

2019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	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和元年10月9日	評価結果	市町村受理日
			令和2年2月12日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/
----------	---

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

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。笑いと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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年11月19日	評価機関 評価決定日	令和2年1月30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、横浜市営地下鉄が乗り入れている「湘南台駅」から神奈中バス「茅ヶ崎」行きで10分ほど、「遠藤北原」で下車し、徒歩5分です。大きな農家や畑に囲まれた自然豊かな地域にある2階建て2ユニットのグループホームです。昨年、全国的な展開を続けている株式会社の傘下に入っています。

＜優れている点＞
大手の法人のため、指針やマニュアル、各種の書式が整い、研修も定期的に行われています。地域密着型の事業所として、地域との関わりを積極的に推し進めようとして努力しています。地域包括支援センターが主催する公園体操への参加や、近くの「子供の家」への立ち寄りの支援など、日常生活の中で外出や活動の幅を広げています。また、マニュアルにこだわらず、事業所理念に沿って入居者を第一に考えたケアを行うよう努めています。職員を財産として育てていく姿勢で、内部研修や職員同士のコミュニケーションが活発です。職員は認知症介護のプロになる心構えで、入居者をサポートしています。

＜工夫点＞
法人は毎年、家族アンケートを実施し、集計結果を公表しています。事業所は、個々の入居者の写真を載せた「月のお手紙」を家族へ送り、職員からのコメントや医療・食事・入浴などについて知らせています。各フロアの入りに職員の写真が掲示しています。

【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
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。	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。	理念に沿い、職員それぞれの考えを大切にしながらチームで助け合い、サービスを提供しています。管理者はミーティングの時に、理念について具体例を挙げて説明しています。職員は介護のプロになる心構えで入居者の支援をしています。	
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。	散歩の途中で近くにある「子供の家」に立ち寄り、子供たちと交流をしている。	地域包括支援センターが主催する公園体操に参加したり、近所の「子供の家」に立ち寄って子供たちと日常的に交流しています。ボランティアによるフラダンスや教会のクリスマスキャロリングの訪問もあります。事業所の秋祭りには、地域の住民も参加しています。	
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。	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 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。	運営推進会議を通じて利用者やサービス、事業所の取組みについてお伝えしている。また参加メンバーの意見は会議の議題にしてサービス向上に努めている。	会議は2ヶ月に1回開催し、地域住民・入居者・家族・地域包括支援センター職員・市の職員・民生委員が参加しています。事業所からの報告とともに参加者からは地域の様子やイベントの知らせ、災害時のアドバイスなどを受けています。	
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。	グループ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。また運営推進会議への参加も呼び掛けている。	グループホーム連絡会では管理者が会長を務め、市の介護保険課の職員へ利用者の暮らしぶりや事業所の実情を伝えています。市が主催する運営協議会にも参加予定で、行政との連携に積極的に取り組んでいます。	

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
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。	身体拘束廃止委員会を3か月に1回行って、身体拘束の廃止に努めている。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年4回行われている。	事業所としての指針を作り、身体拘束に関する委員会、研修を事業所内で実施し、職員の徹理解を図っています。県の高齢福祉部主催の研修会やグループホーム連絡会での研修など、外部の研修にも参加し、職員全員で共有しています。	
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。	虐待・不適切なケアのチェックシートを使い身体拘束・虐待防止のための統一研修が年4回行われている。		
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のケアを通じて制度を知り活用出来るよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の内容については管理者が内容を読みあげるだけでなく、詳細を説明している。また改定の際には通知文を送付して変更を伝えている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	家族の意見は訪問や電話連絡の時などに意識的に問いかけをして、要望を聞き出すよう心掛けている。またそれらで得られた要望はスタッフミーティングで話し合うことで運営に反映させている。	法人が家族アンケートを実施し、公表しています。事業所はアンケート結果に対して計画書を作成し取り組んでいます。家族の訪問や電話の時に出席された意見や要望は、ユニット会議などで職員と話し合い、速やかに対応するよう心がけています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。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。	管理者は日頃のコミュニケーションの中から、職員の現場での意見を聞き取るようにしています。年に3回定期的に職員と面談を行い、書式に沿って気づきや意見を聞き取り、運営に活かすように努めています。	
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。	代表者は今期の経営方針の中に「働きやすさ指標」と入れ、その達成のための計画を立てるように管理者に指示を出し、職員が働きやすい環境を作ることに努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	社内研修の年間計画が立てられていて、管理者から新人職員までそのキャリアに応じた研修に出られるような仕組みがある。		
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。	グループホーム連絡会では「救命救急講習」、「交流会」、「事例検討会」などを通じて交流や勉強する機会を作っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	サービスの利用開始前には必ずご本人とご家族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
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入居の相談の時点で大事にしている。		
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。また入居される前の生活の仕方を把握して、ホームでも入居される前の生活に近づけるよう努めている。		
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。	馴染みの場との関係継続は年々少なくなってきました。入居者の妻の入所先を訪問する支援をしたり、新聞を買いに行くのが習慣の人には、そのための外出が継続できるよう支援しています。親族や馴染みの人が来た時には、歓待しています。	

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 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。	サービス利用が終了しても必要に応じて相談に乗ることがある。しかし次の介護サービスを利用している場合はそちらの相談員が窓口であることを意識し相談に乗る。		
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。	職員は入居者との日々の生活の中で、どのような暮らしをしたいのかを探っている。そして計画作成担当者は職員から入居者の暮らし方の希望、意向を共有してケアプランに反映させている。	入居時に生活情報シートで家族関係や生活史について、育った地域や環境、時代背景、趣味、特技などを具体的に聞き出し活用しています。日々の暮らしの中で職員が聞いたことや家族からの情報をもとに、本人のニーズを掴むようにしています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	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。		
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。	計画作成担当者は日々のカンファレンスや月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聞き出し共有する。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。	管理者やケアマネジャーはモニタリングやアセスメントを繰り返しながら、本人や職員からの意見を汲み上げ、医師や看護師の意見を考慮し、ケアプランを作成しています。3ヶ月ごとに見直していますが、入退院などの変化がある時はその都度、個別に見直しています。	
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。	ケア日報や個人記録で職員間で情報を共有する他に、サービス内容実施記録を使いケアプランの内容が達成されているかを確認している。それらの情報を参考にケアプランの見直しに活かしている。		
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。	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。	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。また近くの「子供の家」に散歩の途中に寄り、子供たちとの交流をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	訪問診療医の往診が月2回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。また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。	本人や家族の意向により入居者全員が協力医の訪問診療となっています。訪問看護は毎週あります。基本的に、通院は家族対応ですが、場合により家族と病院で待ち合わせして送迎をすることもあります。医療の情報は、電話や月の便りで家族に報告し、職員間では記録により共有しています。	

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医療に関する気づきを、訪問看護の時に伝えられるよう書類に記入して、訪問看護があるときにはその書類をもとに訪問看護で見てもらっている。また緊急性があれば電話連絡で直ぐに報告をして指示をおおいでいる。		
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に努めている。		
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、重度化や終末期に関しての支援の在り方を説明している。	契約時に「重度化した場合の対応にかかる指針」と「看取り介護にかかる指針」の説明を行い、療養と介護に関する方針に合意を得ています。重度化した場合には、その時の事業所の力量を踏まえ、できる対応とできない対応を明確に示し、チームで支援に取り組んでいます。	
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。またグループホーム連絡会の主宰する救命救急の講習を職員に勧めている。		
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消防署職員の立会いの下で行っている。またホームでは防災対策委員を配置して防災についての対策を行っている。	スプリンクラーや消防機関へ通報する火災報知設備などがあります。自衛消防団が構成され、年2回の避難訓練では夜間想定もあります。非常災害時の行動チャートや持ち出し品リストが整備されています。食料や水など3日分の備蓄があり、法人で一括管理しています。	避難訓練時、地域住民の参加を呼びかけ、協力体制を築い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
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。	毎年必ず1回はプライバシーの保護の研修をしている。 また不適切なケアのチェックシートを使い定期的に人格の尊重やプライバシーを損ねない声掛けや対応などを確認し改善している。	法人の行動宣言に、認知症ケアを原点とする事業所として、人格を尊重する事、何よりもプライバシーに配慮する事が明記されています。3ヶ月ごとに「不適切なケアのチェックシート」により対応を再確認し、必要時は、ユニット会議で確認、共有しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	職員は介護者が決めるのではなく入居者の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、入居者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。出たいときに外出できなくても「後で一緒に行きましょう」と声をかけ、付き添えるようになってから外出している。		
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、入居者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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の取り分けは入居者が職員と一緒にやっている。食器を洗うのも入居者が職員と一緒にしています。	栄養士が献立を作成し、調理専門の職員が塩分制限やおかゆ、刻みなど入居者の状態に対応しています。職員も一緒に食卓を囲んでいます。家庭菜園で入居者と一緒に収穫した野菜が食卓に上っています。希望があればラーメンや回転ずしを食べに行くこともあります。	

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
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。	食事の栄養バランスをとるために、栄養士が立てた献立が本社から送られてくる。 食事の形態はアセスメントをして適切な形でお出しするようにしている。		
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。 他にも訪問歯科医より口腔ケアに関する指導をもらっている。		
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排泄の失敗をしないよう配慮している。	入居者の排泄状況を共有する為、職員間では隠語を使って把握しています。他の入居者に悟られないよう、小声でトイレ誘導することもあります。一人ひとりの排泄の自立に向け、安易にリハビリパンツと考えず、アセスメント、カンファレンスを行っています	
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。	食物繊維がとれるような食事の献立を考えている。 水分量はチェック表を確認して水分不足で便秘にならないよう努めている。 そして適度に運動することで腸の蠕動運動が良くなるよう支援している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴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。 時間に希望のある方はお好きな時間に入ってもらっています。	浴室はのれんが架かり、手すりは赤いテープが巻かれ、ゆったりとしたユニットバスがあります。入浴は午前午後、好きな時間に入ることができます。状態に応じて、足浴やシャワー浴、2人体制で湯船に入れるように対応しています。 シャンプー、石鹸など好みで用意することもできます。	

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。	なるべく日中は家事のお手伝いやレクリエーション、散歩など活動的に過ごしてもらい夜はぐっすり眠り生活リズムを整えるよう努めている。 昼寝をしたい方は居室で休まれます。		
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。	訪問診療や外来で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。 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 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。	職員は入居者から外に出たいとの申し出があれば一緒に外出している。 入居者に希望があれば、奥様の入院先のお見舞いや、お墓参りなどご家族と協力しながら出かけられるよう支援している。	入居者の希望で毎日散歩に行っています。車いすの人と一緒に出かけています。市民センターの公園体操には毎週出かけ、認知症カフェや敬老会など地域の催しにも参加しています。個人的な嗜好品の買い物に同行しています。年間行事として花見や初詣があります。	
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。	入居者に希望があればお金を所持してもらっている。それによって安心される方がいらっしゃいます。		

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。 中には携帯電話を持っていて好きな時に電話が出来るようにしている。		
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。	ホームは快適に暮らせるようにという他に、飾り付けをして殺風景にならないように工夫している。 また季節が感じられるような壁紙などを作りホームを飾り付けている。	日当たりの良いリビングで思い思いの時間を過ごしています。ウッドデッキでは、洗濯物が風に揺られ、日向ぼっこができ、喫煙する場所にもなっています。 幅の広い廊下の端にはベンチがあり、いつでもひとりの時間を持つことができます。季節の作品や飾りつけは入居者と一緒に行っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	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。 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、落ち着いて以後ごちよく過ごすことが出来るようになるとアドバイスをしている。	馴染みの物や使い慣れた物が身の回りにある事で、本人が居心地よく過ごせる場所となっています。車いす移動がしやすい配置だったり、布団と座卓だったり、本人に合った居室となっています。混乱しないように、タンスの引き出しに品物名が貼ってあります。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	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る。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	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 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。	散歩の途中で近くにある「子供の家」に立ち寄り、子供たちと交流をしている。		
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。	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 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。	運営推進会議を通じて利用者やサービス、事業所の取組みについてお伝えしている。また参加メンバーの意見は会議の議題にしてサービス向上に努めている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	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。また運営推進会議への参加も呼び掛けている。		

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。	身体拘束廃止委員会を3か月に1回行って、身体拘束の廃止に努めている。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年4回行われている。		
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。	虐待・不適切なケアのチェックシートを使い身体拘束・虐待防止のための統一研修が年4回行われている。		
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のケアを通じて制度を知り活用出来るよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の内容については管理者が内容を読みあげるだけではなく、詳細を説明している。また改定の際には通知文を送付して変更を伝えている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	家族の意見は訪問や電話連絡の時などに意識的に問いかけをして、要望を聞き出すよう心掛けている。またそれらで得られた要望はスタッフミーティングで話し合うことで運営に反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	日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。		
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。	代表者は今期の経営方針の中に「働きやすさ指標」と入れ、その達成のための計画を立てるように管理者に指示を出し、職員が働きやすい環境を作ることに努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	社内研修の年間計画が立てられていて、管理者から新人職員までそのキャリアに応じた研修に出られるような仕組みがある。		
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。	グループホーム連絡会では「救命救急講習」、「交流会」、「事例検討会」などを通じて交流や勉強する機会を作っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	サービスの利用開始前には必ずご本人とご家族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
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入居の相談の時点で大事にしている。		
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。また入居される前の生活の仕方を把握して、ホームでも入居される前の生活に近づけるよう努めている。		
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 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。	サービス利用が終了しても必要に応じて相談に乗ることがある。しかし次の介護サービスを利用している場合はそちらの相談員が窓口であることを意識し相談に乗る。		
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。	職員は入居者との日々の生活の中で、どのような暮らしをしたいのかを探っている。そして計画作成担当者は職員から入居者の暮らし方の希望、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 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。		
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。	計画作成担当者は日々のカンファレンスや月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聞き出し共有する。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 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。	ケア日報や個人記録で職員間で情報を共有する他に、サービス内容実施記録を使いケアプランの内容が達成されているかを確認している。それらの情報を参考にケアプランの見直しに活かしている。		
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。	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。	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。また近くの「子供の家」に散歩の途中に寄り、子供たちとの交流をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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。	訪問診療医の往診が月2回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。また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医療に関する気づきを、訪問看護の時に伝えられるよう書類に記入して、訪問看護があるときにはその書類をもとに訪問看護で見てもらっている。また緊急性があれば電話連絡で直ぐに報告をして指示をあおいでいる。		
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に努めている。		
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、重度化や終末期に関しての支援の在り方を説明している。		
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。	毎年必ず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。またグループホーム連絡会の主宰する救命救急の講習を職員に勧めている。		
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消防署職員の立会いの下で行っている。またホームでは防災対策委員を配置して防災についての対策を行っている。		

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
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。	毎年必ず1回はプライバシーの保護の研修をしている。 また不適切なケアのチェックシートを使い定期的に人格の尊重やプライバシーを損ねない声掛けや対応などを確認し改善している。		
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。	職員は介護者が決めるのではなく入居者の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、入居者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。出たいときに外出できなくても「後で一緒に行きましょう」と声をかけ、付き添えるようになってから外出している。		
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、入居者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。	食事の取り分けは入居者が職員と一緒にしている。食器を洗うのも入居者が職員と一緒にしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事の栄養バランスをとるために、栄養士が立てた献立が本社から送られてくる。 食事の形態はアセスメントをして適切な形でお出しするようにしている。		
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。 他にも訪問歯科医より口腔ケアに関する指導をもらっている。		
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排泄の失敗をしないよう配慮している。		
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。	食物繊維がとれるような食事の献立を考えている。 水分量はチェック表を確認して水分不足で便秘にならないよう努めている。 そして適度に運動することで腸の蠕動運動が良くなるよう支援している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴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。 時間に希望のある方はお好きな時間に入ってもらっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	なるべく日中は家事のお手伝いやレクリエーション、散歩など活動的に過ごしてもらい夜はぐっすり眠り生活リズムを整えるよう努めている。 昼寝をしたい方は居室で休まれます。		
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。	訪問診療や外来で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。 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 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。	職員は入居者から外に出たいとの申し出があれば一緒に外出している。 入居者に希望があれば、奥様の入院先のお見舞いや、お墓参りなどご家族と協力しながら出かけられるよう支援している。		
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。	入居者に希望があればお金を所持してもらっている。それによって安心される方がいらっしやいます。		

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。 中には携帯電話を持っていて好きな時に電話が出来るようにしている。		
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。	ホームは快適に暮らせるようにという他に、飾り付けをして殺風景にならないように工夫している。 また季節が感じられるような壁紙などを作りホームを飾り付けている。		
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、くつろげるようにしている。 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、落ち着いて以後ごち良く過ごすことが出来るようになるとアドバイスをしている。		
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。		

2019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： 2020年 2月 5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	避難訓練時、地域住民の参加がなく、協力体制が築けていない。	避難訓練時、地域住民の参加をしてもらい、協力体制を築いていく。	まず地区で行われている、防災訓練などに参加する。そのうえでホームの避難訓練を回覧板なども使い、参加を呼びかける。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月