

<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	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	1473600417
法人名	社会福祉法人 誠幸会
事業所名	グループホーム 泉の郷
訪問調査日	令和4年10月11日
評価確定日	令和4年11月7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。

令和 4 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	1473600417	事業の開始年月日	平成13年10月1日
		指定年月日	平成13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		
所在地	(245-0018 ) 横浜市泉区上飯田町1 2 2 1		
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	令和4年9月30日	評価結果 市町村受理日	令和4年11月14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)】

理念にある「かかわる全ての人の喜び」につながる支援を目指していきます。
事業所の目標として「原点回帰」を掲げ、認知症高齢者グループホームの本来の役割を改めて考え、当たり前の支援が当たり前提供できることを目標としています。
入居者の「これがやりたい」を引き出し、実現できることを目標にして支援できるように取り組みます。

## 【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4年10月11日	評価機関 評価決定日	令和4年11月7日

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

<p>●この事業所は社会福祉法人誠幸会の運営です。同法人は「ひたむきに『幸せ』の『和』を広げ、誰もが笑顔で暮らせる社会をつくる」を理念とし、横浜市内を中心に「高齢者介護・障害者支援・保育」を軸に総合福祉サービスを展開しており、高齢者介護では「サービス付き高齢者住宅・特別養護老人ホーム・軽費老人ホーム・グループホーム」などの入居系サービス、「訪問介護・訪問看護・デイサービス」などの在宅系サービスを提供し、利用者のニーズに合わせたサービスを展開しています。この事業所はクリニックが併設されており、医療面の安心に繋がっています。この事業所は相模いずみの線「いずみ中央駅」から徒歩18分、自然に恵まれる住宅地の中にあります。</p> <p>●事業所では、認知症高齢者グループホーム本来の役割を行う「原点回帰」を掲げています。利用者の「これがやりたい」を引き出し、実現できるように支援する取り組みが行われています。今年度の目標達成計画に利用者の希望の表出、自己決定の支援を課題に挙げています。日頃から希望が言いやすい人間関係をつくり、思いを聞いてそれを実現することです。この取り組みにより、ある利用者は食事後の下膳をするようになり自立度が向上、要介護2から要支援2まで改善しています</p> <p>●内部研修の工夫、毎月行われている内部研修ではリアクションペーパーを出すようにしています。研修後の感想と今後への生かし方を記入して提出します。ある職員のペーパーには、研修後のケアへの反映として、「利用者の皆様がいつも笑顔でいられるように私たちがまず笑顔で接する」と結んでいます。</p>
---

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 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
ユニット名	ほほえみ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3, 利用者の1/3くらいの 4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々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	朝のミーティング時に唱和することは継続して意識を高めて実践につなげている。また行動規範により具体的に何を大切にしていくなかを考えやすく実践につなげている	法人の基本理念「ひたむきに幸せの和をひろげ、誰もが笑顔で暮らせる社会をつくる」を朝のミーティング時に唱和して理念の浸透を図っています。そして、6つの行動規範により具体的に何を大切にしていくなかを考えやすく実践につなげている。		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	コロナ禍のため、交流は控えている。これまでは近隣住民の方とは町内会を通じて定期的に交流をしている。近隣の中学生の体験学習なども受け入れを行い交流している。昨年も小中学校でサポーター養成講座を行っておりホームの存在が知られるようになっている。	町内会に加入し、町内会の行事には積極的に参加して交流を図っています。近隣の中学生の体験学習なども受け入れを行い交流しており、小中学校でサポーター養成講座を行っています。近隣の理髪店を利用し、散歩時に近隣の方と挨拶を交わしています。		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	コロナ禍で交流できていないが、例年毎月の町内会の定例会や防災訓練等に参加しホームへの理解などを求めている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回開催し、年6回開催（現在3回書面開催）している。地域の方のご意見を参考にサービス向上につながるようと考えている。地域の方もより良いサービスとなるように積極的にご意見をくださっている	運営推進会議は2ヶ月に1回開催していますが今年3回は、書面での実施なっています。地域の方もより良いサービスとなるように積極的にご意見をくださっています。参加者からいただいた意見や提案は事業所内の会議で検討した後にサービス向上につなげている		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	高齢支援課や生活支援課、生活衛生課や消防とも相談しやすい関係性を保っている。泉区に限らず他区からも相談しやすいとのことで入居者の紹介をいただいている。泉区内では認知症サポーター連絡会などに協力している。	泉区の担当者とは、相談しやすい関係性を保っています。行政から研修や講習会の案内が届いた際には、職員に周知し、参加を促しています。また、泉区のみならず、他区とも良好な関係を構築できており、入居者の紹介をいただくこともあります。さらに、泉区内の認知症サポーター連絡会に参加しています。		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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人の方針にあるように身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。危険がない限り、言葉での行動抑制が無いように注意、指導している。3か月に1度施設部門で身体拘束防止委員会を実施し職員に情報を伝えている。	身体拘束・虐待マニュアルは事務所内でいつでも閲覧できるようにしています。事業所内の年間研修でも身体拘束・虐待について研修を行っています。3ヶ月に1度施設部門で身体拘束防止委員会を実施、職員に情報を伝えています。玄関の施錠は夜間のみとしています。	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逃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	ホームの内部研修などを通じて虐待に関する勉強会を実施。「ご本人が不快、苦痛を感じる」ことはどんなことでも虐待につながりやすいことを確認している。	虐待に関するチェックシートがあり、チェックシートを用いて事業所の内部研修で虐待に関する勉強会を実施しています。「ご本人が不快、苦痛を感じる」ことはどんなことでも虐待につながりやすいこと話あっています。「待つて」については、双方の理解が得られるようにしています。	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	ホームの内部研修を通じて権利擁護の勉強会を実施。認知症高齢者の権利擁護について、侵害されやすい権利について、何気なくしていることが権利侵害につながりやすい可能性があることなどを確認している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に添って説明し、理解していただけるように努めている。		
10	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	ご入居者やご家族のご意見は定期的にかがう、あるいは状態の報告をする際にご意向の確認をさせていただいている。ケアプラン作成時のアセスメントの仕方を変更し、ご家族の要望を都度記載している。（現在は限られているが）面会の際などにも気になることがないかなど伺うようにしている。	利用者からの意見や要望については、入浴介助時や日々の関わりの中で汲み取るようにし、業務日誌や個人記録に記載し、情報共有を図り可能な限りケアや日常生活の中で反映させるようにしています。コロナ禍で制限されていますが家族からの意見や要望は面会時に、日々の様子を伝えた際に伺ったり、電話連絡時に確認しています。	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	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	職員の要望については日常的に聞けるようにしている。内容や必要に応じて代表者にあげるようにしている。	朝のミーティング時や業務中にも職員から意見や提案を聞き、ケアに反映させています。内容に応じては代表に挙げ、結果を伝えています。さらに、法人本部の内部監査委員会が個別にメール相談にもなっています。	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	昇給と賞与時の年3回の評価で、個々の努力や実績を評価している。要望に応じて評価内容の開示もしている。職員個々に目標を持って働いてもらえるようにしている。	人事管理制度により昇給と賞与時の年3回（6月、11月、4月）評価で、個々の努力や実績を評価しています。要望に応じて評価内容の開示もしており、職員個々が目標を持って働いています。有給休暇も積極的にとるように働きかけるなどライフワークバランスにも配慮しています。	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	法人の内部研修（介護の基礎、医療面など）は現在行えていない。ホーム内での内部研修・OJTを継続して実施し支援力の向上に努めている。認定更新にて介護度が軽減している現状があり、職員が質の高いケアを提供できている証と考える。	介護の基礎、医療面など法人の内部研修はコロナ禍で行えていませんが動画研修などを用いた内部研修で補い、OJTを実施して支援力の向上に努めています。研修の後には、感想文・今後の活用について報告して認識を新たにしています。認定更新にて介護度が軽減する例もあり、職員は励みにしています。	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	管理者は県や市、他県の同業者とのネットワークがある。職員同士の直接交流はないが、管理者が知りえた情報を共有している。			
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面接、入居時にご本人の意向を伺いケアプランに反映することで全職員が共有できるようにしている。意向を伺う際にも今困っていること、これからどんな生活をしたいか等具体的に伺うようにしている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行っている。入居される前の段階でもご家族からの相談にお答えした実績もある。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	当ホームだけを勧めるのではなくその方に適したサービスに関してはご説明して提案するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人であることを理解し、出来ることできないことをきちんと見極めて支援するように努めている。またご本人のやりたいことを引き出せるように意識して取り組んでいる。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	通院時には極力ご家族にお願いしている。また、衣類の購入、廃棄などにもその都度ご家族と連絡を取り関係性の継続に努めている。		
20	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	ご家族以外にもご友人との面会や電話での会話、手紙のやり取りなど自由にできるようにしている。隣家の床屋さんを利用することでこの地域での馴染みもできている。	現在はコロナウィルスの影響もあり、面会を控えていただいております。電話や手紙でのやり取りを推奨し、連絡を取り合っている方もいます。また、地域の床屋さんを利用することで、新たな馴染みの関係も構築されています。	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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご入居者の相互関係を見極めながら支援している。入居者同士お互いに支え合おうとする姿も多く見られている。紫綬的に他者の居室を訪ねて会話されたりも見られる。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時法人内サービスへの移行があれば相互への情報提供を行っている。他サービスへの移行時にも次のサービスが決まるまでは相談、支援に努めている。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	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。	支障の無い程度に使い慣れた家具類などの居室への設置を受け入れている。ご本人にとって必要な支援がどのような事であるかを見極めながら検討している。特に自立支援を再度意識しながらできることを増やせる、維持できるように支援している	入所前の面接で、今の住居に訪問して生活状況、使い慣れた家具類などを見させていただき生活の継続をはかります。そして、何をすると楽しいか、何をしたいかを伺って入居後の生活支援にあたるようにしています。特に自立支援を再度意識しながらできることを増やせる、維持できるように支援しています。	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	アセスメント表、面接報告書などにて生活、サービス利用を把握している。不明な点は入居後の会話などから把握するようにしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	まずはご本人の普段の状態を把握することから始まり、バイタルチェックや食事摂取量、表情や言動の些細な変化を見逃さないように努めている。また、週1回の看護師の訪問、随時相談により状態変化への早急な対応に努めている。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	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	多角的な視点から物事を見られるように日々の振り返りを行い、一方的な視点を持たないように配慮するように職員に伝えている。今年度よりご家族や多職種の意見・意向をアセスメントに表記してご本人により良いケアプラン作りにつなげている。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に初回の介護計画を作成しています。入居後は暫く経過を観察、カンファレンスを行い介護計画を見直しています。内部研修では、多職種連携など含めて多角的な視点から物事を捉えたアセスメントに取り組んでいます。	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	その日ごとではあるが、出勤の職員で密に情報伝達するように努めている。気づきや感じたことの共有を行っている。		
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	2+3=□と考えるのではなく答えが5になる計算式を考える視点が持てるようにしている。可能性を決めつけるのではなく何を支援すれば出来るようになるかを前提に考えられるようにしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	法人本部に近いこともあり法人のネットワークや指導者間のネットワークを通じて相談している。多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りし、地域資源を活用できるように考えている。		
30	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、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	基本的にはホームの協力病院をかかりつけ医として紹介させていただいている。ご本人やご家族の要望に応じてどの医療機関でも受診できるように支援させていただいている。	入居時に事業所の協力医療機関について説明し、主治医を決めていただくようにしています。主治医内科受診は、毎月受診します。歯科は契約している方のみ、必要に応じて治療や口腔ケアを受けています。また、週1回同法人の訪問看護ステーションから利用者の健康管理が行われています。	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	本部看護師が1週間に1度訪問している。緊急時には本部看護師はもちろん、近隣医の救急外来に電話相談している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携し早期退院の調整や情報交換を行うように努めている。		
33	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	入居の段階で延命治療に関する意思確認書を書いて頂いている。また入居者の状況も多様化している為、状況に合わせた同意書も作成している。身体的に重度になってきた場合には特養申込みをおねがいはしている。また、入院になった場合などには退居の要件などをしっかりと説明するようにしている。見取りも積極的に行っている。	契約時に重度化した場合や終末期における対応について説明し、延命治療に関する意思確認書を交わしていますが、状況に合わせた同意書も作成してサインをいただいています。重度化した際には、家族との話し合いの場を設け、他施設や療養型などの転移を薦めています。見取りも積極的に行っています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修にて心肺蘇生法を実施。また、急変時の兆候やその時々状態に応じて注意すべき点などを看護師の訪問時に確認している。		
35	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	マニュアルの整備を行うために防災担当職員を設置。風水害も含めたマニュアルがある。年3回防災避難訓練を行っている。また、法人内にも災害対策委員会が設置されている。	各種防災・災害マニュアルの整備を行うために防災担当職員を選任し、火災、地震、風水害想定したマニュアルを作成しています。防災訓練は年3回実施しており、消防署職員や防災設備業者の立会があります。法人内にも災害対策委員会が設置され、近年増加している自然災害に対する意識も高まっています。	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	
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	利用者のペースに職員が合わせ、利用者のプライバシーを損ねるような対応は行っていない。	入職時に、誠幸会の職員としての心構えや接遇・マナー、介護技術に至る心得書が配布され、学んでいます。また、年間研修でも人格の尊重や権利擁護について学び、理解を深めています。研修の場のみならず、申し送りや雑談の中でも管理者から話をする事で、常に人格を尊重したケアに努めています。	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	日常生活の活動、会話すべてにおいて個々の利用者に合わせ分りやすく説明し、利用者の意向を大切に支援している。コロナ禍においても感染対策をしながら外出支援をした。	/		/
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	出来る限り利用者一人一人のペース、生活を大切にし、安全にそして希望に沿った支援を行っている。			
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	衣類の選択は利用者の希望に沿って行っている。衣類の買い物は、コロナ禍だが、利用者の希望を聞き職員と買い物に出かけたりしている。また、感染対策をしながら希望に合わせて近くの理容室、美容院に行っている。			
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	食材の下処理や、テーブル拭き、トレイ拭き、下膳などのお手伝いをしていただいている。また季節の旬の物を取り入れたり寿司など利用者の希望メニューも召し上がって頂いている。	業者からレシピ付きで食材を発注し、職員が調理しています。利用者には、テーブル拭き、食後のお盆拭きなど出来る範囲で手伝っていただき、残存能力の維持につなげています。食事に興味を持って楽しんでいただけるよう、食事前にメニューを伝えたり、食器や盛り付け、彩りも工夫しています。	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	食事量は毎食一人一人記録している。また水分摂取量においても一人一人把握し、摂取量が少ない方は記録し、好きな飲み物を提供し一日のトータル量を確保するようにしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	各自のコップ、歯ブラシを使用し、毎食後、声掛けや職員介助で口腔ケアを行なっている。1ヶ月に1回、新しい歯ブラシの交換を行い、往診の歯科医師のアドバイスに従っている。入歯洗浄剤も定期的に使用している。		
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	尿意を感じ無くなった方、あるいは見当識障害のある利用者にはトイレ誘導を行なっている。また声掛けでわかる方には声掛け誘導を行なっている。	利用者の排泄状況を把握するために、自立している方も含め全員分の排泄チェック表を付けています。声かけの必要な方は定時で声かけしてトイレ誘導を行っています。おむつの使用を極力減らせるように一人ひとりのタイミングを見計らった誘導を行い、自立排泄につなげています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘が続く方には水分量を増やしたり、腹部マッサージや散歩など適度な運動を進めるなどの工夫をしている。また医療機関で下剤を処方していただくなどしている。		
45	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	入浴を希望される方には入浴していただいている。入浴したいと訴えの無い方には声掛けをしているが無理強いはせず、出来る限り本人の体調に合わせて、希望する日、時間に入浴して頂いている。	週2回の入浴を基本とし、時間やタイミングは本人の意思を尊重しながら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共に、その方の意向を確認しながら、無理強いすることなく、気持ち良く入浴していただきながら清潔の保持につなげられるよう心がけています。	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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の生活習慣、ペースを大切に、落ち着ける場所で休息がとれるようにしている。不安感が強い時は側で寄り添い、傾聴するなどマンツーマンの対応をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	医療情報ノート、内服薬情報のファイルを作成し、利用者一人一人の薬の情報が直ぐに分るようにしている。また薬の変更があった場合は職員全員に周知し利用者の変化に注意している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活の中で出来る事はご自分で行なって頂き、声掛けで家事仕事等も手伝って頂いている。塗り絵など好きなレクを行ったりお好きな飲み物の提供などしている。		
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	散歩の時間を設け、気分転換を図りたい方には声掛けをし外に出る機会を設けるようにしている。コロナ禍ではあるが感染対策をしながら希望を聞き外に出る機会を増やすようにしていく。	コロナ禍で外出や活動に制限がありますが、日常的に、天気や気候、職員の配置などを考慮しながら敷地内で日光浴や周辺を散歩にお連れしています。歩行が難しい方には車いすで散歩にお連れし、体調の関係で外出支援が難しい方には窓を開けて外気に触れていただくなど工夫しています。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	日々利用者がお金を管理する事は困難であるが、ご本人の希望に応じて職員や家族と共に買い物をして頂くように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望に応じてホームの電話を使用して頂けるようにしており、職員が随時対応している。		
52	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	廊下にはソファがあり、絵画やカレンダー、季節の花を飾るなどしてくつろぐことの出来る空間作りをしている。また、脱衣所の温度管理には冬は暖房器具、夏は扇風機を使用し気をつけている。換気に気を配りリビングでは空気清浄器を使用している。	リビングは、整理整頓を心掛け絵画やカレンダー、季節に合わせた装飾を行うなど寛いで過ごせる共有空間作りを行っています。庭には、バラ、ビワ、ミカン、柿などが植えられていて四季を感じられるようにしています。廊下にもソファを設置し、他の利用者の目を気にせずゆったりと過ごすことのできる空間を確保しています。	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	リビングには利用者一人一人の決まった椅子がある一方で、ソファなどを配置し、気の合った利用者同士で座って話が出来るような環境を提供している。		
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	基本的に居室にはご本人が使用してきた物や好きな物を置いていただくようにしている。状況に応じて危険や混乱がともなう場合には家族と相談のうえ、持ち帰って頂く等配慮している。	自宅の生活の延長として不安や混乱を招くことの無いよう、使い慣れた家具や思い出の品々を持って来ていただくことを勧めています。そして、ホームで作成した塗り絵、お気に入りの新聞広告の風景写真等その時に思いついた物を傍に掲示しています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	トイレに「トイレ」と大きく表示したり、居室のドアに名前を表示している。またリビングの椅子に馴染みの座布団を置いて分りやすくしている方もいる。混乱が見られる場合はさりげなく介助出来るようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷

作成日

令和4年10月11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
	37	利用者の希望の表出や自己決定の支援	入居者のやりたいという気持ちを引き出し、思いが叶うような支援を行う	①日ごろから希望が言いやすい人間関係を作る ②やりたいことを支援できるように支援力、支援の質を高める ③上記実践のために定期的な勉強会を開催し実践力を身に着ける	1年
	26	チームで作る介護計画とモニタリング	チームとして入居者を支える意識をさらに高める。	①情報共有を密に行い、情報、思いを共有する ②チームとしてケアを行うためにアセスメントやモニタリングに積極的に参加する。 ③上記実践のためケアプラン作成の知識を学ぶ	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
ユニット名	のぞみ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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	朝のミーティング時に唱和することは継続して意識を高めて実践につなげている。また行動規範により具体的に何を大切にしていくなかを考えやすく実践につなげている		
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	コロナ禍のため、交流は控えている。これまでは近隣住民の方とは町内会を通じて定期的に交流をしている。近隣の中学生の体験学習なども受け入れを行い交流している。昨年も小中学校でサポーター養成講座を行っておりホームの存在が知られるようになっている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	コロナ禍で交流できていないが、例年毎月の町内会の定例会や防災訓練等に参加しホームへの理解などを求めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回開催し、年6回開催（現在3回書面開催）している。地域の方のご意見を参考にサービス向上につながるようにと考えている。地域の方もより良いサービスとなるように積極的にご意見をくださっている		
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	高齢支援課や生活支援課、生活衛生課や消防とも相談しやすい関係性を保っている。泉区に限らず他区からも相談しやすいとのことで入居者の紹介をいただけている。泉区内では認知症サポーター連絡会などに協力している。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人の方針にあるように身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。危険がない限り、言葉での行動抑制が無いように注意、指導している。3か月に1度施設部門で身体拘束防止委員会を実施し職員に情報を伝えている。		
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	ホームの内部研修などを通じて虐待に関する勉強会を実施。「ご本人が不快、苦痛を感じる」ことはどんなことでも虐待につながりやすいことを確認している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	ホームの内部研修を通じて権利擁護の勉強会を実施。認知症高齢者の権利擁護について、侵害されやすい権利について、何気なくしていることが権利侵害につながりやすい可能性があることなどを確認している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に添って説明し、理解していただけるように努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご入居者やご家族のご意見は定期的にかがう、あるいは状態の報告をする際にご意向の確認をさせていただいている。ケアプラン作成時のアセスメントの仕方を変更し、ご家族の要望を都度記載している。（現在は限られているが）面会の際などにも気になることがないかなど伺うようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員の要望については日常的に聞けるようにしている。内容や必要に応じて代表者にあげるようにしている。		
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	昇給と賞与時の年3回の評価で、個々の努力や実績を評価している。要望に応じて評価内容の開示もしている。職員個々に目標を持って働いてもらえるようにしている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人の内部研修（介護の基礎、医療面など）は現在行っていない。ホーム内での内部研修・OJTを継続して実施し支援力の向上に努めている。認定更新にて介護度が軽減している現状があり、職員が質の高いケアを提供できている証と考える。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	管理者は県や市、他県の同業者とのネットワークがある。職員同士の直接交流はないが、管理者が知りえた情報を共有している。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面接、入居時にご本人の意向を伺いケアプランに反映することで全職員が共有できるようにしている。意向を伺う際にも今困っていること、これからどんな生活をしたいか等具体的に伺うようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行っている。入居される前の段階でもご家族からの相談にお答えした実績もある。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	当ホームだけを勧めるのではなくその方に適したサービスに関してはご説明して提案するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人であることを理解し、出来ることできないことをきちんと見極めて支援するように努めている。またご本人のやりたいことを引き出せるように意識して取り組んでいる。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	通院時には極力ご家族にお願いしている。また、衣類の購入、廃棄などにもその都度ご家族と連絡を取り関係性の継続に努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族以外にもご友人との面会や電話での会話、手紙のやり取りなど自由にできるようにしている。隣家の床屋さんを利用することでこの地域での馴染みもできている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご入居者の相互関係を見極めながら支援している。入居者同士お互いに支え合おうとする姿も多く見られている。紫綬的に他者の居室を訪ねて会話されたりも見られる。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時法人内サービスへの移行があれば相互への情報提供を行っている。他サービスへの移行時にも次のサービスが決まるまでは相談、支援に努めている。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	障害の無い程度に使い慣れた家具類などの居室への設置を受け入れている。ご本人にとって必要な支援がどのような事であるかを見極めながら検討している。特に自立支援を再度意識しながらできることを増やせる、維持できるように支援している		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメント表、面接報告書などにて生活、サービス利用を把握している。不明な点は入居後の会話などから把握するようにしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	まずはご本人の普段の状態を把握することから始まり、バイタルチェックや食事摂取量、表情や言動の些細な変化を見逃さないように努めている。また、週1回の看護師の訪問、随時相談により状態変化への早急な対応に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	多角的な視点から物事を見られるように日々の振り返りを行い、一方的な視点を持たないように配慮するように職員に伝えている。今年度よりご家族や多職種の意見・意向をアセスメントに表記してご本人により良いケアプラン作りにつなげている。		
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	その日ごとではあるが、出勤の職員で密に情報伝達するように努めている。気づきや感じたことの共有を行っている。		
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	2+3=□と考えるのではなく答えが5になる計算式を考える視点が持てるようにしている。可能性を決めつけるのではなく何を支援すれば出来るようになるかを前提に考えられるようにしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	法人本部に近いこともあり法人のネットワークや指導者間のネットワークを通じて相談している。多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りし、地域資源を活用できるように考えている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	基本的にはホームの協力病院をかかりつけ医として紹介させていただいている。ご本人やご家族の要望に応じてどの医療機関でも受診できるように支援させていただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	本部看護師が1週間に1度訪問している。緊急時には本部看護師はもちろん、近隣医の救急外来に電話相談している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携し早期退院の調整や情報交換を行うように努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居の段階で延命治療に関する意思確認書を書いて頂いている。また入居者の状況も多様化している為、状況に合わせた同意書も作成している。身体的に重度になってきた場合には特養申込みをおねがいはしている。また、入院になった場合などには退居の要件などをしっかりと説明するようにしている。見取りも積極的に行っている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修にて心肺蘇生法を実施。また、急変時の兆候やその時々状態に応じて注意すべき点などを看護師の訪問時に確認している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	マニュアルの整備を行うために防災担当職員を設置。風水害も含めたマニュアルがある。年3回防災避難訓練を行っている。また、法人内にも災害対策委員会が設置されている。		

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	ご利用者のこれまでの生活、歴史、思いを知りプライドを損ねないように努めている。利用者のいる場所での職員同士の申し送りでは、氏名を使わないように努めている。プライドを損ねるような行動、言動があった場合は、職員同士注意し合える関係を作っている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	生活の中で言葉、動作、表情などを読み取りその方に合わせた言葉がけで自己決定が出来るように支援している。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご利用者の要望の優先を基本とし、その日の体調や心理的状況を理解しながら一人ひとりのペースに合わせ安心できる希望にそった生活が出来るよう努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	起床から個別で更衣、整容を支援している中、ご本人の好みをお聞きしながらその人らしい身だしなみが出来るよう努めている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	メニューは食品会社提供のメニューとなっており、品数・メニューが豊富であり、毎回楽しみにされている。食前、食後のテーブル拭き、歩行に注意しながらの下膳など、その方のできる事を手伝っていただいている。食前に本日のメニュー、食材の説明を発表して食事の意識を高めている。		



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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量は、その方に合わせ盛り付けている。又、食事形態についてもお粥、刻みなど摂取しやすい食事を提供している。水分については緑茶、ほうじ茶、コーヒー、ミルク等お茶の時間はご本人の好みをお聞きして提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアでは、個別で対応している。ご本人の出来ない箇所のケアを行い、口腔内の状況を確認し、問題が発生した場合は往診医に報告している。		
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	入居者全員の方の排泄を記入している。便意、尿意のない方は水分摂取量、下剤の内服時間などから観察し、プライドを傷つけないような声掛けを行い、トイレでの排泄を支援している。便座に誘導を行うも、理解できない方に関しては時間を掛けて付き添っている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	個別での便困対策を行っている。基本は運動、食事での解消を心がけている。ラジオ体操、散歩を毎日の日課としている。又、主治医に相談し下剤で対応している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	公平な日にち間隔で入浴をしていただいているが、皮膚観察、失禁等など必要な方は優先的に入浴していただく。又、時間についての希望を伺い、各人の思いに添うよう努めている。自立の方については、プライバシーを守りながら見守りで支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	24時間見守りの中で、精神的、身体的からの影響を踏まえ、その方の日常的な状況から安眠、休息できるように室温、照度、心地よい会話等配慮に努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬情報ファイルをいつでも閲覧できるようにしている。相談機関としては、毎月の定期受診時に主治医へ、又、週1回の訪問看護師に相談・確認をしている。緊急・不審時に関しては、訪問看護ステーション（担当看護師）へ報告し、指示に従うといった、医療的な配慮をしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	ご本人が以前から習慣として行っていること、趣味などを知り、ホームでできる事を日常的に行っていただいている。例えば家事一般、散歩、歌、歓談できる環境作りなどの支援をしている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	その方に添った場所、距離を設定して散歩を支援している。買い物目的でのドライブに行かれる方、定期的にご家族対応で外出されている方もおられる。又月1回外出レクリエーションを設定し、希望の場所へ外出できるよう支援している（新型コロナウイルス感染予防の為、現在は中断中）。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	主に金銭管理は施設管理としているが、ご本人の希望でご家族様了解の上で所持をしている方については、職員同行で使用し記録をメモ又は、日誌に記入している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	居室に携帯電話持込の方など自由に連絡が取れるように支援している。連絡を取りたい方がおられれば、都度対応している、		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共用空間は清潔を基本として清掃に力をいれている（新型コロナウイルス予防防止の観点から、一日2回の消毒を実施）。光については照明、カーテンの調整で対応。換気については、日中は常時2カ所の開放（新型コロナウイルス予防防止の観点から）扇風機・サキュレーター・空気清浄機を活用し、室温は適時エアコンを使用し、不快のないよう心がけている。季節感については、ベランダからの風景、主に、プランターで育てている野菜、花、柿の木になっている柿を見ながら 会話が弾んでいる。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ユニット内には食卓以外に、ソファ、椅子等が設置してあり その時の気分で自由に過ごされている。		
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	入所されるときに、慣れ親しんだ家具、写真などを、以前の住まいが再現できるよう置いて頂いている。又ホームで作成した塗り絵、お気に入りの新聞広告の風景写真等その時に思いついた物を傍に掲示している。		
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	居室にはお名前を表示し混乱時に納得していただいている。又、場所が確認できるように大きく「トイレ」「風呂場」と表示している。洗濯物等、声掛け、同行してご自分でタンスにしまうことができるよう支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷

作成日

令和4年10月11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
	37	利用者の希望の表出や自己決定の支援	入居者のやりたいという気持ちを引き出し、思いが叶うような支援を行う	①日ごろから希望が言いやすい人間関係を作る ②やりたいことを支援できるように支援力、支援の質を高める ③上記実践のために定期的な勉強会を開催し実践力を身に着ける	1年
	26	チームで作る介護計画とモニタリング	チームとして入居者を支える意識をさらに高める。	①情報共有を密に行い、情報、思いを共有する ②チームとしてケアを行うためにアセスメントやモニタリングに積極的に参加する。 ③上記実践のためケアプラン作成の知識を学ぶ	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
ユニット名	ふれあい

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

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	朝のミーティング時に唱和することは継続して意識を高めて実践につなげている。また行動規範により具体的に何を大切にしていくなかを考えやすく実践につなげている		
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	コロナ禍のため、交流は控えている。これまでは近隣住民の方とは町内会を通じて定期的に交流をしている。近隣の中学生の体験学習なども受け入れを行い交流している。昨年も小中学校でサポーター養成講座を行っておりホームの存在が知られるようになっている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	コロナ禍で交流できていないが、例年毎月の町内会の定例会や防災訓練等に参加しホームへの理解などを求めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回開催し、年6回開催（現在3回書面開催）している。地域の方のご意見を参考にサービス向上につながるようにと考えている。地域の方もより良いサービスとなるように積極的にご意見をくださっている		
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	高齢支援課や生活支援課、生活衛生課や消防とも相談しやすい関係性を保っている。泉区に限らず他区からも相談しやすいとのことで入居者の紹介をいただけている。泉区内では認知症サポーター連絡会などに協力している。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人の方針にあるように身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間のみとしている。危険がない限り、言葉での行動抑制が無いように注意、指導している。3か月に1度施設部門で身体拘束防止委員会を実施し職員に情報を伝えている。		
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	ホームの内部研修などを通じて虐待に関する勉強会を実施。「ご本人が不快、苦痛を感じる」ことはどんなことでも虐待につながりやすいことを確認している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	ホームの内部研修を通じて権利擁護の勉強会を実施。認知症高齢者の権利擁護について、侵害されやすい権利について、何気なくしていることが権利侵害につながりやすい可能性があることなどを確認している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に添って説明し、理解していただけるように努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご入居者やご家族のご意見は定期的にかがう、あるいは状態の報告をする際にご意向の確認をさせていただいている。ケアプラン作成時のアセスメントの仕方を変更し、ご家族の要望を都度記載している。（現在は限られているが）面会の際などにも気になることがないかなど伺うようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	職員の要望については日常的に聞けるようにしている。内容や必要に応じて代表者にあげるようにしている。		
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	昇給と賞与時の年3回の評価で、個々の努力や実績を評価している。要望に応じて評価内容の開示もしている。職員個々に目標を持って働いてもらえるようにしている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人の内部研修（介護の基礎、医療面など）は現在行っていない。ホーム内での内部研修・OJTを継続して実施し支援力の向上に努めている。認定更新にて介護度が軽減している現状があり、職員が質の高いケアを提供できている証と考える。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	管理者は県や市、他県の同業者とのネットワークがある。職員同士の直接交流はないが、管理者が知りえた情報を共有している。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	事前面接、入居時にご本人の意向を伺いケアプランに反映することで全職員が共有できるようにしている。意向を伺う際にも今困っていること、これからどんな生活をしたいか等具体的に伺うようにしている。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接、入居時に意向を伺い必要に応じて相談援助を行っている。入居される前の段階でもご家族からの相談にお答えした実績もある。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	当ホームだけを勧めるのではなくその方に適したサービスに関してはご説明して提案するようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	生活の中心はご入居者本人であることを理解し、出来ることできないことをきちんと見極めて支援するように努めている。またご本人のやりたいことを引き出せるように意識して取り組んでいる。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	通院時には極力ご家族にお願いしている。また、衣類の購入、廃棄などにもその都度ご家族と連絡を取り関係性の継続に努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族以外にもご友人との面会や電話での会話、手紙のやり取りなど自由にできるようにしている。隣家の床屋さんを利用することでこの地域での馴染みもできている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ご入居者の相互関係を見極めながら支援している。入居者同士お互いに支え合おうとする姿も多く見られている。紫綬的に他者の居室を訪ねて会話されたりも見られる。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了時法人内サービスへの移行があれば相互への情報提供を行っている。他サービスへの移行時にも次のサービスが決まるまでは相談、支援に努めている。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	障害の無い程度に使い慣れた家具類などの居室への設置を受け入れている。ご本人にとって必要な支援がどのような事であるかを見極めながら検討している。特に自立支援を再度意識しながらできることを増やせる、維持できるように支援している		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	アセスメント表、面接報告書などにて生活、サービス利用を把握している。不明な点は入居後の会話などから把握するようにしている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	まずはご本人の普段の状態を把握することから始まり、バイタルチェックや食事摂取量、表情や言動の些細な変化を見逃さないように努めている。また、週1回の看護師の訪問、随時相談により状態変化への早急な対応に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	多角的な視点から物事を見られるように日々の振り返りを行い、一方的な視点を持たないように配慮するように職員に伝えている。今年度よりご家族や多職種の意見・意向をアセスメントに表記してご本人により良いケアプラン作りにつなげている。		
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	その日ごとではあるが、出勤の職員で密に情報伝達するように努めている。気づきや感じたことの共有を行っている。		
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	2+3=□と考えるのではなく答えが5になる計算式を考える視点が持てるようにしている。可能性を決めつけるのではなく何を支援すれば出来るようになるかを前提に考えられるようにしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	法人本部が近いこともあり法人のネットワークや指導者間のネットワークを通じて相談している。多様なニーズに対応できるように各専門職の知識をお借りし、地域資源を活用できるように考えている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	基本的にはホームの協力病院をかかりつけ医として紹介させていただいている。ご本人やご家族の要望に応じてどの医療機関でも受診できるように支援させていただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	本部看護師が1週間に1度訪問している。緊急時には本部看護師はもちろん、近隣医の救急外来に電話相談している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には介護サマリーを作成し情報提供している。ご家族や病院関係者と連携し早期退院の調整や情報交換を行うように努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居の段階で延命治療に関する意思確認書を書いて頂いている。また入居者の状況も多様化している為、状況に合わせた同意書も作成している。身体的に重度になってきた場合には特養申込みをおねがいはしている。また、入院になった場合などには退居の要件などをしっかりと説明するようにしている。見取りも積極的に行っている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修にて心肺蘇生法を実施。また、急変時の兆候やその時々状態に応じて注意すべき点などを看護師の訪問時に確認している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	マニュアルの整備を行うために防災担当職員を設置。風水害も含めたマニュアルがある。年3回防災避難訓練を行っている。また、法人内にも災害対策委員会が設置されている。		

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	お一人おひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないよう最大限の配慮をもって接遇している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	思いや希望を表していただけるよう、コミュニケーションの手段を工夫し、ご自身で選んだり決めたりできるように選択肢をできるだけ広げるようにしたりしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご利用者優先を基本とし、その日の体調や心理状況を理解しながら一人ひとりのペースに合わせ、希望に添った生活が出来る様努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	日常の整容を日々支援し、日常着の選択の楽しみをもっていただけるようにしている他、外出などのハレの場面でのおしゃれをお手伝いするなど、メリハリを持っていただいている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みを把握しながら調理をしているまた食事形状にも配慮し、飲み込みが上手く出来ない方には細かくし提供している。	メニューは食品会社提供のメニューとなっている為、同じメニューばかりでなく品数も多く毎日楽しみにされている。飲み込みがうまく出来ない方に、トロミ、お粥、刻み、ミキサー食、などその方に合った物を提供し、盛り付けにも工夫をしている。		

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事量はその方に合わせ盛り付けをしている。一度に他の利用者の方と同じくらいの量を食べられない方もいらっしゃる為、補助食品を処方して頂き栄養のバランスを摂って頂いている。水分についても水分摂取量のチェックを行い好みの物を提供し水分不足にならないよう努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	お一人おひとりに応じたケアをおこなっている。義歯をお使いの方は毎食後外していただき、口腔内・義歯とも清潔を保てるよう支援している。ご自身でおこなえる方は見守りし、声掛け・一部介助等、お力に応じたケアをおこなっている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	お一人おひとりの排泄パターンに応じてトイレへご案内したり、夜も声掛けにてトイレ誘導をしている。ご様子から尿意・便意を察してご案内したりして、トイレでの排泄を支援している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	個別で便困対策を行っている。基本は体操、散歩、食事、飲み物で解消を心がけているが解消されない場合は主治医、訪問看護師に相談し下剤で対応している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	ご本人のご希望に添う様に努めている。自立の方についてはプライバシーを守りながら見守りで支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	夜間は安心してよく眠れるよう、その方の生活習慣に応じて就寝前のだんらんを設けたり、飲み物を提供したりしている。寝付けない場合には一度リビングで職員と会話をし落ち着いてから再度入眠して頂いている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	それぞれの方が服用されている薬について勉強会を持ち、学んだことを一覧にしてある。服薬を支援し、症状の変化については直ちに医療との連携をはかるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	その方の生活歴や、意向を踏まえ、日常の家事への参加を支援したり、趣味や食べ物の嗜好などに基づいて楽しみの提供を支援している。また洗濯物畳みや、ウエス切り等日常の役割、又、歌レク、カルタ、トランプ等楽しみごとの支援をしている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	できるだけ室内から出て、お散歩に同行出来る様努めている。コロナ渦で外出も出来ないが必ず晴れていなくてもベランダでの外気浴や、近隣のお店に買い物に行き支援を行っている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	ご本人にご希望があり、金銭管理が可能である方には所持いただいている。また買い物を希望された場合、職員が付き添い買い物ができるように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご希望や有用性に応じ、電話や手紙などの通信手段でご家族や友人・知人とコミュニケーションが取れるよう、手立てを取っている。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	清潔で快適な共用空間を維持できるよう、清掃し、採光や照明に気配りしたり、室内の温度・湿度等の調整を欠かさないようにしている。通気し、季節の空気を感じていただくよう窓を開ける時間を必ず設けている。			
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	気の合った方と同席してコミュニケーションを楽しんだり、時にはお一人で過ごせるよう別のお席に案内できるよう配慮している。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人のご希望をよく伺い、また、ご家族から十分な情報を得るようにして、居心地のよい居室の環境を整えられるようにしている。			
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	できるだけご自身の意思に基づいて行動しやすいよう、個人の居室やトイレの場所をわかりやすく表示している。			



目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム 泉の郷

作成日

令和4年10月11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
	37	利用者の希望の表出や自己決定の支援	入居者のやりたいという気持ちを引き出し、思いが叶うような支援を行う	①日ごろから希望が言いやすい人間関係を作る ②やりたいことを支援できるように支援力、支援の質を高める ③上記実践のために定期的な勉強会を開催し実践力を身に着ける	1年
	26	チームで作る介護計画とモニタリング	チームとして入居者を支える意識をさらに高める。	①情報共有を密に行い、情報、思いを共有する ②チームとしてケアを行うためにアセスメントやモニタリングに積極的に参加する。 ③上記実践のためケアプラン作成の知識を学ぶ	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。