

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         | 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 )<br>神奈川県藤沢市遠藤3013                    |                |            |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護             | 登録定員           | 名          |
|               | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 通い定員           | 名          |
|               |  | 宿泊定員           | 名          |
|               |  | 定員計            | 18名        |
|               |  | ユニット数          | 2 ユニット     |
| 自己評価作成日       | 平成30年12月30日                                      | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成31年4月12日 |

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)】

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 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 平成31年2月12日                          | 評価機関<br>評価決定日 | 平成31年4月8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・市営地下鉄が乗り入れた湘南台駅の西口から茅ヶ崎行きのバスで10分、秋葉台運動公園を通り、「遠藤北原」で下車して徒歩5分です。周囲は田園地帯で、大きな農家に隣接した2階建ての建物がグループホームです。西に大山や丹沢山塊を望むことができます。運営法人は全国に280の事業所を展開しています。

<優れている点>

法人は毎年「ご家族様アンケート(事業所・職員・食事・入浴・日常生活・ケアプラン・健康管理・安全面)」を実施しています。前年度と比較し、図示化しています。事業所の理念に基づく支援の具体的な振り返りとなり、ケアの気づきとなっています。事業所は月1回の全体会議の中の学習会で、管理者が事前に出した課題について職員が順番に講師となり、それぞれ15分ほどの発表と解説をするようにしています。職員のモチベーションも上がり、職員同士のコミュニケーションが豊かになっています。職員は認知症介護のプロを目指しています。

<工夫点>

事業所の「秋祭り」では、職員が近隣にチラシをポスティングしたり、声かけしたりして、大勢の地域住民が集まっています。結果に自信を持ち、地域連携の活動を積極的に推し進めています。また、栄養士作成の献立により、近くのスーパーマーケットで食材を購入し、調理師が全員の昼食・夕食を調理しています。職員・調理師も入居者と一緒に食事をし、摂食状況を把握しています。

### 【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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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することで共有し、日々のケアと業務の実践に繋げている。                              | 入居者を第一に考えた事業所の理念を事務所に掲示し、毎朝唱和しています。支援については入居者側・職員側の視点から同意・合意し、接遇・気づき・思いやりで、入居者目線の介護の実践に努めています。                                   |  |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。また湘南ライフタウンキリスト教会とのクリスマスの交流がある。                                 | 自治会の回覧板を入居者と一緒に回しています。地域の敬老会には入居者も参加しています。事業所の敬老会では毎年ボランティアが尺八やハーモニカの演奏をしています。秋祭は事前に職員がチラシを近所へポスティングしています。家族連れで来た人もいて、盛り上がっています。 |  |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                   | 認知症実践研究報告会を毎年行い、広く人々に認知症ケアの実践をお伝えしている。また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<br>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改善に努めている。   | 2ヶ月に一回開催しています。民生委員（自治会の副会長）、地域包括支援センター職員、家族が出席しています。災害時の備えについてや、滝の沢市民の家の情報など、意見が出ています。議事録は家族へ月の便りと一緒に送付しています。                    | グループホームは地域密着型施設です。運営推進会議にも地域の人の参加もできるような工夫も期待されます。 |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。                           | 月1回、市より2名の介護相談員が来訪しています。入居者全員の話を聞いた後、管理者に要望（本を借りるなど）を伝えています。グループホーム連絡会は市役所で開催され、市の連絡事項なども確認しています。                                |  |

| 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<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 身体拘束廃止委員会を3か月に1回行っている。<br>またそれとは別に本社から身体拘束・虐待防止のための統一研修が定期的に行われている。                | 身体拘束廃止委員会は3ヶ月に1回開催し、職員で話し合っています。月1回の全体会議で内部研修も実施し、欠席の職員にも資料を配布しています。<br>職員は法人作成の「身体拘束・虐待チェックシート」を2ヶ月に1回実施して提出しています。フロアのドアは施錠していますが利用者の要望に沿った対応をしています。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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。<br>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<br>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がいるので、成年後見制度について知る機会がある。   |   |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。<br>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<br>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。<br>また運営推進会議での意見なども取り入れるようにしている。 | 家族に年間行事や運営推進会議の案内状、月便りを送ると共に来訪時にも要望・意見を聞いています。苦情相談は書式に沿って対応の経過を記載し、整理して、運営に反映しています。   |                   |

| 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<br>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。他にもスタッフ面談を定期的に行ない意見を聞いている。           | スタッフルームの整理整頓やユニットごとの掲示物、レイアウトなどを職員間の会話から検討しています。キャリアパスを導入し、能力や都合に応じての労働時間、残業、日勤配置、有給取得など職場整備に努めています。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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。      | 代表者は今期の経営方針として「働きやすさ改革」を掲げ当社で働き続けたいと思える環境作りをしている。                                    |  |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 毎月必ず社内研修が行われて管理者から介護職員まで研修を受けられる態勢が整えられている。  |  |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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、施設の代表者で情報交換と交流を行なっている。そして学研ホールディングスに入ったことで学研ココファンとの交流を始めている。 |  |                   |
| <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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。                                 | 以前住んでいた近所の人々の来訪があります。季節の行事などで大船フラワーセンターや花見など、馴染みの場所に出かけています。事業所内ではDVDで昔の映画を観たり、懐かしい歌謡曲を歌ったりしています。 |                   |

| 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<br>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良好な関係が作れるよう手助けをしている。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<br>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<br>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、どのような暮らし方の希望、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暮らし方の希望、意向を共有してケアプランに反映させている。                  | 職員は何気ない会話を通して趣味や嗜好などを聞き取り、具体的に個人記録に記載しています。ケアマネジャーが職員に確認してケアプランに反映し、支援しています。利用者の趣味を活かした季節の絵を大きな模造紙に描くなど、思いの実現に向けて職員は支援しています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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聞いたり生活歴を知るシートの記入をお願い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<br>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<br>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。 | ケアマネジャーは月1回のサービス担当者会議でスタッフから入居者の情報を共有する。また本人やご家族に意向を伺いケアプランに反映している。                                 | 3ヶ月ごとにプランの見直しをしています。月1回の全体会議では、入居者の個人記録と、2名の担当職員がそれぞれの視点から見た情報を得て介護計画を作成しています。モニタリングはケアマネジャーがしています。                |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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<br>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。               | 職員の都合に合わせるのではなく、本人の希望に合わせる努力をしている。また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<br>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。またクリスマスにはキリスト教会からキャロリングに毎年来てくれている。 |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。        | 家族と相談しながら、入居者の意向に沿えるように対応しています。提携の医療機関との連携は月2回の往診以外にも行い、都度そのアドバイスに従い、毎日のケアに役立っています。他診療科へ通院した時は、受診結果を家族から口頭で聞いています。 |                   |



| 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<br>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<br>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面会にいき入居者様の状態の確認と、病院との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<br>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。                           | 昨年、病院から退所した入居者を、管理者を中心に、医療と連携して安らかに過ごせるよう管理者や職員と話し合い看取り介護により看取ってっています。職員間での情報共有を緊密に行っています。職員研修ではディスカンファレンスで振り返りを行っています。 |  |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。  | 毎年最低でも必ず1回は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<br>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。また消防訓練には消防署職員に来てもらい指導してもらえるようにしました。      | 年2回、消防署の指導の下、防災訓練や夜間想定訓練を実施しています。初動対応、避難時の動線確認、利用者と共に避難する際の動作訓練などを行っています。また、備蓄食料は3日分で、消費期限前に法人から届いています。                 | 防災訓練や災害時における近隣地域との相互協力体制について、より具体的に内容を検討していく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 |
| <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<br>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。                 | 毎年最低でも必ず1回はプライバシーの保護の研修をしています。<br>また不適切なケアのチェックシートを使い定期的にそのような対応をしていないかを確認し、もしそうなら改善している。                | 全スタッフを対象に経験年数や技能に応じた、月1回法人で研修があり理解しています。職員は、内部研修で内容を共有しています。職員は利用者を「～さん」付けで声かけし、一つひとつの動きを見守りながら一緒に行動しています。                         |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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め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<br>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。 | 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し、食事好きな時に食べれるよう配慮している。 |  |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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<br>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など特別な日には行事食を提供して楽しんでいただいています。また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。                           | 専門業者の栄養士の献立で、食材は職員が買出しをしています。朝食は夜勤者、昼食と夕食は2階のキッチンで、専属の調理師が職員と2ユニット分を調理しています。職員は利用者と一緒に食事をしています。季節の行事食や誕生日祝い、回転寿司の夕食、おやつなどを楽しんでいます。 |                   |

| 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<br>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。                 | 食事の栄養バランスをとるために、本社から送られてくる栄養士が立てた献立がある。<br>水分摂取は水分チェック表があり十分な水分を摂れるよう支援している。また水分をなかなか摂られない方には、ゼリーなどお出ししている。 |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                          | 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<br>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排泄の失敗をしないよう配慮している。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。                        | トイレ自立の利用者が多くいます。介助が必要な人にはトイレのドアを閉め、終わるまで外で待っています。ポータブルトイレ使用の人はいません。オムツは必要があれば対応しますが、家族と相談し、装着を急ぐ様な判断はしていません。 |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。<br>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。<br>そして適度に運動できるよう努めている。                |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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。<br>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。<br>時間は希望のある方はお好きな時間に入ってもらっている。       | 週に2～3回入浴しています。時間も午前午後と希望に沿って対応しています。ゆっくりと入浴してもらい、浴後の室内温度は24度前後に保ち、温度差による体調に変化のないように見守っています。                  |                   |

| 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<br>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<br>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<br>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。またタバコやお酒なども希望があれば楽しんでもらっている。 |   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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をしている。また本人の希望からご家族に協力してもらい外出して、お食事や行きつけのヘアサロンに行く方もいる。                      | 天気の良い日には、体調を考慮しながら15～20分位、数人で事業所の周辺を散歩しています。外出は、職員とミニバンで食材の買い出しや喫茶、食事会、花見に出かけています。また、家族とも出かける人もいます。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | お金を持ちたい入居者様には、ご家族と相談して万が一なくなってしまうもよい金額を持っていただいている。  |   |                   |

| 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<br>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<br>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。<br>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。         | 共有スペースは広く採光も良く取れた空間です。加湿器が配置され、窓辺のソファでくつろげます。テーブルでは利用者が趣味の絵や貼り絵を楽しみ、壁面には作品を飾っています。廊下の幅も広く、手すりやフットライトが設置してあり、安全に配慮しています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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、くつろげるようにしている。<br>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<br>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。                  | 明るい窓からは緑豊かで鮮やかな景色が眺められます。居室には大きなクローゼットとエアコンが備えられています。防災カーテンや寝具は持ち込みで、ベッドの人や習慣から床に寝る人もいます。趣味の道具や仏具、ソファ、テレビなどが置かれています。    |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。<br>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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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することで共有し、日々のケアと業務の実践に繋げている。                                  |      |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。また湘南ライフタウンキリスト教会とのクリスマスの交流がある。                                     |      |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                   | 認知症実践研究報告会を毎年行い、広く人々に認知症ケアの実践をお伝えしている。<br>また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<br>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。<br>また運営推進会議のメンバーがらいたいただいた意見やアドバイスは議事録に残して改善に努めている。 |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 身体拘束廃止委員会を3か月に1回行っている。<br>またそれとは別に本社から身体拘束・虐待防止のための統一研修が定期的に行われている。                |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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。<br>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<br>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がいるので、成年後見制度について知る機会がある。   |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。<br>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<br>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。<br>また運営推進会議での意見なども取り入れるようにしている。 |      |                   |



| 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<br>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。<br>他にも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<br>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。      | 代表者は今期の経営方針として「働きやすさ改革」を掲げ当社で働き続けたいと思える環境作りをしている。  |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 毎月必ず社内研修が行われて管理者から介護職員まで研修を受けられる態勢が整えられている。  |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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、施設の代表者で情報交換と交流を行なっている。<br>そして学研ホールディングスに入ったことで学研ココファンとの交流を始めている。 |      |                   |
| <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<br>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。<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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良好な関係が作れるよう手助けをしている。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<br>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<br>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、どのような暮らし方の希望、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暮らし方の希望、意向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<br>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聞いたり生活歴を知るシートの記入をお願い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<br>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<br>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。 | ケアマネジャーは月1回のサービス担当者会議でスタッフから入居者の情報を共有する。また本人やご家族に意向を伺い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<br>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<br>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。               | 職員の都合に合わせてではなく、本人の希望に合わせる努力をしている。また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<br>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。またクリスマスにはキリスト教会からキャロリングに毎年来てくれている。 |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。        |      |                   |

| 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<br>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<br>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面会にいき入居者様の状態の確認と、病院との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<br>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<br>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。   | 毎年最低でも必ず1回は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<br>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。また消防訓練には消防署職員に来てもらい指導してもらえるようにしました。      |      |                   |

| 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<br>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。                | 毎年最低でも必ず1回はプライバシーの保護の研修をしています。<br>また不適切なケアのチェックシートを使い定期的にそのような対応をしていないかを確認し、もしそうなら改善している。                    |      |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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め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出来るよう努めている。                               |      |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。<br>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し、食事好きな時に食べれるよう配慮している。 |      |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。<br>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<br>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など特別な日には行事食を提供して楽しんでいただいています。また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<br>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。                 | 食事の栄養バランスをとるために、本社から送られてくる栄養士が立てた献立がある。<br>水分摂取は水分チェック表があり十分な水分を摂れるよう支援している。また水分をなかなか摂られない方には、ゼリーなどお出ししている。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                          | 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<br>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排泄の失敗をしないよう配慮している。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<br>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。<br>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。<br>そして適度に運動できるよう努めている。                |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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。<br>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。<br>時間は希望のある方はお好きな時間に入ってもらっている。       |      |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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<br>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<br>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。またタバコやお酒なども希望があれば楽しんでもらっている。 |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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をしている。また本人の希望からご家族に協力してもらい外出して、お食事や行きつけのヘアサロンに行く方もいる。                      |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | お金を持ちたい入居者様には、ご家族と相談して万が一なくなってしまうてもよい金額を持っていただいている。   |      |                   |



| 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<br>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<br>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。<br>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<br>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、くつろげるようにしている。<br>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<br>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<br>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。<br>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30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 31年 4月 10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    | 4    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議へのご家族様や地域の方の参加が少なく意見をいただきホーム運営に活かすきれていない。  | ご家族様の参加や地域の方の参加を増やして、多くの意見をいただく。 | 自治会長に運営推進会議の参加をお願いする。また、ご家族に送る運営推進会議への参加をお願いするお便りに、会議で報告する内容を載せて興味を持ってもらい、会議への参加を促す。 | 12ヶ月       |
| 2    | 13   | ○災害対策<br>年2回の消防訓練は行っているが全スタッフが参加しているわけではなく、全スタッフが訓練に参加して災害に備える必要がある。 | 全スタッフが消防訓練を受けて災害に備える。            | 年2回だけではなく全スタッフが消防訓練を受けられるように計画する。もしくはホーム会議で災害対策の研修を全スタッフに行う。                         | 12ヶ月       |
| 3    |      |  |                                  |  | ヶ月         |
| 4    |      |  |                                  |  | ヶ月         |
| 5    |      |  |                                  |  | ヶ月         |