

<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

I. 理念に基づく運営	項目数	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	1492100043
法人名	株式会社 白寿会
事業所名	グループホームふあいと山崎の里
訪問調査日	平成26年1月21日
評価確定日	平成26年2月28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	1492100043	事業の開始年月日	平成19年8月1日
		指定年月日	平成19年8月1日
法人名	株式会社 白寿会		
事業所名	グループホームふあいと山崎の里		
所在地	(〒 247-0066) 鎌倉市山崎560番地		
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26年1月2日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月31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	株式会社 R-CORPORATION
----------	--------------------

【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)】

・「人を知る」ことから、再度取り組みを行っています。
この方にとって「望み」「楽しみ」「安心感」を探り、「チームで行う」事を目標としています。食を味わい、目で楽しみ、体で季節感を感じられるよう、その方に合わせた暮らしが出来るよう、支援しています。

【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26年1月21日	評価機関 評価決定日	平成26年2月28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)】

①このホームの経営母体は、株式会社白寿会です。同系列の医療法人社団 平平会経営の事業所も併せて、法人グループは、有料老人ホーム「はなみずき」やグループホームを8事業所、運営しています。この4月には、このホームと同じ鎌倉市内にグループホーム・小規模多機能・訪問看護の機能を持つ複合施設を開業予定です。このホームは、JR大船駅から徒歩でも15分の所で、湘南モノレールの最寄り駅からは徒歩5分の所に位置しています。大手の大きな工場が近くにありますが、近年は、周囲が住宅地になり、その一角の静かな環境下にあります。

②管理者の方針で、ご家族との交流に力を入れています。日頃の来所を歓迎すると共に、年4回の家族参加の行事(バス旅行・夏祭り・敬老会・クリスマス会)には、多数のご家族に参加頂き、利用者との楽しい交歓の場になっています。特にバス旅行は、利用者の重度化が進み、ほぼ全員が車椅子対応にも拘わらず、ご家族・職員・ボランティアの協力により、全員参加(去年はズーラシア)を実現しています。昨年2回目の利用者によるファッションショーは、利用者・ご家族に好評で、今年の3回目から「母の日」に日程を固定化し、参加グループホームも増え、当初の6事業所から9事業所になる予定です。地域との関係も、町内会長・民生委員の多大なご協力を頂き、ホームの夏祭りには、地域の住民の参加も毎年増え、盛大に行われ、一方では、地域の住民をホームに招いての認知症の講演会も開催しています。近隣住民からは、継続的に古着をカットしたものをウエイスト用として提供頂き、重宝しています。行事毎にボランティアによるフラダンス・マジックショーや、地域の老人会による踊りの披露なども行われており、利用者の楽しみとなっています。

③ケアについては、数年前に職員で作上げた4項目の基本理念が、職員の入れ替わり等もあり、形骸化を懸念し、管理者は会議で議題に取り上げ、再度認識を新たにしている試みを行っています。また、重度化による介護サービスの業務の中、つい起こりがちなスピーチロックを常に意識し、介護サービスに臨む事の再認識を図り、職員と共に取り組んでいます。

【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	グループホームふあいと山崎の里
ユニット名	あおぞら

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (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	職員で作成した事業所理念を提示することで意識を高めている。また、地域住民に「認知症とは」の講習会を実施し理解を深めている。	数年前に職員で作成した4項目の事業所理念を事務所に掲示することで意識を高めています。職員の入替わりもあり、理念が形骸化している面も見られるので、理念の再確認を行う為、毎月の職員会議で各項目を取り上げて、振り返りの機会としています。	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	町内会長・民生委員の協力を得て、地域企業のイベントに参加しています。また、行事（年一回）に近隣住民に参加して頂きふれあいの機会を設けています。（親子の参加が年々、増えています）	町内会長・民生委員の協力を得て、地域企業のイベントに参加したり、老人会の踊りの披露をして頂いたりしています。地域の方々をお呼びして「認知症とは」の講演会を実施し、今後も定期的に開催する予定です。ホームの夏祭りには、近隣住民に参加頂き（特に親子の参加が年々増え）、触れ合いの良い機会となっています。	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	町内老人会の慰問の受け入れやホーム開放を実施することで少しでも理解していただけるよう努めています。			
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	推進会議は、2ヶ月に1回実施しています。「町内会長・民生委員・鎌倉市役所・地域包括センター・ご家族様代表」の構成で、ご利用者様の状況や行事を報告し、意見や外部情報を得てサービス向上を図っています。	運営推進会議は、2カ月に1回定期的に行われ開催されています。町内会長・民生委員・行政・包括支援センターの参加を頂き、ホームの現状報告に対して、参考意見を頂いたり、地域の行事や介護情報等の外部の情報を得たりして、介護サービスの向上を役立っています。	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	鎌倉市主催の地域密着型サービス連絡会を定期的に行い連携を深めています。現在は主にメールにて情報提供や報告等で一層の取組みを図っています。	鎌倉市主催の地域密着型サービス連絡会に定期的に参加し、連携を深めています。地域の他のグループホームと合同で行う利用者をモデルにしたファッションショーは好評で、最初6事業所でスタートしたのが、今年は、3回目で母の日に9事業所合同で行う計画です。	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	玄関・各階出入口に、一般家庭用の施錠を行っています。無断外出により危険を余儀なく実施となる。「月・水・金」はホーム開放により玄関の施錠は解除しています。身体拘束は、3ヵ月に1回会議を持ち廃止する方向性で検討を重ねています。	「月・水・金」は、地域の住民にホームを開放している為、玄関の施錠は解除していますが、他の日は、無断外出による危険を防止するため、余儀なく施錠を行っています。身体拘束については、3ヵ月に1回会議を持ち、言葉の問題を含めて、廃止する方向で検討を重ねています。	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	講習会は積極的に参加するよう提供し、資料は全員に配布し理解を深めています。「言葉の暴力」防止に力を注ぎ、職員同士で見過ごすないように徹底指導しています。		
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	講習に参加した資料は全員に提示して理解・活用に用いています。現在、後見任・保佐人と身近で対応をすることで、実践で少しでも理解に向けています。		
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	契約時に、運営規定・重要事項説明書を提供し理解・納得していただいてから同意を得ています。また、疑問等は電話での対応も行っております。		
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	ご利用者様・ご家族様からの意見は直接聞き入れ、苦情や要望があった場合は改善に向けて取り組んでいます。要望・経過として書類に残しています。また、玄関には意見箱の設置や苦情相談窓口とした外部申立機関を提示しており、全員で共有して改善に努めています。	ご家族からの意見は、来所時や電話にて直接聞き入れ、苦情や要望があった場合は、パソコンに色を変えて書き込み、職員が一目で分かるようにしています。出された苦情や要望は、直ぐに検討し、改善に向けて取り組んでいます。苦情相談記録帳にも要望・経過・結果は、記録しています。	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
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	職員の意見・相談等は個別対応をしています。提案は、会議で聞く機会を設け話合える場としています。	職員の意見・相談等は、日頃より個別対応で対処しています。職員の意見・提案は、毎月のユニット会議前に設け、管理者に提出する仕組みとし、それをユニット会議の議題として取り上げ、検討しています。各職員は年1回自己評価表・要望事項を法人本部に提出する機会もあります。	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	自己評価で、個々の意見やアピールの場を設けて実績を評価できる体制を整えています。回答もあり、向上心につながるよう努めています。		
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	法人内研修は3ヵ月に1回開催し、誰でも参加できる体制を整えています。外部研修・講習も常に提示し参加することでステップアップにつなげています。資料は活用できるように提示して共有しています。		
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	新人研修として、法人内施設研修を実施しています。また、外部研修を通じて同業者との交流を深め情報交換により質の向上を図っています。		
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	入所前にご利用者の経歴・要望等を職員に周知しています。また、ご家族様からの要望も聞き入れながら支援方針を決定します。ご本人様を知ることによって安心して生活が送れるよう援助を提供します。		

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
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	ご本人様・ご家族様からの要望を考慮してケアプランを作成します。また、了承を得てからサービス開始としています。		
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	作成したケアプランに沿い、実施と共に現在必要と思われる他のサービスを医療機関と検討しながら出来る限りの要望を受け入れています。		
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	ご本人様の出来ることを大切に無理のないよう家事（掃除・食器洗い・洗濯物たたみ等）を共に行っています。自分の役割をもつことにより自信と居心地のよい環境づくりをしています。		
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	ご家族様の来所時は、希望に応じて団欒の場を設けています。ご家族様に状況提供し、ご協力の範囲で共に支援する姿勢で取り組んでいます。		
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	外部者様との交流として、電話・来所も出来る限り自由に行えるように支援しています。知人様との外出は、ご家族様の了承にて顔なじみの交流も大切にしています。	外部の利用者の馴染みの方々との交流については、電話や来所が出来る限り自由に行えるように支援しています。利用者の顔馴染との交流も大切にしています。知人との面談や外出も支援していますが、事前にキーパーソンの了承を得るように配慮しています。	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
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	誰でもが自由に交流できる場所を提供して会話を楽しめる環境をつくっています。食事は全員で所定の場所にて顔合わせすることで安心感をもてるようにしています。		
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・病院等に移る際は「看護・介護サマリー」を提供します。また、医療機関と相談してご家族様の希望に副えるよう必要に応じて支援しています。退所（契約終了）後の責任においては行っておりません。		
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。	ご利用者様の生活歴を重視し、ご家族様より生活に対する希望を伺います。また、ご本人様の意思を確認しながら検討しています。	利用者の生活歴を重視し、ご家族より生活に対する希望を伺い、ご本人の意思を確認しながら意向を汲み取り、応えています。自立度の高い利用者とは買い物に同行したり、編み物の得意な方には、毛糸を用意したり、写真や飾り付けが好きな方には、部屋中自由に飾って頂いています。	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	ご家族様・担当ケアマネより、今までの生活状況を提供して頂き、入所前に職員全員に周知共有しながら支援の参考にしています。また、配慮しなくてはならない事項は、医療機関も含め把握しています。		
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	健康状態は毎日、血圧・食事・排泄の記録を行い体調管理を実施しています。一人ひとりの過ごし方は、個人記録をつけることで全員で把握しています。		

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	
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	基本は、半年に1度ケアの見直しを実施しています。状況に応じては再度見直しを行い、職員全員のアセスメントを基に介護計画を作成しています。	基本的には、半年に1度ケアプランの見直しを実施しています。毎週一度、ユニット毎に個々の利用者とのミニカンファを行い、情報を蓄積しています。見直しの際には、職員全員が利用者のアセスメントを提出し、それに基づきケアプランの見直し案を作成し、会議にて検討の上、決定しています。	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	毎日、変化を見逃さないように記録に残しています。また、申し送りを徹底し情報の共有を図っています。記録には、一日の介護計画実施状況の有無にて見直しの際に反映につなげています。			
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	週1回のカンファレンスで生活上の課題を取り上げ改善できる工夫を重ねています。ご家族様の意見も記録に残し出来る限りの要望に応じられるよう検討をしています。			
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	ご本人様の心身・体力を考慮しながら、地域への参加を積極的に図っています。必ず、職員または家族様の付き添いにて安心して外出できるよう支援しています。			
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	ご家族様の希望を尊重して医療機関を選んでおります。定期往診も提携医療機関以外も受入れており、週1または週2の往診により健康管理を実施しています。外来受診の場合は、基本はご家族様対応となっています。	ご家族の希望を尊重して、医療機関を選んで頂いており、従来のかかりつけ医をそのまま維持している利用者も多いです。提携医療機関は、毎週一度往診に来訪し、健康管理を実施しています。別途、法人の看護師にも週一度来ています。歯科医については、昨年11月より市内の訪問歯科（口腔ケアも含む）に変更し、毎週一度受診しています。	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	週1回または月2回の指定看護師巡回により情報を共有しています。看護師と主治医の連携により適切な看護を図っております。また毎日、ご利用者様の状態を介護日報で報告とし24時間体制のオンコールで適切な指示を仰いでいます。		
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。	入院時は、既往歴や処方薬等の記載されているサマリーを提供しています。退院に向けては、ケースワーカー・ご家族様を交えてホームに戻ることを前提に話し合いを持ち十分納得できるよう進めています。帰所後の医療・介護に備えて主治医より情報提供書を頂き連携を図っています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、ご家族様と面談を持ち今後の方針を検討します。終末期においては、ご家族様の希望を重視して医療関係・ご家族様・ホームとで支援内容を説明・同意後に計画書を作成します。方針は職員全員で共有しながら取り組んでいきます。	終末期においては、ご家族の希望を重視して、ご家族・医療機関・看護師・ホーム間で支援内容を検討し、同意後に計画書を作成します。看取りの実績はあり、重度化が進んでいる現状、今後も看取りについての方針を職員全体で共有しながら、条件が整えば、看取り介護に取り組む意向です。	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	法人内研修で救急法の講習を定期的受講しています。資料を提供し内容を共有しています。また、応急手当は毎月のユニット会議で実践を勉強中です。		
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、消防避難訓練を実施しています。災害時の避難場所は各階に提示しており全員に避難通路は配布して確認をしています。職員間では連絡網を利用して緊急時を想定しての訓練も行っています。地域住民の協力体制を充実させており、非常時に備え食料等の備蓄品を玄関先に備えている。	年2回消防避難訓練を実施しています。災害時の避難場所は、各階に掲示され、全職員に避難経路マップを配布しています。昨年11月には、ホーム独自の避難マニュアルを作りその訓練を実践しました。緊急時の連絡網の連絡訓練も抜き打ちで行い、どのくらい時間がかかるかも計測し、振り返りも行っています。災害時の近隣住民2名の協力体制も確立されています。玄関に非常用食料・日用品の備蓄品も保管されています。	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	個々の生活に応じて適切に実施しています。会議で「接遇」を定期的に行い言葉の大切さを周知徹底しています。	利用者の人格尊重の為に、「接遇」については、職員会議でも定期的に取り上げ、「赤ちゃん言葉」「さげすんだ言葉」を使わぬよう事務所にも掲示して、職員に言葉の大切さを周知徹底しています。「マイナスのかかわり方」と「プラスのかかわり方」の全項目から各職員がそれぞれ心当たり項目を取り上げ、全職員一人一人に振り返りの機会としています。	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	職員の都合にならないように本人の意思確認を行っています。その際に自己決定が出来るよう促すなど手助け支援しています。			
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	ご本人様の体調を考慮しながら、個々の要望に副えるよう支援します。何を望んでいるかは言動からキーワードを探し希望を見出しています。			
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	基本は、ご本人様の意思にお任せしています。意思決定が難しい方は、無理のないように声かけと介助でお手伝いしています。理容は、2ヶ月に1回の訪問理髪を利用していますが、ご希望により外部理髪も配慮しています。			
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	個々の体調や好みを考慮しながら食事形態を提供しています。準備・片付けは、無理のないように職員と一緒にしています。楽しみとして日曜日の朝食にパンを取り入れています。	メニューと食材手配は、業者をお願いしていますが、個々の体調や好みを考慮した食事形態を提供しています。準備・片付けは、無理のないように職員と一緒にしています。楽しみとして、日曜日の朝食にパン食を取り入れたり、個別対応で、近くのファミレスに外出に出かけたり、出前を取ったり、楽しみを支援しています。	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
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	栄養管理は、栄養士により献立を作成しバランスの良い食事を提供しています。水分は、摂取量を記録し十分に補給できるように支援します。摂取に難しい方は工夫をし健康管理を図っています。		
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	基本は、ご本人様に口腔ケアを実施していただいています。自立困難な方は、声かけ見守りで介助をしています。口腔状態に異常が生じた場合は、訪問歯科または指定歯科外来にてケアを行っています。		
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	自立で排泄が困難な方は、自尊心を考慮しながら定期的に声かけ・誘導にて介助を実施しています。排泄表に個々の記録を取り、パターンを把握しながら支援しています。現在3名の方は全介助の為。トイレ使用は行っておりません。	排泄表に個々の記録を取り、排泄パターンを把握しながら、自立で排泄が困難な方には、自尊心を考慮して定期的に声かけ・誘導を行い出来るだけトイレでの排泄を心がけています。1・2F共にそれぞれ1か所女性専用トイレを決めて、女性への配慮がなされています。	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	日課として運動を取り入れており、水分補給も工夫しています。排便の確認が不可の方は、配慮しながら声かけで確認とし、便秘症の方は、医療機関により個々に合った投薬により調整を図っています。		
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	入浴表にて均等に入浴できる工夫を行っています。時間帯は日中のみとし、ご利用者様に理解を得て実施しています。異性介助に抵抗ある方は配慮しながら、個々に合わせて安心できる支援を行っています。体調・身体に応じて強制せずシャワー等で工夫しています。	週2回を基本として、入浴表にて均等に入浴できるよう工夫しています。時間帯は日中のみとし、利用者の理解を得て実施しています。異性介助に抵抗のある方は配慮しながら個々に合わせて安心できる支援を行っています。体調・身体状況に応じて強制せず、シャワー浴等で対処しています。	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	個々に合わせて温度調整を行い健康管理を図っています。寝具は使い慣れた物を使用し、季節により用途を使い分けしながら安心できる状態を実施しています。夜間帯は、2時間おきに巡回して個々の状態を把握しています。		
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	薬は厳重に保管し、用途に合わせ一人ひとり確実に介助する体制としています。内容・用途はいつでも確認できるように個人ファイルに保管しています。薬は、準備・確認・介助とし確実に飲み込みまでを徹底し、体調管理を図っています。		
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	趣味は積極的に支援し、日常の家事は無理のないように役割を持ち自信につなげるようお手伝いをしていただいています。気分転換として、散歩・買い物・寄り添いながらの会話で楽しみをみいだしています。		
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	ご本人様・ご家族様の希望にそって、外出や外食が出来るよう支援しています。年1回は、ご家族様参加で日帰り旅行等を実施しており、その際ボランティア様・民生委員の協力を得ながら安全第一に実施しています。	利用者・ご家族の希望に沿って、外出や外食が出来るように支援しています。気候の良い時期には、付近の散歩に出かけたり、玄関脇にテーブルを出し、外気浴をしたりお茶を飲んだりしています。年1回は、ご家族参加の利用者全員の日帰り旅行（昨年ズーラシア）を実施し、その際には、ボランティア・民生委員のご協力を仰いでいます。	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	基本、お小遣いはホーム保管で、希望により買物等をしていただき算出しています。自立の方でお金を所持されている方はいらっしゃいますが、ご家族様了承でなり責任はご自分となります。一部の方は外出した際、お金で支払いできるように支援しています。		

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
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	電話は、ご本人様希望で交流できる体制をとっています。また、ご家族様の要望で取り次ぎの出来ない電話はあらかじめ確認し職員対応となり全員で把握する体制を整えています。手紙のやり取りは積極的に支援しています。		
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	玄関には季節の花を、フローアは飾りつけ等で季節感を味わえる工夫をしております。温度調整を図り、目にはやさして光で負担なく安心して暮らせるように配慮しています。	玄関には、季節の花を飾り、フロアには、季節の飾り付け等を掲示し、季節感を味わえる工夫をしています。温度調整や目に優しい光を考慮し、利用者に負担なく安心して暮らせるよう配慮しています。行事の写真写真館の名前で掲示したり、利用者の書き初めをリビングに展示したりして工夫をしています。	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	食卓は、自席が決まっていることで混乱を防ぎ馴染みの顔ぶれで安心につながっています。共用の場は、ソファを設置し自由に座りテレビを見たり、他者様との会話や楽しみの場として提供しています。		
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	ご自宅で使用していた家具等は自由に配置し、生活に混乱のないよう好みを重視して安心して過せるよう配慮しています。生活上、危険を余儀くされる場合は、ご家族様と相談しながら安全第一に設置しています。	ご自宅で使用していた家具・備品等を自由に配置して、利用者の好みを重視して、生活に混乱なく、安心して過ごせるよう配慮しています。利用者の中には、生活上危険を伴うような場合もあり、その場合には、ご家族とも相談しながら、家具等を取り除く場合もあります。	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	建物内部は常に明るく、導線は手すりや危険物を排除し安全対策を図っています。トイレ・風呂場・居室には、場所の提示をして混乱されないよう工夫しています。居室の整理整頓は出来る限りご本人様にお任せしております。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
ふあいと山崎の里

作成日

平成26年1月21日

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組み内容	目標達成に要する期間
1	1	拘束の解除	趣旨を理解した上で1つでも解除出来るように試みる。	解除に向けて、全員で納得いくよう毎月、アセスメントを実施する。	2年
2	2	ご家族様との交流	ご家族様との会話を増やしたい。	行事への参加も継続し交流の場を増やす。	2年
3	3	職員の質の向上	チームで行える介護にする。	研修・勉強会を提供しレベルアップをはかり統一性を図る。	2年

評価項目の番号を記入すること。
場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホームふあいと山崎の里
ユニット名	だいち

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (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	職員で作成した事業所理念を提示することで意識を高めている。また、地域住民に「認知症とは」の講習会を実施し理解を深めている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会長・民生委員の協力を得て、地域企業のイベントに参加しています。また、行事（年一回）に近隣住民に参加して頂きふれあいの機会を設けています。（親子の参加が年々、増えています）		
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	町内老人会の慰問の受け入れやホーム開放を実施することで少しでも理解していただけるよう努めています。		
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	推進会議は、2ヶ月に1回実施しています。「町内会長・民生委員・鎌倉市役所・地域包括センター・ご家族様代表」の構成で、ご利用者様の状況や行事を報告し、意見や外部情報を得てサービス向上を図っています。		
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	鎌倉市主催の地域密着型サービス連絡会を定期的に行い連携を深めています。現在は主にメールにて情報提供や報告等で一層の取組みを図っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関・各階出入口に、一般家庭用の施錠を行っています。無断外出により危険を余儀なく実施となる。「月・水・金」はホーム開放により玄関の施錠は解除しています。身体拘束は、3ヵ月に1回会議を持ち廃止する方向性で検討を重ねています。		
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	講習会は積極的に参加するよう提供し、資料は全員に配布し理解を深めています。「言葉の暴力」防止に力を注ぎ、職員同士で見過ごすないよう徹底指導しています。		
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	講習に参加した資料は全員に提示して理解・活用に用いています。現在、後見任・保佐人と身近で対応することで、実践で少しでも理解に向けています。		
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	契約時に、運営規定・重要事項説明書を提供し理解・納得していただいてから同意を得ています。また、疑問等は電話での対応も行っております。		
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	ご利用者様・ご家族様からの意見は直接聞き入れ、苦情や要望があった場合は改善に向けて取り組んでいます。要望・経過として書類に残しています。また、玄関には意見箱の設置や苦情相談窓口とした外部申立機関を提示しており、全員で共有して改善に努めています。		

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見解や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員の意見・相談等は個別対応をしています。提案は、会議で聞く機会を設け話し合える場としています。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	自己評価で、個々の意見やアピールの場を設けて実績を評価できる体制を整えています。回答もあり、向上心につながるよう努めています。		
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	法人内研修は3ヵ月に1回開催し、誰でも参加できる体制を整えています。外部研修・講習も常に提示し参加することでステップアップにつなげています。資料は活用できるように提示して共有しています。		
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	新人研修として、法人内施設研修を実施しています。また、外部研修を通じて同業者との交流を深め情報交換により質の向上を図っています。		
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	入所前にご利用者の経歴・要望等を職員に周知しています。また、ご家族様からの要望も聞き入れながら支援方針を決定します。ご本人様を知ることによって安心して生活が送れるよう援助を提供します。		

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
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	ご本人様・ご家族様からの要望を考慮してケアプランを作成します。また、了承を得てからサービス開始としています。		
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	作成したケアプランに沿い、実施と共に現在必要と思われる他のサービスを医療機関と検討しながら出来る限りの要望を受け入れています。		
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	ご本人様の出来ることを大切に無理のないよう家事（掃除・食器洗い・洗濯物たたみ等）を共にしています。自分の役割をもつことにより自信と居心地のよい環境づくりをしています。		
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	ご家族様の来所時は、希望に応じて団欒の場を設けています。ご家族様に状況提供し、ご協力の範囲で共に支援する姿勢で取組んでいます。		
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	外部者様との交流として、電話・来所も出来る限り自由に行えるように支援しています。知人様との外出は、ご家族様の了承にて顔なじみの交流も大切にしています。		

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	誰でもが自由に交流できる場所を提供して会話を楽しめる環境をつくっています。食事は全員で所定の場所にて顔合わせすることで安心感をもてるようにしています。		
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・病院等に移る際は「看護・介護サマリー」を提供します。また、医療機関と相談してご家族様の希望に副えるよう必要に応じて支援しています。退所（契約終了）後の責任においては行っておりません。		
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。	ご利用者様の生活歴を重視し、ご家族様より生活に対する希望を伺います。また、ご本人様の意思を確認しながら検討しています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族様・担当ケアマネより、今までの生活状況を提供して頂き、入所前に職員全員に周知共有しながら支援の参考にしています。また、配慮しなくてはならない事項は、医療機関も含め把握しています。		
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	健康状態は毎日、血圧・食事・排泄の記録を行い体調管理を実施しています。一人ひとりの過ごし方は、個人記録をつけることで全員で把握しています。		

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
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	基本は、半年に1度ケアの見直しを実施しています。状況に応じては再度見直しを行い、職員全員のアセスメントを基に介護計画を作成しています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日、変化を見逃さないように記録に残しています。また、申し送りを徹底し情報の共有を図っています。記録には、一日の介護計画実施状況の有無にて見直しの際に反映につなげています。		
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	週1回のカンファレンスで生活上の課題を取り上げ改善できる工夫を重ねています。ご家族様の意見も記録に残し出来る限りの要望に応じられるよう検討をしています。		
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	ご本人様の心身・体力を考慮しながら、地域への参加を積極的に図っています。必ず、職員または家族様の付き添いにて安心して外出できるよう支援しています。		
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	ご家族様の希望を尊重して医療機関を選んでおります。定期往診も提携医療機関以外も受入れており、週1または週2の往診により健康管理を実施しています。外来受診の場合は、基本はご家族様対応となっています。		

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	週1回または月2回の指定看護師巡回により情報を共有しています。看護師と主治医の連携により適切な看護を図っております。また毎日、ご利用者の状態を介護日報で報告とし24時間体制のオンコールで適切な指示を仰いでいます。		
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。	入院時は、既往歴や処方薬等の記載されているサマリーを提供しています。退院に向けては、ケースワーカー・ご家族様を交えてホームに戻ることを前提に話し合いを持ち十分納得できるよう進めています。帰所後の医療・介護に備えて主治医より情報提供書を頂き連携を図っています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、ご家族様と面談を持ち今後の方針を検討します。終末期においては、ご家族様の希望を重視して医療関係・ご家族様・ホームとで支援内容を説明・同意後に計画書を作成します。方針は職員全員で共有しながら取り組んでいきます。		
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	法人内研修で救急法の講習を定期的受講しています。資料を提供し内容を共有しています。また、応急手当は毎月のユニット会議で実践を勉強中です。		
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、消防避難訓練を実施しています。災害時の避難場所は各階に提示しており全員に避難通路は配布して確認をしています。職員間では連絡網を利用して緊急時を想定しての訓練も行っています。地域住民の協力体制を充実させており、非常時に備え食料等の備蓄品を玄関先に備えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の生活に応じて適切に実施しています。会議で「接遇」を定期的に行い言葉の大切さを周知徹底しています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	職員の都合にならないように本人の意思確認を行っています。その際に自己決定が出来るよう促すなど手助け支援しています。		
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	ご本人様の体調を考慮しながら、個々の要望に副えるよう支援します。何を望んでいるかは言動からキーワードを探し希望を見出しています。		
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	基本は、ご本人様の意思にお任せしています。意思決定が難しい方は、無理のないように声かけと介助でお手伝いしています。理容は、2ヶ月に1回の訪問理髪を利用していますが、ご希望により外部理髪も配慮しています。		
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	個々の体調や好みを考慮しながら食事形態を提供しています。準備・片付けは、無理のないように職員と一緒にしています。楽しみとして日曜日の朝食にパンを取り入れています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	栄養管理は、栄養士により献立を作成しバランスの良い食事を提供しています。水分は、摂取量を記録し十分に補給できるように支援します。摂取に難しい方は工夫をし健康管理を図っています。		
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	基本は、ご本人様に口腔ケアを実施していただいています。自立困難な方は、声かけ見守りで介助をしています。口腔状態に異常が生じた場合は、訪問歯科または指定歯科外来にてケアを行っています。		
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	自立で排泄が困難な方は、自尊心を考慮しながら定期的に声かけ・誘導にて介助を実施しています。排泄表に個々の記録を取り、パターンを把握しながら支援しています。現在3名の方は全介助の為。トイレ使用は行っておりません。		
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	日課として運動を取り入れており、水分補給も工夫しています。排便の確認が不可の方は、配慮しながら声かけで確認とし、便秘症の方は、医療機関により個々に合った投薬により調整を図っています。		
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	入浴表にて均等に入浴できる工夫を行っています。時間帯は日中のみとし、ご利用者様に理解を得て実施しています。異性介助に抵抗ある方は配慮しながら、個々に合わせて安心できる支援を行っています。体調・身体に応じて強制はせずシャワー等で工夫しています。		

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	個々に合わせて温度調整を行い健康管理を図っています。寝具は使い慣れた物を使用し、季節により用途を使い分けしながら安心できる状態を実施しています。夜間帯は、2時間おきに巡回して個々の状態を把握しています。		
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	薬は厳重に保管し、用途に合わせ一人ひとり確実に介助する体制としています。内容・用途はいつでも確認できるように個人ファイルに保管しています。薬は、準備・確認・介助とし確実に飲み込みまでを徹底し、体調管理を図っています。		
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	趣味は積極的に支援し、日常の家事は無理のないように役割を持ち自信につなげるようお手伝いをしていただいています。気分転換として、散歩・買い物・寄り添いながらの会話で楽しみをみいだしています。		
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	ご本人様・ご家族様の希望にそって、外出や外食が出来るよう支援しています。年1回は、ご家族様参加で日帰り旅行等を実施しており、その際ボランティア様・民生委員の協力を得ながら安全第一に実施しています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本、お小遣いはホーム保管で、希望により買物等をしていただき算出しています。自立の方でお金を所持されている方はいらっしゃいますが、ご家族様了承でなり責任はご自分となります。一部の方は外出した際、お金で支払いできるように支援しています。		

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
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	電話は、ご本人様希望で交流できる体制をとっています。また、ご家族様の要望で取り次ぎの出来ない電話はあらかじめ確認し職員対応となり全員で把握する体制を整えています。手紙のやり取りは積極的に支援しています。		
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	玄関には季節の花を、フローアは飾りつけ等で季節感を味わえる工夫をしております。温度調整を図り、目にはやさして光で負担なく安心して暮らせるように配慮しています。		
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	食卓は、自席が決まっていることで混乱を防ぎ馴染みの顔ぶれで安心につながっています。共用の場は、ソファを設置し自由に座りテレビを見たり、他者様との会話や楽しみの場として提供しています。		
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	ご自宅で使用していた家具等は自由に配置し、生活に混乱のないよう好みを重視して安心して過ごせるよう配慮しています。生活上、危険を余儀くされる場合は、ご家族様と相談しながら安全第一に設置しています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	建物内部は常に明るく、導線は手すりや危険物を排除し安全対策を図っています。トイレ・風呂場・居室には、場所の提示をして混乱されないよう工夫しています。居室の整理整頓は出来る限りご本人様にお任せしております。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
ふあいと山崎の里

作成日

平成26年1月21日

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組み内容	目標達成に要する期間
1	1	拘束の解除	趣旨を理解した上で1つでも解除出来るように試みる。	解除に向けて、全員で納得いくよう毎月、アセスメントを実施する。	2年
2	2	ご家族様との交流	ご家族様との会話を増やしたい。	行事への参加も継続し交流の場を増やす。	2年
3	3	職員の質の向上	チームで行える介護にする。	研修・勉強会を提供しレベルアップをはかり統一性を図る。	2年

評価項目の番号を記入すること。
場合は、行を追加すること。