

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	1475201172	事業の開始年月日	平成17年12月1日	
		指定年月日	平成23年12月1日	
法人名	医療法人社団はんぷ会			
事業所名	グループホームゆう和			
所在地	(211-0051) 神奈川県川崎市中原区宮内3丁目2番28号			
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24年10月31日	評価結果 市町村受理日	平成25年3月11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)】

<p>食事・排泄・就寝環境・入浴と基本的な部分に力を入れて日常の介護を行っている。医療法人の特性を生かし、ご本人・ご家族の意思があればターミナルまで支援している。地域と共生していく為に、イベント・運営推進会議等で地域住民とコミュニケーションを図り、近隣福祉事業所と共に合同研修等も開催している。内部でも1回/月内部研修を行い、職員に目的に応じた知識を持たせやりのある職場を目指している。</p>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成24年11月22日	評価機関 評価決定日	平成25年1月16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)】

<p>【事業所の優れている点】 ◇医療連携体制の充実 医療法人運営の利点を活かし、看護師が24時間対応できる体制を整え、週3回往診の主治医に利用者の健康状況を毎日FAXで伝えて、健康管理を行っている。また、「看取りケア指針」に基づき、医師・看護職員、介護職員が連携して利用者、家族の希望に沿った看取りケアを行っている。 ◇利用者の生活や自立を尊重した支援 初詣、お墓参り、外食、マス釣り、買い物などに出かけ、無理のない飲酒や喫煙など利用者の生活習慣の継続に配慮している。また、献立作成や食材の買い物、調理や配膳下膳に利用者個々の力が発揮できるよう支援している。 ◇積極的な地域交流 地域の盆踊りやカラオケ大会、子ども文化センターの行事に参加し、中学生の福祉体験学習やボランティアを受け入れ、事業所行事「ゆう和祭」に地域住民を招待するなど、地域との交流を積極的に行っている。 【事業所が工夫している点】 ◇職員育成への取組 新人職員対象の基礎研修や毎月の内部研修、近隣施設との合同研修を行い、介護力の向上を図っている。また、介護福祉士受験対策の法人内研修を実施し、外部研修に参加するなど職員の介護技術やモチベーションの向上に取り組んでいる。</p>
--

【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	グループホームゆう和
ユニット名	グループホームゆう和1階

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、安心して暮らしている。 (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、生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	事業所の理念は居場所作りを目的として利用者様にはホーム内での居場所があり帰る家として地域に飛び出す環境を作り出している。地域のお祭りや近隣のイベントへの参加を積極的に行う事で事業所としてその土地で生活する意味を考えている。管理者は全体ミーティングを通して職員へその意味を認知するよう努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・理念は各フロアに掲示し、毎月の全体会議で理念を意識したケアについて話し合い、実践している。 ・職員は理念に基づき、利用者一人ひとりの居場所作りを目指し、役割を決めて個々の力が発揮できる支援に努め、地域との交流を大切に取り組んでいる 	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進委員会や地域の通達文を確認し、地域の活動やイベントをチェックしている。その中で、積極的に参加出来るよう努めている。その他近隣のスーパーへの買い物等を行い、生活の幅を地域に還元出来るようにしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・町内会に加入し、地域の盆踊りやカラオケ大会、子ども文化センターのハロウィン大会などに参加している。また、中学生の福祉体験学習やボランティアの受け入れ、事業所開催の敬老会「ゆう和祭」に地域住民を招待するなどの交流をしている。 	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	事業所は地域に向け、イベントの参加や近隣の子供文化センターとの交流・中学生の福祉体験の受け入れを行い、認知症を抱えた方が一般的に生活出来る事を理解して頂きるよう努めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	事業所の事業展開や方針を発表する事で、内容に対しての評価を頂くと同時に地域の方の協力を頂く。地域の力を活用したサービス向上へ向けて運営推進委員会を行っている。近隣のグループホームの運営推進委員会への参加を行い、情報交換しサービス向上へ活かしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・区役所、地域包括支援センター、町内会長、民生委員、近隣の高齢者施設長、家族代表などが参加して3か月ごとに会議を開催し、事業所の活動報告や情報交換を行っている。 ・会議では、地域の様々なイベント情報を得て、利用者と職員が参加している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・参加者の了解を得て3か月ごとに会議を開催してますが、活動報告や情報交換だけでなく運営推進会議本来の機能を活かせるよう、2か月ごとの開催が望まれます。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	川崎市の介護保険課との交流を積極的に行うと同時に、地域全体でのケア向上や、地域の方へグループホームの認知をして頂きるよう活動している。近年介護保険課の協力の下、中原区内のグループホームと連絡会を設立予定で話を進めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議に区の高齢者支援課長が参加し、事業所の運営につき区役所に相談に出向くなど日頃から協力関係を築いている。 ・区内グループホーム連絡会の設立を目標に、発起人の一員として市の介護保険課と連携を図っている。 	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束委員を各ユニットへ設置している。担当職員は外部研修に参加し客観的に身体拘束を理解して現場に活かしている。近隣グループホームと合同で虐待研修を年に2回行い、自分達のケアを客観視し、見つめなおす機会を設けている。玄関は施錠している。	・虐待、身体拘束委員会を設置している。近隣グループホームと年2回合同で職員研修を行い、日常ケアでの具体的な事例を学び、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 ・家族の要望や防犯面から、家族会の了解を得て玄関を施錠している。	
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	身体拘束委員と管理者は高齢者虐待防止法を基盤に、外部から観た時にどう感じるかを意識して虐待が行われないよう注意している。近隣のグループホームと合同研修を行う事で、事業所の主観でなく、客観的に虐待を防止している。		
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	ご利用者様で成年後見人制度を利用している。入所の際に職員の制度の理解を行い、成年後見人とのやり取りを職員が行う事で深い理解を持てるように努めている。		
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	入所の際に契約・重要事項説明書を十分に説明し、理解を得ている。その後も不安がある際に管理者が理解頂けるまで対応している。家族会を通して説明し、疑問がある際に積極的に議題化している。		
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	ご利用者様退去時にご家族からホームの良い箇所・悪い箇所と聞く機会を設け、入所中は言えなかったようなご意見を聴取している。内容を理解し他のご利用者様に反映するよう努めている。	・意見箱の設置、運営推進会議、年4回開催の家族会などで家族の意見や要望を聞いている。また、利用者の表情や会話から思いを把握し、運営に反映している。 ・外部評価結果を目標達成計画に組み込んで、サービス向上に取り組んでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	全体ミーティングを中心に各職員の意見を聞く機会を設けている。各ユニットで上がった意見をユニットリーダーが管理者へ報告を行っている。年に一度管理者と職員の個人面談を行い、個々に話を聞く機会を設けている。	・管理者は毎月の全体会議やユニット会議で職員の意見を聞いている。 ・職員は業務の改善案をユニットリーダーに提案し、必要に応じてリーダーが管理者へ報告し、検討して運営に反映している。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	管理者は職員個々に評価を行い、内容に主観性がないよう介護総括や代表者に報告する中で評価している。各自が担当（居室担当・委員会）を設け、目標設定を明確にする事で、達成感や向上心を持つるように努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	毎月法人で内部研修を行っている。内部研修委員は外部から取り入れた知識を還元出来るよう努めている。別に新人研修を設け、未経験で来た職員に対して理解しやすいよう支援している。外部との連携により外部研修を行う機会を設けている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	毎月同法人内の事業所と合同での会議を設けている。近隣のグループホームとの連携を行い、合同で研修する機会を設けている。その中で職員が同業者との交流や意見交換が出来るよう取り組んでいる。		
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	自宅訪問で、ご本人と直接お会いし、よく話し合いの上バックグラウンドシートを活用する。ご本人の入所前に、ホーム見学を設けて出来るだけ納得された状態で入所を決めて頂いている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族の気持ちや思いを伺う事で、関係作りに努め話し合いの場を多く設けるようにしている。特に困っていると思われるケースからの受け入れをなるべく積極的に実施するようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	サービス内容の提示を行い、家族の経済的・精神的・体力的現状を聞き、本人が必要としている・家族が望んでいる支援を見極めて行うよう取り組んでいる。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活の中で、職員が本人に介護するだけでなく、本人ができることを見つけ行って頂き、それを維持できるよう努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	本人の誕生日やホームの行事を家族の都合に合わせて、本人と家族と一緒に過ごせる時間を大切にしている。面会時間を設定せず、家族の都合で来られるようにし、本人と家族の絆を大切にしよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	誕生日等に家族との思い出の土地やお墓参り等に行く機会を作っている。入所前からの友人・知人との関係性が途切れないよう、本人の希望に添えるよう努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や知人との関係が維持できるよう面会時間を決めていない。 ・アセスメント時に個々の馴染みの外出場所や思い出の場所を把握し、お墓参り、外食、買い物などに出かけ、大切にしてきたものとの関係継続の支援に努めている。 	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	コミュニケーションレベルが異なる利用者同士でも、良い関係が保てるようにイベントや日常生活(昼食作り・買出し)等に職員が入り、コミュニケーションを図れるよう努めている		
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	サービス利用終了後も行事等にボランティア等で参加を求め、関係性が途絶えないように努めている。		
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。	居室担当を決め、居室担当を中心に各利用者様や家族から希望を聴取しアセスメントに記入して把握に努めている。本人聴取が困難な場合は家族と情報のやり取りをし、利用者様にとってのより良いケアを検討し、実行している。	・居室担当職員が中心となりアセスメント表を活用して飲酒や喫煙を含め、本人の望む生活を把握して、意向に沿えるよう努めている。 ・本人からの意向の聞き取りが難しい場合は、日々の表情や行動から本人本位のケアに努めている。	
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	訪問調査にて本人・家族から生活歴・生活習慣・生活環境を伺い、本人の生活リズムや馴染みの空間に近づける様に情報を職員間で共有している。面会時やアセスメント作成時に継続的な情報収集を本人・家族から行っている。		
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	朝・夕の申し送りにて、心身の状況や日中・夜間の様子を報告し、職員間で現状の把握に努めている。毎日夕刻に主治医にFAXにてバイタル等を報告している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	定期的なミーティングにて、居室担当から現状報告をし、ケアにおける改善点があれば話し合っ解決している。本人や家族の意向を取り入れて介護計画を作成し、見直しを行っている。	・介護計画は、居室担当職員を中心に本人の意向や課題を把握し、家族と面談を行い、ユニット会議で職員間で意見交換して作成している。 ・原則6か月ごとに介護計画を見直す が、状況の変化など必要に応じて適宜見直ししている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	本人の表情や会話の様子などで気づいたことを、細かく個人記録や業務日誌に記入し、職員全員が分かるように努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	自宅に帰宅した際のために、身体機能が落ちないように普段からケアを行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	外部からボランティアの方をお呼びして音楽会を開いたり、子供文化センターの行事に参加することで地域の方々と触れ合う機会を設けている。		
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、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	本人と家族で選んだ医師が、週3日往診に来ている。介護職員は食事量・水分量・尿量・排便などを報告し、適切な医療を受けられるようにしている。	・主治医の選択は本人や家族の意向を尊重しているが、全利用者が週3回、協力医の往診を受けている。 ・通院は家族付き添いが原則だが、必要に応じて状況を把握している職員が同行し対応している。 ・週1回、歯科医の訪問治療を利用している。	

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
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	ホーム看護師と介護職員は常に情報を確認し合ってケアを行っている。特変時のケアで判断に迷う時は、ホーム看護師に指示を貰い対応している。又、必要な際は訪問看護師に来てもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は本人の身体状況に応じて家族・医療側から情報を受け取り、退院後の方針を本人・家族・病院MSWと話し合っている。		
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	看取りケアの指針に基づき家族会等で、ホーム内での終末期の介護体制・他の職種との連携状況を本人・家族に説明している。重篤期の対応要望書を用いて、予め本人・家族より終末期の要望を受けている。本人らしい最期を迎えられるように考え模索している。	・契約時に看取りについて説明し、緩和ケアや経管栄養など重篤期の対応について要望書で確認している。現在、「看取りケア指針」に基づき、医師や家族と連携を取りながら看護・介護職員が対応している。 ・職員が共通理解して対応できるように内部研修で研鑽している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	事故が起こった場合は事故報告書の作成、急変時の対応は職員、医師、看護師、管理者が連携し報告指示を仰ぎながら対応している。内部研修にて定期的な訓練を行っている。		
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回の避難訓練を実施している。1週間分の食料や水、ヘルメットやカイロなどを各居室に備えてある。	・年2回避難訓練を実施している。1回は消防署立ち会いで夜間想定での訓練を行い消火器訓練も行った。 ・近隣の高齢者施設と協力し合うことを確認している。 ・火災、地震の防災マニュアルを策定し、建物の崩壊に備え屋内と屋外に食料や水などを備蓄している。	

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
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	生活歴等を把握し、本人に合った声掛けや対応をしている。居室内で更衣や尿取りパットの交換を行う場合は、外から見えないようにカーテンや扉を閉める等プライバシーの保護に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は一人一人の病歴・生活歴・個性を把握し、本人の様子を口頭で伝えあうことでプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。 ・新人研修や内部研修で周知している。問題ある対応には職員同士で注意を促し合っている。 	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	職員と利用者が会議を行い、昼食の献立やプランターに植える植物の選択や次の外出で行ってみたい場所など希望を聞き支援を行っている。		
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	今まで暮らしてきた習慣や癖等の把握に努め、起床、就寝、食事の時間等は本人のペースに合わせて行っている。本人の希望にそって支援しているが希望に添えない場合はその都度説明を行っている。		
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	利用者の好みの洋服選びを本人、家族と行っている。本人に希望を聞き、美容院又はホームにて定期的に行っている。イベント等でセットを行っている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と職員と一緒に作り食べれる環境を作っている。昼食の献立は、利用者と一緒に話しあい、作っている。調理は、利用者と一緒に調理、味付け、盛り付け・片付けを手伝って頂いている。食材は、利用者と一緒に買物に行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・昼食は献立の作成から食材の買い物、調理や盛り付け・片付けまで一緒に行っており、食べる楽しみや食欲につながっている。 ・利用者のリクエスト曲を流し、リラックスした雰囲気職員も一緒に食事をとっている。 	

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
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	昼食は一週間単位で利用者様と相談し献立表を作成、夕食は毎月献立表を作成し、栄養バランスを考え食事提供をしている。またその日の本人の状態に合った食事内容・提供方法をしている。水分摂取の少ない利用者様には、チェック表等を用い内容・方法を考え必要量・目標量の確保をする様にしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	週1回の歯科往診による状態の確認と医師の指示のもと、口腔ケアを行っている。最低1日1回、またはそれ以上の口腔ケアを行えるよう、利用者様へ声掛けをし、ご自身で行って頂ける様に介助をしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	利用者様1人ひとりの排泄のサイン、パターンや間隔をスタッフが理解し、見落とさず、気を付け、本人の意思やスタッフからの声掛けにより朝食後トイレでの排泄が習慣になるように、支援、介助を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> 一人一人の排泄パターンを把握して、トイレでの排泄が習慣化できるよう声掛けし、自立度を高めている。 トイレのドアに折鶴を掛け、カラーテープで「トイレ」と文字を書いて、場所を分りやすくしている。 	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	食事の献立に食物繊維が多い物、消化の良い物、乳製品等を取り入れ、適度な歩行、運動を行い予防に取り組んでいる。また医師、看護師との連携も図りながら便秘対策に取り組んでいる。チェック表を活用し水分摂取の必要量目標量を確保する事で便秘対策に繋がっている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	日時やスタッフの都合に囚われず、本人の希望、利用者様のタイミングや状況等に合わせた入浴準備をし、支援をしている。また入浴方法の希望を聞き対応している（シャワー浴、洗体の順番等）。またプライバシーを尊重し同性で介助させて頂き会話を楽しむ場としても利用して頂いている。	<ul style="list-style-type: none"> 3日に1回は入浴できるようにしている。利用者の体調や希望には柔軟に対応している。 感染症予防や本人の要望に合わせて、お湯を交換している。 入浴は時間を制限せず、ゆっくり利用できるよう支援している。 	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	夜間は、消灯時間を決めず、利用者様1人ひとりの生活習慣やその時の状況に応じて安眠して頂ける様に努め、安眠の妨げにならないような照明、物音等しないように配慮している。日中は、1人ひとりの様子、状態を把握し、眠気がみられたり、本人からの希望があった際には、必要に応じて臥床介助を行っている。		
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	薬剤師の管理指導、医師との連携により、薬に対する理解、保管方法、服薬方法等、誤薬が無いよう努めている。服薬マニュアルに沿い、職員二人で薬の名前を確認している。また保管時、服薬時もダブルチェックを行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	利用者様の状態や好みに合わせ、出来る範囲で役割を作り協力頂いている。基本的に飲酒は自由で、外出、他者との触れ合い、家族との時間を大切に、気分転換の支援をしている。またご自分達で作られた物を調理する楽しみを感じて頂く為に、ベランダでの野菜作りも始めている。		
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	本人との会話の中で出た希望場所の外出と共に、食材の買い物やドライブなど、気分転換としての外出のみならず目的を持った外出の確保に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・職員と一緒にゴミ捨てやスーパーマーケットへ食材を買いに行くことを日常としている。 ・車を使って車椅子の利用者も一緒に春日神社に初詣に出かけたり、ミカン狩りや釣り、バーベキューなど家族と協力して支援している。 	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	金銭管理の出来る利用者は、外出時にご自身で現金を所持して頂いている。また自己管理不能の利用者に対しては、ご家族の協力の下、金銭出納帳に記入し、金銭の出し入れはホームで管理している。		

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	電話（携帯電話含む）の使用の可能な時間に対しては、ご家族と申し合わせた上で使用していただいている。また手紙に関しては、やりとりが可能な利用者は本人に任せており、ポストへの投函の往来などを支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	各利用者に応じてテーブルや椅子の高さを調整している。また、季節に応じて花を飾り、イベントがあればその時の写真を貼り季節感を出すよう努めている。また、共有空間については日中・夜間に清掃し、清潔保持に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> 共有空間は、食事を準備したり洗濯物を畳む人の姿、調理の匂いが漂い、ベランダでは洗濯物干しや煙草を楽しむなど家庭の居間のような生活感がある。 壁には行事の写真や作品を展示し、季節感や思い出を共有できるようにしている。 	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	各利用者の相性を尊重・考慮した上で椅子配置に努めている。テレビの前にソファを配置する事で独り、または数人でテレビを楽しむことができる。また喫煙される利用者には、室外に喫煙施設を設けて、外の景色を楽しんで頂ける様配慮している。		
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	居室担当者を中心に、利用者の身体能力や習慣に応じて配置を行っている。また、各利用者主役のイベントやご家族との写真などを居室に飾ることで、利用者が居心地良く安心して過ごしてもらえるよう配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> 馴染みのものを持ち込み、思い出の品を飾り、自宅での生活と同じ雰囲気でも過ごすことができるように配慮している。 エアコンの風が直接本人にあたらないように工夫し、居心地良い環境づくりに留意している。 	
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	職員がすべて行うのではなく、利用者の能力に応じた役割（食事作り・配膳・洗濯物たたみなど）を行って頂く。また利用者と職員で献立決めなど「話し合い」「決定」「遂行」を行える機会の確保に努めている。利用者・職員が一致団結し行うなど「達成感」を全員で共有できるよう努めている。		

事業所名	グループホームゆう和
ユニット名	グループホームゆう和2階

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、安心して暮らしている。 (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、生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	月に一度ある全体ミーティングを通じて、地域状況・今後のゆう和の地域とのかかわり合いについて話し合う場を設け、職員全員で共有している。事業所理念は各フロアに提示し、常に意識するように心がけている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、運営推進委員会・地域包括支援センターにて情報を職員が定期的に確認している。近隣事業所のイベントや地域のお祭りに積極的に参加し、利用者が地域との交流機会が持てるよう心掛けている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の中学生を対象に、職業訓練の機会があり、認知症の高齢者と触れ合う機会を設け、認知症への理解を深めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	3ヶ月に一度運営推進委員会を開き、報告・情報交換を行っている。(構成員:民生委員・町内会長・区役所職員・ゆう和家族代表・地域包括支援センター職員・近隣福祉施設庁・管理者等) 運営推進委員会の内容を全体ミーティングで職員に提示している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	区役所に足を運び、運営に関する相談を行うようにしている。運営推進委員会に参加して頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	虐待・拘束防止委員会を設置し、年2回近隣の福祉施設と共同で研修を開いている。「身体拘束とは何か」を研修時に確認をしている。身体拘束の日常生活に関する具体的な禁止事項の把握に努めている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待・身体拘束防止委員会を設置し、虐待・身体拘束に関する研修を年2回行っている。虐待を未然に防ぐため、不適切なケアを減らすよう全体ミーティング・ユニットミーティングを通じて職員全体で考え、取り組んでいる。		
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	現在成年後見人制度を利用している利用者がいる。制度について、ミーティング等で知識を職員で共有している。成年後見人が毎月面会に来ており、制度についての疑問点を解消するように努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約を結ぶ前に訪問調査を行い、納得できたうえで契約を結んでいる。本人・家族にホームに来て頂き、気軽に質問等を受けている。契約時・改定時等の場合は、家族会・自宅訪問にて再度説明を行っている。		
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	管理者の電話番号・メールアドレスを公開し家族との連絡を取りやすいよう配慮している。苦情や相談窓口を設置している。家族会では質疑応答の時間を設け、意見要望を聞き、ミーティング等にて職員に提示し、改善に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎月1回の全体ミーティング・ユニットミーティングを通じ、管理者と職員が意見を言う機会を設け、意見を取り入れるような体制を作っている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	月に一度内部研修を定期的に関催し、ケアの見直し・向上に努めている。職員の興味や適性を把握し、やりがいを持てるように、仕事の割り振りを考慮している。それを職務分掌・業務分担表に明記している。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	毎月第4木曜に内部研修を行っている。その都度現場で困っていることを題材に取り上げ、現場に還元できるような実践に即した形で研修を行っている。個々には、勤務内で不安点をその場で指導し、サポートに努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	運営推進委員会で近隣のGH管理者・特養の施設長・地域包括支援センター職員と交流する機会を設けている。また、近隣のGHと合同で虐待・身体拘束防止の研修を行っている。		
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	初回訪問を管理者が行っている。入所が決定した際、ユニットリーダーと共に訪問し本人・家族とコミュニケーションを取り、本人の困っていることや入所に向けての不安を軽減できるよう、関係づくりに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	初回訪問を管理者・ユニットリーダーが行い、ホームでの本人に合った生活を検討している。家族が面会に来た際は、現状報告を含め、本人・家族の要望等の話をする機会を設けている。		
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	サービス内容の提示を行い、家族の経済的・精神的・体力的現状を聞き、本人が必要としている・家族が望んでいる支援を見極めて行うよう取り組んでいる。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日常生活の中で、職員が本人に介護するだけでなく、本人ができることを見つけ行って頂き、それを維持できるよう努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	本人の誕生日やホームの行事を家族の都合に合わせて、本人と家族と一緒に過ごせる時間を大切にしている。面会時間を設定せず、家族の都合で来られるようにし、本人と家族の絆を大切にしよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	誕生日等に家族との思い出の土地やお墓参り等に行く機会を作っている。入所前からの友人・知人との関係性が途切れないよう、本人の希望に添えるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	コミュニケーションレベルが異なる利用者同士でも、良い関係が保てるようにイベントや日常生活(昼食作り・買出し)等に職員が入りコミュニケーションを図れるよう努めている		
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	サービス利用終了後も行事等にボランティア等で参加を求め、関係性が途絶えないように努めている。		
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。	居室担当を決め、居室担当を中心に各利用者様や家族から希望を聴取しアセスメントに記入して把握に努めている。本人聴取が困難な場合は家族と情報のやり取りをし、利用者様にとってのより良いケアを検討し、実行している。		
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	訪問調査にて本人・家族から生活歴・生活習慣・生活環境を伺い、本人の生活リズムや馴染みの空間に近づける様に情報を職員間で共有している。面会時やアセスメント作成時に継続的な情報収集を本人・家族から行っている。		
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	朝・夕の申し送りにて、心身の状況や日中・夜間の様子を報告し、職員間で現状の把握に努めている。毎日夕刻に主治医にFAXにてバイタル等を報告している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	定期的なミーティングにて、居室担当から現状報告をしケアにおける改善点があれば話し合っ解決している。本人や家族の意向を取り入れて介護計画を作成し見直しを行っている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	本人の表情や会話の様子などで気づいたことを、細かく個人記録や業務日誌に記入し職員全員が分かるように努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	自宅に帰宅した際のために、身体機能が落ちないように普段からケアを行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	外部からボランティアの方をお呼びして音楽会を開いたり、子供文化センターの行事に参加することで地域の方々と触れ合う機会を設けている。		
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、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	本人と家族で選んだ医師が、週3日往診に来ている。介護職員は食事量・水分量・尿量・排便などを報告し、適切な医療を受けられるようにしている。		

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
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	ホーム看護師と介護職員は常に情報を確認し合ってケアを行っている。特変時のケアで判断に迷う時は、ホーム看護師に指示を貰い対応している。又、必要な際は訪問看護師に来てもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は本人の身体状況に応じて家族・医療側から情報を受け取り、退院後の方針を本人・家族・病院MSWと話し合っている。		
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	看取りケアの指針に基づき家族会等で、ホーム内での終末期の介護体制・他の職種との連携状況を本人・家族に説明している。重篤期の対応要望書を用いて、予め本人・家族より終末期の要望を受けている。本人らしい最期を迎えられるように考え模索している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	事故が起こった場合は事故報告書の作成、急変時の対応は職員、医師、看護師、管理者が連携し報告指示を仰ぎながら対応している。内部研修にて定期的な訓練を行っている。		
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回の避難訓練を実施している。1週間分の食料や水、ヘルメットやカイロなどを各居室に備えてある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	生活歴等を把握し、本人に合った声掛けや対応をしている。居室内で更衣や尿取りパットの交換を行う場合は、外から見えないようにカーテンや扉を閉める等プライバシーの保護に努めている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	職員と利用者が会議を行い、昼食の献立やプランターに植える植物の選択や次回の外出で行ってみたい場所など希望を聞き支援を行っている。		
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	今まで暮らしてきた習慣や癖等の把握に努め、起床、就寝、食事の時間等は本人のペースに合わせて行っている。本人の希望にそって支援しているが希望に添えない場合はその都度説明を行っている。		
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	利用者の好みの洋服選びを本人、家族と行っている。本人に希望を聞き、美容院又はホームにて定期的に行っている。イベント等でセットを行っている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者と職員と一緒に作り食べれる環境を作っている。昼食の献立は、利用者と話しあい、作っている。調理は、利用者に調理、味付、盛り付け・片付けを手伝って頂いている。食材は、利用者と一緒に買い物に行っている。		

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
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	昼食は一週間単位で利用者様と相談し献立表を作成、夕食は毎月献立表を作成し、栄養バランスを考え食事提供をしている。またその日の本人の状態に合った食事内容・提供方法をしている。水分摂取の少ない利用者様には、チェック表等を用い内容・方法を考え必要量・目標量の確保をする様にしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	週1回の歯科往診による状態の確認と医師の指示のもと、口腔ケアを行っている。最低1日1回、またはそれ以上の口腔ケアを行える様、利用者様へ声掛けをしご自身で行って頂ける様に介助をしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	利用者様1人ひとりの排泄のサイン、パターンや間隔をスタッフが理解し、見落とさず、気を付け、本人の意思やスタッフからの声掛けにより朝食後トイレでの排泄が習慣になるように、支援、介助を行っている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	食事の献立に食物繊維が多い物、消化の良い物、乳製品等を取り入れ、適度な歩行、運動を行い予防に取り組んでいる。また医師、看護師との連携も図りながら便秘対策に取り組んでいる。チェック表を活用し水分摂取の必要量目標量を確保する事で便秘対策に繋がっている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	日時やスタッフの都合に囚われず、本人の希望、利用者様のタイミングや状況等に合わせた入浴準備をし、支援をしている。また入浴方法の希望を聞き対応している（シャワー浴、洗体の順番等）。またプライバシーを尊重し同性で介助させて頂き会話を楽しむ場としても利用して頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	消灯時間を決めず、利用者様1人ひとりの生活習慣やその時の状況に応じて安眠して頂ける様に努め、安眠の妨げにならないような照明、物音等しないように配慮している。1人ひとりの様子、状態を把握し、眠気がみられたり、本人からの希望があった際には、必要に応じて臥床介助を行っている。		
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	薬剤師の管理指導、医師との連携により、薬に対する理解、保管方法、服薬方法等、誤薬が無いよう努めている。服薬マニュアルに沿い、職員二人で薬の名前を確認している。また保管時、服薬時もダブルチェックを行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	利用者様の状態や好みに合わせ、出来る範囲で役割を作り行って頂いている。飲酒は自由にしている。他者との触れ合い、家族との時間を大切に気分転換をしている。昼食の献立を利用者様と一緒に決め、調理している。ご家族に作って差し上げる喜びを共感している。家庭栽培をしている。		
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	本人との会話の中で出た希望場所の外出と共に、食材の買い物やドライブなど、気分転換としての外出のみならず目的を持った外出の確保に努めている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	金銭管理の出来る利用者は、外出時にご自身で現金を所持して頂いている。また自己管理不能の利用者に対しては、ご家族の協力の下、金銭出納帳に記入し、金銭の出し入れはホームで管理している。		

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	電話（携帯電話含む）の使用の可能な時間に対しては、ご家族と申し合わせた上で使用していただいている。また手紙に関しては、やりとりが可能な利用者は本人に任せており、ポストへの投函の往来などを支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	各利用者に応じてテーブルや椅子の高さを調整している。また、季節に応じて花を飾り、イベントがあればその時の写真を貼り季節感を出すよう努めている。また、共有空間については日中・夜間に清掃し、清潔保持に努めている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	各利用者の相性を尊重・考慮した上で椅子配置に努めている。テレビの前にソファを配置する事で独り、または数人でテレビを楽しむことができる。また喫煙される利用者には、室外に喫煙施設を設けて、外の景色を楽しんで頂ける様配慮している。		
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	居室担当者を中心に、利用者の身体能力や習慣に応じて配置を行っている。また、各利用者主役のイベントやご家族との写真などを居室に飾ることで、利用者が居心地良く安心して過ごしてもらえるよう配慮している。		
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	職員がすべて行うのではなく、利用者の能力に応じた役割（食事作り・配膳・洗濯物たたみなど）を行って頂く。また利用者と職員で献立決めなど「話し合い」「決定」「遂行」を行える機会の確保に努めている。利用者・職員が一致団結し行うなど「達成感」を全員で共有できるよう努めている。		

目標達成計画

事業所名 グループホームゆう和

作成日 平成25年1月16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	38	利用者様のニーズや出来る事を踏まえたケアが十分に提供できていない。残存能力や適性を踏まえた対応が出来ていない。	利用者様の残存能力や適性を見極めたその人らしさを尊重した生活づくり	担当を中心にアセスメントを行い、本人のニーズ・家族の希望を踏まえどう生活していくかを明確化する。本人の適性を踏まえた役割や、残存能力を職員全体で申し送りを活用して共有する。毎月のユニットミーティングで実現方法や経過を追い、継続性を高める。	12か月
2	13	職員によって基本動作や食事ケア・排泄ケア・入浴ケアの知識・技術の差が見られる。知識や技術を獲得する機会や、それを共有する場面が少ない。	職員全体への基本的知識・技術の浸透とケアの質の向上	毎月の内部研修で基本的ケアの内容を継続的に取り扱う。各ユニットで食事・排泄・入浴ケアの見直しを図り、普段のケアの意識づけと在り方をユニットミーティングで話し合い、継続的に取り組んでいく。ケアに関する疑問や職員間のケアの差異はその都度解決し、ケアの統一化を図る。	12か月
3	49	外出への意識が高くなく、外出機会が多くない。日常業務に追われ、外出する事の意味が職員の中で優先順位が低い。	定期的な外出と気分転換の確保	外出日を設定し、その都度外出をする。利用者様と一緒に外出先を決め、利用者様自身の思い出の場所や、四季を感じられる場所へ出かけるようにする。利用者様と定期的に話す場を設ける（週1回程度）。外出で利用者様の生活が向上するという意識が高まるように環境設定を行う。	12か月
4	4	運営推進委員会開催が3ヶ月に1回になっている。運営推進委員会参加者との協議にて決定している。	運営推進委員会参加者との再協議を行い、3ヶ月と決めず極力2ヶ月に1回開催するよう話し合いを行う。運営推進委員会での話す内容の充実性を向上する。	再協議を行い必要性を伝える事で2ヶ月に1回の開催を行えるよう話し合いを行う。話し合う内容の充実性を高める為に、地域の情報や家族からの情報を交えながら具体的に地域と連携した活動が行えるよう努めていく。	12か月
5					