

平成28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	1495100198	事業の開始年月日	平成25年2月1日
		指定年月日	平成25年2月1日
法人名	社会福祉法人 ハートフル記念会		
事業所名	グループホームさいわいの樹		
所在地	(〒212-0054) 川崎市幸区小倉5-10-24		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員 名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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28年8月25日	評価結果 市町村受理日	平成28年12月5日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

地域の施設や町会の方々と連携を取り、色々なサービスが出来る支援を心がけている。また、家庭的な雰囲気を取り入れ入所者の方がここで良かったと言えるような環境作りを心掛けている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年9月30日	評価機関 評価決定日	平成28年11月26日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所はJR川崎駅西口から臨港バスで、バス停「ロクゴ前」下車徒歩5分のところにあります。バス通りから入った閑静な住宅地にあり、近くには保育園、小学校や有料老人ホーム、スーパーマーケットがあります。地域祭りの中心となっている伝統のある小倉神社、花見ができる小倉下町公園があります。

<優れている点>

事業所は日当たりが良く、南側に居間兼食堂から出られるベランダ、広い庭と約6坪の菜園があり、スイカ、茄子、胡瓜、ピーマンを収穫しています。隣家に栗の木、柿の木があり季節感と開放感を感じることができる住環境となっています。地域にはグループホーム、有料老人ホームなどの施設が比較的多くあり、地域包括支援センターがリーダーシップを発揮し、施設間連携ができています。地域の人も参加できる落語会を合同で開催するなど、地域との交流は良好です。利用者が近所へ散歩する時には、近所の人から挨拶を受けたり話を交すなど、日常的な関係性づくりができています。地域から防災訓練への参加、ボランティアの定期的な訪問など、事業所と地域の交流もできています。

<工夫点>

事業所から利用者の様子を家族へ、毎月1回A4版1枚の「状況通信」として送付しています。利用者の居室担当者が家族の気持ちになって利用者の様子を心をこめて書いています。職員がこの便りを書くことにより、利用者一人ひとりの思いや希望に気づくことになり、サービス品質の向上になっています。

【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	グループホームさいわいの樹
ユニット名	1階

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ます。 (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つなげている。	地域の特性を生かし他施設との交流をし、生き生きとした家庭的な暮らしを目指し職員全員がその理念を共有し、実践に努めている。	法人理念と共に、「その人らしい自立した生活」「家庭的な雰囲気」「地域社会づくり」を大切にすることを事業所の運営理念として開設時につくり、名札に記載し、携帯して毎朝唱和しています。利用者の思いへの気付きを大切にした対応により理念を実践しています。	
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。	散歩などを通し近隣の方々と自然に挨拶が交わされるような交流を目指し、町内会などの行事も進んで参加できるように心掛けている。	地域の祭りや防災訓練などの行事に参加すると共に、地域から防災訓練への参加、ボランティアの定期的な訪問など、地域との交流ができています。利用者が近所へ散歩する時には、近隣の人と挨拶や話を交すなど、日常的な関係づくりができています。	
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。	運営推進会議を通じ、地区民生委員、地域包括、地域の施設との交流、ご家族様への活動報告を行っている。また、認知症の人の理解や支援も理解して頂ける様に活かしている。		
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。	年3回ペースで開催。役所、民生委員、ご家族様などで行い、意見交換しサービスの向上に活かしている。また、その話について、ご家族に伝え、新たに活かせる活動や支援に努める。	運営推進会議は年間3回開催しています。家族代表、町内会長、地域包括支援センター、行政担当、地区社会福祉協議会担当、オーナー、職員が出席しています。町内会長から地域コミュニティサロンの利用について提案がされるなど地域交流に役立っています。	運営推進会議は多くの関係部門の人の参加を得て、効果的に運営されています。今後、会議の開催回数を概ね2ヶ月に1回を目指して開催することが期待されます。
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。	生活保護を受けている入居者様がいるため、福祉事務所、市町村担当者との連携、相談、意見交換を築いていけるように努力している。	運営推進会議を通じて行政担当者に事業所の利用者状況や運営の実情について理解してもらっています。生活保護担当の行政職員と利用者の状況やサービスの取組みについてタイムリーに対応できるように連携しています。	

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。	「身体拘束の手引き」身体的拘束の行為を職員が理解、認識している。玄関の鍵は安全上施錠しているが、利用者が外出する際には見守り同行している。	「身体拘束ゼロの手引き」を作成しています。「行動指針」として、利用者の人格の尊重とともに、「行わない行為」として身体拘束や虐待となる行為を具体的に例示し、職員へ周知しています。これによりサービスを適切に提供するように取り組んでいます。	
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。	管理者を含め全職員の理解と知識の共有を図り、虐待防止に努めている。新しい職員にも周知徹底することに努める。		
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。	管理者や職員全員には周知しなくてはいけない。入居者様個々に必要性がある場合には、そのつど活用できるように支援をしている。		
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。	入居の際には契約に関する事は利用者家族に説明し、納得した上で入居して頂ける様に心掛けている。		
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。	家族会を年3回行っている中で自由に意見交換が出来る様に意見箱を設置している。それらを運営に反映させスムーズに運営が出来る様心掛けている。	意見箱を玄関に設置すると共に、家族会を年3回開催して意見交換をしています。面会で家族が来所した時にも個別の要望を聞くようにしています。利用者家族との「連絡ノート」を作る工夫もしています。外食など外出支援要望に反映しています。	

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。	定期的に会議を開き、各自の意見を述べ、対策改善に努めている。出来ない時は、連絡(申し送り)ノートをつかい、職員が把握出来る様にしている。	毎朝のミーティングで意見を出し、その場で解決したり、全体会議で意見を出し合っています。連絡(申し送り)ノートを活用し、意見の反映を周知しています。管理者が職員1人ひとりと年4回面談する中で、職員の意見や提案を聞くこともしています。	
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。	休憩時間も個々に状況を把握し、声をかけ合い休憩を行っている。各自働きやすい環境整備につとめている。		
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。	職員のケアの把握、一人一人の質の向上をさせていける様に支援していく。資格取得の支援にも取り組んでいる。		
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。	2ヶ月に1回、他施設との交流の場で意見交換やネットワーク作りの取り組みをしている。		
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。	常に利用者様のADLを細かく観察しご本人に合った対応、関係作りに努めている		

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。	入居に当たりこれまでの生活状態、心身状態を細かく聞き取り、願望を明確にした上でホームで不安なく過ごして頂ける様、信頼関係を築けるよう努力している。		
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。	御本人、家族の思いや状況を確認してご本人にとって良いと思われる方法を一緒に考えプランをつくり、職員全員がその内容を把握し同じサービスが出来る様に努めている。		
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。	職員と一緒に出来る事、食事の下ごしらえや洗濯たたみ、干しなどで生活の中で本人のできる事を活かし共に寄り添い良い関係を築いていける事を支援している。		
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。	毎月報告を家族の方に送り、生活の様子、健康状態や日常の事などを伝えて家族の方との絆を大切に、ご本人にも安心して頂けるような関係を築いている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族、知人、友人が何時でも面会に来れる様な環境作りや支援に努めている。	家族などの面会時間については朝8時から夜7時としてますが、連絡があれば遅い時間にも柔軟に対応しています。馴染みの地域の蕎麦屋などへの同行支援をしています。家族や知人への手紙を書く支援や電話を事務室からかけることの支援もしています。	

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。	利用者様同士の性格、関係を把握して皆で楽しく過ごせる時間を作るように努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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。	ご家族様からの相談、連絡等があった場合はその都度対応を行っている。		
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。	利用者様の思いや希望など聞き取り、意向を把握し利用者様の希望に添えるよう職員とご本人と検討している	入居時の利用者アセスメント情報をもとに、家族ならばどう接するかと考えて関わり、本人の思いや意向を把握しています。申し送りノートや利用者生活記録で共有しています。毎月1回家族へ「状況通信」便りで利用者の様子を伝え、家族と共有しています。	
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。	入居前に情報をご家族様からのお話を聴き、日々の暮らしの中で出来るサービスを全職員で共有し安心して生活出来る様に努めている。		
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。	心身状態を把握し出来る事出来ない事をみきわめ、残存機能を活かせる支援活動に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人、ご家族の意見を聴いて反映している。ご本人の体調や心身状態にあった介護を職員と話し合い、計画を作成支援している	入居時のアセスメントによる1ヶ月間の暫定計画を作成してから介護計画を作成しています。計画作成に当たっては、本人や家族の意向をもとに、居室担当者、計画担当者、管理者などで話合っています。モニタリングは6ヶ月ごとに実施しています。	
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。	毎日の様子、夜間の介護記録など日々の様子、健康チェックなどを行い、日々の体調管理を職員で情報を共有しながら、活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	地域包括センターやグループ内における支援状況を図りながら、必要に応じた柔軟なサービスを提供できるように努力している。		
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。	地域で慣れ親しんだ所で穏やかに安心して暮らせるように支援し、町内会の季節行事にも参加できるように交流を図っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	ご家族、本人の希望を聞き、出来ればかかりつけ医師との連携を取り、適切な支援を頂けるよう支援している。	事業所では利用者16名のうち2名が入居時にかかりつけ医から協力医に家族の同意を得て切り替えています。切り替え時にはかかりつけ医から診断書をもらい、適切に協力医に引継いでいます。2名とも協力医による訪問診療が行われています。	

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。	日常の生活の中で何時もと違う変化に気付いた時、看護師に伝え指示を仰ぎ指示を頂いた時職員にも伝え統一出来る支援をしている。		
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。	利用者が入院した際は医療機関に利用者の情報提供を伝え、また退院時には医療側から情報を頂き利用者が戻ってきてても無理なく行える関係作りを行っている。		
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。	重度化や終末期について早めの対応、医療相談員の方から家族の方と話し、説明し十分に関係を作れる支援を行っている。	事業所では、契約時に文書「重度化した場合における医療体制指針」で、対応の方法などを説明し、同意を得ています。重度化した場合、協力医から説明してもらい方針を明確にし家族の同意を得ることになっています。現時点では重度化した例はありません。	
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。	急変や危険な時に備えて職員全員で対応出来る様にマニュアルを作り電話の近くに手順書を貼り、常に身に着ける様に指導している。		
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。	年2回防災訓練を行っている。 安全確保に努めている。 夜間や災害時には地域住民の協力、町内会を通し協力体制を築いている。	年2回消防署の協力を得て避難訓練を行っています。町内会長やオーナーを通じて地域との協力体制はできています。備蓄はリストが有り、食料、飲料水が中心で保管してあります。	夜間想定での避難訓練を実施することと、備蓄量については、水と食料を3日以上、食料以外の簡易トイレや防寒具など必要な備品の充実も期待されます。

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。	個人情報了他に漏らさない。 意思を尊重し無理のない支援をする。 コミュニケーションを図りながら信頼関係を築いて行ける支援をしている。	職員は入社時に接遇や個人情報保護などの研修を受け、守秘義務に関する誓約書を提出しています。プライバシーの確保に関する記載もある「行動指針」を玄関などに掲示し、振り返るようにしています。利用者へは親しみやすい丁寧な言葉で対応しています。		
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。	安心して生活が送れる様思いや希望や自ら決定出来るような環境作りを働きかけている。			
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。	日々個人々の意思を尊重し一人一人のペースを送れる様に支援している。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	個人の希望に合わせて自分らしい整容が出来る様に支援している。			
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。	配食によるメニュー、季節感のあるメニューになっておりカロリー等健康に配慮されている。出来上がった食事を取り分けや片づけ等出来る。 利用者と一緒に食事を楽しむ支援をしている。	献立と食材配達は外部委託ですが、調理は事業所で行い、おかゆ、刻み食など利用者に合ったものを提供しています。入居者が手伝って庭園で栽培したピーマン、ナス、胡瓜などを食材として活用しています。行事には出前を取り、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。	宅配食材によるカロリー栄養管理された献立、利用者様のその日の健康状態に応じて食事を摂取できるよう支援している。		
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。	一週間に一回のペースで歯科往診にて口腔内の清潔保持が出来ている。口腔内の汚れ等誤嚥性にもつながるのでケアを強化している。		
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。	一人一人の排泄パターンを把握し、声掛けして排泄誘導し習慣を持って頂けるよう支援している。	利用者の排泄チェックを行い、排泄のパターンを把握しています。また、利用者の身振りなどで排泄の予感を捉え、さりげないトイレ誘導で、羞恥心や不安への配慮を行い、排泄の失敗を防ぐための支援を行っています。	
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。	利用者様個々の排便状況を把握し便秘にならない様室内での体操や食事水分等や主治医、ご家族の方々と相談しながら改善出来る様行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者様の体調などに合わせ楽しく入浴が出来る様に支援している。また、季節に合った入浴「菖蒲湯」「ゆず湯」等でゆっくり入浴できる支援をしている。	入浴は原則として週2回、午前中としていますが、希望や体調に合わせて柔軟に対応しています。入浴を拒む人へは声掛けのタイミングや職員を変更するなど、工夫して対応しています。利用者の希望に沿った湯加減に気を付けています。	

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
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。	日中の活動の中で無理の無いようレク、散歩など支援している。個人の意見を受け体調等に応じ休息出来る様に行っている。		
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。	職員全員が個々の薬の内容を把握でき理解している。ご利用者様の変化がある場合は看護師の指示を仰ぐ様努めている。		
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。	日常の中でご自分ができる事や役割等で張り合いがでて楽しみが増える事で活動も広がり気分転換などができる支援をしている。		
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。	個々に希望に添った外出支援を行える支援をしている。地域サロン喫茶など利用しながら出かけられるようにしている。	天気の良い日には全員が近所を散歩しています。計画的な外出として花見、地域の祭りなどに出かけています。ベランダで、湯茶を飲みながらの会話、外気浴などを楽しんでいます。家族との連携で墓参り、外食などの支援を行っています。	
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。	基本的には事務所にて預りをして管理している。ご本人希望にて自己決定を尊重しながら支援している。		

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
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。	ご家族の方の手紙や電話等自ら出来る環境を作っている。		
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。	利用者様がいつも居る時間が長いフロアは利用者様と一緒に考え安心して過ごせる様に工夫支援をしている。	居間兼食堂は広く、食卓や椅子は木目調の落ち着いたものを使用しています。居間の壁には利用者が描いた絵や行事の写真が貼ってあり、温かさが感じます。6坪ほどの庭の菜園では、利用者も手伝って、茄子、胡瓜などを栽培し、食卓の食材として活用しています。	
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。	ご自分の部屋は勿論のことだが、フロアで皆様と楽しく過ごせる様に環境整備を行い支援をしている。		
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。	御本人が入所される時使い慣れた物を持参し、今までと変わらない生活が出来るようにしている。	エアコン、クローゼットは備え付けです。馴染みのタンス、鏡台、テーブル、仏壇などを持ち込み、家族の写真や縫いぐるみなどを近くに置き、居心地良く落ちつける環境にしています。居室の掃除は主として職員が行い、清潔に保っています。	
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。	建物内部によっては手助けがあるがその人にとって安全で自立に役立つ生活が送れるのか職員で話し合い支援している。		

事業所名	グループホームさいわいの樹
ユニット名	2階

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つなげている。	地域の特性を生かし他施設との交流をし、生き生きとした家庭的な暮らしを目指し職員全員がその理念を共有し、実践に努めている。		
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。	散歩などを通し近隣の方々と自然に挨拶が交わせるような交流を目指し、町内会などの行事も進んで参加できるように心掛けている。		
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。	運営推進会議を通じ、地区民生委員、地域包括、地域の施設との交流、ご家族様への活動報告を行っている。また、認知症の人の理解や支援も理解して頂ける様に活かしている。		
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。	年3回ペースで開催。役所、民生委員、ご家族様などで行い、意見交換しサービスの向上に活かしている。また、その話について、ご家族に伝え、新たに活かせる活動や支援に努める。		
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。	生活保護を受けている入居者様がいるため、福祉事務所、市町村担当者との連携、相談、意見交換を築いていけるように努力している。		

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
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。	「身体拘束の手引き」身体的拘束の行為を職員が理解、認識している。玄関の鍵は安全上施錠しているが、利用者が外出する際には見守り同行している。		
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。	管理者を含め全職員の理解と知識の共有を図り、虐待防止に努めている。新しい職員にも周知徹底することに努める。		
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に支援している。	管理者や職員全員には周知しなくてはいけない。入居者様個々に必要性がある場合には、そのつど活用できるように支援をしている。		
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。	入居の際には契約に関する事は利用者家族に説明し、納得した上で入居して頂ける様に心掛けている。		
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。	家族会を年3回行っている中で自由に意見交換が出来る様に意見箱を設置している。それらを運営に反映させスムーズに運営が出来る様心掛けている。		

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
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。	定期的に会議を開き、各自の意見を述べ、対策改善に努めている。出来ない時は、連絡(申し送り)ノートをつかい、職員が把握出来る様にしている。		
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。	休憩時間も個々に状況を把握し、声をかけ合い休憩を行っている。各自働きやすい環境整備につとめている。		
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。	職員のケアの把握、一人一人の質の向上をさせていける様に支援していく。資格取得の支援にも取り組んでいる。		
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。	2ヶ月に1回、他施設との交流の場で意見交換やネットワーク作りの取り組みをしている。		
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。	常に利用者様のADLを細かく観察しご本人に合った対応、関係作りに努めている		

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。	入居に当りこれまでの生活状態、心身状態を細かく聞き取り、願望を明確にした上でホームで不安なく過ごして頂ける様、信頼関係を築けるよう努力している。		
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。	御本人、家族の思いや状況を確認してご本人にとって良いと思われる方法を一緒に考えプランをつくり、職員全員がその内容を把握し同じサービスが出来る様に努めている。		
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。	職員と一緒に出来る事、食事の下ごしらえや洗濯たたみ、干しなどで生活の中で本人のできる事を活かし共に寄り添い良い関係を築いていける事を支援している。		
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。	毎月報告を家族の方に送り、生活の様子、健康状態や日常の事などを伝えて家族の方との絆を大切にし、ご本人にも安心して頂けるような関係を築いている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族、知人、友人が何時でも面会に来れる様な環境作りや支援に努めている。		

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
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。	利用者様同士の性格、関係を把握して皆で楽しく過ごせる時間を作るように努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	ご家族様からの相談、連絡等があった場合はその都度対応を行っている。		
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。	利用者様の思いや希望など聞き取り、意向を把握し利用者様の希望に添えるよう職員とご本人と検討している		
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。	入居前に情報をご家族様からのお話を聴き、日々の暮らしの中で出来るサービスを全職員で共有し安心して生活出来る様に努めている。		
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。	心身状態を把握し出来る事出来ない事をみきわめ、残存機能を活かせる支援活動に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人、ご家族の意見を聴いて反映している。ご本人の体調や心身状態にあった介護を職員と話し合い、計画を作成支援している		
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。	毎日の様子、夜間の介護記録など日々の様子、健康チェックなどを行い、日々の体調管理を職員で情報を共有しながら、活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	地域包括センターやグループ内における支援状況を図りながら、必要に応じた柔軟なサービスを提供できるように努力している。		
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。	地域で慣れ親しんだ所で穏やかに安心して暮らせるように支援し、町内会の季節行事にも参加できるように交流を図っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	ご家族、本人の希望を聞き、出来ればかかりつけ医師との連携を取り、適切な支援を頂け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
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。	日常の生活の中で何時もと違う変化に気付いた時、看護師に伝え指示を仰ぎ指示を頂いた時職員にも伝え統一出来る支援をしている。		
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。	利用者が入院した際は医療機関に利用者の情報提供を伝え、また退院時には医療側から情報を頂き利用者が戻ってきても無理なく行える関係作りを行っている。		
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。	重度化や終末期について早めの対応、医療相談員の方から家族の方と話し、説明し十分に関係を作れる支援を行っている。		
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。	急変や危険な時に備えて職員全員で対応出来る様にマニュアルを作り電話の近くに手順書を貼り、常に身に着ける様に指導している。		
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。	年2回防災訓練を行っている。 安全確保に努めている。 夜間や災害時には地域住民の協力、町内会を通し協力体制を築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個人情報了他に漏らさない。 意思を尊重し無理のない支援をする。 コミュニケーションを図りながら信頼関係を築いて行ける支援をしている。		
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。	安心して生活が送れる様思いや希望や自ら決定出来るような環境作りを働きかけている。		
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。	日々個人々の意思を尊重し一人一人のペースを送れる様に支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	個人の希望に合わせて自分らしい整容が出来る様に支援している。		
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。	配食によるメニュー、季節感のあるメニューになっておりカロリー等健康に配慮されている。出来上がった食事を取り分けや片づけ等出来る。 利用者と一緒に食事を楽しむ支援をしている。		

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。	宅配食材によるカロリー栄養管理された献立、利用者様のその日の健康状態に応じて食事を摂取できるよう支援している。		
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。	一週間に一回のペースで歯科往診にて口腔内の清潔保持が出来ている。口腔内の汚れ等誤嚥性にもつながるのでケアを強化している。		
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。	一人一人の排泄パターンを把握し、声掛けして排泄誘導し習慣を持って頂けるよう支援している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	利用者様個々の排便状況を把握し便秘にならない様室内での体操や食事水分等や主治医、ご家族の方々と相談しながら改善出来る様行っている。		
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。	利用者様の体調などに合わせ楽しく入浴が出来る様に支援している。また、季節に合った入浴「菖蒲湯」「ゆず湯」等でゆっくり入浴できる支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	日中の活動の中で無理の無いようレク、散歩など支援している。個人の意見を受け体調等に応じ休息出来る様に行っている。		
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。	職員全員が個々の薬の内容を把握でき理解している。ご利用者様の変化がある場合は看護師の指示を仰ぐ様努めている。		
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。	日常の中でご自分ができる事や役割等で張り合いがでて楽しみが増える事で活動も広がり気分転換などができる支援をしている。		
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。	個々に希望に添った外出支援を行える支援をしている。地域サロン喫茶など利用しながら出かけられるようにしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	基本的には事務所にて預りをして管理している。ご本人希望にて自己決定を尊重しながら支援している。		

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
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。	ご家族の方の手紙や電話等自ら出来る環境を作っている。		
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。	利用者様がいつも居る時間が長いフロアは利用者様と一緒に考え安心して過ごせる様に工夫支援をしている。		
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。	ご自分の部屋は勿論のことだが、フロアで皆様と楽しく過ごせる様に環境整備を行い支援をしている。		
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。	御本人が入所される時使い慣れた物を持参し、今までと変わらない生活が出来るようにしている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	建物内部によっては手助けがあるがその人にとって安全で自立に役立つ生活が送れるのか職員で話し合い支援している。		

平成28年度

目標達成計画

グループホームさいわいの樹

作成日： 平成 28年11月29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		職員の入れ替わりが激しいので、職員の教育、スキルアップに欠けている	職員定着に向けスキルアップする	スキルアップに向けて研修など出来る内容を目標とする	6ヶ月
2		利用者様の体調等に左右され活動が出来ない事が多かった	利用者様の筋力低下予防に向けて無理のない筋力アップを継続する	一日一日を筋力アップに向けた計画プランを立てる	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月