

<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	1475001143
法人名	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	2018年2月19日
評価確定日	2018年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

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

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

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

平成 29 年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	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	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	平成30年2月1日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月2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・家族の思いに沿った支援を行なうために、利用者の情報を収集しケアプラン作成についてもツールを使用している。支援についてもケアプランに沿って支援を行ない、職員の思いではなく利用者の思いに沿った支援を行なっている。また認知症の理解を深めるために内部研修を行ったり、地域に向けて認知症の理解普及のために講座等を開催している。職員一人ひとりが目的意識を常に持ち、組織の一員として、自ら考え行動が出来、責任感のある職員の育成に力を入れている。

【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2月19日	評価機関 評価決定日	平成30年3月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

- この事業所は社会福祉法人川崎市社会福祉事業団の経営です。この事業団は川崎の地に根付いて障害施設、高齢者施設、児童福祉施設など多くの福祉関係施設を運営しています。ここ「こでまり六郷は」JR「川崎駅」から徒歩15分・京急大師線「港町駅」から10分の多摩川近くの第一京浜沿いに位置しており、11階建ての住宅ビルの1階部分にあります。
- 事業所では、法人の理念「充実したサービスの提供、地域に根ざした運営」を基に、目標を全職員で考えています。今年度の目標である「一声確認思いやり、共有・共感・協力が安全につながる」を事務室に掲げています。管理者は、職員同士常にコミュニケーションをとりながら安全に仕事をしましょう！と打ち合わせの時に職員に話しています。また、利用者は年を重ねる毎に重度化が進み転倒をはじめとして事故のリスクが増加する為に、身体拘束・虐待防止の意識や認知症についての知識と理解をもって利用者が安心して生活が送れるように本人・家族の思いに沿ったケアプランを作成し、ケアプランに沿った支援が行われています。
- 大学・病院・グループホーム3者による協働研究に取り組み、薬の服用などについて利用者の変化を継続して観察し、その効果を分析する研究です。大学が利用者、居室にセンサーを付けて利用者の心拍数、行動などのデータを追跡・把握して記録・解析します。病院は、医学的立場で研究に参加します。この研究によって病院では治療の効果が把握でき、グループホームでは数値化されたことにより、ケアの効果が分かり、より良いケアサービスの提供に繋がると言うメリットがあります。

【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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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	事業所の理念はもとより、法人の理念や法人の求める職員像を伝え、組織の職員としての自覚が持てるよう伝えている。	法人の理念「充実したサービスの提供、地域に根ざした運営」を基に、目標を全職員で考えています。今年度の目標である「一声確認思いやり、共有・共感・協力が安全につながる」を事務室に掲げています。管理者は、職員同士常にコミュニケーションをとりながら安全に仕事をしましょう！と打ち合わせの時に職員に話しています。		今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の一員として、地域の行事に積極的に参加をしたり、地域住民に向けての地域便りを発刊している。近隣の方に積極的に挨拶なども欠かさず行っている。	管理者が町内会の役員でもあり、書記を担当しています。そして、月1回の町内会の役員会に出席している他、利用者と共に地域の夏祭りなどの行事に参加して地域交流をしています。地域の方に、家族会の演奏会などに参加いただいています。その際、利用者の生活や日常の過ごし方などを写真入りで説明し、認知症についての話などを年2回、地域便りとして地域に回覧しています。		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	利用者が地域の一員として安心して暮らせる様、施設として認知症の理解・普及のため講座を開催したり、町内会の役員会に参加をしている。また同ビルの方々に向けての認知症サポート養成講座の開催を予定している。			
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回運営推進会議を行い事業所の催し物の報告や利用者の状況・欠員等をお伝えしている。また事業所の課題等の助言等も頂いたり、地域の情報を聞いたり支援に活かしている。	2ヶ月に1回自治会役員、民生委員、地域包括職員、地域役員や近所の方、利用者家族、管理者の参加で開催しています。会議では事業所の運営状況と今後の運営に関する思いや行事予定などを報告し、参加者から支援の方法についての質問、意見、助言、提案等もいただきながら、検討した後に運営に反映させるようにしています。		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に取り組んでいる	地域の地域包括が開催する地域ケア会議に参加をし、地域の課題をともに考え実践している。また協働で認知症の理解・普及に向けた講座等を行っている。	川崎市の集団指導講習会に出席して、得られた情報を運営に繋げています。地域包括が開催する地域ケア会議にも参加し、地域の課題を共に考え実践しています。また協働で認知症の理解・普及に向けた講座等を行っています。生活保護受給者の方も多く、担当者とは密に連携を図っています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	玄関の施錠については防犯の視点からやむなく行うことになったが、施錠することの利用者への弊害を職員全員で話し合い、具体的に玄関に利用者が行った際の対応等を検討し実践している。身体拘束にあたる支援が行なわれないよう委員会を通じて確認している。	施設内に身体拘束・虐待防止委員会を設置し、毎月のユニット会議で話し合う機会を設けています。また、身体拘束・虐待禁止についてのマニュアルや事例に基づいた職員への研修も実施しています。玄関の施錠について防犯の観点から行っていますが、このことを含めて身体拘束にあたる支援が行なわれないよう委員会を通じて確認しています。	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に注意を払い、防止に努めている	身体拘束・虐待防止委員会が中心となり、日頃のケアの見直しや改善に努めている。また内部研修を利用し、身体拘束・高齢者虐待の法律を学び、理解に繋げている。		
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	利用者は安心した生活が送れ自ら行える機能が維持できるようケアプランに反映している。会議等で職員全員で確認している。成年後見については、実際に後見人の方より話を聞いたり利用者との権利擁護の必要性を職員全員で理解している。		
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	契約の際の説明は、本人・ご家族が理解しやすいように説明を行っている。利用料にもかかわる加算等の変更時もきちんと説明を行い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	日々、家族面会時には、利用者の様子を伝えるとともに家族の要望等を聞くようにしている。また年に1回法人で行う利用者満足度調査のアンケートを行っており、運営や支援に活かしている。	家族の面会時には、利用者の様子を伝えると共に家族の要望等を聞くようにしています。また、年に1回法人で利用者満足度調査のアンケートを実施し、事業所における生活での気になる点、食事、掃除など、プライバシーなどについてもお聞きしています。結果は、職員で共有して運営や支援に活かしています。	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	毎月各ユニットの会議の日を設け、利用者の状況把握や支援の提案、業務の効率化について話し合っている。支援の共有には時間を多く持ちより良い支援に向けて話し合っている	毎月各ユニットの会議で、利用者の状況把握や支援の提案、業務の効率化について話し合っています。事業所では、身体拘束・虐待防止委員会、労働災害防止委員会などの各専門の委員会を作り、そこから改善提案が挙がることもあります。支援の共有には時間を多く持ち、より良い支援に向けて話し合っています。	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、自ら目標を立て年度末に目標の達成度を確認。人事考課に反映させ、給与等に反映させている。目標を立てる事で自らが行なうことが明確になり、評価し給与等の反映により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。また新人職員には必ず同法人に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	法人の施設では交換研修は行なっている。同業者では地域にあるグループホームと研修等で交換研修等行っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に本人・ご家族から生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れている。本人が安心できる言葉かけや環境を整えて支援している。		

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	
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	入居前に本人・ご家族から生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れている。またご家族の要望なども施設として出来る範囲で支援に反映できる体制を作りをしている。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前に本人・ご家族から生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れている。先あたって必要な支援についてはご本人の様子を観察し見極めている。			
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	基本的には利用者が行なえること、行えない事を見極め、行えることについては継続して行える様に環境を整えたり、本人が理解しやすいようタイミングをみて声かけを支援を行なっている。			
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	ご家族には施設で行えること、家族でしか行えない事を伝え一人の利用者を支えていくために協働をお願いしている。			
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	ご本人が築き上げてきた地域の人脈等を把握し、できるだけ面会をお願いしている。本人が通っていた美容院やスーパーなどできる範囲で本人が通える様支援している。ご家族にも協力していただいている。	入居者がこれまでに大切にして来た馴染みの人との関係が途切れないよう、気兼ねなく訪問できる雰囲気作りを心がけています。また、本人が通っていた美容院やスーパーなど可能な範囲で本人が通えるように支援しています。家族と時間を過ごすことも大事なので、家族にも協力していただいています。手紙の宛名書きや投函などを通じて、馴染みの関係が継続できるよう支援しています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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を自らとれる利用者については遠くより見守り、コミュニケーションがとりにくい利用者については職員が間に入って談笑したりと常に配慮をしている。			
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院やお亡くなりになってサービスが終了した後も地域への便りを送ったり、家族会にOBとして出席していただいている。その際にご家族の近況をお聞きしたりとホームとの繋がりが途切れないようにしている。			
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。	入居前に本人の情報をもとに本人の思いに沿った支援が行なえる様努めている。本人が意向を伝えられない場合であってもご家族や近隣の住民からの情報をもとにプランの作成を行っている。	入居時は、入居申込書、面談記録、他施設からの情報提供書からアセスメント情報を取っています。入居後は日々のケース記録、ユニット会議、モニタリング医師の診断・看護師記録により起居動作、ADL、自立度、生活状況、認知症の程度、本人・家族の言葉、及び希望などを把握しています。これらの情報をアセスメント情報シートに記録しています。		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	本人もしくはご家族・地域の方より情報を集めサービス利用の経過についても把握している。必要に応じてケアマネ・包括などからも情報を集めている。			
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプランをもとに安心して生活が送れるよう支援している。			

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画書を作成する前に必要な情報を集めプランの遂行状況を職員全員で確認し必要に応じて支援の試行なども行っている。	アセスメント情報シートから、ケアプラン作成の支援の視点、今後に向けた課題、ケアマネとしてニーズを導きだす上で気になったことを分析シートを使って明確にしています。そして、ニーズシートを使ってその人のケア目標を決定しています。	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	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。記録を再度確認し本人や家族にも話を聞き（モニタリング）必要に応じてプランの見直しも行っている。		
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	地域の利用者については同ビル内にご家族が住んでおり、本人の希望もありほぼ毎日面会に来ていただいている。その際一緒にご飯を食べたり、おやつをお出ししたりとくつろげて安心できる時間を作っている。		
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	近隣に住んでいる友人が代わる代わる面会に来ていただいて穏やかな時間を過ごして頂いたり、傾聴ボランティアに来ていただいております。また急病等の付添はホームで対応させていただいている。		
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	本人の希望でかかりつけ医は選んでいただいている。ただしホームのかかりつけ医以外の定期受診はご家族に対応をさせていただいている。また急病等の付添はホームで対応させていただいている。	本人・家族の希望でかかりつけ医を選んでいただいております。事業所のかかりつけ医以外の定期受診は家族での対応をお願いしていますが、急病等の付添は事業所に対応しています。週に1回看護師の巡回もあり、その際利用者の気になる点の相談や受診等のアドバイスをしてもらいます。訪問歯科医が週に1回、往診医の指示書の下にマッサージを受けている方もいます。	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
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	日々の健康相談や体調不良などは情報を伝え助言を頂き、必要で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。	基本的には家族が病院との窓口になっていただいているが、状況に応じてSWと連携をとり早期退院に向けて情報共有をしている。また顔なじみになる事でお互いの情報交換から入所に繋がる事もある。		
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	終末期については家族会などお伝えすることもあるが、実際医師より話があるまでは現実感がわかないご家族もいらっしゃる。医師から話をされたご家族については、医師看護師を含め家族と理解されるまで話し合いをもっている。	終末期の支援について、家族会でも話をしています。重度化して、医師より話があるまでは家族は現実感がわかない家族もいるので、重度化の段階に応じて医師から話をしてもらうようにし、家族、医師、看護師、事業所で話し合っって対応を決めています。医療行為を必要とせず、家族の協力が得られる場合のみ、看取り介護を行っています。今年度は2名の方の実績があります。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	内部研修では急変時の対応等の研修をおこなっている。また外部研修では普通救命講習会を2年に1回職員は受講している。		
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	定期的に火災想定・地震想定訓練を行い避難口については理解できている利用者もいるまた訓練を行うことで災害時マニュアル等の見直しを行っている。地域の連携については町会役員会などで協力をお願いしている。	毎月1回避難訓練を実施しています。非常用備蓄はパソコンで在庫管理を行い食、水、乾電池、発電機、オムツなどの衛生用品も確保しています。設備ではスプリンクラー、火災自動通報装置も設置され災害対策が講じられています。訓練を重ねる事で避難路を覚えている利用者もいます。地域との協力体制も、同ビルでの避難訓練に参加し協力体制が構築されています。	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	
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はしている。また身体拘束・虐待防止委員会にて不適切な言動が見られた場合は話し合いを持ち改善に繋げている。	ケアプランに基づいて、ケアをするとき一人ひとり言葉かけの配慮をしています。また身体拘束・虐待防止委員会にて不適切な言動が見られた場合はユニット会議で話し合いを持ち改善に繋げています。職員は全ての利用者が平等に過ごせるようにとの姿勢で支援しています。	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	利用者の希望についてはモニタリング等本人の思いを把握し、実現に向けて調整を行っている。	/		/
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本人の思いに沿った支援を心がけている。外出の希望や散髪・買い物など提案し本人の希望に沿った声かけ支援を行なっている。			
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	本人の希望で美容院・床屋等にお連れしている。洋服についても本人が着たい洋服をえらんでもいただき朝の着替えを一緒に行っているお化粧品等はボランティアに来ていただいたりと興味が出るようにと行ったが自ら希望される方はいなかった。			
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	全員ではないが今まで行ってきていたり興味のある方など介護計画書に基づき一緒にもりつけや簡単な食事づくりを行っている。	全員とまではいきませんが、今まで行ってきていたり興味のある方には、介護計画書に基づいて一緒に出来る人には食卓拭き、下膳、片付けなど食事作りを手伝っていただき役割をこなす事で、能力の維持と食事の意欲に繋げています。時には趣を変えての食事として出前やパンのバイキングをしてみたり、いつもと違った雰囲気を楽しみながら食事が摂れるように工夫しています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事のバランスについては野菜を多く取り入れたり偏りのない調理を心がけている。水分についても声かけを多くすすめている。			
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	なるべくご自分で磨いてもらい磨き残しや歯間等は介助して行っている歯科の訪問診療を活用しながら、医師より職員が磨き方や入れ歯管理などレクチャーを受けている。			
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	排泄を失禁とだけ取らずに間に合わないのでは？と考え安易にオムツを使用することは行っていない。	水分摂取量の記録観察と排泄チェック表を利用し、その人に合った声かけ・見守りで訴えを見逃さないよう、定期的なトイレ誘導を行っています。失禁があった場合でも、安易にオムツを使用せず、残存能力を維持する為にも早めのトイレ誘導により失敗を少なくするようにしています。		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	飲食の工夫や体操などを行い、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	曜日の固定等は行わず柔軟におこなうようにしている。	曜日・時間などは決めずに、利用者の希望や体調を考慮しながら柔軟な対応で入浴支援を行っています。拒否のある方に無理強いはしませんが、職員を変えたり、アプローチをの仕方を変えたりしながら入浴を促しています。季節にはゆず湯、菖蒲湯なども取り入れています。重度化が進んだ時は、清拭と併用しながら対応しています。		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	
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	本人のペースに合せ支援や声かけを行っている。日中の昼寝なども希望に沿って介助している。夜間についても気持ちよく安眠できるように就寝前にお茶やミルクを出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。また新たに服用する薬については医師に服用してからの様子等を伝えている。			
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なっている。季節の催しがある前には、季節を感じられる工作を行ったりしている。			
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	外出の希望があれば都度対応している。ガイドヘルパーを利用して郊外に外出をされる方もいる。また地域の催し物などは積極的にさんかしている。	外出の希望があれば、その都度対応しています。春は、六郷ビルが管理している公園や近くの公園に花見に出かけたり、秋には、多摩川の川べりのススキを見に行ったりしながら季節感を感じてもらうように支援しています。ススキをとってきて、リビングに飾り団子を添えてお月見を楽しむなどの行事も取り入れています。中には、ガイドヘルパーを利用して郊外に外出をされる方もいます。地域の催し物などは積極的に参加し、社会性を維持出来るように支援しています。		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	希望される方はお金をお渡ししている。お金が管理できる方にはコインケースを渡し残金等を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	希望と本人の状況に合わせて支援している。			
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	常に過ごしやすい環境を考えレイアウトなどを変更している。白い壁には絵画や季節のポスターを張ったりと季節が分かる工夫を行っている。	館内の中央部にリビングがあり、リビングを囲うような造りで居室が配置されています。室内は清掃が行き届き、騒音や異臭も無く適度な湿度・温度管理が職員によって行われています。リビングには、テーブルやソファからも食事準備風景が見られるような配置になっており、季節の花等も生け、壁には皆で作成した季節感のある装飾を施し、季節感と安らぎが感じられる雰囲気作りがされています。		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	リビングのレイアウトを工夫し一人でTVを見たり、ゆっくりくつろげる空間を作っている。			
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	入居時にご家族と本人と話し合い出来るだけ今まで使用していた家具や道具を持ってきてもらい本人が安心して過ごせる様配慮している。	入居時に家族と本人で相談していただき、出来るだけ今まで使用していた家具や道具を持ってきてもらうことで、環境の変化をあまり感じることなく、本人が安心して過ごせるように配慮しています。入居した際に新しい物を買って居室に配置することで、混乱を招くこともあるので、どんなに古くても自宅ですべて使っていたものを持ってきてくださいと伝えています。		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をしている。居室にも表札をつけなるべく迷わずに居室に行けるよう配慮している。			

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

平成30年2月19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	49	以前に比べて外に出る機会が減ってきている。	外に出る機会を作る。	外に出る事の大切さを職員で確認し、短時間でも外に出る機会作っていく。	6ヶ月

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	事業所の理念はもとより、法人の理念や法人の求める職員像を伝え、組織の職員としての自覚が持てるよう伝えている。		
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	地域の一員として、地域の行事に積極的に参加をしたり、地域住民に向けての地域便りを発刊している。近隣の方に積極的に挨拶なども欠かさず行っている。		
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	利用者が地域の一員として安心して暮らせる様、施設として認知症の理解・普及のため講座を開催したり、町内会の役員会に参加をしている。また同ビルの方々に向けての認知症サポート養成講座の開催を予定している。		
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回運営推進会議を行い事業所の催し物の報告や利用者の状況・欠員等をお伝えしている。また事業所の課題等の助言等も頂いたり、地域の情報を聞いたりと支援に活かしている。		
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	地域の地域包括が開催する地域ケア会議に参加をし、地域の課題をともに考え実践している。また協働で認知症の理解・普及に向けた講座等を行っている。		

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
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視点からやむなく行うことになったが、施錠することの利用者への弊害を職員全員で話し合い、具体的に玄関に利用者が行った際の対応等を検討し実践している。身体拘束にあたる支援が行なわれないよう委員会を通じて確認している。		
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・虐待防止委員会が中心となり、日頃のケアの見直しや改善に努めている。また内部研修を利用し、身体拘束・高齢者虐待の法律を学び、理解に繋げている。		
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	利用者は安心した生活が送れ自ら行える機能が維持できるようケアプランに反映している。会議等で職員全員で確認している。成年後見については、実際に後見人の方より話を聞いたり利用者との権利擁護の必要性を職員全員で理解している。		
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	契約の際の説明は、本人・ご家族が理解しやすいように説明を行っている。利用料にもかかわる加算等の変更時もきちんと説明を行い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	日々、家族面会時には、利用者の様子を伝えるとともに家族の要望等を聞くようにしている。また年に1回法人で行う利用者満足度調査のアンケートを行っており、運営や支援に活かしている。		

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	毎月各ユニットの会議の日を設け、利用者の状況把握や支援の提案、業務の効率化について話し合っている。支援の共有には時間を多く持ちより良い支援に向けて話し合っている		
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、自ら目標を立て年度末に目標の達成度を確認。人事考課に反映させ、給与等に反映させている。目標を立てる事で自らが行なうことが明確になり、評価し給与等の反映により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。また新人職員には必ず同法人に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	法人の施設では交換研修は行なっている。同業者では地域にあるグループホームと研修等で交換研修等行っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に本人・ご家族から生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れている。本人が安心できる言葉かけや環境を整えて支援している。		

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
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	入居前に本人・ご家族から生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れている。またご家族の要望なども施設として出来る範囲で支援に反映できる体制を作りをしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居前に本人・ご家族から生活歴や本人の好みを聞きプランに組み入れている。先あたって必要な支援についてはご本人の様子を観察し見極めている。		
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	基本的には利用者が行なえること、行えない事を見極め、行えることについては継続して行える様に環境を整えたり、本人が理解しやすいようタイミングをみて声かけを支援を行なっている。		
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	ご家族には施設で行えること、家族でしか行えない事を伝え一人の利用者を支えていくために協働をお願いしている。		
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	ご本人が築き上げてきた地域の人脈等を把握し、できるだけ面会をお願いしている。本人が通っていた美容院やスーパーなどできる範囲で本人が通える様支援している。ご家族にも協力していただいている。		

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
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を自らとれる利用者については遠くより見守り、コミュニケーションがとりにくい利用者については職員が間に入って談笑したりと常に配慮をしている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	入院やお亡くなりになってサービスが終了した後も地域への便りを送ったり、家族会にOBとして出席していただいている。その際にご家族の近況をお聞きしたりとホームとの繋がりが途切れないようにしている。		
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。	入居前に本人の情報をもとに本人の思いに沿った支援が行なえる様努めている。本人が意向を伝えられない場合であってもご家族や近隣の住民からの情報をもとにプランの作成を行っている。		
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	本人もしくはご家族・地域の方より情報を集めサービス利用の経過についても把握している。必要に応じてケアマネ・包括などからも情報を集めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプランをもとに安心して生活が送れるよう支援している。		

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画書を作成する前に必要な情報を集めプランの遂行状況を職員全員で確認し必要に応じて支援の試行なども行っている。		
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	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。記録を再度確認し本人や家族にも話を聞き（モニタリング）必要に応じてプランの見直しも行っている。		
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	地域の利用者については同ビル内にご家族が住んでおり、本人の希望もありほぼ毎日面会に来ていただいている。その際一緒にご飯を食べたり、おやつをお出ししたりとくつろげて安心できる時間を作っている。		
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	近隣に住んでいる友人が代わる代わる面会に来ていただいて穏やかな時間を過ごして頂いたり、傾聴ボランティアに来ていただいております。また急病等の付添はホームで対応させていただいている。		
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	本人の希望でかかりつけ医は選んでいただいている。ただしホームのかかりつけ医以外の定期受診はご家族に対応をさせていただいている。また急病等の付添はホームで対応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	日々の健康相談や体調不良などは情報を伝え助言を頂き、必要で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。	基本的には家族が病院との窓口になっていただいているが、状況に応じてSWと連携をとり早期退院に向けて情報共有をしている。また顔なじみになる事でお互いの情報交換から入所に繋がる事もある。		
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	終末期については家族会などお伝えすることもあるが、実際医師より話があるまでは現実感がわからないご家族もいらっしゃる。医師から話をされたご家族については、医師看護師を含め家族と理解されるまで話し合いをもっている。		
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	内部研修では急変時の対応等の研修をおこなっている。また外部研修では普通救命講習会を2年に1回職員は受講している。		
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	定期的に火災想定・地震想定等の訓練を行い避難口については理解できている利用者もいるまた訓練を行うことで災害時マニュアル等の見直しを行っている。地域の連携については町会役員会などで協力をお願いしている。		

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
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はしている。また身体拘束・虐待防止委員会にて不適切な言動が見られた場合は話し合いを持ち改善に繋げている。		
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	利用者の希望についてはモニタリング等本人の思いを把握し、実現に向けて調整を行っている。		
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本人の思いに沿った支援を心がけている。外出の希望や散髪・買い物など提案し本人の希望に沿った声かけ支援を行なっている。		
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	本人の希望で美容院・床屋等にお連れしている。洋服についても本人が着たい洋服をえらんでもいただき朝の着替えを一緒に行っているお化粧品等はボランティアに来ていただいたりと興味が出るようにと行ったが自ら希望される方はいなかった。		
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	全員ではないが今まで行ってきていたり興味のある方など介護計画書に基づき一緒にもりつけや簡単な食事づくりを行っている。		

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
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たり偏りのない調理を心がけている。水分についても声かけを多くすすめている。		
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	なるべくご自分で磨いてもらい磨き残しや歯間等は介助して行っている歯科の訪問診療を活用しながら、医師より職員が磨き方や入れ歯管理などレクチャーを受けている。		
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	排泄を失禁とだけ取らわずに間に合わないのでは？と考え安易にオムツを使用することは行っていない。		
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	飲食の工夫や体操などを行い、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	曜日の固定等は行わず柔軟におこなうようにしている。		

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
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	本人のペースに合せ支援や声かけを行っている。日中の昼寝なども希望に沿って介助している。夜間についても気持ちよく安眠できるように就寝前にお茶やミルクを出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。また新たに服用する薬については医師に服用してからの様子等を伝えている。		
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なっている。季節の催しがある前には、季節を感じられる工作を行ったりしている。		
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	外出の希望があれば都度対応している。ガイドヘルパーを利用して郊外に外出をされる方もいる。また地域の催し物などは積極的にさんかしている。		
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	希望される方はお金をお渡ししている。お金が管理できる方にはコインケースを渡し残金等を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	希望と本人の状況に合わせて支援している。		
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	常に過ごしやすい環境を考えレイアウトなどを変更している。白い壁には絵画や季節のポスターを張ったりと季節が分かる工夫を行っている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングのレイアウトを工夫し一人でTVを見たり、ゆっくりくつろげる空間を作っている。		
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	入居時にご家族と本人と話し合い出来るだけ今まで使用していた家具や道具を持ってきてもらい本人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をしている。居室にも表札をつけなるべく迷わずに居室に行けるよう配慮している。		

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

平成30年2月19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	49	以前に比べて外に出る機会が減ってきている。	外に出る機会を作る。	外に出る事の大切さを職員で確認し、短時間でも外に出る機会作っていく。	6ヶ月

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。