

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1491300040
法人名	エイチ・ビーアンドシー株式会社
事業所名	りんどうグループホーム
訪問調査日	令和1年11月20日
評価確定日	令和2年3月6日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和1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	1491300040	事業の開始年月日	平成28年12月1日	
		指定年月日	平成28年12月1日	
法人名	エイチ・ビーアンドシー株式会社			
事業所名	りんどうグループホーム			
所在地	(〒259-0111)			
	神奈川県中郡大磯町国府本郷87			
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	
定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名	
		定員計	18名	
自己評価作成日	令和1年11月10日	評価結果 市町村受理日	令和2年3月24日	
			ユニット数	2 ユニット

※ 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	
----------	--

【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)】

少人数で、家庭的な雰囲気を大切に生活を送っていただきます。
炊事・洗濯・掃除等は入居されている方同士やスタッフと共に行い、出来る限り自分の事は自分で行って頂くことで、心身機能の維持を図り、認知症の進行等を少しでも遅らせる目的があります。
地域の方と交流する機会を設け、ご家族の方もお気軽にお立ち寄り頂けます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和1年11月20日	評価機関 評価決定日	令和2年3月6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)】

●この事業所はエイチ・ビーアンドシー株式会社の経営です。同法人は「健康」、「美」、「幸せな老後」人々のQOL〜『人生の質』を高め、国民の健康と快適な生活をサポートすることをスローガンとし、Health（健康関連事業）、Beauty（美容関連事業）、Care（介護保険関連事業）の部門で事業展開しています。Care部門では居宅介護、訪問介護、看護、小規模多機能、グループホーム、デイサービス、福祉用具貸与・福祉用具販売と言った多岐に亘る介護サービスを大磯町と伊勢原市を中心に展開しており、法人の事業の中でも中核を担っています。そして、新たに11月にサービス付き高齢者住宅を新設しました。立地はJR東海道線「二宮駅」から「平塚駅」行きのバスに乗り、「大磯プリンスホテル」入り口下車して徒歩5分程の畑や戸建て住宅が立ち並ぶ住宅地にあります。りんどうグループホームは1階に小規模多機能型居宅介護と地域交流スペース(NAKAMA-R)を併設した2階建ての建物で、十分な広さの駐車場も確保されており、家族も気軽に車で面会に行くことが可能です。
●事業所では法人の4つの介護理念「①利用者様の安心と安全を提供する為に、常に技術の向上を目指します②利用者様の想いに誠実な気持ちと態度で常に接します③職員同士に同等の関係を保ち、敬意を払い、感謝の気持ちを忘れずにチームワークを高めます④地域に絶対的な信頼ある事業所を目指します」の基、各ユニットの管理者同士が密に連携を取り合い、課題や悩みを共有し合い、画一したケアの提供に努めています。また、外出支援においても両ユニットで協力し合って外出するなど、チームワークの良さも特徴の一つです。
●今年で3回目を迎えた、施設全体で開催している「タウン祭り」はチラシを150枚作成し、地域の方にポスティングして参加を呼びかける等、精力的に地域との交流に取り組んでおり年々地域の方の参加も増えてきています。さらに、大磯プリンスホテルで開催されるぶちおおいそ(キッズニア)子供の職業体験等のイベントも大磯町で開催されており、今後は事業所も参加し、子供達に介護体験や情報を発信していきたいと考えています。

【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	りんどうグループホーム
ユニット名	東ユニット

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、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	会社の理念を事務所に掲示して、日常的に職員の目に触れるようにしてある。すべての項目が満たされるよう努力しており、理念に反するような事例が出た時には改めて理念に基づいた対応が出来るよう心掛けている。	法人の4つからなる介護理念「①利用者様の安心と安全を提供する為に、常に技術の向上を目指します②利用者様の想いに誠実な気持ちと態度で常に接します③職員同士に同等の関係を保ち、敬意を払い、感謝の気持ちを忘れずにチームワークを高めます④地域に絶対的な信頼ある事業所を目指します」を各事務所に掲示しています。理念は毎月のユニット会議や勉強会でも管理者から伝えており、特に利用者様の安心と安全の提供に注力して取り組んでいます。		今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議に地域の方に参加して頂いている。また施設祭りを開催し地域の方と交流を深めた。定期的に傾聴ボランティアに来ていただいたり、地域支援室で行うイベントを通して地域の方と入居者で交流をもって頂いている。	今年で3回目を迎えた、施設全体で開催している「タウン祭り」はチラシを150枚作成し、地域の方にポスティングして参加を呼びかける等、精力的に地域との交流に取り組んでおり、年々地域の方の参加も増えてきています。事業所の1階にある地域交流スペースに2,3ヶ月に1回ドライフラワーやクイズを出題してくれる方が来てくださっており、その際に利用者をお連れして参加しています。		今後の継続
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	運営推進会議や施設祭りを通して認知症の方の理解をして頂いている。また地域支援室で行うイベントに地域の方に参加して頂き認知症の方と交流を持って頂いている。			
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	外出(ドライブ・外食・見物)、事故報告、ヒヤリハット報告をしている。報告に対しての意見を頂いた時には職員間で検討しサービスに活かしている。また運営推進会議で地域包括センターから傾聴ボランティアを紹介して頂いた。	運営推進会議は年4回の開催に留まっており、町役場の担当者から年6回開催するようにとの指摘を受けたので、次年度からは年6回を目標に取り組んでいきたいと考えています。大磯町役場職員、民生委員、地域包括支援センター、家族の参加で事業所の現状や活動報告やヒヤリハット等についても報告を行い、頂いた意見は職員間で検討した上で、サービスに反映させています。後見人についての勉強会やボランティアの紹介も頂いています。		今後の継続
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	町から相談員を受け入れる事としている。また相談など連絡を取れる体制にあり協力体制はきちんと取れている。疑問があるときなどは相談させて頂いている。湘南ウエスト大磯二宮介護保険事業者連絡会や近隣施設連絡協議会にも参加し情報を共有している。	大磯町役場職員には運営推進会議にも参加いただいております。事業所の実情をよく理解していただいています。地域包括支援センターからは入居者照会やボランティアの情報もいただいています。また、湘南ウエスト大磯二宮介護保険事業者連絡会や東海大学医学部附属大磯病院で開催される講習会や勉強会にも参加して情報を共有しています。		今後の継続

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	身体的拘束等適正化委員会を3か月に1度行い、職員にはユニット会議にて報告。その都度話し合いを持ちスタッフ間で、身体拘束について認識の違いを確認し合い統一するように話し合いを重ねるようにしている。	身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回の頻度で開催しています。メンバーは施設長、各ユニット管理者、訪問看護師、ケアマネージャーを中心にタウン会議(全体会議)で様々な事例を持ちよりながら協議を行ったり、併設している小規模も含めたグループホームの利用者で身体拘束に該当するようなケアが無い話し合っています。また、拘束についての自己点検も行い、結果を集計した後に認識の違いを確認し合い、認識の統一化を図っています。	今後の継続
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	研修や職員会議を通じて虐待への認識は深まっている。スピーチロックや声掛けが強い時には職員同士で注意し合い会議での議題に持ち込める環境を作っている。		
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	今年度入居をされた方が町を通じて後見人制度を利用された。後見人、包括、町を交えた話し合いの場を設けた。職員にも後見人決定までのプロセスを共有し理解を深めるよう努めた。		
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	重要事項、料金等の説明を十分に行い、納得して頂いた上で契約をしている。改定時には同意書を得て理解して頂いている。医療連携、訪問診療、薬剤管理、訪問歯科に関しては各担当者から個々に説明をして理解納得を図っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	目安箱などは設置せず口頭での意見・要望を受けている。要望があった場合には早急な対応をし運営につなげている。月に1度りんどう便りをご家族に送り行事の様子や日々の写真を添付し生活の様子を報告している。	意見箱等は設置していませんが、電話連絡した際や面会に来られた際には都度、近況報告と併せて意見・要望を伺っています。普段からコミュニケーションを密にして、若干でも変化が生じた際に報告をすることで、家族との認識のズレが生じないように留意しています。毎月発行している「りんどうだより」には日々の様子の写真や居室担当者から利用者毎のコメントを記載して送付するようにしています。	今後の継続

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	日常的に耳を傾け反映している。職員の意見は各ユニット会議や合同ユニット会議などで意見収集や意見交換をしている。	各ユニットごとに管理者を配置しており、ユニット会議で協議したうえで意見・提案を反映させています。内容によっては合同ユニット会議の場で、ユニットごとの職員から上がった意見・提案等を持ちよって意見交換を行い、必要に応じて業務に反映させています。今年度より年2回職員との面談を実施するようになり、半年と年間で個人目標を立てる人事評価がスタートしました。	今後の継続
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	現場で上がった要望や改善希望点については、役席者の会議で報告したことを、総務や経理を交えて検討し、結果は職員に通知している。		
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	人事評価表を用い達成目標の評価を行っている。また1人1人が半期目標、1年の目標を立て目標に向かって取り組めるよう年2回の面接を通し話し合いをしている。内部研修は毎月、担当した職員が資料作成、報告書の作成をしている。外部研修は職員の参加を募っている。今年度よりキャリアアップの作成をしている。		
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	近隣施設連絡協議会などに積極的に参加し意見交換を行っている。 同業者の管理者との交流を深め相談し合うことも出来ている。 症例検討会に参加し症例発表を行なうなどし、サービスの質の向上を心掛けている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居当初は本人、家族との関わりを多めに持ち傾聴し職員間でも連絡ノートで情報共有をしている。また職員間で細目な話し合いを持ち入居者への理解を深めている。		

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
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	入居前の面談やアセスメントの際に家族の希望や要望、不安なことを聞いている。グループホームでの対応可能な事と不可能な事は明確にし正直な関係に努めている。		
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	アセスメント時に、必要な支援を見極めるようにしている。生活を始め見えてきた部分に関しては入居後1か月を目安に対応できるように努めている。		
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	介護する側、される側という関係にならないようにスタッフ同士、常に声を掛けあい立ち位置に注意している。 生活面で昔ながらのやり方や行事の成り立ちなど教えて頂くことも多くそのような場を大切にしている。		
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	面会時には日常の本人の様子を細かくお伝えするようにしている。 認知症の進行とともに家族に新たな戸惑いや悩みが出てくる時には認知症の症状等のお話をして悩みが軽減できるように支援している。医師への質問の橋渡しや話し合いの場を設けるなどの支援も行っている。 家族の交流会を開催した		
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	面会の時などは落ち着いて居室で話せるよう配慮している。又大勢で面会にいらしたときには別室を提供し落ち着いて面会時間を過ごせるようにしている。 馴染みの友達から電話があった時にも落ち着いて話せるよう居室にご案内をしている。	家族や知人が来訪された際には、落ち着いて話せるよう居室へ案内したり、大勢で面会に来られた場合には別室を用意する等の配慮をしています。地元住民の方の入居が多く、面会は比較的多くあります。面会時に一緒に外出する方や外泊されてくる方もいます。さらに、携帯電話を持ち込まれて家族と電話で話している方もいます。	今後の継続

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	常に日々の入居者の状態を観察把握し、関係性を持つことが出来そうな方同士が交流を持てるようにサポートしている。 時には皆でテーブルを囲みレクリエーションを行いお互いの理解に繋がるようにしている。		
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	サービス終了後の家族のフォローを行い関係性を大切にしている。町内在住の家族も多いことから、偶然お会いした時にも必ず挨拶をして、状況によっては言葉を交わしている。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人の意向をくみ取れるように日々話や行動に注意している。又職員同士情報を共有しユニット会議などで検討している。	入居前の面談で家族や本人から過去の生活歴や趣味・嗜好、暮らし方の希望等をアセスメントシートに記載して職員間で情報共有に努めています。入居後はアセスメントの情報を基に、日々の会話や問いかけの反応を観察しながら、今現在の思いや意向の把握に努めています。利用者の希望は実行可能か否かを検討した上で、今月の行事として取り入れるようにしています。	今後の継続
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	入居時より今までの背景はどのようなものだったのか考え、理解に努めることを大切にしている。 援助に困難（B P S D）が出た時にはご本人やご家族からお話を聞き生活歴や馴染みの暮らしを理解できるように努めている。		
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	個人記録や連絡ノート、ユニット会議を通じて状況等の情報を共有している。		

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
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	ユニット会議の活用。問題があるときにはカンファレンスを開き検討している。 また困難事例の時には連携会議の中で他職種からの意見をもらい作成している。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に初回の介護計画を作成し、1ヶ月程度様子を見ながらADL等の情報を収集しています。その後、カンファレンスを開催して、個別記録や職員の気づき等を持ちよって現状に即した介護計画を作成しています。短期目標は6ヶ月、長期目標は1年ごとの見直しを基本としています。毎月のユニット会議で9人分のモニタリングを行い、状態の変化があった方を重点的にカンファレンスを実施しています。	今後の継続
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	個別記録以外にも日々の実施記録や連絡ノートを活用している。 記録以外にも日々の申し送りで職員間の情報共有を図り、介護計画に活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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	マッサージや傾聴ボランティアの取り入れ。理学療法士、管理栄養士、薬剤師と転倒、骨折予防に取り組んでいる。理学療法士からは生活リハの提案、定期的な骨密度の計測や転倒リスクの分析。管理栄養士からは栄養評価、カルシウム強化メニューの提案。薬剤師からは薬の飲み合わせによる副作用についてのチェックに取り組んで頂いている。		
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	地域包括支援センターから傾聴ボランティアを紹介して頂き取り入れた。 今後も地域包括支援センターや町役場から情報を頂き地域資源の更なる把握に努めたい。		
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	月2回往診前には事前情報を作成し提供している。往診には薬剤師も同席してより深い医療連携が取れている。家族の希望や疑問も職員が先生に伝え更に必要な時には家族と先生の面談を手配している。	入居時に提携医について説明を行い、家族や本人の希望を尊重して主治医を決めています。現在も従来からのかかりつけ医を主治医としている方もいますが、原則家族対応で通院をお願いしています。内科の往診時には薬剤師も同行しており、薬の形状や飲み合わせ等についても的確なアドバイスをいただけるので、家族にとっても安心感につながっています。	今後の継続

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1回の定期訪問で入居者の状態把握をしており、状態の変化によって相談・指示を受けることが出来る体制になっている。Drへの連絡もしてくれている。		
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。	3日以内には看護・介護サマリーをNSと共に作成し提出できるように体制を整えている。入院後も早いうちに面会へ行き、病院との情報共有を図ると共に入居者の様子を施設内でも共有するようにしている。退院時にも必要に応じ退院指導に職員もしくはNSが同席できるようにしている。		
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	入居者の様子を見ながら、重度化や終末期の時期を見計らい家族の意向を確かめたのち医師を交えた終末期のカンファレンスを開催している。90歳以上の高齢な入居者に関しては今の時点での意向、確認をDrの説明と共に順次実施している。	入居時に「重度化や終末期における指針」に沿って事業所の方針を説明し、同意書を取り交わしています。主治医の判断により重度化や終末期についての話が出た段階で再度家族の意向を確認し、事業所での看取りを希望される場合は、主治医を交えた終末期のカンファレンスを開催しています。看取り後は、家族にも参加いただいてグリーフケアを行う等、家族のサポートも行っています。	今後の継続
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	緊急時対応マニュアルチャートを作成し設置している。設置場所も含めて入職時に説明。発熱等の予測がされる時には事前に職員間で確認し情報共有が出来るようにしている。年を重ねる毎に急変時の対応が早期に出来、入院期間の短縮が出来ている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	会社全体で緊急時に対応出来る職員の連絡網を作成している。近隣の施設とも協力できる体制が出来ており訓練にも参加してもらっている。災害時の備蓄品の量を把握して準備し管理している。	年2回の防災訓練を実施しています。2回とも消防署の立ち合っただけなので、消防職員に講評していただきながら、緊急時にはスムーズな対応が行えるよう毎回改善を図っています。施設全体の緊急連絡網も整備している他、近隣の高齢者施設とも災害時における協力体制も構築できています。備蓄品の管理については、防災担当職員が中心となって、水、食料、ランタン、ラジオ、カセットコンロ、衛生用品を準備しています。	今後の継続

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	言動に注意を払い人格とプライバシー確保に努めている。しかし十分とは言えず繰り返し研修を行いスタッフ1人1人の意識を高めたい。また声を掛けあい向上できるよう努力を重ねたい。	法人の介護理念にも「①利用者様の安心と安全を提供する為に、常に技術の向上を目指します②利用者様の想いに誠実な気持ちと態度で常に接します」と掲げており、常に言動・対応については職員同士でも意識しながらケアに当たっています。年間研修でも毎年、接遇やプライバシーについては学んでおり、利用者の人格やプライバシーを損ねることのないよう留意しています。	今後の継続
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々の言動に注意を払い、日常の小さなことから自己決定できる援助を心掛けている。		
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	1人1人の体調や様子に合わせて1日を過ごして頂けるようにスタッフ同士声を掛けあい援助するようにしている。 スタッフ本位の流れを作ってしまうことがある事を各職員自覚して、注意できるよう努めている。		
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	希望者には訪問美容を利用しカットやカラーが出来る機会を設けている。 またボランティアの方がみえネイル体験を行ったりした。 日々服装や髪に乱れが無いかに注意を払い声掛けを行っている。また男性は髭に注意し声掛け支援している。		
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	彩りの綺麗な食事等はとても喜ばれるので行事食はいつも以上に気を配り準備している。 日常ではメニューの考案や食事の片付けを習慣的に行うことはあるが食事作りは習慣化されていないので個々の出来る事を見つけ支援していきたい。	食事のメニューは利用者の希望も取り入れながら、職員が3食考えて調理しています。食材は極力地元で収穫された物を使ったり、視覚でも楽しめるよう彩りや盛り付けにも工夫しています。食材はコープやJAから購入し、刺身等も提供しています。月に1~2回の頻度で出前や外食も取り入れながら、食事が楽しめるように支援しています。利用者との食事作りは習慣化されていないので、個々にできることを見極めながら、食事の準備や片付けに携わっていただきたいと考えています。	今後の継続

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	食事量・水分量をチェックし1日の必要量が確保できるようにしている。 水分がなかなか取れない方には好みの飲み物を探ってみたり、ゼリーを用意して対応している。		
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	希望者には月に2回訪問歯科が入り口腔内のケアをしている。 日々は毎食後の口腔ケアの声掛けや援助を行っている。自力でのケアが出来ないかたについてはお手伝いをしている。		
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	毎回の排泄の記録をとることで排泄パターンを把握しタイミングをつかみ援助している。	自立している方、介助が必要な方問わず全員の排泄状況を記録しています。オムツを使用している方でも、日中はトイレ誘導を行い、極力トイレで排泄できるように支援しています。誘導が必要な方は、排泄記録を基にタイミングを見計らった声掛けでトイレにお連れしています。便秘対策で運動、乳酸菌やヨーグルト、オリゴ糖、発芽玄米等を提供しながら便秘防止に努めています。	今後の継続
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	運動をすることで腸の活動を促すようにしている。 また毎日乳酸菌飲料やヨーグルトを摂取したり、オリゴ糖、発芽玄米を活用し便秘改善に取り組んでいる。水分の摂取にも注意している。 必要に応じ緩下剤を使用している。		
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	大まかな日程は決めているが体調や本人の気分に合わせ変更している。	大まかな日程は決めています、日程に捉われず、利用者の体調や気分に合わせた対応で週二回は入浴できるように支援しています。入浴時には、皮膚疾患、傷やアザ等が無い記録して、早期発見に努めています。浴室の壁紙は木目調になっており、和風の雰囲気演出しています。また、1人ごとにお湯を張り直したり、季節のゆず湯や菖蒲湯も行うことで、気持ちよく浸かっただけよう支援しています。	今後の継続

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	原則21時の消灯としているが、起きていたい入居者に関してはそのままリビングなどで過ごしていただいている。昼食後に入居者の状態に応じて臥床して頂いている。		
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	お薬手帳の閲覧や、薬の変更時には薬剤師の作成した変更一覧を職員に周知している。服薬の影響と思える症状については薬剤師に相談、報告したり、往診時にDrに伝えるようにしている。		
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	可能な家事への参加を促している。レクやフロアの飾り付けにも得意な分野で協力して頂いている。おやつなどで提供する飲み物も数種類用意して好きなものを選んで頂いている。		
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	外出や外食の希望がある入居者にはご家族に話して協力いただいている。外食でなくてもご家族のお持ちになったものを地域交流スペースのナカマルや職員の休憩室を開放し気分を変えて召し上がれるようにしている。	天気や気候が良い日には毎日散歩に行くようにしています。事業所の前に流れている葛川で鯉や飛来してくる野鳥を眺めたり、畑の作物を眺めながら四季を感じていただくようにしています。また、テラスに出てお茶を飲んだり、1階の地域交流スペース(NAKAMA-R)でコーヒーを飲んだりすることもあります。ドライブは原則計画を立ててますが、天気によって当日のドライブをすることもあります。	今後の継続
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	現金の持ち込みはお断りしている。買い物レクの際にはあらかじめご家族から許可を得た範囲で買い物を楽しんで頂いている。		

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	
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	携帯電話を持ち込まれている方に関しては充電や電話を掛けることのお手伝いをしている。			
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	毎月、フロアの壁面の飾り付けを入居者で行っている。掃除は毎日実施。臭いにも注意している。	リビングは白を基調とし、居室の扉や食卓テーブルを茶系に統一することで、落ち着いた雰囲気の中で清潔感のある空間になっています。テレビの横やユニットの出入り口脇にソファを設置しており、他の人の目に触れずに休める場所も確保しています。壁には利用者と作成した季節の作品を飾り季節感を感じれるようにしています。年2回清掃業者によるワックスがけも行われ、清潔な空間が保たれています。		今後の継続
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	食席以外にもソファや椅子を配置し、思い思いに利用して頂いている。			
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	自宅から使用していた家具や、布団などの持ち込みをして頂いている。居室内は清潔に整頓できているよう心掛けている。	各居室にはエアコン、カーテン、ハンガー掛けは完備されていますが、それ以外の家具や寝具は馴染みの物や使い慣れた物を持ち込んでいただいています。レイアウトは家族と本人で決めていただき、ADL等の状態に応じて家族に相談して、生活しやすいように配置を変えています。		今後の継続
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	フロア全体に手すりを配置している。浴室も特殊浴槽や入浴用の車椅子を配置し、安全に利用できるようにしている。トイレの手すりも利き手を生かせるように右・左を用意している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

りんどうグループホーム
東ユニット

作成日

令和1年11月20日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	18	入居者による家事参加が少ない	食器の片づけや調理や掃除に参加する	1人1人の出来る事の見極めとどう促していくかの職員間の情報共有	半年から1年
2	38	ケアプラン作成時のカンファレンスの開催頻度を上げたい	複数の職員で検討できる機会を設ける	ユニット会議の有効利用・シフトの検討	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

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	会社の理念を事務所に掲示して、日常的に職員の目に触れるようにしてある。すべてのこうもくが満たされるよう努力しており、理念に反するような事例が出た時には改めて理念に基づいた対応が出来るよう心掛けている。		
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	運営推進会議に地域の方に参加して頂いている。また施設祭りを開催し地域の方と交流を深めた。定期的に傾聴ボランティアに来ていただいたり、地域支援室で行うイベントを通して地域の方と入居者で交流をもって頂いている。		
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	運営推進会議や施設祭りを通して認知症の方の理解をして頂いている。また地域支援室で行うイベントに地域の方に参加して頂き認知症の方と交流を持って頂いている。		
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	外出(ドライブ・外食・見物)、事故報告、ヒヤリハット報告をしている。報告に対しての意見を頂いた時には職員間で検討しサービスに活かしている。また運営推進会議で地域包括センターから傾聴ボランティアを紹介して頂いた。		
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	町から相談員を受け入れる事としている。また相談など連絡を取れる体制にあり協力体制はきちんと取れている。疑問があるときなどは相談させて頂いている。 湘南ウエスト大磯二宮介護保険事業者連絡会や近隣施設連絡協議会にも参加し情報を共有している。		

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
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	身体的拘束等適正化委員会を3か月に1度行い、職員にはユニット会議にて報告。その都度話し合いを持ちスタッフ間で、身体拘束について認識の違いを確認し合い統一するように話し合いを重ねるようにしている。		
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注意を払い、防止に努めている	研修や職員会議を通じて虐待への認識は深まっている。スピーチロックや声掛けが強い時には職員同士で注意し合い会議での議題に持ち込める環境を作っている。		
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	今年度入居をされた方が町を通じて後見人制度を利用された。後見人、包括、町を交えた話し合いの場を設けた。職員にも後見人決定までのプロセスを共有し理解を深めるよう努めた。		
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	重要事項、料金等の説明を十分に行い、納得して頂いた上で契約をしている。改定時には同意書を得て理解して頂いている。医療連携、訪問診療、薬剤管理、訪問歯科に関しては各担当者から個々に説明をして理解納得を図っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	目安箱などは設置せず口頭での意見・要望を受けている。要望があった場合には早急な対応をし運営につなげている。月に1度りんどう便りをご家族に送り行事の様子や日々の写真を添付し生活の様子を報告している。		

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	日常的に耳を傾け反映している。職員の意見は各ユニット会議や合同ユニット会議などで意見収集や意見交換をしている。		
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	現場で上がった要望や改善希望点については、役席者の会議で報告したことを、総務や経理を交えて検討し、結果は職員に通知している。		
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	人事評価表を用い達成目標の評価を行っている。また1人1人が半期目標、1年の目標を立て目標に向かって取り組めるよう年2回の面接を通し話し合いをしている。内部研修は毎月、担当した職員が資料作成、報告書の作成をしている。外部研修は職員の参加を募っている。今年度よりキャリアアップの作成をしている。		
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	近隣施設連絡協議会などに積極的に参加し意見交換を行っている。同業者の管理者との交流を深め相談し合うことも出来ている。症例検討会に参加し症例発表を行なうなどし、サービスの質の向上を心掛けている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居当初は本人、家族との関わりを多めに持ち傾聴し職員間でも連絡ノートで情報共有をしている。また職員間で細目な話し合いを持ち入居者への理解を深めている。		

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
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	入居前の面談やアセスメントの際に家族の希望や要望、不安なことを聞いている。グループホームでの対応可能な事と不可能な事は明確にし正直な関係に努めている。		
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	アセスメント時に、必要な支援を見極めるようにしている。生活を始め見えてきた部分に関しては入居後1か月を目安に対応できるように努めている。		
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	介護する側、される側という関係にならないようにスタッフ同士、常に声を掛けあい立ち位置に注意している。生活面で昔ながらのやり方や行事の成り立ちなど教えて頂くことも多くそのような場を大切にしている。		
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	面会時には日常の本人の様子を細かくお伝えするようにしている。 認知症の進行とともに家族に新たな戸惑いや悩みが出てくる時には認知症の症状等のお話をして悩みが軽減できるように支援している。医師への質問の橋渡しや話し合いの場を設けるなどの支援も行っている。 家族の交流会を開催した		
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	面会の時などは落ち着いて居室で話せるよう配慮している。又大勢で面会にいらしたときには別室を提供し落ち着いて面会時間を過ごせるようにしている。 馴染みの友達から電話があった時にも落ち着いて話せるよう居室にご案内をしている。		

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	常に日々の入居者の状態を観察把握し、関係性を持つことが出来そうな方同士が交流を持てるようにサポートしている。時には皆でテーブルを囲みレクリエーションを行いお互いの理解に繋がるようにしている。		
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	サービス終了後の家族のフォローを行い関係性を大切にしている。町内在住の家族も多いことから、偶然お会いした時にも必ず挨拶をして、状況によっては言葉を交わしている。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	本人の意向をくみ取れるように日々話や行動に注意している。又職員同士情報を共有しユニット会議などで検討している。		
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	入居時より今までの背景はどのようなものだったのか考え、理解に努めることを大切にしている。援助に困難（BPSD）が出た時にはご本人やご家族からお話を聞き生活歴や馴染みの暮らしを理解できるように努めている。		
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	個人記録や連絡ノート、ユニット会議を通じて状況等の情報を共有している。		

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
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	ユニット会議の活用。問題があるときにはカンファレンスを開き検討している。また困難事例の時には連携会議の中で他職種からの意見をもらい作成している。		
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	個別記録以外にも日々の実施記録や連絡ノートを活用している。記録以外にも日々の申し送りで職員間の情報共有を図り、介護計画に活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	マッサージや傾聴ボランティアの取り入れ。理学療法士、管理栄養士、薬剤師と転倒、骨折予防に取り組んでいる。理学療法士からは生活リハの提案、定期的な骨密度の計測や転倒リスクの分析。管理栄養士からは栄養評価、カルシウム強化メニューの提案。薬剤師からは薬の飲み合わせによる副作用についてのチェックに取り組んで頂いている。		
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	地域包括支援センターから傾聴ボランティアを紹介して頂き取り入れた。今後も地域包括支援センターや町役場から情報を頂き地域資源の更なる把握に努めたい。		
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	月2回往診前には事前情報を作成し提供している。往診には薬剤師も同席してより深い医療連携が取れている。家族の希望や疑問も職員が先生に伝え更に必要な時には家族と先生の面談を手配している。		

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1回の定期訪問で入居者の状態把握をしており、状態の変化によって相談・指示を受けることが出来る体制になっている。Drへの連絡もしてくれている。		
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。	3日以内には看護・介護サマリーをNSと共に作成し提出できるように体制を整えている。入院後も早いうちに面会へ行き、病院との情報共有を図ると共に入居者の様子を施設内でも共有するようにしている。退院時にも必要に応じ退院指導に職員もしくはNSが同席できるようにしている。		
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	入居者の様子を見ながら、重度化や終末期の時期を見計らい家族の意向を確かめたのち医師を交えた終末期のカンファレンスを開催している。90歳以上の高齢な入居者に関しては今の時点での意向、確認をDrの説明と共に順次実施している。		
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	緊急時対応マニュアルチャートを作成し設置している。設置場所も含めて入職時に説明。発熱等の予測がされる時には事前に職員間で確認し情報共有が出来るようにしている。年を重ねる毎に急変時の対応が早期に出来、入院期間の短縮が出来ている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	会社全体で緊急時に対応が出来る職員の連絡網を作成している。近隣の施設とも協力できる体制が出来ており訓練にも参加してもらっている。災害時の備蓄品の量を把握して準備し管理している。		

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
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	言動に注意を払い人格とプライバシー確保に努めている。しかし十分とは言えず繰り返し研修を行いスタッフ1人1人の意識を高めたい。また声を掛けあい向上できるよう努力を重ねたい。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日々の言動に注意を払い、日常の小さなことから自己決定できる援助を心掛けている。		
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	1人1人の体調や様子に合わせて1日を過ごして頂けるようにスタッフ同士声を掛けあい援助するようにしている。 スタッフ本位の流れを作ってしまうことがある事を各職員自覚して、注意できるよう努めている。		
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	希望者には訪問美容を利用しカットやカラーが出来る機会を設けている。またボランティアの方がみえネイル体験を行ったりした。日々服装や髪に乱れが無いか注意を払い声掛けを行っている。また男性は髭に注意し声掛け支援している。		
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	彩りの綺麗な食事等はとても喜ばれるので行事食はいつも以上に気を配り準備している。 日常ではメニューの考案や食事の片付けを習慣的に行うことはあるが食事作りは習慣化されていないので個々の出来る事を見つけ支援していきたい。		

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	
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	食事量・水分量をチェックし1日の必要量が確保できるようにしている。水分がなかなか取れない方には好みの飲み物を探してみたり、ゼリーを用意して対応している。			
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	希望者には月に2回訪問歯科が入り口腔内のケアをしている。日々は毎食後の口腔ケアの声掛けや援助を行っている。自力でのケアが出来ないかたについてはお手伝いをしている。			
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	毎回の排泄の記録をとることで排泄パターンを把握しタイミングをつかみ援助している。			
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	運動をすることで腸の活動を促すようにしている。また毎日乳酸菌飲料やヨーグルトを摂取したり、オリゴ糖、発芽玄米を活用し便秘改善に取り組んでいる。水分の摂取にも注意している。必要に応じ緩下剤を使用している。			
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	大まかな日程は決めているが体調や本人の気分に合わせ変更している。			

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	原則21時の消灯としているが、起きていたい入居者に関してはそのままリビングなどで過ごしていただいている。昼食後に入居者の状態に応じて臥床して頂いている。		
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	お薬手帳の閲覧や、薬の変更時には薬剤師の作成した変更一覧を職員に周知している。服薬の影響と思える症状については薬剤師に相談、報告したり、往診時にDrに伝えるようにしている。		
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	可能な家事への参加を促している。レクやフロアの飾り付けにも得意な分野で協力して頂いている。おやつなどで提供する飲み物も数種類用意して好きなものを選んで頂いている。		
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	外出や外食の希望がある入居者にはご家族に話して協力いただいている。外食でなくてもご家族のお持ちになったものを地域交流スペースのナカモールや職員の休憩室を開放し気分を変えて召し上がれるようにしている。		
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	現金の持ち込みはお断りしている。買い物レクの際にはあらかじめご家族から許可を得た範囲で買い物を楽しんで頂いている。		

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	
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	携帯電話を持ち込まれている方に関しては充電や電話を掛けることのお手伝いをしている。			
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	毎月、フロアの壁面の飾り付けを入居者で行っている。掃除は毎日実施。臭いにも注意している。			
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	食席以外にもソファや椅子を配置し、思い思いに利用して頂いている。			
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	自宅から使用していた家具や、布団などの持ち込みをして頂いている。居室内は清潔に整頓できているよう心掛けている。			
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	フロア全体に手すりを配置している。浴室も特殊浴槽や入浴用の車椅子を配置し、安全に利用できるようにしている。トイレの手すりも利き手を生かせるように右・左を用意している。			

事業所名	りんどうグループホーム
ユニット名	西ユニット

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、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

目 標 達 成 計 画

事業所

りんどうグループホーム
西ユニット

作成日

令和1年11月20日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	18	入居者による家事参加が少ない	食器の片付けや調理や掃除に参加する	個人のできることの見極めと、促し方を職員間で情報共有する	半年から1年
2	49	外出の機会が少ない	季節ごとの外出ができる	東ユニットと協力して外出の機会を増やす	半年から1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。