

<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

	項目数
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	1494300054
法人名	有限会社 和らぎ
事業所名	グループホーム 和らぎ
訪問調査日	平成26年2月10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。

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	1494300054	事業の開始年月日	平成23年3月1日	
		指定年月日	平成23年3月1日	
法人名	有限会社 和らぎ			
事業所名	グループホーム 和らぎ			
所在地	(250-0112) 神奈川県南足柄市和田河原475-1			
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26日	評価結果 市町村受理日	平成26年7月16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)】

事業所として資格取得支援制度を設け、従業員に積極的に資格取得を支援しており、特に実務教育、取得教育の実費については50%以上の支援を行っている。また、定期的に外部教師を招聘し、社内研修を行っている。

【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 SYビル2F		
訪問調査日	平成26年2月10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)】

事業所は、有限会社 和らぎ 経営のグループホームです。代表者は「南足柄市の福祉を良くしたい」との思いで、平成18年にデイサービス事業を立ち上げ、平成23年3月にグループホーム和らぎを開設致しました。更に同市内に有料老人ホーム建設を予定しています。法人の理念「和気あいあいでもう一つの我が家を提供します」は利用者のことを第一に考える代表者の思いが建物内部の至るところに表れています。

- 地理的には、大雄山線和田河原下車徒歩8分程度、直ぐ近くには洞川が流れ利用者の散歩コースとなっている住宅街の中に位置しています。
- 法人の理念を受けて管理者は、全職員に、サービスの提供に当たっては親切・丁寧を旨とし利用者又はその代理人(ご家族)に対し、サービスの提供方法について、理解しやすい説明を行うようにと伝える事を心掛けています。
- 職員の教育にも力を入れ、積極的に研修を受け入れ参加を促しています。また、職員の面談を年2回実施し、それぞれに目標を話し合いながら決めています。目標を持つ事で日々の業務に意欲的に立ち向かう事ができるのではと指導に努めています。
- AEDを備えた事業所は、地域の一員として地域の行事・避難訓練を通して、また、事業所の行事等により一層の繋がりを深めたいと取り組んでいます
- 運営推進会議は、2ヶ月毎に実施しています。委員からの提言等サービスに活かされる事も多く、事業所でも地域への還元(AEDの利用)等を話し、お互いの協力体制のあり方を話し合っています。
- 介護計画は、目標を、短期(3ヶ月)長期(6~12ヶ月)見直しを3ヶ月とし、変化が生じた場合はその都度見直しが行われています。その際は、ご家族・医師・看護師の意見も参考にしながら作成されています。

【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	グループホーム和らぎ
ユニット名	1 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	事業所理念揭示、入社時オリエンテーションで説明を行う。	[和気藹藹で もう一つの我が家を提供します] この法人の理念を其の俣受けた職員は、入職時に説明を受け「南足柄市の福祉を良くしたい」との代表の言葉に報いようと日々の介護に励んでいます。理念は、職員の目につく事務室に掲示されています。	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	散歩に出た際は近所の方と挨拶を交わし交流 地域の小学生ふれあい学習を積極的に受入れ、近所に畑を借りて野菜などを作る。町内の避難訓練に参加。	地域との付き合いは、散歩の際の挨拶にはじまり、野菜畑での地域の方々との交流、回覧板を職員と一緒に届ける等地域の一員として日常的に交流は行われています。地元の小学生との「ふれあい学習」、ボランティア（ハーモニカ・歌）の受け入れ等は利用者の楽しみにもなっています。	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	地域小学生を対象としたふれあい学習の受入れ。南足柄市家族介護教室参加。			
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	各フロアリーダーには、運営推進会議議事録を配布。	運営推進会議は、2ヶ月に1回、必ず実施しています。メンバーは市高齢福祉担当職員・包括支援センター職員・自治会会長・組長・民生委員・ご家族・事業所関係者で構成されています。開催に当っては、事業所の報告、質疑応答が行われています。管理者は、AEDの利用を奨めると共に災害の際の地域の方々のご協力をお願いしています。	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	必要時には相談する程度。積極的な連携連携はできていない。	市の相談員が月1回訪れ、利用者との接点があり、日々の介護に役立っています。地域包括支援センターでは入居者相談等で連携があり、同市内のグループホーム（3箇所）と持ち回りで話し合い・研修を行っています。又、小田原市のグループホーム連絡協議会からお誘いを受け、管理者は研修等へ参加し日頃の業務に役立っています。	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
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	入居者が活動している時間帯は玄関の施錠せず。スタッフには入職オリエンテーション時に説明を行い、文章を配布。	管理者は、身体拘束をしないケアについての実践を入職時に詳しく説明しています。万が一、禁止の対象となる行為を目にした場合は、随時、その場で注意をするように心掛けています。玄関は夜間防犯上施錠をしていますが、日中は解放しています。	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	入職オリエンテーション時に説明を行い、文章を配布。		
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	成年後見に関するセミナーに参加、地域権利擁護ネットワークの会合に参加。		
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	見学时より契約書提示し、説明を行う。		
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	家族面談を実施。運営推進会議にも参加依頼。	ご家族の意見等は、運営推進会議又は来訪時に出来る限り情報提供を行い、ご意見を伺う様にしています。来訪のない方には利用者ご自身の日常生活・健康面・食事面等を連絡するようにしています。各利用者の意見・要望等は職員が直接聴く事が多く、日々のケアに活かされています。意見箱（連絡箱）も設置されています。11月、12月には代表者とご家族との面談を行いました。	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	年に2回面接を行っている。 幹部会議実施。	職員との面談は、年2回行われています。職員は半期毎に管理者と話し合いながら目標を決めています。面談の際、意見・要望・提案等を聴く良い機会と捉え、それらを日々の業務に反映させています。	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	介護福祉士資格取得支援。		
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	研修参加の奨励と参加費の事業主負担、正規職員労働者育成支援事業受入れ。		
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	情報交換会などに参加。権利擁護ネットワーク参加。		
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	入居者より要望があればケース記録に記載し、フロアリーダーに報告して情報を共有対応できている		

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	ご家族より要望があればケース記録に記載し、フロアリーダーに報告して情報を共有対応に努めている		
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	事前調査時にご家族から話を伺う。関連機関の職員より聴取。		
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	日曜日は入浴予備日としており、原則的に入浴はなしのため、ゆっくりと一緒に過ごせる日になっている。本人の意思を確認し無理強いしない。できないことは、さりげなく手助けし、一緒におこなう		
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	家族面談を行い、要望や質問などに答えるとともに、懇談の場とした。		
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	行えていない。	時折、友人が訪れる事があり事業所では、ご希望の場所（居室・リビング）へ案内し、お茶の接待をしています。定期的にご家族と外出される利用者もおり、馴染みの人や場所との関係継続の支援を行っています。	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	
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	入居者同士会話している時は見守り、必要に応じて他の入居者の発言を本人に分かり易い言葉で伝えなおす。 体操・レクを行いながら、楽しくおしゃべりをし、コミュニケーションを図る時間を作っている。			
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	当施設での様子についてなどについて移動先の施設からの問い合わせなどには対応。積極的には行っていない。			
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。	会話や行動、仕草から感じ取られたことはケース入力し、周知に努めている。 ご家族から生活歴などを聞き、相談・検討している。	利用者の思いや、暮らし方の希望等は、入居時にご家族から聴き取りケース記録に明記してありますが、その後は意向の把握に努めその都度記録に残しています。あまり話をしない方には、職員は、積極的に話しかける様にしています。管理人は、出勤すると先ず1F、2Fの皆さん一人ひとりに会いに行っています。2Fに行く際は、階段が非常口にもなっているため点検を兼ねて必ず階段を利用しています。		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	個別ファイルにて情報収集本人、ご家族より伺った情報はケース記録に記載し、職員間で共有。入居前施設及び病院等の職員に聞き取り。			
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日中有意義に過ごせるよう、日々の体操レクと楽しんでいただけるよう思考し、少しずつ変化をもたせて提供。 食器洗浄、洗濯干したたみ等、出来ることは手伝っていただく。 不安や不満は都度傾聴し対応体調変化時は様子を2時間ごとに記録。			

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	計画作成担当者に任せてしまっている部分が多いが、管理者も参加。	介護計画は、規定の書式に従い、アセスメント・モニタリングを基にカンファレンスを経た上で、本人・ご家族の意向を聴き、訪問看護師の意見も参考にしながら短期を3ヶ月、長期を6ヶ月～1年、見直しを3ヶ月と目標を設定して作成しています。変化が生じた場合はその都度見直しが行われています。	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	個別記入は行えている、介護計画には効果的に反映されるよう努力。			
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	出来る限り取り組めるよう、勤務体制（人員確保）を整えていく。 ニーズを取り上げて検討			
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	ボランティアの導入（レク）や介護相談員受入れ			
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、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	週2回の協力医の往診、かかりつけ医へのご家族対応での受診。 週1回の歯科訪問、医療連携加算による訪問看護、必要に応じての受診、通院にて支援職員は、各入居者のかかりつけ医を把握し、受診必要時には、適切な診療が受けられるよう情報を提供。	ご家族、利用者の意向で医療機関を選択頂いていますが、現在は、殆どの方が訪問のかかりつけ医を受診しています。協力医の受診は月2回、訪問看護師は週1回、歯科医の訪問は週1回、他に必要に応じての通院等適切な医療を受けられるよう支援しています。	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
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	日々の様子を報告し、指示を仰ぐ。 日頃より状態変化等のシグナルを見逃さないよう目を向け、気づく目を持つよう努力する。 伝達漏れあった時にはTELにて確認必要時には、訪看から直接かかりつけ医と情報交換をしていただく		
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。	管理者が協力病院へ出向き利用者と面会、MSW、医師等と相談。		
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	調整中であることをご家族にも説明。	入居時に、重度化・終末期に向けた対応方法（出来る事、出来ない事）を説明しています。現在、看取り希望のご家族が居り、事業所では医師と相談の上、指針を作り支援する方向に取り組んでいます。	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	研修は行ったが、定期的にはできていない。		
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	訓練に関して地域との協力体制は築けていないが、運営推進会議時に呼びかけを行う。	消防署の指導の下、年2回の避難訓練を実施しています。他に自治会主催の訓練にも参加しています。その際、地域の方々に事業所の訓練にも参加して下さるようお願いしています。避難経路・職員の緊急連絡網も作成され事務室に掲示されています。備蓄品は、飲料水・食料品等3日分以上を確保し非常時に備えています。また、ヘルメット・懐中電灯（数本）も用意されています。	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	耳が遠かったりする場合は誤解が生じないように、筆記にて伝える。 トイレの声掛けや排泄後の排便確認等、まわりの方に聞こえてしまっていることあり。	事業所では、プライバシーの保護及び個人情報の守秘義務を大切に、一人ひとりに合わせた声掛けで対応しています。管理者は、入職時に一人ひとりに詳しく説明する事を心掛け、不適切な場面があれば、その都度指摘し正しい対応に修正しています。	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	体操後のレク等、何をやりたいのか伺いながら行っている。 散歩コースを決めていただいている。話がし易いよう、何か作業をしながら、たわいのない会話をしながらお聞きする。	/		/
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	強要せず本人の意思を優先できるよう心掛けている。 集団生活において、待っていただいたりと希望通りにいかないこともあり。			
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	洋服選びはご本人にしている。 組合せ、季節感が合わないときはさりげなく声掛けを行う			
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	無理強いせず楽しんでお手伝いして頂けるような声掛けをし、職員と一緒にいる。	食材は、現在月・水・金曜日に食材会社から配送され、3食職員の手づくりの食事です。調理担当者は利用者一人ひとりに合う形状で出せるよう工夫しています。時には、おはぎ・ポップコーンのおやつを職員と利用者が協力し一緒に作る等楽しみながらお手伝いしています。時折、近隣の方、ご家族からの野菜の差し入れがあり、食卓を賑わしています。行事食（お正月・節分・ひな祭り・節句・クリスマス）には特別食、（誕生日にはケーキ（ホール）お好きな飲み物）が用意されます。外食（回転寿司・ファミレス）も楽しみとなっています。	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	水分摂取量等に注意し、不足気味であれば適宜声掛けを行う。一人一人の摂取量を把握し、状態や食べられる量を考慮し食事量を決め提供		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後口腔ケア実施。 月1回歯科医による口腔ケア		
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	排泄チェック表をつけ、パターンや習慣を把握し、トイレでの排泄ができるよう誘導	自立に向けた排泄の工夫は、個々の排泄パターン記録を基に定時に限らず各利用者の行動状況に合わせて、トイレ誘導を行っています。夜間も声掛け誘導を心掛けています。オムツの方でも声掛け誘導でトイレでの排泄が可能になっています。	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	便秘気味の方には寒天ゼリーを提供し、排便を促す。朝食後は排便を促す声掛けを行う。		
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	通院や面会等の予定を考慮し、入浴日を決定	入浴日は、基本的に週2回以上となっていますが、入りたい希望の方は身体状況に合わせて随時叶う様になっています。特浴（機械浴）設備も完備しています。広いスペースの為、冬場は暖房設備も設置しています。季節毎に柚子湯・菖蒲湯等で楽しめるように支援しています。	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	昼食後は午後も活発に過ごせるよう、1時間以内の休憩時間を設ける。 夜間の安眠確保のために日中は、活気ある生活を送れるよう支援。		
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	リーダーを中心に理解は進んでいるが、新人職員は把握できていない。		
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	裁縫が好きな方には、雑巾縫いや綻び繕いをしていただいている。 嗜好品の買い物を楽しみながら散歩に出掛けている。		
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	天候不順でない限り、散歩を希望されるため、出かけている。 外泊希望された際、ご家族の対応にて自宅へ	散歩を希望される方が多く、天候が良ければ戸外には日常的に外出しています。すぐ側を流れる洞川沿いが主な散歩コースとなっています。時には、ドライブで曾我の梅林・フラワーセンター・開成のあじさいを見に行く事が楽しみとなっています。ご家族対応の買い物・通院・外泊等も支援しています。回覧板を廻す際は、必ず職員と一緒に歩くように心掛けています。	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	基本的には日常生活に必要な現金は、ご本人に持たせていただかずにお預かりしている。ご本人から希望があればお渡ししている。		

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	ご本人から依頼があれば、職員が電話番号を押し、ご本人に受話器を渡す。宛名書きの代筆や投函の支援。ご家族あての年賀状の作成。		
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	車いす使用者が増えたので、入居者様同士の接触事故を防ぐため、家具の配置を工夫。季節ごとの壁絵を入居者と作成。	車椅子利用者同士の接触事故防止の為、設計の段階から廊下のスペースを広く取っており、イベント等も開ける程の状態となっています。リビングも明るく嫌な臭気もなく、換気が良くされています。壁面には季節毎の行事の写真が貼られ、ご家族から頂いた植木鉢の花が利用者の目を楽しませています。	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	一人一人のテーブル席を用意しており、ソファ席はどなたでも座っていただける。		
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	入居時は自宅で使い慣れた家具を持ってきていただくようお願いしている。	居室には、備え付けのエアコン・クローゼット・照明器具が備え付けとなっています。家具類は使い慣れた馴染みの物を持参し、ご家族と共に配置し、居心地良く過ごせるように工夫しています。持ち込み家具は、テーブル・椅子・鏡台・仏壇の他に人形・ご家族の写真等で居室をご自分の好みの住まいとしてしています。ベッドはほとんどの方がレンタルを利用しています。	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	基本的にフロア内の移動は自由。使用トイレを固定化することで、場所を覚え易く。できる方には、廊下清掃等もお手伝いいただく。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム和らぎ

作成日

平成26年2月10日

〔目標達成計画〕

優 先 順 位	項 目 番 号	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取り組み内容	目標達成に 要する期間
1	6	火災避難訓練等において、地域との連携が築けていない。	地域との連携を築く	協力お願いの呼びかけや自治会行事への参加。	12か月
2	12	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	地域医療関係者とのスムーズな連携	密に連絡を取り合い、医療情報の共有を図る	12か月
3		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	応急手当や初期対応の訓練を定期的に行う	訓練を行う	12か月

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	グループホーム和らぎ
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	事業所理念揭示、入社時オリエンテーションで説明を行う。		
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	散歩に出た際は近所の方と挨拶を交わし交流地域の小学生ふれあい学習を積極的に受入れ、近所に畑を借りて野菜などを作る。町内の避難訓練に参加。		
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	地域小学生を対象としたふれあい学習の受入れ。南足柄市家族介護教室参加。		
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	各フロアリーダーには、運営推進会議議事録を配布。		
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	必要時には相談する程度。積極的な連携連携はできていない。		

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
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	入居者が活動している時間帯は玄関の施錠せず。スタッフには入職オリエンテーション時に説明を行い、文章を配布。		
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	入職オリエンテーション時に説明を行い、文章を配布。		
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	成年後見に関するセミナーに参加、地域権利擁護ネットワークの会合に参加。		
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	見学時より契約書提示し、説明を行う。		
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	家族面談を実施。運営推進会議にも参加依頼。		

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	年に2回面接を行っている。 幹部会議実施。		
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	介護福祉士資格取得支援。		
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	研修参加の奨励と参加費の事業主負担、正規職員労働者育成支援事業受入れ。		
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	情報交換会などに参加。権利擁護ネットワーク参加。		
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	入居者より要望があればケース記録に記載し、フロアリーダーに報告して情報を共有対応できている		

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	ご家族より要望があればケース記録に記載し、フロアリーダーに報告して情報を共有 対応に努めている		
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	事前調査時にご家族から話を伺う。関連機関の職員より聴取。		
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	日曜日は入浴予備日としており、原則的に入浴はなしのため、ゆっくりと一緒に過ごせる日になっている。本人の意思を確認し無理強いしない。できないことは、さりげなく手助けし、一緒におこなう		
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	家族面談を行い、要望や質問などに答えるとともに、懇談の場とした。		
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	行っていない。		

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	入居者同士会話している時は見守り、必要に応じて他の入居者の発言を本人に分かり易い言葉で伝えなおす。体操・レクを行いながら、楽しくおしゃべりをし、コミュニケーションを図る時間を作っている。		
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	当施設での様子についてなどについて移動先の施設からの問い合わせなどには対応。積極的には行っていない。		
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。	会話や行動、仕草から感じ取られたことはケース入力し、周知に努めている。ご家族から生活歴などを聞き、相談・検討している。		
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	個別ファイルにて情報収集本人、ご家族より伺った情報はケース記録に記載し、職員間で共有。入居前施設及び病院等の職員に聞き取り。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	日中有意義に過ごせるよう、日々の体操レクと楽しんでいただけるよう思考し、少しずつ変化をもたせて提供。食器洗浄、洗濯干したたみ等、出来ることは手伝っていただく。不安や不満は都度傾聴し対応体調変化時は様子を2時間ごとに記録		

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	計画作成担当者に任せてしまっている部分が多いが、管理者も参加。		
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	個別記入は行えている、介護計画には効果的に反映されるよう努力。		
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、その時々にも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	出来る限り取り組めるよう、勤務体制（人員確保）を整えていく。 ニーズを取り上げて検討		
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	ボランティアの導入（レク）や介護相談員受入れ		
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	週2回の協力医の往診、かかりつけ医へのご家族対応での受診。週1回の歯科訪問、医療連携加算による訪問看護、必要に応じての受診、通院にて支援職員は、各入居者のかかりつけ医を把握し、受診必要時には、適切な診療が受けられるよう情報を提供。		

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	日々の様子を報告し、指示を仰ぐ。 日頃より状態変化等のシグナルを見逃さないよう目を向け、気づく目を持つよう努力する。 伝達漏れあった時にはTELにて確認 必要時には、訪看から直接かかりつけ医と情報交換をしていただく。		
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。	管理者が協力病院へ出向き利用者と面会、MSW、医師等と相談。		
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	調整中であることをご家族にも説明。		
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	研修は行ったが、定期的にはできていない。		
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	訓練に関して地域との協力体制は築けていないが、運営推進会議時に呼びかけを行う。		

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	耳が遠かったりする場合は誤解が生じないように、筆記にて伝える。 トイレの声掛けや排泄後の排便確認等、まわりの方に聞こえてしまっていることあり。		
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	体操後のレク等、何をやりたいのか伺いながら行っている。 散歩コースを決めていただいている。話がし易いよう、何か作業をしながら、たわいのない会話をしながらお聞きする。		
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	強要せず本人の意思を優先できるよう心掛けている。 集団生活において、待っていただいたりと希望通りにいかないこともあり。		
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	洋服選びはご本人にしている。 組合せ、季節感が合わないときはさりげなく声掛けを行う		
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	無理強いせず楽しんでお手伝いして頂けるような声掛けをし、職員と一緒にいる。		

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	水分摂取量等に注意し、不足気味であれば適宜声掛けを行う。 一人一人の摂取量を把握し、状態や食べられる量を考慮し食事量を決め提供		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後口腔ケア実施。 月1回歯科医による口腔ケア		
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	排泄チェック表をつけ、パターンや習慣を把握し、トイレでの排泄ができるよう誘導		
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	便秘気味の方には寒天ゼリーを提供し、排便を促す。 朝食後は排便を促す声掛けを行う。		
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	通院や面会等の予定を考慮し、入浴日を決定		

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	昼食後は午後も活発に過ごせるよう、1時間以内の休憩時間を設ける。 夜間の安眠確保のために日中は、活気ある生活を送れるよう支援。		
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	リーダーを中心に理解は進んでいるが、新人職員は把握できていない。		
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	裁縫が好きな方には、雑巾縫いや綻び繕いをしていただいている。 嗜好品の買い物をしながら散歩に出掛けている。		
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	天候不順でない限り、散歩を希望されるため、出かけている。 外泊希望された際、ご家族の対応にて自宅へ		
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	基本的には日常生活に必要な現金は、ご本人に持っただかずにお預かりしている。 ご本人から希望があればお渡ししている。		

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	ご本人から依頼があれば、職員が電話番号を押し、ご本人に受話器を渡す。宛名書きの代筆や投函の支援。ご家族あての年賀状の作成。		
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	車いす使用者が増えたので、入居者様同士の接触事故を防ぐため、家具の配置を工夫。季節ごとの壁絵を入居者と作成。		
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	一人一人のテーブル席を用意しており、ソファ席はどなたでも座っていただける。		
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	入居時は自宅で使い慣れた家具を持ってきていただくようお願いしている。		
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	基本的にフロア内の移動は自由。使用トイレを固定化することで、場所を覚え易く。できる方には、廊下清掃等もお手伝いいただく。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム和らぎ

作成日

平成26年2月10日

〔目標達成計画〕

優 先 順 位	項 目 番 号	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取り組み内容	目標達成に 要する期間
1	6	火災避難訓練等において、地域との連携が築けていない。	地域との連携を築く	協力お願いの呼びかけや自治会行事への参加。	12か月
2	12	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	地域医療関係者とのスムーズな連携	密に連絡を取り合い、医療情報の共有を図る	12か月
3		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	応急手当や初期対応の訓練を定期的に行う	訓練を行う	12か月
4					

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。