

平成26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	1473701256	事業の開始年月日	平成17年3月1日	
		指定年月日	平成17年3月1日	
法人名	医療法人 徳寿会			
事業所名	グループホーム プラチナ・ヴィラ青葉台			
所在地	(227-0033)			
	神奈川県横浜市青葉区鴨志田町758番地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27年3月1日	評価結果 市町村受理日	平成27年6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)】

外出する機会を多く設けて、地域・社会との繋がりを大切にしている。 個人の思いを大切に、その人らしい生活が送れるように支援している。 職員は、内外の研修へ参加しスキルアップに努めている。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2丁目10番地横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成27年3月17日	評価機関 評価決定日	平成27年5月19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)】

【事業所の概要】 この事業所は東急田園都市線青葉台駅からバスで10分、成合バス停より徒歩5分の所にある。幹線道路から少し奥まったところにあり、鉄筋2階建ての建物は斜面に立地していて、竹林に囲まれ自然豊かな恵まれた環境にある。リビングや廊下などの共用空間、居室とも広々しており、利用者はそれぞれのペースで穏やかに暮らしている。 【地域参加・交流】 毎年、理念に沿った事業所の年間目標をたてている。今年度の目標を「地域参加・交流」とし、散歩や近所の商店に買い物に出かけた際は、地域の方と挨拶を交わしている。鴨志田町内会に加入し、地域のお祭りに参加したり、利用者も一緒に地域清掃を行ったりしている。正月には地域の獅子舞も来てくれるようになった。隣の方に畑で採りたての野菜を頂くことなどもしばしばある。管理者は地域との交流をより深めたいと、地域の中での顔馴染みの関係作りに努めている。 【外出支援】 日常の外出を重視し、利用者一人ひとりに合わせて、散歩や買い物などを行っている。お地藏様までのコースやコンビニエンスストアに行くコースなどいくつかの散歩コースがあり、その日の状態や気分に応じて選択している。気分転換に数名で買い物に出掛けることもある。行事は年間計画を作成して、花見やアジサイ見物、読売ランドなどに、法人の車で出掛け楽しんでる。
--

【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 プラチナヴィラ青葉台
ユニット名	1階 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、安全面で不安なく過ごせている。 (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	外部評価の結果から理念に沿った年間目標を立てている。その目標に沿って、研修や年間行事の作成を行っている。	法人のグループホーム共通の理念を事務所に掲示するとともに、毎年、理念に沿った事業所の年間目標をたてている。今年度の目標を「地域参加・交流」とし、申し送りや全体ミーティングで職員に説明し共有している。管理者は地域との交流をより深めたいと、地域の中での顔なじみの関係作りに努めている。	
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	自治会に加入し、地域のお祭りやイベント、掃除にも参加している。また、散歩や買い物などで挨拶を交わし、顔馴染みの環境作りを行い交流を続けている。	鴨志田町内会に加入し、お祭りに参加したり、利用者も一緒に地域の清掃を行っている。正月には地域の獅子舞も来てくれるようになった。散歩や近所の商店に買い物に出かけた際は、地域の方と挨拶を交わしており、畑で採りたての野菜をもらうこともある。	
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	地域の行事への参加や近隣のお店を利用する事で、人々と接し理解を得るよう努めている。		
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	家族や地域住民、第三者機関より意見を聞ける場となっている。会議の内容は職員へ報告、共有し合い今後に活かしている。	運営推進会議は法人の近隣にあるグループホームと合同で3か月に1回開催していたが、この1月から2か月毎の開催に変更した。民生委員、地域包括支援センター職員、家族が参加している。活動報告の後に意見交換を行い、避難訓練への協力や傾聴ボランティアの導入に繋げることができた。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	区や市の研修に参加。運営推進委員会で事業所の様子を伝え、助言を得ている。	生活保護課のケースワーカーとは利用者の案件で連携を取り合っている。鴨志田地域ケアプラザで行う地域ケア会議に出席し、区の担当者とも情報交換をしている。横浜市グループホーム現場研修事業に参加し、交換研修を行った。	

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	全職員が身体拘束を行わない事を理解している。事業所の前の道路は交通量が多く危険な為、利用者の状況に合わせ、必要に応じてユニットごとにドア施錠をしている。	職員がいつでも見られるよう事務室にマニュアルを置いている。スピーチロックと思われるような言葉を耳にした時はその場で注意し、会議で具体的事例を出し検討している。前の道路が交通量が多い為玄関は施錠しているが、外出を望む方には職員と一緒に外に出て散歩している	
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	虐待マニュアルは常に閲覧出来る所に掲げてある。 研修に参加し、情報の共有と意識改善する機会を作り、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	研修に参加し知識を身に付けている。必要に応じ、支援出来る体制づくりを行っている。		
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、利用契約書・重要事項説明書の内容説明を行い、当事業所への希望を伺い、対応可能な内容の確認を行っている。管理者がご家族様に説明しご理解の下、契約書を交わしている。		
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	意見箱をご家族様の目の付きやすい所に設置。面会や行事など来訪時に、本人の様子を伝えている。ケアプランは、本人やご家族様の意見を聞き、反映させている。	家族の意見や要望は面会時や3か月毎のカンファレンスで聞いている。家族会は年2回、新年会と11月の事業所の祭りに家族の親睦会を兼ね行っている。「外に連れ出して欲しい」などの要望に、散歩の機会を増やし対応した。	

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	管理者は面接やミーティングにて、職員の意見を聞く努力に努めている。内容は、定期的開催する定例会にて法人に伝えている。	職員の意見や提案は全体ミーティングや申し送りのほか、年2回の面談で聞いている。書面で受け取ることもある。「利用者の体力維持の為、無理のない範囲で積極的に体操を取り入れよう」などの意見が出て、実践したケースがある。	
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	個人目標管理シートで、各自目標を設定し、評価している。面接を行い、目標の方向性や達成水準を確認し向上心を育成している。		
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	職員がスキルアップの機会を得られるよう、内部・外部の研修への参加を支援している。		
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	交換研修や内外の研修に参加する事で、他グループホーム職員の交流を図り、会議などで共有しサービスの質の向上に努力している。		
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	面接時などに、ホームへの希望と共に、今までの生活歴や生活環境を伺い、今後ホームで安心して生活して頂けるよう、取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	家族との電話、又は面接時の会話にて悩んでいる事を伺いホーム入居に関しての心配や不安を減らす努力をしている。		
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	入居前に、ご本人やご家族様に今後の希望を伺い、必要な支援が受けられるように提携機関、協力機関と連絡を取っている。必要に応じ、今まで利用していた機関からの情報も得ている。		
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	日々の生活の中で、掃除や洗濯、買い物などの家事を一緒に行いながら、行事のしきたりや由来を教えて頂く。		
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	本人の様子や体調・要望等を電話や面会時に細まめに伝えるようにし、本人の生活がより良いものになるようよう、家族、職員で話し合う機会を作っている。		
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	親戚・知人・友人の来訪を歓迎し、楽しい時間を過ごせるよう支援している。電話や手紙、贈り物の取次も行1ている。	知人、友人が訪ねてきた時は居室に案内し、お茶を出して歓迎している。家族とお墓参りに出掛けて外泊したり、馴染みの店へ外食に行く利用者がいる。利用者が家族への電話を希望する場合は職員が支援している。手紙・年賀状のあて名書きや投函の支援をしている。	

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	孤立しないよう、時々席替えをしたり、職員が会話に入ったり、全員で楽しめるレクリエーションを行ったりして、新しい関係を築けるよう支援している。		
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	入院や他施設へ移られた後も面会に行ったり、家族からの相談にも応じている。契約終了後も、以前と変わらない様な支援が出来るように努めている。		
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	日々の生活の中で、利用者の意向や希望を聞き、情報は申し送りや記録で共有している。把握が困難な時は表情や行動から汲み取る事を心掛けている。	入居時やカンファレンスで一人ひとりの思いや希望を聞いている。日々の関わり合いの中で利用者の話に耳を傾け把握に努め、記録に残して申し送りで他の職員に伝えている。把握が困難な方には表情や行動から汲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	ご本人様やご家族様から生活歴や生活習慣を伺い、入居後もこれまでの生活が維持出来るよう努めている。		
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	日々の様子や体調、言動の変化などを記録に残し申し送ることで、全職員が現状を把握するよう努めている。		

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	居室担当者は、ご本人様・ご家族様の意向や医師の所見も取り入れて介護計画を作成する。通常は3か月毎に、急変時はその都度見直しをしている。	介護計画は居室担当者が本人・家族の要望を聞き原案を準備し、職員が意見を出し合い、医師、看護師の意向を反映して管理者が最終案を作っている。通常3か月または変化時にカンファレンスを行い、モニタリング・評価をし、見直している。カードックスに介護計画表を挟み、計画に番号をつけ、記録時はその番号を記入することで、計画の実施状況を確認している。	
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	記録をもとに、職員間で話し合い介護計画を作成している。また、介護計画を毎日のケアに反映出来るよう介護記録の横に入れ職員間で共有出来るようにしている。		
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、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状況に応じて医師、看護師、薬剤師、在宅医療マッサージ、他施設の相談員、福祉用具店などの協力を得て、その時に必要としているものを提供する努力をしている。		
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	町内会の清掃活動へ参加したり、またボランティアや移動販売を受け入れ楽しい毎日を送れるよう支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	協力医よりの往診を受けているが、家族の付き添いで他受診も可能である。歯科は協力病院への受診か往診を、ご本人様・ご家族様の希望で選択している。	入居前からのかかりつけ医を家族対応で受診している方が1名おり、その他の方は月2回協力医の往診を受けている。歯科医と訪問リハビリが毎週、訪問看護師も健康管理に週1回来訪している。専門医の受診は職員が対応している。	

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	同法人の看護師へ心身の状態やご本人様・ご家族様の希望を報告し適切なアドバイスを受け、健康管理を行っている。		
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	介護サマリーや受診・往診の記録で情報を伝え、安心して生活出来る様に支援している。また、面会、ムンテラ時に同席し退院後の受け入れ態勢を整えている。		
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	重度化した場合の対応に係る方針を定め同意書を得ている。また、協力医療機関よりの医師、看護師、ご家族様と話し合いを重ね今後の方針を共有する体制がある。	「重度化した場合の対応の指針」について入居時に説明し同意を得ている。重度化した時点で協力医療機関の医師、看護師、家族と話し合い、考え方を共有していく方針であるが、まだ看取りの事例はない。緊急時対応の研修は受けている。	昨年度の目標達成計画に引き続き、計画的な研修を実施し、重度化に備えることを期待します。
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	職員のほとんどが救命救急講習を受講し、実践で対応出来る様になっている。また、急変時対応マニュアルがあり、それに沿って対応している。		
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	防災管理マニュアルを整備し年に2回、避難訓練を行っている。併設している同法人施設より協力を得る様になっている。	年2回防災訓練を行っており、夜間想定避難訓練を利用者も参加して実施している。非常災害時には隣の同一法人の介護老人保健施設の応援や、前のお寺の協力も得られることになった。ビスケットや米、飲料水2日分位とオムツやカセットコンロの備蓄がある。	非常災害時の協力を理解が得られた近隣の方々に、訓練への参加を呼び掛けることが望まれます。備蓄も利用者・職員3日分を用意する等、チェック表を基に管理することを期待します。

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
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	職員はご本人様の人格を尊重し、プライドを傷つけないよう意識して言葉掛けを行い、個人記録には氏名の明記などをしないよう職員全員が周知し、その人らしさを大切にしている。	敬語を基本として、言葉遣いや接遇について、管理者は申し送り時に注意を喚起している。排泄や入浴時の対応時には、羞恥心への配慮を徹底している。個人情報を含む書類は名前をイニシャルで記載し、事務所の鍵のかかる書棚で保管している。	
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	日常生活の中で本人の嗜好や意思を尊重できる場を作る様心掛けています。また、意思決定が困難な時や迷っている時は傾聴し思いを汲み取る努力している。		
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、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	ご本人様の無理のないペースで、個々の生活スタイルに添って生活出来るように支援する。		
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	訪問美容と連携を図り、ご本人様の望む身だしなみやおしゃれに添えるよう努めている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	お茶入れ、盛り付け等の準備や後片付けを職員と一緒にしている。出来る事を出来る時に一緒に楽しみながら行っている。	食事は配食業者に委託し、職員が温めて提供している。ご飯と味噌汁は事業所で作り、刻み食などの対応もしている。利用者は小皿に取り分けたり、お茶を入れたりしている。職員は介助と見守りをしながら、利用者と一緒に同じものを食べている。手作りおやつの日を設け、おはぎやお好み焼きを作り楽しんでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	管理栄養士が考えた献立を提供している。摂取量や食べ方を記録し、本人に合わせ、食べやすい様に工夫したものを提供している。季節や体調に合わせて水分補給に努めている。		
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	毎食後の口腔ケアは、個人の能力に対応した支援を行っている。必要に応じ歯科衛生士よりアドバイスを貰っている。		
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	個々の排泄パターンを把握し、出来るだけトイレにて排泄出来る様に誘導のタイミングを考えている。また、本人の行動のサインを見逃さないよう、配慮している。	排泄チェック表を活用しパターンを把握し、利用者個々のタイミングにあった声掛けをしている。利用者によっては食事前など定時での誘導をしている。職員は、利用者それぞれのトイレに行きたい時の動作を見逃さないようにしている。トイレでの排泄を基本とすることで、排泄の自立支援に繋がっている。	
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	個々の排便状態やパターンを把握し、水分量や内服薬の調整を行っている。散歩、体操、腹部マッサージを行い、便秘改善に努めている。必要に応じ医師や看護師よりアドバイスを得ている。		
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むように、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	無理強いせず、個々の希望やタイミングに合わせて入浴している。また、季節に合わせて、ゆず湯や菖蒲湯なども行っている。	入浴は週2回を原則としているが、夏場は3回にしている。時間帯や曜日の変更、希望があれば同性介助も行っている。立位が安定しない方には二人介助で対応している。入浴を望まない方には時間帯を変えたり、対応する職員を変えて声掛けをしている。ゆず湯や菖蒲湯で季節感を味わっている。	

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
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	夜間の睡眠状態や日中の様子、体調、外出などを把握し、休息や午睡などの支援し、夜間快適な睡眠が確保出来るように努めている		
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	健康管理ノートや薬局よりの情報にて職員は薬の目的や副作用を確認している。また、薬変更時は心身の状態を観察し、記録に残して変化に気付ける様に努めている。		
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	一人ひとりの好みや得意な事を活かし、ご本人様の希望に添える様、支援している。買い物、散歩、行事参加を楽しみにしている。		
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	ご本人様の希望に応じた外出、買い物に出掛け気分転換を行っている。家族の協力のもと、旅行や外食、協会など、本人が望む生活を行っている。	日常の外出を重視し、お地藏様までのコースやコンビニエンスストアに行くコースなど、いくつかの散歩コースからその日の状態や気分に応じて選択している。気分転換に数名で買い物に出掛けている。年間行事として、花見やアジサイ見物、読売ランドへの外出などを計画し、法人の車で出掛けることもある。	
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	買い物や移動販売などでご本人様が希望した時は、ご本人様が支払える様、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	個人情報に配慮して電話を取り次いだり、手紙や年賀状など、大切な人との繋がりが途切れない様に支援している。また本人の携帯は常に使用できるようにしている。		
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	リビングに協力して作った季節の壁飾りを展示したり、テーブルに花を飾ったり、玄関にプランターを置き、皆様とお花を植えたりし、居心地のいい空間を演出している。	リビングは床暖房が設置され、温湿度に配慮された快適な空間となっている。壁には利用者が作った作品や、オーナーの趣味の絵が飾られている。職員と一緒に掃除をする利用者もいて清潔である。窓の外に竹林が見え、落ち着いた雰囲気が漂っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	ご本人様の活動に合わせ、席の配置の工夫をしている。パズルや塗り絵、読書など、一人や気の合った方とでも過ごせる環境を作っている。		
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	入居前にご本人様・ご家族様と話し合い、自宅で使用していた家具を配置したり、家族の写真や縫ぐるみなどを飾ったりして、居心地のいい空間を作っている。	居室はクローゼット、エアコン、防災カーテンが備え付けられている。利用者は使い慣れたチェスト、ソファ、テーブル、テレビなどを持ち込むほかに、家族の写真を飾るなどして、居心地よく落ち着いて過ごせるよう工夫している。加湿器や濡れタオルで乾燥対策をしている。	
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	個々の基本動作を把握し、能力に応じ生活が送れるよう、共有部分に手すりや洗面所近くに椅子を置いている。また、トイレなどを明記して安心して生活出来るよう環境を作っている。		

事業所名	グループホーム プラチナヴィラ青葉台
ユニット名	2階 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、安全面で不安なく過ごせている。 (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	外部評価の結果から理念に沿った年間目標を立てている。その目標に沿って、研修や年間行事の作成を行っている。		
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	自治会に加入し、地域のお祭りやイベント、掃除にも参加している。 また、散歩や買い物などで挨拶を交わし、顔馴染みの環境作りを行い交流を続けている。		
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	地域の行事への参加や近隣のお店を利用する事で、人々と接し理解を得るよう努めている。		
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	家族や地域住民、第三者機関より意見を聞ける場となっている。会議の内容は職員へ報告、共有し合い今後に活かしている。		
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	区や市の研修に参加。運営推進委員会で事業所の様子を伝え、助言を得ている。		

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	全職員が身体拘束を行わない事を理解している。事業所の前の道路は交通量が多く危険な為、利用者の状況に合わせて、必要に応じてユニットごとにドア施錠をしている。		
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	虐待マニュアルは常に閲覧出来る所に掲げてある。研修に参加し、情報の共有と意識改善する機会を作り、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	研修に参加し知識を身に付けている。必要に応じ、支援出来る体制づくりを行っている。		
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、利用契約書・重要事項説明書の内容説明を行い、当事業所への希望を伺い、対応可能な内容の確認を行っている。管理者がご家族様に説明しご理解の下、契約書を交わしている。		
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	意見箱をご家族様の目の付きやすい所に設置。面会や行事など来訪時に、本人の様子を伝えている。ケアプランは、本人やご家族様の意見を聞き、反映させている。		

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	管理者は面接やミーティングにて、職員の意見を聞く努力に努めている。内容は、定期的開催する定例会にて法人に伝えている。		
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	個人目標管理シートで、各自目標を設定し、評価している。面接を行い、目標の方向性や達成水準を確認し向上心を育成している。		
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	職員がスキルアップの機会を得られるよう、内部・外部の研修への参加を支援している。		
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	交換研修や内外の研修に参加する事で、他グループホーム職員の交流を図り、会議などで共有しサービスの質の向上に努力している。		
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	面接時などに、ホームへの希望と共に、今までの生活歴や生活環境を伺い、今後ホームで安心して生活して頂けるよう、取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	家族との電話、又は面接時の会話にて悩んでいる事を伺いホーム入居に関しての心配や不安を減らす努力をしている。		
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	入居前に、ご本人やご家族様に今後の希望を伺い、必要な支援が受けられるように提携機関、協力機関と連絡を取っている。必要に応じ、今まで利用していた機関からの情報も得ている。		
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	日々の生活の中で、掃除や洗濯、買い物などの家事を一緒にしながら、行事のしきたりや由来を教えて頂く。		
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	ご本人の様子や体調・要望等を電話や面会時に細まめに伝えるようにし、本人の生活がより良いものになるようよう、家族、職員で話し合う機会を作っている。		
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	親戚・知人・友人の来訪を歓迎し、楽しい時間を過ごせるよう支援している。電話や手紙、贈り物の取次も行っている。		

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
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	ご本人が満遍なく交流出来るように時々席替えをしたり、職員が会話に入ったり、全員で楽しめるレクリエーションを行い、絆を深めて行けるよう支援している。		
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	入院や他施設へ移られた後も面会に行ったり、家族からの相談にも応じている。契約終了後も、以前と変わらない様な支援が出来るように努めている。		
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。	日々の生活の中で、利用者の意向や希望を聞き、情報は申し送りや記録で共有している。把握が困難な時は表情や行動から汲み取る事を心掛けている。		
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	ご本人様やご家族様から生活歴や生活習慣を伺い、入居後もこれまでの生活が維持出来るよう努めている。		
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	日々の様子や体調、言動の変化などを記録に残し申し送ることで、全職員が現状を把握するよう努めている。		

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	居室担当者は、ご本人様・ご家族様の意向や医師の所見も取り入れて介護計画を作成する。通常は3か月毎に、急変時はその都度見直しをしている。		
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	記録をもとに、職員間で話し合い介護計画を作成している。また、介護計画を毎日のケアに反映出来るよう介護記録の横に入れ職員間で共有出来るようにしている。		
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、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状況に応じて医師、看護師、薬剤師、在宅医療マッサージ、他施設の相談員、福祉用具店などの協力を得て、その時に必要としているものを提供する努力をしている。		
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	町内会の清掃活動へ参加したり、またボランティアや移動販売を受け入れ楽しい毎日を送れるよう支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	協力医よりの往診を受けているが、家族の付き添いで他受診も可能である。歯科は協力病院への受診か往診を、ご本人様・ご家族様の希望で選択している。		

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	同法人の看護師へ心身の状態やご本人様・ご家族様の希望を報告し適切なアドバイスを受け、健康管理を行っている。		
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。	介護サマリーや受診・往診の記録で情報を伝え、安心して生活出来る様に支援している。また、面会、ムンテラ時に同席し退院後の受け入れ態勢を整えている。		
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	重度化した場合の対応に係る方針を定め同意書を得ている。また、協力医療機関よりの医師、看護師、ご家族様と話し合いを重ね今後の方針を共有する体制がある。		
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	職員のほとんどが救命救急講習を受講し、実践で対応出来る様にしている。また、急変時対応マニュアルがあり、それに沿って対応している。		
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	防災管理マニュアルを整備し年に2回、避難訓練を行っている。併設している同法人施設より協力を得る様になっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 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	職員はご本人様の人格を尊重し、プライドを傷つけないよう意識して言葉掛けを行い、個人記録には氏名の明記などをしないよう職員全員が周知し、その人らしさを大切にしている。		
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	日常生活の中で本人の嗜好や意思を尊重できる場を作る様心掛けています。また、意思決定が困難な時や迷っている時は傾聴し思いを汲み取る努力をしています。		
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、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	ご本人様の無理のないペースで、個々の生活スタイルに添って生活出来るように支援する。		
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	訪問美容と連携を図り、ご本人様の望む身だしなみやおしゃれに添えるよう努めている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	お茶入れ、盛り付け等の準備や後片付けを職員と一緒にしている。出来る事を出来る時に一緒に楽しみながら行っている。		

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	管理栄養士が考えた献立を提供している。摂取量や食べ方を記録し、本人に合わせ、食べやすい様に工夫したものを提供している。季節や体調に合わせて水分補給に努めている。		
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	毎食後の口腔ケアは、個人の能力に対応した支援を行っている。必要に応じ歯科衛生士よりアドバイスを貰っている。		
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	個々の排泄パターンを把握し、出来るだけトイレにて排泄出来る様に誘導のタイミングを考えている。また、本人の行動のサインを見逃さないよう、配慮している。		
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	個々の排便状態やパターンを把握し、水分量や内服薬の調整を行っている。散歩、体操、腹部マッサージを行い、便秘改善に努めている。必要に応じ医師や看護師よりアドバイスを得ている。		
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	無理強いせず、個々の希望やタイミングに合わせて入浴している。また、季節に合わせて、ゆず湯や菖蒲湯なども行っている。		

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
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	夜間の睡眠状態や日中の様子、体調、外出などを把握し、休息や午睡などの支援し、夜間快適な睡眠が確保出来るように努めている		
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	健康管理ノートや薬局よりの情報にて職員は薬の目的や副作用を確認している。また、薬変更時は心身の状態を観察し、記録に残して変化に気付ける様に努めている。		
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	一人ひとりの好みや得意な事を活かし、ご本人様の希望に添える様、支援している。買い物、散歩、行事参加を楽しみにしている。		
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	ご本人様の希望に応じた外出、買い物に出掛け気分転換を行っている。家族の協力のもと、旅行や外食、 協会→教会 など、本人が望む生活を行っている。		
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	買い物や移動販売などでご本人様が希望した時は、ご本人様が支払える様、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	個人情報に配慮して電話を取り次いだり、手紙や年賀状など、大切な人との繋がりが途切れない様に支援している。また本人の携帯は常に使用できるようにしている。		
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	リビングに協力して作った季節の壁飾りを展示したり、テーブルに花を飾ったり、玄関にプランターを置き、皆様とお花を植えたりし、居心地のいい空間を演出している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	ご本人様の活動に合わせ、席の配置の工夫をしている。パズルや塗り絵、読書など、一人や気の合った方とでも過ごせる環境を作っている。		
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	入居前にご本人様・ご家族様と話し合い、自宅で使用していた家具を配置したり、家族の写真や縫ぐるみなどを飾ったりして、居心地のいい空間を作っている。		
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	個々の基本動作を把握し、能力に応じ生活が送れるよう、共有部分に手すりや洗面所近くに椅子を置いている。また、トイレなどを明記して安心して生活出来るよう環境を作っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム
プラチナ・ヴィラ青葉台

作成日 2015年 6月 10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	33	重度化対応への指針はあるが、マニュアルがない。	重度化した時や終末期に向けたケアを行う場合、職員が対応出来る様にマニュアルを作成する。	法人内や外部のターミナルケアの研修へ積極的に参加し、本人・家族の希望をふまえ、医療機関に繋げる。定期的に職員全員で話し合う機会を設ける。 また、マニュアルを作成し統一したケアが出来る様に体制を整えていく。	2年間
2					
4					
5					

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。