

<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	1471300424
法人名	社会福祉法人 一燈会
事業所名	グループホームはなの家
訪問調査日	2018年3月9日
評価確定日	2018年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 29 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	1471300424	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日	平成30年3月1日	
法人名	社会福祉法人一燈会			
事業所名	グループホームはなの家			
所在地	(259-0123) 神奈川県中郡二宮町二宮490-1			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成30年2月22日	評価結果 市町村受理日	平成30年7月19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 <http://www.ittokai.or.jp/hanano.ie/index2.html>

【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)】

団体ケアではなく個別ケアを中心にサービスを提供しています。お客様が更に健康になるため、日頃から自立支援活動(役割分担)を行い機能低下を防いでいます。お客様の生活の中から運動療法・園芸療法・作業療法などを組み込み、ご要望に応じて外出支援なども頻繁に行っています。在宅復帰の実績もあります。

【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	〒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30年3月9日	評価機関 評価決定日	平成30年3月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●この事業所は社会福祉法人一燈会の経営です。同法人は神奈川県西部を中心に事業を展開し、地域や市町村と協同して地域福祉に貢献する傍ら、地域の就業の受け皿としての役割も果たしています。一燈会は、介護療養施設(特養、老健など)、グループホーム、デイサービス、訪問サービスを展開している他、福祉用具販売等の部門関連会社、株式会社ケアドゥを含めて神奈川県西部の福祉を担っています。法人では新たに職員のキャリアアップ制度を導入し、同法人が経営している各事業所から選抜された職員が評価員(アセッサー)として同法人の事業所を廻り、職員のケアの仕方を5段階に評価しながら全体的に職員のスキルアップを目指し展開中です。ここ「グループホームはなの家」はJR東海道線「二宮駅」から徒歩約10分の周辺に里山が見られ野菜畑等も残る静かな環境の住宅地に位置しています。

●事業所では、本人本位の自己決定を促すための取り組みとして、利用者1人ひとりの能力を見極め、その方の残存能力に見合った「役割分担」をお願いしながら、ADLとIADLの維持・向上を目指しています。運動療法・園芸療法・作業療法などもケアに取り入れながら、利用者の希望に応じて外出支援を行い、心身の向上を図り、その人らしく生き生きと生活を送れるよう支援に努めています。

●職員資質向上の取り組みでは、内部・外部の研修の受講を積極的に促し、知識向上に努めています。法人内の年間研修計画を利用して、年数やレベルに合ったテーマのものを受講してスキルアップに努め、質の高いケアサービスを提供できるように研磨しています。

【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	はなの家
ユニット名	ポピー1階ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	利用者の方をお客様と呼称し、地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていく為に全職員が共有し、日々の介護にあたっている。理念は、「誰よりもお客様の身になって」	法人の理念「誰よりもお客様の身になって」に沿って事業所では毎年事業戦略を立てています。事業所では「お客様の心地よさを一番に考えて、感動するサービス」の提供に努め、企業理念の「お客様の幸せ」「法人姿勢」「社会貢献」を念頭に置きながら、利用者が住み慣れた地域の中でその人らしく暮らしているように支援しています。	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	自治会に参加。地域のお話ボランティアさんや、近隣住まれている方のボランティアを多く取り入れ交流を図っている。大正琴演奏会などを実施。	事業所主催の夏祭りに招待したり、二宮町生涯学習センター(ラディアン)で開催されている行事やクラブ活動に利用者と一緒に参加しています。また近隣幼稚園児の来訪・お話ボランティアの傾聴会や大正琴ボランティアの演奏会など、地域の方と交流を図っています。	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	地域の方に向けた認知症啓発活動など町と連携し協力をして実施します。キャラバンメイト活動・ラン伴などにも参加しています。			
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	常日頃から御家族やご来園様などから様々なご意見をいただきサービス向上にはつなげていますが、現状は運営推進会議が出来ていないので来年度から開催をしていきます。	現状は運営推進会の開催まで至っていませんが、次年度からは老人会長、民生員、町役場健康長寿課職員、家族に参加を呼びかけて、2ヶ月に1回の開催を目指しています。事業所の現状・活動報告を行い、参加者から意見や提案をいただきながら、サービス向上に繋げていきたいと考えています。	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	行政の担当部署へ運営方法や現場の実情、業務上の問題点等を報告し、助言や指導を仰いでいる月に2回以上は実施しています。	平塚市の保健事務所担当者とは生保受給者の受け入れを行っている関係で連絡を密に取りあっています。また、健康長寿課とは入居状況に加え、事故報告等と、業務上の問題や不明点などの相談で助言をいただくなど、協力関係の構築に努めています。月2回以上は助言や指導を仰ぐ機会を設けています。	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	身体拘束に関するマニュアルを作成しマニュアルがいつでも閲覧できるようにしている。	身体拘束については、入職時の研修や内部研修でも学び、拘束による弊害について正しく理解し拘束を行わないケアを徹底しています。また、身体拘束についてのマニュアルを整備し、職員は何時でも閲覧できるようになっています。身体拘束に関する認識度調査（高齢者に耳を傾けるケアの付随）も全職員を対象に実施しています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法に基づき会社独自でマニュアルを作成し入社時のオリエンテーションやその後の勉強会などに活用している。またマニュアルもいつでも閲覧できるようにしている。		
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	御客様・ご家族が必要とされた場合に直ぐにご紹介活用できよう準備は整っている。実際に後見人制度を活用された実績もあり。		
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	居宅ケアマネージャーまたは家族等から相談を受けた際は基本的に見学してもらうことから勧め、面接時また契約時に細かく説明を行い理解・納得を得ています。		
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	定期的にご家族への満足度調査を実施。その他には介護相談員制度を導入し職員に普段言えないようなことがあれば相談員にも話せる機会を設けています。お客様からどのような話が出たかをお聞きしサービスに生かしています。	入居時に、重要事項説明書や契約書に明記している苦情相談窓口や公的機関窓口について家族に説明しています。家族の来所時には、管理者や職員から利用者の近況報告を行い意見、要望等を伺っています。介護相談員の受け入れも行っているため、介護相談員からの言葉を本人の意見として捉え、カンファレンスで検討の上、運営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	月に1回の会議や、情報をパソコン管理し、いつでも職員全員が情報の共有が出来るようにしている。定期的に個別の面接を行っている。その際に職員からの提案や、質問等を受け運営に反映させている。	月1回の職員と幹部職員が同席する会議で職員の意見や提案を促し、パソコン活用で職員間の意見・要望の共有が図れる体制をとっています。定期的に個別面接も行い意見収集に努め、運営への反映に反映させるようにしています。管理者と職員間には日々の会話を通じて気軽に話し合える関係が築かれていて意見要望などを聞き、働きやすい職場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	職員が異動や離職により交代する場合等は、職員が日常生活を通じながら学ぶOJTを随時行っている。職員個人の面接も行き、モチベーションのアップ・スキルアップに努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	内外の研修に積極的に参加を勧めている。また、現在おこっている問題点や足りない点など職員同士話し合い適宜勉強会を行っている。毎月の定例会議で、議題を決め、認知症に関する勉強会を行っている。		
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	法人内勉強会等に参加し、お互いのサービスの質の向上ができるよう取り組んでいる。またその場で意見交換等行っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	相談があった場合はご本人同席での施設見学を勧めている。また利用前の面接時にはご本人から入居にあたって不安なことやご希望をお聞きし納得された上で入居ができるよう努めている。必要な場合は施設体験なども実施しています。		

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
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	相談の際は施設見学をして頂き面接時のアセスメントで現在お困りのこと、施設に対する要望をお聞きし入居されてからのサービスに生かせるよう努力している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談を受けた際は法人内のネットワークを利用しその方に必要なサービスを提供できるように助言している。また居宅のケアマネージャーにも相談を持ちかけている。		
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	馴染みの関係を築きながら生活習慣や色々な興味や趣味を持ち、どのように暮らしていきたいか等、一緒に支え合って暮らすようにつとめている個別対応が基本。		
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	家族関係の修復にも注意をしながら、ご本人の悩み等は、面会時に様子を報告し職員だけで解決するのではなく家族と相談するように努めている。		
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	町内清掃や地域の行事等に参加することで馴染みの方等に会える機会を作っている。また友人等から、郵便物が届いた時など電話等で連絡が出来るよう声をかけている。	日頃の会話や家族からの情報を基に、本人と関わりの有る場所や人間関係の把握に努めています。また、地域行事への参加で馴染みの方等に会える機会を作ったり、郵便物が届いた時は電話での連絡を促す等の工夫もしています。面会や電話は、本人や家族の意向を確認した後に取り次いでいます。	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
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	食事の席の配慮や同じ時間が共有できるよう工夫し、食事時などは職員と一緒に食事を取るなどして会話の橋渡しに努めている。		
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	退去されるお客様がいた場合、事前に、ご家族様やご本人様と話し合いの場を設け、退去後の生活や、他施設の受け入れ先等支援に努めている。退去後も定期的に連絡を取り合っています。		
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	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。	職員には居室担当制を定め、お客様の願いや思い等を行動や、会話の中から直接読み取り、暮らし方の希望や意向の把握に努め日頃のケアに努めている。	居室担当者を中心に日々の関わりの中で傾聴を重視し、思いや希望の把握に努めています。意思表示や言葉で伝えるのが難しい方は行動や仕草、家族からも情報収集に努め、思いの把握に努めています。得られた情報はパソコンに入力して全員で共有し、外出希望等も介護計画に盛り込み対応しています。	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	入居時の面接時にご本人、ご家族より今までの経緯や暮らし方をお聞きしている。生活暦等をシートを活用し情報の共有に努めている。		
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	毎日ケアプランに対しての記録を行っており適宜に見直しを図っている。またケアプラン以外の記録も行うことで総合的に観察できるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	介護計画は、お客様や家族の日頃の関わりの中で、意見や要望を聞き、職員同士が意見を出し合い計画作成担当者を中心に作成している。	介護計画は、入居時に初期計画を立て様子を見ます。後、基本的には3ヶ月サイクルで、長期は6ヶ月の見直しを基本としていますが、変化に応じて、その都度見直しを行っています。本人に適した介護計画にするため、毎月のケア会議で日常生活の記録と、居室担当者の観察結果に基づき、残存能力に見合った介護計画を作成しています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日の記録は個人ごとの個別記録に記載し職員出勤時には目を通すようにし情報の共有に努めている。またケアプランに対しての記録も行っている為、見直しの際に記録を生かしている。記録は全て介護記録ソフトを使用しています。		
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	ご本人様やご家族様の状況の変化が生じた場合、その都度話し合いの場を設け、その方にあったサービスが提供できるよう支援している。		
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	日曜日には毎週教会に行きお祈りをしたり、自宅に戻りたい方には可能な限りサポート活動を実施しています。		
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	入居前に受診の希望等を確認している。事業所のかかりつけ医である内科から月2回往診診察を受けている。かかりつけ医の「医師への相談・支持・連絡」を取り交わし個別相談も行っている。希望に応じてご家族対応で外部の医療機関に通われている方もいます。	主治医の選択については、入居時にかかりつけ医の有無を確認し、本人や家族の希望を最優先にして、従来のかかりつけ医で受診される場合は、必要情報提供と共に受診結果を共有しています。協力医療機関は月2回の訪問診療に加えて、必要に応じた個別相談と他医療機関への紹介の対応もしてくれます。歯科医は個人契約で必要に応じて来ていただいています。契約看護師の巡回訪問で適切な医療管理支援が行われています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	体調不良のお客様がいた場合は24時間、看護師に連絡をとり対応の仕方や簡単な処置の方法を仰いでいる。また情報をパソコンで管理しスムーズな情報伝達、情報共有に努めている。		
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。	病院などから相談を受けた時などは早期に退院できるように随時連絡を医療機関と取り合い受け入れ準備を進めている。		
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	重度化するお客様の状態や変化に応じて、終末期における方針は担当の医師とご家族様、ご本人等と相談し施設で出来る限り安心して生活ができる様支援している。	主治医の判断で重度化してきたと認められた場合は、主治医、看護師、家族、事業所で「重度化の指針」に基き繰り返し話し合いを行い、にその方にとっての最善の方法を見出して支援を行っています。選択肢の一つとして事業所を「終の棲家」としたターミナルケアを行う事も全職員で共有しており、ターミナルケアの実績もあります。	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	医療処置の対応に、家族はもちろん、かかりつけ医常とも常に情報交換を行い、支援の具体的な内容を話し合っている。職員の教育訓練も行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年に2回消防機関の方に協力して頂き訓練を実施している。御客様・御家族にも参加して頂き理解・協力を得ている。	日中と夜間想定で年2回避難訓練を消防署の立会いと地域の方の協力の下で実施しています。訓練では水消火器を使用した消火訓練や防災設備の取り扱い方法について確認しています。訓練後には消防署の方から講評をいただき、次回の改善に繋げています。災害時に迅速に対応出来るよう、各ユニットの事務所にマニュアル、住所や通報手順を掲示しています。備蓄については、水や食料、衛生用品等を用意しています。	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	お客様の誇りやプライバシーを損ねない対応を、職員間で徹底している。また入職の際、個人情報保護法を説明して同意のサインをもらい、秘密保持に努めている。	法人の理念「誰よりもお客様の身になって」に沿って、事業所では、一人ひとりの人格を尊重し、尊厳をもって接するよう心掛け、日頃から言葉かけや対応の仕方について職員間で徹底しています。入職時の新人オリエンテーションでも、介護技術からコンプライアンスについてカリキュラムに組み込まれており、全員が学んでいます。個人情報保護法についても説明し、同意のサインをもらい、秘密保持に努めています。	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	お客様に行動を決めて頂く事を職員に徹底し、自己決定のもと行動していただくよう支援している。	/		/
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	1人1人に声を掛け、散歩やレクリエーション等、その日その時の本人の気持ちを尊重して、出来る限り個性のある支援を行っている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	月に1度訪問美容の美容師さんに来て頂きお客様カットをして頂いている。その際に簡単なメイクや眉毛のカットなども行っている。また入浴前の準備は出来る限りご本人様に選んで頂いている。ご家族対応で外部の理髪店・美容院に行かれる方もいます。			
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	お客様と献立を相談している。食事の準備の際はお客様に味見などをして頂きながら行っている。行事のときなど季節に合わせた食事を提供している。食事の盛り付けや食器洗い、食器拭き等もお客様自らの意思で手伝って頂いている。	調理済みのおかずが配送されてきますが、ご飯やみそ汁は職員が調理しています。準備では、食器選びと盛り付け、配膳・下膳・洗い」など、全員に何らかの役割をお願いしています。調理方法はその方に合わせた形で提供しています。時には外食に出かけたり、季節の行事に合わせたイベント食事も取り入れ、食事が楽しめる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
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	食事や水分などは毎日の個別記録に記入し把握している。お客様の食べるペースや食べる大きさの形態を職員が把握して配食サービス業者に連絡し適時対応している。		
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	食事を召し上がられてから、お客様の状況に合わせて順番に洗面台へ行って頂き、口腔ケアを行っている。状況に応じて見守りや介助を行っている。		
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	排泄チェック表、個別記録で1人1人の排泄パターンを把握しトイレで排泄できるよう努めている。	トイレで気持ち良く排泄できるように、一人ひとりの水分摂取量の記録観察と排泄チェック表を活用しながら、その人に合った声かけや誘導を行い自立排泄に向けた支援を心がけています。体調の変化や入院などでリハビリやオムツになった方は、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。	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	一日に必要な水分摂取量をを食事の時間以外にも提供している。毎日ラジオ体操や足上げ体操、廊下の歩行を行っている。排泄表にて排便の間隔を把握し必要時医療機関へ相談している。		
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	職員が一方的に決めず、時間やタイミングを図りながら入浴ができる様支援している。職員とお客様の1対1でゆっくり話せる時間を大切にしている。	週2～3回の入浴を基本としていますが、利用者の体調や気分等を考慮しながら、気分よく入浴してもらえように支援しています。入浴は清潔保持のみならず、視診による傷、打ち身、褥瘡、体調変化等の早期発見に繋がることを踏まえながら入浴を促しています。機械浴も設置されており、重度化した方でも対応可能になっています。入浴剤の他、民謡や音楽などを流し、楽しめるよう工夫しています。	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	消灯の時間は決めているが状況に応じて安心して入眠できるように支援している。また日中も休息できるよう支援しているが寝たきりの生活にならぬよう声かけを行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	お薬の内容に関してはお薬確認表で内容、副作用等を確認している。また服薬の際は2人の職員で確認し合いながら服薬を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	入所時の聞き取りや、日々の関わりから得た情報を踏まえて、掃除や食事作り、洗濯たたみ、お花の手入れ等を役割として支援している。感謝の言葉を添え、達成感が満足に繋がるよう支援している。		
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	一人一人の習慣や楽しみ事に合わせ、その日の天候や体調に応じて、近くへ散歩したり買い物や外出に出かけている。可能な限りお客様から出た希望の場所へ外出するようにしている。	天気や気候、利用者の体調を考慮しながら近隣の公園、駅前の商店へ買い物に出かけています。時には希望に応え夜の外出にも対応しています。さらに遠出外出なども計画し「箱根日帰り温泉」や「小田原城」なども希望を取り入れたり、季節の行事「いちご狩り」などにも出かけています。	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	金銭管理者はしていません。立替え払いの後に利用料金と一緒に請求をさせていただいています。レジでの支払いのみして頂く場合があります。		

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	
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	ご家族の方や、友人の方への電話の取り次ぎや、絵葉書等を作成し言葉を添えご家族の方へ送らせて頂いている。			
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	お客様が多くの時間を過ごす居間にはソファを設置しくつろげる場所を提供している。また中庭があることで明かりとりともなりお客様が安らげる空間となっている。	建物の中心に吹き抜けになっている中庭があり、中庭を囲う形で廊下と居室があります。窓も多く、採光が良く明るい空間になっています。空気清浄器が設置され、臭いもなく、清掃が行き届き、壁には行事の写真や利用者の作品、季節の花が飾られています。掃除は定期的に行っていますが、気付いた職員が率先して都度行動を起こし清潔を保持しています。リビングにはソファ、畳の小上がりが設けられており、それぞれの利用者が自分のお気に入りの場所で寛いで過ごしています。	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	居間には畳のスペースやソファが置かれおりお客様の思い思いの場所にてコミュニケーションが取れ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	各居室は、あらかじめ用意された家具等ではなく、お客様の使い慣れた家具や小物を始め、写真や本等を持ち込み、居心地良く暮らしている。	入居時の生活環境の変化から入居者が不安や混乱を招くことのないように、使い慣れた家具や調度品を持ち込んでいただくように伝えています。手鏡、椅子、ベット、ぬいぐるみ、マリア像、家族写真等を飾り、慣れ親しんだ環境作りがされています。居室入り口には顔写真等や手作りの表札が掲げられ自分の家を感じさせる工夫もされています。	今後の継続	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	建物内はバリアフリーになっており手すりも完備され自立した生活が送れるようになっている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

社会福祉法人 一燈会
グループホーム はなの家

作成日

平成30年3月10日

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	4	運営推進会議の実施状況	年6回の開催を目標とする	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者の設置 ・企画立案・スケジュール調整 ・実施 ・報告書の作成。 	6ヶ月
②	13	人材育成	全職員が明るく楽しく介護の仕事が出来るように事業所としてサポートをしていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務改善の実施。 ・資格取得への学習サポート。 ・研修参加率を上げる。 ・次期管理者候補の育成。 	6ヶ月
③	23	自立支援活動	在宅復帰を目標に多用するニーズに対応していく。	運動療法・作業療法を積極的に生活の中に組み込みお客様に元気になっていただく。 (自立支援・介護度の低下も目標とする)	6ヶ月

評価項目の番号を記入すること。
場合は、行を追加すること。

事業所名	はなの家
ユニット名	ポピー2階ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3, 利用者の1/3くらいの 4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	利用者の方をお客様と呼称し、地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていく為に全職員が共有し、日々の介護にあたっている。理念は、「誰よりもお客様の身になって」		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町の行事お祭りにも参加、月に一度の町内清掃に参加や、地域のお散歩ボランティアさんや、近隣住まれている方のボランティアを多く取り入れ交流を図っている。自治会にも参加している。		
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	御客様が住みなれた環境で暮らし続ける為のサポート活動は出来ているが、1階に比べると活かしきれていない。		
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	運営推進会議は実施せず。1階同様に面会者や訪問者などから常日頃からお話を聞きサービス向上につなげている。		
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	行政の担当部署へ運営方法や現場の実情、業務上の問題点等を報告し、助言や指導を仰いでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	身体拘束に関するマニュアルを作成しマニュアルがいつでも閲覧できるようにしている。		
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	高齢者虐待防止法に基づき会社独自でマニュアルを作成し勉強会を実施している。またマニュアルもいつでも閲覧できるようにしている。		
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	現在必要性のある方はいないが、必要時には活用出来る様、施設長、管理者等を中心に権利擁護に関する制度の理解を設けている。		
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	居宅ケアマネージャーまたは家族等から相談を受けた際は基本的に見学してもらうことから勧め、面接時また契約時に細かく説明を行い理解・納得を得ています。		
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	介護相談員制度を導入し職員に普段言えないようなことがあれば相談員にも話せる機会を設けています。お客様からどのような話が出たかをお聞きしサービスに生かしています。		

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	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	月に1回の会議や、情報をパソコン管理し、いつでも職員全員が情報の共有が出来るようにしている。定期的に個別の面接をおこなっている。その際に職員からの提案や、質問等を受け運営に反映させている。		
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	職員が異動や離職により交代する場合等は、職員が日常生活を通じながら学ぶOJTを随時行っている。職員個人の面接も行い、モチベーションのアップ・スキルアップに努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	内外の研修に積極的に参加を勧めている。また、現在おこっている問題点や足りない点など職員同士話し合い適宜勉強会を行っている。毎月の定例会議で、議題を決め、認知症に関する勉強会を行っている。		
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	法人内の勉強会等に積極的に参加し、お互いのサービスの質の向上ができるよう取り組んでいる。またその場で意見交換等行っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	相談があった場合はご本人同席での施設見学を勧めている。また利用前の面接時にはご本人から入居にあたって不安なことやご希望をお聞きし納得された上で入居ができるよう努めている。必要な時は施設体験などもしていただき施設入居への不安解消をしています。		

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
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	相談の際は施設見学をして頂き面接時のアセスメントで現在お困りのこと、施設に対する要望をお聞きし入居されてからのサービスに生かせるよう努力している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談を受けた際は法人内のネットワークを利用しその方に必要なサービスを提供できるように助言している。また居宅のケアマネージャーにも相談を持ちかけている。		
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	あくまでも御客様という視点で向き合っていますので同士という表現は当てはまりません。御客様が生活する上で不要なストレスは発生していません。		
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	行事等の参加をしてもらうことで楽しいことを共有できるよう努め、ご本人の悩み等は、面会時に様子を報告し職員だけで解決するのではなく家族と相談するように努めている。また出来る限り行事参加したくない御家族への配慮もしています。		
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	町内清掃や地域の行事等に参加することで馴染みの方等に会える機会を作っている。また友人等から、郵便物が届いた時など電話等で連絡が出来るよう声をかけている。Hpなどを活用して遠方にいるご家族とコミュニケーションを図っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事の席の配慮や同じ時間が共有できるよう工夫し、食事時などは職員と一緒に食事を取るなどして会話の橋渡しに努めている。		
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	退去されるお客様がいた場合、事前に、ご家族様やご本人様と話し合いの場を設け、退去後の生活や、他施設の受け入れ先等支援に努めている。		
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。	職員には居室担当制を定め、お客様の願いや思い等を行動や、会話の中から直接読み取り、暮らし方の希望や意向の把握に努め日頃のケアに努めている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時の面接時にご本人、ご家族より今までの経緯や暮らし方をお聞きしている。生活暦等をシートを活用し情報の共有に努めている。		
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	毎日ケアプランに対しての記録を行っており適宜に見直しを図っている。またケアプラン以外の記録も行うことで総合的に観察できるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	介護計画は、お客様や家族の日頃の関わりの中で、意見や要望を聞き、職員同士が意見を出し合い計画作成担当者を中心に作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日の記録は個人ごとの個別記録に記載し職員出勤時には目を通すようにし情報の共有に努めている。またケアプランに対しての記録も行っている為、見直しの際に記録を生かしている。		
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	ご本人様やご家族様の状況の変化が生じた場合、その都度話し合いの場を設け、その方にあったサービスが提供できるよう支援している。		
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	警察や、消防機関には必要時助言が頂ける様日頃から、相談、協力をお願いしている。		
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	入居前に受診の希望等を確認。事業所のかかりつけ医である内科から月2回往診診察を受けている。かかりつけ医の「医師への相談・支持・連絡」を取り交わし個別相談も行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	体調不良のお客様がいた場合は看護師に連絡をとり対応の仕方や簡単な処置の方法を仰いでいる。また情報をパソコンで管理しスムーズな情報伝達、情報共有に努めている。		
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。	病院などから相談を受けた時などは早期に退院できるように随時連絡を医療機関と取り合い受け入れ準備を進めている。		
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	重度化するお客様の状態や変化に応じて、終末期における方針は担当の医師とご家族様、ご本人等と相談し施設で出来る限り安心して生活ができる様支援している。		
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	医療処置の対応に、家族はもちろん、かかりつけ医常とも常に情報交換を行い、支援の具体的な内容を話し合っている。職員の教育訓練も行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年に2回消防機関の方に協力して頂き訓練を実施している。家族の方にも参加して頂き理解・協力を得ている。		

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	お客様の誇りやプライバシーを損ねない対応を、職員間で徹底している。また入職の際、個人情報保護法を説明して同意のサインをもらい、秘密保持に努めている。			
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	お客様に行動を決めて頂く事を職員に徹底し、自己決定のもと行動していただくよう支援している。			
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	1人1人に声を掛け、散歩やレクリエーション等、その日その時の本人の気持ちを尊重して、出来る限り個別性のある支援を行っている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	月1回の訪問で美容師さんに来て頂き、ヘアカットをしている。カットの頻度などは個別にご要望に応じている。			
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	食事の準備・片づけなどお客様に協力していただき行っている。行事のときなど季節に合わせた食事を提供。			

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	食事や水分などは毎日の個別記録に記入し把握していている。お客様の食べるペースや食べる大きさの形態を職員が把握して対応している。		
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	食事を召し上がられてから、お客様の状況に合わせて順番に洗面台へ行って頂き、口腔ケアを行っている。状況に応じて見守りや介助を行っている。		
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	排泄チェック表、個別記録で1人1人の排泄パターンを把握しトイレで排泄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	一日に必要な水分摂取量をを食事の時間以外にも提供している。毎日ラジオ体操や足上げ体操、廊下の歩行を行っている。排泄表にて排便の間隔を把握し必要時医療機関へ相談している。		
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	職員が一方的に決めず、時間やタイミングを図りながら入浴ができる様支援している。職員とおお客様の1対1でゆっくり話せる時間を大切にしている。		

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	消灯の時間は決めているが状況に応じて安心して入眠できるように支援している。また日中も休息できるよう支援しているが寝たきりの生活にならぬよう声かけを行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	お薬の内容に関してはお薬確認表で内容、副作用等を確認している。また服薬の際は2人の職員で確認し合いながら服薬を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	入所時の聞き取りや、日々の関わりから得た情報を踏まえて、掃除や食事作り、洗濯たたみ、お花の手入れ等を役割として支援している。感謝の言葉を添え、達成感が満足に繋がるよう支援している。		
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	一人一人の習慣や楽しみ事に合わせ、その日の天候や体調に応じて、近くへ散歩したり買い物や外出に出かけている。可能な限りお客様から出た希望の場所へ外出するようにしている。		
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	現金の持つ込みはお断りしています。購入品がある時は、一旦施設でお支払いをしてから後請求をしています。		

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
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	ご家族の方や、友人の方への電話の取り次ぎや、絵葉書等を作成し言葉を添えご家族の方へ送らせて頂いている。		
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	お客様が多くの時間を過ごす居間にはソファを設置しくつろげる場所を提供している。また中庭があることで明かりとりともなりお客様が安らげる空間となっている。		
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	居間には畳のスペースやソファが置かれおりお客様の思い思いの場所にてコミュニケーションが取れ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	各居室は、あらかじめ用意された家具等ではなく、お客様の使い慣れた家具や小物を始め、写真や本等を持ち込み、居心地良く暮らしている。		
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	建物内はバリアフリーになっており手すりも完備され自立した生活が送れるようになっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

社会福祉法人 一燈会
グループホーム はなの家

作成日

平成30年3月10日

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	4	運営推進会議の実施状況	年6回の開催を目標とする	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者の設置 ・企画立案・スケジュール調整 ・実施 ・報告書の作成。 	6ヶ月
②	13	人材育成	全職員が明るく楽しく介護の仕事が出来るように事業所としてサポートをしていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・業務改善の実施。 ・資格取得への学習サポート。 ・研修参加率を上げる。 ・次期管理者候補の育成。 	6ヶ月
③	23	自立支援活動	在宅復帰を目標に多用するニーズに対応していく。	運動療法・作業療法を積極的に生活の中に組み込みお客様に元気になっていただく。 (自立支援・介護度の低下も目標とする)	6ヶ月

評価項目の番号を記入すること。
場合は、行を追加すること。