

平成 28 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	1492300148	事業の開始年月日	平成25年8月1日	
		指定年月日	平成25年8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小田原久野			
所在地	(250-0055)			
	神奈川県小田原市久野169-2			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成28年11月17日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月24日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

認知症対応型共同生活介護を運営するに当たり、職員一人一人が認知症を理解し、その人の気持ちをしっかり受け止め、その人の気持ちになり、その人らしい生活ができる様お手伝いいたします。入居者様の残存機能を活かし、出来ない事だけをお手伝いできる認知症ケアをモットーに関わらせていただいております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年12月10日	評価機関 評価決定日	平成29年2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)】

大雄山鉄道「井細田駅」から川沿いに真っ直ぐ歩いて7分のところに位置しており、市民病院のすぐ前ののどかな場所です。目の前の道路は、歩道がありますが、車の往来は激しいところです。ホーム内の庭や花壇、ベンチが安らぎを与えてくれます。

<優れている点>

現施設長は着任してから半年足らずですが、看護師であり、医療面の知識が豊富です。ホーム運営への意欲と情熱があり、職員教育にも力を注ぎ、入居者も職員も幸せにしたいと張り切っています。職員内に4つの委員会を設け(教育、環境、レクリエーション、リスクマネジメント)それぞれに役割、目標を掲げ、職員の知識、技術、意欲のレベルアップにつなげています。

<工夫点>

食事レクリエーションに力を入れ、敬老会では職人がその場で天ぷらを揚げ、寿司を握るなど、入居者の笑顔を引き出すようにしています。普段の生活の中に楽しみをもたらそうと、クッキーを焼く際に入居者に型抜きを頼む、寝る前の時間に主人が購入したテレビにまつわる話を聞き共感する、双六をしながらアセスメントを引き出すなど、小さな工夫を積み上げています。

【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小田原久野
ユニット名	小田笑城

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。	朝礼や申し送り時に理念の唱和を行っており、会社理念を共有している。	法人の理念が玄関に掲示されています。毎朝の朝礼時、申し送り時に唱和しています。ホーム独自の理念はありませんが、ホームとしての目標は立てています。	
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。	社会福祉協議会からの要請を受け、ボランティアの受け入れを行っている	自治会に加入しており、祭りに参加しています。コーラス、大正琴、傾聴、ハーモニカのボランティアが来てくれます。食材は近くのスーパーで週に2回、職員だけで買いに行きます。	地域密着を意識していない時期もあったため、地域への浸透は遅れています。現在は地域密着を目指しており、今後が期待されます。
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。	運営推進会議にて、自社の研修報告や事例検討会の発表など、発信しています。	/	/
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。	運営推進会議を有意義にするために、ホームで評価しています。	地域包括支援センター職員、家族、施設長、ケアマネジャー、ユニットリーダーが出席し、2ヶ月に1度開催しています。行事やイベントの写真を印刷し、出席者に見てもらっています。法人からの報告、ヒヤリハットなどの報告をしています。	意見や提案など、どんな内容だったのか、報告書ができていません。出席者を多方面から誘って、話題が広がることを期待されます。避難訓練に近隣を巻き込む方法の議論も期待されます。
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取り組んでいる。	ユニットとしては、実施できていません。	グループホーム連絡協議会に参加し、他ホームから情報と協力を得られるようになっています。市内で、施設と施設を、たすきマラソンでつなぐ「ランとも」制度ができ、参加しています。	

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 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。	夜間のみ、玄関扉を施錠しています。	玄関前の道は車の往来が激しいため、玄関のみ施錠しています。施設長は、転倒防止のセンサーマット以外にケアの方法はないか？という問いかけを職員に投げかけています。	
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。	会議や研修にて、職員間の共有と防止に努めています。		
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に支援している。	該当者なし。		
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。	契約について、管理者が行ってるためユニットリーダーは行っておりません。		
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。	意見箱の設置やケアプラン更新時にご意見を頂き改善に努めています。	「ホームに迷惑をかけている」と考え、遠慮している家族には、「安心してお任せください」と話しています。職員の入れ替わりを心配する家族には、「先輩が新人にマンツーマンで教える方法を取り入れている」などと話しています。	

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。	毎月1回のユニット会議・全体会議にて職員間の情報共有を行っています。また、3ヶ月に1度程度の個人面談も実施しています。	職員間に委員会（教育、環境、レクリエーション、リスクマネジメント）を立ち上げています。教育係は未資格者の指導、環境係は庭や外壁の掃除、リスクマネジメント係はインフルエンザの感染防止を考えるなど、軌道に乗っています。	
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。	職員一人一人に目標を設定させ、業務を担当化させることで、責任が持てるような環境作りを心掛けています。		
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。	施設内委員会を設置し、育成についてはプリセプター方式を導入し、日々の業務の進捗状況や課題点を全ての職員が関わられるようにしています。		
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。	地域連絡会に積極的に参加し、情報交換を密にこなっています。		
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。	ストレスを感じない・与えない様に信頼関係を構築するように心掛けています。		

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
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。	玄関のスペースを移用して、施設内行事のお知らせや写真を掲示したり、スタッフの写真を掲示して、名前と顔を分かって頂くように工夫しています。		
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。	ケアの内容等、ご家族が面会等でいらした時に積極的に話をさせて頂いています。		
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。	ご入居様が出来る事を優先に、関わり取り組んで頂くよう環境作りに努めています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	面会時のお話や日々の生活の中の変化について、電話やお手紙を使用してリアルタイムでお伝えするように心掛けています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	面会にいらした方とも積極的にお話するように心掛け、入居者様の入居前の様子などをお聞きしています。	入居前の利用者の近所の方が遊びに来てくれる例があります。友人と手紙のやり取りをしている人や、携帯電話で友人や親戚と電話をしている人もいます。	

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。	入居者様お一人お一人に対するコミュニケーション方法を職員が認識し、関わらせていただいています。		
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。	入居前に利用していた施設に対し、定期的に現在の状況をお知らせしています。		
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。	その方の生活歴を基本に、その人らしい生活を送れる様に情報を集めて職員間で共有しています。	双六をしながらアセスメントを引き出す、歌や体操で意欲を盛り上げるなどしています。新聞はホームで2紙、個人でとっている人もいます。車いすに乗っていると安心する、という人には食事の時は車いすで食卓についてもらっています。	
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。	生活歴の重要性をご家族に説明し、情報交換・共有が出来るような環境作りに心掛けています。		
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。	研修やカンファレンスを通じて、アセスメント力が身に付くよう、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
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。	頻回にケアカンファレンスを行い、必要があれば、会議等も利用して情報交換・共有しています。	月に1度のユニット会議では、カンファレンスも含み、多々意見を取り入れたケアプランを作成します。食分量、水分量にムラがある例はジュースや果物で補給を、自力食事ができない例ではスプーンに乗せると自力可能など、個別のプランになっています。	
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。	日報や介護記録の重要性を説明・理解させ、入居者様の情報を共有できるよう努めています。		
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。	訪問診療医・訪問看護師・訪問歯科医・訪問マッサージの方と情報交換・共有を行っています。		
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。	社会福祉協議会より、物品の寄付などを受けております。		
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。	ご本人やご家族からの要望があった場合に契約して頂いております。	かかりつけ医は利用者や家族の希望で事業所の訪問医とし、月2回内科と精神科の診療があります。訪問看護師が毎週健康管理に訪問しています。専門医への通院は原則家族が付き添いますが、診療結果を聞き、医療連携ファイルに書き込み、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
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。	訪問看護ファイルを利用しながら、情報を共有しながら、訪問診療医に連携をしています。		
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。	介護サマリーなどを作成しております。		
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。	重度化に向けて早い段階で、ご家族と密に情報を共有し、必要時には訪問診療医との話し合いも設けています。	開所3年目で看取りの事例はありませんが、入居時に重度化や終末期の方針を説明しています。管理者とフロアリーダーは看取りの経験があります。看取り状態になると、訪問診療医と家族との3者で話し合い、対応を調整することにしています。	重度化時や終末期の一次対応は経験の少ない職員が行うので、緊急時のために研修を行い、共有化することが期待されます。
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。	急変時や事故発生時に向けて、自社マニュアルを基本に具体的な対応策を職員と共有しています。また、訪問診療医への連絡は、緊急時以外については、管理者へ一任し連絡（オンコール体制）する事としています。		
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。	消防訓練を年2回（総合訓練・夜間想定）実施しています。今後は、災害（地震等）を考えた訓練を考えています。	年2回の防災訓練では、夜間想定、避難、通報、消火、救助など設定を変化させて実施しています。避難訓練は2階から外階段を利用しています。目の前の川の安全性を問い合わせ、確認しています。水や米類の3日分の備蓄と、ガスコンロもあります。	災害避難時に近隣の人々に協力を依頼する体制の整備や、備蓄品リストに賞味期限を記入して管理することが期待されます。

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。	個別ケアの実施に努めています。	利用者がどう思っているかをまず聞き、各利用者の見守りの指標の抛り所を職員間で共有しています。利用者間の相性を考慮しています。写真の利用は了解を得ています。言葉掛けは苗字に「さん」付けて、了解を得て名前を呼ぶ場合もあります。書類は鍵の架かる事務室に保管しています。	
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。	常に傾聴し、その方の思いや要望を聞き出せるように努めています。		
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。	入居者の言動に合わせた業務を考え、必要時は見直しをしています。		
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。	女性職員を活用して、化粧等のレクを計画しています。		
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。	食事の写真を撮り、入居者の食をそそるような食事作りに努力しています。	栄養管理された献立が本社から送られ、調理専門の職員が好みや希望を配慮しています。食材を近くのスーパーから購入し調理しています。庭の野菜も利用しています。敬老会では出張職人による寿司や天ぷらが喜ばれています。家族と外出し、食事する人もいます。	

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。	定時に水分等の提供を行い、かつ個別ケアに努めています。		
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。	日々の口腔ケアを重ねて、訪問歯科医・歯科衛生士からのアドバイスを受け、実施しています。		
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。	自立・羞恥心・プライバシーに配慮し、支援しています。	自立の利用者もいますが、排泄パターンや身振りでのサインをとらえ、トイレ誘導しています。リハビリパンツの大きさ、布パンツや紙パンツとパット、水分調整など、最適な状況を試行錯誤しています。寝たきりからトイレ利用に改善した事例があります。	
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。	出来るだけ下剤を使用しない様に心がけ、食事や水分、運動などで関わられるように努力しています。		
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。	基本的には、週2回の入浴日を設定していますが、入居者の気持ちを尊重し入浴の支援をしています。	入浴は原則週2回、湯は毎回入れ替え、希望の時間や湯加減に気をつけています。自立度の高い人には見守り、重度の人は管理者が職員の指導も兼ねて介助します。入浴を嫌がる時は足浴や別の職員、家族対応、翌日に、としています。	

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。	入居者本人のペースで安眠できるように、支援しています。		
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。	薬剤師と連携し、苦痛なく内服できるように調整しています。		
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。	支援出来ている入居者と出来ていない入居者があり、差が出てきています。		
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。	個別レクとして計画し、実施しています。	気候が良ければ、利用者の体力を考えながら毎日付近を散歩しています。買い物は車で出かけたり、近くのコンビニで小物を購入したりしています。家族と連携し、希望の場所への外出もあります。四季折々の花見は車いすを貸してくれるところに出かけています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	ご自身で現金を所持・管理されている方が1名いらっしゃいます。		

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。	ご希望があれば、いつでも電話が出来る体制を取っています。また、手紙についても、やり取りが出来る体制となっています。		
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。	景観を生かしつつ、ある程度の死角もある環境の中、リラックスできる居場所を作るように努めています。	リビングには大きなガラス窓があり、採光が良く、山が見え、直接テラスや庭に出られます。壁一面に色紙を使った季節の作品や、行事の作品が飾られています。インフルエンザの季節のため、12月から加湿器を使用しています。	
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。	家具等の設定は、常に入居者の状態に合わせて変更しています。		
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。	なるべく入居前に使用していた家具などを持ち込んで頂き、使い慣れたものを設置するように家族に依頼しています。	エアコン、押し入れが備え付けられ、馴染みのダンスやテーブルが持ち込まれています。家族の写真や作品が飾られ、落ち着ける環境です。居室担当が心地よい環境作りを支援し、家族に状況を伝えています。窓の開閉が毎日行われています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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。	残存機能を活かし、出来るだけ日常生活をご自身で過ごせるよう支援しています。		

事業所名	愛の家グループホーム小田原久野
ユニット名	かまぼこ

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。	朝礼や申し送り時に理念の唱和を行っており、会社理念を共有している。		
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。	社会福祉協議会からの要請を受け、ボランティアの受け入れを行っている		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議にて、自社の研修報告や事例検討会の発表など、発信しています。		
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。	運営推進会議を有意義にするために、ホームで評価しています。		
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取り組んでいる。	ユニットとしては、実施できていません。		

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。	夜間のみ、玄関扉を施錠しています。		
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。	会議や研修にて、職員間の共有と防止に努めています。		
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。	該当者なし。		
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。	契約について、管理者が行っているためユニットリーダーは行っていません。		
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。	意見箱の設置やケアプラン更新時にご意見を頂き改善に努めています。		

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。	毎月1回のユニット会議・全体会議にて職員間の情報共有を行っています。また、3ヶ月に1度程度の個人面談も実施しています。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	職員一人一人に目標を設定させ、業務を担当化させることで、責任が持てるような環境作りを心掛けています。		
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。	施設内委員会を設置し、育成についてはプリセプター方式を導入し、日々の業務の進捗状況や課題点を全ての職員が関わられるようにしています。		
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。	地域連絡会に積極的に参加し、情報交換を密に個なっています。		
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。	ストレスを感じない・与えない様に信頼関係を構築するように心掛けています。		

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
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。	玄関のスペースを移用して、施設内行事のお知らせや写真を掲示したり、スタッフの写真を掲示して、名前と顔を分かって頂くように工夫しています。		
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。	ケアの内容等、ご家族が面会等でいらした時に積極的に話をさせて頂いています。		
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。	ご入居者様が出来る事を優先に、関わり取り組んで頂くよう環境作りに努めています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	面会時のお話や日々の生活の中の変化について、電話やお手紙を使用してリアルタイムでお伝えするように心掛けています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	面会にいらした方とも積極的にお話するように心掛け、入居者様の入居前の様子などをお聞きしています。		

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。	入居者様お一人お一人に対するコミュニケーション方法を職員が認識し、関わらせていただいています。		
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。	入居前に利用していた施設に対し、定期的に現在の状況をお知らせしています。		
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。	その方の生活歴を基本に、その人らしい生活を送れる様に情報を集めて職員間で共有しています。		
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。	生活歴の重要性をご家族に説明し、情報交換・共有が出来るような環境作りに心掛けています。		
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。	研修やカンファレンスを通じて、アセスメント力が身に付くよう、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
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。	頻回にケアカンファレンスを行い、必要があれば、会議等も利用して情報交換・共有しています。		
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。	日報や介護記録の重要性を説明・理解させ、入居者様の情報を共有できるよう努めています。		
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。	訪問診療医・訪問看護師・訪問歯科医・訪問マッサージの方と情報交換・共有を行っています。		
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。	社会福祉協議会より、物品の寄付などを受けております。		
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。	ご本人やご家族からの要望があった場合に契約して頂いております。		

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。	訪問看護ファイルを利用しながら、情報を共有しながら、訪問診療医に連携をしています。		
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。	介護サマリーなどを作成しております。		
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。	重度化に向けて早い段階で、ご家族と密に情報を共有し、必要時には訪問診療医との話し合いも設けています。		
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。	急変時や事故発生時に向けて、自社マニュアルを基本に具体的な対応策を職員と共有しています。また、訪問診療医への連絡は、緊急時以外については、管理者へ一任し連絡（オンコール体制）する事としています。		
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。	消防訓練を年2回（総合訓練・夜間想定）実施しています。今後は、災害（地震等）を考えた訓練を考えています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個別ケアの実施に努めています。		
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。	常に傾聴し、その方の思いや要望を聞き出せるように努めています。		
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。	入居者の言動に合わせた業務を考え、必要時は見直しをしています。		
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。	女性職員を活用して、化粧等のレクを計画しています。		
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。	食事の写真を撮り、入居者の食をそそするような食事作りに努力しています。		

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。	定時に水分等の提供を行い、かつ個別ケアに努めています。		
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。	日々の口腔ケアに重ねて、訪問歯科医・歯科衛生士からのアドバイスを受け、実施しています。		
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。	自立・羞恥心・プライバシーに配慮し、支援しています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	出来るだけ下剤を使用しない様に心がけ、食事や水分、運動などで関わられるように努力しています。		
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。	基本的には、週2回の入浴日を設定していますが、入居者の気持ちを尊重し入浴の支援をしています。		

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。	入居者本人のペースで安眠できるように、支援しています。		
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。	薬剤師と連携し、苦痛なく内服できるように調整しています。		
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。	支援出来ている入居者と出来ていない入居者があり、差が出てきています。		
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。	個別レクとして計画し、実施しています。		
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。	ご自身で現金を所持・管理されている方が1名いらっしゃいます。		

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。	ご希望があれば、いつでも電話が出来る体制を取っています。また、手紙についても、やり取りが出来る体制となっています。		
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。	景観を生かしつつ、ある程度の死角もある環境の中、リラックスできる居場所を作るように努めています。		
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。	家具等の設定は、常に入居者の状態に合わせて変更しています。		
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。	なるべく入居前に使用していた家具などを持ち込んで頂き、使い慣れたものを設置するように家族に依頼しています。		
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。	残存機能を活かし、出来るだけ日常生活をご自身で過ごせるよう支援しています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム小田原久野

作成日： 平成 29年 2月 15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	2	地域密着を意識していない時期があった為、地域への浸透が遅れている。	地域自治会への関わりを積極的に行う。	自治会などの行事に入居者・職員が参加する。	12ヶ月
2	35	災害避難時に近隣の人々に協力を依頼する体制の整備や備蓄品リストに賞味期限などの記載がない。	定期の消防訓練に災害時を考えた訓練を加えていく。	災害避難時の拠点となるように、事業所の避難訓練等に近隣の方々を巻き込んでいく。	12ヶ月
3	33	重度化時や終末期の一次対応に対する、職員への研修などが行われておらず、共有化出来ない。	グループホームでの「看取り」「終末期」に対する研修を定期的に行う。	施設内で委員会を設け、定期的に研修の場を設け、外部研修への参加も積極的に行う。	12ヶ月
4	4	運営推進会議での意見や提案など、どんな内容であったか報告書が出来ていない。	運営推進会議の充実	2ヶ月に1度開催し、事業所内での取り組みを理解して頂き、開催後は必ず報告書を毎月の郵便物に盛り込む。	6ヶ月