと思いつきの品に囲まれている。植木鉢や花を飾る方、帽子を並べてかける方もおられ、自分の部屋として居心地よく過ごせる空間を心掛けている。	エアコンやベッド（レンタル）、押し入れ、照明を備え他は持ち込み自由です。テレビやぬいぐるみ、写真、鏡台、椅子、タンス、位牌など馴染みの家具調度品を揃え、居心地よく過ごせる居室となっています。眺望の良いベランダもあります。	
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。	入居者の身体状況に合わせ、ベッドの高さ、家具の配置など環境整備を行い自立支援につなげている。ADLに変化がみられた時は職員間で話し合い、本人の不安や混乱を取り除きつつ、自立した生活が送れるように工夫している。		

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

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	理念をわかりやすくした心得を、職員が見えるフロア、更衣室、廊下に掲示している。各フロアでは理念に基づいたフロアテーマを毎月決め、毎朝朝礼で確認している。午後に振り返りの時間を設け、心得に沿った対応ができているか職員間で確認し合っている。		
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。	町内会のお祭り、小学校の運動会に積極的に参加している。近所に住宅がなく地域とのつながりは少ないが、散歩や公園、買い物にでかけた時は、地域の方々に挨拶をしたり声をかけてもらっている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域の様々な行事に参加する中で、入居者への対応や接し方を見てもらい、認知症の理解や支援を身近に感じてもらえるよう努めている。		
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。	家族代表を2名から4名に増やしている現在の課題や取組みを報告し意見をもらうようにしている。その内容や助言を職員にも伝え、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。	2ヶ月に1度、介護相談員の訪問があり入居者との会話や表情から変化を読み取り、感じたことやニーズなどを伝えてもらっている。こちらからも日々の状態を伝え、意見をもらい連携を深めている。		

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
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。	入居者がフロアを出ていく時は、止めるのではなく声をかけ一緒に行くなど、安全面を配慮した自由な暮らしを支援している。毎月のリーダー会議で身体拘束の有無、行動抑制にあたるかなどを確認している。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、その他は施錠していない。		
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。	高齢者虐待防止のチェックシートを行い、ということが虐待にあたるかを周知させている。職員の表情や動き、言葉遣いなどに変化が見られた時は、職員の疲労、ストレスが影響していないか注視し、早めに声をかけている。		
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。	成年後見人制度を利用されている方はいるが、管理者が対応を行っているので他の職員は理解していない。		
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。	契約時は、理解度を確認しながら時間をかけ丁寧に説明している。事業所の考え方やできること、できないことを説明し理解してもらえるよう努めている。利用料金の変更や加算の変更、追加をする場合は、電話で内容を説明し書類で同意を得るようにしている。		
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。	家族が気軽に意見や要望をいえるような雰囲気作りに留意している。面会時は職員から挨拶し日頃の様子を伝えたり、定期的に電話をかけている。家族アンケートを通じて個別の意見もケアに反映させている。意見や要望は全員が周知できるようにしている。		

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
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。	日頃から職員と話す時間を意識して設けている。職員から言い出しにくいこともあるので、管理者から問いかけたり、聞き出したりするようにしている意見や提案があった時は、状況を確認し、フロアリーダーに相談した上で反映するようにしている。		
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。	希望する外部研修に参加できている。健康診断や予防接種など健康面への配慮がある。休憩がとれるよう業務内容の変更を行っている。業務のボリュームが適切か、職員の疲労やストレスにつながっていないかを把握するように努めている。		
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。	外部研修の情報を提供し、希望する研修に参加できている。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。内部研修で、基本的なケア、技術を習得し、誰が新人指導しても同じことが教えられるようにしている。看護師による指導も日々行われている。		
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。	GH連絡会を活用し、事例検討や意見交換をしながら、サービスの質の向上に努めている。危機管理の対応や取り組みなどの意見交換もおこなっている。		
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。	面談で本人がおかれている状況を理解し、困っていること、抱えている不安やつらいと思っていることを受け止め、安心してもらえるような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。	これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況などを時間をかけて聞き取っている。施設入所を決めたことに罪悪感を抱く家族もあるので、じっくりと話を聴く中で家族の気持ちを受け止めるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	相談時、本人や家族の思いや状況を確認し、改善に向けた支援の提案を行っている。早急な対応が必要な相談者には、他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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。	支援する側、支援される側という意識を持たず、洗濯・調理・裁縫・季節行事などを一緒に行う中で人生の先輩として教えてもらうことも多い。指導者ではなく、ともに生活し、感謝し、支え合う関係作りに留意している。		
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。	面会や電話の際に日頃の様子を伝えることで、家族とも良い関係が築けている。その中で家族の思いや不安を聞き寄り添いながら、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。	友人が来設されたり、馴染みの美容室に行ったり、お墓参りに出かけたたり断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た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。	入居者同士の関係性について全ての職員が情報共有している。心身の状態や気分で感情が不安定になることもあるが、職員はすぐには介入せず、見守り必要な時に調整に入っている。家事やレクリエーションを通じて入居者同士の関わりを持っている。		
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。	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。	日々の関わりの中で、どのように暮らしたいか・何をしたいかなどの希望や意向を把握し、生きがいや張りのある生活につながるように努めている。意志疎通が困難な方には、家族から情報を得たり、表情や行動からその真意を推し測ったりしている。		
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。	家族からこれまでの生活歴や価値観、個性などを聞き取り、本人の全体像の把握につなげている。どのようなサービスを受けてきたかなどは事業所から情報をもらい把握するようにしている。		
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。	ひとりひとりの生活リズムを理解し、家族からも聞き取りを行い本人の全体像の把握につなげている。できるかもしれないという視点を持ち、無理強いせずできる事を支援しながら、体操やレクリエーション・家事・散歩などを通じてADLの把握にも繋げている。		

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。	本人の行動・会話や家族との日頃の関わりの中で気持ちを汲み取り、ケアプランに反映している。日々の生活の中の気付きやアイデアを出し合い、意見交換を繰り返しながら話し合った結果もケアプランに反映している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個人記録・健康管理表・IN/OUT表・入浴表を活用し、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、それらを基にカンファレンスを得て、ケアプランの見直し、評価を行っている。看護記録・訪問診療記録なども活用し情報の共有をしている		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	家族の状況に応じて、通院の同行や送迎など必要な支援を柔軟に対応し、家族の不安や負担軽減に努めている。		
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。	市事業による訪問理美容やオムツ券の活用など家族にお伝えしている。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情報を伝えてもらうなど協力関係を構築している。訪問歯科・ボラなどの社会資源も活用している。		
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他、入所以前からのかかりつけ医での診療を受けられるよう、複数の医療機関と関係を密に結んでいる。基本的に家族同行の受診だが、必要に応じ職員が家族と同行することもあり、日頃の様子や変化を伝えるようにしている。		

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
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回の訪問看護時やそれ以外の日でも、入居者に変化があれば連絡し指示をうけるとともに必要があれば受診につなげている。機能訓練や入浴介助などの指導も日々行ってもらえる。カンファレンスに参加することもあり、医療面での助言を受けている。		
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、本人への支援方法も含め、必要な情報提供を行っている。入院中も家族と連絡を取りあい、退院に向けて協力体制がとられている。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。	状況変化に応じて家族の意向を確認し主治医・職員が連携を取り、ケアプランに反映したケアを行っている。ケアの内容は、話し合いを重ねチームで方針を共有している。家族の揺れ動く不安な気持ちに寄り添えるよう努めている。		
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2回入居者とともに消防訓練を行っている。消防署の協力を得て、避難経路の確認・消火器の使い方・通報手順の確認を行っている。同日に設備点検と土砂災害時の避難経路の確認も行っている。町内会と連携を深め、協力体制を築いている		

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、意思疎通が困難な方の場合でも丁寧な説明から入るようにし、人前であからさまな支援をしたり、声かけ誘導をすることがないように注意している。		
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。	入居者の状態に合わせ、本人が答えやすく、選びやすいような選択肢を提案して一人ひとりが自己決定できるように働きかけている。意思疎通が困難な方には表情や反応を読み取り自己決定につなげている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	基本的な一日の流れが決まっていて、お手伝いを依頼することにはあるが、無理強いはしていない。その日の体調やその時の気持ちを尊重し、個々の生活リズムを大切にしたい支援を行っている突然の外出希望も可能な限り対応している。		
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。	洋服を選ぶのに時間がかかる方もいるが、自己決定できるような声掛けをしている。おしゃれの方が多くカラーリングやウィッグを利用されている方もいる。外出時は化粧を馴染みの帽子やスカーフ、バッグなどを持たれその人らしさを失わないようにしている		
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。	全ての調理行程を入居者と一緒におこなっている。菜園で収穫した野菜が食卓を彩ることもあり、楽しみにされている。食事は基本的に職員も同じテーブルを囲み、食事前に献立を読み上げ目からも楽しんでいただけのように工夫している。		

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
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。	献立をもとに一人ひとりの状態に合わせた量や形態で提供し、残食量も把握している。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、少しでも食が進むよう食器や盛付けなどを工夫している。水分が進まない時はゼリーを提供している。		
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。	訪問歯科医師の指導を受けながら、毎食後の口腔ケアを支援している。個々の状態に合わせて使用する物品を検討し歯ブラシ・舌ブラシ・うがい薬なども活用している。自分でできる方は見守りし、できない方は仕上げ磨きを行っている。義歯は洗浄剤を使用している		
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おこなっている。尿意はないが便座に座ることで排泄がある方もおられ、トイレでの排泄を大切にしている。パットなどの使用する物品は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。	毎朝のヨーグルトや便秘の方には牛乳などで自然排便につながるよう取り組んでいる。体操や散歩などで身体を動かすことも意識するようにしている。排便がない場合は主治医の指導のもと下剤を使用している方もいるが、量や頻度は個々に合わせ調整している。		
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決めているが、希望されない方は無理強いせず、時間をずらす、翌日にするなどしている。1番を希望される方もおられ対応している。入浴は1対1の場なので、コミュニケーションを大切にしている。		

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
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。	散歩や日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。個々の状態に合わせて静養時間を設けている。眠剤を飲まれている方は、睡眠状態を把握し翌日の活動の妨げになっていないかを確認している。入床前は照明を少しおとし、声の大きさも注意している		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	薬の処方や用量の変更があった時は、申送りやノート、薬事情報で全員が内容を把握できるようにしている。状態変化が見られた時は、主治医へ報告している。服薬介助はダブルチェックを行い誤薬が無いように注意している。		
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。	食事作りやおやつ作りをはじめ、家庭菜園の苗植えや支柱立て・日曜大工・裁縫など入居者の経験や知恵を発揮する場面を作り、その都度感謝の言葉を伝えるようにしている。ハーモニカ・習字・絵画などの趣味を継続し、披露できる場を設けている。。		
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。	一人ひとりの楽しみを把握し、個々に合った移動方法で積極的に外出をしている。外食や外出など家族の希望も聞きながら日程調整を行うこともある。		
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。	買い物や外食の際、自分で支払いができるよう支援している。家族が入居者に少額の現金を持たせている方もいるが、基本的には事務所で管理している。		

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。	家族から自分の携帯にかかってくるかかってくる電話を取り継いでいる。職員が定期的に家族に電話し、本人と話す時間も設けている。家族から手紙が届く方もおられ、居室でいつでも見られるところに置いている。		
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。	ソファに座り車の往来や木々などを眺めながらゆったりと過ごせる空間となっている。壁に貼られている飾りは、リビングに季節感を取り入れることを意識して、入居者とともに作っている。入居者が献立を書いてくれ、食前に献立を読み上げてもらっているため毎日貼り替えている。		
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。	縁側のソファでお茶を飲んだり、うたた寝をしたりと思思いに過ごされている。ソファに仲の良い入居者同士で座り、しりとりゲームをしたり、若いころの話などをされ居心地の良い場所となっている。		
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。	鏡台・使い慣れた家具・アルバム・画材道具・お人形や位牌を置かれたりと思思いの品に囲まれている。植木鉢や花を飾る方、帽子を並べてかける方もおられ、自分の部屋として居心地よく過ごせる空間を心掛けている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	入居者の身体状況に合わせ、ベッドの高さ、家具の配置など環境整備を行い自立支援につなげている。ADLに変化がみられた時は職員間で話し合い、本人の不安や混乱を取り除きつつ、自立した生活が送れるように工夫している。		

2020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：令和 2年 11月 1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	63	新型コロナウイルス感染拡大防止対策として家族と面会する機会が減っており、家族が不安を抱えている。	家族に入居者の状況を把握してもらい安心していただく。	月に一度、入居者の状況、様子を電話で伝え話せる入居者には家族と話す時間を設ける。	12ヶ月
2	35	備蓄品リストはあるが、数量・賞味期限の記載がない。	備蓄品リストに品名・数量・賞味期限・保管場所を明記し、誰でもわかるように掲示しておく。	備蓄品リストに品名・数量・賞味期限・保管場所を記載した一覧表を作成し、掲示する。	6ヶ月
3	57	入居者と職員がゆったり過ごす場が少ない。(1F)	入居者と職員がゆったり過ごす時間を1日に1回程度確保する。	入居者の状態と職員への負荷を把握し、業務内容の見直しを随時行っていく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月