

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	1475201255	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	株式会社 日本ライフデザイン			
事業所名	グループホームゆうらく			
所在地	(〒211-0015) 神奈川県川崎市中原区北谷町91			
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25年11月1日	評価結果 市町村受理日	平成26年4月1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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1475201255&SVCD=320&THNO=14130
----------	---

【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)】

湖山医療福祉グループの理念である”自らが受けたいと思う医療と福祉の創造”を基本として「ゆったり・のんびり・自分らしく」生活して頂けるよう寄り添う介護を目指しております。生活に関してはご自身のペースに合わせ、入居者の自立を維持するため家事などの日常生活リハビリに重点を置いています。また、食の楽しみとして献立から全て手作りの食事を入居者と共に調理するなど工夫しています。看取り対応についてはご家族、ご本人が望まれた場合、医療機関、職員との連携や書類等の体制を構築し取り組んでいます。また、昨年より昔馴染みの場所への外出(川崎大師)を恒例行事とし、その他外食等にもお客様をおつれしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年12月4日	評価機関 評価決定日	平成26年1月27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)】

「グループホームゆうらく」はJR南武線平間駅から徒歩5～6分の大通りに面した住宅街の一角にあります。2、3階がグループホームで、1階には同じ法人のデイサービスを併設しています。

<優れている点>

利用者家族、区役所高齢支援課、地域包括支援センター、民生委員などの出席を得て行っている運営推進会議は、「認知症を学び地域で支えよう」と認知症サポーター養成講座や災害対策の具体策などについて話し合っています。また、家族が職員の掃除や言葉遣いに意見・要望を言う家族的役割も持っています。前回、外部評価後に立てた目標達成計画事項はクリアしています。利用者の思いや意向を把握するために絶えず努力を重ねています。自分が受けたいと思う介護を目指すために親しみやすい雰囲気を作り、自分たちが笑顔で接することにより、笑顔の絶えない一人ひとりが生まれると学んでいます。職員教育、施設内研修が盛んです。

<工夫点>

食事は栄養バランスもさることながら、食を楽しんでもらえる方法をとっています。調理は職員が担当し、味付けや片付けなどは利用者ができる範囲内で職員と一緒にいき、全員で食事を取っています。誕生日や季節の行事食では、利用者の希望に沿ったメニューにしたり外食に出かけたりして食の楽しみを味わっています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホームゆうらく
ユニット名	2 F

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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近づけている。	「ゆったり・のんびり・自分らしく」を理念に、認知症重度の方を積極的に受け入れ、個別ケア、自立支援、共同生活を軸としたケアプランの作成及びサービス担当者会議を行っている。	理念について月1回のフロアミーティングで職員間で話し合い、利用者が親しみやすい雰囲気の中で笑顔の絶えない、個人を大切に生活を送れるよう努めています。管理者は絶えず支援方法について振り返るよう話をしています。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●入居者の散歩・買物等でご近所に出かけている ●清掃、傾聴などボランティアを導入し第三者との交流を行っている。 ●管理者は町内会の行事・会議に出席し情報提供・共有を図っている。 	近隣の利用者が多く、散歩や買物時にご近所や商店街の方が声をかけてくれます。清掃、傾聴、ハーモニカなどのボランティアが来訪しています。町内会の神輿が事業所前を寄って行きます。平間中学校で介護教室を開いています。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●運営推進会議で周辺症状の緩和策などについて話す機会を設けている。 ●入居も含めて地域の方の来所時に各種相談を受けている。 ●施設内研修により、当該サービスのみでなく併設のデイサービス職員の教育も行っている。 	/	/
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●イベントについてはご家族の意見を取り入れている。 ●毎月発送の通信についても内容等に関するご意見を頂いている。 	家族、区の高齢支援課長、地域包括支援センター、民生委員、管理者が参加して2回開催しています。「認知症を学び地域で支えよう」認知症サポーター養成講座について話し合っています。掃除や言葉遣いなど家族の意見も聞いています。	
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取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> ●町内会長が運営推進会議のメンバーである。また、管理者は町内会の行事等に参加し可能な限り実情を報告している。また、街灯設置などで意見を求められた場合は協力している。 	法の改正、避難場所の変更、防災地図、備蓄の内容などについては行政に直接聞きに行き日常的な連携はできています。介護認定調査は原則的には家族対応ですが、状況に応じて代行申請を行っています。	

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
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●研修により職員は理解している。また、身体拘束ゼロの指針をもとに身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 ●今後、もう一歩踏み込んだ知識の習得に努めたい。 	身体拘束をしない理由を「拘束マニュアル」で学習し、DVDを観て理解を深めています。玄関の自動ドアのセンサーを手動に換え、施錠は基本的に行っていません。言葉の拘束については、相手の気持ちを考える様職員に伝えて実践に努めています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ●施設内研修を行っている。 ●言葉使いなど虐待の前兆になりそうなことがあれば、都度、注意を促し管理者へも報告している。また、外部からの方の意見も聞くため各フロアーに接遇面等でのご意見募集を公示している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●施設内研修を行っている。 ●管理者が主たる業務として行っており、一般職員が考える機会はほとんどない。 		
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。	契約書・重要事項説明書の内容を説明するとともに、入居者及びご家族のご意見を聞いている。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●介護計画の短期目標のモニタリングを3ヶ月に1回行っており、ご家族参加のカフェリスも行い、ご意見をもとに改善している。 ●運営推進会議で出た議題等について次回に結果報告をしている。 	週1回は面会に来る家族が多く、その際利用者の状態を知らせるとともに、利用者の好き嫌いなどの情報を得ています。また、管理者は携帯電話番号を家族に開示して、連絡、意見などを聞いています。居室担当制にして家族との関係を密にしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	全体会議（月1回）、サービス向上委員会（半期1回）及び個人面談（随時）にて実施。	職員との個人面接は、1回30分から1時間取り、職員の考えをしっかりと聞いています。職員の意見から看護職員が主催して感染症、ノロウイルスなどに関する勉強会を開いています。1階のデイサービスとの合同イベント提案も出ています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ●毎年の昇給、決算賞与、処遇改善交付金の利用により待遇面の向上を図っている。 ●理不尽なサービス残業などは皆無にしている。 ●モチベーションについては、研修・面談を通して管理者が行っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●グループ研修（新卒、サービス種別リーダークラス、管理者と様々な研修）を行っている。 ●実践者研修などにも毎回1名など積極的に応募している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●13参照の研修にて、他法人の職員と交流を図っている。 ●同法人内でも施設間交流による研修を行っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●入居前面接及びアセスメントにより入居前に職員に情報が入るようにしている。 ●上記アセスメント後の状態変化に対するアセスメント及び個別対応にて安心確保に努めている。 		

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。	●入居前面接時にご家族の意見も聞き、入居前後の参考にさせて頂いている。 ●また、契約の段階で再度、確認させて頂いている。		
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。	入居時にニーズの再確認と介護計画の方向性を話し合っている。介護計画作成後、再度、内容について説明し、同意を得た上でサインを頂き交付している。		
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。	●自立されている部分を見極め、継続できるように共同作業をしながら支援している。 ●介護計画の目標は出来る限り本人が達成可能な内容にしている。		
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。	●介護計画の見直し（3ヶ月に1回）時は、本人、家族、担当職員、計画作成担当者で話し合い、各々の視点から意見を出し合っている。 ●担当職員が本人とご家族の連絡調整等を行っている。		
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。	キーパーソンからの要望がない限り面会の制限などしていない。面会時には双方がリラックスでき、「また来よう」と思って頂けるよう配慮している。ご家族や友人の方との外出にも制限を設けていない。	隣近所や古くからの知り合いなど、いろいろな方が訪ねて来ます。面会時には居室でお茶を出してもてなしています。友人の協力を得てパチンコを楽しむに出かける利用者もいます。電話をかけたたり、利用者が書いた手紙を投函する支援も行っています。	

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
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。	個々人の生活ペースを最重要視しているが、共同スペースには、席順なども決めず一人ひとりがやりたい事をやっている。また、家事など何かにつけ出来る方全員でやるよう言葉がけ及び誘導している。		
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。	●必要に応じて実施している。 ●入院先（退所者）への訪問。同法人内の他施設へ転居された方については管理者同士で情報の共有を行っている。		
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。	●介護計画作成時にニーズの把握に関する話し合いを重点的に行っている。 ●個人ノートを作成し、日々の様子観察及びモニタリングの参考にしている。 ●ご家族とも情報を共有し、本人本位の検討ができるよう尽力している。	利用者が話しやすい雰囲気を作り、話を聴く時間を多くとっています。仕草や表情でも利用者の思いを受け入れ把握に努めています。こういう顔の時が楽しいんだと気づいた際には、ノートに記し、フロアミーティングで全員に周知し、共有化しています。	
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。	●サービス利用にいたった経過や生活歴に関しては、アセスメント以外にも都度、聞き取りしている。 ●入居後は最低限の生活サイクルを守りつつ、個々人の生活ペースを保てるよう支援している。		
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。	●個人ノートにて、特筆すべき入居者の様子や周辺症状が出た場合の対応・反応・結果などを詳細に書き取っている。 ●日々の介護の中で上記を参考にしている。		

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
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●長期6ヶ月、短期3ヶ月のモニタリングをもとにご家族、本人とカンファレンスを行い介護計画を作成している。 ●様々な記録及び本人の状態、上記の意見を勘案もとにニーズを把握し、総合的な援助の方針を決定している。 	介護計画は本人・家族の意向、職員の気づき、往診医、看護師、リハビリ整骨医の意見を反映して作成しています。利用者のできることは極力やってみようように目標を具体的にしています。ミキサー食を食べる利用者の気持ちを汲み上げ、タイミングを計りながら新しい形態の食事提案もしています。	
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。	個人ノートにて、記録を詳細かつ簡潔に行い、申し送りにて職員間で情報を共有している。また、ご家族にもノートを参照して頂いている。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●多種多様な方々と連携を作り、ニーズに対応している。 ●ボランティアや訪問リハと連携を取っている。 ●併設のDSとイベントを共有している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●他事業所とボランティア紹介を相互に行っている。 ●地域包括支援センターの所長に運営推進会議のメンバーになって頂いている。 ●理美容はボランティア歌手活動で施設に出入りしている近所の美容師。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医は基本的に本人・家族の希望で決定して頂いている。 ●通院の手間などによりご家族の負担を考慮し、内科、歯科の往診医の紹介も行っている。 	協力医療機関を主治医として、内科医が月2回、歯科医が2ヶ月に1回の往診があります。入居前の主治医を継続している利用者もいます。往診時や通院での医療情報は往診ノートに記入し、看護師、職員、家族が情報共有しています。	

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中であ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。	●施設内の看護師と連携を取っている。 ●往診医時に記録を残し、往診医と介護職及び看護師の連携を取っている。		
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。	●入院時に希望に応じて介護サマリーを交付するか個人ファイルを持ち込み情報を提供している。 ●ご家族からの経過報告をもとに面会に行き、退院見込みの相談を行い、退院時に注意すべき点などは医療関係者から情報を得ている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	●事業所のできる限界については契約時に説明している。 ●終末期の方針・医療連携に関して取り決めている。	入居時と比べ利用者の状態が重度化した時には、家族と医師、看護師などと話し合っています。合せて看取りの方針を書面で提示し、本人、家族の思いを聞いています。昨年、看取り手順書を作り、初めて看取った経験が職員の自信になっています。	
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。	基本的な処置については定期的ではないが研修している。頻繁に起こる事ではないので、実際の場面で活かせるかどうかはその時になってみないとわからない。		
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。	基本的に年2回の総合避難訓練（消防署員立会い）を行っている。 本年は、防災訓練と消防設備点検を実施している。 地域の方との連携は運営推進会議において、ご家族、地域包括支援、町内会長などと協力体制を相談している。	消防署員立会いの避難訓練を併設のデイサービス施設と一緒に、年2回実施しています。災害時に備えて水12リットルを各居室に、賞味期限をずらした食品を、賞味期限と個数を記載した容器に収納して、職員用更衣室内に備蓄しています。	運営推進会議を活用して、家族や近隣の方が参加する避難訓練の実現も期待されます。また3日以上食品などの備蓄と備蓄品リスト作成の工夫が期待されます。

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。	<ul style="list-style-type: none"> ●認知症、接遇など研修内で常に意識するよう職員に働きかけている。グループワークやロールプレイ等で工夫して伝えている。 ●プライバシーについては基本の遵守を周知徹底している。 	入職社時に、人権、人格尊重、プライバシー保護の研修を行い、周知しています。毎月の施設内研修やフロア会議で、認知症、接遇、個人情報保護などの研修を行い、職員が再認識しています。フロア会議の議事録には、全職員の確認印が有ります。	
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。	起床時に着る服、サラダにかけるドレッシング、毎日の入浴声かけなど日常の中での何気ない自己決定を尊重し実践している。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●最低限の生活サイクルの保持は行っているが、特に強制などせず個々人のペースで生活できるよう配慮している。 ●レクについてもその日のその時の状況に則して決定しており、特に決め事を作らないようにしている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●身だしなみ・嗜好品はご本人の使いなれた物、気に入っている物を持ち込んで頂くか購入して頂いている。 ●その日に何を身につけるかなどは個々人の理解力・判断力により対応が変わるものの、極力、自己決定して頂けるよう配慮している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●一緒に作って一緒に食べる方法をとっているため、買物・献立・調理・片付け・食器拭きなど出来る方には職員と一緒にさせて頂いている。 ●昔ながらの大家族的なイメージを大切に、入居者及び職員が全員で食事を取っている。 	調理は職員が担当し、味付けや片付けなどは利用者の出来る範囲内で職員と一緒にいき、全員で食事を取っています。誕生日や季節の行事食では、利用者の希望に添ったメニューにしたり、外食に出かけたりして、食の楽しみを味わっています。	

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
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●水分については、お茶（緑茶・ほうじ茶、こぶ茶）、紅茶、コーヒー、ココア、カルピスなど数種類ストックし選択肢を確保している。 ●体重、水分、栄養など気になる場合は介護計画に盛り込み徹底して行っている。自具も個々人の状態で使用。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●個々人の状況に応じて口腔ケアグッズを変えている。 ●食後は職員の誘導により自立の方は見守りにて、要介助者へは状況に応じて一部、または全介助で行っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●フロアーの会議でトイレで排泄するための方法やオムツ使用の是非について話し合い、実践している。 ●オムツの使用に関しては、本人の状態や時間(夜間帯のみなど)に応じて使い分けられているが、あくまでも一時的と捉えている。 	利用者に合わせた時間的な声かけや表情の観察などでトイレ誘導し、オムツを使用しない介助で、トイレでの自立を支援しています。排泄、睡眠、バイタル、食事量などの生活状況を、個人別チェック表に記入し、職員間で情報共有しています。	
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄の問題のある方は介護計画内にも盛り込んでいる(運動、食事など)。 ●排泄表で排泄パターンの把握に努め、水分、ヨーグルト、食物繊維、寒天ゼリーなどにより自然排便を促すようにしている。 		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ●毎日、全員の方への入浴声かけを基本としている。 ●入浴順、洗髪可否については各人の希望を聞き、できる限り応じている。 ●毎週日曜を温泉の日とし、最低、週1回は気分を変えて入浴を楽しんで頂けるよう配慮している。 	利用者の希望に添って、冬場は最低週2回入浴出来るよう声かけしています。毎日入浴する利用者も数人います。利用者の要望で毎週日曜の温泉の日を、土日の2回に増やして楽しんでいます。利用者の要望で、同性介助にも対応しています。	

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。	●日中はリビングでゆったり過ごしていただき、夜寝て頂くようペースを作っている。 ●上記を前提として、以外の睡眠のペースについては個々の状況を勘案し、問題のある場合は主治医やご家族にも報告している。		
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。	●服薬は一人ずつ専用容器で管理し、必ず薬剤情報をチェックしている。 服薬変更は申し送っている。 ●服薬管理は職員が行い、手渡し、服薬時の目視を基本としている。個人ノートを使用し、必要に応じて主治医にサマリーを提出している。		
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。	●個々の出来る事・やりたい事について相談し、日課や役割についても介護計画に盛り込んでいる。 ●共同作業が可能なものについては全員で楽しんで行えるよう配慮している。		
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。	●ちょっとした買物は散歩ついでに行くなど近所への外出支援を行っている。 ●遠出や特殊な事情による外出はご家族やご友人と行って頂いている。 ●ご家族も参加できる遠足を企画し実施している。	散歩の途中での買い物、友人と近くのコーヒー店でお茶、昔馴染みの川崎大師へお参り、回転寿司で食事など、外出支援に力を入れてます。法事や墓参りで遠出したり、正月を家族の家で一週間ほど過ごす利用者も数名います。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	希望に応じて取り決めている。 自室で管理したいという方は自室で幾らか管理されている。特に希望がない方は施設で預かっている。これらはご家族とも協議している。		

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。	希望に応じて支援している。 ●日々、手紙を出す方がいる。電話をかける方もいる（番号プッシュが不可能な場合はフォローする） ●年賀状などでその時に自分の思いを親しい人に伝えたい方の字を書く練習なども介護計画に入れている。		
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。	●常に清潔に配慮している。 ●職員と入居者で手分けして徹底的に掃除している。 ●共用空間では不快な思いをされぬよう自由に振舞って頂いている。 ●季節感には欠けている時がある。	中庭に面した食堂兼居間は、明るく、広く、隣接の事務室や台所にも、扉が無く開放的です。職員と利用者で行う掃除のほか、清掃ボランティアの訪問もあり、清潔に配慮しています。季節に合わせた壁面飾りも工夫しています。	
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。	●リビングで網羅できない場合は事務所やキッチンなどで入居者が落ち着いて話ができるよう空間を利用している。 ●リビングのソファにて、その時に気のあった方と話をされている。		
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。	備え付けのベッド、エアコン、クローゼット、洗面台以外は全て馴染みの物か好きな物を持ち込んで頂いている。その旨、入居前の面接時には本人・ご家族に管理者から話をしている。	ベッド、エアコン、大きな作り付けのクローゼット、洗面台を備え付けています。馴染みの家具や電気製品、写真や仏壇を持ち込み、利用者の好みに合わせ居心地良い居室になっています。習字教室に通っている利用者の作品が、居室や廊下にも飾っています。	
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。	●福祉用具は個々の状態に応じて導入している。 ●理解・判断力に配慮し、案内表記を要所に入れている。 ●動線の確保を徹底している。		

事業所名	グループホームゆうらく
ユニット名	3 F

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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近づけている。	「ゆったり・のんびり・自分らしく」を理念に、認知症重度の方を積極的に受け入れ、個別ケア、自立支援、共同生活を軸としたケアプランの作成及びサービス担当者会議を行っている。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●入居者の散歩・買物等でご近所に出かけている ●清掃、傾聴などボランティアを導入し第三者との交流を行っている。 ●管理者は町内会の行事・会議に出席し情報提供・共有を図っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●運営推進会議で周辺症状の緩和策などについて話す機会を設けている。 ●入居も含めて地域の方の来所時に各種相談を受けている。 ●施設内研修により、当該サービスのみでなく併設のデイサービス職員の教育も行っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●イベントについてはご家族の意見を取り入れている。 ●毎月発送の通信についても内容等に関するご意見を頂いている。 		
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取り組んでいる。	●町内会長が運営推進会議のメンバーである。また、管理者は町内会の行事等に参加し可能な限り実情を報告している。また、街灯設置などで意見を求められた場合は協力している。		

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
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●研修により職員は理解している。また、身体拘束ゼロの指針をもとに身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 ●今後、もう一步踏み込んだ知識の習得に努めたい。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●施設内研修を行っている。 ●言葉使いなど虐待の前兆になりそうなことがあれば、都度、注意を促し管理者へも報告している。また、外部からの方の意見も聞くため各フロアに接遇面等でのご意見募集を公示している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●施設内研修を行っている。 ●管理者が主たる業務として行っており、一般職員が考える機会ほとんどない。 		
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。	契約書・重要事項説明書の内容を説明するとともに、入居者及びご家族のご意見を聞いている。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●介護計画の短期目標のモニタリングを3ヶ月に1回行っており、ご家族参加のカフェリスも行い、ご意見をもとに改善している。 ●運営推進会議で出た議題等について次回に結果報告をしている。 		

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。	全体会議（月1回）、サービス向上委員会（半期1回）及び個人面談（随時）にて実施。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●毎年の昇給、決算賞与、処遇改善交付金の利用により待遇面の向上を図っている。 ●理不尽なサービス残業などは皆無にしている。 ●モチベーションについては、研修・面談を通して管理者が行っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●グループ研修（新卒、サービス種別リーダークラス、管理者と様々な研修）を行っている。 ●実践者研修などにも毎回1名など積極的に応募している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●13参照の研修にて、他法人の職員と交流を図っている。 ●同法人内でも施設間交流による研修を行っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●入居前面接及びアセスメントにより入居前に職員に情報が入るようにしている。 ●上記アセスメント後の状態変化に対するアセスメント及び個別対応にて安心確保に努めている。 		

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。	●入居前面接時にご家族の意見も聞き、入居前後の参考にさせて頂いている。 ●また、契約の段階で再度、確認させて頂いている。		
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。	入居時にニーズの再確認と介護計画の方向性を話し合っている。介護計画作成後、再度、内容について説明し、同意を得た上でサインを頂き交付している。		
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。	●自立されている部分を見極め、継続できるように共同作業をしながら支援している。 ●介護計画の目標は出来る限り本人が達成可能な内容にしている。		
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。	●介護計画の見直し（3ヶ月に1回）時は、本人、家族、担当職員、計画作成担当者で話し合い、各々の視点から意見を出し合っている。 ●担当職員が本人とご家族の連絡調整等を行っている。		
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。	キーパーソンからの要望がない限り面会の制限などしていない。面会時には双方がリラックスでき、「また来よう」と思って頂けるよう配慮している。ご家族や友人の方との外出にも制限を設けていない。		

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
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。	個々人の生活ペースを最重要視しているが、共同スペースには、席順なども決めず一人ひとりがやりたい事をやっている。また、家事など何かにつけ出来る方全員でやるよう言葉がけ及び誘導している。		
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。	●必要に応じて実施している。 ●入院先（退所者）への訪問。同法人内の他施設へ転居された方については管理者同士で情報の共有を行っている。		
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。	●介護計画作成時にニーズの把握に関する話し合いを重点的に行っている。 ●個人ノートを作成し、日々の様子観察及びモニタリングの参考にしている。 ●ご家族とも情報を共有し、本人本位の検討ができるよう尽力している。		
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。	●サービス利用にいたった経過や生活歴に関しては、アセス以外にも都度、聞き取りしている。 ●入居後は最低限の生活サイクルを守りつつ、個々人の生活ペースを保てるよう支援している。		
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。	●個人ノートにて、特筆すべき入居者の方の様子や周辺症状が出た場合の対応・反応・結果などを詳細に書き取っている。 ●日々の介護の中で上記を参考にしている。		

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
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●長期6ヶ月、短期3ヶ月のモニタリングをもとにご家族、本人とカンファレンスを行い介護計画を作成している。 ●様々な記録及び本人の状態、上記の意見を勘案もとにニーズを把握し、総合的な援助の方針を決定している。 		
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。	個人ノートにて、記録を詳細かつ簡潔に行い、申し送りにて職員間で情報を共有している。また、ご家族にもノートを参照して頂いている。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●多種多様な方々と連携を作り、ニーズに対応している。 ●ボランティアや訪問リハと連携を取っている。 ●併設のDSとイベントを共有している。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●他事業所とボランティア紹介を相互に行っている。 ●地域包括支援センターの所長に運営推進会議のメンバーになって頂いている。 ●理美容はボランティア歌手活動で施設に出入りしている近所の美容師。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医は基本的に本人・家族の希望で決定して頂いている。 ●通院の手間などによりご家族の負担を考慮し、内科、歯科の往診医の紹介も行っている。 		

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
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。	●施設内の看護師と連携を取っている。 ●往診医時に記録を残し、往診医と介護職及び看護師の連携を取っている。		
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。	●入院時に希望に応じて介護サマリーを交付するか個人ファイルを持ち込み情報を提供している。 ●ご家族からの経過報告をもとに面会に行き、退院見込みの相談を行い、退院時に注意すべき点などは医療関係者から情報を得ている。		
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、事業所の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。	●事業所のできる限界については契約時に説明している。 ●終末期の方針・医療連携に関して取り決めている。		
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。	基本的な処置については定期的ではないが研修している。頻繁に起こる事ではないので、実際の場面で活かせるかどうかはその時になってみないとわからない。		
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。	基本的に年2回の総合避難訓練（消防署員立会い）を行っている。 本年は、防災訓練と消防設備点検を実施している。 地域の方との連携は運営推進会議において、ご家族、地域包括支援、町内会長などと協力体制を相談している。		

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。	●認知症、接遇など研修内で常に意識するよう職員に働きかけている。グループワークやロールプレイ等で工夫して伝えている。 ●プライバシーについては基本の遵守を周知徹底している。		
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。	起床時に着る服、サラダにかけるドレッシング、毎日の入浴声かけなど日常の中での何気ない自己決定を尊重し実践している。		
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。	●最低限の生活サイクルの保持は行っているが、特に強制などせず個々人のペースで生活できるよう配慮している。 ●レクについてもその日のその時の状況に則して決定しており、特に決め事を作らないようにしている。		
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。	●身だしなみ・嗜好品はご本人の使いなれた物、気に入っている物を持ち込んで頂くか購入して頂いている。 ●その日に何を身につけるかなどは個々人の理解力・判断力により対応が変わるものの、極力、自己決定して頂けるよう配慮している。		
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。	●一緒に作って一緒に食べる方法をとっているため、買物・献立・調理・片付け・食器拭きなど出来る方には職員と一緒にやって頂いている。 ●昔ながらの家族的なイメージを大切に、入居者及び職員が全員で食事を取っている。		

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。	<ul style="list-style-type: none"> ●水分については、お茶（緑茶・ほうじ茶、こぶ茶）、紅茶、コーヒー、ココア、カルピスなど数種類ストックし選択肢を確保している。 ●体重、水分、栄養など気になる場合は介護計画に盛り込み徹底して行っている。自具も個々人の状態で使用。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●個々人の状況に応じて口腔ケアグッズを変えている。 ●食後は職員の誘導により自立の方は見守りにて、要介助者へは状況に応じて一部、または全介助で行っている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●フロアーの会議でトイレで排泄するための方法やオムツ使用の是非について話し合い、実践している。 ●オムツの使用に関しては、本人の状態や時間（夜間帯のみなど）に応じて使い分けられているが、あくまでも一時的と捉えている。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ●排泄の問題のある方は介護計画内にも盛り込んでいる（運動、食事など）。 ●排泄表で排泄パターンの把握に努め、水分、ヨーグルト、食物繊維、寒天ゼリーなどにより自然排便を促すようにしている。 		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ●毎日、全員の方への入浴声かけを基本としている。 ●入浴順、洗髪可否については各人の希望を聞き、できる限り応じている。 ●毎週日曜を温泉の日とし、最低、週1回は気分を変えて入浴を楽しんで頂けるよう配慮している。 		

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の状況に応じて、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。	●日中はリビングでゆったり過ごしていただき、夜寝て頂くようペースを作っている。 ●上記を前提として、以外の睡眠のペースについては個々の状況を勘案し、問題のある場合は主治医やご家族にも報告している。		
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。	●服薬は一人ずつ専用容器で管理し、必ず薬剤情報をチェックしている。 服薬変更は申し送っている。 ●服薬管理は職員が行い、手渡し、服薬時の目視を基本としている。個人ノートを使用し、必要に応じて主治医にサマリーを提出している。		
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。	●個々の出来る事・やりたい事について相談し、日課や役割についても介護計画に盛り込んでいる。 ●共同作業が可能なものについては全員で楽しんで行えるよう配慮している。		
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。	●ちょっとした買物は散歩ついでに行くなど近所への外出支援を行っている。 ●遠出や特殊な事情による外出はご家族やご友人と行って頂いている。 ●ご家族も参加できる遠足を企画し実施している。		
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。	希望に応じて取り決めている。 自室で管理したいという方は自室で幾らか管理されている。特に希望がない方は施設で預かっている。これらはご家族とも協議している。		

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。	希望に応じて支援している。 ●日々、手紙を出す方がいる。電話をかける方もいる（番号プッシュが不可能な場合はフォローする） ●年賀状などでその時に自分の思いを親しい人に伝えたい方の字を書く練習なども介護計画に入れている。		
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。	●常に清潔に配慮している。 ●職員と入居者で手分けして徹底的に掃除している。 ●共用空間では不快な思いをされぬよう自由に振舞って頂いている。 ●季節感には欠けている時がある。		
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。	●リビングで網羅できない場合は事務所やキッチンなどで入居者が落ち着いて話ができるよう空間を利用している。 ●リビングのソファにて、その時に気のあった方と話をされている。		
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。	備え付けのベッド、エアコン、クローゼット、洗面台以外は全て馴染みの物か好きな物を持ち込んで頂いている。その旨、入居前の面接時には本人・ご家族に管理者から話をしている。		
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。	●福祉用具は個々の状態に応じて導入している。 ●理解・判断力に配慮し、案内表記を要所に入れている。 ●動線の確保を徹底している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームゆうらく

目標達成計画

作成日：平成26年3月25日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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		災害対策として、備蓄の食糧が3日分されていない(飲水は備蓄済み)	平成26年4月末までに備蓄を整える。	3日分の食料を整え、賞味期限等管理しやすいように、備蓄品リストを作成する。	3ヶ月
2		ボランティアの受け入れはあるが、近隣の方とのつながりが薄い。	近隣の方々とのつながりを構築する。	町内会に加入しているので、会合に参加し、施設で行っている防災訓練等に参加頂けるよう声掛けをし、実際に参加頂く。 また、何か協力出来るものがないか確認し、取り組んでいく。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。