

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	1470200856	事業の開始年月日	平成15年10月1日	
		指定年月日	平成15年10月1日	
法人名	非営利活動法人 介護支援協会			
事業所名	グループホーム 三ツ沢南の丘			
所在地	(221-0854)			
	横浜市神奈川区三ツ沢南町13番3号			
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1月13日	評価結果 市町村受理日	令和2年6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・アピール管理者は定期的にご家族に連絡を入れて入居者の

認知症に特化したグループホームです。認知症には治る可能性のある認知症もありますが、老化に伴う認知機能の低下で生じる認知症は現状では治りません。私たちのホームに入居されて来られる方々の多くはご高齢の方が多く、現状では治ることのないアルツハイマー型認知症の方々です。職員はこの方々に認知症を克服していただく、治っていただくといった思いで接するのではなく、認知症であっても皆で助け合って、物忘れがあっても大丈夫、自信を持って日々を楽しく送っていただけるような支援に努めています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年2月19日	評価機関 評価決定日	令和2年5月21日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、横浜市営地下鉄ブルーライン「三ツ沢下町」駅から徒歩8分程の小高い丘の上の閑静な住宅地にあります。建物は木造2階建て、2ユニットのグループホームです。隣接して同一法人が運営する事業所があり、交流を図っています。

<優れている点>

地域との連携が良くとれています。管理者は町内会の班長を輪番で務め、広報紙の配付や町内会費の徴収なども行っています。毎年、隣接の事業所と開催する「合同祭」には地域の人々の参加もあり、交流を深めています。町内会の祭りでは、こども神輿の休憩場所を提供し、飲み物を配るなど、こども達との触れ合いがあります。防災関係では、町内会・消防署・事業所の3者で「消防応援協力の覚書」を締結し、非常災害時の協力体制を築いています。事業所の避難訓練には近隣住民・町内会役員・消防署々長などが参加しています。町内会の協力で設置した事業所専用の「スタンドパイプ式消火器具」の取り扱い訓練も行っています。入居者の有事・緊急時に対処する「24時間オンコール体制」を定め、職員に周知すると共に、入居者情報を纏めた「救急搬送シート」を作成し、緊急時に職員が速やかな対応を取れる対策を講じています。

<工夫点>

毎月開催のフロア会議は、全員が会議に参加し、勤務シフトを調整したり自由に意見や提案を出し合い、協議する体制となっています。

【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 三ツ沢南の丘
ユニット名	あおば

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。 (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。	月に1度開催する各フロアの会議において、管理者出席のもと、職員との間で3項目の理念（自由、自己決定、自立）の確認と理念に基づいたケアが入居者へ適切に提供されているかどうかを会議上で毎回再確認している。	事業所独自の理念の下、職員間で協議し、ユニットごとに年度目標を立て、理念の実践に繋げています。事業所内に掲示して周知を図ると共に、毎月のフロア会議で話し合い、理念に沿った支援をしているか確認しています。	
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。	事業所は町内会に加入しています。また入居者の中には長くこの地域に居住している方もいて友人、知人も近隣に住まわれています。時々尋ねて来られ今まで通りの交流をしています。	地域の一員として町内会の班長も務めています。町内の祭りにはこども神輿が立ち寄り、入居者との触れ合いがあります。隣接の事業所との合同収穫祭は、近隣に声かけし、交流を深めています。散歩時には保育園児や地域の人と挨拶を交わしています。	入居者が地域とのつながりの中で、喜び、楽しく暮らせる一環として保育園児との交流も考えられます。散歩時の触れ合いに加え、ホームへの来訪、交流の実現も期待されます。
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。	認知証に特化したグループホームには様々な認知症関連の研修を積んだ職員がいます。認知症に関しての困りごとなどについて地域に開かれたグループホームとしての支援、役割を果たしています。	/	/
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。	グループホームの運営状況について、参加された地域の方々、ご家族の方々に報告を行い、一緒に作り上げていく存在として地域、ご家族、ホームが意見を出し合って協力しながらサービスの向上に努めています。	運営推進会議は2ヶ月ごとに定期的に開催し、町内会々長や民生委員、地域包括支援センター職員が参加しています。ホームの活動報告、意見交換や情報交換を行い、ホームの運営に活かしています。	
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。	全入居者に占める生活保護受給者数が非常に多く、生活支援課、高齢障害支援課との連絡調整が密に必要です。自ずと協力体制が生まれてきます。	区の生活支援課や高齢・障害支援課、地域ケアプラザとは常に連携を取り、協力関係を築き、相談や情報交換し、助言を得ています。介護保険認定更新時には管理者が行政に出向き手続きをしています。区のケースワーカーや介護相談員とも協力関係を築いています。	

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。	身体拘束の意味を各職員は理解をしています。行うすべてのケアが拘束に抵触しないかどうかを考えながら援助にあたっています。フロア間にドアの施錠が行われおり職員にとっては頭痛のタネになっています。	身体拘束についてフロア会議で話し合い、職員の理解を得ています。特に言葉遣いに注意を払っています。虐待、身体拘束防止の自己点検シートを用いて全職員がセルフチェックをし、振り返りを行っています。事故防止のため止むを得ず施錠していますが、外出希望者には同行し、応えています。	身体拘束適正化委員会の開催が無いので、委員を選定し、今後定期的に委員会を開催すると共に、身体拘束に関する研修も実施していくことが期待されます。
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。	高齢者虐待防止法等については、職員採用時に学んでいただき、その後は職員間で行っているケアについてお互いに検証する機会を作り、疑問の残るケアが無いように努めています。		
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。	身寄りのない方が多く入居時の契約、入退院時の保証人等、第三者の力を借りないと適切な生活環境に身を置けない方が多く入居されています。管理者が中心になって高齢支援課に後見人を立てよう依頼し、成年後見制度を利用している入居者の方もおります。		
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。	入居の契約、解約は時間を掛けて行き違いのないように行っています。特に普段なかなかお会いする機会の少ないご家族には丁寧に説明するとともに解約後のフォローについても実施をしています。		
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。	介護相談員制度を導入しています。横浜市から委託された介護相談員がホームの来られ、入居者からご意見要望を聞き取り、ホーム代表、管理者に入居者からの意見要望を代弁してくれませす。ホームはそれらを反映できるよう努めています。	毎週金曜日に介護相談員2名の来訪があり、入居者と面談を行い、意見や要望を聞く機会を設け、管理者と情報交換しています。家族の面会時には職員が入居者の状況などを説明する中で意見や要望を聞いており、内容は運営に反映しています。	

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。	運営に関する職員からの意見、提案については、特別機会を設けて聞き取るようなことはしていません。しかし普段の勤務の中で特別に構えなくても伝える、伝わるような職員との関係が代表、管理者、職員の中にあります。	職員は日常的に管理者と話し合い、意見や提案を自由に出すことができています。また、フロア会議を通じて意見や提案について協議し、業務改善につなげています。散歩時の職員体制の在り方や、利用者に配慮したリビングの席替えなどの提案を実施しています。	
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。	代表者は日々働く職員の勤務状況をこまめに観察し、情報把握に努めています。スーパーバイザーとして職場環境、介護環境を通して職員個人個人の仕事ぶりの把握に努め、適正な評価を給与や処遇、意欲向上に結び付けている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	人手が足りない為、積極的に外部への研修に参加していただける状況にはなっていません。しかし少ない人数の中でも勤務をやり練りしながら、どうしても学びたい研修には参加をしています。		
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。	神奈川区内の近隣の介護事業者とは入居者を通しての交流があります。しかし限られた施設間の職員交流です。年に数度グループホーム連絡会のブロック会があり、そのような時には積極的に連絡を取り合うようにしています。		
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。	入居時、「日常生活のご様子ノート」といった記録紙に、今一番困っていることを尋ね、記入することになっています。その場で明確な困りごとが見つけれない時には、時間を掛けて困りごとと近づけ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。	これについてもご家族が困っていることを入居時、契約時に尋ね、聞かさせていただくことになっています。入居者同様に時間を掛けて丁寧に聞かせていただくことが度々です。		
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。	上記15.16の項目で得た困っていること、不安なことに基づいて本人、ご家族と話し合いを持ちます。本人、ご家族が求めているものと、ホームが考える支援の突合せをして、ホームとしてできることできないことを伝え、必要とあらば他のサービスも提案します。		
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。	介護する人、される人、といった関係性を作るのではなく、共に生きる共生的な関係を作り構築しています。		
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。	ご家族もホームの入居者を支える大切な一員です。入居者のご家族の今までの繋がりを大切にして、ホームでもその関係を絶やすことのないように、ご家族の支援に努めています。		
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。	本人が大切にしていく馴染みの人や場所については、本人やご家族から情報を得ています。入居後も継続して関係を維持していくことの難しさがあります。	幼馴染みや以前の住まいの近所の人、馴染みの宗教関係の仲間や神父、デイサービス利用時の知人などの来訪があります。湯茶を出し、居室でゆっくり過ごしてもらっています。帰りには再訪を依頼し、関係継続の支援をしています。	

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
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。	入居者間で自然に生まれる交流についてはいつまでも続くように支援を行い、お互いに共感、助け合えるような関係作りを目指しています。人付き合いが苦手な人には座る席を隣するなど配慮をして職員を交えて支援に努めています。		
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。	契約終了時には今後の支援も含めて説明を行います。ですから契約終了後も連絡を取り合うことがしばしばあります。		
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。	ひとり一人の思いや意向を職員が把握した時、職員はそれらを職員間で共有して実現に向けて話し合います。理念の2番目にある入居者の自己決定を見逃さないことが重要と考えています。	職員は、入居者との日々の会話の中で思いや意向の把握に努めています。意向の把握が困難な人は、何気ない言葉や表情、仕草などから推し量り、意向の把握に努めています。入居者の思いや意向は業務日誌に記載し、職員間で共有し、支援につなげています。	
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。	入居時には今までの生活を知るために、ホーム独自の「日常生活シート」に基づいて今までの生活、サービス利用歴など細かい情報把握に努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	ひとり一人の入居者のその日の過ごし方を勤務者間で申し送っていきながら状態の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	上記項目25番で得られた入居者の状態（心身の状態の変化や有する能力の変化等）に変化がみられた時に介護計画のモニタリング、見直しを行い、介護計画の変更を行う。	ケアプランの見直しは4ヶ月ごとに実施しています。毎月ケアカンファレンスを行い、変化があれば必要に応じて随時見直しを行い、現状に即したケアプランとしています。作成に当たっては、入居者や家族の意向、医療情報などを反映しています。	
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。	個別の日常生活を記録する用紙があり、その用紙に当日のリーダーと一緒に勤務する職員からもその日の入居者の様子を聞いて総合的にまとめる。中でも気づきで重要と判断されたとことは申し送りの中でも送られ、介護計画に反映されていく。		
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。	ひとり一人の入居者のその時々ニーズに合わせて柔軟なサービス提供を考えていくことは十分理解している。限られた入居者のニーズに応えるのが精いっぱい現実があります。		
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。	近隣の地域ケアプラザ主催の認知症カフェ、地域で暮らす精神障害者との交流の場である地域活動ホーム等に参加して、入居者が楽しめる時間を増やしている。		
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。	受診は今までのかかりつけ医を選ばれた入居者、ご家族もいらっしゃいます。そのような方はかかりつけ医を継続していただきます。多くの方はホーム主治医に変更されています。	全員が協力医による月2回の訪問診療を受けています。法人職員の看護師が毎週健康チェックをしています。主治医への健康情報の事前提出や家族への「家族の手紙」で診療情報を共有しています。その他の診療が必要な場合にはホームが通院支援を行っています。	

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。	各入居者の健康状態に気になることがあった時は、ホーム看護師に報告、連絡、相談を基本としている。看護師が不在の時はホーム主治医に連絡を取り、必要とあれば往診を受けます。他病院受診の必要がある時はホーム主治医の紹介状を持って他病院を受診。		
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。	入居者が入院された時には、入院先病院関係者（主治医、看護師、OT、PT、地域連携室等）と連絡を密にとり、早期退院に向けての話し合いを持ちます。		
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。	弊グループホームでは看取りを行ってはいません。どの時点で病院や他施設へ移動していただくかをご家族と話し合い、受け入れ先病院、施設との調整を図ります。	重度化や終末期における対応は、入居時に本人・家族に伝えていきます。現在は連携する病院や施設への転院・転出を基本に支援しています。看取りは法人の方針として対応しないことで理解をしてもらっています。	「在宅療養支援診療所」登録のクリニックの医師・看護師、ホームの看護職員・介護職員の連携が機能しており、今後、看取り対応の検討・実施も期待されます。
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。	緊急時の職員の対応については、全ての職員が同レベルの手当てや対応術を持ち得ている訳ではありません。緊急時に対応した職員の対応方法を目で見て学んだり、看護師に緊急時の対応を習ったりしています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	毎月のカンファレンスの時に避難方法、経路の確認、入居者の状態に合わせた誘導方法などを話し合っています。	夜間想定を含む年2回の避難訓練を実施しています。町内会・消防署・事業所の3者で「消防応援協力の覚書」が結ばれ、非常時に備えています。避難訓練は近隣住民・町内会役員・消防署員が参加し、敷地隣接のスタンドパイプ消火器の取り扱い訓練も行っています。	災害用備蓄品として、飲料水、栄養補助食品を保管していますが、災害対応に必要な備蓄品類の全般的な見直しとリスト化による保管・管理も期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	理念の1番目です。入居者の自由の尊重とは、関わる職員が自分を見つめなおすところがスタートです。自分がされて困ることは行わない。それが人格尊重の原点と考え、実践しています。	一人ひとりのプライドを損なわないよう、接し方や言葉遣いに配慮しています。「自分がされて嫌なことはしない・言わない」ように気を付けています。「ちょっと待ってください。」などは、安心してもらえるような他の言葉に代えて答えるよう注意し合っています。	
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。	自主的に自分の思いや希望を表現できる入居者はよろしいですが、自己主張の全くない方がたくさんいます。いろいろな選択肢を用意して自己表現に結び付けられるような工夫をしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	ひとり一人の入居者に流れる時間は異なっています。過ごし方の希望を尋ねることは少ないですが、その人のペースに合わせた時間の送り方を大切にしています。例えば食事に1時間半かかる方は、それだけの時間を掛けて召し上がっていただきます		
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。	おしゃれに興味にある方はそれなりに支援をしています。おしゃれを恥ずかしがる入居者もあり、そのような方は清潔面からアプローチしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	入居者にとって食事は楽しみの中でも一番の楽しみです。特に女性入居者は積極的にお手伝いをしたりします。食事作りに参加して役割をこなすことで張り合いを持ち、食事も更においしく召し上がれます。	献立と食材は外部の配食業者に依頼し、「検食簿」に食事ごとの味付けや量などを記録して献立に反映しています。料理の盛り付けを行う人もいます。多くの入居者は食事後の下膳を自ら行っています。隣接事業所との「合同祭」には皆で弁当を手作りし、楽しむ機会があります。	

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
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。	栄養管理については食材を外部業者に求めているため適切な管理が行われています。食事量は本人の要望、これまでの経緯等を加味して決めています。水分量は水分管理表に基づいて一日1,500ccを目標に支援しています。		
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、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、ひとり一人必ず口腔ケアを行っています。毎週火曜日には、歯科医、歯科衛生士の訪問があり、口腔内のチェックと口腔ケアを行って清潔の保持に努めています。		
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。	排泄に問題がある人は、排泄管理表に基づき声掛け、時間誘導行う。排泄、排泄援助はトイレで行う。パットの当て方を工夫してオムツの枚数を減らす工夫をしています。	「排泄チェック表」により一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を支援しています。食事の前後や仕草などを察知し、声かけと時間での誘導を行っています。パットの当て方を工夫することによりオムツの削減につながっています。	
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。	排泄管理表に基づき排便管理を行っています。ひとりひとり排便パターンがあります。朝トイレで座る習慣のある人は必ず座っていただくようにしています。体操、歩行、呼吸法などいろいろ試しています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	週2回入浴を実施しています。特に曜日は決めていません。時間帯は13時半から16時ころまで。着替えから入浴までたっぷり時間を取って毎日3人ほど入浴していただいています。	週2回、午後の入浴を基本にしています。浴槽の湯は個人ごとに張り替え、心地良く入浴できるよう配慮しています。ヒートショックなどを起こさないよう温度差に注意しています。季節を感じてもらうため、菖蒲湯や柚子湯を楽しむ機会があります。	

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
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。	消灯は21時。入居者さんは皆それぞれその時間まで好きなように過ごしています。共有フロアで皆でテレビを見たり、おひとり静かに自分のお部屋で過ごす人、人それぞれのんびりと送られています。		
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。	入居者ひとりひとりが内服する薬と持病について職員は理解をしている。服薬と持病とそその変化（悪化等）には注意を十分に払っています。		
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。	入居者ひとり一人が持つ楽しめる能力を見極め、趣味、特技、役割等を行って頂いている。編み物、縫物、塗り絵、漢字練習、数独、トランプ、掃除などで気分転換をしている。掃除が大好きな入居者もいらっしや、良く体を動かしています。		
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るように支援している。	日常、散歩程度の外出は毎日行っています。しかしそれは限られた入居者で、外出に拒否がある人は無理には行いません。ホームと隣のホームの間にあるスペースのベンチで皆さんで腰かけておしゃべりするのが楽しいようです。	事業所周围は坂道も多く散歩の機会は限られますが、近くの緑道に出かけています。多くの入居者はホーム前の広場のベンチに腰掛け、日光浴や外気浴をしながら会話を楽しんでいます。編み物の教師として町内会館に出かけ、生徒に教えている人がいます。	
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。	金銭管理はホームで行っていて入居者は個人的にお金はお持ちになってはいません。		

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
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。	本人自ら連絡を取るようなことはありません。ホームで用意をしたはがきや便箋を使っての連絡を取っていただきます。最近では字が書けなくなってきた入居者が増えてきて手紙も減りました。電話を使ってお話しできる人には電話で支援をしています。		
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。	臭い（トイレ、靴のにおい等）には消臭剤。廊下には入居者の作品展示。食堂、お部屋、共有部分への太陽の光は遮光カーテン。壁への過度な装飾は避けています。	殆どの方が日中は食堂兼リビングで思い思いに過ごしています。毎日の体操、レクリエーションや廊下での歩行も楽しみながら行っています。室内からの見晴らしもよく、明るさも良好です。壁面には作品のぬり絵・季節感のある貼り絵などを掲示し、落ち着いた雰囲気の共用空間となっています。	
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。	共有空間に一人になれるようなスペースはありません。お部屋か事務所のソファで一人で過ごす入居者さんはいます。気の合った入居者がどちらかのお部屋でおしゃべりすることはあります。		
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。	居室の空間作りは入居者とご家族にほとんどお任せしています。今まで使ってきた生活用品に囲まれて安心できる空間を作ってくださいとお願いしています。動線上、問題が生まれるような時にはアドバイスしています。	介護用ベッドとエアコンが備え付けとなっています。それ以外は入居者が使い慣れたものを持ち込んでいます。縫いぐるみ、チェスト、椅子、仏壇などを置き、好みの部屋作りをしています。居室担当者が室内の清掃をし、環境を整え、支援しています。	
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。	居室には各入居者の名札が付いています。お部屋の中のタンスの引き出しごとに入っている衣類を記したりしています。口腔ケア時の歯ブラシ、歯磨き粉、コップなどにも名前を入れ、座る場所のテーブル名前シールが貼られています。		

事業所名	グループホーム 三ツ沢南の丘
ユニット名	わかば

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
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。	各職員は出勤と共に玄関に掲げてある理念3項目を目にします。職場に入る前に確認をして仕事につきます。入居者にBPSDが見られる時、自分たちの援助に問題が無いか理念を原点に管理者、職員は立ち返っています。		
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。	事業所は地域の町内会に加入している。入居者には地域で行われている活動を紹介するとともに、この地域で暮らしていた入居者も多く、地域に知り合いもいて、事業所に積極的に訪問をいただける環境がある。		
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。	運営推進会議に参加される地域の方々を通じて、グループホームの運営状況などを地域の人たちに伝えていただき、グループホームへの見学を積極的に進めています。		
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。	運営推進会議ではグループホームの2ヶ月間の運営状況についての報告を行っています。入居者数、介護度、平均年齢、性別等を伝え、グループホームで行っていることを伝え、地域の人たち、ご家族からアドバイスをいただいています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	生活保護者が多く入居している関係で神奈川区役所の生活支援課、高齢支援課、保険年金課等との連絡を取り合うことが多いです。入居者のより良い生活への支援の協力体制があります。		

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。	理念の第一に掲げる「自由」を思い浮かべれば、身体拘束などもってのほかと職員の誰もが考えています。職員は言葉や行動のみならず、拘束がもたらす弊害を頭に入れてケアに取り組んでいます。		
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。	管理者が高齢者虐待防止法等についての講習会に参加して、それを職員に伝えるパターンが多いと思います。また職員間でも、特に言葉遣いに虐待と思しきことが認められた時には、職員間で注意を促すことができる人間関係があります。		
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。	身寄りのない方が多く入居時の契約、入退院時の保証人等、第三者の力を借りないと適切な生活環境に身を置けない方が多く入居されています。管理者が中心になって高齢支援課に後見人を立てよう依頼し、実際に成年後見制度を利用している。		
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。	契約時、解約時には入居者、ご家族にひと項目ごとに確認を取りながら説明を実施しています。契約後、解約後に出てきた不安や疑問点についても遠慮なく尋ねることができるような事業所職員との関係作りにも力を入れている。		
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。	管理者は定期的にご家族に連絡を入れて入居者の生活状況を説明をしている。その際ご家族からの意見、要望を尋ね、可能な限り運営に反映するように努力している。ご意見箱を設けて意見、要望を吸い上げることも行っている。		

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
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。	職員ひとり一人から意見や提案を聞く機会は少ない。しかし意見や提案をする職員がいないわけではない。意見や提案があった時には、代表者はそれらの意見、提案を吟味して運営への反映の可否について説明を行っている。		
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。	代表者の思いや、代表者の考える介護環境を実現するために、e-ラーニングを用いて介護の基礎を職員に繰り返し学んでもらい、それらを生かした業務への取り組み等を支援しながら労働環境の整備に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	職員一人一人が行っているケアを把握することで不足していると考えた介護知識、介護技術等に関する講座や研修をさがして、職員にそれらの研修の受講を勧めている。研修費用は事業で負担をしている。		
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。	横浜市グループホーム連絡会に加入している。連絡会独自の自主事業（勉強会等）などに参加をして、他のグループホーム職員との交流を通して自らのホームの質について問い、改善すべき点を洗い出している。		
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。	サービス利用開始前には必ずグループホームを訪問、見学していただきます。2度も3度も見学に訪れる入居希望者もいらっしゃいます。その都度入居に際して困っていることや不安なことをお聞きして、それらが払拭できるような対応に努めています。		

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。	サービス利用開始前に何度かホームに来ていただき話し合いをします。何度か話し合い繰り返すことでご家族の困っていることが浮かび上がってきます。そして一緒に考えながら関係を深めています。		
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。	本人、ご家族との面談を入居前に何度か行います。面談から得られた今一番困っていることを見極めることと、その見極めた内容を本人、ご家族に再確認していただき、ホームで支援できるのか、他所でないかダメなのか考えます。必要なら他所に依頼いたします。		
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。	本人を中心とした生活を送っていただくことに職員は腐心しています。入居者が遠慮なく過ごせる環境を作り、入居者主体のホーム作りをしている。		
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。	グループホームは認知症高齢者の生活の場です。切っても切れない家族も重要な支援者です。ホームでの入居者の生活状況をご家族に伝えながら、ご家族、職員がケアコラボできるような関係作りに努めています。		
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。	馴染みの人や場所についての情報は掴んでいますが、実際にその人との関係を維持、また馴染みの場所を尋ねることはほとんどありません。唯一手紙と電話で繋がりを保っていくので精一杯です。		

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
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。	入居者同士でもその関係性に良好、不良があります。積極的に勧めずとも良好な関係が維持できる方々とそうでない方がいます。ひとりを好む入居者もいます。状況に合わせた無理のない負担のない支援を行っています。		
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。	契約が終了したすべての入居者とのその後の関係作りはできません。またこちらからのフォローを望まないご家族もいらっしゃいます。しかし必要とあれば積極的に相談や支援に努めています。		
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。	グループホームで暮らすに当たり最初の面談で本人やご家族の思い、意向を聞かせていただき、その実現に職員は努めています。本人の思い、意向の把握が困難な場合でも、本人の何気ない表情や言葉、今までの生活から推し量り意向の検討に努めています。		
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。	基本、入居時に今までの生活状況について情報収集を行います。「日常生活のご様子シート」という専用シートを使って把握に努めます。		
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。	一日を通して入居者の状態に注意を払い、関わり方でも異なり変化のある本人の状態把握に職員一人一人が努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	日々関わる職員から一人一人の入居者の状態についての情報を集め、集めた情報に対して必要と思われるケアの妥当性を職員間で話し合い、介護計画として提示し、本人、ご家族に確認していただいている。		
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。	上記項目25番で申し送られる入居者のその日の過ごし方は個別記録に残されていく。職員は自分の勤務外の入居者の状態は個別記録から拾い上げ共有していく。共有された情報が介護計画の見直しに繋がっていく。		
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。	入居者ひとり一人のニーズは異なっており、当たり前という考え方を原点にサービス提供を行っています。中にはグループホームではとても対応できないニーズもあります。行政の力を借りることもあります。		
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。	地域資源として活用しているのは認知症カフェ、地域活動ホーム、障害者の集い、病院で行われるイベント、散歩会等です。参加者は限られていますが張り合いのある暮らしに結び付いていると考えます。		
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。	グループホームには訪問医がいます。入居と同時にホームの訪問医に変更される方が大半ですが、今までのかかりつけ医を希望される方はそのまま継続してフォローしていただくことも可能です。実際にそのような入居者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
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。	入居者ひとり一人との関わりの中で、その人ならではの情動に気づきを見つけた時は、職員間で共有するように努めています。		
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。	入居者が入院をした時は、入院先主治医、病棟看護師、病院地域連携室等と連絡を取り合い、早期退院に向けてのカンファレンスを病院、ホーム間で行います。		
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。	弊ホームでお亡くなりになる方がいらっしゃいますが、基本的に看取りは行ってはいません。入居時、または入居後早い段階で終末期についての話し合いを行っています。		
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。	入居者の急変時は、主治医と連絡をとり判断を仰ぐことが基本となっています。急変時、事故時の職員の対応については、一部の職員は対応できますが、全体を考えるとまだまだ力不足が現状です。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	火災時の避難方法は毎月のフロアカンファレンス時に、話し合い、確認を繰り返しています。誰もがイメージできる訓練をしています。地震、水害等の災害についてはイメージできていません。地域町内会とは協力連携体制を確認しています。		

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。	まずはご挨拶。名前の「姓」に「さん」を付けて呼ばせていただくことが基本です。ひとりひとりが個別で人格を尊重されるようなスタートラインは、きちんとお名前を呼んで差し上げるところが原点になると考えています。実行中。		
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。	いろいろな場面で職員がリードするのではなく、職員から入居者に確認を求めるような対応に努めています。		
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。	職員には業務標準があり、それに沿って一日を通して業務を行っていく。業務を行いながらその中で一人一人の入居者の言動に目を向け、どのような時間を過ごしたいのかをお聞きし支援しています。		
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。	職員は入居者がお持ちになっている衣類を把握して、入居者に衣類の提案ができるよう支援をしている。入居者が着易く、職員が援助しやすい服一辺倒にならないように注意をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事で入居者さんに協力をお願いできることはガスレンジと包丁を使うところ以外のところ。具材を混ぜたり、盛り付けたり、食拭きなどです。嬉しそうな表情がみられます。		

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
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。	水分摂取表があり、ひとり一人1,000cc以上を目標に掲げ、水分摂取を行っています。ほうじ茶、麦茶、コーヒー、ポカリスエット、牛乳等、お好みやご希望に沿って水分摂取していただいています。		
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、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。	口腔ケアについては、毎食後必ず全員を対象に実施しています。また毎週一回歯科医、歯科衛生士による口腔ケアを実施しています。口腔内の状態把握の重要性については職員は理解している。歯科医による口腔内の説明会もあり。		
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。	尿失禁、便失禁のある入居者は排泄管理表に基づき時間での排泄誘導を行い、失禁を防ぐ工夫をしている。オムツの当て方を工夫して少しでも枚数を減らすよう努力している。トイレへの排泄誘導がスムーズに行えるようになると自力排泄も見られます。		
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。	便秘に基づくBPSDについて、職員は理解をしている。入居者の普段見られない言動に注意を払い、便秘との関連に注意をしている。水分量、消化の良い食物の選択などを通じて便秘対策に努めている。		
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。	入浴は週に最低2回を確保しています。時間帯こそ午後になってしまいますが、入浴の順番を配慮しながら、のんびり入れるような時間的余裕を作ったりして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。	ひとり一人その日の状態に合わせて午睡（20～30分）を入れ、休息を取ります。早く横になる人、遅くまでテレビを見ている人、いろいろいらっしゃいますが、他の入居者の睡眠に支障がないように夜間を送っていただいています。		
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。	職員はひとり一人の入居者が持っている病気とそのため処方された薬について理解をしている。少しでも薬の数が減るようにと病気への理解を深めている。		
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。	日中の張り合いのある生活こそが認知症の人にとって重要であることを職員は理解しています。認知症薬も怠惰な生活の中で内服しては全く意味はありません。張り合いある生活の中で内服するに意味があります。ひとり一人に役割を感じてもらえる支援を実施。		
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。	多くの入居者に脚力の低下がみられます。またホームの周囲は急坂で、外出も自動車や介助がないとままなりません。しかしご家族の支援もあってマンツーマンでの散歩、買い物、外食に連れて行った頂ける入居者様もいらっしゃいます。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	お金を持っている入居者はほとんどいません。お金を持って買い物に行く機会もありません。お金を使うことへの支援の大切さは理解をしています。今後の課題です。		

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
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。	携帯電話を持ってご家族や友人と連絡を取りあっている入居者もいます。こちらから電話を掛けることはありませんが、掛かってきた電話は取り次いでいます。手紙も要望があればはがきをお渡しして交流の支援をしています。		
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。	共用空間には季節の貼り絵や塗り絵で季節感を感じていただいています。臭いには消臭剤。光にはレースのカーテン。温度、湿度はエアコン利用して居心地の良い環境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。	共有空間にはソファや安楽椅子で、仲の良い入居者同士がのんびりと過ごせるような工夫をしている。また一人になりたい時には自分のお部屋で過ごすか、事務所のソファに座りに来られる入居者もいらっしゃいます。		
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。	居室に関しては入居時に入居者のご家族で過ごしやすいような空間作りをしていただいています。持ち物も今まで使っていた馴染みのものを使うように勧めています。注意点はお部屋が身の置き場がないような空間とならないよう配慮していただいています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	認知症の中核症状に失見当があります。故に居室には名札、トイレにはトイレと表示して混乱の防止しに努め、自立度も高める。また時計、カレンダーを通して日付、時間の把握をして次の行動を考える指標にしております。		

令和元年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム 三ッ沢南の丘

作成日： 2020年 5月 28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	13	職員を育てる取り組み 介護経験の長さ、教育、研修受講実績、有資格等により、個々の職員の介護に少なからず幅が生まれる。この幅が介護を受ける入居者様にとって負担となることがある。	入居者様が負担とならないようなケアを職員全員で目指す。	入居者様への支援方法について入居者様が負担とならないような方法を職員間で日々チェックしあう。事業者は研修、教育の機会を積極的に設けるとともに、職員の希望する研修等への受講について、研修日の日当の支給、研修費用負担の支援をしていく。	12ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援について現在、当施設は看取りを行っておらず入居時に入居者様・ご家族様にはその旨を説明をさせて頂いております。 しかし、入居者様の大半が生活保護で身寄りのない方が多く、施設生活をしていく上で最期まで住みなれた施設で最後を迎えたいと考えを変えて日々を過ごされている方もいる可能性もあり重度化・終末期への受け入れ態勢が急務であると考えていますが実際は看取りへの体制が整っておらず職員の精神的な不安や負担も懸念となり実践できていない状況です。	重度化・終末期となった際に必要な支援を入居者様、ご家族様から意見を伺い出来る限り希望に沿える支援体制を整える	入居者様、ご家族様に対しては重度化、終末期をどのように考え、どのように迎えたか。またその時どのような支援を望むのか。といったことを入居者様やご家族様が理解出来るような言葉を用いて説明をして、望む支援の内容について時間をかけて確認をしていく。 また、職員に関しては看取りの実施に向けて、協力医療機関との連携、看取りを行っている交流のあるグループホームとの意見交換等を通し看取りに対しての職員の不安・負担軽減等の体制作りを行い看取り実践へと繋げる。	12ヶ月