

<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	1473600540
法人名	社会福祉法人 豊笑会
事業所名	弥生台グループホーム
訪問調査日	2018年10月18日
評価確定日	2019年1月11日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

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

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

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

平成 30 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	1473600540	事業の開始年月日	平成15年3月1日	
		指定年月日	平成15年3月1日	
法人名	社会福祉法人 豊笑会			
事業所名	弥生台グループホーム			
所在地	(〒245-0008) 横浜市泉区弥生台55-62			
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10月1日	評価結果 市町村受理日	平成31年1月18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)】

ケアプランのアセスメントは、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を活用し、ユニットごとに全職員参加でケアカンファレンスを行い、皆で作っています。「ご利用者に喜んでもらうには」「ご利用者により良いケアをするには」という気持ちを持ち、支援をさせていただいています。事業所の設備、環境を活かしながら、ご利用者は職員と共に出来ることは行い、生活していただいています。また年間を通して、季節ごとの行事や催しを実施し、ご家族にも参加していただき、ご利用者と共に楽しんでいただいています。

【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10月18日	評価機関 評価決定日	平成31年1月11日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●この事業所の経営は、社会福祉法人豊笑会です。同法人は、横浜市内に居宅介護支援・訪問介護・デイサービス・小規模多機能・グループホーム・特別養護老人ホームなど運営しています。豊笑会が提案する総合介護サービスとして「サイクル介護」をコンセプトにしています。グループホームは3事業所ありこちらの「弥生台グループホーム」は、相鉄いずみ野線「弥生台」の駅南口から徒歩7分程の住宅地にあり、隣には、別法人の介護老人保健施設や、クリニックがあり、周囲には、果樹園や林もあり、鳥のさえずりが聞こえる静かな環境下にあります。

●法人の理念として「①私たちは豊かで穏やかなほほえみの介護をめざします②私たちは御信頼頂くことに知識と技術を切磋琢磨してまいります③私たちはご家族と地域の皆様との関係をより大切にしてまいります④私たちは介護を職業として奉仕させていただき社会に広く貢献してまいります」を掲げています。この理念に基づき事業所では、開所当所に独自で作成した理念「利用者が個人の生活習慣を大切にして、快適で安心安全な生活で穏やかに過ごされるように…」に沿って、利用者の皆さんが、安心、安全、安定した生活が送れるような環境の提供に努めています。

●地域の自治会に加入して、近隣の公園で開催される盆踊り、運動会、防災訓練などに利用者と一緒に参加しています。保育園と高齢者の交流行事「いきいきあすなろ」が毎月2回行われ参加をしています。近隣の中学生や、看護学校生の実習受け入れも、定期的に行われています。事業所では、年間を通して季節ごとの行事（納涼祭・収穫祭・大掃除・豚汁会など）を開催し地域の方にも参加を呼び掛けています。

【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	弥生台グループホーム
ユニット名	清泉館

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	理念である安心、安全、安定した生活を基本に、ご利用者一人ひとりに合った生活支援及びADLの向上や維持していく為の活動支援をし、いつまでもその方らしい生活が送れるようにしている。	法人の理念に基づき、事業所独自の理念「ご利用者が個人の生活習慣を大切にして、快適で安心安全な生活で穏やかに過ごされるように、職員が心豊かにほほえみをもってお手伝いをします。」を作成しています。理念は玄関、リビング、事務所に掲示し、職員会議、各行事を実施する際にも、理念に沿ったサービスの提供をするよう心がけています。	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	自治会の行事には利用者、職員共参加させて頂き地域の方と交流を図っている。	地域の自治会に加入して、近隣の公園で開催される盆踊り、運動会、防災訓練などに利用者と一緒に参加しています。保育園と高齢者の交流行事「いきいきあすなる」が毎月2回行われており、利用者お連れして参加しています。近隣の中学生や、看護学校生の実習受け入れも、定期的に行っています。	今後の継続	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	利用者が地域の行事に参加する事で、地域の方々に、認知症の方の理解をして頂ける機会を作っている。また、地域の方が気兼ねなくホームの見学を出来るような体制を取っている。	/		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	地域、行政、地域包括、ご家族の方に参加して頂き、認知症の方がどのような日常を過ごしているか、現状を報告している。また地域情報を得られる事で地域で行う行事に参加する場が広がっている。	3ヶ月毎に1回のペースで、他のグループホームと合同で開催しています。参加者は自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、家族などの参加を得て、各事業所から現状・活動報告を行い、質疑応答の時間を設けています。自治会からは、行事内容の説明などがあり、参加する際の参考にしています。	今後の継続	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	泉区高齢者支援課の方や地域福祉職員の方と連絡を取り合い協力関係を築いている。	区役所からは、郵便で研修や講習の案内を頂き参加しています。地域包括支援センターとは、居室空き情報の連絡や、地域の介護者家族会で認知症について話をするなど協力関係を構築できています。地区のグループホーム連絡会にも参加し、他事業所や市・区の職員との情報共有しています。	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	身体拘束関連の研修会に参加している。また職員会議を月1度実施しており、定期的に身体拘束について話し合い、職員一同が身体拘束のないケアを心掛けている。	身体拘束についてのマニュアルを整備し、身体拘束適正化委員会は、ユニットリーダーと管理者をメンバーとして開催しています。運営推進会議の中で、身体拘束適正化委員会で話し合った内容について報告しています。また、外部研修を受講した場合は、職員会議にて受講者による伝達研修を行っています。不適切な対応や言動が見受けられた場合には、ユニットリーダーが注意しています。	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	日常のケアに虐待に繋がるようなケアをする事がないように、職員同士が助言し合えるように心がけている。		
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	職員は権利擁護関連の講習を受け、学ぶ機会を設けている。また、それらに関して職員間で話し合っている。		
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、重要事項説明書に基づき細かい説明を心がけている。また改定時にも理解して頂けるように丁寧に説明している。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご家族が面会された時に話す機会を設け、意見や要望等があれば聞き入れ、可能な限り運営に反映できるよう努めている。	近場の家族の方が多いため、面会も頻繁にあり、面会時には、近況報告と併せて家族から意見や要望を聞いています。毎月開催している事業所内の行事や、地域の行事に参加される家族とは、話す機会を設けて、意見や要望を聞いています。聞いた情報は、連絡帳やケースファイルに記録して検討しています。	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	代表者は各事業所の管理者を招集した会議や法人内グループホーム連絡会を開催し、意見や提案を聞いている。また管理者は毎月のユニットごとの職員会議の中で職員の意見を聞く機会を設けている。	毎月のユニット会議で、職員の意見や提案を聞いています。管理者との個人面談は、年1回行われ目標設定による自己評価や、要望事項、人事異動等について話をしています。年3回は、法人内の各事業所管理者が集まり、代表者や幹部との会議が開催され、各事業所から挙げた意見や提案を伝えています。月に2回は、本部より幹部が来て、直接職員からの意見を聞く機会もあります。	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	法人本部職員が定期的に事業所を訪問し、職員個々の就業状況の把握に努めており、職場環境の改善、整備をしている。		
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	区、市のグループホーム連絡会を通し、グループホーム間での勉強会や現場研修に参加し、サービスの向上に繋げている。		
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	区、市のグループホーム連絡会を通し、グループホーム間での勉強会や現場研修に参加し、サービスの向上に繋げている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	ご本人の話を傾聴する機会を設け、ご本人の気持ちを理解し、より良い関係性を築いていけるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	ご家族の意向や不安に思う事を理解し、ご家族が安心してご利用者の生活を任せていただけるような、関係性作りに努めている。		
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	ご本人と家族の現状を把握し、どのようなサービスが現在必要なのか一緒に考えている。		
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	日常生活を共に過ごす中で、家事を中心に個々の身体能力に合った手伝いをお願いし、一緒に行う事で互いが支え合える関係を築いている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご利用者のADLが向上していくようご家族と共にケアを考え、ADLが低下していくご利用者に対し安全な生活ができるように共に考えている。		
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	親戚の方やご友人が気兼ねなく、継続的に面会に来ていただけるような環境作りに努めている。	家族の面会が多くあり、一緒に散歩や食事に出かけたり、定期的に外泊して来る方、家族と一緒に旅行へ行っている方もいます。携帯電話を使用する方や、事業所の電話で応対するなどの支援もしています。以前は、手紙の遣り取りが有りましたが、現在は年賀状のみで、返事を出すなどの支援をしています。	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	ご利用者同士の人間関係を把握し、ご利用者同士が穏やかに過ごせるよう、職員は見守りを行い、関わり合いが上手く出来るよう支援に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	契約が終了しても、これまで築いてきた関係性を大切にし、相談を求められた時はできる限り応じられるように努めている。		
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。	ご利用者の行動や表情、話される言葉から、その方の思いや希望をくみ取れるように努めている。	入居時に、これまでの生活歴、既往歴などの情報を聞き取り、その後は状況により追加や変更をしています。日常の様子は、ケースファイルに記入して、注目内容は色を変えて記入しています。3ヶ月に1回は、「私の姿と気持ちシート」を利用して、ケースカンファレンスの前のアセスメントで話を聞いています。	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	入居に至るまでのご本人の生活歴、既往歴などの情報をご家族に伺い、どのような生活を送られてきたのか把握に努め、出来る限りその方の生活ペースを守るようにしている。		
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	バイタルチェックを始めご利用者の心身の観察を行い、申し送りを通して職員全員が利用者の心身状態を把握している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人、ご家族の意向を聞き、また日常生活の様子を見ながら、各職員が交代でアセスメントシートを作成し、月一回の職員会議で意見交換を行い、ケアプランを作成している。	介護計画の短期目標は3ヶ月、長期目標は6ヶ月の期間を設けています。3ヶ月毎に職員が交代で、本人や家族からの意見を含めてアセスメントシートを作成して、ケアカンファレンスで検討しています。毎月3名分のケアカンファレンスを行い、介護計画の更新は3～6ヶ月毎に行っています。	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	個人記録には一日の生活内容を観察し、利用者の心身の状態や行動（食事、排泄、睡眠）などチェック表に記録を行い、職員間で情報を共有しながら、利用者の変化に応じた対応が出来るように支援している。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご利用者の状態やご家族の状況を把握し、その時々必要とするサービスが受けられるような体制にしている。			
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	音楽療法、読み聞かせ等のボランティア方の協力と保育園園児との交流会など、日常生活に変化と楽しみを持って過ごせる支援をしている。			
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	ご本人、ご家族が希望する、かかりつけ医の受診はご家族に任している。その他、病気などの時はご家族と連携をとり、近隣の医療機関へ受診できるようにしている。また、月2回の往診を受けている。	協力医療機関の月2回の訪問診療を受けられる方と、入居以前からのクリニックを継続して受診している方がいます。他科の受診をする場合は、協力医療機関の紹介状にて、家族対応で受診しています。歯科は、月に1回の往診で定期的に口腔ケアを受ける方もいます。契約の看護師が週1回来て、健康チェックや必要な処置と職員の医療相談に対応しています。	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	毎週1回、訪問看護を受けている。利用者の身体状態の変化を相談しアドバイスをもらっている。		
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。	病院の医療相談員との定期的な連絡や病院での面会の際に、医師や看護師等から本人の状態を確認し、家族と共に退院に向けた話し合いの場に立ち会っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に、ご家族と可能であればご本人も交え、重度化した場合や終末期のあり方を事業所で出来ることを説明したうえで、方針の共有をしている。重度化し対応が困難な場合は、法人内外の関係機関で支援が可能であるか、随時検討できる体制を整えている。	入居時に「重度化対応・終末期ケア対応指針」について、事業所で出来る事、出来ない事を含めて説明をしています。延命処置については、年に1回は確認していますが、状態の変化に応じて再度確認しています。重度化されて看取り介護を希望される場合は、看取りに関する同意書を取り交わして、終末期に向けた支援に取り組んでいます。	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	事故発生時の対応、急変時の対応が適切に行えるように定期的に話し合っている。また緊急対応の講習会などで学ぶ機会を持ち、実践力を身に付けている。		
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	地域住民の協力と消防署の職員を呼んで、定期的に避難訓練を行っている。また、火災訓練などの講習会を受け、実践力を付けている。	防災訓練を年2回行い、1回は消防署の立ち合いで、夜間想定避難訓練を実施しています。1回は自治会の防災訓練に合わせて近隣の公園まで避難誘導して、その後は自治会と合同で行います。消防署主催の講習会にも参加しています。防災マニュアルを整備している他、備蓄品や小型発電機等も準備しています。	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	言葉づかいに気を付け、プライバシーを損ねるような対応が無いように努めている。支援中の言動に問題がある場合はその都度注意を促している。	新人を対象とした、接遇マナー研修が定期的に行われ、資料は何時でも閲覧できるようになっています。言動が不適切な場合は、その都度注意したり、ユニット会議で取り上げ説明しています。個人情報の取り扱いについては、入居時に説明して署名を頂き、ホームページの更新なども、事業所で問題なく行っています。	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	ご利用者の思いや希望が聞けるように、個別対応の機会を設けている。	/		/
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	一人ひとりの生活ペースを大切にし、その人らしい日常生活が送れるように支援している。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	ご希望されるご利用者には定期的に訪問美容を利用していただけるようにしている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一人ひとりの食の好みを把握し、食事量や盛り合わせを工夫している。また、食事の準備、片付けは役割を分担し職員と共に行っている。	メニュー付きの食材を、業者より購入して職員が調理しています。利用者には簡単な下拵えや配膳、下膳、盛り合わせ、食器の洗い拭き等をお願いしています。毎日3食の利用者の役割分担を決めて、職員と一緒にしています。月に2回は「お楽しみメニュー」として別のメニュー表から選んだり、誕生日会には出前でお弁当を頼み食事を楽しんでいきます。	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	食事摂取量を毎食時チェック、記録し、個々の摂取量を把握している。水分量に関しては個々の状況に応じ随時水分の促しをしている。		
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	毎食後に口腔ケアの促しを行い、一人ひとりの能力に応じた口腔ケアの支援をしている。また、義歯使用の方は毎日義歯洗浄を行い、なるべく夜間は外していただいている。		
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	ご利用者の排泄リズムを把握し、定期的なトイレ誘導や声かけを個々に行い、排泄失敗を軽減できるよう支援に努めている。	現在オムツを使用している方はおらず、リハビリパンツや布パンツで生活しています。排泄チェック表の活用で、一人ひとりの排泄のリズムを把握して、定期的なトイレ誘導を行っています。リハビリパンツを使用していた方が、タイミングの良い声掛けにより布のパンツに改善した実績もあります。	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	利用者全員が毎朝、牛乳を飲んでいる。またラジオ体操を習慣で行い、散歩の機会を設け、適度に身体を動かし便秘予防をしている。また、便秘傾向な方は主治医と相談しその方に合う便秘薬を処方してもらっている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴順番に不満がないように、毎回入浴順番を変えている。また、一緒に入るとご利用者同士の関係性にも配慮しながら、個々に応じた入浴方法で支援している。	浴室は、洗い場や浴槽も広く、仲の良い利用者同士2人で入浴することもあります。週に2回の入浴を基本としていますが、汚れの酷い時などには、シャワー浴を行っています。同姓介助を基本としていますが、入浴拒否された場合は、職員を変えたり、時間をズラしながら入浴を促しています。	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	一人ひとりの睡眠時間を記録し、睡眠パターンを把握している。日中は個々の活動に応じて、休息を調整しながら睡眠の支援をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	個々の薬の内容を把握、確認できるように個人ファイルに記載してある。また、服薬の変更がある場合はその都度、個人記録、申し送りノート、口頭での申し送りを徹底し全職員が把握している。		
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	ご利用者一人ひとりの能力を把握し、日常生活の中で、その方のできる事をお手伝いとしてお願いし一緒に家事をしたり、毎日レクリエーションの時間を設け、興味あるものに参加していただいている。		
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	本人の希望があれば、可能な限り戸外に出掛けられるよう家族と協力しながら支援している。	散歩は、入浴日以外の午後から行く方、家族の協力を得ながら定期的に近隣の公園まで行っている方もいます。中庭や外庭が広く日光浴を兼ねて洗濯物を干したり、取り込んだりする方や、畑の野菜の手入れをする方もいます。年1回は遠出外出を計画しており、家族と一緒に今年はズーラシア動物園を予定しています。	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	買い物やレジャーなど外出する時は、各自でお金を持っていただき、自由に買い物を楽しんでいただけ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	ご利用者が電話を希望される時は、ご家族や知人とゆっくりとお話できるような空間を提供したり、自由に手紙がやり取りできるように積極的に支援している。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節感が分かるようにご利用者が作った作品を飾っている。また行事ごとに写真を貼り楽しい思い出になるようしている。職員はご利用者が不快に思う事が無いように、ドアの開け閉めの音や大きな声を出さないように気を付けている。	リビングや廊下が十分に広く、窓も多くあり明るくて、庭にある草花や果樹などにより季節を感じる事ができます。壁には、利用者が作った貼り絵や、塗り絵、書道などの作品と行事の際の写真が飾られ、話のきっかけになることもあります。利用者の誕生日会には、ボランティアの方々が来訪して楽器演奏、カラオケ、紙芝居などが行われ2ユニット合同で盛大に行われています。		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	ご利用者の関係性を把握し、食卓の席を決めている。又リビングでも気の合ったご利用者同士が過ごせるように、常に配慮を心がけている。			
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	各自、居室は以前から使っている物を使用するなどして、ご本人が一人で過ごす際に落ち着ける空間になるように、ご本人と家族に任せている。	居室には、大きな洗面台、エアコン、クローゼット、照明等が完備されています。その他の家具等については、以前から使っていた整理ダンス、テレビ、机、三面鏡、冷蔵庫等と家族写真などが、お好きな位置に配置しています。出来る方は職員と一緒に毎日の掃除を行い、月に1回は清掃の日を設けて、窓ふきやスリッパの消毒などしています。		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	各居室には表札を飾り、自分の部屋が分かるようになっている。また館内に設置してある手摺は安全な自立歩行が継続できるようしてある。			

目 標 達 成 計 画

事業所

弥生台グループホーム

作成日

平成30年10月31日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1	33	重度化した利用者の支援は、本人、家族の意向を踏まえ、事業所で対応できる範囲で実践しているが、看取り介護を最期まで行う事例がない。	看取り介護の実践に向けて、職員や関係機関の体制を整え、本人及び家族が、事業所での看取りを要望しやすいようにする。	<ul style="list-style-type: none"> 提携薬局が変わり、薬剤師を交え、医師、看護師との協力体制を整える。 看取り介護についての職員研修を実施する。 	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	弥生台グループホーム
ユニット名	正泉館

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	職員は理念に基づいた支援を心掛け、共有しご利用者が安心、安全に過ごして頂けるように実践に繋げる努力をしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の行事（盆踊り、運動会、防災訓練等）に参加させて頂いたり、月2回近隣の保育園との交流を図っている。また、各方面でのボランティアの方々が定期的に来訪して下さる事で、めりはりのある日常生活が送れている。		
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	地域の行事に参加したり、施設見学を常時できる体制にし、支援内容やスタッフとの関わり等を通し、認知症の理解を深めてもらっている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	3か月ごとに運営推進会議を開き、地域、行政、地域包括、ご家族の方々に参加していただき、サービス内容などの報告や他方面からの情報を得ながら意見交換しサービスの向上に活かしている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	泉区高齢者支援課の方々、地域福祉職員と連絡を取り合いながら協力関係を築きサービスの向上に繋げてる。		

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	身体拘束に繋がるようなケアをしていないか、職員会議などで確認や話し合う機会を定期的に行っている。両館の出入り口は可能な限り施錠をせず、自由に行き来できるようにしている。中庭や裏庭にも希望があれば自由に出入り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	定期的な勉強会への参加や、入浴時の身体観察等、職員同士は、十分に行動に注意し合いながら日常のケアが虐待に結びついていないか確認、検討し合いながら防止に努めている。		
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	職員は学ぶ機会を持ち、理解を深められるよう努力している。		
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、重要事項説明書に基づき細かい説明を心がけている。また改定時にも理解して頂けるように丁寧に説明、同意を得ている。		
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	面会等、ご家族とは密に連絡を取り、意見や要望を聞き入れる機会を設け、可能な限り運営に反映させる努力をしている。意見や要望は職員で共有、検討、対応している。		

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	代表者は各事業所の管理者を招集した会議や法人内グループホーム連絡会を開催し、意見や提案を聞いている。また管理者は毎月のユニットごとの職員会議の中で職員の意見を聞く機会を設けている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	法人本部職員が定期的に事業所を訪問し、職員個々の就業状況の把握に努めており、職場環境の改善、整備をしている。		
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	法人内事業所の新任職員を対象にオリエンテーション、新人研修を行っている。資格取得支援制度を設けたり、必要な外部研修に参加できるようにしている。		
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	横浜市グループホーム連絡会に加入し、グループホーム間での勉強会や現場研修に参加し、サービスの向上を目指している。		
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	本人と会話する機会を多く持ち、その方の思いを理解し、より良い関係性を築いていけるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	面会時に話しを聞き、家族が不安に思う事、どのような支援を望んでいるのか理解し、一緒に考えていながら信頼関係を築いている。		
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	認知機能、身体機能の状態を把握し、本人にとって必要な支援を他方面から考えていく。		
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	馴染みの関係となり、出来ることはしていただきながら、お互いを支え、感謝し合える関係と成れるよう努力している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族とも信頼関係を築きながら、共に、本人を支えられるよう役割分担をして（受診等）努力している。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	親戚の方、知人の方など昔からの付き合いが途切れないように、面会に来やすいよう、アットホームな環境作りや電話が気兼ねなく出来るような空間作りに努めている。		

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
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	利用者同士の関係性を把握し、職員が関わりながら利用者同士が良い関係性を築けるように支援している。また、トラブルに発展し易い利用者同士には距離を置いて頂く事で関係性の悪化を防いでいる。		
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	退所後も家族からの要望があれば、いつでも相談等に応じている。		
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。	本人の立場に立ち、自由に暮らしていただけるように努めている。日常の会話や表情に気を付け、ご家族の意見も聞き逃さぬようしている。		
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	バックベースを把握し、生活環境の変化を最小限におさえるよう努力している。		
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	朝のバイタルチェック、睡眠状態、顔色等、身体観察を行い、また何気ない会話をするうえで、一人ひとりの心身状態の把握に努めている。		

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	毎月1回、職員会議を開き、ケアカンファレンスを行っている。利用者一人ひとりの現状を把握し、意見交換を行い、より良い支援を考え、介護計画の見直しを定期的に作成している。急変時には随時、介護計画の見直しを行っている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日常の過ごし方、心身状態を記録している。変化や異変時には迅速に対応できるよう口頭での申し送りも重要としている。		
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	本人の様子を日々観察し、その状態に合ったサービス内容をその都度変更し、柔軟な支援サービスに取り組んでいる。		
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	ご本人のバックベースをもとに、馴染みの人や環境の中で生活できるよう支援している。また、ボランティア、保育園との交流で楽しみを持った生活を支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居前からのかかりつけ医をご家族と定期受診される以外で、緊急時はご家族と連携をとり、速やかに適切な処置を受けられるよう近隣病院からの往診を定期的に受けている。		

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	訪問看護を週1回お願いし、常に健康管理に注意し、相談、連携をとり、急変があれば速やかにかかりつけ医師に相談、受診できる体制を整えている。		
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。	入院中は定期的に面会を行い、病院と家族との連携を行っている。退院に向けての説明には家族とともに立ち会い今後のケアに活かしていく。		
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	入居時に、ご家族と可能であればご本人も交え、重度化した場合や終末期のあり方を事業所で出来ることを説明したうえで、方針の共有をしている。重度化し対応が困難な場合は、法人内外の関係機関で支援が可能であるか、随時検討できる体制を整えている。		
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	急変時や事故発生時の状況に合った、迅速な対応が出来るように、対応方法や連絡方法を職員間で定期的に話しあっている。応急手当や心臓マッサージは定期的に行われる防災訓練で練習している。		
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	定期的な訓練を行い消防署立ち会いのもと指導を受けている。また地域との協力体制も築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	プライドを傷付けぬよう、常に言葉掛けには注意し、行動している。特に、排泄、入浴介助には細心の注意を払いお手伝いをさせていただいている。		
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	日常会話を大切に傾聴対応に心掛け、本人の思いを汲取る努力をしている。		
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	ゆっくりと、ゆったりとした空間の中でご本人のペースで生活していただけるよう、状態観察を行いながら支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	朝の起床からお手伝いをさせていただき、本人の希望に合ったおしゃれ、身だしなみの支援をさせていただいている。また、定期的に訪問美容を利用して頂けるようにしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ご本人の能力に合ったお手伝いを職員とともに行っている。 食事への関心、意欲がでるように、盛り付け、味付けに気を付けて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
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	一人ひとりの日常生活に応じた、十分な食事摂取を支援し、食事、水分量のチェックを行っている。また、個々にあった食事形態で提供している。		
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、その人に合った口腔ケアのお手伝いをし、状態の把握をしている。義歯のある方は、毎日洗浄し清潔に努めている。必要な方は訪問歯科を依頼して治療、指導をして頂いている。		
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	排泄チェックを行い、個々の排泄パターンの把握に努めている。排泄支援が必要な方は定期的に誘導を行い、出来る限りトイレでの排泄を促し、失敗の軽減を図っている。		
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	散歩やレクリエーションを通して身体を動かし、水分を十分に摂っていただくように働きかけるなど、便秘予防に努めている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日は決められているが、出来るだけ本人の希望に添った支援を心掛け、入居者同士の関係性を考え入浴の順番に配慮している。		

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	状況に応じて、一人ひとりの状態を観察し、その時に合った支援をしている。必要に応じて昼寝を促したり、夜眠れなければフロアでスタッフとおしゃべりをしたりして落ち着いて過ごして頂く事もある。		
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	誤薬が無いように違う職員によるチェックを3回行い、服薬管理に努めている。薬の目的を理解し、症状の変化があれば往診の医師に相談している。		
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	レクリエーションを通じて、一人ひとりの楽しみ事を把握しており、スタッフの声掛けで日常的に活気ある生活の支援に努めている。また得意な事をお願いして張りのある生活を送って頂くようにしている。		
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	日常の日課として散歩を取り入れている。本人の希望があれば、可能な限り戸外に出掛けられるよう家族と協力しながら支援している。		
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	不定期的だが買い物をする場を設け、好きな物を買ったりと、希望があれば、近隣のお店に同行したりと支援を行っている。		

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	
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	本人の能力に合った支援方法を検討し、可能な限りの支援をしている。本人の希望があれば、電話のやり取りができるよう支援している。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	季節の花や絵を飾ったり、温度管理をこまめにして、居心地の良い環境、空間作りに努力している。カレンダー、日程表を活用。居室表札は季節の貼り絵を飾る。			
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	自由に居室を出入りして独りで過ごす時間を大切にしている。 共有空間には、ゆったりと座れるソファでくつろいでいただいている。			
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	ご本人の希望と家族との相談で、安心して居心地良い部屋となっている。			
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	トイレや風呂場は一目で分かるよう絵付きで表示されており、廊下は手すりが付いて安全に歩行できるように工夫している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

弥生台グループホーム

作成日

平成30年10月31日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1	33	重度化した利用者の支援は、本人、家族の意向を踏まえ、事業所で対応できる範囲で実践しているが、看取り介護を最期まで行う事例がない。	看取り介護の実践に向けて、職員や関係機関の体制を整え、本人及び家族が、事業所での看取りを要望しやすいようにする。	<ul style="list-style-type: none"> 提携薬局が変わり、薬剤師を交え、医師、看護師との協力体制を整える。 看取り介護についての職員研修を実施する。 	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。