

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	1473400537	事業の開始年月日	平成19年4月19日	
		指定年月日	平成19年4月19日	
法人名	株式会社 アイシマ			
事業所名	グループホーム あいらんど			
所在地	( 246-0026 ) 横浜市瀬谷区阿久和南4-11-2			
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30年10月28日	評価結果 市町村受理日	平成31年3月12日	

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・アピールしたい点(事業所記入)】

「安」心できる生活の提供・「信」頼できる関係の構築・「感」じ取る力の養育を理念として、利用者様とご家族の意向を第一に、介護と医療が連携して利用者様の生活を支えます。一日のタイムスケジュールは決まっておらず、利用者様一人一人が好きな事を好きな時間に行えるようになっております。一日一回は外の空気を吸って頂く為に外気浴や散歩にお誘いしたり、清潔保持に力を入れているため、一日おきの入浴や、入浴しない方には足浴を行うなどしております。自治会に加入し地域の催し物に利用者様と共に参加する事で地域の方々と交流を持ち、地域の一員となれるきっかけ作りをしています。

### 【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28日	評価機関 評価決定日	平成31年2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、相鉄線「いずみ野駅」の「いずみ野バスセンター」より神奈中バスで、バス停「新和入口」で下車、目の前の2階建ての建物です。平成17年に株式会社が開設した定員18名のグループホームです。

<優れている点>

近隣の高校生が職業体験の一環として、教師に引率され、ボランティアに来ています。毎週、同じ生徒達が訪問するため、利用者も慣れて顔なじみになり、安心して会話やトランプゲームを楽しんでいます。天気の良い日は、高校生と利用者、職員で散歩に出かけ、散歩の途中で喫茶したりしています。高校生との関わりが、利用者の良い刺激と活力になっています。高校生にとっては「認知症グループホーム」を理解し、認知症の人との接し方を学ぶ機会になっています。管理者は自治会の役員として積極的に地域の行事を手伝い、交流を図り、地域貢献しています。また、ホーム内の催しに近隣住民を招待しています。自治会の許可をもらい、回覧板に、法人やホームの活動報告および案内を入れ、地域への広報を行っています。

<工夫点>

隣接している広い畑で、利用者と職員と一緒に大根、水菜、ネギ、ニンジン、白菜などの種まきを行い、育てています。育てた季節の野菜や果物は、料理をする直前に収穫し、新鮮な野菜が食事に提供されています。

### 【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 あいらんど
ユニット名	つき

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、安心して暮らしている。 (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
<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。	事業所理念は、業務日誌の表紙や事務所に掲示し、いつでも目に入るようにしています。	法人の理念をもとにしたホーム理念は、「安心できる生活を提供、信頼できる環境を作るため、職員の感じる力を身に付けること」を目指しています。玄関、事務所に掲示し、業務日誌の表紙にすることにより、職員全員に定着し、理念に沿ったケアの実践に繋がっています。	
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。	自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席しています。主に、地域の掃除や古紙回収などを通じて交流を持ち、いずれは認知症の勉強会を開いたり、地域で介護に困っている方々の問題解決に向けて共に考えていけるようになりたいと思います。	管理者は、自治会の役員として積極的に地域活動に参加しています。利用者と共に、町内の運動会やグランドゴルフ大会、バーベキューなどの地域行事に出かけています。ホームの行事である流しソーメンや餅つきに近隣住民を招待し、地域交流を深めています。	
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。	定期的開催される運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。		
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。	年6回奇数月に実施しています。自治会の回覧板を通じて、ホームと法人の活動報告をする許可を頂いているので、法人やホーム主催の行事の案内などを回覧して頂いています。自治会長は介護に精通している為、事故についても親身に相談に乗って下さいます。	2ヶ月に一度の運営推進会議は、系列の他の近隣事業所と一緒に開催しています。場所は交互に変え、時間をずらして行っています。区高齢・障害支援課職員、自治会長、利用者、地域ケアプラザの担当者が参加しています。活動報告を行い、助言や情報を得ています。	
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。	市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いたり、運営推進会議のオブザーバーとして協働できる事を話し合ったりしています。管理者がGH連絡会の役員をする事で、市町村の担当者との情報共有を行う場を持つ事が出来ています。	瀬谷区生活支援課、高齢・障害支援課の担当職員と連絡を取り合い、相談しています。管理者は、横浜市主催の旭区瀬谷区グループホームブロック連絡会の代表幹事を務めており、横浜市職員や他事業所の管理者と協力関係を築くように取り組んでいます。	

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。	身体拘束に関する法人独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。リビングの鍵は特別な事が無い限り施錠しておらず、利用者様を閉じ込めないようにしています。	2ヶ月に一度、法人本部で開催される身体拘束適正化委員会に参加し、内容を職員に周知しています。職員の意識は高く保たれています。虐待チェックリストで日頃のケアを振り返り、会議で話し合っています。利用者の安全のため、玄関のドアは施錠しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。身体拘束・虐待チェックシートを活用したり、面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。		
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。	職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には参加するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し制度を活用できるように支援します。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を得ています。		
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。	利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にしています。	ホーム通信誌「あいらんど写真展」を3ヶ月に1度発行し、日常生活や行事に参加した時の様子を写真で知らせています。レクリエーションを増やしてほしいという利用者からの要望があり、毎月、行事担当職員を決めてレクリエーションを企画しています。	月に一度は家族が面会でホームを訪問しています。引続き運営推進会議や家族会への参加を要請し、家族の意見や要望を汲み取る機会を増やす工夫も期待されます。

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
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。	毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。また、管理者・主任から細かく声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取るようにしています。状況に応じて課長・部長に相談しています。	毎月の会議で、職員一人ひとりが意見を言えるように配慮しています。管理者は現場職員の意見を取り入れ、利用者にとって安楽なシャワーチェアを購入したり、居室担当職員を決めることで衣替えがスムーズに行える、など運営に反映しています。	
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。	資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいにつながるシステムが整っています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	管理者・主任は年一回会社の管理職研修に参加。社内には、教育委員会と施設部勉強会委員会が設置され、全職員に対しては、教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。		
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。	市区が開催するグループホーム連絡会と瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会へは、管理者か主任が必ず参加し、活発な意見交換をしています。		
<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。	入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面談を行い細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。		

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
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。	上記の見学後は、こまめに連絡を取り、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。		
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。	ご本人と家族の要望を伺いながら協力機関のサービス利用も踏まえてケアカンファレンスを開催します。特に入居後約一ヶ月は環境の変化により不安定の為、細かく観察して臨機応変に対応していきます。		
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。	介護する側、される側という意識は持たず、常に尊重することを心掛けています。利用者様が生活の主人公と捉え、何をしたいのか、何を食べたいのか等会話を通してお互いが信頼できる関係を築いています。		
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。	ご家族の面会時には、ご本人の最近の様子を伝え、体調面で特別な事があった時はその都度電話連絡し、受診に付き添いが可能であれば付き添って頂いています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	職歴や趣味に合わせて、喫茶店等興味のある場所へお連れする時間を設けています。元同僚からのお手紙へは管理者から返事を書くこともあり、気持ちの良い関係が続くよう配慮しています。	家族への電話の取り次ぎや友人への手紙の代筆をしています。友人が面会に来た際は、居室でゆっくりと話せるように配慮しています。以前住んでいた家や通っていた学校にも出かけています。利用者の馴染みの人や場所との関係を継続する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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士でトラブルがあっても、業務日誌にインシデントとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有をしています。利用者様の性格や好みを把握し、利用者同士で解決する事は職員が仲介せずに自然に任せています。		
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。	退所され他の施設や病院に移られても、相談員やご家族を通じてその方の様子を伺ったり、時には面会に行ったりしています。退所後でも何か困った事や相談事がある場合には、管理者・主任、顔なじみの職員に相談が出来る環境があります。		
<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。	職員や利用者同士の日常的な会話からご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせて頂いています。これらが困難な方には生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。	職員は、利用者の表情やしぐさで思いや意向を感じ取り、支援しています。質問を2択にして希望を聞く場合もあります。自ら意思を表すことが困難な利用者には、勤務歴の長い職員が、好みや当時の暮らしぶりを他の職員に伝え、ケアに活かしています。	
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。	入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していきたい事や継続したくない事も伺いながら、個々のニーズに対応していきます。		
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。	日勤者と夜勤者で各利用者様の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医や訪問看護とは医療連携ノート等で情報共有し、ケアの統一を図りながら日々の変化にも対応しています。		

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
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。	日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月一回のケアカンファレンスや必要があれば随時話し合いの場を設けています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて介護計画を作成しています。	入居直後は、ホームに慣れるための介護計画を作成し、1週間後に内容を追加しています。更に1ヶ月後に本人と話し合い、希望を反映した介護計画を作成しています。1ヶ月に一度会議を開き、職員全員でモニタリング、カンファレンスを行っています。	
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。	各利用者のケースファイルに、個々の介護計画の実施状況や、今後の介護計画に活かせるような事柄を記録し月一回のケアカンファレンスで見直しをしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用する事が出来ます。		
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。	近隣に同法人の施設が二箇所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて施設間関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	利用契約時のご本人の状況から、内科か精神科の主治医を決めて頂いています。併せて協力医療機関の説明も行っています。	本人や家族の希望を確認の上、協力医療機関の内科医か心療内科医を主治医としています。歯科、皮膚科の訪問診療や看護師の定期訪問も行っています。24時間対応体制が整備されています。通院は家族、職員が付き添い、情報を共有しています。	



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。	訪問看護との契約に基づき、利用者様の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週一回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っている為、急変時にも的確な指示を受けることができます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて適切なケアが行えるように努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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。	「重度化した場合における対応に係わる指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断でご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームで出来る事を明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。	入居時「重度化した場合の対応指針」を説明し、重度化した場合には同意を確認しています。本人や家族、主治医、看護師、職員と話し合い、連携を密にして対応しています。出来る限り看取りケアを支援するため、職員は会議での話し合いや研修で向上に努めています。	
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。	緊急時の対応マニュアルがあります。連絡手順や緊急対応方法を電話の近くに掲示してすぐに対応できるようにしています。また、定期的に緊急事態に備えて通報訓練を行っています。		
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。	年二回の消防訓練で、夜間や地震想定等の避難訓練を行っています。一時避難場所の確認、地域へ協力して欲しい事と、ホームが地域に協力出来ることを運営推進会議で伝えていきます。非常食は入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関に置いてあります。	消防署立ち合いの夜間想定避難訓練と系列近隣3事業所による合同訓練を年2回実施しています。避難経路と利用者名簿のラミネート版を入口横に掛け、玄関に「地域の方へ緊急時協力をお願い」を掲示しています。法人は昨年市協会の防災功労者表彰を受けています。	

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
<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。	職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報に記載されている書類は事務所内に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。年二回程接遇チェックシートを活用し、自己の接遇を振り返っています。	職員は振る舞いや生活歴などからその人らしい言葉遣いを汲み取り、また、依頼する場合は良く説明し、納得を得るように気をつけています。窓から富士山を見ながらノーエ節を唄ったり、絵を書いたり、図書館に通ったり好きなことを支援しています。	
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。	一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせてご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。		
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。	一日のスケジュールは決めておらず、塗り絵や読書、居室でテレビ観賞等思い思いの生活をされ、その日の体調や気分配慮し希望に沿って活動をして頂いています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	二ヶ月に一回訪問理容で希望の髪型にカットをして頂きます。外出時には季節に合った服を職員と一緒に選びます。また、整容も鏡の前で行い、身なりをご自身で確認して頂いています。		
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。	食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。月一回レストランへ外食の機会を設けています。テーブル・食器拭き、食器洗いもして下さいます。	利用者の希望と業者の食材から献立を決めています。菜園の野菜も添えています。利用者はもやしのひげ取りを手伝っています。普通食願望の人に、職員が嚥下体操を支援し、ミキサー食から普通食に改善しています。また、流しソーメンなど行事食も楽しんでいます。	

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。	食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じたトロミ剤の使用や状態に合わせた介助の方法を検討しています。定期的に管理栄養士による献立と栄養バランスにチェックもあります。		
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。	ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週一回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯制作や抜歯等の本格的な治療を行う事ができます。		
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。	排泄の時間は決まっておらず、排泄チェック表を参考に毎日の排泄パターンを把握する事で、時間に縛られずその都度トイレ誘導を行うようにしています。	日中はリハビリパンツや布パンツでの生活を支援し、トイレでの排泄に努めています。一人ひとりの排泄パターンやサインを把握し、また、定期的に見直しを行って排泄の自立や失敗の減少を図っています。適切な声かけでオムツの人がリハビリパンツになっています。	
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。	適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時にはご家族に嗜好を伺ったり、飽きのこないようゼリーや寒天を提供したりしています。		
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。	ご本人の希望があった場合には希望通り入浴して頂き、また体調に合わせて時間をずらして入浴をして頂く等、自由に入浴が出来るようにしています。	入浴は1日置きが目安ですが、空いていればいつでも入浴できます。車いすの人には2人で介助しています。系列の無償の訪問入浴を利用する人もいます。入浴嫌いの人が、演歌を聞きながら入浴することもあります。庭で取れたゆずの湯を楽しんでいます。	

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。	午前の活動量に応じて、昼寝を進めることがあります。自らソファでうたた寝する方もいます。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、薬の調整や安眠できる為のアドバイスを頂き実施しています。		
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。	ケースファイルには最新の薬剤情報リストをファイリングしています。リストには作用と副作用が記載されており、全職員が確認することが出来ます。薬が変更となった場合には、必ず個人ファイルに記載し、周知できるようになっています。		
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。	入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。人の役に立たいという思いから、自発的に家事ををして下さる方や新聞を取りに行く事が日課の方もいます。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	散歩や外気浴を積極的に取り入れて、気温や天気等の自然を感じられるようにしています。ホームの畑で季節の野菜や果物を収穫することを楽しみにしている方もいます。外出支援として、レストランへ月二回の音楽療法と月一回の食事会へ外出します。	利用者が1日1回は屋外の空気を吸えるように努め、散歩や庭の畑で外気浴を行っています。利用者はボランティア体験の高校生と行く初詣や、毎週、ぽかぽかプラザまでの散歩を楽しみにしています。地域の運動会やケアプラザの図書館、歌声広場にも出かけています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	基本的には通帳を会社で管理し、必要な物がある場合にはホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。		

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。	ご本人の希望時で早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。今後は年賀状や誕生日等の節目にご家族へ手紙を書く機会を設けていきます。		
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。	入居者同士の関係を良好に保つ為に、食堂のテーブルの配置や席替えを必要な時に行っています。リビングにはCDラジカセを置き、利用者様の好きな音楽をかけられるようにしています。空調等で温度調整を行い、身体に負担が掛からないようにしています。	ガラス窓を大きくとり、明るく広々としたリビングです。利用者はテレビをみたり、ゲームをしたり、コーヒーを飲んだりしてくつろいでいます。壁に利用者の作品の鉛筆絵、入口に職員手づくりのぬいぐるみ、テレビ台に家族の手作りのふくろう人形が飾られています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングのソファでは、会話やテレビを楽しむ方、うたた寝をする方がいます。個室完備の為、気分に合わせて自室でアルバムを見たり絵を描いて過ごされる方もいます。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。	居室は思い出のものを置き、それぞれ特徴があります。落語家のサイン色紙、そろばん、ジャイヤンツ人形などを飾っています。居室で絵を描いたり、工芸をしたり、趣味を楽しんでいる人もいます。入口の備え付けの飾り棚には思い思いの物で飾られ、表札代わりとなっています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	大きなカレンダーがあり、毎日日にちの印を変えてくださる利用者様がいます。コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れが出来ます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者様と共に作成しています。		

事業所名	グループホーム あいらんど
ユニット名	ほし

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
<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。	事業所理念は、業務日誌の表紙や事務所に掲示し、いつでも目に入るようにしています。		
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。	自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席しています。主に、地域の掃除や古紙回収などを通じて交流を持ち、いずれは認知症の勉強会を開いたり、地域で介護に困っている方々の問題解決に向けて共に考えていけるようになりたいと思います。		
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。	定期的で開催される運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。		
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回奇数月に実施しています。自治会の回覧板を通じて、ホームと法人の活動報告をする許可を頂いているので、法人やホーム主催の行事の案内などを回覧して頂いています。自治会長は介護に精通している為、事故についても親身に相談に乗って下さいます。		
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。	市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いたり、運営推進会議のオブザーバーとして協働できる事を話し合ったりしています。管理者がGH連絡会の役員をする事で、市町村の担当者との情報共有を行う場を持つ事が出来ています。		

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。	身体拘束に関する法人独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。リビングの鍵は特別な事が無い限り施錠しておらず、利用者様を閉じ込めないようにしています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。身体拘束・虐待チェックシートを活用したり、面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。		
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。	職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には参加するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し制度を活用できるように支援します。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を得ています。		
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。	利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にしています。		



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
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。	毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。また、管理者・主任から細かく声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取るようにしています。状況に応じて課長・部長に相談しています。		
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。	資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいがにつながるシステムが整っています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	管理者・主任は年一回会社の管理職研修に参加。会社内には、教育委員会と施設部勉強会委員会が設置され、全職員に対しては、教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。		
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。	市区が開催するグループホーム連絡会と瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会へは、管理者か主任が必ず参加し、活発な意見交換をしています。		
<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。	入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面談を行い細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。		

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
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。	上記の見学後は、こまめに連絡を取り、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。		
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。	ご本人と家族の要望を伺いながら協力機関のサービス利用も踏まえてケアカンファレンスを開催します。特に入居後約一ヶ月は環境の変化により不安定の為、細かく観察して臨機応変に対応していきます。		
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。	介護する側、される側という意識は持たず、常に尊重することを心掛けています。利用者様が生活の主人公と捉え、何をしたいのか、何を食べたいのか等会話を通してお互いが信頼できる関係を築いています。		
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。	ご家族の面会時には、ご本人の最近の様子を伝え、体調面で特別な事があった時はその都度電話連絡し、受診に付き添いが可能であれば付き添って頂いています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	職歴や趣味に合わせて、喫茶店等興味のある場所へお連れする時間を設けています。元同僚からのお手紙へは管理者から返事を書くこともあり、気持ちの良い関係が続くよう配慮しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士でトラブルがあっても、業務日誌にインシデントとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有をしています。利用者様の性格や好みを把握し、利用者同士で解決する事は職員が仲介せずに自然に任せています。		
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。	退所され他の施設や病院に移られても、相談員やご家族を通じてその方の様子を伺ったり、時には面会に行ったりしています。退所後でも何か困った事や相談事がある場合には、管理者・主任、顔なじみの職員に相談が出来る環境があります。		
<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。	職員や利用者同士の日常的な会話からご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせて頂いています。これらが困難な方には生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。		
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。	入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していきたい事や継続したくない事も伺いながら、個々のニーズに対応していきます。		
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。	日勤者と夜勤者で各利用者様の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医や訪問看護とは医療連携ノート等で情報共有し、ケアの統一を図りながら日々の変化にも対応しています。		

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
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。	日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月一回のケアカンファレンスや必要があれば随時話し合いの場を設けています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて介護計画を作成しています。		
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。	各利用者のケースファイルに、個々の介護計画の実施状況や、今後の介護計画に活かせるような事柄を記録し月一回のケアカンファレンスで見直しをしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用する事が出来ます。		
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。	近隣に同法人の施設が二箇所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて施設間の関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	利用契約時のご本人の状態から、内科か精神科の主治医を決めて頂いています。併せて協力医療機関の説明も行っています。		

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
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。	訪問看護との契約に基づき、利用者様の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週一回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っている為、急変時にも的確な指示を受けることができます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて適切なケアが行えるように努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	「重度化した場合における対応に係わる指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断でご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームで出来る事を明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。		
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。	緊急時の対応マニュアルがあります。連絡手順や緊急対応方法を電話の近くに掲示してすぐに対応できるようにしています。また、定期的に緊急事態に備えて通報訓練を行っています。		
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。	年二回の消防訓練で、夜間や地震想定等の避難訓練を行っています。一時避難場所の確認、地域へ協力して欲しい事と、ホームが地域に協力出来ることを運営推進会議で伝えていきます。非常食は入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関に置いてあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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。	職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報に記載されている書類は事務所内に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。年二回程接遇チェックシートを活用し、自己の接遇を振り返っています。		
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。	一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせてご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。		
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。	一日のスケジュールは決めておらず、塗り絵や読書、居室でテレビ観賞等思い思いの生活をされ、その日の体調や気分配慮し希望に沿って活動をして頂いています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	二ヶ月に一回訪問理容で希望の髪型にカットをして頂きます。外出時には季節に合った服を職員と一緒に選びます。また、整容も鏡の前で行い、身なりをご自身で確認して頂いています。		
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。	食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。月一回レストランへ外食の機会を設けています。		

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。	食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じたトロミ剤の使用や状態に合わせた介助の方法を検討しています。定期的に管理栄養士による献立と栄養バランスチェックもあります。		
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。	ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週一回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯制作や抜歯等の本格的な治療を行う事ができます。		
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。	排泄の時間は決まっておらず、排泄チェック表を参考に毎日の排泄パターンを把握する事で、時間に縛られずその都度トイレ誘導を行うようにしています。		
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。	適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時にはご家族に嗜好を伺ったり、飽きのこないようゼリーや寒天を提供したりしています。		
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。	ご本人の希望があった場合には希望通り入浴して頂き、また体調に合わせて時間をずらして入浴して頂く等、自由に入浴が出来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。	午前の活動量に応じて、昼寝を進めることがあります。自らソファでうたた寝する方もいます。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、薬の調整や安眠できる為のアドバイスを頂き実施しています。		
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。	ケースファイルには最新の薬剤情報リストをファイリングしています。リストには作用と副作用が記載されており、全職員が確認することが出来ます。薬が変更となった場合には、必ず個人ファイルに記載し、周知できるようになっています。		
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。	入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。		
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。	利用者様の重度化により、日常的に外にお連れするのが難しい状態ではありますが、毎月の外出支援として、レストランへ月二回の音楽療法と月一回の食事会へ外出します。		
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。	基本的には通帳を会社で管理し、必要な物がある場合にはホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。		



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。	ご本人の希望時で早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。今後は年賀状や誕生日等の節目にご家族へ手紙を書く機会を設けていきます。		
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。	入居者同士の関係を良好に保つ為に、食堂のテーブルの配置や席替えを必要な時に行っています。リビングにはCDラジカセを置き、利用者様の好きな音楽をかけられるようにしています。空調等で温度調整を行い、身体に負担が掛からないようにしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングのソファでは、会話やテレビを楽しむ方、うたた寝をする方がいます。個室完備の為、気分に合わせて自室で過ごして頂いています。		
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。	入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。		
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。	大きなカレンダーがあり、毎日日にちの印を変えてくださる利用者様がいます。コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れが出来ます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者様と共に作成しています。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームあいらんど

作成日： 平成31年3月11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	6	家族会の開催案内を出しても、参加して頂けるご家族が少ない、または居ない。	家族会の意味を理解して頂き、年2回行う予定の家族会に1回は参加して頂く。まずはホームに足を運んで頂く事を目標にし、それから家族会の意味を理解して頂けるようにする。	家族会を行う時期に、比較的規模の大きい行事を企画し、ご家族も一緒に参加して頂く。運営推進会議に参加して頂けるご家族を探し、参加して頂くことでホームの事を知って頂く。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月