

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	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	1475001143
法人名	社会福祉法人 川崎市社会福祉事業団
事業所名	グループホームこでまり六郷
訪問調査日	令和1年11月28日
評価確定日	令和2年3月6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1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	1475001143	事業の開始年月日	平成16年5月1日	
		指定年月日		
法人名	社会福祉法人川崎市社会福祉事業団			
事業所名	グループホームこでまり六郷			
所在地	( 210-0001 )			
	川崎市川崎区本町2-12-14 六郷ビル1階			
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	15名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	令和1年11月10日	評価結果 市町村受理日	令和2年3月13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)】

グループホームこでまり六郷では、認知症の利用者様・ご家族様の思いの沿った支援が行えるよう、利用者様に寄り添い、利用者様・ご家族様の思いに沿った支援ができる様職員同士が情報共有し、集めた情報からケアプランをたて、ケアプランに沿った支援を行っています。職員が認知症を理解し、適切な支援を行えるよう、ほぼ毎月内部研修を行っています。また、地域貢献のために、町内会の役員会に参加したり、地域の方々の認知症の理解を深めるために行政、地域の方と連携し、認知症の普及啓発活動に取り組んでいます。職員一人ひとりが毎年目標を立て取り組むことで、自ら考え、行動でき、責任感のある職員を育成しています。

## 【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	〒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1年11月28日	評価機関 評価決定日	令和2年3月6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川崎市社会福祉事業団の経営です。同法人は川崎市内で障害者施設・高齢者施設・児童施設まで幅広い社会福祉事業を展開し、川崎市における福祉サービスの拠点としての役割を担っています。そして、地域の多様な福祉サービスの連携を促進し、総合的に展開できる地域社会の発展に貢献して、地域から信頼される法人を目指しています。グループホームこでまり六郷は、京急大師線「港町駅」から徒歩10分程の多摩川近くの第一京浜沿いに位置し、地上11階建ての住宅ビルの1階分部にあります。

●法人の4つの基本理念「①充実した質の高いサービスの提供②地域に根ざした施設運営③人材の確保・定着・育成④法人の経営基盤の整備」に沿って毎年グループホーム独自の事業計画及びユニット毎の事業所目標を作成して、事業所の運営と利用者のケアに当たっています。今年度は「ちいさな気づきはじめの一歩ちいさな幸せ」、「れ(連携)・い(いつも笑顔)・わ(和み)」を目標とし、毎月のユニット会議の中で振り返りながら実践につなげています。さらに、事業所ではきめ細かい情報共有が徹底されており、毎月のユニット会議では管理者、各委員会からの業務連絡や報告、ケアカンファレンス、事故・ヒヤリハット、個別の確認事項を確認し合う等、職員同士が密に連携をとりながら質の高い支援が行われています。

●職員の教育については、各々が介護のプロとして責任感をもって欲しいと想いの下、トップダウンは行わず、リーダーを中心とした体制作りでケアに当たっています。職員が自発的に考え・行動できるよう、職員同士がお互いの意見を尊重し合える関係性を保つよう留意しています。

●事業所では、大学・病院・グループホームの三者による共同研究に継続して取り組まれています。利用者の服薬に関する情報、心拍数、1日の活動時間、歩行速度、入眠のデータを分析し、薬の服用、活動時間、入眠状況による利用者の変化等を把握することにより、医学的、実践的の両面からデータを収集して、ケアの効果を数値化して見ることで、より質の高いケアサービスの提供と支援方法を模索しています。

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームこでまり六郷
ユニット名	あさぎ

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させている。 (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	法人の理念である「充実したサービスの提供、地域に根差した運営」をもとに事業計画を立て、その計画に沿って各ユニットで目標を立て、取り組んでいる。毎月振り返りを行い、実践につなげている。	法人の理念「充実したサービスの提供、地域に根差した運営」も基に事業計画を立て、事業計画に沿って各ユニットごとに目標を作成しています。あさぎユニットでは「ちいさな気づきはじめの一步ちいさな幸せ」、もえぎのユニットは「れ(連携)・い(いつも笑顔)・わ(和み)」を目標とし、毎月のユニット会議で振り返り実践につなげています。	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	毎月町内会の役員会に参加し、地域の方と情報交換したり、防災についての勉強会を行っている。また、町内会の行事に参加させてもらっている。地域貢献のために地域向けの認知症サポーター養成講座に講師として参加している。近隣の方に対して積極的に挨拶している。	町内会に加入し、毎月の町内役員会に参加しています。役員会には管理者が書記として参加しており、その場で地域の情報や防災についての勉強会も開催しています。さらに、町内会のお祭り、敬老会、美化運動にも参加し、地域との交流を図っています。市民向けの認知症サポーター養成講座に管理者が講師として参加し、認知症や介護に関する情報を発信しています。	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	六郷住宅に住んでいる住民の方から認知症の方についての相談にのっている。			
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	2ヶ月に1回開催し、事業所の活動、催し物の情報など報告や利用者様の状況・欠員等お伝えしている。地域の方から情報を頂いたり、お互いの困り事など情報共有し、相談しあっている。	民生委員、地域包括支援センター職員、家族の参加を得て2ヶ月に1回奇数月に開催しています。事業所の現状や活動報告、地域の行事、認知症カフェについての情報もいただいています。また、認知症や介護についての意見交換も行っています。事業所や地域で困っている事など、互いに情報を共有する場としても活用しています。	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に取り組んでいる	地域包括支援センターの地域ケア会議に参加し、地域の問題について検討。高齢者支援係、生活保護課の方と連携し、利用者様が安心して生活できるよう協力して支援している。	年2回の集団指導者講習会には管理者が出席して、市や行政の動向を把握し、運営に反映させています。また、川崎市の危機管理室からの依頼で風水災害時におけるマニュアルを作成（日本気象予報士の協力を得て）しています。地域ケア会議にも参加しており、市の担当者や他法人のグループホームとも地域の情報を共有し、地域の問題や課題解決に取り組んでいます。困難ケースの相談を受けることもあり、高齢者支援課や生活保護課とも連携しています。	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	玄関の施錠については防犯の観点からやむを得ず行うことになったが、利用者様から外出希望が聞かれた際は開錠し、外出してもらっている。身体拘束適正化委員会を設置し、身体拘束にあたる支援が行われていないか確認している。	身体拘束適正化委員会は管理者をはじめ各ユニットリーダーを中心に看護師や有識者も交えながら2ヶ月に1回開催しています。ユニット会議で事例検討や検証しながら代替え案を模索し、不適切なケアが行われないよう取り組んでいます。年2回の研修では、虐待防止と併せて実施しており、その際、身体拘束・虐待チェックリストを用いて、日頃のケアで不適切なケアが行われていないか確認しています。	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注意を払い、防止に努めている	身体拘束適正化委員会が中心となり、日頃のケアの確認を行っている。全職員を対象に虐待チェックシートを行い、抽出された課題に対し、研修を行うことで身体拘束・高齢者虐待の防止に努めている。		
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見制度の必要性について、話し合いを行い、実際に活用に関わった方が今年度2名いる。後見人との繋がりもでき、いつでも相談できる関係性ができている。		
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	契約の際は丁寧に説明を行い、ご本人様、ご家族様に理解してもらえるように心がけている。利用料や加算が新設された際も説明し理解していただいている。		
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	ご家族様の面会時にご本人様の様子を伝え、ご家族様の要望を聞くようにしている。年に1回利用者満足度調査のアンケートを行っており、運営や支援に生かしている。年に1回家族会を開催し、ご家族様同士が顔を合わせる機会を作り、意見交換できるようにしている。	家族の面会時や電話連絡した際に、近況報告と併せて意見や要望を伺っています。また、外部評価のアンケートだけでなく、法人でも利用者家族満足度調査を実施しており、家族の声を運営やケアに反映させています。年1回の家族会では、家族同士が気兼ねなく意見交換できる場を設け、家族同士が交流できるようにしています。月1回送付している事業所だよりも写真付きで近況報告しています。	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	毎月各ユニットで会議を行い、利用者様の状況確認や支援の提案、委員会の報告、法人の会議の報告を行い、意見交換している。支援の共有については時間をかけて話し合いをし、よりよい支援ができるようにしている。委員会を設置し、業務改善等に向けて話し合いを行っている。	毎月のユニット会議では、管理者からの話、各委員会からの報告、ケアカンファレンス、事故・ヒヤリハット、ユニット目標の振り返り等、多岐に亘る話し合いが行われています。管理者はトップダウンではなく、職員の自主性を尊重し、ユニットリーダーを中心に時間をかけて話し合い、よりよいケアが出来るように努めています。	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	毎年、目標を立て年度末に目標を達成度を確認する。人事考課を行い、給与等に反映させている。目標を立てることで自分の目指す介護が明確になり、人事考課で評価し、給与等に反映されることでモチベーションに繋がっている。			
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	法人では、職員一人ひとりの階層に応じて、研修の場を設けている。新人職員には必ず他施設の実習に行き、所属施設との違いを経験し、チームの一員として業務に取り組む姿勢を有する職員の育成を行う。			
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	法人の施設とは交換研修を行っている。また、地域の会議や研修に参加した際、同業者と情報交換している。			
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	入居前にご本人様やご家族様、支援者から生活歴や好みを聞き、ケアプランに組み入れている。ホームに早くなじんでもらえるように環境を整え、ご本人様に寄り添い、安心できる声掛けをしている。			

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
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	入居前からご家族様の悩みや要望を聞き、施設としてできる範囲で要望に応じていく。ご本人様の生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れていく。		
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	入居前に聞き取りをした要望や好みをもとに慣れない環境でも安心して生活できるようにケアプランをたて、支援する。ともに生活して見えてきた課題に対して柔軟に対応できるよう情報共有を密に行っている。		
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	ご本人様と過ごす中で、できる事とできない事を見極める。一人ではできない事でも他利用者様や職員と一緒にいる事でできる等交流をしながら、少しずつ関係を築いていく。		
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	ご家族様には施設ができる事、家族しかできない事を伝えている。また、家族との繋がりの大切さを伝え、面会に来やすい環境を整えている。可能な方に関しては、ご家族様と外出できる機会を作ってもらっている。		
20	8	○馴染みの人や場所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	馴染みの人や場所との関係が途切れないようにできる限り地域の方に入居してもらうようにしている。本人が通っていた美容院やスーパーにできる限り行ってもらえるよう支援している。また、友人や家族に面会や一緒に外出してもらう等繋がりを持ってもらっている。	家族だけでなく、友人や知人の面会もあります。事業所は住宅ビルの1階に入っているということもあり、上の住宅から入居される方もおり、家族が来訪したり、自宅に行かれる方もいます。入居前の行きつけだったお店や美容院にお連れしている方もいます。電話がかかってきた際に取り次いだり、年賀状が届く方もいます。	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	コミュニケーションが自らとれる利用者様については、見守りや必要に応じてかかわりを持ち、取りにくい利用者様については、職員が間に入ったり、コミュニケーションが取りやすい環境を整備している。（行事や外出、食事の席を調整する等）		
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	退居された方より、移られた施設についての相談を受けたり、介護保険の制度について説明することがあった。退居時に今後も何か困り事ができた時は、声をかけてほしいと伝えている。		
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。	入居前のご本人様の生活歴をもとに、ご本人様の希望や意向を直接聞いたり、様子を確認しながら、把握している。認知症が重度の方は、ご本人様の状況を把握し、職員同士で情報共有し、家族や後見人の希望や意向を確認し、本人本位の生活が送れるよう努めている。	入居時のアセスメントで得られた情報や、日々の関わりの中で本人が発した言葉や職員の気づきを会議で共有しながら、今の思いや意向の把握に努めています。重度の方は、友人や後見人、家族からの情報を参考にしながら本人本位の生活が送れるように努めています。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご本人様やご家族様、地域の方より情報を集めサービス利用の経過について把握している。必要に応じて、ケアマネジャーや地域包括支援センターより情報を提供してもらう。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプランをもとに安心して生活を送ってもらうよう支援している。一日の過ごし方を一人一枚のケース記録に記録して把握している。		

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	毎月会議にて、一人ずつの状況確認を行い、モニタリングし、意見交換している。家族の面会時の情報共有を行ったり、面会に来られない方に関しては電話や書面にて状況報告を行い、今後について意見を聞いている。集めた意見をもとに介護計画を作成している。	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、3ヶ月程度様子を観察しながら情報を収集しています。毎月の会議で入居者全員のモニタリングを行っています。基本的には介護認定期間に合わせた見直しをしていますが、特変があれば随時見直しを行っています。主治医や看護師等の医療関係者と家族の意見や要望も取り入れながら入居者の現状やニーズに即し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	毎日一人一枚記録を残しており、ケアプランに沿った記録を残すとともに日頃の様子や言動を記録に残している。記録を確認し、ご本人様やご家族様から聞き取りを行い、必要に応じてケアプランの見直しを行っている。		
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	自宅に戻れる方は希望時自宅で過ごす時間を持ってもらう。気持ちが不安定になり、外に出たくなかった方については、できる限り外出してもらい気分転換してもらっている。		
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	町内会の役員会に参加したり、地域の会議に出ることで地域資源を把握し、参加できる活動に参加している。また、ボランティアの受け入れや近隣に住んでいる友人の面会等地域の方とかかわりを持っている。		
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	ご本人様やご家族様と相談し、かかりつけ医を選んでもらっている。ホームのかかりつけ医以外の定期受診に関してはご家族様に対応してもらっている。また、急病時等の付き添いはホームでして、ご家族様に繋げるようにしている。	事業所の協力医を説明したうえで、かかりつけ医を選んでいただいています。その際、従来のかかりつけ医での受診を継続される場合は家族対応での通院をお願いしています。事業所の協力医(内科)からは月2回の往診、精神科も月2回の往診があります。歯科と皮膚科は必要に応じて往診に来ていただいています。看護師は週1回バイタルチェック等の健康管理をお願いしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週1回バイタルチェックをしてもらい、利用者様の状況を確認し、健康相談にのってもらっている。体調不良時は情報を伝え、助言を頂き、必要があれば受診に繋げている。		
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。	入院された際は、ご本人様の情報を医療機関に伝える等対応している。また、退院の窓口はご家族様になっているが、ご家族様了解を得て、MSWと連携し、早期退院できるように情報共有している。		
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、事業所の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	入居される際に重度化した場合や終末期のあり方について説明している。日々の状況をご家族様に報告しており、重度化してきた際は、再度丁寧に説明を行う。その後、医師、看護師を交えて話し合いを行っている。	契約時に重度化した場合や終末期の指針を説明し、同意書を取り交わしています。事業所では基本的には看取りをする方針としており、実際に重度化した場合には、医師・看護師・家族・事業所で話し合い、方針を決めています。事業所では看取りや終末期ケアに関する職員研修も実施しており、家族の要望に沿った支援が行えるように体制を整えています。	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	利用者様の急変時の対応については、マニュアルで確認しながら対応するようにしている。また、普通救命講習を受講し、救急時の対応に備えている。		
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	2か月に1回火災・地震・水害時を想定した訓練を開催している。災害時対応マニュアルを作成し、定期的に見直しを行っている。地域の会議でも防災についての話し合いを毎月行っており、地域の方へ協力をお願いしている。定期的に防災用品や備蓄品の確認を行っている。	火災・地震・水害を想定した訓練を年6回開催しています。事業所では様々な災害時対応マニュアルを整備し、定期的に見直しも行っています。また、毎月の町内役員会議でも災害における勉強会を実施するとともに、災害時の協力体制についても話し合いを行っています。備蓄品は水や食料をはじめ、カセットコンロ、懐中電灯、ラジオ、蓄電池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	介護計画書をもとに一人ひとり言葉かけの配慮している。また、身体拘束適正化委員会にて不適切な言動が見られた場合は話し合いを行い改善に繋げている。内部研修で認知症や虐待、個人情報保護についての研修を行い、不適切なケアについて学ぶ機会を作っている。	入職時には介護技術からコンプライアンスに至るまで学んでいます。毎年の年間研修でも年に2回は接遇やコンプライアンスについて学び、理解を深めています。また、2ヶ月に1回の身体拘束適正化委員会でも声掛けについて話し合い、利用者の自尊心やプライバシーを損なう声掛けをしないよう周知徹底しています。また、利用者のケアをする際には、スキンシップや距離感に留意するよう職員に伝えています。	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	利用者様の希望についてはモニタリングや会話の中からご本人様の思いを把握し、介護計画書に取り入れている。		
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、その目をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	介護計画書をもとにご本人様の思いに沿った支援を心がけている。外出や食事、買い物、散歩、散髪などご本人様の好みに合った支援ができるよう声掛けをしている。		
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	ご本人様の希望に添えるよう美容院や床屋にて散髪している。また、ご本人様に好みに合った衣類を選んでもらっている。身だしなみについては、起床時に声掛けや介助にて、整えてもらっている。		
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	食事のメニューを決める際、好みを聞きメニューに取り入れるようにしている。また、盛り付け、配膳、下膳、食器洗い、食器拭き等、利用者様と職員が協力して行っている。立ってできない方に関しては座ったままできる様工夫して行っている。	食事は配食サービスと利用者のリクエストを取り入れたオリジナルメニューを混ぜながら一通りにならないように工夫しながら提供しています。1日の食事の中でも特に昼食に力を入れており、両ユニット共昼食はオリジナルメニューとし、当日の朝にメニューを考え必要な食材の買い出しに行っています。時には、ハンバーガー、お弁当、すし屋、コンビニにスイーツを食べに行く等、楽しめるような工夫もしています。	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	食事のバランスについては野菜を多く取り入れ、偏りのない調理を心がけている。水分に関しては一度に多くとれないのでこまめに勧めている。少ない方に関してはチェックシートを活用し、意識して取ってもらっている。		
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	訪問歯科を活用し、医師や歯科衛生士より磨き方についてレクチャーを受けている。毎食後に口腔ケアする機会を設け、その方に合わせた支援を行っている。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期的にさりげなく声掛けをしてトイレにて排泄できる様支援している。体調不良や排泄の失敗が続いてもできる限りトイレに行く機会を作り、トイレで排泄できる様職員同士で情報共有しながら支援している。	トイレでの排泄を基本としており、入居者全員の排泄記録を付けて排泄パターンを把握し、タイミングや定時による声かけにより、トイレで排泄できるよう支援しています。排泄の失敗が続いた方でも、極力トイレに行く機会を作ることで、安易にオムツを使用するのではなく、トイレで排泄できるように情報を共有しながら支援しています。	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	飲食の内容や量を工夫している。体操を行ったり、トイレ時に腹部マッサージをする等対応している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	曜日を固定せずに柔軟に行うようにしている。また、その方の希望を聞き、入浴の時間帯を決めている。入浴が好きでない方に関しては、複数の職員で連携しながら不快な気持ちにならないように入浴できるよう工夫している。	週2回の入浴を基本とし、曜日や順番を決めない柔軟な対応で個々のタイミングで入浴できるように支援しています。入浴が好きでない方は、前もって声かけしたり、職員を変えたりしながら入浴を促しています。重度化した方については、シャワー浴で対応していますが、かけ湯や足浴等も行うことで身体が冷えないように留意しています。入浴剤を使用することはありませんが、季節のゆず湯や菖蒲湯で楽しんでいただけ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
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	ご本人様のペースに合わ、支援や声掛けを行っている。日中の昼寝なども夜間の睡眠に影響が出ない様時間など工夫しながら希望に沿って行っている。夜間は気持ちよく眠れるようにホットミルクやお茶等を提供し談笑できる時間を作っている。		
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	医師・看護師より情報を聞き、一人ひとりの医療ファイルに薬名や効能・副作用がわかるようにしている。また、新たに服薬する薬については医師に服薬してからの様子を伝えている。薬局と連携し、薬の変更があった際は連絡を取り合っている。		
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	介護計画書に基づき支援を行っている。季節を感じられるように工作を行ったり、施設内の飾りつけを変える等行っている。		
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	外出希望時はその都度外出している。また、ガイドヘルパーを利用し、郊外に外出する方もいる。地域の行事にはできる限り参加している。	天気や気候の良い日には近くのスーパーやコンビニ、河原、港町駅まで散歩に行ったり、区役所で開催される認知症カフェにも数名の方をお連れしています。また、ガイドヘルパーを利用して郊外に外出している方もいます。季節行事の外出では、地域の神社で行われる夏祭りや、初詣に行っています。	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	希望される方に関してはお金をお渡ししている。外出された際、お財布をお渡しして買い物等してもらい、帰った後で一緒に把握している。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人様が希望された際は電話を直接かけてもらっている。その方々に合わせて対応している。		
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	常に過ごしやすい環境を考え、利用者様の状況に合わせて整えている。季節を感じられる装飾品を利用者様と一緒に作成し、飾っている。	キッチン是对面式で、調理をしながらでも入居者と会話や見守りができるようになっています。共用空間には利用者と共に作成した装飾品や四季折々の花が飾られている他、手作りの職員紹介コーナーも設けられ、来訪者が来た際の話作りにもなっています。リビングの一角にソファを設置して居場所作りの工夫もされています。また、空気清浄機機能付きの加湿器や濡れタオル等を干す等、冬場は乾燥対策も講じています。	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	リビングのレイアウトを工夫し、一人で過ごせる場所や皆で交流できる場所、少人数で過ごせる場所等工夫して作っている。		
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	入居時にご家族様・ご本人様と話し合い、できる限り今まで使用していた家具や道具を持参してもらい、ご本人様が安心して過ごせる様配慮している。	リビングを囲う形で居室が作られ、すぐに他の入居者や職員の姿が視界に入ることが、入居者の安心感にもつながっています。入居時には使い慣れた家具や思い出の品を持ち込んでいただくことを勧めています。寝具、タンス、ハンガーラック、テレビ、椅子、鏡台、位牌、家族写真等が持ち込まれ、安心して過ごせる居室作りがされています。家具等の配置は、ADLに合わせて都度変更しながら、事故防止に努めています。	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	トイレや浴室などすぐに理解できるように張り紙等している。居室にも表札をつける等なるべく迷わずに生活できる様工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームこでまり六郷

作成日

令和1年12月2日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	災害時消防や近隣の方が支援も来てくれてもその方の状態がわからないので迅速、安全に避難できない。	近隣や消防の方が緊急時安全に支援して避難する事ができる。	居室のドアに車椅子・介助歩行・自力歩行の印をつけ、一目でその方の歩行状態がわかるようにする。防災頭巾を用意して頭部を保護する。	6ヶ月間

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	グループホームこでまり六郷
ユニット名	もえぎ

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	法人の理念である「充実したサービスの提供、地域に根差した運営」をもとに事業計画を立て、その計画に沿って各ユニットで目標を立て、取り組んでいる。毎月振り返りを行い、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	毎月町内会の役員会に参加し、地域の方と情報交換したり、防災についての勉強会を行っている。また、町内会の行事に参加させてもらっている。地域貢献のために地域向けの認知症サポーター養成講座に講師として参加している。近隣の方に対して積極的に挨拶している。		
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	六郷住宅に住んでいる住民の方から認知症の方についての相談にのっている。		
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	2ヶ月に1回開催し、事業所の活動、催し物の情報など報告や利用者様の状況・欠員等お伝えしている。地域の方から情報を頂いたり、お互いの困り事など情報共有し、相談しあっている。		
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	地域包括支援センターの地域ケア会議に参加し、地域の問題について検討。高齢者支援係、生活保護課の方と連携し、利用者様が安心して生活できるよう協力して支援している。		

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
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	玄関の施錠については防犯の観点からやむを得ず行うことになったが、利用者様から外出希望が聞かれた際は開錠し、外出してもらっている。身体拘束適正化委員会を設置し、身体拘束にあたる支援が行われていないか確認している。		
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	身体拘束適正化委員会が中心となり、日頃のケアの確認を行っている。全職員を対象に虐待チェックシートを行い、抽出された課題に対し、研修を行うことで身体拘束・高齢者虐待の防止に努めている。		
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	成年後見制度の必要性について、話し合いを行い、実際に活用につなげた方が今年度2名いる。後見人との繋がりもでき、いつでも相談できる関係性ができている。		
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	契約の際は丁寧に説明を行い、ご本人様、ご家族様に理解してもらえるように心がけている。利用料や加算が新設された際も説明し理解していただいている。		
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	ご家族様の面会時にご本人様の様子を伝え、ご家族様の要望を聞くようにしている。年に1回利用者満足度調査のアンケートを行っており、運営や支援に生かしている。年に1回家族会を開催し、ご家族様同士が顔を合わせる機会を作り、意見交換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
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	毎月各ユニットで会議を行い、利用者様の状況確認や支援の提案、委員会の報告、法人の会議の報告を行い、意見交換している。支援の共有については時間をかけて話し合いをし、よりよい支援ができるようにしている。委員会を設置し、業務改善等に向けて話し合いを行っている。		
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	毎年、目標を立て年度末に目標を達成度を確認する。人事考課を行い、給与等に反映させている。目標を立てることで自分の目指す介護が明確になり、人事考課で評価し、給与等に反映されることでモチベーションに繋がっている。		
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	法人では、職員一人ひとりの階層に応じて、研修の場を設けている。新人職員には必ず他施設の実習に行き、所属施設との違いを経験し、チームの一員として業務に取り組む姿勢を有する職員の育成を行う。		
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	法人の施設とは交換研修を行っている。また、地域の会議や研修に参加した際、同業者と情報交換している。		
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	入居前にご本人様やご家族様、支援者から生活歴や好み聞き、ケアプランに組み入れている。ホームに早くなじんでもらえるように環境を整え、ご本人様に寄り添い、安心できる声掛けをしている。		

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
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	入居前からご家族様の悩みや要望を聞き、施設としてできる範囲で要望に応じていく。ご本人様の生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れていく。		
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	入居前に聞き取りをした要望や好みをもとに慣れない環境でも安心して生活できるようにケアプランをたて、支援する。ともに生活して見えてきた課題に対して柔軟に対応できるよう情報共有を密に行っている。		
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	ご本人様と過ごす中で、できる事とできない事を見極める。一人ではできない事でも他利用者様や職員と一緒にやる事のできる等交流をしながら、少しずつ関係を築いていく。		
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	ご家族様には施設ができる事、家族しかできない事を伝えている。また、家族との繋がり大切さを伝え、面会に来やすい環境を整えている。可能な方に関しては、ご家族様と外出できる機会を作ってもらっている。		
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	馴染みの人や場所との関係が途切れないようにできる限り地域の方に入居してもらおうようにしている。本人が通っていた美容院やスーパーにできる限り行ってもらえるよう支援している。また、友人や家族に面会や一緒に外出してもらう等繋がりを持ってもらっている。		

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	コミュニケーションが自らとれる利用者様については、見守りや必要に応じてかかわりを持ち、取りにくい利用者様については、職員が間に入ったり、コミュニケーションが取りやすい環境を整備している。（行事や外出、食事の席を調整する等）		
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	退居された方より、移られた施設についての相談を受けたり、介護保険の制度について説明することがあった。退居時に今後も何か困り事ができた時は、声をかけてほしいと伝えている。		
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。	入居前のご本人様の生活歴をもとに、ご本人様の希望や意向を直接聞いたり、様子を確認しながら、把握している。認知症が重度の方は、ご本人様の状況を把握し、職員同士で情報共有し、家族や後見人の希望や意向を確認し、本人本位の生活が送れるよう努めている。		
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	ご本人様やご家族様、地域の方より情報を集めサービス利用の経過について把握している。必要に応じて、ケアマネジャーや地域包括支援センターより情報を提供してもらう。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプランをもとに安心して生活を送ってもらうよう支援している。一日の過ごし方を一人一枚のケース記録に記録して把握している。		

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	毎月会議にて、一人ずつの状況確認を行い、モニタリングし、意見交換している。家族の面会時の情報共有を行ったり、面会に来られない方に関しては電話や書面にて状況報告を行い、今後について意見を聞いている。集めた意見をもとに介護計画を作成している。		
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	毎日一人一枚記録を残しており、ケアプランに沿った記録を残すとともに日頃の様子や言動を記録に残している。記録を確認し、ご本人様やご家族様から聞き取りを行い、必要に応じてケアプランの見直しを行っている。		
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	自宅に戻れる方は希望時自宅で過ごす時間を持ってもらう。気持ちが不安定になり、外に出たくなかった方については、できる限り外出してもらい気分転換してもらっている。		
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	町内会の役員会に参加したり、地域の会議に出ることで地域資源を把握し、参加できる活動に参加している。また、ボランティアの受け入れや近隣に住んでいる友人の面会等地域の方とかわりを持っている。		
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	ご本人様やご家族様と相談し、かかりつけ医を選んでもらっている。ホームのかかりつけ医以外の定期受診に関してはご家族様に対応してもらっている。また、急病時等の付き添いはホームでして、ご家族様に繋げるようにしている。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週1回バイタルチェックをしてもらい、利用者様の状況を確認し、健康相談にのってもらっている。体調不良時は情報を伝え、助言を頂き、必要があれば受診に繋げている。		
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。	入院された際は、ご本人様の情報を医療機関に伝える等対応している。また、退院の窓口はご家族様になっているが、ご家族様了解を得て、MSWと連携し、早期退院できるように情報共有している。		
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	入居される際に重度化した場合や終末期のあり方について説明している。日々の状況をご家族様に報告しており、重度化してきた際は、再度丁寧に説明を行う。その後、医師、看護師を交えて話し合いを行っている。		
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	利用者様の急変時の対応については、マニュアルで確認しながら対応するようにしている。また、普通救命講習を受講し、救急時の対応に備えている。		
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	2か月に1回火災・地震・水害時を想定した訓練を開催している。災害時対応マニュアルを作成し、定期的に見直しを行っている。地域の会議でも防災についての話し合いを毎月行っており、地域の方へ協力をお願いしている。定期的に防災用品や備蓄品の確認を行っている。		

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	
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	介護計画書をもとに一人ひとり言葉かけの配慮している。また、身体拘束適正化委員会にて不適切な言動が見られた場合は話し合いを行い改善に繋げている。内部研修で認知症や虐待、個人情報保護についての研修を行い、不適切なケアについて学ぶ機会を作っている。			
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	利用者様の希望についてはモニタリングや会話の中からご本人様の思いを把握し、介護計画書に取り入れている。			
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	介護計画書をもとにご本人様の思いに沿った支援を心がけている。外出や食事、買い物、散歩、散髪などご本人様の好みに合った支援ができるよう声掛けをしている。			
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	ご本人様の希望に添えるよう美容院や床屋にて散髪している。また、ご本人様に好みに合った衣類を選んでもらっている。身だしなみについては、起床時に声掛けや介助にて、整えてもらっている。			
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	食事のメニューを決める際、好みを聞きメニューに取り入れるようにしている。また、盛り付け、配膳、下膳、食器洗い、食器拭き等、利用者様と職員が協力して行っている。立ってできない方に関しては座ったままできる様工夫して行っている。			

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
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	食事のバランスについては野菜を多く取り入れ、偏りのない調理を心がけている。水分に関しては一度に多くとれないのでこまめに勧めている。少ない方に関してはチェックシートを活用し、意識して取ってもらっている。		
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	訪問歯科を活用し、医師や歯科衛生士より磨き方についてレクチャーを受けている。毎食後に口腔ケアする機会を設け、その方に合わせた支援を行っている。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期的にさりげなく声掛けをしてトイレにて排泄できる様支援している。体調不良や排泄の失敗が続いてもできる限りトイレに行く機会を作り、トイレで排泄できる様職員同士で情報共有しながら支援している。		
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	飲食の内容や量を工夫している。体操を行ったり、トイレ時に腹部マッサージをする等対応している。		
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	曜日を固定せずに柔軟に行うようにしている。また、その方の希望を聞き、入浴の時間帯を決めている。入浴が好きでない方に関しては、複数の職員で連携しながら不快な気持ちにならないよう工夫している。		

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	ご本人様のペースに合わ、支援や声掛けを行っている。日中の昼寝なども夜間の睡眠に影響が出ない様時間など工夫しながら希望に沿って行っている。夜間は気持ちよく眠れるようにホットミルクやお茶等を提供し談笑できる時間を作っている。		
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	医師・看護師より情報を聞き、一人ひとりの医療ファイルに薬名や効能・副作用がわかるようにしている。また、新たに服薬する薬については医師に服薬してからの様子を伝えている。薬局と連携し、薬の変更があった際は連絡を取り合っている。		
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	介護計画書に基づき支援を行っている。季節を感じられるように工作を行ったり、施設内の飾りつけを変える等行っている。		
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	外出希望時はその都度外出している。また、ガイドヘルパーを利用し、郊外に外出する方もいる。地域の行事にはできる限り参加している。		
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	希望される方に関してはお金をお渡ししている。外出された際、お財布をお渡しして買い物等してもらい、帰った後で一緒に把握している。		

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	
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご本人様が希望された際は電話を直接かけてもらっている。その方々に合わせて対応している。			
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	常に過ごしやすい環境を考え、利用者様の状況に合わせて整えている。季節を感じられる装飾品を利用者様と一緒に作成し、飾っている。			
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	リビングのレイアウトを工夫し、一人で過ごせる場所や皆で交流できる場所、少人数で過ごせる場所等工夫して作っている。			
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	入居時にご家族様・ご本人様と話し合い、できる限り今まで使用していた家具や道具を持参してもらい、ご本人様が安心して過ごせる様配慮している。			
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	トイレや浴室などすぐに理解できるように張り紙等している。居室にも表札をつける等なるべく迷わずに生活できる様工夫している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームこでまり六郷

作成日

令和1年12月2日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	災害時消防や近隣の方が支援も来てくれてもその方の状態がわからないので迅速、安全に避難できない。	近隣や消防の方が緊急時安全に支援して避難する事ができる。	居室のドアに車椅子・介助歩行・自力歩行の印をつけ、一目でその方の歩行状態がわかるようにする。防災頭巾を用意して頭部を保護する。	6ヶ月間

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。