

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	1490800222	事業の開始年月日	平成25年4月1日	
		指定年月日	平成25年4月1日	
法人名	医療法人社団柴健会			
事業所名	グループホーム つくしの家			
所在地	(236-0057) 神奈川県横浜市金沢区能見台6-50-1			
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6月12日	評価結果 市町村受理日	平成26年9月9日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpIDetails.aspx?IGNO=ST149080022&SVCD=320&THNO=14100>

【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)】

『「今」を大切にしたいその人らしい心豊かな生活を支援します』との理念のもと、認知症の高齢者が住み慣れた地域で穏やかな生活が続けられるよう支援しています。訪問診療、訪問看護と連携し日常生活における健康管理を行っています。また、散歩・買い物・外食など屋外で過ごす時間を大切にし、入居者の生活が画一的なものにならぬよう気をつけています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年7月15日	評価機関 評価決定日	平成26年8月14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、京浜急行金沢文庫駅から徒歩で7～8分、市民の森バス停から徒歩3分程の自然の多い場所にあります。運営法人は、一般診療、定期往診・訪問看護などを行っているクリニック、居宅介護支援、通所介護事業を運営しています。

<優れている点>

職員は「利用者が生きる喜びを感じ、その人らしい心豊かな生活が送れるように」との理念に沿った支援に日々努めています。日常生活の中で職員が行ってしまえば効率がよいことや、ADL（日常生活動作）が落ちてきている利用者に関しても、「もう無理だから」ではなく「どうしたらよいか」「利用者にとってどうなのか」「ここは利用者の皆さんの家であり、自分らしく生きてほしい」と考え、折に触れ確認し合いながら支援をしています。調理が得意な利用者は、職員と一緒に食材を切ったり、味付けをしたり、下ごしらえや片付けをしています。洗濯物を干したりたたんだり、自分の家でしていたことや得意なことは、この家でも続けられるように支援しています。食事レクでは、毎月主役になる利用者の好みを聞いてメニューを決め、利用者職員が皆で一緒に作るなど、楽しい生活ができるように支援をしています。

<工夫点>

利用者が安心して心地良く住めるように工夫した建物造りとなっています。利用者への目が行き届くように壁などにもおしゃれな空間を設けて工夫しています。無垢の杉材を使い、畳の間や障子、壁紙、風呂場のタイル、漆喰の天井、廊下のベンチ、バルコニー、季節を感じられる樹木を植えた庭など随所に居心地良く過ごせる工夫があります。

【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 つくしの家
ユニット名	1F

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	毎日のケアで行われていることが誰にとつてのものなのか、振り返りや反省の時に照らし合わせる土台として意識を促して。フロアの見やすい場所に貼り、意識できるようにしている。	理念は玄関及び各フロアに掲示し、入職時やカンファレンスや日常の支援の中で「誰のための介助か、それは利用者にとってどうなのか」と折に触れ確認をしています。利用者が生きる喜びを感じ、その人らしい心豊かな生活が送れるよう支援に努めています。	
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。	散歩や買物に出かけた時、挨拶や会話をしている。近隣の方からどのような人が入れる所なのか今後の参考にしたいと声をかけて下さったり、通勤中の方がパジャマ姿で歩くお年寄りを見たがつくしの家の方じゃないかと心配して下さるなど少しずつ接点が出てきている。	町内会に加入し、町内会長や民生委員とも情報交換しています。近隣のパン屋やコンビニなどへ利用者と一緒に散歩に出掛けて買物をしています。地域のボランティアや小学校との交流の話も出ており、開所後未だ1年数ヶ月ですが、地域との交流が徐々に進んでいます。	地域行事への参加や各種ボランティアの来訪、近隣の学校や保育園などの施設との交流なども視野に入れ、引続き今後とも、地域との馴染みの関係作りを継続して努めていくことを期待します。
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。	管理者はケアプラザで開催された家族向けの地域密着サービス説明会に参加し、グループホームの説明を行っている。		
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。	事業所からの報告等に対し、参加者からの視点での要望や意見に理想論や現実論で率直な話し合いを行っている。その上で、入居者の方の生活だけでなく家族の思いも受け取りながら、より質の高いサービスが提供できるよう取り組んでいる。	運営推進会議は、2ヶ月に1回定期的に開催しています。会議では、事業所の活動状況の報告や参加者との情報交換を行っています。町内会長や民生委員からは、どのような形で関わっていけばよいかとの問いかけもあり、有意義な会議となっています。	
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。	管理者は運営推進会議の報告書を区役所へ持参している。介護認定調査の手続きを行っている。消防訓練で、消防署と連携している。	地域ケアプラザケアマネジャーの運営推進会議参加をはじめ、行政の関係者と必要に応じて情報交換をし協力関係を築いています。また、金沢区グループホーム連絡会も立ち上がり、区の意見を聞きながら話し合っ連携しています。	

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。	ご家族から、安全のため4点柵をとの要望を受けたが身体拘束にあたる事を説明し理解を図っている。入居者の見守り方法について常に話し合いを送りノートを活用するなど共通認識を図ろうとしている。会議等でも居場所確認の方法を話し合っている。	管理者は、ケアカンファレンスをはじめ、日常の生活の中で随時話題にあげて職員と話し合っています。申し送りノートを活用するなど、職員間の認識を共有し、身体拘束をしないケアを実践しています。利用者は、職員の見守りの中、自由に暮らしています。	
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。	日々のケアについて虐待になっていないかと職員間で投げかけ合いながら常に意識をしている。会議等でも対応方法について繰り返し話し合っている。		
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。	成年後見制度を利用されている方がいるため、内容については理解している。また家族に情報提供を行っている。今後は研修などを活用し理解を深める体制をとる必要がある。		
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。	重要事項説明書を含め、時間をとって説明している。解約の際は、ご家族・主治医との話し合いの場を持ち、理解・納得を図っている。		
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。	ご家族には月に1回手紙で様子をお伝えし、面会時には積極的に声をかけ話を伺う雰囲気作りをしている。	意見や要望は、意見箱を設けると共に家族の来訪や行事への参加を快く受け入れ、ケアプラン作成時や日々の会話の中でも真摯に耳を傾けています。また、家族会の開催時にも、利用者に対する様々な思いなどを聞き、意見や要望を聞くように努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	管理者は月1回のケアカンファレンスに参加し職員からの意見を聞く機会を設けている。	管理者と各フロアー長は職員に対し、利用者の支援について「どうしたいですか」などと問いかけ、職員と一緒に考えていく意識が定着しています。職員からはレクリエーションや行事の企画、個別ケアの意見や要望、提案があり、検討して反映しています。	
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。	事業所の就業規則があり周知している。年に1回健康診断を行い、職員の健康状態を把握している。		
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。	新人職員は一定の期間、マンツーマン指導を行い個々の力量把握に努めている。外部研修の機会はほとんど確保できていないので今後の課題としたい。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	横浜市グループホーム連絡会に加盟している。また、最近、区内のグループホーム連絡会が立ち上がりネットワーク作りをしている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	事前面談はご自宅で行い、本人が話しやすい状況を作っている。また、ご自宅で行うことで在宅での生活状況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
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。	事前面談でご家族の思い、これまでの苦労などに耳を傾け信頼関係作りに努めている。また、ホームでの生活で希望されること、ホームで対応できるケアの範囲をお伝えしている。		
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。	申し込み前（見学などの際）に現在の状況を伺い、在宅サービスの活用方法や種類等を情報提供している。		
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。	日常生活の中で親の立場や子の立場に立った話をし共感したり、生活の知恵を教えただきながら関係を築いている。「どれ、手伝ってあげるよ」と入居者の方から声をかけていただくことも多い。		
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。	面会時、ご家族には日々の生活状況を小まめに伝え特に楽しまれたことや良い変化についてはできる限りたくさん伝えるようにしている。昔はそんなことなかったのに…という変化に一喜一憂しながら今を生きるご本人を支援することに役立てている。		
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。	外出で出かけた時などに住んでいた地域や自宅の前を通ったりすることで、覚えている話をしたり近所に住んでいた方から声をかけていただいたりしている。	利用者の馴染みの方々の来訪を快く迎えています。利用者が以前住んでいた地域の方や職場の同僚が来訪していません。行きつけの美容院へ家族と出掛けたり、年賀状のやりとりの支援をしたり、外出時に利用者が住んでいた地域を通る時には声かけをしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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。	人間関係、仲間関係が構築される中でトラブルになることや孤立しやすい方がいることを職員が共通認識として持ち、見守る姿勢をとっている。トラブルになる前に職員が仲介に入る等配慮している。		
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。	退居後転院される際、転院先へ付添ったり、必要に応じて情報提供を行っている。		
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。	本人本位に検討する際、家族の思いと一致しないこともあり話し合いを重ねている。医師、看護師も含め、色々な角度から本人を把握し最良な方法を模索している。	生活歴、仕草や表情、日々の会話や家族の話などから、利用者一人ひとりの気持ちを汲み取り、思いの把握に努めています。食事の際や、利用者の部屋に入ったとき、就寝前などにもゆっくりと思いや話を聞くよう努めています。	
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。	本人や家族とのやり取りの中で情報を伝えてもらい把握し理解に努めている。		
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。	その日の職員で入居者の状態をしっかり確認し、一日の過ごし方を考えている。途中の変化も見逃さないよう前日からの申送りをきちんと行うようにしている。		

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。	介護計画は個別に作成し本人の現状の暮らしに添うものとしている。変化があればモニタリングを行っている。理念である「今を大切にしたい人らしい心豊かな生活を支援する」に基づくよう意見交換をしている。NS、PTにも意見を聞いている。	利用者の日々の暮らしの様子、本人や家族の意向、医師や看護師の意見を参考に介護計画を作成しています。毎月のカンファレンスでモニタリングを行い、申し送りノートや日誌、訪問診療及び看護記録などを基に、現状に即した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。	個人の介護記録、健康管理表などの他に訪問診療、訪問看護記録などを作成し、全職員が情報を共有するように徹底している。記録の書き方マニュアルを置くとともに書き方について意見交換することもある。		
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。	協力医療機関への通院介助を行っている。協力医療機関以外の医療機関へも家族状況によって行っている。介護保険証の更新手続きを行っている。		
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。	訪問理美容を利用している。運営推進会議に地域包括支援センターの職員、民生委員、町内会長が参加して、意見・情報交換をする機会を設けている。		
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。	今までのかかりつけ医は希望通りに対応している。また、訪問診療に来ていただくケースもある。協力医療機関以外への通院は基本的には家族が同行することになっているが状況によってはホームで対応することもある。	入居前からのかかりつけ医による医療を継続して受診できるように支援しています。利用者の大半は協力医療機関の医師、歯科医の訪問診療を受診しています。医療情報は、診療記録や受診記録に記録して共有に努め、適切な医療を受けられるよう支援しています。	

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。	週2日訪問看護師が入るので日々の様子や変化を伝え今後の指示などを記録に残していただき情報を共有している。看護師不在時でも24hオンコールなので必要時には連絡している。また、今後予測される症状について助言をいただいている。		
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。	入院時の本人の情報は医療機関に提供している。入院中は可能な範囲で見舞い、状態を理解するようにしている。家族とも回復状況を確認しながら退院後の支援がスムーズにおこなえるよう情報交換している。		
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。	少し早い段階からターミナルケアについての話し合いを医師、看護師を交えて行っている。これまでの生活の中で、本人がどのようにしたいと考えていたか、家族の思いはどうか等の話し合いを行っている。	これまでに看取り介護を数名経験しています。利用者と家族には、入居時に重度化した場合の対応指針を説明しています。急変時には主治医の判断を基本に、医師・看護師、家族・職員が話し合い、最大限の対応をする方針を関係者間で共有しています。	
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。	すべての職員が身につけてるとは言えずケースの想定をしながらの勉強会や話し合いは早急に必要。		
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。	消防署の協力のもと、年2回入居者とともに避難訓練を行っている。消火器の使用方も同時に訓練している。月に1回は消火器他、防災関係のチェックも実施している。	防災・避難訓練は、年2回行い、そのうち1回は消防署の協力を得て行っています。うち1回は消火器の使用手法など、業者の協力を得て実施していません。非常災害時に備え、飲料水・食糧は備蓄してあります。庭には、建築時に掘った井戸を設備しています。	さらなる安心のために、非常食や備蓄品のリストを作成して管理するなど、全職員で共有する方法を検討することも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	時としてなれあいとなる場面が見受けられる。職員会議や申送りノートを利用して相手に対しての言葉遣いや態度の振り返り、注意を促す等を行っている。	個人の尊厳に配慮した支援を行い、毎日の暮らしの中でプライバシーを損ねることのないように言葉遣いにも留意しています。職員は、入職時に守秘義務に関する誓約書を提出し、個人情報に関する書類は施錠のできる書庫に保管しています。	
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。	できるだけ本人が自己決定できるよう声かけし「何でもいい」と言われたいよう複数の選択肢を提案している。外出、外食、食事レク等、個別に入居者の希望を伺い取り組むなど職員が設定したものではない場面を取り入れている。		
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。	職員が作るスケジュールの中にも入居者の意思を尊重した支援を行っている。基本的な生活の流れの中で一人一人のペースを大事にしている。外食や買物外出など希望に合った対応を心がけている。		
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。	お化粧品はされない方が多いが、浴後に化粧水を塗っていただいたり、食器洗いの後にハンドクリームを塗っていただいたりしている。着替えの時は入居者の意向を伺っている。		
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。	入居者と一緒に調理や盛付けを行っている。包丁が使えない方はもやしの根切りやピーラーでの皮むきをしていただいている。食事レクでは食べたいものを作ったり、外食や出前も嗜好に合わせて行っている。台所の片づけは積極的に手伝っていただいている。	利用者は職員と一緒に野菜の皮むき、もやしのひげとり、調理の味付け、テーブル拭き、下膳、食器洗い・拭きなどを行っています。職員も同じ食卓でさりげなく食事介助をしながら一緒に食事をしています。月に1回、好きな料理を調理して、楽しい食事ができるよう工夫しています。	

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
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。	一日の水分・食事量を把握している。嗜好品を取り入れたりしながら馴染みのものや好みのものを摂取していただいている。体調により水分摂取等が難しい場合は、小まめに少量ずつ介助するなど摂取量に注意している。		
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。	毎食後口腔ケアを実施している。状態に応じスポンジブラシを活用するなど工夫している。義歯は毎日夜間に洗浄している。口腔ケアに介助を要する方はできることは自身で行っていただくなど個別に働きかけている。		
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。	個々に応じて定時誘導、タイミングでの誘導など個別対応している。入居者の状態に合わせて、また日中、夜間によって使用する下着（布、おむつ類）の種類を変えている。	個人別の水分補給と排泄状況を記入した「イン・アウト表」から一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導をしています。利用者の表情やももじもじしている仕草などから察知して声かけをし、排泄の自立支援に努めています。	
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。	毎朝ヨーグルトを提供している。記録を確認し、水分量とも照らし合わせている。便秘傾向の方には腹部マッサージを行ったり毎日の体操に参加を促している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	健康状態を考慮しつつ本人の要望を取り入れ週2～5回入浴していただいている。拒否があると声かけや順番を変えるなどの対応を行っている。入浴時間は疾患等に配慮して決めている。足浴、清拭、シャワー浴など必要に応じて取り入れている。	入浴は基本的には、週2～5回入浴できるように支援をしています。入浴をしたがらない利用者には、人を変えたり、午前中の中で声かけの時間をずらしたりして工夫をしています。菖蒲湯やゆず湯も行い、入浴を楽しむことができるように支援をしています。	

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
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。	日中の活動を促しながらも一人一人の健康状態、体調に応じて静養時間を設けている。夕食後はゆったりとした時間を過ごしていただきながら、個々に就寝時間を合わせている。		
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。	服薬チェック表を使用し必ずダブルチェックを実施している。薬情報は個人ファイルに整理し内容把握ができるようになっている。変更時は送りノートや医師の指示として訪問診療記録にて周知している。		
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。	家事、レクリエーションへの参加を促し他入居者と関わりが持てるよう支援している。外出や行事に参加するなど楽しむことへの支援をしている。		
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。	1人で歩ける方、車椅子を押せば歩ける方、車椅子の方と様々な方法で外出している。車椅子で入れるお店で外食をしたり短時間でも散歩に出るようにしている。家族にも協力していただき一緒に外出していただくこともある。	天気の良い日には事業所の周りを散歩しています。近くの不動池、能見台方面、消防署付近、ラベンダー畑、牧場などへ日常的に出掛けています。職員と一緒に食材の買物に外出をしたり、ドライブしながら遠出することもあります。	
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。	一人一人の能力に応じて財布を持っていただいている。預り金があり、買い物に行った時には、自身で払う、商品を受け取る、おつり・レシートを受け取るの工程を行っていただいている。		

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
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。	希望に応じて年賀状を出している。電話をかけたいとの希望は今のところないが、家族からの電話はとても喜ばれている。すぐに忘れてしまう方にはカレンダーにかかってくる時間や名前を記入していただいている。		
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。	月ごとの飾りつけを考えて入居者に作品を作っただきフロアに飾っている。	建物内に無垢の杉材を使い、木の芳香が漂っています。畳の間や障子のある和風で落ち着いた造りです。イベントの写真や夏祭りに合わせて祭りの提灯を飾ったり、庭には季節の移り変わりを見て感じられるように、花や実のなる樹木をたくさん植えて居心地のよい共用空間づくりをしています。	
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。	廊下にベンチがあり一人でゆっくり座ったり、フロアのソファに寝転がられたりしている。和室が少し高く設置されているので、腰かけて談笑されたり昼寝をされたりしている。		
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。	それぞれの方が使用していた物を持参され自分の部屋がわかりやすいようになっている。家族にも馴染みの物や写真等を持ってきていただき、自分の部屋が落ち着ける空間となるよう協力いただいている。	居室のフロアは杉材を使い、木の温もりを感じます。事業所で設置したエアコン以外は、すべて自由に持ち込めます。ベット、桐ダンス、ソファ、鏡台などを置き、家族の写真やぬいぐるみを飾り、その人らしい居心地よく過ごせる居室となっています。	
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。	ホーム内は手すりが設置されていて、歩行時だけでなく車椅子で自操する際にも自立した移動の一助になっている。立位保持体操ではつかまる場所として有効活用されている。自室がわかるよう名前を貼ったり飾りをつけて目印にしたりしている。		

事業所名	グループホーム つくしの家
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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○ 1, ほぼ全ての家族と
	2, 家族の2/3くらいと
	3. 家族の1/3くらいと
	4. ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○ 1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	3. たまに
	4. ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○ 1, 大いに増えている
	2, 少しずつ増えている
	3. あまり増えていない
	4. 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○ 1, ほぼ全ての職員が
	2, 職員の2/3くらいが
	3. 職員の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○ 1, ほぼ全ての家族等が
	2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている。	フロア内の目につくところに理念を掲示し、自分の行っているケアと理念を照らし合わせたり、ケアに迷ったときには理念に立ち返るようにしている。		
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。	散歩や買物に行くとき声をかけていたり、こちらからも挨拶をし、社会的つながりが続けられるようにしている。		
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。	管理者は地域の会合に参加し、認知症やグループホームとはどういうところかの理解をしていただけるよう活動している。		
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。	活動報告や事故報告などを通して、意見、質問を受け、改善すべき点は日々のケアに反映している。		
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。	認定調査時の担当の方へ入居者の生活や変化などを詳しく伝え、連携をとっている。		

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
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。	入居者がフロアの外へ行こうとした時には抑止せず一緒について行くようにしている。また、入居者がどこにいるかを把握できるよう職員間で声を出し合っている。		
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。	高齢者虐待防止法の勉強会は行っており、今後、理解・遵守に向けた取り組みが必要である。		
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。	入居者のうち1名が成年後見制度を利用しているが、成年後見制度や日常生活自立支援事業の勉強会は行っていない。		
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。	契約時には、重要事項や医療連携、看取り、利用料金などについて丁寧に説明している。また、法改正に伴う料金改定についても理解していただけるよう手紙を添えている。		
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。	家族会や面会に来ていただいた時に要望や意見、苦情などを言いやすい雰囲気を作るよう心がけている。また、出された要望などは職員に周知させている。		

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。	日々コミュニケーションをとるよう心がけ、その中において職員の要望や意見を聞くようにしている。また、意見などが言いやすい環境を作るよう心がけている。		
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。	管理者も現場に出て職員同士の人間関係や疲労などを把握したりしている。また、希望休や資格取得に向けた働きやすい環境作りに努めている。		
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。	新人職員については、業務内容だけでなく入居者のケア方法や性格、接し方までを丁寧に指導している。また、わからないことを聞きやすい環境を心がけている。		
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。	同じ区のグループホームと連絡会を作り、意見交換や相談などをし、運営の向上に活かしている。今後は交換研修もしていきたい。		
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。	不安や苦しみ、要望などを把握できるように、本人とゆっくり話す時間を作るように心がけている。		

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。	今まで抱えてきた問題や苦労などをじっくりと聞き、家族の思いを受け止め、安心して任せていただけるように努めている。		
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。	家族の要望や思いを把握した上で、本人の状況を確認し必要な支援ができるように努めている。		
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。	共に生活しているという意識を持ち、喜びや楽しみ、不安なども共感し協働しながら生活している。お互いにねぎらったり、いたわったりする場面も多い。		
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。	面会時には日頃の出来事や気付いたことなどを伝え共有するようにしている。遠く離れている家族には電話での会話ができるよう支援している。		
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。	行きつけの美容室を利用されている方や、友人や知人が頻回に来られる方もいる。また、年賀状のやり取りができるよう支援している。		

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ご利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	入居者同士が身の上話や家族の話をしている時にはそっと見守り、家事をしている時には（入居者同士が）楽しくできるような間に入ることもある。また、入居者同士の関係についても情報を共有している。		
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。	退居後も家族に連絡を取り精神的フォローをしている。		
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。	意思疎通が困難な場合でも表情や行動からくみ取り把握に努めている。また、日々の関わりの中で、直接聞いて確認するようにしている。		
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。	入居者や家族から生活歴や環境などを聞き、職員間で情報を共有し、本人の理解につなげている。		
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。	一人一人の生活リズムや行動などから心身の状態を把握している。また、日々の生活の中からできることを把握しアプローチするようにしている。		

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。	入居者や家族からの要望や意見を反映させている。また現状に合った介護計画になっているか職員でカンファレンス、モニタリングを行っている。		
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。	個人ファイルを用意し、食事・水分量・排泄などを記録している。また、暮らしの様子や言葉なども記録し、職員間で情報共有しケアに反映させている。		
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。	家族の状況などに応じ病院受診なども対応している。遠方の家族からの入居者への毎日の電話対応も支援している。		
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。	訪問歯科、訪問理美容など介護保険以外の情報も家族に伝え、利用できるようにしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	入居後もかかりつけ医の受診をしている入居者もいる。受診時には日常の様子や変化を伝えている。家族が同行できない時は職員が代行したり希望があれば同行するようにしている。		

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。	週2回の訪問看護により相談対応を行ってもらっている。早期発見につながるよう変化があった場合には看護師に報告し指示を受けている。		
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。	入院時には介護サマリーを提供している。医師や家族とも情報交換しながら退院支援に結び付けている。		
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、事業所の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。	家族、医師、管理者と話し合い、家族や本人の意向を踏まえケアプランに反映させている。そして、職員全員でその思いに沿った支援をしている。		
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。	緊急時対応マニュアルを作り周知させている。勉強会は行っていないが、事故時や急変、救急車対応など実践を通して身につけている。		
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。	マニュアルを作成し消防署の同席のもと、入居者とともに避難訓練、消火器の使い方などの訓練を年2回行っている。地域の方にも連絡はしているが参加には至っていない。		

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。	支援が必要な時も本人の気持ちを考えてケアするよう心がけ、他入居者にわからないよう素早くケアするようにしている。		
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。	お茶の時間の飲み物など入居者が決めている。また、外食時もメニューを見て決めてもらったり、入居者の嗜好を聞き買物なども行っている。		
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。	一日の流れは決まっているが、本人の気持ちを大切に生活となっている。外出先も希望を聞きながら決めたり、個々のペースに合った対応を心がけている。		
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。	個々のこだわりを尊重し、その人らしさが保てるようにしている。また、化粧やおしゃれを楽しんでもらえるよう外出の機会を増やしたりしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	月に1回入居者が食べたいものを全員で作る日を設けている。調理から片付けまで入居者と一緒に行い、献立もホワイトボード書いてもらっている。時には庭で採れた野菜が並ぶこともある。		

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。	管理栄養士が作成した献立を使用し調理している。個々の食事量や水分量を把握し体調や嚥下状態に応じて食事形態を変えるようにしている。		
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。	自分でできる人は見守り、自分でできない人や口臭の気になる人にはケアをしている。夜間は義歯を預かり清浄している。		
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。	排泄表を使用し、トイレ誘導することでトイレでの排泄を支援につなげている。個々に合わせてパットの種類を変えている。		
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。	毎朝食時にヨーグルトの提供や水分量を増やしたり、腹部マッサージをできるだけ下剤に頼らない工夫をしている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	自分のシャンプーを利用する人やシャワー浴のみを希望される人には本人の意向に沿った支援をしている。入浴を拒む人にも言葉かけや対応の工夫で入浴につなげている。		

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。	日中、散歩などの活動の時間を作り、良質な睡眠がとれるよう心がけている。また、体力に合わせて休憩時間も取り入れている。		
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。	薬の内容が把握できるよう個人ファイルに保管しいつでも見られるようにしている。薬の処方や用量が変更された時には周知し、いつもより詳細な記録を取るようにしている。		
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。	持っている力を発揮してもらえるように一人一人に合った役割、仕事を依頼し「役に立っている」ことを実感してもらえるような言葉かけをしている。		
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。	気分転換にもつながるのでできるだけ外出に機会を作っている。外食やお弁当を作って遠出する時もあり、季節を感じてもらえる良い機会になっている。		
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。	外出時には、自分で支払いができるように事前にお金を手渡すなど工夫している。		

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
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。	かけたい時に電話したり家族からの電話を取り次いでいる。中には携帯電話を所持している人もいる。また、年賀状や手紙のやり取りをしている人もいる。		
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。	障子などは入居者が自由に開閉し調整している。リビングには外出時や行事の写真が貼ってあり、外の木々が見え、季節の変化を感じることもできる。		
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。	リビング横の長い廊下に沿っていくつも窓があり、外を眺められる心地良い空間がある。ベランダも広く、月を眺めたりしている。		
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。	入居時には使い慣れた家具の搬入を依頼している。居室の入り口には表札や目印となるものを飾っている。		
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。	入居者の身体状況の変化に合わせて「どうしたら安全にやってもらえるのか」を考え、物を配置したり危険となるものを取り除いたりして自立支援につなげている。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム つくしの家

作成日： 平成26年9月5日

【目標達成計画】

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	19	入居者本人の生活状況がわからない、気軽に訪ねづらいつとの意見をいただいた	<ul style="list-style-type: none">・入居者の普段の様子を知っていただく努力をする・気軽に来ていただけるホームになる	<ul style="list-style-type: none">・面会に来られた際、入居者の最近の様子をお伝えする。業務で手が離せない時は、帰り際やお茶をお持ちする時に一言二言でも伝えるようにする。・スタッフは入居者が楽しまれたことを話し、ケアで困っていることがあれば管理者からご家族に相談する。	12ヶ月
2	13	防災備品の内容、設置場所をスタッフ全員に周知徹底できていない	<ul style="list-style-type: none">・防災備品の内容、設置場所を全スタッフが把握し緊急時に対応できるようになる	<ul style="list-style-type: none">・備品の内容、設置場所がわかる一覧表を作成し、各階スタッフコーナーに掲示する。	3ヶ月
3	2	ホーム周囲に宅地が少ないこともあり地域交流があまりない	<ul style="list-style-type: none">・地域との交流を増やす	<ul style="list-style-type: none">・ボランティアの受け入れを積極的に行う。・近所のパン屋さん、コンビニなどへの買物を継続する。・運営推進会議を通じて、地域住民の方の避難訓練への参加をお願いする。	12ヶ月
4	6 7 8	スタッフが外部研修に参加する機会が少ない	<ul style="list-style-type: none">・スタッフが研修等で自己研磨できるようになる	<ul style="list-style-type: none">・身体拘束、虐待防止、権利擁護など介護スタッフとして持つべき知識を習得するための研修に参加する機会を確保する。	12ヶ月