

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
1. 理念の共有	8
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	1
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	0
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	0
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	1
1. 一人ひとりの把握	5
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	1495400143
法人名	医療法人社団 平平会
事業所名	グループホームふあいと稲田堤
訪問調査日	平成24年12月13日
評価確定日	平成25年3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。

(株)R-CORPORATION 外部評価事業部

平成24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	1495400143	事業の開始年月日	平成18年4月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	医療法人社団 平平会		
事業所名	グループホーム ふあいと稲田堤		
所在地	(214-0008) 神奈川県川崎市多摩区菅北浦 3 - 2 - 3 1		
サービス種別 定員等	☒ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☐ 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名
		定員 計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成23年11月22日	評価結果 市町村受理日	平成25年4月25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)】

月に1度は散歩意外にも皆に日帰り外出に機会を設け、少しでも開放感を持たせたい。また、頻度は少なくとも入居者一人ひとりの拘りに可能な限り応えられる企画も作り、入居者個人の励みとなるように努めている。
--

【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3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成24年12月13日	評価機関 評価決定日	平成25年3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)】

●グループホームふあいと稲田堤は、有料老人ホームに加え、グループホーム・パティオつくいけ・ふあいと宮沢・ふあいと勝田・ふあいと青葉・ふあいと南山田・ふあいと天神橋・ふあいと山崎の里・など、多くの福祉事業を展開する医療福祉法人平平会の一員で平成22年7月に、JR稲田堤駅より徒歩5分、梨畑が隣接し、ホームの裏庭にも季節の草花や野菜の収穫が楽しめる家庭菜園がある。静かな環境の住宅街の一角に開設されている。●ホームでは外出支援に注力しており、日々の散歩以外に入居者の思いに応える企画を立て、個々人の励みになる支援が行なわれている。これまでに入居者が入院でお世話になった先生を訪問して「御礼をする」等、家族の了解の下に同行支援が行なわれている。12月には要望を聞き「富士山を見に行く旅」で河口湖へ出かける予定がある。●医療支援では、クリニックが経営母体の関係でホームは医療に関するノウハウを活かした運営がされ、ここファイト稲田堤でも同系の「つくいけ内科クリニック」を提携医療機関として「24時間対応」と2週間毎の医師による診療訪問に加え、歯科でも「横浜中通歯科」による訪問診療での支援が行われ、加えて週1回の看護師の訪問で適切な医療支援体制が整えられている。●ホームでは希望に応じて、家族・医師・ホームとの話し合いで合意に至ればターミナルケアを行なうとする方針を持っていて、終末ケアに関する「覚書」も準備され、入居時に家族に説明している。手順マニュアルと運用規定の理解を深め、全職員で「終の棲家」としての支援が出来る体制を整えられており、実施の経験もしている。●災害時対応では、様々な災害と夜間を想定した避難訓練が年2回、所轄消防署指導の下行われ、設備としてスプリンクラーを始め自動通報装置があり、加えて緊急時対応備蓄も行われて防災対応が完備している。また建屋の耐震性と災害対応備蓄を利用した地域との相互援助での地域繋がりも計画している。
--

【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	グループホームふあいと稲田堤
ユニット名	だいち

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	理念の中に地域の概念をまだ持っていないが、職員や地域の広報を通じて地域の方々と繋がる機会が少しずつ増えてきている。	事業所独自の理念「ホームを家として過ごしていただく。その為にホームの暮らしで、出来る範囲で協力し合う中で、小さなことでも役割を見出し、認め合う関係から、よりどころとしての安心感を得て頂く」と謳って、ユニット会議等を通して全職員で共有認識を図っている。地域と、広報等で繋がりを持つ事で、地域に生きる「我が家」としての生活が実感出来るよう支援が行われている。	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	市内のボランティアを招いての行事や地域の行事に参加している。日常的とまではいかないが定期的に関わる機会が増えてきている。	自治会に加入し、定期的に行われる地域行事での「防災訓練」にホーム長が参加し、また、地域の運動会には入居者が見物に出かけるなどして地域交流を図っている。その他、日々の散歩時には行き交う地域の方々に挨拶を行ない、親しまれる事で交流を図っている。市内のボランティアの方々からの支援の数等も増え、歌・踊りなどで来訪を頂き、地域との繋がりを持っている。	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	少しずつではあるが近隣の方が直接相談に来る機会が増えてきている。又運営推進会議を通じて認知症に関する講習の機会も検討されている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み	会議を通して運営状況の報告、意見交換を行い運営の健全化とサービス向上に生かしている。災害時の近隣の介護を必要とする方々の受け入れなど地域貢献の足がかりにもなっている。	運営推進会議は、自治会役員、民生委員、包括支援センター職員、入居者、事業所管理者、職員の参加で2ヶ月に1回開催の予定をして、ホーム概況と今後の行事計画、事故発生状況などを報告し、参加者から意見や提案の他、地域行事や町内会情報を頂いている。又、災害時協力ではホームの災害時対策用品（水・食料・オムツ等）の備蓄と建屋の堅牢性を活かす事で、一時避難場所としての活用を提案し、一方ホームへの支援もお願いをしている。	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	業務上必要な手続き以外はお問い合わせが無いが身寄りの無い入居者の事情等は伝えるようにし、配慮してもらっている。また、区内のグループホーム間の交流の場も設けている。	生活保護受給の入居者が多く、手続き等の諸事で問い合わせや、報告、また、指導等を頂き、生活保護窓口担当とは交流を密にしている。更に、市主催のグループホーム連絡会、市主催の研修や講習会に参加して、情報の交換を含め交流をしている。また、10月から多摩区の13事業者が集まり、連絡協議会が発足し、参加している。	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	身体拘束に関するマニュアルを設け、閲覧できるようにしてある実際に拘束が必要となる場合でも入居者にとっての安心の材料となるよう配慮している。	身体拘束に関するマニュアルを何時でも閲覧できるようにし、拘束に該当する行為と、そのデメリットについて理解できるようにしている。“身体拘束は行はない”と言うホームの考えを連絡会等を通じて徹底を図り、全職員で現場を研修の場として確認合っている。それにより入居者への更なる安心と、安らぎのある生活に繋げている。入所まもなく(アルツハイマーの為)転倒する事象があり、再発防止策として家族の要望と本人の了解の下に、車椅子にベルトを付けた事例を持っている。	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	虐待防止に関するマニュアルを設け閲覧できるようにしてある。		
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	親族の無い方に付いては後見人制度を活用している		
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	契約書・運営規定をホーム内でいつでも見られるよう設置してある。		
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	意見・要望を事業所・本社の単位で分けて伝えられるよう連絡先を示した用紙をホーム内で自由に入手出来るよう設置してある。	ご家族には、入居時に苦情等が有る場合の対応として、事業所宛、本部宛の窓口などを記した用紙を示し、利用者へ説明すると共に、入り口に記入用紙を設置している。その他、ホームでは家族の面会来訪時等に、管理者や職員から声をかけて近況を話す傍ら、直接意見要望等を聴いて記録にし、スタッフ間の検討の上、速やかな解決に努めている。苦情の事例では、訪問時にお茶が出なかったとお叱りを受け、以降全員に改善を徹底し、投書者から喜ばれている。	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	普段から業務中の他、スタッフ会議を月1回設け、意見の反映の場としている。	ホーム長と職員の間では、日頃から業務以外の会話の中からも意見、提案を聞いている。また、日常生活上からの気付きや提案は、リーダーを介して管理者に届けられるか、場合によっては直接提案が行われている。更に、月1回のスタッフ会議でも意見、提案を受付け、受けた案件は、即実施可能か、検討の上で実施か、本部検討が必要か(費用決済を必要とする物など)の区別をして対応している。管理者は一人の意見、提案をその人だけのものとせず、全員で共通認識できるよう心がけている。	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	事業所・リーダーの報告書を参考に職場の環境整備を行っている。また、職場の管理者を通さず直接本部に意見を提出できる手段も設けている。		
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	3ヶ月に一度法人内で研修の機会を設け無料で参加できるようになっている他、部外研修も証開始受講料も一部又は全額、会社で負担している。		
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	管理者は地域のグループホームの会合に参加する機会がある。研修会、交換研修の機会も今後増やしていきたい。		
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	話を聴ける機会を多く設け本人の意向をつかめるように努めている。周囲の入居者に向け職員から度々紹介する事で早くに馴染める様促している。		

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
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	電話により必要な物、利用者本人の要望等、連絡し、可能な範囲対応している。		
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	入居前の面時や入居直後、入退院等身体状況の変化した時にも適切と思われるサービスを薦めている。		
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	本人の得意とする事、または新しい役割を見出し、それを通してホームを我が家として感じて貰えるよう、関係作りに努めている。		
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	普段の面会だけでなくホームの皆で参加できる企画を行っている。今後も参加しやすい形態にしていきたい。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人の人と繋がる強い想いは大切にしたいと考えている。頻度は少なくとも可能な限りの個人的単位で対応できるよう努めている。	利用者の関わりや人間関係は、日常の会話や家族からの情報提供で把握している。手紙や電話の取次ぎに加え、知人の来所面接などは、本人や家族の意向を確かめて対応し、了解が得られた方には再度の来所を促して支援が行なわれている。更に、思い出の場所への訪問なども、出来るだけ思いに添えられるように努めている。また、その他、外出、外食に加え、時には友人面会に出かけたり、お墓参り等も行なわれて染みの関係継続の支援を行っている。	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	職員が仲介し入居者お互いが障害含め状況を理解し認め合えるよう促している。		
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	契約が終了した方本人に対しての面会やその支援者にたいし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。	支援は本人の性質・意向を基に考えている。自分で伝えるのが困難な場合も、共に行動する事で感じ取れるように努めている。	入居者には自らの想いを伝えることが出来る方と出来ない方がいる。想いが伝えられる方は日頃の会話から伺い知ることが出来るが、そうでない方には寄り添うことで「仕草、表情」からその方の想いを汲み取り、さらに家族等からの情報を加味して想いを押し量る。その上で職員との共有を図り出来るだけ想いに添える支援に努めている。	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	入居者やその周囲の方から得た情報をもとに、これまでの生活環境も考慮しながら会話の選定やホームでの役割を見出している。		
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	日々の記録のほかにもひとり一人のパーソナルシートを作成し書き足しながら作成して、支援方針の選定の材料としている。		

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	介護記録や医療情報、家族の意向は取り入れている。また、実施した結果についても更新の都度報告している。	入居初めは約3週間の暫定計画で様子を見る。介護計画の見直しは基本的には6ヶ月で見直しが行われている。但し、変化が見られる場合は、随時見直しを行う。計画を一人ひとりに適した内容とする為、カンファレンスで日常生活の記録に加え、職員夫々の日々の観測結果に基づき意見を述べ、計画作成担当者との話し合で、その人の残存能力が発揮できる介護計画を立案している。また、モニタリングは日々の評価を記録して実行している。	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	入居者個人ごとに日々の記録を取り介護計画にも反映している。		
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	契約規定に限らずホーム全体の状況も考え可能な範囲で家族や本人の要望に対応している。		
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	地域のボランティアや行事の参加や施設の利用を通して入居者の生活を豊かに感じて貰えるよう努めている。		
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	医療の選定に付いては緊急の場合を除き、本人と家族の意向を含み検討している。かかりつけ医とは直接または、資料を通して家族の意向をも含めて連携している。	かかりつけ医は本人並びに家族の希望を大切に支援する事を基本にしている。希望のかかりつけ医の受診に対してはホームで生活情報を提供し、受診結果を家族を通じて共有している。現在、受診科目の関係で3名が継続受診を行なっている。但し、一般内科受診では全員が協力医療機関つくいけ内科クリニックDrによる1回/週の定期往診（問診、状態チェック、処方、セカンドオピニオン支援）と、横浜中通り歯科の診療による医療及び健康管理を受け、適切な医療支援が行われている。	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	1日2回定期的に看護に情報を提供する他、24時間オンコールで相談できるようになっている。		
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。	受診時、入退院には職員が同行するか家族が対応する場合は情報提供のための手紙を添えて対応している。		
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	重度化した場合の対応に関する覚書等の準備している。看取りを希望された場合の受け入れ医療機関も選べるよう連絡を取ってある。	入居時に終末期ケア（看取り）に付いて覚書が準備されていて、希望があれば実施するとの方針を書面で説明している。ホームの全職員が看取り介護を行うに当たり、必要事項に関して共有認識している。さらに内容の深耕と関係者への情報提供と徹底で体制作りが進められている。看取りに当たり、2箇所医療機関が協力を名乗りを上げて頂き、本年に入り看取りが行われている。	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	24時間ナースか医師と連絡が出来るようになっており、指導の下対応を行っている。		
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	火災・地震時の避難方法を定め訓練を行っている。設備・住所の確認等消防との連携をとり、市域の防災担当とは災害時連絡を取り協力出来る様になっている。	様々な災害を想定し、ホームでは災害時通報連絡網の整備に加え、地域の協力機関との連携で定期的な避難訓練を行うと運営規定11条に定め、2回／年、実施している。更に、夜間を想定しての防災訓練も実施して、ホームにおいて災害時の行動手順などの確認も行っている。設備としてスプリンクラーの設置に加え、非常食料や緊急時対応備品の備蓄も行われている。また、運営推進委員会を通じて地域の防災担当との協力体制も確立している。	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	ホームという単位の集団の中の一人として認め合える関係を目指している。	ホーム方針として入居者のプライバシーを保ち、人格を尊重して支援をする事(一人の人間として認め合える関係)を、日々の会話に於いても全職員が理解共有し、実践に努めている。実際の介護の場面に於いて、親しみと利用者の人格を尊重した話しかけで支援を行い、トイレ誘導もさり気なく行われている事が調査時に確認できた。	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	本人の性格・環境から本人が求める要望を推測しながらそこへ向かうことが出来る働きかけ方を考えている。			
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	ホームでの役割と日々一定のペースを保ちつつ、本人の意向を尊重し過ごしてもらう。			
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	身だしなみに気を遣う方に対しては特に容姿に対する評価等喜びに繋がるような声かけも行っている。			
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	メニューは外部の食材配食業者に委託している。月に1～2度外食で好みの物を選んでもらったり、配食の一部、及びおやつ品の入居者の希望や得意料理に変更し作る事も楽しみとしている。	食事は食材供給業者により毎月の献立と食材が届けられ、当番職員によって調理が行われている。入居者は、配膳、下膳に加えて食後の食器洗いなどを出来る人が、お手伝いをしている。食事は職員と入居者が同じテーブルに付き、入居者に合わせたペースで食事が行われている。また、月に1～2度は好みの物を選んでの外食、入居者の希望や得意料理での「おやつ」作り（収穫したかぼちゃを利用してほうが作られた。）を職員と共に楽しんでいる。誕生日にはおやつ時にその方の好みに合わせた（ケーキ・おやき・太巻・豚まん）などで祝っている。	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・体重のチェックをし個別の食事量設定や本人の希望に加え定期的に水分補給できるよう勧めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、歯磨きの促しまたは介助を行い、週1回訪問歯科によるチェックも行われている。		
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	排泄時間、回数のチェックなど行い個人のリズムに合わせた自然な排泄が行えるよう努めている。	「排泄チェック表」にて職員は入居者の排泄リズムを把握して対応している。入居者個々の排泄能力、状態が異なるが、その人に適したタイミング（臭ってからではおくれ）での声掛け・誘導で対応している。特に排泄失敗に伴う羞恥心・自尊心への配慮が重要として、全職員の共有認識の下に他の人に気付かれないよう配慮している。	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	排便のチェックとス分量の確保。排便を促すお茶等の利用と医療との連携により対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の間隔や時間帯に制約があるが、出来る範囲での要望に応じている。季節に応じた柚子湯なども実施。	入浴は、清潔保持の他、身体観察で、種々体調変化（打ち身・あざ・湿疹・痔）などの把握の重要な役割がある事を全職員で共有して取り組まれている。しかし、決して無理強いすることなく本人の意向を確認しながらバイタルチェックと共にタイミングを見計らって、2～3回/週の支援を行っている。嫌がる人には、時間をずらしての声かけ等で入浴を促している。また、季節には菖蒲湯や柚子湯などを楽しめるように工夫もしている。	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	日中の活動量や好みの気温、寝起きのリズムに配慮し夜間・昼寝で安眠できるよう促している。一部利用者にはアロマテラピーやタクティールも試行。		
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	医師・薬剤師の指導を受けながら入居者の状態変化を伝え、より良い効果が得られるよう努めている。		
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	入居者との性質をみながら経験を活かせるよう働きかけたり、新しい役割に向けてチャレンジして貰ったりしながらその人らしさをお互い認め合えるよう努めている。		
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	頻度は少ないが個人の特に大切にしている要望を追及出来る日を設けており、企画を組み立てる段階でも本人の暮らしの張り合いになっている。その際、親戚・知人の協力は不可欠になっている。又企画を通してその方により深く関われる。	日々の関わりの中から希望を聴いて天気の良い日にはホーム近くの散歩コースに出かけている。また、車椅子の方にも外出が出来るよう支援を心掛け、買い物や外食に誘って外出支援を行っている。更に、車での外出で（稲城公園の花見や、蛍狩り、多摩川ベリ、稲田公園）などへ5人編成で日を変えて、全員対象のドライブも行っている。家族を伴っての遠出を企画し、海ほたるに、また河口湖への小旅行が計画されている。	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	基本的にホームで買い物事に管理しているが、個人の買い物時や「持つため」のお金を確保し金銭の感覚の維持や安心感を得て貰えるようにしている。		

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
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	トラブル防止のため事前の職員の連絡の上で自由に電話できるよう支援している。頻度は少ないが手紙も支援しながら自由に書いてもらっている。		
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	リビングから見える場所に植物を置き季節を感じられるようにしている。皆が集まるときは入居者同士の相手を考慮し繋がっている。行事の写真やレクの写真を飾り話のタネにして貰っている。	玄関を入りホールを抜けると、南北に廊下あり、これを挟んで西側に居室、北側に事務室・トイレ・厨房キッチンが並び、その奥に食堂兼リビングがある配置で見通しが良い。階段、トイレ、リビングなど全てに掃除が行き届き、異音、異臭なども無く、採光も良く、キッチン続きの食堂兼居間には空調管理も施され、ソファも置かれ、四季折々の花が生けられ、音楽を聴きながら入居者が思い思いに過ごせる様になっている。廊下壁面には家族の来訪時には話題として利用される、暮らしぶりがわかる行事スナップ写真も貼られ、寛げる空間作りがされている。	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	ユニットに関わらず希望があれば自由に移動出切る。職員もユニットに関係なく関わりを持ちそれに対応している。中の良い入居者同士、居室で過ごすこともある。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	馴染みのある物を持ち込んでもらったりホームでの作品や写真を置いて貰い本人の部屋とじてもらえるよう工夫している。	各人それぞれの部屋には馴染みの整理ダンスに加え仏壇等も持ち込まれ、壁にはご家族の写真、好みの絵、ホームでの作品などが飾られ「その方らしさ」の設えで「自分の部屋」が工夫がされている。入り口には職員手作りのそれぞれの名札が掲げられている。	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	ひとり一人の特技・興味を生かすと共にホームでの「新しい自分の発見」も含む気持ちの自立をめざし努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
ふあいと稲田堤

作成日

2012年12月13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	3	極近隣と深く関わりを持てる機会を持ちたい	行事、防災での協力できる関係を作る。	防災の協力関係を通してホームに招きホームでの生活や取り組みにも触れてもらう。	10ヶ月
2	10	グループホームで出来ること、事業の展開を広げたい。	他の事業所の見学、研修の参加。	区の会合を通して他のグループホーム見学。交換研修の活用。	10ヶ月

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	グループホームふあいと稲田堤
ユニット名	あおぞら

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	理念の中に地域の概念をまだ持っていないが、職員や地域の広報を通じて地域の方々と繋がる機会が少しずつ増えてきている。			
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	市内のボランティアを招いての行事や地域の行事に参加している。日常的とまではいかないが定期的に関わる機会が増えてきている。			
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	少しずつではあるが近隣の方が直接相談に来る機会が増えてきている。又運営推進会議を通じて認知症に関する公衆の機会も検討されている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み	会議を通して運営状況の報告、意見交換を行い運営の健全化とサービス向上に生かしている。災害時の近隣の介護を必要とする方々の受け入れなど地域貢献の足がかりにもなっている。			
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に取り組んでいる	業務上必要な手続き以外はかかりが無いが身寄りの無い入居者の事情等は伝えるようにし、配慮してもらっている。また、区内のグループホーム間の交流の場も設けている。			

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
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	身体拘束に関するマニュアルを設け、閲覧できるようにしてある実際に拘束が必要となる場合でも入居者にとっての安心の材料となるよう配慮している。		
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	虐待防止に関するマニュアルを設け閲覧できるようにしてある。		
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	親族の無い方に付いては貢献人制度を活用している		
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	記焼く証根医規定とホーム内でいつでも見られるよう設置してある。		
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	意見・要望を事業所・本社の単位で分けて伝えられるよう連絡先を示した用紙をホーム内で自由に入手出きるよう設置してある。		

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
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	普段から業務中の他、スタッフ会議を月1回設け、意見の反映の場としている。		
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	事業所・リーダーの報告書を参考に職場の環境整備を行っている。また、職場の管理者を通さず直接本部に意見を提出できる手段も設けている。		
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	3ヶ月に一度法人内で研修の機会を設け無料で参加できるようにしている他、部外研修も証開始受講料も一部又は全額、会社で負担している。		
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	管理者は地域のグループホームの会合に参加する機会がある。けんしゅうかい、交換研修の機会も今後増やしていきたい。		
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	話を聴ける機会を多く設け本人の意向をつかめるように努めている。周囲の入居者に向け職員から度々紹介する事で早くに馴染める様促している。		

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
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	電話により必要な物、利用者本人の要望等、連絡し、可能な範囲対応している。		
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	入居前の面時や入居直後、入退院等身体状況の変化した時にも適切と思われるサービスを薦めている。		
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	本人の得意とする事、または新しい役割を見出し、それを通してホームを我が家として感じて貰えるよう、関係作りに努めている。		
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	普段の面会だけでなくホームの皆で参加できる企画を行っている。今後も参加しやすい形態にしていきたい。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人の人と繋がる強い想いは大切にしたいと考えている。頻度は少なくとも可能な限りの個人的単位で対応できるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて 期待したい内容
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	職員が仲介し入居者お互いが障害含め状況を理解 し認め合えるよう促している。		
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	契約が終了した方本人に対しての面会やその支援 者にたいし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。	支援は本人の性質・意向を基に考えている。自分で 伝えるのが困難な場合も、共に行動する事で感じ取 れるように努めている。		
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	入居者やその周囲の方から得た情報をもとに、今ま での生活環境も考慮しながら会話の選定やホームで の役割を見出している。		
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	日々の記録のほかにもひとり一人のパーソナルシー トを作成し書き足しながら作成して、支援方針の選 定の材料としている。		

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	介護記録や医療情報、家族の意向は取り入れている。また、実施した結果についても更新の都度報告している。		
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	入居者個人ごとに日々の記録を取り介護計画にも反映している。		
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	契約規定に限らずホーム全体の状況も考え可能な範囲で家族や本人の要望に対応している。		
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	地域のボランティアや行事の参加や施設の利用を通して入居者の生活を豊かに感じて貰えるよう努めている。		
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	医療の選定に付いては緊急の場合を除き、本人と家族の意向を含み検討している。かかりつけ医とは直接または、資料を通して家族の意向をも含めて連携している。		

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	1日2回定期的に看護に情報を提供する他、24時間オンコールで相談できるようになっている。		
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。	受診時、入隊医院には職員が同行するか家族が対応する場合は情報提供のための手紙を添えて対応している。		
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	重度化した場合の対応に関する覚書等の準備している。看取りを希望された場合の受け入れ医療機関も選べるよう連絡を取ってある。		
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	24時間ナースか医師と連絡が出来るようになっており、指導の下対応を行っている。		
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	火災・地震時の避難方法を定め訓練を行っている。設備・住所の確認等消防との連携をとり、市域の防災担当とは災害時連絡を取り協力出来る様にしている。		

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	
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	ホームという単位の集団の中の一人として認め合える関係を目指している。			
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	本人の性格・環境から本人が求める要望を推測しながらそこへ向かうことが出来る働きかけ方を考えている。			
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	ホームでの役割と日々一定のペースを保ちつつ、本人の意向を尊重し過ごしてもらう。			
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	身だしなみに気を遣う方に対しては特に容姿に対する評価等喜びに繋がるような声かけも行っている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	メニューは外部の食材配食業者に委託している。月に1～2度外食で好みの物を選んでもらったり、配食の一部、及びおやつ品の品を入居者の希望や得意料理に変更し作る事も楽しみとしている。			

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
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・体重のチェックをし個別の食事量設定や本人の希望に加え定期的に水分補給できるよう勧めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、歯磨きの促しまたは介助を行い、週1回訪問歯科によるチェックも行われている。		
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	排泄時間、回数のチェックなど行い個人のリズムに合わせた自然な排泄が行える努めている。		
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	排便のチェックとス分量の確保。排便を促すお茶等の利用と医療との連携により対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の間隔や時間帯に制約があるが、出来る範囲での要望に応じている。季節に応じた柚子湯なども実施。		

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	日中の活動量や好みの気温、寝起きのリズムに配慮し夜間・昼寝で安眠できるよう促している。一部利用者にはアロマテラピーやタクティールも試行。		
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	医師・薬剤師の指導を受けながら入居者の状態変化を伝え、より良い効果が得られるよう努めている。		
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	入居者との性質をみながら経験を活かせるよう働きかけたり、新しいに向けてチャレンジして貰ったりしながらその人らしさをお互い認め合えるよう努めている。		
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	頻度は少ないが個人の特に大切にしている要望を追及出来る日を設けており、企画を組み立てる段階でも本人の暮らしの張り合いになっている。その際、親戚・知人の協力は不可欠になっている。又企画を通してその方により深く関われる。		
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	基本的にホームで買い物事に管理しているが、個人の買い物時や「持つため」のお金を確保し金銭の感覚の維持や安心感を得て貰えるようにしている。		

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
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	トラブル防止のため事前の職員の連絡の上で自由に電話できるよう支援している。頻度は少ないが手紙も支援しながら自由に書いてもらっている。		
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	リビングから見える場所に植物を置き季節を感じられるようにしている。皆が集まるときは入居者同士の相手を考慮し繋がっている。行事の写真やレクの写真を飾り話のタネにして貰っている。		
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	ユニットに関わらず希望があれば自由に移動出切る。職員もユニットに関係なく関わりを持ちそれに対応している。中の良い入居者同士、居室で過ごすこともある。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	馴染みのある物を持ち込んでもらったりホームでの作品や写真を置いて貰い本人の部屋と覚えてもらえ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	ひとり一人の特技・興味を生かすと共にホームでの「新しい自分の発見」も含む気持ちの自立をめざし努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
ふあいと稲田堤

作成日

2012年12月13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	3	極近隣と深く関わりを持てる機会を持ちたい	行事、防災での協力できる関係を作る。	防災の協力関係を通してホームに招きホームでの生活や取り組みにも触れてもらう。	10ヶ月
2	10	グループホームで出来ること、事業の展開を広げたい。	他の事業所の見学、研修の参加。	区の会合を通して他のグループホーム見学。交換研修の活用。	10ヶ月

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。