

<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	1472301025
法人名	有限会社 サポートライフ西湘
事業所名	グループホームローズハウス
訪問調査日	平成24年9月27日
評価確定日	平成24年10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。

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	1472301025	事業の開始年月日	平成17年6月1日
		指定年月日	平成17年6月1日
法人名	有限会社サポートライフ西湘		
事業所名	グループホームローズハウス		
所在地	(250-0002) 神奈川県小田原市寿町4-14-19		
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	16名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成24年9月14日	評価結果 市町村受理日	平成25年2月6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)】

開設以来7年目を迎え、職員の安定的な配置により施設全体が落ち着いた環境にある。ただ、入居者は、経年と共に重度化する傾向にあり、認知症介護と共に重度化する介護に応じた技術力も高めていく必要がある。特に看取り介護については、これまでも数例の看取りを行っている経験を生かし、医療連携体制の元、医療との連携強化やご家族のご協力により尊厳ある生活を提供し終末を迎えることが出来る施設としての役割を重視している。

【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3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成24年9月27日	評価機関 評価決定日	平成24年10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)】

①このホームは、有限会社サポートライフ西湘である。同社の代表が、所有地を利用して、このホームを設立した。JR小田原駅からバスで10分のバス停が目の前にある鉄筋の2階建の立派な建物である。道路を隔てた前が、広々としたお寺の境内になっており緑にも恵まれている。これまで1ユニット8名体制であったが、1F/2F共に、1部屋増やすスペースもあり、小田原市より増床の許可も下りたことから来年の4月より、1ユニット9名体制になる。

②理念の一つとして掲げている「地域と共に歩む事」の実践について、管理者は、地道に取り組んでいる。運営推進会議で、認知症の予防についての講演を、地区の老人会で行う事を検討され、実行されるまでになっている。地域との防災連携体制についても、地域の住民に毎回、参加頂き、一緒に、避難訓練をすると共にホームで備えている防災器具(バール・ハンマー・発電機等)及びオムツを含む備蓄品を近隣の人に見せ、いざという時に、思い起こして頂けるよう実践的な訓練をしている。、この管理者が、代表を務める小田原グループホーム連絡会(16事業所加盟)も着実に実績をあげており、この11月11日の介護の日には、連絡会主催で、小田原市の後援も得て、地元スーパーにて、介護器具の展示と介護職員募集も兼ねた介護事業のイベント開催が計画されている。

③利用者の重度化が進み、看取りも体験し、今後とも看取り介護を重視している。このような状況にあることから、職員の研修・介護のレベルアップにも注力している。毎年一度、虐待に関する自己点検シートを全職員が、実施し、振りかえりの上、再確認している。事例が出れば、毎日の申し送りの際、職員間で検討し合って共有化に努め、重度化した利用者にも安心感が与えられる介護を目指している。外部研修としては、連絡会の研修も2カ月ごとに、地区毎に持ち回りで行われている。また最近研修とは別に、連絡会が、各事業所の職員のストレス発散も兼ねて、自由に話し合える場を設定し、好評を得ている。ご家族とも看取りについては、入所時だけでなく、都度丁寧に話し合い、ご家族との理解・共有化にも配慮している。

【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 ローズハウス
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
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	その方なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に活用し地域にとけ込む取り組みをしている。	理念は、事務所に掲示され、何か事例が出た場合、理念との整合性を確認し、理念の再確認を行っている。その方なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に活用し、地域に溶け込む取り組みをして「安心の場」「生きがい」「地域と歩む」の理念実現を目指している。	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	地域の行事にも参加し地域住民との交流を行い、施設行事にも住民の方が参加できる様な企画をする。また、ボランティアや体験学習などの受け入れを行っている。	町内会に加入しており、盆踊り等の地域の行事にも参加し地域住民と交流している。ホームの夏祭りには、地元の小学生が多数参加し、賑やかな夏祭りとなった。中学生の体験学習の受け入れも行っている。前のお寺が毎年10月の御会式に行う歌謡ショーに参加し、利用者の楽しみになっている。	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	地域の防災について、自助、互助、公助の原則から先ずは自らの防災に対する備えをし、それから地域の高齢者に対する援助を行うことを念頭に置き、備えをしている	/	/
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	地域防災のあり方や、認知症になっても地域で生活出来る施設作り、また、介護のリスク管理等の取り組みなどについて報告や話し合いの機会としている。	年に3回程度メンバーの都合を考えて、敬老会・避難訓練等のホームの行事に合わせて開催している。洪水や津波等の際の地域防災のあり方や認知症になっても地域で生活出来る施設作り、介護のリスク管理等の取り組みについて報告や話し合いの機会としている。地域の老人会での認知症の予防の講演会の開催についても話し合われた。	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	運営推進会議の開催の連絡、会議記録などの提供 市内グループホーム連絡会の活動状況などの報告を行っている。	市役所には、運営推進会議の開催の連絡、会議記録の提供を行っている。管理者が代表をしているグループホーム連絡会の活動状況の連絡や連絡会が行うイベントの相談など密接に連携をしている。11月11日の介護イベントでは、小田原市に後援をお願いしている。	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	施設内研修を実施し指定基準等の周知徹底を行い、ケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。	施設内研修を実施し、指定基準等の周知徹底を行うと共に、毎年9、10月に、虐待についての自己点検シートを全職員で実施し、再確認している。ケアカンファレンスでも拘束や虐待に繋がるケアはないか検証を行っている。玄関の鍵は、見守りにより、日中は、鍵をかけていない。	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	施設内研修を実施し指定基準等の周知徹底を行い、ケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。また、不適切な言葉遣いから介護の質が低下することを解し、指導している。		
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	人権擁護、虐待防止、後見人制度等の研修会に出席し内容を職員に伝達している。		
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	入居時には契約書、重要事項説明書の他に契約内容や入居時に予想される事柄を分かりやすくまとめた入居の手引きをもとに説明を行っている。		
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	日常の入居者の面会などにご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き取りを行い、スタッフ会議等で取り上げている。また、ケア記録などはいつでも閲覧できる様に対応している	日常の利用者との面会時に、ご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き取りを行い、スタッフ会議等で取り上げる時もある。利用者の活動量を増やしてほしい等要望を出されるご家族もあるが、時間の経過と共にADLの低下を説明し、ご納得を頂く場合もある。ケア記録はいつでも閲覧できるよう対応している。	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	個別ケアの方針や業務の効率化など、それぞれの職員の意見を尊重し改善に努めている。	日常の申し送りや会話を通して職員からの意見・要望を聞いている。個別ケアの方針や業務の効率化（例えば洗濯の回数の件）等それぞれの職員の意見を尊重し、良い提案は、採用し、業務の改善に努めている。	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	賃金の引き上げや、介護の質の向上に関する研修会などを処遇改善交付金等の利用などにより待遇面での改善を行う。		
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	○J Tなどの充実を掛かると共に外部研修等の参加勧めていく。また、スキルアップに関しても働きながら学ぶ意欲が高まるような指導を行っていく。		
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	市内各グループホームとの連携を取り、各施設でのケアの状況の情報共有や共に学べる研修の機会を設けていく。また、他施設の空き状況なども市内全施設と情報の共有を行っている。		
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	本人やご家族より、これまでの生活状況やそれぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。		

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	ご家族は入居者以上に不安を抱えている場合がある。じっくり時間を取り不安を解消しながら入居の調整を行っている。		
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	入居の申込みや相談の段階で待機中に今必要なサービスを見極め必要な情報の提供を行い、入居までの状況の確認をこまめに行うよう心がける。		
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	本人の要望に応じ、本人主体のサービス提供を心がけ、また他の入居者や職員と共に協調しあえるような雰囲気作りを心がけている。		
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	施設行事などでご家族と共に参加できる企画を立て、ご家族との外出や外泊などの援助を行っている。		
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	思い出の場所や良く通った店などの回想を通し本人らしさや自信を取り戻すことの有効性、また昔なじみの近所関係や職場の同僚などとの対話を通して自己回帰を図ることは認知症の緩和に大切な要素と認識し援助している。	思い出の場所やよく通った店等の回想を通し本人らしさや自信を取り戻す有効性、昔馴染みや職場の同僚等との対話を通して自己回帰を図る事は認知症の緩和に良いと認識し援助している。個別対応で外食に行った際、昔馴染みの海岸を散歩したり、お花見のついでに利用者が檀家だったお寺に立寄ったりすることもある。	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	利用者同士の人間関係を常に把握し、時に見守り、間に入る事でより良い人間関係が出来るようフォローしていく。		
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	入院の見舞いや葬儀への出席など、退所後もこれまで築いた関係を維持するよう努力している。		
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。	本人の思いや過去のこだわりなどを良く傾聴し、個別に可能な限り対応している。	周囲にいる人の対応の仕方次第で、利用者を良くもするし、悪くもするとの認識を共有しており、職員は、利用者のいうことはどんなことでも否定をしないで聞くことを基本としている。結果として、本人の思いや過去のこだわり等を良く傾聴し、個別に可能な限り対応している。	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	本人やご家族より、これまでの生活状況やするぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。		
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	個々の生活状況を把握することで、ある程度の心身の変化を予想することが出来る。サイクルの予期、不穏のきっかけとなる原因などを察知するよう心がけている。		

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	ケース会議を開催しそれぞれの状況や方針について共有し家族との接点や本人の希望などを総合的に反映したケアプラン作りをしている。	それぞれの状況や方針について共有し、家族との接点や本人の希望等を総合的に反映したケアプラン作りをしている。何もなければ6カ月ごとにケース会議を開催しケアプランの見直しをしている。現実には、毎日の申し送り時等の生の言葉の伝達が、介護の現場では、活かされている事が多い。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日のスタッフミーティングにて入居者の状況を共有しその日の適切な対応を検討する。また、職員間の連絡ノート利用することで職員間にもれなく情報が伝達できるように工夫している。		
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	家族や利用者のニーズに沿うよう柔軟に対応することが必要で、要望があればいろいろな社会資源を利用し対応していきたい。（訪問看護、訪問歯科、訪問マッサージ等）		
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	包括支援センター、社協ボランティアとの連携。また、訪問診療、訪問歯科衛生、また、地域の散髪などを利用し豊かな暮らしを確保している。		
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	かかりつけ医とのコミュニケーションを大切にし状況に応じいつでも他の医療機関へスムーズに移行が出来るなど、連携を大切にしている。	入居前からのかかりつけ医、通院のみの協力医療機関、訪問医療の医療機関の内から利用者の希望・状況に応じて、かかりつけ医を決定している。かかりつけ医とのコミュニケーションを大切にし状況に応じいつでも他の医療機関へスムーズに移行できるよう連携を大切にしている。	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	日常のケアの中で状態の変化等を把握し、看護師の訪問時や医療機関に適切に情報が伝わるよう、受診用伝達記録を用い活用している。		
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。	各病院の相談室にはこまめに連絡や訪問などを行い、関係づくりを行っている。また、入院時には面会を頻回に行い病院看護師等との連絡を密に行っている。医師のムンテラには家族、施設職員との三者で治療方針などの協議を行い連携を協調している。		
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、事業所です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	状態の変化が訪れる以前から、終末ケアに対する施設の方針を家族や関係医療機関には伝達している。また、終末期の際にはご家族とじっくりと話し合い個人のリビングウィルを尊重した終末が出来るよう取り組んでいる。	状態の変化が訪れる以前から、終末ケアに対するホームの方針をご家族や関係医療機関に伝達している。終末期の際には、ご家族とじっくり話し合い個人のリビングウィルを尊重した終末が出来るよう取り組んでいる。看取り介護は、経験もあり、今後共、看取り介護は重要視しており、都度職員とも意識の統一を再確認している。	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	個々に救急救命講習を受講。終末ケア時には急変に備えた指導を行い、利用者やご家族に安心して終末を迎えていただけるよう指導している。		
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	年2回の防災訓練時に災害についてのレクチャーを行い、また、防災用具や備蓄食糧等のチェックや使用の仕方などについて説明を行っている。	年2回の防災訓練時は、近隣住民にも参加頂き、災害についてのレクチャーを行い、防災用具は各種取り揃えており、備蓄品一覧と併せて地域住民の方々に示し、いざという場合に利用して頂けるようにしている。布製の担架・ジャッキ・発電機・ガソリンの缶詰等の使用の仕方等についても説明を行っている。	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	過去の生活像や人間性を考慮しプライドを傷つけない言葉使いに注意し、なれなれしい態度にならないように配慮している。	利用者の過去の生活像や人間性を考慮しプライドを傷つけない言葉遣いに注意し、馴れ馴れしい態度にならぬよう配慮している。管理者は「ご家族の来所時もそうでない時も言葉・対応が同じであってほしい」と職員に話している。	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	個々の生活レベルに合わせてその方の自立を促すケアを行っている。		
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	あえて、業務のプログラムを作らず、その日、何が必要かを個々に対応するよう援助している。		
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	希望の整髪、いつも清潔な身なりに気をつけている。また、希望に応じて化粧品の購入などの対応をしている。		
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	好みの献立や味付け、季節感、栄養バランスなどを総合して美味しく楽しく食事が出るよう配慮している。また、能力に応じて下ごしらえや、後片付けなどをしている。	好みの献立や味付け、季節感、栄養バランス等を総合して、美味しく楽しく食事ができるよう配慮している。毎月一日と十五日には、赤飯でお祝いする習慣を維持している。とろみ剤は一切使わず、必要に応じて片栗粉やゼラチンのみを使用している。能力に応じて下ごしらえや後片付けをして頂いている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養バランスや食事量、また水分摂取量などには十分な配慮をし、時には医師や看護師からのアドバイスを受けながら食事摂取を行っている。		
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	口腔衛生をしっかりと行うことが、日々の健康や疾患の予防に繋がることを理解し、毎食後の口腔ケアを個別に行い、月に2回は口腔衛生を定期的に受けている。		
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	オムツの使用量は最小限にし、出来る限りトイレでの排泄を促している。また、昼用、夜用のオムツ形態やポータブルトイレなど個々に合わせて排泄の援助を行っている。	利用者の負担を考え、オムツの使用量は最小限にし、できる限りトイレでの排泄を促している。また昼用、夜用で、リハパン・オムツの中のパットの大きさを変えたり、ポータブルトイレの利用をしたりするなど個々の利用者に合わせて排泄の支援を行っている。	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	排便のサイクルをチェックしそれに応じた便秘薬や食事療法、また、腹部のマッサージなどの対応を行っている。		
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	気候や体調に留意した入浴介助、また、汚染時の急な対応にも備え個々に合わせた入浴方法をとっている。	原則として週に2回の入浴を基本にしているが、気候や本人の体調に留意した入浴介助を心がけている。熱のある場合等、時には、シャワー浴を利用する場合もある。汚染時の急な対応備え、個々に合わせた入浴方法をとっている。	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	安眠を呼ぶ清潔な寝具の配慮や日中の活動量を増やし、夜間の睡眠の確保に環境を整えている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	処方時の薬の種類や効能、副作用について、情報の共有を行い、その用法や時間帯に注意しながら与薬を行っている。また、変化が生じたときには、医療機関や薬局への情報提供を迅速に行う。		
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	個々の趣味嗜好や健康状態、身体機能を把握し、一律のレクリエーションに陥ることなく個々への援助に心がけている。		
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	季節に応じた行楽や社会の空気に触れるようショッピングやレストランでの食事などを実施している。	日頃の散歩は、利用者全体のADLが下がって以前ほど行けなくなったが、前のお寺の境内にて散歩したり、体操をしたり、歌を歌ったりしている。季節に応じた行楽（小田原城の花見等）や社会の空気に触れる様買い物やレストランでの食事を実施している。最近、ファミレス等も予約なしで対応してくれ、回転ずし店でも車椅子対応が可能であり便利であるので楽しめる幅が広がっている。	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	少額ながら、いつでも個別に必要なに応じて金銭の所持を認めている。また、個々の希望に応じてながら金銭の管理を行い、必要に応じ購買等の援助を行っている。		

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
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	遠方の家族からの電話の取り次ぎや、歳暮や年賀状などの対応を希望に応じている。	/	
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	ゆったりした時間が流れるような環境を作るため、だれも見えていないテレビの音が雑音にならないよう、静かなBGMを流したり、室内の気温、通気などに十分な気配りを行っている。	リビングは、床暖房になっている。ゆったりした時間が流れるような環境を作るため、静かなBGMを流したり、室内の気温、通気等に十分な気配りを行っている。ベランダは、布団を干したり、日光浴に利用したりしている。リビングでは、ぬり絵やカルタ取り等レクも行われている。	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	廊下やテラスなどにベンチを置き気分居合わせいつでも利用できるような空間を確保している。	/	
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	本人の好みの家具や愛着のある物を配置したり、又は情報の混乱をおこすような物や安全性には十分配慮しながら居室の環境づくりを行っている。	本人の好みの家具や愛着あるものを配置したり、壁には写真やご自分の作品を飾ったりしている。時には、帰宅願望の強い方が情報の混乱を起こすようなもの（花・カレンダー）を取り除いて安全性には十分配慮しながら、自分の部屋作りをして頂いている。	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	こじんまりした生活スペースならではの住環境を生かし、出来る限り車椅子を使用しないケアを目指している	/	

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
ローズハウス

作成日

H24. 9. 27

〔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
2	33	ターミナルケアの需要が高まりつつある。このホームで終末まで住み続けて行くこと望んでいただけるようなケアを目指していきたい。	ターミナルケアの充実 看取り介護、安楽な介護、看取りに必要な知識を得るための学習を充実する。	看取りについての介護の方法、安楽な介護、医療的な知識や適切な医療との連携を研修で学ぶ。	H24年度
3	4	運営推進会議	認知症になっても自分の町で暮らすネットワークづくりの構築と地域防災についての役割	運営推進会議の適切な開催、地域防災についてグループホームで出来ることの提案。	H24年度
4	4	地域参加を推進	地域住民や利用者家族ぐるみの交流を活性化する。	認知症予防教室、独居老人の為の食事会を企画する。	H24年10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 ローズハウス
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	その方なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会次元を有効に活用し地域にとけ込む取り組みをしている。		
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	地域の行事にも参加し地域住民との交流を行い、施設行事にも住民の方が参加できる様な企画をする。また、ボランティアや体験学習などの受け入れを行っている。		
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	地域の防災について、自助、互助、公助の原則からまずは自らの防災に対する備えをし、それから地域の高齢者に対するの援助を行うことを念頭に置き、備えをしている		
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	地域防災のあり方や、認知症になっても地域で生活が出来る施設作り、また、介護のリスク管理等の取り組みなどについて報告や話し合いの機会としている。		
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	運営推進会議の開催の連絡、会議記録などの提供 市内グループホーム連絡会の活動状況などの報告を行っている。		

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
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、玄関の施設を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設内研修を実施し指定基準等の周知徹底を行い、ケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。		
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	施設内研修を実施し指定基準等の周知徹底を行い、ケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。また、不適切な言葉遣いから介護の質が低下することを解し、指導している。		
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	人権擁護、虐待防止、後見人制度等の研修会に出席し内容を職員に伝達している。		
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	入居時には契約書、重要事項説明書の他に契約内容や入居時に予想される事柄を分かりやすくまとめた入居の手引きをもとに説明を行っている。		
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	日常の入居者の面会などにご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き取りを行い、スタッフ会議等で取り上げている。また、ケア記録などはいつでも閲覧できる様に対応をしている		

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
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	個別ケアの方針や業務の効率化など、それぞれの職員の意見を尊重し改善に努めている。		
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	賃金の引き上げや、介護の質の向上に関する研修会などを処遇改善交付金等の利用などにより待遇面での改善を行う。		
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	○JTなどの充実を掛かると共に外部研修等の参加勧めていく。また、スキルアップに関しても働きながら学ぶ意欲が高まるような指導を行っていく。		
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	市内各グループホームとの連携を取り、各施設でのケアの状況の情報共有や共に学べる研修の機会を設けていく。また、他施設の空き状況なども市内全施設と情報の共有を行っている。		
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	本人やご家族より、これまでの生活状況やそれぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。		

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	ご家族は入居者以上に不安を抱えている場合がある。じっくり時間を取り不安を解消しながら入居の調整を行っている。		
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	入居の申込みや相談の段階で待機中に今必要なサービスを見極め必要な情報の提供を行い、入居までの状況の確認をこまめに行うよう心がける。		
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	本人の要望に応じ、本人主体のサービス提供を心がけ、また他の入居者や職員と共に協調しあえるような雰囲気作りを心がけている。		
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	施設行事などでご家族と共に参加できる企画を心がけ、ご家族との外出や外泊などの援助を行っている。		
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	思い出の場所や良く通った店などの回想を通し本人らしさや自信を取り戻すことの有効性、また昔なじみの近所関係や職場の同僚などとの対話を通して自己回帰を図ることは認知症の緩和に大切な要素と認識し援助している。		

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	利用者同士の人間関係を常に把握し、時に見守り、間に入る事でより良い人間関係が出来るようフォローしていく。		
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	入院の見舞いや葬儀への出席など、退所後もこれまで築いた関係を維持するよう努力している。		
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。	本人の思いや過去のこだわりなどを良く傾聴し、個別に可能な限り対応している。		
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	本人やご家族より、これまでの生活状況やするぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。		
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	個々の生活状況を把握することで、ある程度の心身の変化を予想することが出来る。サイクルの予期、不穏のきっかけとなる原因などを察知するよう心がけている。		

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	ケース会議を開催しそれぞれの状況や方針について共有し家族との接点や本人の希望などを総合的に反映したケアプラン作りをしている。		
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	毎日のスタッフミーティングにて入居者の状況を共有しその日の適切な対応を検討する。また、職員間の連絡ノート利用することで職員間にもれなく情報が伝達できるように工夫している。		
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	家族や利用者のニーズに沿うよう柔軟に対応することが必要で、要望があればいろいろな社会資源を利用し対応していきたい。（訪問看護、訪問歯科、訪問マッサージ等）		
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	包括支援センター、社協ボランティアとの連携。また、訪問診療、訪問歯科衛生、また、地域の散髪などを利用し豊かな暮らしを確保している。		
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	かかりつけ医とのコミュニケーションを大切にし状況に応じいつでも他の医療機関へスムーズに移行が出来るなど、連携を大切にしている。		

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	日常のケアの中で状態の変化等を把握し、看護師の訪問時や医療機関に適切に情報が伝わるよう、受診用伝達記録を用い活用している。		
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。	各病院の相談室にはこまめに連絡や訪問などを行い、関係づくりを行っている。また、入院時には面会を頻回に行い病院看護師等との連絡を密に行っている。医師のムンテラには家族、施設職員との三者で治療方針などの協議を行い連携を協調している。		
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	状態の変化が訪れる以前から、終末ケアに対する施設の方針を家族や関係医療機関には伝達している。また、終末期の際にはご家族とじっくりと話し合い個人のリビングウィルを尊重した終末が出来るよう取り組んでいる。		
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	個々に救急救命講習を受講。終末ケア時には急変に備えた指導を行い、利用者やご家族に安心して終末を迎えていただけるよう指導している。		
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	年2回の防災訓練時に災害についてのレクチャーを行い、また、防災用具や備蓄食糧等のチェックや使用の仕方などについて説明を行っている。		

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
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	過去の生活像や人間性を考慮しプライドを傷つけない言葉使いに注意し、なれなれしい態度にならないように配慮している。		
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	個々の生活レベルに合わせその方の自立を促すケアを行っている。		
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	あえて、業務のプログラムを作らず、その日、何が必要かを個々に対応するよう援助している。		
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	希望の整髪、いつも清潔な身なりに気をつけている。また、希望に応じて化粧品の購入などの対応をしている。		
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	好みの献立や味付け、季節感、栄養バランスなどを総合して美味しく楽しく食事が出るよう配慮している。また、能力に応じて下ごしらえや、後片付けなどをしていただいている。		

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	栄養バランスや食事量、また水分摂取量などには十分な配慮をし、時には医師や看護師からのアドバイスを受けながら食事摂取を行っている。		
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	口腔衛生をしっかりと行うことが、日々の健康や疾患の予防に繋がることを理解し、毎食後の口腔ケアを個別に行い、月に2回は口腔衛生を定期的に受けている。		
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	オムツの使用量は最小限にし、出来る限りトイレでの排泄を促している。また、昼用、夜用のオムツ形態やポータブルトイレなど個々にあわせて排泄の援助を行っている。		
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	排便のサイクルをチェックしそれに応じた便秘薬や食事療法、また、腹部のマッサージなどの対応を行っている。		
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	気候や体調に留意した入浴介助、また、汚染時の急な対応にも備え個々にあわせて入浴方法をとっている。		

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	安眠を呼ぶ清潔な寝具配慮や日中の活動などに留意し夜間の睡眠の確保に環境を整えている。		
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	処方時の薬の種類や効能、副作用について、情報の共有を行い、その用法や時間帯に注意しながら与薬を行っている。また、変化が生じたときには、医療機関や薬局への情報提供を迅速に行う。		
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	処方時の薬の種類や効能、副作用について、情報の共有を行い、その用法や時間帯に注意しながら与薬を行っている。		
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るように支援している	季節に応じた行楽や社会の空気に触れるようショッピングやレストランでの食事などを実施している。		
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	少額ながら、いつでも個々の必要に応じてお金の所持を認めている。また、個々の希望に応じながら金銭の管理を行い、必要に応じ購買等の援助を行っている。		

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
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	遠方の家族からの電話の取り次ぎや、歳暮や年賀状などの対応を希望に応じている。		
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	ゆったりした時間が流れるような環境を作るため、だれも見えていないテレビの音が雑音に成らないよう、BGMを流しその方の好みに合わせた選曲を心がけ、室内の気温、通気などに十分な気配りを行っている。その方の好みに合わせた選曲など、		
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	廊下やテラスなどにベンチを置き気分居合わせいつでも利用できるような空間を確保している。		
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	本人の好みの家具や愛着のある物を配置したり、又は情報の混乱をおこすような物や安全性には十分配慮しながら居室の環境づくりを行っている。		
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	こじんまりした生活スペースならではの住環境を生かし、出来る限り車椅子を使用しないケアを目指している		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームローズハウス

作成日

H24.9.27

〔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	入居者の介護度が重度化する中で、スタッフ間の意思疎通や思いの温度差による相違が生じチームで行うケアにより資質が問われている。	理念を中心に、思いをひとつにしスタッフ相互の持ち味を生かしたチームワークを築いていく。	皆が違和感なく介護に集中できるようにミーティング等でその方法をお互いに確認する。また、研修の機会を設け介護の基本に立ち返る。	H24年度中
2	33	ターミナルケアの需要が高まりつつある。また、ひとつの選択肢として自信を持って施設での看取りを勧めていきたい。	ターミナルケアの充実看取り介護、安楽な介護、看取りに必要な知識を得るための学習を充実する。	看取りについての介護の方法、安楽な介護、医療的な知識や適切な医療との連携を研修で学ぶ。	H24年度中
3	4	運営推進会議	認知症になっても自分の町で暮らすネットワークづくりの構築と地域防災についての役割	運営推進会議の適切な開催、地域防災についてグループホームで出来ることの提案。	H24年度中

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。