

2019年度

(令和元年度)

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	1492600570	事業の開始年月日	平成26年2月1日
		指定年月日	平成26年2月1日
法人名	株式会社 美咲		
事業所名	グループホームみさき津久井		
所在地	(〒252-0152) 神奈川県相模原市緑区太井596-1		
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2年1月26日	評価結果 市町村受理日	令和2年8月13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)】

当施設は、自然に囲まれた地域と共存し開放的な空間・家庭的な雰囲気の中、共同生活を行う施設です。敷地内には通常の設備の他に多目的ホールや広々とした菜園等のアメニティも充実しています。第二の家のように感じていただけるよう、家事にも積極的にご参加いただき利用者様主体の生活を心掛けています。またできるかぎり1日1回以上は散歩に出て心身の活性化が図れるよう努めています。利用者様の嗜好に沿った外食レクでは地域の飲食店を利用し、地域の方との交流やご利用者様の食に楽しみを加えています。またアクティビティ月間予定表を取り入れ計画的に機能訓練等を行い心身機能維持や日々の暮らしの充実を図っています。定期的に季節イベントを取り入れご利用者様に楽しみをもって暮らせるよう努めています。そして、サービス担当者会議を適宜開き、ご利用者様・ご家族様と協働して当施設で安心して暮らせるよう取り組んでいます。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	令和2年7月12日	評価機関 評価決定日	令和2年7月16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、JR横浜線「橋本」駅からバスで約20分、「北根小屋」のバス停から歩いてすぐの住宅街にあります。木造2階建てに2ユニット・18名の利用者が暮らしています。周辺には、津久井湖や津久井湖城山公園、地域の氏神様など、四季折々を楽しめる豊かな自然に囲まれています。小規模多機能型居宅介護事務所が、同一法人運営で隣接しています。法人は大阪を中心に介護福祉事業を展開しています。

<優れている点>

事業所での暮らしが、穏やかで安心して過ごせる「第二の家」となるように一人ひとりの思いの把握に努め、本人の出来ること、出来ないこと、介助の必要性の度合いなど、アセスメントを深堀し、支援の工夫を重ねながら、自立に向けた支援を行っています。中でも五官の作用を感受する五感の刺激を図るために、日々の暮らしに静と動のアクティビティな企画を豊富に取り入れ、興味を持ち、体験し、実感する楽しみや喜びを促し、生きる意欲に繋げる個別支援に努めています。

<工夫点>

事業所で開催するイベントには、来場者も多く、専門性を活かした地域貢献の取り組みを積極的に行っています。また、家族との信頼関係を築くために、広報誌やSNS (Line・フェースブック・インスタグラム)などで利用者の日常の様子を発信し、法人傘下の事業所の透明性も含め、支援内容をタイムリーに公表しています。入居時に必ず肖像権、個人情報に関する誓約書を交わしています。

【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	グループホームみさき津久井
ユニット名	1階ユニット

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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 当施	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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

27	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。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を掲げ、毎朝礼時に管理者と職員は唱和を行っている。また、事業所理念を遂行すべくユニット毎に介護目標を設定し理念を実践できるように努めている。	法人・事業所の理念があり、玄関などに掲示し、毎朝朝礼時に唱和し、周知しています。新たに6月15日付けで「みさきフィロソフィ」を創設し、職員の理念の意識向上を図っています。ユニットごとの介護目標に沿った課題を月に一回、会議で決定しています。	
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。	自治会にも加入し連携が図れている。地域行事(祭事等)には積極的に参加し、地域との交流に努めている。当ホーム主催のお祭りも定期的に開催し、今回の来場者数は約200名と地域の皆さまとの繋がりをより一層深められる機会となった。	自治会に加入し、育成会とも連携しています。地域行事には積極的に参加しています。ホーム主催の祭りを定期的に開催し、今回は来場者が200名となっています。近隣の保育園と年2回交流機会を設け、中学生とも職業・福祉体験を通じ交流しています。	
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。	運営推進会議を通して地域福祉推進セミナー等を開催し、地域の認知症の理解促進に努めている。また、日常的な外出機会(散歩・買物・外食等)を継続に行ったことで、近隣住民との交流は更に深まっている。		
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。	運営推進会議を通して、運営・活動状況等についての報告を行っている。また、ご家族及び関係各位との意見交換の場を設け、潜在的なニーズの把握を行い、サービスの向上に繋げている。	運営推進会議は年6回が基本ですが、新型コロナの影響で内1回は中止となっています。高齢者虐待、認知症の特性など、動画を視聴し、地域福祉推進に努めています。運営推進会議を通じ、火災想定避難訓練には地域住民も参加しています。	
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。	市担当者とは運営面や生活保護等の件で随時、電話や訪問相談にてアドバイスを得るなど、協力関係を築いている。市主催の感染・救急講習や実践者研修等にも参加している。	行政や市担当者とは、運営面や生活保護者などの件で随時連絡を取り合っています。相談しアドバイスも得ています。市主催の感染症対策・救急講習・虐待や身体拘束に関する研修等にも参加しています。	

27	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。	身体拘束について正しい理解を図り（「身体拘束ゼロの手引き」に基づき）、身体拘束をしないケアに日々取り組んでいる。定期的に不適切なケアに関するアンケートを実施し、評価・改善を行っている。身体拘束委員会も定期的に開催している。	身体拘束についての研修会は、年2回実施し、意識向上に努めています。定期的に不適切なケアに関するアンケートを実施し、評価・改善を行っています。身体拘束委員会を2～3ヶ月に1回開催しています。主に運営推進会議実施のタイミングで行っています。	
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。	高齢者虐待について学ぶ機会（内部・外部）を設け、虐待にあたる行為について確認を行っている。「不適切な対応」についても適宜、会議等を活用し話し合いの場を設けている。		
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。	成年後見制度を活用しているご利用者が数名いる為、関係各位との話し合いや相談を適宜行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の際は、重要事項説明書等（それに付帯する書類）に沿って十分説明を行っている。その後、疑問点等についての確認を行い、不安の解消に努めている。		
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。	面会時や運営推進会議等を活用して、ご家族等の意見や要望をお伺いしている。また、玄関先にはご意見箱を設置している。	SNSやメールなども活用し、家族と定期的なやり取りを行っています。また電話での連絡や聞き取りも実施しています。玄関先に意見箱を設置し、面会時は交流機会を設けています。リラックス効果の音楽を流す要望を取り入れた事例があります。	

27	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。	主には、定例ミーティングの際に意見や提案等を聞く機会を設け、施設運営に反映させている。また日々の職員とのコミュニケーションを大切に、意見等を運営に繋げられるように努めている。	月1回の定例ミーティングを実施し、意見や提案などを聞き、運営に反映させています。常勤職員が中心となり利用者の支援・業務改善・働きやすい職場作りに努めています。職員の休憩室の環境整備、利用者の嗜好品の聞き取りなど、運営に反映させています。	
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。	働きやすい職場環境に関するアンケートの実施や人事考課を通して、職員個々の勤務状況等の把握に努め、職場環境・条件の整備を行っている。定期的に1on1面談も取り入れている。		
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。	認知症実践者研修や定期的な内部研修等に参加を促し、サービスの質の向上に努めている。初任者研修・実務者研修へは福利厚生の一環として当社が研修費用を負担し積極的に取得してもらうよう努めている。		
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。	市グループホーム協議会や当地区の事業所交流会に出席をして、他事業所との交流に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用しながら本人の要望や困っていること等を把握し、言葉かけや行動の観察により可能な限りご本人の気持ちや想いの理解に努めている。		

27	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。	ご家族の生活状況や要望等の把握に努め、負担の少ない範囲で支援協力をお願いしている。面会時や適宜の電話連絡・メールにより状況報告を行っている。		
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。	ご本人・ご家族の状況把握や担当ケアマネから情報収集を行い、必要な支援について優先順位等を勘案して見定めていく。		
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。	ご利用者の”できること””できないこと”を見極めて、掃除(掃除機、拭き掃除)・洗濯(洗濯物干し・たたみ)・食事(調理・配膳・後片付け)等をスタッフと協働で行っている。		
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。	面会時やサービス担当者会議を行い、ご家族と情報交換・共有を行い、今後の方向性について共通理解を得られるよう努めている。		
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。	ご家族のご協力を得て、ご利用者の自宅に帰ったり(外出・外泊)、馴染みの場所に適宜、お出掛けされている。また、ご利用者の知人や友人が自由に来訪されている。個別ニーズに沿った外出支援を行っている。	本人や家族から聞きとり、馴染みの人や場、関係継続の支援を行い、知人や友人は自由に来訪しています。家族の協力を得て、外泊や外出を行っています。身寄りのない人は当時の写真や日記から、読み取っています。利用者の個々に合わせて対応しています。	

27	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ご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。	個々の趣味や嗜好を把握し、日頃の関わりの中でより良い関係が保てるように会話の仲介等を行い、ご入居者間の橋渡し役に努めている。		
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。	サービス利用終了後も必要に応じてご家族等とコンタクトを取り、相談支援に努めている。		
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。	ご入居者の生活歴を把握すると共に、ご本人やご家族の意向や要望を伺い、日々の関わりの中で気付いた事やそれぞれの思いや希望の把握に努めている。意思疎通が困難なご入居者の場合は、ご家族に相談の上、本人本位にて検討を行っている。	入居前の生活歴を把握し、入居後は日々の生活のなかで把握に努めています。3ヶ月に1回は利用者のモニタリングを実施して、見直しに努めています。カンファレンスを通じたり、日々の申し送りへ記載して、職員間の情報を共有しています。	
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。	入居時にご家族および関係各所から情報収集を行い、入居後も定期継続的に心身の状態や残存能力・暮らしの現状についての把握に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用して、一日の過ごし方や心身の状態・残存能力等、暮らしの現状の把握に努めている。適宜記録にも残すようにしている。		

27	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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人・ご家族の意向や要望を伺い、各関係者にもアドバイスを頂きケース会議にて話し合いプラン作成に繋がっている。モニタリングは、3か月に一回実施して、プラン変更の必要性に応じて随時見直しを行っている。	利用者や家族の意向・要望を聞き、各関係者からもアドバイスを得ています。ケース会議で話し合い、計画作成者がまとめ上げ、介護計画に繋がっています。モニタリングは3ヶ月に1回実施し、計画の見直しを行っています。状態変化時は随時、計画を見直しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個々の生活の様子を日々の生活記録(個別記録)・管理日誌に記入することで全職員が情報を共有し、ケアの向上やプランの検討・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。	ご入居者やご家族の要望に応じて、通院介助や買物支援、面会時間の延長等に応じている。また、その時々状況に応じて柔軟に対応できるように努めている。		
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。	地域サロンへ定期的な参加、町内会の祭事や選挙等に参加している。地域のボランティアの協力により縫い物ボラや音楽演奏などの活動内容の充実に繋がっている。		
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。	ご本人またはご家族のご希望に応じて、かかりつけ医の決定を行っている。ホームドクターは月2回の定期診療を実施して健康管理に努めている。薬局とも密に連携を図り、薬剤の管理体制を徹底している。	入居後は、月2回の内科・在宅医療専門の訪問医と週1回の訪問看護により、利用者の健康管理を行っています。歯科や他の外来受診には、必要に応じて協力医療機関で受診することが出来ます。基本的に通院は家族の同行です。	

27	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。	医療連携体制加算を算定して、医療面の更なる強化を図った。ご入居者の体調に変化が認められた場合等は適宜、看護師等と連絡を取り適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時は、ホームドクターと連携を取りながら医療機関に必要な情報提供を行い、適切な治療が円滑に受けられるように努めている。退院時は、当該医療機関のSWやホームドクターと連携を取り、ホーム生活を円滑に送れるように努めている。		
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、事業所の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。	「重度化した場合の対応に関わる指針」を提示、契約時に説明を行い、ご利用者及びご家族の同意を得ている。ホームドクターとも連携を図り、適宜インフォームドコンセントを行っている。終末期（看取りケア）も医療と連携し実施している。	契約時に重度化や終末期支援について事業所の対応方針を説明しています。事業所で行う場合は、状況の変化に応じて利用者・家族、医師、職員が連携を取りながらその都度、話し合いを重ね、少しでも「幸せだった」と思ってもらえる看取りに努めています。	
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。	緊急時に備え、対応フローを各所に掲示している。適宜、定例会議内で確認、勉強会を開催して実践力向上に努めている。		
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。	災害対策に備えて、年2回の避難訓練を実施している。（うち1回は消防署立ち合い）近隣住民の方に対して訓練への協力依頼も働きかけている。災害に備えて、食糧・飲料水・備品などを備蓄して一覧表管理している。	災害時の対応マニュアルを整備しています。非常時の役割分担を決め、事業所の間取りの把握から安全に誘導する避難経路の確認、災害時用備蓄の確認を行っています。地域住民には、自治会々長、民生委員を通じて情報を発信しています。	地域住民、消防署、警察署との連携を更に深めながら、事業所の災害対策の理解や地域と事業所、相互の協力体制を築くことが期待されます。

27	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。	ご利用者個々の人格を尊重して、誇りやプライバシーを損ねないような言葉遣いや対応に努めている。個人情報保護などの研修も実施している。	事業所の目標とする「第二の家」として幸せを感じてもらえるよう、一人ひとりの思いや誇り、プライバシーを損ねない支援に努めています。不適切なケアについて勉強会を行い、職員の理解を深めています。個人情報の資料は、鍵付きの書庫に保管しています。	
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。	日頃の関わりの中でご本人の思いや要望を気軽に話してもらえるような環境作りに努めている。自己決定が困難な場合等は、ご家族も交えながら自己決定の支援を行っている。		
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。	ご利用者個々の気持ちやペースを大切にして、無理強いすることなく自己決定が行えるように支援している。		
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。	ご入居者個々の要望と状況に応じて、出張美容や外部の理美容室を利用できるように支援している。 また、各人の好みに合わせて洋服等を一緒に選んだり、準備を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの状態に応じて、食事の準備や後片付け等を職員と協働で行っている。食レクの機会も設け作る楽しみ・食べる楽しみを他利用者と交流を深め、利用者主体で行える環境作りに努めている。	栄養管理された業者の献立で、調理は職員がしています。また、敷地内に菜園を設け、利用者と一緒に野菜をつくり、収穫に合わせておやつや献立に取り入れています。利用者の出来る身体機能に合わせて一緒に作り、皆で食べる楽しみを基本としています。	

27	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。	適時、食事・水分摂取量の把握を行い、体調や食事制限などを考慮した調理の工夫・提供を行っている。		
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。	定期的(週1回)に歯科往診を行い、必要性和希望に応じて治療及び口腔ケアを実施している。毎食後は口腔ケアを行い、用具のセッティングや言葉掛け等、一人ひとりに応じた支援を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、言葉掛け誘導や各人の仕草を察知して、トイレで排泄できるように支援している。また訴えが難しい方の場合には習慣を把握して定時誘導も行っている。	生活習慣や排泄習慣を把握し、身体機能に応じた個別支援を行っています。一人ひとりの自尊心に配慮し、全体的な様子からトイレ誘導を行い、トイレで気持ちよく排泄出来ることを目指した支援に努めています。完全自立の実績もあり、生活向上に繋がっています。	
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。	適度な運動の取り入れや水分補給、便通の良い食べ物等を各人に合わせ提供、主治医の指示の範囲内で下剤を使用して排便コントロールを行っている。		
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。	ご利用者個々の希望や体調に応じて、毎日入浴しているケースもある。入浴を楽しんでいただく為に、入浴剤等を使用している。またご本人の以前の暮らしに合わせて寝る前の入浴支援も行っている。	基本的な入浴支援は週に2回行っています。毎日の入浴や入浴時間の希望など、一人ひとりの習慣や好みを大切に満足のいく入浴支援に努めています。仲の良い利用者同士の入浴支援も行っています。毎回湯水を取り替え、衛生管理に努めています。	

27	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。	個々の体調や状態に考慮して、日中の活動(散歩等のアクティビティ)を日常的に取り入れている。また、個別的に休憩時間を設けたり、空調・湿度管理を行い、安眠できるように支援している。		
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。	全職員が服薬手順(服薬時ルール)を理解しており、服薬支援は特定の勤務者が原則行っている。薬情をご入居者の各個人ファイルに保管をして都度、確認できる体制にある。また、薬に関するトラブルは、提携薬局に24時間連絡相談できる体制がある。		
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。	個々の体調や状態に合わせて、食事・洗濯・掃除等の家事全般を職員と協働で行える様に努めている。また、アクティビティ月間予定表も取り入れ計画的に心身機能維持・楽しみごと・気分転換ができる様に工夫を行っている。		
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。	散歩や買い物支援は日常的に行っている。ご本人の要望を伺いながら、可能な限り希望に沿った外出支援も実施している。	1日に1回以上、散歩や買い物に出かけています。利用者の心身の状態に合わせて外出の回数を柔軟に取入れています。恒例のパン工場や牧場の見学ツアー、季節的な花見、神社の祭り、公園でのピクニックなど、変化に飛んだ外出支援を豊富に取り組んでいます。	
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。	ご利用者の個々の状態に応じて、少額程度の金銭を所持するケースもある。買い物外出の際は、自ら欲しいものを選び、代金の支払いを行っている。金銭管理が困難な場合は、商品を自ら選んでいただき、立替金(施設管理)にて支払いを行っている。		

27	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。	ご利用者の希望に応じて、ご家族・友人等へ電話ができるように支援している。またご家族等からの電話の取次ぎも行い交流機会をもてるように支援している。定期的に手紙の日を作り、利用者からご家族へ手紙を書く支援も行っている。		
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。	ご利用者が居心地よく過ごせるように照明や室温に配慮して、季節感を感じられるような貼り絵や草花を飾り、安心してゆったり過ごせる空間作りに努めている。	一人ひとりの心身の状況を把握し、誰もが落ち着いて心地よく過ごせる共有の空間づくりに努めています。旬の食べ物、野菜作り、散歩で見る草花を創作活動に取り入れ、作品を展示するなど、日常生活の全体から季節を感じ取れる工夫をしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	気の合った者同士で会話をしたり、テレビを観る等、個々のペースを大切にされた支援に努めている。また、人の気配を感じながらひとりの時間も過ごせる様な空間作りも行っている。		
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。	ご本人の使い慣れた家具や衣類、馴染みのあるもの等をお持ち込みいただき、安心してこれまでと同じような生活ができるよう工夫している。	居室は本人の見慣れたもの、使い慣れたもの、安全に動ける動線などに配慮した居室にしています。心身の状況の変化に合わせて、本人・家族や職員間で話し合い、本人が安心して過ごせることを第一にした居室環境に努めています。	
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。	建物内部はバリアフリーとなっており、各所に手すりを設置している。各居室やトイレ等には文字表記をして、わかりやすい生活環境作りを心掛けている。		

事業所名	グループホームみさき津久井
ユニット名	2階ユニット

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 当施	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

27	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。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を掲げ、毎朝礼時に管理者と職員は唱和を行っている。また、事業所理念を遂行すべくユニット毎に介護目標を設定し理念を実践できるように努めている。		
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。	自治会にも加入し連携が図れている。地域行事(祭事等)には積極的に参加し、地域との交流に努めている。当ホーム主催のお祭りも定期的を開催し、今回の来場者数は約200名と地域の皆さまとの繋がりをより一層深められる機会となった。		
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。	運営推進会議を通して地域福祉推進セミナー等を開催し、地域の認知症の理解促進に努めている。また、日常的な外出機会(散歩・買物・外食等)を継続に行ったことで、近隣住民との交流は更に深まっている。		
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。	運営推進会議を通して、運営・活動状況等についての報告を行っている。また、ご家族及び関係各位との意見交換の場を設け、潜在的なニーズの把握を行い、サービスの向上に繋げている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	市担当者とは運営面や生活保護等の件で随時、電話や訪問相談にてアドバイスを得るなど、協力関係を築いている。市主催の感染・救急講習や実践者研修等にも参加している。		

27	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。	身体拘束について正しい理解を図り（「身体拘束ゼロの手引き」に基づき）、身体拘束をしないケアに日々取り組んでいる。定期的に不適切なケアに関するアンケートを実施し、評価・改善を行っている。身体拘束委員会も定期的に開催している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	高齢者虐待について学ぶ機会（内部・外部）を設け、虐待にあたる行為について確認を行っている。「不適切な対応」についても適宜、会議等を活用し話し合いの場を設けている。		
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。	成年後見制度を活用しているご利用者が数名いる為、関係各位との話し合いや相談を適宜行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約の際は、重要事項説明書等（それに付帯する書類）に沿って十分説明を行っている。その後、疑問点等についての確認を行い、不安の解消に努めている。		
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。	面会時や運営推進会議等を活用して、ご家族等の意見や要望をお伺いしている。また、玄関先にはご意見箱を設置している。		

れている

27	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。	主には、定例ミーティングの際に意見や提案等を聞く機会を設け、施設運営に反映させている。また日々の職員とのコミュニケーションを大切にして、意見等を運営に繋げられるように努めている。		
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。	働きやすい職場環境に関するアンケートの実施や人事考課を通して、職員個々の勤務状況等の把握に努め、職場環境・条件の整備を行っている。定期的に1on1面談も取り入れている。		
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。	認知症実践者研修や定期的な内部研修等に参加を促し、サービスの質の向上に努めている。初任者研修・実務者研修へは福利厚生の一環として当社が研修費用を負担し積極的に取得してもらうよう努めている。		
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。	市グループホーム協議会や当地区の事業所交流会に出席をして、他事業所との交流に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用しながら本人の要望や困っていること等を把握し、言葉かけや行動の観察により可能な限りご本人の気持ちや想いの理解に努めている。		

27	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。	ご家族の生活状況や要望等の把握に努め、負担の少ない範囲で支援協力をお願いしている。面会時や適宜の電話連絡・メールにより状況報告を行っている。		
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。	ご本人・ご家族の状況把握や担当ケアマネから情報収集を行い、必要な支援について優先順位等を勘案して見定めていく。		
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。	ご利用者の”できること””できないこと”を見極めて、掃除(掃除機、拭き掃除)・洗濯(洗濯物干し・たたみ)・食事(調理・配膳・後片付け)等をスタッフと協働で行っている。		
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。	面会時やサービス担当者会議を行い、ご家族と情報交換・共有を行い、今後の方向性について共通理解を得られるよう努めている。		
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。	ご家族のご協力を得て、ご利用者の自宅に帰ったり(外出・外泊)、馴染みの場所に適宜、お出掛けされている。また、ご利用者の知人や友人が自由に来訪されている。個別ニーズに沿った外出支援を行っている。		

27	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。	個々の趣味や嗜好を把握し、日頃の関わりの中でより良い関係が保てるように会話の仲介等を行い、ご入居者間の橋渡し役に努めている。		
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。	サービス利用終了後も必要に応じてご家族等とコンタクトを取り、相談支援に努めている。		
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。	ご入居者の生活歴を把握すると共に、ご本人やご家族の意向や要望を伺い、日々の関わりの中で気付いた事やそれぞれの思いや希望の把握に努めている。意思疎通が困難なご入居者の場合は、ご家族に相談の上、本人本位にて検討を行っている。		
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。	入居時にご家族および関係各所から情報収集を行い、入居後も定期継続的に心身の状態や残存能力・暮らしの現状についての把握に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用して、一日の過ごし方や心身の状態・残存能力等、暮らしの現状の把握に努めている。適宜記録にも残すようにしている。		

27	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。	ご本人・ご家族の意向や要望を伺い、各関係者にもアドバイスを頂きケース会議にて話し合いプラン作成に繋がっている。モニタリングは、3カ月に一回実施して、プラン変更の必要性に応じて随時見直しを行っている。		
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。	個々の生活の様子を日々の生活記録(個別記録)・管理日誌に記入することで全職員が情報を共有し、ケアの向上やプランの検討・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。	ご入居者やご家族の要望に応じて、通院介助や買物支援、面会時間の延長等に対応している。また、その時々状況に応じて柔軟に対応できるように努めている。		
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。	地域サロンへ定期的な参加、町内会の祭事や選挙等に参加している。地域のボランティアの協力により縫い物ボラや音楽演奏などの活動内容の充実に繋がっている。		
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。	ご本人またはご家族のご希望に応じて、かかりつけ医の決定を行っている。ホームドクターは月2回の定期診療を実施して健康管理に努めている。薬局とも密に連携を図り、薬剤の管理体制を徹底している。		

27	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。	医療連携体制加算を算定して、医療面の更なる強化を図った。ご入居者の体調に変化が認められた場合等は適宜、看護師等と連絡を取り適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時は、ホームドクターと連携を取りながら医療機関に必要な情報提供を行い、適切な治療が円滑に受けられるように努めている。退院時は、当該医療機関のSWやホームドクターと連携を取り、ホーム生活を円滑に送れるように努めている。		
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、事業所で行え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。	「重度化した場合の対応に関わる指針」を提示、契約時に説明を行い、ご利用者及びご家族の同意を得ている。ホームドクターとも連携を図り、適宜インフォームドコンセントを行っている。終末期（看取りケア）も医療と連携し実施している。		
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。	緊急時に備え、対応フローを各所に掲示している。適宜、定例会議内で確認、勉強会を開催して実践力向上に努めている。		
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。	災害対策に備えて、年2回の避難訓練を実施している。（うち1回は消防署立ち合い）近隣住民の方に対して訓練への協力依頼も働きかけている。災害に備えて、食糧・飲料水・備品などを備蓄して一覧表管理している。		

27	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。	ご利用者個々の人格を尊重して、誇りやプライバシーを損ねないような言葉遣いや対応に努めている。個人情報保護などの研修も実施している。		
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。	日頃の関わりの中でご本人の思いや要望を気軽に話してもらえるような環境作りに努めている。自己決定が困難な場合等は、ご家族も交えながら自己決定の支援を行っている。		
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。	ご利用者個々の気持ちやペースを大切にして、無理強いすることなく自己決定が行えるように支援している。		
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。	ご入居者個々の要望と状況に応じて、出張美容や外部の理美容室を利用できるように支援している。 また、各人の好みに合わせて洋服等を一緒に選んだり、準備を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの状態に応じて、食事の準備や後片付け等を職員と協働で行っている。食レクの機会も設け作る楽しみ・食べる楽しみを他利用者と交流を深め、利用者主体で行える環境作りに努めている。		

27	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。	適時、食事・水分摂取量の把握を行い、体調や食事制限などを考慮した調理の工夫・提供を行っている。		
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。	定期的(週1回)に歯科往診を行い、必要性和希望に応じて治療及び口腔ケアを実施している。毎食後は口腔ケアを行い、用具のセッティングや言葉掛け等、一人ひとりに応じた支援を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、言葉掛け誘導や各人の仕草を察知して、トイレで排泄できるように支援している。また訴えが難しい方の場合には習慣を把握して定時誘導も行っている。		
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。	適度な運動の取り入れや水分補給、便通の良い食べ物等を各人に合わせ提供、主治医の指示の範囲内で下剤を使用して排便コントロールを行っている。		
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むように、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。	ご利用者個々の希望や体調に応じて、毎日入浴しているケースもある。入浴を楽しんでいただく為に、入浴剤等を使用している。またご本人の以前の暮らしに合わせて寝る前の入浴支援も行っている。		

27	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。	個々の体調や状態に考慮して、日中の活動(散歩等のアクティビティ)を日常的に取り入れている。また、個別的に休憩時間を設けたり、空調・湿度管理を行い、安眠できるように支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとり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。	全職員が服薬手順(服薬時ルール)を理解しており、服薬支援は特定の勤務者が原則行っている。薬情をご入居者の各個人ファイルに保管をして都度、確認できる体制にある。また、薬に関してのトラブルは、提携薬局に24時間連絡相談できる体制がある。		
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。	個々の体調や状態に合わせて、食事・洗濯・掃除等の家事全般を職員と協働で行える様に努めている。また、アクティビティ月間予定表も取り入れ計画的に心身機能維持・楽しみごと・気分転換ができる様に工夫を行っている。		
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。	散歩や買い物支援は日常的に行っている。ご本人の要望を伺いながら、可能な限り希望に沿った外出支援も実施している。		
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。	ご利用者の個々の状態に応じて、少額程度の金銭を所持するケースもある。買い物外出の際は、自ら欲しいものを選び、代金の支払いを行っている。金銭管理が困難な場合は、商品を自ら選んでいただき、立替金(施設管理)にて支払いを行っている。		

27	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。	ご利用者の希望に応じて、ご家族・友人等へ電話ができるように支援している。またご家族等からの電話の取次ぎも行い交流機会をもてるように支援している。定期的に手紙の日を作り、利用者からご家族へ手紙を書く支援も行っている。		
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。	ご利用者が居心地よく過ごせるように照明や室温に配慮して、季節感を感じられるような貼り絵や草花を飾り、安心してゆったり過ごせる空間作りに努めている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	気の合った者同士で会話をしたり、テレビを観る等、個々のペースを大切にした支援に努めている。また、人の気配を感じながらひとりの時間も過ごせる様な空間作りも行っている。		
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。	ご本人の使い慣れた家具や衣類、馴染みのあるもの等をお持ち込みいただき、安心してこれまでと同じような生活ができるよう工夫している。		
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。	建物内部はバリアフリーとなっており、各所に手すりを設置している。各居室やトイレ等には文字表記をして、わかりやすい生活環境作りを心掛けている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームみさき津久井

目標達成計画

作成日： 2020年 8月 13日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
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	35	地域住民、消防署、警察署との連携を更に深めながら、事業所の災害対策の理解や地域と事業所、相互の協力体制を築くことが期待されます。	地域住民、消防署、行政等との連携を深めて、地域と事業所との相互の協力体制が築ける	○年に1回は消防署立ち合いの下、避難訓練の実施を行う ○避難訓練や研修等の模様を外部向けに発信しご家族や地域住民へ災害対策に関する理解を推進する ○自治会長や民生委員と連携を図り、当施設での取り組みを自治会員を通じて地域の方へ伝えていただく(施設に関する理解や認知度をあげる) ○行政や関係機関が主催する災害に関する研修等があれば参加し、知見を広げる	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。