

平成25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	平成17年5月1日
		指定年月日	平成17年4月1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 ) 神奈川県横浜市緑区新治町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25年11月17日	評価結果 市町村受理日	平成26年5月1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/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1473300885&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=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)】

たくさんの自然に囲まれ、公園や遊歩道の散歩、川沿いには鴨やカワセミが見られ、恵まれた環境にあります。天気の良い日はウッドデッキでコーヒーを飲んだり合唱したり、玄関先のベンチでは手足の運動や日光浴をして、入居者様、穏やかにゆったりとした生活を送っています。

### 【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25年12月17日	評価機関 評価決定日	平成26年2月21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)】

グループホーム「結」は、JR横浜線中山駅と十日市場駅との中間にあり、中山駅から三保中央行きバスの終点から徒歩5分の場所にあります。常緑樹の山林、野菜畑に囲まれた新治市民の森近くの静かな環境です。

<優れている点>

社名「結」の意味は、労働力の交換による助け合いです。施設長の7年をはじめホームでの勤務年数が長い職員が多く、利用者の言葉だけに頼らず、その後にある気持ちも汲みとり、より良いケアにつながるよう努めています。利用者の自立した生活を最優先に考え、日常生活を個人の能力に応じた活動に重点をおいています。利用者の思いに添って、切り絵、習字、そろばん、バルーン、カラオケなど多くの材料がいつでも自由に取り出せるようになっています。野菜を届けてくれる住民、ふらっと遊びに来る小学生など地域の人とのさりげない交流があります。元利用者の家族が運営推進会議に参加したり、傾聴ボランティアとして利用者を支えてくれるといったつながりもあります。10人はくつろげる広いウッドデッキで小春日和の中、コーヒーを味わう姿が印象的です。

<工夫している点>

勤務日誌の上部に季節ごとの方針(テーマ)を明記しています。例えば「こまめな水分補給で熱中症予防を・・・」「ヒヤリハットを意識し、事故予防を・・・」などで、記録時には必ず職員の目にふれることで、意識統一を深められるよう工夫しています。

### 【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 結の家
ユニット名	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
			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している。 (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、活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
<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。	毎日の生活の中で「健康で穏やかに」過ごせる様全職員、支援しています。「自立の日常生活」「人格と尊重」として残存機能を低下させない様、個々の能力を尊重したケアをしている。	ホーム名「結」とは古来よりある金銭や物で返すのではなく、労働力で返すユイガエシの意味です。近所付き合いを大切にし、自立した生活を最優先に考え、日常生活を個人の能力に応じた活動に重点をおいています。	
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。	散歩時など近隣住民の方の挨拶や、近所の小学生がホームに遊びに来てくれたりしています。地域の健康祭に参加したり、交流を深めています。	町内会、敬老会、近所の小学校の運動会、健康祭りにも参加するなど交流が深まっています。周囲が山林に囲まれた古い集落で、オーナーや隣接する家の方など勤務7年目の施設長とも付き合いが古く、馴染みの関係になっています。	
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。	町内会及びケアプラザにて広報活動や介護の相談等を考えている。(訪問看護さん交えて)	/	/
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。	ホームの現状を報告すると共に、その時々ホームで起こった問題(防災・看取りなど)について話し合い、意見を頂き、サービスの向上に努めている。	運営推進会議は年6回開き、参加者が固定しているために、議論も深まっています。「入居のための情報を近所にポスティングしては？」といった意見を取り入れ、ホーム情報の拡充に力を入れています。	
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。	生活保護の相談、障害のある入居者の外出支援等、市町村と連携して、サービスの向上に努めている。	チラシを作りホームの空き室情報を高齢福祉課や地域包括支援センター、グループホーム連絡会に知らせています。介護度の高い利用者の外出支援など関係部署が増えており、連携がさらに重要になってきています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	夜間ベッド柵にタンバリンをつけたり、居室ドアに鈴を付けたりはしているが、身体拘束をしないケアを実践しています。現在玄関のブザー施錠の止めています。	施設長の7年をはじめ職員は勤務年数も長く、身体拘束をしないケアについて理解しています。実務者、リーダー研修も受け、職員にはレジュメを渡し回覧しています。玄関のブザー施錠を止めても支障は起きていないなど成果は出てきています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	暴力的な虐待はもとより、言葉による虐待・態度による虐待もないよう努めている。		
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。	障害のある方の自立支援は、区役所の高齢福祉課と連携し、外出支援のサービスを受ける様になりました。成年後見人については御家族がなられた方がいます。		
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。	分かりやすい説明を心掛け、納得して頂き、同意を得ています。		
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。	入居者様から言葉だけでなく、態度や会話から気持ちをくみ取るようにしています。御家族には面会時や電話など、気軽に話せる雰囲気、関係作りに心掛けています。	「結だより」を家族に送付する時、利用者の写真とコメントを添えています。電話や面会時には家族の意向を聞いています。職員は入居者の言葉や仕草などから思いや意向の把握に努め、ケアに活かしています。	

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
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。	スタッフ会議や日々の会話の中で、意見を聞き、管理者日誌・業務日誌で代表者に伝えています。毎日ミニミーティングを開き、日常の中にある小さな意見や提案も聞き取れるようにしています。	勤務日誌に「相談」「連絡」の項目があり、日々のミニミーティングで主なものは記入しています。施設長は社長へ提出する管理日誌の『連絡』で重要事項を伝えています。	
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。	人事評価シート等、個々の自己評価と面談で意見を集めて、働きやすい環境設備に努めている。		
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。	外部研修は稟議書を出し、最大限認めています。代表者からも指示され、参加させてもらっています。		
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。	昨年同様、「結」グループ内で交換実習をしています。		
<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。	入所前に一日体験・一日入所を作り、皆と過ごしていただき慣れてもらい、不安を解消出来る様努める。御家族にも不安がなくなるよう細かく説明し、無理強いのないようにしています。		

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
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。	入所前の見学時に抱えている問題をお聞きし、必要な助言をし、御家族のストレスがたまらない様、安心して入所出来るように努めています。御家族との連絡は密にし、様子等を詳しく伝えています。		
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。	御家族、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、支援していく。		
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。	入居者様、個々の得意分野を見出し、それを生かした日常生活、機会を作るようにしています。共に過ごす時間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。	通院・外出・面会をお願いし、本人の状況を理解して頂き、安心感を得てもらう様にしています。		
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。	大切な関係が継続する様、手紙や年賀状を促しています。場合によっては電話を掛けたりしています。友人、知人の訪問時には、写真を撮ってお渡ししたり、関係が継続する様努めています。	駅から離れバス便も少ない場所ですが、静かで穏やかに暮らすには好適な場所です。時折、近所の小学生が馴染みになった利用者を訪ねてきて交流しています。また、元利用者の家族が運営推進会議に出席するなど『結』の理念が生き関係が継続しています。	

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。	お互いが仲良くなれる様に共同作業を増やし、声掛けして皆がさんかできるように努めている。入居者間の協力にも「ありがとう」の言葉で接している。		
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。	退所後も異動先の施設に面会に行ったり、電話での相談等、関係を大切にしています。看取りされた御家族が、傾聴ボランティアに来てくれる様になりました。		
<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。	ご本人の会話やADL, 日常生活のコミュニケーションから安心して暮らせる様、その人に合ったケアをするようにしています。言葉だけに頼らず、その後にある気持ちも汲みとり、より良いケアにつながるように努めています。	勤務年数が長い職員が多く利用者の意向は言葉だけでなく態度、仕草、表情で把握できる様になってきています。毎日の行動も切り絵、書道、そろばん、計算、カラオケなど本人の思いや意向を大切に判断を任せています。	
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。	ご本人、ご家族から直接聞いたり、回想法の中から、気持ちを汲み取る様、努めています。		
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。	見過ごしてしまいそうな小さな変化も見落とさないように、スタッフ同士が連携し報告し合い、より良いケアが出来る様に努めている。		

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のカンファレンスの他に問題が起った場合は、随時ミニカンファレンスを開き、医療関係者との連携もとより、より良いケアが出来る様になっている。御家族にも現状を伝え、意見や意向を聞いています。	『困ったことシート』を職員が記入して、毎月1回の全員参加によるカンファレンスで検討しています。3ヶ月ごとのモニタリング 家族も参加する担当者会議を経て、半年の見直しを行っています。医療関係者との密な連携も急務と考えています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日中・夜間、分かりやすく個別に記録を取り、職員間で情報を共有出来る様努めています。また、カンファレンスによりケアに反映しています。		
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。	一律同じサービスをするのではなく、入居者様の状態に合わせた介護に努め、個人を大切にケアを目指しています。		
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。	健康祭や敬老会など、地域の催しに参加したり、地域の方と触れ合う公園に出掛け、楽しんでいただけるよう支援しています。		
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、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。	月2回の往診日には、事前にスタッフが本人から状態を聞くとともに、日頃気付いた事、不安な事等を受診報告書に記入しとき、適切な診断になる様、努めたいです。	現在2ヶ所の協力医がそれぞれが月2回往診しています。本人及び家族の同意のもと、どちらかの医師をかかりつけ医としています。眼科などの受診には家族の付き添いを基本としています。職員が付き添うこともあります。	



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
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。	週1回の訪問看護と契約しており、入居者様の健康状態・主治医や薬剤師との意見も伝え、より良い看護が受けられるようにしています。急な電話対応にも助言や受診もして下さいます。		
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。	入院時には面会時など医療機関に状況を聞き、主治医との相談、助言を頂き、退院後の受け入れがスムーズに行えるようにしています。		
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。	重度化した入居者様はホームでの生活が可能な限りの範囲で御家族に状況を説明し、主治医・看護師・薬剤師との連携、可能な限りの支援をしています。看取り、1名ありました。	重度化した場合の支援について入居時の重要事項説明の際に、利用者及び家族と話し合い、意向確認書も用意しています。今年度初めて事業所、本人・家族、医療関係者と話し合い、意向確認書を取り交わし終末期のケアに取り組んでいます	医療関係者との協力体制の再確認と、職員の終末期における支援についての研修を早急に進められるよう期待します。
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。	AEDの講習会に消防署から来てもらい、訓練をしています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	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。約3日分の非常食、飲料水の確保済み。収納場所は、居室クローゼット内、床下。	年2回、消防署の立ち合いを得て避難訓練を行い、その他に自主的に年2回訓練を行っています。何れも利用者の体調を勘案しながら一緒に行っています。直近では2階台所からの出火を想定して行い消防署からアドバイスももらっています。非常備蓄品は準備済みです	自治会長から地域の防災に関する情報は得ていますが、事業所近隣の住民に訓練への参加を呼び掛けるなど協力体制の構築も期待されます。

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。	親しみやすい言葉掛けを心掛け、プライドを傷つけない、強い口調をしない、失礼にならない様に職員同士注意しています。	年長者への尊敬の念を忘れず声かけには留意し、さりげない介助を心掛けています。区役所主催の「認知症の方を幸せにする接し方」に参加し、資料を見ながら全職員で話し合い実行しています。個人記録は鍵付きのロッカーに保管しています。	
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。	日常から自己決定をする機会を作り、本人の意向を出しやすい環境作りを心掛けています。本人との何気ない会話から、出来る限り希望や意向の把握に努めるよう支援しています。		
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。	集団でのケアが難しくなってきた方には、1対1対応で、その方に合わせたケアをしています。		
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。	季節にあった服装、髪型、薄くお化粧、本人の思いを聞きながら、適宜支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	生活リハビリとして出来る範囲の調理盛り付け、野菜の皮むき、配膳、下膳、職員と一緒に、畑の野菜を収穫し、食材とし、楽しんで食事が出来る様になっています。	食材会社から献立表と食材が宅配されますが、好みでパンや麺に変更も可能です。利用者は配膳・下膳や野菜の皮むきなどに参加しています。刻み食やミキサー食にも対応しています。夏祭り、敬老会など行事の際の食事や誕生日の赤飯も楽しみとなっています。	

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
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献立、カロリー計算されています。おやつは、時々手作りにし、食事量、水分量のチェックを記録しています。水分摂取の難しい方はゼリー、寒天、嗜好品に形態を変えて提供しています。		
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、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。	トイレ誘導や声掛けにより、出来るだけ失禁なく排泄が出来る様、支援しています。一人一人に合わせ、ポータブルトイレ、尿器、パルーンを使用しています。	排泄が自立している利用者には、その継続を支援するため個別に排泄間隔を把握し、そっと見守り排泄後のトイレの様子や入浴時に確認をしています。リハビリパンツ使用の利用者には早め早めに声かけをし、トイレでの排泄につなげています。	
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、便秘の方には、牛乳、寒天、ヨーグルト、ゼリー、多めの水分を摂取していただいたり、散歩や廊下歩行などで、体を動かすようにしています。		
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、入浴出来るようにしています。	基本の入浴日と時間を定めています。本人の意思を尊重しながら、最低でも週に2回以上は入浴できるように支援しています。入浴を好まない利用者には時間をずらしたり日を改めて声をかけています。季節により柚子湯や菖蒲湯で楽しんでいます。	

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
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。	個人の睡眠習慣を尊重して安易に薬を使用したり、過剰な声掛けをしない様にしてあります。昼夜逆転肝の方や、夜間頻尿で、睡眠不足気味の方は、午睡してもらうなど本人の意向を大切にしています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬剤師に服薬後の症状の変化など配達時や電話で細かく聞いています。		
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。	本人の得意とされる事を引きだし、役割分担で、イキイキと過ごしていただく。レクリエーションの参加を促し、支援しています。回想法を活かし、尊敬、褒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。	買い物同行や、おやつ外食、四季折々の景色を見に、ドライブや散歩をしています。御家族の協力も得て、外出が出来る様、支援しています。障害のある方は、自立支援のサービスを利用し、要望に副った行動が出来るように手配しています。	天候さえ許せば毎日のように散歩に出かけ、週1回は日用品の買い物に同行支援をしています。家族と一緒に食事や墓参りに出かける利用者もいます。イベントとしての外出で、おやつを食べに行ったり健康祭りや小学校の運動会にも出かけています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	お金を所持している方もいますが、認知症の病態、不穏にもつながる為、職員管理にしています。必要な物があれば、立替で、一緒に買い物に出掛けたりします。		

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。	御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、手紙や葉書を出したい時は書いてもらい、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。	毎月、季節に合った壁面飾りや手作りのカレンダーを飾っています。時間や気分によって音楽を流したり消臭剤の使用。テレビ横に水槽を置き、ソファでリラックスしていただく。季節の花、ハーブを飾り、居心地の良い空間を作るようにしています。	居間兼食堂は陽光が差し込む明るい空間です。室温・湿度の基準値よりも利用者と職員の体感を重視し設定しています。ピアノとTV、ソファを置き、趣味活動に使うカラオケや書道の道具、そろばん、塗り絵など、自由に取り出して使えるようになっています。	
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。	リビングのソファやウッドデッキで日光浴、テレビを観たり、洗濯物をたたんだり、一人一人が自由に過ごせる空間を作れるようにしています。		
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。	自宅で使い慣れた家具や好みの物を持参していただいています。家族の写真やレクリエーションで作った物を飾って居心地良く過ごしていただいています。	エアコン、クローゼット以外はテレビ、チェスト、机など本人が持ち込み、自由にレイアウトしています。居室入口のドア上部にガラスの引き戸を取り付け、ドアを閉めてプライバシーを確保しながら空気の入替えができるような工夫がされています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	居室に名前のプレート、トイレは分かりやすく大きな文字で表示し、分かりやすいように、事故、トラブルのない様、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	

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している。 (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、活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
<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。	毎日の生活の中で「健康で穏やかに」過ごせる様全職員、支援しています。「自立の日常生活」「人格と尊重」として残存機能を低下させない様、個々の能力を尊重したケアをしている。		
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。	散歩時など近隣住民の方の挨拶や、近所の小学生がホームに遊びに来てくれたりしています。地域の健康祭に参加したり、交流を深めています。		
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。	町内会及びケアラサにて広報活動や介護の相談等を考えている。(訪問看護さん交えて)		
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。	ホームの現状を報告すると共に、その時々ホームで起こった問題(防災・看取りなど)について話し合い、意見を頂き、サービスの向上に努めている。		
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。	生活保護の相談、障害のある入居者の外出支援等、市町村と連携して、サービス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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	夜間ベッド柵にタンバリンをつけたり、居室ドアに鈴を付けたりはしているが、身体拘束をしないケアを実践しています。現在玄関のブザー施錠の止めています。		
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。	暴力的な虐待はもとより、言葉による虐待・態度による虐待もないよう努めている。		
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。	障害のある方の自立支援は、区役所の高齢福祉課と連携し、外出支援のサービスを受ける様になりました。成年後見人については御家族がなられた方がいます。		
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。	分かりやすい説明を心掛け、納得して頂き、同意を得ています。		
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。	入居者様から言葉だけでなく、態度や会話から気持ちをくみ取るようにしています。御家族には面会時や電話など、気軽に話せる雰囲気、関係作りに心掛けています。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	スタッフ会議や日々の会話の中で、意見を聞き、管理者日誌・業務日誌で代表者に伝えています。毎日ミニミーティングを開き、日常の中にある小さな意見や提案も聞き取れるようにしています。		
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。	人事評価シート等、個々の自己評価と面談で意見を集めて、働きやすい環境設備に努めている。		
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。	外部研修は稟議書を出し、最大限認めています。代表者からも指示され、参加させてもらっています。		
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。	昨年同様、「結」グループ内で交換実習をしています。		
<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。	入所前に一日体験・一日入所を作り、皆と過ごしていただき慣れてもらい、不安を解消出来る様努める。御家族にも不安がなくなるよう細かく説明し、無理強いのないようにしています。		

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
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。	入所前の見学時に抱えている問題をお聞きし、必要な助言をし、御家族のストレスがたまらない様、安心して入所出来るように努めています。御家族との連絡は密にし、様子等を詳しく伝えています。		
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。	御家族、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、支援していく。		
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。	入居者様、個々の得意分野を見出し、それを生かした日常生活、機会を作るようにしています。共に過ごす時間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。	通院・外出・面会をお願いし、本人の状況を理解して頂き、安心感を得てもらう様にしています。		
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。	大切な関係が継続する様、手紙や年賀状を促しています。場合によっては電話を掛けたりしています。友人、知人の訪問時には、写真を撮ってお渡ししたり、関係が継続する様努めています。		

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
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。	お互いが仲良くなれる様に共同作業を増やし、声掛けして皆がさんかできるように努めている。入居者間の協力にも「ありがとう」の言葉で接している。		
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。	退所後も異動先の施設に面会に行ったり、電話での相談等、関係を大切にしています。看取りされた御家族が、傾聴ボランティアに来てくれる様になりました。		
<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。	ご本人の会話やADL, 日常生活のコミュニケーションから安心して暮らせる様、その人に合ったケアをするようにしています。言葉だけに頼らず、その後にある気持ちも汲みとり、より良いケアにつなが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。	ご本人、ご家族から直接聞いたり、回想法の中から、気持ちを汲み取る様、努めています。		
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。	見過ごしてしまいそうな小さな変化も見落とさないように、スタッフ同士が連携し報告し合い、より良いケアが出来る様に努めている。		

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のカンファレンスの他に問題が起こった場合は、随時ミニカンファレンスを開き、医療関係者との連携もとり、より良いケアが出来る様にしている。御家族にも現状を伝え、意見や意向を聞いています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日中・夜間、分かりやすく個別に記録を取り、職員間で情報を共有出来る様努めています。また、カンファレンスによりケアに反映しています。		
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。	一律同じサービスをするのではなく、入居者様の状態に合わせた介護に努め、個人を大切にケアを目指しています。		
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。	健康祭や敬老会など、地域の催しに参加したり、地域の方と触れ合う公園に出掛け、楽しんでいただけるよう支援しています。		
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。	月2回の往診日には、事前にスタッフが本人から状態を聞くとともに、日頃気付いた事、不安な事等を受診報告書に記入しとき、適切な診断になる様、努めたいです。		

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
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。	週1回の訪問看護と契約しており、入居者様の健康状態・主治医や薬剤師との意見も伝え、より良い看護が受けられるようにしています。急な電話対応にも助言や受診もして下さいます。		
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。	入院時には面会時など医療機関に状況を聞き、主治医との相談、助言を頂き、退院後の受け入れがスムーズに行えるようにしています。		
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。	重度化した入居者様はホームでの生活が可能な限りの範囲で御家族に状況を説明し、主治医・看護師・薬剤師との連携、可能な限りの支援をしています。 看取り、1名ありました。		
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。	AEDの講習会に消防署から来てもらい、訓練をしています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	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。 約3日分の非常食、飲料水の確保済み。 収納場所は、居室クローゼット内、床下。		

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。	親しみやすい言葉掛けを心掛け、プライドを傷つけない、強い口調をしない、失礼にならない様に職員同士注意しています。		
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、本人の意向を出しやすい環境作りを心掛けています。本人との何気ない会話から、出来る限り希望や意向の把握に努めるよう支援しています。		
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。	集団でのケアが難しくなってきた方には、1対1対応で、その方に合わせたケアをしています。		
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。	季節にあった服装、髪型、薄くお化粧、本人の思いを聞きながら、適宜支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	生活リハビリとして出来る範囲の調理盛り付け、野菜の皮むき、配膳、下膳、職員と一緒に、畑の野菜を収穫し、食材とし、楽しんで食事が出来る様にしています。		

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
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献立、カロリー計算されています。おやつは、時々手作りにし、食事量、水分量のチェックを記録しています。水分摂取の難しい方はゼリー、寒天、嗜好品に形態を変えて提供しています。		
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、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。	トイレ誘導や声掛けにより、出来るだけ失禁なく排泄が出来る様、支援しています。一人一人に合わせ、ポータブルトイレ、尿器、パルーンを使用しています。		
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。	時には服薬や医療行為が必要な時がありますが、便秘の方には、牛乳、寒天、ヨーグルト、ゼリー、多めの水分を摂取していただいたり、散歩や廊下歩行などで、体を動かすようにしています。		
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、入浴出来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。	個人の睡眠習慣を尊重して安易に薬を使用したり、過剰な声掛けをしない様にしてあります。昼夜逆転肝の方や、夜間頻尿で、睡眠不足気味の方は、午睡してもらうなど本人の意向を大切にしています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬剤師に服薬後の症状の変化など配達時や電話で細かく聞いています。		
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。	本人の得意とされる事を引きだし、役割分担で、イキイキと過ごしていただく。レクリエーションの参加を促し、支援しています。回想法を活かし、尊敬、褒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。	買い物同行や、おやつ外食、四季折々の景色を見に、ドライブや散歩をしています。御家族の協力も得て、外出が出来る様、支援しています。障害のある方は、自立支援のサービスを利用し、要望に副った行動が出来るように手配しています。		
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。	お金を所持している方もいますが、認知症の病態、不穏にもつながる為、職員管理にしています。必要な物があれば、立替で、一緒に買い物に出掛けたりします。		



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。	御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、手紙や葉書を出したい時は書いてもらい、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。	毎月、季節に合った壁面飾りや手作りのカレンダーを飾っています。時間や気分によって音楽を流したり消臭剤の使用。テレビ横に水槽を置き、ソファでリラックスしていただく。季節の花、ハーブを飾り、居心地の良い空間を作るようにしています。		
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。	リビングのソファやウッドデッキで日光浴、テレビを観たり、洗濯物をたたんだり、一人一人が自由に過ごせる空間を作れるようにしています。		
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。	自宅で使い慣れた家具や好みの物を持参していただいています。家族の写真やレクリエーションで作った物を飾って居心地良く過ごしていただいています。		
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。	居室に名前のプレート、トイレは分かりやすく大きな文字で表示し、分かりやすいように、事故、トラブルのない様、支援しています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム 結の家

### 目標達成計画

作成日: 平成 26 年 4 月 25 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	33	・重度化した入居者様が増え、スタッフの介護に対する不安がある。共有の難しさ。	・スタッフ全員が自信を持って、看取り介護に取り組める事。	・スタッフの育成、キャリアアップ等、看取り介護に向けての研修の参加。	12ヶ月
2	4	・運営推進会議では、雑談が多く、ホームの状況・活動状況報告のみで終わってしまう。	・地域一番を目指す。地域密着活動を増やし、今以上の意見交換が出来る事。	・地域にホームを知って頂くためのチラシのポスティング。 ・家族会の実施。(3月、済み) ・運営推進会議のメンバーを増やす。(1名あり)	12ヶ月
3	35	・避難訓練での地域住民等の参加が出来ていない。	・地域の方に訓練の参加を呼び掛け、参加協力を得る事。	・チラシのポスティング等で、地域の方にホームを知って頂き、推進会議メンバーにも協力を得る。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月