

<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	1492600299
法人名	有限会社健康医学開発センター
事業所名	グループホーム憩
訪問調査日	平成26年1月28日
評価確定日	平成26年3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	1492600299	事業の開始年月日	平成22年12月1日
		指定年月日	平成22年12月1日
法人名	有限会社健康医学開発センター		
事業所名	グループホーム憩		
所在地	(252-0231) 神奈川県相模原市中央区相模原6-25-7		
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
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成25年12月9日	評価結果 市町村受理日	平成26年5月8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)】

外出の機会を確保するため、近隣の商店街では毎日のように利用者と食材を買い、日用品、おむつ等も利用者と一緒にホームセンターや薬局などに買い物に出かけている。床屋、美容院にも職員と一緒に出掛けている。

【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3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成26年1月28日	評価機関 評価決定日	平成26年3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このホームの経営は有限会社 健康医学開発センターで、この会社として座間に有料老人ホーム、綾瀬に高齢者専用住宅とヘルパーステーションそれに、この相模原にグループホームと小規模多機能型居宅介護事業所を展開し、今年の3月に介護付き有料老人ホームを開設の予定です。各々は独立した会社ですが、現在の協力医療機関である相武台メディカルクリニックを中心とした広い意味でのグループがあり、その中にはグループホームや小規模多機能型居宅介護もあり、ノウハウの緩やかな連携も続いています。ここはグループホームと小規模多機能を同じビル内に併設した施設であり、相模原市役所に近い町の中央の商店街の一角にあります。利用者は散歩や買い物にアーケードがある商店街を歩き、楽しんでます。

②この度、管理者の変更がありましたが、介護の方針は変わらず、「自分で出来ることは自分でやってもらう」ことであり、これによりADLの維持が出来ると考え、実施しています。職員には「やりすぎない」ように指導しています。また、運動量を保つ為に商店街を活用し、自分の使用する衛生材料なども自分で買いに行っています。レシートは1枚である必要は無いので、買い物に何回も出かけることを歓迎しています。保育園との交流が出来て、小さい子ども達が遊びに来てくれるようになりました。自治会のふれあいサロン、クリスマスや納涼祭などにはご家族も呼んで盛大に行っています。

③教育の方針は、「自分で動ける職員」の育成であり、自分で気付ける環境を作るよう心がけています。具体的な指示としては、アンケートを書いてもらい、「どう変わったか」「良い点、改善点は」「年間テーマ・取り上げたいテーマ・気になっていること」を書いてもらっています。これらにより、自分を知り、強み・弱点を知り、自分で気付き、自分の目標を決めて研鑽しています。オープニングスタッフには、関連のグループホーム小松原や通所リハ施設などに実践研修に行ってもらい、視野を広げ、ケアの仕方の勉強を積んでもらっています。ホーム内研修では認知症ケアの勉強をして研鑽しています。無資格の人には、3階で勉強会の希望者を集め、半年スパンで計画を立てて研修を実施して行くことにしています。

【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	グループホーム憩
ユニット名	けやき

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	開設前に職員全員でホームの理念、職員の理念を作成した。理念は玄関に掲示し、いつでも確認することができる。	開設前にオープニングスタッフが集り、ホームの理念、職員の理念を作成しており、併せて「職員の誓い」も作成し、「挨拶しよう」「利用者、職員お互いに良いところを見つけよう」などの誓いを決めました。職員が作った自分たちの理念は玄関に掲示し、いつでも確認することが出来るようにしています。職員には欠点を見つけるのではなく、出来る事、可能性のあることを見つけようと云っています。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入し、回覧板を通じて地域の情報を得ることができている。地域の運動会、行事への参加も行っている。西門商店街への買い物は毎日のように行い、利用者の顔を見れば施設を思い出してもらえるようになってきている。	自治会に加入し、回覧板を通じて地域の情報を得て、運動会やサロン（詩吟、フラダンス、歌など）や町内の掃除などに参加することが出来るようになっていきます。ホームがある西門商店街へは買い物を兼ねて毎日のように行き、商店街の人からホームの利用者の顔を覚えてもらい、声をかけて頂いています。ボランティアも踊り、フラダンス、手品ショーの方なども来て頂いています。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	利用者と一緒に買い物に行くことで、認知症高齢者に接する機会を作り出している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議の開催は少ない状態である。	運営推進会議は3ヶ月に1階、年4回実施しています。メンバーは地域包括支援センター、地域代表（大家さん）、ご家族、施設関係者です。自治会、民生委員などは未参加ですが、自治会への加入を機に、参加への相談をしています。テーマは活動報告と、ご家族同士の交流が中心です。	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	介護保険課、中央区福祉事務所と書類は可能な限り窓口まで直接届けることにしている。行政からの相談ケースを受け入れ、その後も連携をとっている。	中央区とは虐待の緊急対応の問題があり協働した経過があり連絡があります。また、区の社事務所(生活保護の関係で)については書類は可能な限り窓口まで直接届けることにし、関係を深める工夫をしています。地域包括支援センターについては、居宅支援との関係でお付き合いがあります。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	早朝、夜間は防犯上施錠しているが、日中居室、リビングの窓はいつでも開け閉めができ、ベランダへの出入りは自由である。エレベーターホールへの扉には鍵はあるが基本的に施錠していない。	身体拘束の認知症の人に於ける弊害については充分話しています。例えば、ベッド柵は最終手段であり、何故降りるのかの原因を探るように話しています。鍵については、早朝、夜間は防犯上施錠していますが、日中、居室、リビングの窓はいつでも開け閉めができ、ベランダへの出入りは自由です。エレベーターホールへの扉には鍵はありますが基本的に施錠していません。	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	虐待防止マニュアルを作成し、常に観覧できる。		
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	研修により成年後見制度について学び、資料は事務所に保管している。必要性を職員間で話し合い、キーパーソンが知人の利用者に対して制度の利用を提案している。		
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	十分に説明し、疑問点がないかを確認し、その上で契約、解約を行っている。		
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	意見箱を玄関に設置している。	利用者の意見については出来ること、出来ないことシートを活用して記録しています。ご家族については、来訪時に活動の様子を説明し、利用者と同じ食事を体験してもらい、日々思っていることをお聞きして運営に反映するようにしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	ミーティングや日常の会話より意見、提案の聞き取りを行っている。	ミーティングや日常の会話より意見、提案の聞き取りを行っています。面接は必要に応じて実施していますが、改まってはせず、日々の中で声をかけています。ミーティングでは、提案してもらい、やってみてもらおうようにしています。アンケートを取り、意見を取りまとめ、ケアは「一人では出来ない」ことを理解を促し、皆で連携して行う事を確認しています。KJ法、BS法などを駆使し、本人の本音を確認し、共有してケアに活かしています。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	勤務状況を把握し、給料に反映している。		
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	日常業務内、ミーティング、必要に応じて外部研修を通じ職員のスキルアップに取り組んでいる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	他グループホームへ見学、研修に行き、他事業所から改善点を得ている。		
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、家族の要望を含め話を聞き、本人との信頼関係が取れ、安心して生活が送れるよう職員全員で取り組んでいる。		

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	ご家族の思いは、ホームの見学、説明時にゆっくり時間をかけて伺うようにしている。		
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	面談後、管理者、主任で協議をし、必要な支援が受けられるように協力医療機関に話し合いをしている。		
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	本人、職員共に家族の一員として話をしている。個々の趣味や経験してきたことの知識を共に行動していけるよう傾聴している。		
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	日常生活を写真や手紙に書いて報告している。利用者、家族と一緒に参加出来る行事も行っている。		
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	思い出の場所にはなかなか出かけることはできていないが、知人には気兼ねなくホームに来て頂いている。	思い出の場所には中々出かけることは出来ませんが、知人には気兼ねなくホームに来て頂いています。商店街に来られた高齢者がホームに立ち寄り、色々相談されて行くこともあります。外食、外出は自由にして頂いています。ある利用者は家族に旅行に連れて行ってもらい、ヨットに乗ったそうです。また、お嫁さんのお父さんとカラオケに行く人もいます。宗教関係のお付き合いがある人もいます。ホームでは、様々な関係継続への支援に努めています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	性格や相性などを考え友達作りを支援している。孤立しがちな方には、職員が入り配慮している。		
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	他施設に入居した方に対して、協力医療機関から診療情報提供書を依頼、家族へ届ける等、支援を行っている。		
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。	日常の会話や様子などで、本人がどのようなことを希望されているかを汲み取るようにしている。	利用者の意見については、日常の会話や様子などで、本人がどのようなことを希望されているかを汲み取るようにし、「出来ること・出来ないことシート」を活用して記録し、反映するように努めています。基本は記録に残して、情報を共有することに置いています。認知症があるので行動から読み取りますが、行動が読める職員が増えてきました。	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	本人や家族から生活歴の情報を得ている。		
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	個人記録、業務日誌の記入等で一人一人の変化を把握している。		

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	本人、家族の希望を聞き、ミーティングや毎日の記録から支援すべき課題を明確にしている。	本人、家族の希望を聞き、毎日の記録や出来ないことシートから支援すべき課題を明確にし、カンファレンスで話し合い、介護計画を作成しています。居室担当者は先ず、「憩だより」の下書きを書いてもらい、それを基にカンファレンスで1ヶ月の様子を話してもらっています。出来るだけ、書く習慣を推進し、訪問看護や往診の先生からの報告も作成するように指導しています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日の記録やミーティングでの意見を基に計画を見直している。		
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	協力医療機関とは毎日連絡を取り、必要に応じて受診の付き添いなど、出来る範囲でその時のニーズに対応している。		
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	ボランティアの受け入れや、地域の清掃等に参加している。		
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	協力医療機関の往診。必要に応じて通院支援を行っている。	協力医療機関（相武台メディカルクリニック）の往診、必要に応じて通院支援を行っています。内科の往診は月2回、協力医療機関の看護師と契約し、毎週来ています。訪問歯科も毎週来ています。往診医は関連施設であるので、利用者の状況を毎日連絡しています。他の専門病院へご家族と通院することもあります。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師へ心身の状態を報告し、情報の共有化を行い、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。	入院時には家族と連絡を取り、可能であれば、医師との病状説明にも同行させて頂いています。医療連携室の相談員とも連絡を取っています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に終末期のケア方針について説明を行っている。終末期の対応は家族、協力医療機関の医師、看護師、ホームの職員により今後の方針を共有し対応している。	契約時に利用者、ご家族に終末期のケア方針について説明を行っています。終末期には検査結果にて、ご家族の意向を伺いながら往診医に相談し、その後、対応を家族、協力医療機関の医師、看護師、ホームの職員の三者で検討を図り、今後の方針を共有して対応するようにしています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	ミーティングや勉強会にて緊急対応マニュアルの勉強をしている。		
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	マニュアルを作成し、訓練を行っている。地域の方との協力体制構築は今後の課題である。	ホームのビルは鉄筋であり、スプリンクラーも設置されています。マニュアルを作成し、4月と10月に定期的に所内の避難訓練、通報訓練を実施しています。地域の方との協力体制構築は今後の課題です。備蓄は水、食料品等を備えています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人一人の性格や状況に応じて声掛けを行っている。	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について、個々の性格や状況に応じて配慮した声掛けを行い、対応に努めています。	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	傾聴、表情から希望を汲み取り、自己決定できるよう努めている。		
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	大まかな日課はあるが、本人のペースに合わせた暮らしを支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人に服を選んでもらったり、乳液、化粧水など一緒に買いに行っている。美容院、床屋にも職員と一緒に通っている。		
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	下膳、食器洗い、食器拭き等出来る方には手伝って頂いている。時には出前や外食を取り入れ、楽しんで食事を摂取できるよう支援している。	利用者の希望を聞き、自前のメニューで、利用者と一緒に買い物に行って食事を提供しています。食べたいものがあると急遽変更することもあります。ホームは商店街に位置しているので、釜飯、とんでん、ピザなどからの出前も手配ができます。食事での下膳、食器洗い、食器拭き等は出来る方には手伝って頂き、楽しんで食事ができるよう支援しています。時折、マクドナルドに行く等、楽しんでます。外食も月2～3回は行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々に応じた食事、水分量を準備し、摂取量を記録している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	起床時、毎食後声掛けにより歯磨きをしている。義歯は夜間洗浄している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握できるよう努めている。職員間の情報の共有化にて日々の変化に対応している。	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握できるよう努めています。職員間の情報の共有化にて日々の変化に対応し、職員へは基本は自立支援ですが、トイレでの排泄を行なうサポートをする等、支援の仕方も指導しています。便秘については、水分票・排泄表を作り、水分1500ccを目安に水分補給に留意しています。また、先生と相談して薬を服用することもあります。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	個人記録に排便状況を記入し、水分や内服薬の調整を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	個々の意向に考慮して入浴できるようにしている。入浴時間は午前、午後特に決めていない。	個々の意向に考慮して入浴できるようにし、入浴時間は特段決めず、柔軟に対応し、週2回以上の入浴を心がけています。2Fにはリフト浴もあるので重度化にも対応可能です。入浴拒否の人については、入浴習慣を聞き、夜に入浴を誘ってみると入浴されたケースもあります。その為に遅番の時間をずらして対応する等、工夫して支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日中は本人の希望や状態でベッドやソファで休んでもらっている。夜間は記録にて個々の睡眠状況を把握している。		
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	個々の処方箋は職員がいつでも確認できるようになっている。服薬に変更があったときは、申し送りにて情報を共有している。		
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	趣味や好きなことを理解して、その方に合った事を行って頂いている。		
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	個人の希望や意見を聞き、出来る限りの範囲で外出ができるよう支援している。	個人の希望や意見を聞き、出来る限りの範囲で外出ができるよう支援に努め、天気が良ければ散歩兼買い物に出て、リハパンを買いに出かけています。また、車での買い物にも利用者と一緒にしています。ベランダにプランターを置き、小松菜、ブロッコリー、かぶなどを利用者と一緒に生育を楽しみ、土、肥料や、自分のプランターの買い物では、利用者が選び、意欲につなげています。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	家族の承諾のもとで自己管理している方もいる。自己管理ができない方も、買い物にはなるべく一緒に出掛け、自分で買い物ができるよう支援している。		

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	希望する方には電話や手紙でコミュニケーションが取れるよう支援している。		
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	季節に合った花屋掲示物を飾っている。リビングにはソファを設置し、皆でくつろげるようにしている。温度、湿度の確認を行い、エアコンや加湿器で調整している。	リビングは、季節に合った花や掲示物を飾り、ソファを設置し、皆が寛げる空間作りをしています。温度、湿度の確認を行い、エアコンや加湿器で調整して快適に保っています。第2の家庭であるので、家庭の環境を意識し、掲示等は最小限に止め、掲示はエレベーターホールなどを利用するようにしています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングにソファがあり、好きな時間にゆったりと過ごすことができる。		
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	入居前に本人の使い慣れたものを持参して頂けるよう、ご家族様にお話ししている。	居室の備え付けはベッドと箆箆が設備され、入居前に本人の使い慣れたものを持参して頂き、本人が居心地良く過ごせるように配慮しています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	個々の基本動作を把握し、エレベーターや階段を利用したり、自分の居室がわからない方には、目印を付ける等支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム憩

作成日

平成26年3月5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	1	営業理念に対する認識、意識が薄い。	各職員が事業所理念を理解・把握し実践出来る。	現在、玄関に掲示し理解を仰いでいるが会議などの場で、口頭にて確認・徹底を行っていく。	1年
2	10	意見箱を玄関に設置しているが、意見等が入る事が少なくなっている。	各家族様が要望を出しやすい環境作り。	家族様来所時、現場スタッフが家族とのコミュニケーションを密に取る。運営推進会議の参加率向上。	1年

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	グループホーム憩
ユニット名	ひのき

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	開設前に職員全員でホームの理念、職員の理念を作成した。理念は玄関に掲示し、いつでも確認することができる。		
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、回覧板を通じて地域の情報を得ることができている。地域の運動会、行事への参加も行っている。西門商店街への買い物は毎日のように行い、利用者の顔を見れば施設を思い出してもらえるようになってきている。		
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	利用者と一緒に買い物に行くことで、認知症高齢者に接する機会を作り出している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議の開催は少ない状態である。		
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	介護保険課、中央区福祉事務所と書類は可能な限り窓口まで直接届けることにしている。行政からの相談ケースを受け入れ、その後も連携をとっている。		

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
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	早朝、夜間は防犯上施錠しているが、日中居室、リビングの窓はいつでも開け閉めができ、ベランダへの出入りは自由である。エレベーターホールへの扉には鍵はあるが基本的に施錠していない。		
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	虐待防止マニュアルを作成し、常に観覧できる。		
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	研修により成年後見制度について学び、資料は事務所に保管している。必要性を職員間で話し合い、キーパーソンが知人の利用者に対して制度の利用を提案している。		
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	十分に説明し、疑問点がないかを確認し、その上で契約、解約を行っている。		
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	意見箱を玄関に設置している。		

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	ミーティングや日常の会話より意見、提案の聞き取りを行っている。		
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	勤務状況を把握し、給料に反映している。		
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	日常業務内、ミーティング、必要に応じて外部研修を通じ職員のスキルアップに取り組んでいる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	他グループホームへ見学、研修に行き、他事業所から改善点を得ている。		
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、家族の要望を含め話を聞き、本人との信頼関係が取れ、安心して生活が送れるよう職員全員で取り組んでいる。		

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	ご家族の思いは、ホームの見学、説明時にゆっくり時間をかけて伺うようにしている。		
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	面談後、管理者、主任で協議をし、必要な支援が受けられるように協力医療機関に話し合いをしている。		
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	本人、職員共に家族の一員として話をしている。個々の趣味や経験してきたことの知識を共に行動していけるよう傾聴している。		
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	日常生活を写真や手紙に書いて報告している。利用者、家族と一緒に参加出来る行事も行っている。		
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	思い出の場所にはなかなか出かけることはできていないが、知人には気兼ねなくホームに来て頂いている。		

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
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	性格や相性などを考え友達作りを支援している。孤立しがちな方には、職員が入り配慮している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	他施設に入居した方に対して、協力医療機関から診療情報提供書を依頼、家族へ届ける等、支援を行っている。		
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。	日常の会話や様子などで、本人がどのようなことを希望されているかを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	本人や家族から生活歴の情報を得ている。		
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	個人記録、業務日誌の記入等で一人一人の変化を把握している。		

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	本人、家族の希望を聞き、ミーティングや毎日の記録から支援すべき課題を明確にしている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日の記録やミーティングでの意見を基に計画を見直している。		
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	協力医療機関とは毎日連絡を取り、必要に応じて受診の付き添いなど、出来る範囲でその時のニーズに対応している。		
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	ボランティアの受け入れや、地域の清掃等に参加している。		
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	協力医療機関の往診。必要に応じて通院支援を行っている。		

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
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	看護師へ心身の状態を報告し、情報の共有化を行い、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。	入院時には家族と連絡を取り、可能であれば、医師との病状説明にも同行させて頂いています。医療連携室の相談員とも連絡を取っています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に終末期のケア方針について説明を行っている。終末期の対応は家族、協力医療機関の医師、看護師、ホームの職員により今後の方針を共有し対応している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	ミーティングや勉強会にて緊急対応マニュアルの勉強をしている。		
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	マニュアルを作成し、訓練を行っている。地域の方との協力体制構築は今後の課題である。		

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	一人一人の性格や状況に応じて声掛けを行っている。		
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	傾聴、表情から希望を汲み取り、自己決定できるよう努めている。		
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	大まかな日課はあるが、本人のペースに合わせた暮らしを支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人に服を選んでもらったり、乳液、化粧水など一緒に買いに行っている。美容院、床屋にも職員と一緒に通っている。		
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	下膳、食器洗い、食器拭き等出来る方には手伝って頂いている。時には出前や外食を取り入れ、楽しんで食事を摂取できるよう支援している。		

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
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	個々に応じた食事、水分量を準備し、摂取量を記録している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	起床時、毎食後声掛けにより歯磨きをしている。義歯は夜間洗浄している。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握できるよう努めている。職員間の情報の共有化にて日々の変化に対応している。		
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	個人記録に排便状況を記入し、水分や内服薬の調整を行っている。		
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	個々の意向に考慮して入浴できるようにしている。入浴時間は午前、午後特に決めていない。		

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
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	日中は本人の希望や状態でベッドやソファで休んでもらっている。夜間は記録にて個々の睡眠状況を把握している。		
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	個々の処方箋は職員がいつでも確認できるようになっている。服薬に変更があったときは、申し送りにて情報を共有している。		
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	趣味や好きなことを理解して、その方に合った事を行って頂いている。		
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	個人の希望や意見を聞き、出来る限りの範囲で外出ができるよう支援している。		
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	家族の承諾のもとで自己管理している方もいる。自己管理ができない方も、買い物にはなるべく一緒に出掛け、自分で買い物ができるよう支援している。		

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	希望する方には電話や手紙でコミュニケーションが取れるよう支援している。		
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	季節に合った花屋掲示物を飾っている。リビングにはソファを設置し、皆でくつろげるようにしている。温度、湿度の確認を行い、エアコンや加湿器で調整している。		
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	リビングにソファがあり、好きな時間にゆったりと過ごすことができる。		
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	入居前に本人の使い慣れたものを持参して頂けるよう、ご家族様にお話ししている。		
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、エレベーターや階段を利用したり、自分の居室がわからない方には、目印を付ける等支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム憩

作成日

平成26年3月5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	1	営業理念に対する認識、意識が薄い。	各職員が事業所理念を理解・把握し実践出来る。	現在、玄関に掲示し理解を仰いでいるが会議などの場で、口頭にて確認・徹底を行っていく。	1年
2	10	意見箱を玄関に設置しているが、意見等が入る事が少なくなっている。	各家族様が要望を出しやすい環境作り。	家族様来所時、現場スタッフが家族とのコミュニケーションを密に取る。運営推進会議の参加率向上。	1年

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。