

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	1471900678	事業の開始年月日	平成10年1月1日	
		指定年月日	平成12年3月1日	
法人名	有限会社ライフサポートいずみ			
事業所名	グループホームいずみ			
所在地	(238-0032)			
	神奈川県横須賀市平作8-20-20			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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8月16日	評価結果 市町村受理日	令和1年11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 <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)】

・介護理念に「笑いと穏やかさの中で自由にありのままに過ごす」と掲げ、その実践にコミュニケーションツールとしてバリデーション法を取り入れ、不安、葛藤に真摯に向き合い、傾聴、共感し混乱を和らげる利用者中心のケアを目指している。・日々の暮らしは多くのボランティア(習字、絵画、音楽、茶道、紙芝居、買い物等)に支えられ、豊かな暮らしが営まれている。・開設以来、看取りケアはごく当たり前のケアと位置づけ、24時間体制で医療連携を密に行い、希望に応じて実施している。・運営推進会議等において行政、包括支援センター、民生委員と連携している。・地域との交流も多く、様々な行事に参加したり、当ホームのイベント(バザー、コンサート、餅つき等)には年々、多くの住民参加を戴いている。町内会館借用の平作カフェも6年目を迎え、住民の支持を得て継続している。職員は認知症ケアのエキスパートを目指し、スキル取得(認知症の専門的資格)、自己研鑽に努力し、会社はその育成を強力にバックアップしている。県立保健福祉大学の実習の受け入れや地元中学生の福祉体験実習の受け入れにも一役を担い、互いに学び合っている。

【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1年9月20日	評価機関 評価決定日	令和1年10月28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、京浜急行「汐入駅」からバスで約10分の木造2階建てのグループホームです。地域は自然にも恵まれ、事業所の脇には「ふれあい下水道公園」があり、湧き水や雨水がせせらぎとなって流れている、自然と共存した緑道となっています。季節によってはホタル、カワセミ、ハゼの仲間であるヨシノボリを見ることができ、散歩が楽しめる場所です。「衣笠駅」からも徒歩で15分程度です。近くには利用者と職員が毎日買い物に出かけるコンビニエンスストアがあります。

<優れている点>

利用者の思いを大切にしています。機嫌を取る介護ではなく、職員は利用者とのコミュニケーションの取り方を重要視しています。言葉の意味だけを考えるのではなく、利用者の思いに耳を傾けることで、利用者が本当に言いたいことを積極的に傾聴するようにしています。認知症があってもあるがままの姿にそうケアを実践しています。終の棲家であることを理解し、看取りケアも「あたりまえのケア」として利用者向き合っています。

<工夫点>

管理者が看護師である利点を生かし、利用者の健康状態を常時観察し把握しています。利用者新たに導入する抗精神薬・認知症治療薬の場合は、可能な限りデータを取り、受診時に医師と相談し、薬の種類、量や使用時間の変更を検討しています。建物は手すりを低くすることで、利用者が持ちやすくしたり、共有空間はフローリングで床暖房にしています。

【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	株式会社フィールズ

事業所名	グループホームいずみ
ユニット名	1 F

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ます。 (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。	介護理念は平成21年、利用者、家族、職員と意見をまとめ、事業所の介護理念を作成、見直しを重ね、それを生かして、毎月の介護目標を職員交代で立て、毎朝唱和している。さらにバリデーションの「ケアの基本的態度」も重要な位置づけとして研鑽している。	理念は、利用者がどのような介護を希望しているか、職員は利用者に接したことを振り返るためのツールとして約10年前に作成しています。さらに、毎月職員が作っている目標を含め、利用者の自立、やりがい、張り合いを持てる支援をしています。	
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。	第2平作福祉運営会議、町内会総会、防災訓練、平作カフェ、保育園との交流（保育園の行事に参加、園児の訪問を受け交流等）ホームのバザー、餅つき、コンサート（年2回程度）等、さらにごみ収集や資源回収の協力や配慮等、年々交流が深まっている。	地域では事業所への理解があり、ごみや資源回収の収集日には置き場所を確保してくれる配慮を受けています。6年間開催している平作カフェも、毎回20人ほどの地域の人が利用しています。保育園児たちの慰問も年4回あります。	
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。	事業者は神奈川県認知症介護指導者を拝命し、関係機関からの依頼や要望に対応。（県主催の研修、多方面の依頼、認知症サポーター養成講座等）。平作カフェも6年目を迎え、町内の他の活動に発展している（町内会の旅行に参加、ボランティア等に参加）。		
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。	2か月毎の事業報告（利用者、職員の動向、行事等）と業務検討等、幅広い委員（行政、町内、家族、包括、民生委員、大学関係者、地域有志等）の方々の知見が生かされて運営している。毎回、身体拘束適正化委員会も同時に実施している。	利用者や職員の動向、家族会の報告、災害対策などを話し合っています。毎回テーマを考え、ゲストとして有識者を招いての講話を交えながら、介護のことを話し合っています。サマーコンサートなど、町内会を巻き込んだ取組みをしています。	
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。	委員に町内会長の参加を戴いており、町内の様々な行事に参加している。さらにホームの行事（チャリティバザー、コンサート、餅つき等）以外にも町内の方々の自由な来所が開始している。平作カフェでは「認知症」にスポットを当てた研修を実施している。	市職員は課を問わず来所しています。市が主催する身体拘束、感染対策、基礎研修、コミュニケーション研修などに参加しています。9月の台風では、地域の事業所が停電となり、持っていた発電機を貸し出すなど連携を図っています。	

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
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。	玄関の施錠はホーム開設以来、日中は開放の方針で運営している。面会時間も家族の希望中心で、24時間自由である。また、看取り時は宿泊される家族もいる。この研修は必須で去年は全体研修で実施。市、県主催で学んだ者は伝達研修を実施し、日常ケアにおいて身体拘束禁止意識を共有している。	日中、玄関に至るまで鍵はすべて開放しています。厚生労働省作成の身体拘束のガイドマニュアルを整備しています。会議を開催したり、職員も外部の勉強会に出席し、事業所全体で身体拘束をしない介護の実践をしています。	
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。	虐待はホーム内外の必須研修として実施しており、朝のミニカンファレンスで小さな変化に目を向ける努力や、定例カンファレンスで毎回振り返り、ことの重要性の認識を互いに深め、予防に努めている。		
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。	利用者の超高齢化とホーム利用年数の延長、重度化により、この20年で利用者の背景は様変わりしている。利用者の希望を中心に、日中は臥床、デイルーム時間を適正に見守りながら「持っている力を最大限に生かす」支援に努力している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居前の見学時から始まり、契約時や変更時（法令によるもの、ホーム側によるもの）は利用者、家族に口頭、書面（家族便り等）等で説明に努力している。利用者の変化によっては面談重視で親族まとめて実施する等、誤解、意見の相違が生じないように努力。		
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。	年2回の家族会での意見交換や苦情窓口の案内表示、ご意見箱等を用意している。定期的なケアプランの説明時も大切な意見交換の場と位置づけている。面会時は様々な心身両面の変化について家族と語り合うよう努力している。	意見箱を設置しています。来訪した家族とは管理者やフロアリーダーが意見交換をしています。また、事業所側から家族に「ご家族様におたずね」というアンケートを作成し、沢山の声をもらっています。	

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
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。	年間の事業計画、経営実績は職員に報告し、意見を計っている。毎年6月の決算期の結果も伝え、昨年は少額ながら初めて、職員個々に黒字配分を実施できた。毎月定例の管理者会議や職員カンファレンスでも経営に関する意見や処遇改善費の配分等決定している。	定例カンファレンスや管理会議を開催し、事前に作成した計画書に添って実施しているか、振り返りを行っています。資格取得についての助成や、実践者研修などの費用も事業所で負担するなど、処遇の改善にも努めています。	
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。	有給休暇は100%取得、資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらにキャリアパス、介護に必要スキルのチェックリストの活用と共に、日々の勤務実績を客観的に判断して給与年度配分に反映。		
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。	資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらに毎年職員のホーム内研修の充実を図り、外部講師を適宜導入している。日々のミーティングやカンファレンスで活発に意見交換できる体制を作っている。		
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。	上記13以外に、市のグループホーム協議会の研修、グループホーム間の実践交流研修、エリア毎のブロック交流等互いに交流を深め学び合っている。必要に応じて経営者の意見交換会も有志間で実施している。ホーム主催の研修に他ホームからの参加も多く交流の場となっている。		
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。	入居前の事前訪問で利用者の生活状況の把握に努め、本人、家族と心を繋ぎ、入居後の急激な生活変化の緩和に配慮している。「自由に、ありのままに」をモットーに不安、要望により添い、概ね1か月後、家族面談し、入居後の変化、対応をケアプランに反映。		

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。	利用開始前～開始後も家族の思い、不安や、葛藤、抱える課題等に深く傾聴し、受け止める努力をしている。家族、介護側双方より必要性に応じて面談を重ねるが、常に利用者中心目線で「あたたかい家族間の絆の深まり」を大切にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	相談時、利用者、家族の意向を良く聴き、今何が課題か、何を求めているか等の見極めに努め、話し合っている。ことに経済的な負担の大きさを重視し、これからの経済的負担は大丈夫かの確認や命のかたち等、利用者、家族の状況に耳を傾けている。		
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。	老いを受け入れて生きる姿に敬意を表し、人生の大先輩の毅然として生きる姿勢、介護側に向けられる利用者の笑顔、姿、励ましの言葉に支えられ、日々業務に励んでいる。利用者間の様々な日常関係も「当たり前」の社会の姿と捉え鷹揚に接している。		
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。	家族会、毎月の行事通信等を通して、利用者中心ケアの相互理解に努めている。誕生日は家族の日程に合わせ、居室で実施している。ことにターミナル期は「家族で送る大切な時間」を共有し、悔いの無い日々を支援し、介護側も深く学んでいる。		
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。	利用者、家族の希望、了解のもと、友人、知人の自由な面会を受け入れている。利用者信仰の教会関係者の定期的な祭礼訪問、かかりつけ医への家族同行受診等実施されている。また、手芸（刺し子）茶道、音楽療法、習字等、地域ボランティアで希望が継続可能。	毎日近くの小川の緑道に1人で散歩に行く人がいます。職員は利用者に分からないよう見守りをしています。他の人も週に数回、外出出来る様支援しています。コンビニエンスストアに買い物に出かけたり、家族と食事に出かける利用者もいます。	

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。	利用者の希望、保持している力、その日の気持ちを反映して、家事作業（台所、調理、盛り付け、洗濯物、清掃等）や壁ポスター作成、行事飾り付け等、力を合わせ共同作業に励み、達成感を共有している。利用者間の不調和は当たり前の姿と受け止めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	「最期までいずみで」という希望を受け入れており、看取りケアを当たり前として実施してきたが、看取り後、家族から、ボランティアを申し出戴き、毎週の買い物、紙芝居、運営推進委員や、様々な行事参加等、計り知れないご縁の恩恵を戴いている。		
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。	利用者個々の興味、得意なこと、関心事の把握に努め、日々の感情にも目を向けてアクティビティを取り入れている。決して無理強いせず、その日の思いを重視し、寄り添いながら進めている。利用者個々にスタッフの受け持ち制も導入し、学びに繋げている。	事業所では、人は最期まで自分で自分のことが出来ることを「安楽」と位置づけています。ことに食事は自分で出来るよう様々に工夫しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時のアセスメントシートを基に家族の提言、医療情報、他施設情報の把握に努め面談している。馴染みの小物、家具の持込み、生活習慣の継続等、入居による環境の変化を最小限に出来るよう家族と連携し、協力を得ている。		
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。	利用者の言動に表現されている思いや苦痛の把握に努め、「今何を望み、今何をしたいのか」を察知し、傾聴しながら意味を探るよう努力している。朝のミニカンファレンスや定例カンファレンスで意見交換、共有しケアに生かすよう日々研鑽と捉え対応している。		

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
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。	利用者や家族状況、希望を中心におき、職員の日々の観察、医療情報等をADL表に生かして、朝のミニカンファ、定例カンファ、臨時カンファ等で「本人の思いや状況」にフィットしたケアを探りケアプランの作成、モニタリングに反映している。	カンファレンスは朝、臨時、定例の3種類があります。全職員が参加することを事業所として大切にしています。介護計画は課題解決型の方法を取っており、モニタリングを作成して利用者に反映しています。	
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。	日々の記録は「フォーカス記録法」を採用している。D・A・Rのかたちで記載し、職員の悩みや思い、苦痛も自由に表現するように努めている。職員の赤裸々な思いの表現は介護の苦痛の克服やスキルアップには重要と位置づけ実践に繋げるよう努力している。		
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。	利用者の希望は「個別性」が当たり前であるがそれに少しでも対応するために職員の個性、特技を生かすように努めている。介護側の個別スキルに注目：レク、おやつ作り、高齢者食調理の特性、介護用品の手作り、優れた介護技能等、チームで共有し輝きがある。		
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。	可能な限り、町内行事や学校行事、保育園行事にも参加し、楽しんでいる。ホーム内の行事（コンサート、バザー時の中学生吹奏楽部の演奏、餅つき等）には地域住民の参加が年々多く、茶道、音楽療法、絵画、習字、紙芝居等のボランティア参加も多く感謝。		
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。	ホーム提携訪問診療医（内科、精神科、歯科）を決めているが、内科は24時間対応である。利用者、家族希望でかかりつけ医の継続も可能である。個別のかかりつけ医は家族同行だが、必要時は職員が同行している。	提携の内科医が月に2回、精神医が1回の往診に来ています。管理者は看護師ですが、更に看護師が週3回来ています。24時間の医療連携体制が整っています。提携医訪問時には診療後、看護記録を基に管理者が主治医と確認の打合せを行っています。	

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。	医療連携看護師を常勤（非常勤も1名）で配置し、職員からの24時間報告、相談体制を整えている。24時間ホーム内の看護師から医療機関に連絡し、必要時、医師、看護師の往診を受けている。又、ホーム内看護師判断で緊急搬送も実施している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	初診より、担当医と面談し、診断、経過等の説明を家族と共に受け、早期退院と退院後の受け入れを伝えている。入院時は「介護サマリー」で利用者の日常生活の実際を伝え、担当看護師と連携を密にし、入院による戸惑いの緩和に努力している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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。	入居時よりホームの「最期までみるケア」を説明し、希望者からは同意を得ている。「看取りケアの指針」をもとに頻回に家族面接を反復し、「家族で送る看取り」になるよう支援を工夫している。その関わりから職員も多くを学んでいる。	長期の利用者が多く、超高齢者が半数以上で看取りも多くなっています。職員は「看取りケア方針」を習得し、家族と共に心をこめて看取り支援をしています。他の利用者にも看取り状況を知らせています。延命処置については家族の気持ちを尊重しています。	
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。	「緊急時の対応」は毎年、職員全員、必須研修として学んでいる。さらに新人等研修で前段階レベルは押さえている。利用者個々の「起こりやすい緊急時は・・・」をおさえ、日々のケアで防止すべく注意点や具体的な支援を共有し早期対応、悪化予防に努めている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	防災訓練は年2回を義務化し、毎月11日を防災を考える日と位置づけ、食事スタイルと避難誘導を復習している。毎年、町内会の防災訓練に参加、連携を強めている。自然災害では今年度の家族会で「この地域の自然災害の安全度」を説明頂きそれを生かしていく。	年2回の防災訓練を年間行事計画に組み込み、消防署の指導を受けています。避難時は危険なので車いすは使わない、高齢者は寝具に乗せて引くなど、利用者の状況に合わせて方法を工夫しています。水は各部屋に備蓄し、食料は3日分をランニング在庫しています。	

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	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。	当ホームの介護理念に基づき、「人格の尊厳、プライバシー保護」等の実践の具体的方法として、コミュニケーションツールとしては「バリデーション」を学び実践し成果を上げている。社会人マナーの徹底とプライバシー保護にも留意している。	管理者を含め「バリデーション資格者」が3人いて、その基本思想を事業所理念にも反映しています。丁寧な言葉遣いは利用者に対してだけでなく、職員間でも大切にしています。支援活動では「ありがとう」と「笑顔」を基本に、利用者の人格尊重を心掛けています。	
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。	利用者が主役であり、個人のを信じ、自己決定が出来ることを大切に「待つこと」の重要性を合意している。「自由にあるがまま」をもとに起床、更衣、食事、入浴、アクティビティ等、常に利用者の意志決定を促すような言葉の進め方に努力している。		
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、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。	利用者のその日、その時の心身の変化を捉え「生きている時間は本人のものである」と深く認識し、話を良く聴く、気持ちの変化を待つ等、ゆったり対応し、どうにもならない思いにも心から誠実に付き合う努力をしている。		
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。	クローゼットの整理と共に、家族協力の下、日々の洋服選びやおしゃれが楽しめるよう配慮している。衣服や寝具の汚染時の速やかな交換や補充、ほころびのつくろい等気配りをしている。2か月毎の美容師の訪問は楽しみの一つである。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者の好みや希望、持っている力を生かし、食事の準備、盛り付けや食器洗い、食器拭き等、共に係わる場を大切にしている。メニューの希望や好みなど、会話を通して語り合う関係は家族とは異なる豊かな繋がりを深めている。	食事のメニューは調理師の資格を持つフロアリーダーが担当しています。正に家庭料理で、都度味付けも変わり、毎回何が出てくるのか楽しみになっています。食事時は気が散らないようにテレビを消し、静かな音楽を流しています。家族との外食や、行事食では寿司が人気です。	

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
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。	飲食状況、排泄状況は日々、細かく観察し、どのような形で体に表れているか意見交換しながら学び続けている。口渇も飲食希望も伝えられない精神状況の利用者の場合は介護側の専門知識と確実に実行するスキルが重要で必要時、医師と連携して対応している。		
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。	自立度に応じて、毎食後の口腔ケアを支援している。口腔の状態、義歯の状態に合わせ、速やかに歯科医に繋ぎ「高齢者は口から食べられることが何よりの喜び！」と即、駆け付ける歯科医の姿勢に感謝し、健康の元は口が基本と口腔ケアを大切にしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	トイレ誘導を第一基本にしている。今年度の目標に「おむつ」をあげ、基本から学びを深めている。利用者個々の排泄サインや誘導、適切なおむつ使用等、おむつ製品の最新の進歩に合わせた考え方や褥瘡予防に重点を置いた学習と実践に力を注ぎ学び合っている。	個々の特徴を把握してトイレ誘導しています。高齢者が多く、便秘には気を配っています。便の量と質を記号と数字で記録し、3段階の対応基準を作り、それに合わせて予防と処置をしています。「おむつフィッター研修」でおむつの機能と使い方を研究しています。	
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。	老いと共に変化する体の生理的な姿を学びながら、自然排便への方法として毎朝のヨーグルト、十分な水分補給、体の動きの増進、腹部マッサージ、体に合った緩下剤の使用等、排便困難に陥らないよう、さらには重篤なイレウス予防に留意して対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的に週の入浴予定表は決めているが、日々の状況に応じて適宜変更し、希望、安全、方法等工夫している。入浴を好まない場合は無理をせず、誘導方法を話し合い、背景に何かあるのか、見い出す努力を重ねながら、実践を試みて進めている。	一人ひとりの好みと体調に合わせ、湯船・シャワー・清拭などを使い分けています。長湯の人、入浴拒否でも入ってしまえば機嫌の良い人など様々です。入浴後はワセリンで保湿をしています。入浴時に話が弾む人もいて、本音を聞いたりしています。	

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。	室内環境を季節に応じて整え（温度、湿度、換気）、居室の整理整頓に心掛けている。寝衣、寝具の調節、安楽用の様々なグッズ（安楽枕各種、テレビ、音楽等）を揃える手助けと職員の穏やかな語りかけが最重要ポイント共有し、実践に努力している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	内科および歯科的治療においては体に表れる変化を事実として客観視して結果判断に繋げている。精神科領域の場合は向精神薬が使用されることがあるので適正な使用を目指し、チェックリストを作成、主治医と定期的に検討を重ね家族への説明をきめ細かに実施。		
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、家族の助言、日々の様子から好きなこと、得意なこと、やりたいことを察知して今日のアクティビティに繋げている。メリハリのある様々な外部ボランティアの力により楽しく、気分転換に繋がっている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	近所の散歩や近くの外出等は職員が同行している。コンビニ、スーパーへ買い物行くとか、利用者の希望によっては家族に協力を求めて実現する等、工夫している。超高齢、重度化する実態の中で外出支援の意味を考えながら、模索を続けている。	外出可能な人は、職員とコンビニエンスストアで買い物をしたり、家族と外出しています。高齢化や重度化で外出が困難な利用者には、行事の中で様々なボランティアや、保育園児・実習生などの訪問者と接することによって、外の空気を感じてもらっています。	
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。	家族の支援を受け、お金を所持している利用者あり、散歩時、外出時にコンビニや、スーパー等で買い物を楽しんでいる。また、ホームのバザーでは利用者それぞれに小遣いを用意し、利用者の買い物時間を定め、自由に買い物を楽しむイベントにしている。		

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。	電話を希望されたときは自由にかけている（家族が望んでいない場合は親身に向き合い、利用者の気持ちに向き合う）。自由に手紙を書かれる利用者にはエールを送りながら、手伝ったりする支援を行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	広い廊下を活用して、習字、絵画、手芸等の作品を掲示したり、皆で作った作品で季節感が出るよう工夫した内容になっている。出入り口やデイルームの生花は絶やさないう、花屋と契約している。聴覚の不自由な人に配慮して、常にマイクの活用に関心掛け、楽しくるように働きかけている。	室内は全体にゆったりとしたレイアウトです。食卓は組合せ自由なシステムで、椅子は足にテニスボールを被せ静かに移動しやすくなっています。廊下の各居室の入口は、それぞれの趣向で飾られています。居間では、利用者の状況や人間関係を観察しながら、心地よい居場所作りを工夫しています。	
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。	利用者のADLの変化を受け、テーブルの配置、座席を検討し、話し合いを重ねながら必要時変更している。時にイベントに合わせて、デイルームの利用者個々の位置を変えて利用者の反応を見ることもある。居心地の良さを大切に居室、デイルームを往来している。		
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。	利用者、家族が望む、入居時の物の持込みは自由としている。その後も何を補充するかもそれぞれの意向を大切に家族に協力を戴いている。テレビ、時計、書籍類、飾り物など、その人らしい雰囲気です「ここは私の部屋」を表現している。	居室は本人と家族の希望のものが置かれ「私の部屋」になっています。毎日の掃除、1日3回の換気、5回の消毒スプレーなど清潔管理は徹底しています。ベッドやカーテンは大半が前居住者から引き継いでいます。寝具類は家族の了承を得てリースにしています。	
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。	家族の希望を取り入れ、居室の名前表示、トイレ表示等、見やすくわかりやすいよう工夫を続けている。反面、行事の写真等は望まない家族へ配慮して廊下の展示等は行っていない（ひとり写真のみは家族にプレゼントしている）。		

事業所名	グループホームいずみ
ユニット名	2F

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ます。 (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。	介護理念は平成21年、利用者、家族、職員と意見をまとめ、事業所の介護理念を作成、見直しを重ね、それを生かして、毎月の介護目標を職員交代で立て、毎朝唱和している。さらにバリエーションの「ケアの基本的態度」も重要な位置づけとして研鑽している。		
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。	第2平作福祉運営会議、町内会総会、防災訓練、平作カフェ、保育園との交流（保育園の行事に参加、園児の訪問を受け交流等）ホームのバザー、餅つき、コンサート（年2回程度）等、さらにごみ収集や資源回収の協力や配慮等、年々交流が深まっている。		
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。	事業者は神奈川県認知症介護指導者を拝命し、関係機関からの依頼や要望に対応。（県主催の研修、多方面の依頼、認知症サポーター養成講座等）。平作カフェも6年目を迎え、町内の他の活動に発展している（町内会の旅行に参加、ボランティア等に参加）。		
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。	2か月毎の事業報告（利用者、職員の動向、行事等）と業務検討等、幅広い委員（行政、町内、家族、包括、民生委員、大学関係者、地域有志等）の方々の知見が生かされて運営している。毎回、身体拘束適正化委員会も同時に実施している。		
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取り組んでいる。	委員に町内会長の参加を戴いており、町内の様々な行事に参加している。さらにホームの行事（チャリティバザー、コンサート、餅つき等）以外にも町内の方々の自由な来所が出始めている。平作カフェでは「認知症」にスポットを当てた研修を実施している。		

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
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。	玄関の施錠はホーム開設以来、日中は開放の方針で運営している。面会時間も家族の希望中心で、24時間自由である。また、看取り時は宿泊される家族もいる。この研修は必須で昨年は全体研修で実施。市、県主催で学んだ者は伝達研修を実施し、日常ケアにおいて身体拘束禁止意識を共有している。		
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。	虐待はホーム内外の必須研修として実施しており、朝のミニカンファレンスで小さな変化に目を向ける努力や、定例カンファレンスで毎回振り返り、ことの重要性の認識を互いに深め、予防に努めている。		
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。	利用者の超高齢化とホーム利用年数の延長、重度化により、この20年で利用者の背景は様変わりしている。利用者の希望を中心に、日中は臥床、デイルーム時間を適正に見守りながら「持っている力を最大限に生かす」支援に努力している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居前の見学時から始まり、契約時や変更時（法令によるもの、ホーム側によるもの）は利用者、家族に口頭、書面（家族便り等）等で説明に努力している。利用者の変化によっては面談重視で親族まとめて実施する等、誤解、意見の相違が生じないように努力。		
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。	年2回の家族会での意見交換や苦情窓口の案内表示、ご意見箱等を用意している。定期的なケアプランの説明時も大切な意見交換の場と位置づけている。面会時は様々な心身両面の変化について家族と語り合うよう努力している。		

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
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。	年間の事業計画、経営実績は職員に報告し、意見を計っている。毎年6月の決算期の結果も伝え、去年は少額ながら初めて、職員個々に黒字配分を実施できた。毎月定例の管理者会議や職員カンファレンスでも経営に関する意見や処遇改善費の配分等決定している。		
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。	有給休暇は100%取得、資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらにキャリアパス、介護に必要スキルのチェックリストの活用と共に、日々の勤務実績を客観的に判断して給与年度配分に反映。		
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。	資格取得支援（初任者研修、実務者研修、基礎研修、実践者研修、バリデーション研修等）の強化。さらに毎年職員のホーム内研修の充実を図り、外部講師を適宜導入している。日々のミーティングやカンファレンスで活発に意見交換できる体制を作っている。		
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。	上記13以外に、市のグループホーム協議会の研修、グループホーム間の実践交流研修、エリア毎のブロック交流等互いに交流を深め学び合っている。必要に応じて経営者の意見交換会も有志間で実施している。ホーム主催の研修に他ホームからの参加も多く交流の場となっている。		
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。	入居前の事前訪問で利用者の生活状況の把握に努め、本人、家族と心を繋ぎ、入居後の急激な生活変化の緩和に配慮している。「自由に、ありのままに」をモットーに不安、要望により添い、概ね1か月後、家族面談し、入居後の変化、対応をケアプランに反映。		

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。	利用開始前～開始後も家族の思い、不安や、葛藤、抱える課題等に深く傾聴し、受け止める努力をしている。家族、介護側双方より必要性に応じて面談を重ねるが、常に利用者中心目線で「あたたかい家族間の絆の深まり」を大切にしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	相談時、利用者、家族の意向を良く聴き、今何が課題か、何を求めているか等の見極めに努め、話し合っている。ことに経済的な負担の大きさを重視し、これからの経済的負担は大丈夫かの確認や命のかたち等、利用者、家族の状況に耳を傾けている。		
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。	老いを受け入れて生きる姿に敬意を表し、人生の大先輩の毅然として生きる姿勢、介護側に向けられる利用者の笑顔、姿、励ましの言葉に支えられ、日々業務に励んでいる。利用者間の様々な日常関係も「当たり前」の社会の姿と捉え鷹揚に接している。		
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。	家族会、毎月の行事通信等を通して、利用者中心ケアの相互理解に努めている。誕生日は家族の日程に合わせ、居室で実施している。ことにターミナル期は「家族で送る大切な時間」を共有し、悔いの無い日々を支援し、介護側も深く学んでいる。		
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う、支援に努めている。	利用者、家族の希望、了解のもと、友人、知人の自由な面会を受け入れている。利用者信仰の教会関係者の定期的な祭礼訪問、かかりつけ医への家族同行受診等実施されている。また、手芸（刺し子）茶道、音楽療法、習字等、地域ボランティアで希望が継続可能。		

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。	利用者の希望、保持している力、その日の気持ちを反映して、家事作業（台所、調理、盛り付け、洗濯物、清掃等）や壁ポスター作成、行事飾り付け等、力を合わせ共同作業に励み、達成感を共有している。利用者間の不調和は当たり前姿勢と受け止めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	「最期までいずみで」という希望を受け入れており、看取りケアを当たり前として実施してきたが、看取り後、家族から、ボランティアを申し出戴き、毎週の買い物、紙芝居、運営推進委員や、様々な行事参加等、計り知れないご縁の恩恵を戴いている。		
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。	利用者個々の興味、得意なこと、関心事の把握に努め、日々の感情にも目を向けてアクティビティを取り入れている。決して無理強いせず、その日の思いを重視し、寄り添いながら進めている。利用者個々にスタッフの受け持ち制も導入し、学びに繋げている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時のアセスメントシートを基に家族の提言、医療情報、他施設情報の把握に努め面談している。馴染みの小物、家具の持込み、生活習慣の継続等、入居による環境の変化を最小限に出来るよう家族と連携し、協力を得ている。		
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。	利用者の言動に表現されている思いや苦痛の把握に努め、「今何を望み、今何をしたいのか」を察知し、傾聴しながら意味を探るよう努力している。朝のミニカンファレンスや定例カンファレンスで意見交換、共有しケアに生かすよう日々研鑽と捉え対応している。		

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
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。	利用者や家族状況、希望を中心におき、職員の日々の観察、医療情報等をADL表に生かして、朝のミニカンファ、定例カンファ、臨時カンファ等で「本人の思いや状況」にフィットしたケアを探りケアプランの作成、モニタリングに反映している。		
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。	日々の記録は「フォーカス記録法」を採用している。D・A・Rのかたちで記載し、職員の悩みや思い、苦痛も自由に表現するように努めている。職員の赤裸々な思いの表現は介護の苦痛の克服やスキルアップには重要と位置づけ実践に繋げるよう努力している。		
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。	利用者の希望は「個別性」が当たり前であるがそれに少しでも対応するために職員の個性、特技を生かすように努めている。介護側の個別スキルに注目：レク、おやつ作り、高齢者食調理の特性、介護用品の手作り、優れた介護技能等、チームで共有し輝きがある。		
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。	可能な限り、町内行事や学校行事、保育園行事にも参加し、楽しんでいる。ホーム内の行事（コンサート、バザー時の中学生吹奏楽部の演奏、餅つき等）には地域住民の参加が年々多く、茶道、音楽療法、絵画、習字、紙芝居等のボランティア参加も多く感謝。		
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。	ホーム提携訪問診療医（内科、精神科、歯科）を決めているが、内科は24時間対応である。利用者、家族希望でかかりつけ医の継続も可能である。個別のかかりつけ医は家族同行だが、必要時は職員が同行している。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中であらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	医療連携看護師を常勤（非常勤も1名）で配置し、職員からの24時間報告、相談体制を整えている。24時間ホーム内の看護師から医療機関に連絡し、必要時、医師、看護師の往診を受けている。又、ホーム内看護師判断で緊急搬送も実施している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	初診より、担当医と面談し、診断、経過等の説明を家族と共に受け、早期退院と退院後の受け入れを伝えている。入院時は「介護サマリー」で利用者の日常生活の実際を伝え、担当看護師と連携を密にし、入院による戸惑いの緩和に努力している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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。	入居時よりホームの「最期までみるケア」を説明し、希望者からは同意を得ている。「看取りケアの指針」をもとに頻回に家族面接を反復し、「家族で送る看取り」になるよう支援を工夫している。その関わりから職員も多くを学んでいる。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	「緊急時の対応」は毎年、職員全員、必須研修として学んでいる。さらに新人等研修で前段階レベルは押さえている。利用者個々の「起こりやすい緊急時は・・・」をおさえ、日々のケアで防止すべく注意点や具体的な支援を共有し早期対応、悪化予防に努めている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	防災訓練は年2回を義務化し、毎月11日を防災を考える日と位置づけ、食事スタイルと避難誘導を復習している。毎年、町内会の防災訓練に参加、連携を強めている。自然災害では今年度の家族会で「この地域の自然災害の安全度」を説明頂きそれを生かしていく。		

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。	当ホームの介護理念に基づき、「人格の尊厳、プライバシー保護」等の実践の具体的方法として、コミュニケーションツールとしては「バリデーション」を学び実践し成果を上げている。社会人マナーの徹底とプライバシー保護にも留意している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	利用者が主役であり、個人の力を信じ、自己決定が出来ることを大切に「待つこと」の重要性を合意している。「自由にあるがまま」をもとに起床、更衣、食事、入浴、アクティビティ等、常に利用者の意志決定を促すような言葉の進め方に努力している。		
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、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。	利用者のその日、その時の心身の変化を捉え「生きている時間は本人のものである」と深く認識し、話を良く聴く、気持ちの変化を待つ等、ゆったり対応し、どうにもならない思いにも心から誠実に付き合う努力をしている。		
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。	クローゼットの整理と共に、家族協力の下、日々の洋服選びやおしゃれが楽しめるよう配慮している。衣服や寝具の汚染時の速やかな交換や補充、ほころびのつくろい等気配りをしている。2か月毎の美容師の訪問は楽しみの一つである。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者の好みや希望、持っている力を生かし、食事の準備、盛り付けや食器洗い、食器拭き等、共に係わる場を大切にしている。メニューの希望や好みなど、会話を通して語り合う関係は家族とは異なる豊かな繋がりを深めている。		

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
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。	飲食状況、排泄状況は日々、細かく観察し、どのような形で体に表れているか意見交換しながら学び続けている。口渇も飲食希望も伝えられない精神状況の利用者の場合は介護側の専門知識と確実に実行するスキルが重要で必要時、医師と連携して対応している。		
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。	自立度に応じて、毎食後の口腔ケアを支援している。口腔の状態、義歯の状態に合わせ、速やかに歯科医に繋ぎ「高齢者は口から食べられることが何よりの喜び！」と即、駆け付ける歯科医の姿勢に感謝し、健康の元は口が基本と口腔ケアを大切にしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	トイレ誘導を第一基本にしている。今年度の目標に「おむつ」をあげ、基本から学びを深めている。利用者個々の排泄サインや誘導、適切なおむつ使用等、おむつ製品の最新の進歩に合わせた考え方や褥瘡予防に重点を置いた学習と実践に力を注ぎ学び合っている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	老いと共に変化する体の生理的な姿を学びながら、自然排便への方法として毎朝のヨーグルト、十分な水分補給、体の動きの増進、腹部マッサージ、体に合った緩下剤の使用等、排便困難に陥らないよう、さらには重篤なイレウス予防に留意して対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的に週の入浴予定表は決めているが、日々の状況に応じて適宜変更し、希望、安全、方法等工夫している。入浴を好まない場合は無理をせず、誘導方法を話し合い、背景に何かがあるのか、見い出す努力を重ねながら、実践を試みて進めている。		

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
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。	室内環境を季節に応じて整え（温度、湿度、換気）、居室の整理整頓に心掛けている。寝衣、寝具の調節、安楽用の様々なグッズ（安楽枕各種、テレビ、音楽等）を揃える手助けと職員の穏やかな語りかけが最重要ポイント共有し、実践に努力している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	内科および歯科的治療においては体に表れる変化を事実として客観視して結果判断に繋げている。精神科領域の場合は向精神薬が使用されることがあるので適正な使用を目指し、チェックリストを作成、主治医と定期的に検討を重ね家族への説明をきめ細かに実施。		
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、家族の助言、日々の様子から好きなこと、得意なこと、やりたいことを察知して今日のアクティビティに繋げている。メリハリのある様々な外部ボランティアの力により楽しく、気分転換に繋がっている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	近所の散歩や近くの外出等は職員が同行している。コンビニ、スーパーへ買い物行くとか、利用者の希望によっては家族に協力を求めて実現する等、工夫している。超高齢、重度化する実態の中で外出支援の意味を考えながら、模索を続けている。		
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。	家族の支援を受け、お金を所持している利用者あり、散歩時、外出時にコンビニや、スーパー等で買い物を楽しんでいる。また、ホームのバザーでは利用者それぞれに小遣いを用意し、利用者の買い物時間を定め、自由に買い物を楽しむイベントにしている。		

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。	電話を希望されたときは自由にかけている（家族が望んでいない場合は親身に向き合い、利用者の気持ちに向き合う）。自由に手紙を書かれる利用者にはエールを送りながら、手伝ったりする支援を行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	広い廊下を活用して、習字、絵画、手芸等の作品を掲示したり、皆で作った作品で季節感が出るよう工夫した内容になっている。出入り口やデイルームの生花は絶やさないうよう、花屋と契約している。聴覚の不自由な人に配慮して、常にマイクの活用に関心掛け、楽しめるように働きかけている。		
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。	利用者のADLの変化を受け、テーブルの配置、座席を検討し、話し合いを重ねながら必要時変更している。時にイベントに合わせて、デイルームの利用者個々の位置を変えて利用者の反応を見ることもある。居心地の良さを大切に居室、デイルームを往来している。		
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。	利用者、家族が望む、入居時の物の持込みは自由としている。その後も何を補充するかもそれぞれの意向を大切に家族に協力を戴いている。テレビ、時計、書籍類、飾り物など、その人らしい雰囲気ですべて「ここは私の部屋」を表現している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	家族の希望を取り入れ、居室の名前表示、トイレ表示等、見やすくわかりやすいよう工夫を続けている。反面、行事の写真等は望まない家族へ配慮して廊下の展示等は行っていない（ひとり写真のみは家族にプレゼントしている）。		

2019年度

目標達成計画

事業所名 グループホームいずみ

作成日：令和元年 10月 31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	7	利用者の重度化に伴う介護業務の増大	介護業務の見直しと合理化をはかる	業務の効率化 1. 清掃業務、洗濯業務の改善のため、機器を導入する。 2. 記録の効率化をはかるとともに、情報共有をより円滑に行うため、記録類を電子化する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月