

平成26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	1495000315	事業の開始年月日	平成25年4月1日
		指定年月日	平成25年4月1日
法人名	医療法人啓和会		
事業所名	グループホーム東小田		
所在地	(210-0846) 神奈川県川崎市川崎区小田 5-19-14		
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9月8日	評価結果 市町村受理日	平成26年11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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1495000315&SVCD=320&THN0=14130>

【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)】

同一建物内に小規模多機能と隣に認知症対応デーサービスがあるため他サービスとの関わり、利用者の施設への移行がスムーズになっています。
医療法人が母体なので往診や24時間訪問看護体制が整っています。
季節に合わせたイベントや近隣の公園や施設内庭の園芸・栽培活動にて楽しみのある生活を感じてもらえます。
毎日の運動も必要な方には下肢の強化を目的に行い自らが動ける自立した生活をしていく場としてのグループホームを目差しています。
ホールは明るく、グループホームとしては大きめの作りになっています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年10月8日	評価機関 評価決定日	平成26年11月7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)】

事業所は、JR川崎駅前から臨港バスの富士電機・富士電機循環行に乗り約10分の小田小学校前下車徒歩5分の閑静な住宅街の中にあります。鉄骨造り3階建ての2、3階部分で、1階は小規模多機能ホームを併設しています。運営法人は医療法人啓和会で、事業所周辺には医療機関、在宅・通所系施設、通所リハビリ、訪問介護や訪問看護の施設を整え、住み慣れた土地での暮らしを継続できるよう支援しています。

<優れている点>

平成25年に開設した新しい事業所です。耐震性に配慮した構造で、広々として明るく清潔な建物です。母体が医療法人であり、近隣には同一法人の事業所や施設が集結しています。往診や24時間訪問看護体制を整え、地域包括ケアを目指しています。また、地域に向けて「介護のことどうしていますか？」などの広報チラシを配り、地域社会に啓蒙し、貢献をしています。管理者及び職員は、利用者が明るく楽しく過ごせるようにイベントを多くした介護支援を心がけています。

<工夫点>

利用者が自立・主体性を発揮できるように、特に下肢の筋力強化に力を入れた生活リハビリの工夫をしています。離床援助、屋外散歩同行や家事共同作業などを行うことにより、生活機能の維持改善を図っています。

【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	グループホーム東小田
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、生き生きと働いている。 (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。	介護保険制度の3つの理念に加えて地域密着型施設として地域との関わりを掲げて併せて4項目の理念となっています。朝の申し送り時に接遇と併せて復唱して理念の定着を促し実践しています。	地域密着型事業所としての「私たちの理念」を定め、玄関に掲示しています。また、朝の申し送り時では、週に1回は接遇と理念の唱和をし周知徹底を図っています。職員には申し送り書を読んで各自がサインをする方法を採用しています。	
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。	公園や商店街への散歩・買い物にて地域との関わりをもっています。継続していけるように町内会への説明や施設の掲示板にて施設内の様子を外に表しています。	町内会には賛助会員として加入しています。フェンスに地域向けの掲示板を設け、事業所の情報を発信しています。商店街や地域の祭り、運動会にも参加して交流を深めています。ボランティアによる定期的な慰問を受けています。	
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。	包括支援センターとともに、認知症サポートの講習や運動の講習を行いました。また町内・町内近隣の全介護事業者の地図を作成し町内チラシとして配布させてもらいました。	/	/
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。	地域の実態として一人暮らしの方の把握、安否の確認・支援に結びつけた事もある。町内からの理解をしてもらい得るようにしている。単一事業所としては無く、他事業者も参加してもらい実際にの地域をどうしていくか考えています。	元民生委員の町内会長や地域包括支援センターおよびケアビレッジ東小田の管理者が集い、2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。町内会長や地域包括支援センターなどと協力して、時には介護保険対象外の方の支援もしています。	
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。	運営推進会議などで包括支援センター、市町村の高齢障害・生活保護などのやりとりがあります。入居以外にも地域での見守りなどに参加しています。	日頃から区の高齢障害・生活保護担当者や地域包括支援センターと連絡を取りあっています。県や市の研修会にも積極的に参加し、情報を収集して、研修の結果を職員で共有しています。	

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。	マニュアルや運営規程に身体拘束の禁止が有り、新人研修や外部の講習会への参加をしています。実際に身体拘束を行ったことは無いがつなぎパジャマの導入を介護の対応の仕方の変更で中止にしました。	重要事項説明書の運営方針や運営規程に身体拘束の禁止や利用者の行動制限をする行為をしてはならない旨を明記しています。職員は研修や会議で身体拘束をしないケアを正しく理解し、運営規程に沿った介助支援をしています。	
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。	マニュアルを準備しています。外部の講習会を利用して受講し施設で共有しています、虐待は無い野ですが入浴時など観察を行うなど見過ごしのチェックをおこなっています。		
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。	市長申し立てで後見人を立てるなど後見人制度を理解し使用して居ます。後見人とはご家族同様に連絡を行っています。		
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。	契約前に見学を行って頂き、契約時に重要事項説明書や看取りについてなどの署名押印をいただいています。料金表以外の項目についても、契約前に十分に説明させていただきます。		
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。	言いたいことが直接言えない場合でも、入り口に意見箱を設けてあります。	サービス担当者会議に参加する家族からも、意見や要望を聞き、検討して運営に反映しています。入り口にはご意見箱を設置して、利用者や家族からの伝えづらい意見も表せるよう工夫しています。	運営推進会議にも家族や利用者に参加を促し、様々な意見を聴くなどして更なるサービスの質の向上を図って行く事も期待されます。

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。	毎月ホーム会議を行っています。その中でスタッフと施設の現状や問題点、目標や方針の確認を行っています。	管理者は、フローア会議やスタッフ意見ノートなどから職員の運営に関する意見や要望を汲み取るようにしています。これを管理者会議や事業所会議で検討して、実施可能な範囲で運営改善にあたっています。	
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。	スタッフには内部・外部の講習会の参加する案内をして意識や技術の向上してもらい、施設では処遇改善を行っています。		
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。	新スタッフが介護経験が無い場合でも安心して(特に夜勤)働けるように熟練者がついて指導します。新スタッフから見た施設の感想を改善に取り入れる事もあります。法人として初任者研修では倫理研修などを行っています。		
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。	法人内のGH会議を毎月行って情報交換や改善の取り組みを行っています。またデイサービスや小規模多機能など近接の施設との交流があります。		
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。	本人の歴史をご家族に紹介していただき、本人の気質なども考えながら、グループケアでの関わりのきっかけにしております。		

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
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。	申し込み相談の時点からお話を伺い、ご利用開始までにアセスメント作成時にご家族とお話を重ねて居ます。		
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。	見学をしてもらい、雰囲気を感じていただきます。グループホームをお探しでも在宅の可能性や他施設がよりよい選択があれば、無理に入所はさせずに再検討のきっかけを作ります。		
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。	職員と共に食事や洗濯は参加できる方には部分的でも参加してもらっています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	ご家族から昔得意だった物や好きな物をお持ちになっていただいています。なかなか訪問できない方には定期的に写真入りの広報をお送りさせていただいています。		
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よう、支援に努めている。	ご家族から特に指定がなければ、連絡先としてお知らせ・または電話の転送をさせてもらっています。来所に制限は時間以外はありません。	家族や友人、知人の訪問を歓迎し、面会簿に記入をお願いしています。昔の職場のお弟子さんも時々訪問しています。電話や手紙などの通信連絡も続けられるよう支援し、これまでの関係の継続に努めています。馴染みの美容院などへの対応は家族に協力してもらう場合もあります。	

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
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。	朝の運動ではお互いを励ましあう効果があります。日中のレクリエーションや作業、イベント共に過ごす中で関係ができていきます。		
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。	契約終了後でも、ご家族への助言や書類の手続きなど行っています。		
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。	介護保険の基本理念を掲示し、「利用者本位、自立支援、自己決定」を意識するようにしています。	好みの化粧品や菓子類の買物、畑での作物の栽培、散歩の場所、外食の希望など、利用者一人ひとりの意向を日々のケアの中で把握し、支援するように努めています。洋品などは家族に依頼するケースが多くなっています。	
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。	入所時に可能な限りご家族に協力していただき本人歴のシートを作成し、居宅サービス利用時のアセスメントもいただく様にして居ます。		
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。	集団でいられること（孤独でない）事とは別に趣味や興味に興じることや炊事の中でも認知や身体でできる事をやっていただいています。		

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。	ご利用者様ごとに担当者性を取っています。計画作成者は担当からの意見や視点・ご家族様からの情報も取り入れて計画に偏りの無いようにしています。	生活歴や認定調査票を基に家族の意向を勘案して、サービス計画書と週間サービス計画表を作成しています。職員はスタッフ意見ノートやケアチェック表で情報を共有しながら、現状に即した支援をしています。	
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。	申し送り・日々の記録を元に、注意点や予想をおこなっています。心情の変化や処方の変更などにも注意をしています。		
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。	個性を保てるように近隣の理髪店や美容室、買い物などに赴きます。外出・外泊などの準備もご家族に合わせて行っています。入退院や通院などご家族で対応できない場合、施設で対応しています。ご家族が多忙・不在のご利用者様に対して倫理上可能な範囲であれば金銭の管理、書類の整理や提出を行います。必要があれば成年後見人制度の申請をし、後見人と共にご利用者様を支援しています。		
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。	町内会や近接の介護施設、包括支援センターと2ヶ月ごとに定期的に話し合いを持ちお祭りなどの参加をさせていただいています。		
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。	入所前の主治医から法人の担当医師への情報提供が適宜行われます。入所後も検査や入院が必要な場合は対応させていただきます。	入居前からのかかりつけ医の情報は、的確に法人の担当医師に伝達して適切な医療を受けられるよう支援しています。また、今までのかかりつけ医師の診療を要する場合には、原則として管理者が通院の付添いをしています。	

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
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。	定期往診の看護師以外にも24時間訪問対応看護、定期的に来てくれる看護師に身体状況の情報をお伝えしています。看護師には平時の様子を知っておいてもらう事で早期発見・対応ができる様にしてあります。		
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。	近隣の病院からは入退院以外に入所の相談などもスムーズに行える様に理解してもらっています。病院の医師が定期往診に来てくれるケースもあります。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	看取りは行っていませんので本人・ご家族、担当医師、施設長と話し合いの場を設けて相談を行える様にしています。ご家族理解の元で医師、介護職員と訪問看護師との連携を行い適切な処置を行いながら適宜決定をしています。	重度化や看取りに関する指針を定めています。医師、看護師、家族などの関係者で協議し、希望に合わせて適切な支援をしています。家族が看取りを希望する場合には、グループホーム東小田医療連携体制（看取り）同意書を交わしています。	
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。	応急手当の講習については検討中です。		
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。	総合避難訓練を年2回行っている。近隣の消防に避難訓練での指導を受けたり部分訓練時に都度報告を行っている。	年に2回避難訓練を実施しています。水害を想定した災害避難計画書を検討作成中です。スプリンクラー、消火器などの配備も着実に行っています。災害時の飲料水や食糧などの備蓄については、本部主体で今後の課題としています。	事業所建物のケアビレッジ東小田を利用する全利用者・職員の3日分を目安とした飲料水・食糧・医療品などの備蓄確保も期待されます。

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。	接遇の改善として、お互いに言葉使いや身だしなみのチェックをしています。	利用者への声かけや対応、接遇について職員同士で注意喚起をしています。利用者一人ひとりの人格や思いを大切に考え、1日をどのように過ごしたいかを尊重しながら日々の支援をしています。	
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。	希望があれば対応しています。		
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。	希望があれば対応しています。		
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。	スタイルが一様にされないように理髪店に出かけご自分で注文して頂いています。		
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。	炊事は部分参加をお願いできるご利用者様に参加頂いています。片付けや配線準備も自立支援だと思っております。オープン型のキッチンですので参加できない場合も音やにおいで準備中の楽しさがあると思います。	食材を給食業者から調達し、福祉メニューを採用しています。週1回のパン食も好評です。また、ホームの畑で作ったトマトや胡瓜を収穫して提供しています。もやしのひげとりや大根おろし、ランチョンマットを拭くなど利用者も一緒に準備や片付けをしています。	

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。	食事量・水分量はバイタル同様の項目ですので平時との差や身体状況と共に量やバランスの配慮をしています。		
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。	自立支援としてご自身でできる限り行っています。歯科には通院か身体状況によって訪問往診でも行ってもらっています。		
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。	観察表を用いています。排泄のリズムが安定する様に便秘薬以外にもそのための工夫をしています。	排泄は健康管理と尊厳に関わることと職員は認識しています。タイミングよく声掛けをし、トイレへ誘導しています。利用者の体のリズムや排泄のパターンを把握し、一人ひとりに合わせて支援しています。便秘予防のために牛乳やヨーグルトを多く摂るよう工夫もしています。	
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。	利用者様の傾向を把握し、乳製品の提供やマッサージ、運動などでの解消をおこなっています。		
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。	今は午前中に入浴をしています。希望があれば対応します。	石油系の石鹸やリンスインシャンプーを使わず、植物系の入浴用品を使うなど健康や肌へのやさしさにも配慮しています。市販の入浴剤ではなく柚子や菖蒲などの自然のもので入浴を楽しめるよう工夫をしています。浴室は介護度が高くなった場合でも対応が可能な造りとなっています。	

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
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。	その都度の身体状況で自室で休んで頂きます。安定剤は身体に問題が無ければ極力使用して居ません。		
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。	個別にファイルを作り既往・現病歴や注意点が確認できる様になっていきます。その都度の変更や追加の理由がわかるようにしてあります。ダブルチェックで誤飲を防いでいます。		
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。	植物の世話や成長を眺め楽しむこと、歌謡や映画などの提供をしています。季節のマスコットをスタッフとさくせいしています。計算などは個人のレベルに合わせた物が用意されています。		
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。	近隣ならば付き添いや車いすでの介助をします。事前に計画が必要ですが法人の車両やタクシーが利用できます。	利用者は日常的に近くの商店街に散歩に出掛け、昔を思い出したり知人と挨拶を交わしています。ホーム内の畑や庭の野菜や植物でも季節の移ろいや収穫を楽しめるよう工夫しています。家族のもとへの外泊や希望に合わせて法人の「お出かけサポート」も利用しています。	
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。	個人管理ができるご利用者様にはお財布を持っていただいています。		

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。	電話をかける、取り次ぎの準備支援をしています。 ご家族への手紙の準備・投函をしています。ご家族からの手紙は目の前で開封するようにしています。		
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。	季節感を取り入れる小物や植物、季節ごとのイベントのポスター掲示をして当日の前より楽しんで頂ける様になっています。	リビングは広々と明るく風通しのよい共用空間です。利用者はお喋りをしたり雑誌や本を読み寛いでいます。一輪挿しに花を飾るなど季節感も採り入れています。多機能のテレビで行事のビデオや写真を観て、皆が楽しい時間を過ごせるよう工夫をしています。	
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。	席の配置で対応させていただいています。関係性を見ながら席の変更は随時行っています。		
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。	入居時にお持ち頂けないものは、様子を見てご家族に相談するか施設にある物を工夫して使います。レクリエーションで作った物や写真など。	室内には広めのクローゼットを設備していますが、馴染みのものやお気に入りの家具を持ち込みレイアウトすることもできます。家族の写真や手芸作品、絵画など一人ひとりの好みに合わせて飾っています。居室担当の職員が手伝いながら、居心地よく過ごせるよう居室を整えています。	
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。	共有にはわかりやすいように、されています。		

事業所名	グループホーム東小田
ユニット名	3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、生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。	介護保険制度の3つの理念に加えて地域密着型施設として地域との関わりを掲げて併せて4項目の理念となっています。朝の申し送り時に接遇と併せて復唱して理念の定着を促し実践しています。		
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。	公園や商店街への散歩・買い物にて地域との関わりをもっています。継続していけるように町内会への説明や施設の掲示板にて施設内の様子を外に表しています。		
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。	包括支援センターとともに、認知症サポートの講習や運動の講習を行いました。また町内・町内近隣の全介護事業者の地図を作成し町内チラシとして配布させてもらいました。		
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。	地域の実態として一人暮らしの方の把握、安否の確認・支援に結びつけた事もある。町内からの理解をしてもらおうにしている。単一事業所としてでは無く、他事業者も参加してもらい実際にの地域をどうしていくか考えています。		
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に取り組んでいる。	運営推進会議などで包括支援センター、市町村の高齢障害・生活保護などとのやりとりがあります。入居以外にも地域での見守りなどに参加しています。		

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。	マニュアルや運営規程に身体拘束の禁止が有り、新人研修や外部の講習会への参加をしています。実際に身体拘束を行ったことは無いがつなぎパジャマの導入を介護の対応の仕方の変更で中止にしました。		
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。	マニュアルを準備しています。外部の講習会を利用して受講し施設で共有しています、虐待は無い野ですが入浴時など観察を行うなど見過ぎしのチェックをおこなっています。		
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。	市長申し立てで後見人を立てるなど後見人制度を理解し使用して居ます。後見人とはご家族同様に連絡を行っています。		
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。	契約前に見学を行って頂き、契約時に重要事項説明書や看取りについての署名押印をいただいています。料金表以外の項目についても、契約前に十分に説明させていただきます。		
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。	言いたいことが直接言えない場合でも、入り口に意見箱を設けてあります。		

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。	毎月ホーム会議を行っています。その中でスタッフと施設の現状や問題点、目標や方針の確認を行っています。		
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。	スタッフには内部・外部の講習会の参加する案内をして意識や技術の向上してもらい、施設では処遇改善を行っています。		
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。	新スタッフが介護経験が無い場合でも安心して(特に夜勤)働けるように熟練者がついて指導します。新スタッフから見た施設の感想を改善に取り入れる事もあります。法人として初任者研修では倫理研修などを行っています。		
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。	法人内のGH会議を毎月行って情報交換や改善の取り組みを行っています。またデイサービスや小規模多機能など近接の施設との交流があります。		
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。	本人の歴史をご家族に紹介していただき、本人の気質なども考えながら、グループケアでの関わりのきっかけにしております。		

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
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。	申し込み相談の時点からお話を伺い、ご利用開始までにアセスメント作成時にご家族とお話を重ねて居ます。		
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。	見学をしてもらい、雰囲気を感じていただきます。グループホームをお探しでも在宅の可能性や他施設がよりよい選択があれば、無理に入所はさせずに再検討のきっかけを作ります。		
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。	職員と共に食事や洗濯は参加できる方には部分的でも参加してもらっています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	ご家族から昔得意だった物や好きな物をお持ちになっていただいています。なかなか訪問できない方には定期的に写真入りの広報をお送りさせていただいています。		
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よう、支援に努めている。	ご家族から特に指定がなければ、連絡先としてお知らせ・または電話の転送をさせてもらっています。来所に制限は時間以外はありません。		

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。	朝の運動ではお互いを励ましあう効果があります。日中のレクリエーションや作業、イベント共に過ごす中で関係ができていきます。		
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。	契約終了後でも、ご家族への助言や書類の手続きなど行っています。		
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。	介護保険の基本理念を掲示し、「利用者本位、自立支援、自己決定」を意識するようにしています。		
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。	入所時に可能な限りご家族に協力していただき本人歴のシートを作成し、居宅サービス利用時のアセスメントもいただく様にして居ます。		
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。	集団でいられること（孤独でない）事とは別に趣味や興味に興じることや炊事の中でも認知や身体の状態のできる事をやっていただいています。		

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。	ご利用者様ごとに担当者性を取っています。計画作成者は担当からの意見や視点・ご家族様からの情報も取り入れて計画に偏りの無いようにしています。		
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。	申し送り・日々の記録を元に、注意点や予想をおこなっています。心情の変化や処方の変更などにも注意をしています。		
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。	個性を保てるように近隣の理髪店や美容室、買い物などに赴きます。外出・外泊などの準備もご家族に合わせて行っています。入退院や通院などご家族で対応できない場合、施設で対応しています。ご家族が多忙・不在のご利用者様に対して倫理上可能な範囲であれば金銭の管理、書類の整理や提出を行います。必要があれば成年後見人制度の申請をし、後見人と共にご利用者様を支援しています。		
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。	町内会や近接の介護施設、包括支援センターと2ヶ月ごとに定期的に話し合いを持ちお祭りなどの参加をさせていただいています。		
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。	入所前の主治医から法人の担当医師への情報提供が適宜行われます。入所後も検査や入院が必要な場合は対応させていただきます。		

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。	定期往診の看護師以外にも24時間訪問対応看護、定期的に来てくれる看護師に身体状況の情報をお伝えしています。看護師には平時の様子を知っておいてもらう事で早期発見・対応ができる様にしてあります。		
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。	近隣の病院からは入退院以外に入所の相談などもスムーズに行える様に理解してもらっています。病院の医師が定期往診に来てくれるケースもあります。		
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。	看取りは行っていませんので本人・ご家族、担当医師、施設長と話し合いの場を設けて相談を行える様にしています。ご家族理解の元で医師、介護職員と訪問看護師との連携を行い適切な処置を行いながら適宜決定をしていきます。		
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。	応急手当の講習については検討中です。		
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。	総合避難訓練を年2回行っている。近隣の消防に避難訓練での指導を受けたり部分訓練時に都度報告を行っている。		

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。	接遇の改善として、お互いに言葉使いや身だしなみのチェックをしています。		
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。	希望があれば対応しています。		
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。	希望があれば対応しています。		
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。	スタイルが一律にされないように理髪店に出かけご自分で注文して頂いています。		
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。	炊事は部分参加をお願いできるご利用者様に参加頂いています。片付けや配線準備も自立支援だと思っております。オープン型のキッチンですので参加できない場合も音やにおいて準備中の楽しさがあると思います。		

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。	食事量・水分量はバイタル同様の項目ですので平時との差や身体状況と共に量やバランスの配慮をしています。		
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。	自立支援としてご自身でできる限り行っています。歯科には通院か身体状況によって訪問往診でも行ってもらっています。		
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。	観察表を用いています。排泄のリズムが安定する様に便秘薬以外にもそのための工夫をしています。		
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。	利用者様の傾向を把握し、乳製品の提供やマッサージ、運動などでの解消をおこなっています。		
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。	今は午前中に入浴をしています。希望があれば対応します。		

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。	その都度の身体状況で自室で休んで頂きます。安定剤は身体に問題が無ければ極力使用して居ません。		
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。	個別にファイルを作り既往・現病歴や注意点が確認できる様になっています。その都度の変更や追加の理由がわかるようにしてあります。ダブルチェックで誤飲を防いでいます。		
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。	植物の世話や成長を眺め楽しむこと、歌謡や映画などの提供をしています。季節のマスコットをスタッフとさくせいしています。計算などは個人のレベルに合わせた物が用意されています。		
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。	近隣ならば付き添いや車いすでの介助をします。事前に計画が必要ですが法人の車両やタクシーが利用できます。		
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。	個人管理ができるご利用者様にはお財布を持っていただいています。		

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。	電話をかける、取り次ぎの準備支援をしています。 ご家族への手紙の準備・投函をしています。ご家族からの手紙は目の前で開封するようにしています。		
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。	季節感を取り入れる小物や植物、季節ごとのイベントのポスター掲示をして当日の前より楽しんで頂ける様にしています。		
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。	席の配置で対応させていただいています。関係性を見ながら席の変更は随時行っています。		
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。	入居時にお持ち頂けないものは、様子を見てご家族に相談するか施設にある物を工夫して使います。レクリエーションで作った物や写真など。		
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。	共有にはわかりやすいように、されています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム東小田

作成日： 平成 26年 11月 17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	10	ご家族及び関係者との関係強化	個人別の対応の他に、施設でご家族を呼ぶ機会を増やしていきます。 ご家族様同士の関わり作りから初め、施設全体として意見を伺う機会を設けご家族の思いを把握し反映していきます。	初めはお茶会などから初め、意見交換が行いやすい雰囲気を作ります。スタッフは言うまでも無く、他ご家族様とも面識を持っていただくことで施設との関わりを深めてゆきます。ゆくゆくはご家族様にもレクリエーションに参加してもらえる様にしていきます。	12ヶ月
2	35	災害時の備蓄の確保	災害時においてインフラが途絶えた場合に備え、利用者・職員3日分の食料・飲料水・医療品の確保と管理を行います。	食料品・飲料水・医療品・その他の備品にたいして年内に最低でも1日分の確保を行います。保管する場所について倉庫や棚の増設なども行います。その後3日分の確保へととなります。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月