

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1473201091
法人名	医療法人社団 優和会
事業所名	グループホーム 華寿園
訪問調査日	平成25年12月20日
評価確定日	平成26年1月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 25 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	1473201091	事業の開始年月日	平成17年3月1日	
		指定年月日	平成17年3月1日	
法人名	医療法人社団 優和会			
事業所名	グループホーム華寿園			
所在地	(241-0021) 神奈川県横浜市旭区市沢町571-1			
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25年12月8日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月18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	
----------	--

【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)】

<p>華寿園ではご利用様が生き生きと暮らすために、自立支援を基本にご本人ができることを支援することを日々行っています。また、ご本人、ご家族様等、職員の三者が力を合わせてご本人の生活を支えることが必要であるという考えから、ご家族様等にもいろいろな支援に参加して頂いています。そのことが、ご利用者様の心の安定とご家族様等と職員間の信頼関係が築かれていくことに繋がると考えています。また、利用者様と職員が共に生活する中で、いつも笑い声が聞こえるあたたかな雰囲気作りに努めています。</p>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成25年12月20日	評価機関 評価決定日	平成26年1月31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)】

<p>■このホームは医療法人社団 優和会の経営です。優和会は横須賀市を中心に巡回診療車により、健康診断を実施することを主業務とし、横浜にグループホーム華寿園を平成17年3月に開所しました。横須賀には別法人でグループホーム1箇所、ディリハセンターが2箇所あります。このホームは、左近山団地と市立市沢団地の間に位置しており、横須賀線からも相鉄線からもバスで15分位で行ける横浜の住宅地の中にあります。交通・生活に便利な場所にも関わらず、住宅地のため車の交通量は少なく、散歩などにも最適な場所にあります。</p> <p>■ホーム運営の方針を「自分が入居したいと思うホーム作り」に置いており、これを目指して日々精進し、達成に向けて努力し、鍵を掛けない介護を実現しています。</p> <p>■設立後、地域との関係は良好で、理解を頂いています。自治会については、会長、役員共1年交代であり、自治会の新しい方にホームを見て頂く機会が増え、運営推進会議には自治会の役員が順番で出席して頂いており、かなりの地元の有力な方々に知って頂くことが出来ました。利用者の薬については、地域の調剤薬局との連携で、薬の区分け管理までお願いし、誤薬防止に役立っています。また、学校区単位に設置されている地域防災委員会があり、自治会長の紹介で地域防災委員として加えて頂き、防災、炊き出し訓練には毎回参加しています。これも華寿園の広報に大きく貢献しています。ボランティアは、三味線、紙芝居、コーラスの方々が来訪して頂いています。夜間想定の方針訓練については、近隣の方の協力を頂いています。</p> <p>■1・2階のリーダー職員がリーダー研修に参加し、理念をもう一度取り上げ、毎年1回は研修をしていく予定にしています。近隣との交流強化深めることを意識して、近所からスタッフを採用するように努めています。調理専門担当のスタッフは、子供の居る方達で夏・冬休みは親子で出勤して来ます。その間、子ども達はホームで過ごし、入居者とも交流をしています。</p>

【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	グループホーム華寿園
ユニット名	こすもす

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、活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	理念は「優しく笑顔でやすらぎを提供します。」「ご本人の意思を第1にします。」「地域社会と積極的に交流を持ちます。」とあり、自立支援を基本として地域社会と共に生きるホームを目指している。	理念は「優しく笑顔でやすらぎを提供します。」「ご本人の意思を第1にします。」「地域社会と積極的に交流を持ちます。」とあり、入社時の教育・リーダー研修にてもう一度取り上げ、スタッフには毎年一回は研修したいと思っています。自立支援を基本として、認知症の理解をしていれば自然と笑顔も出てきます。	今後の継続	
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	定期的には、運営推進会議の開催と地域の一員として地域防災委員会への出席を行っている。また地域主催のお祭りやイベントに参加して交流を図っている。	市沢団地住宅地区に入会し、市沢団地との合同のお祭りの時には御神輿の休憩所としてお茶等をお出して迎えています。作品展などにも参加し、出展して見学に訪れています。ボランティアは三味線、コーラス等、個人グループをお願いをしています。中学生の体験学習は、毎年5～6名ほど受け入れています。地域の防災の会合等は必ず参加しています。	今後の継続	
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	運営推進会議、避難訓練に地域の方々の参加があり、その際、認知症についてや認知症の人の理解や支援方法を伝えている。	/		
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	運営推進会議ではホームの運営状況を報告し、意見、感想をいただいている。意見等は運営に活かす様にしている。	運営推進会議は自治会、民生委員、地域包括支援センターの方、ご家族、入居者、それにホーム関係者で2ヶ月に1回実施しています。自治会の委員の方が交代で参加して頂く事により、ホームの認識がより多くの人に広く知って戴けるメリットとなっています。推進委員会ではイベント報告、事故報告は必ず行っています。	今後の継続	
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	運営推進委員会、横浜高齢者グループホーム連絡会、旭・瀬谷ブロック会議で実情を伝えたり、高齢支援課、保護課と連絡を取りながら情報を頂いたり、連携に努めている。	運営推進委員会、横浜高齢者グループホーム連絡会、旭・瀬谷ブロック会議等で実情を伝え合う機会を持っています。市高齢支援課、保護課とは連絡を図りながら情報交換に努め、協力関係の連携に努めています。旭区は高齢者支援に理解があり、良く相談に乗って頂いています。生活保護の方を7名受け入れています。	今後の継続	

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	外部研修に参加したり、内部で研修を行ったり、日常で話し合ったりしている。玄関施錠は行わず、センサーチャイムを置いて出入りがわかるようにしている。	身体拘束については、外部研修に参加し、内部で研修を行い、日々スタッフは具体的な行為を話し合い、それらについての関係文書を常時見られるようにし、研鑽に努めています。玄関の施錠は行わず、センサーチャイムを設置し、出入りがわかるようにしています。言葉についても、拘束に当たるものがあることを皆に伝えています。	今後の継続	
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	外部研修に参加したり、内部でも研修を行ったりして、スタッフの意識を高めるようにしている。			
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	成年後見制度等について研修を行っているが、今後も話し合いや研修を続けるようにしたい。			
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	契約を交わす際等は、理解、納得を得られるよう、丁寧な説明を行っている。			
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	ご家族が来所された時、ケアプランを説明する際など、意見や要望を聞くようにしている。また、スタッフはご家族が話しやすい雰囲気作りを心がけ、意見等を管理者に伝えている。	ご家族の来所時や、ケアプランを説明する機会を通し、ご意見や要望を伺うようにしています。スタッフは、意見が言えるような雰囲気と環境に配慮し、頂いた意見は管理者に伝える体制をとっています。複雑な話をする場合は管理者が直接対応しています。	今後の継続	

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	ミーティング時の他、個別にも意見、提案を聞くよう努めている。代表者は、スタッフと意見交換ができる場を設けている。	管理者は、スタッフからミーティング時や個別に意見や提案を聞く機会を持つよう努めています。スタッフへは、個々に目標を立て「何故出来たか、出来ないか」を自己評価及び他者評価を行い、研鑽に努めています。キャリアパスへの連動も考えています。月に2回グループホームの担当者とスタッフが意見交換ができる場を設けています。	今後の継続
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	定期的と随時、ホームを訪ねて管理者から入居者、職員の様子を聞き、職場環境・条件の整備に努めている。		
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	職員の研修を受ける機会を確保するように進めている。		
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	管理者がネットワークづくりを進め、その活動から職員が学び、サービスの向上へつなげていくように取り組んでいる。		
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	入居前にできるだけ本人と話をし入居時の不安を軽減するようにしている。入居後もご本人の話を聞き、記録し、情報を共有し職員全体でご本人が安心して暮らせる支援を考えている。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前にはご家族とじっくり話をするようにしている。入居後も本人の様子を伝えたり、来ていただいたりして関係づくりを行っている。		
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	本人、家族と話をする中でニーズを把握し、現在必要な支援をご一緒に考え、受けられるサービスの情報を提供す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	ご本人の今までの生き方、考え方を大切にし、ご本人と話し合いながら、安全に活動できる場を支援するように努めている。		
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	本人、家族、ホーム三者が一体となって本人の生活を考えることを基本にしている。家族来所時、散歩に出たり、外出や外泊をして本人の精神的支えになっている。来所が少ない家族にも電話、お便り等で様子をお伝えしている。		
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	いつでも面会ができることを事前に説明し、近所の方や、知人の方に来てもらっている。手作りの年賀状を家族や知人に送ることもしています。	ホームでは、常時面会が可能であることを事前に説明を行い、ご家族の了解の下、近所の方や知人の方に来てもらい支援しています。利用者が自身の手作りの年賀状を作り、ご家族や知人に送る等、支援に努めています。教会がそばにあることで、このホームに入居を決め、日曜日毎に教会に通っている方もいます。	今後の継続

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	一人ひとりの言葉や表情、行動に注意を払い、利用者同士が会話を楽しめるように支援している。個々の希望を尊重しながら、利用者間の円滑な関係を築くため職員が間に入ったり、座席、ソファの配置を工夫している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	退去された後も管理者等が、本人を訪問したり、家族と連絡を取り合っている。		
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。	本人の希望や意向を聞いたり、会話の中で把握したりしている。これをスタッフ間で共有している。困難な場合は、家族、職員で話し合い、本人本位に検討している。	一人ひとりの思いや意向について、個々の情報をスタッフ間で共有を図り、日々の何気ない会話や、動作の中から利用者の思いを汲取り、モニタリングの記録に止め、カンファレンスで活用し、ケアプランの作成に反映しています。困難な場合は、スタッフとご家族で話し合い、本人本位に検討しています。	今後の継続
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	これまでの暮らし方を把握するために家族、ケアマネージャー等にアセスメント表の記入をお願いしている。また、本人との会話の中から把握し、スタッフ間で共有するようにしている。		
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	一緒に過ごす中で現状の把握に努め、記録や申し送りによりスタッフ間でご本人の情報を共有している。有する力により異なる家事活動を支援したり、心身状態に合わせた対応を行っている。		

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族、関係者と話し合ったり、意見を求めたりしながらケアのあり方、介護計画を作成している。本人の心身の変化に応じた見直しをしている。	日頃のモニタリングは3か月ごとに見直し、変化があった場合は随時見直しを行っています。本人、ご家族、スタッフで話し合い、意見等を求めたもの等をベースとしてアセスメントを行い、介護計画に反映しています。また、入所時に、その方を知る意味も含めてスタッフはセンター方式C-1-2、D1、2・4などのシートに記入しています。	今後の継続
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	個別の記録は、本人の言葉や行動を記入している。個別の記録、申し送り記録、朝夕の申し送りや話し合いで職員間の情報を共有し、それを支援につなげ、見直しにも生かしている。		
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	本人やとりまく状況の変化に応じて生じるニーズに対応した支援を行っている。		
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	地域の行事や作品展に参加することで、楽しんだり、ご本人の力を発揮している。地域の子供達との交流もある。		
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	受診は本人、家族の希望を第一にしている。医師により必要な情報を提供したり又もらったりしている。通院支援も必要に応じて行っている。家族、かかりつけ医、ホーム三者での話し合いも必要時行っている。	受診について、本人、ご家族の希望を第1に考慮して支援していますが、入居者の大半の方は、ホームの往診医に依頼しています。個々の主治医の場合は、必要な情報を提供して頂く等、連携を図っています。通院支援については、必要に応じて支援しています。また、家族、かかりつけ医、ホーム、三者での話し合いも必要時に行っています。	今後の継続

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	日常でとらえた気づきを看護職員や訪問看護師に伝え、受診や往診につなげたり、指示、アドバイスを受けていたりしている。		
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、情報を提供している。入院中も家族と連絡を取り合ったり、病院の医師や看護師、ケースワーカーと話し合ったりしている。		
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	入居時に本人、家族の意向を伺い、ホームでできることの説明を行っている。かかりつけ医や看護師と共にチームで支援できるような体制作りをしている。	重度化した場合や終末期のあり方について、ホームで出来る事の説明をしています。かかりつけ医や看護師と共にチームで支援できるよう体制作りに努めています。看取りに不安をかかえるスタッフに何度でも来訪して納得行く様に話をしてもらえるので、終末期前には、医師、ご家族、スタッフの三者で方針を再確認して取り組んでいます。	今後の継続
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	急変や事故発生時の応急手当を職員に伝えたり訓練も行っているが、定期的に行えるようにしたい。		
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	地域防災会議の委員として職員が会議や訓練に参加するとともに、地域の方々に協力をお願いしている。年1回の地域住民を交えた夜間想定避難訓練でも地域の協力体制を築くように努めている。	ホーム独自の防災訓練を実施し、地域での地域防災委員会に防災委員として参加し、スタッフは、会議や防災、炊き出し訓練に毎回参加しています。また、地域の訓練に参加すると共に、地域に協力をお願いし、夜間想定訓練に協力体制が築けるよう努めています。東日本大震災以降、備蓄に配慮し、水、食料、衛材、日常生活用品等を補強しています。	今後の継続

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	日常会話や声掛けに対しては職員へ日々指導を行っている。職員間でも注意を払い適切な声掛けが行えるように話しをしている。	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について、管理者は日々、スタッフに指導を行ない、声かけに配慮しています。トイレではドアを閉め、またトイレ誘導の際の声かけに工夫をしています。	今後の継続	
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	本人が思いを伝えたり、選択できるように働きかけている。表現が困難な利用者には、本人本位で考え、促してその様子をみながら自己決定できるようにしている。			
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	基本的な一日の流れはあるが、体調に配慮しつつ本人のペースで生活できるよう支援している。一人ひとり行いたいこと、出来ることを一緒に考え、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	訪問理美容を利用したり、着替えの時、衣服を一緒に選んだりしている。			
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	個々の咀嚼や嚥下状態に応じた食事内容にしている。食器等も本人が食べやすい物を利用し、食事が楽しくなる工夫をしている。また、個々の心身の状態に応じた家事活動を行っている。	一人ひとりの健康状態を考慮し、咀嚼や嚥下状態により食事内容に工夫し、食器等も食べやすい物を活用する等配慮しています。食事の手伝は、利用者の心身の状態によりお願いしています。宅配のレシピ付き食材を活用したり、昼食時のパートを導入したり、レトルトを利用する等、スタッフのゆとりの時間をもち、個々への介護を手厚くしています。糖尿食の対応も出来ています。	今後の継続	

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、水分量を記録しスタッフで共有している。主治医等の指示、アドバイスを得ながら食事内容、形態を個別に工夫して対応している。又、盛り付けや無理なく摂取できる大きさの容器に変えるなど工夫している。		
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	訪問歯科医、歯科衛生士による定期的な口腔ケアを行っている。起床時と毎食後は、利用者に合わせて口腔ケアを支援し、夜間は義歯を洗浄、消毒し保管している。		
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	排泄チェック表により排泄状況やパターンを把握している。トイレ（Pトイレも含め）での排泄に向けた支援を行い、動作や表情から察し、さりげない支援も行っている。その人に合わせたパットを支援することでトイレの自立に向けた支援を行なっている。	排泄チェック表により個々の排泄状況やパターンを把握し、トイレでの排泄に向けた支援を行っています。一人ひとりの動作や表情から察し、さりげない誘導を行い、職員は、本人の尿意、便意を大切に考えたサポートを心がけています。部屋に置いているPトイレに職員の手作りのカバーが掛けており、気遣いが伺えます。	今後の継続
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	排便表により毎日の排便確認を行っている。身体を動かすこと、水分、食事摂取に気を配ることにより促しを図り、必要に応じてマッサージを行っている。便秘薬も主治医と相談しながら、状況に応じて減量を随時行っている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴をその日の楽しみとしてもらえるようなタイミングをはかり声掛けを行い入浴を支援している。体調やその日の気分、同性による支援も考慮している。	入浴は、隔日の午後に行っていますが、基本的に自由な入浴を可能としながらも、その日を楽しみとして頂けるように配慮に努めています。本人の体調や気分、タイミングを図り、声掛けを行いながら支援しています。また、同性の入浴介助の支援も考慮しています。季節の柚子湯や菖蒲湯等を利用して入浴を楽しめるようにしています。	今後の継続

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	生活リズムを整えるように努め、室温や湿度に注意して安眠ができるように支援している。また、体調を見ながら休息できるようにしている。		
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	薬局にて服薬管理を行い、薬変更の際は申し送りや診察の記録にて伝え、個人別薬表により用法、副作用の把握ができるようにしている。服薬時は読み上げを行い、最後まで確認するようにしている。振戦のある方や嚥下機能が低下した方は服薬ゼリーやとろみで対応している。		
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	個々の心身状態に合わせ、日々の生活の中で楽しみながらできる役割を支援している。一人ひとりに合った「できること」から「やりがい、生きがい」につながるよう支援したい。		
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	それぞれ異なった心身状態の入居者であるため、一人ずつ近くを散歩したり、個別又は少グループで買い物、外食に行っている。家族の協力を得て希望に沿った外出をするなど工夫をしている。今年は皆様のご希望で山下公園、横須賀市美術館に行きました。	外出は、個別や小グループで買い物や外食に行っています。ご家族に協力頂き、本人の希望に沿った外出の支援をしています。お菓子や弁当を持って花見に行く等、戸外への支援に努めています。今年はみなさんの希望で、山下公園、横須賀市美術館に出かけています。	今後の継続
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	個人所持については、家族、本人と相談して決めている。私物購入は本人と相談しながら行っている。		

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	ご家族に確認を取りながら支援している。季節の挨拶状と一緒に作成したりしている。また、ご家族確認の上、携帯電話がきちんと使えるよう支援している。			
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	採光、温度、湿度の調整、家具の配置、音楽に工夫をしている。また、庭の切花を置いたり、壁に利用者の作品や行事の写真等を貼って見て楽しんだり、話題作りに利用している。	共用の空間は、利用者がゆったりと寛げるように、採光、温度、湿度の調整や家具の配置、BGMにも配慮し、居心地良く過せる様工夫がなされています。庭の切花を飾り、壁にはカレンダーやご利用者の作品、行事の写真等を貼り、皆で会話を広げ、楽しみ、家庭的な雰囲気の中で和んでいます。家具等の配置については、人の動きを考慮し、危なくない配置となっています。二階は吹き抜けとなっていて開放感のある作りです。		今後の継続
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	家具や席の配置に気を配り、気の合った利用者同士が話せるようにしたり、独りになれるようにも支援している。廊下の長椅子では独りで座ったり、飼っている鳥を見ることができるようになっている。			
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	本人、家族と相談して部屋に家具や使い慣れたものを持ってきてもらったり、好みの物を置き居心地よく過ごせるようにしている。本人の希望に沿ったレイアウトになるよう考慮している。又好みの芳香剤の使用でリラックスできるようにしている。	エアコン・カーテン・電燈・ベッドは備品の居室は、本人、ご家族と相談して馴染みの家具や使い慣れたものを持ち込み、本人の好みの物の中で居心地よく過ごせるようにしています。ドアに表札をつけたり、場所の案内札や表示を見やすくする、工夫しています。		今後の継続
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	心身の状態を考慮して部屋を決めたり、個人用手すりを設置したりしている。ドアに表札をつけたり、場所の案内札を掛けたり、トイレの表示を見やすくしたりして本人が一人で行く事が出来るよう工夫している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム華寿園

作成日

平成25年12月20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	13	引き続き職員の質の向上を図る。	華寿園の理念、指針の理解、実行。	内外研修及びケースカンファレンスを充実させるとともに日々の指摘や振り返りの実施。	1年間
2	26	ケアプランと実際の支援の関係を意識する。	介護計画に対する自覚を持ってほしい。	アセスメントの分担作業継続実施と1ユニットで再開。	1年間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホーム華寿園
ユニット名	すみれ

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	利用者と職員と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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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	理念は「優しく笑顔でやすらぎを提供します。」「ご本人の意思を第1にします。」「地域社会と積極的に交流を持ちます。」とあり、自立支援を基本として地域社会と共に生きるホームを目指している。		
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	定期的には、運営推進会議の開催と地域の一員として地域防災委員会への出席を行っている。また地域主催のお祭りやイベントに参加して交流を図っている。		
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	運営推進会議、避難訓練に地域の方々の参加があり、その際、認知症についてや認知症の人の理解や支援方法を伝えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議ではホームの運営状況を報告し、意見、感想をいただいている。意見等は運営に活かす様にしている。		
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	運営推進委員会、横浜高齢者グループホーム連絡会、旭・瀬谷ブロック会議で実情を伝えたり、高齢支援課、保護課と連絡を取りながら情報を頂いたり、連携に努めている。		
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	外部研修に参加したり、内部で研修を行ったり、日常で話し合ったりしている。玄関施錠は行なわず、センサーチャイムを置いて出入りがわかるようにしている。		

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	外部研修に参加したり、内部でも研修を行ったりして、スタッフの意識を高めるようにしている。		
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	成年後見制度等について研修を行っているが、今後も話し合いや研修を続けるようにしたい。		
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	契約を交わす際は、理解、納得を得られるよう、丁寧な説明を行っている。		
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	ご家族が来所された時、ケアプランを説明する際など、意見や要望を聞くようにしている。また、スタッフはご家族が話しやすい雰囲気作りを心がけ、意見等を管理者に伝えている。		
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	ミーティング時の他、個別にも意見、提案を聞くよう努めている。代表者は、スタッフと意見交換ができる場を設けている。		
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	定期的と随時、ホームを訪ねて管理者から入居者、職員の様子を聞き、職場環境・条件の整備に努めている。		
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	職員の研修を受ける機会を確保するように進めている。		

14		<p>○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</p>	<p>管理者がネットワークづくりを進め、その活動から職員が学び、サービスの向上へつなげていくように取り組んでいる。</p>		
<p>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</p>					
15		<p>○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</p>	<p>入居前にできるだけ本人と話をし入居時の不安を軽減するようにしている。入居後もご本人の話を聞き、記録し、情報を共有し職員全体でご本人が安心して暮らせる支援を考えている。</p>		
16		<p>○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</p>	<p>入居前にはご家族とじっくり話をするようにしている。入居後も本人の様子を伝えたり、来ていただいたりして関係づくりを行っている。</p>		
17		<p>○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</p>	<p>本人、家族と話をすることでニーズを把握し、現在必要な支援をご一緒に考え、受けられるサービスの情報を提供するように努めている。</p>		
18		<p>○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</p>	<p>ご本人の今までの生き方、考え方を大切に、ご本人と話し合いながら、安全に活動できる場を支援するように努めている。</p>		
19		<p>○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</p>	<p>本人、家族、ホーム三者が一体となって本人の生活を考えることを基本にしている。家族来所時、散歩に出たり、外出や外泊をして本人の精神的支えになっている。来所が少ない家族にも電話、メール、お便り等で様子をお伝えしている。</p>		

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	いつでも面会ができることを事前に説明し、近所の方や、知人の方に来てもらっている。手作りの年賀状を家族や知人に送ることもしています。		
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日頃より一人ひとりの言葉や表情、行動に注意を払い、フロアーには最低1名のスタッフがいるようにし、利用者同士の関係に配慮しながらそれぞれが心地よく過ごせるように考えている。		
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	退去された後も管理者等が、本人を訪問したり、家族と連絡を取り合っている。		
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。	本人の希望や意向を直接聞いたり、日常会話の中や表情で把握したりしている。これをスタッフ間で共有している。困難な場合は、家族、職員で話し合い、本人本位に検討している。		
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	これまでの暮らし方を把握するために家族、ケアマネージャー等にアセスメント表の記入をお願いしている。また、本人との会話の中から把握し、スタッフ間で共有するようにしている。		
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	一緒に過ごす中で現状の把握に努め、記録や申し送りによりスタッフ間でご本人の情報を共有している。有する力により異なる家事活動を支援したり、心身状態に合わせた対応を行っている。		

26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、家族、関係者と話し合ったり、意見を求めたりしながらケアのあり方、介護計画を作成している。本人の心身の変化に応じた見直しをしている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別の記録は、本人の言葉や行動を記入している。個別の記録、申し送り記録、朝夕の申し送りや話し合いで職員間の情報を共有し、それを支援につなげ、見直しにも生かしている。		
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	本人やとりまく状況の変化に応じて生じるニーズに対応した支援を行っている。入居中インスリン使用になられた入居者に対しては、自己注射の支援を行っている。		
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	地域の行事や作品展に参加することで、楽しんだり、ご本人の力を発揮している。地域の子供達との交流もある。		
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	受診は本人、家族の希望を第一にしている。医師により必要な情報を提供したり又もらったりしている。通院支援も必要に応じて行っている。家族、かかりつけ医、ホーム三者での話し合いも必要時行っている。		
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	日常でとらえた気づきを看護職員や訪問看護師に伝え、受診や往診につなげたり、指示、アドバイスを受けていたりしている。		

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、情報を提供している。入院中も家族と連絡を取り合ったり、病院の医師や看護師、ケースワーカーと話し合ったりしている。		
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	入居時に本人、家族の意向を伺い、ホームでできることの説明を行っている。かかりつけ医や看護師と共にチームで支援できるような体制作りを行っている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変や事故発生時の応急手当を職員に伝えたり訓練も行っている。		
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	地域防災会議の委員として職員が会議や訓練に参加するとともに、地域の方々に協力をお願いしている。年1回の地域住民を交えた夜間想定避難訓練でも地域の協力体制を築くように努めている。		
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	日常会話や声掛けに対しては職員へ日々指導を行っている。職員間でも注意を払い適切な声掛けが行えるように話しをしている。		
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	本人が思いを伝えたり、選択できるように働きかけている。理解困難な場合は、随時家族に説明し理解を得るようにしている。		

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	基本的な一日の流れはあるが、日常行っていることや行いたいと思っていることがスムーズに行えるよう、体調に配慮し、時間に余裕を持って支援している。		
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	訪問理美容を利用したり、着替えの時、衣服と一緒に選んだりしている。髪型の要望を伝えられる方は自分で伝え、希望に沿うようにしている。		
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	個々の咀嚼や嚥下状態に応じた食事内容や食べ方の変化にも注意を払い、一人ひとり見やすく食べやすい食器に変更したり声掛けを行っている。家事活動は、個々の心身の状態に応じ行っている。		
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、水分量を記録しスタッフで共有している。主治医等の指示、アドバイスを得ながらゼリー状に固めたり、とろみをつけたり、好みの食物を提供したりしている。食器の色にも気を使い食べ物を認識しやすいようにしている。		
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	訪問歯科医、歯科衛生士による定期的な口腔ケアを行っている。起床時と毎食後は、利用者に合わせて口腔ケアを支援し、夜間は義歯を洗浄、消毒し保管している。		
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	排泄チェック表により排泄状況やパターンを把握している。トイレでの排泄に向けた支援を行い、動作や表情から察したさりげない声掛けや支援も行っている。夜間、ポータブルトイレを使用したり、オムツ対応の方も昼間はトイレ誘導を行っている。		

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	排便表により毎日の排便確認を行っている。身体を動かすこと、水分、食事摂取に気を配ることにより促しを図り、必要に応じてマッサージを行っている。便秘薬も主治医と相談しながら、状況に応じて減量を随時行っている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴をその日の楽しみとしてもらえるようにタイミングをはかり声掛けを行い入浴を支援している。体調やその日の気分なども考慮し本人本位で行なっている。		
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	入床、起床の時間や睡眠の様子を申し送り伝え、生活リズムを整えるように努めている。室温や湿度にも注意して安眠ができるように支援している。また、その日の体調を見ながら休息できるようにしている。		
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	薬局にて服薬管理を行い、薬変更の際は申し送りや診察の記録にて伝え、個人別薬表により用法、副作用の把握ができるようにしている。服薬時は読み上げを行い、最後まで確認するようにしている。振戦のある方や嚥下機能が低下した方は服薬ゼリーやとろみで対応している。		
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	個々の心身状態に合わせ、日々の生活の中で楽しみながらできる役割を支援している。一人ひとりに合った「できること」から「やりがい、生きがい」につながるよう支援したい。		
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日1度は、近所ではあるが、出来るだけ戸外に出るようにしている。買い物、外食を個別や小グループで行ったり、家族の協力を得て外出をするなど工夫をしている。今年は、皆様の希望で山下公園に行ったり、横須賀市美術館に行った。		

50		<p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>	<p>個人所持については、家族、本人と相談して決めている。私物購入は本人、家族と相談しながら行っている。</p>		
51		<p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>	<p>ご家族に確認を取りながら支援している。</p>		
52	19	<p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p>	<p>採光、温度、湿度の調整、家具の配置、音楽に工夫をしている。また、鉢植えや庭の切花を置いたり、壁にカレンダーや行事の写真等を貼って見て楽しんだり、話題作りに利用している。</p>		
53		<p>○共用空間における一人ひとりの居場</p> <p>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</p>	<p>家具や席の配置に気を配り、気の合った利用者同士が話せるようにしたり、広いテーブルでぬり絵や折り紙、ゲームなどをしたり、思い思いに過ごせるようにしている。また、廊下の長椅子では独りで座ったり、飼っている鳥を見ることができるようになっている。</p>		
54	20	<p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>	<p>本人、家族と相談して部屋に家具や使い慣れたものを持ってきてもらったり、好みの物を置き居心地よく過ごせるようにしている。</p>		
55		<p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>	<p>心身の状態を考慮して部屋を決めたり、個人用手すりを設置したりしている。ドアに表札をつけたり、トイレの表示を見やすくしたりして本人が一人で行く事が出来るよう工夫している。</p>		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム華寿園

作成日

平成25年12月20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	13	引き続き職員の質の向上を図る。	華寿園の理念、指針の理解、実行。	内外研修及びケースカンファレンスを充実させるとともに日々の指摘や振り返りの実施。	1年間
2	26	ケアプランと実際の支援の関係を意識する。	介護計画に対する自覚を持ってほしい。	アセスメントの分担作業継続実施と1ユニットで再開。	1年間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。