

<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	1473400313
法人名	社会福祉法人誠幸会
事業所名	グループホーム泉の郷本郷
訪問調査日	平成25年3月14日
評価確定日	平成25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	1473400313	事業の開始年月日	平成15年10月1日	
		指定年月日	平成15年10月1日	
法人名	社会福祉法人誠幸会			
事業所名	グループホーム泉の郷本郷			
所在地	(246-0015)			
	横浜市瀬谷区本郷1-55-1			
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	27名	
		ユニット数	3ユニット	
自己評価作成日	平成24年10月1日	評価結果 市町村受理日	平成25年7月15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)】

今年度の法人の目標である「日々革新」の言葉を当事業所に5月から取り入れています。具体的な実践として4種の委員会を立ち上げて活動中です。1、防災委員 2、レク委員 3、メニュー委員 4、環境整備委員 何れも職員が全員参加しており 委員会に属している事で責任感を持ち、個々の能力を生かすことで入居者のより良い安心した生活を支援する事に努めています。

【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3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成25年3月31日	評価機関 評価決定日	平成25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)】

●グループホーム泉の郷本郷はケアプラザ・デイ・訪問介護・ケアホーム・グループホーム・保育園など多くの福祉関連事業を運営する社会福祉法人誠幸会が母体の、グループホームの中の1つである●相鉄線瀬谷駅よりバスで最寄りバス停本郷原から徒歩5分の閑静な住宅街に軽量鉄骨作り、2階建ての3ユニット構成のホームである●理念は「利用者ニーズに合った質の高いサービスと満足の提供、感謝の返礼」と謳った、法人理念を踏襲して地域と共に暮らし、近隣の方々から感謝の返礼が頂ける取り組みを利用者支援として日々取り組んでいる。●その地域との付き合いは、ユニット毎に自治会員として加入して、毎回役員会やお祭り、盆おどり、敬老の集い、触合い文化祭など諸行事に参加し、又、ホームが行なう納涼祭・内覧会には近隣の方々を招いて地域交流が図られている。さらに小学校との交流でも、恒例として訪問を受け入れ、利用者の楽しみ事と成って顔見知りの関係が築かれている。又、地域ケアプラザ、民生委員(元入居者家族)とも、情報の交換、イベントへの参加で色々相談できる関係が出来ていて、ご近所の方々から笑顔の返礼を頂き日常的な交流が行われている。●職員資質向上では、管理者の現状に留まる事無く、技術力の向上と均一化を図りたいとの強い思いで、マニュアルの見直しに加え、日々のOJTと、内・外研修などでも研鑽し、更に、24年度から防災・レク・メニュー・環境整備など委員会を立ち上げ、全職員が何れかの委員会に属する事で責任感を持ち、個々の資質向上を図り 入居者のより良い安心した生活を支援する事に努めている。ことに防災委員会では、毎月会議を開催して、防災マニュアル、避難訓練のプログラムを作り夜間を想定した年2回の避難訓練も行っている。また、スプリンクラーは設置済みで、非常時備蓄も行ない、ホーム敷地内に『街角消火栓』を設置する事で、地域の方々の訓練参加に加え、非常時には炊き出しを行いたいとの申し出も頂いている。

【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	グループホーム泉の郷本郷
ユニット名	あやめ

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	当グループホームは自治会の会員であり 毎回役員会、その他の互いの行事に参加し 顔見知りの関係作りに努め 安心した町づくりに協力体制をとっている。特に理念の中の「感謝の返礼」については、入居者、近隣の方々からいただけるよう 職員一同努めている。	法人の理念「利用者のニーズに合った質の高いサービスと満足の提供、感謝の返礼」を事業所（GH泉の郷本郷）の理念として踏襲していて、地域に暮らし安心した町づくりに協力し、近隣の方々からの支援に感謝すると共に、ホームとして利用者や地域の方々から感謝が頂ける様管理者をはじめ全職員で、理念を理解共有して実践に努めている。	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、地域ケアプラザのイベントあるごとに参加して 顔見知りの関係作りを 積極的に行っている。又民生委員とも常に情報交換行い、相談できる関係作りが出来ている。	ユニットごとに自治会員として加入しており、毎回役員会やお祭り、盆おどり、敬老のつどい、ふれあい文化祭など諸行事に参加し、ホームが行なう納涼祭・内覧会には近隣の方を招待して地域交流を図っている。更に、近くの小学校との交流では、利用者の楽しみ事となって顔見知りの関係を築いている。又地域ケアプラザ、地区民生委員（元入居者家族の関係で密なる関係がある）とも情報の交換、イベントへの参加で色々相談できる関係作りが出来ている。	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	はいかいネットワーク、子供110番に登録している。地域運営推進会議の中でも 認知症の理解について深めている。		
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	運営推進会議では 毎回テーマを決めて現在行っている取り組みを説明しご意見を頂いている。ご理解いただく中地域のイベントへの参加回数が多くなり入居者の外出回数が増えたこと、又防災マニュアル作りにもご協力いただいている。	運営推進会議は自治会長、民生委員、包括支援センター、子ども会役員、住民代表として大家さん、家族代表、ホーム管理者、職員のメンバーで開かれ、ホームの活動状況・行事計画などを報告し、参加者から意見・要望を頂き、検討の上サービス向上に活かすようにして結果を議事録にし参加者に配布している。（4回/年実施）	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	区開催の研修に出来る限り参加する努力をしている。特に防災関係は今後必要と考えている。運営推進会議の議事録は必ず提出している。	瀬谷区とは研修の案内等で協力関係が出来ていて、必ず何人かの職員が出席している。包括支援センターは、同法人が指定管理者であり、運営推進会議にも出席してもらっており、関係は密である。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は法人の方針として行なっていない。当GHでも全職員が理解した上で梗塞のないケアを行なっている。玄関の施錠は夜間帯の防犯のために行なっている。	重要事項説明書及びホーム運営の方針と運営既定7条4、契約書7条3に暴力や虐待及び身体的精神的拘束は一切しないと謳って、法人として身体拘束に関する研修も行い、各職員が拘束行為とそのデメリットも理解していて、ホームでは一切、身体拘束は行っていない。玄関は各ユニット別々に外向きにあるが、各ユニットとも見守りの徹底で、鍵をかけていない。言葉遣いでも、親しみと尊敬、敬いの気持ちを持って利用者のプライドを傷つけないよう配慮している。また、職員間にお互いに注意し合える体制が出来て居る。	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	法人の会議や当ホームの会議で虐待のテーマを取り上げ 防止への意識付けを行なっている。		
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	現状では特別な時間で学ぶ事は少ないが、利用者の中に成年後見人制度を活用している。今後も増えつつある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に沿いながら 時間をかけて説明している。		
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	利用者、ご家族からの意見は管理者、ユニットリーダー 本部の上司にも伝え 運営推進会議、ケアプランなどに反映させている。	重要事項説明書9・契約書21条に苦情受付の窓口とその対応について記し、入居時に説明をしている。ご家族の来訪時には、管理者、ユニットリーダー、担当者からホームでの暮らしぶりを伝え、意見、要望も聴いている。得た意見等は管理者、ユニットリーダーを中心に真摯に受け止め、その後の運営、ケアに反映させるよう努めている。	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	日々の業務、リーダー会議で意見交換と、年1回の施設長宛の自己申告書で主張できる。又希望すれば施設長との面談も可能。	日々の申し送り時や、ユニットリーダー会議で職員間の気付きや意見を提案して貰っている。また、年1回、自己申告書を施設長に提出し、面接が実施されている。また、事業所には意見箱が置かれ、経営陣に意見具申ができる体制もあり、意思疎通は良好で運営にも反映されている。	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	年1回の法人の評価と 年2回の賞与に対する評価で個々の努力、実績を査定している。収入面以外でも職員の意見を職場環境に反映させている。		
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	参加必須の医務研修や 毎月の内部研修がある。その他市、区主催の研修、また職員の希望する研修に参加も出来る。		
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	瀬谷地域密着型サービス事業所連絡会、瀬谷ケアマネット等、他事業所との交流の機会がある。		
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	事前面接時、又は入居時にお話の中からご意見、要望を伺い安心した生活を確保できる関係を築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	アセスメント票を基にサービスを開始するが、環境が違う事から新たな課題が出来ることで、ご家族との連絡が密になり信頼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	事前面接や入居時に意見や要望を伺いながら必要としている支援を見極めている。		
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	掃除の時間は職員と共同で 各入居者の皆さんも自室、リビング等の掃除を行っている。又レクなどを通じて一体感を感じる事ができている。		
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	アセスメントにはないこと、又新しい問題点などが発現したときは 問題解決に向けて ご家族と相談をしている。		
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	いつでも面会者を受け入れています。入所前から通っている接骨医院は引き続き週2回通院、針の出張往診 夫の週1回の面会 週2回の家族からの定期電話 遠距離の法事出席などの支援を行っている。	これまでの本人との馴染みの場所や人間関係は日ごろの会話や生活暦などで把握して思いに添えるよう支援に努めている。手紙や電話の取り次ぎに加え、知人の面会では本人や家族の意向を確認して支援をしている。又、馴染みの場所訪問ではご家族との協力で遠距離の法事などが実現している。	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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	リビングで過ごす時間を大切にし 問題があれば席を変更し 関係を見守りながら気持ちよく生活が出来る支援をしている。		
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	契約終了後 他施設、又は病院に移られた場合など ご家族の了解を得て面会し ご家族との連絡を続行しているケースもある。		
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。	契約時からご家族と相談して ご本人の暮らしやすい環境となるよう努めている。 又飲酒、喫煙についてはご本人の希望を聞きながら 一定のルール内で楽しんでいただいている。	意思表示が出来る入居者には日ごろの会話から聞き出し、難しい方は表情や行動と生活歴情報から推し量り、嗜好（酒、煙草）外出などの思いを把握し、本人本位にケアプランに組み入れ支援をしている。	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	事前面接時の聞き取り、アセスメントを参考に生活歴を把握に努めている。又入所後も 新たな課題が発生した時は、以前担当のケアマネと連絡相談している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居者全員の毎日の過ごし方の記録を残している。又職員の申し送りで周知に努めている。		

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	入所後の最初のケアプランは期限を2ヶ月として様子を見ているが、随時新たな課題についてはカンファレンスで方向性を決めている。その中にはご家族との話し合い ご希望を取り入れ 新たなプランを作成している。	暫定計画で約2ヶ月様子を見て、計画の見直しは基本的には6ヶ月サイクルで行ない、変化が見られた場合は都度見直しをしている。計画がその人に適したものである為、職員が日々の観察結果を踏まえて意見を述べ合っ、家族の意見も加え計画作成担当者との話し合いでその人に残された力が発揮できる新たなプランを作成して、モニタリングは日々の記録を1ヵ月毎のカンファレンス時のチェックで行なわれている。	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	毎日のケース記録に ケアプランが活かされているか 実践しているか #1～3 を設けて情報を共有している。		
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	基本は3ユニット内でのケアが多いが、緊急時、又は入居者の状況に応じてユニットの枠を超えホーム全体で対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ケアプラザの活用、ボランティアによる訪問、自治会のイベントの参加、地域の移送サービスを使っての外出等 必要に応じて支援できるように努めている。		
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	入所時ご家族の了解を得て法人と提携している診療所から月2回の内科の往診を受けている。他法人から週1回ナースの訪問。精神科医の月1回の往診。希望者のみの歯科医の往診。その他必要に応じて受診をしている。	基本的には「本人や家族の意見を尊重して希望の医療機関を決める。」として1名は個人かかりつけ医を選択しているが、協力医療機関中希望が丘診療所（内科・心療内科）の月2回、南新宿診療所（精神科）の月1回の往診に加え、週1回の訪問看護師によるサポート、更には提携医の休日や夜間の緊急時対応もあり協力医療機関の受診に切り替え、適切な医療支援が行なわれている。	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回の訪問看護師により適切な指示を受けている。その為連絡表を作成し 正しい情報の共有をおこなっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	主治医からの紹介状を持って受診、入院の体制の連携に努めている。又入院先に早めの介護サマリ提出出来るように努めている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	体調の変化をきっかけに 早い段階からご家族に提案させていただき、今後の方向性を相談している。地域との連携として今後は地域ケアプラザとの連携を考えている。	ホームは看取り介護は行なわない方針を採っていることを入居時に説明をしている。重度化の兆候に合わせ主治医と家族、管理者も加わり、家族の納得が得られる話し合いを行って、支援区分の変更などを行ない、同時に特養への申し込み等も薦め支援をしている。今後は状況に応じて看取り介護の実施も視野に入れて検討したいとされている。	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	定期的な内部研修の中で 心肺蘇生、感染症対策等の指導を受けている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の避難訓練を行っている。24年度から防災委員を立ち上げ 防災マニュアルの作成、避難訓練のプログラム作りを主に毎月会議を開催している。又『街角消火栓』の設置と共に避難訓練時は必ず自治会にご協力いただいている。	24年度から防災委員会を立ち上げ、毎月会議を開催している。防災マニュアルの作成、避難訓練のプログラム作り、さまざまな災害を想定し、災害時通報連絡網の整備に加え、夜間を想定した年2回の避難訓練も行っている。また、スプリンクラーは設置済みで、非常時に備え、食料・飲料水・備品の備蓄もしている。ホーム敷地内に『街角消火栓』を設置する事で、訓練時には地域の方々の協力も頂き、また、非常時には炊き出しを行なうとの申し出も頂いている。	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	入居者の居る場面では、職員同士の会話の仕事上の会話の中には個人名を言わずイニシャルで伝えている。又個々の性格、生活歴を理解しプライドを傷つけない会話を心がけている。	プライバシー面では「親しみの中にも丁寧さをもって接する」事を全職員で心がけて取り組んでいる。個人情報の取り扱いと守秘義務、加えてプライバシーに関しても研修で周知し、入居者の意思、人格を尊重した支援を全職員で心がけ、日々の会話やサービス提供を通じて利用者の人格を尊重した話しかけと呼びかけで支援を行っている。トイレ誘導もさり気なく行われている事が確認できた。	今後の継続
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人が答えを選ぶように超え掛け、会話を工夫している。		
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	生活歴からご本人のペースを確認して 会話の中から 希望される事、拒否したい事などを知り その人らしさで暮らせるよう支援に努めている。		
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	毎月の訪問理容で希望に応じた髪型、又顔エステなど理容できるように支援している。その他、その日の洋服を選んでいただく、化粧水、ヘアトニック、化粧などが引き続き出来るように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	皆さんで調理が出来るメニューを時々盛り込み以前から行っていたことを忘れずに再現できるよう努めている。又食器、テーブル、お盆等を拭いていただいている。 食事が楽しめるよう24年度から「メニュー委員」を立ち上げ 食事が楽しめるよう支援している。	手伝える人の下拵えや下膳、食器洗いテーブル拭き等を手伝ってもらっている。メニュー委員が皆んで調理が出来るメニューも時折り盛り込み、献立計画を作成して、週3回食材調達を行い、職員と入居者で刻み・ミキサー食も含め、調理している。職員も同じテーブルに付き、入居者に合わせたペースで楽しく談笑しながら食事が行われている。誕生日にはケーキで祝い、月1回の出前では利用者の希望受け、楽しめる食事の工夫で支援がされている。	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、水分量の確認は3食行っている。又食べる方、体調、嚥下状態に合わせ食事作りを行っている。ご家族にも報告をしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後個別に口腔ケアを行っている。必要に応じて歯科医との連携をとっている。		
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	リハパン使用を常時と決め付けず 状況の変化によっては 布パンツに変更を常に意識したケアを行っている。またその肩の習慣、行動を観察しながらトイレで排泄できるよう支援している。	リハパン使用を常時と決め付けず「排泄チェック表」で一人ひとりのパターンを把握して、時間を見計らってのトイレ誘導で自立排泄を促し、さらに失敗の場合でも他の人に気付かれない下着交換など適切な支援でオムツの使用量を減らす工夫が行われている。	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	主治医、看護師と相談しながら なるべく薬に頼らず、運動、センナ茶、青汁、乳製品 腹部マッサージなどで対応している。		
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	定期的な入浴が出来るよう 声掛けで入浴をしていただいているが、毎日希望の方、拒否される方には希望に沿っているが、拒否の方には理由を聞き無理せず清拭、足浴などで対応している。	入浴には、身体観察、体調変化の把握などの重要な役割も有るので、バイタルチェックと共に無理強いする事はないが、意向を聞いて一人一人の希望の時間に合わせ、週2～3回の入浴が出来る支援を行っている。拒否の時は再度の声かけや清拭等で対応している。また、季節には菖蒲湯や柚子湯などで楽しめる工夫もして支援をしている。毎日足浴を行なう方もいる。	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	昼食後はそれぞれ居室で休まれたり、リビングで過ごされたり ユニットで違いはあるものの個々のペースで過ごされている。		
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	薬用説明書は常時開示して職員が確認できるよう、又家族にも閲覧できるようにしている。症状の変化に気づきがあれば 主治医に連絡できる体制をとっている。		
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	家事仕事（洗濯干し たたみ、食器拭き モップ拭き ）等以前行っていたことを 入居者に 応じてお願いしている。レクリエーションは随時行っているが、季節に応じて外出や外食の時間を作っている。		
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	家族との外出、近隣の散歩、地域の行事への参加、地域ケアプラザの行事等は常に 行っている。又希望があれば個別で外食、買い物に行く事が出来るように努めている。	家族との外出、近隣の散歩、地域ケアプラザの行事等には常に参加している。又希望があれば個別でドライブ、外食、買い物等希望に沿えるよう支援している。付近には散歩に適した場所が沢山あり、天気の良い日は毎日散歩をしている。	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	金銭は主に管理者、事務員が管理しており入居者の希望で買い物や 外食時に使用するが 本人が金銭を所持する事は殆どない。		

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
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	ご本人の希望でいつでもご家族、知人に連絡できる。又携帯を所持している入居者もいる。		
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	照明の工夫で活動、休息のメリハリをつけている。三食の食事時間により音楽を変えたり、ラジオに切り替えたりと季節感、時代感を工夫している。又イベントの思い出写真や 手作り作品を壁に掲示している。	全てに掃除が行き届き、異音、異臭なども無く、食堂兼居間には空調管理も施され、音楽を変えたり、ラジオに切り替えたりして寛げるよう工夫している。照明は、活動と休息のメリハリをつけて調整し、入居者に居心地良く過ごせるよう配慮し、リビングには四季折々の入居者が作った作品に加え、暮らし振りが分かるスナップ写真も貼られ、家族の来訪時に話題作りとして利用されるなど、和やかな空間作りがされている。	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	食卓、リビングのソファ、玄関脇の椅子などで自由に過ごされている。食卓の配置も工夫し個々の時間が楽しめるように努めている。又気の合う入居者同士居室で過ごされる事もある。		
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	入居時ご家族と相談して慣れ親しんだダンス、鏡台、テーブル、仏壇など配置に気を使って配置している。又季節の花の造花を飾られている居室もある。	入居者の部屋にはクローゼットとエアコン・防炎カーテンが備品で設置されているが使い慣れた思い出の品の鏡や、椅子、ベット、仏壇、家族写真、ぬいぐるみ、等思い思いに持ち込まれていて、その人の思いの設えで生活拠点が作られている。	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	建物内部は手すりの設置、シャワーチェアや滑り止めマットを使用。洗剤や消毒液等は目に触れないように配慮している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム泉の郷本郷

作成日

平成25年 3月14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	1	入居者ができる事を職員が行ってしまう。結果的に機能低下へとつながり、職員主体のケアになる可能性が出てきている。	入居者が今までの生活を継続でき その人らしいホームの暮らしが出来ている。	1、入居者の生活歴も中でも生活習慣を知る。 2、ホームの中のできる事を見つけ再現できるようにプランをたてる。	1 2 ヶ月
2	2	重度化しているユニットで、夜間50回を越えるトイレ介助があり、その間転倒などの事故の危険性の心配と 職員の疲労が増している。	各入居者が安眠できる環境、体調が整えられる事で トイレ回数が少なくなり 事故の危険度が少なくなっている。	1、入居者の身体状況を医師、又は看護師と相談する。 2、昼夜逆転のサイクルにならないよう日中の過ごし方、水分の摂り方等をチームで探っていく。	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	グループホーム泉の郷本郷
ユニット名	れんげ

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	当グループホームは自治会の会員であり 毎回役員会、その他の互いの行事に参加し 顔見知りの関係作りに努め 安心した町づくりに協力体制をとっている。特に理念の中の「感謝の返礼」については、入居者、近隣の方々からいただけるよう 職員一同努めている。		
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、地域ケアプラザのイベントあるごとに参加して 顔見知りの関係作りを 積極的に行っている。又民生委員とも常に情報交換を行い、相談できる関係作りが出来ている。		
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	はいかいネットワーク、子供110番に登録している。地域運営推進会議の中でも 認知症の理解について深めている。		
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	運営推進会議では 毎回テーマを決めて現在行っている取り組みを説明しご意見を頂いている。ご理解いただく中地域のイベントへの参加回数が多くなり入居者の外出回数が増えたこと、又防災マニュアル作りにもご協力いただいている。		
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	区開催の研修に出来る限り参加する努力をしている。特に防災関係は今後必要と考えている。運営推進会議の議事録は必ず提出している。		

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	身体拘束は法人の方針として行なっていない。当GHでも全職員が理解した上で梗塞のないケアを行なっている。玄関の施錠は夜間帯の防犯のために行なっている。		
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	法人の会議や当ホームの会議で虐待のテーマを取り上げ 防止への意識付けを行なっている。		
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	現状では特別な時間で学ぶ事は少ないが、利用者の中に成年後見人制度を活用している。今後も増えつつある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に沿いながら 時間をかけて説明している。		
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	利用者、ご家族からの意見は管理者、ユニットリーダー 本部の上司にも伝え 運営推進会議、ケアプランなどに反映させている。		

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	日々の業務、リーダー会議で意見交換と、年1回の施設長宛の自己申告書で主張できる。又希望すれば施設長との面談も可能。		
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	年1回の法人の評価と 年2回の賞与に対する評価で個々の努力、実績を査定している。収入面以外でも職員の意見を職場環境に反映させている。		
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	参加必須の医務研修や 毎月の内部研修がある。その他市、区主催の研修、また職員の希望する研修に参加も出来る。		
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	瀬谷地域密着型サービス事業所連絡会、瀬谷ケアネット等、他事業所との交流の機会がある。		
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	事前面接時、又は入居時にお話の中からお意見、要望を伺い安心した生活を確保できる関係を築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	アセスメント票を基にサービスを開始するが、環境が違う事から新たな課題が出来ることで、ご家族との連絡が密になり信頼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	事前面接や入居時に意見や要望を伺いながら必要としている支援を見極めている。		
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	掃除の時間は職員と共同で 各入居者の皆さんも自室、リビング等の掃除を行っている。又レクなどを通じて一体感を感じる事ができている。		
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	アセスメントにはないこと、又新しい問題点などが発現したときは 問題解決に向けて ご家族と相談をしている。		
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	いつでも面会者を受け入れています。入所前から通っている接骨医院は引き続き週2回通院、針の出張往診 夫の週1回の面会 週2回の家族からの定期電話 遠距離の法事出席などの支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	リビングで過ごす時間を大切にし、問題があれば席を変更し、関係を見守りながら気持ちよく生活出来る支援をしている。		
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	契約終了後、他施設、又は病院に移られた場合など、ご家族の了解を得て面会し、ご家族との連絡を続行しているケースもある。		
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。	契約時からご家族と相談して、ご本人の暮らしやすい環境となるよう努めている。又飲酒、喫煙についてはご本人の希望を聞きながら、一定のルール内で楽しんでいただいている。		
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	事前面接時の聞き取り、アセスメントを参考に生活歴を把握に努めている。又入所後も、新たな課題が発生した時は、以前担当のケアマネと連絡相談している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居者全員の毎日の過ごし方の記録を残している。又職員の申し送りでも周知に努めている。		

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	入所後の最初のケアプランは期限を2ヶ月として様子を見ているが、随時新たな課題についてはカンファレンスで方向性を決めている。その中にはご家族との話し合い ご希望を取り入れ 新たなプランを作成している。		
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	毎日のケース記録に ケアプランが活かされているか 実践しているか #1～3 を設けて情報を共有している。		
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	基本は3ユニット内でのケアが多いが、緊急時、又は入居者の状況に応じてユニットの枠を超えホーム全体で対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ケアプラザの活用、ボランティアによる訪問、自治会のイベントの参加、地域の移送サービスを使っての外出等 必要に応じて支援できるように努めている。		
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	入所時ご家族の了解を得て法人と提携している診療所から月2回の内科の往診を受けている。他法人から週1回ナースの訪問。精神科医の月1回の往診。希望者のみの歯科医の往診。その他必要に応じて受診をしている。		

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
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回の訪問看護師により適切な指示を受けている。その為連絡表を作成し正しい情報の共有をおこなっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	主治医からの紹介状を持って受診、入院の体制の連携に努めている。又入院先に早めの介護サマリ提出出来るように努めている。		
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	体調の変化をきっかけに 早い段階からご家族に提案させていただき、今後の方向性を相談している。地域との連携として今後は地域ケアプラザとの連携を考えている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	定期的な内部研修の中で 心肺蘇生、感染症対策等の指導を受けている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の避難訓練を行っている。24年度から防災委員を立ち上げ 防災マニュアルの作成、避難訓練のプログラム作りを主に毎月会議を開催している。又『街角消火栓』の設置と共に避難訓練時は必ず自治会にご協力いただいている。		

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
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	入居者の居る場面では、職員同士の会話の仕事上の会話の中には個人名を言わずイニシャルで伝えている。又個々の性格、生活歴を理解しプライドを傷つけない会話を心がけている。		
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	ご本人が答えを選ぶように超え掛け、会話を工夫している。		
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	生活歴からご本人のペースを確認して 会話の中から 希望される事、拒否したい事などを知り その人らしさで暮らせるよう支援に努めている。		
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	毎月の訪問理容で希望に応じた髪型、又顔エステなど理容できるように支援している。その他、その日の洋服を選んでいただく、化粧水、ヘアトニック、化粧などが引き続き出来るように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	皆さんで調理が出来るメニューを時々盛り込み以前から行っていたことを忘れずに再現できるよう努めている。又食器、テーブル、お盆等を拭いていただいている。 食事が楽しめるよう24年度から「メニュー委員」を立ち上げ 食事が楽しめ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
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、水分量の確認は3食行っている。又食べ方、体調、嚥下状態に合わせて食事作りを行っている。ご家族にも報告をしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後個別に口腔ケアを行っている。必要に応じて歯科医との連携をとっている・		
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	リハパン使用を常時と決め付けず 状況の変化によっては 布パンツに変更を常に意識したケアを行っている。またその肩の習慣、行動を観察しながらトイレで排泄できるよう支援している。		
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	主治医、看護師と相談しながら なるべく薬に頼らず、運動、センナ茶、青汁、乳製品 腹部マッサージなどで対応している。		
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	定期的な入浴が出来るよう 声掛けで入浴をいただいているが、毎日希望の方、拒否される方には希望に沿っているが、拒否の方には理由を聞き無理せず清拭、足浴などで対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	昼食後はそれぞれ居室で休まれたり、リビングで過ごされたり ユニットで違いはあるものの個々のペースで過ごされている。		
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	薬用説明書は常時開示して職員が確認できるよう、又家族にも閲覧できるようにしている。症状の変化に気づきがあれば 主治医に連絡できる体制をとっている。		
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	家事仕事（洗濯干し たたみ、食器拭き モップ拭き）等以前行っていたことを 入居者に応じてお願いしている。レクリエーションは随時行っているが、季節に応じて外出や外食の時間を作っている。		
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	家族との外出、近隣の散歩、地域の行事への参加、地域ケアプラザの行事等は常に 行っている。又希望があれば個別で外食、買い物に行く事が出来るように努めている。		
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	金銭は主に管理者、事務員が管理しており入居者の希望で買い物や 外食時に使用するが 本人が金銭を所持する事は殆どない。		

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	
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	ご本人の希望でいつでもご家族、知人に連絡できる。又携帯を所持している入居者もいる。			
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	照明の工夫で活動、休息のメリハリをつけている。三食の食事時間により音楽を変えたり、ラジオに切り替えたりと季節感、時代感を工夫している。又イベントの思い出写真や 手作り作品を壁に掲示している。			
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	食卓、リビングのソファ、玄関脇の椅子などで自由に過ごされている。食卓の配置も工夫し個々の時間が楽しめるように努めている。又気の合う入居者同士居室で過ごされる事もある。			
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	入居時ご家族と相談して慣れ親しんだダンス、鏡台、テーブル、仏壇など配置に気を使って配置している。又季節の花の造花を飾られている居室もある。			
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	建物内部は手すりの設置、シャワーチェアや滑り止めマットを使用。洗剤や消毒液等は目に触れないように配慮している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム泉の郷本郷

作成日

平成25年 3月14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	1	入居者ができる事を職員が行ってしまう。結果的に機能低下へとつながり、職員主体のケアになる可能性が出てきている。	入居者が今までの生活を継続でき その人らしいホームの暮らしが出来ている。	1、入居者の生活歴も中でも生活習慣を知る。 2、ホームの中のできる事を見つけ再現できるようにプランをたてる。	1 2 ヶ月
2	2	重度化しているユニットで、夜間50回を越えるトイレ介助があり、その間転倒などの事故の危険性の心配と 職員の疲労が増している。	各入居者が安眠できる環境、体調が整えられる事で トイレ回数が少なくなり 事故の危険度が少なくなっている。	1、入居者の身体状況を医師、又は看護師と相談する。 2、昼夜逆転のサイクルにならないよう日中の過ごし方、水分の摂り方等をチームで探っていく。	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	グループホーム泉の郷本郷
ユニット名	すみれ

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	当グループホームは自治会の会員であり 毎回役員会、その他の互いの行事に参加し 顔見知りの関係作りに努め 安心した町づくりに協力体制をとっている。特に理念の中の「感謝の返礼」については、入居者、近隣の方々からいただけるよう 職員一同努めている。		
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、地域ケアプラザのイベントあるごとに参加して 顔見知りの関係作りを 積極的に行っている。又民生委員とも常に情報交換を行い、相談できる関係作りが出来ている。		
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	はいかいネットワーク、子供110番に登録している。地域運営推進会議の中でも 認知症の理解について深めている。		
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	運営推進会議では 毎回テーマを決めて現在行っている取り組みを説明しご意見を頂いている。ご理解いただく中地域のイベントへの参加回数が多くなり入居者の外出回数が増えたこと、又防災マニュアル作りにもご協力いただいている。		
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	区開催の研修に出来る限り参加する努力をしている。特に防災関係は今後必要と考えている。運営推進会議の議事録は必ず提出している。		

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	身体拘束は法人の方針として行なっていない。当GHでも全職員が理解した上で梗塞のないケアを行なっている。玄関の施錠は夜間帯の防犯のために行なっている。		
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	法人の会議や当ホームの会議で虐待のテーマを取り上げ 防止への意識付けを行なっている。		
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	現状では特別な時間で学ぶ事は少ないが、利用者の中に成年後見人制度を活用している。今後も増えつつある。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約書と重要事項説明書に沿いながら 時間をかけて説明している。		
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	利用者、ご家族からの意見は管理者、ユニットリーダー 本部の上司にも伝え 運営推進会議、ケアプランなどに反映させている。		

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	日々の業務、リーダー会議で意見交換と、年1回の施設長宛の自己申告書で主張できる。又希望すれば施設長との面談も可能。		
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	年1回の法人の評価と年2回の賞与に対する評価で個々の努力、実績を査定している。収入面以外でも職員の意見を職場環境に反映させている。		
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	参加必須の医務研修や 毎月の内部研修がある。その他市、区主催の研修、また職員の希望する研修に参加も出来る。		
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	瀬谷地域密着型サービス事業所連絡会、瀬谷ケアマネット等、他事業所との交流の機会がある。		
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	事前面接時、又は入居時にお話の中からお意見、要望を伺い安心した生活を確保できる関係を築いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	アセスメント票を基にサービスを開始するが、環境が違う事から新たな課題が出来ることで、ご家族との連絡が密になり信頼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	事前面接や入居時に意見や要望を伺いながら必要としている支援を見極めている。		
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	掃除の時間は職員と共同で 各入居者の皆さんも自室、リビング等の掃除を行っている。又レクなどを通じて一体感を感じる事ができている。		
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	アセスメントにはないこと、又新しい問題点などが発現したときは 問題解決に向けて ご家族と相談をしている。		
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	いつでも面会者を受け入れています。入所前から通っている接骨医院は引き続き週2回通院、針の出張往診 夫の週1回の面会 週2回の家族からの定期電話 遠距離の法事出席などの支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	リビングで過ごす時間を大切にし、問題があれば席を変更し、関係を見守りながら気持ちよく生活出来る支援をしている。		
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	契約終了後、他施設、又は病院に移られた場合など、ご家族の了解を得て面会し、ご家族との連絡を続行しているケースもある。		
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。	契約時からご家族と相談して、ご本人の暮らしやすい環境となるよう努めている。又飲酒、喫煙についてはご本人の希望を聞きながら、一定のルール内で楽しんでいただいている。		
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	事前面接時の聞き取り、アセスメントを参考に生活歴を把握に努めている。又入所後も、新たな課題が発生した時は、以前担当のケアマネと連絡相談している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居者全員の毎日の過ごし方の記録を残している。又職員の申し送りでも周知に努めている。		

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	入所後の最初のケアプランは期限を2ヶ月として様子を見ているが、随時新たな課題についてはカンファレンスで方向性を決めている。その中にはご家族との話し合い ご希望を取り入れ 新たなプランを作成している。		
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	毎日のケース記録に ケアプランが活かされているか 実践しているか #1～3 を設けて情報を共有している。		
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	基本は3ユニット内でのケアが多いが、緊急時、又は入居者の状況に応じてユニットの枠を超えホーム全体で対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ケアプラザの活用、ボランティアによる訪問、自治会のイベントの参加、地域の移送サービスを使っての外出等 必要に応じて支援できるように努めている。		
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	入所時ご家族の了解を得て法人と提携している診療所から月2回の内科の往診を受けている。他法人から週1回ナースの訪問。精神科医の月1回の往診。希望者のみの歯科医の往診。その他必要に応じて受診をしている。		

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
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回の訪問看護師により適切な指示を受けている。その為連絡表を作成し正しい情報の共有をおこなっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	主治医からの紹介状を持って受診、入院の体制の連携に努めている。又入院先に早めの介護サマリ提出出来るように努めている。		
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	体調の変化をきっかけに 早い段階からご家族に提案させていただき、今後の方向性を相談している。地域との連携として今後は地域ケアプラザとの連携を考えている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	定期的な内部研修の中で 心肺蘇生、感染症対策等の指導を受けている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の避難訓練を行っている。24年度から防災委員を立ち上げ 防災マニュアルの作成、避難訓練のプログラム作りを主に毎月会議を開催している。又『街角消火栓』の設置と共に避難訓練時は必ず自治会にご協力いただいている。		

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
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	入居者の居る場面では、職員同士の会話の仕事上の会話の中には個人名を言わずイニシャルで伝えている。又個々の性格、生活歴を理解しプライドを傷つけない会話を心がけている。		
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	ご本人が答えを選ぶように超え掛け、会話を工夫している。		
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	生活歴からご本人のペースを確認して 会話の中から 希望される事、拒否したい事などを知り その人らしさで暮らせるよう支援に努めている。		
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	毎月の訪問理容で希望に応じた髪型、又顔エステなど理容できるように支援している。その他、その日の洋服を選んでいただく、化粧水、ヘアトニック、化粧などが引き続き出来るように支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	皆さんで調理が出来るメニューを時々盛り込み以前から行っていたことを忘れずに再現できるよう努めている。又食器、テーブル、お盆等を拭いていただいている。食事が楽しめるよう24年度から「メニュー委員」を立ち上げ 食事が楽しめ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
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、水分量の確認は3食行っている。又食べ方、体調、嚥下状態に合わせて食事作りを行っている。ご家族にも報告をしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後個別に口腔ケアを行っている。必要に応じて歯科医との連携をとっている・		
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	リハパン使用を常時と決め付けず 状況の変化によっては 布パンツに変更を常に意識したケアを行っている。またその肩の習慣、行動を観察しながらトイレで排泄できるよう支援している。		
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	主治医、看護師と相談しながら なるべく薬に頼らず、運動、センナ茶、青汁、乳製品 腹部マッサージなどで対応している。		
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	定期的な入浴が出来るよう 声掛けで入浴をいただいているが、毎日希望の方、拒否される方には希望に沿っているが、拒否の方には理由を聞き無理せず清拭、足浴などで対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	昼食後はそれぞれ居室で休まれたり、リビングで過ごされたり ユニットで違いはあるものの個々のペースで過ごされている。		
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	薬用説明書は常時開示して職員が確認できるよう、又家族にも閲覧できるようにしている。症状の変化に気づきがあれば 主治医に連絡できる体制をとっている。		
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	家事仕事（洗濯干し たたみ、食器拭き モップ拭き）等以前行っていたことを 入居者に応じてお願いしている。レクリエーションは随時行っているが、季節に応じて外出や外食の時間を作っている。		
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	家族との外出、近隣の散歩、地域の行事への参加、地域ケアプラザの行事等は常に 行っている。又希望があれば個別で外食、買い物に行く事が出来るように努めている。		
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	金銭は主に管理者、事務員が管理しており入居者の希望で買い物や 外食時に使用するが 本人が金銭を所持する事は殆どない。		

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	
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	ご本人の希望でいつでもご家族、知人に連絡できる。又携帯を所持している入居者もいる。			
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	照明の工夫で活動、休息のメリハリをつけている。三食の食事時間により音楽を変えたり、ラジオに切り替えたりと季節感、時代感を工夫している。又イベントの思い出写真や 手作り作品を壁に掲示している。			
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	食卓、リビングのソファ、玄関脇の椅子などで自由に過ごされている。食卓の配置も工夫し個々の時間が楽しめるように努めている。又気の合う入居者同士居室で過ごされる事もある。			
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	入居時ご家族と相談して慣れ親しんだダンス、鏡台、テーブル、仏壇など配置に気を使って配置している。又季節の花の造花を飾られている居室もある。			
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	建物内部は手すりの設置、シャワーチェアや滑り止めマットを使用。洗剤や消毒液等は目に触れないように配慮している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム泉の郷本郷

作成日

平成25年 3月14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	1	入居者ができる事を職員が行ってしまう。結果的に機能低下へとつながり、職員主体のケアになる可能性が出てきている。	入居者が今までの生活を継続でき その人らしいホームの暮らしが出来ている。	1、入居者の生活歴も中でも生活習慣を知る。 2、ホームの中のできる事を見つけ再現できるようにプランをたてる。	1 2 ヶ月
2	2	重度化しているユニットで、夜間50回を越えるトイレ介助があり、その間転倒などの事故の危険性の心配と 職員の疲労が増している。	各入居者が安眠できる環境、体調が整えられる事で トイレ回数が少なくなり 事故の危険度が少なくなっている。	1、入居者の身体状況を医師、又は看護師と相談する。 2、昼夜逆転のサイクルにならないよう日中の過ごし方、水分の摂り方等をチームで探っていく。	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。

