

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	1493800096	事業の開始年月日	平成20年2月1日
		指定年月日	平成20年2月1日
法人名	特定非営利活動法人 都筑折本会		
事業所名	グループホーム蘭寿しらかし		
所在地	(224-0043) 神奈川県横浜市都筑区折本町1373-1		
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26年1月13日	評価結果 市町村受理日	平成26年4月12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)】

ホームの周りには緑に囲まれ田畑も多く、散歩など環境面には恵まれております。お天気の良い日は、一緒にお散歩に出掛けたり、天気が悪い日などはユニット内でトランプ、ぬり絵、歌レクなどたくさんさんの遊びを取り入れ、楽しんで過せる環境を提供できるように取り組んでおります。また、1年を通じて季節に応じた、お花見、地域の盆踊り、クリスマス会など様々な行事を行なっております。そのほかドライブを兼ねて回転寿司など外食にも出かけたり、近隣の公園、スーパーへの買い物など出かけております。利用者様の喜びも悲しみも共有し、利用者様にとってより良い方向に行くように、今まで過ごしてこられたありのままの人生を受け入れ、日常生活のお手伝い出来るように日々取り組んでおります。また、“利用者本位”の理念の下、職員目線の介護の押し付けにならぬよう、何が利用者様にとって本当に必要なことかをご家族様を交えて皆で考え、ホーム全体の統一ケアとして取り組んでおります。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成26年1月24日	評価機関 評価決定日	平成26年3月13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><事業所の優れている点> ◇「利用者本位」の実践 ・職員は支援に優先順位を決め、①しなければならないこと(職員) ②して欲しいこと(利用者) ③してあげたいこと(職員)を利用者ごとに決め、日々のサービスを実践している。 ◇統一ケアの実践 ・ケア方針に職員間に迷いや違いが起きないように、利用者一人ひとりのケアプランと連動した「統一ケア個別対応表」を作成し、ケアの仕方を共有し、支援している。</p> <p><事業所が工夫している点> ◇食事を楽しむ支援 ・週2日は自主メニューで、利用者の意向や季節の旬の食材を使用した食事の提供をしている。アレルギーのある利用者には代替食を提供し、食事が楽しく安全に味わえる工夫をしている。またおやつを作る材料は利用者と一緒に買い物に行き、手作りケーキ、お汁粉、ぜんざいなどを作っている。 ◇安心な入浴を支援 ・車椅子対応の利用者も、安心して入浴できるように2名体制で介助を行っている。</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	グループホーム蘭寿しらかし
ユニット名	しらかし①

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (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、安心して暮らさせている。 (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ます。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念は「利用者本位」ホームで考えた優先順位をもとに、利用者様が笑顔で暮らして行ける様に、職員間での情報の共有、ケアの実践に努めています。	・理念「利用者本位」の実現のために、管理者と職員は利用者一人ひとりに①しなければならない事②して欲しい事③してあげたい事の優先順位を決め、日々の支援が利用者本位になるよう努めている。	
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	散歩の時に近所の農家の方々と会話したり、地域の行事、盆踊り大会、獅子舞、お神輿などに参加したりしています。	・町内会に加入し、地域の夏祭り、盆踊り大会などには、利用者・職員が参加し、地域の住民と交流をしている。 ・地域交流の一環として、事業所の消防訓練には町内会からの参加を得ている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地元神社に初詣に行ったり、町内で行なわれている行事（祭事）に積極的に参加し、地域の人々との交流を図っている。また、こども110番など協力できるようにしています。	/	/
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	定期的に運営推進会議を開催し、地域の方々との意見交換の場を作る事が出来ています。今後も定期的開催できるように取り組んでいく。	・3月～2か月毎に開催している。 ・地域住民・都筑区職員・葛が谷地域ケアプラザ職員の参加はあるが利用者家族の出席はあまりない。内容や工場に活かした取組みは？	・運営推進会議に利用者家族が、出席できるような工夫を期待します。
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	運営推進会議を通じて、区役所の方からの情報の共有、事業所のケア等の問題を伝えながらアドバイスを頂いています。	・3か月毎のグループホーム連絡会に参加し、出席した行政からの情報や地域の情報を共有し、お互いに協力体制を築いている。 ・利用者・家族からの要望対応などで、判断に迷う場合は都筑区高齢支援担当職員に相談に乗ってもらっている。	

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
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	常に利用者様の安全を考え、全員の皆さまが安心して過ごしていけるように努めています。しかし、玄関の施錠はなかなか難しく今後検討課題です。	・全職員は事業所内研修等で身体拘束をしない介護支援については周知している。 ・玄関は、利用者の安全の観点から家族の了解を得て施錠している。	玄関の日中開錠について、職員による利用者の見守り体制の検討を行う中で、実行に移すことを期待します。
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	虐待は身体的なことはもちろん、言葉の暴力など間接的な虐待も含めて見逃さないように職員間で確認をする様に心がけています。		
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	利用者様が暮らしていく中で、これまでの人生と変わらず過ごしていただけるように、お守りしていかなければならない。その為にももっと勉強が必要と感じています。		
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	契約の事前に十分な説明、質問の時間を取り、話し合いを行い、利用者様、ご家族が納得できるように取り組んでいます。		
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	ご家族とは頻繁に情報交換を行い、来訪時などは会話を通じ意見交換が出来るようし、ご意見、ご要望を伺っています。ご意見・ご要望は会議にて話し合い、職務に反映させています。	・利用者の意見・要望は日常の会話のなかで汲み取り、ご家族の意見等は家族会やご家族来訪時に面談して、必要なものは運営に反映させるように努めている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	1ヶ月に1度の会議の他、意見、提案など普段から話を聞ける環境が出来るように取り組んでいます。	・管理者は、お昼や休憩時間に職員と食事などを一緒にとり、話しやすい環境を作り、意見などを聴いている。 ・職員から利用者の体力作りの提案があり、日々の散歩に反映させることにした。	
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	いかなる時でも連絡が取れる状態にし、気軽に相談が出来る体制作りをしています。ユニットの問題が起きる前に未然に防げる様に普段からの職員への声掛けをしています。		
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	外部、内部研修の機会を設けたり、介助方法など疑問を早急に解決できるようにし、一人ひとりに合わせて声を掛けるように心がけています。		
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	グループホーム同士での交流を重ね、認知症の取り巻く環境やどう関わりを持つか互いに勉強、理解し、ユニットに反映出来るようにしています。		
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	入居前に十分に説明、質問、理解の場を設け、フェイスシートによる情報収集をしています。また入居されたからの行動パターンやコミュニケーションを通じて気分を左右する要因の把握する様に努めています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前の面談により、不安や要望を聞き取り、解決に向けた話し合いをする様に努めています。またより良い関係づくりに努め、利用者様及びご家族の生活に対する意向を大事にしています。		
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	事前に家族との面談で、生活の様子を聞き取り、利用者様が何を求めているかを見極め、職員間で情報を共有して、実践に努めています。		
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	日々の生活の中で共同生活の場と言う認識を持ち、より良い関係の向上に努めています。また、目標とする課題を利用者様の立場に立って、共に達成できる様に努めています。		
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	家族の来訪を共に歓迎し、イベントへの参加を呼びかけています。また有事にはその都度ご家族と連絡を取り、一緒に考え相談して決めています。		
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	現在、ご家族以外の来訪は少なく馴染みの人達との交流は築けていません。その他電話希望の際の迅速な対応やご家族への情報提供や面会者との対応に注意しています。	・入居時の情報や、家族・本人との会話、写真などから把握している。 ・利用者の馴染みの人との電話の取り次ぎや手紙の投函のお手伝いをしている。	

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
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	常に利用者様全員に目を配り、利用者様の一人ひとりの性格や利用者様同士の関係性に留意し、円満な関係が保てる様に支援しています。また孤立しない様に職員が関わりを持つ様に努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去後も家族へ連絡したり、訪問するなど出来る限り行っています。		
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。	「利用者本位」の理念の下、日常のコミュニケーションの中でも常に「どうすることが望ましいのか」を考え、利用者様の意向に沿いながらより良い方向に行くように努めています。	・日常の子myにケー句の中から、利用者の意向を考え、把握に努めている。 ・コミュニケーションが困難な場合は、仕草や表情から、利用者の意向や希望を考え支援している。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	今までの生活歴などコミュニケーションの中から把握に努め、利用者様の1番良い心地よい生活環境を作り、より近いものにしていくように心がけています。		
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	日々の申し送りや業務日誌、連絡ノートなどからの情報収集、職員などからの情報交換など情報共有の場を出来る限り持ち、現状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	ユニット会議やケアカンファ等で職員 の意見を出し合い、常に利用者様の状 況把握に努め、より良いケアを行える ように取り組んでいます。	・介護計画は、ユニット会議やケア カンファレンスで利用者ごとに集約 された意見に、医師や家族からの意 見を反映させて作成している。 ・ケアプランは3か月毎に見直して いるが、利用者に変化があれば随時 見直している。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個 別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践 や介護計画の見直しに活かしている	ケース記録や申し送り、業務日誌を活 用し情報を共有しながら業務を遂行し ています。色々な情報を元にモニタリ ングを行い介護計画の見直しに努めて 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	不安な時や問題が起きたときは、外出 やレクなど気分転換を図っています。 また情報を共有する事により変化に対 応出来るサービスを皆で実践し、色々 な人の意見を取り入れています。		
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	地域の資源を把握する様に努め、利用 者が安全で豊かな暮らしが出来る様に 努めるようにしています。		
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	提携医療機関との24時間連携体制があ ります。また神経内科、皮膚科、歯科 などの往診があり、普段の健康状態の チェックおよび早期発見、早期治療を 心がけています。	・かかりつけ医は、入居時に本人家 族の同意の上で協力医に変更してい るが、引き続きかかりつけ医からの 受診も認めている。 ・協力医は内科が隔週、皮膚科は月 1回、歯科は必要時に訪問と送迎で 受診している。	

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 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	毎週看護師に状況報告を行い、適切な受診や看護を受けられるように努めています。		
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。	往診医が専門的な症状や入院に繋がるような病状の時は適切な病院を紹介していただき、常に病院関係者との関係作りに努めています。		
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	入居相談時より重度化や終末期の説明を行い、実際の対応準備は主治医等と家族との相談の機会を設けています。また利用契約時に現在の医療対応、施設対応の限界について説明を行っています。	・入居時に事業所の方針を説明し、支援の必要時に改めて主治医・家族と話し合い、医療機関等との連携にも取り組んでいる。 ・まだ事業所内で終末期を迎えた利用者はいないが、看取りは今後の検討テーマである。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時対応のチャート表を電話の近くに掲示したり、説明したりして、実践力が付く様に努めています。また、消防署より、救命救急の蘇生法やAEDの使用方法などの学習、講習を受けています。		
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	地域の消防署指導の下避難訓練の行い、避難経路や消火器のある場所、使い方など確認しています。また、毎月職員間での避難訓練のシュミレーション等を行っています。	・年2回の防災訓練には地域からの参加者もあり、夜間想定訓練を1回実施した。 ・備蓄は飲料水・保存食の3日分と、毛布やおむつ等の日用品を準備している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	常に敬意を持ち、自尊心を傷つけないように対応しています。	・利用者に対しては人生の先輩として常に敬意を払い、一人ひとりの思いや希望に沿った介護に努め、個人的なことには踏み込まないようにしている。 ・希望者により同性介助をしている。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	強制はせずに、基本的に身体に危険がなければ自由にして頂き、自己決定する場を出来るだけ増やすように努めています。		
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	常に利用者様の把握を行い、体調やペースに合わせ、利用者様の希望に沿った生活が送れるように支援しています。		
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	利用者様一人ひとりに合った見出しなみが出来るように、訪問理美容や化粧水やリップなどおしゃれが出来る様に支援しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節に合わせて行事などを企画し、利用者様に食べたいものを伺いメニューに取り入れる様にしています。食事の準備、片付け等のお手伝いを出来る範囲でお願いしています。	・みんなで食事を楽しむため、テレビ番組や雑談で利用者の話題になったちらし寿司、餃子、お節、ケーキなどを週2日の自主メニューに取り入れている。 ・できる利用者は、後片付けなどを職員と一緒に楽しみながらやっている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量、水分量など業務日誌などに記載し、食事量、水分共に確保できるように、一人ひとりにあった量、形態を提供する様に努めています。また記録を確認する事で状態変化などに気付く様に努めています。		
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	食事後の口腔ケア行ってもらい、介助が必要な方には職員と一緒に、出来るところまで行なって頂き、残りの部分は介助しています。		
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	尿意のある方には見守りを、その他排泄パターンを読み、声掛けして誘導を行っています。車椅子の方でも出来るだけトイレで排泄が出来るように誘導するなど支援しています。	・排泄表により排泄パターンを把握しパターンに添って誘導している。 ・失敗しても、他の人に気づかれないう対応している。 ・改善事例としてはリハビリパンツから布パンツへの事例がある。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分量はもちろん、牛乳や食物繊維の豊富なものを食事に取り入れたり、運動、規則正しい生活など個々に応じた予防に努めています。		
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	体調や状況に応じて希望に沿うように臨機応変な対応を行っています。入浴の際は体調に問題ない程度にゆっくり過ごせるように支援しています。	・入浴は週2～3回、午後を基本としているが、希望があれば可能な限り対応している。 ・入浴を嫌がる利用者には「体重を量りましょう」と言って誘導している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の生活リズムや体調を把握し適度午睡して頂く様に努めています。夜間は様子観察して、ご自分のタイミングで入眠してもらっています。		
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	薬に対する理解や重要性の把握に努めています。服薬時と服薬後は状態の変化を観察して、普段から利用者様の様子観察を怠らない様にしています。その他、内服薬の確認、成分などの把握に努めています。		
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	利用者様の趣味や好きな事を理解する様に努めています。レクなどは強要せず、一人ひとりが何をしたいのかを考え、支援しています。		
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	日常の散歩以外の個別の希望に沿える外出支援が出来るように努めています。また、家族と連携を取り、自宅への帰宅の支援も行いました。	<ul style="list-style-type: none"> ・天気の良い日は、車いすの利用者も一緒に川浴いや農道を散歩し、地域の方と挨拶を交わしている。 ・花見や買い物、外食など外出の機会を多く設けている。 ・家族との連携の中で、帰宅支援で自宅へ外泊した事例がある。 	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	金銭管理は、トラブル防止も含め、事務で行なっている為に、日常的に利用者が金銭所持できるよう支援できていない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	こちらからの電話は出来る体勢にはなっているが、ご家族都合もありなかなか難しい面もあります。ご家族からの電話はすぐにお繋ぎ出来るようにしています。		
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	常に清潔であるように心がけ、室温も適温であるようにし、廊下やリビングなどは季節の花や折り紙などで細工し、雰囲気を出すように工夫しています。	<ul style="list-style-type: none"> ・居間は、陽光も入り明るく清潔で換気にも配慮され室内は快適に維持されている。 ・共用空間は塗り絵、行事の写真が貼られ、利用者は体操や雑談しながら寛いでいる。 ・玄関には季節の花を活け、季節感を取り入れている。 	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共有空間のリビングでは、利用者様個々が不快な気分にならない様に職員が気配り、関わりを持ちようとしています。独りになりたいときは居室で過ごして頂く様にしています。		
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	家具類等は、利用者様が入居前より使用していた物や好みの物を使用し、家族との写真などが置いて頂いています。落ち着いて過ごせるような環境作りを支援しています。	<ul style="list-style-type: none"> ・エアコン、クローゼットが備え付けで、利用者は馴染みの物や仏壇を持ち込んで。 ・入居前からの習慣により床に布団で寝ている方もいる。 ・洗濯物の片付けや、清掃は利用者と一緒にできる範囲で行っている。 	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	共同生活の中でその都度役割を設け、食後の食器拭きや洗濯物たたみなど協力して頂いています。状態の現状維持する様に関わり、お互いに協力しながら支援しています。		

事業所名	グループホーム蘭寿しらかし
ユニット名	しらかし②

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (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	理念は「利用者本位」ホームで考えた優先順位をもとに、利用者様が笑顔で暮らして行ける様に、職員間での情報の共有、ケアの実践に努めています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	散歩の時に近所の農家の方々と会話したり、地域の行事、盆踊り大会、獅子舞、お神輿などに参加したりしています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地元神社に初詣に行ったり、町内で行なわれている行事（祭事）に積極的に参加し、地域の人々との交流を図っている。また、こども110番など協力できるようにしています。		
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	定期的に運営推進会議を開催し、地域の方々との意見交換の場を作る事が出来ています。今後も定期的に開催できるように取り組んでいく。		
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	運営推進会議を通じて、区役所の方からの情報の共有、事業所のケア等の問題を伝えながらアドバイスを頂いています。		

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	常に利用者様の安全を考え、全員の方々が安心して過ごしていけるように努めています。しかし、玄関の施錠はなかなか難しく今後検討課題です。		
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	虐待は身体的なことはもちろん、言葉の暴力など間接的な虐待も含めて見逃さないように職員間で確認をする様に心がけています。		
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	利用者様が暮らしていく中で、今までの人生と変わらず過ごしていただけるように、お守りしていかなければならない。その為にももっと勉強が必要と感じています。		
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	契約の事前に十分な説明、質問の時間を取り、話し合いを行い、利用者様、ご家族が納得できるように取り組んでいます。		
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	ご家族とは頻繁に情報交換を行い、来訪時などは会話を通じ意見交換が出来るようし、ご意見、ご要望を伺っています。ご意見・ご要望は会議にて話し合い、職務に反映させています。		

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	1ヶ月に1度の会議の他、意見、提案など普段から話を聞ける環境が出来るように取り組んでいます。		
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	いかなる時でも連絡が取れる状態にし、気軽に相談が出来る体制作りをしています。ユニットの問題が起きる前に未然に防げる様に普段からの職員への声掛けをしています。		
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	外部、内部研修の機会を設けたり、介助方法など疑問を早急に解決できるようにし、一人ひとりに合わせて声を掛けるように心がけています。		
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	グループホーム同士での交流を重ね、認知症の取り巻く環境やどう関わりを持つか互いに勉強、理解し、ユニットに反映出来るようにしています。		
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	入居前に十分に説明、質問、理解の場を設け、フェイスシートによる情報収集をしています。また入居されたからの行動パターンやコミュニケーションを通じて気分を左右する要因の把握する様に努めています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前の面談により、不安や要望を聞き取り、解決に向けた話し合いをする様に努めています。またより良い関係づくりに努め、利用者様及びご家族の生活に対する意向を大事にしています。		
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	事前に家族との面談で、生活の様子を聞き取り、利用者様が何を求めているかを見極め、職員間で情報を共有して、実践に努めています。		
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	日々の生活の中で共同生活の場と言う認識を持ち、より良い関係の向上に努めています。また、目標とする課題を利用者様の立場に立って、共に達成できる様に努めています。		
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	家族の来訪を共に歓迎し、イベントへの参加を呼びかけています。また有事にはその都度ご家族と連絡を取り、一緒に考え相談して決めています。		
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	現在、ご家族以外の来訪は少なく馴染みの人達との交流は築けていません。その他電話希望の際の迅速な対応やご家族への情報提供や面会者との対応に注意しています。		

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	常に利用者様全員に目を配り、利用者様の一人ひとりの性格や利用者様同士の関係性に留意し、円満な関係が保てる様に支援しています。また孤立しない様に職員が関わりを持つ様に努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去後も家族へ連絡したり、訪問するなど出来る限り行っています。		
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。	「利用者本位」の理念の下、日常のコミュニケーションの中でも常に「どうすることが望ましいのか」を考え、利用者様の意向に沿いながらより良い方向に行くように努めています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	今までの生活歴などコミュニケーションの中から把握に努め、利用者様の1番良い心地よい生活環境を作り、より近いものにしていくように心がけています。		
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	日々の申し送りや業務日誌、連絡ノートなどからの情報収集、職員などからの情報交換など情報共有の場を出来る限り持ち、現状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	ユニット会議やケアカンファ等で職員 の意見を出し合い、常に利用者様の状 況把握に努め、より良いケアを行える ように取り組んでいます。		
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	ケース記録や申し送り、業務日誌を活 用し情報を共有しながら業務を遂行し ています。色々な情報を元にモニタリ ングを行い介護計画の見直しに努めて 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	不安な時や問題が起きたときは、外出 やレクなど気分転換を図っています。 また情報を共有する事により変化に対 応出来るサービスを皆で実践し、色々 な人の意見を取り入れています。		
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	地域の資源を把握する様に努め、利用 者が安全で豊かな暮らしが出来る様に 努めるようにしています。		
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	提携医療機関との24時間連携体制があ ります。また神経内科、皮膚科、歯科 などの往診があり、普段の健康状態の チェックおよび早期発見、早期治療を 心がけています。		

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	毎週看護師に状況報告を行い、適切な受診や看護を受けられるように努めています。		
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。	往診医が専門的な症状や入院に繋がるような病状の時は適切な病院を紹介してくださり、常に病院関係者との関係作りに努めています。		
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	入居相談時より重度化や終末期の説明を行い、実際の対応準備は主治医等と家族との相談の機会を設けています。また利用契約時に現在の医療対応、施設対応の限界について説明を行っています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時対応のチャート表を電話の近くに掲示したり、説明したりして、実践力が付く様に努めています。また、消防署より、救命救急の蘇生法やAEDの使用方法などの学習、講習を受けています。		
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	地域の消防署指導の下避難訓練の行い、避難経路や消火器のある場所、使い方など確認しています。また、毎月職員間での避難訓練のシュミレーション等を行っています。		

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
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	常に敬意を持ち、自尊心を傷つけないように対応しています。		
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	強制はせずに、基本的に身体に危険がなければ自由にして頂き、自己決定する場を出来るだけ増やすように努めています。		
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	常に利用者様の把握を行い、体調やペースに合わせ、利用者様の希望に沿った生活が送れるように支援しています。		
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	利用者様一人ひとりに合った見出しなみが出来るように、訪問理美容や化粧水やリップなどおしゃれが出来る様に支援しています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節に合わせて行事などを企画し、利用者様に食べたいものを伺いメニューに取り入れる様にしています。食事の準備、片付け等のお手伝いを出来る範囲でお願いしています。		

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	食事量、水分量など業務日誌などに記載し、食事量、水分共に確保できるように、一人ひとりにあった量、形態を提供する様に努めています。また記録を確認する事で状態変化などに気付く様に努めています。		
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	食事後の口腔ケア行ってもらい、介助が必要な方には職員と一緒に、出来るところまで行なって頂き、残りの部分は介助しています。		
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	尿意のある方には見守りを、その他排泄パターンを読み、声掛けして誘導を行っています。車椅子の方でも出来るだけトイレで排泄が出来るように誘導するなど支援しています。		
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	水分量はもちろん、牛乳や食物繊維の豊富なものを食事に取り入れたり、運動、規則正しい生活など個々に応じた予防に努めています。		
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	体調や状況に応じて希望に沿うように臨機応変な対応を行っています。入浴の際は体調に問題ない程度にゆっくり過ごせ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
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	個々の生活リズムや体調を把握し適度午睡して頂く様に努めています。夜間は様子観察して、ご自分のタイミングで入眠してもらっています。		
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	薬に対する理解や重要性の把握に努めています。服薬時と服薬後は状態の変化を観察して、普段から利用者様の様子観察を怠らない様にしています。その他、内服薬の確認、成分などの把握に努めています。		
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	利用者様の趣味や好きな事を理解する様に努めています。レクなどは強要せず、一人ひとりが何をしたいのかを考え、支援しています。		
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	日常の散歩以外の個別の希望に沿える外出支援が出来るように努めています。また、家族と連携を取り、自宅への帰宅の支援も行いました。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	金銭管理は、トラブル防止も含め、事務で行なっている為に、日常的に利用者が金銭所持できるよう支援できていない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	こちらからの電話は出来る体勢にはなっているが、ご家族都合もありなかなか難しい面もあります。ご家族からの電話はすぐにお繋ぎ出来るようにしています。		
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	常に清潔であるように心がけ、室温も適温であるようにし、廊下やリビングなどは季節の花や折り紙などで細工し、雰囲気を出すように工夫しています。		
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	共有空間のリビングでは、利用者様個々が不快な気分にならない様に職員が気配り、関わりを持ちようとしています。独りになりたいときは居室で過ごして頂く様にしています。		
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	家具類等は、利用者様が入居前より使用していた物や好みの物を使用し、家族との写真などが置いて頂いています。落ち着いて過ごせるような環境作りを支援しています。		
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	共同生活の中でその都度役割を設け、食後の食器拭きや洗濯物たたみなど協力して頂いています。状態の現状維持する様に関わり、お互いに協力しながら支援しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム蘭寿しらかし

作成日 平成26年3月20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組み内容	目標達成に要する期間
1	3	運営推進会議に利用者家族がなかなか出席出来ていない。できるような工夫。他、現状3ヶ月に一回開催している。	利用者家族の出席。2ヶ月に一回定期的な運営推進会議の開催。	会議日程を固定し、事前に利用者家族に相談し、多くの方が出席できるようにしていく。また、多くのご家族に声をかけ、多人数に参加を促す。	1年
2	10	介護計画書が、利用者家族への説明が不十分である。	全ての利用者、利用者家族への説明と同意	利用者家族へ連絡し今後説明を行なっていく事を伝える。更新時や状態に変化が有った時は、ご家族と話し合いの場を持ち協力してより良い介護計画書を作成していく。	6か月
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。