

<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 | 1495400143         |
| 法人名   | 医療法人社団 平平會         |
| 事業所名  | グループホームふあいと稲田堤     |
| 訪問調査日 | 2014年12月12日        |
| 評価確定日 | 2015年3月20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 26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         | 1495400143   | 事業の開始年月日       | 平成22年7月1日  |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成22年7月1日  |  |
| 法人名           | 医療法人社団 平平會   |                |            |  |
| 事業所名          | グループホームふあいと稲田堤   |                |            |  |
| 所在地           | ( 214-0008 )<br>神奈川県川崎市多摩区菅北浦3-2-31  |                |            |  |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><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26年11月27日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成27年3月26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 | <a href="http://www.hakujukai.co.jp/group/finadadutumi.html">http://www.hakujukai.co.jp/group/finadadutumi.html</a> |
|----------|---|

【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)】

月に1度は散歩以外に皆に日帰り外出の機会を設け、少しでも解放感を持たせたい。また、頻度は少なくとも入居者一人ひとりのこだわり可能な限り応えられる企画も作り、入居者個人の励みとなるよう努めている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                  |               |            |
|-------|----------------------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION               |               |            |
| 所在地   | 〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8SYビル2F |               |            |
| 訪問調査日 | 平成26年12月12日                      | 評価機関<br>評価決定日 | 平成27年3月20日 |

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

①このホームは、医療法人社団平平會の経営です。同グループは、有料老人ホームを平成15年に開設以来、横浜市を中心にグループホームを開設し、現在8事業所を運営しています。今年4月には、鎌倉市にグループホーム・複合型サービスの事業所も開所しました。このホームは、JR南武線稲田堤駅から徒歩5分の駅に近い静かな住宅地に位置しています。

②このホームは、この4月より、新しいホームの理念「利用者ごとに幸福を追求できる環境を提供します」を作成し、玄関にも掲示しています。理念の実現のために、いかに利用者の希望やこだわりを日頃の会話からヒントを得て把握するかに職員は傾注しています。頻度は、少なくとも利用者の希望・こだわり可能な限り応えられる企画を作り、実行しています。例えば、ある利用者の希望を受け、ご家族の協力も得て実家に里帰り際には、その機会を利用して他の利用者も一緒に出かけ、本人以外の方々は、景勝地を観光をする企画を実現する等の工夫も行っていきます。嗜好品や特定の場所についても希望があれば、その利用者個別対応にて要望に応えることも行っていきます。外出についても、日常の散歩以外に毎月一度は、利用者3名ごとの少人数に分け、車を使っての日帰り外出の機会を設け、利用者少しでも解放感を味わって頂くよう配慮しています。

③地域とのお付き合いは、密接になって来ています。地域の運動施設のインストラクターや音楽大学の学生には、ボランティアとして長年、定期的に、利用者には体操の指導や音楽リハビリの機会を提供してもらっています。保育園の園児にも年2回来所があります。地域の町内会に加入しており、地域の行事に参加したり、防災活動については、町内会の防災部と連携しています。このホームが、災害時、避難者の受け入れする旨を地域に告知するために、ポスティングで近隣住民に連絡しました。来年1月には、近くの老人憩いの家に管理者が出向き、認知症についての講師を務める等、地域への関係を更に深める活動を継続しています。

t

【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  | グループホームふあいと稲田堤 |
| ユニット名 | だいち            |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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                     | 「利用者ごとの幸福を追求できる環境を提供します」を理念として、個々の入居者の思いに沿える様心がけている。                       | 今年度より新しい理念「利用者毎の幸福を追求できる環境を提供します」を作成し、職員に周知する為、会議で説明すると共に玄関に掲示しています。この理念実現のためには、利用者毎の希望やこだわりをいかに把握するかが大切だと管理者も含め、職員は日頃の会話でヒントを把握することに努めています。  | 今後の継続             |   |  |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 地域の運動施設や大学、保育園等のボランティアとの関わりや、災害時、ホームでの避難者受け入れ告知等地域との接点を増やせる様努めている。         | 町内会に加入し、防災関係では、協力関係を確立しています。災害時には、ホームが、避難者受け入れる旨の告知を近隣住民にポスティングお知らせする等、地域との接点を増やしています。ボランティア活動も活発で、長年の定期的な運動・音楽ボランティアに加えて保育園園児の来所も始まりました。来年1月には、近くの老人憩いの家に管理者が出向き、認知症の話をするなど連携が深まっています。 | 今後の継続             |   |  |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 区内グループホーム連絡会を通じての情報交換や介護サービスに関する相談を行ったり、地域施設での認知症の講習会の実施や介護研修生の受け入れを行っている。 | /   |                   | / |  |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 地域行事参加についてのアドバイス・協力、入居についての相談、ボランティアの募集、災害時のアドバイス・協力体制等話し合った。              | 2カ月に一度定期的で開催されています。包括支援センター、町内会、民生委員等の参加を得て、地域の行事参加についての助言や協力、入居についての相談、ボランティアの募集、災害時のアドバイス・協力体制等広範な話題を話し合い、ホームの運営に役立っています。   | 今後の継続             |   |  |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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           | 同市区内のグループホーム内の交流の立会いや、市の講習会、入居者の生活上の手続き・相談等、連携をとっている。                      | 川崎市多摩区内のグループホーム連絡会を区役所の協力も得て立ち上げ、2カ月毎に、区役所の会議室も利用させて頂き、開催しています。最近では、一部の麻生区・中原区のグループホームも加わりました。市の講習会への参加や、利用者の生活上の手続き・相談等、区役所とは連携しています。  | 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 拘束のないケアを目指しているが、事故予防と家族との検討の上、拘束に関するマニュアルに沿って実施している。毎月状況観察した上で拘束の機会を減らせるかについての検討会を行っている。 | 身体拘束のないケアを目指して、毎年、研修会を開き、職員にも理解・認識を深めるようにしています。事故予防の為に家族と検討の上、拘束マニュアルに沿ってどうしても必要な場合は、実施することもあります。毎月状況を観察した上で、拘束の機会を減らす方向で検討・実行しています。   | 今後の継続             |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 虐待防止に関するマニュアルを設け、閲覧できるようにしてある。   |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 身寄りのない入居者について区役所仲介のもと後見人や補助の申請を行ったり、助言を受けている。  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている  | 入居相談や契約時の他に契約書・運営規定をホーム内でいつでも見られるよう設置してある。   |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 面会時や電話連絡の際の状態の報告の他、直接相談しづらい事についても、事業所、本社、行政の単位で伝えられるよう連絡先を示した用紙をホーム内で自由に入手できるように設置している。  | ご家族の来所時や電話連絡の際に、利用者の状況をお話すると共に意見を伺うようにしています。直接相談しづらい事は、事業所・本社・行政に伝えられるよう、連絡先を示した用紙を玄関に設置しています。ご家族には、2カ月毎に利用者の写真入りのお便りを送り、ご家族に感謝されています。 | 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 |  |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 普段の申し送りの他、意見記入簿を設けて空いた時間で意見の共有が出来るようにしている。また、事業所を超えて社内サポート部に直接意見・要望を出せる要望書も設置してある。 | 普段の申し送りの他、意見記入簿を設けて、職員の空いた時間にて意見の共有が出来るようにしています。職員の意見も反映し、従来の1・2F合同でのシフト制をこの4月から1Fと2Fを分けた固定シフト制に替え、小さな単位での合理性を生かした取り組みを行っています。本社のサポート部に直接意見・要望を出せる仕組みもあります。 | 今後の継続             |  |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 事業所の管理者・リーダーの報告を参考に職場の環境整備を行っている。また、職場の管理者を通さず直接本部に意見を提出できる手段も設けている。               |   |                   |  |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 3か月に1度、法人内で研修の機会を設けている他、部外研修も紹介し受講料も一部または全額、会社で負担している。                             |   |                   |  |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者は地域のグループホームの会合に参加する機会があり、それを通じて福祉サービス展示会等参加している。研修会、交換研修の機会も今後増やしていきたい。         |   |                   |  |
| 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<br>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        | 話を聴ける機会を多く設け、本人の意向をつかめるよう努めている。また、周囲の入居者に向け職員から度々紹介をすることで早くなじめるよう促している。            |   |                   |  |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | 入居と同時に家族側からアセスメントシートを提出してもらうことで伝えたい要望や本人の情報を確認している。電話や面談時にも本人の様子を共有できるように努めている。                    |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 入居者の状態及び家族との関係、家族の状態も含め介護だけに関わらず、医療・行政手続き・金銭管理等もアドバイス・サポートしている。                                    |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 職員の心得を設け、入居者が主体として、入居者同士の関わりを主と出来る支援を目指している。   |  |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 家族を交えての企画を行いホームに足を運ぶきっかけとしている他、定期的に入居者の状況をお知らせする文章に加え普段の生活や催しでの写真も郵送し、通いづらい家族とも少しでも情報共有できるようにしている。 |  |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 本人の人とつながる強い思いは大切にしたいと考えている。頻度は少なくとも可能な限りの個人的単位で対応できるよう努めている。家族との帰省や外部での交友、法事や懐かしい場所めぐり等行なった。       | 理念の具現化のためにも、利用者本人の人と繋がる強い思い・馴染みの人や場所の把握を大切に考え、日常生活の中で、その把握に努めています。頻度は少なくとも可能な限り、個別対応で、御家族との帰省、外部での友達との交友、法事への参加、懐かしい場所巡り等の実現を図っています。 | 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<br>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                | 職員が仲介し入居者それぞれに役割が持てるように環境を整え、お互いが障害含め状況を理解し認め合えるよう促している。           |   |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 契約が終了した方本人に対しての面会やその支援者に対して情報交換も行っている。                             |   |                   |
| 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<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                       | 本人の訴えにだけに限らず、表情、仕草、体調、経歴や周囲の人からの情報等加味して意向の把握に努めている。                | 利用者の訴えにだけ限らず、表情、仕草、体調・経歴や周囲の人からの情報等を活用して、本人の意向把握に努めています。周りに気を遣って本心を伝えられない利用者も多く、普段言わない言葉が出た時には、注意を払ってヒントにしています。管理者は、思いの把握には、「待つ事」が大切だと職員に指導しています。 | 今後の継続             |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 入居前の関係者及び家族からのアセスメントシートを通しての引き継ぎや面談、入居者本人との関わりからこれまでの暮らしの把握に努めている。 |   |                   |
| 25                           |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 日々の記録のほかにも1人1人のパーソナルシートを作成し書き足しながら作成して、支援方針の選定の材料としている。            |   |                   |



| 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<br>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 | 日々の観察の記録の他、各職員からの情報収集シート、ナース・医師・薬剤師・家族の意向を加味して計画している。6か月に1度の更新だが、状況の変化に合わせてその都度カンファレンスを行い対応している。 | 日々の観察の記録をベースにして、各職員からの情報シート、看護師・医者・薬剤師・ご家族の意向を加味して介護計画は、作成されています。基本的には、6か月に1度の更新ですが、状況の変化に合わせて、その都度カンファレンスを行い、対応しています。       | 今後の継続             |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々の記録やミーティング結果を反映し支援につなげている。注意点や気づきはパーソナルシートに記入し支援計画の作成に使用している。                                  |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 契約規定に限らずホーム全体の状況も考えながら可能な限り家族や本人の要望に対応している。  |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 地域のボランティアや行事の参加や施設の利用を通して入居者の生活を豊かにか感じてもらうよう努めている。   |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                     | かかりつけ医師とは面談や報告書を通して入居者の経過や環境、家族の意向を共有している。また、歯科、整形外科、皮膚科、精神科の往診についても実績がある。                       | 月に2～3回、往診のかかりつけ医師とは、面談や報告書を通して利用者の経過・環境や家族の意向を共有しています。看護師は、毎週1度来ています。歯科・整形外科・皮膚科・精神科の往診も必要に応じて成されています。毎日ビデオによるリハビリ体操も行っています。 | 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 1日2回定期的に看護に情報を提供するほか、24時間オンコールでの相談が出来、週1回の看護師の訪問が行なわれ、情報交換、医師との連携が行なわれている。 |   |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入退院時の職員の同行や面会、書面を通じて情報を共有している。また、入院生活で困った点についても家族関係者の状況を加味して協力している。        |   |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 入居時から重度化についての覚書を用意するとともに状況に応じ周囲の方と相談の上対応する。看取りに関する勉強会を行い、全体で統一したケアを目指している。 | 入居時から重度化についての覚書を説明していますが、状況が変わり、実際に重度化した際には、ご家族や医師を含む関係者一同と相談の上、看取りの体制を確立し、対応しています。職員に対しては、看取りに関する勉強会を行い、事業所全体で、統一したケアを目指しています。 | 今後の継続             |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 24時間、医師・看護師と連絡がとれ指導のもと対応を行っている。また、救急法等の研修も行われている。                          |   |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 定期的に避難訓練を行い、消防署・町内会からの協力も受けている。また地域の防災担当と連携し備品・避難場所の面での災害時の協力体制も整えている。     | 毎年2回定期的に避難訓練を行っています。消防署や町内会の参加・協力も受けています。地域の防災訓練にも職員が参加すると共に地域の防災担当と連携し、備品・避難場所について、災害時の協力体制を築いています。備蓄品はお米・水やコンロなどを備えています。      | 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<br>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                 | 入居者が自然な雰囲気の中で生活できるよう業務用語や私語がケアの場面で目立たないように心掛けている。   | 利用者が自然な雰囲気の中で、生活出来るよう職員の接遇の基本でもある7項目からなる「心得」を事務所に掲示し、利用者の尊厳が損なわれないような対応や態度に気を配っています。業界用語や私語がケアの場面で目立たないように職員は、心がけています。                               | 今後の継続             |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 入居者のの性格・環境・周囲からの情報・健康状態などを考え、入居者の希望が導き出せる様心がけている。   |  |                   |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 睡眠と覚醒、食事と排泄等、生活のリズムを整えることを主にしつつ、その人らしさを見出し、認め合える様に支援している。                                     |  |                   |  |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 季節に合わせた服の選定等支援しつつ、身だしなみに特に気を遣う方には用紙に対する評価等、本人の喜びにつながるよう対応している。                                |  |                   |  |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 食材とレシピは業者から送られてきており、職員と一部の入居者で調理・配膳し、皆で食卓を囲む。おやつを作ったり、出前をとったり、野菜を育てたり、食事処や喫茶店での外食等、形態も工夫している。 | 食材とレシピは、業者に依頼し、介護サービスへの時間を充実させています。自立度の高い利用者も多く、一部の利用者と調理・配膳し、職員も含め全員で食卓を囲んでいます。野菜を育て調理したり、誕生日には、ケーキを手作りしたり、時には、出前を取ったり、食事処や喫茶店に出向き外食も楽しむ等の工夫をしています。 | 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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                 | 食事量・水分摂取量・排泄の状態・体重・運動量等個別にチェックし医師・看護師と相談し、入居者・家族の意向も取り入れつつ栄養量・水分・栄養補助剤等で管理している。基本的に好きなお菓子や水分は自由に提供している。 |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、口腔ケアが行なわれ、希望者は訪問歯科のケアや治療も受けている。   |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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          | 排泄時間、量や性状のチェックの他、食事や水分摂取、体調等加味して個人のリズムに合わせた促しや介助を行っている。   | 利用者ごとに、排泄の記録表を作成し、排泄時間、量や性状のチェックを行う他に、食事や水分摂取、体調等も考慮して、利用者個人の排泄リズムを把握し、そのリズムに合わせてトイレでの排泄の促しや、介助を行っています。自立度が高く大半の利用者が、リハパン・布パンツで過ごしています。        | 今後の継続             |
|      |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 水分摂取量・運動量・健康茶等、入居者ごとに合わせて調整している。また、医師・看護師と相談して薬剤による排便コントロールも行っている。                                      |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 時間や間隔に制約はあるが、入浴時間は多目にとっており、（長ければ1時間弱）出来る範囲で要望に応じている。入浴を嫌う方にも、本人の体調や気分を考慮しながらタイミングを計る等工夫している。            | 週2～3回を基本として、入浴を楽しんでもらえるよう、利用者によっては入浴時間をたっぷり（長ければ1時間弱）とり、要望に応じています。入浴を嫌う方にも、本人の体調や気分を考慮しながら、タイミングを見ての声かけ等の工夫をしています。季節感を味わって頂くためのゆず湯・菖蒲湯を行っています。 | 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 日中の活動量や水分補給に配慮したり、日光浴の機会を設けたり、アロマテラピー・マッサージ等安眠を促す工夫をしている。  |  |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 医師・看護師・薬剤師の指導を受けながら、職員は観察の結果を報告し、より効果を得られるように連携をとっている。   |  |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 個々の特技や週刊等を加味しながらホームでの暮らしで調理・洗濯・掃除等家事や日曜大工・工作・園芸等活躍の場が持てるように配慮している。楽しみ事としては日々の散歩や季節の行事、ドライブ、外食等入居者の希望を交えて行っている。 |  |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 日々の散歩や買い物、ちょっとしたドライブや季節に応じた外出企画も行っている。また、入居者ごとの要望に応じ、グループや個人での外出、家族との遠足も行っている。                                 | 日常の散歩や買い物やちょっとしたドライブを行っています。テラスに出た外気浴や夏場の野菜作りも気分転換になっています。季節に応じた全員での外出（河原でのバーベキュー・海ほたる・品川水族館）の他に小グループや個人対応の外出行事・ご家族との外出も支援しています。 | 今後の継続             |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | トラブル予防の為、基本的にホームで預かり管理しているが、外出時は財布を持出し見守りのもと使用してもらっている。またホーム内でも「持つため」のお金を確保するなど、金銭の感覚の維持や安心感を得てもらえるようにしている。    |  |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | トラブル予防の為職員が事前に連絡の上、自由に電話できるよう対応している。また、頻度が多く、支援により自己管理できる方については携帯電話を所持している。                              |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 建物は各居室をつなぐ一直線の廊下と皆が集まれるリビング、リビングを見通すキッチンという構成で廊下やリビングに入居者の作品や写真を展示して話のタネにしている。また、状況に応じたアロマセラピーも行っている。    | 建物は、各部屋をつなぐ一直線の廊下とみんなが集まれるリビング、そしてリビングを見通せるキッチンが配置されています。廊下やリビングには、利用者の季節感を表す折り紙作品や写真が展示され、会話の話題作りの一役となっています。2Fでは、アロマセラピーが行われ心身のリラクゼーションとなっています。毎朝のリビングの掃除は、利用者と一緒にしており、清潔な空間を保っています。 | 今後の継続             |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | ユニットに関わらず希望があれば自由に移動できる。仲の良い入居者同士、居室で過ごすこともある。また、ベランダや庭にもベンチを作り外気浴が出来るようになっている。                          |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室には火気他危険物を除いて基本的に持ち込みは自由となっており、入居者ごと使い慣れた物や家族の写真、仏壇等を置き、その人なりの部屋としている。また、個人での清掃の他、定期的な清掃や、衣替えの支援も行っている。 | 入居時に危険物を除いて基本的に自由に使い慣れた家具・備品類を持ち込んで頂いています。利用者は自由に、家族の写真や仏壇等を配置し、居心地良い部屋作りがされています。個人での部屋の掃除の他に職員と一緒に定期的な清掃にて部屋の清潔さを保持しています。備え付けのクローゼットに保管されている夏物・冬物の衣類の衣替えの支援も行っています。                  | 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<br>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  | 入居者ごとの特技・興味を活かしてお互いの暮らしを支え合える様支援している。  |   |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
ふあいと稲田堤

作成日

平成26年12月12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組み内容                       | 目標達成に要する期間 |
|------|------|--|-----------------|---|------------|
| 1    |      | 職員、入居者共に変化が比較的少なかった反面馴れ合いも見られるようになっている。現状の変化に柔軟に対応していく為、ケアの合理化を図りたい。 | 入居者対応、業務進行の合理化。 | 職員のホーム内配置換え、入居し也対応、業務マニュアルの実行状況の確認と見直し。 | 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  | グループホームふあいと稲田堤 |
| ユニット名 | あおぞら           |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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                     | 「利用者ごとの幸福を追求できる環境を提供します」を理念として、個々の入居者の思いに沿える様心がけている。                       |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 地域の運動施設や大学、保育園等のボランティアとの関わりや、災害時、ホームでの避難者受け入れ告知等地域との接点を増やせる様努めている。         |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 区内グループホーム連絡会を通じての情報交換や介護サービスに関する相談を行ったり、地域施設での認知症の講習会の実施や介護研修生の受け入れを行っている。 |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 地域行事参加についてのアドバイス・協力、入居についての相談、ボランティアの募集、災害時のアドバイス・協力体制等話し合った。              |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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           | 同市区内のグループホーム内の交流の立会いや、市の講習会、入居者の生活上の手続き・相談等、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<br>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 | 拘束のないケアを目指しているが、事故予防と家族との検討の上、拘束に関するマニュアルに沿って実施している。毎月状況観察した上で拘束の機会を減らせるかについての検討会を行っている。 |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 虐待防止に関するマニュアルを設け、閲覧できるようにしてある。   |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 身寄りのない入居者について区役所仲介のもと後見人や補助の申請を行ったり、助言を受けている。  |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている  | 入居相談や契約時の他に契約書・運営規定をホーム内でいつでも見られるよう設置してある。   |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 面会時や電話連絡の際の状態の報告の他、直接相談しづらい事についても、事業所、本社、行政の単位で伝えられるよう連絡先を示した用紙をホーム内で自由に入手できるように設置している。  |      |                   |

| 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<br>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                                      | 普段の申し送りの他、意見記入簿を設けて空いた時間で意見の共有が出来るようにしている。また、事業所を超えて社内サポート部に直接意見・要望を出せる要望書も設置してある。 |      |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 事業所の管理者・リーダーの報告を参考に職場の環境整備を行っている。また、職場の管理者を通さず直接本部に意見を提出できる手段も設けている。               |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 3か月に1度、法人内で研修の機会を設けている他、部外研修も紹介し受講料も一部または全額、会社で負担している。                             |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者は地域のグループホームの会合に参加する機会があり、それを通じて福祉サービス展示会等参加している。研修会、交換研修の機会も今後増やしていきたい。         |      |                   |
| 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<br>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        | 話を聴ける機会を多く設け、本人の意向をつかめるよう努めている。また、周囲の入居者に向け職員から度々紹介をすることで早くなじめるよう促している。            |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | 入居と同時に家族側からアセスメントシートを提出してもらうことで伝えたい要望や本人の情報を確認している。電話や面談時にも本人の様子を共有できるように努めている。                    |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 入居者の状態及び家族との関係、家族の状態も含め介護だけに関わらず、医療・行政手続き・金銭管理等もアドバイス・サポートしている。                                    |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 職員の心得を設け、入居者が主体として、入居者同士の関わりを主と出来る支援を目指している。   |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 家族を交えての企画を行いホームに足を運ぶきっかけとしている他、定期的に入居者の状況をお知らせする文章に加え普段の生活や催しでの写真も郵送し、通いづらい家族とも少しでも情報共有できるようにしている。 |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 本人の人とつながる強い思いは大切にしたいと考えている。頻度は少なくとも可能な限りの個人的単位で対応できるよう努めている。家族との帰省や外部での交友、法事や懐かしい場所めぐり等行なった。       |      |                   |

| 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<br>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                | 職員が仲介し入居者それぞれに役割が持てるように環境を整え、お互いが障害含め状況を理解し認め合えるよう促している。           |      |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 契約が終了した方本人に対しての面会やその支援者に対して情報交換も行っている。                             |      |                   |
| 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<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                       | 本人の訴えにだけに限らず、表情、仕草、体調、経歴や周囲の人からの情報等加味して意向の把握に努めている。                |      |                   |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 入居前の関係者及び家族からのアセスメントシートを通しての引き継ぎや面談、入居者本人との関わりからこれまでの暮らしの把握に努めている。 |      |                   |
| 25                           |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 日々の記録のほかにも1人1人のパーソナルシートを作成し書き足しながら作成して、支援方針の選定の材料としている。            |      |                   |

| 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<br>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 | 日々の観察の記録の他、各職員からの情報収集シート、ナース・医師・薬剤師・家族の意向を加味して計画している。6か月に1度の更新だが、状況の変化に合わせてその都度カンファレンスを行い対応している。 |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 日々の記録やミーティング結果を反映し支援につなげている。注意点や気づきはパーソナルシートに記入し支援計画の作成に使用している。                                  |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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             | 契約規定に限らずホーム全体の状況も考えながら可能な限り家族や本人の要望に対応している。  |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 地域のボランティアや行事の参加や施設の利用を通して入居者の生活を豊かにか感じてもらえるよう努めている。  |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                    | かかりつけ医師とは面談や報告書を通して入居者の経過や環境、家族の意向を共有している。また、歯科、整形外科、皮膚科、精神科の往診についても実績がある。                       |      |                   |

| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 1日2回定期的に看護に情報を提供するほか、24時間オンコールでの相談が出来、週1回の看護師の訪問が行なわれ、情報交換、医師との連携が行なわれている。 |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入退院時の職員の同行や面会、書面を通じて情報を共有している。また、入院生活で困った点についても家族関係者の状況を加味して協力している。        |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 入居時から重度化についての覚書を用意するとともに状況に応じ周囲の方と相談の上対応する。看取りに関する勉強会を行い、全体で統一したケアを目指している。 |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 24時間、医師・看護師と連絡がとれ指導のもと対応を行っている。また、救急法等の研修も行われている。                          |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 定期的に避難訓練を行い、消防署・町内会からの協力も受けている。また地域の防災担当と連携し備品・避難場所の面での災害時の協力体制も整えている。     |      |                   |

| 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<br>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                | 入居者が自然な雰囲気の中で生活できるよう業務用語や私語がケアの場面で目立たないように心掛けている。   |      |                   |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 入居者のの性格・環境・周囲からの情報・健康状態などを考え、入居者の希望が導き出せる様心がけている。   |      |                   |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 睡眠と覚醒、食事と排泄等、生活のリズムを整えることを主にしつつ、その人らしさを見出し、認め合える様に支援している。                                     |      |                   |  |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 季節に合わせた服の選定等支援しつつ、身だしなみに特に気を遣う方には用紙に対する評価等、本人の喜びにつながるよう対応している。                                |      |                   |  |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食材とレシピは業者から送られてきており、職員と一部の入居者で調理・配膳し、皆で食卓を囲む。おやつを作ったり、出前をとったり、野菜を育てたり、食事処や喫茶店での外食等、形態も工夫している。 |      |                   |  |



| 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<br>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                 | 食事量・水分摂取量・排泄の状態・体重・運動量等個別にチェックし医師・看護師と相談し、入居者・家族の意向も取り入れつつ栄養量・水分・栄養補助剤等で管理している。基本的に好きなお菓子や水分は自由に提供している。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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、口腔ケアが行なわれ、希望者は訪問歯科のケアや治療も受けている。   |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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          | 排泄時間、量や性状のチェックの他、食事や水分摂取、体調等加味して個人のリズムに合わせた促しや介助を行っている。   |      |                   |
|      |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 水分摂取量・運動量・健康茶等、入居者ごとに合わせて調整している。また、医師・看護師と相談して薬剤による排便コントロールも行っている。                                      |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 時間や間隔に制約はあるが、入浴時間は多目にとっており、（長ければ1時間弱）出来る範囲で要望に応じている。入浴を嫌う方にも、本人の体調や気分を考慮しながらタイミングを計る等工夫している。            |      |                   |

| 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<br>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  | 日中の活動量や水分補給に配慮したり、日光浴の機会を設けたり、アロマテラピー・マッサージ等安眠を促す工夫をしている。  |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 医師・看護師・薬剤師の指導を受けながら、職員は観察の結果を報告し、より効果を得られるように連携をとっている。   |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 個々の特技や週刊等を加味しながらホームでの暮らしで調理・洗濯・掃除等家事や日曜大工・工作・園芸等活躍の場が持てるように配慮している。楽しみ事としては日々の散歩や季節の行事、ドライブ、外食等入居者の希望を交えて行っている。 |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 日々の散歩や買い物、ちょっとしたドライブや季節に応じた外出企画も行っている。また、入居者ごとの要望に応じ、グループや個人での外出、家族との遠足も行っている。                                 |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | トラブル予防の為、基本的にホームで預かり管理しているが、外出時は財布を持出し見守りのもと使用してもらっている。またホーム内でも「持つため」のお金を確保するなど、金銭の感覚の維持や安心感を得てもらえるようにしている。    |      |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | トラブル予防の為職員が事前に連絡の上、自由に電話できるよう対応している。また、頻度が多く、支援により自己管理できる方については携帯電話を所持している。                              |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 建物は各居室をつなぐ一直線の廊下と皆が集まれるリビング、リビングを見通すキッチンという構成で廊下やリビングに入居者の作品や写真を展示して話のタネにしている。また、状況に応じたアロマセラピーも行っている。    |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | ユニットに関わらず希望があれば自由に移動できる。仲の良い入居者同士、居室で過ごすこともある。また、ベランダや庭にもベンチを作り外気浴が出来るようになっている。                          |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 居室には火気他危険物を除いて基本的に持ち込みは自由となっており、入居者ごと使い慣れた物や家族の写真、仏壇等を置き、その人なりの部屋としている。また、個人での清掃の他、定期的な清掃や、衣替えの支援も行っている。 |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | 入居者ごとの特技・興味を活かしてお互いの暮らしを支え合える様支援している。  |      |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
ふあいと稲田堤

作成日

平成26年12月12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組み内容                       | 目標達成に要する期間 |
|------|------|--|-----------------|---|------------|
| 1    |      | 職員、入居者共に変化が比較的少なかった反面馴れ合いも見られるようになっている。現状の変化に柔軟に対応していく為、ケアの合理化を図りたい。 | 入居者対応、業務進行の合理化。 | 職員のホーム内配置換え、入居し也対応、業務マニュアルの実行状況の確認と見直し。 | 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。