

<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	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	2016年3月1日
評価確定日	2016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27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	平成28年2月9日	評価結果 市町村受理日	平成28年5月20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)】

認知症であっても安心して地域の住人としての生活が送れるように一人一人のアセスメントと、本人の思いをツールに沿って介護計画書を作成し、根拠のある支援を実施している。地域にも施設の情報を発信し、認知症を理解していただき、地域の行事などにも参加している。年に1回利用者満足度調査を行い、日頃の支援の見直しや、利用者家族の思いをくんだ支援にいかしている。施設が市街地に近いため、買い物や外食などにも出かける事が多く、気分転換や脚力維持にも繋がっている。

【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28年3月1日	評価機関 評価決定日	平成28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)】

●グループホームこでまり六郷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特に大きな貢献をしている障害施設の他、高齢者施設や児童福祉施設など現在34施設を運営しています。同法人は「①充実したサービスの提供②地域に根ざした施設運営③職員の資質・能力の向上④法人体制の整備」の4項目を理念に掲げ、時代の変化と共に、高齢者人口の増加、認知症高齢者の増加、社会的弱者（高齢者・児童）の虐待防止等、様々な福祉のニーズに適切に対応できる社会福祉法人をめざしています。ホームの運営目標や方針の取り組みは、毎年全職員で話し合っって作成しています。今年度は「明るく笑いの多い生活を・・・」を掲げ、独自に作成した理念を基に事業計画と各ユニット毎の1年間の目標を立て、達成状況をユニット会議で振り返りながら一体となって、目標に向けて日々の支援に努めています。この事業所はJR「川崎駅」から徒歩15分・京急大師線 港町駅から徒歩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。

●地域の付き合いではホームの立地条件がビルの一階に位置する都市型ホームである事からビル内で組織する住民の方との交流と地域町内会の方との付き合いがあり町内会の方々は役員会議へ自治会役員として参加し、また防災会議の出席で連携を深め、更に清掃活動や近くの公園の花壇の手入れ、夏祭りにも参加して交流が行われています。加えて近年の状況としてビル住民はもとより町内の方々にも高齢化が進み地域包括支援センターからの紹介を受けたり、グループホームが地域にあまり無いということもあり、地域の方々から注目が寄せられています。サービス提供として同法人の保育園を訪れて園児と遊び共に喜び合う交流が行われています。川崎市の相談員の受け入れもあり、相談事などの話し合いのほか外部の目として意見などを伺い、サービス向上に役立てています。地域のケア会議等で、認知症の理解を深める為に、施設での様子や活動、支援について話し、また地域便りに認知症の理解や支援方法のヒントになる内容などを掲載し地域へ回覧するなど、地域貢献しています。

【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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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、安心して暮らさせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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	毎年、理念をもとに事業計画を作成し、事業計画の重点目標から各ユニットの1年間の目標を立てている。目標の達成状況は毎月のユニット会議で振り返りをしながら目標に向けて日々支援を行っている。	「笑顔のある生活を楽しむ」とした理念を下に事業計画を作成しています。計画の重点項目からユニット毎の1年間の目標を作り、管理者をはじめ全職員で理解共有して、その達成度をユニット会議で振り返りながら目標に向け職員一体となって、目標達成に向けた日々の支援に努めています。	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	施設の活動や認知症についての質問などを年に2回地域便りとして地域に回覧している。また月に1回町内会の役員会に参加し地域の情報交換等行っている。地域の行事等は積極的に参加をしている。	施設の活動や認知症についての質問等を年2回地域便りとして地域に回覧しています。自治会主催の行事に入居者と共に参加している他、月1回の町内会の役員会にも参加するなどし、日常的に地域交流を図っています。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域のケア会議などで、認知症の理解を深めるために、施設での様子や活動、支援について話すことが出来た。また地域便りに認知症の理解や支援方法のヒントになる内容などを掲載し地域へ回覧している。		
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	施設の様子から催し物の報告などを行っている。支援方法についても時折提案や助言を頂き、職員に伝え支援に活かしている。	2ヶ月に1回自治会役員、民生委員、地域包括センター職員、地域役員や近所の方、利用者家族、ホーム長の参加で開催しています。会議ではホーム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、話し合を行って結果を運営に反映させるようにしています。運営推進会議の内容は議事録に残し、全職員で共有しています。	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	地域包括職員には運営推進会議に2カ月に1回参加をしていただき、施設の様子や課題等についても伝えていく。また地域包括職員からの入所についても緊急性、必要性を考え、受けている。	地域包括職員には運営推進会議に2カ月に1回参加をしていただき、用件に応じて不明点・疑問点を聞いたり相談して支援に活かしています。また、事業所からは施設の様子や課題等について話したり、。入所者の紹介をいただくこともあり、緊急性や必要性を考慮したうえで受けています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設内に身体拘束・高齢者虐待防止委員会を設置し、毎月ユニット会議等で話し合う機会を設けている。日頃の言葉かけや支援についてアンケートを取り内部研修等を利用し、職員皆で不適切ケアについて話し合っている。(年1回)	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おり、日頃の言葉かけについてのアンケートを行い、禁止行為とそのデメリットを共有認識して廃止に繋げています。玄関施錠は原則開錠とし、徘徊行動などの兆しが見えたら職員の見守りで対応しています。	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	施設内に身体拘束・高齢者虐待防止委員会を設置し、毎月ユニット会議等で話し合う機会を設けている。日頃の言葉かけや支援についてアンケートを取り内部研修等を利用し、職員皆で不適切ケアについて話し合っている。(年1回)		
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	年々成年後見制度を利用される利用者が増えており、後見人の方と共に利用者を支えていく方法についても話している。		
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	家族会や毎月のお便りなどでもお伝えし必要時は直接説明を行うようにしている。		
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	毎年1回利用者満足度調査を行っている。また苦情等第三者機関の連絡先等を施設内に掲示している。	利用契約時に重要事項11運営規定19条に記載された苦情相談窓口と、その対応の説明を行っています。家族には面会時や電話などの他、事業所便りに管理者をはじめ職員からの日常的な利用者の生活状況の報告を一筆沿えるなど、コミュニケーションを密にして、意見を何うようにしています。運営推進会議時にも家族からの意見や要望を伺い、職員会議等で検討し、回答と共に運営に反映するよう努めています。また、毎年1回利用者満足度調査も実施しています。	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	年に2回、職員と面談を行う機会を設けている。必要に応じては「皆で考えるより良い職場づくり委員会」にて検討している。	事業所では毎月のユニット合同の会議を通じて職員が日々の観察に基づく気づきや意見提案を自由に表出ができる様にしています。管理者と職員間は日頃から気軽に話せる関係も構築されており、会議の場以外でも意見や提案を聴いています。また、年2回、職員と面談を行う機会を設け、必要に応じて「皆で考えるより良い職場づくり委員会」にて検討もしています。	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	法人全体で人事トータルシステムを活用し自ら目標を立て、やりがいに繋げている。賃金についても目標の達成状況や能力開発などが評価され賃金が上がる仕組みになっている。職場環境については労働災害検討委員会を通じて皆で検討している。		
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	組織の職員として、専門職としての人材育成に力を注いでいる。内部研修等では認知症の理解についての研修を行ったり、正規の職員と一緒に支援を行う上で助言等も行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	グループホームの管理者とは時折情報交換を行ったり、入居の情報交換を行っている介護保険施設とも情報交換や入居の相談などお互いに行っている。		
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	なるべく入居の申し込みは施設見学を行っていただき、ご本人の様子なども伺うようにしている。入居時には職員がある程度必要な支援や本人・家族の思いを把握したうえで関わられるようにしている。		

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
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	なるべく入居の申し込みは施設見学を行っていただき、ご本人の様子なども伺うようにしている。入居時には職員がある程度必要な支援や本人・家族の思いを把握したうえで関わられるようにしている。家族の必要性もお伝えし負担にならない程度協力をお願いしている。		
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	アセスメントとほんにん・家族の思いををくみ取り介護計画書を作成し職員全員が情報を共有し支援を行っている。また他のサービスについても情報を収集し必要なサービスは活用している。		
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	専門職という立場は忘れず、個々の必要性に応じて支援している。認知症であっても人生の先輩であることは理解し支援している。		
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	ご家族には、ご本人と一緒に支えていただけるよう協力をお願いしている。ご家族がいらっしやらない利用者には後見人の方と情報を共有しお互い支え合える関係性が築けるよう配慮している。		
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	なるべく配慮している。連絡等の取り次ぎは行い、本人の様子なども伝えている。	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様、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、日頃の会話や家族の情報を基に、利用者の嘗ての楽しかった出来事や今の思いを汲み取り、極力思いに沿った支援の実現に努めています。手紙の宛名書きや、投函などの支援も行い馴染みの関係を継続でき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
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支援している。コミュニケーションがうまく取れない利用者については職員が間に入るなど関係性が良好であるように配慮している。		
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	医療行為が必要になったり契約が終了となっても受け入れ先の情報を伝えたり、利用者の様子を伺ったりと関係性を断ち切ることは行っていない。現在も以前利用されていた利用者のご家族がボランティアで月に1回施設に来られている。		
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。	アセスメントから生活歴などを考慮し本人の思いに沿った支援計画書を作成し、ニーズを把握したうえで支援を行っている。困難な方は特に介護計画書作成とモニタリングでご本人の思いに沿っているかをよく確認している。	アセスメントから生活歴などを考慮し本人の思いの把握に努めています。思いを伝える事ができる人と出来ない人がいますが、会話や日頃の支援の中で「仕草や表情」からの汲み取りや家族等からの情報も加味して思いに沿った支援計画書を作成し、職員間で共有を図り本人本位を第一とした思いに適う支援に努めています。また、モニタリングで思いに沿っているかをよく確認もしています。	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	ご家族や、関係者から情報を収集し介護計画書を作成。情報を共有し支援をおこなっている。		
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	介護計画書に基づき支援を行っている。また支援の工夫をし新たな能力等も見いだせる様になっている。		

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
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	行なっている。アセスメントを行う上で、家族や関係者から情報収集しニーズと課題について考えている。	利用当初は暫定計画で様子を見て、変化のある場合は都度の見直しを基準とし、概ね1年毎にカンファレンスを開き職員の日々の観察を基に意見を述べ合い、計画作成者を中心に家族の要望も加味しながら、その方の残存能力に見合った計画を作成しています。出来た介護計画は、本人と家族に確認を頂いてプランとして実施しています。またモニタリング3ヶ月毎に行い計画とのずれが生じないように努めています。	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	ケース記録以外に介護計画書に基づいた支援を行った際の記録も残している。それをもとにモニタリングも行い介護計画書を見直している。		
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	普段から介護計画書に基づいた支援を行っているが、状況に応じて支援の展開を行ったりしている。またグループホームの強みを活かした支援を行っている。		
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	地域の行事などに参加し、お祭りの打ち上げ時には利用者の状況が分かる地域の方とお酒を飲んだり楽しそうに過ごすことが出来た。		
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、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	松田医院とは開所時からの付き合いで、かかりつけ医院以外で病院にかかる際はご家族・本人の希望に沿って紹介状を書いていただいたり、施設から動けない状況の時は医師がかけつけてくれたりしている。	ホームと提携クリニックの松田医院とは開所時からの付き合いで、かかりつけ医院以外で病院にかかる際はご家族・本人の希望に沿って紹介状を書いていただいたり、動けない状況の時は医師が駆けつけて来ています。また、週に1回看護師の往診もあり、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いただいています。従来のかかりつけ医を希望する方は、家族対応を基本としていますが、状況に応じて職員が同行することもあります。	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	週に一回看護師の相談業務時に利用者一人一人の状況を伝え、必要に応じて処置や受診などの助言をいただいている。		
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。	入院時にご家族からの情報や面会時にソーシャルワーカーと話す機会を持ち早期の退院に向けて連絡調整を行っている。また病院からの入居相談なども受け入所に繋がることもある。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合の方針についてはご家族・後見人に説明を行っており同意を得ている。利用者の状況に合わせ、再度施設が行なえることを確認し、必要に応じて関係機関にも連絡している。	重度化した場合の方針については、入居契約時に重度化・終末期ケアにおける事業所の出来ること、出来ない事を家族・後見人に説明して同意をいただいています。医師または看護師が終末期と判断した時点で、改めて希望を伺い、家族・事業所責任者・医師との話し合いで、種々選択肢を示し最善の方法を見出し支援を行うとしています。ホームでは看取り介護の指針を持って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	市民普通救命講習に1～2年に一回参加している。また内部研修にて緊急時の対応についての研修を行い、いざという時にあわてず対応できる訓練を行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	月に1回地震・火災想定避難訓練を行っている。回数を重ねる事で、利用者も避難路を覚えられている方もいる。地域との協力体制については、同ビルでの避難訓練に参加し協力体制をお願いしている。	運営規定18条に利用者の災害防止に努め非常災害に対して必要な設備を設け、災害時の通報及び連絡体制を整備、災害の予防措置並びに避難訓練を継続的に行う。と定め、ホームでは毎月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の適正在庫管理を行い食料・水・乾電池・オムツなども確保して、設備ではスプリンクラー、火災自動通報装置、発電機等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	言葉遣いの乱れは不適切支援に繋がってしまうことを職員全員で共有し極力使用しないようにしている。誇りやプライバシーについても一人一人のニーズを考え専門職として必要な言葉かけを行っている。	言葉遣いの乱れは不適切支援に繋がる事を共有し人格を尊重して、入居者の身になり誇りやプライバシーを損ねる事の無い言葉遣いと態度を常に心がけています。専門職として適切な言葉でトイレ誘導時にも思いやりと優しさのある呼びかけで支援が行われています。呼称は「さん」付けを基本としていますが、時には親しみをもった本人の希望も取り入れての対応も行われています。	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	出来る限り利用者のペースに合せ、希望が効けるように話しかけている。自ら選ぶことが出来る方にはそういう場面を作るようにしている。		
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、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	例えば利用者の中で落ち着かない方がいるときなど、職員で話し合い、支援を優先に考え業務の調整は後に考えている。		
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	美容院や床屋に行き好きなようにカットしていただいたり、髭剃りのお手伝いや洋服の購入など好みのものを購入できるよう支援している。		
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	出前を取る際は皆で考えて注文したり、食事作りのお手伝いをしていただくことで能力の維持と食欲の維持に繋げている。時折パンのバイキングを試したりと楽しんで食事が摂れるように配慮している。	時には趣を変えての食事として出前を取る際はそれぞれの好みも加味して皆で考えて注文したり、出来る人には食卓拭き、下膳、片付けなど食事作りのお手伝いをして頂き役割をこなす事で能力の維持と食欲の維持に繋げています。時折パンのバイキングを試したり、いつもと違った雰囲気を楽しみながら食事が摂れる様に工夫しています。	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	食事の量は全員毎食、職員で記録に残し把握している。水分については自ら水分が摂れなくなってきた方や理解力の低下で水分が摂れなくなってきた方など見極めチェックして把握している。			
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、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	行なっている。また訪問歯科にも個人でお願いしている方もおり、歯科医と協働で口腔衛生に努めている。			
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	なるべく本人の能力を維持するため、見極めるようにしている。出来る限りオムツの使用は経済的にも精神、衛生的にも負担がかかるため少なくしている。	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。体調の変化や入院などでリハビリやオムツになった入居者には、トイレでの排泄を支援しながら出切るだけ外せる様に支援しています。失敗した際は、他の人の目に触れないよう配慮しながら下着取替を行っています。オムツの使用は経済的にも精神、衛生的にも負担がかかるためオムツの無い生活に注力しています。		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	毎朝のラジオ体操と体操後の水分補給に飲むヨーグルトを飲んでいただいている。			
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	特に曜日は決めていない。入浴の時間については希望に応じて午前、午後と本人に合わせて行っている。	曜日・時間などは決めずに、利用者の希望や体調に考慮しながら柔軟な対応で入浴支援を行っています。拒否をする方への無理強いはいませんが、入浴は清潔保持のみならず、打ち身・あざ・湿疹などの早期発見に繋がる事も踏まえながら、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一緒に歌を歌ったり楽しみの工夫もしています。		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
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	休息についてはリビングのソファでくつろいでいたり、お部屋で休息されたりと本人のペースで見守りを行っている。夜間の安眠については、居室の温度調整や照明の調整など行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方された薬の効能など確認を行っている必要に応じて看護師に薬の効能についてなどの相談を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	介護計画書の基づき個別に支援を行っている。嗜好品については、日々のメニューやおやつに取り入れれたりしながらバランスよく提供している。		
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	計画を立てたうえでの外出は行っている。また外部のサービスなども利用し電車やバスに乗っての外出も行っている。	日々の外出希望には職員ができるだけ対応し、天気の良い日には近くの散歩コースに出かけたり、買いに物に行ったりしています。その他、季節に合わせて企画を立案し外出の機会を作る様にして、入居者の状況に応じて聴覚・視覚障害者ガイドヘルパー等も活用しながら、電車やバスに乗って外出をすることもあります。	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	個々の能力や理解力に応じて支援しているお金を持っている方が安心な方には家族の了承を得て所持していただいている。また管理は職員が行ない使用時に本人にお財布を渡し、使用される方もいる。		

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	ご家族にお願いをし、連絡を頂きたい旨を伝えお願いしていたこともあるが、現在は行っていない。必要に応じて今後も行う。		
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	リビングについては、季節感のある装飾を皆で作成し掲示をしている。また食事の際はテレビを消して音楽をかけるなど食事に集中していただける配慮を行っている。	館内の中央部にリビングがあ、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、テーブルやソファが置かれ、食事準備風景等も見られるようになっており、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	本人のペースに合せ、居室で過ごされたり利用者同士談笑されたりしている。必要に応じて職員が間に入って会話ができる配慮をしている。		
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	入居時にご家族・本人にお伝えしなるべく持参していただいている。	入居時には使い慣れた家具などを持ち込んでいただく事をご家族に話しています。馴染みの雰囲気ですと自宅と同様な感じが得られる様に、今まで大切にしてきた、鏡台、仏壇や思い出の写真などが持ち込み、落ち着いて過ごせる生活環境が整えられています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	理解力が低下してきてもなるべく自分でトイレに行けたり、お風呂場が分かるように文字で書き掲示している。またカレンダーなども分かりやすいようにひめくりカレンダーを皆で手作りし使用している。		

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

2016年5月6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	44	便秘の予防と対応	ご飯がおいしく食べられ、便秘が少なくなる。	朝のラジオ体操やヨーグルトの摂取は継続しつつ、今後医療関係者に排便のメカニズムを学び便秘解消につなげる。	6 か月

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	毎年、理念をもとに事業計画を作成し、事業計画の重点目標から各ユニットの1年間の目標を立てている。目標の達成状況は毎月のユニット会議で振り返りをしながら目標に向けて日々支援を行っている。		
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	施設の活動や認知症のについての質問などを年に2回地域便りとして地域に回覧している。また月に1回町内会の役員会に参加し地域の情報交換等行っている。地域の行事等は積極的に参加をしている。		
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	地域のケア会議などで、認知症の理解を深めるために、施設での様子や活動、支援について話すことが出来た。また地域便りに認知症の理解や支援方法のヒントになる内容などを掲載し地域へ回覧している。		
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	施設の様子から催し物の報告などを行っている。支援方法についても時折提案や助言を頂き、職員に伝え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	地域包括職員には運営推進会議に2カ月に1回参加をしていただき、施設の様子や課題等についても伝えていく。また地域包括職員からの入所についても緊急性、必要性を考え、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
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	施設内に身体拘束・高齢者虐待防止委員会を設置し、毎月ユニット会議等で話し合う機会を設けている。日頃の言葉かけや支援についてアンケートを取り内部研修等を利用し、職員皆で不適切ケアについて話し合っている。(年1回)		
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	施設内に身体拘束・高齢者虐待防止委員会を設置し、毎月ユニット会議等で話し合う機会を設けている。日頃の言葉かけや支援についてアンケートを取り内部研修等を利用し、職員皆で不適切ケアについて話し合っている。(年1回)		
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	年々成年後見制度を利用される利用者が増えており、後見人の方と共に利用者を支えていく方法についても話している。		
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	家族会や毎月のお便りなどでもお伝えし必要時は直接説明を行うようにしている。		
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	毎年1回利用者満足度調査を行っている。また苦情等第三者機関の連絡先等を施設内に掲示している。		

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	年に2回、職員と面談を行う機会を設けている。必要に応じては「皆で考えるより良い職場づくり委員会」にて検討している。		
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	法人全体で人事トータルシステムを活用し自ら目標を立て、やりがいに繋げている。賃金についても目標の達成状況や能力開発などが評価され賃金が上がる仕組みになっている。職場環境については労働災害検討委員会を通じて皆で検討している。		
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	組織の職員として、専門職としての人材育成に力を注いでいる。内部研修等では認知症の理解についての研修を行ったり、正規の職員と一緒に支援を行う上で助言等も行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	グループホームの管理者とは時折情報交換を行ったり、入居の情報交換を行っている介護保険施設とも情報交換や入居の相談などお互いに行っている。		
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	なるべく入居の申し込みは施設見学を行っていただき、ご本人の様子なども伺うようにしている。入居時には職員がある程度必要な支援や本人・家族の思いを把握したうえで関わられるようにしている。		

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
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	なるべく入居の申し込みは施設見学を行っていただき、ご本人の様子なども伺うようにしている。入居時には職員がある程度必要な支援や本人・家族の思いを把握したうえで関わられるようにしている。家族の必要性もお伝えし負担にならない程度協力をお願いしている。		
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	アセスメントとほんにん・家族の思いををくみ取り介護計画書を作成し職員全員が情報を共有し支援を行っている。また他のサービスについても情報を収集し必要なサービスは活用している。		
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	専門職という立場は忘れず、個々の必要性に応じて支援している。認知症であっても人生の先輩であることは理解し支援している。		
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	ご家族には、ご本人と一緒に支えていただけるよう協力をお願いしている。ご家族がいらっしゃらない利用者には後見人の方と情報を共有しお互い支え合える関係性が築けるよう配慮している。		
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	なるべく配慮している。連絡等の取り次ぎは行い、本人の様子なども伝えている。		

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支援している。コミュニケーションがうまく取れない利用者については職員が間に入るなど関係性が良好であるように配慮している。		
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	医療行為が必要になったり契約が終了となっても受け入れ先の情報を伝えたり、利用者の様子を伺ったりと関係性を断ち切ることは行っていない。現在も以前利用されていた利用者のご家族がボランティアで月に1回施設に来られている。		
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。	アセスメントから生活歴などを考慮し本人の思いに沿った支援計画書を作成し、ニーズを把握したうえで支援を行っている。困難な方は特に介護計画書作成とモニタリングでご本人の思いに沿っているかをよく確認している。		
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	ご家族や、関係者から情報を収集し介護計画書を作成。情報を共有し支援をおこなっている。		
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	介護計画書に基づき支援を行っている。また支援の工夫をし新たな能力等も見いだせる様になっている。		

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
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	行なっている。アセスメントを行う上で、家族や関係者から情報収集しニーズと課題について考えている。		
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	ケース記録以外に介護計画書に基づいた支援を行った際の記録も残している。それをもとにモニタリングも行い介護計画書を見直している。		
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	普段から介護計画書に基づいた支援を行っているが、状況に応じて支援の展開を行ったりしている。またグループホームの強みを活かした支援を行っている。		
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	地域の行事などに参加し、お祭りの打ち上げ時には利用者の状況が分かる地域の方とお酒を飲んだり楽しそうに過ごすことが出来た。		
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、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	松田医院とは開所時からの付き合いで、かかりつけ医院以外で病院にかかる際はご家族・本人の希望に沿って紹介状を書いていただいたり、施設から動けない状況の時は医師がかけつけてくれたりしている。		

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	週に一回看護師の相談業務時に利用者一人一人の状況を伝え、必要に応じて処置や受診などの助言をいただいている。		
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。	入院時にご家族からの情報や面会時にソーシャルワーカーと話す機会を持ち早期の退院に向けて連絡調整を行っている。また病院からの入居相談なども受け入所に繋がることもある。		
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	重度化した場合の方針についてはご家族・後見人に説明を行っており同意を得ている。利用者の状況に合わせ、再度施設が行なえることを確認し、必要に応じて関係機関にも連絡している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	市民普通救命講習に1～2年に一回参加している。また内部研修にて緊急時の対応についての研修を行い、いざという時にあわてず対応できる訓練を行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	月に1回地震・火災想定避難訓練を行っている。回数を重ねる事で、利用者も避難路を覚えられている方もいる。地域との協力体制については、同ビルでの避難訓練に参加し協力体制をお願いしている。		

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	言葉遣いの乱れは不適切支援に繋がってしまうことを職員全員で共有し極力使用しないようにしている。誇りやプライバシーについても一人一人のニーズを考え専門職として必要な言葉かけを行っている。		
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	出来る限り利用者のペースに合せ、希望が効けるように話しかけている。自ら選ぶことが出来る方にはそういう場面を作るようにしている。		
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	例えば利用者の中で落ち着かない方がいるときなど、職員で話し合い、支援を優先に考え業務の調整は後に考えている。		
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	美容院や床屋に行き好きなようにカットしていただいたり、髭剃りのお手伝いや洋服の購入など好みのものを購入できるよう支援している。		
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	出前を取る際は皆で考えて注文したり、食事作りのお手伝いをさせていただくことで能力の維持と食欲の維持に繋げている。時折パンのバイキングをしてみたりと楽しんで食事が摂れるように配慮している。		

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	
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	食事の量は全員毎食、職員で記録に残し把握している。水分については自ら水分が摂れなくなってきた方や理解力の低下で水分が摂れなくなってきた方など見極めチェックして把握している。			
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、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	行なっている。また訪問歯科にも個人でお願いしている方もおり、歯科医と協働で口腔衛生に努めている。			
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	なるべく本人の能力を維持するため、見極めるようにしている。出来る限りオムツの使用は経済的にも精神、衛生的にも負担がかかるため少なくしている。			
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	毎朝のラジオ体操と体操後の水分補給に飲むヨーグルトを飲んでいただいている。			
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	特に曜日は決めていない。入浴の時間については希望に応じて午前、午後と本人に合わせて行っている。			

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
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	休息についてはリビングのソファでくつろいでいたり、お部屋で休息されたりと本人のペースで見守りを行っている。夜間の安眠については、居室の温度調整や照明の調整など行っている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	処方された薬の効能など確認を行っている必要に応じて看護師に薬の効能についてなどの相談を行っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	介護計画書の基づき個別に支援を行っている。嗜好品については、日々のメニューやおやつに取り入れれたりしながらバランスよく提供している。		
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	計画を立てたうえで外出は行っている。また外部のサービスなども利用し電車やバスに乗っての外出も行っている。		
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	個々の能力や理解力に応じて支援しているお金を持っている方が安心な方には家族の了承を得て所持していただいている。また管理は職員が行ない使用時に本人にお財布を渡し、使用される方もいる。		

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	ご家族にお願いをし、連絡を頂きたい旨を伝えお願いしていたこともあるが、現在は行っていない。必要に応じて今後も行う。		
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	リビングについては、季節感のある装飾を皆で作成し掲示をしている。また食事の際はテレビを消して音楽をかけるなど食事に集中していただける配慮を行っている。		
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	本人のペースに合せ、居室で過ごされたり利用者同士談笑されたりしている。必要に応じて職員が間に入って会話ができる配慮をしている。		
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	入居時にご家族・本人にお伝えしなるべく持参していただいている。		
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	理解力が低下してきてもなるべく自分でトイレに行けたり、お風呂場が分かるように文字で書き掲示している。またカレンダーなども分かりやすいようにひめくりカレンダーを皆で手作りし使用している。		

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

2016年5月6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	44	便秘の予防と対応	ご飯がおいしく食べられ、便秘が少なくなる。	朝のラジオ体操やヨーグルトの摂取は継続しつつ、今後医療関係者に排便のメカニズムを学び便秘解消につなげる。	6 か月

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。