

<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	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	1472603214
法人名	社会福祉法人上溝緑寿会
事業所名	グループホーム秋桜
訪問調査日	2017年12月13日
評価確定日	2018年2月16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 29 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	1472603214	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3月1日
法人名	社会福祉法人上溝緑寿会		
事業所名	グループホーム秋桜		
所在地	(252-0243) 相模原市中央区上溝3172-1		
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29年11月22日	評価結果 市町村受理日	平成30年2月28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)】

身近に、駅や商店街があり、地域に密着した暮らしができる。様々なボランティアの協力や、近隣のかたと行事を通して交流があり地域に開かれた施設である。2か月に一回だが、「秋桜カフェ」と称して認知症カフェを開催している。日々の暮らしは、リビングやキッチンを囲むように個人の居室があり、個室から出ると、他のご利用者や職員の顔がすぐ見られ、安心館を得やすい。居住スペースの真ん中にあるキッチンカウンターでは、ご利用者がカウンターを囲み毎食料理を楽しむことができる。

【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29年12月13日	評価機関 評価決定日	平成29年2月16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)】

●この事業所の経営は社会福祉法人上溝緑寿会で、グループホームの他に、特別養護老人ホーム等の介護事業を総合的に運営しています。ここ「グループホーム秋桜」は認知症対応型のデイサービスを併設し、JR相模線の「上溝駅」から徒歩1、2分の便利な場所にあります。建物の設計時から現管理者が携わっており、利用者の居室が中央のリビングやキッチンを囲む構造で、利用者との距離が近く、利用者が安心感を持てるように工夫がされています。

●事業所の理念は「地域・家族の方とのふれあいを大切にします」をはじめとして7項目を掲げて玄関に掲示しています。この理念に基づき、地域の方を招待して地域交流事業を開催し、地域の行事への参加、地域の方のボランティアを受け入れています。「認知症カフェ」を2ヶ月に1回開催しており、毎回20名ほどの地域の方の参加があります。また、日頃のケアの中で、理念の趣旨に沿ったケアを実践することで、理念の共有に努めています。

●ケアについては、今現在、利用者一人ひとりの状態をありのままに把握してケアプランに繋げる取り組みを行っています。J-CPATという質問票によってその方の五感、起居動作、ADL、記憶、BPDS、社会的交流、精神的観察などのアセスメントをして今までよりも詳細に状態を把握します。そして、その結果を厚生労働省が推奨している課題整理総括表に落とし込むことでその方のケア項目が決まるシステムです。このケア項目をケアプランに策定することでその方のありのままの姿をケアに繋げることが出来る取り組みです。

●職員の教育については、従業員として具備すべき知識の倫理規定・法令順守、職員服務規程、プライバシーの保護の研修が毎年4月に法人研修として行われています。その後は、事業所内で、ケアの実践に必要なテーマ定めて毎月研修しています。緊急時の対応、接遇、相談・苦情、食中毒の発生予防、事故の発生・再発防止、高齢者虐待、身体拘束、認知症と認知症ケア、感染症予防などが今年度実施されてきています。その他外部研修に必要な人が出席できるようになっていて、今年度は実践者研修に参加しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム秋桜
ユニット名	1Fユニット

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと求めていることをよく聞いており、信頼関係ができています。	○	1, ほぼすべての家族と
			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	開設当初に職員全員で理念「地域の方とのふれあいを大切にします」を作成しています。その理念に基づき、年2回の地域交流事業の開催、地域の行事への参加、様々なボランティアのかたとの交流等日ごろから開かれた施設運営に努めています。「認知症カフェ」のとりくみも2か月に1回ですが、毎回20名ほどの参加があります。新しい職員には、新人研修のなかで説明していますが、十分に浸透していない現状です。	理念は「地域・家族の方とのふれあいを大切にします」をはじめとして7項目を掲げて玄関に掲示しています。この理念に基づき、地域の方を招待して地域交流事業を開催し、地域の行事への参加、地域の方のボランティアを受け入れています。「認知症カフェ」を2ヶ月に1回開催し、毎回20名ほどの地域の方の参加があります。また、理念の趣旨に沿ったケアを実践することで、理念の共有に努めています。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会の加入、地域の敬老会やサロンに出かけています。近隣の商店街への買い物、年2回の地域交流事業の開催など地域に根差した運営を心がけています。	自治会に加入し、地域の盆踊りやサロンに出かけたり、隣の商店街への買い物や年2回の地域交流事業（夕涼み会、餅つき・クリスマス会）の開催、庭の手入れ・野菜畑・大正琴・ハーモニカ・写真・絵・傾聴の地域ボランティアの活用等、地域交流は盛んに行われています。認知症カフェは、2ヶ月に1回開催して地域に更なる認知症への理解を深めるための普及と啓発活動に取り組んでいます。	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	2015年度から取り組んでいる「認知症カフェ」を2か月に1回開催しています。また相模原市として取り組んでいる「認知症安心相談」の窓口として登録しています。転居により、認知症状が進んだかたの相談を受け、高齢者支援センターに繋げた事例もありません。		
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	サービスの実際や、運営状況のほかに、年間の事業計画、事業報告や運営推進会議ごとに「事故報告」「虐待の防止」等々テーマを決めて意見交換し、運営に生かしています。「認知症カフェ」も運営推進会議の中で意見から取り組むことになりました。	運営推進会議は年6回開催しています。自治会長・民生委員・地域住民・家族・市職員等をメンバーとして、2回は、地域交流行事と同日に開催し、1回は、防災訓練時に開催する等、参加者の便宜も図っています。会議では、往診の状況、往診医と違うかかりつけ医への通院の付き添い、認知症の行動・心理症状などについて話し合われています。	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	運営推進会議に、市の担当者が出席しているので事業所の課題等伝えていきます。また、防災訓練や年2回の地域交流事業へも参加してもらっています。	運営推進会議に市の担当者が出席しているので、事業所における課題等についても話し合っています。日頃から必要な場合には、市の担当課と、介護保険や生活保護の利用者の件などにつき相談するなど連携を図っています。あじさい会館で実施される集団指導講習会に出席して、今年度の指導事項を運営に反映しています。要介護度更新調査の際には、家族立会いの下で行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束について会議でどのようなことが、身体拘束にあたるか等、繰り返し研修を行い身体拘束について理解を深め、身体拘束をしないケアに努めています。今年度は、スピーチロックに着目し言葉によるご利用者への制限を無くしていく努力をしています。玄関の施錠は夜間のみで、日中は利用者は自由に出入りしています。	身体拘束については、毎年の研修計画で取り上げ、繰り返し勉強することで、身体拘束についての理解を深め、身体拘束のないケアに取り組んでいます。玄関の施錠は、夜間のみとして、チャイムと見守りにより、利用者が自由に庭に出入りできるようにしています。安全対策として、家族の希望を取り入れて離設事故、転倒防止のためにセンサー、GPS等を利用しています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	上記同様毎年研修を行っています。ご利用者及び家族が、不快な思いをされる不適切なケアについても、会議で都度話題にし、虐待防止に努めています。特に職員の言葉使いや、声の大きさには気を付けていくよう話し合っています。		
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	会議でとりあげ、学ぶ機会をもっています。個々の利用者の必要性を把握し、制度の紹介に努めています。現在成年後見制度を利用について検討してもらっているかもあります。また、「市民後見人」のかたの研修先として受け入れ、後見制度についての学ぶ機会にしています。		
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	契約時には、必ず説明の時間をとってもらい、不安や疑問に答え、同意を得ています。また制度等の改定時には、懇談会を開催し説明の機会を持ち、理解・納得に努めています。		
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	運営推進会議への参加、家族懇談会の開催、来訪時やケアプランの説明の時などで、意見や要望、など聴くように努めています。来訪時や、声をかけ最近の様子を伝えるだけでなく「気になること」がないか聞くようにしています。	家族との信頼関係も確立しています。運営推進会議やほとんどの家族が出席する年2回の家族懇談会では、意見や要望を聞く機会にしています。来訪時やケアプラン説明時でも要望を聞き、対応しています。来訪時には、最近の様子を伝えるだけでなく、「気になる事」がないか聞き、家族が意見・要望を出しやすい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
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	毎月の会議で、運営上の課題をとりあげる機会を設けています。会議に限らず、リーダーや管理者は、いつでも意見を伝えてもらえるようにしています。	毎月のユニット会議で、運営上の課題を取り上げる機会を設けています。年1回は、ユニットリーダーがキャリアパスシートを用いて全職員との個別面談を実施しています。その中で、意見・提案・悩みを聞いています。課題・要望によっては、法人本部の会議に諮り、対応し、職員にフィードバックしています。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	キャリアパスに法人全体でとりくみ、職員が目標をもって仕事にとりくめる仕組みづくりをしています。法人として資格手当も導入され給与アップに努めています。また今年度は、法人全体で5連休を職員全員がとれるようにとりくんでいます。		
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。	外部の研修を受ける機会の確保が難しい状況です。施設内で職員の力量や課題に応じた研修やトレーニングができる体制や仕組みを作っていく必要があります。年4回のグループホーム部会での事例検討会には順番で参加しています。		
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	上記の集まり以外に、市内のグループホーム全体に呼びかけられたグループホーム連絡会に参加し、施設見学会や情報交換などに取り組んでいます。		
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	事前面接を行い、本人の暮らしぶりや、心身の状態の把握に努めています。事前面接は、2人で行い、入居時には事前面接したものが出迎えるようにしています。		

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
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	上記同様事前面接の段階から家族とコミュニケーションを図り関係づくりに努めています。		
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	事前面接での身体面、精神面等アセスメントと、要望、不安などから、必要な支援を検討して対応しています。また、将来的な状態の変化に対応できるよう、特養への申し込みなど勧めています。		
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	暮らしの主人公は利用者であるという理念を職員が共有し実践に努めています。日々の暮らしなかで、喜怒哀楽を共にし、利用者の知恵と経験から学ぶ姿勢に努めています。常に「ご利用者とご一緒に」という観点で関わりを増やし利用者の力が発揮できるよう努めています。		
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	家族が参加する行事も多く、協力しながら行っています。衣替え、預り金の持参等々グループホームに来る機会をつくり、利用者と家族の絆を大切にし、家族と一緒に支えていくというメッセージを伝えていくようにしています。		
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	利用者も高齢になり、馴染みのかたも高齢になっていくため交流が難しくなっていますが、地域にあるスーパーに買い物にいくと、馴染みの方から声をかけてもらえます。またよく来られるボランティアのなかにご利用者との知り合いの方がいて声をかけてもらっています。以前住んでいたコスモスハウスの方との交流も途切れないようにしています。	地域にあるスーパーに買い物に行くと、馴染みの方から声をかけてもらえます。来られるボランティアのなかにご利用者との知り合いの方もおり、来訪時には声もかけてもらっています。以前住んでいたコスモスハウスの方との交流も途切れないようにしています。地域の敬老会に参加して友達に会う方もいます。家族と共に外食に出かける方もおり、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援しています。	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
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	気があったり、合わなかったり様々な利用者同士の関係性を把握し、職員が間に入って、気が合う人同士ばかりの繋がりではなく、様々な繋がりを持つよう配慮しています。人との関わりを好まないと思っていた方がイベントの参加なども多くなったり、一緒にカルタをされるようになってきています。		
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	法人内の特養に移動することが一番多い状況です。特養へ、情報伝達行い、移乗介助や排せつ介助方法など実際に特養で介助場面を見てもらっています。また、時々特養での行事の日に声をかけさせてもらったり、可能であれば、グループホームの行事にも参加していただいています。		
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。	サービス担当者会議の場にご本人にも参加していただき、暮らし方の希望や、意向の把握に努めています。ご本人からの表明が難しい場合は、ご家族からの情報や職員間での情報を共有しご本人本位の立場で考えて把握に努めています。	入居時は、家族記入の利用者状況表と面接シートで生活歴・基本情報を把握しています。入居後は、毎月のモニタリングにおいて、J-CPAT質問票を用いて五感、起居動作、ADL、記憶、BPDS、社会的交流、精神的観察などのアセスメントをしています。ここで得られた情報を課題整理総括表に落とし込むことによってその方のケアすべき課題を決定しています。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時に、生活歴、入居前までの暮らしぶり、など聞き取っています。また家族にも記述してもらっています。入居時にはわからないことでも、入居後もご本人やご家族と関わりの中で把握できることも増えています。		
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	グループホーム秋桜独自のアセスメント表を作成し、現状の把握に努めていますが、現状にあっていないところもあるので改善していく必要があります。また、毎月のユニット会議で各利用者の課題を議題にし職員間でご利用者の状態の把握に努めています。		

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
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	ケアプラン振り返り表を作成し、職員全体で取り組んでいる。2か月毎にケアプラン会議を開催し、ケアプランに基づいて実践されているか振り返り、改めて課題を整理し、ケアプランに繋げています。。またケアプラン説明時都度、ご本人と家族の希望を聞くようにしています。	入居時は、入居時状況表と面接シートから、ケアする課題を決めて初回ケアプランを作ります。入居後はモニタリングによって得られた課題整理総括表によって得られた課題をケアプランとして作成しています。初回ケアプランで1ヶ月程度経過した後に入居後のケアプランに移行しています。入居後のケアプランは通常6ヶ月での見直しとしています。	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	ケアプランに日々の実践が活かせるよう、ケアプランを実践したときの様子が分かるように記録していますが、記録忘れや、記録する時間が不足していることなど記録について課題があります。		
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	車いす対応の方のお墓参りの支援にとりくみました。		
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	畑、縫い物、大正琴、ハーモニカなど多様な形で地域のボランティアの協力を得ています。		
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	基本的には、かかりつけ医に受診（往診）していますが、ご本人やご家族の希望の主治医になっている方もいます。また、毎年ご家族と、掛かりつけ医の面談を行い、医師から直接本人の病状について説明を受けてもらっています。	基本的には、事業所の協力医療機関による往診を受けていますが、本人や家族の希望の主治医になっている方もいます（現在は1人）。往診は月に1回有ります。歯科医は月に3、4回往診に来ています。また、毎年家族と、かかりつけ医の面談を行い、医師から直接本人の病状について説明を受けてもらっています。専門医等に職員が付き添う場合は、有料としています。	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	看護職の配置がないため、看取りのケアが必要になった場合は、訪問看護を利用したこともあります。バイタルチェック、水分摂取、食事量、排泄状況のほか、褥瘡の有無など全身状態を観察し、看護師に報告し、ケアの方法や手当など指導してもらったことがあります。		
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。	入院した際は、日頃の状態や支援方法など医療機関に伝えていきます。また、できる限り見舞いに行くなど、入院時のダメージを防ぐことに努めています。退院時のご家族に対しての説明には、必ず同席させてもらい、グループホームの暮らしでのリスクは無いかなど検討し、安心して退院できるよう支援しています。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	基本的に終末期ケアを行わない方針です。本人とご家族には、秋桜の方針を説明し、本人及び家族の意向を把握しています。重度期にはご本人及び、ご家族の意向をくみながら、ご本人にとってより良いケアをうけられる場への移動ができるよう支援しています。特に法人内の特養と上手にバトンを渡せるよう連携しています。	契約時に重度化や看取りに関する指針を説明しています。重度化した際には、家族の意向を汲みながら、利用者にとってより良いケアが受けられる場所への移動が出来るよう、選択肢を提案しながら方向性を決めています。看取り介護は、平成20年と平成26年に各1名行っています。かかりつけ医・家族・ホームの話し合いにより、訪問看護師を導入して看取り介護体制をとっています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	毎年繰り返し、事故及び急変時の対応について研修会を行っています。熱傷、誤飲、転倒など個別の事例について対応方法についてもっと深めていく必要があります。		
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	防災訓練を、8月頃と2月の年2回実施しています。2月の防災訓練には、運営推進会議のメンバーと近隣の方で構成している防災サポーターのかたたちも参加してもらっています。また、土砂災害警戒区域（デイ玄関ポーチ）に指定されていることから、避難準備開始の指示があれば避難できる体制をとるように決めています。	防災訓練は年2回、併設しているデイサービスと合同で実施しています。単独の訓練は運営推進会議と同じ日に設定することで、会議のメンバーと近隣住民で構成されている防災サポーターにも参加いただき、消防署の指導のもと行っています。土砂災害警戒区域（デイ玄関ポーチ）に指定されていることから、避難準備開始の指示があれば避難できる体制をとるよう決めています。備蓄品も備えています。	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	法人全体で、丁寧語を基本に利用者の人格や誇りを大切にしたい、言葉かけや対応に努めています。ご利用者がやりたいこと、やろうとしていることは、基本的に止めないで見守っていく姿勢に努めています。ご利用者への声かけは大きな声になりがちになるので職員がご利用者に近づき、小声で伝えるよう努めています。	法人全体で4月に接遇の研修を開催し、丁寧語での会話を基本として利用者の人格や誇りを損なわない言葉かけに取り組んでいます。利用者がやりたいこと、やろうとしていることは、止めないで見守りの姿勢を心掛けています。利用者への声かけが時として、大きな声になってしまうこともあるので、近づき小声で伝えるように留意しています。	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	食材の買い物など、食べたいものなど選んでもらったり、入浴、外出、趣味活動等暮しの場面等で本人の思いや希望を表明できるよう支援しています。例えば誕生日にはケーキを選んでもらう、入浴の際には、ご本人に衣類を選んでもらうなどしてもらっています。		
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、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	自ら、一日の暮らしをイメージし過ごすことができる方が少なくなっています。さりげない支援で生活リズムが崩れないようにしながらも、ご本人のペースを大切にしたい支援に努めています。		
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	理念に「おしゃれを楽しむ」を掲げその人の好みの服装ができるなど支援に努めています。馴染みの店で洋服が買えるよう支援しているかたもいます。また、食べこぼしなどで衣類の汚れをうっかりそのままのことがあります。きめこまかく配慮していく必要があります。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一日3回繰り返される、料理に多くのご利用者が関わられるように支援しています。そのために、リビングのほぼ中央に皆で囲めるキッチンカウンターを設け、ご利用者が料理の出来る様子を見て、感じ取って、自らやってみたいと思ってもらえるようにしています。他にはごますり、玉ねぎの皮むき等々、能力に応じてやっています。食器洗いは、基本的にできる方はご本人がやれるよう支援しています。	メニューは毎日考え、職員が役割を分担して毎食用意しています。リビング中央に皆で囲めるキッチンカウンターを設け、利用者が料理のでき工程を見て、調理に興味を持っていただけるよう工夫しています。調理のお手伝いは能力に応じてお願いしています。後片付けは原則、利用者本人が行うこととし、食器洗いも行っている方もいます。また、毎月1回は外食の日を設け、回転ずし、和風レストラン、フードコートなどに行って食事を楽しめるように支援しています。	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	一ヶ月分毎に、法人の管理栄養士にメニュー表を見てもらい、アドバイスを受けています。水分摂取がなかなか進まない方には、目標を決めチェック表をつけ、こまめに水分を取ってもらうようにしています。また、そのかたの状態にあった形や量で提供しています。		
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、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	毎食後口腔ケアの支援を行っています。往診歯科の往診日には、治療だけでなく、口腔内汚れなども診てもらっています。		
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	常時おむつを使用しているかたでも、日中はトイレで排泄できるよう支援しています。必要に応じ排泄チェック表をつけ、日中は、布パンツとパットでなるべく対応しているかたもいます。また、水分をきちんと摂取することで、尿意を促し、トイレでの排尿がスムーズにできるよう支援しています。	常時おむつを使用している方でも、日中は、くトイレでの排泄を支援しています。必要に応じて、排泄チェック表を記録し、トイレ誘導を行い、日中は、布パンツとパット対応しています。水分をきちんと摂取することで、尿意を促し、スムーズな排尿に繋がっています。現在、布パンツで全く自立されている方は6名おられます。	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	緩下剤にだけたよるのではなく、運動と水分摂取を進めています。起床時の牛乳の摂取や、ヤクルトやヨーグルトなども摂取できるよう支援しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の曜日や時間は決まっていません。毎日入浴されている方もいます。入浴が進まない方には、誘いかたの工夫や、タイミングなどはかり、嫌な気持ちが残らないよう支援しています。	基本は週2回以上としています。毎日入浴される方もいます。入浴が進まない方には、誘い方の工夫やタイミングを計り、嫌な気持ちが残らないよう支援しています。脱衣場と洗面所が同じスペースになっていて、入浴の際には、脱衣場をカーテンで隠す配慮を行っています。入浴時間は、午後2時以降にしていますが希望により午前も可能です。季節の湯も実施しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりの習慣や、体力など考慮して、お部屋で休息していただいたり、お昼寝を進めています。夜間安眠ができるように日中を活動的に過ごしていただいたり、午前中の日光浴に努めています。		
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	誤薬や飲み忘れが無いように、チェック表など活用しています。薬のファイルはひとまとめにし、利用者の服用している薬の種類と効能、副作用について情報共有できるようにしています。一般的には副作用がなくても、高齢者は薬が変わったり追加されることで食欲が落ちるなど副作用があるかもしれないので薬が変わった時は注意しています。		
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	縫い物、歌、書道、料理、草むしり等々、一人ひとりの得意なことに力が発揮できる機会を作ることに努めています。一人で近隣を散歩したり買い物をしてもらっている方もいます。		
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	毎日買い物に行くなど、戸外に出る機会を設けています。また、計画的に紅葉など季節の花々を見に行ったり普段出かけられないところ出かけています。年1回バスをレンタルし日帰りバス旅行を行っています。今年度は、河口湖周辺で、ホテルランチビュッフェと猿回しを見学してきました。しかし、重度化にともない日頃の外出支援が難しくなっています。	毎日食材の買い出しに利用者と一緒にいたり、自由に庭に出れるようになってきました。少し離れた野菜畑に野菜の収穫に出かけることもあります。病院への通院・薬局通いも外出の機会になっています。年1回はバスをレンタルしての日帰りバス旅行を行っています。今年度は、河口湖周辺で、ホテルビュッフェと猿回しを見学に行きました。最近、利用者の重度化に伴い日頃の外出支援が難しくなってきているので、代替え案を検討しています。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分でお金をもって、使用できる方は、限られてきています。できる方には、自分でお財布をもって、買い物をする機会を作っていきます。		

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	自分の携帯電話でご家族とやりとりしていますが、電話を使って自らご家族と連絡を取る機会はほとんどないのが現状です。電話を掛ける機会を工夫が必要です。		
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	家具は、リサイクル品中心に設えて、生活感が持てるようにしています。また、季節の花、ご利用者の作品の張り出し、写真ボランティアの季節感のある写真、ご利用者の外出時の写真などで安らぎと生活感が感じられるようにしています。	リビングは施設づくせずに、家族的な家具、リサイクル品を配置して利用者がくつろげる空間になることを意識しています。季節の花や利用者の作品、行事・外出時の写真や写真ボランティアによる季節感のある写真等が掲示され、安らぎと生活感が感じられる空間になっています。掃除は、毎日利用者と一緒に行われ、清潔に維持されています。庭の植栽は、ボランティアの方により綺麗に剪定されています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用の空間の中で、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。	家具の配置でそれぞれの居場所の工夫をしています。ソファなど利用しくつろげるようにしています。時には、玄関ホールベンチで日光浴をしながら、独りになっていただいています。		
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	なるべく使い慣れた家具を持ち込んでいただいています。ベッドの頭の向きなども、自宅と同じ方向に向けて置くなどして、自宅にいた時と同じような動きができるように支援しています。また、ご本人の写真や作品などでご本人が居心地よく過ごせるよう支援しています。	備え付け備品はエアコン、クローゼットです。クローゼットは大きく、収納に便利です。入居時に使い慣れた家具・調度品を持ち込んでいただいています。ベッド、整理ダンス、テレビ、本箱、机、椅子、仏壇、家族写真、などが配置されています。ベッドの頭の向き等も自宅と同じ方向に向けて置く等本人が居心地よく過ごせるよう支援しています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	リビングからご利用者の居室や、キッチン、トイレなどが分かるようになっていたため、自由で自立的な過ごし方ができるようになっています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム秋桜

作成日

2017年12月13日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	36	利用者の行動を止めたり、否定的な言葉を注意する。	否定的でない、ご利用者に安心してもらえるような言葉かけをする。	事例から学ぶ 接遇も研修	
2	49	日常的に外出できている方が限られている。職員体制の不足や、ご利用者の重度化で日常的な外出の頻度が減ってきている。	個々の利用者が楽しみながら外出できる。	業務の見直しし、外出できる時間と体制を作る	
3	26	ケアプラン作成にあたって、アセスメントの検討。	アセスメント表を見直し、その方の現状に沿った具体的な言葉で表現した介護計画作り	ケアマネ中心にアセスメント方法と書式の見直しをする	
4	35	非常災害時の対策	非常災害のマニュアルの見直し、再度作成する	非常災害のマニュアルの見直し、再度作成する	
4	12	外部研修への参加	外部研修の機会を作る。	勤務体制の工夫	

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	グループホーム秋桜
ユニット名	2Fユニット

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと求めていることをよく聞いており、信頼関係ができています。	○	1. ほぼすべての家族と
			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	開設当初に職員全員で理念「地域の方とのふれあいを大切にします」を作成しています。その理念に基づき、年2回の地域交流事業の開催、地域の行事への参加、様々なボランティアのかたとの交流等日ごろから開かれた施設運営に努めています。「認知症カフェ」のとりくみも2か月に1回ですが、毎回20名ほどの参加があります。新しい職員には、新人研修のなかで説明していますが、十分に浸透していない現状です。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会の加入、地域の敬老会やサロンに出かけています。近隣の商店街への買い物、年2回の地域交流事業の開催など地域に根差した運営を心がけています。		
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	2015年度から取り組んでいる「認知症カフェ」を2か月に1回開催しています。また相模原市として取り組んでいる「認知症安心相談」の窓口として登録しています。転居により、認知症状が進んだかたの相談を受け、高齢者支援センターに繋げた事例も		
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	サービスの実際や、運営状況のほかに、年間の事業計画、事業報告や運営推進会議ごとに「事故報告」「虐待の防止」等々テーマを決めて意見交換し、運営に生かしています。「認知症カフェ」も運営推進会議の中で意見から取り組むことになりました。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	運営推進会議に、市の担当者が出席しているので事業所の課題等伝えています。また、防災訓練や年2回の地域交流事業へも参加してもらっています。		

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	身体拘束について会議でどのようなことが、身体拘束にあたるか等、繰り返し研修を行い身体拘束について理解を深め、身体拘束をしないケアに努めています。今年度は、スピーチロックに着目し言葉によるご利用者への制限を無くしていく努力をしています。玄関の施錠は夜間のみで、日中は利用者は自由に入出入りしています。		
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	上記同様毎年研修を行っています。ご利用者及び家族が、不快な思いをされる不適切なケアについても、会議で都度話題にし、虐待防止に努めています。特に職員の言葉使いや、声の大きさには気を付けていくよう話し合っています。		
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	会議でとりあげ、学ぶ機会をもっています。個々の利用者の必要性を把握し、制度の紹介に努めています。現在成年後見制度を利用について検討してもらっているかたもいます。また、「市民後見人」のかたの研修先として受け入れ、後見制度についての学ぶ機会にしています。		
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	契約時には、必ず説明の時間をとってもらい、不安や疑問に答え、同意を得ています。また制度等の改定時には、懇談会を開催し説明の機会を持ち、理解・納得に努めています。		
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	運営推進会議への参加、家族懇談会の開催、来訪時やケアプランの説明の時などで、意見や要望、など聴くように努めています。来訪時や、声をかけ最近の様子を伝えるだけでなく「気になること」がないか聞くようにしています。		

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
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	毎月の会議で、運営上の課題をとりあげる機会を設けています。会議に限らず、リーダーや管理者は、いつでも意見を伝えてもらえるようにしています。		
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	キャリアパスに法人全体でとりくみ、職員が目標をもって仕事にとりくめる仕組みづくりをしています。法人として資格手当も導入され給与アップに努めています。また今年度は、法人全体で5連休を職員全員がとれるようにとりくんでいます。		
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。	外部の研修を受ける機会の確保が難しい状況です。施設内で職員の力量や課題に応じた研修やトレーニングができる体制や仕組みを作っていく必要があります。年4回のグループホーム部会での事例検討会には順番で参加しています。		
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	上記の集まり以外に、市内のグループホーム全体に呼びかけられたグループホーム連絡会に参加し、施設見学会や情報交換などに取り組んでいます。		
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	事前面接を行い、本人の暮らしぶりや、心身の状態の把握に努めています。事前面接は、2人で行い、入居時には事前面接したものが出迎えるようにしています。		

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
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	上記同様事前面接の段階から家族とコミュニケーションを図り関係づくりに努めています。		
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	事前面接での身体面、精神面等アセスメントと、要望、不安などから、必要な支援を検討して対応しています。また、将来的な状態の変化に対応できるよう、特養への申し込みなど勧めています。		
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	暮らしの主人公は利用者であるという理念を職員が共有し実践に努めています。日々の暮らしなかで、喜怒哀楽を共にし、利用者の知恵と経験から学ぶ姿勢に努めています。常に「ご利用者とご一緒に」という観点で関わりを増やし利用者の力が発揮できるよう努めています。		
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	家族が参加する行事も多く、協力しながら行っています。衣替え、預り金の持参等々グループホームに来る機会をつくり、利用者と家族の絆を大切にし、家族と一緒に支えていくというメッセージを伝えていくようにしています。		
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	利用者も高齢になり、馴染みのかたも高齢になっていくため交流が難しくなっていますが、地域にあるスーパーに買い物にいくと、馴染みの方から声をかけてもらえることも度々あります。またよく来られるボランティアのなかにご利用者との知り合いの方がいて声をかけてもらっています。以前住んでいたコスモスハウスの方との交流も途切れないようにしています。		

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	気があったり、合わなかったり様々な利用者同士の関係性を把握し、職員が間に入って、気が合う人同士ばかりの繋がりではなく、様々な繋がりを持つよう配慮しています。人との関わりを好まないと思っていた方がイベントの参加なども多くなったり、一緒にカルタをされるようになってきています。		
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	法人内の特養に移動することが一番多い状況です。特養へ、情報伝達行い、移乗介助や排せつ介助方法など実際に特養で介助場面を見てもらっています。また、時々特養での行事の日に声をかけさせてもらったり、可能であれば、グループホームの行事にも参加していただいています。		
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。	サービス担当者会議の場にご本人にも参加していただき、暮らし方の希望や、意向の把握に努めています。ご本人からの表明が難しい場合は、ご家族からの情報や職員間での情報を共有しご本人本位の立場で考えて把握に努めています。		
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	入居時に、生活歴、入居前までの暮らしぶり、など聞き取っています。また家族にも記述してもらっています。入居時にはわからないことでも、入居後もご本人やご家族と関わりの中で把握できることも増えています。		
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	グループホーム秋桜独自のアセスメント表を作成し、現状の把握に努めていますが、現状にあっていないところもあるので改善していく必要があります。また、毎月のユニット会議で各利用者の課題を議題にし職員間でご利用者の状態の把握に努めています。		

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
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	ケアプラン振り返り表を作成し、職員全体で取り組んでいる。2か月毎にケアプラン会議を開催し、ケアプランに基づいて実践されているか振り返り、改めて課題を整理し、ケアプランに繋げています。またケアプラン説明時都度、ご本人と家族の希望を聞くようにしています。		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	ケアプランに日々の実践が活かせるよう、ケアプランを実践したときの様子が分かるように記録していますが、記録忘れや、記録する時間が不足していることなど記録について課題があります。		
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	車いす対応の方のお墓参りの支援にとりくみました。		
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	畑、縫い物、大正琴、ハーモニカなど多様な形で地域のボランティアの協力を得ています。		
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	基本的には、かかりつけ医に受診（往診）していますが、ご本人やご家族の希望の主治医になっている方もいます。また、毎年ご家族と、掛かりつけ医の面談を行い、医師から直接本人の病状について説明を受けてもらっています。		

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	看護職の配置がないため、看取りのケアが必要になった場合は、訪問看護を利用したこともあります。バイタルチェック、水分摂取、食事量、排泄状況のほか、褥瘡の有無など全身状態を観察し、看護師に報告し、ケアの方法や手当など指導してもらったことがあります。		
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。	入院した際は、日頃の状態や支援方法など医療機関に伝えていきます。また、できる限り見舞いに行くなど、入院時のダメージを防ぐことに努めています。退院時のご家族に対する説明には、必ず同席させてもらい、グループホームの暮らしでのリスクは無いかなど検討し、安心して退院できるよう支援しています。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	基本的に終末期ケアを行わない方針です。本人とご家族には、秋桜の方針を説明し、本人及び家族の意向を把握しています。重度期にはご本人及び、ご家族の意向をくみながら、ご本人にとってより良いケアをうけられる場への移動ができるよう支援しています。特に法人内の特養と上手にバトンを渡せるよう連携しています。		
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	毎年繰り返し、事故及び急変時の対応について研修会を行っています。熱傷、誤飲、転倒など個別の事例について対応方法についてもっと深めていく必要があります。		
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	防災訓練を、8月頃と2月の年2回実施しています。2月の防災訓練には、運営推進会議のメンバーと近隣の方で構成している防災サポーターのかたちも参加してもらっています。また、土砂災害警戒区域（デイ玄関ポーチ）に指定されていることから、避難準備開始の指示があれば避難できる体制をとるように決めています。		

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
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	法人全体で、丁寧語を基本に利用者の人格や誇りを大切にした、言葉かけや対応に努めています。ご利用者がやりたいこと、やろうとしていることは、基本的に止めないで見守っていく姿勢に努めています。ご利用者への声かけは大きな声になりがちになるので職員がご利用者に近づき、小声で伝えるよう努めています。		
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	食材の買い物など、食べたいものなど選んでもらったり、入浴、外出、趣味活動等暮しの場面等で本人の思いや希望を表明できるよう支援しています。例えば誕生日にはケーキを選んでもらう、入浴の際には、ご本人に衣類を選んでもらうなどしてもらっています。		
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	自ら、一日の暮らしをイメージし過ごすことができる方が少なくなっています。さりげない支援で生活リズムが崩れないようにしながらも、ご本人のペースを大切にした支援に努めています。		
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	理念に「おしゃれを楽しむ」を掲げその人の好みの服装ができるなど支援に努めています。馴染みの店で洋服が買えるよう支援しているかたもいます。また、食べこぼしなどで衣類の汚れをうっかりそのままのことがあります。きめこまかく配慮していく必要があります。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一日3回繰り返される、料理に多くのご利用者が関わられるように支援しています。そのために、リビングのほぼ中央に皆で囲めるキッチンカウンターを設け、ご利用者が料理の出来る様子を見て、感じ取って、自らやってみたいと思ってもらえるようにしています。他にはごますり、玉ねぎの皮むき等々、能力に応じてやっています。食器洗いは、基本的にできる方はご本人がやれるよう支援しています。		

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
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	一ヶ月分毎に、法人の管理栄養士にメニュー表を見てもらい、アドバイスを受けています。水分摂取がなかなか進まない方には、目標を決めチェック表をつけ、こまめに水分を取ってもらうようにしています。また、そのかたの状態にあった形や量で提供しています。		
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、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	毎食後口腔ケアの支援を行っています。往診歯科の往診日には、治療だけでなく、口腔内汚れなども診てもらっています。		
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	常時おむつを使用しているかたでも、日中はトイレで排泄できるよう支援しています。必要に応じ排泄チェック表をつけ、日昼は、布パンツとパットでなるべく対応しているかたもいます。また、水分をきちんと摂取することで、尿意を促し、トイレでの排尿がスムーズにできるよう支援しています。		
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	緩下剤にだけたよるのではなく、運動と水分摂取を進めています。起床時の牛乳の摂取や、ヤクルトやヨーグルトなども摂取できるよう支援しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の曜日や時間は決まっていません。毎日入浴されている方もいます。入浴が進まない方には、誘いかたの工夫や、タイミングなどはかり、嫌な気持ちが残らないよう支援しています。		

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
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	一人ひとりの習慣や、体力など考慮して、お部屋で休息していただいたり、お昼寝を進めています。夜間安眠ができるように日中を活動的に過ごしていただいたり、午前中の日光浴に努めています。		
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	誤薬や飲み忘れが無いように、チェック表など活用しています。薬のファイルはひとまとめにし、利用者の服用している薬の種類と効能、副作用について情報共有できるようにしています。一般的には副作用がなくても、高齢者は薬が変わったり追加されることで食欲が落ちるなど副作用があるかもしれないので薬が変わった時は注意しています。		
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	縫い物、歌、書道、料理、草むしり等々、一人ひとりの得意なことに力が発揮できる機会を作ることに努めています。一人で近隣を散歩したり買い物をしてもらっている方もいます。		
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	毎日買い物に行くなど、戸外に出る機会を設けています。また、計画的に紅葉など季節の花々を見に行ったり普段出かけられないところ出かけています。年1回バスをレンタルし日帰りバス旅行を行っています。今年度は、河口湖周辺で、ホテルランチビュッフェと猿回しを見学してきました。しかし、重度化にともない日頃の外出支援が難しくなっています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分でお金をもって、使用できる方は、限られてきています。できる方には、自分でお財布をもって、買い物をする機会を作っていきます。		

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	自分の携帯電話でご家族とやりとりしていますが、電話を使って自らが家族と連絡を取る機会はほとんどないのが現状です。電話を掛ける機会を工夫が必要です。		
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	家具は、リサイクル品中心に設えて、生活感が持てるようにしています。また、季節の花、ご利用者の作品の張り出し、写真ボランティアの季節感のある写真、ご利用者の外出時の写真などで安らぎと生活感が感じられるようにしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用の空間の中で、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。	家具の配置でそれぞれの居場所の工夫をしています。ソファなど利用しやすくつるげるようにしています。時には、玄関ホールベンチで日光浴をしながら、独りになっていただいています。		
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	なるべく使い慣れた家具を持ち込んでいただいています。ベッドの頭の向きなども、自宅と同じ方向に向けて置くなどして、自宅にいた時と同じような動きができるように支援しています。また、ご本人の写真や作品などでご本人が居心地よく過ごせるよう支援しています。		
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	リビングからご利用者の居室や、キッチン、トイレなどが分かるようになっていたため、自由で自立的な過ごし方ができるようになっています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム秋桜

作成日

2017年12月13日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	36	利用者の行動を止めたり、否定的な言葉を注意する。	否定的でない、ご利用者に安心してもらえるような言葉かけをする。	事例から学ぶ 接遇も研修	
2	49	日常的に外出できている方が限られている。職員体制の不足や、ご利用者の重度化で日常的な外出の頻度が減ってきている。	個々の利用者が楽しみながら外出できる。	業務の見直しし、外出できる時間と体制を作る	
3	26	ケアプラン作成にあたって、アセスメントの検討。	アセスメント表を見直し、その方の現状に沿った具体的な言葉で表現した介護計画作り	ケアマネ中心にアセスメント方法と書式の見直しをする	
4	35	非常災害時の対策	非常災害のマニュアルの見直し、再度作成する	非常災害のマニュアルの見直し、再度作成する	
4	12	外部研修への参加	外部研修の機会を作る。	勤務体制の工夫	

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。