

平成26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	1473300885	事業の開始年月日	
		指定年月日	
法人名	有限会社 タワラ		
事業所名	グループホーム 結の家		
所在地	( 226-0017 )		
	横浜市緑区新治町 1476-4		
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	平成26年12月14日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月30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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473300885&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1473300885&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100</a>
----------	---

### 【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)】

ご利用者様一人一人に合わせた個別ケアを心がけ、その人の生活がより豊かになるように支援しています。また、集団リハビリとして散歩や体操をしています。

### 【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年1月17日	評価機関 評価決定日	平成27年3月23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横浜線中山駅南口バスで「三保中央終点」下車徒歩4分のところにあります。周囲には森や林などの豊かな自然があり、畑や小川、池などまだ原風景が残っている住環境です。近くの池や川べりの遊歩道は利用者の格好の散歩コースとなっています。

<優れている点>

理念は「人格の尊重、健康で穏やかに、自立の日常生活」を掲げています。人材の育成に積極的に取り組み、法人は職員や管理者に年間を通しての研修の機会を与えています。職員の希望により資格取得の支援も行っています。開設後10年を迎えようとしていますが、職員の定着率もよく安定した雇用の中で利用者の「楽しい日常生活」が送られるよう生活の中にありがちな、決まりや規制にとらわれることなく、利用者の希望や好み、自由で在るがままの生活を重視し、楽しい暮らしが出来るよう支援しています。また、看取りも積極的に取り組み、開設以来、家族の要望に応え看取りの受入れ体制も構築されています。推進会議の場を利用して「終活」などの講習も行っています。

<工夫点>

庭や畑の草取り、食器洗い、そろばん、書道、絵画、読書など、本人の希望や好きなこと、やりたいことを本人の自由な選択で出来るようにしています。結果的に生活リハビリとなり、生き甲斐と張りのある生活の支援となっています。畑の野菜作りや草取りは「菜園療法」にもなっています。

### 【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 結の家
ユニット名	1階 さくら

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
	<input type="radio"/> 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 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
	<input type="radio"/> 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)	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<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。	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	地域密着型の意義を踏まえて考えてはいないが、職員一同理念に基づいた介護を実践している。	開設時に作った法人の理念はその後職員で見直し「人格と尊重、健康で穏やかに、自立の日常生活」とし玄関と事務所に掲示し周知しています。ケアに迷った時は「人格の尊重」に立ち返り、本人の思いに沿った支援の実践に努めています。	
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。	地域のイベントに積極的に参加するとともに、日常の挨拶も大切にしている。	自治会に加入して、地域の運動会や敬老会に参加しています。毎年他の施設で開催する和太鼓の演奏会にはホームの席が確保されています。朝市に食材を買に行ったり、公園で行う中学生の吹奏楽演奏にも出かけています。ボランティアで月1回書道で来ています。	運営推進会議のメンバーなどの紹介を活用して、事業所の行事やイベントに地域の人達の参加交流やボランティアの訪問の機会を更に作ることも期待されます。
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。	地域の方を対象に26年5月から「終活」について考えるセミナーを隔月で行っている。		
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。	上記「終活」セミナーと同時開催なので、より多くの意見を聞くことが出来るようになり、サービスの向上につなげている。	運営推進会議は2ヶ月ごと年6回開催しています。メンバーは家族や町内会長、民生委員や地域包括支援センター、訪問看護師です。活動報告や外部評価報告、看取りや防災などの意見や情報の交換は事業所の運営に反映しています。	
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。	年金受給額だけでは足りなくなってしまう入居者の相談など、困った事は何でも相談して、より良い解決策を一緒に考えています。	困難事例の相談や運営推進会議の報告、介護認定の更新などで連携や情報交換をしています。グループホーム連絡協議会は年4回開催しホーム長が参加し、市の認知症の研修にも参加して運営に活かしています。	

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。	玄関の施錠は防犯の為にしているの で、夜間のみです。現在身体拘束は一 切していません	事業所に「身体拘束廃止宣言」を掲示 しています。職員は拘束の弊害につい て理解しています。玄関の鍵は夜間以 外は施錠はしていません。不適切な言 葉の事例があればミーティングで取り 上げ注意を喚起しています。	
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。	暴力的な行為だけではなく、言葉や態 度による虐待もない様に、職員一人一 人が心がけています。		
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。	ご家族から成年後見人の問い合わせが あった場合は、概略を説明し、詳しい ことについては地域包括を紹介してい 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。	理解しやすい言葉を選び、丁寧に説明 しています。不審な点や疑問な点につ いては、納得ができるまで説明してい ます。		
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。	ご利用者やご家族が意見や要望を伝え やすいように、日頃から良く話すよう にしています。また、直接「ご要望が あったら教えてください」と聞いてい ます。	ご意見箱を設置しています。要望は、 事業所へ来所の際や計画書の作成時に 聞いています。家族から利用者にお金 や貴金属を所持させたい、居室に鉢植 えを置きたい、利用者からは図書館や 畑の苗の購入に行きたいなどが要望事 例です。	

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。	スタッフ会議やミニミーティングで職員から出た意見は、業務日誌や管理者日誌・至急の物は電話で代表者へ伝えています。	月一回のスタッフ会議や随時行うミニミーティングの機会に聞いています。業務日誌を通してしても聞いています。利用者の骨折予防にコルセットの使用や、ポータブルトイレの使用など提案事例が運営に反映しています。	
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。	人事考課と自己評価を半期に1回して、本人のモチベーションの向上に努めています。		
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。	今年度は初級と上級に分けて毎月1回8時間の研修をしています。(社員全員とパート2名)		
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。	「結」グループ内で交換研修をしています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	見守り・観察・声掛けを密にして不安や心配・戸惑いがない様にしていきます。また、話しやすい様に直接、聞いています。		

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。	ご家族が不安にならないように日々の様子を細かくお伝えしています。また、要望や相談がしやすい人間関係を作る努力をしています。		
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。	ご家族・ご本人がどのようなサービスが必要か、日常生活習慣から見極め提供できるように支援する。		
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。	本人の得意分野を見出し、それを生かして共に暮らせる環境を作ります。居てくれて「助かる」と思える関係を築きたいです。		
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。	通院・外出・面会などご家族にお願いし、普段の様子を知って頂くことによって、共に支えていく関係を築いています。		
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。	大切な関係が継続するように、手紙や、年賀状を書くように促しています。時には電話も。友人・知人が来訪された時は写真を撮って渡しています。	友人や知人が訪ねて来た時は湯茶の接待をしています。手紙や電話の交信の継続支援もしています。墓参りや外泊、買い物など家族の協力で支援をし、食事の際の納豆の希望、俳句や工作、編み物など入居前からの継続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
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。	仲の良い人同士が一緒になれるように配慮したり、入居者間であった親切に対しては職員がお礼を言うかたちで誉めています。		
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。	退所後も施設や病院を訪問して様子を見に行ってます。また、ご家族からの相談・問い合わせに対しても丁寧に相談させていただいています。		
<b>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</b>					
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。	言葉に頼るだけではなく、表情や動作からも気持ちや意向を汲み取るように努めています。	殆どどの利用者が意思表示ができ、会話を通して把握しています。日常生活は様子観察で把握しています。意思表示の困難な利用者でも日頃の態度や表情などの様子観察で把握しています。生活歴や家族の意見も参考にしています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	ご家族からのお話とご本人からの思い出話から、以前の暮らし方を想像しています。		
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。	観察力を強化して、その日その日の状態に合わせた支援の方法を選んでいる。また、スタッフ間の連絡も密にして情報を共有しケアの向上に努めている。		

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。	月1回のカンファレンスの他に問題発生時には随時ミニカンファレンスをしてより良いケアができるように努めています。また、必要に応じて主治医や家族と相談もしています。	カンファレンスは毎月実施しています。モニタリングは3ヶ月ごとに行い計画の見直しをしています。カンファレンスやモニタリングは職員全員が参加し、計画には医療情報や家族の要望も反映しています。介護計画書は家族の確認後実施しています。	
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。	個別の記録と共にレクリエーション状況の記録も作り、入居者の好きなレクや一日の過ごす方を把握し、その人に合った介護が出来るように努めている。		
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。	建て前的な介護ではなく現実に即して今必要な介護が出来るようにしています。入居者や家族が安心できる事を、最優先に考えています。		
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。	地域の行事やお祭りに行き地域の方との交流を図っています。また、図書館や買い物・外食にも行く機会を作り、暮らしを楽しめるように支援しています。		
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。	日常の健康管理は月2回の往診医にお願いし、必要に応じて専門医の受診をしています。往診医には本人の訴えとスタッフの所見とを伝えより良い診察につなげています。	協力医療機関の内科・精神科医は月2回、歯科医は毎週往診しています。訪問看護師は週1回、薬剤師も毎週薬の配達と助言をしています。専門医の受診は原則家族ですが、緊急時は事業所で対応し、家族対応の医療情報は処方箋などで共有しています。	



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。	日常の情報はもとより、往診医や薬剤師からの情報も伝え、適切な看護が受けられるように支援しています。		
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。	入院した時は必要に応じてドクターからの説明や看護師からの情報提供を受け必要に応じて退院カンファレンスにも出席します		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	看取りについては入居時に簡単な説明をします。他に「終活」セミナーによる啓発や重度化してからは医師とご家族を交えて方針の確認をします。そして、ご家族が望む終末期を迎えられるように支援します。	「看取りケアについての同意書」を3名の人と交わし、医師・訪問看護師、家族と連携し2名の看取りをしています。運営法人主催の年間研修、「看取り介護・重度化のケア」に毎月6名が参加し、事業所での研修報告で職員の知識と技術向上に努めています。	
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。	救急・救命の講習会を開催予定です。		
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。	火災の避難訓練はもとより、地震の防災に対しても町内会と協力体制を築いている。3日分の非常食と飲料水は確保しています。	マニュアルを作り、利用者と共に年4回の避難訓練と消防署の指導による火災訓練を1回実施しています。AEDの使い方の訓練も受け、近隣住民の庭を避難場所にとの提供も受けています。町内会の防災訓練に積極的に参加し防災の啓蒙に努めています。	地域での災害訓練に職員が参加しています。地域住民がホームでの災害訓練や行事などに気軽に参加できるように啓蒙し、協力体制の強化を図ることも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	一人一人個人に合わせた声掛けや会話を心がけています。理解しやすい言葉を選び時には手振り身振りを交えて対応しています。	職員皆で作ったホームの理念「人格と尊厳」を念頭に、年長者として敬意を払った言葉掛けに努めています。トイレ誘導時も他の利用者に解らないようにさりげない声掛けと誇りを傷つけない介助で、生活機能の維持と向上に努めています。	
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。	日常から自己決定をする機会を作り、本人が意思を出しやすい環境づくりを心がけています。また様子などから言いやすいように声をかける事もしています。		
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。	基本的に3食とお茶以外は自由に過ごせるようにしています。また、好きな事ができるように希望や要望を聞いてその日の過ごし方を決めています。		
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。	衣類に関しては本人の気に入っているものを着てもらっています。外出などの時も本人の意向を聞きながら支度をします。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	個人の能力により調理の下ごしらえ・刻み・皮むき・味付け・盛り付け・食器洗いなどを手伝ってもらっています。食事は職員も同じテーブルに着いて楽しく会話しながら食べています。	食材の調達は宅配です。料理の得意な人が職員と一緒に調理しています。利用者は調理の音と香りを楽しみながら会話しています。昼食は職員と魚や肉の柔らかさ味つけなどを確かめながら完食しています。菜園の野菜も食卓を飾り楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	毎日の食事は食材業者に委託し、栄養バランスの良い食事でカロリー計算もされています。食事量や水分量はチェックし健康管理に役立てています。		
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。	毎食後の歯磨き、義歯預かり、うがいを徹底し声掛けや仕上げ磨きをしています。洗口液の使用も促しています。		
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。	時間によるトイレ誘導の他、行動や様子からもトイレへ誘導し失敗のない様に支援しています。排泄パターンの把握の為24時間の排泄表の導入を考えています。	排泄表を導入し個々の習慣やパターンに応じた対応の結果、トイレ排泄への改善があり、おむつからリハビリパンツへの見直しを行っています。尿意のない方は時間を見計らい、トイレ誘導と排泄支援をし、生活の自信に繋がるように努めています。	
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。	時には服薬や医療行為が必要な時がありますが、便秘がちな方には牛乳、ヨーグルト、寒天、ゼリーなどを多めに取って頂くと共に、散歩や廊下歩行などの運動も促しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的な入浴日や時間は決まっていますが、本人の希望や体調によっても入浴できるようにしています。	基本は週2回午前中入浴ですが、個々の希望に対応しています。ゆず湯、しょうぶ湯など季節感を取り入れリラックスできる環境作りをしています。職員に思い出ばなしをするなど個人的な会話を楽しむ場となり、関係づくりの向上にもつながっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	一人一人の生活習慣を大切にしています。午睡を勧めたりはしませんが眠そうな時にはベッドへ誘導しています。安易な眠剤の使用はしていません。		
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。	基本的には減薬の方向で考えています。症状の変化を細かく主治医や薬剤師に報告し適切な投薬が行えるように支援しています。		
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。	本人の得意とするところを生かし、役割分担していきいき過ごせるように支援しています。レクレーションへの参加を促し、尊敬や誉める事を大切にしています。		
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。	買い物へ同行したり四季折々の景色を見にドライブしたり、外出する機会を作っています。また、地域のイベントにも積極的に参加しています。	天気の良い日は遊水池から裏の川添いの遊歩道約1キロの散歩を楽しんでいます。事業所の車で初詣や地域の祭りに参加、里山公園の月2回の朝市への買物、中学校の吹奏学部演奏にも出掛けています。秋の動物園旅行もみんなが計画中です。	
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。	お金は所持している方もいますが認知症の病態的に管理は難しく、不穏につながる危険があるので持たせないようお願いしています。		

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。	ご家族や友人からの電話の取り次ぎや本人からの希望があれば電話を掛けられるように支援しています。本人の希望で手紙やはがきを出したいときは書いてもらい、郵送しています。		
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。	リビングの飾り付けは季節感が出るように毎月変えています。しかも、利用者さんの手作りなので親しみや、満足感が得られるようにしています。また、陽光や風も取り入れ心地よく過ごせるように努めています。	居間には全員がくつろげるソファを設置し、庭に面したウッドデッキにもベンチを置き外気浴を満喫できるように工夫しています。個室のドア上にはガラスの天窓があり、換気と採光に配慮しています。手作り暦や折り紙の作品を展示し喜ばれています。	
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。	リビングのソファでテレビを観たりウッドデッキや玄関先ベンチで日光浴をしたり、気の合った同士が一緒にくつろげるように支援しています。		
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。	基本的には本人とご家族に任せていますが、安全第一なので危険なところは変えてもらいます。	クーラー、ベッド、防災カーテンと、大きなクローゼットが備わって衣類などがすっきり収まり部屋が広く見えます。利用者の馴染みの家具やテレビ、写真や書籍などを持ち込み、居心地良く過ごせる居室の工夫をしています。	
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を送れるように工夫している。	居室には名前プレート・トイレは分かりやすいように大きな文字表示にして事故やトラブルのない様に支援しています。		

事業所名	グループホーム 結の家
ユニット名	2階 さつき

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、生き生きと働いている。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	地域密着型の意義を踏まえて考えてはいないが、職員一同理念に基づいた介護を実践している。		
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。	地域のイベントに積極的に参加するとともに、日常の挨拶も大切にしている。		
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。	地域の方を対象に26年5月から「終活」について考えるセミナーを隔月で行っている。		
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。	上記「終活」セミナーと同時開催なので、より多くの意見を聞くことが出来るようになり、サービスの向上につなげている。		
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。	年金受給額だけでは足りなくなってしまう入居者の相談など、困った事は何でも相談して、より良い解決策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
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。	玄関の施錠は防犯の為にしているもので、夜間のみです。現在身体拘束は一切していません		
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。	暴力的な行為だけではなく、言葉や態度による虐待もない様に、職員一人一人が心がけています。		
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。	ご家族から成年後見人の問い合わせがあった場合は、概略を説明し、詳しいことについては地域包括を紹介しています。		
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。	理解しやすい言葉を選び、丁寧に説明しています。不審な点や疑問な点については、納得ができるまで説明しています。		
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。	ご利用者やご家族が意見や要望を伝えやすいように、日頃から良く話すようにしています。また、直接「ご要望があったら教えてください」と聞いています。		



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。	スタッフ会議やミニミーティングで職員から出た意見は、業務日誌や管理者日誌・至急の物は電話で代表者へ伝えています。		
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。	人事考課と自己評価を半期に1回して、本人のモチベーションの向上に努めています。		
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。	今年度は初級と上級に分けて毎月1回8時間の研修をしています。(社員全員とパート2名)		
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。	「結」グループ内で交換研修をしています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	見守り・観察・声掛けを密にして不安や心配・戸惑いがない様にしていきます。また、話しやすい様に直接、聞いています。		

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。	ご家族が不安にならないように日々の様子を細かくお伝えしています。また、要望や相談がしやすい人間関係を作る努力をしています。		
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。	ご家族・ご本人がどのようなサービスが必要か、日常生活習慣から見極め提供できるように支援する。		
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。	本人の得意分野を見出し、それを生かして共に暮らせる環境を作ります。居てくれて「助かる」と思える関係を築きたいです。		
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。	通院・外出・面会などご家族にお願いし、普段の様子を知って頂くことによって、共に支えていく関係を築いています。		
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。	大切な関係が継続するように、手紙や、年賀状を書くように促しています。時には電話も。友人・知人が来訪された時は写真を撮って渡しています。		

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。	仲の良い人同士が一緒になれるように配慮したり、入居者間であった親切に対しては職員がお礼を言うかたちで誉めています。		
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。	退所後も施設や病院を訪問して様子を見に行ってます。また、ご家族からの相談・問い合わせに対しても丁寧に相談させていただいています。		
<b>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</b>					
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。	言葉に頼るだけではなく、表情や動作からも気持ちや意向を汲み取るように努めています。		
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。	ご家族からのお話とご本人からの思い出話から、以前の暮らし方を想像しています。		
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。	観察力を強化して、その日その日の状態に合わせた支援の方法を選んでいる。また、スタッフ間の連絡も密にして情報を共有しケアの向上に努めている。		

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。	月1回のカンファレンスの他に問題発生時には随時ミニカンファレンスをしてより良いケアができるように努めています。また、必要に応じて主治医や家族と相談もしています。		
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。	個別の記録と共にレクリエーション状況の記録も作り、入居者の好きなレクや一日の過ごす方を把握し、その人に合った介護が出来るように努めている。		
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。	建て前的な介護ではなく現実に即して今必要な介護が出来るようにしています。入居者や家族が安心できる事を、最優先に考えています。		
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。	地域の行事やお祭りに行き地域の方との交流を図っています。また、図書館や買い物・外食にも行く機会を作り、暮らしを楽しめるように支援しています。		
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。	日常の健康管理は月2回の往診医にお願いし、必要に応じて専門医の受診をしています。往診医には本人の訴えとスタッフの所見とを伝えより良い診察につなげています。		

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。	日常の情報はもとより、往診医や薬剤師からの情報も伝え、適切な看護が受けられるように支援しています。		
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。	入院した時は必要に応じてドクターからの説明や看護師からの情報提供を受け必要に応じて退院カンファレンスにも出席します		
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、事業所の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。	看取りについては入居時に簡単な説明をします。他に「終活」セミナーによる啓発や重度化してからは医師とご家族を交えて方針の確認をします。そして、ご家族が望む終末期を迎えられるように支援します。		
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。	救急・救命の講習会を開催予定です。		
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。	火災の避難訓練はもとより、地震の防災に対しても町内会と協力体制を築いている。3日分の非常食と飲料水は確保しています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	一人一人個人に合わせた声掛けや会話を心がけています。理解しやすい言葉を選び時には手振り身振りを交えて対応しています。		
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。	日常から自己決定をする機会を作り、本人が意思を出しやすい環境づくりを心がけています。また様子などから言いやすいように声をかける事もしています。		
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。	基本的に3食とお茶以外は自由に過ごせるようにしています。また、好きな事ができるように希望や要望を聞いてその日の過ごし方を決めています。		
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。	衣類に関しては本人の気に入っているものを着てもらっています。外出などの時も本人の意向を聞きながら支度をします。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	個人の能力により調理の下ごしらえ・刻み・皮むき・味付け・盛り付け・食器洗いなどを手伝ってもらっています。食事は職員も同じテーブルに着いて楽しく会話しながら食べています。		

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。	毎日の食事は食材業者に委託し、栄養バランスの良い食事でカロリー計算もされています。食事量や水分量はチェックし健康管理に役立てています。		
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。	毎食後の歯磨き、義歯預かり、うがいを徹底し声掛けや仕上げ磨きをしています。洗口液の使用も促しています。		
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。	時間によるトイレ誘導の他、行動や様子からもトイレへ誘導し失敗のない様に支援しています。排泄パターンの把握の為24時間の排泄表の導入を考えています。		
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。	時には服薬や医療行為が必要な時がありますが、便秘がちな方には牛乳、ヨーグルト、寒天、ゼリーなどを多めに取って頂くと共に、散歩や廊下歩行などの運動も促しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的な入浴日や時間は決まっていますが、本人の希望や体調によっても入浴でき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
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。	一人一人の生活習慣を大切にしています。午睡を勧めたりはしませんが眠そうな時にはベッドへ誘導しています。安易な眠剤の使用はしていません。		
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。	基本的には減薬の方向で考えています。症状の変化を細かく主治医や薬剤師に報告し適切な投薬が行えるように支援しています。		
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。	本人の得意とするところを生かし、役割分担していきいき過ごせるように支援しています。レクレーションへの参加を促し、尊敬や誉める事を大切にしています。		
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。	買い物へ同行したり四季折々の景色を見にドライブしたり、外出する機会を作っています。また、地域のイベントにも積極的に参加しています。		
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。	お金は所持している方もいますが認知症の病態的に管理は難しく、不穏につながる危険があるので持たせないようお願いしています。		



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。	ご家族や友人からの電話の取り次ぎや本人からの希望があれば電話を掛けられるように支援しています。本人の希望で手紙やはがきを出したいときは書いてもらい、郵送しています。		
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。	リビングの飾り付けは季節感が出るように毎月変えています。しかも、利用者さんの手作りなので親しみや、満足感が得られるようにしています。また、陽光や風も取り入れ心地よく過ごせ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 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。	リビングのソファでテレビを観たりウッドデッキや玄関先ベンチで日光浴をしたり、気の合った同士が一緒にくつろげるように支援しています。		
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。	基本的には本人とご家族に任せていますが、安全第一なので危険なところは変えてもらいます。		
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。	居室には名前プレート・トイレは分かりやすいように大きな文字表示にして事故やトラブルのない様に支援しています。		

平成26年度

## 目標達成計画

グループホーム 結の家

作成日： 平成 27 年 4 月 22 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	28	一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 介護者の視点からだけの介護ではなく、家族の 意見や思いを取り入れたい	ご家族の気持ちも反映させ納得のいく介護を 目指す	ご家族に日常の変化を報告し、現状を良く知っ てもらおうと共に、どのようにして欲しいかを言 える環境を作る。 ご家族が不信感を 持たないように、体調等に関する報告は密にす る。	12ヶ月
2	2	事業所と地域とのつきあい 地域の行事に参加するばかりでホームでの行事 が無い	地域の人が来やすいホームにしたい	認知症に関する相談が出来る施設であることを 知ってもらう。 終活セミナーを開催する。	12ヶ月
3	13	災害対策 現在食料と飲料水の確保はしているが、増量と 日用品の備蓄も考えたい	備蓄の拡充	備蓄スペースの確保をする。 コストを考えながら計画的に購入する。 備蓄品が無駄なく入れ替えられるように、年間 マニュアルを作る。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月