

<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	項目数	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	1473600417
法人名	社会福祉法人誠幸会
事業所名	グループホーム「泉の郷」
訪問調査日	平成28年9月15日
評価確定日	平成28年10月14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28年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業の開始年月日, 指定年月日, 法人名, 事業所名, 所在地, サービス種別, 定員等, 自己評価作成日, 評価結果市町村受理日.

※ 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。

Table with 1 column: 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)】

○ご入社様のできる力を活用していただき、出来ないところを支援させていただき自立した生活に近づけるように努めます。
○ボランティアさんに手伝って頂き、四季を感じられる庭造りを行っている。
○併設されているクリニック、週1回の訪問看護による医療連携体制によりご入居様の体調管理に努めています。
○地域の方の協力を得ながら地域の一員として過ごしていただいております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日, 評価機関評価決定日.

【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)】

●この事業所の経営は、社会福祉法人誠幸会です。同法人は、横浜北部を中心に、特別養護老人ホーム、横浜市地域ケアプラザ指定管理業務、障がい者福祉事業、保育園等を運営しています。
●法人の運営方針と別に、事業所独自の10個の運営方針を掲げ「①プライバシーの尊重②自由、主体的な決定の尊重③安全で衛生が保たれた環境での生活保障④自らの能力を最大限発揮できる支援⑤大切な人との交流を保つ⑥適切な医療提供⑦地域社会の一員としての生活支援⑧暴力、虐待、拘束の排除⑨生活、介護上の差別の排除⑩苦情の解決支援、援助」これらの運営方針に沿って、事業計画と各ユニット毎に目標を立て、地域の中で暮らしながら心身の機能訓練と共に目標に向けて日々の支援に取り組んでいます。
●地域の付き合いでは自治会に加入して地域主催の防災訓練や清掃に入居者と共に参加し、情報交換や地域との連携を深めています。また、夏祭りの際は子供神輿の訪問に来てくれたり、近くの床屋、スーパーなどを利用する等、地域交流等も行われています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

Table with 3 columns: 評価項目の領域, 自己評価項目, 外部評価項目.

事業所名	グループホーム泉の郷
ユニット名	ほほえみ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念や運営方針は毎日の朝礼で唱和している。支援の検討場面では理念に基づく支援の仕方について話し合うようにしている。	法人の理念である「利用者にニーズに合った質の高いサービスの提供と満足の提供・感謝の返礼」運営方針を毎日唱和し、会議や勉強会を通じて全員に周知しています。法人の理念を事業計画に反映させると共に、ユニット毎に年間の目標を作成し、管理者をはじめ全職員で理解共有して、目標達成度も各ユニット会議で振り返りながら目標に向けて日々のケアに取り組んでいます。	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	近隣住民の方とは町内会を通じて定期的に交流をしている。近隣の中学生の体験学習なども受け入れを行い交流している。また、庭の花木を眺めに来られる方も増えており、事業所の存在が知られるようになっている。	地元中学生の体験学習の受け入れ、町内会の盆踊りや、子供神輿の休憩場所の提供の他、自治会主催の諸行事に入居者と一緒に参加するなど、地域との交流を図っています。また、ボランティアの方による花壇の手入などでの来訪もあります。地域で行れる避難訓練にも事業所として参加し、地域の一員として周囲の方から支えられ、日常的に地域交流を行っています。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	毎月の町内会の定例会や防災訓練などに参加しホームへの理解などを求めている。近隣住民の方も積極艇にホームを理解しようとしてくださっている。また子供神輿の休憩所として利用いただくなど地域に向けてできることを行っている。		
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	2か月に1回開催し、年6回開催（現在3回）している。地域の方のご意見を参考にサービス向上につながるようにと考えている。またホームでの悩み事などを相談する場としている。	2ヶ月に1回同法人の近隣3事業所合同で開催しています。自治会役員、民生委員、等地域役員や近所の方、地域包括支援センター職員、利用者家族、ホーム長の参加で運営推進会議を行い、事業所の運営状況と今後の運営に関する思いや行事予定などを報告して、参加者から支援の方法についての質問、意見、助言、提案等も頂いています。頂いた意見等については、結果を運営に反映させるようにしてホームが地域と共にある事を認識する様に努めています。	今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	法人を指定いただけていることもあり高齢支援課や生活支援課、生活衛生課や消防とも相談しやすい関係性を保っている。	法人指定を受けている事意義の理解と、生活保護受給者を受け入れている関係で、区の関係窓口の高齢支援課、生活支援課、生活衛生課とも相談に乗っていただいています。また、消防署をはじめ警察、地域の方々とも連携を取るなど、積極的に協力関係を築くように取り組んでいます。	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	法人の方針にあるように身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。危険がない限り、言葉での行動抑制が無い様に注意、指導している。	本部に身体拘束・虐待防止委員会も設置し、事業所でも毎月のユニット会議の中でも身体拘束・虐待について話し合う機会を設けています。身体拘束・虐待禁止についてのマニュアルの整備や事例に基づいた研修も行い、言葉での行動抑止を行わない様に注意し、禁止行為とそのデメリットを共有認識して廃止に繋げる様にしています。玄関施錠は原則夜間のみとし、徘徊行動などの兆しが見えたら職員の見守りで対応して利用者に安心と安らぎのある暮らしを実現しています。	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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	法人内部研修・ホームの内部研修を通じて虐待に関する勉強会を実施。「ご本人が不快、苦痛を感じる」事はどんなことでも虐待につながりやすいことを確認している。		
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	法人内部研修・ホームの内部研修を通じて権利擁護の勉強会を実施。認知高齢者の権利擁護について、侵害されやすい権利について、何気なくしていることが権利侵害につながりやすい可能性があることなどを確認している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に沿って説明し、理解していただけるように努めている。		
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	ご入居者やご家族からの要望や苦情はすぐ管理者に報告が上がるようにしている。また、必要に応じて法人施設長へと報告している。ご入居者の要望についてはケアプラン更新の際に本人に何うようにしている。	利用契約時に重要事項9運営規定21条に苦情相談窓口と、対応についての説明を行っています。家族とは面会時や電話などで、管理者をはじめ職員から生活状況の報告した際に、意見も伺い必要に応じて法人施設長へ報告する体制をとっています。また、運営推進会議時にも意見や苦情等も伺っています。法人では、毎年1回利用者満足度調査も行いサービスの向上に努めています。入居者の要望についてはケアプラン更新時に本人に何うようにしています。	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	職員からの要望はいつでも聞く事が出来る様心がけている。職員側も積極的に意見をしてきている。1年に1度自己申告書にて施設長など等に直接意見や提案を行える機会を設けている。	事業所では毎月のユニット合同の会議を通じて職員が日々の観察に基づく気付けや意見提案を自由に表出出来るようにしています。また、管理者と職員間は日頃から気軽に話せる関係も構築されており、意見や提案を聴いています。さらに年に1回、自己申告書にて施設長等に意見、提案が直接行える機会も設けられて職員の意見が運営に反映されるようになっていきます。	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	昇給と賞与の年3回の評価で、個々の努力や実績を評価している。要望に応じて評価内容の開示もしている。職員個々に目標をもって働いてもらえるようにしている。		
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	法人の内部研修（介護の基礎、医療面など）ホーム内での内部研修（認知症介護に特化したもの、人材育成など）を実施。ホーム内研修は今年度から実施のためまだ大きな成果はないが基礎を作っている。		
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	管理者は県や市、他県の同業者とのネットワークがある。職員同士の直接交流はないが、年度末には区内のホームが集まる機会もあり交流している。		
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	事前面接、入居時にご本人の意向を伺いケアプランに反映することで全職員が共有できるようにしている。意向をうかがう際にも今困っている事、これからどんな生活をしたいか具体的に伺うようにしている。		

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
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	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行っている。入居される前の段階でもご家族からの相談にお答えした実績もある。		
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	当ホームだけを勧めるのではなくその方に適したサービスに関してはご説明して提案するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人であることを理解し、出来ることできないことをきちんと見極めて支援するように努めている。		
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	通院時には極力ご家族にお願いしている。また、衣類の購入、廃棄などにもその都度ご家族と連絡を取り関係性の維持に努めている。		
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	ご家族以外にも、ご友人との面会や電話での会話、手紙のやり取りなど自由にできるようにしている。隣家の床屋さんを利用することでこの地域での馴染みもできている。	入居者がこれまでに大切にして来た馴染みの人との関係を損ねない様に、気兼ねなく訪問頂けるように配慮しています。その他、利用者が隣家の床屋さんを利用することで近所ともなじみの関係になるよう繋げています。さらに、嘗ての楽しかった出来事や今の思いに出来るだけ沿った支援を心掛け、家族の協力も得ながら、外食や外泊の支援にも配慮を行っています。また、手紙の宛名書きや、投函などの支援も行って馴染みの関係が途切れないようにしています。	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
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	ご入居者の相互関係を見極めながら支援している。入居者同士お互いに支えあおうとする姿も多くみられている。		
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	サービス終了時法人ないサービスへの移行があれば相互への情報提供を行っている。他サービスへの移行時にも次のサービスが決まるまで相談、支援に努めている		
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。	支障のない程度に使い慣れた家具類などの居室への移設を受け入れている。ご本人にとって必要な支援がどの程度な事であるか見極めながら検討している。	アセスメントから生活歴などを考慮し本人の今の思いを知るように努め、使い慣れた家具類などの居室への移行も受け入れています。思いを伝える事が出来る人と出来ない人がいますが、会話や「仕草」からの汲み取りに加え、家族等からの情報等で思いを押し量って支援計画書を作成し、本人本位を第一とした想いに適う支援に努めています。	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	アセスメント表、面接報告書などにて生活、サービス利用を把握している。不明な点は入居後の会話などから把握するようにしている。		
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	まずご本人の普段の状態を把握することから始まり、バイタルチェックや食事摂取量、表情や言動の些細な変化を見逃さないように努めている。また、週1回の看護師の訪問、随時相談により状態変化への早急な対応に努めている。		

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
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	多角的視点から物事を見られるようにホーム内研修では視点を大切にしながら内容でアセスメント能力の向上に取り組んでいる。	事業所内研修で多角的視点から物事が見られる目を養い、アセスメント能力の向上に取り組み、変化のある場合は都度の見直しを基準として、概ね3カ月、6カ月、1年毎にカンファレンスを開き職員の日々の観察に基く意見と看護師の意見も含め、計画作成者を中心に家族の要望も聞いて検討し、その方の残存能力に見合った計画を作成しています。また、モニタリング3ヶ月毎に行い、計画とのズレが生じないように努めています。	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	一人一人の気づきは多いが共有しきれていない点が課題。日々の申し送りなどを活用し情報共有ができるようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	2+3=□と考えるのではなく答えが5になる計算式を考える視点を持つようにしている。可能性を決めつけるのではなく何を支援すればできるようになるかを前提に考えられるようにしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	法人本部に近いこともあり法人のネットワークや指導者間のネットワークを通じて相談している。多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りし、地域資源を活用できるように考えている		
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	基本的にはホームの協力病院をかかりつけ医として紹介させていただいている。ご本人やが家族の要望に応じてどの医療機関でも受診できるように支援させていただいている。	入居時に事業所の提携している病院をかかりつけ医として紹介しています。1階に併設している御茶ノ水内科医は通院対応としてお連れし、精神科、眼科、皮膚科、泌尿器科等については、看護師を伴っての月1回の訪問診療で支援しています。従来のかかりつけ医を希望する場合は家族対応をお願いしていますが、利用者の日常生活情報、診察結果などの情報共有を行い、健康管理と適切な医療が受けられるように支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本部看護師が1週間に1度訪問している。緊急時には本部看護師はもちろん、近隣委の救急外来に電話相談している		
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	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携し早期退院の調整や情報交換を行うようにしている。		
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	入居の段階で延命治療に関する意思確認を書いて頂いている。また入居者の状況も多様化している為、状況に合わせた同意書も作成している。身体的に重度になってきた場合には特養申し込みをお願いしている。また、入院になった場合などには退去の要件などをしっかりと説明するようにしている。	重度化した場合の方針については入居契約時に延命治療に関する確認書を記入していただき、事業所の出来ること、出来ない事を家族・後見人に説明して同意書を交わしています。また、身体的に重度化してきた場合には特養の申し込みをお願いしています。入院になった場合には退去の要件などもしっかりと説明をして、重度化、終末期支援に向けた指針を持って看取りに向けた体制が整えられています。	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	内部研修にて心肺蘇生法を実施。また、急変時の兆候やその時々状態に応じて注意すべき点などを看護師の訪問時に確認している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	マニュアルの整備を行うために防止担当職員を設置。風水害を含めたマニュアルづくりに取り組むところだす。	運営規定13条に則りホームでは防災担当職員を設置し、風水害を含めたマニュアル整備に取りかかっています。また、年2回所轄消防署立会いの下、入居者と地域の方の参加いただき避難訓練を実施しています。非常用備蓄も食料・水・乾電池・オムツなども確保して、設備ではスプリンクラー、火災自動通報装置、等も設置され災害対策が講じられています。地域との協力体制も、構築しています。	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	
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	利用者のペースに職員が合わせ、利用者のプライバシーを損ねるような対応は行っていない。	ペースや言葉遣いの乱れは不適切支援に繋がる事を共有し人格を尊重して、入居者の誇りやプライバシーを損ねる事の無い利用者に合わせて言葉遣いと対応を心がけています。トイレ誘導時には思いやりと優しさのある呼びかけ、呼称は「さん」付けを基本にしていますが、家族からの要望で親しみを込めた呼称で呼ぶこともあります。	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	日常生活の活動、会話すべてにおいて個々の利用者に合わせわかりやすく説目をし、利用者の意向を大切にしている。	/		/
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	出来る限り一人一人のペース、生活を大切にし、安全にそして希望沿った支援を行えるように努力している。			
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	衣類の選択は利用者の希望に沿って行っている。また希望に合わせて近くの理容室、美容院に行っている。			
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	各テーブルに職員が付サポートしている。食材の下処理や配膳、テーブル吹き、食器洗いなどの手伝いをしている。また、メニューに季節の旬の物を取り入れ召し上がって頂いている。	季節に合わせた旬のものや、時にはそれぞれの好みも加味しながら3ユニット共通メニューとし、食材の調達にはネットスーパーで行っています。手伝いが出来る人には食卓拭き、下膳、片付けなど食事作りの手伝いをさせていただくことで、能力の維持と食欲を促進しています。各テーブルに職員が座り、食事介助を行い、BGMをかけながら楽しく食事が摂れ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
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	食事量は毎食一人ひとり記録している。また、水分摂取量においても一人一人把握し、摂取量が少ない方は記録し、1日トータル量を確保する尿にしている。		
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	一人一人のコップ、歯ブラシを用意し、毎食後、声掛けや職員介助で口腔ケアを行っている。		
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	尿意を感じなくなった方、あるいは見当識障害のある利用者にはトイレ誘導を行っている。また声掛けでわかる方にはご本人と時間を決めて声掛け誘導を行っている。	無尿意感、見当識障害の方には水分摂取量の記録観察と排泄チェック表を利用し、その人に合った定期的なトイレ誘導を行っています。声掛けで理解のできる方には時間を決めて誘導し、体調の変化や入院などでリハパンやオムツになった方には、トイレでの排泄を支援しながら極力外せるように支援しています。時には、失敗することもあります。他の人の目に触れない配慮の下に下着を取り変えています。オムツの使用は経済的にも精神、衛生的にも負担がかかる為、オムツの無い生活に注力しています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘が続く方には牛乳やヨーグルトを提供したり、野菜や水分量を増やしたり、散歩など適度な運動を進めるなどの工夫をしている。また医療機関で下剤を処方していただくなどしている。		
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	入浴を希望される方には入浴していただいている。入浴したいと訴えない方には声掛けをしているが無理強いせず、出来る限り本人の体調に合わせて、希望する日、時間に入浴していただいている。	曜日・時間などは決めずに利用者の体調や気分考慮しながら柔軟な対応で入浴支援を行っています。入浴は清潔保持のみだけでなく、打ち身・あざ・湿疹などの発見に繋がることを踏まえて、決して無理強いはしませんが、タイミングや職員を代えながら、バイタルチェックと共に入浴を促しています。季節にはゆず湯、菖蒲湯なども取り入れ一緒に歌を歌ったり楽しむ工夫もしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の生活習慣、ペースを大切に、落ち着ける場所で休息が取れる様にしている。不安感が強い時にはそばで寄り添い、傾聴するなどマンツーマンの対応をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	医療情報ノート、内服薬情報のファイルを作成し、利用者一人一人の薬の情報がすぐわかる様にしている。また薬の変更があった場合は職員全員に分かるようにし利用者の変化に注意している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活の中で出来ることは自分で行っていただき、声掛けで家事仕事等も手伝っていただいている。また散歩の好きな方とは散歩に出かけ、甘いものが好きな方にはお菓子の提供をするなど個別にも行っている。		
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	散歩の時間を設け、気分転換を図りたい方には声掛けをし外に出る機会を設けるようにしている。また散歩の時間以外にも希望を聞きながら外に出る機会を増やすようにしている。	天気の良い日には声掛けして、散歩コースの近くにある公園や買いに物に行ったりしています。車椅子の方も同様の対応で外に出る機会を設けて出かけています。その他、前庭やウッドデッキでの日光浴や、季節に合せた企画立案し、出来るだけ外出機会を増やすように図っています。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	日々利用者がお金を管理することは困難であるが、ご本人の希望に応じて職員や家族とともに買い物をして頂くよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望に応じてホームの電話を利用して頂けるようにしており、職員が随時対応している。		
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	廊下にソファがあり、絵画やカレンダー季節の花を飾るなどしてくつろぐことができる空間づくりをしている。	居室も含め共用空間は清掃が行き届き、騒音や異臭も無く適度な湿度・温度設定で快適に過ごせる空間になっています。廊下にはいつでも休めるようにソファを設置し、季節の花等を生け、壁面には皆で作成した季節の装飾を飾り、季節感や安らぎと寛が感じられる空間作りが演出されています。その他行事時の写真なども全体バランスを考慮しながら飾っています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングには一人ひとり決まった椅子がある一方で、ソファなどを配置し気の合った利用者どうして座って話ができるようにしている。		
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	基本的には居室にはご本人が使用してきたものや好きな物を置いて頂く様にしている。状況に応じて危険や混乱が伴う場合には家族と相談のうえ、持ち帰って頂くなど配慮している。	なじみの雰囲気でも過ごせるように、入居時に使い慣れた家具などを持ち込んでいただくことを勧めています。鏡台、仏壇や思い出の写真などが飾られ、思い出に過ごせる生活拠点が演出されています。状況に応じて、危険や混乱が生じる可能性がある場合には家族と相談のうえ持ち帰っていただくなどの配慮もしています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	トイレに「トイレ」と大きく表示したり、居室のドアに名前を表示している。またリビングの椅子に馴染みの座布団を置いてわかりやすくしている方もいる。混乱が見られる場合はさりげなく介助ができるようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷

作成日

平成28年9月15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	13	職員の介護力の基礎能力を高める	基礎能力を身につける	現状の動きを確認しながら職員一人一人が支援の根拠を説明できるようにする。	1年
			上記の推進	申し送りをただ聞いてい伝えるという状況から、聞いた後どのように行動計画を立てるか、なぜこの行動をしようと思ったのかを伝えながら動くようになってきている。まだまだ聞くだけ伝えるだけの職員もいるので継続して支援につなげられるようにする。	
			新たな取り組み内容	申し送りをする際にはその情報を基に次に何をするかを伝えるようにする。教育マニュアルは日々のOJTを基にして少しずつ完成に近づけていく。	
2	35	防災マニュアルの整備	風水害時の避難	防災担当者を新たに選任しマニュアル作成に取り組む(進歩) マニュアル作成に必要なハザードマップや区役所町内会の避難計画等の情報を収集。具体的な避難場所などが決定。	1年
			新たな取り組み内容	集めた情報を基に3月までにマニュアルを完成させる。	

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 泉の郷
ユニット名	のぞみ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念や運営方針は毎日の朝礼で唱和している。支援の検討場面では理念に基づく支援の仕方についてを話し合うようにしている。		
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	近隣住民の方とは町内会を通じて定期的に交流をしている。近隣の中学生の体験学習なども受け入れを行い交流している。また、庭の花木を眺めに来られる方も増えており、事業所の存在が知られるようになっている		
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	毎月の町内会の定例会や防災訓練等に参加しホームへの理解などを求めている。近隣住民の方も積極的にホームを理解しようとしてくださっている。また子ども神輿の休憩所として利用していただくなど地域に向けてできることを行っている		
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	2か月に1回開催し、年6回開催（現在3回）している。地域の方のご意見を参考にサービス向上につながるようにと考えている。また、ホームでの悩み事などを相談する場としている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	法人を指定いただけていることもあり高齢支援課や生活支援課、生活衛生課や消防とも相談しやすい関係性を保っている		

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	法人の方針にあるように身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。危険がない限り、言葉での行動抑制が無いように注意、指導している。		
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	法人内部研修・ホームの内部研修などを通じて虐待に関する勉強会を実施。「ご本人が不快、苦痛を感じる」ことはどんなことでも虐待につながりやすいことを確認している。		
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	法人内部研修、ホームの内部研修を通じて権利擁護の勉強会を実施。認知症高齢者の権利擁護について、侵害されやすい権利について、何気なくしていることが権利侵害につながりやすい可能性があることなどを確認している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に添って説明し、理解していただけるように努めている。		
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	ご入居者やご家族からの要望や苦情はすぐに管理者に報告が上がるようにしている。また必要に応じて法人施設長へと報告している。ご入居者の要望についてはケアプラン更新の際に本人に伺うようにしている。		

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
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	職員からの要望はいつでも聞くことができるように心がけている。職員側も積極的に意見をしてくれている。1年に1度自己申告書にて施設長等に直接意見や提案を行える機会を設けている。		
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	昇給と賞与時の年3回の評価で、個々の努力や実績を評価している。要望に応じて評価内容の開示もしている。職員個々に目標を持って働いてもらえるようにしている。		
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	法人の内部研修（介護の基礎、医療面など）、ホーム内での内部研修（認知症介護に特化したもの、人材育成など）を実施。ホーム内研修は今年度からの実施のためまだ大きな成果はないが基礎を作っている。		
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	管理者は県や市、他県の同業者とのネットワークがある。職員同士の直接交流はないが、年度末には区内のホームが集まる機会もあり交流している。		
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	事前面接、入居時にご本人の意向を伺いケアプランに反映することで全職員が共有できるようにしている。意向を伺う際にも今困っていること、これからどんな生活をしたいか等具体的に伺うようにしている。		

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
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	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行っている。入居される前の段階でもご家族からの相談にお答えした実績もある。		
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	当ホームだけを勧めるのではなくその方に適したサービスに関してはご説明して提案するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人であることを理解し、出来ることできないことをきちんと見極めて支援するように努めている。		
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	通院時には極力ご家族にお願いしている。また、衣類の購入、廃棄などにもその都度ご家族と連絡を取り関係性の継続に努めている。		
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	ご家族以外にもご友人との面会や電話での会話、手紙のやり取りなど自由にできるようにしている。隣家の床屋さんを利用することでこの地域での馴染みもできている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご入居者の相互関係を見極めながら支援している。入居者同士お互いに支え合おうとする姿も多く見られている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時法人内サービスへの移行があれば相互への情報提供を行っている。他サービスへの移行時にも次のサービスが決まるまでは相談、支援に努めている。		
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。	支障の無い程度に使い慣れた家具類などの居室への設置を受け入れている。ご本人にとって必要な支援がどのような事であるかを見極めながら検討している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメント表、面接報告書などにて生活、サービス利用を把握している。不明な点は入居後の会話などから把握するようにしている。		
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	まずはご本人の普段の状態を把握することから始まり、バイタルチェックや食事摂取量、表情や言動の些細な変化を見逃さないように努めている。また、週1回の看護師の訪問、随時相談により状態変化への早急な対応に努めている。		

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
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	多角的な視点から物事を見られるようにホーム内研修では視点を大切にしながら内容でアセスメント能力の向上に取り組んでいる。		
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	一人一人の気づきが多いが共有しきれていない点が課題。日々の申し送り表などを活用し情報共有ができるようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	2+3=□と考えるのではなく答えが5になる計算式を考える視点が持てるようにしている。可能性を決めつけるのではなく何を支援すれば出来るようになるかを前提に考えられるようにしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	法人本部が近いこともあり法人のネットワークや指導者間のネットワークを通じて相談している。多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りし、地域資源を活用できるように考えている。		
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	基本的にはホームの協力病院をかかりつけ医として紹介させていただいている。ご本人やご家族の要望に応じてどの医療機関でも受診できるように支援させていただいている。		

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
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	本部看護師が1週間に1度訪問している。緊急時には本部看護師はもちろん、近隣医の救急外来に電話相談している。		
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。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携し早期退院の調整や情報交換を行うように努めている。		
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	入居の段階で延命治療に関する意思確認書を書いて頂いている。また入居者の状況も多様化している為、状況に合わせた同意書も作成している。身体的に重度になってきた場合には特養申込みをおねがいはしている。また、入院になった場合などには退居の要件などをしっかりと説明するようにしている。		
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	内部研修にて心肺蘇生法を実施。また、急変時の兆候やその時々状態に応じて注意すべき点などを看護師の訪問時に確認している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	マニュアルの整備を行うために防災担当職員を設置。風水害も含めたマニュアルづくりに取り組むところです。		

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	ご利用者のこれまでの生活、歴史、思いを知りプライドを損ねないように努めている。排便の有無の報告はさりげなくプライバシーを損ねないように速やかに対応が出来るよう努めている。			
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	生活の中で言葉、動作、表情などを読み取りその方に合わせた言葉がけで自己決定が出来るように支援している。日常の会話からご本人の思いや希望を汲み取り職員がその情報を共有し、自己決定が出来るよう支援している。			
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	ご利用者優先を基本とし、その日の体調や心理的状況を理解しながら一人ひとりのペースに合わせ安心できる希望にそった生活が出来るよう努めている。			
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	起床から個別で更衣、整容を支援している中、ご本人の好みをお聞きしながらその人らしい身だしなみが出来るよう努めている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の時間は音楽をかけ心地よい雰囲気作りを心がけている。メニューは職員がご利用者の好み、栄養等を考え作成している。食前、食後のテーブル拭き、歩行に注意しながらの下膳など、その方のできる事を手伝っていただいている。			

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
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	食事量は、その方に合わせ盛り付けている。又形態についてもお粥、刻みなど摂取しやすい食事を提供している。水分については緑茶、ほうじ茶、コーヒー、ココア、ミルク等お茶の時間はご本人の好みをお聞きして提供している。		
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	毎食後の口腔ケア時 歯周病と診断されている方については個別で対応している。毎月歯ブラシを変え衛星保持に努めている。		
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	入居者全員の方の排泄を記入している。便意、尿意のない方は水分摂取量、下剤内服時間などから観察しブライドを汚さないような声掛けを行いトイレでの排泄を支援している。紙パンツから布パンツ又はパット使用に移行できるよう努めている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	個別で便困対策を行っている。基本は運動、食事で解消を心がけている。ラジオ体操、散歩を毎日の日課としているがその他、センナ茶、ヨーグルトを勧めている。又主治医に相談し下剤で対応している。		
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	公平な日にち間隔で入浴をしていただいているが、皮膚観察、失禁等など必要な方は優先的に入浴していただく。他時間についての希望も伺い希望に添うよう努めている。又ハーブ&アロマを使い足浴で気分転換をして頂いている。		

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	24時間見守りの中で、精神的、身体的からの影響を踏まえ、その方の日常的な状況から安眠、休息できるように室温、照度、心地よい会話等配慮に努めている。		
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	服薬介助は服薬マニュアルに添って誤薬防止に努めている。薬情報ファイルをいつでも閲覧できるようにしている。相談機関として毎月の定期受診にて主治医に、又週1回の訪問看護師に相談確認している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	ご本人が以前から習慣に行っていること、趣味などを知りホームでできる事を日常的に行っていただいている。例えば家事一般、散歩、歌、歓談できる環境作りなどの支援をしている。		
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	その方に添った場所、距離を設定して散歩を支援している。買い物目的でのドライブに行かれる方、定期的にご家族対応で外出されている方もいらっしゃる。以前住んでいた場所をドライブコースに入れ懐かしさを感じて頂いている。		
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	主に金銭管理は施設管理としているが、ご本人の希望でご家族了解の上で所持をしている方については、職員同行で使用し記録をカレンダー又は、日誌に記入している。		

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	居室に電話回線を引きご家族と毎日連絡されている方、携帯電話持込の方など自由に連絡が取れるように支援している。			
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	公共の空間は清潔を基本として清掃に力をいれている。光については照明、カーテンの調整。室温は掃除の他その都度不快と思われる時間に換気を心がけている。季節感については、ベランダに季節の野菜、花を種から育て水遣り、摘み取りなどご利用者の仕事として楽しんでいただいている。			
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	ユニット内には食卓以外所々ソファ、椅子が設置しており その時の気分で自由に過ごされている。時々居室に訪ねられテレビをご覧になったり、親交を深めている場面をお見かけする。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所されるときは、慣れ親しんだ家具、写真などを以前の住まいを再現できるよう置いて頂いている。その後の生活で家具、テレビ等ご本人の希望で購入し居室での生活を楽しんでいただいている。			
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	居室にはお名前を表示し混乱時に納得していただいている。又場所が確認できるように大きく「トイレ」「風呂場」と表示している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷

作成日

平成28年9月15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	13	職員の介護力の基礎能力を高める	基礎能力を身につける	現状の動きを確認しながら職員一人一人が支援の根拠を説明できるようにする。	1年
			上記の推進	申し送りをただ聞いてい伝えるという状況から、聞いた後どのように行動計画を立てるか、なぜこの行動をしようと思ったのかを伝えながら動くようになってきている。まだまだ聞くだけ伝えるだけの職員もいるので継続して支援につなげられるようにする。	
			新たな取り組み内容	申し送りをする際にはその情報を基に次に何をするかを伝えるようにする。教育マニュアルは日々のOJTを基にして少しずつ完成に近づけていく。	
2	35	防災マニュアルの整備	風水害時の避難	防災担当者を新たに選任しマニュアル作成に取り組む(進歩) マニュアル作成に必要なハザードマップや区役所町内会の避難計画等の情報を収集。具体的な避難場所などが決定。	1年
			新たな取り組み内容	集めた情報を基に3月までにマニュアルを完成させる。	

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 泉の郷
ユニット名	ふれあい

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念や運営方針は毎日の朝礼で唱和している。支援の検討場面では理念に基づく支援の仕方についてを話し合うようにしている。		
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	近隣住民の方とは町内会を通じて定期的に交流をしている。近隣の中学生の体験学習なども受け入れを行い交流している。また、庭の花木を眺めに来られる方も増えており、事業所の存在が知られるようになっている		
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	毎月の町内会の定例会や防災訓練等に参加しホームへの理解などを求めている。近隣住民の方も積極的にホームを理解しようとしてくださっている。また子ども神輿の休憩所として利用していただくなど地域に向けてできることを行っている		
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	2か月に1回開催し、年6回開催（現在3回）している。地域の方のご意見を参考にサービス向上につながるようにと考えている。また、ホームでの悩み事などを相談する場としている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	法人を指定いただけていることもあり高齢支援課や生活支援課、生活衛生課や消防とも相談しやすい関係性を保っている		

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	法人の方針にあるように身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。危険がない限り、言葉での行動抑制が無いように注意、指導している。		
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	法人内部研修・ホームの内部研修などを通じて虐待に関する勉強会を実施。「ご本人が不快、苦痛を感じる」ことはどんなことでも虐待につながりやすいことを確認している。		
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	法人内部研修、ホームの内部研修を通じて権利擁護の勉強会を実施。認知症高齢者の権利擁護について、侵害されやすい権利について、何気なくしていることが権利侵害につながりやすい可能性があることなどを確認している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に添って説明し、理解していただけるように努めている。		
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	ご入居者やご家族からの要望や苦情はすぐに管理者に報告が上がるようにしている。また必要に応じて法人施設長へと報告している。ご入居者の要望についてはケアプラン更新の際に本人に伺うようにしている。		

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
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	職員からの要望はいつでも聞くことができるように心がけている。職員側も積極的に意見をしてくれている。1年に1度自己申告書にて施設長等に直接意見や提案を行える機会を設けている。		
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	昇給と賞与時の年3回の評価で、個々の努力や実績を評価している。要望に応じて評価内容の開示もしている。職員個々に目標を持って働いてもらえるようにしている。		
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	法人の内部研修（介護の基礎、医療面など）、ホーム内での内部研修（認知症介護に特化したもの、人材育成など）を実施。ホーム内研修は今年度からの実施のためまだ大きな成果はないが基礎を作っている。		
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	管理者は県や市、他県の同業者とのネットワークがある。職員同士の直接交流はないが、年度末には区内のホームが集まる機会もあり交流している。		
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	事前面接、入居時にご本人の意向を伺いケアプランに反映することで全職員が共有できるようにしている。意向を伺う際にも今困っていること、これからどんな生活をしたいか等具体的に伺うようにしている。		

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
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	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行っている。入居される前の段階でもご家族からの相談にお答えした実績もある。		
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	当ホームだけを勧めるのではなくその方に適したサービスに関してはご説明して提案するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人であることを理解し、出来ることできないことをきちんと見極めて支援するように努めている。		
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	通院時には極力ご家族にお願いしている。また、衣類の購入、廃棄などにもその都度ご家族と連絡を取り関係性の継続に努めている。		
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	ご家族以外にもご友人との面会や電話での会話、手紙のやり取りなど自由にできるようにしている。隣家の床屋さんを利用することでこの地域での馴染みもできている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご入居者の相互関係を見極めながら支援している。入居者同士お互いに支え合おうとする姿も多く見られている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時法人内サービスへの移行があれば相互への情報提供を行っている。他サービスへの移行時にも次のサービスが決まるまでは相談、支援に努めている。		
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。	支障の無い程度に使い慣れた家具類などの居室への設置を受け入れている。ご本人にとって必要な支援がどのような事であるかを見極めながら検討している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメント表、面接報告書などにて生活、サービス利用を把握している。不明な点は入居後の会話などから把握するようにしている。		
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	まずはご本人の普段の状態を把握することから始まり、バイタルチェックや食事摂取量、表情や言動の些細な変化を見逃さないように努めている。また、週1回の看護師の訪問、随時相談により状態変化への早急な対応に努めている。		

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
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	多角的な視点から物事を見られるようにホーム内研修では視点を大切にしながら内容でアセスメント能力の向上に取り組んでいる。		
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	一人一人の気づきが多いが共有しきれていない点が課題。日々の申し送り表などを活用し情報共有ができるようにしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	2+3=□と考えるのではなく答えが5になる計算式を考える視点が持てるようにしている。可能性を決めつけるのではなく何を支援すれば出来るようになるかを前提に考えられるようにしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	法人本部が近いこともあり法人のネットワークや指導者間のネットワークを通じて相談している。多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りし、地域資源を活用できるように考えている。		
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	基本的にはホームの協力病院をかかりつけ医として紹介させていただいている。ご本人やご家族の要望に応じてどの医療機関でも受診できるように支援させていただいている。		

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
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	本部看護師が1週間に1度訪問している。緊急時には本部看護師はもちろん、近隣医の救急外来に電話相談している。		
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。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携し早期退院の調整や情報交換を行うように努めている。		
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	入居の段階で延命治療に関する意思確認書を書いて頂いている。また入居者の状況も多様化している為、状況に合わせた同意書も作成している。身体的に重度になってきた場合には特養申込みをおねがいはしている。また、入院になった場合などには退居の要件などをしっかりと説明するようにしている。		
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	内部研修にて心肺蘇生法を実施。また、急変時の兆候やその時々状態に応じて注意すべき点などを看護師の訪問時に確認している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	マニュアルの整備を行うために防災担当職員を設置。風水害も含めたマニュアルづくりに取り組むところです。		

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	お一人おひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないよう最大限の配慮をもって接遇している。		
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	思いや希望を表していただけるよう、コミュニケーションの手段を工夫し、ご自身で選んだり決めたりできるよう選択肢をできるだけ広げるようにしたりしている。		
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	お一人ひとりのペースをよく拝見し、その日その日の、衣・食・住などにかかわる生活全般の様々な場面で、ご希望を汲み取るようつとめて支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	日常の整容を日々支援し、日常着の選択の楽しみをもっていただけるようにしている他、外出などのハレの場面でのおしゃれをお手伝いするなど、メリハリを持っていただいている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	献立に好物があればお伝えしたり、季節の食材を紹介したりしながら、食事を楽しんでいただいている。コップ等ご自身で持って来られるものは積極的に片付けをして頂いている。		

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
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	盛り付けの量についてご本人のご希望を伺ったり、医療と連携し栄養補助を要する方には補食となるものをお出ししたりしている。水分不足にならないよう摂取量のチェックをおこない、不足が懸念される方には、お好みの飲み物をお出ししている。		
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	お一人おひとりに応じたケアをおこなっている。義歯をお使いの方は毎食後外していただき、口腔内・義歯とも清潔を保てるよう支援している。ご自身でおこなえる方は見守りし、声掛け・一部介助等、お力に応じたケアをおこなっている。		
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	お一人おひとりの排泄パターンに応じてトイレへご案内したり、ご様子から尿意・便意を察してご案内したりして、トイレでの排泄を支援している。		
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	便秘を未然に防ぐよう、お一人おひとりに適応した対応をおこなっている。飲み物を工夫したり、腸の運動を促すため体操や歩行をしていただくよう取り組んでいる。		
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	ご本人の希望に応じられるようにし、また、楽しみにしていただけるようなお誘いの仕方を工夫したりしている。		

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	夜間は安心してよく眠れるよう、その方の生活習慣に応じて就寝前のだんらんを設けたり、飲み物を提供したりしている。寝付けない場合には一度リビングで職員と会話をし落ち着いてから再度入眠して頂いている。		
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	それぞれの方が服用されている薬について勉強会を持ち、学んだことを一覧にしてある。服薬を支援し、症状の変化については直ちに医療との連携をはかるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	その方の生活歴や、意向を踏まえ、日常の家事への参加を支援したり、趣味や食べ物の嗜好などに基づいて楽しみの提供を支援している。		
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	できるだけ室内から出て、外出の機会をもつていただけるようつとめている。外出できない場合にはベランダや庭にお誘いし外気を感じて頂くようにしている。		
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	ご本人にご希望があり、金銭管理が可能である方には所持いただいている。また買い物を希望された場合、職員が付き添い買い物ができるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご希望や有用性に応じ、電話や手紙などの通信手段でご家族や友人・知人とコミュニケーションが取れるよう、手立てを取っている。			
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	清潔で快適な共用空間を維持できるよう、清掃し、採光や照明に気配りしたり、室内の温度・湿度等の調整を欠かさないようにしている。通気し、季節の空気を感じていただくよう窓を開ける時間を必ず設けている。			
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	気の合った方と同席してコミュニケーションを楽しんだり、時にはお一人で過ごせるよう別のお席に案内できるよう配慮している。			
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	ご本人のご希望をよく伺い、また、ご家族から十分な情報を得るようにして、居心地のよい居室の環境を整えられるようにしている。			
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	できるだけご自身の意思に基づいて行動しやすいよう、個人の居室やトイレの場所をわかりやすく表示している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷

作成日

平成28年9月15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	13	職員の介護力の基礎能力を高める	基礎能力を身につける	現状の動きを確認しながら職員一人一人が支援の根拠を説明できるようにする。	1年
			上記の推進	申し送りをただ聞いてい伝えるという状況から、聞いた後どのように行動計画を立てるか、なぜこの行動をしようと思ったのかを伝えながら動くようになってきている。まだまだ聞くだけ伝えるだけの職員もいるので継続して支援につなげられるようにする。	
			新たな取り組み内容	申し送りをする際にはその情報を基に次に何をするのかを伝えるようにする。教育マニュアルは日々のOJTを基にして少しずつ完成に近づけていく。	
2	35	防災マニュアルの整備	風水害時の避難	防災担当者を新たに選任しマニュアル作成に取り組む(進歩) マニュアル作成に必要なハザードマップや区役所町内会の避難計画等の情報を収集。具体的な避難場所などが決定。	1年
			新たな取り組み内容	集めた情報を基に3月までにマニュアルを完成させる。	

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。