

平成 30 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	1471001642	事業の開始年月日	平成19年3月1日
		指定年月日	平成19年3月1日
法人名	株式会社 アイシマ		
事業所名	グループホーム れんげ		
所在地	(244-0003)		
	横浜市戸塚区戸塚町904-2		
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30年9月15日	評価結果 市町村受理日	平成31年1月23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)】

戸塚区の閑静な住宅街なかにグループホームれんげはあります。近くに柏尾川が流れており、四季の移ろいを感じながら散歩をすることができます。れんげは開所から10年以上経っていますが、当時から働いている職員も多数おり、若手からベテランまで幅広い年齢層の職員が在籍しています。法人では職員の研修制度も充実しており、そこで得た知識や技術をご入居者様に還元できるよう日々研鑽に努めています。また、医療体制も充実しています。内科、精神科の往診のほか、訪問看護、訪問歯科、皮膚科往診、入院設備のある病院とも提携しています。さらに「看取り」に関する実績もあり、最期のときまでホームで生活することも可能です。その他、災害対策にも力を入れており、避難訓練は火災や地震、土砂災害、洪水等を想定した訓練を行っています。また、には備蓄も完備しており、炊事物の食料はご入居者様全員

【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	平成30年11月7日	評価機関 評価決定日	平成31年1月11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、戸塚駅より江ノ電バスに乗り、「長沼」バス停で下車、歩いて約13分ほどの閑静な住宅街にあります。運営法人は、横浜市泉区瀬谷区を中心に数多くの介護サービス事業所を展開する株式会社です。平成19年3月に開設し、約10年8ヶ月の運営実績がある2ユニットのグループホームです。職員同士のコミュニケーションが良く取れています。

<優れている点>

法人で教育委員会を設置し、職員の質の向上に取り組んでいます。「人材育成指針」を策定し、「職員育成プログラム」を作成して、入社年数ごとに課題をまとめ、ステップ別研修として現任者研修や中堅研修を行っています。年6回の勉強会では職員全員がレポートを提出しています。外部研修への参加もあります。また、医療連携体制加算と口腔衛生管理体制加算を取得し、医療面での体制を整えています。内科医、精神科医共、月2回往診があります。必要がある場合には皮膚科の医師も往診に来ます。眼科などの受診は職員が同行し、診察の結果などを往診医に的確に伝えています。

<工夫点>

玄関や階段、食在庫などに衛生管理チェック表を備え、掃除点検し、衛生管理に配慮しています。職員同士のチームワークが良く取れていて、管理者及び職員同士は声掛けを頻繁に行っています。職員の間で何でも話せる関係が築かれ、離職率が低く、勤続年数5年以上の職員が多くいます。

【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 れんげ
ユニット名	1階 たんぼぼ

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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="checkbox"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, 毎日ある
	<input type="checkbox"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="checkbox"/>	3, たまにある
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="checkbox"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="checkbox"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="checkbox"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="checkbox"/>	3, たまに
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, 大いに増えている
	<input type="checkbox"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="checkbox"/>	3, あまり増えていない
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="checkbox"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="checkbox"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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近づけている。	玄関、事務所内にホームの理念を掲示し、理念を共有しています。また、年間の目標を立てる際には、理念を踏まえた目標を立てるようにしています。	理念は、玄関、リビング、事務所などに掲示しています。また、特に意識して理念の実践につながる年度目標を掲げています。月に1度のカンファレンス会議で理念の振り返りを行っています。	
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。	地域の方々には運営推進会議や、町内会の催し物などで交流する場面があります。特に地域行事の際には、多くの方々から来訪して下さっています。また、散歩の時などには隣近所の方と挨拶や立ち話などしたり、近隣の方のボランティアも積極的に受け入れています。	日常の散歩、買い物など地域の人と触れ合う機会があります。地域のイベント情報は運営推進会議や地元の職員から得ています。夏まつりの神輿や獅子舞いが事業所駐車広場に来て地域の子供達と交流を深めています。フラダンス、かっぱれなど様々なボランティアの来訪があります。	
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。	家庭で介護をしている地域の方にホームを見学していただき、グループホームがどういったところかを知ることができる機会を提供しています。(ケアプラザの依頼で実施)		
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ヶ月に1回定期的に開催し、地域の方や行政の方に参加して頂いています。サービスの実施に対しての報告や、情報交換を行い、サービスの質の向上に努めています。また、会議の内容はホーム会議の際に職員にも伝達し、日ごろのケアに反映できるようにしています。	運営推進会議は年に6回開催しています。地域包括支援センター職員、後見人、時には区の高齢支援課職員が参加しています。事業所の現状報告をし、地域ケアプラザの催し物の情報などを得ています。	地域包括支援センター職員は毎回参加していますが、地域住民の参加がないようです。地域の人にも参加してもらうための働きかけが期待されます。
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。	生活保護を受給されている方も多くいるため、区役所の保護担当、高齢支援課の職員の方とは日ごろから連絡を取る機会が多くあります。また、区役所の方から入居に関する相談を受けることもあるほか、区役所が主体である介護相談員の受け入れも開始しました。	戸塚区の担当ケースワーカーとは常に連絡を取っています。戸塚区高齢者施設感染対策従事者研修や横浜市認知症高齢者グループホーム連絡会の研修に参加しています。また、横浜高齢者グループホーム連絡会戸塚・泉ブロック会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
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。	法人内で「身体拘束等適性化委員会」を発足し、ホームだけではなく、法人全体として身体拘束の予防・防止に努めています。防犯上の理由から玄関は施錠していますが、ご入居者様のご希望に応じて、その都度開錠するようにしています。	「身体拘束ゼロの手引き」「身体拘束マニュアル」を整備し、今年3月に「身体的拘束等の適正化のための指針」を作成しています。法人で身体拘束適正化委員会を立ち上げ、自己点検シート（チェックリスト）の結果について管理者と面談しています。	
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。	法人内の勉強会で身体拘束や虐待に関する研修を行なうほか、職員全員が「自己点検シート」を活用して日頃のケアを振り返り、虐待等につながる要因がないかをチェックできるようにしています。また、前出した委員会が主となり、法人が有する全施設のチェック表を集計し、留意点等を共有できるようにしています。		
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。	権利擁護に関しても研修や法人の勉強会に参加しています。また、必要に応じて保護担当や高齢支援課から情報をもろうようにしています。現在、制度を活用している方はおりませんが、ご入居者様の状況によっては制度を導入する用意はできています。		
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。	質問や疑問などを事前に解消できるよう、契約前に見学および面接をしています。また、入居を担当する部署があり、いつでも相談できるシステムになっています。また、契約時にも入居担当と管理者もしくは主任が同席し、契約書等の説明をしています。		
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。	家族会を半年に1度開催し、ご家族様と意見交換できる場をもつようにしています。また、苦情申し立て機関は、重要事項説明書やホーム玄関に公表しています。ホームの玄関には「苦情・相談ポスト」を設置し、直接申し立てにくい案件にも対応できるようにしているほか、相談等があった場合には専用のシート（用紙）を用いて、解決するまでの経緯、経過を記録しています。	玄関に「れんげからのお知らせ」と題して意見や要望を積極的に受け付けていることや、横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示しています。年2回家族会を開催し、2ヶ月に1度、「れんげ花便り」で入居者の写真や様子を伝えていきます。面会の際には必ず声かけをして要望などを聞いています。苦情処理マニュアルを整備しています。	

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。	ホームの会議や各勤務帯の引継ぎ等で職員から意見を聞く機会を設けています。ホームの会議には担当課長も同席していることから、上層部に対しても直接、意見や提案をすることができます。	管理者は、日頃から職員に話しかけ、話しやすい雰囲気づくりをしています。月1回のカンファレンス会議には法人の担当課長も出席し、職員からの意見などを聞いています。法人は「職員のための相談窓口」を開設し、チラシも掲示しています。	
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。	代表者は法人内の委員会にも出席しているほか、毎月行なわれる会議等で各ホームに関する情報収集をしています。今年からは、勤続年数に応じて表彰する制度も取り入れており、職員のモチベーションアップにもつながっています。		
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。	法人内の研修は職員の経験や資格に応じて選択できるシステムになっています。また、ホームの休憩室には外部の研修案内を掲示し、希望に応じて参加できるようにしています。なお、研修に参加できなかった職員には、ホーム会議等で伝達講習を行なっています。		
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。	横浜市のグループホーム連絡会に参加し、意見交換や情報の共有を図っています。また、法人内には22箇所のグループホームがあることから、各種研修や会議の場において、他ホームの職員等と交流できる機会も多くあります。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居を担当している部署があらかじめ情報収集を行い、それを職員に周知しています。また、入居前に面接をして、課題やニーズ等の情報を事前に整理し、ご本人様が安心して入居できるように努めています。その際には入居前の生活習慣を入居後もなるべく継続していけ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
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。	入居担当と連携し、入居前はもちろん、入居後もお家族と連絡を取り合うこともあります。これは、入居前から相談に乗っていた担当者が、ご本人様、ご家族が落ち着くまでをフォローするためです。		
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。	事前に収集した情報、面接時のヒアリング等をもとにして、入居当日までにはケアプランを作成し、入居時にご本人様およびご家族に提示しています。また、入居時には入居判定会議を行い、他のサービス利用も含め、その方にあつたサービスを検討するようにしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	アセスメントをもとにして、自身が活躍できる場面が多くもてるよう支援しています。一緒に家事をしたり、調理をしたり、食事をしたり、その方が活躍できる場面を職員も一緒に過ごせるようお手伝いしています。		
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。	ご家族が来られた際には、ご本人様の近況を伝えるようにしています。また、一人ひとり個別にお便りを作成し、ご家族に郵送しています。		
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。	入居前に近所に住んでいたご友人が会いに来たり、同じ町内だった老人会の方が敬老のお祝いを持ってきてくださったこともあります。また、電話でやり取りをしたり、手紙を書かれる方もいらっしゃいます。これまでの関係やかかわりを続けていけるよう支援しています。	散歩や買い物で馴染みの場所に行っています。入居前の友人、知人の来訪もあります。手紙や電話で連絡を取り合って交流する入居者もいます。家族の協力を得て、馴染みの美容院、病院や墓参りなど、関係継続の支援をしています。ベランダで園芸を楽しむなど趣味継続の支援もしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の相性を考慮して席を配置したり、各アクティビティに誘うようにしています。これにより、自然と会話が生まれ、ひとりの方が趣味にしていたぬり絵を他の方もやるようになったケースもあります。また、話し相手ができることで、精神面が落ち着いた方もいらっしゃいます。		
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。	サービス利用が終了された方にも（他施設、病院に移られる）必要に応じて情報提供をしています。また、ご家族と手紙でやり取りをすることもあります。		
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。	ケアプラン作成時にはヒアリングをしています。それ以外でも、日常の様子を記録に残していき、そのなかでも繰り返し聞かれる言葉や行動をニーズとして注目するようにしています。また、意思確認が困難な方でも、職員本意のケアプランにならないよう、作成時にはそのプランを立てた「根拠」とそれを実践することで得られる「効果」を文章化しています。	職員は入居時の情報をもとに、日常の様子、会話、表情などを介護記録と照らし合わせて、本人の思いや意向の把握に努めています。意思疎通の困難な利用者には家族からの情報に加え、繰り返すつぶやきや行動、仕草などから、買い物に行きたい、花を見に行きたいなどの思いを受け止め、支援へ繋がっています。	
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。	入居時の情報のほか、日々の会話の中から、生活歴、習慣、出身地、趣味、嗜好物、特技等の情報収集をしています。それを職員間で共有し、サービスに繋がられるようにしています。ご家族からも入居前の生活について聞くことも多くあります。		
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。	各勤務帯での引き継ぎでは、ご入居者様全員分、一人ひとりの状態等を申し送るようにしています。また、心身の状態等に変化があった場合には早い段階で訪問看護や主治医に報告しています。		

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。	毎月、ご入居者様のことに関して検討するケアカンファレンスを実施しています。また、ご家族には来訪時や電話等で意見を聞き、医療関係者とは定期訪問の際に意見交換をしています。ケアプランはこれらの情報を加味して作成しています。	ケアプランは、基本的に3ヶ月に1度改訂しています。介護計画作成担当者は、職員から意見を聞き、カンファレンス会議での記録を参考に前回の評価をしています。アセスメント表、モニタリングシートを作成し、新たなケアプランを作成しています。	
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。	個別にバイタルチェック、食事、水分量、排泄、入浴、日々の暮らしの様子、ご本人様の言葉、エピソード等を記録しています。また、文章では伝えるににくい、伝わりにくい事柄に関しては、記録だけではなく、申し送りやカンファレンス等の話し合いの場でも共有できるようにしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ご本人様、ご家族の状況に応じて、通院等の必要な支援には柔軟に対応しています。また、個別で外食や買い物に行くこともあります。ただし、金銭的に余裕がない方もいるため、ホームの行事でバーベキューをしたり、外出を企画するなど、ニーズ等の実現に偏りが出ないように努めています。		
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。	ハーモニカ演奏、吹奏楽、ボランティアアカット、フラダンス、踊り等の地域のボランティアさんの受け入れをしています。また、隔月で訪問する介護相談員との会話を楽しみにされている方もいらっしゃいます。		
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。	内科・精神科の往診医がありますが、どちらを主治医にするかはご本人様およびご家族が選ぶことができます。また、訪問歯科、皮膚科等の往診を受けることもできます。その他、入居前にかかっていた病院への受診対応もしています。	内科医と精神科医が月2回ずつ往診に来ています。皮膚科医は、必要に応じて往診に来ます。歯科医も往診に来ています。他科への受診が必要な場合は職員が同行し、診察結果などを往診医に的確に伝えていきます。薬剤師の訪問も月2回あります。	

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。	訪問看護師とは24時間連絡、相談ができるようになっています。また、連絡ノートを通じてホーム、医師、看護で情報交換しているほか、ホーム側では判断できない医療的な事柄も、看護を通じて主治医に連絡するなど、ご本人様の状態をより確実に医師に繋げることができるシステムになっています。その他、居宅療養管理指導で薬剤師が訪問することから、薬に関する相談体制も整っています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院された時には病院側と連絡をとって、今の状態、退院の予定等の把握に努めています。また、顔なじみの関係が途切れないよう面会にも行くようにしています。ご本人様の状態が落ち着いた際には、可能な限り早期に退院出来る体制を整えADLが低下しないように心がけています。		
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、事業所です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。	ターミナルケアが見込まれる場合には、医師からご家族へ説明をしています。数ある選択肢の中からホームでの看取りを希望された場合には、それについても医師から細かく説明し、話し合いの場にはホーム職員も同席しています。また、急変時の対応（延命等）について予めご入居者様、ご家族から確認をとっています。	入居時に終末期医療の対応について説明していますが、必要に応じ何度も利用者、家族の意向を確認しています。看取りの際は医療関係者や職員、家族と連携して看取り計画書を作成し、最善の支援に取り組んでいます。看取りの経験もあり、その都度研修を実施、法人勉強会もしています。	
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。	年2回、消防署の指導の下、心肺蘇生法や応急手当、搬送法等の訓練をしています。また、緊急時に混乱しないよう事故発生時の連絡手順等を記載したフローチャートを事務所内に掲示し、緊急の際にはそれに準じて行動しています。その他、万が一、ご入居者様がホームから出て行った場合に備えて、行方不明時の手順も定めています。		
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。	年2回、消防訓練（避難訓練）を実施しています。その他、年1回、土砂・洪水に関する避難訓練も実施しています。土砂・洪水については避難確保計画を作成し、各警報に準じた避難方法を決めています。訓練には地域の方に参加いただくほか、隣接するグループホームと合同で実施し、災害時には互いのホームを助け合えるようにしています。また、ホームには食料や水を備蓄しています。その他にも提携している薬局では薬のストックもしています。	夜間を想定した年2回の消防訓練のほか、風水害対策の訓練もしており、各種警報により避難方法を設定しています。訓練は隣接するグループホームと合同で行い、近隣にはピラ配りなどで参加を呼び掛けています。非常用品は食料、飲料水が3日分、ランタン、ヘルメット、コンロなどのリストを作成し管理しています。常備薬の予備もあります。	

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
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。	排泄や入浴など、同性職員の介助が望ましい場合にはそのように対応しています。また、プライバシーに関わることや周囲への配慮が必要な事柄に関しては、居室で対応しています。職員は相手が“どう思うか”ということを含頭において行動するようにしています。	玄関に「個人情報について」「個人情報の第三者への開示について」などを掲示しています。「個人情報保護マニュアル」「個人情報使用同意書」を整備しています。また、法人勉強会で研修をしています。管理者は、自立している入居者への排泄についての問い合わせ方なども職員に指導しています。	
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。	何事にも意思確認をしています。その方の状態に合わせて、筆談を用いたり、ジェスチャーを交えて、その方のニーズの把握に努めています。		
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。	ご本人様のペースで生活出来るように心掛けています。掃除の手伝いをしてくださる方、洗濯物をたたむ方、ぬり絵や習字をされる方、食器洗いをされる方、TVを見られる方、様々ですが、ご自身が望んだ好きなことをして頂き、希望があれば実現できるように取り組んでいます。また、興味のあるような事柄にお誘いすることにより、新たな展開がもてるようにもしています。		
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。	入居前に着ていた衣類等を持ってきていただき、ご自身で選んで着ていただくようにしています。また、洋服に興味がある方には女性職員が買い物に付き添い、一緒に洋服を選ぶなどしています。		
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。	ご入居者様は、野菜の下処理、食器洗い、食器拭き等々に参加されています。これ等は強制しておらず、それぞれが出来ること、やりたいことを自発的にされています。職員は、ご入居者様がこういったことに興味を持てるよう関わっています。また、季節によっては“らっきょう”や“梅干”をみんなで作って漬けて、“作る喜び”を感じていただけるようにしています。	食材は法人に委託し、献立、調理は職員がしています。調理形態などについて訪問歯科医のアドバイスがあります。利用者は下ごしらえや、食器洗いなど出来ることを手伝っています。誕生日の希望の夕食や、イベントのバーベキュー、流しそうめんはいつも以上の食欲で盛り上がっています。手作りおやつホットケーキ、タコ焼き器で作るスイーツも喜ばれています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事・水分量はその都度記録に残しています。職員はそれを基にして過不足への対応をしています。水分量が少ない場合には、その方が好む飲み物を提供し、食事量が少なくなるときは好物を提供することもあります。また、食事・水分量が減少している場合には訪問看護、主治医に報告し、対応にあたっています。		
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。	週に1回、訪問歯科による往診があります。嚥下に不安がある場合には、嚥下検査を受けることができ、食事形態やトロミ剤に関するアドバイス、指導も受けています。また、口腔ケアに関するアドバイス（助言）もいただいております。それをもとに毎月計画書を作成して適切な口腔ケアが成されるようにしています。		
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。	排泄表をつけることで、排泄パターンの把握に努めています。その表をもとにしてトイレ誘導をすることで、日中は尿パットを使わない方もいらっしゃいます。また、異食がある方には布オムツを使用するなど、その方の状態にあわせた対応をしています。	排泄チェック表を作成し、24時間記録しています。記録を参考に、排泄パターンを予測して声をかけ、トイレに誘導しています。その結果、紙パンツから布パンツに改善した入居者もいます。職員は食事時間中に重ならないよう注意しています。	
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。	便秘がちな方には便秘に効果があるという「オリゴ糖」を提供したり、ヨーグルトや牛乳など、お通じの状況に応じて提供する飲み物を変えています。薬が必要な場合でも、便の形状や回数を主治医に報告し、服薬の量や薬剤を調整することにより、薬による不快感を減らせるよう取り組んでいます。		
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。	基本的な入浴日は決まっていますが、ご本人様の希望や体調に応じて変更しています。また、皮膚疾患や水虫などがある方には足浴を毎日実施しています。その他、同性介助を望まれる方にはそのように対応し、リラックスして入浴することができるようにしています。	浴室は、浴槽の両サイドに空間があり2人介助ができるようになっております。入浴は基本的に一日おきですが、本人の体調、要望に合わせて大切に、同性介助にも配慮しています。皮膚疾患などは症状に応じて毎日足浴をしています。季節のゆず湯、菖蒲湯などで楽しんでいます。	

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。	これまでの生活習慣を尊重し、特に消灯時間は設けず、眠くなったときに寝てもらおうようにしています。また、疲れていたり眠そうであったら休息を促しています。その他、室温や明るさも考慮するなど、個別の対応を重視しています。		
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。	ご入居者様が飲んでる薬の説明書を個別ファイルに保管し、職員がいつでも確認できるようにしています。薬の変更や追加があった場合にはその効能も含め、職員に伝達しています。また、誤薬を防ぐため、4重のチェック体制をとり、安全に服薬ができるよう取り組んでいます。		
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。	「昔からやってたからやるよ」と食器洗いをされる男性がいたり、職員が洗濯物をもっていると、「私が干すよ」と手伝って下さる女性もいます。そういった場面を増やしていくことにより、一人ひとりが「主役」になれる場面を演出していけるよう支援しています。		
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。	散歩や野菜の収穫等で外に出ることは日常的にあります。それ以外でも、弊社が所有するレストランへ外食に出掛けたり、同所で開催される音楽療法に参加することもあります。また、外出には送迎車を手配しています。なお、送迎車は福祉車両のため、車椅子の方でも乗車することができます。	車いすの人も一緒に施設周辺や柏尾川沿いを散歩しています。入居者は畑で、ナス、キュウリ、トマトなどを収穫しています。希望の買い物や全員での外食にも出かけています。音楽療法も楽しんでいます。隣接の事業所と合同で大船フラワーセンターに出かけることもあります。	
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。	金銭はこちらで管理していますが、ご入居者様より希望があれば一緒に買い物に行き、支払いの際にはご本人様にお金を払っていただくなどの工夫をしています。		

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
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。	電話は希望時いつでも使えるようになっています。また、手紙のやり取りをされている方、年賀状を書かれる方もいらっしゃいます。筆記が困難な方には職員が代筆するなど、これまでのつながりが途切れないよう支援しています。		
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。	四季を感じられる掲示物や草花等を飾るようにしています。共用空間にはエアコンのほか床暖房も完備しており、快適な室温を保つことができます。また、窓が大きいので、室内にいても日差しや風を感じることもできます。その他、リビングと台所の境がないため、調理の音、匂いを感じることもできます。	食堂、リビング、居室は終日陽が差しとても明るい環境です。広いリビングにはソファやテーブル、テレビが置かれ、くつろげる空間です。壁に季節のもみじやイチョウの切り絵、行事の写真が飾られています。快適な室温、湿度を保ち、席替えにも配慮しています。玄関前には歩行練習のスペースもあります。	
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。	テーブル席は互いの相性を考慮して席を配置しているため、自然と会話も弾みます。テレビの前には大型のソファを配置し、そこで休まれる方もいれば、台所前に座って職員と談笑される方もいます。椅子の数も多いので、その時々気分（行動）に合わせて場所を移動して過ごされることもあります。		
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。	居室に関しては、ご本人様、ご家族にお任せしています。また、入居時には慣れ親しんだ家具や日用品を持参していただくよう勧めています。好きな写真を飾っている方、ご自身の自画像を飾っている方、神棚を置いている方、皆さん、個性の溢れる居室となっています。	居室はエアコン、クローゼット、照明が備え付けです。使い慣れた家具や椅子、思い出の写真など好みの物を飾っています。ベランダで鉢植えを楽しむ入居者もいます。畳の部屋もあり布団や座椅子を置き、個性豊かに、居心地よい暮らしを楽しんでいます。衣替えなどは家族と一緒にしています。	
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。	屋内は全面バリアフリーです。浴室、トイレ、廊下等には手すりが設置しており、安全に移動することができます。また、慣れるまでは居室に表札をつけるようにしています。リビングや廊下は車椅子の方でも安全に移動できるスペースがあるほか、屋内のドアはすべて引き戸になっているため、車椅子の方でも開閉できるようになっています。		

事業所名	グループホーム れんげ
ユニット名	2階 こすもす

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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいの
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, 毎日ある
	<input type="checkbox"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="checkbox"/>	3. たまにある
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="checkbox"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="checkbox"/>	3. 家族の1/3くらいと
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="checkbox"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="checkbox"/>	3. たまに
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, 大いに増えている
	<input type="checkbox"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="checkbox"/>	3. あまり増えていない
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="checkbox"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 職員の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="checkbox"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="checkbox"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	3. 家族等の1/3くらいが
	<input type="checkbox"/>	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、事務所内にホームの理念を掲示し、理念を共有しています。また、年間の目標を立てる際には、理念を踏まえた目標を立てるようにしています。		
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。	地域の方々には運営推進会議や、町内会の催し物などで交流する場面があります。特に地域行事の際には、多くの方々が来訪して下さっています。また、散歩の時などには隣近所の方と挨拶や立ち話などしたり、近隣の方のボランティアも積極的に受け入れています。		
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。	家庭で介護をしている地域の方にホームを見学していただき、グループホームがどういったところかを知ることができる機会を提供しています。（ケアプラザの依頼で実施）		
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ヶ月に1回定期的に開催し、地域の方や行政の方に参加して頂いています。サービスの実施に対しての報告や、情報交換を行い、サービスの質の向上に努めています。また、会議の内容はホーム会議の際に職員にも伝達し、日ごろのケアに反映できるようにしています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	生活保護を受給されている方も多くいるため、区役所の保護担当、高齢支援課の職員の方とは日ごろから連絡を取る機会が多くあります。また、区役所の方から入居に関する相談を受けることもあるほか、区役所が主体である介護相談員の受け入れも開始しました。		

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
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。	法人内で「身体拘束等適性化委員会」を発足し、ホームだけではなく、法人全体として身体拘束の予防・防止に努めています。防犯上の理由から玄関は施錠していますが、ご入居者様のご希望に応じて、その都度開錠するようにしています。		
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。	法人内の勉強会で身体拘束や虐待に関する研修を行なうほか、職員全員が「自己点検シート」を活用して日頃のケアを振り返り、虐待等につながる要因がないかをチェックできるようにしています。また、前出した委員会が主となり、法人が有する全施設のチェック表を集計し、留意点等を共有できるようにしています。		
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。	権利擁護に関しても研修や法人の勉強会に参加しています。また、必要に応じて保護担当や高齢支援課から情報をももらうようにしています。現在、制度を活用している方はおりませんが、ご入居者様の状況によっては制度を導入する用意はできています。		
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。	質問や疑問などを事前に解消できるよう、契約前に見学および面接をしています。また、入居を担当する部署があり、いつでも相談できるシステムになっています。また、契約時にも入居担当と管理者もしくは主任が同席し、契約書等の説明をしています。		
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。	家族会を半年に1度開催し、ご家族と意見交換できる場をもつようにしています。また、苦情申し立て機関は、重要事項説明書やホーム玄関に公表しています。ホームの玄関には「苦情・相談ポスト」を設置し、直接申し立てにくい案件にも対応できるようにしているほか、相談等があった場合には専用のシート（用紙）を用いて、解決するまでの経緯、経過を記録しています。		

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。	ホームの会議や各勤務帯の引継ぎ等で職員から意見を聞く機会を設けています。ホームの会議には担当課長も同席していることから、上層部に対しても直接、意見や提案をすることができます。		
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。	代表者は法人内の委員会にも出席しているほか、毎月行なわれる会議等で各ホームに関する情報収集をしています。今年からは、勤続年数に応じて表彰する制度も取り入れており、職員のモチベーションアップにもつながっています。		
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。	法人内の研修は職員の経験や資格に応じて選択できるシステムになっています。また、ホームの休憩室には外部の研修案内を掲示し、希望に応じて参加できるようにしています。なお、研修に参加できなかった職員には、ホーム会議等で伝達講習を行なっています。		
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。	横浜市のグループホーム連絡会に参加し、意見交換や情報の共有を図っています。また、法人内には22箇所のグループホームがあることから、各種研修や会議の場において、他ホームの職員等と交流できる機会も多くあります。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居を担当している部署があらかじめ情報収集を行い、それを職員に周知しています。また、入居前に面接をして、課題やニーズ等の情報を事前に整理し、ご本人様が安心して入居できるように努めています。その際には入居前の生活習慣を入居後もなるべく継続していけ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
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。	入居担当と連携し、入居前はもちろん、入居後もご家族と連絡を取り合うこともあります。これは、入居前から相談に乗っていた担当者が、ご本人様、ご家族が落ち着くまでをフォローするためです。		
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。	事前に収集した情報、面接時のヒアリング等をもとにして、入居当日までにはケアプランを作成し、入居時にご本人様およびご家族に提示しています。また、入居時には入居判定会議を行い、他のサービス利用も含め、その方にあったサービスを検討するようにしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	アセスメントをもとにして、自身が活躍できる場面が多くもてるよう支援しています。一緒に家事をしたり、調理をしたり、食事をしたり、その方が活躍できる場면을職員も一緒に過ごせるようお手伝いしています。		
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。	ご家族が来られた際には、ご本人様の近況を伝えるようにしています。また、一人ひとり個別にお便りを作成し、ご家族に郵送しています。		
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。	入居以前に入っていた施設の関係者がご本人様に合いに来たり、別の施設で生活しているご家族と対面できるよう、施設間でコンタクトを取り、面会のセッティングをすることもあります。		

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
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。	個々の相性を考慮して席を配置しています。これにより、自然と会話が生まれるようになっています。また、人間関係に変化が生じた場合には席替えも行なっています。		
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。	サービス利用が終了された方にも（施設、病院に移られる）必要に応じて情報提供をしています。また、ご家族と手紙でやり取りをすることもあります。		
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。	夜間帯など、1対1でお話しする機会を設け、一人ひとりのご希望をお聞きするようにしています。また、入浴時などリラックスして話ができる状況では、より話を聞く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。	入居時の情報のほか、日々の会話の中から、生活歴、習慣、出身地、趣味、嗜好物、特技等の情報収集をしています。それを職員間で共有し、サービスに繋げられるようにしています。ご家族からも入居前の生活について聞くことも多くあります。		
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。	各勤務帯での引き継ぎでは、ご入居者様全員分、一人ひとりの状態等を申し送るようにしています。また、心身の状態等に変化があった場合には早い段階で訪問看護や主治医に報告しています。		

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。	毎月、ご入居者様のことに関して検討するケアカンファレンスを実施しています。また、ご家族には来訪時や電話等で意見を聞き、医療関係者とは定期訪問の際に意見交換をしています。ケアプランはこれらの情報を加味して作成しています。		
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。	個別にバイタルチェック、食事、水分量、排泄、入浴、日々の暮らしの様子、ご本人様の言葉、エピソード等を記録しています。また、文章では伝えにくい、伝わりにくい事柄に関しては、記録だけではなく、申し送りやカンファレンス等の話し合いの場でも共有できるようにしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ご本人様、ご家族の状況に応じて、通院等の必要な支援には柔軟に対応しています。また、個別で外食や買い物に行くこともあります。ただし、金銭的に余裕がない方もいるため、ホームの行事でバーベキューをしたり、外出を企画するなど、ニーズ等の実現に偏りが出ないように努めています。		
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。	ハーモニカ演奏、吹奏楽、ボランティアアカット、フラダンス、踊り等の地域のボランティアさんの受け入れをしています。また、隔月で訪問する介護相談員との会話を楽しみにされている方もいらっしゃいます。		
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。	内科・精神科の往診医がありますが、どちらを主治医にするかはご本人様およびご家族が選ぶことができます。また、訪問歯科、皮膚科等の往診を受けることもできます。その他、入居前にかかっていた病院への受診対応もしています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	訪問看護師には24時間連絡、相談ができるようになっています。また、連絡ノートを通じてホーム、医師、看護で情報交換しているほか、ホーム側では判断できない医療的な事柄も、看護を通じて主治医に連絡するなど、ご本人様の状態をより確実に医師に繋げることができるシステムになっています。その他、居宅療養管理指導で薬剤師が訪問することから、薬に関する相談体制も整っています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院された時には病院側と連絡をとって、今の状態、退院の予定等の把握に努めています。また、顔なじみの関係が途切れないよう面会にも行くようにしています。病院側と協議を重ね、早期の内に退院してホームで受け入れたケースもあります。		
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。	ターミナルケアが見込まれる場合には、医師からご家族へ説明をしています。数ある選択肢の中からホームでの看取りを希望された場合には、それについても医師から細かく説明し、話し合いの場にはホーム職員も同席しています。また、急変時の対応（延命等）について予めご入居者様、ご家族から確認をとっています。		
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。	年2回、消防署の指導の下、心肺蘇生法や応急手当、搬送法等の訓練をしています。また、緊急時に混乱しないよう事故発生時の連絡手順等を記載したフローチャートを事務所内に掲示し、緊急の際にはそれに準じて行動しています。その他、万が一、ご入居者様がホームから出て行った場合に備えて、行方不明時の手順も定めています。		
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。	年2回、消防訓練（避難訓練）を実施しています。その他、年1回、土砂・洪水に関する避難訓練も実施しています。土砂・洪水については避難確保計画を作成し、各警報に準じた避難方法を決めています。訓練には地域の方に参加いただくほか、隣接するグループホームと合同で実施し、災害時には互いのホームを助け合えるようにしています。また、ホームには食料や水を備蓄しています。その他にも提携している薬局では薬のストックもしています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	排泄や入浴など、同性職員の介助が望ましい場合にはそのように対応しています。また、プライバシーに関わることや周囲への配慮が必要な事柄に関しては、居室で対応しています。ご本人様に向けての言葉は周囲にも聞こえているということを意識して対応に当たっています。		
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。	何事にも意思確認をしていき、声掛けには選択肢を設けるなどして、判断力が低下している方でも自己決定しやすいよう取り組んでいます。また、各勤務帯の引継ぎの時間を長く取り、ご入居者様の細かな変化に関しても情報交換をしています。その変化を職員が汲み取ることにより、自己表現の乏しい方に対しても、こちらからアプローチしていくことで、自己決定に結びつけるように努めています。		
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。	起床時間や消灯時間は特に設けておらず、ご本人様のペースに合わせるようにしています。その他、食事や入浴等もそのときの希望に応じて時間帯をずらす（変更）することもあります。（テレビを見たいから入浴時間をあとにずらす等々。）		
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。	買い物に行って新しい洋服を購入したり、化粧品を購入される方もいらっしゃいます。また、ホームのお祭りの時には浴衣を着たり、ひな祭りの行事では全員（女性）が化粧をするなど、その時々々のシチュエーションに合わせて“おしゃれ”を楽しむことができますよう支援しています。		
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。	食器拭きを日課にされている方がいるほか、季節によっては“らっきょう”や“梅干”をみんなで漬けることもあります。既製品を購入するだけでは得られない、作る過程や自分たちで作ったものを食べる喜びを感じていただけ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
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。	食事・水分量はその都度記録に残していません。職員はそれを基にして過不足への対応をしています。水分量が少ない場合には、その方が好む飲み物を提供し、食事量が少なくなるときには好物を提供することもあります。また、食事・水分量が減少している場合には訪問看護、主治医に報告し、対応にあたっています。		
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。	週に1回、訪問歯科による往診があります。嚥下に不安がある場合には、嚥下検査を受けることができ、食事形態やトロミ剤に関するアドバイス、指導も受けています。また、口腔ケアに関するアドバイス（助言）もいただいております。それをもとに毎月計画書を作成して適切な口腔ケアが成されるようにしています。		
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。	排泄表をつけることで、排泄パターンの把握に努めています。その表をもとにトイレ誘導をすることで、なるべくトイレで排泄することができるよう取り組んでいます。		
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ます。	便秘がちな方には便秘に効果があるというヨーグルトや牛乳など、お通じの状況に応じて提供する飲み物を変えています。薬が必要な場合でも、便の形状や回数を主治医に報告し、服薬の量や薬剤を調整することにより、薬による不快感を減らせるよう取り組んでいます。		
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。	基本的な入浴日は決まっていますが、ご本人様の希望や体調に応じて変更しています。また、皮膚疾患や水虫などがある方には足浴を毎日実地しています。その他、同性介助を望まれる方にはそのように対応し、リラックスして入浴することが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。	これまでの生活習慣を尊重し、特に消灯時間は設けず、眠くなったときに寝てもらおうようにしています。また、疲れていたり眠そうであったら休息を促しています。その他、室温や明るさも考慮するなど、個別の対応を重視しています。		
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。	ご入居様が飲んでいる薬の説明書を個別ファイルに保管し、職員がいつでも確認できるようにしています。薬の変更や追加があった場合にはその効能も含め、職員に伝達しています。また、誤薬を防ぐため、4重のチェック体制をとり、安全に服薬ができるよう取り組んでいます。		
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。	居室のベランダで植物を育てている方、部屋に花を飾っている方、編み物に没頭する方、というように趣味を楽しまれたり、入居以前からの習慣を入居後も継続されている方もいらっしゃいます。(毎日、栄養ドリンクを飲む等々。)		
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。	散歩や野菜の収穫等で外に出ることは日常的にあります。それ以外でも、弊社が所有するレストランへ外食に出掛けたり、同所で開催される音楽療法に参加することもあります。また、外出には送迎車を手配しています。なお、送迎車は福祉車両のため、車椅子の方でも乗車することができます。		
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。	金銭はこちらで管理していますが、ご入居様より希望があれば一緒に買い物に行き、支払いの際にはご本人様にお金を払っていただくなどの工夫をしています。		

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
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。	電話は希望時いつでも使えるようになっています。また、ご家族から電話があった際にはご本人様に取り次ぐようにしています。		
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。	四季を感じられる掲示物や草花等を飾るようにしています。共用空間にはエアコンのほか床暖房も完備しており、快適な室温を保つことができます。また、窓が大きいため、室内にいても日差しや風を感じることができます。その他、リビングと台所の境がないため、調理の音、匂いを感じることもできます。		
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。	テーブル席は互いの相性を考慮して席を配置しているため、自然と会話も弾みます。テレビの前には大型のソファを配置し、そこで休まれる方もいれば、台所前に座って職員と談笑される方もいます。椅子の数も多いため、その時々気分（行動）に合わせて場所を移動して過ごされることもあります。		
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。	居室に関しては、ご本人様、ご家族にお任せしています。また、入居時には慣れ親しんだ家具や日用品を持参していただくよう勧めています。皆さん、写真や絵を飾るなどして、ご自身の好みに合わせた部屋作りをされています。		
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。	屋内は全面バリアフリーです。浴室、トイレ、廊下等には手すりが設置しており、安全に移動することができます。また、慣れるまでは居室に表札をつけるようにしています。リビングや廊下は車椅子の方でも安全に移動できるスペースがあるほか、屋内のドアはすべて引き戸になっているため、車椅子の方でも開閉できるようになっています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム れんげ

作成日： 平成 31年 1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	4	運営推進会議の参加メンバーに関して、地域包括支援センターの職員は毎回参加しているが、地域住民の参加がない。	運営推進会議の参加メンバーを増やす。 (地域住民 等々。)	地域包括支援センター、社会福祉協議会等の協力を仰ぎ、新規構成員の獲得を目指す。また、地域行事に参加するほか、ホームの行事等を通じて、地域住民と交流する機会を持ち、良好な関係が築くことができるよう取り組んでいく。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月