

平成27年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1473600938	事業の開始年月日	平成17年5月1日
		指定年月日	平成23年5月1日
法人名	(株)アイシマ		
事業所名	グループホームなでしこ		
所在地	( ) 神奈川県横浜市泉区和泉が丘1-27-24		
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28年1月2日	評価結果 市町村受理日	平成28年6月16日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0open>

### 【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)】

現在入居されている方は皆様お元気でなんでもご自分で行う事が出来ます。職員はそんな利用者様の自立した生活のお手伝いをしています。10年以上なでしこで生活されている方もまだまだお元気で掃除や洗濯などのご自分の家事はほとんどご自分で行っています。出来ない事も少しずつ増えていますが、出来る限り今まで通りご自分で行うことができるように職員は必要最低限の介助を行なっています。もちろん介助が必要な方には十分な介助を行ないます。また地域社会との繋がりを大事にするために、地区センターでの催しに参加したり近隣の小学校との交流を行っています。

### 【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28年2月8日	評価機関 評価決定日	平成28年5月25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、横浜市営地下鉄ブルーライン「立場駅」からバスで5分、バス停「原田」下車徒歩1分の所にあり、地域ケアプラザに隣接しています。事業所の理念に「笑顔とコミュニケーション」を掲げ、職員は何でも気楽に話ができる雰囲気づくりを大切に、利用者の日々の生活を見守っています。

<優れている点>

ホームの年度目標に「地域に開かれたホームにすること」を定めています。近隣の小学校との交流が続いています。生徒たちが、放課後気ままにホームを訪れ、利用者たちと絵や塗り絵をして楽しんでいます。ケアプラザで行われている老人サロンに利用者が気軽に参加し、地域の人たちとコーヒーを飲んだり、将棋をさしたりしています。町内会の夏祭りや地域清掃などの行事にも積極的に参加しています。顔馴染みになった地域の人に花造りを教えてもらい、居室のプランターで草花を栽培している入居者もいます。職員は、地域のキャラバンメイトに協力し、認知症への理解に努めるなど、利用者が地域とのつながりを大切にして、地域住民の一人としての生活が送れるように支援しています。

<工夫点>

職員は、利用者一人ひとりの身体状況に配慮し、前向きな力を活かした必要最低限の支援を心がけています。利用者は、掃除や洗濯も自分のものは自分で行い、食事の配膳や後片付けも、てきぱきと行っています。ミキサー食から刻み食へ改善したり、おむつからリハビリパンツに変更した利用者もいます。

### 【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	グループホームなでしこ
ユニット名	あい

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	月に1回以上開催するホーム全体の会議を通じて地域密着型サービスについての考えかたの共有を行っています。またケアプラザや近隣の小学校との交流、地域行事への参加を通じて地域密着の実践を行っています。	「笑顔」と「コミュニケーション」を大切にする、を理念に掲げています。2年前に職員全員で話し合い決めています。理念を掲示し職員の注意を喚起し、カンファレンスで理念を大切にしたい利用者支援ができていることを振り返り、理念の実践に努めています。	
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。	町内会へ加入し、地域の催しには可能な限り参加しています。また日常の散歩などを通じて近所の方と挨拶を交わしたり、近隣の小学校との交流を行っています	小学3年生の2クラスの生徒が、毎年ホームを訪問し利用者とは交流しています。夏祭りや地域清掃などの町内会行事に参加し、老人サロンにもよく出かけ、地域の人とも顔馴染みです。地域の人に花の育て方を教えてもらうなど、地域住民としての姿があります。	
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。	運営推進会議を通じて認知症の理解についてお話をさせていただいたり、地域ケアプラザと協力して認知症や介護保険に関する講習会を開催しています。また管理者が認知症サポーターキャラバンメイトの手伝いとして地域での認知症啓蒙イベントに参加したり、近隣の小学校で3年生に向けて認知症講座を開催、ホームでの実際に認知症の高齢者との交流を行っています。		
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。	2ヶ月に1回開催する運営推進会議では地域の方などへ利用者へのサービスの内容等をご説明させていただき、出席者から頂いたご意見を、サービス向上に活かせるように取り組んでいます。近隣との交流について、老人サロンを紹介してもらったり小学校との交流についての報告や意見を頂いています。また会議で交流の相談をした所ケアプラザのお祭りや認知症講座の講師として参加させて頂いています。	2ヶ月ごとに運営推進会議を開催し、地域包括支援センター職員や地域の民生委員などが参加しています。老人サロンへの参加や地域行事について話し合い、また、地域の認知症への理解が深まるように、キャラバンメイト等の活動について話し合っています。	
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。	運営推進会議や泉区の高齢支援課の担当者との連絡を密に行う事で、実際のホームでの取り組みや実状を報告相談しています。具体的には他事業者の開催する勉強会を紹介してもらったり、区の主催する感染症や防災に関する勉強会や講習会に参加させて頂いています。	区の高齢支援課や地域のケアプラザなどと連携し、キャラバンメイト活動を推進し、管理者が、民生委員向けの認知症講座の講師を務めるなどの活動をしています。また、グループホーム連絡会に参加し、感染症や防災等に関する研修会に参加しています。	

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。	社内や社外で開催される身体拘束に関する研修を受け、また職員にもカンファレンスを通じて知識を身につけてもらっています。日常的にも身体拘束をしない介護を実践しています。	身体拘束マニュアルを整備し、拘束をしないケアを実践しています。法人主催の勉強会では、身体拘束を取り上げ、レポートの提出を求め、意識の徹底を図っています。玄関の鍵はかけず、利用者は自由に外に出て、自分の洗濯ものを干したりしています。	
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。	社内や社外で開催される虐待に関する講習を受け、カンファレンスを通じて全職員に虐待に関する知識を身につけてもらっています。日々の介護の中でも虐待の無い介護を行っています。		
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。	成年後見制度について、実際に利用されている利用者があるため、後見人の方と密に連絡を取り合い、後見人制度についての理解を深め、スタッフ間で情報を共有できるようにしています。		
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。	契約時に、ご本人やご家族に対して重要事項説明書や利用契約書を時間をかけて説明を行い、納得していただいたうえでサービスの提供を開始するように心がけています。		
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。	日頃の生活の中での要望や不安、不満などは随時職員がヒアリングしてケアに反映するようにしています。利用者の体調の変化や身体機能の悪化等の状況を、電話や面会時等でこちらから報告しています。また、ご家族の意見や要望をケアに反映するように心がけています。	生活保護の利用者が多く、家族連携の維持に困難を伴う状況がありますが、家族とのつながりを大切にしています。家族の意見を尊重し、「本人の好むのど飴を与えて欲しい」、「ドライブの機会を増やしてほしい」といった家族の要望に応えるようにしています。	

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。	月に1回以上のケアカンファレンスを開催して職員の意見を聞く場を設けています。また常に疑問や提案は管理者や主任に対して行う事が出来るようにしています。事故などに対応するカンファレンスは常時開催をします。	毎月実施しているカンファレンスで、職員の意見や提案を確認し、施設運営に取り入れています。職員の意見を取り入れ、ケーキバイキングを実施したりしています。また、入居者同士の人間関係に配慮し、ユニットの変更行ったりしています。	
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。	人事考課を実施して職員の実力と実績を評価し、賞与などに反映しています。常に管理者が職員が意見などをしやすい雰囲気を作り、意見や提案があった場合には検討し運営に反映できるようにしています。		
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。	社内外の講習会や勉強会に参加できる環境の確保に努めています。また資格取得などの勤務などに関する支援も行っています。新人職員にはベテランの職員が付き指導を行います。		
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。	グループホーム連絡会や勉強会、交換研修、管理者がキャラバンメイトなどの集まりを通じて同業者との交流に努めています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前の面接時でのご本人の不安の無くす為に事前にご家族やケアマネジャーから情報を頂いて、ご本人が要望を話しやすい環境作りをしています。また入居時の不安を少しでも軽減できるようにご家族との連携をおこなっています。		

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
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。	ご家族の抱えている不安や悩み、疑問などを面談や電話での相談を通じてお話いただき、可能な限り対応し、どのような支援が出来るのかを詳しくお話しさせていただいています。施設とご家族の協力体制を作り不安や疑問をなくしていくようにしています。		
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。	ご本人やご家族とのヒアリングを通じてご意見やご要望を伺い、ご利用者様やご家族が必要としている支援を見極めて支援内容を協議決定しています。		
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。	ご利用者様の出来る事出来ない事を生活の中から把握することで、ご利用者様の生活を尊重した介護を提供できるように心掛けています。ご自分のできる事はそのまま出来る事を維持できるように支援を行っています。		
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。	ご家族はいつでも来所できる環境作りをしています。また定期的に報告を行いご家族とご利用者様の関わりが作れるように心掛けています。		
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。	ご利用者様の古くからのご友人がお気軽に来所で着る環境作りに努めています。また散歩や地域イベントなどに参加することで新たな地域のご友人作りができるように支援を行っています。	会社の同僚が毎年続けて訪問してくれる利用者や、宗教上の付き合いを長く続けている利用者がいます。職員は利用者の馴染みの人との関係が継続するように、来所しやすい雰囲気づくりを心がけ見守っています。	

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。	職員はご利用者様同士の関係性を理解し把握することで生活の中での助け合いや家事などを共同で行う環境作りをしています。具体的には一緒に散歩や買い物に出掛けたり、調理や掃除などの家事を職員を交えて共同で行えるようにしています。		
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。	契約終了後に退去された後も、ご本人やご家族が気軽に相談やホームを訪ねてこられるような環境作りに努め、必要に応じて支援できるようにしています。		
<b>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</b>					
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。	職員はご利用者様と会話をする機会を多く設ける事でご要望や不満などを把握できるように努めています。また日々の生活の中で一緒に散歩したりテレビを見たり食事をする事によって何気ない会話の中から食事などの嗜好や行きたい場所、欲しいもの、困っている事などを汲み取り、全体の会議などを通じて要望の実現や不満や不安が解消できるように努めています。	入居時及び3ヶ月ごとにアセスメントを行い、利用者のニーズの把握に努めています。また、日常生活の何気ない状況や言葉を、ケース記録に書き留め、個々の利用者の支援の内容を振り返り、個別支援計画の見直しに反映しています。	
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。	ご利用者様本人やご家族から情報を伺い、過去の生活歴や馴染みの暮らし方など把握するように努めています。また普段の会話の中から、故郷や以前に住んでいた場所の話等を伺い、会話することで馴染みの暮らし方や生活習慣など伺いケアに反映できるようにしています。		
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。	きっちりとした日々の生活スケジュールを設定しない事で、ご利用者様が各自ご自由に生活できるように支援に努めています。買い物やドライブなどの外出へのご要望については可能な限り対応できるようにしています。		

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
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。	月1回以上開催する各フロアでのケアカンファレンスでの各職員の気付きやご家族やご本人の要望などから介護計画の作成に反映するようにしています。また管理者は職員からの意見や提案について常時聞くことが出来る環境作りをする事で、アセスメントに情報を反映し、ケアプラン作成に生かせるようにしています。	3ヶ月ごとに個別支援計画を見直しています。個別支援計画の課題に沿ってモニタリングを実施し、達成状況を評価しています。明確になった支援ニーズ及びケース記録の内容をカンファレンスで検討し、次の個別支援計画に反映し利用者の同意を得ています。	
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。	毎日の生活の中での会話や動作などを記録して職員やご家族が情報を共有することで、介護計画の立案や見直しに活かすようにしています。		
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。	ご利用者様ご本人やご家族のニーズを把握し対応するように心掛けています。具体的にはご利用者様からの要望で押し花教室を開催しました。また、認知症に関する知識の啓蒙の場としてホームを活用したり、災害時の一時避難場所として庭の開放をし、共助の点からも多機能化に取り組んでいます。		
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。	地区センターやケアプラザ、近隣の老人サロンなどでの催し物への参加や、近隣の小学校との交流、散歩や買い物などに出掛けるなど、ご利用者様地域へ参加できるように支援を行っています。		
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。	利用者の状況に応じて協力医療機関の内科・心療内科から主治医を選択できます。また訪問看護、歯科、皮膚科の定期的な往診があり、必要に応じて総合病院や専門医への受診も行っています。	本人や家族の了承の下、全員が月2回協力医の往診を受けています。また、看護師・歯科医が週1回訪問しています。通院や入院の場合は職員が同行しています。医療連絡ノートを作成し職員間で共有し、家族とその都度連携をとっています。	



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
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回の訪問看護師の往診時に利用者様の健康状態の変化等を報告・相談を行い、緊急時には電話でも相談し主治医と連携して対応できるようにしています。		
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。	入院先の医師、看護師と随時連絡を取り合い、情報交換や相談に努め、入院中はできる限り、面会に行くように心がけています。		
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。	重度化した場合や終末期のあり方について、職員は社内研修を受け、主治医や看護師と相談協議を行い、ご本人、ご家族に事業所でできることを説明した上で、方針を決め支援を行えるようにしています。	ここ数年看取りの実績はありません。入所時「看取り看護の指針」の同意を得ています。看取りのケースが発生した場合は、主治医や看護師、家族、職員が連携し看取りを行う体制です。職員はターミナルケアに関する法人研修を受講しています。	
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。	利用者の急変時の対応について、社内外の研修への参加できる環境作りを行い可能な限り参加しています。また緊急時の対応マニュアルを作成し、職員が緊急時に冷静に対応できるように指導を行っています。		
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。	避難訓練は年2回実施しています。1回は消防署職員の立会いのもと、夜間を想定した訓練を行います。また、全職員の参加に取り組み地域の方への参加の依頼、運営推進会議において地域で何ができるかを話し合っています。	「緊急災害マニュアル」を基礎に、「火災発生その時どうする～最低限これだけは実施」のコンパクト版を作成しています。消防署立会の避難訓練に地域の人参加し協力体制づくりに努めています。3日分の食料・飲料水等を備蓄し、災害時に備えています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	ご利用者様一人ひとりの性格や人格、生活歴などを踏まえて、ご本人に適した声掛けを行えるように心掛けています。また職員とご利用者様との関係性を高めることでより信頼できる関係作りが出来るように勤めています。社内勉強会などでも倫理についての学習を行っておりご本人の誇りや尊厳を損なわないような対応を常に心掛けています。	年度初の社内研修に、「倫理」をテーマに人格尊重とプライバシーの確保、接遇について職員に周知しています。一人ひとりの個性の尊重が「押し花教室」「花づくり」「将棋指し」の仲間づくりへ発展しています。	
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。	ご利用者様が可能な限り自己決定をできる環境を作るように努めています。意思表示の困難な方の場合にはその方の立場に立って考え支援を行っています。また職員の都合で意思の誘導を行わないように指導しています。		
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、その目をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	ご利用者様の生活や行動のペースを把握し、ご本人のペースでご自分の意思で行動できるように必要な支援を行っています。ご利用者様の意思を伺い職員の都合で意思の誘導を行わないようにしています。		
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。	着替えの支援が必要なご利用者様の場合にはご本人の意見を聞きながら服を選ぶようにしています。ご自分で服を選ぶことが出来る方の場合にはも必要に応じて季節に合った服装ができるように職員がアドバイスをを行う事もあります。		
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。	当ホームでは食事のメニューは事前に決定されていない為、ご利用者様の要望などを伺いながら食事のメニューを決定しています。また可能な方には調理や配膳、食器洗いなどに職員と一緒に参加して頂いています。月に1回以上レストランでの食事やレストランからの食事の配達があり、プロの調理師が作ったものを召し上がっていただいています。	ホーム長の「食欲は生活の核」の考えから、食材の季節感を大切にした食事を提供しています。利用者は調理や配膳、下膳を日課で行っています。近隣小学生作成のランチョンマットが、寿司やケーキ、ランチパーティの楽しい雰囲気づくりに繋がっています。	

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
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。	ご利用者様の食事・水分摂取量は記録し職員が把握、職員間でも申し送りを行っています。職員と一緒に食事をすることで無理なく食事の介助や食が進まない方への声掛けなどを行えるようにしています。食事など摂取量が不足する方の場合には栄養補助食品などで必要な栄養を摂取して頂いています。		
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。	食後には口腔ケアの声掛けや必要な型には介助を行なっています。また週に1回訪問歯科の往診もあり口腔内のチェックやケア、指導を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。	排泄の記録をつけることで個人の排泄パターンを把握、それに応じて声掛けや誘導を行っています。また車椅子の方でも可能な限りトイレでの排泄ができるように支援を行っています。ご自分での排泄が困難な方の場合には定期的に尿取りパッドやオムツなどの交換を行っています。	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握し、トイレ誘導により自立でトイレに行けるように支援しています。おむつからリハビリパンツに変わったり、じょくそうでトイレに行けなかった利用者も、職員二人での介助によりトイレに行けるようになっていきます。	
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。	排便の状況を記録してチェックする事でご利用者様の便秘の状況を把握します。便秘の予防のために運動や食物繊維の多い食事の摂取など自然の排便ができるように支援をしています。また慢性的な便秘の方の場合には下剤を使用しています。		
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。	1日おきの入浴タイミングとなっておりますが、ご本人の要望に応じて入浴できるようにしています。必要な方には介助を行ないます。また冬場にはホームの庭でとれる柚子を使った柚子湯や入浴剤などで入浴を楽しんでいただけるように取り組んでいます。	入浴は2日に1回を基本としています。希望があれば毎日でも利用可能です。入浴順は利用者が話合っています。時々、ホームの庭に生るゆずや入浴剤を入れて楽しんでいます。介助なしの人も多く、その場合も時々声かけをしています。	

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
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。	ご自由にお部屋で休んでいただいています。家事や散歩などで身体を動かす機会を設ける事で夜間に良く眠れるような環境作りを心掛けています。		
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。	各利用者様のケース記録に最新の薬の説明書を入れており、職員が常に確認できるようにしています。薬の追加や変更等がある場合は、申し送りノートを利用して職員が把握できるようにしています。与薬のマニュアルを作成しそれに沿って服薬支援を行っています。		
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。	覚悟利用者様のADLや要望に合わせて掃除や配膳、洗濯、裁縫など役割を持っていただき張り合いのある生活が送れるように支援しています。またご要望に応じて散歩や買い物、将棋などのゲーム、地域の行事への参加など気分転換が出来るよう支援を行っています。		
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。	ご利用者様の要望に応じて散歩や買い物、ドライブ、地域行事への参加、レストランへの外食など外出する機会を設けています。毎月音楽療法やレストランでの食事会など外出があり、また行事計画を立てて各種イベントや行楽地への外出も行っています。	日常的な散歩や近くのいこいの家デイサービスセンターへコーヒーを飲みに行ったり、月一度の外食や音楽療法へ出かけたりしています。また、希望によりドライブで買物にも同行しています。散歩に行けない場合は、ホームの庭で外気浴をすることもあります。	
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。	基本的にお金はホームで管理していません。買い物に一緒に行った時は、立替で購入したりご自身で支払いができるよう支援をしています。		

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
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。	ご本人のご希望があれば、ご家族やご友人に電話をかけて頂いています。また、ご家族やご友人との年賀状や手紙のやりとりの支援も行っています。		
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。	共用空間であるリビングなどには毎月季節感のある飾り付けを行います。この飾り付けについてはご利用者様と職員と一緒に作成を行っています。玄関などには鏡餅や雛人形などご利用者様と一緒に飾り付けを行います。また交流のある小学生の作った飾りなどの掲示も行っています。	リビングには、食卓テーブルやテレビ、新聞閲覧などの憩いの場があります。壁面に利用者と職員で作った季節の飾りつけや、近隣小学生の紹介カードが貼られています。居間、浴室などバリアフリーの共用空間は淡い色彩です。床暖房で居心地良く過ごせます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	ご利用者様には一人ひとりのお気に入りの居場所があり、そこでテレビや新聞、本を読むなど好きな事をして過ごす事が多いです。利用者様同士が会話したり、職員との会話が楽しめるような環境作りに努めています。		
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。	各居室には自宅からの持ち込み品を大事にし思い入れのある鏡台やタンスなどを持ち込んで頂いています。散歩でつんできた植物や購入した鉢植えなどを飾っている方もいらっしゃいます。またご自分のお好きなぬいぐるみや切抜きを壁に飾ったりベランダやお部屋の中に植物を育てたり自由で楽しいお部屋を作っていただいています。また自分で体温調節ができない利用者の方に対しては、お部屋の温度管理や湿度の数値に注意しています。	居室は一人ひとりの思いを大切にしている。個性的です。入所前からの趣味のカレンダーや切り絵を壁に貼ったり、思い出の写真、ぬいぐるみ、押し花作品を飾ったり、多くの鉢植えで植物を育てたりと多彩です。職員は温度調節にも気をつけ快適な部屋にしています。	
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。	なでしこでは廊下やトイレ、浴室等には手すりを設置し各フロアもフラットになっておりバリアフリー化されています。また階段を利用される時は見守りや一部介助を行い、階段を使えない方にはエレベーターを使用して安全に配慮し昇降して頂くなど、自立した生活が送れるようにしています。		

事業所名	グループホームなでしこ
ユニット名	まこと

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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<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)	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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	ホーム会議を月に1回以上開催し、地域密着型サービスに関する考え方や理念の共有を行っています。また、地域行事への参加や、地域の方が参加できるホームでの行事の開催などで地域密着型サービスの実践を行っています。		
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人として日常的に交流している。	事業所として町内会に加入し、盆踊り、防災訓練、防犯パトロール、環境整備、草刈など地域の催しに利用者に参加したり、散歩やホーム行事を通じて地域の方との交流を図っています。		
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。	運営推進会議などで、認知症に対する理解についてお話させていただいたり、地域の方からの相談や問い合わせ、随時見学にも丁寧に対応しています。また、地域でのお祭りや清掃などに参加し認知症の方と共に過ごし、理解して頂く機会を設けています。		
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。	2ヶ月に1回開催する運営推進会議では地域の方などへ利用者へのサービスの内容等をご説明させていただき、出席者から頂いたご意見を、サービス向上に活かせるように取り組んでいます。会議で交流の相談をした所々アツザのお祭りや講師として参加させて頂いています		
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。	運営推進会議や泉区の高齢支援課の担当者との連絡を密に行う事で、実際のホームでの取り組みや実状を報告相談しています。具体的には他事業者の開催する勉強会を紹介してもらったり、区の主催する感染症や防災に関する勉強会や講習会に参加させて頂いています。		

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
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。	研修や社内勉強会などで、身体拘束について学び知識を得るように努めています。また、カンファレンスを通じスタッフ間で知識を共有し、身体拘束をしないケアを実践しています。		
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。	研修や社内勉強会などで、虐待に関して学び知識を得るように努めています。また、カンファレンスを通じスタッフ間で知識を共有したり、スタッフの精神的な面でのケアに注意を払うように心がけています。		
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。	現在、成年後見制度を利用されている利用者があり、後見人の方とは日ごろより密に連絡を取り合うなどしています。また、成年後見制度についての理解を深め、スタッフ間で知識の共有ができるように努めています。		
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。	契約時に、利用者やご家族の不安や疑問をなくすために、重要事項説明書や利用契約書の説明には細心の注意を払いながらゆっくり時間をかけ、納得していただいたうえでサービスの提供を開始するように心がけています。		
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。	日頃の生活の中での要望や不安、不満などは随時職員がヒアリングしてケアに反映するようにしています。利用者の体調の変化や身体機能の悪化等の状況を、電話や面会時等でこちらから報告しています。また、ご家族の意見や要望をケアに反映するように心がけています。		



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。	日頃より、スタッフの意見や提案を聞き、すぐに対応できることから対応しています。また、毎月開催する会議では、スタッフには積極的に意見や提案をしていただいています。		
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。	人事考課を行い、職員の実績を評価し賞与等に反映させています。また、スタッフの業務における不満や不安の解消に努めるなど、やりがいを持って働けるような職場環境、条件の整備に取り組んでいます。		
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。	法人内外での研修には、常に参加できる環境の確保に努めています。また、介護技術、専門的な部分で分からないことがあれば、その都度、上司が回答できる機会を作るよう心がけています。		
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。	グループホーム連絡会や勉強会、交換研修等の場を通じて同業者との交流を行っています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	初回面接時には、事前にご家族や介護支援専門員より頂いた情報を活用し、ご本人が不安にならないように努めています。また、ご本人が要望を話しやすい環境作りを心がけ、安心してサービスを受けて頂ける体制を整えるようにしています。		

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
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。	ご家族が現在抱えている不安や悩み、疑問を話していただき、可能な限り理解に努め、どのように支援していけるかを詳しくお話しさせていただくよう心がけています。		
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。	ご本人とご家族の意見を尊重し、必要としている支援を見極め、支援していくうえで必要なサービスの提供ができるような体制の整備に努めています。		
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。	ご本人の生活を尊重し、できること、できないことを把握したうえで、お手伝い頂けるところは手伝っていただいています。そして、してあげるだけの一方的な支援にならないように努めています。		
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。	ご家族に、いつでもホームに来ていただけるような環境を作り心をかけています。また、ご家族の状況を踏まえたうえで、可能な限り協力していただけるような関係作りに努めている。		
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。	ホームに訪ねて来られる馴染みの人との関係を大事にさせていただくと同時に、そのための環境作りに努めています。また、遠方のご家族等との電話や手紙のやり取りの支援に努めています。		

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
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。	職員はご利用者様同士の関係性を理解し把握することで生活の中での助け合いや家事などを共同で行う環境作りをしています。具体的には一緒に散歩や買い物に出掛けたり、調理や掃除などの家事を職員を交えて共同で行えるようにしています。		
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。	契約終了後に退去されてからも、気軽に相談やホームに訪ねてこられるような環境作りに努め、必要に応じて支援できるようにしています。		
<b>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</b>					
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。	スタッフは日頃より、利用者とは会話する機会を積極的に作り、ご本人の思いを把握するように努めています。また、意思表示の困難な方は、性格や生活習慣、表情等より思いをくみ取れるように努めています。		
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。	ご利用者様本人やご家族から情報を伺い、過去の生活歴や馴染みの暮らし方など把握するように努めています。また普段の会話の中から、故郷や以前に住んでいた場所の話などを伺い、会話することで馴染みの暮らし方や生活習慣など伺いケアに反映できるようにしています。		
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。	きっちりとした日々の生活スケジュールを設定しない事で、ご利用者様が各自ご自由に生活できるように支援に努めています。買い物やドライブなどの外出へのご要望については可能な限り対応できるようにしています。		

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
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。	月1回以上開催する各フロアでのケアカンファレンスでの各職員の気付きやご家族やご本人の要望などから介護計画の作成に反映するようにしています。また管理者は職員からの意見や提案について常時聞くことが出来る環境作りをする事で、アセスメントに情報を反映し、ケアプラン作成に生かせるようにしています。		
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。	ホームでの日々の生活の中で、利用者に変化がある場合は個別記録に記入し、スタッフやご家族と情報を共有しています。そして、介護計画の作成や見直しに活かすようにしています。		
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。	ご本人が所属する団体の座談会に参加を支援するなど、ご利用者様ご本人やご家族のニーズを把握し対応するように心掛けています。また、認知症に関する知識の啓蒙の場としてホームを活用したり、災害時の一時避難場所として庭の開放をし、共助の点からも多機能化に取り組んでいます。		
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。	近隣の商業施設等への買い物や、隣接するケアプラザでの催しへの参加など、ご本人の意向を元に地域資源の活用を心がけて、安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援を行っています。		
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。	協力医療機関の2つの医院から利用者の状況に応じて主治医を選ぶことができます。また、訪問看護や歯科、皮膚科の往診や、必要に応じ総合病院や専門医への受診も行っています。		

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
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回の訪問看護師の往診時に、利用者の状態やその変化等を報告、相談し、必要に応じて電話でも相談して対応できるようにしています。		
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。	入院先の医師、看護師等と随時連絡を取り合い、情報交換や相談を行うように努めています。また、入院中はできる限り面会に行くように心がけています。		
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。	重度化した場合や終末期のあり方についてスタッフは社内勉強会等で学び、主治医や看護師と話し合いを行い、ご本人とご家族に事業所でできることについてご説明します。その上で、方針を決定し支援を行えるようにしています。		
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。	社内勉強会や研修等で救急対応について学ぶ機会を設けられているので、できる限り参加できる環境作りを心がけています。また、対応マニュアルを作成し、スタッフが冷静に対応できるように指導しています。		
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。	年2回避難訓練を実地しています。そのうち1回は消防署員立ち合いのもと実地し、全職員の参加に取り組んでいます。また、運営推進会議において地域でなにができるかを話し合っています。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	ご利用者様一人ひとりの性格や人格、生活層などを踏まえて、ご本人に適した声掛けを行えるように心掛けています。また職員とご利用者様との関係性を高めることでより信頼できる関係作りが出来るように勤めています。社内勉強会などでも倫理についての学習を行っておりご本人の誇りや尊厳を損なわないような対応を常に心掛けています。		
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。	利用者ご本人ができる限り思いや希望を表現し自己決定できる環境作りに努めています。また、意思表示が困難な方の場合には、その方の立場になって考え、支援を行っています。		
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。	ご利用者様の生活や行動のペースを把握し、ご本人のペースでご自分の意思で行動できるように必要な支援を行っています。ご利用者様の意思を伺い職員の都合で意思の誘導を行わないようにしています。		
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。	着替えの支援が必要な方にはご本人の意見をお伺いしながら服を選ぶようにしています。ご自分で選べる方には必要に応じてスタッフがアドバイスし支援しています。		
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。	食事のメニューの要望をお伺いしたり、一緒に調理を行うことで食事への楽しみを持っていただけるようにしています。また、レストランへ食事に行く場合にも、メニューを選んでいただけるように支援しています。		

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。	毎食ごとに各利用者の食事、水分摂取量を記録し申し送りでスタッフ間で把握するようにしています。また、ある程度の偏った食事をされる方には声掛けを行いバランスよく召し上がっていただくように努めています。		
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。	毎食後にご本人の状態に合わせて口腔ケアの介助を行っています。また、週1回の訪問歯科の往診時に口腔内のケアやチェック、指導をいただいています。		
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。	各利用者の排泄の記録をすることで排泄パターンを把握し、それぞれに合ったタイミングでの声掛けや誘導をおこなっています。そして、可能な限りトイレでの排泄ができるような支援に努めています。		
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。	体操や散歩への参加や食物繊維の多い食事の摂取等で、できる限り自然な排便が行えるように支援しています。また、慢性的な便秘の方には医師との相談のもと、下剤を使用させていただいています。		
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。	基本的には1日おきに入浴をしていますが、ご本人のご要望に応じて入浴ができるような環境作りにも努めています。また、柚子湯や菖蒲湯、入浴剤等を使用し入浴を楽しんでいただいています。		

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	休息を希望される方には自由に居室に戻っていただき休息していただいています。また、昼間に散歩等で体を動かせる機会を設けて夜間に気持ち良く寝ていただけるような環境作りに努めています。		
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。	ケース記録に利用者の薬の説明書を入れて、スタッフがいつでも確認できるようにしています。また、薬の追加変更の際には申し送りノートを利用しスタッフが把握できるようにしています。		
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。	掃除や配膳、裁縫などのお手伝いができる方には自発的に行っていただいています。また、買い物やDVD鑑賞等で気分転換できるような支援を行っています。		
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。	日常的に買い物や散歩、外出等の支援を行っています。また、行事計画を立てて地域行事や行楽地への外出も行っています。行事に関しては月に1回以上のホーム内外の行事やご利用者様の誕生会などを実施しています。		
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。	基本的にはホームでお金を管理しています。一緒に買い物へ行った際には支払いができるように支援しています。		



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。	ご本人のご希望があれば、ご家族やご友人に電話をしたり、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。	共有空間は可能な限り清掃を行い清潔を保ち、季節感のあるイラスト等の装飾や空調での室温管理などで、いつでも居心地よく過ごしていただけるように努めています。食事の時には心地よい音楽を流すなど工夫しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングのソファやテーブル席で、会話や読書、新聞やテレビ等、一人一人の利用者が思い思いに過ごせるように支援しています。		
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。	思い出の品を自宅から持ち込んでいたり、ポスターを貼ったり、植物を置いて鑑賞できるようにしていただいたり、ご本人が居心地よく過ごせるようにしています。また、温度調節が困難な方にはお部屋の温度管理に注意をしています。		
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。	廊下やトイレ、浴室等に手すりを設置し、床は段差がないようになっています。また、階段利用時には見守りや一部介助で安全に配慮し、自立した生活が送れるようにしています。		

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームなでしこ

作成日： 平成28 年 4月 15 日

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	2	現状でも地域のイベントへの参加や近隣の小学校との交流など、地域との連携を行っているがさらに深化させたい	開かれたホームとして地域の人々と連携したイベントの実施や認知症理解の普及などに努める	餅つき大会の実施やホームの施設開放の開催、ケアプラザと連携した認知症理解に関するイベントへの協力を行う	12ヶ月
2	49	日常的な外出支援について、現状でのニーズの把握や買い物やドライブなど希望に沿った外出支援を行っているが、さらに深く満足できる外出支援を行って行きたい	日常会話からのニーズ把握と実行するために必要な計画の立案と実施をスムーズにできる。	各職員が意識して利用者との対話の中から要望を把握、ホームや会社の持つ資源を活用して外出支援を行う。簡単にニーズを発見・検討・実行できるようにフローチャートやチェックシートを作成し実施する	6ヶ月
3	35	災害支援について、年2回の避難訓練を行っているが、近年の大地震などの大規模災害などについての理解と備えが不足していると感じられる	災害時でも落ち着いて避難誘導や備蓄品などを利用して安心した日常生活を送れるようにする。近隣の住民の理解を深め協力体制を作る	災害を想定した訓練の実施とマニュアルの整備を行う。会社全体での災害の備えについて職員全体が理解できるようにカンファレンスを実施する。運営推進会議などを通じて町内会や近隣住民との相互協力についての話し合いを行う	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月