

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	1475000731	事業の開始年月日	平成14年12月1日
		指定年月日	平成14年12月1日
法人名	有限会社 ワーカーズクラブ		
事業所名	グループホーム 秋桜の里		
所在地	(210-0847) 神奈川県川崎市川崎区浅田2-17-20		
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	9名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成26年1月26日	評価結果 市町村受理日	平成26年7月4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=ST1475000731&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)】

ご利用者様の尊厳を重視し共同生活であっても「個」を大切にし、その人らしくあたりまえの生活が日々繰り返されるようにスタッフ全員で支援しています。また、共同生活であるため、一人が皆のために、皆が一人のために、スタッフも一緒になって安心で、安全で、楽しく笑い声の絶えない居心地の良い環境で暮らし続けていただけるよう、ご利用者様同士、スタッフも含め良好な関係を築いていけるよう支援しています。ご家族様と同じ思いで、ご利用者様に寄り添い、時間を共有し、日々の暮らしの中から一つでも多く楽しみを見つけ思い出を作っていただけるよう思いを受け止めながら生活していただいています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年2月27日	評価機関 評価決定日	平成26年5月22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)】

JR川崎駅東口・京急川崎駅中央口から臨港バスで約10分、浅田2丁目下車徒歩3分の住宅地の中にあります。軽量鉄骨2階建ての建物で、玄関を入ると事務室があり、2階はグループホームになっています。バス停に近く、知り合いや家族が事業所に来訪するには非常に便利な場所です。またご近所散歩の際には、挨拶を交わすなど、近隣との交流に広がり生まれています。

<優れている点>

基本理念に加え介護理念を掲げており基本理念では、「ふれあい、支え合い、助け合い、楽しみ、親しみ、慈しむ」と唱えています。食事の時等、元気な声が部屋に満ち、話しかけるとすぐ返事が返ってきます。食事の品数も量も十分で、味も良く、ほとんどの人が完食しています。和気あいあいで食事を楽しみにしています。食事のメニューは職員が利用者に聞き作っています。

<工夫点>

介護理念の記載では、「1 利用者の尊厳を大切に、声掛けも丁寧に行っています。2 地域の中で楽しく笑顔の絶えない居心地良く暮らして行けるに様しています。3 日々の暮らしの中から季節の飾り物づくりをして楽しんでいます。4 どのような支援が望ましいか、利用者・家族と考えて実行しています。5 利用者が希望し協力し出来る家事をしています。食事の際の簡単な調理、食器を洗う、洗濯物をたたむ、掃除をするなどの作業を体調によりしています。」とし、自らの行動として表記する工夫をしています。1日の出来事は個人ファイル(〇〇様の1日)に書き込んでいます。

【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 秋桜の里
ユニット名	

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。	入口に理念を掲示し、地域密着型サービスの意義を職員全体で確認することにより、地域での生活の継続を重視し事業所と地域の関係性を大切にしたい理念を共有し実践につなげている。	入口に基本理念、介護理念が掲示してあります。基本理念はふれあい、支え合い、楽しみ、親しみなどです。介護理念は、ゆったり、その人らしく、尊厳、自立、地域の交流などです。日々のケアで、振り返り、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。	町内会に加入し、地域活動に参加している。地域のお祭り、町内会の納涼祭、商店街の夜店、地域の敬老会等に参加している。日常的に散歩や買い物に出かけ、町内の商店街や、散歩では挨拶を交わしたりしている。	町の一員として町内会の活動に全面的に協力しています。利用者もこの地域の人達です。祭りの時の神輿や山車の休憩所になったり、地域の小学校の運動会に参加したり、商店街のイベントに参加したり見物したりと、交流を深めています。	
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。	お祭りでは、町内会、子供会と関わりを持ち、事業所を山車の休憩所として提供を行い、地域の方に認知症の人の理解を深めて頂けるよう共に時間を過ごし支援の方法等を伝えている。また、認知症が疑われる地域住民の方の相談を行っている。		
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。	会議では、事業所からの活動状況の報告を行い、参加メンバーからの質問、意見、要望、助言を受け、双方向での会議となるよう取り組んでいる。	2ヶ月ごとの開催で、メンバーは町内会、民生委員、子供会役員、家族・利用者、市職員です。議題は自衛消防隊の計画、利用者の健康状態など、質問、意見、要望、助言など双方向の話し合いになっています。	
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。	高齢者担当や生活保護課のケースワーカーと密に連絡を行い、生活の様子やニーズを伝え連携を深め利用者様の生活の質を高めるよう努めている。	市からの通知、連絡事項は、殆どメールで来ていますが、利用者の困難事例に関しては事業所だけで抱え込まずに市と随時連絡をして共通の理解のもと対応に努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	安全確保や危険防止を優先するケアではなく、利用者様の自由な暮らしの中での見守りを強化している。玄関も鍵をかけず自由に外に出られる環境にしている。外に出られた場合は、さりげなく声を掛け一緒に出掛けるようにしている。	身体拘束の禁止を運営規定、契約書に明記しています。、付近には交通量の激しい道路もありますが、玄関の施錠は行っていません。利用者の出かけた素振りが感じられる時は、職員が一緒に外に出るなど注意を払っています。	
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。	日々の暮らしの中での不適切な言葉かけ、不適切なケアとは何か？ミーティングで確認を行ったり、自己の対応を振り返り、職員間での意見交換を行うことにより気づきを持ち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。	成年後見が必要なケースでは入居相談の時点で高齢者担当に相談を行っている。また、入居時に、日常生活自立支援事業の支援を受けているケースでは成年後見制度の利用に繋げ、進捗状況に合わせ職員に説明を行い理解を深めるようにしている。		
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。	契約時には、重要事項の説明を丁寧に行うと共に、重度化や看取りについての対応方針、事業所のケアに関する考え方や取り組み、退去を含めた事業所の対応可能な範囲についての説明を行っている。		
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。	日々の暮らしの中でご利用者様と個別で話す機会を設け、思いや意見を聞くようにしている。上手に伝えることのできないご利用者様には、日々の言動から汲み取っている。ご家族様には手紙や来所時等、何でも言って頂ける関係づくりに努めている。	公式には運営推進会議に出席し、意見や要望を述べることはできますが、日頃のケアの中でも居室担当の職員に要望を伝える事ができています。発言の少ない利用者は個人ファイルの中から希望をくみ取り家族に話し、反映しています。	

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。	職員と、常にコミュニケーションの機会を持ち意見を聞くよう努めている。利用者様との日々の暮らしの中で生まれる職員の気づきやアイデアを行事や、運営に取り入れるよう努めている。	管理者は、職員、利用者と常に話している様子が覗えます。また法人の役員（取締役）が来て職員の業務負担や悩みの把握に努めています。頻繁に事業所に来ていることもあり違和感がなく話せる様になっています。	
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。	代表者は頻繁に事業所に来ており、ご利用者様と関わりを持ち、心身の状況把握を行い、職員の業務負担や、悩みを把握している。職員個々の努力や実績を適正に評価し給与水準等の改善に努めている。		
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。	新人職員に対しては、期間を設けマンツーマンのOJTの体制をとり、ご利用者様との関わり方、介護方法、記録の書き方等、事業所内での業務について丁寧な指導を行うよう努めている。		
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。	他のグループホームからの見学や、他グループホームへの見学を通して、交流を持ち、意見交換や、事例検討を行い、意見や助言を受け、サービスの質の向上に努めている。		
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。	入居相談があった時は、必ずご利用者様と面談を行い、心身の状況把握を行い、ご利用者様の思いに寄り添い、職員がご利用者様に受け入れて頂ける関係性を築くよう努めている。また、他ご利用者様との良好な関係作りにも努めている。		

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。	入居までの、ご利用者様とご家族様の関係性、今日までの経緯、ご家族様の思い等を、時間をかけて聴き、受け止めながら関係を築くようにしている。また、ニーズを探ることにより入居の必要性を明確にするようにしている。		
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。	入居相談時、早急な対応が必要と判断された場合は、行政に相談等行いながら、可能な限り柔軟な対応を行っている。適切な対応のためニーズを明確にし、地域のネットワークを持ち、連携を保ち迅速に対応を行っている。		
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。	日々の暮らしの中で、ご利用者様の思いをや、不安、喜びを知り、共感し、理解するよう努めている。支援する側支援される側という立場ではなく、共に生活するという意識でお互いが協働しながら日々楽しく和やかな生活が送れるよう努めている。		
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。	日々の暮らしの中で、可能な限りご家族様に関わっていただけるよう、入居相談時より説明を行っている。日々の暮らしでの気づきや出来事、ご利用者様の思いを細かくご家族様に伝え協力を得ながら一緒に支えていける関係づくりに努めている。		
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。	お盆、お彼岸等、ご家族様に協力を得ながら、お墓参りや、馴染みの方との継続的な交流が出来るように努めている。同じ町内会に住む親戚の家に定期的に遊びに行ったりできるよう働きかけている。	これまで馴染んだ人や行事と疎遠にならないよう、出来るだけグループホームの周辺にある寺社や公民館などに親しみをもち馴染となる様、散歩やドライブを積極的に行っています。	

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。	ご利用者様同士の関係性に常に目を向け、職員間で情報を共有している。皆で楽しく過ごせるようお茶の時間等を利用してお菓子作りを行ったりしながらご利用者様間の橋渡しを行っている。		
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。	サービスの利用が終了された場合にもリロケーションダメージを最小限にするため訪問に伺ったり、これまでの生活状況、支援内容等の情報提供を行いきめ細かい連携を心がけている。ご家族様よりの連絡も日々頂いている。		
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。	日々の暮らしの中でご利用者様と丁寧にかかわりを持ち、行動や表情から思いを汲み取り把握するよう努めている。意思疎通が困難なご利用者様は、ご家族様、今まで関わってこられた方と、本人にとって何が最良なのかを一緒に検討している。	個々の利用者に居室担当職員を置き、丁寧に思いや意向を捉えるようにしています。意思疎通が難しい場合は個人ファイル（○○さんの一日）から本人のしたい事を探し、本人にとって何が最良なのかを検討しています。	
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。	入居相談時の情報と、日々の暮らしの中で、ご利用者様の生の言葉から得られる情報、その情報を通してご家族様から得られる情報、それらを蓄積しながら、ご利用者様の全体像を知ることができるよう努めている。		
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。	ご利用者様一人ひとりの生活リズム、できること、わかることを把握し、日々の暮らしの中で、やりたいことを支援しながら職員間で情報交換を行い全体像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。	ご利用者様、ご家族様に日々の暮らしのかかわりの中で、思いや意見を聞きご利用者様の望む生活が可能な限り実現できるよう介護計画に反映させている。アセスメント、モニタリング、カンファレンス等職員全体で行っている。	介護計画は、3ヶ月ごとのモニタリング（健康、動作などの確認）6ヶ月ごとの目標の評価を行い、アセスメント（利用者の健康、生活のしやすさ）、カンファレンス（介護計画の会議）を職員全体で行い、利用者・家族の希望に沿って説明し了承を得て介護計画を作成しています。	
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。	〇〇様の日という個々のケア記録に、ご利用者様の言葉、暮らしの様子、心身の状態、職員の気づきを記録し勤務開始前に確認を行っているが、記録を活かしきれず実践や介護計画に繋がられていないことがある。		
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。	ご利用者様、ご家族様の状況に応じて、送迎や必要な支援は柔軟に対応を行い、それに伴い職員の勤務人数を増員するなど柔軟な対応に努めている。		
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。	ご利用者様が安心して地域で暮らし続けられるよう、民生委員と顔なじみの関係を作り、日々の支援や、協力関係を築いている。近隣の商店街では顔なじみの関係ができ日々の中から多くの配慮を頂いている。		
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。	事業所の協力医療機関の他、入居前のかかりつけ医での医療を受けられるようにしている。訪問診療にきていただくケース、受診に行くケースもあり、ご家族様同行の受診を原則としているが不可能な場合は、基本看護職員が受診代行を行っている。	協力医は月2回の定期訪問ですが、必要に応じて随時の訪問もあります。歯科は地元の歯科医に通院しています。医療側、事業所側が同じ受診カルテ内容を所持し、緊急時に備えています。施設長が看護師資格を持っていることもあり医師、看護師の適切な協力関係を構築しています。	

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。	看護師がおり協力医療機関の医師、看護師と情報交換を密に行い、常にご利用者様の健康状態や状態変化に応じた支援を行えるようにしている。看護師がいない時間は、オンコールにて助言、指示を受け対応を行っている。		
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。	入院時には、担当医と早期に病状説明を含め話しをする機会を持ち、ご利用者様の支援方法等に関する情報提供を行い、ご家族様との回復状況等の情報交換を行いながら、速やかな退院支援に結びつけている。		
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。	重度化に伴う意思確認書を協力医療機関と共に作成し、ご利用者様、ご家族様の意向を踏まえ、主治医、職員が連携をとり、安心して納得した最後が迎えられるように、随時意思確認を行いながら支援に努めている。	協力医と共に利用者・家族に対して「最期を何処で迎えたいか」ということを確認しています。看取りに至るまでの徴候と、事業所としてできる事を伝え、正確な情報を協力医、職員、家族で共有し、随時意思確認を行いながら支援に努めています。	
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。	ご利用者様の急変や事故発生時に備えて、マニュアルを整備し周知徹底を図っている。応急手当から、その後の連絡方法、対応方法等についても全ての職員が対応できるようにしている。		
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。	避難訓練、避難経路の確認、初期消火等の訓練を定期的に行い、消防署の協力を得て検証訓練を行っている。地域の協力体制については、町内会でのお願いしたり運営推進会議でお願いしている。	年2回避難・防災訓練を行っています。訓練は消防署立会いの下、通報後利用者の全員避難・点呼までの時間を計っています。前年度の11分から今年度6分まで短縮できています。緊急時には小学校保護者や、職員の知人の協力もお願いしています。	運営推進会議では災害対策に対して議題が上がっています。住宅密集地のため消防車も入りにくいと言う実情もあり、近隣との協力体制構築など具体策を講じておくことも期待します。

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。	支援が必用な時は、ご利用者様に意思確認を行い気持ちを大切に考えさりげないケアに努めている。ご利用者様、一人ひとりのその人らしい姿を大切にし常に誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応に努めている。	居室担当者は常に「あなたの事を見えています」「聞いています」という姿勢で支援し、利用者の人格尊重に努めています。利用者が隠しておきたい物・困っている事などには、そっと聞いたり伝えたりして誇りを損なわないようにしています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	一人ひとりの状態に合わせ、本人が意思決定しやすい言葉かけを行っている。状況に応じて複数の選択肢を提案しご利用者様一人ひとりが意思決定できる場面をつくるよう努めている。		
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。	基本的な一日の流れはあるが、一人ひとりの生活ペースを大切にし、ご利用者様の個に合わせた対応を心がけている。ご利用者様の希望を確認し、相談しながら外出したり等、個別対応に努めている。		
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。	ご利用者様の、個々の生活習慣に合わせて本人の意向に沿ったスタイルを把握して一緒に決めている。化粧や肌の手入れ、ヘアカラー等も個々の希望に合わせて支援している。行事や外出では、おしゃれを楽しんでいただけるよう支援している。		
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。	食事を一日の大切な活動と位置づけ、ご利用者様と一緒に、調理、盛り付け、片付け等を行っている。ご利用者様と相談しながらホットプレートを使用したり、玄関先でバーベキューをしたり食事が楽しみなものになるように努めている。	利用者の食べたい物を日々の話の中で探りチラシを見ながら献立を考えています。月3回、おやつを全員で手作りしています。また、利用者が少しでも調理に参加できるよう包丁は数多く用意しています。医師の指示が無い限りお代わりは自由となっています。	

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。	主治医の指示により一人ひとりの健康管理、その日の体調等を考慮しながらカロリーの過不足や栄養の偏り、水分不足が起こらないよう、一日を通して必要量が摂取できるよう職員全員が意識をしながら支援に努めている。		
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。	ご利用者様の状態に合わせ、毎食後洗面所にて口腔ケアを行っていただく。一人ひとりの力に応じた歯磨きの支援を行っている。義歯使用のご利用者様には、就寝前の口腔ケアで義歯を預かり消毒を行っている。		
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。	トイレでの排泄を可能な限り支援するよう努めている。尿意の無い方も前回の排泄から時間を見計らい誘導を行っている。日中は、可能な限りパンツを使用し、夜間は、睡眠の状態、ご利用者様の意向を確認し紙パンツも使用しながら誘導している。	日中は排泄チェック表や利用者の様子などを基にトイレ誘導の声掛けを行い、オムツに頼らない支援を行っています。夜間帯は利用者の睡眠状態・本人の意思を考慮してパッド交換・定時の声掛けを行っています。退院後にオムツから改善した利用者がいます。	
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。	排泄チェック表を活用し、便秘の状態を把握している。水分補給と食事内容、特に食物繊維の多い食材を使用したメニュー作りを行っている。暮らしの中から身体を動かすことの大切さを常に意識して活動性を高めるよう努めている。		
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。	一人一人の希望に沿って入浴していただいている。毎日入りたい方は毎日、入浴が嫌いな方は、職員の言葉かけや対応の工夫を行い入浴していただけるよう支援している。行事により、菖蒲湯、ゆず湯等楽しんでいただいている。	一人ひとりの入浴希望に沿って支援しているため、一日に全利用者が入浴することもあります。入浴拒否の人に対しては、清潔保持のための確認を行いながら、言葉かけや対応の工夫を行い、好きなように入ってもらえるよう支援をしています。	

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。	日中の活動性を高め、生活リズムを整えるように努めている。夕方からの時間の過ごし方に配慮を行い、夕食後からの一人ひとりの就寝に向けてのリズムが安定するよう居室での過ごし方を工夫す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。	お薬情報のファイルを作成し、職員が内容を把握できるようにしている。個別のお薬ケースで管理を行い、服薬時は手渡しを行うか、口腔内に入れ確実に内服されていることを確認している。処方変更後の、状態変化の観察に努めている。		
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。	一人ひとりの生活歴を把握し、調理や園芸、裁縫等、力を活かした役割を持って生活ができるよう支援している。遠出の外出や、地域のお祭り、町内会主催の敬老会等、ご利用者様と相談しながら行っている。		
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られるように支援している。	一人ひとりの希望に沿って日々の嗜好品の買い物や、お茶を飲みにお店に出かけたりしている。お弁当を持ってお花見に出かけたり、遠出をして苺狩りに行ったり、車いすの方も外出できるよう事前に下見を行い支援に努めている。	週に2～3回近所に食材を買いに出かけたり、量販店で試飲・試食も楽しみながら好みのおやつを買いに出かけています。歩行が困難だったり、車イス使用の利用者にも散歩・外出を促し、桜の花見、苺狩り、外食などを楽しんでもらえるよう努めています。	
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。	ご家族様の協力、理解を得て少額のお金を持っているご利用者様もいる。ご家族様よりお金を預かり、事業所で管理を行っているご利用者様も外出時にご自身で払って頂けるよう職員が付き添い財布を渡す等の支援を行っている。		

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。	ご家族様や、親戚の方の協力、理解を得て電話をかけたり、かけてきていただいたりしている。日々の暮らしの中での言動で思いを把握し、職員からの声掛けを行うとともに、電話しやすい雰囲気づくりに努めています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	ご利用者様が多くの時間を過ごす共用空間はやや狭く感じるが、季節の行事を取り入れた飾りつけを季節ごとに行っている。キッチンも多くのご利用者様が調理に関われるようにし、生活感がある空間になるよう工夫している。	利用者が共用空間でおしゃべりをしたり、チラシを見たり、調理を手伝ったりしながら時間を過ごしています。共用空間の視線から少し外れる位置にソファを設置し、一人の時間をもちたい利用者が過ごせるようになってい	
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。	フロアの一角に死角になるになる場所がありソファとテーブルを置き一人で過ごせたり、気の合ったご利用者様同士でお茶を飲んだり、くつろいだりする空間を作っている。事務所には広いスペースがありお茶を飲みに来られている。		
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。	入居相談時に、使い慣れたものがご利用者様にとって一番安心でき、リロケーションダメージも少しは小さくなるのではないかと説明している。ご家族と相談しながらご利用者様が居心地良く過ごせるよう努めている。	家族・本人の意向で持ち込む物を決めてもらっています。仏壇、ダンスを持ち込む方もいます。毎朝、居室担当者と整理整頓と掃除を行い、室内を清潔に保ち心地よく過ごせるようにしています。利用者のADL（日常生活動作）の変化で居室の変更をすることもあります。	
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。	一人ひとりの身体状況に合わせ、手すりの増設や、浴室の改修等を実施した。ご利用者様のわかる力を活かして生活していただくため、状況に合わせて、環境の整備に努めている。		

(別紙4 (2))

事業所名 グループホーム 秋桜の里

目標達成計画

作成日： 平成 26年 6月 12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	12	重度化や終末期における意思確認書を早期に主治医本人・ご家族と共に作成しているが、時間の経過とともに変化する希望等の再確認が行われていない。	身体状況、病状の悪化により、変化する重度化や終末期における意思確認を行う。	定期的に、主治医、本人・ご家族と身体状況、病状説明を行うことにより、変化する希望、要望の再確認を行う。	3ヶ月
2	18	一人ひとりの希望にそって外出を行っているがADLの状態により安全が危惧される時は外出を見合わせている。	タイムリーに、ご家族等に連絡、相談を行い希望に沿うような外出を行う。	ご家族と密に連絡を行い、協力を得ながら外出を行う。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月