

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	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	1492600166
法人名	株式会社アルプスの社
事業所名	グループホーム アルプスの社「陽光台」
訪問調査日	平成25年12月10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	1492600166	事業の開始年月日	平成20年11月 1日	
		指定年月日	平成20年11月 1日	
法人名	株式会社 アルプスの杜			
事業所名	グループホーム アルプスの杜「陽光台」			
所在地	(252-0226) 相模原市中央区陽光台5-2-29			
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10月31日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月17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)】

① 「個」に着目し、「個人外出」「個別の誕生日会の実施」等の実現。

【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10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)】

●グループホームアルプスの杜「陽光台」の経営母体は、株式会社アルプスの杜です。経営法人は、一部上場会社である㈱アルプス技研の関連会社であり、同グループの介護事業を担っています。他では、訪問介護、居宅介護、介護付有料老人ホーム(3箇所)を運営しています。このホームはJR相模原駅からバスで20分徒歩5分の新興住宅地の一角に位置しています。法人の理念は「Heart to Heartご入居者様の喜びを自身の喜びに」であり、日々理念を意識して実践に取り組んでいます。毎年、年初めに管理者が、理念に基づいたその年の行動方針を示し、今年は「原点回帰」を掲げ、職員一同取り組んでいます。また、ユニット毎に毎月の目標を設定し、翌月振り返りを実施することにより、職員間での方針・目標の共有化を図り、サービスの向上に繋げています。

●地域の交流については、自治会に加入し、祭りや、イベントに参加し、積極的に働き掛ける姿勢を継続しています。毎年行われるホーム主催の「納涼祭」には、地域にチラシを配り、地域住民のみならず地域の他のグループホームや知的障害者ホーム等にも参加を呼びかけ、毎年盛大に行われています。自治会が民生委員との協力の基、老人所帯、若い所帯等の把握をして区割りを編成する事で、一歩踏み込んだ地域ぐるみの手助けが出来る体制作りにより、アルプスの杜「陽光台」も参画しています。

●ホームでは、「利用者の思いの実現」をケアの最重要課題としており、ユニットを2、3人に分けた小グループでの外出支援や、誕生月には、その方の馴染の場所、行きたい場所へ、(例えば生まれ故郷へのお墓参り、ディズニーシーの見物等)本人の意向に応え、個人対応で実現しています。その他、日常の買い物、おやつを持ってのドライブや、ホームの広い駐車場スペースを利用しての外気浴など、外出行事を多く取り入れたケアを重視して実践しています。

【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 アルプスの杜「陽光台」
ユニット名	全体総括

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	理念を掲げ、全社で取り組みをしている。GHとしては、毎年、テーマを決めて、そのテーマに応じて、ケアの実践強化を行わない、ユニット会議等を通じ、具体的実践方法の提案・議論の実施が出来ている。	毎年年初に管理者が、理念に基づいた目標を掲げ、今年は「原点回帰」であり、ホームの開所から5年目の節目を迎え職員が原点に立ち帰る事で、サービスの向上に繋げるよう示しました。又、ユニット会議で具体的実践方法の提案として、月間目標を掲げ、毎月振り返りを行い、職員の理念・方針・目標の共有化を図っています。	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	自治会に参加し、自主防災組織にも加入し、地域行事への積極的参加を実施している。また、「納涼祭」を中心に、地域行事と位置づけ、チラシを配布し、参加を呼びかけている。地域主催の「ソフトボール大会」「卓球大会」にも参加している。	自治会に加入し、自主防災組織にも加入し、地域行事への積極的参加を実施しています。ホーム主催の餅つき大会・納涼祭は毎回地域の参加が多数有り、盛大に行われています。地域の行事には、いも煮会・公民館祭り・盆踊り・ソフトボール・卓球大会等活発に行われ、積極的にホームとして参加する事で、地域の方達へホームの知名度も上がりました。	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	自治会に参加し、自主防災組織にも加入し、地域行事への積極的参加を実施している。また、「もちつき大会」「納涼祭」を中心に、地域行事と位置づけ、チラシを配布し、参加を呼びかけている。			
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	毎年、推進会議のメンバーを1名新規加入していただくように心がけ、新しい風が吹くよう、努めている。メンバーの方のご理解により、ほとんどのメンバーの方が参加をしてくださり、意見交流が出来ている。（議事録を全家族配布している）	運営推進会議は、3ヶ月に一度の頻度で行われており、メンバーとして毎年一名新規加入して頂くよう心掛け、新しい風を取り入れるよう努めています。今年は他のグループホームの管理者に参加頂いています。毎回ほとんどのメンバーが参加して下さい、毎回有意義な意見交流が出来ています。	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	推進会議へ「地域包括」担当者に参加をしていただき、毎回、ほぼご出席を頂いている。また、不明な点があると、メールなどを通じて、市役所などの担当者へ質問をし、明確にきちんとお答えいただけている。	地域包括担当者には運営推進会議に参加してもらっており、市の高齢者福祉課とは不明点等についてメール等でやり取りを通じ、日頃から連携を密にしています。又ホームの管理者が中心となり相模原市グループホーム連絡会を立ち上げ、定期的に会合を行う事で活発な活動を目指しています。	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
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	身体拘束をしないことを宣言し、取り組みをしている。法的に「グレーゾーン」と呼ばれる部分については、ユニット会議・全体会議等通じて、スタッフとディスカッションをする場を設定し、共に考える環境を設定するように、心がけている（トップダウンにならぬように）	本社主催のコンプライアンス委員会が3ヶ月に一度開催され、その中で身体拘束の問題は話し合われています。ホームでは身体拘束をしない事を宣言し、取り組んでいます。法的に「グレーゾーン」と呼ばれる部分について、ユニット会議・全体会議を通して、常にスタッフと話し合う場を設定して研鑽しています。	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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待をしないことを宣言し、取り組みをしている。法的に「グレーゾーン」と呼ばれる部分については、ユニット会議・全体会議等通じて、スタッフとディスカッションをする場を設定し、共に考える環境を設定するように、心がけている（トップダウンにならぬように）		
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	内部勉強会などのテーマとして挙げたこともあるが、勉強の内容強化のテーマとしては、とらえていなかった。成年後見人制度については、利用されている方もおり、今後の勉強のテーマとして、再度、取りあげていきたい。		
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	契約の締結などについては、御家族と十分な話し合いと、お互いの了解・納得を得れるように努めている。また、契約の際には「出来ること」「出来ないこと」の分けをきちんとし、あやふやにしないよう努めている。		
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	家族会の実施を年2回とし、より情報収集・情報公開できる場を増やすことにし、また、外部評価時の家族アンケートの結果・今後の取り組みについても、きちんと答えていくようにしている。議事録等を通じて、スタッフへの開示も実施。	家族会は年2回開催し、情報収集や情報公開の場としています。外部評価の家族アンケートの結果はとても大事な意見として、今後の取り組みと共にきちんと応える様に努めています。一部の家族からの要望により、メールでの対応に答えています。ご意見等は、議事録にも記載し、スタッフにも開示し、共通認識を図っています。	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	
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	スタッフが話したい時に、時間を設定できるように努めて、傾聴を心がけている。また、年間に3～4回の個別面談を通して、思いの把握に努め、実現できる手助け・助言を試みている。	管理者は現場に入り、ユニット会議での意見や要望の理解に努めています。年間に3～4回の個別面談を行ない、職員が個別に話したい時には時間を設定して対応に心がけています。職員の自主評価・インタビューでも「管理者は時間を作り、相談に乗ってくれる」との声が上がっています。	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	スタッフ評価については、現場管理者に一任をされており、昇給・賞与支給時に個別面談を通じて、向上心がもてるような働きかけをし、具体的提案（課題）をするようにしている。			
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	管理者は、スタッフに対し、3ヶ月ごとに、目標設定をさせ、その目標に向けて、何が必要かを提案し、共に取り組めるような働きかけが出来るよう、努めている。 内部勉強会の講師も担当してもらったり、考える機会を作っている。			
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	相模原市内のGH管理者の情報交換会を立ち上がり、現場スタッフを同行させながら、交流を図れるようにしている。			
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	初期には、声かけを強化し、スタッフ間での情報共有に努め、個々のスタッフが得た情報を記入できる場を設定して、ご本人の「不安」を少しでも解消できるように努めている。			

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	「やれること」「やれないこと」を明確にし、「やれそうなこと」については、家族の思いに触れ、極力、GH全体として実現出来る様に努めている（受診等）そこから、御家族との信頼関係の強化や関係づくりに努めている。		
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	スタッフ・他入居者との「人間関係」を含む新たな環境に1日も早く馴染めるように情報共有の強化をしている。スタッフが「知っている」と、「知らない」の差は、ケアに大いに変化をもたらす為。		
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	きちんと境界線をもちながらも、共に生きる「仲間」として、ご入居者に寄り添い、喜怒哀楽をお互いに表現をしていくことも必要と思われるが、あくまでも「客体である」「目上の方である」ことを忘れずに関係が崩れないようにしている。		
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	「陽光台」を選んでくれたのは、御家族であるということを忘れず（ご本人が選択することが難しい方もいる）、「利用者」の一人として、御家族をとらえ、「丁寧な家族支援」を心がけている。希望される家族には、メールで近況報告を実施。		
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	馴染みの場所へは、個人外出を通して外出されているが、「馴染みの人」との関係については、「馴染みの方」が面会に来られたり、連絡がない場合は、途切れてしまっている部分もある。過去には、俳句の会の旧友との「食事会」も実現実績あり。	これまでの馴染みの場所への支援は、個々の誕生日に個人外出により実現しています。馴染みの人との関係については、過去に旧友等の来訪もありましたが、重度化になるにつれ顔や名前が次第にわからなくなると共に、友人の訪問が遠のいている現状もありますが、支援継続に努めて行きます。	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	スタッフが判断をせず、ご入居者同士のコミュニケーション場面を見逃さないよう努めている。また、ご夫婦で別ユニットへ入居されている方々には、お互いに行き来が出来るように、スタッフ間で配慮をしている。(ケアプラン化)		
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	他の施設へ転居された方などは、面会に就いて状況確認をしたり、納涼祭などへ招待をしたり、関係の継続に努めている。		
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。	「思いの実現」をキーワードに、ご入居者の「思い」を情報収集し、外出を中心として、「思いの実現」に努めている。居室担当制を強化しながら、更なる実現に努めていきたい。	思いを伝えにくい利用者には、家族からの情報収集に努め、利用者の思いの把握に努めています。個々の「思いの実現」に、職員と1対1の外出日を設ける等、利用者の思いに近づける様努力をしています。職員も「思いの実現」に日々の生活の中で汲み取るよう努力をしています。	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	生活歴・食べ物嗜好などを把握し、畑仕事への参加や、食材の買出しへの参加協力、職歴を活かして、他入居者との交流を深めるよう努めている。(パンケーキを作り、他入居者へ 振舞う 等)		
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	1日2回のバイタル測定により、日内変動を読み取り、食事量・表情などにて把握に努めている。1日の過ごし方については、個別でパターン化してきている部分は、担当スタッフを中心に、他スタッフへのアピールなどで、変化を起こしていきたい。		

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
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	面会時含め、御家族からの情報収集に努めて、それらを情報共有、日々のケアに活かしながら、ユニット会議でカンファレンスを実施し、更なるケアの向上に努めている。	居室担当は、1人の職員が2、3人の利用者を担当し、一人の利用者に対して複数の居室担当がいるシステムを構築し、情報が偏らない様工夫しています。利用者の待遇に努め、思いや外出の要望が出る様な介護を目指しています。朝礼・夕礼は2ユニット合同で行い、ユニット間の情報共有を図っています。	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	関わったスタッフ自身が記録をすること、勤務者は全入居者の記録を記載すること、勤務者は全入居者とかわりを意図的にもつことに留意し、スタッフノート・業務日誌で情報共有できるように努めている。		
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	特に外出・受診については、「行きたい」というニーズに極力応え、実現出来るよう、GH全体で努めている。既存のサービスにとらわれず、「家族の視点」で考えるように、努めている。		
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	地域サークルの把握をし、積極的地域参加強化が可能なご入居者に対しては、強化を図っていききたい。新たな人間関係の構築が困難な方には、GH内での更なる強化を図っていきけるよう、努めていききたい。		
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	根幹をなす「主治医」との関係・情報共有の強化に努めていきながら、最期の「その時」まで、良好な医療の提供・支援が得られるように、努めていききたい。また、服薬を調整し、減らしていくことで、良好な心身の状態を保てる。	家族の意向を尊重しながら、二週間に一回の訪問診療の利用者と月一回の外部診療の利用者に分かれています。訪問診療では、年二回の健康診断日を設けて良好な医療の提供をし、利用者の健康状態を職員全員で共有し、ご家族にも報告しています。訪問診療の他に、眼科等外来で治療する必要がある場合にはホームで対応しています。また、服薬については、減らしていくことで、良好な心身の状態を保てるよう調整に配慮しています。	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
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	医療面については、訪問診療・看護師への報告・連絡・相談を行ない、状況によっては、訪問診療Dr指示にて、常備薬より内服をいただいている。受診の必要な方には、状況に応じて対応をしている。		
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。	お見舞い・面会をし、ご利用者の状況把握に努めながら、担当看護師などとの情報交換を実施し、ホーム長・ケアマネに報告をしながら、情報共有をし、早期退院になるようなアプローチ、家族支援を実施している。（協力医については、MSWを通じて、病棟へアプローチをしていただいている）		
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	状況により、ターミナルケアを踏まえて、御家族との話し合い・意思確認を行い、GHとしての判断を実施。看取りを実施する際には、「看取り指針」に基づき、御家族との情報共有を行い、ケアの具現化をしていくよう努める。	重度化した場合や終末期のあり方について、ご家族との十分な話し合いで意思確認を行い、方向性を定めた上、「看取り指針」を下に、情報共有に努め、ケアに取り組んでいます。これまでに1回の看取り経験があります。看取りの際は、職員のカンファレンスを行ない、ターミナルケアの具現化に向けケアに取り組めます。入所時には、ご家族に「最後を何処で迎えるか」の書類を書いてもらう事になっています。	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	普通救命講習をほとんどのスタッフが受講している。またユニット会議や勉強会を通じ、現実に即した行動のシュミレーションを具現化する働きかけをしている。防災訓練・勉強会も取り入れている。		
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	普通救命講習をほとんどのスタッフが受講している。またユニット会議や勉強会を通じ、現実に即した行動のシュミレーションを具現化する働きかけをしている。防災訓練・勉強会も取り入れている。	年二回、防災訓練(内一回は夜間想定)の実施しています。近隣住民にも声掛けをし、自治会の自主防災組織の訓練にも参加しています。消防署の指導の下、普通救命講習をほとんどの職員が受講しています。机上での勉強会や、防災訓練のDVDを題材にして現実に即した行動の勉強会も実施しています。	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	「自分の身におきかえて」ケアを考える機会が持てるようにしていき、「目上の方である」ことを再確認する場をユニット会議等で、意図的に設定をしている。排泄ケアのドアの閉め・鍵のロックなど、具体的な提案も心がけている。	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、「自分の身に置き換えて」ケアを考える機会や、「目上の方である」事を意識する場として、ユニット会議等で意図的に設け、利用者の尊厳・プライバシー確保の教育をしています。排泄ケアの際、ドアを閉め鍵をかける事等を励行する等の具体的提案にも心掛けています。	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	何かを訴えようとしている（訴えている）際には、傾聴するように心がけている。自己決定と共に「共同決定」していける人間関係の構築にも、日々のケアの実践の中で心がけている。		
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	業務・日課優先になってしまっている現状もあるが、ご入居者の「声」「訴え」等に耳を傾け、柔軟な考えで展開・ケア・支援をしているように、スタッフ全体がなっている。		
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	GH内での生活においては、御家族が準備をしていただけた衣類を中心に、身だしなみを整えるよう努めているが、「外出」「受診」などの際に、身だしなみやオシャレを考えずに対応してしまっている現実もある。		
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	個々の嗜好品を理解し、極力、嗜好に合わせた個別の対応（混ぜご飯がダメな方に、白米の提供など）をするよう、努めている。準備・片付けが特定の利用者になってしまっているが、可能性を引き出せるように取り組みを実施していきたい。	食事は、職員が交代でメニュー作りを行ない、週3回、利用者と一緒にスーパーに食材の買い出しを行っています。管理者は、食事は生活の基本としている為、業者の利用は考えておらず、個々の嗜好に合わせた対応に努め、刻み食、ミキサー食はなるべく限度にとどめ、様子を見た上で対処し、美味しく食事を摂って頂けるよう努めています。	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	栄養士不在のため、適切な栄養管理は出来ないが、献立係を中心に、メニューの検討をしながら、日々の天候などにも合わせて、柔軟にメニューの変更をしている。水分摂取については、1日1,000を越えるよう、取り組みを工夫している。		
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	口腔ケアの実施に努めている。うがいなどの困難な方には、歯磨き用ティッシュを使用して、口腔内の清潔に努めている。同時に手指洗いをし、清潔確保している。(夕食後は確実に実施されているが、他はされない方もいる)		
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	定時誘導を確実に実施をし、排泄パターンを知るように心がけているが、まだまだ大きな課題のある点といえる。「後始末ケア」ではなく、きちんとした、トイレでの排泄を目標に、「排泄ケア」の実現をしていきたい。	定時誘導を確実に実施し、排泄パターンを把握する様心掛けています。便座に座りにくく苦痛な利用者にはリハパンに変えています。自分で申し出る人もいます。夜間のオムツ交換は本人が目覚まさないよう交換する技術を持った職員が大勢います。	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	体重の増加を含め、食事量を減らすというより、調理方法や運動を増やすように努め、便秘対策へは、食物繊維を多く含んだ食材や、乳製品なども利用している。下剤の使用も平行しているが、今後も下剤を減らすよう、工夫をしていきたい。		
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	自立をされている方へは、夜間入浴の実施をし、ゆっくりと入れる環境作りを実現できている。入浴する順番なども入浴日の感覚などを配慮し、入浴しているが、まだまだ個々に応じた好みの時間帯での入浴までは、行き着いていない。	ホーム開設時より、将来を予測して椅子式のリフト浴の設備が設置されています。車椅子の利用者も入浴可能で入浴を楽しむ工夫がされています。自立している方々には、夜間入浴を実施し、ゆっくりと入浴し、ぐっすり眠れる環境作りを実現しています。入浴拒否の人には、足浴から始め、気持ちよさがわかるタイミングで入浴してもらおうよう工夫しています。	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	午睡も含めて、休みたいときに休んでもらえるように配慮をしている。しかし、筋力低下にならぬように、「起きていたくなる」生活作り・スタッフや他入居者との関係を強化していきたい。		
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	スタッフが個々に「服薬」に興味関心を持ち、学ぼうとしている姿を感じる。全ての服薬に「副作用」があることを理解し、服薬に頼らないケアの発想や実施をしていきたい。		
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	個々の嗜好品や楽しみを理解し、それぞれの「思いの実現」を、日々、実現にむけて、努めていきたい。また、居室担当を中心に、その「思い」の情報収集を確実にしない、スタッフ側の独りよがり・自己満足だけにならぬようにしていくことが必要。		
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	帰宅願望含め、「その時」の「思い」を理解し、実現に向けて、スタッフ間で調整をして実施が出来ている。また、ユニット外出・個別外出を「思いの実現」の場として、行きたかった場所の「思い」を実現する事を継続していきたい。	外出については、一日一回は外気の風に当たるのを基本とし、散歩を日課にしています。ユニットごとでの外出の他、「思いの実現」として個別利用者の行きたい場所への外出支援を今後共継続していきます。また、食材の買い出しや、おやつを持ってのドライブ等、外出の機会を多く設けて支援しています。	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	原則として、GH側でお金を管理をさせていたが、必要に応じて、サイフを持ち出し、買い物時に、金銭授受をご本人にさせていただく機会を作りながら、取り組んでいるが、限られた入居者のみになってしまっている。		

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	「電話をしたい」の訴えには、きちんとお応えし、GHの電話を使用していただき、必要であれば、子機を使用して、自室にてお話しが出来る環境作りをしている。手紙についても、ご本人宛に来ているものは、開封せず、ご本人へお渡しをしている。		
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	採光や温度・湿度に配慮をし、常に清潔であるように、努めているが、リビングの床などは食事後の掃除などが徹底されておらず、残飯などが落ちてしまっていることもあるため、留意していきたい。リビングなどは、季節感が出るように、季節ごと系事物を変えている。	共用空間は、採光や温度、湿度に配慮し、常に清潔であるよう努めています。季節感を出した折紙を貼ったり、「なごみ新聞」を掲示しています。食事後のリビングの床の掃除には清潔に留意し、リビングの清潔には注意を払い、気持ち良く過ごせるよう配慮しています。	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	ご入居者同士での交流での「他室訪問」が少ししかないのが残念である。一人になりたいときには、自室へ入られ、思い思いに過ごされている。「みんなの部屋」などの共有スペースの使用も検討していきたい。		
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	以前に比べ、整理整頓は居室担当中心に強化をされているが、宇室内の掲示物などがずっと同じことが多く、季節に応じた装飾の工夫や、写真の差し替えなどをしていく必要があると感じる。	居室の備品は、ベッド・カーテンを含め使い慣れた物を持ち込んで頂いています。居室は仏壇やテレビを持ち込み、個々に思い思いに居心地良く過ごせるよう配慮しています。また、居室内の掲示物等に季節感を持たせ、写真の入れ替えを常に行うよう、家族の協力をお願いしています。	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	廊下・リビング・居室も広いスペースが確保され、車椅子利用者の方でも過ごしやすい広さとなっている。浴室には、リフトも設置され、老いを考えた建物設備になっている部分はある。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
アルプスの杜「陽光台」

作成日

2013年12月10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	38	ご入居者の重症化に伴い、業務優先になりがちな生活になっている。	利用者優先の生活リズムの構築	ユニット会議において、議論をし、目指すべきケアのベクトルを合わせる。	6ヶ月
2	48	スタッフ間の情報共有が不足している。	情報の共有をし、ケアの向上をしていく	上司への報告のみならず、業務日誌などへの記入する習慣をつけ、抜けのないようにする。	6ヶ月
3	37	利用者の希望の表出や自己決定の支援の強化	利用者自身の自己実現にむけて。	居室担当が何をすべきかを明確にし、再確認をしていく。	6ヶ月
4	10	運営に関する意見の反映の強化・継続	利用者（家族）の思いの実現・スタッフの思いの実現を目指す。	グループホームからの情報をOPENにし、風通しをよくし、傾聴する姿勢を作っていく。	6ヶ月
5					

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 アルプスの杜「陽光台」
ユニット名	1 F

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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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させている。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/>	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、安心して暮らさせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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	「生き生きと暮らすお手伝い」という目指すべき姿にむけて、取り組んでいる。外出や地域行事などへ参加も実践している。		
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	「納涼祭」を中心に、地域へチラシや「なごみ通信」（機関紙）を配布し、地域交流の場を作っている。また、自治会の防災組織にも加入し、共に取り組みようにしている。しかし、個人ボランティアの活用が出来ていない。		
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	「もちつき大会」「納涼祭」を中心に、地域へチラシや「なごみ通信」（機関紙）を配布し、地域交流の場を作っている。自治会にも参加。地域行事にも積極的に参加をしている。		
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	3ヶ月に一度、確実に実施をし、推進会議メンバーの方々にも、情報開示いただきながら、サービス向上に努めている。議事録をご家族へ郵送し、スタッフへは回覧をしている。		
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に取り組んでいる	運営推進会議の議事録の送付などを行ないながら、現状をお伝えするようにしている。疑問等があれば、メールなどを通じて、ご質問をさせていただき、回答を得ている。		

6	5	<p>○身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>離設される入居者にはスタッフが同行し、一緒に散歩を行なう等、スタッフの統一事項として行なっている。勉強会でも身体拘束をテーマとして取り上げている。</p>		
7		<p>○虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>不適切なケア・支援も虐待につながることも意識してケアを実施している。言葉遣いなども注意を払い、コミュニケーションを図っている。</p>		
8		<p>○権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>スタッフ個々が研修に参加をしたり、公共施設などを利用し、資料の入手に努めているが、全体的な活用までは出来ていない。</p>		
9		<p>○契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>丁寧な説明で、わかりやすく話をしている。ご家族が納得・理解をするまで繰り返し、話をしている。</p>		
10	6	<p>○運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>家族会も年 2回実施され、状況報告や意見交換を実施している。また、面会時などにも状況をお話しし、相談にもなっている。また、それらを運営推進会議等でも報告して、情報共有している。</p>		
11	7	<p>○運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>全体会議やユニット会議等や時間を見つけ、話をするも、実現されることが少ない。</p>		

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	全体会議やユニット会議等や時間を見つけ、話をするも、実現されることが少ない。		
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	会社全体としての研修（基礎研修、初級研修等）が本年度は実施されていない。		
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	ホーム長やケアマネは推進会議含め、会う機会があるが、他のスタッフは、なかなか機会が持てない。		

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	傾聴し、間をとりもったり、優しく手を取り、関係作りに努めている。笑顔は常に意識し、取り組んでいる。		
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	「出来ること」「出来ないこと」を明確にし、きちんとお話し、対応するように心がけている。ホーム長とケアマネのみが対応していることが多い。		
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	入居初期は特に御家族の不安も大きい時期のため、笑顔での対応を心がけて、不安を解消できるように努めているが共有とまでは至っていない。		

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	ユニット外出を含め、共に！をキーワードとして、関係づくりに留意している。個別外出の企画・実践をしている。		
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	「今」を伝えるように心がけている。服薬内容・食事メニューも情報開示をするように心がけている。		
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	ご家族以外でも、ご本人の知りえる方々の面会は、すべて受け入れている。		
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	アクティビティなどを通じ、互いの交流を図れる機会を設定している。小集団でも外出も企画し、都立を防ぐように心がけている。「笑い」の多い雰囲気をつくらせている。		
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	他の施設等への転所された方へは、その後の様子を伺いに、面会したりしている。また、納涼祭等の大きい行事には招待をしている。		
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。	個人個人の個性や特徴を見極め、畑仕事のお手伝い、料理などへの参加、他入居者への「パン」をふるまいなどもしている。		

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	傾聴を重視し、個別に居室にてお話しを聞き、情報を全体で共有している。		
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	個々の趣味・嗜好を大切にし、スタッフ間での情報共有にも努め、把握していくことに努めている。		
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	月に1度以上の「ユニット会議」にて意見を出し合って、ケア等の見直しをしている。		
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	情報を共有化するため、スタッフ同士の意見交換用として、スタッフノートへ記述をしている。また、居室担当制があり、中心となって、取りくみ、全体へ周知を心がけている。		
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、その時々にも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	既存のサービスにとらわれず、外出・受診など適宜、実施するように、ホーム全体としても取り組んでいる。		
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	地域行事へは積極的に参加をするように心がけ、実現できている。また、定期的に三味線などのボランティアが来てくださる。		
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	病院への定期受診と、訪問診療を、ご本人や御家族が選択できるようにしている。		

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	体調により、訪問診療へ来ていただいている看護師に対し、相談が来ている。		
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。	必要に応じて、お見舞い・本人の状況確認を含めて、情報交換に努めている。		
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	ターミナルケアの状況に近づいてきた時点で、主治医・ご家族との連絡調整を実施し、看取りケアをしていく。（1ケースあり）		
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	普通救命講習を受講している。また、防災訓練や勉強会も定期的の実施が来ている。		
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回以上は、防災訓練を実施できている。（防災勉強会は含まず）		
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	「目上の方である」という基本的な部分を忘れずにケア転換するように、心がけている。		

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	否定をせず、傾聴する姿勢、待つ 等対応をしている。		
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	個人のペースに合わせて対応を心がけ、他者との比較をしないようにしている。		
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	時間に追われてしまうこともあるが、納得していただけるまで、支援をするように心がけている。		
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	特定の入居者のみが実施している状況で、なかなか全体での実現が出来ていない。		
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	声かけを中心に、実施できている。		
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	もう少し時間をかけて、実施が出来るようにしていきたい。夕食後は確実に実施をするようにしている。		
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	定時での声かけ・支援をしている。		

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	食物繊維の摂取など、食材の工夫をしている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴時は、個別対応にて、ゆっくりと入っていただけるように、支援が出来ている。		
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	昼寝を含めて、各自の生活パターンを理解したうえで、日々の体調・状況に合わせて、判断している。		
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	個別に、服薬方法を工夫して、取り組みをしている。特に「下剤」については、当日・前日などの排便状況を十分に配慮するようにしている。		
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	日常会話の中で、嗜好を知り、情報共有しながら、アクティビティなどで活かしている。		
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	天気の良い日には、積極的に散歩や外気浴を実施するように心がけている。		

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>喫煙習慣のある方は、定期的買い物へ行き、自前でレジでのやり取りをするようにしている。</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>入居者様より訴えがあった時に対応できている。手紙を送る際には、住所確認等するようにしている。</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>必要に応じて、掲示をして案内をしたり、季節に応じた掲示物を掲示するようにして、「季節感」を味わえるように努めている。</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>リビングの食席など隣同士にしたりし、配慮をするようにしている。</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>入居時には、使い慣れた家具・布団などを持参するようにしている。</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>食事作り・片付け・洗濯物干しなど、出来ない部分はお手伝いをするようにしている。</p>		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
アルプスの杜「陽光台」

作成日

2013年12月10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	38	ご入居者の重症化に伴い、業務優先になりがちな生活になっている。	利用者優先の生活リズムの構築	ユニット会議において、議論をし、目指すべきケアのベクトルを合わせる。	6ヶ月
2	48	スタッフ間の情報共有が不足している。	情報の共有をし、ケアの向上をしていく	上司への報告のみならず、業務日誌などへの記入する習慣をつけ、抜けのないようにする。	6ヶ月
3	37	利用者の希望の表出や自己決定の支援の強化	利用者自身の自己実現にむけて。	居室担当が何をすべきかを明確にし、再確認をしていく。	6ヶ月
4	10	運営に関する意見の反映の強化・継続	利用者（家族）の思いの実現・スタッフの思いの実現を目指す。	グループホームからの情報をOPENにし、風通しをよくし、傾聴する姿勢を作っていく。	3ヶ月
5	30	かかりつけ医者との連携の強化	終末期ケアに向けて、訪問医療との調整	利用者・家族・スタッフが安心して、終末期ケアを実施できる体制作り。	6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 アルプスの杜「陽光台」
ユニット名	2 F

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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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	ユニット会議や書面等による理念の共有が出来、積み重ねてきている。		
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	地域の行事へ参加し、GHの行事へご招待し、毎年、少しずつ交流を深めている。しかし、要介護度の軽い方が中心となってきてしまっている。		
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	地域の行事へ参加し、GHの行事へご招待し、毎年、少しずつ交流を深めている。		
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	議事録を全スタッフ・欠席された御家族への配布をし、それらも含めて、少しずつ活かしている。ほぼ全メンバーが会議に参加をしていただけである。		
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	運営推進会議へも毎回ほぼ参加をしていただき、情報開示・意見交換が出来ている。生活保護の担当者の接触性が低いように感じる。		

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	GH全体として、身体拘束をしないことを誓い、取り組みを実施できている。関係資料の回覧なども実施し、情報共有するように努めている。（毎月、スタッフアンケートを実施している）		
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	考えられる症例について、都度、勤務者でミニカンファレンスをするように心がけ、それらを居室担当などが、スタッフノートを通じて、全体への情報共有に努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	成年後見人制度を利用されている方がいるため、身近には感じているが、勉強会としては、実施されていない。		
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	契約の締結の際には、疑問点を解消できるように、きちんと話をし、また、疑問が生じた際には、都度、説明をするように心がけている。		
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（年 2回）での御意見・外部評価時の家族アンケートを全体会議やユニット会議等で議題提案され、話し合いをするようにしている。また日々の面会での話しにおいても、御家族の意見をお伺いし、活かすように心がけている。		
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	アンケートやユニット会議・個別面談などを通じて、意見を聞き、決定時には申し送りやスタッフノートなどで回覧・伝達している。		

12	<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>年に数回のスタッフと管理者の個別面談にて実施。注意すべきことや相談事を受け、アドバイスをしてくれる。</p>		
13	<p>○職員を育てる取組み</p> <p>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</p>	<p>働きながらのトレーニングは出来ているが、研修を受ける機会が以前よりも減っている。</p>		
14	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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>研修の受け入れは実施しているが、「陽光台」スタッフが他の施設等へ実習へ行く機会はない。</p>		

II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援

15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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>傾聴や細かい記録で職員へ周知し、安心して過ごせるように努めている。しかし、まだ個別の対応になってしまっている。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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>ホーム長・ケアマネが情報収集を実施し、スタッフノートなどにて、全体への周知が出来ている。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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>ホーム長・ケアマネが話を伺い、必要であると判断した場合に、きちんと対応をされ、記録し、情報共有されている。</p>		

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	利用者同志の交流を大切し、出来ること（家事など）は、やっていただく。職員も一緒に出来ないことを手伝い、関係を築いている。		
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	ご本人の情報をお聞きし、職員と家族で強要するように心がけている。面会に来やすい環境・雰囲気作り（掃除含め）を心がけている。		
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	なじみの場所は個人外出で実現できているが、「なじみの人」との交流は、その方が面会にこられないと実現出来ていない。		
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	スタッフが仲介しながら、声かけ・支援に努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	ホーム長・ケアマネを中心に、面会などを実施し、関係が途絶えないようにしている。		
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。	意思疎通が難しい方については、表情や御家族からの情報などを中心に、本人本位になるように努めています。		

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	極力、生活環境に近づけるよう、努めており、食事時間なども「猶予」がもてる関わりをしている。		
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	勤務者での情報共有を行い、努めるように努力している。		
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	ユニット会議を中心に、参加スタッフで協議をし、スタッフノート等にて情報共有を行なっている。		
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	ユニット会議を中心に、参加スタッフで協議をし、スタッフノート等にて情報共有を行なっている。		
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	ホーム長を中心に、報告・連絡・相談をきちんと実施し、ニーズに極力応えるよう、取り組んでいる（受診・外出等）		
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	重度化に伴い、地域資源の活用が難しい部分もあるが、地域行事に参加・協力をしながら、GHとして、取り組みに努めています。		

30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	受診を担当するスタッフが、事前に情報収集を全スタッフへ行い、Drの指示含め、外部受診表などで全体周知をしている。		
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	訪問診療の看護婦に対し、報告・連絡・相談を実施している。（基本的には、ホーム長へ連絡し、指示を仰ぐ）		
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。	早期に退院できるように、頻繁にお見舞いなどを実施し、情報交換に努めている。		
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	なかなか取り組みが出来ていない項目。Dr、家族とは必要に応じ、話し合いが出来ている。		
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	経験の浅いスタッフが増え、実践力が十分のように感じる。		
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	年に2回以上の防災訓練を実施し、地域の方々へもチラシ配布を含めて、参加を呼びかけている。		

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	プライバシーの尊重・確保に努めている。具体的な内容については、ユニット会議などで議題として話し合いを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	すぐに対応が出来ない場合もあるが、勤務者と相談したり、ホーム長へ相談し、解決し、希望に添える様に努めている。	
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	個々のペースを大切にするように心がけている。	
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	まだまだ年齢相応のオシャレや身だしなみへの配慮が出来ていないと感じる。	
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	嗜好を把握し、好きな物を提供できるよう、毎食、配慮をしている。	
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	個々に応じた食事形態を準備し、嗜好にあわせて、メニューの変更を実施できている。水分摂取量も1,000以上になるよう、嗜好にあわせた飲み物の提供を心がけている。(フルーツ、ゼリーの提供含む)	

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	毎食後の口腔ケアの実施は出来ている。うがい困難なかたについては、歯磨き用のティッシュにて、清潔を保つように努めている。		
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	定時誘導をし、タイミングを逃さぬよう、トイレでの排泄に努めている。		
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	アクティビティで運動を取り入れたり、食物繊維の多い食事の提供や工夫を心がけている。(圧力鍋を使用し、食べやすい柔らかさ等も工夫している)		
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	2FではAM入浴の対応の対応を始めているが、日中では希望に合わせて、時間帯設定するように心がけている。(季節に合わせて、菖蒲湯・ゆず湯などの実施も出来ている)		
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	本人希望による午睡や、徐圧対応による午睡含め、対応している。また安眠になつがるように、足浴も就寝前に実施しているケースもある。		
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	個々にスタッフが学ぼうとしている姿は見受けられる。確実に服薬するように、複数でチェックし、ミスを減らしている。下剤についても症状により、へらすように努めている。		

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	個々を「知る」ことで、それぞれの役割をしていただくよう。努めている。楽しんでいただけるように、日々、様々な取り組みを心がけている。		
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	「ユニット外出」「個別外出」などを企画・実施をし、外出する機会を設定できている。(週末のドライブもスタッフの意欲がなく、現実になりにくい)		
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	金銭管理が可能な方には、個人管理していただき、金銭授受などはご本人にさせていただいている。		
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	希望があった際にスムーズに会話ができるように支援をしています。(手紙については、投函などの支援をしています)		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	リビングの床については、食べこぼしなどがあり、時折、入居者に指摘を受けてしまうこともあります。極力、清潔保持に努めています。リビングは季節感に合わせて、掲示物を変更しています。		
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	一人になりたい際には、居室に戻られて過ごされています。仲間作りなどの時間の共有については、スタッフを媒介として、支援をしています。		

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>心地良い環境になるように、居室担当を中心に、整理整頓・環境美化に努めています。</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>視覚障がいのある方に対し、触覚による目印などを環境設定し、自立への工夫に心がけています。</p>		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
アルプスの杜「陽光台」

作成日

2013年12月10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	38	ご入居者の重症化に伴い、業務優先になりがちな生活になっている。	利用者優先の生活リズムの構築	ユニット会議において、議論をし、目指すべきケアのベクトルを合わせる。	6ヶ月
2	48	スタッフ間の情報共有が出来ていない。	情報の共有をし、ケアの向上をしていく	上司への報告のみならず、業務日誌などへの記入する習慣をつけ、抜けのないようにする。	6ヶ月
3	37	利用者の希望の表出や自己決定の支援の強化	利用者自身の自己実現にむけて。	居室担当が何をすべきかを明確にし、再確認をしていく。	6ヶ月
4	10	運営に関する意見の反映の強化・継続	利用者（家族）の思いの実現・スタッフの思いの実現を目指す。	グループホームからの情報をOPENにし、風通しをよくし、傾聴する姿勢を作っていく。	3ヶ月
5	30	かかりつけ医者との連携の強化	終末期ケアに向けて、訪問医療との調整	利用者・家族・スタッフが安心して、終末期ケアを実施できる体制作り。	6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。