

<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	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	平成25年11月29日
評価確定日	平成26年1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。

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	1472603214	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日		
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	(252-0423)			
	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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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23年11月16日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月27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)】

<p>身近に、駅や商店街があり、地域に密着した暮らしが出来る。様々なボランティアの協力や、近隣の方と行事を通して交流があり地域に開かれた施設である。また、リビングやキッチンを中心として個人の居室があり、個室から出ると、他のご利用者や職員の顔が直ぐ見られ、安心感を得やすい。居住スペースの真ん中にあるキッチンカウンターでは、ご利用者がキッチンカウンターを囲み毎食料理を楽しむ事が出来る。</p>
--

【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25年11月29日	評価機関 評価決定日	平成26年1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>●グループホーム秋桜は、平成18年3月に社会福祉法人上溝緑寿会によって開設された認知症対応型生活介護事業所です。相模原市のJR上溝駅前から徒歩1分の緑寿会本部に隣接する位置で、木質パネル作りの2階建て、駅前商店街での買い物や、大きな公園にも近く、散歩なども楽しめる快適な環境にあります。地域の方々との交流と残された能力に合わせたサービスの提供で、一人ひとりが出来る事を通して、役立ちを感じつつ、認知症の進行を緩和し、住み慣れたところでその人らしく生活が出来る支援を行なっています。</p> <p>●理念に「人生はいつでもあなたが主役です」と掲げ、方針は①人格、名誉及びプライバシーを尊重し役割を持って家庭的な環境の下で日常生活が送れるよう援助します。②介護計画を作成し一人ひとりの常態に合わせて援助を行います。③地域との交流に努めます。④適切な介護技術を持ってサービス提供を行います。⑤質の管理、評価を行い改善に努めます。として理念に副った利用者の自立に向けた支援が行われています。</p> <p>●事業所は認知症高齢者の特性を知った管理者が、設計段階から加わって建設され、そのレイアウトや設備にも拘りがあります。居室は、リビングやキッチンを囲むように配置され、何時でも他の利用者や職員の顔が見られるよう、キッチンカウンターの高さを利用者に合わせて低くするなど、随所に認知症高齢者支援に当たっての配慮がなされています。</p> <p>●地域の繋がりでは、事業所恒例の納涼祭や餅つき大会に多くの地域の方の参加を得、近くの農家の方から野菜のお裾分けを頂く等、良好な関係で地域交流が行われています。</p> <p>●教育では、認知症介護のテーマに沿った職場研修を実施し、研修で学んだ結果を会議等で報告して全職員で共有をし、日々のケアに活かすべく資質向上に努めています。</p> <p>●防災取り組みでは、防災訓練計画を立て、定期的な避難訓練を年2回実施しています。念願の地域の方の防災サポーターの確約も得、職員の利用者の安全確保の意識も高く、報知機の使い方等も熟知し、施設内にはスプリンクラー・自動通報装置も設置されています。</p> <p>●事業所では指針を定め、看取り介護の実施を全職員で共有してケアに当たっています。</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 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
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	開所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、地域交流事業の展開、地域行事への参加、様々なボランティアの方との交流など日頃から開かれた施設作りに努めています。理念は職員の見える所に貼り出し、日々確認しています。	開設当初に職員全員で作成した「人生は何時でもあなたが主役です」～住み慣れた所その人らしく生活する事をお手伝いします～を基本理念として、①今までの生活習慣が継続できる②出来ることは自分で行なう③コミュニケーションと意志の尊重④個人の尊厳を守る⑤地域の方々との交流。と言った5項目を、理念の具体的取り組み指針としてパンフレットや事業所玄関内に掲げています。多くのボランティアの支えと、地域行事への参加などで地域交流を図り、日々住み慣れた地域での暮らしの中で、利用者の自立に向けた支援が行われています。	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、地域のサロンに出かける。近隣の商店街への買い物、年2回の地域交流事業の開催、近隣の方が野菜を持ってきて下さる等日頃から交流は盛んに行われている。	「地域住民またはボランティア活動等との連携で、地域交流に努める」と謳われた運営方針に則り、事業所は自治会に加入し、利用者が地域サロンへ出かけた時、近くの商店街での買い物などを通じ、日常的に地域の一員として交流が行われています。また、事業所主催の年2回の恒例行事の7月納涼祭・12月餅つき等も開催され、地域の方々の参加を得て活発な交流が定着しています。	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			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	運営状況や運営上の課題など報告し、意見交換したものを参考にしている。今年度運営推進会議で、災害時に地域の協力を得るということで、防災サポーターの設置ということが提案され実施することが出来た。	運営推進会議は自治会長・民生委員・地域ボランティア・家族・市中央相談課職員・法人理事・管理者などの参加で2ヶ月に1回を目安に開催され、事業所活動報告に加え諸行事の連絡を行い、参加者から意見提案などを頂き、事業運営に反映されています。今年度は災害時協力に関する地域協定も成立し、防災サポーターの設置などの提案がなされ実施されています。	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
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。例えば、防災訓練と運営推進会議を同時に開催しアドバイスを受ける等した。地域交流事業も運営推進会議を同時に開催し地域の方との交流の様子を伝えている。	市の中央相談課職員が運営推進会議に参加し、ホームの概況に加え現状の課題なども理解頂いています。問題の取組みに関する相談もし易く、アドバイス等も受けています。更に地域交流事業の納涼祭や餅つき大会等との推進会議の同時開催で「地域の方との繋がり」の実態を伝えたり、高齢者支援を行う現場の立場から情報の提供なども行い、協力関係を築くよう取り組んでいます。	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	玄関の施錠は、防犯上夜間のみ行なっている。身体拘束について毎年会議で、どの様なことが、身体拘束に当たるか等、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る。	契約書7条に「行動制限や身体拘束は行なわない、但し、緊急止む無く拘束行為を行なった場合は、その理由と実施者氏名等を記録に残す」と謳って、身体拘束によって起こるデメリットやその対象行為を研修や会議等で議題にし、全職員の理解に努めています。外出願望が強い方の対応として、ユニットのドア付近にチャイムを取り付け、見守りで対応しています。玄関口は昼間は開放しているが、夜間時の玄関やベランダは、防犯上家族の了解を得て施錠しています。	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に注意を払い、防止に努めている			
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している			
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			
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、家族懇親会の開催、来訪時やケアプランの説明の時などで、意見や要望、などを聴く様に努めている。またご利用者の変化も上記の機会に伝えるよう努めている。	運営推進会議、家族懇談会、面会、ケアプランの説明などで来訪された時に、利用者の様子などを含めた報告と共に、ご家族から要望や意見・苦情などを聴くように努めています。そこで頂いた意見や要望は、ユニット会議で検討の上、対応しています。また、案件により費用がかかる場合は本部の決裁を仰ぐ体制となっています。結果は提案者へ回答報告をしています。	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、運営上の議題を取り上げる機会を設けている。また意見ノートを置き意見や提案を記入してもらったものを会議で取り上げている。さらには、年1回管理者が職員との個別面談で意見や、提案、悩みなどを聴く機会を設けている。	職員と管理者間は何事でも気安く話し合える関係が築かれていて、日頃の会話の中からも意見要望を収集しています。さらに定期的な会議の場でも職員が意見等を述べ易いように配慮し、出された意見・要望は運営に反映する様に努めています。又年一回、管理者によるパートを含めた職員との個別面談・キャリアパスを実施し、意見や提案を聴く機会を設けて活用しています。	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			
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			
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			
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			

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			
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			
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			
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			
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、馴染みの方との交流も難しくなって来ているが、ご近所だったという方が、時々尋ねて来ている。また、馴染みだった魚屋や、お蕎麦屋などにも時々出かけている。	昔馴染みの方との交流で、ご近所だった方が時々来訪されると言った事例もありますが、昔馴染みとの付き合いは時の経過と共に殆ど無くなって来ているのも現状です。ご利用者が、馴染みの魚屋やお蕎麦屋に時々出かける事もありますが、むしろ日頃の外出で訪れる、近くの大型スーパー等で馴染みとなったお店のご理解を得た受け入れて、親しく付き合い等が行われています。	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
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			
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			
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。	ひとり一人の思い出が把握できているか、思いを聞いているか会議で話し合い、センター方式など活用し思い出の把握に努めている。また思い出の把握が困難な方は、生活歴など参考にしたり、ご本人の表情などから汲み取るようにしている。	利用者一人ひとりの思いの把握が的確に出来ているかどうかを会議で課題に挙げ、日々の会話より得た思い等を記録しています。また意思表示が困難な方には、表情等からの汲み取りと、家族からの情報を合わせ、意向の把握に努め、全職員で共有しながら、本人本位の思いに沿った支援の実現に努めています。	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			
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			

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ヶ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る。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る。	ケアプランの振り返り表を作成し、2ヶ月ごとに開催されるケアプラン会議で、6ヶ月毎の定期的な見直しと、状態の変化に即した随時の介護計画の見直しが行われています。日々の観察結果と本人やご家族の希望も傾聴し、全職員と計画担当者の参加で話し合って介護計画を作成しています。後、ご家族の了承を得て、プランに基づく支援が実行されています。	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				
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、柔軟なサービスの多機能化にとりこんでいる				
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している				
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、ご本人や家族の希望の主治医になっている方もいます。必要に応じ、ご本人と家族と一緒に受診し、直接ご家族がかかりつけ医の説明を聞く機会を作っています。	入居の際にかかりつけ医の有無と、其の継続の意思の確認が行なっています。従前のかかりつけ医の診療継続希望者には、ホームでの日々の暮らしぶりや介護情報の提供を行い、診察の結果情報を家族経由で頂いて共有を図り、支援を行っています。その他の方は、協力医（山川内科クリニック）による支援にて、個々の状態の変化等必要に応じて、本人とご家族と一緒に医師からの説明や相談が受けられる等、適切な医療受診の支援が行われています。（診療科目の関係から協力医以外の受診があります）	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			
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。			
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	契約時には、重度になった時、看取りについてグループホームの方針を伝えている。また、その対象となった場合には、ご本人及びご家族に十分な説明の機会を持ち、同じ法人の特養と連携し、法人全体でご利用者の状態にあったよりよいケアが受けられる様支援している。	現在、契約条項等では看取りに関する条項は明記されていませんが、重度になった時には、同じ法人の特養とも連携を取りながら、ご家族の意向に沿ったより良いケアを選択し、場合によっては終末期、看取り介護も行なう事の方針を契約時に伝えていません。現在では重度化及び、終末期ケアの実施に当たり、その指針・詳細マニュアルも作成され、看取りの実績もあります。	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			
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回実施している。2月の防災訓練には、運営推進会議のメンバーにも参加してもらっている。また今年度10月からグループホームの近隣の住民に防災サポーターに登録してもらっている。	職員と入居者を含めた夜間を想定した避難訓練1回と日中での訓練1回（年2回）の計画の基づき、2月・8月に実施しています。今年度の2月の防災訓練時には、運営推進委員会メンバーの参加の下で行なわれ、10月には念願であった近隣の方の防災サポーター登録も行われ、防災に関する体制固めが着実に進められています。	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
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、言葉掛や対応に努めている。ご利用者がやりたい事、やろうとしている事は、基本的にとめないで見守っていく姿勢に努めている。	プライバシー保護に関するポリシーが設けられおり、詳細文を家族に配布しています。又従業員には研修を通じてその理解・共有を徹底しています。言葉遣いは、法人全体で丁寧語を基本にし、利用者を人生の先輩として敬い、その人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。また、一人ひとりの思いを尊重した介護支援に取り組み、見守りを中心とした支援で、ホーム内での様々な呼びかけ、会話等でも適切に実践していることが調査時に確認できました。	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			
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			
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			

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
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	1日3回繰り返し広げられる、料理に多くの利用者が関わられるように支援している。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、自らもやってみたいと思ってもらえるようになっている。他、ゴマ摺り、玉ねぎの皮むき等々、能力に応じてやっている。片付けは基本的に出来る方はご本人がやれるように支援している。	毎日、食材の買い物に職員と一緒に出かけ、1日3回の、食事作りに出来るだけ多くの利用者が関わられるように支援しています。リビングのほぼ中央に、高さなども考慮されたキッチンカウンターが設けられ、料理の出来る様子を見る事で、自分もやってみたいと思って貰える様に工夫がされています。下拵えのゴマ摺り、玉ねぎの皮むき等、能力に応じた手伝いが全員で行われています。また、片付け（下膳）はご本人がやれる様にと見守り支援が行われています。食事は一人ひとりに合わせた刻みや、柔らかさ等も加味した食事が提供され、職員と一緒に入居者のペースで介助をしている事を食事の同席で確認できました。	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
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			
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			
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	常時オムツを使用している方でも、日中はなるべくトイレで排泄が出来るよう支援している。必要に応じて排泄チェック表を付け、日中は布パンツとパットでなるべく対応している。また、水分をキチンと摂取することで、尿意を促し、トイレでの排尿がスムーズに出来るよう支援している。	個々の方の排泄パターンを把握しての、頃合を見計らった声かけ誘導と、水分をキチンと摂取する事により、排尿が自然に出来るよう水分摂取に心配りをした管理とで、常時オムツの方でも日中は、なるべくトイレでの排泄を試みて、パットや下着のパンツで過ごせる様になら、オムツが少なくて済むように支援が行われています。	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			
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ない。毎日入浴されている方もいる。入浴が進まない方には、誘い方の工夫や、タイミングなどを計り、嫌な気持ちが残らないよう支援している。	入浴の曜日や時間は決まっておらず、毎日入浴する方も居ますが、大半の方には希望を伺いながら支援を行なっています。入浴には清潔保持のみならず、傷、打ち身、痣など身体観察で発見の効能も大である事を考え、抵抗感が強い方にも、時間を変えたり職員を変えての呼びかけで、誘い方を工夫し、嫌な気持ちが残らないよう、個々に応じた入浴の支援が行われています。	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
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			
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			
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			
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る。また、計画的な紅葉など季節の花々を見に行ったり普段行けないところに出かけている。年1回リフト付きのバスをレンタルし、日帰りバス旅行をしている。今年度は油壺マリンパークに出かけた。しかし、日頃の外出に多く出ている方が居る一方で少なくなっている方もいる。	天気の良い日には、日常の取り組みとしてホーム近くのコースや買物を兼ねた散歩と玄関先やテラスでの日光浴も行われ、総ての方に戸外に出られる様に支援が行われています。季節の花見、紅葉見物など、普段行け無き所への外出も車椅子対応のバスを使って日帰りツアー等も定期的に取り組みされていて、今年度は、利用者の要望を聴き、三浦半島の油壺マリンパーク見物が実施されています。	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			
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	家具はリサイクル中心に設えて、生活感が持てる様にしている。また、季節の花、ご利用者の作品の貼り出し、写真ボランティアの季節感溢れる写真、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る。	館内に入ると、玄関、廊下、風呂、トイレ、リビングは掃除が行き届き、キッチンに続くリビングは採光も良く、明るい雰囲気があります。異音や不快臭も無く、使用されている家具類はリサイクル品をうまく応用し、生活実感と安らぎが感じられるよう工夫がされています。また、季節の花や入居者の書、ボランティアの季節感溢れる写真に加え、レク時のスナップ写真等で、ご家族の来訪時には話題に出来る等の工夫もされ、居心地良く過せるよう施されています。	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			
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こんで頂いている。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、自宅に居た時と同じ動きが出来る様に支援している。また、ご本人の写真や作品などでご本人が居心地よく過せる様支援している。	入居契約書に、なるべく使い慣れて馴染んだ家具等をお持下さいと謳って、夫々に整理ダンス、椅子、また、人によっては仏壇等と、その他、写真や自作の書、縫いぐるみ等で、その人らしい馴染みの部屋になる様、夫々の設えて工夫がされています。また、室内でのベッドの配置なども自宅に居た時と同じ動きが出来る様にと、向き等にも工夫した支援が行われています。	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			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム秋桜

作成日

平成25年11月29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	26	日々の暮らしの中で意識的にケアプランの目標に添って支援を取組むことが不十分である。	ご本人および、ご家族の意向を汲み取ったケアプランを作成していく。また暮らしの中で実践的に取り組み、成果が見えるかたちにしていく。	①ご本人およびご家族の意向及び、できることに視点を当てたアセスメントの見直し。 ②暮らしのなかで、取り組めるような仕組み作り。ケアプラン振り返り票の活用。	平成25年12月～ 26年11月
2	34	利用者の急変や、事故発生時に応急手当や、的確な対応が求められている。	①ご利用者一人ひとりの病気や状態の把握を的確にする。 ②対応や応急手当が適確にできる。	①病気の知識を深めるため研修会をする。 ②対応や応急手当について、研修会を開くとともに、かかりつけ医に日頃から対応のアドバイスを受ける。	平成25年12月～ 26年11月
3	35	高齢化や重度化にともない、災害時に全職員が落ち着いて対応できることが必要。	①地域住民の防災サポーター体制を起動させる。 ②全職員が対応方法を身につける。	①防災サポーターの方に防災訓練に参加してもらう。 ②年2回の防災訓練の実施のなかで、対応方法を身につける。 ③備蓄の充実。	平成25年12月～ 26年11月

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	利用者と職員と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	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、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づくりに努めています。理念は、職員の見えるところに貼り出し、日々確認しています。		
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	自治会の加入、地域のサロンに出かける、近隣の商店街への買い物、年2回の地域交流事業の開催、近隣のかたが、野菜をもってきて下さる等日ごろから交流が盛ん行われている。		
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	包括主催の、地域ケア会議へ参加し、日ごろの支援など伝えている。また、近隣のかたの相談に対応し、必要時には、地域包括につなげている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営状況や運営上の課題など報告し、意見交換したものを参考にしている。今年度運営推進会議で、災害時の地域のかたの協力を得るということで、防災サポーターの設置ということが提案され実施することがきた。		
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。例えば、防災訓練と運営推進会議を同時に開催しアドバイスを受けるなどした。地域交流事業も運営推進会議を同時に開催し地域のかたとの交流の様子を伝えている。		

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	玄関の施錠は、防犯上夜間のみ行っている。身体拘束について毎年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る。		
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る。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る。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	会議でとりあげ、学ぶ機会をもっている。個々の必要性を把握し、制度の紹介に努めている。		
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、同意を得ている、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・納得に努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	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る。また、ご利用者の変化も上記の機会に伝えるよう努めている		
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る、また、意見ノートを置きいけんや、提案を記入したものを会議で取り上げている、さらには、年1回管理者が職員との個別面談で意見や、提案、悩みなど聴く機会を設けている。		

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死後にとりくめる仕組みになっている。		
13	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	勤務体制に余裕がなく、なかなか参加できないでいる。昨年度は法人内で、4テーマ設け学びたいテーマのところに参加できる内部研修に参加した。今年度は法人の研修は検討中である。また、今年度は、パーソンセンタードケアについての冊子を職員に提供し、順番にレポートし会議のなかで学んでいる。		
14	○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	市内の社会福祉法人設立のグループホームでねん4回ぶき壺を開催し事例検討と、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 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	事前面接は、居住するゆにっとの職員と訪問し、暮らしぶりなど把握したり、ご本人の希望や不安などの把握に努めている。		
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、事前面接の機会等で、要望や不安なことを聴くように努めている。		
17	○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	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手対応している。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る。		

18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	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る。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で、利用者の力が発揮できるよう努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族が参加する行事も多く、協力しながら行っている。他にも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、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る。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	利用者も高齢になり、馴染みのかたとの交流も難しくなってきたが、ご近所だったという方が、時々訪ねてきている。また、馴染みだった魚屋や、お蕎麦屋などにも時々出かけている。		
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、様々な繋がりが持てるよう配慮している。他の利用者の車いすを押すことなど希望する方にも、安全を確認しながら、手伝いたい気持ちを大切にしている。		
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る。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	一人ひとりの思いを把握できているか、思いは聴けている会議で話し合い、センター方式など活用し思いの把握に努めている。また、思いの把握が困難な場合は、生活歴などさんこうにしたり、ご本人の表情などからくみ取るようにしている。		

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	入居時に、生活歴、入居前までの暮らしぶり、など聞き取っている。また家族にも記述してもらっている。入居後もご本人との会話するなかで、把握している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	センター方式を活用し、ご本人の過ごし方、心身状態、有するちからの把握に努めている。		
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る。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	記録する時間の持ち方、記録する内容について課題がある。ご本人の心身の状態、取り組んだことだけでなく、ご本人らしさが共有できる記録にし、ケアプランに活かして行くことは、今後も課題である。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	家族との外出、帰宅等の送迎の支援など柔軟な対応をこころがけている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	畑、フラダンス、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る。		
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かたもいます。必要に応じ、ご本人とご家族と一緒に受診し、直接ご家族がかかりつけ医のせつめいを聴く機会を作っている。		

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、訪問看護を利用している。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うようにしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際は、日頃の状態や支援方法など医療機関に伝えている。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る。退院時のご家族に対しての説明には、できる限り同席させてもらい、グループホームの暮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る。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時には、重度になった時、看取りについてグループホームの方針を伝えている。また、その対象となった場合には、ご本人、およびご家族に十分説明の機会を持ち、同じ法人の特養と連携し、法人全体でお利用者の状態にあったよりよいケアが受けられるよう支援している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変や自己発生に備えて、マニュアルの確認を年間の研修計画に位置づけに行っている。応急手当に関しての実践力は、不十分といえる		
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回実施している。2月の防災訓練には、運営推進会議のメンバーにも参加してもらっている。また、今年度10月からグループホームの近隣の住民に防災サポーターに登録してもらっている。		
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る。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	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ご本人の思いや希望を表明できるよう支援している。外食では、昔よく言っていたお蕎麦屋行きたいという希望など聴き出かけている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	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支援に努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	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る。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	一日3回繰り返し広げられる、料理に多くのご利用者が関わられるように支援している。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を見て、感じ取って、みずからもやってみたいと思ってもらえるようになっている。他ごますり、玉ねぎの皮むき等々、能力に応じてやっている。かたづけは、基本的にできる方はご本人がやれるよう支援している。		
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、法人の管理栄養にメニュー表を見てもらい、アドバイスを受けている。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る。また、そのかたの状態にあった形や量で提供している。		
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	毎食後口腔ケアの支援を行っている。往診歯科の往診日には、治療だけでなく、口腔内よごれなども診てもらっている		

43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	常時おむつを使用しているかたでも、日中はなるべくトイレで排泄できるよう支援している。必要に応じ排泄チェック表をつけ、日昼は、布パンツとパットとでなるべく対応している。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	運動と水分摂取を進めている。起床時の牛乳の摂取や、乳製品などもsrつ種できるよう支援している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、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	入浴の曜日や時間は決まっていない。毎日入浴されている方もいる。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る。		
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、お昼寝を進めている。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ている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	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る。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、副作用についてわかるようにしている。また、くすりの種類によっては、インターネットなどで検索し薬の効能m副作用について調べ、職員かんの共有に努めている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	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る。		

49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	毎日買い物に行くなど、戸外に出る機会を設けている、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る。年1回リフト付きのバスをレンタルし日帰りバス旅行を行っている、今年度は、油壺マリンパークにでかけた。しかし、日頃の外出が多く出ている方がいる一方少なくなっているかたもいる。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	自分でお金をもって、使用できる方は、限られてきている。自分のおやつを買いに行くことをにつかにしている方もいる。		
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	電話を使って自らご家族とれんらくを取っているかた少ない。ご家族とのコミュニケーションのためにも電話の使用を進めていきたい。		
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る。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る。		
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や、玄関ホール、エレベーターホールなどで独りになったりなどしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	なるべく使い慣れた家具を持ち込んでいただいている。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る。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	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るため、自由で自立的な過ごし方ができるようになっている。		
----	--	---	--	--	--

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム秋桜

作成日

平成25年11月29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	26	日々の暮らしの中で意識的にケアプランの目標に添って支援を取組むことが不十分である。	ご本人および、ご家族の意向を汲み取ったケアプランを作成していく。また暮らしの中で実践的に取り組み、成果が見えるかたちにしていく。	①ご本人およびご家族の意向及び、できることに視点を当てたアセスメントの見直し。 ②暮らしのなかで、取り組めるような仕組み作り。ケアプラン振り返り票の活用。	平成25年12月～ 26年11月
2	34	利用者の急変や、事故発生時に応急手当や、的確な対応が求められている。	①ご利用者一人ひとりの病気や状態の把握を的確にする。 ②対応や応急手当が適確にできる。	①病気の知識を深めるため研修会をする。 ②対応や応急手当について、研修会を開くとともに、かかりつけ医に日頃から対応のアドバイスを受ける。	平成25年12月～ 26年11月
3	35	高齢化や重度化にともない、災害時に全職員が落ち着いて対応できることが必要。	①地域住民の防災サポーター体制を起動させる。 ②全職員が対応方法を身につける。	①防災サポーターの方に防災訓練に参加してもらう。 ②年2回の防災訓練の実施のなかで、対応方法を身につける。 ③備蓄の充実。	平成25年12月～ 26年11月

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。