

<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 | 1473400123         |
| 法人名   | 社会福祉法人 朋友会         |
| 事業所名  | グループホーム朋友          |
| 訪問調査日 | 平成24年2月18日         |
| 評価確定日 | 平成24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。

## 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         | 1473400123                                       | 事業の開始年月日       |            |
|               |  | 指定年月日          |            |
| 法人名           | 社会福祉法人 朋友会                                       |                |            |
| 事業所名          | グループホーム 朋友                                       |                |            |
| 所在地           | ( )<br>横浜市瀬谷区阿久和東3-55-2                          |                |            |
| サービス種別<br>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2月10日                                       | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成24年5月23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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

## 【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2月18日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成24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)】

|  |
|--|
| <p>①このホームの経営母体は、社会福祉法人 朋友会 であり、同法人は隣の軽費老人ホーム「睦荘」と、このホームを運営している。地理的には相鉄線希望が丘駅から徒歩15分程度の閑静な住宅地の中にある。「睦荘」が出来た頃は周囲は畑で、周りには何も無かったが、相鉄沿線の開発が進むにつれて回りが住宅地となってきた。先ず、「睦荘」があり、発展した関係もあり、周囲も「睦荘」及びグループホーム「朋友」を中心に考えてくれていて、「睦荘」で行う睦荘祭りは、模擬店を出したり、ゲーム・バザーを行い、地域住民にも参加頂き、利用者の皆さんとの交流を楽しんで頂いている。また、地域の防災訓練も「睦荘」中心で行われる等、地域の中核となっている。グループホーム「朋友」は、平成13年に開所されたグループホームの草分け的存在で、利用料金も低価格を維持している。「地域に開かれた家庭的雰囲気の住宅で専門的スタッフと共に」から始まるグループホームの理念の下、「家庭的」サービスを職員全員で実践している。</p> <p>②職員の教育については特に重点を置いている。「睦荘」を含めた社会福祉法人 朋友会として、事業計画と併せて研修計画を作って行く体制を固めつつある。基本は県に提出しているキャリアパスであるが、特に「階層別」の研修プログラムの充実と、詳細な年間教育計画の計画と実行を進めている。職員のスキルアップを狙って委員会活動も展開しており、一方的にレクチャーを受けるだけではなく、自ら企画し、他職員を統率し、リーダーシップを身につけることで次世代のリーダー候補を育てる狙いもある。委員会活動に割ける時間は限られているので、職員会議の後、正規職員をリーダーとして実施している。</p> <p>③ケアについては、ICF方式やセンター方式を一部取り入れて展開している。ICF方式やセンター方式を採用したアセスメントを行い、利用者の自立支援に重点を置いたケアを進めている。理念にも謳われている「家庭的な雰囲気を」大切にし、一緒にメニューを考え、食材の買物に1階、2階の利用者と一緒に出掛け、食事の支度、後片付け等は利用者にもお手伝いをして頂き、生活リハビリを兼ねたアクティビティを進めている。東日本大震災以降、備蓄にも心を配り、お米、乾パン、缶詰、毛布、衝材、サランラップなど気にして保持するようにした。アルファ米なども持つようにしている。</p> |
|--|

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

|       |           |
|-------|-----------|
| 事業所名  | グループホーム朋友 |
| ユニット名 | つる        |

| V アウトカム項目   |   |                |
|---|---|----------------|
| 56<br>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。<br>(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<br>利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(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<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(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<br>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。<br>(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<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(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<br>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。<br>(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<br>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。<br>(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<br>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。<br>(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<br>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。<br>(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<br>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。<br>(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<br>職員は、活き活きと働いている。<br>(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<br>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<br>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<br>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                     | 散歩や地域行事への参加の中利用者が「必要とされている」と実感できるよう支援している。                           | 利用者が「必要とされている」と実感できるような支援を目指している。理念の中で「家庭的雰囲気」と「日常生活の中での心身機能の訓練」をベースとし、利用者による人らしく、有する能力を充分発揮して自立した生活が出来る環境整備を心がけている。職員は、常々介護の原点に立ち戻れるよう「理念」を書いた紙を携帯して、いつでも見れるようにしている。 | 今後の継続             |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 自治会に参加している。地域行事、当ホームでの行事を地域の方たちに参加して頂いて交流を深めている。                     | 自治会に加入している。睦荘及びGH朋友設立以来長く、地域に溶け込み、地域との関係は良好である。地域行事への参加及び当ホームの行事への地域の方たちの参加など、普通に行なわれている。特に「睦荘」と合同で行う「睦荘祭り」には、地域住民300人余が参加し、利用者の懇親の場になっている。                           | 今後の継続             |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 地域の皆さんに認知症を分かって頂くためキャラバンメイト研修を受け入れている。ホーム内の見学、相談等気軽に電話でも対応している。      |   |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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 | 自治会長、民生委員、ケアプラザ、利用者、家族、スタッフとで実際のサービス、評価への取り組み状況等報告、話し合いで意見を頂き活用している。 | 自治会長・民生委員（2名）・包括支援センター・ご家族からなる運営推進会議は3カ月に一度の割合で定期的に行われている。長年行っていることから、メンバー間での忌憚のない意見交換が行われ、ホーム運営上の参考になっている。会議終了後利用者と一緒におやつを食べるのが定番となっている。別にケアプラザ主催のグループホーム会議にも出席している。 | 今後の継続             |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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           | 運営推進会議にも参加頂き実情やケアサービスを伝えながら他の事業所での事例も含めアドバイスを頂いている。                  | 生活保護者の利用者もおり、区役所との連携は、密接である。区役所主催の研修会・事例研究会などにも声をかけて頂き、出席している。運営推進会議にも時に参加頂き、実情やケアサービスを伝えながら他の事業所での事例も含め、アドバイスを頂いている。   | 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<br>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 | 身体拘束をしないケアをスタッフ理解しており利用者の状態を理解し本人の希望を重視している。                      | 身体拘束のないケアは実践されている。利用者の希望を重視して、認知症であることを認識し、「利用者に振り回される」ことを受け入れ、利用者の要望を出来る限り実現できる心がけている。フロア・玄関のドアとも日中は、施錠されていない。夜間は、防犯上施錠している。言葉の問題については、上から目線で話すことの無いよう特に注意している。 | 今後の継続             |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 研修には必ず出席をしレポート作成と共に他スタッフへ報告。理解した上で虐待の見逃しに注意、予防に努めている。             |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 成年後見人制度について研修を受けその内容をレポート作成と共に他スタッフへ報告。理解した上で必要になった際活用出来るようにしている。 |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約前に十分な説明、納得をした上で契約書、重要事項説明書にサイン、印を頂きご家族へお渡ししている。                 |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 茶話会、家族会など話しやすい雰囲気の中で引き出し職員会議で検討、運営へ反映させている。外部評価、運営推進会議を実施している。    | 茶話会、家族会など話しやすい雰囲気の中で引き出し職員会議で検討、運営へ反映させている。日頃のご家族との面会時にも、ご家族には、個人ノートを見せ、ご意見を頂くようにしており、具体的要望が出た場合は、カンファレンスを開き、改善に繋げる場合もある。利用者の意見については日頃から聞くように努め、記録に残している         | 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 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | スタッフが意見や提案を出しやすい雰囲気を作っている。たとえば、休憩時間の確保・会議開始の時間変更の実施。            | 職員よりの意見は、「気づきノート」を活用して月2回のケース会議での聞き取りが基本である。月一度行われる職員会議及び睦荘も入れた全体会議でも、職員の意見・要望は、提出され、検討・反映されている。スタッフが意見や提案を出しやすい雰囲気を作るようにしている。 | 今後の継続             |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 各スタッフの実績、努力を見極め給料等に反映させている。また、働きやすい環境作りを整えるためスタッフとの話し合いの場を設けている |  |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 研修等平等に参加の機会を作っている。研修参加報告と共にホーム内で勉強会を実施している。                     |  |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 他グループホームとの現場研修や連絡会を通してネットワークを広げ、意見や情報交換を行っている。                  |  |                   |
| 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<br>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        | 個別対応にて、ゆっくり時間をかけて本人の心情を把握し、安心して穏やかに過ごせるような環境作りを心掛けている。          |  |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | 相談しやすい雰囲気作りを心掛けている。要望等面談、電話等いつでも対応に応じ関係づくりに努めている。                    |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている | 本人、家族の相談を受け止め、必要な支援を見極めるよう努めている。そのため、入居前の情報を家族に確かめ、何が必要な支援なのか見極めている。 |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 一人ひとりの出来る事を見極め一緒に調理や洗濯物たたみなどして頂いて、信頼関係を築いている。                        |  |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 面会に来やすい明るい環境作りをしている。家族からの情報、ホームからの報告を密にする事で共に支えて行く関係を築いている。          |  |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 馴染みの人が気軽に訪問できる環境を提供。外出も自由でこれまで大切にしてきた人や場所が途切れないよう支援している。             | 利用者の知人が来訪した場合は、ご家族に連絡・確認を取った上で、面談いただいている。常に、馴染みの人が気軽に訪問できる環境を提供するよう努めている。入所前からの編み物・人形作り等の趣味等は、そのまま続けられるよう支援している。また月一回のホーム行事を利用して、利用者の馴染みの場所にドライブする場合もある。 | 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<br>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                 | 円滑にコミュニケーションが取れるよう配慮している。お手伝い等分担して、みんなで協力しあえる環境作りをしている。 |  |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 季節の挨拶状を出している。相談にはいつでも受け入れ相談機関の提示をしている。                  |  |                   |
| 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<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                       | 本人の意向になるべく近づけるよう支援している。そのためにも、ケース会議で全スタッフ把握するよう努めている。   | 居室担当を中心として、個別対応を行うことで利用者本人の希望を聞き、ケース会議で検討してご本人の希望を叶えるようにしている。その為にも、ケース会議で全スタッフ把握するよう努めている。 | 今後の継続             |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 本人、家族へ今までの生活歴等確認と、前の所のサマリーを参考にしその方に添うよう支援している。          |  |                   |
| 25                           |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている                                  | 一人ひとりの小さな気づきを見落とさず全スタッフで介護計画を作っている。                     |  |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|--|---|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 本人、家族から意見要望を聞きケース会議で話し合い介護計画書に取り入れている。家族から同意書を頂いている。                  | ICF方式を取り入れて、「利用者がベストの状態でいられる」ことを常に職員が考え、家族から意見要望を聞き、月2回のケース会議で検討して介護計画書が作成されている。 | 今後の継続             |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 毎日の申し送り、個別記録をスタッフ間で情報を共有し実践や介護計画に活かしている。全スタッフでアセスメント、モニタリングを作っている。    |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | ニーズに合ったケアが出来るように本人、家族と話し合い納得の出来るよう支援している。                             |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 地域の方々のご理解を頂き有意義な毎日をご過ごすように支援している。                                     |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                    | 毎週訪問看護、月2回の訪問ドクターを受け家族の希望する病院がある場合はそちらへ通院して頂いている。家族対応の際は経過をメモして渡している。 | 月2回の三平クリニックの往診を受け、ご家族の希望する病院がある場合は、そちらに通院して頂いている。訪問看護・訪問歯科は、毎週1回来ている。            | 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<br>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                      | 毎週訪問看護を受けている。気づきを看護師に伝えられるように医療連携ノートを利用している。希望者には訪問ドクターを提供し同様に医療連携ノートを活用している。                   |   |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 訪問ドクターから入院先へ紹介状を渡し情報交換をしている。家族、病院、訪問ドクターと連携を取り早期に退院出来るような環境を作っている。                              |   |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 本人、家族、ドクター、スタッフで話し合いを持ち十分検討しながら最善の方向へ進めるように支援している。  | 看取り介護を受け入れる方向で、準備している。看取り介護で有名な先生の研修を受ける等して、職員の共通認識の確立を図っている。本人、家族、ドクター、スタッフで話し合いを持ち十分検討しながら最善の方向へ進めるように支援している。   | 今後の継続             |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 状況に応じて出来る限りの応急処置を行っている。全スタッフが落ち着いて対応出来るようにマニュアルを作成している。また、訪問看護師へ連絡、的確な指示を仰いでいる。                 |   |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 定期的に避難訓練を地域住民参加にて行っている。その際近隣の方が避難誘導の手助けや炊き出しの協力体制ができています。緊急時に迅速に動けるようにマニュアルを作成し全スタッフ目を通して行っている。 | 理事長が、地域の消防団に関係していることもあり、消防団・自治会の協力を得て、年2回の避難訓練は、夜間想定も含めて、地元住民の参加も得て、有効裡に行われている。その際、近隣の方が避難誘導の手助けや炊き出しの協力体制が出来ている。緊急時に迅速に動けるようにマニュアルを作成し、全スタッフ目を通して行っている。東日本大震災以降、備蓄には留意し、水、乾パン、アルファ米、毛布、缶詰、衛生材料、サランラップなど準備した。 | 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<br>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                 | 傾聴を心掛け本人の伝えたい事を理解し、利用者にあった言葉かけや対応をしている。特にトイレへの声掛けには、十分気を付けている。                | 利用者の人格を尊重し、利用者の声・訴えを聞く事を重視している。居室担当を中心に、日中・夜間を問わず、職員が、利用者と一対一で、コーヒーを飲みながら、静かな落ち着いた環境下で意向を聞くなどの工夫もしている。特にトイレへの声掛けには、十分気を付けている。     | 今後の継続             |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 利用者の思いや希望を引き出せるようスタッフ関わり、自身で決定できるよう工夫している。                                    |   |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 利用者の思いや希望を引き出せるようスタッフ関わり、自身で決定できるよう工夫している。好みを尊重し本人のペースを大切にしながら希望に添えるよう支援している。 |   |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 一人ひとりの好みを知りその方に合った「おしゃれが楽しめるように支援している。希望者には2ヶ月に1度ホームにて散髪、顔そりをしている。            |   |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 利用者と献立を考えたり下準備のお手伝いをして頂いている。出来る範囲で片付けもして頂いている。                                | 献立委員が利用者の意見の取り入れ、1週間の献立表を作り、食材の買い付けは、週3回利用者と共に買い出しに行っている。メニューは1F、2F同じで買い物も一緒に行く。利用者の中には、料理作りを楽しんでいる方もおられる。誕生日会では、手作りケーキを食べることもある。 | 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<br>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                 | 利用者の状況に合った調理方法を取り入れ食べる量のチェックをしている。また、薬により食べてはいけない物の把握と代替えを用意している。水分量にも気をつけ夜間の水分補給をしている。 |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                         | 見守り、介助にて毎食後の歯磨き、夜間の義歯洗浄を行っている。また、訪問歯科医による口腔ケアを行っている。                                    |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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          | 入居時はリハビリパンツ・パットを使用していたが排泄パターンをスタッフ把握する事で自力排泄が出来るようになりリハビリパンツを外す事に成功した。                  | その人に合わせた排泄処理を考慮している。排泄の感覚が分かる人には、排泄サイクルを把握、定期的な声かけで、トイレでの排泄を支援している。夜オムツの方でも、日中は、リハパン・パットで、トイレ排泄を実行している。入居時はリハビリパンツ・パットを使用していたが、排泄パターンをスタッフ把握する事で自力排泄が出来るようになり、リハビリパンツを外す事に成功した。 | 今後の継続             |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 便通の良くなる食べ物や水分に気をつけ適度の運動を取り入れている。排便チェックを行い場合により腹部マッサージをしスムーズに排便出来るように工夫している。             |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 毎日の体調を把握し、本人の意思を尊重している。入浴の仕方、温度など本人に合わせた支援をしている。  | 月・水・金が入浴日、火・木・土は外出・買い物と決めており、週2回の入浴を基本としている。毎日の体調を把握し、本人の意思を尊重している。入浴の仕方、温度など本人に合わせた支援をしている。  | 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<br>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  | 日中外へ出て軽い運動やレクへの参加を呼び掛け気持ちよく眠れる工夫をしている。ソファでうたた寝をしていれば、毛布を掛け風邪を引かないように対応している。 |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 服薬時必ず手渡し飲み込むまで見守りを行っている。薬の目的、副作用等スタッフ把握し往診時ドクターへ報告している。                     |  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 一人ひとりの得意な事、好きな事を把握し生活の中に取り入れて支援している。  |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | ドライブ、買い物等行事を取り入れている。家族と協力しながら本人の希望に添えるよう努めている。墓参りを希望され対応している。               | 周囲は交通量が少なく富士山が見える絶景ポイントもあり、散歩は、毎日のように行われている。月一度のホーム行事では、ドライブ・外食・買い物ツアーなど、利用者の希望を入れ、家族と協力しながら行っている。初詣・鯉のぼり・七夕なども戸外での行事も楽しんでいる。外食は月1回、行事として決めている。カラオケはSIDAX、招き猫などへ行っている。 | 今後の継続             |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 家族了解の元本人がお金を所持している。自由に買い物出来るよう支援している。出来ない方には、スタッフ管理にて一緒に買い物に行き支払いの代行をしている。  |  |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 電話機を居室に設置している方もいる。手紙の返事を自ら書いている方には一緒に投函に行っている。                                   |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 朝日が直接顔に当たらないようにカーテンを利用したり水の出し過ぎ、スタッフの声の大きさなど気を付けている。食事中は音楽を流している。使い慣れた食器を使用している。 | 朝日が直接顔に当たらないようにカーテンを利用したり、水の出し過ぎ、スタッフの声の大きさなどに気を付けている。食事中は音楽を流してゆったりと食し、使い慣れた食器を使用している。職員も同席して、食事をするという家庭的な雰囲気を大事にしている。食事中は、歌謡曲のBGMなどを聞きながら、楽しく食事していたのを確認できた。 | 今後の継続             |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | フロア以外にベンチを置きゆっくり過ごせるように工夫している。木の椅子より柔らかいソファを皆さん好み良い居場所になっている。                    |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 使い慣れた家具類を入居時に持ち込み、今まで本人が住んでいた状況に近い状態で安心して過ごせるように工夫している。                          | 使い慣れた家具類、仏壇などを入居時に持ち込み、今まで本人が住んでいた状況に近い状態で、安心して過ごせるように工夫している。利用者がそれぞれ雑巾を持ち、拭き掃除を利用者全員で行っている。  | 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<br>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  | 日常の中気付いた事を記録に残し「出来ること」「わかること」を活かせるよう支援している。                                      |   |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム朋友

作成日

2012年2月18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 |
|------|------|-------------------|------------------------------|--|------------|
|      |      | 入居者さんの好みに合った献立    | 一人一人の好きな食べ物を日々のメニューに取り入れていく。 | 献立委員会にて献立会議を行い、入居者の食べたい物を取り入れ、バランスの良い食事を提供する。(昨年災害で対応出来ず。今年実施) | 1年         |
|      |      | 家庭菜園の充実・季節の花の植え替え | 土とふれあう自然な生活を目指す。             | 家庭菜園に入居者さん大変喜び、引き続き実施  | 1年         |
|      |      |                   |                              |  |            |
|      |      |                   |                              |  |            |
|      |      |                   |                              |  |            |

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 朋友 |
| ユニット名 | かめ         |

| V アウトカム項目   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| 56<br>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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない  |
| 57<br>利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | <input type="radio"/> 1, 毎日ある        |
|   | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|   | <input type="radio"/> 3, たまにある       |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 59<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 61<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 62<br>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。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 63<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と    |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどできていない  |
| 64<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように    |
|  | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|  | <input type="radio"/> 3, たまに         |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 65<br>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。<br>(参考項目：4) | <input type="radio"/> 1, 大いに増えている    |
|  | <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている   |
|  | <input type="radio"/> 3, あまり増えていない   |
|  | <input type="radio"/> 4, 全くいない       |
| 66<br>職員は、活き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が    |
|  | <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 67<br>職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 68<br>職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |



| 自己評価       | 外部評価 | 項 目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------|------|--|--|------|-------------------|
|            |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I 理念に基づく運営 |      |  |  |      |                   |
| 1          | 1    | ○理念の共有と実践<br>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                     | スタッフは常に理念を携帯し、理念を目標とし、それに沿ったケアが出来るよう日々話し合っている。(ケース会議、ミニカンファレンス等) |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 自治会に入会し、行事等への参加も積極的に行い、地域との交流を深めている。また日常的に挨拶を交わしている。             |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 自治会や地域の方々の見学、相談をお受けしている。また、認知症に関する啓発運動や予防事業も行っている。               |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 運営推進会議を開会し、そこでの意見等を検討し、話し合う場を設け、改善に努めている。                        |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる           | 運営推進委員の参加、徘徊ネットワークへの加入等で実情や取組みを理解して頂いている。話をする場を設けている。            |      |                   |

| 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<br>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 | 身体拘束を行わないということを全てのスタッフが理解しており、身体拘束のないケアを実践している。                                     |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 研修等に積極的に参加し、その知識をスタッフが共有できるよう、勉強会を開いている。  |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 研修等への参加、勉強会の実施等でスタッフ全員が理解し、ご利用者それぞれに対しての必要性を話し合う場を設けている。                            |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 面接の際、一つ一つの事柄に対して細かく説明し、ご家族やご利用者に不安の残らないよう納得していただけるまで話をしている。                         |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている   | ご家族・ご利用者の意見や苦情をいただくノートを設置している。また、ご家族の意見を聞く場も設けている。何かあった場合には、その都度カンファレンスを行い改善に努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 日常の会話・行動の中から、苦情・意見などを聞き、または見つけ個人との話し合いの場を設けている。それでも解決しないときは、会議を開き解決策を見つけている。 |      |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 各個人の実績・努力等を見極め、給与等に反映させている。また、働きやすい環境作りのためにスタッフとの話し合いの場を設けている。               |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | さまざまな研修・勉強会に平等に参加できるよう、機会を作っている。またホーム内でも勉強会を実施している。                          |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 他のグループホームとの相互研修やグループホームの連絡会を通じてネットワークを広げ、意見や情報交換を行なっている。                     |      |                   |
| 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<br>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        | 個別対応を行いゆっくり時間をかけて本人の心情・状況を探り把握し安心して穏やかに過ごしていただける環境作りに常に取り組んでいる。              |      |                   |

| 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<br>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     | ご家族との連絡を蜜に取り意見等を聞く機会を設けている。<br>(電話や来訪時等)                                 |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 経過記録を記入し常に最善の状態が保てるように支援している。又状況に合わせてその都度カンファレンスを行なっている。                 |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 共通の話題を提供しながら会話に参加できるよう工夫している。調理の仕方・味付けなど昔の生活の知恵を教わりながら一緒に行う事で信頼関係を築いている。 |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | ご意見ノートを作成している。投げかけられた疑問・不満・意見に対してのカンファレンスを行いスムーズな回答を心がけている。              |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 会いたい人にはできるだけ会い、行きたいところにも出かけられるようご家族と相談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 |
| 21                           |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | 定期的に席替えを行い全員が円滑にコミュニケーションを取れるよう配慮。また、料理や掃除など共同で行う事で仲間意識が生まれ協力し合えるような環境作りを行なっている。 |      |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | いつでも対応できるよう関係を続けるようにしている。  |      |                   |
| 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<br>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。                       | 個別対応を行う事でご本人の希望を聞き、ケース会議で検討しできるだけご本人の希望をかなえている。                                  |      |                   |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | ご家族にバックグラウンドを聞くことと、以前住んでいた所のサマリーを参考にしながらご本人にも話を聞き把握できるよう努めている。                   |      |                   |
| 25                           |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 毎日の申し送り・経過記録・観察等で把握している。   |      |                   |

| 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<br>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・スタッフそれぞれ話し合いの場を設け、ケース会議を行い状況に合わせたサービスを提供している。   |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日常の申し送りや経過記録、気付きノート又、夜勤専従ノートにより、夜勤帯だけのスタッフにも状況が把握できるようにしている。状況に合わせてその都度話し合い最善のケアが出来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<br>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             | 変化していく状況を把握しニーズに沿ったケアが出来るように話し合い必要なサービスを提供できるように心がけている。                                       |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | ご利用者の有する能力に応じ地域資源を利用し楽しく毎日を過ごしていただけるように支援している。また地域の方々にもご理解いただき安全にも十分配慮している。                   |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                    | 月2回の訪問医がいる事と提携先の病院があることは伝えているが、ご本人・ご家族の希望する病院がある場合にはそちらを優先し常に適切な医療を受けられ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<br>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                      | 医療連携ノートを中心に訪問医と訪問看護師の指示を受けている。また日常の気づきを連携ノートに記入するようにしている。                |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | ご家族からの情報を元にご利用者と面会し退院時期等はご家族と病院と連絡を取り相談の上で決定している。                        |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | ご家族と早い段階で終末期のあり方を話し合っている。  |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 事故・急変時には訪問看護師へ速やかな連絡を行い指示を仰ぐ。また応急処置の講習も定期的な受け、スムーズに対応できるようにマニュアルを作成している。 |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 定期的に災害時訓練を行なっている。  |      |                   |

| 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 |
| 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<br>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                 | 人格を尊重しご本人の返答能力に応じた会話やさりげない言葉かけを心がけている。             |      |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | ご利用者の思いや意見を引き出せるような声掛けやご自身で決定できるような誘導をさりげなく行なっている。 |      |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | ご利用者が自由に自分のペースを保ちながら暮らせるように希望に沿って支援している。           |      |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 一人一人の好みを聞きその人に合ったおしゃれを楽しめるよう支援している。                |      |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 家庭的な食事に近いようにご利用者の食べたいものを聞いたり、一緒に切り方や盛り付けを工夫する。     |      |                   |



| 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<br>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                 | 高齢者なので塩分や糖分の取りすぎに注意しながら柔らかく食べやすいように調理している。水分は不足しないよう常に心がけている。                     |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                         | 毎食後の口腔ケアや夜間の義歯洗浄を行なっている。訪問歯科医による口腔チェックケアを行っている。ホーム内でも常に一人一人の口腔状態に気を配っている。         |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている          | 排泄チェックでご利用者の排泄サイクルを把握し定期的な声掛けや誘導を行なっている。出来るだけ自力で排泄が出来るように支援している。                  |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 排便チェックで個々の排便の有無を把握し軽い運動や食事の工夫・水分摂取等に気をつけて便秘の予防に心がけている。                            |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 毎日の体調を把握しご本人の意思も尊重しながら一人一人のペースに合わせくつろいだ入浴が出来るよう支援している。入浴剤等も利用してリラックスできるように心がけている。 |      |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | ホームの一日の生活時間に合わせ個々に合わせた安眠策をとっています。  |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | お薬ノートを作成していて、ドクターとご家族と相談して服薬の確認をとっている。また、体調のチェックを行い状況に合わせることを全員が理解・把握している。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 個々の得意とすることを把握して、それぞれが楽しめるように支援している。  |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | ホームの中だけではなく庭に出て陽を浴びたり花を楽しんでいる。定期的買い物ツアーをしたり、全員で外食する事もある。                   |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 金銭管理のできる方は、個人の財布を所持し支払いも自分でしていただいている。出来ない方はスタッフが管理し支援し代行している。              |      |                   |

| 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<br>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   | ご利用者が手紙や電話を日常的に利用できるようにプライバシーに配慮しながら支援している。また、手紙の代筆・代読・筆記等介助している。                             |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | リビングにはソファを置きトイレはいつも清潔に気をつけ、食器も陶器にし暖かい雰囲気を作ることを心がけている。廊下・台所等足元はいつも整頓し転倒しないよう壁等も季節にあったものを飾っている。 |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | 一人一人が自由に行き来をし、ご利用者同士で話しをしている。また、会話に入れない人もいるためスタッフがいつでも声掛けをし気をつけてます。                           |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時にご本人が使い慣れた家具等を持ち込み毎日の掃除で清潔にし部屋の中も快適な温度に保ち自宅でくつろいでいるような気分になれるよう心がけている。                      |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | 転倒防止の為、床はバリアフリーにし廊下には手すりを付け照明も明るくしている。  |      |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム朋友

作成日

2012年2月18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 |
|------|------|-------------------|------------------------------|--|------------|
|      |      | 入居者さんの好みに合った献立    | 一人一人の好きな食べ物を日々のメニューに取り入れていく。 | 献立委員会にて献立会議を行い、入居者の食べたい物を取り入れ、バランスの良い食事を提供する。(昨年災害で対応出来ず。今年実施) | 1年         |
|      |      | 家庭菜園の充実・季節の花の植え替え | 土とふれあう自然な生活を目指す。             | 家庭菜園に入居者さん大変喜び、引き続き実施  | 1年         |
|      |      |                   |                              |  |            |
|      |      |                   |                              |  |            |
|      |      |                   |                              |  |            |

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。