

2020年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	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	令和2年12月23日	評価結果 市町村受理日	令和3年4月21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は【認知症介護のプロ】として、日々カンファレンスを重ね、ご入居者様の日々の状態を常に考えた行動を行っています。コロナ禍にありながら、ご入居者様の状態を維持できるように閉鎖された空間となってしまうまいように近所への散歩は継続して行っています。ご家族様の面会も自由には行えませんが完全予約制でご入居者様の安全を確保しながら見えないウイルスと闘っております。地域交流が減ってしまっていますが、個別の楽しみを提供できるように努めてまいります。

【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	令和3年2月5日	評価機関 評価決定日	令和3年4月12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、小田急江ノ島線・相鉄いずみ野線・地下鉄ブルーラインの「湘南台」駅西口から茅ヶ崎駅行または藤沢駅北口行のバスで「遠藤北原」バス停下車、徒歩5分、田園風景の残る落ち着いた場所の2階建て2ユニットのグループホームです。

<優れている点>

職員は事業所理念を把握、理解し、利用者第一に考えた支援を実践しています。カンファレンスや朝礼で職員の日々の利用者支援が理念と「ずれ」がないか常に振り返り、確認を行っています。管理者は日頃から職員とコミュニケーションを図り、職員の自主性を尊重し、意見や提案を受入れホームの運営に反映させています。明るい活気のある職場で、職員はチームワーク良く利用者の支援に当たっています。毎月、家族に送付する「藤沢遠藤たより」は、本人の様子のカラ写真と共に、管理者、居室担当者、介護計画作成者による一言、医療や食事、入浴状況や当月のバイタルチェックグラフを記載して伝え、家族との共有を図っています。また、家族の要望から事業所の情報発信紙「愛の家グループホーム藤沢遠藤新聞」を本年1月から発行し、事業所の伝えたいことや提案事項、考えなどを知らせています。

<工夫点>

コロナ禍のため、家族の面会は完全予約制で実施しています。また、昨年9月からZOOMを活用した面会も行っています。事業所の見学希望にはコロナ禍に留意し、出来る限り対応するようにしています。また、事業所のホームページの写真や動画で事業所の様子を確認できるようにしています。

【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
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。	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がっている。	理念を事業所内に掲示して周知を図ると共に、毎朝の朝礼時に理念を唱和し、理念に沿った支援を心掛けています。また、カンファレンスで理念を振り返り、再確認しています。新人には入社時に十分説明して確認、把握してもらうようにしています。	
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。コロナ禍にて地域の方をホームにお呼びすることが難しい状況の為、ホームページでホーム内の様子を動画でご案内している。	コロナ禍で地域との交流は難しい状況です。コロナ禍以前は、市民センターでのラジオ体操に参加したり、事業所の秋祭りに地域の人を招いたりして交流をしています。フラダンスや傾聴、クリスマスの聖歌隊などのボランティアの来訪があり交流しています。	
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。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	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。今年度はコロナの影響により書面会議にて意見を求め、サービス向上に反映している。	コロナ禍のため運営推進会議は書面会議とし、事業所の運営状況を伝え、意見や要望、助言を得るようにしています。議事録は運営推進会議のメンバーに配布しています。家族の意見から事業所の情報発信のため「愛の家グループホーム藤沢遠藤新聞」を発行しています。	
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。	記録が電子化になり、今後の対応方法を行ったり、海外出張のご家族様にPDF等でのケアプランの説明、同意になってもらうこと介護保険に係ること等細目に相談させていただき連携をとっている。	介護保険課と事業所の各種記録の電子化に伴う海外居住家族のケアプランの同意取得や、行政の実地指導の際の助言、コロナ禍の感染予防関連の事例、助言を得るなどして連携を取っています。介護認定更新の代行手続きなども行っています。	

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。	身体拘束廃止委員会を3か月に1回行っている。 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定期的に行われている。	定期的に身体拘束に関する研修を実施しています。また、身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回定期的に開催し、職員に議事録を回覧し内容確認後押印することで周知を図っています。年3～4回「虐待・不適切ケア・身体拘束」のセルフチェックを実施し振り返り、身体拘束のない支援を実践しています。	
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。 「認知症介護のプロ」として【不適切なケア】や【倫理のジレンマ】と向き合い考える・悩むことを止めない姿勢を指導している。		
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 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。 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。	コロナ禍以前は、家族の意見や要望は運営推進会議や面会時などで聞いています。家族の意見から事業所の情報発信「愛の家グループホーム藤沢遠藤新聞」の発行に繋がっています。意見や要望には速やかに対応するようにしています。	

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
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。	管理者は日頃から職員一人ひとりとのコミュニケーションを心掛け、意見や要望を聞く機会を設けています。また、職員からの提案にはアドバイスを入れ、危険な事項でない限り実行してもらっています。職員との個人面談を半年ごとに実施し意見などを聞いている。	
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。	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 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。	同業者との交流はコロナの影響により、大幅に活動の制限がかかっている。その中でも電話やメールを使用し短時間での情報交換を行っている。		
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。	ご入居者様が、コロナ禍で制限されているとはいえ、ケアプランに馴染みの場所等を目標に取り入れて、生きる活力が芽生えるように支援を行っている。	コロナ禍の為、家族の面会は完全予約制で実施すると共に電話連絡を支援しています。また、ZOOMを活用し家族と利用者との関係継続を図っています。馴染みのデパートでのウインドーショッピングや家族の通夜、四十九日の墓参りの送迎などで同行支援を行っています。	

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
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。	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。		
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。	日々の会話を通して本人の希望や意向を把握し、職員間で共有し意向に添った支援を心掛けています。意思表示が困難な人は表情や仕草、何気ない言葉から把握するように努めています。希望や意向はケアプランに反映し支援しています。	
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。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。	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。	毎月サービス担当者会議を開催し、基本的に3ヶ月ごとにケアプランの見直しを行っています。見直し時は利用者や家族の意向を確認し、医療関係者等の意見を踏まえ作成しています。また必要に応じ随時見直し、現状に即したケアプランとしています。	
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。	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 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 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。	本人や家族の要望により入居前からのかかりつけ医も継続して受診できるよう支援しています。現在は隔週の水曜日に内科の往診、毎週の月曜日に看護師が訪問し、通院には基本的に家族の協力を依頼しています。利用者の情報は医療連携ノートで共有しています。	

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 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、事業所です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。	重度化や看取りについては契約時に「看取りに関する指針」に基づいて本人や家族に説明し、同意を得ています。段階に応じて医師から説明があり、家族や本人の意向を確認して看取りの体制を整えています。職員は事例発表会や勉強会で取り組んでいます。	
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 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。	毎年夜間想定を含め、年2回利用者と一緒に初期消火や避難訓練を実施しています。また消火器の使い方や避難経路の確認など、定期的にシュミレーションしています。備蓄品については本部が3日分の食料や飲料水など手配し、事業所はリストを作成し管理しています。	

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
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。 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。	互いに人格を尊重し、プライバシーの保護をケアの原点としています。利用者に援助が必要な時も本人の気持ちを考え、黒子になり、さりげない声掛けに努めています。毎年3～4回「虐待・不適切なケアチェックシート」により日常のケアを再確認しています。	
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 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、食事も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 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。定期的に食事のイベントを企画して提供している。	外部委託の食品会社に所属する栄養士が献立表を作っています。調理は専門の2人の職員が交代で手作りしています。利用者の中の元喫茶店のマスターが盛付けしたり、元魚屋さんが魚をさばいたりしています。誕生会や行事食なども企画し実施しています。	

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、本社から送られてくる栄養士が立てた献立がある。 水分摂取は記録が電子化されたことにより誰がどれだけ摂取したか一目瞭然である。		
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。	利用者の仕草や排泄パターンからトイレ誘導をしています。介助が必要な場合でも自立支援を基本として「利用者自身がすべて行っている」かのように職員は芝居の黒子のような支援を目指しています。失敗した時には羞恥心に配慮した声掛けを心掛けています。	
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。そして適度に運動できるように努めている。		
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。 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。	入浴は週2回個別入浴で、毎回一人ひとり湯の張替えなどを基本としています。利用者の生活習慣や希望などを尊重し、本人の体調に応じて対応しています。入浴前にバイタルチェックを行い、入浴後は皮膚の乾燥予防の確認をしています。	

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
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。 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。	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。	気候や利用者の体調を考慮して近隣の神社や公園に散歩に出かけ、近隣の人たちと挨拶を交わしています。今年は中止していますが近くの地域包括支援センターが主催する公園体操など日常生活の一部になっています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	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 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。	建物は2階建ての安全なバリアフリー造りです。利用者が多くの時間を過ごすリビングや食堂など、共用空間は明るく清潔でゆったりとした環境です。光や匂い、空気の流れなど五感刺激もあり配慮が感じられます。コーナーにはソファを置き一人になれたり、仲の良い利用者同士がくつろいでいます。	
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、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、落ち着いて過ごすことが出来るとお伝えしている。	照明やクローゼット、エアコンなどが備え付けになっています。普通の生活を送るために家族と相談し、自宅で使い慣れた家具や仏壇、家族の写真、テレビなどを持ち込み、居心地よく暮らせるように工夫しています。居室担当者は衣類などの整理をしています。	
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。	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がっている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	日常的な散歩で地域の人たちと挨拶や会話をしている。コロナ禍にて地域の方をホームにお呼びすることが難しい状況の為、ホームページでホーム内の様子を動画でご案内している。		
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。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	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。今年度はコロナの影響により書面会議にて意見を求め、サービス向上に反映している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	記録が電子化になり、今後の対応方法を行ったり、海外出張のご家族様にPDF等でのケアプランの説明、同意になってしまふこと介護保険に係ること等細目に相談させていただき連携をとっている。		

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
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定期的に行われている。		
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。	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。 「認知症介護のプロ」として【不適切なケア】や【倫理のジレンマ】と向き合い考える・悩むことを止めない姿勢を指導している。		
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 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ってもらってから、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。 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 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。	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 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。	同業者との交流はコロナの影響により、大幅に活動の制限がかかっている。その中でも電話やメールを使用し短時間での情報交換を行っている。		
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。	ご入居様が、コロナ禍で制限されているとはいえ、ケアプランに馴染みの場所等を目標に取り入れて、生きる活力が芽生えるように支援を行っている。		

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
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。	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。		
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 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 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。	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 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。	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 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 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に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 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 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
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。 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 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 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し、食事も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 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。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。 水分摂取は記録が電子化されたことにより誰がどれだけ摂取したか一目瞭然である。		
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 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。そして適度に運動できるように努めている。		
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ず、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。 時間は希望のある方は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 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。 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。	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 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 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、くつろげるようにしている。 玄関先と非常口の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。		

2020年度

事業所名 : 愛の家グループホーム藤沢遠藤

作成日 : 2021年4月19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	20	馴染みの人との関係の継続が困難な状況下であるが、「コロナ」の影響の中でも出来ることを行っていく必要がある。	行きつけの場所や、交友関係を把握し感染予防を行いながらも交流が続けられるようになる。	・ご家族様やご本人に聞きながら入居前の情報をより深く収集する。	3ヶ月
2	3	運営推進会議が書面会議になってることにより、対面での意見交換が出来なくなっている。	活気のある会議が出来るように、常に課題を抽出し意見の言いやすい環境を作れるようになる。	・意見の用紙に質問形式と自由記述の欄を設け意見を言いやすくする。 ・対面会議が行えるようになっても事前の書面での意見を求め参考にする。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月