

平成28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	1495000414	事業の開始年月日	平成26年6月1日
		指定年月日	平成26年6月1日
法人名	医療法人 啓和会		
事業所名	医療法人 啓和会 グループホーム四谷上町		
所在地	(210-0828) 神奈川県川崎市川崎区四谷上町8-7		
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28年7月25日	評価結果 市町村受理日	平成28年10月31日

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)】

グループホームは通いの場ではなく生活をする場所であるため、居心地の良い場所であるべきなので、目障りな飾りつけなどをなくしシンプルな環境で過ごして頂けるよう気を配り、話しかけやすいご利用者との距離感を保ち、必要以上の介助はせず自分で出来ることを最大限活かせるような介護を目指しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年9月9日	評価機関 評価決定日	平成28年10月5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)】

事業所は川崎駅からバスで10分、バス停から3分程度の閑静な住宅街にあります。医療法人が平成26年6月に設立した定員18名のグループホームです。職員は、押し付けの介護ではなく、利用者との距離感を大切にされた支援を心がけ、日々、利用者の生活を見守っています。

<優れている点>

明るい雰囲気の中で、利用者と職員の笑顔が特徴的です。設立以来一貫してグループホームは施設ではなく、普通の家庭としての生活の場であることを、事業所運営の方針としています。事業所の理念に、職員は利用者と同じ目線で考え、行動することを掲げています。笑顔を心がけ、利用者が気軽に何でも言える雰囲気づくりを大切にしています。職員は「楽しい介護」を心がけ、心に余裕をもって利用者に接するようにしています。職員の気持ちの余裕が伝わり、利用者の安心感につながっています。何でもよい事はやってみようという職員の気持ちがあります。犬の散歩を見て喜ぶ利用者の姿から、素早くアニマルセラピーを取り入れています。

<工夫点>

医療と福祉の連携が、利用者の日々の生活の安心感につながっています。運営母体の医療法人の担当医が、利用者ごとに予約をとり、毎日事業所を往診しています。緊急時は24時間体制でいつでも法人の医師がかけつけてくれます。週に1回、看護師が健康管理のために訪問し、利用者の健康相談に応じています。

【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	医療法人 啓和会 グループホーム四谷上町
ユニット名	1階

V アウトカム項目		
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
	○	2, 利用者の2/3くらいの
		3, 利用者の1/3くらいの
		4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)		1, 毎日ある
	○	2, 数日に1回程度ある
		3, たまにある
		4, ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が
	○	2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)		1, ほぼ全ての利用者が
	○	2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
	○	3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)		1, ほぼ全ての利用者が
	○	2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ全ての家族と
	○	2, 家族の2/3くらいと
		3, 家族の1/3くらいと
		4, ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
		2, 数日に1回程度ある
		3, たまに
		4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。		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。	地域密着型サービスの意義を踏まえた基本理念と事業所単体の働く職員の心の支えになる理念を設けています。それらの理念を共有できるようになりました。	「同じ目線で考え話すこと」「相手の身になって考え行動すること」「迷ったときは、互いに笑顔になれる方を選びます」を事業所の理念に掲げ、掲示して職員に周知しています。職員は毎月のミーティングで理念の実践を振り返り、共有に努めています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会の方とは継続しておつきあいをさせていただいております。ボランティアの方とのつながりも町内会の方からお話を頂いております。グループホームで新聞紙を良く使用する事をお話しすると定期的に持って来てくださり協力をして頂いております。	地域の祭りなどの町内会の行事に参加したり、事業所の夏祭りに町内会にも参加してもらうなど、地域の人たちとの交流を図っています。定期的に訪問してくれる地域のボランティアの紙芝居や人形劇を、利用者は楽しみにしています。	
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。	入居希望をされている方に対し、どのような事で困っていてどのようなサービスが必要なのかを考えてお伝えしています。		
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カ月に一度の定期実施をしています。事業所の状況報告並びに、行っているイベントやセラピーについて写真などでご覧いただいております。そして、今後の事業所の発展のためにご家族へ定期的なセラピーの導入するかどうかなど提案をしています。	町内会長や地域包括支援センター職員、利用者家族などが参加し、2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。会議では、事業所の運営状況について説明し、地域のイベントや災害時の避難訓練等について話し合い、事業所に対する地域の理解を深めています。	
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。	福祉事務所との連絡は若干少なくなりながらも、ご利用者のトラブルで困っている時には情報協力や今後の取り組み協力をして頂いております。	利用者の半数以上が生活保護を受けている状況もあり、福祉事務所の担当職員と連携し、利用者支援に努めています。利用者の暴言など職員に対する問題行動について区職員に相談し、連携して対応した事例があります。	

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
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。	身体拘束について研修をしています。昨年と同様にドアの施錠については変わりなし。しかし職員の目が行き届いている時には空気の入替えも含め開けている時間もあります。他、ベッドにて拘束などは行っておりません。センサーマットは使用している。	身体拘束排除マニュアルを整備し、拘束をしないケアを実践しています。身体拘束に関する研修を毎年定期的に実施し、職員意識の徹底を図っています。人権チェックリストを活用し、職員一人ひとりが自身の行動を振り返り、利用者の人権擁護に努めています。	
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。	虐待について研修をしています。言葉による虐待や拘束【スピーチロック】についても説明しています。判断が難しい内容なので職員も納得がまだ出来ない方もいますが説明を続けています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるように支援している。	成年後見制度を利用しているご利用者がいらっしゃる為、現在は主任、副主任にはその方々の存在理由や必要性、関わる範囲について話しています。		
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。	契約に関しては経済的な面の心配が多くあります。その点は入念にご家族に説明をしています。契約の締結、解約についても契約書通りに説明をし納得を頂いています。		
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。	運営推進会議の場を活用してご家族からの意見を頂いたり、ご利用者からの要望・意見は都度職員に報告しています。話しやすい雰囲気作りを心がけています。	月報を郵送し、家族とのコミュニケーションを図っています。行事に参加している時の写真など、利用者ごとに編集し、家族からは本人の様子がよくわかると好評です。毎日面会に訪れる家族もいて、面会のなかで要望・意見を把握す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
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。	毎朝、申し送りを行なう中で意見や提案を受け付けています。それを毎月ミーティングの場を設けているので、その中で職員からの意見・提案をまとめて反映すべきものは反映させています。	管理者は毎月の職員ミーティングで、利用者支援やホームの運営に関する職員の意見・要望などを聞くようにしています。職員の提案を採用し、アニマルセラピーを取り入れた事例があり、利用者に変え喜ばれています。	
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。	職員個々の努力、勤務状況は管理者単位で評価を行っています。それが給与に反映するよう訴えかけはしています。		
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。	毎月、法人内研修が開かれています。事業所のうち参加できるもの1名以上参加をしてもらうよう心がけています。		
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。	管理者は他施設の管理者と交流する機会は持っています。職員同士の勉強会などについては上記の法人内研修に止まっております。		
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。	初回インテークにて本人から困っている事や不安な事の聴き取りは必ずしています。グループホームに入居する事についても納得できるようにお話します。出来る限り入居前に一度は見学に来てもらうようにしています。		

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。	ご家族にも初回インテークにて聴き取りを本人同様に行います。経済的な面から救急対応についても話し合います。		
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。	前任のケアマネージャや御家族からグループホームを勧められたとしても、何が原因でグループホームでないか生活が難しいのかを検討します。本人や御家族の希望も聴きながらも、グループホームには当てはまらないかたには他の事業所も勧めています。		
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。	ご利用者にも「役割」を持った生活が得られるよう支援しています。強制ではなく、声掛けから始めて自然と習慣になることを目的としています。職員にも理解の難しい内容ですが説明を続けています。		
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。	前年と同様、協力的なご家族とそうでない家族がいます。家族の絆を繋ぎ留め続ける事が出来ているかは分かりませんが、通院介助や定期的なマッサージは継続しています。もちろん毎日のように会いに来られるご家族もいらっしゃいます。		
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。	グループホームへ来訪されるご家族、ご友人の方々から、よく『連絡もせず訪問して良いでしょうか?』と問われますが、いつでもいらしてください。とお伝えしています。お部屋にてお菓子を一緒に召し上がり談話されているご利用者もいます。	友人が毎日のように訪れる利用者がいます。職員は利用者と友人の関係が継続するように優しく見守っています。手紙を書きたいという利用者には、職員が優しく寄り添っています。職員は、利用者が地域との接点を保てるように支援しています。	

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。	お互い性格の不一致や認知症の周辺症状によるトラブルは多々みられます。その度、解決を模索しています。席替え、職員の仲介、レクリエーションの活用で孤立せずにトラブルを最小限に減らす努力をしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約終了後の関係性は、ご家族からの連絡はほぼ途切れてしまっています。しかし、後見人から契約終了された方の情報を頂く事がございます。		
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。	1人ひとりの思いは日頃より職員からも聴き取りをしています。支援が困難で関係者からも聴き取りが難しい方に対しては、こちらからアプローチをして好きなことを探っています。好き嫌いは本人本位に検討しています。	利用者の入居時と年1回の施設サービス計画の見直し時、及び状態の変化に合わせてアセスメントを実施し、利用者ニーズを把握しています。また、日常の状況をケース記録に書きとめ、毎月の職員ミーティングで支援内容に関する情報共有を図っています。	
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。	聴き取りが出来る範囲で把握できるように努めています。生活歴、馴染みの暮らし方については、ご家族の力を借りて書類に残すようにしています。		
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。	在宅で過ごされていた方の一日の過ごし方をご家族も把握されているご利用者はなかなかいらっしゃいません。代わりに介護サービスを利用されてきた方におかれましては、生活リズムに個性はあまり出ていません。		

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
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。	介護計画の作成に関しては、職員からの情報と本人からの聴き取りを加え目標設定します。	年に1回、施設サービス計画書の見直しを実施しています。利用者の課題に沿って長期・短期目標を設定し、目標ごとのサービス内容を明記し、利用者・家族の同意を得ています。また、利用者の変化の状況については施設介護支援経過表に記録しています。	定期的にモニタリングを実施し、施設サービスの短期目標の課題ごとに達成状況を評価して、次のサービス計画に反映する仕組みの整備が期待されます。
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。	日々の様子、往診、通院など出来事はもちろん小さな変化に気づき記録に残してもらっています。その記録からケアの変更、実践、結果を評価して往診医につなげています。ご家族へも報告をしています。		
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。	身寄りのない方、ご家族がいない方の場合の対応の違いについて通院介助が必要な時にご家族がいない方（後見人のみの方）であれば介護職員が同行しています。		
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。	外出について言えば、周辺の散歩へは地域資源ではなく介護職員が同行して安全に出かける事が出来ています。近隣への買い物についても職員同行のもと楽しむことが出来ています。		
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。	医療法人であり、契約の時点でバックアップ体制が整っている。ご家族、本人へ説明をしています。夜間緊急時にも24時間体制で看護師、医師と相談が出来るようなシステムです。	運営母体が整形外科・歯科・内科の医療法人のため、毎日医師の往診があり、他に気がかりな症状があれば、その専門医師の受診支援など、医療体制が整えられています。また、かかりつけ医受診希望の利用者には、家族又は職員が同行し、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
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。	24時間医療との連携がとれるシステムが取れています。その他にも週1回、看護師が様子を見に来てくれたりと相談が出来る体制が取れています。		
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。	安心して治療に専念できるようにご利用者の情報交換に努めています（服用している薬や既往症など。）法人内の往診医と外部医療機関にも情報が行くように連携してもらっています。		
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。	看取りについてや、医療措置が必要な場合の受け入れ態勢について説明は契約時に行っています。実際に重度化や終末期になったばあいにもご家族、医師、介護職員を交えて会議を開いています。	重度化・看取りについては家族のメンタルケアも手厚く支援する指針が作成されており、入居時に重要事項として詳しく説明しています。看取りの実績はまだありませんが、利用者と家族の意思を最重要とし、医療法人の強みを活かした支援体制を整えています。	
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。	急変や事故発生に備えたマニュアルは用意しています。定期的な訓練は行っておりません。実践に備えてもらうため救急要請や医療機関とのコミュニケーションは任せられるようになってきています。		
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。	避難訓練は日中、夜間想定 of 訓練を行っています。夜間想定 of 避難訓練においては消防署員立会いのもと行っています。地域への協力は求めております。	毎月1回の避難訓練と年2回消防署員立会いで夜間想定 of 避難訓練を行っています。消防署、警察への緊急連絡の手順、3日分の備蓄品、15分以内に召集可能な職員連絡網など対応策を整えています。運営推進会議で町内会の協力について話し合っています。	

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
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。	一人ひとりの違いを職員が理解し、対応、声掛け、距離感を学んでもらっています。	話を充分に聞き、何が必要とされているか向き合うことから一人ひとりの意向を把握する支援を常に心がけています。また、それぞれの能力を引き出し持続させるため、距離間を意識する支援に努めています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	訴えの少ない方にはこちらから声掛けを多くして、訴えの多い方にはなるべく答えられるようにご家族や地域資源の利用を検討しています。自己決定が出来るような声掛けはできています。		
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。	入浴日、食事時間は決められています。入浴日は体調が悪い場合には日にちをずらしたり、食事でも眠りが深く起きられない方には無理に起こして朝食をとってもらわず、ある程度の時間を空けてから食事を摂ってもらうようにして頂いています。		
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。	ご自身で洋服を選べる方にはご自身で決定を促しています。他、身体が不自由な方には、ご本人に実際に見てもらい選択してもらっています。		
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。	定期に届く食材でも行事食があり、季節などを感じて頂けるようになっていきます。他、食べたい献立を聴きとり手作りの餃子をみんなで作る行事を開いたり工夫をしています。片付けに関しても、無理のない程度にご利用者にお任せをしています。	食材は業者を利用していますが、行事食や旬の食材を使った献立に、調理担当職員が手作りの一品やおやつなども添えて提供しています。誕生会のケーキ作り、餃子、たこ焼、ピザなど利用者と一緒に調理する機会を設けており、利用者に好評です。	

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。	食事量は体重の増減を目安にしたり、医師からの塩分調整、水分調整の指示を受け対応をしています。水分量も記録に残し、少ない方には声掛け促す努力をしています。		
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。	食前に嚥下体操を行っています。そして、毎食後、口腔ケアを促し自身で出来る方も磨けているかどうかを確認しています。総入れ歯の方は義歯がフィットしているか、舌の状態も念入りにチェックしています。		
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。	不要なおむつの使用はなるべく減らして、トイレへ誘導を行っています。尿意の感覚が鈍くなってしまった方におかれましても、タイミングを図り誘導を行っています。	一人ひとりの排泄パターンを確認しながら無理のないトイレ誘導を行っています。退院後のおむつからリハビリパンツ移行の利用者がいます。利用者の目標に沿った支援に努めています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	便秘症の方だけでなく、スムーズな排便が出来るように、水分の量をチェックすると共に、水分摂取の苦手な方には好きな飲み物を見つけて摂取して頂くよう努めています。運動についても毎日体操の時間を設け、お天気の日には散歩の機会も作っております。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	一日の入浴者数を適正にしています。その為、時間にゆとりを持ち長湯になりすぎずに個人のペースで介助が出来るように時間設定をしています。曜日は決まっていますが、それに対する不満はなく入浴が嫌な日にはずらしたりと変更をしています。	一日の入浴数は3人とし、ゆっくり入浴できる時間を設けています。また、介助支援の必要な利用者にもペースに合わせ、余裕のある入浴支援に努めています。	

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
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。	暑がりな方、寒がりな方には室温調整、布団調整をしたり、日中に傾眠傾向の方には生活リズムを整えて頂くよう努め、役割を意識した声掛けをしています。		
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。	薬剤情報は見やすいようにファイルしています。それをみれば一目瞭然副作用から飲むタイミングまで確認が出来ます。		
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。	初回インテークから生活歴、嗜好品、趣味など聴き取りをしています。しかし、認知症発症後にそれらが以前のような楽しみにつながるばかりではない為、入居後にもADLやIADLを把握し、出来る事から楽しみにつながるかを見極めていきます。		
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。	1人ひとりのその日の希望で外出が出来るかと言われれば難しいです。但し、事前に何処で何がしたいなど希望があれば、日程調整をしてから支援する事が出来ます。	職員が3人体制の時には殆ど毎日、近くの大師公園へ散歩に出掛けています。また、個人的な外出希望には、法人の介護士付き「お出かけサポート」を利用し、買い物や床屋など意向に沿った外出支援を提供しています。	
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。	本人の希望でお金を出してほしいとの訴えは少なく、何かを買ってほしいと直接物に対する取得願望は見られています。それに対しては本人の希望にそってお金の出し入れが出来るようになっています。		

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
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。	電話を掛けたいという希望があれば、禁止することなく使用してもらっています。（長電話はお断りをしていません。）		
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。	廊下や居間には無駄な装飾は省きすっきりした空間を意識しています。居間についても陽当たりの良い場所にソファを用意し、TVを見ながらくつろげるスペースをとっています。無駄な装飾を省きつつも季節感を忘れずに七夕には笹を用意したり工夫している。	共有の空間は、どこも清潔で程よい明るさと広さの中で、落ち着いて過ごせる工夫をしています。トイレや浴室は居室からの利用者の動線を意識し、混乱や不安のない場所に設けています。施設ではなく、自宅の暮らしに近い雰囲気作りに努めています。	
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。	独りになりたい方には制止することなく居室で過ごして頂いています。皆様で過ごしたい方には居間に残ってもらい職員や御利用者の垣根をあまり作らずに会話ができる空間を意識しています。		
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。	入居の際にご自宅の中に大切にしているものはそのままご用意して頂くよう声掛けをしています。【仏壇】など。貴重品に関してのみ紛失、盗難を防ぐ意味でお断りをしています。	居室担当が決められており、大切なものや思い出のものに囲まれながら落ち着いて暮らせる居室作りの支援に努めています。持込の少ない人には、利用者の意向を汲み取り、居心地良く暮らせる工夫をしています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	段差がなく車椅子のまま生活できるよう設定されています。トイレ、エレベータ、居室、浴室の全てが車椅子のまま入る事が出来ます。外へ玄関から出たときにも階段ではなくスロープが用意されています。		

事業所名	医療法人 啓和会 グループホーム四谷上町
ユニット名	2階

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
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいの
	4. ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまにある
	4. ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
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
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

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
	<input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと
	4. ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3. たまに
	4. ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	3. あまり増えていない
	4. 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	3. 職員の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての家族等が
	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	地域密着型サービスの意義を踏まえた基本理念と事業所単体の働く職員の心の支えになる理念を設けています。それらの理念を共有できるようになりました。	「同じ目線で考え話すこと」「相手の身になって考え行動すること」「迷ったときは、互いに笑顔になれる方を選びます」を事業所の理念に掲げ、掲示して職員に周知しています。職員は毎月のミーティングで理念の実践を振り返り、理念の共有に努めています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会の方とは継続して時々お越しいただいています。ボランティアの方とのつながりも町内会の方からお話を頂いています。グループホームで新聞紙を良く使用する事をお話すると定期的に持って来てくださり協力をして頂いています。	地域の川崎大師の祭り等の町内会の行事に参加したり、事業所の夏祭りに町内会に参加してもらうなど地域の人たちとの交流を図っています。定期的に訪問してくれる地域のボランティアの紙芝居や人形劇を、利用者が楽しみにしています。	
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。	入居希望をされている方に対し、どのような事で困っていてどのようなサービスが必要なのかを考えてお伝えしています。		
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カ月に一度の定期実施をしています。事業所の状況報告並びに、行っているイベントやセラピーについて写真などでご覧いただいています。そして、今後の事業所の発展のためにご家族へ定期的なセラピーの導入するかどうかなど提案をしています。	町内会長や地域包括支援センター職員、利用者家族等が参加し、2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。会議では、事業所の運営状況について説明し、地域のイベントや災害時の避難訓練等について話し合い、事業所に対する地域の理解を深めています。	
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取り組んでいる。	福祉事務所との連絡は若干少なくなりながらも、ご利用者のトラブルで困っている時には情報協力や今後の取組み協力をして頂いています。	利用者の半数以上が生活保護を受けている状況もあり、福祉事務所の担当職員と連携し利用者支援に努めています。利用者の暴言等職員に対する問題行動について区職員に相談し、連携して対応した事例があります。	

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
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。	身体拘束について研修をしています。玄関の施錠はしておりませんが、内鍵の施錠はさせて頂いています。しかし、職員の目が行き届いている時には施錠せず開放している時間も持っています。	身体拘束排除マニュアルを整備し、拘束をしないケアを実践しています。身体拘束に関する研修を毎年定期的に行い職員意識の徹底を図っています。人権チェックリストを活用し、職員一人ひとりが自身の行動を振り返り、利用者の人権擁護に努めています。	
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。	虐待について研修をしています。川崎の事件もあり長い時間をとり説明をしています。生命に関する虐待以外にも虐待になる事柄も説明をしています。それらをお互いに注意出来るように風通しのよい雰囲気作りに努めています。		
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。	成年後見制度を利用しているご利用者がいらっしゃる為、現在は主任、副主任にはその方々の存在理由や必要性、関わる範囲について話しています。		
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。	契約に関しては経済的な面の心配が多くあります。その点は入念にご家族に説明をしています。契約の締結、解約についても契約書通りに説明をし納得を頂いています。		
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。	運営推進会議の場を活用してご家族からの意見を頂いたり、ご利用者からの要望・意見は都度職員に報告して頂いています。話しやすい雰囲気作りを心がけています。	月報を郵送し、家族とのコミュニケーションを図っています。行事に参加している時の写真など利用者ごとに編集し、家族からは本人の様子がよくわかると好評です。また、毎日面会に訪れる家族もいて、面会のなかで要望・意見を把握す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
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。	主任により吸い上げられた職員の意見提案をミーティング時や都度話を聴いています。そして意見を揉んでから反映させるかを判断します。	管理者は毎月の職員ミーティングで、利用者支援やホームの運営に関する職員の意見・要望等を聞くようにしています。職員の提案を採用し、アニマルセラピーを取り入れた事例があり、利用者に大変喜ばれています。	
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。	職員個々の努力、勤務状況は管理者単位で評価を行っています。それが給与に反映されるよう訴えかけはしています。		
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。	毎月、法人内研修が開かれています。事業所のうち参加できるもの1名以上参加をしてもらうよう心がけています。		
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。	管理者は他施設の管理者と交流する機会は持っています。職員同士の勉強会などについては上記の法人内研修に止まっております。		
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。	初回インテークにて本人から困っている事や不安な事の聴き取りは必ずしています。グループホームに入居する事についても納得できるようにお話します。出来る限り入居前に一度は見学に来てもらうようにしています。		

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。	ご家族にも初回インテークにて聴き取りを本人同様に行います。経済的な面から救急対応についても話し合います。		
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。	前任のケアマネージャや御家族からグループホームを勧められたとしても、何が原因でグループホームでないか生活が難しいのかを検討します。本人や御家族の希望も聴きながらも、グループホームには当てはまらないかたには他の事業所も勧めています。		
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。	自らの意志でお手伝いをして下さる方にはお願いをしています。その中でも役割分担を適宜分けて不平等にならないように職員が声掛けています。		
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。	前年と同様、協力的なご家族とそうでない家族がいます。家族の絆を繋ぎ留め続ける事が出来ているかは分かりませんが、通院介助や定期的な散髪は継続しています。		
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。	継続して訪問して下さるご友人の方はいらっしゃいます。その関わり方も上記のように散髪をする役割を持っていたりします。	友人が毎日のように訪れてくれる利用者がいます。職員は利用者と友人の関係が継続するように優しく見守ります。手紙を書きたいという利用者に職員が優しく寄り添います。職員は、利用者が地域との接点を保てるように支援しています。	

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。	歩行が自立の方も増え、女性同士が固まり井戸端会議のように笑顔があふれる場面を見かけます。こちらの関わりがなくても、自然と寄って来られおしゃべりが始まる事があります。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約終了後のかかわりについてはフォローが行き届いていません。		
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。	好きな事、希望について訴えて頂ける方にはしっかり把握に努め、実践が可能な場を提供できるよう可能な限り反映しています。	利用者の入居時と年に1回の施設サービス計画の見直し時及び状態の変化に合わせて、アセスメントを実施し利用者ニーズを把握しています。また、日常の状況をケース記録に書きとめ、毎月の職員ミーティングで支援内容に関する情報共有を図っています。	
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。	聴き取りが出来る範囲で把握できるように努めています。生活歴、馴染みの暮らし方については、ご家族の力を借りて書類に残すようにしています。		
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。	在宅で過ごされていた方の一日の過ごし方のご家族でもあまり把握されていない。認知症の発症時期や期間や周辺症状について把握に努めています。		

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
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。	介護計画の作成に関しては、職員からの情報と本人からの聴き取りを加え目標設定します。	年に1回、施設サービス計画書の見直しを実施しています。利用者の課題に沿って長期・短期目標を設定し、目標ごとのサービス内容を明記し、利用者・家族の同意を得ています。また、利用者の変化の状況について施設介護支援経過表に記録しています。	定期的モニタリングを実施し、施設サービスの短期目標の課題ごとに達成状況を評価し、次のサービス計画に反映する仕組みの整備が望まれます。
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。	日々の様子の記録を詳細に残してもらっています。変化に素早く気づき対応をしています。		
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。	身寄りのない方、ご家族がいない方の場合の対応の違いについて通院介助が必要な時にご家族がいない方（後見人のみの方）であれば介護職員が同行しています。		
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。	外出について言えば、周辺の散歩へは地域資源ではなく介護職員が同行して安全に出かける事が出来ています。近隣への買い物についても職員同行のもと楽しむことが出来ています。		
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。	医療法人であり、契約の時点でバックアップ体制が整っている。ご家族、本人へ説明をしています。夜間緊急時にも24時間体制で看護師、医師と相談が出来るようなシステムです。	運営母体が整形外科・歯科・内科の医療法人のため、毎日医師の往診があり、他に気がかりな症状があれば、その専門医師の受診支援など医療体制は整えられています。また、かかりつけ医受診希望の利用者には、家族又は職員が同行し、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
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。	24時間医療との連携がとれるシステムが取れています。その他にも週1回、看護師が様子を見に来てくれたりと相談が出来る体制が取れています。		
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。	安心して治療に専念できるようにご利用者の情報交換に努めています（服用している薬や既往症など。）法人内の往診医と外部医療機関にも情報が行くように連携してもらっています。		
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。	看取りについてや、医療措置が必要な場合の受け入れ態勢について説明は契約時に行っています。実際に重度化や終末期になった場合にもご家族、医師、介護職員を交えて会議を開いています。	重度化・看取りについては家族のメンタルケアも手厚く支援する指針が作成されており、入居時に重要事項として詳しく説明しています。看取りの実績はまだありませんが、利用者と家族の意思を最重要とし、医療法人の強みを活かした支援体制を整えています。	
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。	急変や事故発生に備えたマニュアルは用意しています。定期的な訓練は行っておりません。実践に備えてもらうため救急要請や医療機関とのコミュニケーションは任せられるようになってきています。		
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。	避難訓練は日中、夜間想定訓練を行っています。夜間想定訓練においては消防署員立会いのもと行っています。地域への協力は求めております。	毎月1回の避難訓練と年2回消防署員立会いで夜間想定訓練を行っています。消防署、警察への緊急連絡の手順、3日分の備蓄品、15分以内に召集可能な職員連絡網など対応策を整えています。運営推進会議で町内会の協力について話あっています。	

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
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。	居室には内側から鍵がかけられるようになっており、プライバシーの確保が来ています。有事の際に外側からも開けられるよう鍵は職員が管理しています。そして、一人一人の距離の取り方は職員にも学ぶようにしています。	話を十分に聞き、何が必要とされているか向き合うことから一人一人の意向を把握する支援を常に心がけています。また、それぞれのできうる能力を引きだし持続するための距離間を意識する支援に努めています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	訴えの少ない方にはこちらからの声掛けを少し増やし聴き取りをしています。そして、ご利用者の担当を設けて話しやすい間柄を作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。	入浴日、食事時間は決められています。入浴日も体調が悪い場合には日にちをずらし、食事も定時に廃棄する事はせずゆとりを持って食べられそうな時間に再度提供しています。ご利用者からどの様に過ごしたいかの希望はまだ聴く事が出来ていません。		
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。	着替えを用意して頂く際には、ご自身で用意が出来る方には自分の好みで行って頂いています。自分での用意が難しい方にも、選択できるようにどちらが良いかなど工夫をしています。		
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。	食材提供は配達業者をお願いしていますが、行事食も用意されています。そして、ご利用者の希望があれば手作りで献立も一緒に考え、ご利用者も交えて調理をする機会があります。	食材は業者を利用していますが、行事食や旬の食材を使った献立に調理担当職員が手作りの一品やおやつなども添えて提供しています。誕生会のケーキ作り、餃子、たこ焼、ピザなど利用者と一緒に調理する機会を設けており、利用者から毎回好評を得ています。	

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。	適切な栄養バランスは献立から得られています。食事量はその方に合わせて調節しており水分摂取量も一日単位で管理をしています。少なめの方には声掛け摂取して頂いています。どうしても難しい時には好みの飲み物を伺い摂取していただけるよう工夫する。		
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。	ご本人から口腔ケアを行う方が多いです。介助が必要な方に対しては毎食後に清潔を保持出来ているかを確認し、見守りしています。		
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。	不要なおむつの使用はなるべく減らして、トイレへ誘導を行っています。尿意の感覚が鈍くなってしまった方におかれましても、タイミングを図り誘導を行っています。	一人一人の排泄パターンを確認しながら無理のないトイレ誘導を行っています。退院後のおむつからリハビリパンツに移行できている利用者がいますが、利用者の目標に沿った支援にも努めています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	便秘で困られている方には、水分の摂取を促しつつ、運動の為に室内におかれても歩行練習を行って頂いています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	一日の入浴者数を適正にしています。その為、時間にゆとりを持ち長湯になりすぎずに個人のペースで介助が出来るように時間設定をしています。曜日は決まっていますが、それに対する不満はなく入浴が嫌な日にはずらしたりと変更をしています。	一日の入浴数は3人とし、ゆっくり入浴できる時間を設けています。また、介助支援の利用者にも個人のペースに合わせた余裕のある入浴支援に努めています。	

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
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。	独りで過ごす時間が好きな方には、無理に外へ出て来ることを勧めずにいます。但し、居室にて何をしているかは定期的に巡視しています。一日中、座りっぱなしにならないように午睡を取り入れたり支援をしています。		
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。	薬剤情報は見やすいようにファイルしています。それをみれば一目瞭然副作用から飲むタイミングまで確認が出来ます。		
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ます。	職員とご利用者でゆったりとした時間を過ごせるように時には集団で、時には個人でケアを行っています。そこで聴き取れた事を実践に反映しています。		
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。	1人ひとりのその日の希望で外出が出来るかと言われれば難しいです。但し、事前に何処で何がしたいなど希望があれば、日程調整をしてから支援する事が出来ます。	職員が3人体制の時には殆ど毎日、近くの大師公園へ散歩に行きます。また、個人的な外出希望の時は法人の介護士付きの「お出かけサポート」を利用し、買い物や床屋など意向に沿った外出支援の提供をしています。	
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。	本人の希望でお金を出してほしいとの訴えは少なく、何かを買ってほしいと直接物に対する取得願望は見られています。それに対しては本人の希望にそってお金の出し入れが出来るようになっています。		

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
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。	電話を掛けたいという希望があれば、禁止することなく使用してもらっています。（長電話はお断りをしていません。）		
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。	廊下に行事の写真を貼り出したり、季節に合わせてご利用者が手作業で作った貼り絵等を居間から見える場所に貼り出しています。汚らしくならないように工夫をしています。	共有の空間は、どこも清潔で程よい明るさと広さの中で落ち着いて過ごせる工夫をしています。トイレや浴室ほどの居室からも利用者の動線を意識し、混乱や不安のない場所に設けています。施設ではなく、自宅の暮らしに近い雰囲気作りに努めています。	
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。	独りになりたい方には制止することなく居室で過ごして頂いています。皆様で過ごしたい方には居間に残ってもらい職員や御利用者の垣根をあまり作らずに会話ができる空間を意識しています。		
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。	入居の際にご自宅の中に大切にしているものはそのままご用意して頂くよう声掛けをしています。【仏壇】など。貴重品に関してのみ紛失、盗難を防ぐ意味でお断りをしています。	居室担当が決められており、大切なものや思い出のものに囲まれながら落ち着いて暮らせる居室作りの支援に努めています。持込の少ない方には、利用者の意向を汲み取り、居心地良く暮らせる工夫をしています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	段差がなく車椅子のまま生活できるよう設定されています。トイレ、エレベータ、居室、浴室の全てが車椅子のまま入る事が出来ます。外へ玄関から出たときにも階段ではなくスロープが用意されています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム四谷上町

作成日： 平成 28 年 10 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		認知症高齢Hさのケアについて勉強不足な所があり一人一人の中核症状やB P S Dに戸惑い後手後手に介護が回っている。	認知症ケアについて理解を深めてもらう為、研修に1名以上は参加してもらう。	認知症介護実践者研修へ参加をしてもらいます。	6ヶ月
2		ケアプランにあるケアの実践に対する評価が上手く出来ていないので、職員全体で評価が出来るようになる。	1年に1回の見直しだが、毎日評価する事で適切なケアが出来るよう必要時の見直しを実践する。	ケアプランの第2表を個人記録にのせ、出来た・出来なかったのどちらかにチェックをすることで毎日評価する。	6ヶ月
3		地震など災害時の避難ルートの確保 居室～玄関 居室～非常口	家具の転倒をゼロにする。	箆筒が倒れないように、箆筒の前側を少しだけ高くする。転倒しないように留め具をつける。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月