

<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	1492600067
法人名	株式会社 木下の介護
事業所名	木下の介護 グループホーム城山
訪問調査日	平成27年10月16日
評価確定日	平成28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。

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	1492600067	事業の開始年月日	平成19年10月1日	
		指定年月日	平成19年10月1日	
法人名	株式会社 木下の介護			
事業所名	木下の介護 グループホーム城山			
所在地	(252-0104)			
	相模原市緑区向原3-5-10			
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27年10月2日	評価結果 市町村受理日	平成28年5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)】

ご入居者様だけでなく、ご家族様を含め人と人との関わりを大切にします。慣れ親しんできた町に暮らし続けるため地域の方と協力し地域の一員として生活します。お一人おひとりの生活や思い出を大切に、ゆったり、のんびり、そのひとらしく過ごしていただけるようお手伝いをさせていただきます。緑豊かな自然に恵まれ四季折々の変化を感じていただけるよう、季節の花や紅葉を見に行くことを大切にしています。また近隣に公園、スーパーがある良い環境をいかし毎日お散歩にいくようにし、活動的に過ごせるようにしています。

【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	〒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27年10月17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)】

●このグループホームは株式会社木下の介護の経営です。木下の介護は首都圏を中心として有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、デイサービス、ショートステイ、居宅介護支援、訪問介護それに、グループホームを展開しています。木下の介護の特徴は「幸せ」を創ることに置き、「おいしい食事による幸せ」、「住宅に住まう幸せ」、「健康でいられる幸せ」、「楽しく生活できる幸せ」、「介護の質による幸せ」を目指しています。地理的にはJR・京王線橋本駅からバスで約20分、バス停からは、徒歩で15～6分のところにあり、津久井湖に近い、閑静な住宅地です。

●木下の介護は会社としての理念があり、それに沿って年度別に大きな経営目標・事業計画が示され、入居率などの目標はあるものの、その展開については各事業所に任されています。木下の介護東京センター中心に組み立てられている「ひもときネット」を中心の展開を企画中で、前出の事業計画のうちの一部を職員主体で推進することによるスキルアップも考えています。木下の介護のグループホームの集まりでは、書式の統一等について検討し、取り組んでいます。グループホーム城山では、企業理念を玄関に掲げ、利用者へのケアの方針を「ゆったり、のんびり、その人らしく」、職員自身がケアを行う方針を「目配り、気配り、心配り」とし、毎日実現を心がけています。

●職員の教育については、木下の介護本社としての年間の研修計画があります。グループホームのみの研修も上期、下期各2回づつ企画され、接遇の研修も含んでいます。本社との研修計画は社員対象であり、パート職員についてはグループホーム内に於ける伝達研修を実施しています。更に、2月に1回の研修を「5分間研修」と呼び、テストを実施し、答え合わせ(5分間研修)を研修として継続的に実施しています。その際、テストを受けられなかった職員は、他の時間で受けられる体制になっています。また、グループホームのミーティングと併せて事業所内研修も行い、職員のレベルアップと介護の質の向上に努めています。

【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	木下の介護 グループホーム城山
ユニット名	1階

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	木下の介護 グループホーム城山としての理念を玄関に掲げ、ケアの方針は「ゆったり、のんびり、その人らしく」であり、職員のケアは「目配り、気配り、心配り」として毎日心がけている。	城山では企業理念を玄関に掲げ、利用者へのケアの方針を「ゆったり、のんびり、その人らしく」とし、職員自身がケアを行う方針を「目配り、気配り、心配り」として、毎日実現を心がけています。事業計画の内容は年度方針（スローガン）を中心とし、月次重点項目、運営のポイントなど15～20項目からなり、日々のタイムスケジュールを明文化し、職員の意識と行動の均一化と見落としの無い気配りが定着しました。	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	自治会は特別会員となり、盆踊りや夏祭りに参加させて頂いている。またお囃子やお神輿、獅子舞などホームまで来てくれる。育成会のフリマ、資源回収、老人会の地域の体操・茶話会にも参加。近隣の方を招待しての花火大会の開催。散歩の時にご近所の方から野菜やお花を頂くこともある。	自治会は特別会員となり、お囃子やお神輿、獅子舞などホームに来て頂いたり、盆踊りや夏祭りに参加し、盆踊りには席を用意してもらっています。近所の育成会の方々によるフリーマーケットや、資源回収、老人会の地域の体操・茶話会にも参加しています。近隣の方を招待して花火大会の開催したり、散歩の時にご近所の方から野菜やお花を頂いたりしています。また、地域の子ども会では、ハロウィンに子どもたちがホームに訪ねて来る等、良好な関係が築かれています。	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	地域会議、運営推進会議、レクリエーションに来ていただくなどでコミュニケーションを図り認知症の病気について理解していただけるようにしている。育成会のフリマでは入居者作成の作品を出品し一緒に参加している。		
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回開催し、運営報告や行事報告を行い、相談や意見交換を行い、サービス向上につなげるように努めている。	運営推進会議は2か月に1回開催しています。メンバーは自治会長・老人会会長、民生委員、地域代表（整体院）、地域包括支援センター、利用者ご家族それにホーム関係者です。運営報告や行事報告を行い、相談や意見交換を行い、サービス向上につなげるように努めています。メンバーに内情を見て頂けるようお願いしています。運営推進会議の結果は市役所に届けるなど市役所との連携にも努めています。	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	疑問などや報告することなどある時には、市町村担当者に、密に連絡をとるようにしている。	疑問等や報告する事等がある場合には、市担当者に訪問、若しくは電話などで連絡をとるようにしています。また、「城山声かけ見守りネットワーク」にも加盟しています。担当の包括は城山高齢支援センターであり、モミジホーム保健センターの2階にあるので、催物がある時は参加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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人にて身体拘束のないケアに取り組みとして、マニュアルがあり、ホーム内でも身体拘束をしないように、カンファレンスや申し送り等で職員間で防止に努めている。身体拘束をしてはいけないことをホーム会議、又必要時伝えていくようにしている。	法人は、身体拘束のないケアに取り組みとして、身体拘束を行わない理念を作成し、貼り出す他、専用のマニュアルを用意し、身体拘束のないケアに取り組んでいます。ホーム内でも身体拘束をしないよう、カンファレンスや申し送り等で伝え、職員間で防止に努めています。鍵については、ユニット入口は開放し（チャイムはつけてあります）、玄関は内鍵で出られる状態となっています。2階は階段があり、危険なので職員が手薄になる時間帯（お風呂の時間など）には施錠することもあります。	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逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法についての資料等にて、職員間にて勉強し、虐待がおきてはいけないことを理解し、認知症の理解を深めるようにし、スタッフの介護疲れやストレスがおきないようにコミュニケーションを図り、ケアの質向上に努めている。		
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	権利擁護や成年後見人制度のパンフレットや説明会などの資料を事業所内に置き見れるようにしている。実際に必要なケースがある場合には相談やご案内をしている。		
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	契約時には、契約書、重要事項説明書等で時間をかけ読み合わせ説明し質問等ないか確認し同意を得ている。玄関に閲覧できるようにし、入居後も質問あれば都度説明している。		
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	年に2回家族会を行い、1人ずつ意見をお伺いしている。又定期的に新聞の発行をし、変化のある時には連絡し、変化のない時にも来訪時には声掛けを行い、意見をお伺いしスタッフへ伝え、皆で考えケアに反映させるようにしている。	ご家族の意見は、基本的には来訪時に連絡、状況報告などと併せてお伺いするようにし、必要に応じて電話もしています。また、定期的に新聞の発行をしたり、年に2回家族会を開催し、一人ずつ意見をお伺いしています。変化のある時には連絡し、変化のない時にも来訪時には声掛けを行い、意見はスタッフへ伝え、皆で考え、ケアに反映させるようにしています。運営推進会議などでも意見をお伺いしています。	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
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	本部からは、定期的にホームに来てスタッフに声かけを行い、管理者は日々スタッフに声をかけ意見や提案を聞き、月に1回ホーム会議を行い意見を言える場を設け、反映させるようにしている。	法人本部から定期的にホームに訪問があり、スタッフに声かけを行い、意見や提案を聞いています。管理者は、日頃からスタッフに声をかけて意見等を聞き、月1回のホーム会議では職員が意見を言える場を設け、運営に反映させるようにしています。東京センター中心に組み立てられている「ひもときネット」を中心に展開し、定期面接や、昇給昇格等、職員の待遇面にも力を入れて行きたいと考えています。また、定期面接の他に、必要に応じた個人的面談や、夜勤時の談話等を通してメンタル面のフォローも行っています。	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	本部からは、定期的にホームに来て、管理者やスタッフの状況の把握、又管理者は日々スタッフの職場環境などの把握に努め検討、改善を行っている。		
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	本部において、研修チームがあり社員について前期、後期と研修があり。又、管理者により毎月ホームミーティングや回覧等で勉強をおこなっている。年間計画を作成し全職員が研修項目を2か月かけ勉強・テストを行っている。		
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	地域の会議や運営推進会議などで他事業者と交流、意見交換を行い、サービスの質の向上に活かすようにしている。		
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	アセスメントだけでなく、ご本人やご家族様のご要望をお伺いし、言葉の裏にある感情や背景を情報収集、分析を行うように努めている。		

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	アセスメントだけでなく、ご本人やご家族様のご要望をお伺いし、言葉の裏にある感情や背景を情報収集、分析を行い、関係作りに努めている。		
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、ご家族と話し合い、いろいろなことをアセスメントしながら、ご本人が今求めているケアプランを作成し、提供できるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	人生の先輩と言う意識を持ち、その方の生活の継続性の観点から支援している。又、人生の経験上からの教えや技術は職員に教えていただく関係作りをしている。		
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	入居説明、家族会や個別相談、訪問時などに相談し、来訪時のコミュニケーションや外出、外食などでご家族しか出来ない精神面のケアなどの協力をいただき絆を大切にしている。		
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	ご家族の理解や協力に基づき、相談しご本人宅への帰宅、希望された場所への外出等、安全を第一に考え計画し支援している。	ご家族の理解や協力をもらいながら、本人宅への帰宅や、希望する場所、見覚えのある場所への外出等を安全を第一に考えて計画し、支援に努めています。ご家族は外出時の参加、同行などもしてくれています。ご家族に大切にされている方が多いホームなので利用者は幸せです。また、親戚の方と外食に行ったり、利用者の曾孫の成長を職員が楽しみにする等、大きな家族的な雰囲気がホームにあります。	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
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	個々の性格、地域性、疾患の状況や歴史等を踏まえ、関わりが出来るよう、スタッフが間に入ったり、食席を工夫したりし支援している。		
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	退去後についても、ケースに応じて、相談をお受けし、状況把握しフォローす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。	ご本人、ご家族の生活に関するご意向や希望をお伺いし、その希望に添えるように検討し支援している。	入居の際に本人、ご家族の生活に関する意向や希望を聞き、その希望に副えるように支援しています。思いや意向の把握のために、現在、東京センター中心に「ひもときネット」を展開しています。思いの把握については、介護計画作成時に本人からも聞くようにしています。	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	入居前、入居後と状況に応じて聞き取りを行っている。本人だけでなく、ご家族からも聞き取りを行い、入居前の事業所に確認や連携を行い把握に努めている。		
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	日々の生活を毎日記録し、状況変化、心身の把握に努め残存機能を活かした支援に努めている。		

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	ご本人、ご家族のご意向をお伺いし、毎月ケアカンファレンスを開催。計画書を作成し、本人もしくはご家族に説明し同意を得ている。	本人、ご家族の意向を伺い、ケースカンファレンスを開催しています。カンファレンスではアセスメントシートにその月の該当利用者分の気付いた点を記入及び提出を行い、職員で検討した後、2Fはケアマネージャーが、1Fは管理者（計画作成担当者）が介護計画書に纏め、本人、ご家族に説明し、同意を得ています。モニタリング、ケアプランは3ヶ月、6ヶ月のサイクルで進めています。具体的な対応も検討して加えるようにしています。	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	日々の生活を毎日個人記録に記録し、状況変化、心身の把握に努め、日誌や連絡ノートも活用し実践やケア計画に活かしている。		
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	変化に応じたニーズに対応できるよう、往診、歯科、マッサージなども取り入れ、グループ内の展開しているサービスなど多機能に対応できるように取り組んでいる。		
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	入居前の支えられていた地域資源の協力、又地域のボランティア（習字、傾聴、フラダンス）に来て頂き楽しんでいただけるようにしている。		
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	入居前の受診先と、協力医の説明を行い、自由に選択していただき、適切な医療を受けられるよう支援している。外来受診にはご家族と協力しながら受診している。	入居前の受診先と、協力医の説明を行い、自由に選択して頂き、適切な医療を受けられるよう支援しています。外来受診にはご家族と協力しながら受診しています。往診の協力医については、系列の診療所が遠い為、昨年より近くの相模原東クリニックと提携し、看護師も同クリニックの訪問看護センターから来てもらっています。歯科は希望者があれば往診してもらえ体制となっています。医療保険でのマッサージもご家族の要望で来てもらっています。	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
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	変化のある時には24時間いつでも相談できるようになっており、適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院になった場合には、往診医に情報提供書を書いていただき、ホームからもサマリーを作成し、入院後も時々面会に行き情報交換を行い対応している。		
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	変化のある時には常に報告をし、医師を含め、話し合いの機会を設けているが、現状では医療連携はとっておらず、その前提で話を言い対応が難しくなったときに困らないように話し合いをしている。	変化のある時には常に報告をし、医師を含め、話し合いの機会を設けていますが、現状では医療連携をとっていないので、入所時に通過施設であることの説明や、終末期に向けた方針の説明を行い、本人にとって何が最良かを考え、施設等の選択についても相談するようにしています。特養などへの手続きについても最大限サポートしています。	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	急変時に備え、ホーム会議で勉強や都度話し合いを設け、個々に救命講習を受けるように促している。		
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	年に2回、消防署の指導のもと、避難訓練、防災訓練を行っている。	年に2回、消防署の指導の下、夜間想定も含めた避難訓練、防災訓練を実施しています。ご近所の協力については運営推進会議時に話し合い、自治会長及び近所経由で協力の検討は頂いていますが、取り決めは行っていません。備蓄については、3日分保有しており、同系列の町田、八王子のグループホーム、町田、日野の有料老人ホームとも連携が取れる体制となっています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	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	ゆったりとした声かけを心がけ、やわらかく、はっきりとした声にて、名字にさんづけ呼びかけている。名前でお呼びした方が安心する方については、話し合いを行いご家族に相談し許可をえるようにしている。	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よう、ゆったりとした声かけを心がけ、柔らかく、はっきりとした声で、名字にさんづけで呼びかけています。名前でお呼びした方が安心する方については、話し合いを行い、ご家族に相談し、許可を得てから実施するようにしています。利用者の尊厳のため、言葉遣いが子ども扱いにならないよう、自分の親がされて嫌なことはしないよう十分配慮しています。	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	散歩やレクリエーションなどの参加は選択できる課題を多く与え、声かけをし、自己決定していただく。		
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	日常会話の中に何をしたいのか、何を望んでいるのかを聞き出す工夫を取り時間作りをし、居室、リビング等でお好きな時にお好きな場所でくつろいで頂く。		
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	コミュニケーションを取りながら気候、気温を考慮し季節感のある服、着すぎや寒さに気をつけ、選択肢を与えながら洋服等一緒に選んで頂く。常に清潔に生活して頂けるよう心がけている。		
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	可能な方には野菜切、調理、盛り付け、下膳、食器拭き、テーブル拭き等一緒に行い誕生日には自身の好きな物を提供、出前やバイキング形式や庭で昼食会など工夫し食事、おやつを提供している。	お手伝いが可能な方には野菜切り、盛り付け、下膳、食器拭き、テーブル拭き等一緒に行い、誕生日には本人の好きな物を用意し、出前やバイキング形式、庭で昼食会を行う等、楽しめるよう工夫し、食事、おやつ提供に努めています。食材は業者に外注し、新しいメニュー、イベント（出前寿司など）の手伝いなどもあり、味も好評です。現在は、利用者のADLも軽く、外出も可能な状態にあり、食欲もあり、食事の後は小声で「美味しかった」と言ってくれます。	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	食材はカロリー計算されているメニューで摂取量は毎食チェックし摂取量、栄養バランスは食事量にて対応。1日1000～1500mlを目安にし、水分摂取表等活用し脱水にならないよう気をつけている。飲み込みの悪い方には刻むなどして対応している。		
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	毎食後、声かけにて実地（自立の方は後でチェック）出来ない方は介助し、就寝前は歯磨き、義歯洗浄（1晩つけるなど）を行い清潔を心がけている。		
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	ご自分で出来る方は、さりげなく見守りを行い、困難な方には1日の流れにて時間帯を定め、トイレ誘導を行い、しばらく座って頂き排泄を促す声かけを行う。排泄チェック表を活用。リハビリパンツなどをすぐに使用しないようにしている。	排泄について、自分で出来る方は、さりげなく見守りを行い、困難な方には1日の流れの中で時間帯を定め、トイレ誘導を行っています。また、排泄チェック表を活用し、気分を変えたり、トイレを気付かせない誘導や、柔らかいトーンでの声かけ誘導など、言葉のノウハウの蓄積で一人ひとりの個性に沿った対応に努めています。リハビリパンツなどをすぐに使用しないよう、介護対応に配慮しています。便秘に関しては、牛乳、野菜ジュースなどを利用し、自然な形で排泄を進め、駄目な場合は薬でコントロールしています。	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	朝10時のお茶の時間に牛乳を取り入れたり、水分強化、散歩や室内歩行などの軽い運動を行い、排便有無のチェック、マイナス日に応じて便秘薬の内服を行うなど対応している。		
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	嫌がる傾向のある方には無理やり強制的に入浴させることの無いよう、スタッフを代えたり、時間帯を調整したり対応を工夫する。季節の菖蒲湯、ゆず湯、温泉のもとを取り入れ気分を味わえるようにしている。	入浴は、なるべく本人の希望に副えるよう、時間帯は幅広く設けて調整し、庭で採取したゆずでゆず湯や、季節により菖蒲湯など取り入れ、気分を味わえるように工夫しています。原則、週2回、1日3人位の交代で支援し、体調、血圧を測ってから入浴しています。拒絶される方には、無理強いせず、声かけを工夫したり、スタッフを代えたり、部分湯なども交えて支援に努めています。足湯のついでに入浴を誘うこともあります。時には「花風呂」をして華やかな雰囲気と気分転換を提供する等、入浴の工夫をしています。	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
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	お好きな時間に休んでいただき、眠そうな時には声かけをして昼寝等の誘導し休息をとっていただく。昨夜の睡眠状態を把握し対応する。		
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	既往歴、現病歴を把握し、薬剤師にセットして頂き、安全に内服できるようにしている。生活の中で普段見られない言動、行動、身体全てのちょっとした変化を見極め、申し送り、医師に連携をとる。		
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	ボランティアの活用をしたり、様々なレクリエーションを行い好きなこと、得意なことを行って頂く。居室の掃除、洗濯物干し、たたむなど、個々にあった役割をして頂く。ドックセラピーとして入居者様ご家族やスタッフが飼っている犬を連れ来ていただき交流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	個々の脚力に応じた距離を基本的には毎日散歩。要望を聞き、季節を考慮し、計画を立てドライブ（梅、桜、あじさい、紅葉など）実地し季節を感じて頂くよう外出を心がけている。又ご家族をお誘いし交流できるようにしている	基本的には毎日、全員を半分づつに分けて、個々の脚力に応じた距離で散歩を支援しています。本人の要望を聞き、季節を考慮し、計画を立て、ドライブ（梅、桜、あじさい、紅葉など）を実施し、季節を感じて頂けるよう外出を心がけています。また、ご家族をお誘いし、交流の機会を設けています。車を保有しているので、北公園、津久井湖などにドライブに出かけています。	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	ご自分でお財布をお持ちの方もおり、希望に応じて定期的に付き添いにて買い物に行っている。品物の選択、値段等楽しみながらお金の価値観を感じて頂いている。		

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
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	電話の取り次ぎ、会話をはじめ希望に応じ対応している。携帯をお持ちの方もおり、自由に使用されている。ご家族には定期的に面会に来て頂き協力を得ている。		
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	毎月、係りを決め、又係りでないスタッフも入居者様と一緒に作り、季節折々の大型飾りつけ（花、風景）を工夫、又行事の写真展を展開し季節を感じて頂く。エアコン、空気清浄機、加湿用スプレーにて温度、湿度を調整している。	共用空間には、毎月、係りを決め、係りでないスタッフも入居者と一緒に作った季節折々の大型の飾り付け（花、風景）や、行事の写真、習字などの作品を展示し、季節感を味わえるよう工夫しています。エアコン、空気清浄機、加湿用スレーにて温度、湿度の調整に気を配り、快適に過ごせるよう配慮しています。写真はお便りにも付けてご家族に届けています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングにて2人がけ、3人がけのソファを用意しており、好きな所で過ごして頂きテレビ観戦、会話を楽しまれ、居室への行き来もあり、くつろいで頂いている。		
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	出来る限り今まで使用されていた馴染みの家具やベッドの利用を重視、好きなようにレイアウトして頂き、写真、習字の賞状、バースデイ寄せ書きを飾りをし、寛げる空間をご家族の協力を得て工夫している。	居室は、これまで使用されていた馴染みの家具やベッドをなるべく持ち込んでもらい、本人の好みにレイアウトし、写真や、誕生日の寄せ書きの飾りつけをする等、本人が安心して寛げる空間作りをご家族の協力を頂きながら工夫しています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	トイレの表示を大きく記入。出来ること、洗濯物干し、たたみ、お皿拭き、毎日、居室リビングのクイックルワイパーで清掃等していただいている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

木下の介護
グループホーム城山

作成日

2015年10月30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	5	介護未経験の職員が増えたので、身体拘束に対する理解と教育	身体拘束の理解	身体拘束廃止委員会を設置し、毎月研修を行う。	12か月
2	7	他事業所との交流が一部職員に限られている	全職員の他事業所との交流	他事業所との合同レク・職員のケア会を実施する。	12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	木下の介護 グループホーム城山
ユニット名	2 階

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	木下の介護 グループホーム城山としての理念を玄関に掲げ、ケアの方針は「ゆったり、のんびり、その人らしく」であり、職員のケアは「目配り、気配り、心配り」として毎日心がけている。		
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	自治会は特別会員となり、盆踊りや夏祭りに参加させて頂いている。またお囃子やお神輿、獅子舞などホームまで来てくれる。育成会のフリマ、資源回収、老人会の地域の体操・茶話会にも参加。近隣の方を招待しての花火大会の開催。散歩の時にご近所の方から野菜やお花を頂くこともある。		
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	地域会議、運営推進会議、レクリエーションに来ていただくなどでコミュニケーションを図り認知症の病気について理解していただけるようにしている。育成会のフリマでは入居者作成の作品を出品し一緒に参加している。		
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	出来る限り開催し、運営報告や行事報告を行い、相談や意見交換を行い、サービス向上につなげるように努めている。		
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取り組んでいる	疑問などや報告することなどある時には、市町村担当者に、密に連絡をとるようにしている。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	法人にて身体拘束のないケアに取り組みとして、マニュアルがあり、ホーム内でも身体拘束をしないように、カンファレンスや申し送り等で職員間で防止に努めている。身体拘束をしてはいけないことをホーム会議、又必要時伝えていくようにしている。		
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	高齢者虐待防止法についての資料等にて、職員間にて勉強し、虐待がおきてはいけないことを理解し、認知症の理解を深めるようにし、スタッフの介護疲れやストレスがおきないようにコミュニケーションを図り、ケアの質向上に努めている。		
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	権利擁護や成年後見人制度のパンフレットや説明会などの資料を事業所内に置き見れるようにしている。実際に必要なケースがある場合には相談やご案内をしている。		
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	契約時には、契約書、重要事項説明書等で時間をかけ読み合わせ説明し質問等ないか確認し同意を得ている。玄関に閲覧できるようにし、入居後も質問あれば都度説明している。		
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	年に2回家族会を行い、1人ずつ意見をお伺いしている。又定期的に新聞の発行をし、変化のある時には連絡し、変化のない時にも来訪時には声掛けを行い、意見をお伺いしスタッフへ伝え、皆で考えケアに反映させるようにしている。		

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	本部からは、定期的にホームに来てスタッフに声かけを行い、管理者は日々スタッフに声をかけ意見や提案を聞き、月に1回ホーム会議を行い意見を言える場を設け、反映させるようにしている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	本部からは、定期的にホームに来て、管理者やスタッフの状況の把握、又管理者は日々スタッフの職場環境などの把握に努め検討、改善を行っている。		
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	本部において、研修チームがあり社員について前期、後期と研修があり。又、管理者により毎月ホームミーティングや回覧等で勉強をおこなっている。年間計画を作成し全職員が研修項目を2か月かけ勉強・テストを行っている。		
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	地域の会議や運営推進会議などで他事業者と交流、意見交換を行い、サービスの質の向上に活かすようにしている。		
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	アセスメントだけでなく、ご本人やご家族様のご要望をお伺いし、言葉の裏にある感情や背景を情報収集、分析を行うように努めている。		

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	アセスメントだけでなく、ご本人やご家族様のご要望をお伺いし、言葉の裏にある感情や背景を情報収集、分析を行い、関係作りに努めている。		
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、ご家族と話し合い、いろいろなことをアセスメントしながら、ご本人が今求めているケアプランを作成し、提供できるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	人生の先輩と言う意識を持ち、その方の生活の継続性の観点から支援している。又、人生の経験上からの教えや技術は職員に教えていただく関係作りをしている。		
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	入居説明、家族会や個別相談、訪問時などに相談し、来訪時のコミュニケーションや外出、外食などでご家族しか出来ない精神面のケアなどの協力をいただき絆を大切にしている。		
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	ご家族の理解や協力に基づき、相談しご本人宅への帰宅、希望された場所への外出等、安全を第一に考え計画し支援している。		

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
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	個々の性格、地域性、疾患の状況や歴史等を踏まえ、関わりが出来るよう、スタッフが間に入ったり、食席を工夫したりし支援している。		
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	退去後についても、ケースに応じて、相談をお受けし、状況把握しフォローす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。	ご本人、ご家族の生活に関するご意向や希望をお伺いし、その希望に添えるように検討し支援している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前、入居後と状況に応じて聞き取りを行っている。本人だけでなく、ご家族からも聞き取りを行い、入居前の事業所に確認や連携を行い把握に努めている。		
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	日々の生活を毎日記録し、状況変化、心身の把握に努め残存機能を活かした支援に努めている。		

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	ご本人、ご家族のご意向をお伺いし、毎月ケアカンファレンスを開催。計画書を作成し、本人もしくはご家族に説明し同意を得ている。		
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	日々の生活を毎日個人記録に記録し、状況変化、心身の把握に努め、日誌や連絡ノートも活用し実践やケア計画に活かしている。		
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	変化に応じたニーズに対応できるよう、往診、歯科、マッサージなども取り入れ、グループ内の展開しているサービスなど多機能に対応できるように取り組んでいる。		
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	入居前の支えられていた地域資源の協力、又地域のボランティア（習字、傾聴、フラダンス）に来て頂き楽しんでいただけるようにしている。		
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	入居前の受診先と、協力医の説明を行い、自由に選択していただき、適切な医療を受けられるよう支援している。外来受診にはご家族と協力しながら受診している。		

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	変化のある時には24時間いつでも相談できるようになっており、適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院になった場合には、往診医に情報提供書を書いていただき、ホームからもサマリーを作成し、入院後も時々面会に行き情報交換を行い対応している。		
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	変化のある時には常に報告をし、医師を含め、話し合いの機会を設けているが、現状では医療連携はとっておらず、その前提で話を行い対応が難しくなったときに困らないように話し合いをしている。		
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	急変時に備え、ホーム会議で勉強や都度話し合いを設け、個々に救命講習を受けるように促している。		
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	年に2回、消防署の指導のもと、避難訓練、防災訓練を行っている。		

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	ゆったりとした声かけを心がけ、やわらかく、はっきりした声にて、名字にさんづけ呼びかけている。名前でお呼びした方が安心する方については、話し合いを行いご家族に相談し許可をえるようにしている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	散歩やレクリエーションなどの参加は選択できる課題を多く与え、声かけをし、自己決定していただく。		
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	日常会話の中に何をしたいのか、何を望んでいるのかを聞き出す工夫を取り時間作りをし、居室、リビング等でお好きな時にお好きな場所でくつろいで頂く。		
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	コミュニケーションを取りながら気候、気温を考慮し季節感のある服、着すぎや寒さに気をつけ、選択肢を与えながら洋服等一緒に選んで頂く。常に清潔に生活して頂けるよう心がけている。		
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	可能な方には野菜切、盛り付け、下膳、食器拭き、テーブル拭き等一緒に行い誕生日には自身の好きな物を提供、出前やバイキング形式や庭で昼食会など工夫し食事、おやつを提供している。		

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	食材はカロリー計算されているメニューで摂取量は毎食チェックし摂取量、栄養バランスは食事量にて対応。1日1000～1500mlを目安にし、水分摂取表等活用し脱水にならないよう気をつけている。飲み込みの悪い方には刻むなどして対応している。		
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、声かけにて実地（自立の方は後でチェック）出来ない方は介助し、就寝前は歯磨き、義歯洗浄（1晩つけるなど）を行い清潔を心がけている。		
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	ご自分で出来る方は、さりげなく見守りを行い、困難な方には1日の流れにて時間帯を定め、トイレ誘導を行い、しばらく座って頂き排泄を促す声かけを行う。排泄チェック表を活用。リハビリパンツなどをすぐに使用しないようにしている。		
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	朝10時のお茶の時間に牛乳を取り入れたり、水分強化、散歩や室内歩行などの軽い運動を行い、排便有無のチェック、マイナス日に応じて便秘薬の内服を行うなど対応している。		
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	嫌がる傾向のある方には無理やり強制的に入浴させることの無いよう、スタッフを代えたり、時間帯を調整したり対応を工夫する。季節の菖蒲湯、ゆず湯、温泉のもとを取り入れ気分を味わえるようにしている。		

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
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	お好きな時間に休んでいただき、眠そうな時には声かけをして昼寝等の誘導し休息をとっていただく。昨夜の睡眠状態を把握し対応する。		
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	既往歴、現病歴を把握し、薬剤師にセットして頂き、安全に内服できるようにしている。生活の中で普段見られない言動、行動、身体全てのちょっとした変化を見極め、申し送り、医師に連携をとる。		
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	ボランティアの活用をしたり、様々なレクリエーションを行い好きなこと、得意なことを行って頂く。居室の掃除（モップがけ）洗濯物干し、たたむなど、個々にあった役割をして頂く。ドックセラピーとして入居者様ご家族やスタッフが飼っている犬を連れ来ていただき交流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	個々の脚力に応じた距離を基本的には毎日散歩。要望を聞き、季節を考慮し、計画を立てドライブ（梅、桜、あじさい、紅葉など）実地し季節を感じて頂くよう外出を心がけている。又ご家族をお誘いし交流できるようにしている		
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	ご自分でお財布をお持ちの方もおり、希望に応じて定期的に付き添いにて買い物に行っている。品物の選択、値段等楽しみながらお金の価値観を感じて頂いている。		

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
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	電話の取り次ぎ、会話をはじめ希望に応じ対応している。携帯をお持ちの方もおり、自由に使用されている。ご家族には定期的に面会に来て頂き協力をえている。		
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	毎月、係りを決め、又係りでないスタッフも入居者様と一緒に作り、季節折々の大型飾りつけ（花、風景）を工夫、又行事の写真展を展開し季節を感じて頂く。エアコン、空気清浄機、加湿用スプレーにて温度、湿度を調整している。		
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	リビングにて2人がけ、3人がけのソファを用意しており、好きな所で過ごして頂きテレビ観戦、会話を楽しまれ、居室への行き来もあり、くつろいで頂いている。		
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	出来る限り今まで使用されていた馴染みの家具やベットの利用を重視、好きなようにレイアウトして頂き、写真、習字の賞状、バースデイ寄せ書きを飾りをし、寛げる空間をご家族の協力を得て工夫している。		
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	トイレの表示を大きく記入。出来ること、洗濯物干し、たたみ、お皿拭き、毎日、居室リビングのクイックルワイパーで清掃等していただいている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

木下の介護
グループホーム城山

作成日

2015年10月30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	5	介護未経験の職員が増えたので、身体拘束に対する理解と教育	身体拘束の理解	身体拘束廃止委員会を設置し、毎月研修を行う。	12か月
2	7	他事業所との交流が一部職員に限られている	全職員の他事業所との交流	他事業所との合同レク・職員のケア会を実施する。	12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。