

平成25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	1493300105	事業の開始年月日	平成22年10月1日	
		指定年月日	平成22年10月1日	
法人名	株式会社たちばなベスト			
事業所名	グループホームおもとの郷東本郷			
所在地	(〒226-0002) 神奈川県横浜市緑区東本郷5-2-19			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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26年1月24日	評価結果 市町村受理日	平成26年7月3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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1493300105&SVCD=320&THNO=14100>

【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)】

ご入居様が毎日を穏やかにまた楽しみを持ってお過ごし頂けるように、職員が日々の生活のメニューを工夫しています。現存機能の維持を重視や、物作りによる生きがいの創出、レストランに外食に行くなど社会性の維持を大切にしています。食事は健康の要、日々の楽しみでありますので、一汁三菜を基本にしたレシピ・メニューを確立し安価ながらバランスのとれた質の高い食事提供を目指しています。また施設設備にも独自の工夫を凝らし、脱臭の壁、浴室の畳、避難器具（レスキューベランダ）などを取り入れています。そしてご入居者様の健康状態と生活状況について常に確認を行い、支援目標を定め対応しています。また運営推進会議を開設当初から実施しており、積極的に地域及びご家族に対し情報開示を行ってまいります。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年3月7日	評価機関 評価決定日	平成26年6月17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)】

グループホームおもとの郷東本郷はJR横浜線鴨居駅あるいは小机駅からバスで7分ほどの住宅街の中にあります。ホームは東本郷第二団地に隣接し、近くには東本郷地域ケアプラザがあります。ホームの前は公園になっていて、利用者は身近に季節の変化を感じることができます。

<優れている点>

運営推進会議には所属する自治会役員だけでなく、隣接する団地の自治会役員にも参加を呼び掛け、地域の理解を得よう努めています。近くの地域ケアプラザとは運営推進会議や困難事例だけでなく、行事への参加やホームの防災訓練への立ち合いなど様々な場面で連携しています。また、傾聴や健康体操を始め大正琴や踊りなど様々な地域ボランティアとの交流が、利用者の生活に潤いを与えています。このように、ホームでは利用者の地域での生活が豊かになるよう、地域との連携を深めるよう努めています。

<工夫点>

ホームは理念の実践に向け職員の研修に力を入れています。身体拘束廃止、高齢者虐待防止、認知症ケア、接遇等のテーマで毎月職員研修を実施しています。全職員が参加できるよう2日間4回に分けて行うなどの配慮をしています。カンファレンスでは個々の利用者への対応について職員から活発な意見が出され、支援につながっています。他のグループホームとの交換研修に参加した職員からの提案で食事量や運動量の見直しを行う等の成果が表れています。

【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	グループホームおもとの郷東本郷
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)	<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、安全面で不安なく過ごしている。 (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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (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近づけている。	私たちはご利用者様の人権及び思いを尊重し、ご家族や地域から信頼される施設を目指し、これを達成するために管理者と職員は自己研鑽に努力しています。理念方針を全員が共有実践できるように、掲示しています。	一昨年、職員から出た案をもとに、理念を作成しています。理念をホーム内に掲示するとともに、携帯用の理念カードを作成し常に振り返れるようになっています。毎月、職員研修会を実施し、理念の共有と実践を図っています。	
2	2	○事業所と地域のつきあい 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。	隔月の運営推進会議で自治会やケアプラザとの交流を深めています。施設行事、消防訓練の案内、非常災害時に於ける救助支援の依頼、自治会、ケアプラザ行事への参加などご協力を頂いております。継続的に地域ボランティアと交流しています。	所属する自治会だけでなく、餅つき大会への参加等、隣接する自治会とも交流しています。近くの地域ケアプラザで行われる地域のサロンに参加する利用者もいます。傾聴や健康体操、大正琴等の地域ボランティアとの触れ合いは利用者の生活に潤いを与えています。	
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。	運営推進会議において認知症のご利用者様の日常生活と支援内容を報告し理解を深めて頂いています。また地域の介護や認知症の相談窓口としての役割を自覚し、いつでもどなたでも相談できるような体制をとっています。	/	/
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。	ご家族・地域包括支援センター・民生委員・社会福祉協議会・自治会役員の出席で隔月開催し、報告、話し合いを行い、その議事録をすべて関係者にお届けしています。意見を反映したサービスを行い次回の会議で報告しています。	2ヶ月に1回開催する運営推進会議には、関わりのある2つの自治会役員が参加しています。会議ではグループホームについての理解を促すとともに、ボランティアの紹介を受けたり、災害時の協力を要請する等の意見交換を行っています。	
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。	地域包括支援センター・民生委員・緑区役所・地域グループホーム協議会等と連携を深め、適宜アドバイスをいただいております。	地域ケアプラザとは距離的に近いこともあり、困難事例の相談やホームの避難訓練への立ち会い、行事への参加等日常的に連携しています。地域グループホーム協議会に参加し、他グループホームとの交換研修等で交流しています。	

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。	執行役員が講師となり身体拘束についての職員研修を開催しています。会社の事業方針の重点管理に職員の質の向上・虐待しないを据え、徹底した指導を行っています。	玄関とテラスは安全のため施錠していますが、帰宅願望が強い利用者には一緒に外に出て散歩する等に対応しています。身体拘束や高齢者虐待の研修は4回に分けて実施し、欠席者にも資料を渡しレポートを義務付ける等、周知徹底を図っています。	
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がないように注意を払い、防止に努めている。	虐待防止のため人権ハンドブックをテキストに職員研修を行っています。ヒヤリハットの活用し、各部署及びカンファレンス等の全体会議で虐待防止への意識を高めるように努めています。		
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。	人権ハンドブックをテキストにした職員研修の開催、外部の後見制度講習会に管理者が参加して理解を深めています。権利擁護を施設理念とともに職員の支援業務の基本と考え実践しています。		
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。	見学・相談時の家族への案内説明を徹底し、契約時には施設長が再度説明を行い締結しています。		
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。	職員は日常業務の中で利用者の声を傾聴し、来所する家族の意見を迅速にケアマネージャ・管理者に連絡・報告し、また適宜カンファレンスを実施するなど運営に反映しています。また意見箱を設置して頂いた意見を運営推進会議に報告しています。	毎月「おもとだより」と個々の利用者の1ヶ月の様子や健康状態を実績表に記載し家族に送付しています。家族の来訪時には意見を引き出すよう努めています。家族からの声で、写真が見やすいようお便りのサイズを大きくした事例があります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎月定例の全職員を招集するケアカンファレンス・施設長が管理職を召集するリーダー会議において、職員からの意見提案を取り上げ業務・運営に反映しています。	毎月のケースカンファレンスで職員は活発に発言しています。職員意見の反映としては、週2回のボールを使った体操、食事量や運動量の見直しなどの事例があります。年1回法人の人事担当の個人面談で、個々の職員の意見・要望を聞いています。	
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。	職制と職務分担を明確にしそれにあわせた給与体系を整備しています。施設長はユニット長を通して個々の職員の勤務状況、実績等を把握するよう努めています。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	施設の運営方針に合わせた人材確保を行う中で、職員の質の向上を事業方針の重点項目に据え、スキルアップを目指しています。外部講師を迎えての研修の実施、施設内研修を定例化しています。また外部研修にも参加させています。		
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り組みをしている。	全国と市内のグループホーム協会に加盟、区内のグループホームと友好関係を築き、交換研修を実施し交流しています。また提携している施設から人材を招き、アドバイスをもらっています。		
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。	利用に際し、人的なことも含む環境変化に順応していただけるよう人間関係の構築のため、ご本人・ご家族・施設長・ケアマネジャー・ユニット長による面談を行い、残存機能を確認し、支援に向けての評価を行います。		

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。	大切な家族を施設に託す不安の除去のため、ご家庭におけるご利用者の状況を確認し、家族の要望を第一に考え、支援に反映するため計画に記載し職員に周知しています。		
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。	初期において施設長・ケアマネージャー・ユニット長（介護職員）で利用者の評価を行い支援方針を立案し、計画に記載し実行していきます。		
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。	介護する人・介護される人の関係でなく、生活をともにする人間同士の連帯意識の構築を目標にしています。ご利用者と職員は家族であり、ホームは家庭であるとの理念のもと、関り方や食事のあり方や職員の服装まで考慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 あか	ご家族には定期的な施設への訪問、自宅への一時的な帰宅をお願いしています。施設訪問の時間は制限はありません。病院への通院同行など家族ができることはしていただきながら施設と家族が協同して利用者を支援していく関係を目指しています。		
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う、支援に努めている。	ご利用者のこれまでの暮らし方を大切にし、家族・友人との外出（お墓参り、買物、外食）または訪問を積極的に奨励しています。区・社会福祉協議会・自治会の行事にも積極的に参加していただき関わっています。	職員は、友人が訪問した際に声をかけ、次につなげるように働きかけています。外食や墓参り等の馴染みの場への外出は家族が対応しており、利用者から要望が出た時には家族につないでいます。電話や手紙の取り次ぎ等、関係継続への支援をしています。	

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。	日常生活のなかでの共同作業や食事・行事・レクリエーションを通じご利用者同士の連帯を醸成するよう努めています。		
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。	サービス終了後でもいつでも相談を受けるよう職員に周知しています。必要があれば支援していく体制をとっています。		
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。	介護計画においては、基本情報、暮らしの情報、心身の情報を基にご利用者個人のかかわり方を理解し、希望・意向の把握に努めています。	入居時には、利用者の生活リズムや生活歴、思いや意向が把握できるよう、24時間記載できる経過記録用紙を用いて丁寧に観察しています。様子に変化が見られた時にはその都度声をかけて一対一で話す機会を作り、思いや意向を把握しています。	
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。	ご利用者様・ご家族との面談を通し、情報を収集し支援計画に家役立てています。		
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。	ご利用者様の日々変化する心身の状況に注意を払っています。入浴時の身体チェック、排便チェック、薬変更時の睡眠状況・経過観察強化、水分量食事量、バイタルのチェックを毎日行っています。		

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。	日々の観察を記録に残し、ご本人や家族との面談を経て、全介護員が参加するケースカンファレンスで検討の後、毎月のリーダー会議で施設長、ケアマネージャー、ユニット長で情報を検討し、計画を作成しています。	ケースカンファレンスでの職員間での話し合いをもとに、リーダー会議で計画を作成しています。毎月モニタリングを行い、必要に応じて計画の変更、見直しをしています。計画は事務所に置くとともに連絡ノートにも貼り全職員で共有しています。	
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。	日常的には毎日のミーティング兼申し送りで共有し、月一度のケースカンファレンスにおいて記録やその他の情報を総合的に検討します。そしてアセスメントの確認・修正を行い支援しています。		
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。	ホームのルールよりご利用者自身、ご利用者様とご家族の関係を優先するとの考えに立ち、支援方法を判断しています。またホームが第2の家庭になれるようご家族の面会時間を決めていません。		
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。	地域包括センター、自治会、社会福祉協議会、民生委員の方が運営推進会議の一員として常に支援くださっています。利用者の相談、地域行事の紹介、ボランティア（傾聴、大正琴、輪踊り）や災害時の支援を地域の方々にお願ひしています。		
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。	総合病院の往診部と提携しており、利用者は月2回の内科往診と月1回の皮膚科・精神科往診を受診しています。また月4回訪問歯科診療を受けられるようになってきました。かかりつけの医師を希望される利用者はそちらを優先しています。	昨年9月に新しく迎えたかかりつけ医に全入居者が受診を受けています。急変時など、昼夜間を問わず直接、ドクターにオンコールなどの連絡できるようになっており、利用者本人や家族の安心が担保されています。	

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。	毎週診療以外に看護師による健康状態の確認の時間を設け、体調に問題がある場合は緊急措置を行い、処置対応の指導を受けます。看護師は看護日誌にその内容を記録し、担当医に報告書を提出します。介護員は健康状態を専用ノートに記録し伝えます。		
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。	利用者の入院に際しては必ず職員が同行し、担当の看護師に情報を提供しています。入院中も定期的にケースワーカーと連絡をとり情報交換・相談をしています。また病院の地域連携室を通じて提携病院のお願いをしています。		
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。	医療連携体制を構築しており、重度化した場合の介護・看取りの介護のガイドラインに沿ってご家族に説明しております。実施する場合は、医師・看護師と連携しながら、方針・計画を策定し、ご家族、職員と共有し取り組んでいます。	入居契約時には重度化指針について文書で説明し、家族には終末期についての意向を聞いています。これまでに複数名の看取りの経験があります。家族からは、「いい形で送り出せてよかった」との感謝の声が寄せられています。	
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。	救急時の初期対応訓練の研修を含めた消防訓練を年二回以上実施しています。また利用者急変時の症状と対応の手順をマニュアル化し職員に周知しています。		
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。	昼間・夜間想定火災避難訓練を実施しており、事前事後に管轄消防署に報告し指導を受けています。運営推進会議を通し地域自治会・住民の方に災害時のご利用者の避難のご協力とご理解をお願いしています。	夜間を想定した訓練を5月に実施しています。この時は東本郷前自治会長、地域ケアプラザやご近所の方の参加協力を得ています。備蓄として水が3日分あります。今後増やしていくとともに非常食の備蓄を検討しています。	

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。	職員は年長者に対して尊敬の念を持ち、ご利用者の人権を尊重するよう努めています。ご利用者の対応・会話において誇りやプライバシーを損ねない言葉かけを心がけています。	本人の希望によっては「ちゃん」付けで呼ぶ場合もありますが、一人ひとりの人格を意識することから尊厳を考えて対応しています。排泄に関しても、トイレ誘導の際は直接的な言葉を避け、間接的な言葉を添えて対応しています。	
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。	傾聴を常に心がけ、その中で思いや希望に気づいていくように介護員に対して指導しています。また過剰な介護で自己決定の機会を奪うことがないように全介護員が統一した対応をするよう指導しています。		
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。	介護員はご利用者の生活のリズムを最優先に考え、介護の効率、施設のメニューよりご利用者のペースを優先する対応を心がけています。		
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。	日々の生活においては季節感のある清潔な衣服・下着の着用、普段着・外出着の区分け、日々の整容では男性は髭剃り、女性は化粧が定着できるように支援します。また月一度希望により訪問理美容を受け、パーマ、カラーを楽しめるよう支援しています。		
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。	ご利用者様へのヒヤリングの中で食品の好き嫌いやアレルギーについて聞きメニューに反映しています。残存機能に応じて食事の準備、後片付けをお願いしています。パン・ピザ、うどん、餃子などを一緒に作り食生活を楽しむ工夫をしています。	食事は職員の手づくりで提供しています。利用者の希望を聞き入れたメニューに沿って、4日に一度食材の買い物に出かけています。また、2～3ヶ月に一度はレストランに外食に出かけています。毎月、利用者と楽しみながらパンづくりもしています。	

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。	メニュー作成時野菜を豊富に使用し、1日1500カロリーになるよう指導しています。食・水分摂取量は一目でわかるよう記録します。水分摂取は重点管理をしており、摂取困難の方には好みの味、飲みやすい形状にするなど工夫しています。		
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。	食事の後は必ず口腔ケアをしています。できる方には声をかけ、できない方には介助をしています。毎週1回の訪問歯科診療で歯科医師に相談しながら進めています。また介助が困難な方は歯科衛生士が直接実施し、やり方を職員に指導しています。		
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。	記録により一人ひとりの排泄パターンを把握しています。尿意便意の有無、手順の混乱の有無を見極め、排泄の自尊心を確保した誘導に心がけています。できるところはやっていただき残存機能の維持と増進に努めています。	A-3サイズの見やすい排泄表を見ながら、個々のペースをつかみ、事前のトイレ誘導を心がけています。入居時にリハビリパンツを使用していた方が、布パンツに改善した事例があります。	
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。	食事・水分量と便秘の関係を重視し日々の記録で確認し、嚥下機能低下により水分摂取が困難な方は摂取形態を検討しミキサー食・刻み食・トロミ対応するなど重点管理をしています。またそれぞれの利用者に合った運動を午前中に適宜行っています。		
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。	ご利用者の体調に配慮しながら一人ひとりの希望を優先しながら入浴していただいています。入浴剤や職員との会話で入浴が楽しめるよう努めています。	浴室の洗い場は、畳目のマットを敷いてあり、冷たいタイルに比べ柔らかく暖かい質感を体感することができる様にしています。また、入浴剤の他に、ゆず湯や菖蒲湯で季節を感じてもらう事も取り入れ入浴が楽しみになる様に支援をしています。	

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。	昼夜逆転にならないよう適度の運動、散歩、日光浴、リハビリ、レクリエーションなどに努めています。介護支援メニューの実施を含めご利用者のペースを尊重し支援しています。		
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。	ご利用者の服薬情報をファイルに保管し職員は情報を確認共有しています。薬剤師が配薬管理し、分包化、日付・名前・朝昼夕の明記と色分けを行い誤薬防止に努めています。ご利用者が確実に服薬できるようその方に合った方法で対応しています。		
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。	レクリエーションの選択肢を多く揃え、ご利用者の好みや興味にあったメニューを考え実施しています。酒やタバコも基本的には禁止せず害のない範囲で楽しんでいただく姿勢です。外食時に気分転換にアルコールを提供するなどの支援をしています。		
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。	隣接の公園や寺院への散歩、車両での外食、ショッピングセンターへの買物などご利用者の好みや意向に沿ったメニューを取り入れています。利用者の希望により家族と外出が出来るよう積極的に支援しています。	家族と一緒に外出する利用者は今のところ月間数組程ですが、家族に呼び掛けています。冬季シーズンの特にここ3ヶ月は、利用者対応、往診日程などの要因が重なり、外出の機会が少なくなっています。	天気の良い日は積極的に外出し、利用者の社会参加や季節感を感じられる機会を持つことで、利用者の心理的満足度を高めることを期待します。
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。	お金の管理ができるご利用者には高額にならない程度の金額を持って貰い近くのスーパーマーケット、コンビニで買い物ができるよう配慮しています。		

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。	携帯電話の取得の支援をしています。事務所の電話をご利用者は無料で使えます。郵便物のやり取りもご家庭にいると同じようにできます。		
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。	家庭的で落ち着ける空間づくりを心がけています。生花、レクリエーションの製作物に季節感のあるものを取り入れています。	新聞を使った手づくりの鯉のぼりの他刺し子やパッチワーク等居間に飾るタペストリーを利用者も参加して作っています。テーブルは利用者の参加活動に合わせて、効果的に配置しています。	
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。	狭いながらもご利用者が快適に過ごせるようにソファや食事席の配置を適宜検討変更しています		
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。	居室はご本人が安心して過ごせるようにご家族の協力のもと、ご家庭で使っていたもの、見慣れたものを持ち込んでいただいています。家具や寝具などの買い替えの必要が生じた時は、ご家族に相談しご本人の了解を得て交換していただいています。	馴染みの物や思い出の品、自身で制作された作品を飾り居心地良くしている利用者の部屋がある一方、リハビリパンツなどサニタリー品をメインに置いている利用者の部屋もあります。	ご本人の回想場面で思い出深いことや輝いていた頃を実感できるもの、懐かしい写真、最近お気に入りの物など、積極的な引き出しを図り、快適で心地よい空間形成への支援も期待されます。
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。	手順の混乱によってできないことがある場合はトイレ、居室などに名称の貼り紙をしています。		

事業所名	グループホームおもとの郷東本郷
ユニット名	なでしこ

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近づけている。	私たちはご利用様の人権及び思いを尊重し、ご家族や地域から信頼される施設を目指し、これを達成するために管理者と職員は自己研鑽に努力しています。理念方針を全員が共有実践できるよう、掲示しています。		
2	2	○事業所と地域のつきあい 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。	隔月の運営推進会議で自治会やケアプラザとの交流を深めています。施設行事、消防訓練の案内、非常災害時に於ける救助支援の依頼、自治会、ケアプラザ行事への参加などご協力を頂いております。継続的に地域ボランティアと交流しています。		
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。	運営推進会議において認知症のご利用者様の日常生活と支援内容を報告し理解を深めて頂いています。また地域の介護や認知症の相談窓口としての役割を自覚し、いつでもどなたでも相談できるような体制をとっています。		
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。	ご家族・地域包括支援センター・民生委員・社会福祉協議会・自治会役員の出席で隔月開催し、報告、話し合いを行い、その議事録をすべて関係者にお届けしています。意見を反映したサービスを行い次回の会議で報告しています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	地域包括支援センター・民生委員・緑区役所・地域グループホーム協議会等と連携を深め、適宜アドバイスをいただいております。		

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。	執行役員が講師となり身体拘束についての職員研修を開催しています。会社の事業方針の重点管理に職員の質の向上・虐待しないを据え、徹底した指導を行っています。		
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がないように注意を払い、防止に努めている。	虐待防止のため人権ハンドブックをテキストに職員研修を行っています。ヒヤリハットの活用し、各部署及びカンファレンス等の全体会議で虐待防止への意識を高めるように努めています。		
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。	人権ハンドブックをテキストにした職員研修の開催、外部の後見制度講習会に管理者が参加して理解を深めています。権利擁護を施設理念とともに職員の支援業務の基本と考え実践しています。		
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。	見学・相談時の家族への案内説明を徹底し、契約時には施設長が再度説明を行い締結しています。		
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。	職員は日常業務の中で利用者の声を傾聴し、来所する家族の意見を迅速にケアマネージャ・管理者に連絡・報告し、また適宜カンファレンスを実施するなど運営に反映しています。また意見箱を設置して頂いた意見を運営推進会議に報告しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	毎月定例の全職員を招集するケアカンファレンス・施設長が管理職を召集するリーダー会議において、職員からの意見提案を取り上げ業務・運営に反映しています。		
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。	職制と職務分担を明確にしそれに合わせた給与体系を整備しています。施設長はユニット長を通して個々の職員の勤務状況、実績等を把握するよう努めています。		
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。	施設の運営方針に合わせた人材確保を行う中で、職員の質の向上を事業方針の重点項目に据え、スキルアップを目指しています。外部講師を迎えての研修の実施、施設内研修を定例化しています。また外部研修にも参加させています。		
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。	全国と市内のグループホーム協会に加盟、区内のグループホームと友好関係を築き、交換研修を実施し交流しています。また提携している施設から人材を招き、アドバイスをもらっています。		
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。	利用に際し、人的なことも含む環境変化に順応していただけるよう人間関係の構築のため、ご本人・ご家族・施設長・ケアマネージャーユニット長による面談を行い、残存機能を確認し、支援に向けての評価を行います。		

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。	大切な家族を施設に託す不安の除去のため、ご家庭におけるご利用者の状況を確認し、家族の要望を第一に考え、支援に反映するため計画に記載し職員に周知しています。		
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。	初期において施設長・ケアマネージャー・ユニット長（介護職員）で利用者の評価を行い支援方針を立案し、計画に記載し実行していきます。		
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。	介護する人・介護される人の関係でなく、生活をともにする人間同士の連帯意識の構築を目標にしています。ご利用者と職員は家族であり、ホームは家庭であるとの理念のもと、関り方や食事のあり方や職員の服装まで考慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 あか	ご家族には定期的な施設への訪問、自宅への一時的な帰宅をお願いしています。施設訪問の時間は制限はありません。病院への通院同行など家族ができることはしていただきながら施設と家族が協同して利用者を支援していく関係を目指しています。		
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う、支援に努めている。	ご利用者のこれまでの暮らし方を大切にし、家族・友人との外出（お墓参り、買物、外食）または訪問を積極的に奨励しています。区・社会福祉協議会・自治会の行事にも積極的に参加していただき関わっています。		

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。	日常生活のなかでの共同作業や食事・行事・レクリエーションを通じご利用者同士の連帯を醸成するよう努めています。		
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。	サービス終了後でもいつでも相談を受けるよう職員に周知しています。必要があれば支援していく体制をとっています。		
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。	介護計画においては、基本情報、暮らしの情報、心身の情報を基にご利用者個人のかかわり方を理解し、希望・意向の把握に努めています。		
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。	ご利用者様・ご家族との面談を通し、情報を収集し支援計画に家役立てています。		
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。	ご利用者様の日々変化する心身の状況に注意を払っています。入浴時の身体チェック、排便チェック、薬変更時の睡眠状況・経過観察強化、水分量食事量、バイタルのチェックを毎日行っています。		

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。	日々の観察を記録に残し、ご本人や家族との面談を経て、全介護員が参加するケースカンファレンスで検討の後、毎月のリーダー会議で施設長、ケアマネージャー、ユニット長で情報を検討し、計画を作成しています。		
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。	日常的には毎日のミーティング兼申し送りで共有し、月一度のケースカンファレンスにおいて記録やその他の情報を総合的に検討します。そしてアセスメントの確認・修正を行い支援しています。		
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。	ホームのルールよりご利用者自身、ご利用者様とご家族の関係を優先するとの考えに立ち、支援方法を判断しています。またホームが第2の家庭になれるようご家族の面会時間を決めていません。		
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。	地域包括センター、自治会、社会福祉協議会、民生委員の方が運営推進会議の一員として常に支援くださっています。利用者の相談、地域行事の紹介、ボランティア（傾聴、大正琴、輪踊り）や災害時の支援を地域の方々にお願ひしています。		
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。	総合病院の往診部と提携しており、利用者は月2回の内科往診と月1回の皮膚科・精神科往診を受診しています。また月4回訪問歯科診療を受けられるようになっています。かかりつけの医師を希望される利用者はそちらを優先しています。		

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。	毎週診療以外に看護師による健康状態の確認の時間を設け、体調に問題がある場合は緊急措置を行い、処置対応の指導を受けます。看護師は看護日誌にその内容を記録し、担当医に報告書を提出します。介護員は健康状態を専用ノートに記録し伝えます。		
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。	利用者の入院に際しては必ず職員が同行し、担当の看護師に情報を提供しています。入院中も定期的にケースワーカーと連絡をとり情報交換・相談をしています。また病院の地域連携室を通じて提携病院のお願いをしています。		
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。	医療連携体制を構築しており、重度化した場合の介護・看取りの介護のガイドラインに沿ってご家族に説明しております。実施する場合は、医師・看護師と連携しながら、方針・計画を策定し、ご家族、職員と共有し取り組んでいます。		
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。	救急時の初期対応訓練の研修を含めた消防訓練を年二回以上実施しています。また利用者急変時の症状と対応の手順をマニュアル化し職員に周知しています。		
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。	昼間・夜間想定火災避難訓練を実施しており、事前事後に管轄消防署に報告し指導を受けています。運営推進会議を通し地域自治会・住民の方に災害時のご利用者の避難のご協力とご理解をお願いしています。		

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。	職員は年長者に対して尊敬の念を持ち、ご利用者の人権を尊重するよう努めています。ご利用者の対応・会話において誇りやプライバシーを損ねない言葉かけを心がけています。		
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。	傾聴を常に心がけ、その中で思いや希望に気づいていくように介護員に対して指導しています。また過剰な介護で自己決定の機会を奪うことがないように全介護員が統一した対応をするよう指導しています。		
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。	介護員はご利用者の生活のリズムを最優先に考え、介護の効率、施設のメニューよりご利用者のペースを優先する対応を心がけています。		
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。	日々の生活においては季節感のある清潔な衣服・下着の着用、普段着・外出着の区分け、日々の整容では男性は髭剃り、女性は化粧が定着できるように支援します。また月一度希望により訪問理美容を受け、パーマ、カラーを楽しめるよう支援しています。		
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。	ご利用者様へのヒヤリングの中で食品の好き嫌いやアレルギーについて聞きメニューに反映しています。残存機能に応じて食事の準備、後片付けをお願いしています。パン・ピザ、うどん、餃子などを一緒に作り食生活を楽しむ工夫をしています。		

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。	メニュー作成時野菜を豊富に使用し、1日1500カロリーになるよう指導しています。食・水分摂取量は一目でわかるよう記録します。水分摂取は重点管理をしており、摂取困難の方には好みの味、飲みやすい形状にするなど工夫しています。		
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。	食事の後は必ず口腔ケアをしています。できる方には声をかけ、できない方には介助をしています。毎週1回の訪問歯科診療で歯科医師に相談しながら進めています。また介助が困難な方は歯科衛生士が直接実施し、やり方を職員に指導しています。		
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。	記録により一人ひとりの排泄パターンを把握しています。尿意便意の有無、手順の混乱の有無を見極め、排泄の自尊心を確保した誘導に心がけています。できるところはやっていただき残存機能の維持と増進に努めています。		
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。	食事・水分量と便秘の関係を重視し日々の記録で確認し、嚥下機能低下により水分摂取が困難な方は摂取形態を検討しミキサー食・刻み食・トロミ対応するなど重点管理をしています。またそれぞれの利用者に合った運動を午前中に適宜行っています。		
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。	ご利用者の体調に配慮しながら一人ひとりの希望を優先しながら入浴いただいています。入浴剤や職員との会話で入浴が楽しめるよう努めています。		

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。	昼夜逆転にならないよう適度の運動、散歩、日光浴、リハビリ、レクリエーションなどに努めています。介護支援メニューの実施を含めご利用者のペースを尊重し支援しています。		
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。	ご利用者の服薬情報をファイルに保管し職員は情報を確認共有しています。薬剤師が配薬管理し、分包化、日付・名前・朝昼夕の明記と色分けを行い誤薬防止に努めています。ご利用者が確実に服薬できるようその方に合った方法で対応しています。		
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。	レクリエーションの選択肢を多く揃え、ご利用者の好みや興味にあったメニューを考え実施しています。酒やタバコも基本的には禁止せず害のない範囲で楽しんでいただく姿勢です。外食時に気分転換にアルコールを提供するなどの支援をしています。		
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。	隣接の公園や寺院への散歩、車両での外食、ショッピングセンターへの買物などご利用者の好みや意向に沿ったメニューを取り入れています。利用者の希望により家族と外出が出来るよう積極的に支援しています。		
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。	お金の管理ができるご利用者には高額にならない程度の金額を持って貰い近くのスーパーマーケット、コンビニで買い物ができるよう配慮しています。		

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。	携帯電話の取得の支援をしています。事務所の電話をご利用者は無料で使えます。郵便物のやり取りもご家庭にいると同じようにできます。		
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。	家庭的で落ち着ける空間づくりを心がけています。生花、レクリエーションの製作物に季節感のあるものを取り入れています。		
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。	狭いながらもご利用者が快適に過ごせるようにソファや食事席の配置を適宜検討変更しています		
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。	居室はご本人が安心して過ごせるようにご家族の協力のもと、ご家庭で使っていたもの、見慣れたものを持ち込んでいただいています。家具や寝具などの買い替えの必要が生じた時は、ご家族に相談しご本人の了解を得て交換していただいています。		
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。	手順の混乱によってできないことがある場合はトイレ、居室などに名称の貼り紙をしています。		

目標達成計画

事業所名 グループホームおもとの郷東本郷

作成日：平成 26 年 6 月 30 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	54	ご家族からのアンケートで指摘がありましたが、リハビリパンツなどのサニタリー用品が積み上げられているお部屋があることについてオムツ類の購入方法、在庫管理の点で問題があると考えます。また居心地よく過ごせる居室の配慮からも居室を物置代わりにしている現状を改善していくことが課題です。	居室を居心地のよい空間にするためにやむを得ずオムツ類をおかなければならないときは、必要最低限にとどめる。また専用のケースなどでむき出しにならないような配慮していく。また実施にあたってはご家族に経済的負担をかけないように配慮する。	従来のもとも大量発注から定期的な発注（週1回）方法にする。必要な量を発注し、在庫は最小限にとどめる。担当者を各ユニット2名おき、協議しながら進める。発注した品物の金額がわかるように注文請け書を業者よりもらう。納入時には名札シールを貼って貰い担当者以外の者のもわかるようにする。	6ヶ月
2	35	災害対策は火災については年2回の避難訓練を地域の自治会や住民の協力の下に実施しています。その他の災害（地震、水害）時に備えて食料等の備蓄が問題になっていますが、当施設においては現状では水3日分のみを備蓄しているのみで全く手付かずの状況です。災害時に利用者の生命を守るべく一定の食料の確保が必要です。	18名の利用者様分の7日分の食料を備蓄する	会社組織全体として取り組むために事業方針に盛り込む。備蓄品の検討（カンパン、スープなど）・担当者を決める。計画書を作成し、リーダー会議で協議する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月