

<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	10
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		4
4. 理念を実践するための体制		3
5. 人材の育成と支援		1
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		7
1. その人らしい暮らしの支援		5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		23

事業所番号	1473400313
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本郷
訪問調査日	令和7年8月27日
評価確定日	令和7年10月28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23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。

令和7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	1473400313	事業の開始年月日	平成15年10月1日
		指定年月日	平成18年10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本郷		
所在地	〒 246-0015 横浜市瀬谷区本郷 1 - 5 5 - 1		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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	令和7年8月18日	評価結果 市町村受理日	令和7年10月30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)】

空き部屋において、ショートステイを実施しています。誕生日会やゲーム大会、夏祭りやクリスマス会など、イベントにも力を入れ、入居者様の楽しみの機会を作っています。中庭の畑では野菜作りや花を育て、入居者様にも水やりや収穫、食していただくなどの取組みを行っています。自治会では防災管理班として活動、地域のイベントにも参加し交流を行っております。運営推進会議等を通じて事業所の現況を報告、相談も出来る関係性を築いております。委員会活動にも力を入れ、訓練を企画したり、環境委員会にて生ゴミの減量化に向け土壌混合法を実践しています。また、各種研修を通じ職員の質の向上に努めております。

【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	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和7年8月27日	評価機関 評価決定日	令和7年10月28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)】

●この事業所は社会福祉法人誠幸会の運営です。同法人は横浜市泉区に本部を構え、横浜市を中心に「高齢者介護・障害者福祉・保育」など40ヶ所の事業所で、様々な福祉サービスを提供する総合社会福祉法人です。高齢者介護では特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、グループホームなどの施設介護サービスから、ディサービス、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援などの在宅介護サービスまで、様々なニーズに対応できる事業を展開しています。ここ「泉の郷本郷」は相鉄線「瀬谷駅」からバスで「本郷原」で下車して、徒歩5分程の住宅地の中にあります。事業所は広い敷地内に2棟の建物に分かれており、1棟が2ユニット、もう1棟が1ユニットの造りになっています。中庭では季節の花を植えたり、さつま芋やナス等の野菜作りに取り組み、利用者はベンチに座ったり散歩や外気浴の場として活用しています。 ●事業所は3ユニットと規模が大きいため、「環境・防災・事故防止」の3つの委員会を設置し、非常勤を含め全職員が所属することでコミュニケーションを維持するとともに有事の際に連携して対処できる体制作りを取っています。また、管理者はユニット規模が大きいからこそ情報共有を重視し、全職員とのグループラインを作り、問題点などを共有しながら課題等の解決を図るとともに、風通しの良い職場環境を心がけています。 ●地域との交流では、自治会の今年度の「防災管理班」として集まりに参加し、地域の防災訓練やイベント等でも交流をしています。また地域の「神明社」でのどんど焼きや「菊花展」に声掛けをしていただく等、良好な関係性を築いています。
--

【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 ～ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	11
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	12 ～ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	17 ～ 23
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	グループホーム泉の郷 本郷
ユニット名	あやめユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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	基本理念・基本方針・行動規範を各ユニットに掲示、共有しています。地域のイベントに積極的に参加していることや、ご利用者様一人一人に対し、その方を知り笑顔を引き出し、その幸せ・笑顔を同僚や地域に広げるよう努めています。	事務所と各ユニットに法人の基本理念・基本方針・行動規範と今年度の方針「決意」を掲示しています。コロナ以降唱和は出来ていませんが、入職時に周知し、問題が起きた時には理念に沿った指導を行っています。5月の全体会議に全職員が集まり、理事長の話を聴き理解に繋がっています。	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	自治会では防災管理班として地域の防災訓練に参加したり、どんと焼き等地域のイベントなどに参加させていただき、交流をしております。運営推進会議にて運営状況を報告し、お互いに協力できる関係性を築いています。	自治会の今年度の「防災管理班」として定例会に参加し、話し合っています。地域の防災訓練に参加し、「神明社」でのどんと焼きや地域のイベント等でも交流しています。また、「菊花展」に声掛けをしていただく等、良好な関係性を築いています。	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	法人内に多種類の事業所があり、協力して、地域に向けて認知症の方への支援方法や解決策などを提案することや、イベントに参加することで認知症への理解を促すよう努めています。			
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	地域の役員の方や包括、区役所職員に呼び掛け、ご利用者様へのサービスにおけるヒヤリハットや事故、職員の入退職などを報告することや、現状及び対策について情報共有を行い、いただいたご意見を、今後の取組みに活かしています。	運営推進会議は2ヶ月に1回、自治会長・地域包括職員・民生委員・区役所職員の参加を得て開催しています。事業所の現状やヒヤリハット・事故報告等を行い、離設についての話し合いでは、事業所のオーナーがフェンスを取り付けて下さるなど、有意義な取り組みにつながっています。	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	区役所高齢障害支援課や生活支援課の担当と、ご利用者様の状態や入退去について密に連絡を取り合う関係性を築いており、困難事例など協同で解決に導いています。事故報告は都度、横浜市に行い、苦情なども相談のうえ、対応しています。行政の取組みを法人や地域にも情報共有しています。	区役所高齢障害支援課や生活支援課の担当者とは、日頃から密に連絡を取り合い、困難事例など協同で解決に導いています。事故報告は都度、横浜市に行い対応しています。生活保護課からは相談や訪問があります。グループホーム連絡会の情報は、法人の担当課長から連絡が来っています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事業所内で身体拘束に該当する内容、身体拘束をすることでの弊害に関して研修を実施することや、ご利用者様への対応で何がそれにあたるのかを都度話し、職員全員の理解に努めています。	3ヶ月に1回身体拘束適正化委員会を開催しています。オンライン研修を導入し、認知症の理解、身体拘束の弊害について学び、報告書を書いて提出しています。利用者への対応で何かあればその場で話し合い、拘束の無いケアの実践につなげています。	今後の継続
7	6	○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	高齢者虐待防止法や虐待事例などは、事業所での研修で学びの機会を設けている。虐待に繋がりそうな事例には、管理者へのヒヤリハット等の報告を上げることや、朝・夕礼時での紹介、ユニットで周知するようにしています。	虐待防止委員会を開催し、情報の共有を行っています。研修で虐待になりうる事例などを学び、管理者へヒヤリハットの報告を上げることや、朝・夕礼時での紹介でユニットで周知するようにしています。毎年チェックリストを実施し、それを基に面談を行っています。	今後の継続
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	事業所内研修を通じて、学ぶ機会を設けています。入居者様に後見人が必要であることは、行政とも共有し、進めています。		
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	契約時には、契約書（重要事項説明書）を読み上げ、納得の上同意していただいております。解約には対面での説明、電話等で連絡を密に取りご説明をさせて頂いております。改定時には書面にてお知らせ、不明点に関してはご説明をし、同意をいただいております。		
10	7	○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	面会時やご連絡の際にご家族の意見・要望をお聞きし、管理者及び職員が情報共有しております。また、日々ご利用者様の表情、言動からご利用者様のご希望をくみ取り、ケアカンファレンスの場において共有、職員が話し合いの上、ケアプランに反映させるよう配慮しています。	利用者とは日頃から対話を重視し、コミュニケーションを心がけています。家族とは面会や電話連絡時に意見や要望を伺い、可能な限り検討しています。職員には朝・夕礼時やメール等で情報を共有し、ケアプランに反映させるなど、利用者や家族の意見を取入れたサービス提供に努めています。	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	8	○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	朝・夕礼時、出・退勤時に職員の話を傾聴。また、個別面接の希望、必要があると判断した際は、面談を行っております。事業所内で解決が難しい案件に関しては、グループホーム課長、本部 施設長等も同席しての面談を実施できるよう体制を整えています。	管理者は、毎日の出退勤時や朝・夕礼時に職員の話を聴き、必要に応じて面談を行っています。全職員とのグループラインを作り、問題点などを共有し、風通しの良い職場環境を心がけています。解決が難しい案件は、本部、グループホーム課長等も交えて面談を実施できる体制を整えています。	今後の継続
12	9	○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	職員の特性を生かし、配置するよう努めています。各職員が委員会に所属、委員会活動を通じて役割を持ち、やりがい等を深める取組みをしています。イベント担当や注文担当など、個々での役割を持つことで、責任感を持って取り組めるよう促しています。	環境・防災・事故防止の委員会に、3ユニット全職員が所属することで、コミュニケーションや情報共有を維持しています。またイベント担当や備品・米等の注文担当も決め、役割を持ち責任感を持って取り組むことで、やりがいや向上心につなげています。	今後の継続
13	10	○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	有益な内容に関しては、外部の研修への参加希望を募り、勤務として参加を促しております。	法人の研修はオンラインで実施し、有益な内容の外部研修の案内は事務所に掲示し、参加を促しています。実務者研修等は職員に声掛けをして参加してもらっています。管理者は今後、年1回自己評価を行い、次年度に向け（今後どうしたいかについて）面談を行っていく予定です。	今後の継続
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	自事業のグループホーム職員が瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会に参加し、情報共有をしています。地域の同業者の集まりであるRUN絆にも参加する予定となっています。		
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	ご入居時のケアプランを基にケアカンファレンスを行い、職員間で情報共有、検証、改善を行っております。それにより、ケアプランが常にご本人様の希望に沿った最適なものになるよう努めています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご入居前後には、特にコミュニケーションを密にとり信頼関係が築けるよう努力しております。入居前のご様子を伺ったり入居後のご利用者様の様子の報告も努めております。		
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	事前にお伺いした情報、実際にご入居されてからのご本人の意思、ご様子を職員間や多職種間で情報を共有し、ご本人、ご家族が安心できるケアに努めております。		
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	ご利用者様お一人お一人のできること、したいこと、例えば掃除、洗濯もの畳み等をお任せすることによってご利用者さまにもやりがい、生きがいを持って頂いています。		
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	折に触れ、ご家族にこれまでの生活歴や習慣などについてのお話を伺い、適切なケアができるようご支援を頂いております。ご家族の面会時には現在のご様子をお伝えし、ケアに役立つアドバイスを頂いております。		
20	11	○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、ご友人、近隣の皆様との関係が可能な限り継続できるよう努めております。	家族をはじめ、家族の了承を得た友人等と面会をしていただいています。利用者によっては、家族や友人と外出される方もおり、関係が途切れないよう支援に努めています。年賀状の来る方もおり、返事を出される際にはお手伝いをしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用者様の興味や関心に合わせたレクリエーションを提供しております。また、職員が間に入りご利用者様同士交流が図れるよう食事の席等の環境にも配慮しております。		
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	退去された後も可能な限り、ご家族と連絡を取り、その後のご様子をお伺いしつつ、関係継続が図れるよう努めております。		
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	12	○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。	日常会話の中で、ご本人様の意思やお気持ちの把握に努めております。また、会話による把握が困難な場合は筆談をしたり、非言語コミュニケーション等工夫をしております。	入居前に家族や担当ケアマネジャーから話を伺い、経歴等を把握しています。入居後は本人と意思疎通を図りながら、思いを把握出来るよう努めています。会話による把握が困難な場合は、筆談をしたり絵を書いたり、非言語コミュニケーション等工夫をしています。	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	ご入居前後にご本人様、ご家族、担当されていたケアマネジャー、施設職員からご様子をお伺いし、収集した情報を基にグループホームでの生活がより良いものになるよう努めております。		
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	毎日のご利用者様との会話、行動、その他のご様子を観察する中で心身の状態の把握に努めております。体調が思わしくない状態が続いた際には、そのご利用者様に関しての詳細な記録を別に取り、職員間、多種職間との情報共有に努めております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプラン更新時には、その都度アセスメントの見直しを行い、ご利用者様自身、ご家族や後見人様の要望をお伺いしております。また訪問看護師、医師、歯科医師にも意見を聞き、完成したアセスメントに基づくケアプランを作成しております。職員の意見はケアカンファレンスを通して反映しております。	入居時にアセスメントを参考に暫定の介護計画を立てています。入居後はホームでの生活に慣れていただくことを前提として、2ヶ月程様子を見てその方に合ったケアプランを立てています。医師と認知症の進行度合いを相談しながら、短期で3ヶ月、長期で6ヶ月の見直しを行っています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々のご様子をパソコンで記録し、職員がいつでも閲覧できるようにしております。特別に共有したい情報に関しては申し送りノートに別途記入しています。PDCAサイクルを回し、日々のケア、介護計画の見直しに役立てています。		
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、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご利用者様に対して居室担当だけでなく複数職員の目で得られた情報を職員間で共有し、ご家族と相談しつつ、個々人を尊重したケアができる限り心掛けております。また、PDCAサイクルを回し、順次対応を変えつつケアをしています。		
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	現地域や自治会の行事に参加を希望されるご利用者様がならず、参加可能な自治会行事のみになります。		
30	14	○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	内科・歯科の訪問診療があります。急なご容態の変化があった場合には内科ナースコール（24時間対応）や訪問看護師に相談をして、迅速で適切な医療が受けられるよう体制を整えています。また、かかりつけ医以外の受診結果を適宜ご家族に報告し、安心して頂けるように努めております。	事業所の協力医である内科・歯科から、月2回の訪問診療があります。歯科は全員が受診し、嚥下状態等を診ていただいています。週1回訪問看護師の来訪時に、コロナに関して相談したり、看取りの研修の講師を依頼しています。かかりつけ医以外の受診は、基本的には家族にお願いしています。	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	週1回、訪問看護師の来訪時、書面・面談で様子や問題点を伝え、医療職の視点での助言、ご利用者の身体・精神面の問題把握に努めております。また、適切な体調管理の助言をしてもらい、職員間で情報共有しております。		
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。	入院時には、往診医と連携している病院へ情報提供書を送ってもらっています。退院までは、ご本人様、ご家族、医師・医療連帯室のソーシャルワーカーと連絡・相談を行い、今後の方針を決定しております。退院後は、ご本人様がホームで安心して入院前の生活に戻れるよう努めております。		
33	15	○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	食事量の減少等の特変が見られた段階で、ご家族・ご本人様のご希望に関してご相談をしております。施設で支援できることについてご説明をした上で、主治医・訪問看護師・職員が協議して、ご本人様・ご家族を支援しております。訪問看護師同席でカンファレンスを行い、ケアの統一化を図っております。	入居時に「看取り指針」を基に説明し、家族の希望を伺っています。食事量の減少等の特変が見られた段階で、医師から家族に連絡をし、医師・家族・管理者で協議したうえで看取りのケアプランを作成し、ケアの統一を図っています。訪問看護師に看取りの研修を依頼しています。	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	事業所内で定期的に救急対応に関する研修を行っています。また、急変・事故発生後は振り返りを行い、同じような事例に備えております。心肺蘇生法についても定期的に研修を行っています。		
35	16	○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	防災訓練・BCP訓練を行っています。訓練後には、消防の方より総評をして頂き、次回の訓練に生かしております。近隣の方にも例年ご都合がつけばご参加いただいています。運営推進会議での情報交換を通じて協力体制を築いております。	防災委員会を中心に、自然災害を含め年4回の訓練を行っています。消防署の立ち合いで行い、総評をいただいています。自治会の「防災管理班」として地域の防災訓練にも参加しています。運営推進会議での情報交換を通じて、近隣とも協力体制を築いています。	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	17	○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	健康状態やご様子などプライバシーに関する話は、他のご利用者様の前では行わないように配慮をしています。	オンライン研修で接遇や認知症について学び、マニュアルも完備し、利用者の尊厳を大切にしたい対応を心掛けています。利用者への呼びかけ等では、馴れ合いにならないよう気を付けています。入浴時には風呂場にカーテンレールをかけるなど、プライバシーにも配慮した対応を心掛けています。	今後の継続	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 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	ご自身の思いを伝えやすいような、お声掛けを心掛けております。また、食事など共通の時間以外で居室で過ごしたい方には、心身の状態に留意しつつ、ご本人の意思を尊重しております。			
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	ゆったりと過ごして頂けるよう、出来る限り配慮しております。また、お一人おひとりの体調やペースに合った対応を心掛けております。			
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	ご利用者様のお好みの洋服に配慮し、季節に合ったお気に入りの物を出来るだけ着用して頂いております。また、ご希望に応じて定期的に訪問美容をご利用頂いております。			
40	18	○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	ご利用者様に合わせ、ゆったりと食事が出来るように配慮しております。また、歯科医師による嚥下評価を実施した上で、安心・安全に召し上がっていただける食事形態、常食常菜以外にも刻み食やムース食を提供しております。	食事はレシピ付きで配食業者に依頼し、職員が調理しています。安易に冷凍品を提供するのではなく、手作りによる音や香り等の五感で楽しんでいただくことを大切に、家庭菜園のさつま芋やナスなどの季節に合わせた一品も提供するように心掛けています。誕生会には本人の要望をお聞きし、ケーキや好きな物をお出ししています。	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・水分量を記録し、ご様子の把握に努めております。毎月体重測定、BMIの記録及び栄養ケア・マネジメント計画書を管理栄養士にお送り、管理栄養士の指導を受けております。食事量、水分量が低下している場合は医師・歯科医師にも相談しつつ栄養状態の維持に努めております。		
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	口腔ケア・マネジメント計画書を歯科医師に送り、毎月の歯科医師、歯科衛生士からの技術的助言。指導を受けております。また、歯科訪問診療の際に、歯垢・歯石の除去をして頂いております。		
43	19	○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	排泄表で記録を取り、トイレ誘導のタイミングを把握、オムツ、パッド等の使用を減らす支援をしています。	利用者に応じて排泄チェック表に記録を取り、排泄パターンの把握に努めています。自立して本人の意志で行かれる方には、排便の申告をしていただいています。便秘の予防として、毎日800cc程の水分とオリゴ糖を使用するなど、腸活を行っています。	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	乳製品などの提供や食生活の改善、運動促進で便秘の予防に努めています。ご利用者様によってはオリゴ糖を使用して腸活を行い、様子を見たり、医師・看護師に相談をして服薬による便秘解消も行っております。		
45	20	○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	清潔保持の為、体調や血圧を考慮しながら3日に1回、入浴して頂いております。入浴後には甘い飲み物やお茶などお好きな飲み物を提供しています。	清潔保持のため、3日に1回の入浴支援を行っています。入浴前にはバイタルチェックを行うとともに、本人の意向を確認した上で入浴を促すなど、無理強いのない支援につなげています。希望があれば同性職員に代えるなど、羞恥心に配慮した対応も行っています。浴室の壁を可愛い壁紙にしたり、季節のゆず湯も取り入れ、楽しく入浴でき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
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	日中はご本人様の希望に応じて居室でお休み頂いていますが、基本居室やリビングにて過ごして頂き、夜間安眠できる支援をを心掛けています。また、快適に過ごして頂けるよう、空調の調節、低反発のマットレスを使用しております。		
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	服薬内容を提示して、ユニット職員が情報共有しております。また提携薬局による配薬、指導など適切な服薬に努めております。服薬マニュアルの見直し・誤薬防止研修も随時行っております。服薬による状態の変化を往診医に報告し指示を頂いております。また服薬支援アプリを導入しております。		
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	ご利用者様の好きなこと、やりがいに感じること、ADLに応じたレクリエーションやお手伝いの支援を行っております。好きな音楽や新聞、雑誌等も希望に応じして提供しております。居室のモップ掛けや洗濯物畳みを通じてご利用者様が社会に貢献しているという実感して頂いております。		
49	21	○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	ご利用者様のご希望やADLを考慮して、晴れた日には中庭を散歩して頂いたり、職員と一緒に庭の草むしりや水を撒いて頂いたりして過ごされています。ご利用者様によってはご家族様と一緒に外出される方もいらっしゃいます。	天候や体調を考慮しながら、広い中庭を散歩したり、ベンチで外気浴をして過ごしています。中庭には花壇や家庭菜園もあり、職員と一緒に水まきや野菜の収穫など、園芸療法も取入れながら気分転換につなげています。また、個別にドライブにお連れしたり、家族と買い物に行かれている方もいます。	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	金銭管理は基本管理者・事務員が行っておりますが、物品の購入はご希望に添えるように、ご家族様にも相談し対応しております。成年後見がいるご利用者様については、ご相談の上ご本人がご希望される品物を購入して頂いております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人のご希望に応じて、ご家族等への手紙、電話連絡は自由にして頂いております。場合によっては職員が電話をかけ、ご本人に取り次ぐなど、柔軟に対応しております。またお手紙が届いた際は、ご本人に誰からのお手紙かご説明してお渡ししています。		
52	22	○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	四季によって壁の飾りを変えたり施設内イベントの写真やご利用者様の制作物を展示したり、ご本人に合わせた温度調節、湿度の維持を心掛け、居心地の良いリビング作りを心掛けております。	共用空間には、利用者の思い出作りのために、イベントの写真をたくさん飾っています。地域の「ニコニコ会」の方が七夕飾りを持って来てくださり、利用者に喜ばれました。テーブルには季節の花を飾り、加湿器・空気清浄機・サーキュレーターなどで、環境に配慮し、居心地よく過ごせる様工夫しています。	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	リビング内ではご自身の食席は決められていますが、談話の際は好きな席に、お一人でのんびり過ごされたい時はソファで、希望に応じてお過ごし頂いております。		
54	23	○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	ご家族と撮ったお写真やずっと使用されていた家具、思い出の品等を置いて頂き、安全に配慮しつつ居心地の良い居室作りに努めております。	居室には、クローゼット・エアコン・ベッド・防災カーテンが設置されています。入居時に、使い慣れた物や思い出の品、仏壇、家族との写真などを持参していただき、居心地の良い居室とな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	ご利用者様に危険が及ぶような薬剤や道具は目につかない場所、施錠できる場所に保管しております。また、歩行・車椅子の通行の妨げにならないように家具の配置を行っております。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム泉の郷本郷

作成日 令和7年8月27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	34 47	以前掲げた目標である誤薬事故が減っていない。	誤薬事故を起こさない。	入居者様の服薬状況・増減を把握し、手順や記録をわかりやすくする。決められたルールは職員に周知し、確実に行う。	6ヶ月
2	34	転倒事故が多い。	転倒事故を減らす。	入居者様の転倒リスクを把握し、環境、靴、歩行手段などを見直し、転倒を防ぐ。器具や運動により下肢の筋力を維持する。	6ヶ月
3	48 49	日勤の配置が少なくなり、外出するなど、入居者様のより充実した生活支援が難しくなっている。	外出やレクなど楽しむの時間を増やし、生き生きとした生活を送ることができる。	業務の効率化を図り、1か月単位で業務時間の配分を見直すことで、外出やレクなどの時間を作る。	1年
4	35	火災や地震、感染症が拡大するなど、災害時に、全職員がどのように動けばいいか曖昧である。	災害が起きた際に、どのように動けばいいのか全職員が理解している。	研修や訓練を通じて、マニュアルを知識・実践で行えるようにする。	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホーム泉の郷 本郷
ユニット名	れんげユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
		○	2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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	基本理念・基本方針・行動規範を各ユニットに掲示、共有しています。地域のイベントに積極的に参加していることや、ご利用者様一人一人に対し、その方を知り笑顔を引き出し、その幸せ・笑顔を同僚や地域に広げるよう努めています。		
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	自治会では防災管理班として地域の防災訓練に参加したり、どんと焼き等地域のイベントなどに参加させていただき、交流をしております。運営推進会議にて運営状況を報告し、お互いに協力できる関係性を築けています。		
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	法人内に多種類の事業所があり、協力して、地域に向けて認知症の方への支援方法や解決策などを提案することや、イベントに参加することで認知症への理解を促すよう努めています。		
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	地域の役員の方や包括、区役所職員に呼び掛け、ご利用者様へのサービスにおけるヒヤリハットや事故、職員の入退職などを報告することや、現状及び対策について情報共有を行い、いただいたご意見を、今後の取組みに活かしています。		
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	区役所高齢障害支援課や生活支援課の担当と、ご利用者様の状態や入退去について密に連絡を取り合う関係性を築いており、困難事例など協同で解決に導いています。事故報告は都度、横浜市に行い、苦情なども相談のうえ、対応しています。行政の取組みを法人や地域にも情報共有しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事業所内で身体拘束に該当する内容、身体拘束をすることでの弊害に関して研修を実施することや、ご利用者様への対応で何がそれにあたるのかを都度話し、職員全員の理解に努めています。		
7	6	○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	高齢者虐待防止法や虐待事例などは、事業所での研修で学びの機会を設けている。虐待に繋がりそうな事例には、管理者へのヒヤリハット等の報告を上げることや、朝・夕礼時での紹介、ユニットで周知するようにしています。		
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	事業所内研修を通じて、学ぶ機会を設けています。入居者様に後見人が必要であることは、行政とも共有し、進めています。		
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	契約時には、契約書（重要事項説明書）を読み上げ、納得の上同意していただいております。解約には対面での説明、電話等で連絡を密に取りご説明をさせて頂いております。改定時には書面にてお知らせ、不明点に関してはご説明をし、同意をいただいております。		
10	7	○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	面会時やご連絡の際にご家族の意見・要望をお聞きし、管理者及び職員が情報共有しております。また、日々ご利用者様の表情、言動からご利用者様のご希望をくみ取り、ケアカンファレンスの場において共有、職員が話し合いの上、ケアプランに反映させるよう配慮しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	朝・夕礼時、出・退勤時に職員の話を傾聴。また、個別面接の希望、必要があると判断した際は、面談を行っております。事業所内で解決が難しい案件に関しては、グループホーム課長、本部 施設長等も同席しての面談を実施できるよう体制を整えています。		
12	9	○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	職員の特性を生かし、配置するよう努めています。各職員が委員会に所属、委員会活動を通じて役割を持ち、やりがい等を深める取組みをしております。イベント担当や注文担当など、個々での役割を持つことで、責任感を持って取り組めるよう促しています。		
13	10	○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	有益な内容に関しては、外部の研修への参加希望を募り、勤務として参加を促しております。		
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	自事業のグループホーム職員が瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会に参加し、情報共有をしています。地域の同業者の集まりであるRUN絆にも参加する予定となっています。		
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ご様子やご家族、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の確保に務めています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族の困っていることや不安は入居時契約の際にお聞きし、介護職員も把握したうえで実施できるように取り組んでいます。		
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、生活され始めてからの様子をみていく中で見極めるように努めています。		
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と利用者の関係が一方通行にならないように努めています。。		
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、通院時の同行や、面会時には居室内で歓談していただいたり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ます。		
20	11	○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でて頂くといった支援をしています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用者の認知症のレベルや性格、相性などをふまえて皆様が孤立せずに会話したりレクやお手伝いなどを通じて交流できるように支援しています。		
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	退去後も出来る限りご家族と連絡を取り、その後のご様子を伺ったりご相談を受けたりできるように努めています。		
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	12	○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。	ケアプラン作成時にご本人、ご家族の希望をそれぞれ確認してプランに反映し職員で共有しています。ご入居後もご利用者には都度お話を伺い希望や訴えがあればお聞きして職員全員が把握できるようにしています。		
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、ケアプランを参考に把握しています。		
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	日常的なケアの中で把握しています。他にも一ス記録、排泄パターン記録の記録、職員間の伝達により現状把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○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	ご本人の聞き取りを行っているほか、こまめに面会に来るご家族とは要望をお聞きしながら家族の意見を反映させたケアプランになっています。それ以外のご家族の場合は電話連絡をと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ます。		
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ます。		
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、その時々にも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その時、その場の状況に応じ臨機応変に対応しています。		
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（ボランティアの訪問や近隣住民等）を把握し、活用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ます。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医による月2回の往診があり体調が悪い時には随時受診をし、早期治療をしています。検査が必要とされたり重篤な疾患が予想される場合は総合病院への紹介状を出していただいています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	訪問看護は週1回の訪問日にご利用者の詳細を報告し、スムーズに看護を受けられるようにしています。また、特変が見られた場合は訪問日外でも連絡をして情報共有し迅速な対応ができるように連携しています。		
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。	入院された場合には病院側へできる限り詳細な情報を伝えています。病院側が希望されたら介護サマリーも提出し治療をスムーズに行えるように医療側と連携しています。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	状態低下されてたらご家族、ご本人様の希望を伺い施設で出来る支援について説明させていただいた上で、主治医、訪問看護師、職員が協議して支援しています。看取り契約されたご利用者は訪問看護師同席でカンファレンスを実施して以降の統一ケアを図っております。		
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	定期的に内部研修を開催して急変時や事故発生時のシュミレーションを行っています。研修以外にも通常業務で職員同士が意見交換したり意識付けを出来るようにしています。		
35	16	○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	定期的に災害時の研修を実施し地震と風水害別々に実施しています。消防の方にも訓練後にご意見をいただき、地域とも協力できるように避難訓練に参加いただき意見を頂くことがあります。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	17	○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	そのご利用者の誇りやプライバシーに配慮した言葉かけを職員全員で行い気持ちよく生活できるように配慮しています。			
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	ご利用者との会話でご希望や思いをお聞きして実現できそうなことはできるだけかなえて頂けるように支援しています。			
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	職員津堂でなくご利用者のペースを重要視してその日をできるだけ望まれた過ごし方を出来るように支援しています。			
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	鏡を用意して髪型をセットしたり好きな洋服を選ぶようにしておしゃれできるように支援しています。			
40	18	○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	食事の準備では盛り付けを手伝っていただき、食後は食器ふきやテーブルふきを手伝っていただき残存機能を活かす取り組みをしています。			

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人一人の食事形態、食事量をチェックしながら食事量、水分量を確保できるように職員間で情報共有しています。		
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	毎食後に口腔ケアの時間を取り口腔ケアを実施しています。ご自分でできないご利用者には職員が介助し実施しています。		
43	19	○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定時のお声掛けによるトイレ誘導、または本人のしぐさなどから推測してのトイレ誘導などできる限りトイレ内での自立排泄が出来るように支援しています。		
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	便秘のご利用者にはできるだけ体操などで体を動かして頂いたり牛乳を飲んで頂き排便を促しています。それでも出ない方については下剤の服用により対応しています。		
45	20	○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	基本は9名全員を均等に入浴頂けるように予定していますが好き嫌いもある為、入浴を希望されるご利用者には予定にとらわれずに入浴の回数を多くする支援をしています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ずっとリビングで皆様と過ごされていても気疲れしてしまうので昼食後には皆様居室でお昼寝やくつろげる時間を作っています。リビングへ来られるご利用者にはリビングでお好みに過ごして頂き施設側の都合にしないようにしています。夜間も同様に安眠出来ずリビングに来られrご利用者にはしばらくリビングで過ごして頂いています。		
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	薬事情報の用紙を職員が共有しユニット事務所のボードにも用途と薬の名前を書いておき何のための薬かを全体で理解、共有できるように努めています。		
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	調理師をされていたご利用者には料理の盛り付けをお手伝い頂いたり主婦のご利用者には洗濯たたみや食器ふき、他歌レクや体操、手芸など特異な事や楽しみはできる限り支援できるようにしています。		
49	21	○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	人間的にケアが可能な時には中庭へお連れし外気浴や歩行リハビリを実施しています。ご家族のご希望で家族と本人が定期的に外出されている方はいます。		
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	お金の所持は当GHでは自己管理された際にも盗難のリスクがあるのと「盗まれた」という妄想もあるためトラブル予防の観点から原則的には施設で金庫管理させて頂いています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、後見人の了解をとったうえで電話のできる環境を作っています。		
52	22	○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	生活感や季節感は重視しており壁にはカレンダーや写真を貼ったり、ご利用者が作った工芸や塗り絵などを飾っています。音は音楽ばのお好きな利用者にはCDをかけています。温度調整は職員基準でなく利用者基準でエアコンの室温設定を行っている。		
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ます。共用空間には椅子やソファを置き会話をしやすい環境にしている。ベランダにも椅子を置き外気浴をしながら会話できるようにしています。		
54	23	○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	自宅で生活していたころと変わらない居住空間を目指しているため使い慣れた椅子やテーブル、タンスを持ち込まれているご利用者もあり居心地よく過ごせるようにしています。		
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	自立した動作のできるご利用者にはご自身の機能を優先頂けるように居室内の物の配置を配慮し動線を確保しています。また、リビングも車椅子移動や歩行の妨げにならないような家具の配置にしています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム泉の郷本郷

作成日 令和7年8月27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	34 47	以前掲げた目標である誤薬事故が減っていない。	誤薬事故を起こさない。	入居者様の服薬状況・増減を把握し、手順や記録をわかりやすくする。決められたルールは職員に周知し、確実に行う。	6ヶ月
2	34	転倒事故が多い。	転倒事故を減らす。	入居者様の転倒リスクを把握し、環境、靴、歩行手段などを見直し、転倒を防ぐ。器具や運動により下肢の筋力を維持する。	6ヶ月
3	48 49	日勤の配置が少なくなり、外出するなど、入居者様のより充実した生活支援が難しくなっている。	外出やレクなど楽しむの時間を増やし、生き生きとした生活を送ることができる。	業務の効率化を図り、1か月単位で業務時間の配分を見直すことで、外出やレクなどの時間を作る。	1年
4	35	火災や地震、感染症が拡大するなど、災害時に、全職員がどのように動けばいいか曖昧である。	災害が起きた際に、どのように動けばいいのか全職員が理解している。	研修や訓練を通じて、マニュアルを知識・実践で行えるようにする。	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホーム泉の郷 本郷
ユニット名	すみれユニット

Ⅴ アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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	基本理念・基本方針・行動規範を各ユニットに掲示、共有しています。地域のイベントに積極的に参加していることや、ご利用者様一人一人に対し、その方を知り笑顔を引き出し、その幸せ・笑顔を同僚や地域に広げるよう努めています。		
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	自治会では防災管理班として地域の防災訓練に参加したり、どんと焼き等地域のイベントなどに参加させていただき、交流をしております。運営推進会議にて運営状況を報告し、お互いに協力できる関係性を築いています。		
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	法人内に多種類の事業所があり、協力して、地域に向けて認知症の方への支援方法や解決策などを提案することや、イベントに参加することで認知症への理解を促すよう努めています。		
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	地域の役員の方や包括、区役所職員に呼び掛け、ご利用者様へのサービスにおけるヒヤリハットや事故、職員の入退職などを報告することや、現状及び対策について情報共有を行い、いただいたご意見を、今後の取組みに活かしています。		
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	区役所高齢障害支援課や生活支援課の担当と、ご利用者様の状態や入退去について密に連絡を取り合う関係性を築いており、困難事例など協同で解決に導いています。事故報告は都度、横浜市に行い、苦情なども相談のうえ、対応しています。行政の取組みを法人や地域にも情報共有しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事業所内で身体拘束に該当する内容、身体拘束をすることでの弊害に関して研修を実施することや、ご利用者様への対応で何がそれにあたるのかを都度話し、職員全員の理解に努めています。		
7	6	○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	高齢者虐待防止法や虐待事例などは、事業所での研修で学びの機会を設けている。虐待に繋がりそうな事例には、管理者へのヒヤリハット等の報告を上げることや、朝・夕礼時での紹介、ユニットで周知するようにしています。		
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	事業所内研修を通じて、学ぶ機会を設けています。入居者様に後見人が必要であることは、行政とも共有し、進めています。		
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	契約時には、契約書（重要事項説明書）を読み上げ、納得の上同意していただいております。解約には対面での説明、電話等で連絡を密に取りご説明をさせて頂いております。改定時には書面にてお知らせ、不明点に関してはご説明をし、同意をいただいております。		
10	7	○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	面会時やご連絡の際にご家族の意見・要望をお聞きし、管理者及び職員が情報共有しております。また、日々ご利用者様の表情、言動からご利用者様のご希望をくみ取り、ケアカンファレンスの場において共有、職員が話し合いの上、ケアプランに反映させるよう配慮しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	朝・夕礼時、出・退勤時に職員の話しを傾聴。また、個別面接の希望、必要があると判断した際は、面談を行っております。事業所内で解決が難しい案件に関しては、グループホーム課長、本部 施設長等も同席しての面談を実施できるよう体制を整えています。		
12	9	○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	職員の特性を生かし、配置するよう努めています。各職員が委員会に所属、委員会活動を通じて役割を持ち、やりがい等を深める取組みをしております。イベント担当や注文担当など、個々での役割を持つことで、責任感を持って取り組めるよう促しています。		
13	10	○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	有益な内容に関しては、外部の研修への参加希望を募り、勤務として参加を促しております。		
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	自事業のグループホーム職員が瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会に参加し、情報共有をしています。地域の同業者の集まりであるRUN絆にも参加する予定となっています。		
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	ご入居時に了承頂いたケアプランを基に定期的にケアカンファレンスを行い、職員が日々の観察状況を伝え合い、情報共有するとともに検証し早期に改善に取り組み、ご本人様の意思が尊重されるように努めております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ご入居前後は意識してコミュニケーションをとるように努めて、信頼関係が築けるように努力しております。入居後のご利用者様の様子の報告も出来るだけこまめに行っています。		
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	事前にお伺いした情報や入居されてからのご本人の意思の確認、ご様子を職員間で共有する。往診医や訪問看護師との情報共有を行い、ご本人とご家族が安心出来るケアに努めております。		
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	ご利用者様の出来る事、したいことを伺う。例えば、掃除や洗濯畳み、片付け等をお任せする。職員が都度感謝の言葉を掛けることによって、やりがいや、生きがいを持って頂いています。		
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	折に触れ、ご家族から生活歴や習慣等を伺い、ご本人様にとって適切なケアが出来るようにご支援を頂いております。ご家族が来訪された際には、ご本人様の様子を伝え、ケアに役立つ情報を頂いております。		
20	11	○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	ご家族や、ご友人、近隣の方々との関係性が可能な限り継続できるように努めております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用者様の状態、状況に合わせて、無理のない範囲で楽しめるように、レクリエーションを提供させて頂いております。適宜職員が間に入ってご利用者様同士が交流を図れるように努め、環境にも配慮しています。		
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	退去後も可能な限り、ご家族様と連絡を取り、その後の様子を伺うなど、関係継続を図れるように努めております。		
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	12	○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。	日々の生活の中でお一人々の変化に気付けるように努力しております。会話による把握が難しい場合は、筆談や表情、行動パターンから汲みとれるように工夫しております。		
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	ご入居前後に関わって来られた方々から、情報やご意見を伺い、ご入居前の暮らしを踏まえた上で、グループホームでの生活がより良いものになるように努めております。		
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	生活を送られる中で、会話や行動パターンの把握等心身の状態の観察に努めております。状態変化が見られたときは、詳細な記録を取り、職員間、訪問看護師、訪問医等との情報共有に努めております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアプラン更新時、都度アセスメントシートの見直しを行う為、ご利用者様やご家族様のご要望を伺っております。医師、看護師、歯科医師、職員からも意見を伺い、完成したアセスメントに基づくケアプランを作成しております。		
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	日々のご様子をパソコンで記録して、職員が何時でも閲覧出来るようにしています。特別に共有したい情報は、申し送りノートに記入しています。PDCAサイクルを回して、日々のケア、介護計画の見直しに役立てています。		
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	ご利用者様に対して、居室担当だけではなく複数の職員の目で得られた情報を職員間で共有し、ご家族とも相談しながらご本人の意思を尊重したケアを出来る限り提供するように努めております。PDCAサイクルを回し、臨機応変なケアを行っています。		
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	地域行事や自治会の催し物への参加は、希望するご利用者様がおられない為、自治会行事には参加可能な催しのみ参加しています。		
30	14	○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	訪問診療、訪問看護師、訪問歯科を定期的に受診が受けられ、24時間対応のナースコール等で迅速で適切な医療が受けられる体制を整えています。かかりつけ医以外の受診結果をご家族に報告して、安心していただけるように努めております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	訪問看護師の来訪時に書面や口頭でご利用者の様子や問題点を伝え、身体、精神面を医療職の視点で適切な管理方法について助言を頂き、職員間で情報の共有をしております。		
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。	入院時、往診医と連携している病院へ情報提供書を送って頂いております。退院までは、ご本人様、ご家族、医師、医療連携室のソーシャルワーカーと連絡、相談を行い、今後の方針を決定しております。退院後、ご本人様がホームで安心して元の生活に戻れるように努めております。		
33	15	○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	食事量の減少等の特変が見られた段階で、ご家族、ご本人様の希望に関してご相談しており、施設で出来る支援について説明させていただいた上で、主治医、訪問看護師、職員が協議して支援しています。訪問看護師同席でカンファレンスを実施してケアの統一化を図っております。		
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	事業所内で定期的に緊急対応に関する研修を行っています。急変、事故発生後は振り返りを行い、迅速な対応が出来るように備えています。心肺蘇生法は、定期的な研修を行っております。		
35	16	○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	防災訓練、BCP訓練等を適宜行っています。訓練には自治会の方にも参加して頂きこともあり、訓練後には消防の方より総評を頂き、次の訓練に活かせるようにしております。運営推進会議での情報交換を通じて協力体制を築いております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	17	○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	ご利用者様の健康状態や様子など、プライバシーに関する事を、他のご利用者様の前で話題にしないように配慮しております。ご利用者様の理解に努め、心身ともに大切に関わるように努めております。			
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	ご自身の意思を最優先に考え、お気持ちを表出しやすいように心掛けております。食事など共通の時間以外で居室で過ごしたい方には、心身の状態を留意しつつ、ご本人の意思を尊重しております。			
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	出来る限りご自身のペースで過ごすことができるように、配慮しております。お一人々に必要な対応を心掛けております。			
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	季節や状況・状態に合った洋服を基に、ご利用者様の好みに配慮して着用していただいています。ご希望に応じて定期的に訪問美容をご利用いただいております。			
40	18	○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	ご利用者様に合わせて、落着いて食事が出来るように配慮しております。歯科医師による嚥下評価を実施した上で、安心・安全に召し上がっていただける食事形態で提供させて頂いております。安全や衛生面に配慮しながら、テーブルの消毒や下膳をしていただいております			

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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・水分量を記録して体調の変化の把握に努めております。毎月、体重測定、BMIの記録及び、栄養ケアマネジメント計画書を栄養士に送り、管理栄養士の指導を受けております。食事量に変化が有った場合は医師・歯科医師に相談しながら、栄養状態の維持に努めております。提供するものを工夫して水分摂取量にも配		
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	口腔ケアマネジメント計画書を歯科医師に送り、毎月、歯科医師、歯科衛生士からの技術的助言・指導を受けております。歯科訪問診療の際に、歯垢・歯石の除去をしていただいております。		
43	19	○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	排泄表で記録を取り、トイレ誘導のタイミングを把握することで、オムツ・パット等の使用量の減少する支援をしています。		
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	乳製品の提供・食生活の改善・運動促進で便秘の予防に努めております。腸活の試みも始めています。便秘による心身への影響を考慮して、医師・看護師に相談。服薬による便秘解消も行っております。		
45	20	○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	ご本人の意思や希望を尊重しながら、3日に1回清潔保持の為入浴して頂いております。くつろいで頂けるように会話したり、入浴後にお好きな飲み物をお勧めして、入浴が楽しいと思って頂けるように配慮しております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	基本的には、ご本人様の希望に応じて過ごしていただいておりますが、出来る限りリビングで過ごす時間を持って頂き、夜間安眠できる支援を心掛けております。快適に過ごしていただけるように空調の調整等を行い、必要に応じて低反発マットレスを使用しております。		
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	職員が情報出来るように、服薬内容を提示しております。提携薬局による配薬・指導を受ける等、適切な服薬に努めております。服薬マニュアルの見直し・誤嚥防止研修も随時行っております。服薬による状態の変化を往診医に報告し、適宜見直しを行って頂いております。		
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	ご利用者様の好みや希望、ADLに応じたレクリエーションや家事手伝い、外出支援を行っています。お好きな音楽や書籍等、ご希望に応じて提供させて頂いております。お手伝い頂いた事を職員が心から感謝することで、次の楽しみに繋げていただけるように努めております。		
49	21	○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	地域の催しや趣味の会などの情報を提供して、ご希望に添える様に配慮しております。中庭散歩や歌レク、野菜の収穫など楽しみながら過ごせる支援を行っています。外出も徐々に計画していく予定で居ます。		
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	金銭管理は基本的に管理者・事務員が行っておりますが、物品の購入はご希望に添える様に、ご家族にも相談して対応しております。成年後見人がおられる方については、ご相談の上希望される品物を購入して頂いております。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人の希望に応じてご家族様への手紙や、電話は自由にしていただいております。状況に応じて、職員が電話をかけてご本人に取り次ぐ等、柔軟に対応しております。お手紙が届いた際には、ご本人に誰からの手紙かを説明してお渡ししています。		
52	22	○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	ご利用者様の好みや希望に添う環境作りを行い、季節に応じた飾り物などを、ご利用者様と一緒に作り、飾る。お一人々の状態や状況に合わせた温度調整、湿度の管理を行う等、出来る限り快適な空間づくりを心掛けております。		
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	リビング内では、ご自身の食席に加え、フレキシブルに使用できる椅子やソファを用意して、好きな場所でお好きなように過ごしていただいております		
54	23	○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	思いでの写真や使い慣れた家具を置いて頂き、安全に配慮しながら、ご本人様にとって居心地の良い居室作りに努めております。飾り付け等の支援も行っております。		
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	ご利用者様に危険が及ぶような薬剤や道具は目につかない安全な場所に保管しております。安全な導線を確保するために、家具の配置等を工夫して使い勝手の良い環境作りを行っております。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム泉の郷本郷

作成日 令和7年8月27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	34 47	以前掲げた目標である誤薬事故が減っていない。	誤薬事故を起こさない。	入居者様の服薬状況・増減を把握し、手順や記録をわかりやすくする。決められたルールは職員に周知し、確実に行う。	6ヶ月
2	34	転倒事故が多い。	転倒事故を減らす。	入居者様の転倒リスクを把握し、環境、靴、歩行手段などを見直し、転倒を防ぐ。器具や運動により下肢の筋力を維持する。	6ヶ月
3	48 49	日勤の配置が少なくなり、外出するなど、入居者様のより充実した生活支援が難しくなっている。	外出やレクなど楽しむの時間を増やし、生き生きとした生活を送ることができる。	業務の効率化を図り、1か月単位で業務時間の配分を見直すことで、外出やレクなどの時間を作る。	1年
4	35	火災や地震、感染症が拡大するなど、災害時に、全職員がどのように動けばいいか曖昧である。	災害が起きた際に、どのように動けばいいのか全職員が理解している。	研修や訓練を通じて、マニュアルを知識・実践で行えるようにする。	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。