

平成29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	1492200264	事業の開始年月日	平成21年4月1日	
		指定年月日	平成21年4月1日	
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社			
事業所名	愛の家グループホーム藤沢遠藤			
所在地	( 252-0816 )			
	神奈川県藤沢市遠藤3013			
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29年12月30日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月24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)】

愛の家グループホーム藤沢遠藤では全スタッフが互いに個性を尊重し、ご入居者様を第一に考えてケアを行なっています。またご入居者様の満足できる生活を追究し、あきらめない介護の実践を心掛けています。そのためには認知症介護のプロであるために研修も盛んに行なっています。  
 笑い笑顔のある楽しいホーム作りをスタッフ一同、日々取り組んでおります。そのなかで今後は地域の方たちとの交流も増やして行きたいと考えています。  
 認知症の方がその人らしく快適で穏やかなシルバーライフをサポートできるようこれからも努めてまいります。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成30年2月13日	評価機関 評価決定日	平成30年3月28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)】

事業所は小田急線、相鉄線、横浜市営地下鉄線などが乗り入れている湘南台駅より神奈中バスの茅ヶ崎駅行きに乗車、「遠藤北原」バス停下車、徒歩5分ほどにあります。近隣は造園業が多く、畑もまだ残された閑静な場所です。

<優れている点>

法人は県内に各種の福祉施設を運営し、幅広い福祉サービスを展開しています。グループホームはその中核となっています。法人本部は統括的な管理により、各種の書類やマニュアルの整備など様々なニーズのバックアップをしています。法人全体で虐待問題に取り組んでいます。身体拘束や不適切な呼びかけなどの有無について職員一人ひとりに2ヶ月ごとにチェックシートを用いて確認しています。毎年、法人本部より直接、家族にアンケートが送られ職員の利用者に対する対応や食事の内容について要望や提案などの把握をしています。要望の多い項目については研修の課題として捉え、サービス向上に反映しています。祭りや花見、日帰り旅行、外出などを通じて地域の人々と触れ合う時間を積極的に取り入れています。地域の社会福祉協議会のボランティアセンターに登録しているマジックやクリスマス時の教会のキャロリングなどをレクリエーションに有効活用し、利用者が楽しめるよう、支援しています。

<工夫点>

毎年、無記名による「職員満足度調査」を実施し、職員から意見や要望・提案などを把握し、運営に反映しています。

### 【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	愛の家グループホーム藤沢遠藤
ユニット名	1F さざなみ

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	ホーム職員がみんなで作ったホーム理念を毎朝のミーティングで唱和し共有して実践につなげている。	法人の理念や職員で作った事業所の理念を玄関や事務所に掲示しています。職員は互いの個性を認め合いながら利用者目線のケアを、根気よく諦めず実践しています。毎朝のミーティングで3項目に込められた事業所の理念を唱和し確認しています。	
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。	日常的な散歩で地域の人たちと挨拶や会話をしている。そのなかで地域の方のご厚意で畑の野菜を頂くこともある。	地域の一員として町内会に加入し、イベントなどに協力しています。散歩に出掛けた時に野菜や花など地域の住民からもらったりして顔馴染みになっています。地域のボランティアとの連携やクリスマスのキャロリング、子供達との交流も大切にしています。	
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。	グループホーム連絡会で地域の方が参加できる認知症サポーター養成講座の開催のお手伝いをしている。		
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。	運営推進会議ではホームの状況や入居者様たちの日々の過ごし方などをお伝えしている。また運営推進会議のメンバーがらいただいた意見やアドバイスは議事録に残して取り組んでいる。	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。市や地域包括支援センターの職員、民生委員、自治会の役員、家族などが参加し、事業所からは活動状況や地域住民・ボランティアとの交流などを報告しています。参加者と避難訓練などについて質疑応答しています。	
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。	グルホーム連絡会では市役所の職員が参加して必要な事項の説明をしてくれている。そういったやり取りの中で協力関係を築いている。	市や地域包括支援センターの職員も参加している運営推進会議の場を活かし、事業所の現状について意見交換しています。職員だけでなく、近隣の住民や家族も市内の介護や認知症の実情などについて市の職員と積極的に話し合っています。	

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。	毎年必ず1回は身体拘束・虐待排除の研修をして身体拘束と虐待排除に努めている。 また2ヵ月に1回は身体拘束と虐待をチェックシートで本社もチェックしている。	毎年、法人全体で「虐待、不適切ケア身体拘束防止取組み」の強化週間を設定し、日常の支援を振り返っています。職員は輪番でチェックシートを用い、虐待や不適切なケア、言葉による虐待につながる声掛けなどを2ヶ月ごとに確認しています。居室には転倒防止などの為にナースコールを設置しています。	
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。	毎年必ず1回は身体拘束・虐待排除の研修をして身体拘束と虐待排除に努めている。 また2ヵ月に1回は身体拘束と虐待をチェックシートで本社もチェックしている。		
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。	成年後見制度を利用している入居者はいますが日々の生活のなかで殆どその事を意識することが無い。 また研修も行なわれていないので課題となっている。		
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。	契約書は出来るときには事前に送って見てもらってから、契約時に細かく説明して理解していただいている。 改定の際にはお手紙だけではなく直接会って説明をしている。		
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。	入居者や家族から意見や苦情相談があった時にはミーティングやカンファレンスで話し合い改善に努めている。	家族からの電話などは、「苦情の取り扱いに関する要綱」に基づき適切に対応しています。毎年本部より直接家族へのアンケートがあり、職員の対応や食事の要望などについて把握しています。要望の多い項目については課題として捉え、サービス向上に反映しています。	

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。	日々行なわれているカンファレンスやミーティングの中で職員の意見を聞く機会を設け、反映させている。その他にはスタッフ面談を定期的に行ない意見を聞いている。	毎月のユニット会議で職員一人ひとりが意見や提案を発言しています。管理者は職員と定期的に面談をしています。毎年本部より無記名による全員を対象にした「職員満足度調査」を実施し、意見や要望、提案などを把握し運営に反映しています。	
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。	代表者は経営方針として「専門化と省力化」を掲げ経営の効率化を図っている。効率化で出来た利益は職員の給与水準を上げるために使われる、と説明している。		
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。	新人職員には入社時のオリエンテーションを行ないます。さらに入社後6カ月は毎月チェックシートを使い面談を行なっている。また月1回は全職員を対象にした研修を行なっている。		
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。	偶数月にはグループホーム連絡会が行なわれていて、管理者同士で情報交換と交流を行なっている。また自社のエリアで合同研修を行ない勉強と交流を行なっている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	サービスの利用開始前には必ずご本人に直接会ってご本人のニーズと状態を確認している。また入居前にカンファレンスを行ないご本人のニーズと状態を確認し職員が共有する。		

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。	入居を考えているご家族様は介護に疲れていたり、困っていたりして多くの不安を抱えていることを理解する。そういった気持ちを心を傾け聴いていくことを大事にしている。		
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。	サービス利用開始前に、ご家族がなぜ入居を希望するのか経緯を必ず確認している。そうすることによってご家族様にも満足していただける支援になるよう努めている。		
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。	ホームで生活するなかで家事の手伝いや自分の身の回りの事など、出来る事はご自分でしてもらっている。また一方的な支援にならないよう、必要な分だけ介助をしている。		
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。	毎月必ずお手紙で利用者様のホームでの様子をご家族様へお伝えして情報を共有している。また来訪時は職員がホームでの様子をお伝えし、日々の生活を知ってもらっている。		
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。	入居者様の友人や馴染みの人が来訪された時には快く迎え入れ、交流してもらえるように配慮している。	契約前に利用者の自宅を訪問し、ADL関係だけでなく部屋の様子や友人、馴染みの店・レストランなどを把握しています。家族や親族の協力でドライブしたり、絵画や読書など今まで生きがいにしてきた小さな生活習慣も継続できるよう支援しています。	

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。	利用者同士の関係についてカンファレンスなどで情報を共有している。リビングの座席も利用者同士の関係を考慮して配置している。		
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。	入居者様が他施設へ移られる時にはアセスメントやケアプランや支援状況の情報を伝えている。そうすることで他施設へ移られる際の環境の変化による混乱などを最小限にすることに努めている。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	職員は入居者様との日々の生活の中で、どのような意向があるのかを探っている。そしてケアマネジャーは職員から入居者様の情報を共有してケアプランに反映させている。	入居時のアセスメントや普段いつも仲良く話し合ったり、同じ趣味の利用者同士の様子などからやりたい事やできることなどを把握しています。食器拭きや下膳など、持てる力を発揮して役割のある暮らしの支援をしています。	
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。	サービス開始前に必ずご本人とご家族様には生活歴やこれまでのサービス利用経過等をお聞きして把握に努めている。それは利用開始後もご本人との生活の中やご家族様が来訪された時等にも続けられている。		
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。	一人ひとりの一日の過ごし方を知るためにケア日報や個人記録を利用している。そういった情報をカンファレンスでも活用して個人の把握に努めている。		

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
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。	月に1回は会議の時に職員が集まりカンファレンスをしている。そのこにケアマネジャーも参加しておりケアプランにも反映している。	毎月のユニット会議では利用者の日々の様子を記録した「個別記録・ケア日報」を基にカンファレンスしています。本人・家族の意向や医師・看護師の助言などを取り入れて課題を確認しています。基本的には3ヶ月ごとに介護計画を見直しています。	
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。	日々の様子やケアの実践は個別記録に記入していて、ケアマネジャーが記録を確認したり職員から聞き取りをしてケアプランに反映している。		
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。	本人の状態や家族の都合などに配慮して必要ならば通院や送迎の支援をしている。		
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。	社会福祉協議会のボランティアセンターを活用してボランティアの方たちにホームへ来てもらい、レクリエーションの提供をしてもらっている。また高齢者体験キットを貸出してもらい施設研修に使わせてもらった。		
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。	訪問診療が定期的にありますのでお勧めしてはいますが、ご本人及びご家族様の意向を大切にしています。必要があると思われる場合は適切に医療を受けられるよう専門外来の受診を勧める事もあります。	協力医の内科は月2回、看護師は週1回の往診があります。24時間オンコール対応です。歯科の希望者は週1回の往診時に口腔健診や入れ歯のケアを受けています。カンファレンスで薬の変更や利用者の状態の情報を職員全員で共有しています。	

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。	職員は日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、訪問診療や訪問看護に伝えられるよう書類に書き留めていて、訪問診療や訪問看護があるときにはその書類をもとにしながら診療と看護が行なわれている。		
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。	利用者様が入院した時には早期に退院できるようお見舞いに行ったときに情報交換をしている。また電話でも連絡を取り合い状態の把握や早期退院への協力をしている。		
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。	契約時には「重度化した場合の対応にかかる指針」の説明を必ずしている。また重度化する前に大きな様子の変化がある時には再度説明をしています。	契約時に事業所の看取りや終末期のあり方について利用者と家族に同意を得ています。まだ、看取りは行っていませんが家族に事業所に対応出来る範囲について説明し、事業所の環境を整えながら職員に「看取りの研修」なども行っていく予定です。	
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。	毎年必ず1回急変や事故発生時に備えて、緊急時の対応の研修を行なっている。		
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。	年2回の消防訓練を行っており初期消火から避難までの訓練を行っており、1回は必ず夜間を想定して行なわれている。	消防署の立ち会いは有りませんでした。避難訓練は夜間想定を含め年2回行っています。次回からは消防署の立ち会いも予定しています。災害時の備蓄品は本社管理で、3日分の食材を用意しています。賞味期限が近い物は調理員が調理に使用しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	毎年必ず1回はプライバシーの保護の研修をしています。研修で学んだことが実践されるよう管理者およびユニットリーダーが管理と指導をしている。	プライバシー保護の研修を実施し、周知しています。排泄時の声の掛け方、声の大きさなどにも細心の注意を払っています。利用者は原則、姓に「さん」付けで呼んでいます。スピーチロックにも気をつけ、気が付いた時には互いに注意しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	スタッフは介護者が決定するのではなく入居者様に自己決定することを心掛けて支援をしている。また自己決定の難しい方などには選択肢を狭めて決定を出来るよう努めている。		
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。	介護者の都合に合わせたスケジュールではなく、ご本人の意向を大切にその日の過ごし方を決めてもらっている。就寝時間も昼夜逆転などなければ、ご本人の寝たい時に就寝している。		
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。	朝の着替えでは、ご本人と一緒に職員がその日に着たい洋服を選んでいる。選択肢が多くて選びにくい方には2択にするなどして選びやすくしている。		
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。	お正月やクリスマスには行事食を提供して楽しんでいただいています。また子会社が提供してくれるケータリングのサービスを使い、定期的に食事のイベントを企画して提供している。	調理員は2名いますが、調理員が休みの時は職員が交代で食事を手作りしています。利用者も野菜のカットやテーブル拭き、下膳、食器拭きなどを出来る人が手伝っています。ケータリングサービスを利用して、寿司レクリエーションでの食事を楽しんでいます。	

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。	食事量はその方の食べる量や医師からの指示を確認して提供しています。水分量は記録を確認して1日に摂取する量を確認すると同時に、その方の嗜好に合わせてお出ししている。		
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。	毎食後お声掛けをして口腔ケアをしてもらっています。ご自分で行なうのが難しい方には歯ブラシやスポンジやガーゼを使い介助させてもらっている。		
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。	尿意、便意のない方は排泄チェック表を確認して時間を見計らってトイレへ誘導している。その時には羞恥心に配慮したお声掛けや介助を行なっている。	職員が排泄チェック表で排泄パターンを把握し特徴を掴んでトイレ誘導を行っています。出来るだけ自立排泄を促し、現状の維持と自立に向けた支援を行っています。年々排泄の自立度は低下しています。	
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。	便秘気味の入居者様には牛乳をお出しして飲んでもらい便秘改善に努めている。水分量もチェック表を確認して注意を怠らないよう努めている。		
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。	入浴を楽しんでもらうために個別に入浴してもらっています。また入浴が終わると次の入浴者のためにお風呂を掃除してお湯を入れ替えています。	週2回の入浴を原則としています。回数や時間などは柔軟に応じています。入浴の嫌いな入には声掛けの工夫や相性の合う職員が対応しています。季節感を感じるようにゆず湯や菖蒲湯も楽しんでいます。湯は一人ずつ入れ替えて清潔です。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	なるべく日中はレクリエーションや散歩など活動的に過ごしてもらい夜はぐっすり眠れるよう生活リズムを整えるよう努めている。		
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。	訪問診療や外来に受診されて薬が処方されると薬情報をファイリングして職員で情報を共有できるようになっている。服薬の内容が変わった時にはケア日報や申し送りノートで職員で共有している。		
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。	掃除や洗濯、食器拭きや食材のカットなどお願いできる方には仕事を頼んで、やりがいや楽しみを感じ、役割をもってもらえるよう努めている。		
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。	お正月には初詣など季節に合った外出支援もしている。また個別の楽しみごとに合わせてケアプランにも外出支援がある入居者様もいる。そういう方にはサービス内容実施記録に記入して外出支援ができるよう努めている。	ホームの2台の車を使って利用者と買い物やドライブに出掛けています。上野の美術館に行きたい利用者にも個別外出支援を行う計画も進めています。利用者は天気や体調に応じて事業所の周辺を散歩に出掛けています。	
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。	本人の欲しい物は預かっているお小遣いを使って買ってもらっているが、本人が支払いをしているわけではないので、これからはそのような支援も必要になると思います。		

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。	事前にご家族に了承をとり、本人が連絡をとりたい時には電話をかけれるように支援している。		
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。	ホームはバリアフリーで設計されているので快適に過ごせるような作りになっている。 リビングの窓が大きくとってあり自然の光が入るようになっている。	大きな窓のリビングは陽射しも差し込み明るく快適です。廊下のコーナーには独りで過ごせるベンチもあります。壁には毎月一回、利用者と職員の季節の手作りの作品を展示して季節感を感じる事が出来ます。リビングルーム前のウッドデッキでは天気の良い日に外気浴を楽しんでいます。	
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。	リビングの脇にソファが置いてあり少し休みたい時には利用できるようになっている。 玄関先と非常口の前には座れるスペースがあり一人になって休みたい時に利用されていることがあります。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居される時には、本人の馴染みの家具や調度品があると、自分の部屋として認識が出来て、落ち着いて過ごすことが出来るとお伝えしている。	エアコン・照明・クローゼットが備え付けで、ベッド・テレビ・カーテンなどは馴染みのものを持ち込んでいます。ぬいぐるみやソファなどを置き、くつろげる居室にしています。居室担当者は衣類などの整理整頓や細かいところの掃除を行っています。	
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。	本人の部屋だと分かりやすいように表札の他に名前を大きくドアに貼りだしている。 お風呂場には多数の手摺が設置されていて、本人の力が使えるように配慮している。		

事業所名	愛の家グループホーム藤沢遠藤
ユニット名	2F しおさい

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	ホーム職員がみんなで作ったホーム理念を毎朝のミーティングで唱和し共有して実践につなげている。		
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。	日常的な散歩で地域の人たちと挨拶や会話をしている。そのなかで地域の方のご厚意で畑の野菜を頂くこともある。		
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。	グループホーム連絡会で地域の方が参加できる認知症サポーター養成講座の開催のお手伝いをしている。		
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。	運営推進会議ではホームの状況や入居者様たちの日々の過ごし方などをお伝えしている。 また運営推進会議のメンバーがらいただいた意見やアドバイスは議事録に残して取り組んでいる。		
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。	グルホーム連絡会では市役所の職員が参加して必要な事項の説明をしてくれている。そういったやり取りの中で協力関係を築いている。		

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
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。	毎年必ず1回は身体拘束・虐待排除の研修をして身体拘束と虐待排除に努めている。 また2カ月に1回は身体拘束と虐待をチェックシートで本社もチェックしている。		
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。	毎年必ず1回は身体拘束・虐待排除の研修をして身体拘束と虐待排除に努めている。 また2カ月に1回は身体拘束と虐待をチェックシートで本社もチェックしている。		
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。	成年後見制度を利用している入居者はいませんが日々の生活のなかで殆どその事を意識することが無い。 また研修も行なわれていないので課題となっている。		
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。	契約書は出来るときには事前に送って見てもらってから、契約時に細かく説明して理解していただいている。 改定の際にはお手紙だけではなく直接会って説明をしている。		
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。	入居者や家族から意見や苦情相談があった時にはミーティングやカンファレンスで話し合い改善に努めている。		

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
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。	日々行なわれているカンファレンスやミーティングの中で職員の意見を聞く機会を設け、反映させている。 その他にはスタッフ面談を定期的に行ない意見を聞いている。		
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。	代表者は経営方針として「専門化と省力化」を掲げ経営の効率化を図っている。効率化で出来た利益は職員の給与水準を上げるために使われる、と説明している。		
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。	新人職員には入社時のオリエンテーションを行ないます。さらに入社後6カ月は毎月チェックシートを使い面談を行なっている。 また月1回は全職員を対象にした研修を行なっている。		
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。	偶数月にはグループホーム連絡会が行なわれていて、管理者同士で情報交換と交流を行なっている。 また自社のエリアで合同研修を行ない勉強と交流を行なっている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	サービスの利用開始前には必ずご本人に直接会ってご本人のニーズと状態を確認している。 また入居前にカンファレンスを行ないご本人のニーズと状態を確認し職員が共有する。		

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。	入居を考えているご家族様は介護に疲れていたり、困っていたりして多くの不安を抱えていることを理解する。そういった気持ちを心を傾け聴いていくことを大事にしている。		
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。	サービス利用開始前に、ご家族がなぜ入居を希望するのか経緯を必ず確認している。そうすることによってご家族様にも満足していただける支援になるよう努めている。		
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。	ホームで生活するなかで家事の手伝いや自分の身の回りの事など、出来る事はご自分でしてもらっている。また一方的な支援にならないよう、必要な分だけ介助をしている。		
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。	毎月必ずお手紙で利用者様のホームでの様子をご家族様へお伝えして情報を共有している。また来訪時は職員がホームでの様子をお伝えし、日々の生活を知ってもらっている。		
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。	入居者様の友人や馴染みの人が来訪された時には快く迎え入れ、交流してもらえるように配慮している。		

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。	利用者同士の関係についてカンファレンスなどで情報を共有している。リビングの座席も利用者同士の関係を考慮して配置している。		
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。	入居者様が他施設へ移られる時にはアセスメントやケアプランや支援状況の情報を伝えている。そうすることで他施設へ移られる際の環境の変化による混乱などを最小限にすることに努めている。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	職員は入居者様との日々の生活の中で、どのような意向があるのかを探っている。そしてケアマネジャーは職員から入居者様の情報を共有してケアプランに反映させている。		
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。	サービス開始前に必ずご本人とご家族様には生活歴やこれまでのサービス利用経過等をお聞きして把握に努めている。それは利用開始後もご本人との生活の中やご家族様が来訪された時等にも続けられている。		
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。	一人ひとりの一日の過ごし方を知るためにケア日報や個人記録を利用している。そういった情報をカンファレンスでも活用して個人の把握に努めている。		

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
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。	月に1回は会議の時に職員が集まりカンファレンスをしている。そのこにケアマネジャーも参加しておりケアプランにも反映している。		
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。	日々の様子やケアの実践は個別記録に記入していて、ケアマネジャーが記録を確認したり職員から聞き取りをしてケアプランに反映している。		
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。	本人の状態や家族の都合などに配慮して必要ならば通院や送迎の支援をしている。		
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。	社会福祉協議会のボランティアセンターを活用してボランティアの方たちにホームへ来てもらい、レクリエーションの提供をしてもらっている。また高齢者体験キットを貸出してもらい施設研修に使わせてもらった。		
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。	訪問診療が定期的にありますのでお勧めしてはいますが、ご本人及びご家族様の意向を大切にしています。必要があると思われる場合は適切に医療を受けられるよう専門外来の受診を勧める事もあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	職員は日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、訪問診療や訪問看護に伝えられるよう書類に書き留めていて、訪問診療や訪問看護があるときにはその書類をもとにしながら診療と看護が行なわれている。		
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。	利用者様が入院した時には早期に退院できるようお見舞いに行ったときに情報交換をしている。また電話でも連絡を取り合い状態の把握や早期退院への協力をしている。		
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。	契約時には「重度化した場合の対応にかかる指針」の説明を必ずしている。また重度化する前に大きな様子の変化がある時には再度説明をしています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	毎年必ず1回急変や事故発生時に備えて、緊急時の対応の研修を行なっている。		
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。	年2回の消防訓練を行なっており初期消火から避難までの訓練を行なっており、1回は必ず夜間を想定して行なわれている。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	毎年必ず1回はプライバシーの保護の研修をしています。研修で学んだことが実践されるよう管理者およびユニットリーダーが管理と指導をしている。		
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。	スタッフは介護者が決定するのではなく入居者様に自己決定することを心掛けて支援をしている。また自己決定の難しい方などには選択肢を狭めて決定を出来るよう努めている。		
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。	介護者の都合に合わせたスケジュールではなく、ご本人の意向を大切にその日の過ごし方を決めてもらっている。就寝時間も昼夜逆転などなければ、ご本人の寝たい時に就寝している。		
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。	朝の着替えでは、ご本人と一緒に職員がその日に着たい洋服を選んでいる。選択肢が多くて選びにくい方には2択にするなどして選びやすくしている。		
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。	お正月やクリスマスには行事食を提供して楽しんでいただいています。また子会社が提供してくれるケータリングのサービスを使い、定期的に食事のイベントを企画して提供している。		

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。	食事量はその方の食べる量や医師からの指示を確認して提供しています。水分量は記録を確認して1日に摂取する量を確認すると同時に、その方の嗜好に合わせてお出ししている。		
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。	毎食後お声掛けをして口腔ケアをしてもらっています。ご自分で行なうのが難しい方には歯ブラシやスポンジやガーゼを使い介助させてもらっている。		
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。	尿意、便意のない方は排泄チェック表を確認して時間を見計らってトイレへ誘導している。その時には羞恥心に配慮したお声掛けや介助を行なっている。		
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。	便秘気味の入居者様には牛乳をお出しして飲んでもらい便秘改善に努めている。水分量もチェック表を確認して注意を怠らないよう努めている。		
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。	入浴を楽しんでもらうために個別に入浴してもらっています。また入浴が終わると次の入浴者のためにお風呂を掃除してお湯を入れ替えています。		

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
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。	なるべく日中はレクリエーションや散歩など活動的に過ごしてもらい夜はぐっすり眠れるよう生活リズムを整えるよう努めている。		
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。	訪問診療や外来に受診されて薬が処方されると薬情報をファイリングして職員で情報を共有できるようになっている。服薬の内容が変わった時にはケア日報や申し送りノートで職員で共有している。		
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。	掃除や洗濯、食器拭きや食材のカットなどお願いできる方には仕事を頼んで、やりがいや楽しみを感じ、役割をもってもらえるよう努めている。		
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。	お正月には初詣など季節に合った外出支援もしている。また個別の楽しみごとに合わせてケアプランにも外出支援がある入居者様もいる。そういう方にはサービス内容実施記録に記入して外出支援ができるよう努めている。		
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。	本人の欲しい物は預かっているお小遣いを使って買ってもらっているが、本人が支払いをしているわけではないので、これからはそのような支援も必要になると思います。		

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。	事前にご家族に了承をとり、本人が連絡をとりたい時には電話をかけられるように支援している。		
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。	ホームはバリアフリーで設計されているので快適に過ごせるような作りになっている。 リビングの窓が大きくとってあり自然の光が入るようになっている。		
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。	リビングの脇にソファが置いてあり少し休みたい時には利用できるようになっている。 玄関先と非常口の前には座れるスペースがあり一人になって休みたい時に利用されていることがあります。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居される時には、本人の馴染みの家具や調度品があると、自分の部屋として認識が出来て、落ち着いて過ごすことが出来るとお伝えしている。		
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。	本人の部屋だと分かりやすいように表札の他に名前を大きくドアに貼りだしている。 お風呂場には多数の手摺が設置されていて、本人の力が使えるように配慮している。		

平成29年度

## 目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム藤沢遠藤

作成日： 平成 30年 4月 30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	13	職員の介護への知識や技術に改善の余地がある。また会社の掲げる運営理念や、ホームの掲げる理念に対して、より深く理解する必要がある。	職員の介護技術や知識の更なる向上。そして会社の掲げる運営理念やホームの掲げる理念に対する、より深い理解。	毎月の職員研修を1回から2回に増やす。そのうち1回はホーム長が行い、介護技術や知識だけではなく、運営理念やホーム理念の理解を深めていく。	12ヶ月
2	29	地域資源の把握と活用に改善の余地がある。フォーマルにしても、インフォーマルにしても把握することが課題になっている。	地域資源を利用したサービスの提供。また地域の方々との交流を増やす。	運営推進会議で地域の方々やご家族様から、情報をいただく。また地域包括支援センターからも情報をいただく。	4ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月