

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	1475201255	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	株式会社 日本ライフデザイン			
事業所名	グループホームゆうらく			
所在地	(211-0015) 神奈川県川崎市中原区北谷町91			
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24年10月31日	評価結果 市町村受理日	平成25年2月15日	

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

基本情報リンク先	http://www.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&IteyosyoCd=1475201255-00&PrefCd=14&VersionCd=022
----------	---

【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)】

湖山医療福祉グループの理念である”自らが受けたいと思う医療と福祉の創造”を基本として「ゆったり・のんびり・自分らしく」生活して頂けるよう寄り添う介護を目指しております。生活に関してはご自身のペースに合わせ、入居者の自立を維持するため家事などの日常生活リハビリに重点を置いています。また、食の楽しみとして献立から全て手作りの食事を入居者と共に調理するなど工夫しています。また、本年度は、看取り対応のお客様がおられ、ご家族、医療機関、職員との連携や書類等の体制を構築し取り組んでいます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成24年12月4日	評価機関 評価決定日	平成25年1月10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)】

最寄駅J R南武線平間駅から徒歩約5～6分、大通りに面した市街地の住宅街の一角に位置しています。1階には同法人グループのデイサービスがあり、2～3階が2ユニットのグループホームの複合施設となっています。大通りに面していますが音は気になりません。向かいには小学校があり、運動会などの行事には元気な子供たちの声も聞かれます。近くには遊歩道があり、日ごろの散歩コースになっています。コースの先にはスーパーや賑やかな商店街があり、外出の楽しみの場となっています。

<優れている点>

利用者は入浴をいつでも、好きな時に利用できます。一人ひとりの食の好みに合わせ、職員がメニューに知恵をしぼり、手作りの食事を提供をしています。時間や規則にとらわれず、ゆったりと自分らしい生活を尊重した暮らしを支援しています。生涯で最も大事な終末期の取り組みをしています。地域の医療機関と家族、ホームが一体となって看取りを終えた経験を踏まえ、安らかに、安心して終末期を迎えられるよう取り組んでいます。

<工夫点>

1階にデイサービスがあり、行事、イベント、防災訓練などは合同で実施し、利用者同士の交流にもなっています。デイサービスの利用者がグループホームへ入居した例もあります。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ～ 35	9 ～ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	14 ～ 20
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	グループホームゆうらく
ユニット名	2F

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	●	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	●	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	●	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	●	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	●	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている。 (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、安心して暮らしている。 (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	「ゆったり・のんびり・自分らしく」を理念に、認知症重度の方を積極的に受け入れ、個別ケア、自立支援、共同生活を軸としたケアプランの作成及びサービス担当者会議を行っている。	同法人グループの理念がスタッフルームなどに掲示してあります。ホーム独自の理念はカードにプリントし、職員は携帯しています。「ゆったり・のんびり・自分らしく」を念頭に理念の実践に努めています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一人として日常的に交流している	<ul style="list-style-type: none"> ●入居者の散歩・買物等でご近所に出かけている。 ●清掃、傾聴などボランティアを導入し第三者との交流を行っている。 ●管理者は町内会の行事・会議に出席し情報提供・共有を図っている。 	近くには遊歩道があり、散歩コースです。コースの先には賑やかな商店街があり買い物など商店の人達との触れ合いがあります。町内会に加入し、回覧の行事案内や地域から勤務している職員の情報など得て、地域の行事に積極的に参加しています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ●運営推進会議で周辺症状の緩和策などについて話す機会を設けている。 ●入居も含めて地域の方の来所時に各種相談を受けている。 ●施設内研修により、当該サービスのみでなく併設のデイサービス職員の教育も行っている。 	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	<ul style="list-style-type: none"> ●イベントについてはご家族の意見を取り入れている。 ●毎月発送の通信についても内容等に関するご意見を頂いている。 	運営推進会議は2ヶ月に1回開催、参加者は利用者家族や地域包括支援センターが主で他に民生委員、町内会長となっています。ホームの活動報告や意見交換がなされています。家族からホーム内の清掃方法について提案があり改善した事例もあります。	推進会議の現参加者の他、時には地域の学校、保育園、交番、老人会、婦人会なども招き会議の活性化や地域の高齢者施設としての情報発信と、更に地域との交流拡大につなげられることも期待されま
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	●町内会長が運営推進会議のメンバーである。また、管理者は町内会の行事等に参加し可能な限り実情を報告している。また、街灯設置などで意見を求められた場合は協力している。	運営推進会議の報告や法人グループの新たな福祉の事業展開についての相談など行政の窓口を通して連携の構築に取り組んでいます。	

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
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	●研修により職員は理解している。また、身体拘束ゼロの指針をもとに身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 ●今後、もう一步踏み込んだ知識の習得に努めたい。	拘束の弊害については全体会議などで、マニュアルを用いて常に意識の啓蒙を図り共有しています。言語による弊害についても注意を喚起する「標語」を掲示し拘束のない支援に努めています。やむを得ず必要な場合は家族の同意のもとで対応をしています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	●施設内研修を行っている。 ●言葉使いなど虐待の前兆になりそうなことがあれば、都度、注意を促し管理者へも報告している。また、外部からの方の意見も聞くため各フロアに接遇面等でのご意見募集を公示している。		
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	●施設内研修を行っている。 ●管理者が主たる業務として行っており、一般職員が考える機会ほとんどない。		
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	契約書・重要事項説明書の内容を説明するとともに、入居者及びご家族のご意見を聞いている。		
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	●介護計画の短期目標のモニタリングを3ヶ月に1回行っており、ご家族参加のカンファレンスも行い、ご意見をもとに改善している。 ●運営推進会議で出た議題等について次回に結果報告をしている。	家族からの意見や要望は運営推進会議や家族参加のカンファレンスや面会時に聞いています。意見や要望についての結果は議事録などで家族に知らせしています。室内の温度調整方法についての意見など、ホームの運営に反映しています。	

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	全体会議（月1回）、サービス向上委員会（半期1回）及び個人面談（随時）にて実施。	職員の要望、意見は毎月のフロア会議で聞く機会をつくっています。管理者は常日ごろ、職員一人ひとりに声をかけをし、自由な意見、要望を聞くようにしています。休暇の取得方法についての要望を運営に活かした事例もあります。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ●毎年の昇給、決算賞与、処遇改善交付金の利用により待遇面の向上を図っている。 ●理不尽なサービス残業などは皆無にしている。 ●モチベーションについては、研修・面談を通して管理者が行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●グループ研修（新卒、サービス種別リーダークラス、管理者と様々な研修）を行っている。 ●実践者研修などにも毎回1名など積極的に応募している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●13参照の研修にて、他法人の職員と交流を図っている。 ●同法人内でも施設間交流による研修を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●入居前面接及びアセスメントにより入居前に職員に情報が入るようにしている。 ●上記プラス入居後の状態変化に対するアセスメント及び個別対応にて安心確保に努めている。 		

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	●入居前面接時にご家族の意見も聞き、入居前後の参考にさせて頂いている。 ●また、契約の段階で再度、確認させて頂いている。		
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	入居時にニーズの再確認と介護計画の方向性を話し合っている。介護計画作成後、再度、内容について説明し、同意を得た上でサインを頂き交付している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	●自立されている部分を見極め、継続できるよう共同作業をしながら支援している。 ●介護計画の目標は出来る限り本人が達成可能な内容にしている。		
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	●介護計画の見直し（3ヶ月に1回）時は、本人、家族、担当職員、計画作成担当で話し合い、各々の視点から意見を出し合っている。 ●担当職員が本人とご家族の連絡調整等を行っている。		
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	キーパーソンからの要望がない限り面会の制限などしていない。面会時には双方がリラックスでき、「また来よう」と思ってもらえるよう配慮している。ご家族や友人の方との外出にも制限を設けていない。	利用者の中には、家族の協力で入居前からの主治医を継続している方もいます。墓参り、家族との旅行、外食なども家族の協力により継続支援をしています。友人、知人の訪問や手紙、電話などの交流の継続支援もしています。	

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	個々人の生活ペースを最重要視しているが、共同スペースには、席順なども決めず一人ひとりがやりたい事をやっている。また、家事など何かにつけ出来る方全員でやるよう言葉がけ及び誘導している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	●必要に応じて実施している。 ●入院先（退所者）への訪問。同法人内の他施設へ転居された方については管理者同士で情報の共有を行っている。		
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。	●介護計画作成時にニーズの把握に関する話し合いを重点的に行っている。 ●個人ノートを作成し、日々の様子観察及びモニタリングの参考にしていく。 ●ご家族とも情報を共有し、本人本位の検討ができるよう尽力している。	職員は日ごろから利用者一人ひとりに寄り添い、思いや意向を把握するようにしています。以前の生活習慣や表情、仕草で把握したり、家族の協力により情報を得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	●サービス利用にいたった経過や生活歴に関しては、アセス以外にも都度、聞き取りしている。 ●入居後は最低限の生活サイクルを守りつつ、個々人の生活ペースを保てるよう支援している。		
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	●個人ノートにて、特筆すべき入居者の方の様子や周辺症状が出た場合の対応・反応・結果などを詳細に書き取っている。 ●日々の介護の中で上記を参考にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	<ul style="list-style-type: none"> ●長期6ヶ月、短期3ヶ月のモニタリングをもとにご家族、本人とカンファレンスを行い介護計画を作成している。 ●様々な記録及び本人の状態、上記の意見を勘案もとにニーズを把握し、総合的な援助の方針を決定している。 	毎月一人ひとりのモニタリングを実施、計画の見直しは3ヶ月ごとに行っています。モニタリングはフロア会議で職員が全員参加して行います。計画には利用者や家族の要望や希望を反映しています。「生け花」の要望があり計画に反映した事例もあります。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人ノートにて、記録を詳細かつ簡潔に行い、申し送りにて職員間で情報を共有している。また、ご家族にもノートを参照して頂いている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●多種多様な方々と連携を作り、ニーズに対応している。 ●ボランティアや訪問リハと連携を取っている。 ●併設のデイサービスとイベントを共有している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●他事業所とボランティア紹介を相互に行っている。 ●地域包括支援センターの所長に運営推進会議のメンバーになって頂いている。 ●理美容はボランティア歌手活動で施設に出入りしている近所の美容師。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医は基本的に本人・家族の希望で決定して頂いている。 ●通院の手間などによりご家族の負担を考慮し、内科、歯科の往診医の紹介も行っている。 	入居前からの主治医を継続している利用者もいます。内科医は月2回、歯科は月1回の往診があります。眼科や皮膚科などは家族の協力で外来で対応しています。家族で対応出来ない場合はホームで同行支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	●施設内の看護師と連携を取っている。 ●往診医時に記録を残し、往診医と介護職及び看護師の連携を取っている。		
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。	●入院時に希望に応じて介護サマリーを交付するか個人ファイルを持ち込み情報を提供している。 ●ご家族からの経過報告をもとに面会に行き、退院見込みの相談を行い、退院時に注意すべき点などは医療関係者から情報を得ている。		
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、事業所です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	●事業所でする限界については契約時に説明している。 ●終末期の方針・医療連携に関して取り決めている。	「重度化した場合の対応に係る指針」を本人、家族に示しています。心の準備に役立つよう家族向けのパンフレットも作り、不安を取り除く配慮をしています。数ヶ月にわたりチームとして看取りを行った経験は職員のスキルアップにつながっています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	基本的な処置については定期的ではないが研修している。頻繁に起こる事ではないので、実際の場面で活かせるかどうかはその時になってみないとわからない。		
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	基本的に年2回の総合避難訓練（消防署員立会い）を行っている。本年は、防災訓練と消防設備点検を実施している。地域の方との連携は運営推進会議において、ご家族、地域包括支援、町内会長などと協力体制を相談している。	消防署の協力のもと避難訓練が実施されています。地域包括支援センター、民生委員等と共に地域の防災・避難マップの作成が計画、相談されています。	災害時、非常時に備えて飲料水、非常食、防寒用品などの備蓄が期待されます。また夜間想定避難訓練の計画、マニュアル作りも期待されます。

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	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症、接遇など研修内で常に意識するよう職員に働きかけている。グループワークやロールプレイ等で工夫して伝えている。 ●プライバシーについては基本の遵守を周知徹底している。 	<p>利用者の人格を尊重し、言動に細心の注意をはらっています。全体会議、フロアミーティングにおいても利用者の誇りやプライバシー確保について徹底させています。利用者本人の気持ちを大切に考えながら、自己決定できるような言葉かけに努めています。</p>	
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	<p>起床時に着る服、サラダにかけるドレッシング、毎日の入浴声かけなど日常の中での何気ない自己決定を尊重し実践している。</p>		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●最低限の生活サイクルの保持は行っているが、特に強制などせず個々人のペースで生活できるよう配慮している。 ●レクについてもその日のその時の状況に則して決定しており、特に決め事を作ら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	<ul style="list-style-type: none"> ●身だしなみ・嗜好品はご本人の使いなれた物、気に入っている物を持ち込んで頂くか購入して頂いている。 ●その日に何を身につけるかなどは個々人の理解力・判断力により対応が変わるものの、極力、自己決定して頂けるよう配慮している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●一緒に作って一緒に食べる方法をとっているため、買物・献立・調理・片付け・食器拭きなど出来る方には職員と一緒にやっている。 ●昔ながらの大家族的なイメージを大切にし、入居者及び職員が全員で食事を取っている。 	<p>利用者と職員と一緒に食事の準備をしています。もやしのひげ取りをしている光景もみられます。職員は工夫を凝らし、利用者の好みを聞きながらアイデアあふれたメニューとなるように努めています。すべて手作りが基本で常に4～5品が提供されています。</p>	

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	<ul style="list-style-type: none"> ●水分については、お茶（緑茶・ほうじ茶、こぶ茶）、紅茶、コーヒー、ココア、カルピスなど数種類ストックし選択肢を確保している。 ●体重、水分、栄養など気になる場合は介護計画に盛り込み徹底して行っている。自助具も個々人の状態で使用。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●個々人の状況に応じて口腔ケアグッズを変えている。 ●食後は職員の誘導により自立の方は見守りにて、要介助者へは状況に応じて一部、または全介助で行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●フロアーの会議でトイレで排泄するための方法やオムツ使用の是非について話し合い、実践している。 ●オムツの使用に関しては、本人の状態や時間（夜間帯のみなど）に応じて使い分けているが、あくまでも一時的と捉えている。 	トイレは各フロアに3ヶ所あります。ドアはスライド式で進入間口が広く作られています。入院中はオムツを使用していた利用者が退院後ははずす事が出来た事例もあります。尿意のあることを大切に考え、夜の眠剤は極力使わないようにしています。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄の問題のある方は介護計画内にも盛り込んでいる（運動、食事など）。 ●排泄表で排泄パターンの把握に努め、水分、食物繊維、寒天ゼリーなどにより自然排便を促すようにしている。 		
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むように、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	<ul style="list-style-type: none"> ●毎日、全員の方への入浴声かけを基本としている。 ●入浴順、洗髪可否については各人の希望を聞き、できる限り応じている。 ●毎週日曜を温泉の日とし、最低、週1回は気分を変えて入浴を楽しんで頂けるよう配慮している。 	入浴日を設定することなく毎日の入浴を利用者に促しています。日曜日はいろいろな温泉入浴剤を用いて入浴が楽しみとなるよう工夫しています。入浴嫌いの方にも職員は上手に声かけを工夫しながら誘導しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	<ul style="list-style-type: none"> ●日中はリビングでゆったり過ごしていただき、夜寝て頂くようペースを作っている。 ●上記を前提として、以外の睡眠のペースについては個々の状況を勘案し、問題のある場合は主治医やご家族にも報告している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●服薬は一人ずつ専用容器で管理し、必ず薬剤情報をチェックしている。服薬変更は申し送っている。 ●服薬管理は職員が行い、手渡し、服薬時の目視を基本としている。個人ノートを使用し、必要に応じて主治医にサマリーを提出している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●個々の出来る事・やりたい事について相談し、日課や役割についても介護計画に盛り込んでいる。 ●共同作業が可能なものについては全員で楽しんで行えるよう配慮している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●ちょっとした買物は散歩ついでに行くなど近所への外出支援を行っている。 ●遠出や特殊な事情による外出はご家族やご友人と行って頂いている。 ●ご家族も参加できる遠足を企画し実施している。 	ホームのすぐ近くから平間商店街へつながらる遊歩道が整備されており、日頃の散歩道となっています。職員と一緒に食材の買い出しに出掛けたり、喫茶店にコーヒーを飲みに行く利用者もいます。最近では、川崎大師への遠足が実施されています。	
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	希望に応じて取り決めている。自室で管理したいという方は自室で幾らか管理されている。特に希望がない方は施設で預かっている。これらはご家族とも協議している。		

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	<p>希望に応じて支援している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●日々、手紙を出す方がいる。電話をかける方もいる（番号プッシュが不可能な場合はフォローする） ●年賀状などでその時に自分の思いを親しい人に伝えたい方の字を書く練習なども介護計画に入れている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●常に清潔に配慮している。 ●職員と入居者で手分けして徹底的に掃除している。 ●共用空間では不快な思いをされぬよう自由に振舞って頂いている。 ●季節感には欠けている時がある。 	<p>フロアは明るくゆとりあるスペースとなっています。台所とリビングは一体化しており、調理中の食材を切る音や匂いが伝わり、利用者への良い刺激となっています。各居室は回廊型で通路からは中庭を臨めます。通路幅も広く、歩行訓練の場にもなっています。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ●リビングで網羅できない場合は事務所やキッチンなどで入居者が落ち着いて話ができるよう空間を利用している。 ●リビングのソファにて、その時に気のあった方と話をされている。 		
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	<p>備え付けのベッド、エアコン、クローゼット、洗面台以外は全て馴染みの物か好きな物を持ち込んで頂いている。その旨、入居前の面接時には本人・ご家族に管理者から話をしている。</p>	<p>ベッド、作り付けのクローゼット、洗面台、カーテンが設備されていますが、使い慣れた家具を持ち込むことも可能です。テレビ、仏壇を置いている利用者もいます。利用者は思い思いに室内を整え快適な居住空間となるよう工夫しています。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ●福祉用具は個々の状態に応じて導入している。 ●理解・判断力に配慮し、案内表記を要所に入れている。 ●動線の確保を徹底している。 		

事業所名	グループホームゆうらく
ユニット名	3F

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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	「ゆったり・のんびり・自分らしく」を理念に、認知症重度の方を積極的に受け入れ、個別ケア、自立支援、共同生活を軸としたケアプランの作成及びサービス担当者会議を行っている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●入居者の散歩・買物等でご近所に出かけている ●清掃、傾聴などボランティアを導入し第三者との交流を行っている。 ●管理者は町内会の行事・会議に出席し情報提供・共有を図っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●運営推進会議で周辺症状の緩和策などについて話す機会を設けている。 ●入居も含めて地域の方の来所時に各種相談を受けている。 ●施設内研修により、当該サービスのみでなく併設のデイサービス職員の教育も行っている。 	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	<ul style="list-style-type: none"> ●イベントについてはご家族の意見を取り入れている。 ●毎月発送の通信についても内容等に関するご意見を頂いている。 		
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	●町内会長が運営推進会議のメンバーである。また、管理者は町内会の行事等に参加し可能な限り実情を報告している。また、街灯設置などで意見を求められた場合は協力している。		

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	●研修により職員は理解している。また、身体拘束ゼロの指針をもとに身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 ●今後、もう一步踏み込んだ知識の習得に努めたい。		
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	●施設内研修を行っている。 ●言葉使いなど虐待の前兆になりそうなことがあれば、都度、注意を促し管理者へも報告している。また、外部からの方の意見も聞くため各フロアに接遇面等でのご意見募集を公示している。		
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	●施設内研修を行っている。 ●管理者が主たる業務として行っており、一般職員が考える機会はほとんどない。		
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	契約書・重要事項説明書の内容を説明するとともに、入居者及びご家族のご意見を聞いている。		
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	●介護計画の短期目標のモニタリングを3ヶ月に1回行っており、ご家族参加のカンファレンスも行い、ご意見をもとに改善している。 ●運営推進会議で出た議題等について次回に結果報告をしている。		

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
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	全体会議（月1回）、サービス向上委員会（半期1回）及び個人面談（随時）にて実施。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●毎年の昇給、決算賞与、処遇改善交付金の利用により待遇面の向上を図っている。 ●理不尽なサービス残業などは皆無にしている。 ●モチベーションについては、研修・面談を通して管理者が行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●グループ研修（新卒、サービス種別リーダークラス、管理者と様々な研修）を行っている。 ●実践者研修などにも毎回1名など積極的に応募している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●13参照の研修にて、他法人の職員と交流を図っている。 ●同法人内でも施設間交流による研修を行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●入居前面接及びアセスメントにより入居前に職員に情報が入るようにしている。 ●上記プラス入居後の状態変化に対するアセスメント及び個別対応にて安心確保に努めている。 		

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	●入居前面接時にご家族の意見も聞き、入居前後の参考にさせて頂いている。 ●また、契約の段階で再度、確認させて頂いている。		
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	入居時にニーズの再確認と介護計画の方向性を話し合っている。介護計画作成後、再度、内容について説明し、同意を得た上でサインを頂き交付している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	●自立されている部分を見極め、継続できるよう共同作業をしながら支援している。 ●介護計画の目標は出来る限り本人が達成可能な内容にしている。		
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	●介護計画の見直し（3ヶ月に1回）時は、本人、家族、担当職員、計画作成担当で話し合い、各々の視点から意見を出し合っている。 ●担当職員が本人とご家族の連絡調整等を行っている。		
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	キーパーソンからの要望がない限り面会の制限などしていない。面会時には双方がリラックスでき、「また来よう」と思ってもらえるよう配慮している。ご家族や友人の方との外出にも制限を設けていない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々人の生活ペースを最重要視しているが、共同スペースには、席順なども決めず一人ひとりがやりたい事をやっている。また、家事など何かにつけ出来る方全員でやるよう言葉がけ及び誘導している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	●必要に応じて実施している。 ●入院先（退所者）への訪問。同法人内の他施設へ転居された方については管理者同士で情報の共有を行っている。		
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。	●介護計画作成時にニーズの把握に関する話し合いを重点的に行っている。 ●個人ノートを作成し、日々の様子観察及びモニタリングの参考にしている。 ●ご家族とも情報を共有し、本人本位の検討ができるよう尽力している。		
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	●サービス利用にいたった経過や生活歴に関しては、アセス以外にも都度、聞き取りしている。 ●入居後は最低限の生活サイクルを守りつつ、個々人の生活ペースを保てるよう支援している。		
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	●個人ノートにて、特筆すべき入居者の方の様子や周辺症状が出た場合の対応・反応・結果などを詳細に書き取っている。 ●日々の介護の中で上記を参考にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	<ul style="list-style-type: none"> ●長期6ヶ月、短期3ヶ月のモニタリングをもとにご家族、本人とカンファレンスを行い介護計画を作成している。 ●様々な記録及び本人の状態、上記の意見を勘案もとにニーズを把握し、総合的な援助の方針を決定している。 		
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	個人ノートにて、記録を詳細かつ簡潔に行い、申し送りにて職員間で情報を共有している。また、ご家族にもノートを参照して頂いている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●多種多様な方々と連携を作り、ニーズに対応している。 ●ボランティアや訪問リハと連携を取っている。 ●併設のデイサービスとイベントを共有している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●他事業所とボランティア紹介を相互に行っている。 ●地域包括支援センターの所長に運営推進会議のメンバーになって頂いている。 ●理美容はボランティア歌手活動で施設に出入りしている近所の美容師。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医は基本的に本人・家族の希望で決定して頂いている。 ●通院の手間などによりご家族の負担を考慮し、内科、歯科の往診医の紹介も行っている。 		

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
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	●施設内の看護師と連携を取っている。 ●往診医時に記録を残し、往診医と介護職及び看護師の連携を取っている。		
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。	●入院時に希望に応じて介護サマリーを交付するか個人ファイルを持ち込み情報を提供している。 ●ご家族からの経過報告をもとに面会に行き、退院見込みの相談を行い、退院時に注意すべき点などは医療関係者から情報を得ている。		
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	●事業所でできる限界については契約時に説明している。 ●終末期の方針・医療連携に関して取り決めている。		
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	基本的な処置については定期的ではないが研修している。頻繁に起こる事ではないので、実際の場面で活かせるかどうかはその時になってみないとわからない。		
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	基本的に年2回の総合避難訓練（消防署員立会い）を行っている。 本年は、防災訓練と消防設備点検を実施している。 地域の方との連携は運営推進会議において、ご家族、地域包括支援、町内会長などと協力体制を相談している。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症、接遇など研修内で常に意識するよう職員に働きかけている。グループワークやロールプレイ等で工夫して伝えている。 ●プライバシーについては基本の遵守を周知徹底している。 		
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	起床時に着る服、サラダにかけるドレッシング、毎日の入浴声かけなど日常の中での何気ない自己決定を尊重し実践している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●最低限の生活サイクルの保持は行っているが、特に強制などせず個々人のペースで生活できるよう配慮している。 ●レクについてもその日のその時の状況に則して決定しており、特に決め事を作ら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	<ul style="list-style-type: none"> ●身だしなみ・嗜好品はご本人の使いなれた物、気に入っている物を持ち込んで頂くか購入して頂いている。 ●その日に何を身につけるかなどは個々人の理解力・判断力により対応が変わるものの、極力、自己決定して頂けるよう配慮している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●一緒に作って一緒に食べる方法をとっているため、買物・献立・調理・片付け・食器拭きなど出来る方には職員と一緒にやっている。 ●昔ながらの大家族的なイメージを大切にし、入居者及び職員が全員で食事を取っている。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ●水分については、お茶（緑茶・ほうじ茶、こぶ茶）、紅茶、コーヒー、ココア、カルピスなど数種類ストックし選択肢を確保している。 ●体重、水分、栄養など気になる場合は介護計画に盛り込み徹底して行っている。自助具も個々人の状態で使用。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●個々人の状況に応じて口腔ケアグッズを変えている。 ●食後は職員の誘導により自立の方は見守りにて、要介助者へは状況に応じて一部、または全介助で行っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ●フロアーの会議でトイレで排泄するための方法やオムツ使用の是非について話し合い、実践している。 ●オムツの使用に関しては、本人の状態や時間（夜間帯のみなど）に応じて使い分けているが、あくまでも一時的と捉えている。 		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄の問題のある方は介護計画内にも盛り込んでいる（運動、食事など）。 ●排泄表で排泄パターンの把握に努め、水分、食物繊維、寒天ゼリーなどにより自然排便を促すようにしている。 		
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むように、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	<ul style="list-style-type: none"> ●毎日、全員の方への入浴声かけを基本としている。 ●入浴順、洗髪可否については各人の希望を聞き、できる限り応じている。 ●毎週日曜を温泉の日とし、最低、週1回は気分を変えて入浴を楽しんで頂けるよう配慮している。 		

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	●日中はリビングでゆったり過ごしていただき、夜寝て頂くようペースを作っている。 ●上記を前提として、以外の睡眠のペースについては個々の状況を勘案し、問題のある場合は主治医やご家族にも報告している。		
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	●服薬は一人ずつ専用容器で管理し、必ず薬剤情報をチェックしている。服薬変更は申し送っている。 ●服薬管理は職員が行い、手渡し、服薬時の目視を基本としている。個人ノートを使用し、必要に応じて主治医にサマリーを提出している。		
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	●個々の出来る事・やりたい事について相談し、日課や役割についても介護計画に盛り込んでいる。 ●共同作業が可能なものについては全員で楽しんで行えるよう配慮している。		
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	●ちょっとした買物は散歩ついでに行くなど近所への外出支援を行っている。 ●遠出や特殊な事情による外出はご家族やご友人と行って頂いている。 ●ご家族も参加できる遠足を企画し実施している。		
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	希望に応じて取り決めている。 自室で管理したいという方は自室で幾らか管理されている。特に希望がない方は施設で預かっている。これらはご家族とも協議している。		

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	希望に応じて支援している。 ●日々、手紙を出す方がいる。電話をかける方もいる（番号プッシュが不可能な場合はフォローする） ●年賀状などでその時に自分の思いを親しい人に伝えたい方の字を書く練習なども介護計画に入れている。		
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	●常に清潔に配慮している。 ●職員と入居者で手分けして徹底的に掃除している。 ●共用空間では不快な思いをされぬよう自由に振舞って頂いている。 ●季節感には欠けている時がある。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	●リビングで網羅できない場合は事務所やキッチンなどで入居者が落ち着いて話ができるよう空間を利用している。 ●リビングのソファにて、その時に気のあった方と話をされている。		
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	備え付けのベッド、エアコン、クローゼット、洗面台以外は全て馴染みの物か好きな物を持ち込んで頂いている。その旨、入居前の面接時には本人・ご家族に管理者から話をしている。		
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	●福祉用具は個々の状態に応じて導入している。 ●理解・判断力に配慮し、案内表記を要所に入れている。 ●動線の確保を徹底している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームゆうらく

目標達成計画

作成日: 平成 25 年 1 月 28 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	4	推進会議の現参加者の他、時には地域の学校、保育園、交番、老人会、婦人会、区役所の高齢者支援課の方なども招き会議の活性化や地域の高齢者施設としての情報発信と、更に地域との交流拡大につなげられることも期待されます。	①区役所の高齢者支援課から課長様に運営推進会議に参加していただく。行政を通して必要な情報をいただき、お客様、ご家族に提供していく。 ②更に、地域の方々との交流を深めて行く。	①運営推進会議に参加されている地域包括支援センターのCM様を通して高齢者支援課の方に参加の相談をしていただく。その後、GH管理者が直接ご相談に行く。 ②区内GH事業者間の意見交換・情報提供の場等へ積極的に参加し地域とのネットワークを広げる。	1ヶ月
2	35	災害時、非常時に備えて飲料水、非常食、防寒用品などの備蓄が期待されます。また、夜間想定避難訓練の計画、マニュアル作りも期待されます。	①災害発生直後に対応できるように、特に3日分の可能な備蓄を行う。 ②夜間想定避難訓練計画とマニュアルの作成。更に、計画に基づいて可能な限り訓練を実施する。	①法人本部と連携し、備蓄の相談を行う。可能な限りスペースをつくり備蓄していく。 ②年間避難訓練の計画に入れて、消防署からも情報・助言をいただく。職員全体会議等を活用して職員間に周知していく。	3～6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。