

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	1493100182	事業の開始年月日	H24年4月1日
		指定年月日	H23年10月22日
法人名	株式会社 イル・クオーレ		
事業所名	グループホーム 「いなかの青空」		
所在地	(233-0003) 横浜市港南区港南4-4-19		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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9月30日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月8日

基本情報リンク先	http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open
----------	---

【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)】

日本の行事を大切に、四季おりおりの花を見に行ったり時期の野菜を取り入れた食事を提供しています。家族や友人は気軽に訪問できます。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年11月9日	評価機関 評価決定日	平成29年2月22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の「港南中央駅」から鎌倉街道をしばらく歩き、郵便局の角を曲がって両側に保育園や公園がある住宅街を10分ほど歩いたところにあります。1階が併設の小規模多機能型居宅介護事業所、2階3階がグループホームとなっています。 <優れている点> 研修会で紹介されたアドバイザー制度を導入し、職員の、支援に対する考え方や見方について助言を受けています。1日の流れやプランの見直しなどを改善し、利用者の個別支援につなげています。リビングや階段の壁には四季のイベントの写真や利用者の作品をコーナーにまとめ、シンプルさとさわやかさを出して家庭的な雰囲気です。利用者の居室は家族との写真や大きな魚を釣り上げて嬉しそうな本人の写真、利用者の作品など、その人らしく飾ってあります。1階の事業所の送迎バスを利用して、同じ趣味を持つ利用者同士で近くの名所めぐりや魚釣り、外食などを楽しむ個別支援に取り組んでいます。市の人材育成制度を利用し、職員の育成に積極的です。資格の取得をバックアップし、待遇に反映してモチベーションの向上を図っています。 <工夫点> 毎日、利用者の体調や変化、ケアなど気が付いたことを「申し送りノート」や「支援記録表」に記録しています。ファイルに添付してある「施設サービス計画書」の意向や援助方針と照合し、計画と実践の整合性を確認しています。変化があれば担当者会議を行い、計画を見直しています。

【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	いなかの青空 2F
ユニット名	2F

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。	おおむね理念に沿った支援はしているが地域に向けた活動が管理者任せのところがあり、職員に地域密着の意識は薄い。	代表者の思いである「家庭的な生活」を理念の第一に掲げ、職員は利用者が安心安全に地域で暮らし続けるよう、支援しています。共同生活の中で利用者一人ひとりが役割を持ち、お互いに助け合いながら職員と一緒に居心地の良い環境を作っています。		
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。	事業所の存在はかなり地域に知られてはきたが、日常的に交流はできていない。祭りや餅つき・桜祭り	町内会の夏祭りや小学校の桜まつり、地域の防災訓練など近隣の行事に参加しています。事業所のハロウィンには事業所の前で職員が通行人へ呼びかけ、お菓子と手紙入りの案内を手渡しています。傾聴や人形劇など地域のボランティアを受け入れています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	研修や講習会等を行いたいのがなかなか実践までいかないのが現状である。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	メンバーが受け身であるため ほとんど質問や要望等が出ないため双方向的な話し合いはできていない。管理者のみが主に出席しているので職員の意識は薄い。	近くの地域ケアプラザの会議室で事業所の1階にある小規模多機能施設と合同で年6回開催しています。区や地域ケアプラザの職員、民生委員、家族などが参加し、活動状況や事故報告、行事予定などについて報告し、参加者からは健康診断などの質問が出ています。		
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。	グループホームは頻繁に連絡を取り合うことはないが、困難事例や認定調査等で入居者様の状況を伝えている。介護相談員がはいっている。	研修会や運営推進会議は地域ケアプラザの会議室を利用しており、地域ケアプラザ職員とは介護保険の問い合わせなど折に触れ話し合っています。介護相談員は2ヶ月ごとに訪問し、利用者から暮らしぶりや要望を聞き、事業者は市役所を経由して報告を受けています。		

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
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。	「身体拘束なし」を前提にケアできるよう、入居者様の行動の原因を探り支援方法を考えている。	身体拘束ゼロを目指し、職員は入社時より内部研修や外部の研修を受け、身体拘束による弊害を周知徹底しています。ミーティングの中で具体的な事例を挙げ、拘束や接遇ケアについて話し合っています。見守りを重視し、すべての出入り口は施錠していません。	
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。	内部研修の実施予定あり。 スピーチロックになりがちな職員に対しては個別で指導を行っている。		
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。	マニュアルはあるが学ぶ機会を持っていない。(成年後見制度) ・ご家族からの預かり金でご本人の要望に添って買い物等を一緒に行っている。		
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。	入居時に充分行っている。		
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。	家族面会時にスタッフと情報交換を行っている。また変化があったときは逐一連絡をしている。	運営推進会議に参加する家族に利用者の生活状況や避難訓練、行事予定などを報告し、質問や要望など意見交換しています。参加が困難な家族には議事録や「いなかの青空通信」を送っています。介護相談員が第三者の立場で利用者、家族と話し合っています。	

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
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。	ミーティングや申し送り時、スタッフ面接を通し意見や提案を聞く機会を設けている。	毎月のフロア会議は施設長も参加し、運営や管理に関する職員からの意見や提案などを話し合い、サービスに活かしています。職員は年に数回、施設長と課題や成果などについて意見交換しています。環境衛生係や備品、食材など責任ある分担制をとっています。	
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。	現場に頻繁に来て入居者様の心身の変化や職員の悩みや業務を把握している。待遇は必ず見直しを行い向上心が持てるよう配慮をしている。健康診断は、常勤は実施している。		
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。	無資格者には資格取得の支援を行い研修にはできるだけ、参加してもらえよう資料の提供を行っている。		
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。	GH連絡会に参加し情報交換を行っている。 ・GH交換研修参加実施。		
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。	利用開始前に聞き取りを行い、話し合いのできる場を設けている。職員全員が情報を共有できるようにしている。足りない情報は日常の会話のなかで収集するよう努めている。		

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
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。	利用開始前に聞き取りを行い、できるだけ要望に添った支援を心掛けている。		
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。	情報収集しその方にあったサービスを提供し変化があった時はその都度変更している。またサービスが不可能になった時は他のサービスへの紹介も行っている。		
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。	職員全員が共同生活をしているという意識を持てているようではないが、意識を常にとっていてもらえるよう指導をしている。		
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。	ご家族と情報交換をまめに行いながら協力し支えている。		
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。	本人やご家族から情報を得て友人関係が続けられるように支援している。入居前に利用していた理髪店等もできるだけ使っている。	日々の会話や家族の協力で本人の仕事や趣味などを聞き出し、思い出が継続できるよう支援しています。行き慣れた美容院や店、大好きな釣り堀に職員と出掛けています。家族や親族の協力で正月には自宅へ日帰り帰宅や馴染みの店に食事に出かけています。	

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
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。	お昼の時は入居者様が部屋まで呼びに行ったり、フロアで過ごすことが多いのでお互いに会話が弾む。		
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。	要望があれば対応し体制は整えている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	ケアカンファを行い本人が望まれることや生活習慣を大切にしているが100%かなえられるわけではない。しかし入居者様の思いは大切にしている。	入居時のアセスメントやフェイスシートからこれまでの生活習慣や趣味などを把握し、生きがいを持てるよう支援しています。洗濯物をたたむ係や食材の準備、配膳など自分の役割をもって生活することにより、一人ひとりの活力が引き出されるよう、支援しています。	
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。	毎日の会話の中から生活歴を探ったり家族に事前に聞いていた情報をもとにサービスを行うよう心掛けている。		
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。	顔色や表情、普段と違う行動等を観察し、職員同士申し送り等でケアについて検討している。また記録等で情報を共有している。		

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。	プラン変更や更新時には必ず担当者会議を行って見直しをしている。ご家族にも参加をしていただき要望等プランに反映させている。	職員全員の視点から、日々の様子やケアの気づきなど「申し送りノート」や「支援記録表」に記入し、課題やニーズを確認しています。ファイルに添付されている「サービス計画書」を常に確認しています。変化があれば担当者会議を開き、見直しています。	
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。	個人記録やスタッフの申し送りノートで情報を共有し場合によりケースカンファレンスを開催している。チェックシートに細かく記録し介護記録に特に注意をしてほしいことや大きな変化については☆印をつけ見落としの内容にしている。		
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。	個別ケアに取り組むため常に変化するニーズを把握している。GHの入居者様は地域資源を使う機会は少ないが社協の食堂やケアプラのイベントなどには積極的に出かけている。		
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。	生活の拠点がGHなのであまり入居者様が公共の施設の利用をすることはないが、イベントなどにはできるだけ参加して頂いている。		
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。	ご家族やご本人が希望される主治医に通院してもらっている。その際ご家族と連携を深め帰設時には情報提供してもらうことで共有できている。また基本は家族対応だが同行が不可能な時は職員が同行している。	今までのかかりつけ医や事業所訪問医のどちらでも、本人や家族の希望で選べます。看護師（週4日）、心療内科医、歯科医の訪問診療など、適切な医療が受けられる体制となっています。従来のかかりつけ医からの情報は、通院結果記入表で共有しています。	

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。	健康管理相談を定期的に行い、ご本人及び職員も不安なく相談できるシステムがある。		
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。	入院中もフロースタッフが面会し、状況を他の職員に伝えている。また担当看護師にも聞き取りを行い正確な情報を得ている。退院間近にはムンテラにも参加させてもらい今後の生活に気を付けることの指示を仰いでいる。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご家族やご本人の意向を確認しながら気持ちに添えるよう取り組んでいる。終末期にはご家族・管理者・ケアマネ・主治医・看護師サイドで話し合うことはあるが、職員は指示に従うのみである。	契約時に「重度化及び看取りにおける指針」を用意し、支援内容を具体的に説明しています。必要な段階になったら、再度細かな希望を聞いて方針を決め、支援しています。職員へは入職時に看取りを行う旨を伝えており、支援する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。	応急処置のマニュアルはあるが全職員が実践で応急手当ができるわけではない。いざというときは救急搬送をする。		
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。	防災訓練は消防計画を作成し、消防署の協力のもと夜間想定・消火器の使い方等、定期的の実施しているが 災害についての訓練や話し合いはされていない。また地域との連携はまだできていない。	消防署の立会いを含めて、年2回避難訓練を行う体制となっています。地域防災拠点訓練に参加して避難場所の確認をしています。	近隣住民との交流も育ってきています、今後は運営推進会議に近隣の住民や消防署員に声を掛け、事業所の出来ることを伝え、防災対策の協力関係を構築していくことが期待されます。

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。	接遇研修は 充分できていないが職員に個別に指導することがある。 認知症の理解を深めることが尊重や誇りを守ることになると考える。	職員は、利用者の思いを汲み取り、一人ひとりに合った接し方をするように努め、笑顔で楽しく過ごせるような支援を心がけています。職員に不適切な対応があった場合には、管理者は会議をはじめ、必要に応じた形で伝え、意識を喚起しています。		
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。	本人の希望に添えるように傾聴し選べる環境づくりを心掛けている。 意思表示ができない方は表情を読み取ってできるだけ希望がかなえられるよう心掛けている。			
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し、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。	その方の体調などにも注意し業務優先にならないよう配慮している。 寝てばかりの方は、まめな声掛けを行い興味の持てるものの提供を考えている。			
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。	・自分で選べる方には、選択して頂き選べない方には身ぎれいにして頂けるよう着るものを確認して頂いている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	週1回はフリーメニューで食事に変化をつけ一緒に調理に参加してもらっている。また月に1度は外食をして頂けるよう努めている。季節の物をできるだけ食材に入れるようにしている。	食材や献立は基本的には外注ですが、毎週、「フリーメニューの日」を設け、利用者との日々の会話から食べたいものを聞き、利用者の好みの食事を提供しています。その他にも、季節の行事食や毎月外食に出掛けるなど、食事を楽しむ機会を多く設けています。		

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
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。	その方に応じた刻み等工夫し対応しできるだけご自分で召し上がっていただいている。食の細かい方は声掛けに工夫をしバランスよく召し上がっていただいている。		
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、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。	・自立した方も磨けたかを最終チェックしている。		
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。	ある程度 排泄のパターンを把握しできるだけトイレでの排泄ができるようにしている。 リハビリパンツへの移行はできるだけ遅らせ下剤服薬時以外は布パンで日中過ごせるよう支援している。しかしパターンがつかめない方もある。	排泄記録や表情、仕草などから判断し、個々に合った声掛けや見守りをしています。排泄記録の記入方法も工夫しています。出来るだけ布パンツを使い、トイレでの排泄を支援しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	水分補給を心掛けているがどうしても飲みが悪い方には味を変えたり、オリゴ糖等砂糖の代わりに使ったりしているが、薬に頼ることが多い。運動にも限りがある。		
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。	一人一人の希望に沿うことは難しいが入浴時間に時間がかかる方などはゆっくり入っていただけるよう配慮している。	入浴は、週2回を基本としています。自分で入れる利用者には見守りをしながらゆっくり入ることができるようにするなど、個々に合わせた対応に努めています。季節のゆず湯やしょうぶ湯、入浴剤を入れて楽しめるようにしています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	昼夜逆転しないように日中の活動を活発にするように支援している。戸外へ出ることを優先に行っている。		
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。	自分で服薬できる方は手に渡し飲んでいただき飲み込むまで確認するようにしている。 ・利用者様の薬情報は職員誰もがわかるようにファイルしてあり、変更については個人記録にも記載しているが意識の薄い職員もいる。		
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。	一人ひとりできることを把握し、役割を持つことでやりがいを感じていただけるよう支援している。		
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。	散歩・買い物など希望に沿って出かけるように支援している。全員で月に1回は外出する計画を立てて実施している。	利用者の体調を基本に、天気や気候、時間帯を考慮しながら散歩に出掛けています。毎月外出する日を設け、花の季節などは個別支援で利用者の行きたい所へ出掛けるなど、外の風景や空気に触れることができるように外出支援しています。	
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。	外出時に個人購入した時などはご自分で支払いをして頂いている。		

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
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。	手紙は自由に書いていただいている。 電話したいといわれたときは相手の方に事前に了解を得たうえで電話させていただいている。また携帯電話の持ち込みもご家族と相談し許可している。		
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。	フローア・トイレなど飾りを不快にならないように注意している。 入居者様と一緒に作ったものを飾って季節感を出している。	事業所内は明るく、清掃が行き届き、季節感を感じられる装飾があり、気になる臭いもなく快適な環境が整っています。利用者の関係性を考慮して席を変えるなど、快適に過ごせるように努めています。女性グループで1つのテーブルを作り、話しが弾むこともあります。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	テーブルの席を定期的に移動し気分を変えている。思い思いの場所でくつろげる空間がある。		
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。	できるだけ自分で使用していた馴染みのものを持ってきていただくようお願いしている。実際は買ったものを持ち込まれるご家族が多い。	居室にはエアコン、洗面台、換気扇、空気清浄機などが備わっています。利用者には使い慣れた品々や、好みのものを持ってきてもらっています。家族の写真、本人が作った趣味の作品、テレビや家具など、馴染みの品々や好みのものに囲まれています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	職員が各々の「できること」「わかること」を把握し過介護にならないよう支援している。できるだけできることをお手伝いしてもらうという意識が職員にも出てきた。		

事業所名	グループホーム 「いなかの青空」 3F
ユニット名	3F

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、活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。	おおむね理念に沿った支援はしているが地域に向けた活動が管理者任せのところがあり、職員に地域密着の意識は薄い。		
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。	事業所の存在はかなり地域に知られてはきたが、日常的に交流はできていない。		
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。	研修や講習会等を行いたいがなかなか実践までいかないのが現状である。		
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。	メンバーが受け身であるため ほとんど質問や要望等が出ないため双方向的な話し合いはできていない。		
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。	グループホームは頻繁に連絡を取り合うことはないが、困難事例や認定調査等で入居者様の状況を伝えている。		

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。	「身体拘束なし」を前提にケアできるよう、入居者様の行動の原因を探り支援方法を考えている。		
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。	内部研修の実施予定あり。 スピーチロックになりがちな職員に対しては個別で指導を行っている。		
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。	マニュアルはあるが学ぶ機会を持っていない。(成年後見制度) ・ご家族からの預かり金でご本人の要望に添って買い物等を一緒に行っている。		
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。	入居時に充分行っている。		
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。	家族面会時にスタッフと情報交換を行っている。また変化があったときは逐一連絡をしている。		

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
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。	ミーティングや申し送り時、スタッフ面接を通し意見や提案を聞く機会を設けている。		
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。	現場に頻繁に来て入居者様の心身の変化や職員の悩みや業務を把握している。待遇は必ず見直しを行い向上心が持てるよう配慮をしている。健康診断は、常勤は実施している。		
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。	無資格者には資格取得の支援を行い研修にはできるだけ、参加してもらえよう資料の提供を行っている。		
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。	GH連絡会に参加し情報交換を行っている。 ・GH交換研修参加実施。		
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。	利用開始前に聞き取りを行い、話し合いのできる場を設けている。職員全員が情報を共有できるようにしている。足りない情報は日常の会話のなかで収集するよう努めている。		

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
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。	利用開始前に聞き取りを行い、話し合いのできる場を設けている。		
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。	情報収集しその方にあったサービスを提供し変化があった時はその都度変更している。		
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。	職員全員が共同生活をしているという意識を持てているようではないが、意識を常に持っていてもらえるよう指導をしている。		
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。	ご家族と情報交換をまめに行いながら協力し支えている。		
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。	本人やご家族から情報を得て友人関係が続けられるように支援している。		

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
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。	困ったときはお互いに助け合えるようスタッフが仲介し支えている。		
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。	要望があれば対応し体制は整えている。		
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。	普段の会話から本人のニーズの読み取っている。		
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。	本人だけでなくご家族の生活歴などの聞き取りを行っている。		
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。	顔色や表情、普段と違う行動等を観察し、職員同士申し送り等でケアについて検討している。		

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。	プラン変更や更新時には必ず担当者会議を行って見直しをしている。ご家族にも参加をしていただき要望等プランに反映させている。		
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。	個人記録やスタッフの申し送りノートで情報を共有し場合によりケースカンファレンスを開催している。		
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。	個別ケアに取り組むため常に変化するニーズを把握している。		
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。	生活の拠点がGHなのであまり入居者様が公共の施設の利用をすることはないが、イベントなどにはできるだけ参加して頂いている。		
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。	ご家族やご本人が希望される主治医に通院してもらっている。その際ご家族と連携を深め帰設時には情報帝京してもらうことで共有できている。また基本は家族対応だが同行が不可能な時は職員が同行している。		

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
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。	健康管理相談を定期的に行い、ご本人及び職員も不安なく相談できるシステムがある。		
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。	入院中もフロースタッフが面会し、状況を他の職員に伝えている。また担当看護師にも聞き取りを行い正確な情報を得ている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご家族やご本人の意向を確認しながら気持ちに添えるよう取り組んでいる。		
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。	応急処置のマニュアルはあるが全職員が実践で応急手当ができるわけではない。		
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。	防災訓練は消防計画を作成し、消防署の協力のもと夜間想定・消火器の使い方等、定期的の実施しているが 災害についての訓練や話し合いはされていない。また地域との連携はまだできていない。		

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
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。	接遇研修は 充分できていないが職員に個別に指導することがある。 認知症の理解を深めることが尊重や誇りを守ることになると考える。		
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。	本人の希望に添えるように傾聴し選べる環境づくりを心掛けている。 意思表示ができない方は表情を読み取ってできるだけ希望がかなえられるよう心掛けている。		
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し、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。	その方の体調などにも注意し業務優先にならないよう配慮している。 寝てばかりの方は、まめな声掛けを行い興味の持てるものの提供を考えている。		
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。	・自分で選べる方には、選択して頂き選べない方には身ぎれいにして頂けるよう着るものを確認して頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	週1回はフリーメニューで食事に変化をつけ一緒に調理に参加してもらっている。また月に1度は外食をして頂けるよう努めている。		

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
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。	その方に応じた刻み等工夫し対応しできるだけご自分で召し上がっていただいている。		
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、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。	嚥下機能低下がみられる方には食膳にアイシングを行い本人の状態に応じたケアをしている。 自立した方も磨けたかを最終チェックしている。		
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。	ある程度 排泄のパターンを把握しできるだけトイレでの排泄ができるようにしている。 リハビリパンツへの移行はできるだけ遅らせ下剤服薬時以外は布パンで日中過ごせるよう支援している。しかしパターンがつかめない方もある。		
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。	水分補給を心掛けているがどうしても飲みが悪い方には味を変えたり、オリゴ糖等砂糖の代わりに使ったりしているが、薬に頼ることが多い。運動にも限りがある。		
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。	一人一人の希望に沿うことは難しいが入浴時間に時間がかかる方などはゆっくり入っていただけるよう配慮している。		

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
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。	昼夜逆転しないように日中の活動を活発にするように支援している。戸外へ出ることを優先に行っている。		
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。	自分で服薬できる方は手に渡し飲んでいただき飲み込むまで確認するようにしている。 ・利用者様の薬情報は職員誰もがわかるようにファイルしてあり、変更については個人記録にもきさいしているが意識の薄い職員もいる。		
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。	一人ひとりできることを把握し、役割を持つことでやりがいを感じていただけるよう支援している。		
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。	散歩・買い物など希望に沿って出かけるように支援している。全員で月に1回は外出する計画を立てて実施している。		
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。	外出時に個人購入した時などはご自分で支払いをして頂いている。		

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
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。	手紙は自由に書いていただいている。 電話したいといわれたときは相手の方に事前に了解を得たうえで電話させていただいている。また携帯電話の持ち込みもご家族と相談し許可している。		
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。	フロアー・トイレなど飾りを不快にならないように注意している。 入居者様と一緒に作ったものを飾って季節感を出している。		
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。	テーブルの席を定期的に移動し気分を変えている。		
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。	できるだけ自分で使用していた馴染みのものを持ってきていただくようお願いしている。		
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。	職員が各々の「できること」「わかること」を把握し過介護にならないよう支援している。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム 「いなかの青空」
作成日： 平成 29年 2月 6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	7	虐待の防止の徹底。	・入居者様に対する言葉遣いを直す。（身体的な虐待はないので、尊厳を持った声掛けができるよう徹底する。）	・管理者がフロアーに出る機会を増やし、指導に当たる。 ・認知症の理解の研修。	3ヶ月
2	25	一人ひとりの心身状態、有する力等の把握に努めているが、職員によってはできていない。	・職員全員が入居者様の思いを受け留められるようにしていく。	・繰り返し々々の研修。 ・1日のスケジュールの見直しを行い、個々の希望をかなえられるような支援の実施。	6ヶ月
3	34	急変時の初期対応の備えや、連絡体制が不十分。	・緊急時の連絡方法の確立。 ・救急処置、判断ができるようになる。	・救急対応の研修。 ・連絡網の作成と宿直の登録。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム 「いなかの青空」
作成日： 平成 29年 2月 6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	36	一人ひとりの人格を尊重することが、頭でわかっている、認知症の理解が充分ではないため、声掛けに問題がある。	誰もが「尊厳」を意識しながら、利用者様と良い関係作りが出来るようになる。	・気付いた時、すぐ注意をする。 ・何故そうなのかの理解をしてもらう為の面談。	3ヶ月
2	41	水分量の把握はしているが、「把握」だけに終わっている。	目標値に達するまで、様々な試みを行う。	・目新しい飲み物の工夫や、提供の仕方の工夫	2ヶ月
3	14	地域も含め、他の事業所との交流は、管理者ばかりではなく、職員も参加できるようにしなければならない。	運営推進会議等に職員が参加出来る機会をつくり、地域に根ざした活動を行っていく。	・イベントに参加したり、保育園の園児に遊びに来てもらったりしながら、施設の透明化を図る。	4ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月