

平成26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	1492600570	事業の開始年月日	平成26年2月1日	
		指定年月日	平成26年2月1日	
法人名	株式会社 美咲			
事業所名	グループホームみさき津久井			
所在地	(〒252-0152) 神奈川県相模原市緑区太井596-1			
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	平成26年12月18日	評価結果 市町村受理日	平成27年7月10日	

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1492600570&SVCD=320&THN0=14150>

【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)】

当施設は、緑に囲まれ四季折々の移り変わりを感じ、家庭的な暖かい環境の中で共同生活を行う施設です。敷地内には通常の設備の他に多目的ホールや菜園スペース等のアメニティも充実しています。利用者様が歩んでこられた人生と豊かな経験を尊重し、その方らしさを大切にお互いを支え合って日々の生活を送られています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年1月30日	評価機関 評価決定日	平成27年4月17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、JR横浜線・京王線橋本駅北口からバス20分、「北根小屋」バス停下車徒歩1分に位置しています。自然に恵まれた静かな環境で、近くに津久井湖や県立城山公園などがあります。運営法人は、関西や神奈川県に多くのグループホーム等を有する株式会社美咲です。隣接して小規模多機能型居宅介護事業所が事業開始の予定です。

<優れている点>

散歩や食事づくり、行事、行楽など数多くの写真をテーマ別に玄関ホールに展示し、入居者の日常生活の様子を家族など、訪問した人が視覚的に理解できるように伝えています。入居者は、能力にあわせた役割をもって、食材の買い出しや食事の下ごしらえ、配膳・下膳、掃除などを職員と協働で活動しています。自主的に楽しい生活リハビリテーションで残存機能の維持向上を図っています。職員が責任者となって、感染症予防、事故予防、行事など5つの委員会を設け、サービス向上に努めています。委員会の検討した内容は、職員の意見・提案・企画事項として運営につながる仕組みになっています。また職員が互いに研鑽し、資質向上にも資しています。

<工夫点>

入居者の日常の「生活記録」を「日報」や「申送表」により周知するほか、医療的变化については「医療申し送り事項」に要約転記し、ユニット全職員に周知徹底を図り、遺漏のないよう努めています。

【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	グループホームみさき津久井
ユニット名	1階ユニット

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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	1, ほぼ全ての職員が
	○ 2, 職員の2/3くらいが
	3. 職員の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての利用者が
	○ 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての家族等が
	○ 2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を掲げ、随時確認を行い、実践につなげている。	事業所独自の理念「想いを大切に、楽しく、笑顔で」を管理者と職員によって定めています。毎日の引き継ぎ時に唱和し、理念を共有して実践につなげています。職員は入居者が主体的に役割をもって楽しく生活が送れるよう支援しています。	
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。	地域行事(お祭り等)には積極的に参加を行い、地域との交流に努めている。	地域の職員から情報を入手し、地域交流に役立てています。職員から踊りや絵手紙、ドッグセラピーなどのボランティアの紹介も受けています。散歩時の挨拶を大切にしています。途中、商店に寄ったり、みかんの差入れをもらったり地域の中に溶け込んでいます。	
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。	日常的な外出機会(散歩・買物等)を通して、近隣住民との交流機会(挨拶・会話等)も増えてきている。		
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。	運営推進会議を通して、運営・活動状況等についての報告を行っている。また、ご家族及び関係各位との意見交換の場を設け、潜在的なニーズの把握を行い、サービスの向上につなげている。	事業所を開設して第1回目運営推進会議を26年7月に開催し、活動状況を写真で紹介しています。第2回目は11月に開催し、グループホームにおける事故報告などについて活発な意見交換をしており、今以上に体操を取入れたらという提案などをもらっています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	市担当者とは日頃から運営面や生活保護等の件で随時、電話や訪問相談にてアドバイスを得るなど、協力関係を築いている。	相模原市とは介護認定、生活保護などの日常の接点の他、研修会などがあれば極力出席しています。成年後見制度の扱いやグループホームへの入居者募集等でも相談しています。地区事業所交流会や相模原市グループホーム協議会に出席し情報交換を図っています。	

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。	身体拘束について正しい理解を図り（「身体拘束ゼロの手引き」に基づき）、身体拘束をしないケアに日々取り組んでいる。	身体拘束とその弊害の勉強会を行い、理解を深めています。日中、玄関ドアを開錠して、ユニット扉は施錠していますが、閉塞感のない居心地よい環境づくりに努めています。強い外出希望者には朝夕の外出機会を増やすなどで対応しています。	
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。	高齢者虐待について学ぶ機会を設け、虐待にあたる行為について確認を行っている。「不適切ケア」についても適宜、会議等を活用して話し合いの場を設けている。		
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。	成年後見制度を活用しているご利用者が数名いる為、関係各位との話し合いや相談を適宜行っている。		
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。	契約の際は、重要事項説明書等（それに付帯する書類）に沿って十分説明を行っている。その後、疑問点等についての確認を行い、不安の解消に努めている。		
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。	面会時や運営推進会議等を活用して、ご家族等の意見や要望をお伺いしている。また、玄関先にはご意見箱を設置している。	家族とは事業所来訪時に、また緊急時には電話連絡で情報交換しています。運営推進会議には多くの家族が参加しており、意見要望を聴き、運営に反映するように努めています。また、疑問点にも応えています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	主には、定例ミーティングの際に意見や提案等を聞く機会を設け、施設運営に反映させている。また日々の職員とのコミュニケーションを大切にして、意見等を運営に繋げられるように努めている。	定例のミーティングなどで意見交換を行い運営に反映しています。職員で構成する「サービス向上」、「事故予防」などの5つの委員会を設けています。委員会の意見・提案・企画事項などから運営につなげる仕組みができています。	
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。	ランクアップ制度や人事考課を通して、職員個々の勤務状況等の把握に努め、職場環境・条件の整備を行っている。		
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。	認知症実践者研修・内部研修等に参加を促し、サービスの質の向上に努めている。		
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。	市グループホーム協議会や当地区の事業所交流会に出席をして、他事業所との交流に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用して本人の要望や困っていること等を把握し、言葉かけや行動の観察により可能な限りご本人の気持ちや想いの理解に努めている。		

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
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。	ご家族の生活状況や要望等の把握に努め、負担の少ない範囲で支援協力をお願いしている。面会時や適宜の電話連絡により状況報告を行っている。		
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。	ご本人・ご家族の状況把握や担当ケアマネから情報収集を行い、必要な支援について優先順位等を勘案して見定めていく。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	ご利用者の”できること” ”できないこと”を見極めて、掃除(掃除機、拭き掃除)・洗濯(洗濯物干し・たたみ)・食事(調理・配膳・後片付け)等をスタッフと一緒にやっている。		
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。	面会時等にご家族と情報交換・共有を行い、今後の方向性について共通理解を得られるよう努めている。		
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。	ご家族のご協力を得て、ご利用者の自宅に帰ったり(外出・外泊)、馴染みの場所に適宜、お出掛けされている。また、ご利用者の知人や友人が自由に来訪されている。	入居者の友人が訪れたり、毎日訪れる家族もあります。職員は話の輪に入るようにしています。電話の取次ぎも行っています。自宅や馴染みの場所には家族と出掛けています。職員と好きな食べ物を食べに行ったり、買い物支援も行っています。	

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
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。	個々の趣味や嗜好を把握し、日頃の関わりの中でより良い関係が保てるように会話の仲介等を行い、ご入居者間の橋渡し役に努めている。		
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。	サービス利用終了後も必要に応じてご家族等とコンタクトを取り、相談支援に努めている。		
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。	ご入居者の生活歴を把握する共に、ご本人やご家族の意向や要望を伺い、日々の関わりの中で気付いた事やそれぞれの思いや希望の把握に努めている。意思疎通が困難なご入居者の場合は、ご家族に相談の上、本人本位にて検討を行っている。	思いや意向は入居時のアセスメントシートの記録に加え、毎日の観察と見守り結果から再確認しています。毎月のモニタリングで本人の変化を捉えています。生活歴からもやりたいことを予測して本人に確認しています。	
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。	入居時にご家族および関係各所から情報収集を行い、入居後も定期継続的に心身の状態や残存能力・暮らしの現状についての把握に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用して、一日の過ごし方や心身の状態・残存能力等、暮らしの現状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。	ご本人・ご家族の意向や要望を伺い、ケース会議にて話し合いプラン作成に繋げている。モニタリングは、1カ月に一回実施して、プラン変更の必要性に応じて随時見直しを行っている。	入所時に暫定のケアプランを作成しています。モニタリングを毎月実施し必要に応じ随時見直しを行っています。各入居者のケアプランの援助目標に項目番号（最大30）をふり、毎日の「生活記録」の実施内容に該当項目番号を記し、目標実施の確認を行っています。	
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。	個々の生活の様子を日々の生活記録(個別記録)に記入することで全職員が情報を共有し、ケアの向上やプランの検討・見直しに活かしている。		
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。	ご入居者やご家族の要望に応じて、通院介助や買物支援、面会時間の延長等に応じている。また、その時々状況に応じて柔軟に対応できるように努めている。		
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。	町内会の祭事や総選挙の投票等に参加したり、ボランティアグループの協力により活動内容の充実に努めている。		
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。	ご本人またはご家族のご希望に応じて、かかりつけ医の決定を行っている。ホームドクターは月2回の定期診療を実施して健康管理に努めている。	ホームドクターによる定期往診には看護師2名が同行しています。受診に際し的確な指示が得られるように、各入居者の状況を「様式シート」にあらかじめ整理し、管理者が説明しています。ホームドクター以外の医師への通院は原則として家族が同行しています。	

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。	ご入居者の体調に変化が認められた場合等は適宜、看護師等と連絡を取り、適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時は、ホームドクターと連携を取りながら医療機関に必要な情報提供を行い、適切な治療が円滑に受けられるように努めている。退院時は、当該医療機関のSWやホームドクターと連携を取り、ホーム生活を円滑に送れるように努めている。		
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、事業所であ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。	「重度化した場合の対応に関する指針」を提示、契約時に説明を行い、ご利用者及びご家族の同意を得ている。	「重度化した場合の対応指針」を定め、契約時に事業所で出来ることや、各段階で入居者等の意向を確認することを説明し、理解と同意を得ています。また「ターミナルケアにおける職員の心構えと対応」を定め、職員が不安なく対応出来るように整備しています。	
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。	緊急時に備え、対応フローを各所に掲示している。適宜、勉強会を開催して実践力向上に努めている。		
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。	災害対策に備えて、定期的な避難訓練を実施している。災害に備えて、食糧・水を備蓄している。	今年度1回目は、消防署の指導のもとに消火、通報及び避難誘導などの検証訓練を行っています。2回目は夜間を想定した避難誘導・通報の手順の確認等についての自主訓練を実施しています。非常時に備えて、3日分の食糧品、飲料水などを備蓄しています。	非常時の備蓄品については、3ヶ月ごとにチェックを行っています。今後は、「備蓄品一覧表」を備えて管理してお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。	ご利用者個々の人格を尊重して、誇りやプライバシーを損ねないような言葉遣いや対応に努めている。	言葉掛けに気を配っています。入居者の呼称について、本人が「呼んでほしい呼び方」を尊重しています。居室へ入る時も、ノック、声掛けをしています。洗濯物の整理ダンスへの収納は、職員と本人と一緒にやるか、或いは職員が言葉掛けを励行して行っています。	
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。	日頃の関わりの中でご本人の思いや要望を気軽に話してもらえるような環境作りに努めている。自己決定が困難な場合等は、ご家族も交えながら自己決定の支援を行っている。		
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、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。	ご利用者個々の気持ちやペースを大切にして、無理強いすることなく自己決定が行えるように支援している。		
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。	ご入居者個々の要望と状況に応じて、出張美容や外部の理美容室を利用できるように支援している。 また、各人の好みに合わせて洋服等と一緒に選んだり、準備を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの状態に応じて、食事の準備や後片付け等を職員と協働で行っている。	朝食とおやつ、行事食の食材を入居者と一緒買いに出向いています。食事の下ごしらえや、配・下膳、洗濯などを入居者の参加のもとに行っています。おやつや行事食は、入居者も職員と一緒に作り一緒に食べるなど、楽しみにしている時間となっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	適時、食事・水分摂取量の把握を行い、体調や食事制限などを考慮した調理の工夫・提供を行っている。		
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。	定期的(週1回)に歯科往診を行い、必要性和希望に応じて治療及び口腔ケアを実施している。毎食後は口腔ケアを行い、用具のセッティングや言葉掛け等、一人ひとりに応じた支援を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、言葉掛け誘導や各人の仕草を察知して、トイレで排泄できるように支援している。	排泄記録や見守りによって、言葉掛けや誘導を行い、トイレで出来るように支援しています。また、自立できる部分を増やすように常に工夫し支援しています。排泄マニュアルに基づき、皮膚観察や清拭タオルの取り扱い片づけなど、衛生面と清潔面にも注意しています。	
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。	適度な運動の取り入れや水分補給、主治医の指示の範囲内で下剤を使用して排便コントロールを行っている。		
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むように、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。	ご利用者個々の希望や体調に応じて、毎日入浴しているケースもある。入浴を楽しんでいただく為に、入浴剤等を使用している。	湯温が高すぎないように、また脱衣場もヒートショックなどが起きないように快適さに努めています。皮膚に良い入浴剤を適宜に使用し、ゆっくりと楽しんでもらっています。入浴は、週2～3回が目安ですが、希望に合わせて毎日入浴する方もいます。	

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。	個々の体調や状態に考慮して、日中の活動(散歩等のアクティビティ)を日常的に取り入れている。また、個別に休息時間を設けたり、空調管理を行い、安眠できるように支援している。		
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。	全職員が服薬手順を理解しており、服薬支援は特定の勤務者が原則行っている。薬情をご入居者の各個人ファイルに保管をして都度、確認できる体制にある。また、薬に関するトラブルは、提携薬局に24時間連絡相談できる体制がある。		
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。	個々の体調や状態に合わせて、食事・洗濯・掃除等の家事全般を職員と協同行え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。	散歩や買い物支援は日常的に行っている。ご本人の要望を伺いながら、可能な限り希望に沿った外出支援も実施している。	朝・夕にホーム周辺の散歩を日常としています。初詣や宮が瀬湖のイルミネーション見学、紅葉狩りなどに出かけ、楽しく心身の活性化を図っています。また自治会の祭りなどにも出かけています。選挙では、希望する入居者に同行支援しています。	
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。	ご利用者の個々の状態に応じて、少額程度の金銭を所持されるケースもある。買い物外出の際は、自ら欲しいものを選び、代金の支払いを行っている。金銭管理が困難な場合は、商品を自ら選んでいただき、立替金(施設管理)にて支払いを行っている。		

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
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。	ご利用者の希望に応じて、ご家族・友人等へ電話ができるように支援している。		
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。	ご利用者が居心地よく過ごせるように照明や室温に配慮して、季節感を感じられるような作品や生花を行け、安心してゆったり過ごせる空間作りに努めている。	広い居間の他に多目的ホールもあり、テーブルやソファ、マッサージチェア、テレビなどが置いてあります。静かに過ごせる場所もあり居心地よく過ごせる環境づくりに努めています。玄関を入ると壁面に入居者の生活がわかる数多くの写真が掲示してあります。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	気の合った同士で会話をしたり、テレビを観る等、個々のペースを大切にした支援に努めている。また、ひとりの時間も尊重している。		
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。	ご本人の使い慣れた家具や衣類、馴染みのあるもの等をお持ち込みいただき、これまでと同じような生活ができるよう工夫している。	毎日、入居者と一緒に掃除をし、清潔保持に努めています。転倒リスクのある方には床（布団）の利用やセンサー設置など防止策をとっています。1階と2階のいずれの居室からも大きな引き戸から外に出られます。2階はベランダから避難階段に通じています。	
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。	建物内部はバリアフリーとなっており、各所に手すりを設置している。各居室やトイレ等には文字表記をして、わかりやすい生活環境作りを心掛けている。		

事業所名	グループホームみさき津久井
ユニット名	2階ユニット

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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	1, ほぼ全ての職員が
	○ 2, 職員の2/3くらいが
	3. 職員の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての利用者が
	○ 2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての家族等が
	○ 2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念を掲げ、随時確認を行い、実践につなげている。		
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。	地域行事(お祭り等)には積極的に参加を行い、地域との交流に努めている。		
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。	日常的な外出機会(散歩・買物等)を通して、近隣住民との交流機会(挨拶・会話等)も増えてきている。		
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。	運営推進会議を通して、運営・活動状況等についての報告を行っている。また、ご家族及び関係各位との意見交換の場を設け、潜在的なニーズの把握を行い、サービスの向上につなげている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	市担当者とは日頃から運営面や生活保護等の件で随時、電話や訪問相談にてアドバイスを得るなど、協力関係を築いている。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束について正しい理解を図り（「身体拘束ゼロの手引き」に基づき）、身体拘束をしないケアに日々取り組んでいる。		
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。	高齢者虐待について学ぶ機会を設け、虐待にあたる行為について確認を行っている。「不適切ケア」についても適宜、会議等を活用して話し合いの場を設けている。		
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。	成年後見制度を活用しているご利用者が数名いる為、関係各位との話し合いや相談を適宜行っている。		
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。	契約の際は、重要事項説明書等（それに付帯する書類）に沿って十分説明を行っている。その後、疑問点等についての確認を行い、不安の解消に努めている。		
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。	面会時や運営推進会議等を活用して、ご家族等の意見や要望をお伺いしている。また、玄関先にはご意見箱を設置している。		

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。	主には、定例ミーティングの際に意見や提案等を聞く機会を設け、施設運営に反映させている。また日々の職員とのコミュニケーションを大切にして、意見等を運営に繋げられるように努めている。		
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。	ランクアップ制度や人事考課を通して、職員個々の勤務状況等の把握に努め、職場環境・条件の整備を行っている。		
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。	認知症実践者研修・内部研修等に参加を促し、サービスの質の向上に努めている。		
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。	市グループホーム協議会や当地区の事業所交流会に出席をして、他事業所との交流に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用して本人の要望や困っていること等を把握し、言葉かけや行動の観察により可能な限りご本人の気持ちや想いの理解に努めている。		

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
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。	ご家族の生活状況や要望等の把握に努め、負担の少ない範囲で支援協力をお願いしている。面会時や適宜の電話連絡により状況報告を行っている。		
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。	ご本人・ご家族の状況把握や担当ケアマネから情報収集を行い、必要な支援について優先順位等を勘案して見定めていく。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	ご利用者の”できること” ”できないこと”を見極めて、掃除(掃除機、拭き掃除)・洗濯(洗濯物干し・たたみ)・食事(調理・配膳・後片付け)等をスタッフと一緒にやっている。		
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。	面会時等にご家族と情報交換・共有を行い、今後の方向性について共通理解を得られるよう努めている。		
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。	ご家族のご協力を得て、ご利用者の自宅に帰ったり(外出・外泊)、馴染みの場所に適宜、お出掛けされている。また、ご利用者の知人や友人が自由に来訪されている。		

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。	個々の趣味や嗜好を把握し、日頃の関わりの中でより良い関係が保てるように会話の仲介等を行い、ご入居者間の橋渡し役に努めている。		
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。	サービス利用終了後も必要に応じてご家族等とコンタクトを取り、相談支援に努めている。		
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。	ご入居者の生活歴を把握する共に、ご本人やご家族の意向や要望を伺い、日々の関わりの中で気付いた事やそれぞれの思いや希望の把握に努めている。意思疎通が困難なご入居者の場合は、ご家族に相談の上、本人本位にて検討を行っている。		
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。	入居時にご家族および関係各所から情報収集を行い、入居後も定期継続的に心身の状態や残存能力・暮らしの現状についての把握に努めている。		
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。	アセスメントシートを活用して、一日の過ごし方や心身の状態・残存能力等、暮らしの現状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。	ご本人・ご家族の意向や要望を伺い、ケース会議にて話し合いプラン作成に繋げている。モニタリングは、1カ月に一回実施して、プラン変更の必要性に応じて随時見直しを行っている。		
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。	個々の生活の様子を日々の生活記録(個別記録)に記入することで全職員が情報を共有し、ケアの向上やプランの検討・見直しに活かしている。		
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。	ご入居者やご家族の要望に応じて、通院介助や買物支援、面会時間の延長等に応じている。また、その時々状況に応じて柔軟に対応できるように努めている。		
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。	町内会の祭事や総選挙の投票等に参加したり、ボランティアグループの協力により活動内容の充実に努めている。		
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。	ご本人またはご家族のご希望に応じて、かかりつけ医の決定を行っている。ホームドクターは月2回の定期診療を実施して健康管理に努めている。		

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
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。	ご入居者の体調に変化が認められた場合等は適宜、看護師等と連絡を取り、適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時は、ホームドクターと連携を取りながら医療機関に必要な情報提供を行い、適切な治療が円滑に受けられるように努めている。退院時は、当該医療機関のSWやホームドクターと連携を取り、ホーム生活を円滑に送れるように努めている。		
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。	「重度化した場合の対応に関わる指針」を提示、契約時に説明を行い、ご利用者及びご家族の同意を得ている。		
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。	緊急時に備え、対応フローを各所に掲示している。適宜、勉強会を開催して実践力向上に努めている。		
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。	災害対策に備えて、定期的な避難訓練を実施している。災害に備えて、食糧・水を備蓄している。		

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
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。	ご利用者個々の人格を尊重して、誇りやプライバシーを損ねないような言葉遣いや対応に努めている。		
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。	日頃の関わりの中でご本人の思いや要望を気軽に話してもらえるような環境作りに努めている。自己決定が困難な場合等は、ご家族も交えながら自己決定の支援を行っている。		
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。	ご利用者個々の気持ちやペースを大切に、無理強いすることなく自己決定が行えるように支援している。		
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。	ご入居者個々の要望と状況に応じて、出張美容や外部の理美容室を利用できるように支援している。 また、各人の好みに合わせて洋服等を一緒に選んだり、準備を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの状態に応じて、食事の準備や後片付け等を職員と協働で行っている。		

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	適時、食事・水分摂取量の把握を行い、体調や食事制限などを考慮した調理の工夫・提供を行っている。		
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。	定期的(週1回)に歯科往診を行い、必要性和希望に応じて治療及び口腔ケアを実施している。毎食後は口腔ケアを行い、用具のセッティングや言葉掛け等、一人ひとりに応じた支援を行っている。		
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。	ご利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、言葉掛け誘導や各人の仕草を察知して、トイレで排泄できるように支援している。		
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。	適度な運動の取り入れや水分補給、主治医の指示の範囲内で下剤を使用して排便コントロールを行っている。		
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むように、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。	ご利用者個々の希望や体調に応じて、毎日入浴しているケースもある。入浴を楽しんでいただく為に、入浴剤等を使用している。		

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。	個々の体調や状態に考慮して、日中の活動(散歩等のアクティビティ)を日常的に取り入れている。また、個別に休息時間を設けたり、空調管理を行い、安眠できるように支援している。		
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。	全職員が服薬手順を理解しており、服薬支援は特定の勤務者が原則行っている。薬情をご入居者の各個人ファイルに保管をして都度、確認できる体制にある。また、薬に関するトラブルは、提携薬局に24時間連絡相談できる体制がある。		
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。	個々の体調や状態に合わせて、食事・洗濯・掃除等の家事全般を職員と協同行え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。	散歩や買い物支援は日常的に行っている。ご本人の要望を伺いながら、可能な限り希望に沿った外出支援も実施している。		
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。	ご利用者の個々の状態に応じて、少額程度の金銭を所持されるケースもある。買い物外出の際は、自ら欲しいものを選び、代金の支払いを行っている。金銭管理が困難な場合は、商品を自ら選んでいただき、立替金(施設管理)にて支払いを行っている。		

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
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。	ご利用者の希望に応じて、ご家族・友人等へ電話ができるように支援している。		
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。	ご利用者が居心地よく過ごせるように照明や室温に配慮して、季節感を感じられるような作品や生花を行け、安心してゆったり過ごせる空間作りに努めている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	気の合った同士で会話をしたり、テレビを観る等、個々のペースを大切にした支援に努めている。また、ひとりの時間も尊重している。		
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。	ご本人の使い慣れた家具や衣類、馴染みのあるもの等をお持ち込みいただき、これまでと同じような生活ができるよう工夫している。		
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。	建物内部はバリアフリーとなっており、各所に手すりを設置している。各居室やトイレ等には文字表記をして、わかりやすい生活環境作りを心掛けている。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 グループホームみさき津久井

作成日： 平成27年 6月25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	35	非常時の備蓄品について3ヶ月ごとにチェックを行っているが、備蓄品の一覧管理することが望まれる。	非常時の備品チェック体制の構築・一覧管理	・備蓄品の管理一覧表を作成。 ・定期的に3ヶ月に1回は「備蓄品の管理一覧表」を活用して、日付・物品チェックを実施する。 (環境美化委員により)	3ヶ月
2		～ご家族アンケートより～ ホームでの生活の様子がわからなかったり、職員でも顔の知らない人たちがいる。	Faとの信頼関係の構築を図る	・施設独自の新聞を定期発行して、ホーム生活の様子や出来事などをお知らせする。 ・Fa面談を適宜行ない、今後のケア方針について共通理解を図る。 (サービス向上委員会により)	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月