

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	1470200856	事業の開始年月日	平成18年4月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	特定非営利活動法人 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の3		
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10月4日	評価結果 市町村受理日	平成31年1月21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)】

認知症と診断されても入居者様が自信を持ってその人らしく生きることができるよう私たちスタッフは寄り添います。そして入居者様が日々の生活の中で恥ずかしい思いをすることなく、自分の気持ちを言葉や行動で臆することなく表現できるような環境を常に備え、表現されたことを真摯に受け止めることができる職員を育成します。そして楽しい会話と笑い声の絶えない賑やかなホームを作ることに日々腐心しています。グループホームの理念の筆頭にある「自由」を尊重し、入居者様一人ひとりの「個性」を大切にすることをグループホームを目指しています。

### 【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 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16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から、徒歩8分ほどの小高い丘に建てられています。運営法人は隣接した敷地にもう1軒のグループホームを運営しています。

<優れている点>

常勤で、経験年数が多い職員が多く、入居者との信頼関係が醸成されてきています。日々の積み重ねを経て、表情や動作からも入居者の思いや意向を知ること、その意向に沿った言葉がけ、ふれあいを大切にしています。入居者との信頼関係が構築されていることで、職員も仕事を楽しむ余裕が生まれています。事業所設立時に、周囲の住民や自治会へ説明会を重ねてきたことで、地域と良好な関係が構築されています。運営推進会議には町内会長や民生委員、地域包括支援センター職員も参加してくれています。町内会で実施する防災訓練に事業所の職員が参加する一方、簡易型移動消火器を使った事業所の消火訓練は町内会と合同で実施することになっています。また、町内会の祭りの時には神輿が事業所まで訪ねてきて、入居者を喜ばせています。

<工夫点>

緊急搬送時の個人情報カードがきちんと整備されています。緊急時に入居者の性別・年齢、住所といった基本情報と医療に関する情報、必要な情報を記載したものを入居者一人ひとりに透明なファイルで持ち出せるように用意しています。

### 【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 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。	入居者の「自由」「自己決定」「自立支援」を日常生活の場で意識しながら支援に結びつけるのではなく、また入居者を介護する対象として意識することなく、3つの理念を自然な関わりの中で管理者、職員は実践に移している	事業所の理念は、玄関および各フロアに掲示し、日常的に職員や入居者、家族の目に触れるようになっていました。管理者は、職員が理念に基づいて行動しているかを、職員の行動や入居者の表情、言葉から検証しています。	
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。	日々、入居者と近隣住人との交流は挨拶程度ではあるが、避難訓練、お祭りなどでは、地域住民と入居者たちは積極的に交流をしている。	事業所の設立時に近隣にきちんと説明し、町内会との関係を構築してきています。隣接するグループホームとの合同食事会の時に、町内会からテントを借り、町内会長や民生委員なども参加しています。町内会の祭りでは神輿が事業所まで来ています。	
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。	認知症の人たちの日々の暮らしを運営推進会議の席上、出席した地域住民の代表や民生委員に伝えます。そして町内会の集まり、集会時に地域の代表や民生委員は地域の住人にそれらの情報を伝えている。	/	/
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。	運営推進会議では開催月前2か月間のホームの運営状況を伝えています。サービス実施状況、事故、急変、行事などを伝え、地域と協同出来ることに目を向けるようにしている。	運営推進会議は2ヶ月ごとに開き、町内会長や民生委員、地域包括支援センター職員、入居者家族が参加しています。事業所の運営状況を報告し、また、事業所への要望、意見も出されています。	
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。	月に一度、第2金曜日に介護相談員が来所されます。入居者の生活状況や入居者から直接困りごとを聞き取ったりしています。それらを元に区の担当者とホームは入居者の生活向上に努めている。	神奈川区役所の高齢障害福祉課とは事業所の運営に関して必要に応じて相談しています。区的生活支援課とは生活保護の入居者の関係で、電話などで連絡しています。横浜市のグループホーム連絡会に参加し、勉強会や情報交換をしています。	

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
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。	身体拘束が良くないことは誰もが理解をしている。では何が身体拘束なのか。具体的な行為を挙げていく。鍵、紐、柵、手袋、ベルト、抑制衣、薬、隔離などからいろいろと想像し、入居者の不安、怒り、諦めや身体機能の低下など、職員は理解し、しないケアを実施している。	身体拘束に関するマニュアルが作成されています。月1回各フロアで行われるカンファレンスでは、身体拘束などについて、研修を行っています。基本的にベッドサイドのセンサーはつけていません。ただ、骨折などの危険性がある入居者に関しては家族と話し合い、設置しています。	
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。	インターネットを通じて介護に関する講座をカンファレンス時に職員は受けるようにしている。特に虐待について目につきやすい身体的な虐待への注意はするが、心理的虐待、特に言葉については職員同士で話し合える環境はある。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	単身生活保護者が多く在籍するグループホームです。管理者がいろいろな機会ごとに区高齢支援課などと連絡をとりながら、できる支援に努めています。特に単身で金銭管理に支援が必要な入居者多いのでその支援に努めています。		
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。	入居契約は管理者が行っています。締結に当たっては、主にご家族、後見人に管理者が契約書の条文を一つひとつ読み上げ説明をしながら理解していただいています。		
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。	入居者の意見や要望は介護相談員制度を用いて月に一度相談員が入居者から声を拾って管理者に届けます。家族からの声は、家族の訪問があった時に職員が積極的に声を聴かせていただき、その声をフロアカンファに載せる様になっています。	職員は日常的に入居者から要望や意見を聞くようにしています。2ヶ月に1回開かれる運営推進会議に、家族の代表が参加しており、要望を出しています。入居者や家族から出てきた要望、意見はカンファレンスの時に取り上げ、対応を相談しています。	

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。	代表者、管理者はフロアカンファレンスに出席して職員の声を聴く努力をしている。職員からの意見、提案を運営側に直接伝える機会はあるが、フォーマルなものではない。	管理者は日常的に職員の意見を聞くようにしています。また、職員からの相談も気軽に受けています。毎月、カンファレンスがあり、基本的に出勤している全員が出席し、職員の意見や要望が出されています。	
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。	代表者は入職時に交わした個々の職員との雇用契約を定期的に見直している。個々の職員の勤務状況を鑑みて相応しい資格取得に向けての講習会への参加を勧め、職員、職場の活性化に努めている。		
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。	代表者は、職員が適切な介護と有益な経験を積めるように積極的に講習会、研修への参加を促します。個人的に興味のある講習、研修に対しても参加が可能で、その参加費用についても事業者が負担しています。		
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。	同業他社との交流は管理者が主に行っています。管理者が交流を通して得る知識や情報を職員に伝えながらサービス向上に繋げています。		
<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。	今までと異なった生活環境に身を置くこととなります。入居するまでの生活の情報を集め、入居後の様子観察をして、職員は観察された両方の様子を共有し、言葉掛けを積極的に行い、困ったこと、不安を掴んで寄り添います。		

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。	ご家族と入居者との繋がりを大切にして、その関係がこれからも上手く続くように職員は意識してご家族の言葉に耳を傾け、何でも相談できるような気の置けない関係作りに努めています。		
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。	地域密着型サービスのグループホームに入居を決めた理由は？本人と家族に当該サービス利用を決めさせた理由がまさに「その時」両者に必要となる支援になるのではないかと思います。		
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。	その人が出来ること出来ないことを職員は見極め、本人の意向に沿って出来ることでも本人の負担とならないような配慮をしながら、本人の出来ることを長く続けてもらえるような支援に努めています。		
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。	ホーム運営の主体は入居者です。その入居者を支えるのは職員だけではありません。その人を知る家族の存在なくしてホームの運営はありません。家族も職員も入居者がホームで有意義な時間を過ごせるように協同する関係と捉えています。		
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。	入居時に本人や家族から馴染みのある人や場所について伺い、また専用の入居時シートにもそれらの記載があります。しかし支援が困難なケースが多く、馴染みの人と電話で話すことが唯一の支援となっているのが現状です。	入居期間が長期化しており、次第に馴染みの関係が少なくなっています。その中でも昔の友人から電話がかかってくる入居者もいます。事業所の近くからの入居者の場合は、近隣の人が来てくれることもあります。	

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。	日常生活を見ていると職員が割って入らずとも入居者間での交流を通して支え合っている場面が自然に見られます。注意を要するのがひとりです。注意を要する方がひとりです。そのような方はまず職員が関わりを多くして孤立を防いでいます。		
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。	契約終了後全ての利用者のフォローはしていません。本人やご家族から退所後もお付き合い、フォローをお願いされれば勿論関係は継続。ケアをしてきた経過から今後もフォローの必要性を感じる入居者やご家族には連絡を入れるようにしています。		
<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。	一人ひとりが持つ思いについて、言葉で表現できる人は容易に掴めますが、言葉で上手く表現できない人の思いが掴みきれません。表出されるお顔の表情や行動から思いや意向を想像することも重要であると考えます。	日常的に入居者の意向や希望を聞き出すように努めています。言葉だけではなく、表情や動作からも、普段と違う状態を感じ取って、意向を把握するようにしています。そのためにも、入居者との信頼関係を普段から作り上げていくことが大切と考えています。	
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「日常生活ご様子シート」というシートを用いて今までの生活を垣間見れるような工夫をしています。しかし独居生活が長く、その方の過去の生活を知る人がいなことも多く、把握が出来ない方も中にはいらっしゃいます。		
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。	職員は一人ひとりの入居者の過ごし方を常に観察しています。朝のバイタルチェックで心身の状態を観察し、身体の具合も尋ねて状態把握に努めています。日内での変動も職員間で観察しその観察結果を申し送っている。		

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
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。	本人が本当に必要としている援助かどうか。計画された援助がケアする人達たちの思いを元に立案されることがないように注意をしています。「その人らしさ」はその人が一番よく知って訳で、我々が考える「その人らしさ」と異なることがある。	ケアプランは、4ヶ月～半年に1回ずつ見直しています。月に1回各フロアで、ケアカンファレンスを実施し、アセスメントシートを用いて個別の入居者の様子をチェックしています。これらの評価は、次回のケアプラン作成時に情報として活用しています。	
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。	日々の様子を記録し、気づきを申し送り、問題点をカンファレンスの課題に載せて話し合い、それら一連の流れの情報を職員間で読み返して共有を図っている。共有された情報を基にカンファレンスではモニタリング、アセスメントを繰り返す。		
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。	外部のデイサービスと連携をして、デイサービスに参加を希望する入居者には参加して頂いている。日帰り小旅行、カラオケ大会、グルメ食事会等、なかなかグループホームではできない企画に参加している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域ケアプラザの認知症カフェ、小規模多機能ホーム、小規模デイ等から催事に声がかかる。弊ホームの立地と入居者の移動能力低下が催事への参加を阻んでいる。ホームの外で楽しい時間を送ることが出来る支援をしたい。		
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。	医療に関しては訪問診療（2回/月）訪問歯科（4回/月）の説明を行い、ご理解、同意を得て訪問診療を受けて頂いている。入居以前の主治医との関係を断ちたくないとのこと希望があれば、その時はそれが優先されます。	本人、家族の同意を得てかかりつけ医を訪問医療機関に変更してもらっています。外来受診は家族対応が基本ですが、殆どの場合事業所で同行しています。受診内容は訪問診療経過記録に記入し、職員間で情報共有し、入居者の健康管理に努めています。	

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
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。	入居者の状態について看護師の診察が必要と判断した時には、気付いた状態の変化を看護師に伝え判断を仰ぎ、受診が必要であれば看護師より主治医に上申し主治医の判断を仰ぐことになっている。緊急性の高い時には看護師判断で救急搬送を行います。		
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。	環境の変化による認知症症状の進行を防ぐため入居者の入院時はなるべく多く面会に行き、早期の退院を主治医、看護師、相談員等入院先病院関係者と話し合います。外来受診、入院先は近隣の総合病院が多く、病院関係者との関係作りはできている		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	看取りはしていない。医療的措置が常時必要となった時点で主治医に紹介状を作成して頂き受け入れ先病院を捜し転院となる。事業所としては入居時や家族の面会時等に終末期のあり方希望について繰り返し尋ねると共に変更がないか再確認している	入居時に本人、家族に看取りは実施していないことを説明しています。主治医の判断で医療的措置が常時必要となった時は転院先を探すなどの支援をしています。	
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。	入居者の急変時には看護師、管理者が応急手当、初期対応をする。看護師、管理者が不在の時はオンコール。職員全員が緊急時対応を身に付けてはいない。看護師、管理者が不在の時は、#7119に電話して状態を伝え判断を仰ぐこともある。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	月に一度のフロアカンファレンスで避難路、避難方法の確認を行っている。入居者の避難時には地域との消防連携協定に基づいて近隣住民の協力体制ができている。	消防署、町内会及び事業所で防災協定覚書を交わし協力体制を構築しています。敷地内にスタンドパイプ式初期消火器具を設置しています。災害時にすみやかに行動できるように入居者の状態を常に把握しています。家具転倒防止策が施されています。	

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。	入居者の人格を尊重すると共に人間関係における言葉の大切さについてネットを使った講習で接遇、対応を学び、プライバシーを損ねない言葉掛けに注意を払っている。	日常会話や行動から入居者個人の思いを知ることにより、気持ちに寄り添った言葉掛けやふれあいを大切にしています。また入居者の一人ひとりの時間の送り方を大切にしています。	
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。	グループホームの理念の一つに「自己決定」があります。この理念にある「自己決定」は、入居者が「自己決定」しやすい環境を作って差し上げることです。そのような環境作りに努めています。		
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。	入居者の日々の過ごし方は大よそ決まっています。ゆったりとしたペースで時間を送っていただいております。一人ひとりの希望に沿うことはなかなか出来ません。お話を伺って希望に沿えない旨を説明してご理解いただくことが多いです。		
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。	持参した衣類やアクセサリ等でその方のおしゃれや嗜好を想像し、その人が好みそうなおしゃれを提案しています。そして清潔なものを身に付けて頂いています。		
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。	出来ること出来ないことを見極めて、負担を少なくしなるべく多くの入居者に参加して頂き、分担をしながら食事の後片づけを中心に職員と一緒にこなっています。	献立や食材は外部の業者に委託しています。入居者の希望や要望は食レクリエーションを企画して対応しています。入居者はできることを手伝っています。会話を楽しみながら食事をするグループ、静かに食事するグループがあります。	

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。	食事についてはメニュー、レシピ、材料を食材会社に委託して栄養面でのフォローも受けています。量管理は本人の今までの摂取状況に合わせています。水分は一日あたり1,500mlを目安にほうじ茶、ジュース他を飲んでいただいている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後、入居者は一人ひとり自力で口腔ケアを行います。自力できれいにケアできる人は少ないです。職員による援助も行います。週に一度歯科医、衛生士により口腔内チェック、ケア、ブラッシング指導があります。		
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。	排泄に援助が必要な入居者が恥ずかしい思いをせずスムーズに排泄が出来るように支援に努めています。排泄表を用いパターンを把握、声掛け誘導(その人特有の言葉掛けもあり)、気持ちよく排泄できるようにをモットーに援助をしている。	日常の関わりの中で信頼関係を築き、入居者が羞恥心を感じることなく排泄の意思表示ができるように努めています。排泄に失敗しても自ら教えてくれるようになった入居者もいます。	
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。	高齢者には便秘の方が多いです。便秘は徘徊や帰宅願望に結びつくこともあります。消化の良い物、繊維質といった食内容や、咀嚼、室内でのウォーキング、お腹のマッサージ、深呼吸、いろいろと工夫をして下剤に頼らない排便支援をしている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	自分の好きな時に入浴ができる。夜、寝る前に入浴ができる。そんな希望に添えればいいのですが。現実には週2回の午後入浴が基本です。制約のある中のんびり時間をかけてゆったりと入浴して頂きます。(個々人の体調や習慣に合わせてですが)	入浴は週2回、1日に3名ずつを基本としていますが、体調や状況により臨機応変に対応しています。ゆったりした時間の中で会話を楽しみながら入浴ができるよう努めています。ヒートショックにも気を配り、浴室内外の温度差にも気を付けています。	

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。	居室の温度や湿度などをエアコンで調整し、遮光や遮音にも注意を払い、心地よく眠れるように支援をしています。衣類や寝具についても個別にその人に合わせた支援行って眠りに導いています。		
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。	入居者の抱える病気と必要な薬の関係については主治医より説明があり、訪問診療経過観察の記録を通して職員は理解をしている。薬の効能、副作用、注意事項については薬局からの説明書で確認。		
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。	職員は一人ひとりの入居者が落ち着いて取り組めることを、入居時に本人や家族や入居前に利用していたサービス事業者から情報として得て、職員と一緒にいかないながら支援に努めている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	ホームが立地する周辺は急坂が多く個別支援がないと外出ができない制約がある。ホーム脇のベンチにはよく出て外気浴をします。本人が希望する普段いけない場所への外出支援は稀ですが数回行えたのみ。茨城県の実家、スーパー銭湯等へ行くなどの個別支援	日常的な外出が難しい環境にあるため、天気の良い日は事業所の外に並べたベンチで外気浴をしています。外出や外泊の準備も家族と連携して支援しています。通院同行送迎などの個別支援も積極的に行っています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	入居者はお金を所持していません。しかし入居者の中にはホーム外のサービスを利用する方もおり、その方へは外出時にお小遣いを渡して本人の好きなことをして頂いております。食事、喫茶店、カラオケ、ボーリング等に行かれています。		

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
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。	外部の子供、親戚、友人等へ電話、手紙で連絡をとりたいとの希望がある時は実現できるように支援しております。携帯電話を所持して個人的に連絡をとっている入居者もおります。		
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。	認知症高齢者は常に周囲に気を遣い過ぎておられていて些細なことでも気になり混乱される様子が見られる。職員は前述のことを気にかけて一人ひとりの入居者の様子を窺い、気持ちよく過ごせるような空間作りに配慮、注意をしています。	リビングや廊下には入居者が作成した季節のはり絵や刺繍のタペストリーが飾られています。光が苦手な人にはあたらぬよう工夫したり、入居者同士の席にも配慮しています。トイレ内には使用方法が貼ってあり、入居者に分かりやすくなっています。一人になりたい時の空間もあります。	
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。	共用空間の中で独りになれる所はテレビ横のソファしかありません。ここでフットマッサージ器を置いて一人ゆっくりとマッサージ器にかかっている方もいます。各自のお部屋に誘い合うような入居者間交流はほとんど見られません。		
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。	入居時に入居者が今まで使っていた馴染みの物を持ち込んで部屋作りをして頂くようにしています。他の入居者のお部屋を見て頂いたり、生活動線などをアドバイスする以外は本人とご家族で好きなように空間作りをして頂いています。	入居時には持ち込み可否チェック表を用いて説明すると共に、馴染みの物を持ち込んで部屋作りをしてもらうように話しています。転倒の危険のある人には転倒防止のために家具の配置をアドバイスすることもあります。	
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。	入居者各自のお部屋には表札をつけ、トイレの水洗レバーには流し方を表示し「できること」、「わかること」の援助をしている。できること、わかることが、いつ出来なく、わからなくなるかわかりません。表示がその一助になるかと思う。		

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。	「自由」「自己決定」「自立」の支援を理念としている。入居者が発する言葉やいろいろな動きの持つ意味について、職員、管理者は発せられた言葉、行動が持つ思いや気持ちがどのようなものであったのか検証する機会を設けている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会に加入しています。年2回の避難訓練、町内会主催の敬老会、町内会のお祭り時の神輿の来所、事業所での合同祭へ近隣住人の参加等、町内会、事業所の年間行事への相互参加があります。日々は散歩時に近隣の方と挨拶を交わす程度です。		
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。	認知症カフェが各地で取り上げられ、運営も始まっています。三ツ沢地域でもケアプラザが中心になって認知症カフェが始まっています。そんな中で弊事業所は他の認知症カフェとの情報交換、橋渡しを行っています。		
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。	年6回、2か月ごとに運営推進会議を開催しています。開催月前の2か月間についての事業所運営、活動報告を行い、それに対してご意見をいただき、次回又は次々回の運営推進会議時にいただいたご意見の結果報告をす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。	日頃から区役所高齢障害支援課、生活支援課と連絡を取り合い、介護保険認定申請、おむつの横出しサービス、後見人要請、医療機関受診、生活支援など電話連絡だけではなく、顔を合わせて担当者と話し合いをしております。		

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。	介護に関するネット配信サービスを利用して（e-ラーニング）、月1回行われる各フロアのカンファレンス中で身体拘束、虐待、人権等について研修を行い学んでいる。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	介護に関するネット配信サービスを利用して虐待について研修を行い学んでいる。入居者の発する言葉、行動、表情、衣服、身体状況、頭髪などから虐待が疑われるものを感じとる感性を養い、感じ取ったものを職員間で話し合える環境を作っている		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	入居者は認知症を抱え判断力は低下している。生活上の諸々の契約や福祉サービスを受けるの当たっても第三者の援助を必要としている状況にある。後見人を設定して福祉サービスが適切に受けられるように支援に努めている		
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。	契約時は十分に時間をとって契約内容の読み合わせ、具体例を用いての説明を行っています。説明後には相互確認を行い、説明後に新たに発生する疑問には逐次、ご理解いた抱けるように、行き違いの無いように説明をしています。		
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。	利用者の声や傾聴から得られる要望は真摯に受け止め職員間で共有し、出来る限り実現できるような体制はできています。すべて実現とはいきませんが代替案の実現でご理解頂くことも多々あります。		

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。	朝、夕の勤務交替時の申し送りの際、代表者、施設長、管理者のいずれかは、なるべくその場に同席して勤務交替時の申し送りのほか、職員の意見、要望、提案といった声を直接聞くようにしている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	代表者は職員が保持する資格や勤務年数だけではなく、それ以上に入居者と過ごす日々の勤務内容について十分に考慮して個々の職員の給与を決定しています。また処遇については個々の職員と話し合い、面談も実施しています。		
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。	代表者は職員の外部研修を積極的に呼び掛けている。そして職員の日々の勤務状況や力量に合った研修をピックアップして職員に受講を勧めている。受講料金、交通費は事業所で負担をしている。		
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、神奈川県グループ協議会に加入し、管理者、ホーム長が会議、講習、行事等に出席している。そこで同業者間でのケアへの取り組み等情報交換を行ないホームに持ち帰り、ケアの質の向上に繋げている。		
<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。	入居開始から1週間～10日程度、本人の発する言葉に耳を傾け、諸々の場面での行動を職員は24時間シートに記録。言葉や行動に潜む困っていること、不安、要望について職員は考えを巡らせ、声掛けをしながらそれらの軽減を図っている。		

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
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。	入居に際し、なぜ入居を希望するのか？その希望する理由、一番困っていることをお聞きし、一緒に考えていくといった姿勢を大切にしています。		
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。	利用開始に当たり①日常生活のご様子シート②生活歴③認知症経過シート④家族状況とグループホームに期待すること 4枚のホーム独自のシートで情報を収集して「その時」必要な支援を検討しています。		
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。	日常生活の中で入居者一人ひとりのできることを見極め、出来ることをお手伝い頂いている。食事の盛り付け、食器拭き、床掃除、洗濯物たたみ、ゴミ箱作り、新聞たたみ等。お手伝い頂いた時は「ありがとうございます」の言葉を忘れない。		
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。	ホームで暮らす入居者の日々の状況を職員は「家族への手紙」「電話連絡」「面会時の会話」を通して伝えている。ご家族、職員が情報を共有することで入居者への理解を深め、ご家族も介護に参加する意識が高められている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	馴染みの人、馴染みの場所といった個人情報を得ている入居者はいます。しかしその関係を途切れないようにする支援は、アルバムの写真見たり、新聞の写真を見たりして回想法形式で支援しているのが現状です。		

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。	日常生活の中で入居者間の交流の様子を観察しています。観察していく中で相性の良いと思われる入居者同志には交流しやすいような雰囲気作りや会話のしやすい座席の配置を考慮し交流の促進をしています。		
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、退居後も、管理者はご家族と連絡をとったり、移られた施設に本人を尋ねたりして退居後フォローを行っている。		
<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。	入居時にここで生活するに当たって本人から思いや希望を聞かさせていただくと共に思いや希望を表現しない人、できない人には日々の生活の中での本人の言動から察してその実現に取り組んでいます。		
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。	入居時に入居者の生活歴について、ホーム独自のシートを使って情報収集をしている。（①日常生活のご様子シート②生活歴③認知症経過シート④家族状況とグループホームに期待すること）		
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。	職員は毎朝、入居者一人ひとりに声を掛けながら心身の様子を観察すると共に食事摂取状況、日課、レクレーション、他の入居者との交流風景などを観察しながらその日の本人の状態を把握をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	職員は毎月一度ケアカンファレンスを開き、前回策定のプランのモニタリングし、個々の入居者の生活状況について意見交換をする。そしてより良い入居生活を送るに当たっての必要な援助について話し合い、介護計画を策定している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	日々の生活の中で観察された入居者のいつもと違った様子について、①入居者の言動②職員の気付き③職員の働き掛け④その結果等、SOAP的考え方に基き日々の個人記録に残すようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも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。	最近胃を全摘出した入居者には6回の食事と入院先栄養課の指導を受け特別メニューの食事提供。最近両手首骨折手術した入居者には入院先リハビリ課の指導でリハビリの実施。出来る限り必要なサービスを提供し支援に努めています。		
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。	地域ケアプラザ主催の認知症化カフェが月に一度、第3金曜日に開催されます。グループホームの近隣から入居された入居者は、カフェ参加者に顔見知りも多く楽しい時間を過ごすことができます。		
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。	グループホームの入居者は月に2度の訪問診療と週に1度の訪問歯科の受診が可能です。受診に際しては、本人ご家族と医療者間で契約を交わし、適切な診療が行われるように事業所が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
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。	看護師が勤務する日のユニットリーダーは、入居者ひとり一人の日々の状況について看護師に伝達し、看護師の医療的アドバイス、フォローを受け、看護師は受診の必要性等について主治医と相談して適切な対応に努めている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入居者の入院時は、グループホームの主治医、管理者が入院先の主治医や看護師、相談員と連携し情報交換を密に行い、早期退院に努めている。入院先はほぼいつも同じ総合病院に決めており病院関係者との関係も良好である。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	看取りは基本的に行っていない。しかし重度化、終末期について、人生の最終段階における医療、ケアを本人ご家族はどのようにお考えかを機会あるごとに尋ね、ホームとして出来ることを説明している。地域からは訪問看護の支援を頂けることになっている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	日中に急変、事故が発生した時は、看護師、施設長、管理者が対応。夜間はオンコール体制でその日の担当を決め、急変、事故時に備えています。応急手当、初期対応等について定期的には訓練が行えず不安を持つ職員も中にはいる。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	災害時の入居者避難誘導方法などは、月一度のフロアカンファレンス時に確認をしている。町内会とは災害時の連携協力契約を結び、年2回の火災避難訓練にもご協力いただいている。		

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
<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。	言葉掛けや対応は、入居者一人ひとりが嫌な思いや恥ずかしい思いをすることがないように職員一人ひとりが注意をしています。		
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。	グループホームの理念に「自己決定」があります。職員は入居者の思いや希望が表出しやすい環境、遠慮のいらぬ環境をつくり、表出しやすいように言葉を引き出す優しい関わりに努めています		
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。	日課、ルーティンワークで毎日の入居者の一日の送り方がほぼ決まっています。希望を尋ねること少ないですが、職員側から過ごし方をいくつか提案して、その中で選んでいただき行っていたくことが多いと思います。		
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。	全ての入居者にはありませんが、身だしなみについては、入居者本人に身に付けたいものを尋ねながら、同意を求めて身に付けて頂くようにしています。選べない人には清潔で明るい色の衣類を身に付けて頂いています。		
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。	全ての入居者にはありませんが、お手伝いができる入居者には、お皿を並べたり、盛り付け、下膳、食器拭きなどを交替で行っていただいています。		

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
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。	栄養バランスは、メニュー、レシピ、材料を外部の専門業者に委託しています。入居者一人ひとりの食事量については、本人と相談、状態を見ながら決めています。水分量は一日目安1,500cc。食事も水分量もチェックリストで管理しています。		
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。	食後は口腔ケアの時間を設けて入居者は口腔ケアを自分で行っています。不十分な方は仕上げを職員が行っています。週に一度、歯科医と歯科衛生士が口腔内のチェックと口腔ケアを行っています。		
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。	排泄チェック表に入居者一人ひとりの排泄状況を記入していきます。入居者一人ひとりの排泄間隔、パターンを職員は共有し、排泄表のチェック状況を確認してトイレに声掛け誘導します。		
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。	腸の働きが衰えて便秘を起こす人が多い。毎日の体操や動的レクリエーションで身体を動かす機会を増やすと共に排便を我慢をしない言葉掛け、毎朝定時のトイレ誘導、繊維質、牛乳、ヨーグルトの摂取、呼吸法などを個々に行っている。		
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。	一日3人を目安に週2回の入浴を実施。ゆっくり入浴できるように時間はたっぷりとっています。多汗な人、尿、便失禁の多い人などは入浴回数を増や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。	居室の温度や湿度などをエアコンで調整し、遮光や遮音にも注意を払い心地よく眠れるように支援をしています。衣類や寝具についても個別にその人に合わせた支援行って眠りに導いています。		
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。	職員は薬局から渡される個々の入居者の処方された薬の説明書を目を通し、薬効、副作用、内服する時間、注意事項を確認している。内服薬については訪問医からもアドバイスを受けている。		
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。	入居時に入居者の生活歴について、ホーム独自のシートを使って情報収集をしている。(①日常生活のご様子シート②生活歴) それらから本人の好みそうなホームでフォローできるものを選んで提供しています。		
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。	外出支援については、ホームを取り巻く環境に坂が多く、職員とマンツーマンでないと外出できない状況にあります。本人の希望に沿った外出支援は難しい状況です。しかしご家族の中には外出支援にご協力いただける方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。	お金を所持している入居者は基本的にいませんが、外出を希望し、金銭管理のできる入居者には、お預かりしているお小遣いを渡して買い物や食事に行っていただく支援をしています。		

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
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、手紙を使って外部の家族、知人と連絡が取りたいと希望する入居者には、事業所の電話やはがき、封書手紙などの通信手段を用いて連絡が取れるような支援をしています。		
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。	清潔できれいな共用空間作りと居心地の良い環境作りに努めている。認知症中核症状の判断力の低下から不快や混乱を招き、新たなBPSDの出現などを生まないように注意を払っている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	共用空間の中で独りになれる所は少ない。独りになりたい時、逃げ場的な空間として職員事務所を訪ねてくる入居者は多い。入居者間でお部屋を尋ねたりすることに制限はなく、気の合った入居者との個別交流は良く見られています。		
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。	各部屋にはベッドとエアコンがグループホームから提供されています。入居時に提供品以外のものを持ち込んでお部屋作りをして頂きます。使い慣れた馴染みの物を持ってきて頂いて入居者のご家族が相談しながら部屋作りをしています。		
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。	日々の日課も職員の指示がないと行えない入居者が多い。指示の方法も口頭での指示が理解できない人もいる。しかし他入居者が行う行動につられて行う人もいる。本人が恥ずかし思いをせず負担の無いような「できること」を行っている。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホーム 三ツ沢南の丘

作成日： 平成31年1月18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	27	○個々の記録と実践への反映 例えば介護計画に沿った介護を実施する。実施した内容と入居者の反応を記録する。記録される内容が日を重ねるにつれて画一化されてくる。新しい気付き等が乏しくなってくる。	入居者の日々の暮らしはいつも同じように見えても、心の中はいつも同じではないことを念頭に関わりを持つこと。	職員誰もが共有している情報がある一方、個々の職員のいろいろな関わり方で生まれる情報がある。関わりで生まれた情報すべてを記録することは限られた勤務時間内ではできないだろうし、たとえ記録できても共有はできないだろう。個々の入居者の性格、生活史は情報として職員間で共有できる。職員間で共有できている情報（性格、生活史など）を基にその人らしさが目に浮かぶような記録に取り組むとともに画一的な中身の薄い記録には職員間で是正に努める。	12ヶ月
2	33	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 弊施設は看取りを行っていない。入居時に利用者、家族にはその旨の説明を行い同意を得て入居して頂いている。入居者は高齢で疾病を抱えている方も多く、急変により救急搬送をしたり、中には間に合わずホームでお亡くなりになる方もいる。看取りを行わない施設ですが、入居中にお亡くなりになる入居者がいたり、入居者、家族には急変時に救急搬送を望まない方もいます。	重度化、終末期となった時、入居者、ご家族がどのようにしたいかを尋ね、現状では看取りはできないが、できる限り希望に沿えるようにする。	入居者、ご家族から重度化、終末期を迎えた時にどのように過ごしたいかをお尋ねします。ホームで実現できることは説明し、現状ホームでは無理なこと、困難なことには話し合いをして、代替となる案を説明します。  現在、看取りは行っていないが、看取りを行っていない理由は何か（阻んでいるものは何か）。今後、看取りを検討した時に懸念される事柄について考えてみる。（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て考えていきます）	12ヶ月
3					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。