

<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	1473600557
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上飯田
訪問調査日	平成28年9月30日
評価確定日	平成28年11月11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)】

事業所番号	1473600557	事業の開始年月日	平成15年3月1日
		指定年月日	平成15年3月1日
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上飯田		
所在地	(245-0018) 横浜市泉区上飯田町1260		
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 checked="" 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	27名
		ユニット数	3ユニット
自己評価作成日	平成27年11月28日	評価結果 市町村受理日	平成28年12月5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)】

3ユニットあるグループホームの利点をいかして職員同士が業務においてユニットを超えた協力関係を築いている。夏の納涼祭やクリスマス会は3ユニットの職員が自分のユニットだけに固執せずに全体のケアに当たっている。介護の面では利用者様の健康状態を日々の介護でよく観察し、変化が感じられたら本部の看護課、近隣の病院に相談の上、早期受診で状態悪化を未然に防げるように取り組んでいる。利用者様の日常生活支援としてお散歩やレクや体操などを積極的に取り入れており利用者様の誕生日には誕生会を行っている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成28年9月15日	評価機関 評価決定日	平成28年11月11日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

①このグループホームの経営は社会福祉法人誠幸会です。同法人は横浜市を中心に神奈川県内に特別養護老人ホーム・ケアハウス・グループホーム・サービス付高齢者住宅などの「介護施設部門」と、ディサービス・ケアマネージャー・ホームヘルパー・訪問看護ステーションなどの「在宅部門」に、障がい者支援グループホームや保育園まで様々な福祉サービスを提供しています。ここ「グループホーム泉の郷上飯田」は相模鉄道いずみの線「いずみ中央」駅から徒歩15分程の、自然環境に恵まれた静かな住宅地内の一面に位置しています。グループホーム泉の郷上飯田は知的障害者用ケアホームが併設しており、1階に知的障害者ケアホームと1ユニットとグループホームの1ユニットがあり、2階部分は2ユニットのグループホームの計3ユニットのグループホームです。

②事業所の運営本方針に、法人の理念である「利用者ニーズに合った質の高いサービスと満足の提供、感謝の返礼」を基に事業所独自の方針として「①利用者個人の尊厳②心身の健康保持、安らかな生活保持③社会的な関わりを増進④地域社会への貢献⑤専門性と創造性のある援助」を掲げ事業計画やユニット目標に反映させています。安心と安らぎのある日常生活が送れるよう、利用者が漫然と画一的な日常生活でなく、夫々が能力に見合った役割をもって家庭的な環境の下で日常生活が送れる事への配慮の下に散歩、レクや体操なども積極的に取り入れています。夏の納涼祭やクリスマスなどの行事では、ユニット間を超えて協力し合いながら盛大に開催しています。

③地域との関係では、自治会に加入して地域主催の防災訓練や公園掃除等に入居者と参加し連携を深め、時には町内の「ふれあいサロン」への招待をいただいたり、近くのお店に入居者と共に買い物に出かけ、目標にも掲げている社会的な関わりを増進しています。

【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	グループホーム泉の郷
ユニット名	めぐみ

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	「利用者ニーズに合った質の高いサービスと満足の提供、感謝の返礼」という法人理念を職員同士が共有し日々のサービス提供を実施している。	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」について様々な機会を通じて認識を図り全員で共有しています。また、法人理念を基に5つの項目を事業所の方針として掲げ、事業計画やユニット毎の目標に反映させています。事業計画やユニット毎の目標達成度も振り返りながら、方針に沿ったケアの実践に努めています。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	散歩の場面で挨拶を交わしたり避難訓練に近隣住民が参加されたりする場面での交流がある。管理者は運営推進会議や自治会定例会への参加によりグループホームのことを発信している。	事業所の避難訓練に参加いただいたり、地域主催の防災訓練や公園掃除に入居者と参加し交流や連携を深めています。時には町内の「ふれあいサロン」へ招待していただいたり、近くのお店に入居者と共に買い物に出かけるなど、社会的な関わりを積極的にもつようにはしています。また、運営推進会議や自治会の定例会議等でも事業所の情報を発信することで、事業所の理解を深めていただけるようアピールしています。	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	運営推進鍵屋誓いの定例会議で管理者が職員の声を代表する形で認知症の方への理解を求めたり施設のアピールを行っている。		
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	運営推進会議は2カ月に1回、当グループホーム管理者並びに地域代表の方3名、オブザーバーの方が参加され活発な意見交換をし、日常のケアに生かしている。	2ヶ月に1回、地域代表の方3名、泉区の高齢福祉課職員、ケアプラザ相談員、利用者家族、施設長の参加で運営推進会議を開催しています。会議では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、参加者から質問、意見、助言、提案等を伺い意見交換を行っています。頂いた意見については検討した後に日々のケアに活かしています。	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	生活保護受給者の日常生活や体調変化などについては泉区の保護担当者と連絡を密にしながら協力関係を築いている。その他の利用者は家族や後見人との関係構築がメインになっている。	生活保護受給者の日常生活状況や体調などについて泉区の保護担当者と連絡を密にしながら協力関係を築いています。区の関係窓口の高齢支援課、生活支援課、生活衛生課は勿論のこと、防災や防犯面において消防署や警察、地域の方々とも連携を図り、積極的に協力関係を築くよう取り組んでいます。	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	身体拘束は法人全体として禁止しており法人の内部研修でも身体拘束をテーマにしたものを実施した。現在も身体拘束、玄関ドアの施錠は一切行っていない。	法人が行う年間研修計画への参加で、身体拘束・虐待禁止についてマニュアルや事例に基づいた職員への研修が行っています。日々のケアの中で、言葉による行動抑止等を行わないように注意を払い、拘束・虐待の禁止行為とそのデメリットを共有認識して廃止に取り組んでいます。玄関施錠は解放にして施錠は行っていません。	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	具体的な研修は身体拘束の研修の際に虐待についても学んだ。見過ごされることがないように職員が発見した場合には必ずリーダーへ報告するような体制を作っている。		
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	権利擁護の研修を27年に開催しているが28年度はまだ行っていない。		
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、解約には管理者が立ち会い、家族の不安や疑問にお答えしている。説明は詳細に行い後々トラブルにならないようにしている。		
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	家族会は設置していないため実質的には個々の家族から意見をいただき運営に反映させている。	利用契約時に重要事項9運営規定21条に記された苦情相談窓口と、対応についての説明を行っています。家族には面会時や電話などで、管理者や職員から生活状況等の報告をしてコミュニケーションを密にして、意見を伺うようにしています。家族からの意見については必要に応じて法人施設長へ報告する体制になっています。また、法人では毎年1回利用者満足度調査も行ない結果を各事業所にフィードバックしています。利用者の要望についてはケアプラン更新時に本人に伺い、ケアプランに反映させ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	介護職員の意見や提案、疑問を職員会議の場や日常的な連絡、申し送りの中で聞き反映させるようにしている。	事業所では3カ月毎に開催される職員会議を通じて職員が日々の観察に基づく気づきや意見提案を自由に表出でき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、常に職員からの意見や提案を聴くようにしています。また、本部による職員面談や懇談会も行われ、職員の働きやすい環境作りに努めています。	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	年に2回ある職員評価には各所員の勤怠実績、仕事への意欲や力量を加味したものを判断材料にしている。労働時間はきちんと休憩が取れる職場、定時退勤できる職場を心がけている。		
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	法人主催で月1回開催される内部研修への参加と現場でのOJTは力を入れている。		
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	同業者との交流は運営推進会議で同席する施設の管理者や法人内他部門の管理者、主任と交流し、質の向上を図っている。		
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	ご入居前に行う事前面接での様子やご家族、医療機関の情報をもとに入居日にお見せするケアプランに不安や要望を取り入れて安心確保に努めている		

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	家族の困っていることや不安は入居前に行う事前面接や入居時契約の際にお聞きし、実施できるように取り組んでいる。		
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	その時必要な支援は家族からの希望や本人からの訴え、希望を聞き、生活されている様子を見ていく中で見極めるように努めている。		
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	要望を訴えられる利用者に対しては本人の要望をお聞きし、そうでない利用者は家族に聞きながら職員他利用者の関係が一方通行にならないように努めている。		
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	面会に多く来る家族とは本人と家族の絆に配慮し、居室内で歓談していただいたり家族と本人とでお散歩や外出、外食に出かけていただいたりしている。		
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	手紙が届いたらお見せしたり電話がかかってきたら本人に電話に出て頂くといった支援をしている。	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よう、気兼ねなく来所いただける雰囲気作りを心がけています。普段から近くの床屋やお店を利用することで近所との馴染みの関係作りに繋げています。嘗ての楽しかった出来事の「今の思いを知って」出来るだけ思に沿った支援を心掛け、家族の協力も得ながら、外食、外泊の支援にも配慮を行っています。また、電話の取次ぎに加え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	一人一人の利用者によりそい、リビングで一緒に皆さんと楽しめる方へのサービス提供、他の利用者とはなかなか交流を持ってない利用者への個別対応というように各利用者の性格や認知症の状態に合わせて支援を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院中のまま退去となる利用者には入院先の病院と協力しながら次の転居先を探していくフォローをしている。		
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。	日常の会話や生活の様子から意向を見つけ出しているがほとんどの利用者からは本音を聞き出せないため、言葉以外の行動パターンや表情などから意向を探り出して本人本位にできるように試みている。	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ていますが、ほとんどの利用者との会話からでは、本音を伺い知る事が難しく、仕草や表情からの汲み取りと、家族からの情報を加味して思いを押し量り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	事前面接の報告書や本人からのお話し、ケアプランを参考に把握している。		
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	ケース記録、排泄パターンの記録、事歳のケアの中で現状把握している		

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	こまめにお面会に来る家族とは要望をお聞きしながら家族に意見を反映させたケアプランになっている。それ以外の家族の場合は電話連絡を取りながら意見を聞いたうえでのプランニングになっている。	変化のある場合は都度の見直しを基準として、概ね6ヶ月毎にカンファレンスを開き職員の日々の観察に基づく意見、家族から面会時や電話で伺った要望を踏まえて一人ひとりの残存能力に見合ったケアプランを計画作成者を中心に検討しながら作成しています。モニタリングは3ヶ月毎に行い、現状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	日常の個別ケース記録や職員同士の申し送りを通じて共有し、ケアプランに反映させている。		
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	既存のケアやケアプランのみに基づいたケアにとらわれず臨機応変に対応している。		
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	地域資源をいくつか活用しながら安全で豊かな暮らしができるように支援している。		
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、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	月1回の往診があり体調が悪い時には随時受診をし、早期治療をしてもらっている。検査が必要と予想出来たり重篤な疾患が予想される場合は総合病院への紹介を出していただいている。	ホームの提携クリニックとして湘南お茶の水クリニック、立場メンタルクリニック、石川歯科、湘南第1病院、湘南泉病院を紹介しています。通常、御茶ノ水と立場両メンタルクリニックからは看護師を伴って月1回の往診があり、緊急時は随時対応、重篤時には総合病院等の紹介をしていただいています。他の医療機関の受診は家族対応を原則とし、必要情報の提供と受診結果の共有を行ない、適切な医療を受けられるよう支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	周1回の訪問看護で看護師には報告、相談し、訪問日以外でも連絡を取りながら支持を受けています。			
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	病院の地域連携相談室や病棟の看護師などからまめに入院者の現状を確認して早期退院を支持している。関係づくりは主に管理者が行っている。			
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	重度化してきたら家族と話し合い、定期的な受診や食事形態（常食から刻みへの変更）ほかに特養申し込みなどの支援をし、退去となる前段階からよく話し合いを進めている。なお、当グループホームでは原則看取りケアは行っていない。	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書いて頂き、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を含めていくつかの選択肢を提案しています。		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	本部で行われる内部研修で学び実践力を身につけている。日々のケアでも常に事故発生時を想定して取り組んでいる。			
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回の避難訓練がありその際には地域の方にも参加いただいている。	年2回の避難訓練では地域の方にも参加をいただき、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、設備ではスプリンクラー、火災自動通報装置なども設置して災害対策が講じられています。また、地域の防災訓練にも参加しており地域との災害時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	人格の尊重を基本にした言葉かけ、介助を徹底している。	「言葉遣いの乱れは不適切支援に繋がる」事を職員間で共有し人格を尊重した声かけや介助を徹底しています。入居者の身になり誇りやプライバシーを損ねる事の無い言葉遣いに対応で支援しています。呼称は「さん」付けを基本にしていますが、本人や家族の希望に沿った呼称で呼んでいる方もいます。	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	こまめに声をかけ、話を傾聴することで訴えを聞き出し反映させている。	/		/
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	利用者にこれから何をしたいか？歌、散歩、工作、入浴、体操等の選択肢を用意して選んでもらえるように支援している。			
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	整容や洋服選び等でおしゃれができるように支援している。			
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	重度化が進み一緒に調理は出来なくなっている。もやしの芽取りや味見、食後のおぼん拭きで手伝っていたている。	食材は近くのスーパーに買い出しに行ったり、八百屋から届けられる野菜を用いて、季節に合わせた旬の物や、時には夫々の好みも加味したメニューも取り入れています。可能な方には食卓拭き、下膳、片付け、もやしの芽取り、味見等を手伝って頂き役割をこなす事で喜びと能力の維持に繋がっています。各テーブルに職員が付き介助しながら、楽しんで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	食事メニューは栄養バランスを考えて職員が作成している。個々の違いは量や刻み、ミキサーなど嚥下状態に合わせている。			
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、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	毎食後の口腔ケアを徹底している。うまくできない利用者には職員が一部介助している。			
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	排泄チェック表のデータと日々の状態観察を頼りにできる限りトイレ内での自立排泄ができるように支援している。	排泄チェック表のデータを活用して、その人に合った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、体調の変化や入院等でリハビリ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出切るだけ外せるように心掛けた支援を行っています。オムツの使用は経済的、精神、衛生的にも負担が大きい為、オムツ使用を極力減らして生活できるように注力しています。睡眠を妨げないことを前提に夜間にも声掛けのを行っています。		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	ヨーグルト、牛乳、センナ茶等で便秘予防をしている。中は出来るだけ散歩へお連れし運動するように取り組んでいる。			
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	最低でも週2～3回以上入浴が出来る様支援している。本人希望や医師、看護師の支援により毎日入浴されている利用者もいる。	入浴は週2回以上を基本とし、曜日や時間に捕らわれず気分や体調に考慮しながら柔軟に対応しています。入浴は、打ち身・あざ・湿疹などの早期発見に繋がる事を踏まえながら、無理強いせずにアプローチを工夫しながら入浴を促しています。季節に応じてゆず湯、菖蒲湯なども取り入れ、一緒に歌を歌ったり楽しむように工夫しています。		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	精神疾患のある利用者はメンタルクリニックが往診に来ているので眠前薬コントロールをしている。他の利用者は日中出来るだけ臥床し、夜は安眠できるよう支援している。			
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	服薬の内部研修を行い職員の薬に対する意識を高めている。薬のセットからチェック、服薬、服薬後まで誤薬がないか集中して取り組んでいる。薬が変更になった後、いつもと違う症状の出た利用者についてはすぐに医師に報告して指示を出していただいている。			
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	レクにも歌、ぬり絵、パズル、漢字ドリル、計算ドリル等ご本人の得意分野でやりがいが持てるように支援している。			
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	近隣の散歩へは日常にお連れしているが本人の希望に沿ったところまでの外出はほとんどない。一部利用者は家族面会時に近隣へお散歩に出かけたり車でドライブや外食に行かれている。	天気の良い日には声かけして、近くの散歩コースに出かけています。車椅子の方にも同様に対応をして出かけています。その他、家族の訪問時に近隣の散歩や車でドライブを兼ねての外食に行かれる方もいます。時には気分を変えて、車を利用した外出も企画し最近「相沢牧場」に出かけました。		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	現在ご自分でお金を管理できる能力のある方はいないため施設預かりにしている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 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	どうしても本人が電話をしたい場合には事前に家族の了解を取ったうえで電話をして頂いている。		
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	生活館や季節感を取り入れられるように工作で作った作品や貼り絵や風景写真をリビングに展示している。	清掃の行き届いた館内は騒音や異臭も無く適度な湿度・温度管理が行われ、居間にソファが設置され、季節の花等も生け、安らぎと寛が感じられる空間作りがされています。壁には皆で作成した季節感のある作品に加え風景写真などが掲示され、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	全室個室なので一人で過ごしたい時間は居室へ戻れる。共用空間には食堂以外の場所にも椅子やソファを置き会話をしやすい環境にしている。		
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	「自宅での家庭生活の延長がグループホーム」というコンセプトのため、本人が使い慣れたもの、好みのものや思い出の品を使えるように支援している。	入居時に「自宅での家庭生活の延長がグループホーム」であることを家族に説明し、使い慣れた家具などを持ち込んで頂く事をお勧めしています。大切にしてきた、鏡台、仏壇や写真などが持ち込まれ、夫々馴染んだ生活拠点が演出されています。居室にはクローゼット、カーテン、エアコンが備えられていて、各人好みの設えで居心地よく過ごせるよう支援しています。	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	フロアは手すり設置や導線で安全面に配慮しておりその空間で自立した生活が送れるようにしている。		

目標達成計画

事業所

グループホーム 泉の郷上飯田

作成日

平成28年9月30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	23	利用者一人一人の一日の過ごし方、心身状態、有する力などの現状把握があまいところがあるので再度（各ユニット）職員全体で深く掘り下げていきたい。	利用者各自の言動をよく観察したうえで本人の希望やニーズ応えられるケアができるようになる。	①取り組みチェック表の実施と検証 ②定期的なアセスメントで意見交換	6カ月
2	24	排泄チェック表やしぐさで排泄リズムをつかむようにしているものの間に合わず失禁するということもある。	トイレ誘導すれば自立排尿できる方の失禁を減らしていく。	①排泄チェック表から排泄の周期をつかむ ②定時誘導、状況に応じた誘導を行う	6カ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホーム 泉の郷
ユニット名	ぬくもり

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
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	「利用者ニーズに合った質の高いサービスと満足の提供、感謝の返礼」という法人理念を職員同士が共有し日々のサービス提供を実施している。		
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	散歩の場面で挨拶を交わしたり避難訓練に近隣住民が参加されたりする場面での交流がある。管理者は運営推進会議や自治会定例会への参加によりグループホームのことを発信している。		
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	運営推進鍵屋誓いの定例会議で管理者が職員の声を代表する形で認知症の方への理解を求めたり施設のアピールを行っている。		
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	運営推進会議は2カ月に1回、当グループホーム管理者並びに地域代表の方3名、オブザーバーの方が参加され活発な意見交換をし、日常のケアに生かしている。		
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	生活保護受給者の日常生活や体調変化などについては泉区の保護担当者と連絡を密にしながら協力関係を築いている。その他の利用者は家族や後見人との関係構築がメインになっている。		

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	身体拘束は法人全体として禁止しており法人の内部研修でも身体拘束をテーマにしたものを実施した。現在も身体拘束、玄関ドアの施錠は一切行っていない。		
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	具体的な研修は身体拘束の研修の際に虐待についても学んだ。見過ごされることがないように職員が発見した場合には必ずリーダーへ報告するような体制を作っている。		
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	権利擁護の研修を27年に開催しているが28年度はまだ行っていない。		
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、解約には管理者が立ち会い、家族の不安や疑問にお答えしている。説明は詳細に行い後々トラブルにならないようにしている。		
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	家族会は設置していないため実質的には個々の家族から意見をいただき運営に反映させている。		

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	介護職員の意見や提案、疑問を職員会議の場や日常的な連絡、申し送りの中で聞き反映させるようにしている。		
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	年に2回ある職員評価には各所員の勤怠実績、仕事への意欲や力量を加味したものを判断材料にしている。労働時間はきちんと休憩が取れる職場、定時退勤できる職場を心がけている。		
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	法人主催で月1回開催される内部研修への参加と現場でのOJTは力を入れている。		
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	同業者との交流は運営推進会議で同席する施設の管理者や法人内他部門の管理者、主任と交流し、質の向上を図っている。		
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	ご入居前に行う事前面接での様子やご家族、医療機関の情報をもとに入居日にお見せするケアプランに不安や要望を取り入れて安心確保に努めている		

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	家族の困っていることや不安は入居前に行う事前面接や入居時契約の際にお聞きし、実施できるように取り組んでいる。		
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	その時必要な支援は家族からの希望や本人からの訴え、希望を聞き、生活されている様子を見ていく中で見極めるように努めている。		
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	要望を訴えられる利用者に対しては本人の要望をお聞きし、そうでない利用者は家族に聞きながら職員他利用者の関係が一方通行にならないように努めている。		
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	面会に多く来る家族とは本人と家族の絆に配慮し、居室内で歓談していただいたり家族と本人とでお散歩や外出、外食に出かけていただいたりしている。		
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	手紙が届いたらお見せしたり電話がかかってきたら本人に電話に出て頂くといった支援をしている。		

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
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	一人一人の利用者によりそい、リビングで一緒に皆さんと楽しめる方へのサービス提供、他の利用者とはなかなか交流を持ってない利用者への個別対応というように各利用者の性格や認知症の状態に合わせて支援を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院中のまま退去となる利用者には入院先の病院と協力しながら次の転居先を探していくフォローをしている。		
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。	日常の会話や生活の様子から意向を見つけ出しているがほとんどの利用者からは本音を聞き出せないため、言葉以外の行動パターンや表情などから意向を探り出して本人本位にできるように試みている。		
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	事前面接の報告書や本人からのお話し、ケアプランを参考に把握している。		
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	ケース記録、排泄パターンの記録、事歳のケアの中で現状把握している		

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	こまめにお面会に来る家族とは要望をお聞きしながら家族に意見を反映させたケアプランになっている。それ以外の家族の場合は電話連絡を取りながら意見を聞いたうえでのプランニングになっている。		
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	日常の個別ケース記録や職員同士の申し送りを通じて共有し、ケアプランに反映させている。		
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	既存のケアやケアプランのみに基づいたケアにとらわれず臨機応変に対応している。		
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	地域資源をいくつか活用しながら安全で豊かな暮らしができるように支援している。		
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、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	月1回の往診があり体調が悪い時には随時受診をし、早期治療をしてもらっている。検査が必要と予想出来たり重篤な疾患が予想される場合は総合病院への紹介を出していただいている。		

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	周1回の訪問看護で看護師には報告、相談し、訪問日以外でも連絡を取りながら支持を受けています。		
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	病院の地域連携相談室や病棟の看護師などからまめに入院者の現状を確認して早期退院を支持している。関係づくりは主に管理者が行っている。		
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	重度化してきたら家族と話し合い、定期的な受診や食事形態（常食から刻みへの変更）ほかに特養申し込みなどの支援をし、退去となる前段階からよく話し合いを進めている。なお、当グループホームでは原則看取りケアは行っていない。		
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	本部で行われる内部研修で学び実践力を身につけている。日々のケアでも常に事故発生時を想定して取り組んでいる。		
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回の避難訓練がありその際には地域の方にも参加いただいている。		

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
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	人格の尊重を基本にした言葉かけ、介助を徹底している。		
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	こまめに声をかけ、話を傾聴することで訴えを聞き出し反映させている。		
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	利用者にこれから何をしたいか？歌、散歩、工作、入浴、体操等の選択肢を用意して選んでもらえるように支援している。		
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	整容や洋服選び等でおしゃれができるように支援している。		
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	重度化が進み一緒に調理は出来なくなっている。もやしの芽取りや味見、食後のおぼん拭きで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	食事メニューは栄養バランスを考えて職員が作成している。個々の違いは量や刻み、ミキサーなど嚥下状態に合わせている。		
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	毎食後の口腔ケアを徹底している。うまくできない利用者には職員が一部介助している。		
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	排泄チェック表のデータと日々の状態観察を頼りにできる限りトイレ内での自立排泄ができるように支援している。		
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	ヨーグルト、牛乳、センナ茶等で便秘予防をしている。中は出来るだけ散歩へお連れし運動するように取り組んでいる。		
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	最低でも週2～3回以上入浴が出来る様支援している。本人希望や医師、看護師の支援により毎日入浴されている利用者もいる。		

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	精神疾患のある利用者はメンタルクリニックが往診に来ているので眠前薬コントロールをしている。他の利用者は日中出来るだけ臥床し、夜は安眠できるよう支援している。		
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	服薬の内部研修を行い職員の薬に対する意識を高めている。薬のセットからチェック、服薬、服薬後まで誤薬がないか集中して取り組んでいる。薬が変更になった後、いつもと違う症状の出た利用者についてはすぐに医師に報告して指示を出していただいている。		
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	レクにも歌、ぬり絵、パズル、漢字ドリル、計算ドリル等ご本人の得意分野でやりがいが持てるように支援している。		
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	近隣の散歩へは日常にお連れしているが本人の希望に沿ったところまでの外出はほとんどない。一部利用者は家族面会時に近隣へお散歩に出かけたり車でドライブや外食に行かれている。		
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	現在ご自分でお金を管理できる能力のある方はいないため施設預かりにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 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	どうしても本人が電話をしたい場合には事前に家族の了解を取ったうえで電話をして頂いている。		
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	生活館や季節感を取り入れられるように工作で作った作品や貼り絵や風景写真をリビングに展示している。		
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	全室個室なので一人で過ごしたい時間は居室へ戻れる。共用空間には食堂以外の場所にも椅子やソファを置き会話をしやすい環境にしている。		
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	「自宅での家庭生活の延長がグループホーム」というコンセプトのため、本人が使い慣れたもの、好みのもので思い出の品を使えるように支援している。		
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	フロアは手すり設置や導線で安全面に配慮しておりその空間で自立した生活が送れるようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷上飯田

作成日

平成28年9月30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	23	利用者一人一人の一日の過ごし方、心身状態、有する力などの現状把握があまりところがあるので再度（各ユニット）職員全体で深く掘り下げていきたい。	利用者各自の言動をよく観察したうえで本人の希望やニーズ応えられるケアができるようになる。	①取り組みチェック表の実施と検証 ②定期的なアセスメントで意見交換	6カ月
2	24	排泄チェック表やしぐさで排泄リズムをつかむようにしているものの間に合わず失禁するということもある。	トイレ誘導すれば自立排尿できる方の失禁を減らしていく。	①排泄チェック表から排泄の周期をつかむ ②定時誘導、状況に応じた誘導を行う	6カ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホーム 泉の郷
ユニット名	かがやき

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	「利用者ニーズに合った質の高いサービスと満足の提供、感謝の返礼」という法人理念を職員同士が共有し日々のサービス提供を実施している。		
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	散歩の場面で挨拶を交わしたり避難訓練に近隣住民が参加されたりする場面での交流がある。管理者は運営推進会議や自治会定例会への参加によりグループホームのことを発信している。		
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	運営推進鍵屋誓いの定例会議で管理者が職員の声を代表する形で認知症の方への理解を求めたり施設のアピールを行っている。		
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	運営推進会議は2カ月に1回、当グループホーム管理者並びに地域代表の方3名、オブザーバーの方が参加され活発な意見交換をし、日常のケアに生かしている。		
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取り組んでいる	生活保護受給者の日常生活や体調変化などについては泉区の保護担当者と連絡を密にしながら協力関係を築いている。その他の利用者は家族や後見人との関係構築がメインになっている。		

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	身体拘束は法人全体として禁止しており法人の内部研修でも身体拘束をテーマにしたものを実施した。現在も身体拘束、玄関ドアの施錠は一切行っていない。		
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	具体的な研修は身体拘束の研修の際に虐待についても学んだ。見過ごされることがないように職員が発見した場合には必ずリーダーへ報告するような体制を作っている。		
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	権利擁護の研修を27年に開催しているが28年度はまだ行っていない。		
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、解約には管理者が立ち会い、家族の不安や疑問にお答えしている。説明は詳細に行い後々トラブルにならないようにしている。		
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	家族会は設置していないため実質的には個々の家族から意見をいただき運営に反映させている。		

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	介護職員の意見や提案、疑問を職員会議の場や日常的な連絡、申し送りの中で聞き反映させるようにしている。		
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	年に2回ある職員評価には各所員の勤怠実績、仕事への意欲や力量を加味したものを判断材料にしている。労働時間はきちんと休憩が取れる職場、定時退勤できる職場を心がけている。		
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	法人主催で月1回開催される内部研修への参加と現場でのOJTは力を入れている。		
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	同業者との交流は運営推進会議で同席する施設の管理者や法人内他部門の管理者、主任と交流し、質の向上を図っている。		
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	ご入居前に行う事前面接での様子やご家族、医療機関の情報をもとに入居日にお見せするケアプランに不安や要望を取り入れて安心確保に努めている		

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	家族の困っていることや不安は入居前に行う事前面接や入居時契約の際にお聞きし、実施できるように取り組んでいる。		
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	その時必要な支援は家族からの希望や本人からの訴え、希望を聞き、生活されている様子を見ていく中で見極めるように努めている。		
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	要望を訴えられる利用者に対しては本人の要望をお聞きし、そうでない利用者は家族に聞きながら職員他利用者の関係が一方通行にならないように努めている。		
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	面会に多く来る家族とは本人と家族の絆に配慮し、居室内で歓談していただいたり家族と本人とでお散歩や外出、外食に出かけていただいたりしている。		
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	手紙が届いたらお見せしたり電話がかかってきたら本人に電話に出て頂くといった支援をしている。		

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
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	一人一人の利用者によりそい、リビングで一緒に皆さんと楽しめる方へのサービス提供、他の利用者とはなかなか交流を持ってない利用者への個別対応というように各利用者の性格や認知症の状態に合わせて支援を行っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院中のまま退去となる利用者には入院先の病院と協力しながら次の転居先を探していくフォローをしている。		
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。	日常の会話や生活の様子から意向を見つけ出しているがほとんどの利用者からは本音を聞き出せないため、言葉以外の行動パターンや表情などから意向を探り出して本人本位にできるように試みている。		
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	事前面接の報告書や本人からのお話し、ケアプランを参考に把握している。		
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	ケース記録、排泄パターンの記録、事歳のケアの中で現状把握している		

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	こまめにお面会に来る家族とは要望をお聞きしながら家族に意見を反映させたケアプランになっている。それ以外の家族の場合は電話連絡を取りながら意見を聞いたうえでのプランニングになっている。		
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	日常の個別ケース記録や職員同士の申し送りを通じて共有し、ケアプランに反映させている。		
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	既存のケアやケアプランのみに基づいたケアにとらわれず臨機応変に対応している。		
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	地域資源をいくつか活用しながら安全で豊かな暮らしができるように支援している。		
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	月1回の往診があり体調が悪い時には随時受診をし、早期治療をしてもらっている。検査が必要と予想出来たり重篤な疾患が予想される場合は総合病院への紹介を出していただいている。		

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	週1回の訪問看護で看護師には報告、相談し、訪問日以外でも連絡を取りながら支持を受けています。		
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	病院の地域連携相談室や病棟の看護師などからまめに入院者の現状を確認して早期退院を支持している。関係づくりは主に管理者が行っている。		
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	重度化してきたら家族と話し合い、定期的な受診や食事形態（常食から刻みへの変更）ほかに特養申し込みなどの支援をし、退去となる前段階からよく話し合いを進めている。なお、当グループホームでは原則看取りケアは行っていない。		
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	本部で行われる内部研修で学び実践力を身につけている。日々のケアでも常に事故発生時を想定して取り組んでいる。		
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回の避難訓練がありその際には地域の方にも参加いただいている。		

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
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	人格の尊重を基本にした言葉かけ、介助を徹底している。		
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	こまめに声をかけ、話を傾聴することで訴えを聞き出し反映させている。		
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	利用者にこれから何をしたいか？歌、散歩、工作、入浴、体操等の選択肢を用意して選んでもらえるように支援している。		
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	整容や洋服選び等でおしゃれができるように支援している。		
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	重度化が進み一緒に調理は出来なくなっている。もやしの芽取りや味見、食後のおぼん拭きで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	食事メニューは栄養バランスを考えて職員が作成している。個々の違いは量や刻み、ミキサーなど嚥下状態に合わせている。		
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	毎食後の口腔ケアを徹底している。うまくできない利用者には職員が一部介助している。		
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	排泄チェック表のデータと日々の状態観察を頼りにできる限りトイレ内での自立排泄ができるように支援している。		
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	ヨーグルト、牛乳、センナ茶等で便秘予防をしている。中は出来るだけ散歩へお連れし運動するように取り組んでいる。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	最低でも週2～3回以上入浴が出来る様支援している。本人希望や医師、看護師の支援により毎日入浴されている利用者もいる。		

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	精神疾患のある利用者はメンタルクリニックが往診に来ているので眠前薬コントロールをしている。他の利用者は日中出来るだけ臥床し、夜は安眠できるよう支援している。		
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	服薬の内部研修を行い職員の薬に対する意識を高めている。薬のセットからチェック、服薬、服薬後まで誤薬がないか集中して取り組んでいる。薬が変更になった後、いつもと違う症状の出た利用者についてはすぐに医師に報告して指示を出していただいている。		
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	レクにも歌、ぬり絵、パズル、漢字ドリル、計算ドリル等ご本人の得意分野でやりがいが持てるように支援している。		
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	近隣の散歩へは日常にお連れしているが本人の希望に沿ったところまでの外出はほとんどない。一部利用者は家族面会時に近隣へお散歩に出かけたり車でドライブや外食に行かれている。		
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	現在ご自分でお金を管理できる能力のある方はいないため施設預かりにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 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	どうしても本人が電話をしたい場合には事前に家族の了解を取ったうえで電話をして頂いている。		
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	生活館や季節感を取り入れられるように工作で作った作品や貼り絵や風景写真をリビングに展示している。		
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	全室個室なので一人で過ごしたい時間は居室へ戻れる。共用空間には食堂以外の場所にも椅子やソファを置き会話をしやすい環境にしている。		
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	「自宅での家庭生活の延長がグループホーム」というコンセプトのため、本人が使い慣れたもの、好みのものや思い出の品を使えるように支援している。		
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	フロアは手すり設置や導線で安全面に配慮しておりその空間で自立した生活が送れるようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷上飯田

作成日

平成28年9月30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	23	利用者一人一人の一日の過ごし方、心身状態、有する力などの現状把握があまりところがあるので再度（各ユニット）職員全体で深く掘り下げていきたい。	利用者各自の言動をよく観察したうえで本人の希望やニーズ応えられるケアができるようになる。	①取り組みチェック表の実施と検証 ②定期的なアセスメントで意見交換	6カ月
2	24	排泄チェック表やしぐさで排泄リズムをつかむようにしているものの間に合わず失禁するということもある。	トイレ誘導すれば自立排尿できる方の失禁を減らしていく。	①排泄チェック表から排泄の周期をつかむ ②定時誘導、状況に応じた誘導を行う	6カ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。