

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	1472201027	事業の開始年月日	平成13年12月1日	
		指定年月日	平成13年12月1日	
法人名	株式会社あおいけあ			
事業所名	グループホーム結			
所在地	() 神奈川県藤沢市亀井野 4-1 2-9 3			
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員 計	9 名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	令和5年4月6日	評価結果 市町村受理日	令和5年7月7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）】

理念通り、「その人らしさを大切に」日々の暮らしをご利用様が営めるよう努めています。そのために、ご利用者様とスタッフとの「よりよい人間関係の構築」を日々のケアで大切にしています。ご利用者様一人ひとりが今までどのような生活をしてきたか、そしてどのように最期を迎えられることを望んでいるのか等、その「人」についての事前アセスメントを入念に実施しています。また、日々の生活の中では「介護する側、される側」ではなく「人と人同士の関係性」をつくれるようなコミュニケーション（昼食を一緒に作りながら包丁の使い方、料理の作り方をご利用者様に教えていただく・散歩をしながら植物の名前を教えていただく・お風呂に入りながら相談に乗ってもらう 等）を大事にしています。それを通して、事前アセスメントでは引き出せなかったその人らしさや、意向などを知り、次のケアへ繋げています。さらに、「その人らしさ」を知り、尊重できる生活は施設の中だけでは実現しません。理念の実現のために、施設内でのスタッフとご利用者様との関係性作りだけではなく、ご利用者様のかつての馴染みの場所、旧友、ご家族など「地域」との関係性作り・関係性の継続も大切にしています。新型コロナウイルスの感染拡大後も、面会制限は最低限に抑え、いつでもだれでもがご利用者様に会いに来られる環境は大きく変えないことで、顔が見える関係性の継続をしてきました。また、ご利用者様の馴染みの場所へ家族やご友人と出掛ける為のお手伝いもさせていただいています。さらに、事業所の近隣との関係性作りとしては、地域ボランティアの方と公園の整備をしたり、毎日ご利用者様と散歩に出掛ける事で顔見知りになっていたりなどして、関係性の構築に努めています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和5年4月13日	評価機関 評価決定日	令和5年6月9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「六会日大前」駅から歩いて約8分の住宅地の緑の多い敷地の一角にあります。3つの小規模多機能型居宅事業所が併設されており相互に連携しながら事業運営を行っています。敷地内には近隣の小さい子どもが自由に遊べる遊具も備えています。

<優れている点>

運営理念として「その人らしさを大切に」を掲げ、利用者が望む暮らしを実現するために、スタッフは「その人の視点に立つ」「優しく見守る目を持つ」「さりげなく手を差し伸べる」「ゆったり待つ」「出来ることを大切にする」を心がけ、一人ひとりの個性を尊重しながら、本人が持てる力を発揮できるように、援助の実践に取り組んでいます。お祭りなどの行事や入浴をすることが目的ではなく、利用者スタッフと「よりよい人間関係の構築」することを目標にしています。チームケアを大切にし、スタッフ相互間のチームワークの醸成を図り、本人本位の支援の実現に取り組んでいます。

<工夫点>

入居に際して長年馴染んできた習慣や好みや支援して欲しいこと等を本人や家族から丁寧に聞き取り、ケアプランに反映させています。計画作成者は本人の性格やホームでの暮らしで望んでいること等をスタッフにわかりやすいように「私は○○な人シート」を作成して情報共有し支援に生かしています。

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム結
ユニット名	

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。	事業所の理念である「その人らしさを大切に」をもとに、入居前のご家族への聞き取りやご本人との日々の会話を通してアセスメントを行い、業務日誌や定例会議でスタッフ間で情報共有をしたうえで、利用者一人一人に対して可能な限り最期までその生活からかけ離れないようなケアの実践に努めています。さらに、お看取りが近づいても本人が望んだ生活を可能な限り実現させるために、改めてご家族や医療との対話を重ね、実践に繋げるようにしています。	1日の生活の流れの全ての中に「その人らしさを大切に」の理念を反映しています。「包丁が使えなくなったら味付けで参加してもらおう」など、利用者ができることを奪わないとの思いを職員全員で共通認識しています。「自分だったら、どうされたいか?」「自分は、どんな環境で暮らしたいか?」に置き換えて行動しています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。	コロナウイルスの感染拡大以前より、事業所の入居者と制作した草木染のTシャツやしめ縄を、地域の銭湯の一角をお借りして販売する「行商」を継続して実施しています。また、毎週火曜日には「公園体操」を近所の公園で実施。その体操を通して近所の幼稚園児と交流する機会にもなっています。さらに、体操をする公園と同じ公園にて「花の会」さん（地域のボランティア団体）と一緒に土づくりや花の植え替えなどを行っています。他にも公園周りのゴミ拾いや花壇の雑草取りなど、日々の散歩のついでに入居者と一緒に出来る地域活動を実施しています。	地域の人が集まる近隣カフェ主催のイベントに参加しています。利用者と職員がカフェで出るコーヒーの出がらしを使ったTシャツ染めを販売しています。その他、藍染Tシャツを制作し、近所の銭湯で販売をするなど、地域の人たちとの交流を通じて、利用者のやりがいにも繋げています。毎週行う公園のラジオ体操では、なるべく全員が参加できるように「お花を見に行こう」など声かけにも工夫し、地域の一員として活動する機会を積極的に作っています。	
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。	会社全体で開催している「あおいけあ勉強会」では地域住民や関係者に向けて認知症ケアの実践や支援方法などを発信する場になっています。また、コロナウイルスの感染拡大後、縮小していた外部向けの見学も今年度より徐々に再開し始めており、見学者のアテンドをしたり実際に入居者に見学者と話してもらうなどして地域貢献に繋げています。		
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。	コロナウイルス感染拡大後、直接顔を合わせての運営推進会議は開催できていません。代替として、日々の暮らしについてや職員間で取り組んでいる委員会の実施や感染拡大防止の取り組みなどの報告として、書面を関係各所に配布しています。意見等は配布後に電話にて頂くかたちをとっていますが、なかなか意見をいただくまでには至っていない現状があります。	コロナ禍により、対面会議の開催は自粛しています。入居者状況や、写真も記載した暮らしの出来事、感染症への取り組み、勉強会内容などを構成委員の家族代表、町内会長、地域包括支援センター担当職員、系列小規模多機能管理者、地域代表に文書で報告しています。今後は感染状況を見ながら対面開催を実施していく予定です。	
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に取り組んでいます。	クラスター発生時や、利用者家族とのトラブル発生時などに備え、事業所の現状を報告・アドバイスを頂きました。また、餅つき大会や勉強会などの際には招待のご連絡をさせていただき、普段の様子を知って頂ける様努めています。	藤沢市介護保険課に、身体拘束適正化委員会にて議題に上った「利用者家族からの要望による支援について」拘束にあたるのではないかと、などの相談をしたり、法人全体で行うイベントなどのチラシの掲示を依頼しています。チラシ掲示依頼時に招待の声かけもしています。	

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	今年度より「身体拘束防止及び適正化委員会・勉強会」を実施。その中で身体拘束の三原則（一時性・緊急性・非代替性）について事前にワークシートを配布しそれぞれの理解度を把握。その上で改めて理解、確認をしたり「三種の身体拘束（スピーチロック・フィジカルロック・ドラッグロック）」を理解し、実際にそのような場面が無い日々のケアについての振り返りをしました。さらに、事例検討として実際ご家族から身体拘束を依頼されてしまった場合の対応について、契約書や事業所理念、身体拘束防止マニュアルを参考に確認をしました。また、ふとした瞬間に出てしまいがちな「ちょっと待って」、「座ってて」など、スピーチロックについては特に検討をし、入居者、職員がおたがいに気持ちのいい関係性作りについて考える機会としました。	身体拘束適正化委員を3ヶ月に1度行っています。時間の調整が取りやすい夜19時から始めることで、多くの職員が参加できるような工夫もしています。入居者一人ひとりのケアを理念に基づいて振り返りながら行うことで、より細かく具体的な内容の話し合いができています。シフトにより参加できない職員は議事録を確認し、分からないことは参加者に確認し、理解を深めています。	
7	6	○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。	定例会議と併せて虐待に繋がるような事案が発せしていないか、職員と話し合う機会作りをしています。また、利用者のご家族から虐待を疑われる様な事があった場合にはその都度ご説明をし、希望があれば宿泊をして頂いて過ごして頂く事も出来る様にしています。一方、法律などについて触れる機会はありませんでした。	ケース会議の中で虐待防止の委員会を実施しています。ケアプラン更新時に、利用者への声かけを中心に話し合い、日々のケアの振り返りを行っています。職員の余裕が無くなるとスピーチロックに繋がる事を理解し、夜勤時の洗濯を朝の時間帯に変更するなど、具体的な業務改善や、前向きな声かけを心がけています。	
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。	管理者とスタッフは法人代表による入職時研修や外部での研修などを通じて権利擁護などに関する制度を学ぶ機会を持ち、実際のケアに役立てています。また、家族や後見人とも積極的に関わりを持ち、利用者さん本人に不利益が無いよう支援しています。		
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。	契約時に重要事項説明書、運営規定等の読み合わせに時間をかけ、質問事項も受けられるようにしています。また、入居者となるご本人の現状や不安なども伺い、お応えできるようにしています。さらに、入居希望があった際に、入居となるご本人の様子を伺い、他にご本人の生活に合いそうな選択肢があればそちらも合わせて提示をするようにしています。		
10	7	○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。	必要以上の面会制限をせず、ご家族がいつでも来所できる環境作りをしています。その際の会話を通してご家族の考えをお聞きし、それに対する検討が必要であれば定例会で職員と話をするようにしています。	面会時に家族の要望を聞いています。家族から見守りカメラを付けて欲しいなどの要望には、利用者らしい暮らしを念頭に丁寧な話し合いをしています。華道が趣味の利用者に花の定期便を送りたいなどの要望はすぐに取り入れています。家族も介護のチームの一員と考え、できる事を一緒に考えています。	

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
11	8	○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。	普段の職員との会話から運営に関する意見を聞き、必要であれば代表者と検討をしたり、定例会で他の職員とも話し合う事を行っています。今年度は「洗濯・料理・記録などの業務が多く、入居者と関わる時間が少なくなっている」という課題があり、それに対する解決策を会議で話し合ったり、いつでも解決のアイデアを共有できるようにメモ用紙を掲示したりしました。その中から出たいくつかのアイデア（掃除専門のスタッフを外部依頼する日にちを増やす、洗濯ものをする時間帯を変える等）は実際に取り入れ、課題の解決に繋がっています。	職員の意見を大事にしています。新人、ベテランなど関係なく意見を取り入れています。「利用者とおやつを作りたい」「利用者みんなで歌を歌いたい」など、その日の計画にしていなかったレクリエーションへの提案も取り入れて実施し、職員のやりがいに繋がっています。職員は管理者へ、管理者は法人代表へいつでも提案できる体制を構築しています。風呂のリフォーム時も全面的に職員の意見を取り入れています。	
12	9	○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。	代表者は月に一度の運営会議や管理者からの報告によりスタッフの勤務状況などを把握したうえでキャリアパスを明確にし、職場環境や条件等の整備に努めています。	入職時に法人代表が法人理念や、運営に関する考え方などを伝え、方針を明確にしています。夜勤時の業務負担など、職員から申し出があった時には改善策を見つけています。	
13	10	○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。	代表者は管理者やスタッフの能力に応じた研修の呼びかけや勉強会での外部講師による講演などで資質の向上を図っています。また、新人スタッフへはエルダーが教育を担い、働きながらトレーニング出来る環境を整えています。	ユマニチュードのインストラクター経験がある担当職員による介護技術研修では、利用者とのコミュニケーションに大切な、「見る」「話す」「触れる」「立つ」なども学び、知識や理解を深めています。	
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。	年度内に数回の公開勉強会を開催し、同業者との意見交換が出来る場づくりをしています。また、他社からの体験入職なども実施しており、その際にも意見交換をしています。		
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。	計画作成担当者による、入居前のアセスメントをスタッフ全員に共有したうえで入居をして頂いています。入居後はご本人との会話を通して今その人に必要なケアや環境作りに努めています。近年入居された方の例では、寂しさが強く夜一人で過ごす事が難しい方に対し、どのように安心して夜を過ごすかを夜勤を担うスタッフ・その他のスタッフ全員で模索しました。ご本人が寝入るまでスタッフが一緒に居室で過ごす、日中十分に体を動かし自然と眠れるように過ごす（マンツーマンで1時間ほどの散歩をしたり、公園でキャッチボールをしたりする）など、さまざま試みたことで、ご本人の生活サイクルが確立され、現在では自ら居室へ行かれ、眠れる日もあるほどになっています。		

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
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。	申込があった段階で、ご家族が不安に思っている事等を伺い、申込用紙へ記録するようにしています。また、契約の運びになった際には改めて管理者、計画作成担当者が事前の聞き取りをし、現在ご家族が何に困っているのか、何を求められているか等を伺っています。現在入居されている方の中では、入居前に同居されていたご家族の入院を機に入居された方がいます。「急に離れて暮らす事で本人が混乱しないか」「自分はすぐに入院してしまうため頻りに面会へは来られなくなり、様子を知らなくなるのが不安」といった心配事があったため、なるべくご本人の生活の様子を写真を添えてご連絡するようにするなどしています。		
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。	相談時、可能であれば本人にも来所していただき、今どんな支援が必要なのかをしっかりと聞き取り調査をしています。また、必要であれば他サービスを案内するなど他事業所との連携を図れるよう対応しています。		
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。	会社の理念である「より良い人間関係の構築」を出来ているか、スタッフ間で定期的に確認し合う機会を作っています。また、管理するような言動が見られた場合にはスタッフ全体で原因を検討し、ケアの見直しをしています。また、ご利用者との関わりとしては、日常行うすべての動作（入浴、昼食作り、散歩、排泄等）を関係性作りの機会ととらえ、その方との会話を大切にしています。		
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。	入居の契約や申し込みの際にはご家族もご本人を支えるチームの一人であることを伝えています。また、面会時の会話やLINE等での連絡を活用し、ご家族との関係性作りに努めています。		
20	11	○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。	利用者が今までどのような生活をしてきたのか、事前にアセスメントをするのはもちろん、本人との会話から馴染みのばしょを教えてもらい、そこへ実際に行ってみたり、ご家族やご友人とのかかわりが途切れないように宿泊希望があれば受け入れをしたり、いつでも外出が出来る様な環境作りをしたりしています。最近では、長年山登りやキャンプをたしなんでいた入居者とそのご家族と一緒に宮ヶ瀬へデイキャンプへ行きました。身体に麻痺があっても、看取り期に入っていると医師からの診断を受けても、家族、医療機関、スタッフ同士が連携し、その人らしい生活が最期まで出来る限り出来るようにしています。	毎日の会話の中に利用者の「出身地」に関わることを意識しています。生まれ育った環境や時代を知ることで信頼関係を構築しています。利用者の思いを1番に、出来ることを考え行動しています。河原のデイキャンプや、利用者の地元の横浜へ買い物や公園散策などを家族と一緒に出かけしています。成年後継人や弁護士に相談しながら来訪する友人もいます。居室やリビングなど好きな場所で談笑してもらえ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
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。	ご利用者の性格や特徴をつかみ、必要であれば会話の仲介をしたり、テーブルのレイアウトを変えたりすることで、ご利用者同士が円滑にこんひゅにケーションを図れるような環境づくりをしています。		
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。	契約終了後も、事業所のイベントへお誘いする事等を通して関係を継続しています。		
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	12	○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。	ご本人の意向を把握し、共有するために介護経過記録の他に「メモ記録」という記録方法を活用しています。普段の何気ない会話ややり取りから知る事が出来たご本人の思いや暮らしの希望、意向などを白紙のメモ帳にイラストやメモ書きで記しています。スタッフの退勤時間がひとりひとり違う勤務形態の為、ゆっくりコミュニケーションをとる事が難しい環境ですが、この記録方法を活用する事でそれぞれのスタッフが得たご本人の意向を見落とさないように努めています。	思い出しやすい、話しやすい会話を心がけています。散歩時にも「群馬のきりこみうどんの作り方教えてください」など利用者の生活歴に沿った会話の中から把握しています。以前は刺身にワサビ醤油で食べる事が大好きだったと知り、ネギトロにワサビ醤油を入れてミキサー食にすることで、喜んでもらえた事例もあります。	
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。	基本情報の他にも「生活史」、「私の暮らし方シート」、「出来る事・出来ない事シート」を活用し、ご入居前にご本人の馴染みの暮らし方や生活環境、サービス利用の経過の把握に努めています。ご入居後も、「ケアに役立つ情報シート」、「メモ記録」などを活用し、ご本人がどのような方なのかを知り、共有できるようにしています。		
25		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。	計画作成担当者は「暮らし方の流れサポートプラン」を作成。スタッフはそれを1日の流れやご本人の心身状態の把握の指標にしています。それをふまえて、ご本人の心身状態やご本人のできること、出来ない事の把握に努めています。		

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
26	13	○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。	ケアプランにご本人の意向をケアプランに落とせるように毎月居室担当者がモニタリングシートを記入。その他のスタッフ全員にも計画作成担当者が「ケアプランに関する事」と題したシートを定例会議の前に配布し記入してもらおう事で、それぞれのスタッフが拾ったご本人の意向を反映させるよう努めています。また、ケアプランは必ずご家族に目を通して頂き、ご意見を伺い、ご家族、スタッフ、ご本人K¥が納得できるケアプラン作成になるようにしています。また、入居以前の暮らし方や長年親しんできた趣味や生活習慣などをご家族からも伺う事で、「その人らしい生活」に近づくケアプランを作成・実施しています。	「その人らしい暮らし」を続けることができるよう本人・家族・スタッフが納得できるケアプランの作成に取り組んでいます。入居に際しては「私の暮らし方シート」を使い、長年馴染んできた習慣、好みや支援して欲しいこと等を本人や家族から丁寧に聞き取り、ケアプランに反映させています。計画作成者は本人の性格やホームでの暮らしで望んでいること等をスタッフにわかりやすいように「私は〇〇な人シート」を作成して情報共有し支援に生かしています。	
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。	介護経過記録は3種類あり、ご利用者それぞれの心身状態に合わせて使い分けています。また、介護経過記録の他に「医療記録（ご本人の体調変化と医療に繋げるまでの経過を記録）」、「メモ記録（ご本人とのかかわりを通して新たに得た情報を共有するための記録）」を準備、記録しています。この3つの記録はモニタリングシートとともに一つのファイルにファイリングし、計画作成者・ケアスタッフ両者が見返しやすいうにしています。		
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。	ご本人やご家族とのかかわりを通して必要であると判断したサービスは出来る限り実施しています（看取り時にご家族が泊まり込めるようにする等）。		
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。	ご入居以前の交友関係、嗜んでいたこと、生活習慣などを把握し、ご本人が生活そのものを楽しめたり、力を発揮したり出来る様にしています。長年個人商店で店主をやってきた方などには、事業所の前の落ち葉集めを一緒にお願ひしたり、庭仕事を長年してきた方には、近所の公園の花壇づくりのお手伝いをお願いしたりしています。		
30	14	○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。	入居時に最期をどう迎えたいかについて連携している医療機関を含めて家族・利用者とは話をする機会を設けています。また、実際に看取り期に近づいた際には改めてご家族・利用者本人の気持ちをスタッフと連携医療機関の両者が理解し、適切な医療を受けられるようにしています。	かかりつけ医は近隣の医療機関と提携し月2回訪問診療しています。口腔ケアは提携歯科医院が希望者に対して月1回実施しています。訪問看護センターから週1回看護師が健康観察を実施し、緊急時はいつでも相談や医療機関と連携できる体制となっています。	

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
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。	入居時に訪問看護センターと自動契約となり、有事の際にはすぐに連携が取れるような体制を作っています。また、週に一度、健康観察として着てもらい、普段からご利用者お様子を把握してもらえる様になっています。		
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。	ご入居者のほとんどは、提携している往診専門のクリニックへ乗り換えているため、毎月2回の往診、チャットでの相談などを通してお互いにご利用者の状況把握が出来るような環境作りをしています。一方、医療の変更をしていないご入居者に対しては医師と直接コミュニケーションをとるタイミングはほとんど無い状況です。そのため、付き添ったご家族から情報を得たり、最近のご様子をこまめにご家族へ共有するなどしています。		
33	15	○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。	入居の際に、「重度化した際に関する同意書」をご家族及びご本人と必ず読み合わせ、サインを頂いています。実際に看取り期が近づいた際には改めてご家族・ご本人に「どのような最期を迎えたいか」について改めて伺い、職員間で適切なケアについて話し合い、実行しています。最近お看取りをさせていただいた方では、「楽しい事が好き」・「お出掛けが好き。特に横浜で買い物をするのが好き。」など、今までのご本人の性格と「痛い事（治療・検査など医療的行為）は嫌い」であることを尊重したケアをしていこうとご家族、スタッフ、医療機関の三者で綿密にコミュニケーションをとり、過ごしました。それも有り、ご逝去される1か月前に横浜へ外出する事も出来ました。お看取り後はスタッフと医療関係者とでデスカンファレンスを実施したり、ご家族と一緒に「お別れの会」をしたりしました。	入居時に最期をどう迎えたいかについて連携している医療機関を含め家族・利用者本人と話し合う機会を設け、重度化や終末期に向けた方針を確認しています。実際に重度化が進んだ場合に改めて家族や本人等に伺い、本人の思いを大切にしながら、カンファレンスを通じて職員間で適切なケアについて話し合い実施しています。家族等との連絡は居室担当が窓口となり、こまめにコミュニケーションを取っています。看取り時には家族が泊まれるように対応しています。	
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。	マニュアルでの検討や先輩スタッフからの指導、ヒヤリハットの共有などを通して急変や事故発生時に備えています。また、スタッフは救急救命講習を順次受講しています。		
35	16	○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。	火災の避難訓練を利用者の方と一緒に毎年必ず実施しています。また、夜間想定避難訓練も実施。消火器や火災警報器の使い方はスタッフ全員で毎年確認。更にいつでも使用方法を把握出来る様に機器のそばに使い方をメモしています。一方、災害時の地域との協力体制については、合同の避難訓練などがなかなかできていない現状があります。	火災の避難訓練は地域の消防署の協力を得ながら、併設している多機能小規模事業所と合同で実施しています。消火器や警報器の使用法のメモを作成し、誰でもわかるよう機器のそばに置いてあります。災害用備蓄は併設施設と共同で備え、年1回見直しをしています。	地域との協力体制を充実していくために、併設している施設と協同で地域の避難場所の拠点として活用できないか検討しており、実現されることを期待しています。

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	身体拘束適正化及び防止の委員会・勉強会では、特に「スピーチロック」の適正化に力を入れています。直接身体拘束に繋がらない声掛けであっても、ご本人の尊厳を傷つけるような会話になっていないかも検討。翌日からのケアを見直す機会にしています。更に、介護技術の一環としてコミュニケーション技法の研修も毎年度必修としています。日常を共に過ごす中では日頃の会話を通してご本人の性格や好きな事を把握。前向きな気持ちになれる声掛けに努めています。さらに、プライバシー保護の観点からご本人やご家族からの要望があればSNSへの写真の掲載、その人の情報が分かるような文章等は厳禁とし、スタッフ間で共有・把握しています。	身体拘束適正化及び防止委員会・勉強会について職員が徹底して話し合えるように午後7時より開催し、直接身体拘束に繋がらない声かけでも利用者の人格や尊厳を損ねることになっていないか振り返り、必要に応じて見直しを行い、日々のケアに反映させています。前向きになれる声かけとして利用者が台所仕事を手伝ってくれたり不要な電灯を消してくれた時は必ず感謝の気持ちを伝えていきます。個人情報保護に関する取り扱いについて入居時に説明を行い、プライバシー保護にも配慮しています。	
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。	介護する側、される側と言う関係性ではなく、共に生活する仲間の様な関係性が作れるような関わりを普段より意識しています。そのかわりを通してご本人の希望を伺ったり、自己決定して貰える様な声掛けをしていますB。		
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。	起床時間、食事の時間、消灯時間などは特に固定しておらず、出来る限りご本人のペースで過ごして頂いています。		
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。	着替えを支援するさいには、服をご自分で決めていただくなどして、身だしなみやお洒落を楽しんで頂いています。		
40	18	○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。	毎日の昼食は、事前に献立を決めず、その日その時にご利用者と一緒に献立を決めて作っています。その中で、ご利用者の得意料理や好きな食べ物を教えてもらい、翌日からの昼食作りに活かしています。また、料理作りに直接参加できないご利用者にも、味見などで参加していただいています。さらに、常食が食べられなくなっても食事の楽しさが継続出来る様、ご本人の好物をミキサーゲルなどを活用しながら提供しています。その他にも、夕食を委託している厨房の方と一緒に、庭でバーベキューや芋煮会を開き、イベントとして楽しむ事もしています。	朝食・昼食については、職員が輪番で利用者の希望を聞き入れながら、利用者と一緒に献立を考え食事を作っています。利用者は胡麻和えなどの味付け等を手伝ったり、料理経験の少ない若手職員は利用者から包丁の使い方などを教えてもらうなど利用者の今まで培ってきた経験を大切にしながら一緒に食事づくりを楽しんでいます。夕食は併設している施設の厨房部門から提供されています。	

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。	定例会議と併せて虐待に繋がるような事案が発せしていないか、職員と話し合う機会作りをしています。また、利用者のご家族から虐待を疑われる様な事があった場合にはその都度ご説明をし、希望があれば宿泊をして頂いて過ごして頂く事も出来る様にしています。一方、法律などについて触れる機会はあまりとれませんでした。		
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。	提携している歯科医院に毎月口腔内の汚れを確認して頂き、その人にあった口腔ケアをアドバイス頂き、それを実施しています。		
43	19	○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。	日中の排泄は、「排泄誘導チェック表」を活用して支援しています。夜間は、ベッド上での排泄支援が必要な方には約2時間おきに排泄の確認をさせていただいています。また、歩行が可能な方に対しては約2時間おきに居室確認をさせていただき、起きていれば（また、長時間トイレへ向かっているご様子が無ければ）、ご案内の声掛けをさせていただきます。また、ご本人との会話を通してトイレへ行きたくなくなる際によく言われる言動を把握・共有して声を掛けさせていただく事もあります。それを通してご本人の排泄量やパターンを把握させていただき、紙パンツ利用の状態でご入居された方でも、ご家族・スタッフと検討し布パンツに変更させて頂く事もあります。	一人ひとりの排泄のパターンは「排泄誘導チェック表」により把握に努めています。が、利用者本人の意思表示でトイレに行くことが多く、口の形で「トイレ」と表現したり、決まった言動をするしぐさをしっかり把握して誘導支援しています。職員間で排泄パターンを共有し支援することに努め、入居時は紙パンツを使用されていた介護度4レベルの利用者が布パンツに切り替えたケースもあります。利用者は手すりを使った伝い歩きをしたり天気の良い日は散歩に誘い、筋力低下防止に努めています。	
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。	水分摂取量の把握や運動への参加の促しなどを、その人が馴染みのあるものを活用して実施しています。また、医療と相談しながら排泄を促す薬を調節し、便秘の予防に努めています。		
45	20	○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。	入浴日のチェック表を参考にしながら入浴の声掛けをさせていただきますが、ご本人から「お風呂に入りたい」とご希望がある方に対しては、希望があった際にすぐ対応出来る様にしています。また、時間帯についても入りたい時間の希望があれば出来る限りその時間帯に入って頂ける様にしています。また、もともとご入浴予定だった方でも、その日の体調や気分を把握し、予定を変更するなどしています。入浴拒否が強い方に対しては、声掛けや会話を通してまずは明るい気分になって頂き、ご入浴いただく様に努めています。	入浴は週2回実施するスケジュールですが、利用者本人から希望があれば回数や時間帯にこだわらずに対応しています。お風呂が目的ではなく、お風呂を使った利用者との信頼関係を築くことを大切にしています。季節感を楽しんでもらうため、柚子湯や菖蒲湯などを実施しています。お風呂に入らない日は清拭を実施しています。	

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
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。	体調の変化やその人の生活習慣などを考慮し、必要であれば休息の促しなどをさせていただいています。		
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。	特に降圧剤や整腸剤などの使用は注意し、必要であれば医療に薬の調整について相談をしています。		
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。	生活歴、趣味趣向等の把握をしたうえで、ご本人の普段の生活の中に取り入れたり、他のご利用者とのコミュニケーションにも活用させていただいています。		
49	21	○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。	毎日、一人1日1回は近所へ散歩へ行けるように努めています。また、ご本人から希望があった場合はすぐに散歩や買い物などへ外出しています。散歩の他にも、ご利用者全員に対し行事外出としてお花見や栗拾いなどを計画し、スタッフ・ご家族などと協力しながら実施しています。また、長年アウトドアやショッピングを嗜まれてきた方や、観劇がご趣味だった方に対しては個人的な外出の支援も、ご家族・スタッフ・医療が連携して実施しています。	1日1回近所への散歩を実践しています。利用者本人から買い物するための外出希望があった場合はすぐに実施するよう努めています。外出行事は、コロナ禍のため全員で外出することは控えていますが、お花見は少数単位で実施しています。重度化が進んだ利用者本人の希望によりデイ・キャンプを家族等の協力を得ながら実施しています。	
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。	ご利用者に応じて、ご自身でお小遣いを所持して頂き、その管理や把握はあえてしない事で自由に使えるお金の所持を支援しています。		

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
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。	いつでも旧友の方とコミュニケーションが取れるように、ご家族とも連携しながら外出や面会、電話の支援をさせていただきます。		
52	22	○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。	建物全体が木造、木目調の床など、全体的に「家」のような作りになっています。また、食事を摂る際などに使っているリビングにはご利用者が長年登ってきた富士山の写真を貼ったり、ご利用者に花を生けてもらうなどして一人ひとりが出来る限り過ごしやすい環境を作っています。	ログハウス風の建物で玄関の木の扉を開けると、なつかしい家の木のぬくもりが感じられる共用空間が広がり、利用者はソファやテラスのウッドデッキなど思い思いのスペースで過ごしています。キッチンダイニングキッチン方式で利用者と一緒に料理しやすいレイアウトとなっています。	
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。	固定の席などは決めず、複数のテーブルやソファのレイアウトを必要に応じて変えたり、ご本人の様子を見ながらこちらから一人落ち着ける席への案内をしたりしています。		
54	23	○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。	居室については、ご入居前のアセスメントの一環としてどのような住環境で生活をなさっていたのかを図を活用し、伺っています。その内容を踏まえ、出来る限り今までの生活に近い環境の居室になるよう、ご家族とご利用者主体で部屋作りをして頂きます。また、ご入居時のご本人の身体状況によっては歩きやすいような家具の配置（伝い歩きが出来る、歩行器が通りやすい配置等）をご家族に提案させて頂く事もあります。	入居に際して利用者が暮らしてきた部屋のレイアウトを参考に今までの生活に近い環境づくりに努めています。利用者と家族で主体的に考えてもらい、使い慣れた家具などを持ち込み、安全面に留意しながら居心地のよい居室づくりをしています。部屋の掃除は居室担当がエアコンフィルターの掃除を含めて実施していますが、利用者が自分で掃除できる人もいます。	
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。	特に居室のある2階には手すりやベンチを設置し、夜間スタッフが少ない中でも安全に歩行が出来る様に工夫しています。		

2022年度

事業所名 グループホーム結

作成日： 2023 年 6月 21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	16	火災を想定した訓練は実施できているが、地震などの自然災害を想定した訓練が出来ていない。また、災害時の地域内での協力体制が強固ではない。	社内全体での自然災害想定した避難訓練の実施。運営推進会議および管理者会議を通したBCPの作成。	防災の日である9月11日に地震を想定した避難訓練を社内全体で実施する。そのために月に1度開かれている管理者会議において避難経路や地震が起きた際の連絡網、防災用品の在庫等を改めて確認したうえで各事業所のスタッフへ周知する。それを通して地域住民の方（主に運営推進会議の参加者、六会包括）にはどの部分で協力を仰ぎたいか・会社として地域住民に向けて何が出来るのかをまずは管理者会議で話し合う（9月下旬）。その後、運営推進会議の場で改めて地域住民の方と一緒に災害時の連携について話し合う（10月中旬）。話し合いを踏まえた業務継続計画を作成し、地域住民の方とも共有する（11月中旬）。必要な予算として、不足している物品の購入費として8万円程度必要と想定している。	2ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月