

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 | 1474300199 | 事業の開始年月日 | 平成16年4月1日 |
| | | 指定年月日 | 平成16年4月1日 |
| 法人名 | 医療法人社団 帰陽会 | | |
| 事業所名 | グループホーム四季の丘 | | |
| 所在地 | (250-0013) 南足柄市岩原697-1 | | |
| 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1年11月17日 | 評価結果 市町村受理日 | 令和2年2月25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 | |
|----------|--|

【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)】

木造平屋で2ユニットのグループホームです。玄関、ベランダの施錠をせず、隣棟への出入りもしやすく、洗濯物干し、日光浴等のため自由に外に出る事ができるようになっています。庭では花を育てたり、流しそうめん等の行事も行っています。居室は、7~8畳のフローリングに全室洗面・トイレがついています。入居の際は家具や馴染んで使っていた物を持ち込むことが可能です。食事は職員が手作りし、家庭的な食事を召し上がっていただけるよう努めています。お刺身やパンの日も毎週設け、入居者の皆さんにも好評です。入居者各々のペースで生活できる様お手伝いをしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|----------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会 | | |
| 所在地 | 横浜市中区山下町日土地山下町ビル9階 | | |
| 訪問調査日 | 令和1年12月9日 | 評価機関 評価決定日 | 令和2年1月27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)】

| |
|---|
| 【概要】 この事業所は、大雄山線相模沼田駅より徒歩15分の住宅地と果樹園を上った場所にある。駐車場から門扉を開けて入ると、2棟平屋の2ユニットそれぞれの玄関があり、猫も出迎えてくれる事業所である。法人は医療法人社団帰陽会で、丹羽病院が1999年に同地に介護老人保健施設を開設し、2004年にグループホームとデイサービス、翌年に訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を開所した。また2009年にケアセンターにじの丘を開所し、地域の医療と介護を牽引している法人である。 【理念に基づいた介護の実践】 事業所の理念は、「その人らしい当たり前の生活ができるようにお手伝いします」とある。利用者は、トイレと洗面所が設置され、プライバシーが優先された居室と施錠のない環境の中でゆったりと過ごしている。職員は、一人ひとりの希望を聴きながら、利用者が一人では困難になったところを支援し、また「馴染みのラーメン店に行きたい」等の外出支援にも応え、利用者をお手伝いすることを介護の中心としている。 【チームケア力向上の取り組み】 事業所は、個々の職員の介護力アップとチームケア力の向上を常に目指している。今回の外部評価も職員相互の捉え方の違いや事業所を見直す良い機会とし、各ユニットで話し合いチームケア力向上のための取り組みとした。 |
|---|

【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 | グループホーム四季の丘 |
| ユニット名 | すずかぜ棟 |

| 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 | 利用者と職員と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、安心して暮らしている。 (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る。 (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、活き活きと働けている。 (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 | 「その人らしいあたり前の生活が出来るようにお手伝いします」という理念を職員で考えた。支援内容を検討する時は理念を基に、入居者の方や家族の意向を尊重し支援している。 | 開設時に管理者と職員で作成した理念は、新人研修で管理者が説明し、3か月の試用期間内で暗唱することを課題としている。また職員は、理念を介護の基本姿勢として利用者に向き合い実践している。 | |
| 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 | 自治会の行事(夏祭りや文化祭、どんど焼き、防災訓練)への参加をしている。地域のボランティアが来棟し、会話や体操を楽しんでいる。また、近隣の幼稚園児が来棟して、踊りを披露してくれている。 | 自治会に加入していないが協力体制を築き、文化祭に利用者の作品を出展する等、自治会行事に参加している。健口体操や、地域のボランティアグループが来訪している。また近隣の幼稚園児との交流会を行った。 | |
| 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 | 包括・社協主催の認知症家族の集いやアクションミーティングへの参加、在宅医療介護連携支援センターなど地域の認知症介護支援の協力をしている。災害時の福祉避難所にもなっている。 | | |
| 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 | 年4～6回の運営推進会議を開催。施設や入居者の概要、生活の様子を報告し、当施設の運営状況を理解していただいている。各位より評価助言意見、頂き、地域連携の強化・サービスの向上に生かしている。 | 運営推進会議を年6回開催し、市高齢介護課職員、地域包括支援センター職員、自治会役員、市社協職員、家族、利用者が参加している。参加者よりヒヤリハットの報告書式について「対策欄が必要」との意見があり、事業所は書式を見直し変更した。 | |

| 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 |
| 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 | 運営推進会議に市の担当者に毎回参加してもらい、事業所の運営内容や実情を報告している。日常的に空室状況や事故報告等で連絡を密にし、協力関係を築くように努力している。緊急受け入れが必要な認知症当事者の受け入れについても前向きに検討している。 | 市の高齢介護課とは、運営推進会議や入所相談などで連携を密にしている。事業所は、南足柄市と福祉避難所の協定を結び、災害時に地域の高齢者を受け入れる体制を整えている。 | |
| 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 | 身体拘束についての内部研修を行い、管理者と職員は正しく理解している。身体拘束はもちろん、精神的な拘束もしない様、家族と理解を深め、本人が自己決定出来る様努めている。不適切ケアが発生しそうな際は、月のチーム目標にあげ、早期予防に努めている。 | 「身体拘束適正化のための指針」を策定し実践している。また身体拘束に該当する11項目以外の事例（センサーマット・利用者の同意のない入居・転倒予防のための鈴の使用など）に対しても「身体拘束に関する経過及び説明書」を作成して記録し、毎月リーダー会議で現状を確認している。 | |
| 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 | 年一回虐待についての内部研修を行い、虐待の自己点検シートを活用して日頃のケアの振り返りをしている。毎月のリーダー会議で虐待に当たるケアをしていないか話し合っている。 | | |
| 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 | 管理者と職員は、年一回権利擁護成年後見制度についての内部研修を行っている。成年後見制度や日常生活自立支援事業を利用している入居者もいたので、制度内容について理解を深めることができた。 | | |

| 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 |
| 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 | 契約時重要事項説明は丁寧に行うように努めている。改定時も細かく説明し理解納得を図っている。又、契約期間を個別に最大一年で定め、説明の機会を増やしている。当方から一方的に説明するだけでなく、不明な点が明らかになるように努めている。 | | |
| 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 | 意見箱、家族会や運営推進会議にて、意見や要望等表せる機会を設けている。外部評価の家族アンケートも運営に反映させている。介護相談員の訪問で、入居者が相談できる機会を作っている。入居者・家族とコミュニケーションを図り、要望意見を伝えやすい関係作りをしている。 | 運営推進会議に合わせて家族会を実施し、また家族の来訪時には、個別に要望・意見を聞いている。家族がイベントにボランティアとして参加したり、家族から「安いスーパー」の情報が寄せられている。 | |
| 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 | 代表者や管理者は、リーダー会議やユニット会議などで運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設けている。各職員が居室担当や係、運営推進会議を任されることで、各々の職員が運営に携わっていることを意識できるようにしている。 | 管理者は、毎月のリーダー会議や必要時に実施しているユニット会議で職員の意見を聞いている。また日頃から話しやすい環境作りを心掛けている。現在職員の人員体制が整わないため、各ユニットの利用者を6名とし、介護の質を落とすことがないようになっている。 | |
| 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 | 処遇改善加算金は資格、勤続等に応じた分配をしている。労働時間や日数、シフトに個別の希望を配慮しており、働きやすい環境を整えている。年一回管理者と職員と個別に面接を行い、評価、課題、目標設定を行い、各自が向上心を持って働けるように努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 外部の研修を受ける機会を設け、研修報告書で職員間で共有している。内部研修や勉強会では職員が講師となり、スキルアップを目指している。積極的に看取りの研修に参加したりや認知症BPSDプログラムのモデル事業を受け、これからグループホームに求められるケアの向上に努めている。 | | |
| 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 | グループホーム協議会へ加入し勉強会への参加や、社協主催の研修や、在宅医療介護連携支援センターの研修会等で交流しサービスの質を向上させる取組みをしている。 | | |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | | | | | |
| 15 | | ○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | サービスを開始する段階で、入居に至る経緯や生活歴、病歴、困っていること、不安なことを本人、家族へ聞き職員間で共有している。本人の話を傾聴し、本人が気持ちが伝えやすい関係性を築くよう努めている。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居申し込みの段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等を聞くようにしている。介護してきた家族に対し労い、共感している。家族が施設へ意見を言いやすく、施設と家族が同じ目線で介護出来る様、関係作りに努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | グループホームでの生活が本人に合っているのか見極めるために1～3ヶ月の間を仮契約としている。3ヶ月後、事業所選択の再検討を行い本契約一年を結んでいる。グループホーム以外のサービス利用が望ましいと判断した場合、他サービスの情報提供やサービス事業者との連携を図っている。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | 職員は入居者と一緒に食事準備や洗濯、掃除を行い、共に生活しているという意識を持つようにしている。あくまで施設は、入居者にとっては家で、職員は、入居者のお家で支援する人という心掛けを持つようにしている。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている | 毎月写真入りのポストカードを送付し本人の様子を伝えている。身体状況の変化があった時にも家族と情報の共有をしている。帰宅願望のある方には家族に面会や電話での会話を依頼したり、食欲低下している方には差し入れをお願いし家族一緒に支えるようにしている。 | | |
| 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 | 外部の研修を受ける機会を設け、研修報告書で職員間で共有している。内部研修や勉強会では職員が講師となり、スキルアップを目指している。積極的に看取りの研修に参加したりや認知症BPSDプログラムのモデル事業を受け、これからグループホームに求められるケアの向上に努めている | 入居前に通っていたラーメン店や小田原北条5代祭りに行きたいという利用者の希望に応じて、職員と一緒に出掛けている。毎朝、新聞受けまで朝刊を取りに行くのを日課としている方や携帯電話で家族と連絡をとっている方を支援している。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 性格や相性を把握し、食席や行事の席、外出時のメンバーを決めている。トラブルに発展し一人ひとりが孤立しないように職員が調整役となって支援している。入居者同士助け合う場面もみられる。 | | |
| 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 | 利用契約が終了しても来棟して近況報告してくださる家族もいた。他施設へ移られる時には、当施設での生活の様子や家族関係等の情報提供を行い支援をしている。 | | |
| 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。 | 入居者各々の日々の会話や行動からその方の思いや要望の把握に努めている。意思疎通が困難な場合でも本人の立場にたって考えるようにしている。 | 入居前に自宅を訪問して情報を集め、利用者の理解に努めている。また夜間帯など1対1になる時間を大切にしている。日中居室でカーテンを閉めて過ごしている利用者に、職員は優しく昼食の声掛けをしていた。 | |
| 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 | 入居者一人ひとりに個人ファイルがあり、生活歴、これまでの暮らし方、契約利用までの経緯などを把握出来るようになっている。情報は家族やケアマネージャー等支援者から情報収集している。 | | |
| 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 | 毎日の申し送りで心身状態を職員間で情報共有している。一人ひとりに生活記録、生活チェック表があり、職員全員が記録確認している。有する能力は、日々変動する事が多い為、随時ケアカンファレンスを行っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | アセスメントモニタリングには職員の意見を聞き、入居者、家族のそれぞれの思いを反映したケアプランとなっている。サービス担当者会議は家族、医療、介護の出席で行っている。モニタリング・評価は半年に1回行なっている。 | 計画作成担当者と居室担当者を中心に行う会議でモニタリング・評価を行い、6か月でケアプランを見直している。骨折等の状況変化があった場合事業所独自の書式で介護計画を作成し、ケアのポイントを共有して短期間で見直している。 | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている | 生活記録にはケアの実践・結果、気づきや本人が発した言葉、行動を記録している。職員間で情報を共有し、行ったケアの結果、他のケア方法があるのか評価し、介護計画の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 | 本人や家族の状況により、受診、買い物、銀行や申請の付き添い、代行手続きの支援もしている。希望があれば、面会時の家族の食事提供や、家族と外食の付添等もしている。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している | 地域の方のボランティアを受け入れ、理美容、会話等入居者の生活に協力支援してもらっている。地域の認知症カフェや自治会の文化祭、どんど焼き等の行事への参加を支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 主治医は本人家族の希望に沿って決めている。他の医療機関を受診する際には主治医から紹介状を書いてもらっている。受診には基本家族が付き添い、迅速な判断が出来る様になっている。状況によっては職員が付き添ったり、家族に同行する時もある。 | 入居時に、かかりつけ医の継続又は協力医への変更について丁寧に説明している。現在は全員が協力医の訪問診療を月2回受けている。眼科、整形外科などの専門医の受診は家族の付き添いが原則であるが、職員が付き添うこともある。訪問看護師は平日1時間、利用者の健康管理（浣腸、爪切り等）を行っている。訪問歯科医は、適時に往診している。 | |
| 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 | 入居者の医療面での情報や気づきを、毎日看護師に報告相談し、指示・助言を受け、常に健康管理や状態変化に応じた支援に努めている。体調不良に気付いた時には看護師に報告し、適切な医療に繋げることができるよう指示を受けている。 | | |
| 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。 | 普段から協力病院と連携をとっており、入院した際には、基本情報・介護面、医療面の情報提供をしている。早期に退院出来るように医療連携室と調整をしている。救急搬送の際、情報を速やかに提供できるように書式を準備している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|--|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 重度化や終末期に向けた方針や指針があり、職員は共有している。本契約時にターミナルケアの説明を行い、終末期の過ごし方や看取りの場所の希望を聞いている。契約更新時や状態変化時に変更がないか随時意思確認している。 | 入居3か月後に利用者と家族に「ターミナルケア説明書」に基づき説明し同意を得ている。また1年毎の契約更新時にも確認している。事業所で最期を迎えたいと希望する方に対しては「終末期を当施設で過ごす事を希望する方へ」を説明し、同意を得て「看取り計画書」を作成している。今年度は3件の看取り介護を行った。 | 事業所は、終末期と診断された利用者の夫を受け入れて、利用者と一緒に夫の看取り介護を行うことまで支援しています。一人ひとりと真摯に向き合い、最期まで支援された「振り返りの記録」を作成し、看取り介護に不安を感じている新人職員の研修などに活かすことを期待します。 |
| 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 | 緊急時マニュアルがある。入居者の急変や事故発生時に備えて応急手当や初期対応の訓練を実施。勉強会や内部研修を定期的に行い、実践力を身に付けている。心肺蘇生法やAEDの使い方も内部研修で取り上げ習得に向け努力している。 | | |
| 35 | 13 | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている | 年2回避難訓練を実施している。災害時の福祉避難所として指定され、地域との協力体制を築いている。災害時に必要な食料や飲料水の備蓄やマニュアルは毎年更新している。各設備等、月2回自主点検している。R1.10台風の時はの対策実施し課題と改善点を検討した。 | 夜間を想定した避難訓練を年2回実施している。自治会との合同防災訓練では、無線機を使用した通信訓練を行った。備蓄品としてカセットコンロ、ボンベ、ビニールシートなどを準備し、飲料水、食料品は3日以上をリスト管理している。現在4名の防火管理者が在籍し今後も増やしていく計画である。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------------|------|---|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | 14 | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている | 個々の支援は他者に聞こえないように配慮している。更衣排泄介助は居室ドアを閉め、他者から見えないようにしている。申し送りや職員の会話も入居者に聞こえないよう気を付けている。訪室する際は、必ず声掛けをしている。希望者には、自室の鍵を渡し、自分で出入りの際鍵を閉めてくる。 | プライバシー保護、個人情報保護、権利擁護、成年後見人制度の研修を実施している。利用者に対しては、馴れ馴れしくしない、命令口調にならない、利用者を挟んだ会話はしない等を心掛けている。居室にはトイレと洗面台が設置され、トイレと居室は鍵を掛けることができる。1名の方が居室に鍵を掛けている。 | |
| 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 | 職員側の意見を押し付けず、答えやすい選択肢を挙げ、自己決定出来るように働きかけている。意思表示が困難な方は、表情から本人の思いを受け取るようにしている。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 基本的な一日の流れはあるが、その日の入居者の体調や気持ちに合わせた生活が送れるように支援している。外出希望には出来る限り添う努力をしている。こちらが提案した事に対し、嫌がるようであれば、生命の危険がない限り、本人の意向を優先するようにしている。 | | |
| 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 | 理美容の予約をし、本人の希望に添い、切ってもらっている。家族の協力で髪の毛を染めている方もいる。居室に洗面台があり、各自、身だしなみを整えている。季節に合わせた衣類を着ることができるよう衣替えの支援も行っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 食事準備、食事、片付けは入居者と職員一緒に行っている。苦手な食べ物に対しては代替えし提供している。刺身やパンを定期的に召し上がっていただき、家庭に近い食事を提供している。 | 食材は、毎週木曜日に配達され、不足分の購入は近所のスーパーに出かけている。台所は広く、利用者も一緒に準備や片付けを行っている。月曜日は障害者施設のパン販売車から購入したパンの日、火曜日は揚げ物の日、水・金曜日は、刺身等の魚の日で、他の日の献立は当番の職員と利用者が相談して決めている。行事食としてA5ランクの牛肉のすき焼き、手作りお節、土用の鰻、流しソーメン等を楽しんでいる。 | |
| 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 | 献立表に食材を記入し、一日20品目以上を目標としている。一人ひとりに合わせた食事形態で提供し、毎食摂取量をチェックしている。水分が摂れるように毎食汁物をつけている。各々好きな飲み物を把握し、水分摂取できるようにしている。 | | |
| 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、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 | 介助が必要な方には、毎食後口腔ケアの介助をしている。週に一回義歯洗浄剤の支援も行っている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 排泄チェック表を付け、排泄パターンを知り、排泄の失敗やおむつの使用量を減らすよう努めている。パット等排泄用品を自分で交換できるようにトイレ内に置いたり、自尊心を傷つけないように起床時にパット交換をするように声掛けをしている。 | 居室のトイレを安全に利用できるよう手すりを設置したり、家具の配置に気をつけている。またトイレを使用している時は居室入口の上にランプが点灯するため、職員は注意を払い支援している。 | |
| 44 | | ○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる | 便秘予防の為、牛乳やヨーグルト、野菜ジュースを提供している。また食事でも食物繊維が多いものを取り入れるようにしている。排泄パターンを知り、トイレ誘導で自然排便を促している。DrやNSに相談し下剤の調整をしている。 | | |
| 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 | その日の体調や気分に合わせて声かけし、希望の時間等聞きながら支援している。なるべく3～4日に一回、入浴してもらっている。シャワー浴や清拭、職員が2人対応など、その方に合わせた支援をしている。 | 職員は、利用者の希望を聞きながら、週2回以上入浴できるよう支援している。湯船に入ることができない方には、シャワー浴や清拭、足浴等利用者に合わせた対応を行っている。お湯は一人ずつ変え、季節のゆず湯を利用者は楽しんでいる。 | |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している | なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるようにしている。居室の室温湿度、照明や季節に合った寝具など安眠できる環境に配慮している。安心出来る様に入居者が鍵をかけ休まれる方もいる。夜間、不安や帰宅願望が出現する方は、就寝前に話を傾聴したり、一緒に過ごす時間を設けている。 | | |

| 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 |
| 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 | 上申ノート、日誌、薬の説明書等で、一人ひとりが服用している薬の目的や副作用、用法や用量について、わかるようにしている。薬が変更になった時には、特に変化に気を付けて見ている。服薬時は名前を読み上げ、服薬が終了するまで見守りをしている。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている | 入居者それぞれが得意とすること(食事作り、食器洗い、お茶入れ、縫物、字を書く、洗濯干し、洗濯たたくみ、新聞折り等)をやっていただく事で張り合いや喜びのある日々を過ごせている。また、日光浴をしたり、隣の棟へ行くことで気分転換をしていただくこともある。 | | |
| 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 | 一人ひとりのその日の希望に添って、買い物等外出支援を行っている。その日の希望に添えない時には、後日希望に添った外出の支援をしている。日常的な買い物や季節ごとの外出外食、家族との外出で支援している。 | 事業所は施錠をしていないため、利用者は駐車場に設置された自動販売機で好みの清涼飲料水を購入したり、隣の棟に「お隣さんに行ってきます」と出掛けている。また利用者の希望に添えるよう日程を調整し、車で買い物や外食などに出掛けられるように支援している。 | |
| 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 | 棟でお預かりのお金の他に、自分で管理できる分のお金を持っている人もいる。自動販売機でジュースを購入したり、スーパーで自由に買い物できるように支援している。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 携帯電話をおき、家族とやり取りしている人もいる。毎月家族へ出すポストカードには、書ける人は、本人の自筆で出している。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 共有空間は、一日を通して日差しが入る環境となっている。温度や湿度、明るさ、音の大きさなどに気を付けている。季節が感じられるような飾り付けをしたり、行事のお知らせをわかりやすいように掲示している。 | 広いリビングと廊下には高い天窓からの日差しが入り、台所も職員と利用者が一緒に使用できるようにシンクが2か所に設置されている。空気清浄機と加湿器、空調設備で環境が整備され、利用者と一緒につくったクリスマスの飾りが季節感を感じさせていた。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | フロアには所々にいすやソファがあり、その時々で好きな場所で、思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。玄関や洗濯場、外にも椅子を置き、自由にいられる様に支援している。 | | |
| 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 | 居室内には、本人の馴染みのある物を持ち込んでもらっている。本人や家族と相談しながら、本人が居心地よく過ごせるよう手すりや物の設置をしている。 | 居室も広く、出窓が直射日光を和らげている。トイレと洗面所、エアコン、カーテン、照明、クローゼットが設置され、利用者はベッド、テレビ、タンス等の使い慣れた物や家族の写真を飾り、ぬいぐるみ等の思い出の品を飾り、落ち着いた部屋で過ごしていた。 | |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりのその時の状況に合わせて、居室内に手すりや平行棒の設置や動線に掴まりやすい椅子を置く等工夫をしている。また、身体状況により介護用ベッドの設置を使用し、安全かつ自立した生活が送れるように工夫している。 | | |

| | |
|-------|-------------|
| 事業所名 | グループホーム四季の丘 |
| ユニット名 | そよかぜ棟 |

| 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 | 利用者と職員と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) | <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、安心して暮らしている。 (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、活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。 | <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 |

| 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 | 玄関に「そのひとらしい当たり前の生活ができるようお手伝いします」という理念が掲げてあり、日々の生活の場や迷った時に振り返り、ケアに取り入れ実践しています。 | | |
| 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 | 自治会行事（夏祭り、文化祭、どんど焼き）に参加したり、自治会と合同防災訓練（無線訓練）等を行ないました。地元農家の好意でみかん狩りに参加。地域の障害者施設の方がパンを売りに来てくれています。地域のボランティア（体操、お話し等）が定期的に来棟され、入居者との交流をしています。 | | |
| 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 | 社会福祉協議会・介護の力で南足柄を一番にする会（NEXT10）主催のシンポジウムにパネリストとして参加したり、地域包括支援センター主催の認知症講演会に参加・講義をしたりしています。認知症家族のつどいに参加や、認知症カフェにも参加しています。 | | |

| 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 |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 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 | 年に4～6回運営推進会議を開催しています。事業所の取り組みや、入居者の生活の様子、運営状況などを報告し、意見や要望をサービス向上に役立てています。そのうち1回は災害対策を議題に会議を開催し、地域との連携を強化しています。 | | |
| 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り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 | 市の高齢介護課、包括支援センター、社協と密に連絡を取り合っています。運営推進会議の議題や開催回数の相談や、権利擁護についての相談。入居者待機状態の報告をしたり、情報提供をして頂いたりしています。介護相談員制度の受け入れもしています。 | | |
| 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 | 身体拘束についての研修会を開催し、職員の理解を深めています。月1回のリーダー会議で委員会を持ち、結果を職員へ伝えています。身体拘束になりそうな行為については、家族に説明し同意書にサインを頂き、拘束に至るまで2段階になるようにしました。施錠は防犯上夜間のみとし、日中は行っていません。 | | |

| 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 |
| 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 | 年1回、虐待についての研修会を開催しています。虐待まではいかないが、不適切ケアについてや、職員のメンタルヘルス研修・ストレスマネジメント研修を行ないました。月1回のリーダー会議でも話合いが持たれています。 | | |
| 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 | 年1回権利擁護についての研修会を行い理解を深めています。研修会担当者は外部の権利擁護ネットワーク参加したり、法人後見制度利用者の担当者に話を聞き、それを研修で活かしています。成年後見制度の相談や、利用者の受け入れもしています。 | | |
| 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 | 入居契約時、その後の面会時等、家族に様々な説明を行ない理解・納得して頂いています。料金、介護報酬等の改定がある場合は家族会を開催し、説明・理解を頂いています。契約の更新時には、サービス担当者会議を開催し、家族の不安・疑問・要望を聞くようにしています。 | | |
| 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 | サービス担当者会議や家族会の開催時並びに、面会時に雑談の時に意見や要望を聞く機会を設けています。意見・要望が上がった時点で職員で共有し改善に努めています。運営推進会議の議事録はいつでも閲覧できるように玄関に置いています。 | | |

| 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 | ユニット会議やリーダー会議の場に出席し意見を聞く機会を設けています。日常の業務の中でも常に話し合いが持てる環境にあります。業務改善（案）報告書で自ら問題を提起できる仕組みもあり、職員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 | キャリアパスプランを元に、有資格者や基準を満たす職員に待遇の差をつけています。人事評価制度を導入し、業務の評価を行ないやりがいに繋げています。毎月、棟の目標を決め、個人のスキルアップを図っています。 | | |
| 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 | 新人教育研修プログラムに応じて3カ月の研修を行い評価をしています。個人のスキルに応じた外部研修を選び参加するように指導しています。内部の研修では、個々に研修会の講師をすることでよりその分野の理解が深まるように分担し、研修会を開催しています。 | | |
| 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 | 足柄上地区在宅医療介護連携支援センター主催のグループホーム情報交換会に参加、今年度は看取り学習会に参加しました。今年度はGH協会より、老健事業のBPSDケアプログラムモニターを依頼され、受託し、認知症ケアの質の向上に努めています。 | | |

| 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 |
| 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 | 今までの生活に近い環境になるよう配慮し、なじみのある物を持ち込み居室内を整備しています。本人と1対1で話し合える時間を作り、不安や思いを聞く機会を作っています。契約時や更新時に本人に署名して頂くよう努力しています。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 入居相談の時から話を聞き、契約に至るまでに不安なことや要望を聞き双方納得できる状態で入居してもらっています。入居後も密に連絡を取り、生活の様子を伝えたり、必要物品の購入をお願いしたりと関係づくりに努めています。入居時は3か月。その後は1年ごとの契約更新しその都度今後について検討します。 | | |
| 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 | 入居前の情報を基に必要な支援を大まかに決め、生活をしていく中で現状のアセスメントを職員全員で完成していきます。グループホームでの生活がニーズに適しているか、定期的に評価を行い、必要であれば他サービスを紹介する事もあります。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 職員は本人が当たり前に行う事をお手伝いするという理念に基づき、自分達で生活しているという自覚を持つ様な関係づくりが出来るように努めています。先回りした介護にならないように、なるべく自分で出来るように気を付けながら、お互いに困ったときに手伝ってもらえるように接しています。 | | |
| 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 | ご家族への面会時や電話時、メールでの報告（写真や動画を添付）家族へのお便り等で本人の様子や身体的な状態を伝え、共有出来るように努力しています。家族と関わる時間も大事にし、出来ることはお願いをし、共に支えている自覚を持つ様支援しています。 | | |
| 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 | 近隣の入居者が多く、家族、友人の面会も多くあります。入居前に通っていたラーメン屋へいたり、幼なじみの農家の方のみかん狩りをしたり、近所の農家から野菜を買ったりしています。 | | |
| 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 | 入居されている方の相性や性格などにより、席の配置を決めています。関係が悪くならないように日々見守り、職員も一緒に話に入り、橋渡しの役割をするように心がけています。 | | |

| 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 |
| 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 | サービスが終了してもご家族がボランティアや面会に来てくれたり、旅行先のお土産を差し入れに来てくれたりします。 | | |
| 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。 | 日々の行動、表情、会話等から気持ちの変化を読み取り、思いや暮らしの希望、意向を組めるように努力しています。なるべく1対1の関係を作り、話しやすい状態で聞くようにしています。困難な場合にはその人の立場に立って考えるよう努めています。 | | |
| 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 | ご家族から自宅での生活の情報を最初に取り、本人が生活するにつれて出来た言葉や話を、再度家族に伝え、より正確性のある情報を得られるように努力しています。 | | |
| 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 | 日々、変化する認知機能、バイタル、身体機能を記録に残し、申し送りの際に職員間で共有しています。定期的に、リハビリ（PT、OT、ST）の先生と有する能力について相談しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人や家族の要望を聞き、業務日誌や生活記録、状態観察シート、経過観察シートを利用し本人の変化を捉えます。必要に応じて、ミニカンファレンスを開き介護のアイデアを聞き方向性を考え介護計画を作成しています。医療面の問題は看護師、医師連携を取っています。 | | |
| 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 | 介護計画書（2）でのアセスメントを基に本人の状態の変化があったことを項目ごとに記録しています。認知症状の記録は中核症状・周辺症状の何に当てはまるのかを考え記録し変化を捉えています。項目別に記録することで介護計画の見直しに役だっています。 | | |
| 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、その時々にも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 | 受診、外出、買い物など付添が必要なことは家族の状況を踏まえ、柔軟に対応しています。その時に生まれるニーズに対して実現可能かどうか話し合い、家族とも相談しながら方向性を模索しています。 | | |
| 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 | 自治会の行事参加、美容師の出張サービス、生け花、お話、体操のボアンティア受け入れています。四季が豊かに現れる地域なので、季節のお花見、紅葉等を見に行きます。 | | |

| 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 |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診支援 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 | 入居時に主治医についての話をし、主治医の変更を希望されれば、月2回の訪問診療が受けられるようになります。他の訪問診療医を希望があれば本人・家族の意向に添えるようにしています。他医療機関の受診希望又は必要性がある場合は紹介状をもらい受診しています。入居前にかかりつけ医から情報提供をもらっています。 | | |
| 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 | 利用者の状態や変化を状態観察シートを使用し記録しています。排泄チェック表や生活チェック表を基に看護師に報告、相談し、健康管理に勤めています。24時間連絡が取れる体制ができています。 | | |
| 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。 | 入院時の情報がスムーズに伝わるように入院申し込み書が各入居別に準備してあります。入院後は医療連携室と連携をとり早期に退院できるように調整をしています。協力病院とは日頃から連携を深めています。 | | |
| 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 | 契約更新時にターミナルケアの説明をし、終末期に過ごす場所、看取りを迎える場所等重度化した際の希望を聞いています。医療と連携しながら方針を考え、状態変化のその都度家族とも話しています。終末期・看取り期間関係フロー使用し、情報を共有しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 年1回、内部研修を開催し外部より講師を呼び、実践が出来るように心配蘇生法・骨折時の対応方法等急変時の対応方法を学ぶ研修を行っています。 | | |
| 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 | 主に夜間を想定した訓練を実施しています。火災・地震・風水害・火山噴火・Jアラート、災害掲示板のマニュアルを準備し災害に備えています。連絡方法の確認や災害伝言版の使い方等、勉強会を開催しています。同一法人の老健とも協力関係にあり、防災に特化した運営推進会議を開催。自治会との無線訓練も実施しています。 | | |
| 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 | 個々の性格や生活歴等を踏まえ、声のかけ方や話し方、トーン等気を配っています。個人的な情報は他者の聞こえない場所に移動し話すようにし、頭越しに声を掛けることもしないように気をつけています。居室の入退室の時に一声かけるようにしています。 | | |
| 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 | 本人の希望を聞いた後、判断ができない方は、選択肢を作り希望を聞くようにしています。介護者側のやりたい介護にならないように気をつけています。 | | |

| 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 |
| 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 | 日課や決まり事は特に作らずにその日の体調や天気等により、相談して1日の過ごし方を決めていきます。嫌な時には次の日に、無理な場合は次の機会にとその時の本人の希望にそって支援をしています。 | | |
| 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 | 更衣時の服を何枚か用意し選んでもらいます。整容の声掛けや手伝いをしています。各居室に洗面所があり身だしなみを整えられる環境にあります。訪問美容室に来てもらいカットしてもらう際には希望を聞いています。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | その日の献立から考え、調理に至るまで出来るだけ一緒に行っています。必要な食材は買物に行ったり、外食したりも楽しみの一つです。食器の準備や洗い物も一緒に行っています。 | | |
| 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 | 献立表に食材を栄養素ごとに記入し1日20品目以上の食材が摂れるように努力しています。個別に食事摂取量や水分摂取量をチェックしています。食材の大きさや食事の形態、必要な方には栄養素やカロリーの計算も行い提供しています。 | | |

| 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 |
| 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 | 毎食後の口腔ケアが個別に必要な方には、介助をしています。自分で出来る方は本人に任せています。夕食後に必ず口腔ケアの見守り又は介助を行ない、3日に1度義歯洗浄剤を使用し清潔に努めています。 | | |
| 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 | 排泄チェック表を使用し、排泄パターンを知り、失敗を少なくしようとしています。紙おむつから布のパンツになれる方もいます。各居室にトイレがある為、歩行が不安定な方でもトイレまでに手すりをつけ、自分の力でトイレに行けるように支援しています。 | | |
| 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 | 水分摂取の少ない人には、食物繊維の含んだゼリーを作り食事の時に摂取してもらっています。食前の体操や15時のラジオ体操、個別に歩行する機会を作り運動をしています。トイレ時に腹部や肛門マッサージを行ない排便を促しています。 | | |
| 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 | 自分から入浴をしたい希望の方はほばいない為、ある程度の日数で声を掛けて入浴を促しています。その日の体調や気分なども考慮し、無理強いはしていません。いつでも入れるように入浴できる準備は整え、脱衣室の温度等も気を配っています。年末には柚湯を準備し、入浴して頂いています。 | | |

| 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 |
| 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 | 一人ひとりの生活習慣や体調に合わせ居室やフロアーの行き来は自由にし、休息しています。フロアにはソファがあり誰でも座れ、くつろげる状態に設置してあります。居室内には温湿度計を設置し、空気の入替えやエアコンによる温度調節で環境を整えています。 | | |
| 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 | 月2回の訪問診療後には、訪問診療ノートを通じて薬の注意点や経過観察の必要性などを共有します。説明書が更新され、現在服用している薬の内容が確認できる様になっています。異変があった場合には、看護師、Dr. 報告、相談しています。 | | |
| 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 | その方に合った余暇の過ごし方を提案しています。手芸作品作りやトランプ、かるた、歌、計算等その日の職員が各々考え行っています。新聞を取りに行く方、洗濯物を干す方、ゴミ袋を作ってくれる方等個々の役割が違います。 | | |
| 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 | 日常的な買い物や、花を見に行くなどの外出は個々に、声を掛けながら行っています。日々、本人の希望を会話の中から把握する努力を行ない、実施の予定を立てています。家族に協力が必要な場合は相談をしています。 | | |

| 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 |
| 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 | 自己管理できる方は自分で支払いが出来るように支援しています。訪問販売のパン屋さんやコンビニ、スーパー等へ買い物に出かける機会を作っています。こちらで預かる事で、安心される方もいます。 | | |
| 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 | 本人の希望があり、必要性がある場合に電話をかける支援をしています。現在、手紙でのやり取りが出来る方はいませんが、家族へは月1回、ポストカードを通じて、日常生活の様子や、本人の言葉を書いて頂いています。 | | |
| 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 | 天窓がある事により自然の明かりが多く入る造りになっています。庭に季節の草花があり各居室からも楽しめるようにしています。季節に合った共同作成の貼り絵や観葉植物を置いています。 | | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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 | TVが見られる場所ソファを配置し、気の合った入居者同士TVを見たり、話をしたり出来ています。共有フロアの所々に、椅子が設置しており、独りになれるようにも配慮してあります。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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を活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 入居前に使っていた物を持ち込んでもらい、居室の環境を整えています。その人に合わせたベッドや家具の配置を考慮し、生活しやすい空間を作っていきます。必要に応じて手すりなどのつかまるところを増やす工夫もしています。 | | |
| 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 | 自分の居室がわかるように目印をつけたり、名前をつけたり、専用の杖置きを作ったりしています。食事席のイスやテーブルも高さや場所、種類も替えより安全に使いやすく配慮しています。 | | |

目標達成計画

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 | 13 | 個々の職員の介護力と、チームケア力の向上 | 個人が能力アップへの自意識がつく | 自己課題(学びたいこと)のアンケートをとり、勉強会の場で講師として発表する。昨年継続 外部研修に参加し学ぶ。 | 12ヶ月 |
| | | | チームケア力がつく | 毎月リーダー会議で各棟の目標設定。職員が月の目標を共有し評価する。昨年継続 | 12ヶ月 |
| 2 | 12 | 終末期ケア取り組みへのさらなる向上 | 現任職員の終末期、看取り期のケアの質の向上 | 個人ケースとしてでなく、看取りケースとしての振り返り、検討会を実施 | 12ヶ月 |
| 3 | | | 新人職員の終末期、看取り期への不安軽減 | | |
| 4 | | | | | 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、行を挿入して下さい。