

<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	1472301025
法人名	有限会社 サポートライフ西湘
事業所名	グループホーム ローズハウス
訪問調査日	2015年1月29日
評価確定日	2015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 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	1472301025	事業の開始年月日	平成17年6月1日	
		指定年月日	平成17年6月1日	
法人名	有限会社 サポートライフ西湘			
事業所名	グループホーム ローズハウス			
所在地	(250-0002)			
	神奈川県小田原市寿町4-14-19			
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 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名	
		ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	平成27年1月19日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月23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)】

H27年度より、地域ケアシステムが導入される。今後は地域福祉の拠点としての役割としての医療、介護、行政との連携を一層密な物として行くよう運営を進めていきたい。又長年ホームで暮らす入居者が、経年と共に重度化する傾向にあり、認知症介護と共に重度化する介護に応じた技術力も高めていく必要がある。特に看取り介護については、これまでも数例の看取り介護を行っている経験を活かし、医療連携体制の下、医療との連携強化やご家族の協力により尊厳のある終末を迎えることが出来る施設としての役割を重視していきたい。

【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27年1月29日	評価機関 評価決定日	平成27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)】

●ホームは有限会社サポートライフ西湘の経営で、平成17年に1ユニット8床×2でスタートし、平成25年に1ユニット9床×2に増床し、生活保護受給者の受入れも開始されたグループホームです。●JR小田原駅からバスで10分、今井バス停下車すぐ目の前にある鉄筋2階建の建物がグループホームローズハウスです。ホーム周辺の環境では、道路向いには広い境内を持つ本光寺があり、さらに、家康の小田原城攻め陣屋跡にも近く、川と海にほど近く、花と緑に恵まれた環境にあります。●ローズハウスの理念は、「安心の場であること」・「生き甲斐が得られること」・「自立を目標に置く事」・「地域と共に歩む事」などを謳い、管理者を始め、全職員で共通理解を図り、認知症高齢者に残された能力を活かし、安心と楽しみのある暮らしを提供し、地域社会の福祉向上に向けた日々介護にあたっています。●職員の育成については、職員の資質向上に力を注ぎ、外部の研修参加の機会を薦め、新人研修や職員のスキルアップに研鑽しています。日常業務では、先輩職員が後輩職員へOJTで随時指導できる体制を構築し、虐待防止・拘束禁止についても全職員が理解を深め、日々の支援に取り組んでいます。●防災訓練の取り組みでは、定期的に(2回/年)行い、近隣住民の方に協力を頂き夜間想定での避難訓練を実施し、避難訓練も実施しています。さらに、避難・通報訓練と共に防災用具・備蓄食料の点検や使用方法などの確認を行い、各訓練で抽出した問題点は改善を図り、避難対策のレベルUPを図っています。●食事では、栄養バランスを考え、利用者の好みを反映し、季節感のある献立を心掛け、利用者個々の残存機能を活かし、出来る事を手伝ってもらっています。食事時間は全員が同じテーブルに着き、明るく会話を楽しみながら行われています。●経年と共に利用者の重度化が進み、ホームにおける終末介護への取り組みが求められ、ホームでは入居の時点から終末ケアに関する方針を説明しています。ホームでは職員を対象に、重度化対応研修を実施し、認識の共有を図り、看取り介護の実施体制を整えています。

【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	グループホームローズハウス
ユニット名	1階ユニット

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	
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	その方なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に活用し地域に溶け込む取り組みをしている。	理念に、「安心の場であること・生き甲斐を得られること・自立を目標に置くこと・地域と共に歩むこと」を掲げ、この理念に則った利用者への支援・援助・ケアが日々行われています。利用者は夫々に役割を持ち、役立ちを感じつつ、その方なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に利用しながら、地域に溶け込み、安心で笑顔のある暮らしが実践されています。	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	地域の行事にも参加し地域住民との交流を行い、施設行事にも住民の方が参加できる様な企画をする。又ボランティア（傾聴）や体験学習などの受け入れを行っている。	地域の行事（夏祭り・県民祭・運動会・どんど焼きなど）に、職員共々利用者と参加して地域の方々との交流が行われています。また、ホームで人形劇・納涼祭・ティタイムコンサート（管理者のトロンボーン演奏）などを企画し、地域の方がを招き、交流を図っています。さらに、ボランティア（傾聴・歌など）の受け入れや、中学生の体験学習の受け入れも行い、地域と共に暮らす取り組みが行われています。	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	地域の防災について、自助、互助、公助の原則から自らの防災に対する備えをし、それから地域の高齢者に対するの援助を行う事を念頭に置き、備えをしている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	地域防災のあり方や、認知症になっても地域での生活が出来る施設を作り、又、介護のリスク管理の取り組みなどについて報告や話し合いの機会としている。	「事業所と地域の連携」を図る場として、4ヶ月に1回、町内会代表、包括センター職員、家族代表、経営者、管理者、計画作成担当者の出席の下に推進会議を開催し、ホームの取り組みや、今後の行事予定を報告し、さらに災害時対策などを話題に取り上げ、出席者からの意見、要望、提案や、会議で得たアイデアを防災訓練等で実施する等、地域密着と共にサービスの向上に活かしています。	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取り組んでいる	運営推進会議の開催の連絡、会議記録などの提供、市内グループホーム連絡会の活動状況の提供、市内グループホーム、小規模多機能の空き情報をまとめ行政に提供など行っている。	小田原市の介護保険課とは、連絡会を通じた関係が深く、運営会議録や小規模多機能の空き状況なども報告し、さらには事業所に於いての不明な点や事故報告と共に指導なども頂いています。また、市内グループホーム連絡会では、県の支援の下に年間5回以上の研修（真菌性皮膚疾患と潰瘍症など）を開催して、市・会員相互に密な連携が図られています。	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
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	施設内研修を実施し指定基準などの周知を行ない、ケアカンファレンスなどで拘束や虐待につながるケアはないか検証を行なっている。	身体拘束廃止に関しては、重要事項、運営規定に利用者の生命・安全の確保の為、止むを得ない場合を除き、身体拘束及び行動制限は行なわないと謳っています。積極的に内部研修会を行い、身体拘束に当たる行為と、行った場合のデメリットなどの理解に努め、言葉による拘束の廃止と、第三者の目を見た場合のことも視野に入れて取り組んでいます。玄関の錠は、職員の見守りにて解放しています。	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	施設内研修を実施し指定基準などの周知を行ない、ケアカンファレンスなどで拘束や虐待につながるケアはないか検証を行なっている。また、不適切な言葉遣いから介護の質低下する事を解し、指導している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	人権擁護虐待防止後見人制度の研修会に出席して内容を職員に伝えている。		
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	入居時には契約書、重要事項説明書の他に契約内容や入居時に予想される事柄をわかりやすくまとめた入居の手引きを本に説明を行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	日常の入居者の面会などにご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き取りを行い、スタッフ会議等で取り上げている。また、ケア記録などはいつでも閲覧できる様に対応している	日常の入居者の面会などにご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き、身近な意見や要望を吸い上げています。また、日常の暮らしの報告と共に、制度の改正や法人の方針などを報告し、事業所としての、全体的な意見を頂くように努め、運営に活かしています。また、ケア記録などはいつでも閲覧でき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	個別ケアの方針や業務の効率化など、夫々の職員の意見を尊重し改善に努めている。	フロア会議では職員の気付きや意見が提案できる場を設けています。また、定期的にアンケート・自己評価に基づく個別面談も実施し、職員の意見・要望はグループホームとして検討を行い、運営に反映し、サービスの質向上や働きやすい職場環境の向上に努めています。	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	賃金の引き上げや、介護の質に関する研修会などを処遇改善金等の利用などにより待遇面での改善を行う。			
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	○J Tなどの充実を図ると共に外部研修等の参加を勧めていく。また、スキルアップに関しても働きながら学ぶ意欲が高まるような指導を行なっていく。			
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	市内各グループホームと連携を取り、各施設でのケアの状況の情報共有や共に学べる研修の機会を設けていく。また、施設の秋状況などもしない全施設と情報の共有を行っている。			
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	本人やご家族より、これまでの生活状況や夫々の思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。			

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	ご家族は入居者以上に不安を抱えている場合がある。じっくり時間を取り不安を解消しながら入居の調整を行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居の申し込みや相談の段階で待機中に今必要なサービスを見極め必要な情報の提供を行い、入居までの確認をこまめに行うよう心がける。		
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	本人の要望に応じ、本院主体のサービス提供を心がけ、また、他の入居者や職員と共に協調し合えるような雰囲気作りを心がけている。		
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	施設行事などでご家族と共に参加できる企画を立て、ご家族との外出や外泊などの援助を行なっている。		
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	思い出の場所やよく通ったお店などの回想を通し本人らしさや自信を取り戻すことの有効性、また、昔馴染みの近所関係や職場の同僚などとの対話を通して自己回帰を図ることは認知症の緩和に大切な要素と認識し援助している。	本人の馴染みの場所や人間関係は、日頃の会話や家族の情報で把握しています。意思表示が困難な方には表情や仕種から推察して意向に沿えるように努めています。本人や家族の意向を確認した上で、電話の取次ぎや知人の来所面会を支援し、面会時はゆっくりと過ごして頂けるよう配慮しています。また、思い出の場所等の訪問では、本人らしさを取り戻す有効手段として、家族の協力で墓参りや知人宅への訪問等を実施しています。	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
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	利用者同士の人間関係を常に把握し、時に見守り、間に入る事でより良い人間関係が出来るようフォローしていく。		
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	入院の見舞いや葬儀への出席など、退所後もこれまで築いてきた関係維持をするよう努力している。		
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。	本人の思いや過去のこだわりなどよく傾聴し、個別に可能な限り対応している。	意思表示が出来る方には日常の会話を通じて直接聴き、意思表示の難し方には家族からの情報と寄り添いを行い、表情や行動から推し量り、思いを汲み取っています。職員全員で把握に努めています。得られた情報を基に、本人本位に思いに添えるよう、会議などで出来る事を見つけ、ケアプランに組み入れて支援につなげています。	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	本人やご家族より、これまでの生活状況や夫々の思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。		
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	個々の生活状況を把握する事で、ある程度の心身の変化を予想する事ができる。サイクルの予期、不穏のきっかけとなる原因などを察知するよう心がけている。		

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	ケース会議を開催しそれぞれの状況や方針について共有し家族との接点や本人の希望などを総合的に反映したケアプランを作りをしている。	介護計画を一人ひとりに適したものとする為、職員の日頃の観察結果（写真活用）に基づいた意見を述べ合い、家族の希望や意見も加味し、医師や看護師などにも相談して、様々な角度から検討しています。利用者本人の能力が充分発揮できる計画を立案し、その人らしい生活が送れるようにしています。計画の見直しは、1回/6ヶ月を基本にし、変化が見られる場合は随時に対応し、モニタリングも行っています。	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	毎日のスタッフミーティングにて入居者の状況を共有しその日の適切な対応を検討する。また、職員間の連絡ノートを利用することで職員間に漏れなく伝達できるように工夫している。		
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の対応して、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。	家族や利用者のニーズに沿うよう柔軟に対応する事が必要で、要望があればいろいろな社会資源を利用していきたい。（訪問看護、訪問歯科、訪問間サージ等）		
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	包括支援センター、社共ボランティアとの連携。また、訪問診療、訪問歯科衛生、また、地域の散髪などを利用し豊かな暮らしを確保している。		
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	かかりつけ医とのコミュニケーションを大切にし状況に応じいつでも他の医療機関へスムーズに移行が出来るなど、連携を大切にしている。	本人や家族様の希望を基本に、かかりつけ医が決まられています。希望のかかりつけ医の受診に当たっては、必要情報の提供で支援を行い、受診結果は家族と共に共有しています。ホーム協力医療機関では、診察・加療と緊急時の対応支援（他医療機関紹介を含む）を受診し、歯科については口腔ケアを始め、健診・治療の往診対応が有り、さらに、訪問看護ステーションと契約し、看護師による健康管理を行なっています。また、医師との連携で適切な医療支援が行われています。	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
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	日常のケアの中で状態の変化等を把握し、看護師の訪問時や医療機関に適切に情報が伝わるよう、受信用伝達記録を用い且つ労している。		
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。	各病院の相談室にはこまめに連絡や訪問などを行い、関係作りを行っている。また、入院時には面会を頻回に行い病院看護師などとの連絡を密に行っている。医師のムンテラには家族、施設職員との三者で治療方針など協議を行い連携を協調している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	状態の変化が訪れる以前から、終末ケアに対する施設の方針を家族や関係医療機関には伝達している。また、終末期の際にはご家族とじっくり話し合い個人のリビングウィルを尊重した終末が出来るよう取り組んでいる。	早い段階からホームに於ける終末ケアに関する方針を説明し、医師あるいは看護師が終末期と判断した時点でホーム・家族・医師との話し合いを行い、看取り介護を希望される場合は覚書を取り交わし、実施できる体制を整えています。ホームでは終末介護を行なうに当たり、職員を対象に重度化対応研修も行い、共通認識を図っています。	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	個々に救急救命講習を受講。終末ケア時には急変に備えた指導を行ない、利用者やご家族に安心して終末を迎えていただけるよう指導している。		
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	年2回の防災訓練時に災害についてのレクチャーを行い、また、防災用具や備蓄食料などのチェックや使用の仕方等について説明を行っている。	運営規定に、管理者は日常的に避難経路や協力機関との提携方法を確認し、指揮をとる事と、更に定期避難訓練の実施が記され、定期的（2回/年）に防災訓練を実施しています。近隣に協力を頂き、夜間想定での避難訓練や、消防署に依頼し、避難訓練及び水消火器での消火体験の指導を受けています。さらに、避難、通報訓練と共に防災用具・備蓄食料の点検や使用方法などの確認も行っています。各訓練後、問題点の改善を図り、避難対策のレベルUPを図っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	過去の生活像や人間性を考慮しプライドを傷つけない言葉遣いに注意し、なれなれしい態度にならないように配慮している。	事業所の目的・運営方針で「利用者の人間としての尊厳及びその意志と希望を最大限尊重します」と記し、職員には折に触れて周知徹底を図っています。また、プライバシーと自己決定を尊重した支援に努めています。トイレ誘導等での声掛けも、敬意と優しさのある言葉遣いに配慮しています。	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	個々の生活レベル居合わせその方の自立を促すケアを行っている。	/		/
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	あえて、業務のプログラムを作らず、その日、何が必要かを個々に対応する様援助している。			
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	希望の整髪、いつも清潔な身なりに気をつけている。また、希望に応じて化粧品の購入などの対応もしている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好みの献立や味付け、季節感、栄養バランスなど総合して美味しく楽しく食事が出来るよう配慮している。また、能力に応じて下拵えや、後片付けなどをしている。	食事では、個々に出来る事を手伝って頂き、栄養バランス、利用者の好みを採用し、季節感のある献立（職員立案）を心掛けています。食材は、入居者と職員とで仕入れを行なって、職員と一緒に調理し、盛り付け、配膳などの支度も職員と一緒にしながら行なっています。食事の際は、職員も同じテーブルに着いて食事介助と共に、明るく会話をしながら支援が行われています。	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	
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	栄養バランスや食事量、また、水分摂取量には十分な配慮をし、時には医師や看護師からのアドバイスをいただきながら食事摂取を行っている。			
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	口腔衛生をしっかり行う事が、日々の健康や疾患の予防につながる事を理解し、毎食後の口腔ケアを個別に行い、月に2回は口腔衛生を定期的に受けている。			
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	オムツの使用量は最小限にし、出来る限りトイレでの排泄を促している。また、昼用、夜用のオムツ形態やポータブルトイレなど個々にあわせて排泄の援助を行っている。	個々の排泄パターンをチェック表などを用いて把握し、その人に合わせた時間を見計らった声掛けでトイレ誘導を行なっています。自立排泄を促し、オムツ使用の軽減に努めています。また、失敗の場合にも、他の人に気付かれない配慮で下着交換を行い、適切な支援が行なわれています。夜間に於いては、その人の睡眠を妨げる事が無いよう、声掛けに配慮しながら、オムツを減らす工夫を行なっています。		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	排便のサイクルをチェックしそれに応じた便秘薬や食事療法、また、腹部のマッサージなどの対応を行っている。			
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	気候や体調に留意した入浴介助、また、汚染時の急な対応にも備え個々に合わせた入浴方法を取っている。	入浴には快適さの他に身体観察で（打ち身・あざ・発疹・など）を発見する大事な役割があり、入浴は必要としますが、決して無理強はせず、利用者本人の希望を聞いて、入浴を支援しています。嫌がる方には再度の声掛けや、時間をずらす等で試みしています。入浴が楽しみとなるよう、季節の柚子や菖蒲湯の工夫もしています。更に、汚染時の急な対応にも備え、充実した入浴支援体制を整えています。		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
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	安眠を呼ぶ清潔な寝具の配慮やに中の活動量を増やし、夜間の睡眠の確保に環境を整えている。		
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	処方時の薬の種類や効能、副作用について、情報の共有を行い、その用法や時間帯に注意しながら与薬を行っている。また、変化が生じたときには、医療機関や薬局へ情報提供を迅速に行う。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の趣味趣向や健康状態、身体機能を把握し、一律のレクリエーションに陥ることなく個々への援助に心がける。		
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	季節に応じた行楽や社会の空気に触れるようショッピングやレストランでの食事などを実施している。	散歩を楽しみにしている方、また、身体的に出られない方も居られますが、出来るだけ外気に触れる機会を作って出かけるようにしています。デパートでのショッピングや、家族の協力を得て外食を実施しています。さらに、年に2回～3回は車を利用してフラワーガーデンやイチゴ狩などの計画を立てて出掛け、帰りに外食を楽しんでいます。	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	小額ながら、何時でも個々に必要に応じて金銭の所持を認めている。また、個々の希望に応じながら金銭の管理を行い、必要に応じ購買等の援助を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	遠方の家族からの電話の取次ぎや、歳暮や年賀状などの対応を希望に応じている。		
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	ゆったりした時間が流れるような環境を作るため、誰も見えないテレビが雑音にならない様、静かなB J Mを流したり、室内の気温、通気などに十分な気配りをしている。	玄関を入ると左側にバスルーム・キッチン事務室があり、中心部にソファやテレビ、観葉植物等が置かれた18帖の食堂兼リビングがあり、周囲に居室が配置されています。ホーム内の掃除は行き届き、不快音や異臭も無く、空調管理に加え光調節も行なわれています。リビングは、BGMが流れ、入居者の季節に合わせた作品やスナップ写真等を掲示し、全体に落ち着いた雰囲気である空間作りがされています。2 Fもほぼ同じ構成で居心地の良い空間作りがされています。	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	廊下やテラスなどにベンチを置き気分に合わせていつでも利用できるような空間を確保している。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人の好みの家具や愛着のある物を配置したり、又は情報の混乱を起こすような物や安全性には充分配慮しながら居室の環境作りを行なっている。	入居者の部屋入り口には個性ある可愛い名札が掛けられ、自分の家として工夫され、部屋にはクロゼット・エアコンが備えられています。空調管理は職員によって行われています。夫々に使い慣れた思い出の品が持ち込まれ、整理ダンスや、鏡、椅子、ベット、ぬいぐるみ、仏壇等が置かれ、家族写真や習字作品等で、その方の思いの設えがされています。また、安全性に配慮し、利用者本人が居心地よく過せる生活拠点が作られています。	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	こじんまりした居住スペースながらではの住環境を活かし、できる限り車椅子を使用しないケアを目指している。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホームローズハウス

作成日 平成27年1月29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	1	運営推進会議の取組み。	地域包括ケアシステムを意識し、地域福祉の中核となるよう連携を深めて行きたい。	運営推進会議の適切な開催、地域防災についてグループホームで出来ることの提案	H 2 7 年度中
2	2	地域参加を推進	地域住民や利用者家族ぐるみの交流を活性化する	認知症予防啓発のために認知症サポーター研修を地元で行う。	H 2 7 年度中
3	3	ターミナルケアの需要が高まりつつある。このホームで終末まで住み続けていく事を望んでいただけるようなケアを目指して行きたい。	ターミナルケアの充実看取り介護、安楽な介護、看取りに必要な知識を得るための学習を充実する	看取りについての介護の方法、安楽な介護、医療的な知識や適切な医療との連携を研修で学ぶ。	H 2 7 年度中

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	グループホームローズハウス
ユニット名	2階ユニット

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	
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	その方なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に活用し地域に溶け込む取り組みをしている。	理念に、「安心の場であること・生き甲斐を得られること・自立を目標に置くこと・地域と共に歩むこと」を掲げ、この理念に則った利用者への支援・援助・ケアが日々行われています。利用者は夫々に役割を持ち、役立ちを感じつつ、その方なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に利用しながら、地域に溶け込み、安心で笑顔のある暮らしが実践されています。	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	地域の行事にも参加し地域住民との交流を行い、施設行事にも住民の方が参加できる様な企画をする。又ボランティア（傾聴）や体験学習などの受け入れを行っている。	地域の行事（夏祭り・県民祭・運動会・どんど焼きなど）に、職員共々利用者と参加して地域の方々との交流が行われています。また、ホームで人形劇・納涼祭・ティタイムコンサート（管理者のトロンボーン演奏）などを企画し、地域の方がを招き、交流を図っています。さらに、ボランティア（傾聴・歌など）の受け入れや、中学生の体験学習の受け入れも行い、地域と共に暮らす取り組みが行われています。	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	地域の防災について、自助、互助、公助の原則から自らの防災に対する備えをし、それから地域の高齢者に対するの援助を行う事を念頭に置き、備えをしている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	地域防災のあり方や、認知症になっても地域での生活が出来る施設を作り、又、介護のリスク管理の取り組みなどについて報告や話し合いの機会としている。	「事業所と地域の連携」を図る場として、4ヶ月に1回、町内会代表、包括センター職員、家族代表、経営者、管理者、計画作成担当者の出席の下に推進会議を開催し、ホームの取り組みや、今後の行事予定を報告し、さらに災害時対策などを話題に取り上げ、出席者からの意見、要望、提案や、会議で得たアイデアを防災訓練等で実施する等、地域密着と共にサービスの向上に活かしています。	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取り組んでいる	運営推進会議の開催の連絡、会議記録などの提供、市内グループホーム連絡会の活動状況の提供、市内グループホーム、小規模多機能の空き情報をまとめ行政に提供など行っている。	小田原市の介護保険課とは、連絡会を通じた関係が深く、運営会議録や小規模多機能の空き状況なども報告し、さらには事業所に於いての不明な点や事故報告と共に指導なども頂いています。また、市内グループホーム連絡会では、県の支援の下に年間5回以上の研修（真菌性皮膚疾患と潰瘍症など）を開催して、市・会員相互に密な連携が図られています。	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
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	施設内研修を実施し指定基準などの周知を行ない、ケアカンファレンスなどで拘束や虐待につながるケアはないか検証を行なっている。	身体拘束廃止に関しては、重要事項、運営規定に利用者の生命・安全の確保の為、止むを得ない場合を除き、身体拘束及び行動制限は行なわないと謳っています。積極的に内部研修会を行い、身体拘束に当たる行為と、行った場合のデメリットなどの理解に努め、言葉による拘束の廃止と、第三者の目を見た場合のことも視野に入れて取り組んでいます。玄関の錠は、職員の見守りにて解放しています。	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	施設内研修を実施し指定基準などの周知を行ない、ケアカンファレンスなどで拘束や虐待につながるケアはないか検証を行なっている。また、不適切な言葉遣いから介護の質低下する事を解し、指導している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	人権擁護虐待防止後見人制度の研修会に出席して内容を職員に伝えている。		
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	入居時には契約書、重要事項説明書の他に契約内容や入居時に予想される事柄をわかりやすくまとめた入居の手引きを本に説明を行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	日常の入居者の面会などにご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き取りを行い、スタッフ会議等で取り上げている。また、ケア記録などはいつでも閲覧できる様に対応している	日常の入居者の面会などにご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き、身近な意見や要望を吸い上げています。また、日常の暮らしの報告と共に、制度の改正や法人の方針などを報告し、事業所としての、全体的な意見を頂くように努め、運営に活かしています。また、ケア記録などはいつでも閲覧でき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	個別ケアの方針や業務の効率化など、夫々の職員の意見を尊重し改善に努めている。	フロア会議では職員の気付きや意見が提案できる場を設けています。また、定期的にアンケート・自己評価に基づく個別面談も実施し、職員の意見・要望はグループホームとして検討を行い、運営に反映し、サービスの質向上や働きやすい職場環境の向上に努めています。	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	賃金の引き上げや、介護の質に関する研修会などを処遇改善金等の利用などにより待遇面での改善を行う。		
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	○J Tなどの充実を図ると共に外部研修等の参加を勧めていく。また、スキルアップに関しても働きながら学ぶ意欲が高まるような指導を行なっていく。		
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	市内各グループホームと連携を取り、各施設でのケアの状況の情報共有や共に学べる研修の機会を設けていく。また、施設の秋状況などもしない全施設と情報の共有を行っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	本人やご家族より、これまでの生活状況や夫々の思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。		

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	ご家族は入居者以上に不安を抱えている場合がある。じっくり時間を取り不安を解消しながら入居の調整を行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居の申し込みや相談の段階で待機中に今必要なサービスを見極め必要な情報の提供を行い、入居までの確認をこまめに行うよう心がける。		
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	本人の要望に応じ、本院主体のサービス提供を心がけ、また、他の入居者や職員と共に協調し合えるような雰囲気作りを心がけている。		
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	施設行事などでご家族と共に参加できる企画を立て、ご家族との外出や外泊などの援助を行なっている。		
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	思い出の場所やよく通ったお店などの回想を通し本人らしさや自信を取り戻すことの有効性、また、昔馴染みの近所関係や職場の同僚などとの対話を通して自己回帰を図ることは認知症の緩和に大切な要素と認識し援助している。	本人の馴染みの場所や人間関係は、日頃の会話や家族の情報で把握しています。意思表示が困難な方には表情や仕種から推察して意向に沿えるように努めています。本人や家族の意向を確認した上で、電話の取次ぎや知人の来所面会を支援し、面会時はゆっくりと過ごして頂けるよう配慮しています。また、思い出の場所等の訪問では、本人らしさを取り戻す有効手段として、家族の協力で墓参りや知人宅への訪問等を実施しています。	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
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	利用者同士の人間関係を常に把握し、時に見守り、間に入る事でより良い人間関係が出来るようフォローしていく。		
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	入院の見舞いや葬儀への出席など、退所後もこれまで築いてきた関係維持をするよう努力している。		
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。	本人の思いや過去のこだわりなどよく傾聴し、個別に可能な限り対応している。	意思表示が出来る方には日常の会話を通じて直接聴き、意思表示の難し方には家族からの情報と寄り添いを行い、表情や行動から推し量り、思いを汲み取っています。職員全員で把握に努めています。得られた情報を基に、本人本位に思いに添えるよう、会議などで出来る事を見つけ、ケアプランに組み入れて支援につなげています。	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	本人やご家族より、これまでの生活状況や夫々の思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。		
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	個々の生活状況を把握する事で、ある程度の心身の変化を予想する事ができる。サイクルの予期、不穏のきっかけとなる原因などを察知するよう心がけている。		

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	ケース会議を開催しそれぞれの状況や方針について共有し家族との接点や本人の希望などを総合的に反映したケアプランを作りをしている。	介護計画を一人ひとりに適したものとする為、職員の日頃の観察結果（写真活用）に基づいた意見を述べ合い、家族の希望や意見も加味し、医師や看護師などにも相談して、様々な角度から検討しています。利用者本人の能力が充分発揮できる計画を立案し、その人らしい生活が送れるようにしています。計画の見直しは、1回/6ヶ月を基本にし、変化が見られる場合は随時に対応し、モニタリングも行っています。	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	毎日のスタッフミーティングにて入居者の状況を共有しその日の適切な対応を検討する。また、職員間の連絡ノートを利用することで職員間に漏れなく伝達できるように工夫している。		
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の対応して、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。	家族や利用者のニーズに沿うよう柔軟に対応する事が必要で、要望があればいろいろな社会資源を利用していきたい。（訪問看護、訪問歯科、訪問間サージ等）		
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	包括支援センター、社共ボランティアとの連携。また、訪問診療、訪問歯科衛生、また、地域の散髪などを利用し豊かな暮らしを確保している。		
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	かかりつけ医とのコミュニケーションを大切にし状況に応じいつでも他の医療機関へスムーズに移行が出来るなど、連携を大切にしている。	本人や家族様の希望を基本に、かかりつけ医が決まられています。希望のかかりつけ医の受診に当たっては、必要情報の提供で支援を行い、受診結果は家族と共に共有しています。ホーム協力医療機関では、診察・加療と緊急時の対応支援（他医療機関紹介を含む）を受診し、歯科については口腔ケアを始め、健診・治療の往診対応が有り、さらに、訪問看護ステーションと契約し、看護師による健康管理を行なっています。また、医師との連携で適切な医療支援が行われています。	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
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	日常のケアの中で状態の変化等を把握し、看護師の訪問時や医療機関に適切に情報が伝わるよう、受信用伝達記録を用い且つ労している。		
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。	各病院の相談室にはこまめに連絡や訪問などを行い、関係作りを行っている。また、入院時には面会を頻回に行い病院看護師などとの連絡を密に行っている。医師のムンテラには家族、施設職員との三者で治療方針など協議を行い連携を協調している。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	状態の変化が訪れる以前から、終末ケアに対する施設の方針を家族や関係医療機関には伝達している。また、終末期の際にはご家族とじっくり話し合い個人のリビングウィルを尊重した終末が出来るよう取り組んでいる。	早い段階からホームに於ける終末ケアに関する方針を説明し、医師あるいは看護師が終末期と判断した時点でホーム・家族・医師との話し合いを行い、看取り介護を希望される場合は覚書を取り交わし、実施できる体制を整えています。ホームでは終末介護を行なうに当たり、職員を対象に重度化対応研修も行い、共通認識を図っています。	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	個々に救急救命講習を受講。終末ケア時には急変に備えた指導を行ない、利用者やご家族に安心して終末を迎えていただけるよう指導している。		
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	年2回の防災訓練時に災害についてのレクチャーを行い、また、防災用具や備蓄食料などのチェックや使用の仕方等について説明を行っている。	運営規定に、管理者は日常的に避難経路や協力機関との提携方法を確認し、指揮をとる事と、更に定期避難訓練の実施が記され、定期的（2回/年）に防災訓練を実施しています。近隣に協力を頂き、夜間想定での避難訓練や、消防署に依頼し、避難訓練及び水消火器での消火体験の指導を受けています。さらに、避難、通報訓練と共に防災用具・備蓄食料の点検や使用方法などの確認も行っています。各訓練後、問題点の改善を図り、避難対策のレベルUPを図っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	過去の生活像や人間性を考慮しプライドを傷つけない言葉遣いに注意し、なれなれしい態度にならないように配慮している。	事業所の目的・運営方針で「利用者の人間としての尊厳及びその意志と希望を最大限尊重します」と記し、職員には折に触れて周知徹底を図っています。また、プライバシーと自己決定を尊重した支援に努めています。トイレ誘導等での声掛けも、敬意と優しさのある言葉遣いに配慮しています。	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	個々の生活レベル居合わせその方の自立を促すケアを行っている。	/		/
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	あえて、業務のプログラムを作らず、その日、何が必要かを個々に対応する様援助している。			
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	希望の整髪、いつも清潔な身なりに気をつけている。また、希望に応じて化粧品の購入などの対応もしている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好みの献立や味付け、季節感、栄養バランスなど総合して美味しく楽しく食事が出来るよう配慮している。また、能力に応じて下拵えや、後片付けなどをしている。	食事では、個々に出来る事を手伝って頂き、栄養バランス、利用者の好みを採用し、季節感のある献立（職員立案）を心掛けています。食材は、入居者と職員とで仕入れを行なって、職員と一緒に調理し、盛り付け、配膳などの支度も職員と一緒にしながら行なっています。食事の際は、職員も同じテーブルに着いて食事介助と共に、明るく会話をしながら支援が行われています。	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
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	栄養バランスや食事量、また、水分摂取量には十分な配慮をし、時には医師や看護師からのアドバイスをいただきながら食事摂取を行っている。		
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	口腔衛生をしっかり行う事が、日々の健康や疾患の予防につながる事を理解し、毎食後の口腔ケアを個別に行い、月に2回は口腔衛生を定期的に受けている。		
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	オムツの使用量は最小限にし、出来る限りトイレでの排泄を促している。また、昼用、夜用のオムツ形態やポータブルトイレなど個々にあわせて排泄の援助を行っている。	個々の排泄パターンをチェック表などを用いて把握し、その人に合わせた時間を見計らった声掛けでトイレ誘導を行なっています。自立排泄を促し、オムツ使用の軽減に努めています。また、失敗の場合にも、他の人に気付かれない配慮で下着交換を行い、適切な支援が行なわれています。夜間に於いては、その人の睡眠を妨げる事が無いよう、声掛けに配慮しながら、オムツを減らす工夫を行なっています。	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	排便のサイクルをチェックしそれに応じた便秘薬や食事療法、また、腹部のマッサージなどの対応を行っている。		
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	気候や体調に留意した入浴介助、また、汚染時の急な対応にも備え個々に合わせた入浴方法を取っている。	入浴には快適さの他に身体観察で（打ち身・あざ・発疹・など）を発見する大事な役割があり、入浴は必要としますが、決して無理強はせず、利用者本人の希望を聞いて、入浴を支援しています。嫌がる方には再度の声掛けや、時間をずらす等で試みています。入浴が楽しみとなるよう、季節の柚子や菖蒲湯の工夫もしています。更に、汚染時の急な対応にも備え、充実した入浴支援体制を整えています。	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
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	安眠を呼ぶ清潔な寝具の配慮やに中の活動量を増やし、夜間の睡眠の確保に環境を整えている。		
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	処方時の薬の種類や効能、副作用について、情報の共有を行い、その用法や時間帯に注意しながら与薬を行っている。また、変化が生じたときには、医療機関や薬局へ情報提供を迅速に行う。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の趣味趣向や健康状態、身体機能を把握し、一律のレクリエーションに陥ることなく個々への援助に心がける。		
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	季節に応じた行楽や社会の空気に触れるようショッピングやレストランでの食事などを実施している。	散歩を楽しみにしている方、また、身体的に出られない方も居られますが、出来るだけ外気に触れる機会を作って出かけるようにしています。デパートでのショッピングや、家族の協力を得て外食を実施しています。さらに、年に2回～3回は車を利用してフラワーガーデンやイチゴ狩などの計画を立てて出掛け、帰りに外食を楽しんでいます。	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	小額ながら、何時でも個々に必要に応じて金銭の所持を認めている。また、個々の希望に応じながら金銭の管理を行い、必要に応じ購買等の援助を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	遠方の家族からの電話の取次ぎや、歳暮や年賀状などの対応を希望に応じている。		
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	ゆったりした時間が流れるような環境を作るため、誰も見えないテレビが雑音にならない様、静かなB J Mを流したり、室内の気温、通気などに十分な気配りをしている。	玄関を入ると左側にバスルーム・キッチン事務室があり、中心部にソファやテレビ、観葉植物等が置かれた18帖の食堂兼リビングがあり、周囲に居室が配置されています。ホーム内の掃除は行き届き、不快音や異臭も無く、空調管理に加え光調節も行なわれています。リビングは、BGMが流れ、入居者の季節に合わせた作品やスナップ写真等を掲示し、全体に落ち着いた雰囲気である空間作りがされています。2 Fもほぼ同じ構成で居心地の良い空間作りがされています。	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	廊下やテラスなどにベンチを置き気分に合わせていつでも利用できるような空間を確保している。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人の好みの家具や愛着のある物を配置したり、又は情報の混乱を起こすような物や安全性には充分配慮しながら居室の環境作りを行なっている。	入居者の部屋入り口には個性ある可愛い名札が掛けられ、自分の家として工夫され、部屋にはクロゼット・エアコンが備えられています。空調管理は職員によって行われています。夫々に使い慣れた思い出の品が持ち込まれ、整理ダンスや、鏡、椅子、ベット、ぬいぐるみ、仏壇等が置かれ、家族写真や習字作品等で、その方の思いの設えがされています。また、安全性に配慮し、利用者本人が居心地よく過せる生活拠点が作られています。	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	こじんまりした居住スペースながらではの住環境を活かし、できる限り車椅子を使用しないケアを目指している。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホームローズハウス

作成日 平成27年1月29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	運営推進会議の取り組み。	地域包括ケアシステムを意識し、地域福祉の中核となるよう連携を深めて行きたい。	運営推進会議の適切な開催、地域防災についてグループホームで出来ることの提案	H 2 7 年度中
2	2	地域参加を推進	地域住民や利用者家族ぐるみの交流を活性化する	認知症予防啓発のために認知症サポーター研修を地元で行う。	H 2 7 年度中
3	3	ターミナルケアの需要が高まりつつある。このホームで終末まで住み続けていく事を望んでいただけるようなケアを目指して行きたい。	ターミナルケアの充実看取り介護、安楽な介護、看取りに必要な知識を得るための学習を充実する	看取りについての介護の方法、安楽な介護、医療的な知識や適切な医療との連携を研修で学ぶ。	H 2 7 年度中

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。