

2019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	1473601076	事業の開始年月日	平成19年12月1日	
		指定年月日	平成19年12月1日	
法人名	株式会社アイシマ			
事業所名	グループホームゆとり			
所在地	( 245-0016 )			
	横浜市泉区和泉町1295			
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2年12月20日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月12日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

グループホームゆとりは、畑に囲まれ自然豊かな川近くの住宅街にあります。田畑の農作物や川沿いの遊歩道の草花を見て四季を感じる事ができ、川の鯉への餌やりも楽しみの一つです。町内会、近隣の方々は認知症高齢者に理解のある方が多く町内行事(芋煮会、BBQ会)などの交流も盛んです。ご利用者様には健康的に安心してお過ごしいただけるよう、法人として24時間体制訪問看護、内科、精神科との連携を密に行っており、状況に応じて提携病院への迅速な受診も対応しております。また、音楽療法士による音楽療法をホームで月1回行っており、アイシマが運営している中華レストラン「風の音」内で開催される音楽療法、食事会にも毎月参加しております。

### 【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年1月22日	評価機関 評価決定日	令和2年4月23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)】

事務所は、横浜市営地下鉄「下飯田」駅より徒歩10分の、畑や雑木林などの残った新旧住宅地の一角にあります。カワセミや鴨などが飛来する川沿いは、良い散歩道になっています。法人は数多くのグループホームや介護施設を運営しています。  
<優れている点>

法人と事務所の3つの理念は、暮らしの中に反映されています。「地域の中で成長」では、町内会の敬老会、芋煮会などの行事に参加し、管理者や職員が手伝っています。事業所避難訓練には多くの近隣住民が協力するなど地域に密着しています。運営推進会議で地域の声を聞いています。「利用者が穏やかに暮らす」では、途絶えていた刺し子の趣味を職員が見い出すなど、刺繍、園芸、絵画など好きなことを支援しています。居間で新聞を読み、刺し子や漢字ドリルをしたり、区文化展に出かけたりしています。「職員も笑顔と自信で幸せに」は、法人の研修や事例発表会、公開研修会、新年会、職員旅行などで職員のキャリアアップや交流を、法人と事務所が一緒に取り組んでいます。

<工夫点>

年間目標に「情報共有」を掲げ、情報の記録の共有に努めています。記録は「分かりやすいように」を徹底し、業務日誌やケース記録、排泄チェック表などの記載を赤黒で色分け、ケース記録にトピックス欄を設け一文字で趣旨が分かるようするなど工夫しています。バイタル表のアクティビティ欄には、趣味活動、対話などの多くの活動名を入れ日々点検し、職員全員で支援しています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームゆとり
ユニット名	アリス

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	「地域の中で共に成長しながら歩めるホーム」という理念の基、町内行事に参加したり、運営推進会議や、近隣住民連携避難訓練を通して、地域の方と接する機会を積極的に持ち、ホームに対する理解を深めていただいています。	理念や年間目標を事務所に掲示しています。職員は趣旨を共有し、実践に繋がっています。理念の「地域の中で成長」「利用者が穏やかに暮らす」「職員も幸せに」は、日々の生活に反映しています。職員は毎年目標を振り返り、新たな目標を話し合い設定しています。	
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。	町内会に加入し町内行事（防災訓練、地域清掃、BBQ会、敬老会、芋煮会など）への参加や、回覧板を出す、隣の歯科への受診、散歩などで交流しています。行事の際は職員がボランティアという形でも参加しています。	地域の一員として、日常の地域交流を大切にしています。町内会の敬老会、芋煮会、地域清掃などの行事に積極的に参加し、管理者、職員は行事や高齢者サロンの手伝いをするなど、交流に努めています。事業所の避難訓練には多くの近隣住民が協力しています。	地域行事や運営推進会議などを通じ地域交流を深めています。引き続き事業所行事への地域の方の参加や介護相談など地域への発信、また、地域ボランティアの活用などを検討することも期待されます。
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。	見学者の方には実際にホームを見ていただき、利用者様とお話しする機会もあります。また、職員は認知症への理解について研修に参加し、支援方法をより深めています。認知症キャラバンメイトの職員が地域の方々、小学校で講座を行なっています。		
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ヶ月に1回開催している運営推進会議では事業所で起きた事例を報告しています。特に防災に関する意識は皆様高く、近隣住民連携避難訓練では委員の方の呼びかけで多くの方に参加いただき、夜間想定で行い、地域の方の意見を基に改善を図っています。	2ヶ月に1回開催し、家族や町内会々長、オーナー、地域包括支援センター職員、区職員などが参加し、活発に意見交換しています。活動状況や健康管理、住民連携避難訓練の準備や振り返り、地域からの情報などを話し合い、サービス向上に活かしています。	
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。	保護課の担当ケースワーカーに利用者様の様子やサービス内容を伝え、情報交換をする事で、入居者様に最善のサービスが提供できるように取り組んでいます。事務所・ご家族・CWの連携が円滑な協力体制が取れるような関係をとっている	区高齢支援課や生活支援課とは日頃から運営推進会議やケースワーカーとの介護相談などを通じ、協力関係を築いています。グループホーム連絡会、キャラバンメイト連絡会などに参加し、区や地域ケアプラザなどから研修情報を得る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。	身体拘束マニュアルを基に、全スタッフが理解を深められるように研修を行っています。またチェックシートも活用しています。防犯上の観点から玄関は施錠していますが、ベランダ、テラスは開放しベンチを置いて、外気浴など自由に過ごせる工夫をしています。	職員は法人研修の「倫理・法令順守」で身体拘束の具体的な行為の事例を学んでいます。年2回職員全員に自己点検アンケートを実施し、ケア別に纏めた「言葉遣いチェックシート」で理解の確認を行っています。「身体拘束適正化の為の指針」を整備し、検討委員会の内容を職員に周知し対応しています。	
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。	法人の勉強会で「法令遵守」、「身体拘束・虐待」の研修を行っています。また身体拘束委員が全職員にアンケートを取り法人全体として把握・防止に取り組んでいます。		
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。	ホームに成年後見制度に関するマニュアルがあり、自由に閲覧することが出来ます。実際、成年後見人を立てている利用者もいらっしゃり、協力して利用者の支援をする体制ができています。		
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。	契約前に必ずホーム見学と面談を行い、疑問や不安な点などを確認するようにしています。また、契約時にも法人の入居相談担当と共に重要事項など丁寧に説明をし、納得いただいた上で契約を行うよう確りとした体制が整っています。		
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。	面会の際や電話、家族会などの機会に家族の意見を伺っています。苦情申し立て機関は、契約時の重要事項説明書に記載されている他、玄関にも掲示してあります。	来所時や家族会、行事、運営推進会議の時などに家族の意見を聞き、運営に反映しています。家族と電話で話したり、利用者の生活の様子を書いた「1行日誌」を毎月送ったり、玄関に職員の写真を掲示するなど、家族が意見や要望をしやすように努めています。	

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
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。	日々の申し送りやカンファレンス、ホーム会議等でスタッフの意見を汲み取り、管理者会議で提案したり、担当課長に相談・報告しています。また、担当課長がユニット会議に参加する事もあります。	管理者は日常活動や年2回の個別面談などを通し、職員の要望やキャリア形成などを聞いています。意見は事務所内や法人会議、担当課長に繋げ、運営に反映しています。法人は各種研修や事例発表会、職員旅行など職員のキャリアアップや交流に力を入れています。	
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。	スタッフの資格取得に向けた支援を行っています。また年2回人事考課を行っており、良いところを評価するなどスタッフのモチベーションに気をかけています。それぞれの得意分野を尊重し、協力、補い合える職場作りを図っています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内に教育委員会を設置しており、個々の経験やレベルに合わせた研修会を実施しています。また社内勉強会も行っており、人材育成に努めています。ケアマネの受験対策講座やフォローアップの研修も行い働きながら資格取得を目指す意識を持ち易いです。		
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。	法人内で研修、勉強会や年1回の職員旅行、新年会など、他事業所スタッフと交流を図る機会を設けています。また、近隣ホームや施設と一緒に認知症サロン手伝いやお祭りのボランティアスタッフとして参加する機会もあります。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居相談の段階からニーズを伺い、サービス開始後は、本人・家族との話し合いをもとにモニタリングをし、介護支援計画を立案しています。また不安や要望があった時は、できる限り解決できるように努めています。		

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
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。	契約時に家族の希望・要望を伺い、介護支援計画に挙げています。近況報告など日頃から連絡を密にとり、面会時や毎月の「一行日記」でも日々の様子を報告しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ほとんどの方が、まずは「新しい環境に慣れる」ということに重点を置き、身体的・精神的に安心できる環境づくりに努めています。		
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。	一人一人の得意な事を尊重し、テーブル拭き、お皿拭き、掃除、洗濯物干し・たたみ、カーテン開け閉めなど一緒に行います。昔からの風習、生活の知恵、草花の名前など、職員が教わる事も多くあり利用者同士でもお互いを尊重し合う関係ができています。		
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。	面会時などに、些細なことでも家族に相談・報告し、双方で利用者を支えていける関係を築いています。また、受診の際にも報告し、身体状況を把握して頂きます。ホームの行事にもお誘いし、参加頂いています。		
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。	家族との買物や外食、外泊を自由にしていただけるよう協力をお願いし、関係継続の向上に向けて支援しています。定期的に教会に出かけたり、お正月に帰られる方もいらっしゃいます。	職員は一人ひとりがこれまで行ってきたこと、好きな事を大切にしています。刺繍や絵画、園芸、読書などの楽しみの継続支援をしています。趣味の材料などの買物や教会、区写真展に職員と一緒に出かけたり、家族と馴染みの元町に行ったりしています。	

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
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。	利用者同士の相性を考え、食席を決めたり、スタッフが間に入り関係作りのフォローをすることもあります。一緒に生活する中で、利用者同士で助け合えるよう、心配し合ったりする関係が築けていけるよう努めています。		
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。	今年は現状実施していません。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	区の文化展に作品を見に行ったり、昔通った元町にご家族と行ったりしている方への支援や、刺繍や刺子の作品作りが取り組みやすい環境を整えています。	職員はふとした会話や仕草から利用者の思いを把握し支援しています。昔、刺し子をしていたと話した利用者は、今は毎日刺繍をしています。一人ひとりの思いは業務日誌やケース記録、連絡ノートなどに記載して職員間で共有し、日々のケアに反映しています。	
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。	入居時に得た情報のほか、日々の会話の中からそれまでの暮らし・習慣・仕事などの情報を集め、記録に残してスタッフ間で共有し、サービスに繋がられるようにしています。ずっと通っていた教会に入居後も継続して通っている方もいます。		
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。	現在出来ること、出来なくなってきたこと、疲れやすくなったら日中臥床する時間を作るなど、些細な変化も見逃さないよう努めています。それをスタッフで共有、カンファレンスで話し合い、今後のサービスに生かしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	本人、家族の希望を伺い、スタッフ間でもカンファレンスで意見を出し合い検討します。また、主治医や訪問看護師、訪問マッサージスタッフにも相談し、サービスに役立てています。利用者に変化があった場合は、早急に介護支援計画の変更を行っています。	短期目標を基に日々の様子をケース記録などで確認し、本人や家族、医療関係者の意見を反映してカンファレンスで話し合っています。原則3ヵ月ごとにモニタリング、ケアプラン、アセスメントの見直しを行っています。急変時は随時ケアプランを変更しています。	
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、第三者が読んでもわかりやすいように、具体的に書くように心がけています。カンファレンスでは、利用者一人一人について振り返り、意見を出し合い、介護支援計画に生かせ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。	利用者の身体状況に合わせ対応しています。ホームでの入浴が困難な場合に訪問入浴を導入したり、外出支援や受診対応、内科、精神科、皮膚科、歯科、眼科往診、訪問マッサージなど受けられる体制も整えています。		
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。	利用者全員が町内会に加入し、敬老会、防災訓練などの地域行事に参加したり、回覧板を回したり、運営推進会議の際に交流したり、利用者一人一人がそれぞれの形で地域の中で生活しています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科・精神科・皮膚科・歯科、眼科の往診医、訪問看護師とは「医療連携ノート」を使うなど、本人、家族の希望や相談事も共有できるようになっています。当ホームの隣にある歯科医院も認知症高齢者に理解があり、柔軟に対応してくれます。	協力医療機関の訪問診療は、内科および精神科が月2回、歯科が週1回あります。他の医療機関受診は原則家族対応ですが、緊急時は職員が対応しています。24時間オンコール体制が構築されており、法人の看護師が緊急コールに対応しています。	

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。	「医療連携ノート」を使い、スタッフ・看護師・医師が相互に情報を共有できるようになっています。また、看護師とは24時間電話連絡が取れる体制が整っており、夜間の急変時などでも相談・指示を受けることが出来ます。		
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。	家族がいない場合や遠方の場合、管理者が窓口となり、病院や役所のケースワーカーと連絡を取り合い、医師・看護師との連絡調整を行っています。		
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。	入居時に家族にはターミナルケアが可能という説明をしています。重度化した場合は家族、主治医、訪問看護、スタッフが連携して対応しています。	契約時に「看取りに関する指針」について家族に説明し、「事前同意書」を取り交わしています。実際に終末期を迎えた時は、支援の方針について医師も含めた家族との話し合いの機会を設け、再度同意書を取り交わしています。	
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。	事故発生時の対応方法や連絡方法を事務所に掲示しています。また、消防署や、町内会の訓練に参加し緊急時の対処法（心肺蘇生法、AED）について実践的な講習を積んでいます。		
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。	消防署立ち会いで近隣住民連携夜間想定避難訓練を年2回行っており、町内会の方にも協力いただいています。また地域の避難訓練にも参加しています。災害時の食品や物品の備蓄も備え管理しています。	夜間想定避難訓練を年2回実施している他、地域の避難訓練にも年2回程度参加しています。飲料水、アルファ米や防災食、缶入りソフトパンなどが備蓄されています。備蓄品の品目や数量、消費期限は、「非常食チェック表・献立表」で管理されています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	個人情報、事務所の鍵のかかるロッカーに保管しています。不適切と思われる声かけなどあった場合は、その都度検討するようにしています。また、法人内でも倫理と接遇の研修があります。	適切な声かけを行うために「声かけマニュアル」を用いています。マニュアルには、「基準となる言葉」「注意を要する言葉」「禁句」が記載されており、具体的で実行しやすいものとなっています。法人主催の倫理・法令順守に関する研修が年1回あります。	
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。	レクへの参加や、おやつの際の飲み物など、自己決定できるような声かけの仕方を心がけています。余暇の過ごし方もやりたい事ができるよう環境を整えています。		
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。	天候や体調、その日の気分によってどう過ごすか決めて頂いています。余暇の過ごし方も、無理強いせず、居室で読書・音楽鑑賞・園芸をしたり、リビングでテレビを観たり、縫い物をしたり、お話しをしたり、それぞれに過ごして頂いています。		
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。	入浴日以外でも衣類の汚れてしまった際は、その都度着替えて頂いています。その際スタッフと共に衣類を選びワンパターンにならないよう配慮をしています。訪問理美容にヘアカットを頼む際も希望の髪型を伝えられています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	気の合う利用者同士で可能な限り同じテーブルで食事やおやつを召し上がって頂いています。手拭きタオルの用意や、テーブル拭き食器拭きなどを手伝って頂く事もあります。食べ物から昔話や思い出話が盛り上がる事もあります。	食材は法人から提供されています。食材、献立は事業所が自由に決めることが出来るため、利用者の希望が反映されやすくなっています。敷地内の畑で採れた野菜も献立に取り入れています。法人が運営するレトランで、月1回外食する機会が提供されています。	

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。	1日の食事・水分量がチェック表で把握出来るようになっていきます。嚥下や消化状態など個々に応じ、ミキサー、キザミ、トロミなど食事形態を変えて提供しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後の口腔ケアは習慣で行っています。一人一人の状況に合わせて声かけや部分的な介助をしながら行っています。訪問歯科医からは口腔内チェックの他、毎月口腔ケアに関する助言を頂き、助言書を元にホームで計画書を立て取り組んでいます。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄チェックシートを使い個々の排泄パターンを把握し、なるべく失禁が少なくなるようトイレ誘導支援を行っています。	「排泄チェック表」から利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期的に声かけやトイレ誘導を行っています。尿意や便意がなくても座位になることを勧め、排泄の失敗を未然に防いでいます。また、表情や仕草から汲み取ることもあります。	
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。	散歩や体操を日課にし、水分、乳製品を積極的に取り入れる工夫、トイレに座る習慣、医師・看護師と連携し、薬でコントロールする方法など、多方面からアプローチしています。また、便秘が及ぼす精神的な悪影響についても、スタッフの理解を深めています。		
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。	現在は週2回のペースで入浴され、体調により入浴出来なかった際や希望時は柔軟に対応しています。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を入れるなど、リラックスできる工夫もしています。介護度が重くなった方は訪問入浴を利用されています。	入浴は週2日です。季節に合わせて菖蒲湯やゆず湯を楽しんでいます。同性介助に対応しています。脱衣所にエアコンを設置し、ヒートショック対策を行っています。利用者が入浴を拒否する場合、時間をおいたり、職員を変えたりするなどして対応しています。	

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。	テレビを観ながら就寝など、個々の理想や習慣を優先に支援しています。また寝不足、不調などでも日中で休息をとっていただいています。天気の良い日に布団を干したり、季節に応じて寝具を替えたり安眠できるよう環境を整えています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	個人ファイルに内服薬一覧があり、お薬手帳で服薬内容の変化や効果、副作用など、一目で分かるようにしています。薬の変更等があった時は、副作用等の注意点も含め、業務日誌に書きスタッフに周知しています。医療連携ノートで看護師とも共有しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	モップがけ、新聞折り、掃除、洗濯物たたみ、食器拭き、リネン類の交換など、出来る事を無理のない範囲で手伝って頂いています。趣味の時間を大切にされ、縫い物、読書、塗り絵、パズル、朝・夕刊を読んだり、漢字ドリル等を楽しまれる方もいます。		
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。	天気の良い日には外気浴や散歩に行っており、歩行状態に合わせて散歩コースが選べます。また、家族と外食や買物に行ったり、定期的に教会に行く機会もあります。	日常的な外出支援として、散歩、コンビニエンスストア・ドラッグストアへの買い物へ同行しています。外出希望者が多い場合は、時間をずらして対応しています。花見、初詣、町内会主催の行事への参加、月1回の外食など、外出する機会を多く設けています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	家族と買い物・食事に行ったり、植物の苗や種を買いに行ったり、散歩途中の自動販売機でジュースを買ったり、近くのコンビニで買物をする機会があります。本人の希望を伺い買物代行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
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。	電話はいつでも使えるようになっていきます。誕生日や敬老の日にプレゼントが届いた際、お礼をしたり、家族との年賀状のやりとりも楽しみにされており、家族宛ての年賀状は本人に一言書いていただいています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	換気や空調の管理はこまめに行っています。リビングには加湿・空気清浄機を設置し、必要であれば各居室にも温湿度計を設置しています。共用空間には、すだれやクリスマスツリーなど飾り付け、季節感を出しています。利用者の描いた絵や刺繍作品、行事写真の展示もしています。	リビングや廊下の壁面には、イベント時の写真、利用者の作品、季節の飾りつけなどが掲示されています。リビングは日当たりがよく開放感があり、過ごしやすい空間となっています。テレビだけでなく、DVD鑑賞を楽しめる環境も整備されています。	
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。	テーブルを囲んで話をしながらおやつ・食事をしたり、リビングのソファでテレビを観たり、皆で音楽を聴いたりする場所があります。食事以外の時間テーブルで読書、刺繍、ドリル等に取り組んだり、ベランダに一人ぶらりと出て、外気浴をする方もいます。		
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。	家族との写真や自分で描いた絵を飾ったり、馴染みの家具を置いたりされています。本棚や飾り棚、作業机、テレビなどを置き、居室での時間を大切にされている方もいます。中庭に温室を置き、園芸を楽しまれる方もいます。	居室には、ベッド、エアコン、クローゼット、照明、防炎カーテンが備え付けられています。利用者は、テレビ、家具、仏壇、遺影、家族の写真など、馴染みの物を自由に持ち込んでいます。1日2回居室の換気を行っています。	
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。	開放感のあるベランダにベンチを設置、のんびりしたり一緒に洗濯物を干したり出来ます。全面バリアフリーで手すりやコールボタンも各所に設置、居室の名札やトイレが遠目にも分かる表示をしています。庭の畑では季節ごとの収穫を楽しむことが出来ます。		

事業所名	グループホームゆとり
ユニット名	ベル

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させている。 (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。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	「地域の中で共に成長しながら歩めるホーム」という理念の基、町内行事に参加したり、運営推進会議や、近隣住民連携避難訓練を通して、地域の方と接する機会を積極的に持ち、ホームに対する理解を深めていただいています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会に加入し町内行事（防災訓練、地域清掃、BBQ会、敬老会、芋煮会など）への参加や、回覧板を出す、隣の歯科への受診、散歩などで交流しています。行事の際は職員がボランティアという形でも参加しています。		
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。	見学者の方には実際にホームを見ていただき、利用者様とお話する機会もあります。また、職員は認知症への理解について研修に参加し、支援方法をより深めています。認知症キャラバンメイトの職員が地域の方々、小学校で講座を行なっています。		
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ヶ月に1回開催している運営推進会議では事業所で起きた事例を報告しています。特に防災に関する意識は皆様高く、近隣住民連携避難訓練では委員の方の呼びかけで多くの方に参加いただき、夜間想定で行い、地域の方の意見を基に改善を図っています。		
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。	保護課の担当ケースワーカーに利用者様の様子やサービス内容を伝え、情報交換をする事で、入居者様に最善のサービスが提供できるように取り組んでいます。事務所・ご家族・CWの連携が円滑な協力体制が取れるような関係をとっている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体拘束マニュアルを基に、全スタッフが理解を深められるように研修を行っています。またチェックシートも活用しています。防犯上の観点から玄関は施錠していますが、ベランダ、テラスは開放しベンチを置いて、外気浴など自由に過ごせる工夫をしています。		
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。	法人の勉強会で「法令遵守」、「身体拘束・虐待」の研修を行っています。また身体拘束委員が全職員にアンケートを取り法人全体として把握・防止に取り組んでいます。		
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。	ホームに成年後見制度に関するマニュアルがあり、自由に閲覧することが出来ます。実際、成年後見人を立てている利用者もいらっしやり、協力して利用者の支援をする体制ができています。		
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。	契約前に必ずホーム見学と面談を行い、疑問や不安な点などを確認するようにしています。また、契約時にも法人の入居相談担当と共に重要事項など丁寧に説明をし、納得いただいた上で契約を行うよう確りとした体制が整っています。		
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。	面会の際や電話、家族会などの機会に家族の意見を伺っています。苦情申し立て機関は、契約時の重要事項説明書に記載されている他、玄関にも掲示してあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日々の申し送りやカンファレンス、ホーム会議等でスタッフの意見を汲み取り、管理者会議で提案したり、担当課長に相談・報告しています。また、担当課長がユニット会議に参加する事もあります。		
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。	スタッフの資格取得に向けた支援を行っています。また年2回人事考課を行っており、良いところを評価するなどスタッフのモチベーションに気をかけています。それぞれの得意分野を尊重し、協力、補い合える職場作りを図っています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内に教育委員会を設置してあり、個々の経験やレベルに合わせた研修会を実施しています。また社内勉強会も行っており、人材育成に努めています。ケアマネの受験対策講座やフォローアップの研修も行い働きながら資格取得を目指す意識を持ち易いです。		
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。	法人内で研修、勉強会や年1回の職員旅行、新年会など、他事業所スタッフと交流を図る機会を設けています。また、近隣ホームや施設と一緒に認知症サロン手伝いやお祭りのボランティアスタッフとして参加する機会もあります。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居相談の段階からニーズを伺い、サービス開始後は、本人・家族との話し合いをもとにモニタリングをし、介護支援計画を立案しています。また不安や要望があった時は、できる限り解決できるように努めています。		

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
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。	契約時に家族の希望・要望を伺い、介護支援計画に挙げています。近況報告など日頃から連絡を密にとり、面会時や毎月の「一行日記」でも日々の様子を報告しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ほとんどの方が、まずは「新しい環境に慣れる」ということに重点を置き、身体的・精神的に安心できる環境づくりに努めています。		
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。	一人一人の得意な事を尊重し、テーブル拭き、お皿拭き、掃除、洗濯物干し・たたみ、カーテン開け閉めなど一緒にいきます。昔からの風習、生活の知恵、草花の名前など、職員が教わる事も多くあり利用者同士でもお互いを尊重し合う関係ができています。		
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。	面会時などに、些細なことでも家族に相談・報告し、双方で利用者を支えていける関係を築いています。また、受診の際にも報告し、身体状況を把握して頂きます。ホームの行事にもお誘いし、参加頂いています。		
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。	家族との買物や外食、外泊を自由にしていただけるよう協力をお願いし、関係継続の向上に向けて支援しています。定期的に教会に出かけたり、お正月に帰られる方もいらっしゃいます。		

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。	利用者同士の相性を考え、食席を決めたり、スタッフが間に入り関係作りのフォローをすることもあります。一緒に生活する中で、利用者同士で助け合えるよう、心配し合ったりする関係が築けていけるよう努めています。		
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。	今年現状実施していません。		
<b>III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	区の文化展に作品を見に行ったり、昔通った元町にご家族と行ったりしている方への支援や、刺繍や刺子の作品作りが取り組みやすい環境を整えています。		
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。	入居時に得た情報のほか、日々の会話の中からそれまでの暮らし・習慣・仕事などの情報を集め、記録に残してスタッフ間で共有し、サービスに繋がられるようにしています。ずっと通っていた教会に入居後も継続して通っている方もいます。		
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。	現在出来ること、出来なくなってきたこと、疲れやすくなったら日中臥床する時間を作るなど、些細な変化も見逃さないよう努めています。それをスタッフで共有、カンファレンスで話し合い、今後のサービスに生かしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	本人、家族の希望を伺い、スタッフ間でもカンファレンスで意見を出し合い検討します。また、主治医や訪問看護師、訪問マッサージスタッフにも相談し、サービスに役立てています。利用者に変化があった場合は、早急に介護支援計画の変更を行っています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日々の記録は、第三者が読んでもわかりやすいように、具体的に書くように心がけています。カンファレンスでは、利用者一人一人について振り返り、意見を出し合い、介護支援計画に生かせ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。	利用者の身体状況に合わせ対応しています。ホームでの入浴が困難な場合に訪問入浴を導入したり、外出支援や受診対応、内科、精神科、皮膚科、歯科、眼科往診、訪問マッサージなど受けられる体制も整えています。		
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。	利用者全員が町内会に加入し、敬老会、防災訓練などの地域行事に参加したり、回覧板を回したり、運営推進会議の際に交流したり、利用者一人一人がそれぞれの形で地域の中で生活しています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科・精神科・皮膚科・歯科、眼科の往診医、訪問看護師とは「医療連携ノート」を使うなど、本人、家族の希望や相談事も共有できるようになっています。当ホームの隣にある歯科医院も認知症高齢者に理解があり、柔軟に対応してくれます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	「医療連携ノート」を使い、スタッフ・看護師・医師が相互に情報を共有できるようになっています。また、看護師とは24時間電話連絡が取れる体制が整っており、夜間の急変時などでも相談・指示を受けることができます。		
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。	家族がいない場合や遠方の場合、管理者が窓口となり、病院や役所のケースワーカーと連絡を取り合い、医師・看護師との連絡調整を行っています。		
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。	入居時に家族にはターミナルケアが可能という説明をしています。重度化した場合は家族、主治医、訪問看護、スタッフが連携して対応しています。		
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。	事故発生時の対応方法や連絡方法を事務所に掲示しています。また、消防署や、町内会の訓練に参加し緊急時の対処法（心肺蘇生法、AED）について実践的な講習を積んでいます。		
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。	消防署立ち会いで近隣住民連携夜間想定避難訓練を年2回行っており、町内会の方にも協力していただいています。また地域の避難訓練にも参加しています。災害時の食品や物品の備蓄も備え管理しています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	個人情報、事務所の鍵のかかるロッカーに保管しています。不適切と思われる声かけなどあった場合は、その都度検討するようにしています。また、法人内でも倫理と接遇の研修があります。		
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。	レクへの参加や、おやつの際の飲み物など、自己決定できるような声かけの仕方を心がけています。余暇の過ごし方もやりたい事ができるような環境を整えています。		
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。	天候や体調、その日の気分によってどう過ごすか決めて頂いています。余暇の過ごし方も、無理強いせず、居室で読書・音楽鑑賞・園芸をしたり、リビングでテレビを観たり、縫い物をしたり、お話しをしたり、それぞれに過ごして頂いています。		
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。	入浴日以外でも衣類の汚れてしまった際は、その都度着替えて頂いています。その際スタッフと共に衣類を選びワンパターンにならないよう配慮をしています。訪問理美容にヘアカットを頼む際も希望の髪型を伝えられています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	気の合う利用者同士で可能な限り同じテーブルで食事やおやつを召し上がって頂いています。手拭きタオルの用意や、テーブル拭き食器拭きなどを手伝って頂く事もあります。食べ物から昔話や思い出話が盛り上がる事もあります。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	1日の食事・水分量がチェック表で把握出来るようになっていきます。嚥下や消化状態など個々に応じ、ミキサー、キザミ、トロミなど食事形態を変えて提供しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後の口腔ケアは習慣で行っています。一人一人の状況に合わせて声かけや部分的な介助をしながら行っています。訪問歯科医からは口腔内チェックの他、毎月口腔ケアに関する助言を頂き、助言書を元にホームで計画書を立て取り組んでいます。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄チェックシートを使い個々の排泄パターンを把握し、なるべく失禁が少なくなるようトイレ誘導支援を行っています。		
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。	散歩や体操を日課にし、水分、乳製品を積極的に取り入れる工夫、トイレに座る習慣、医師・看護師と連携し、薬でコントロールする方法など、多方面からアプローチしています。また、便秘が及ぼす精神的な悪影響についても、スタッフの理解を深めています。		
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。	現在は週2回のペースで入浴され、体調により入浴出来なかった際や希望時は柔軟に対応しています。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤を入れるなど、リラックスできる工夫もしています。介護度が重くなった方は訪問入浴を利用されています。		

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
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。	テレビを観ながら就寝など、個々の理想や習慣を優先に支援しています。また寝不足、不調などでも日中で休息をとっていただいています。天気の良い日に布団を干したり、季節に応じて寝具を替えたり安眠できるよう環境を整えています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	個人ファイルに内服薬一覧があり、お薬手帳で服薬内容の変化や効果、副作用など、一目で分かるようにしています。薬の変更等があった時は、副作用等の注意点も含め、業務日誌に書きスタッフに周知しています。医療連携ノートで看護師とも共有しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	モップがけ、新聞折り、掃除、洗濯物たたみ、食器拭き、リネン類の交換など、出来る事を無理のない範囲で手伝って頂いています。趣味の時間を大切にされ、縫い物、読書、塗り絵、パズル、朝・夕刊を読んだり、漢字ドリル等を楽しまれる方もいます。		
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。	天気の良い日には外気浴や散歩に行っており、歩行状態に合わせて散歩コースが選べます。また、家族と外食や買物に行ったり、定期的に教会に行く機会もあります。		
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。	家族と買い物・食事に行ったり、植物の苗や種を買いに行ったり、散歩途中の自動販売機でジュースを買ったり、近くのコンビニで買物をする機会があります。本人の希望を伺い買物代行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
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。	電話はいつでも使えるようになっていきます。誕生日や敬老の日にプレゼントが届いた際、お礼をしたり、家族との年賀状のやりとりも楽しみにされており、家族宛ての年賀状は本人に一言書いていただいています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	換気や空調の管理はこまめに行っています。リビングには加湿・空気清浄機を設置し、必要であれば各居室にも温湿度計を設置しています。共用空間には、すだれやクリスマスツリーなど飾り付け、季節感を出しています。利用者の描いた絵や刺繍作品、行事写真の展示もしています。		
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。	テーブルを囲んで話をしながらおやつ・食事をしたり、リビングのソファでテレビを観たり、皆で音楽を聴いたりする場所があります。食事以外の時間テーブルで読書、刺繍、ドリル等に取り組んだり、ベランダに一人ぶらりと出て、外気浴をする方もいます。		
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。	家族との写真や自分で描いた絵を飾ったり、馴染みの家具を置いたりされています。本棚や飾り棚、作業机、テレビなどを置き、居室での時間を大切にされている方もいます。中庭に温室を置き、園芸を楽しまれる方もいます。		
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。	開放感のあるベランダにベンチを設置、のんびりしたり一緒に洗濯物を干したり出来ます。全面バリアフリーで手すりやコールボタンも各所に設置、居室の名札やトイレが遠目にも分かる表示をしています。庭の畑では季節ごとの収穫を楽しむことが出来ます。		

2019年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームゆとり

作成日： 令和 2年 5月 8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	2	地域行事への参加や運営推進会議、ホーム避難訓練などを通じて地域交流を行っているが今後、より深く関わっていくためにも介護相談などの地域への発信、地域ボランティアの活用なども取り入れるべきである。	地域住民への介護相談、地域ボランティアの導入を検討する	介護相談窓口などを周辺地域に再度周知し、介護相談を受ける体制を立て直す。ホームで依頼できる地域ボランティアを検討、依頼する	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月