

平成30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	(245-0022) 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31年1月5日	評価結果 市町村受理日	

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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)】

なでしこ入居者の皆さまは非常にお元気で、様々なことをご自身で行われています。職員はそのお手伝いをさせていただいています。地域との交流も盛んに行っており、毎月開催している認知症カフェ「ぼかぼかサロン」や毎週水曜日に駐車場に移動スーパーを誘致して入居者様と地域の方が一緒に買い物し交流できるようにしています。近隣の小学校との交流も継続して行っており、放課後の施設開放や授業での交流などを行っています。管理者が地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており、地域行事や地域の福祉計画への積極的な参加をしています。なでしこの行事を地域の行事として地域の方と共同で様々なことを行っています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年2月7日	評価機関 評価決定日	平成31年4月20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、小田急江ノ島線、相鉄いずみ野線、横浜市営地下鉄ブルーラインの「湘南台駅」東口よりバスで10分ほど乗車し、バス停「原田」を下車してすぐの通り沿いで、芝生の広場と広い駐車場のある2階建て2ユニットのグループホームです。運営法人は横浜市泉区・瀬谷区を中心に数多くのグループホームや各種の介護事業などを展開している株式会社です。

<優れている点>

管理者が地区社会福祉協議会の広報担当常任理事で、地域の人々と積極的に交流しています。地域共同企画として近隣の地域ケアプラザと月に1回「ぼかぼかサロン」を開催しています。開催場所として、事業所内や事業所の芝生広場、駐車場または地域ケアプラザを使用しています。流しそうめんの時には、区社会福祉協議会より野菜、地域ケアプラザより麺、事業所は場所と資材を提供しています。ハロウィンには、連合自治会、地域ケアプラザと共催し、児童に菓子を配る「事業者マップ」を作成し、訪問してきた小学生に菓子を手渡しています。

<工夫点>

管理者が認知症サポーターキャラバンメイトに参加し、近隣の小学校で認知症サポーター養成講座の講師をしています。また、横浜市の生活支援整備事業の一環として「移動スーパー」が事業所の駐車場に来て開いたり、様々な方面との関係を築いています。

【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している。 (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、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 a		○	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。	毎月開催しているホーム会議を通じて事業所の理念や地域密着サービスの考え方の共有を行っています。地区社会福祉協議会に常任理事として参加して地域に密着した福祉活動の一端を担っています	理念をリビング、事務所に掲示しています。管理者は、理念に沿わないような支援があった場合、その都度、指導しています。その他、月1回のカンファレンス時にも理念の振り返りを行っています。	
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員として日常的に交流している。	町内会への参加しており、地域行事への積極的な参加をしています。管理者が地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており地域の福祉や多世代間交流を実践しています。近隣の小学校との交流も継続しており、授業・放課後の施設開放などを行っています。駐車場に移動スーパーを誘致して地域の方の買い物の場を提供するとともに入居者と地域の方の交流の場を設けています。毎月、認知症カフェを開催しており地域の方と一緒にイベントを実施しています。	町内会に加入しています。管理者が今年度より区社会福祉協議会の広報担当の常任理事に就任し、地域との関わりを深めています。近隣の地域ケアプラザや区社会福祉協議会、連合自治会、小学校などとも共催事業を企画し、実施しています。3ヶ月に1度、町内会の清掃活動に参加しています。	
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。	認知症サポーター養成講座の開催や認知症カフェの実施、小学校への認知症啓蒙活動、なでしこの行事を地域の方と一緒に実施することにより実際に認知症の方と一緒に過ごして頂き実際の理解を深めていただいています。地域の認知症の方もこれらの活動に参加していただいております。地域・ケアプラザや介護施設へのつながりを作っております。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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ヵ月ごとに運営推進会議を開催し地域の方や地域ケアプラザの方、キャラバンメイトのメンバーにホームの活動やサービス内容などの説明を行い評価やご意見をいただいております。ホームとケアプラザ共同のイベントやホーム独自のイベントなどについて話し合ったり地域行事やボランティアの受け入れについて話し合いなども行っています。	2ヶ月に1度単独で開催しています。運営推進会議の参加者は、地域包括支援センター職員、オーナー、区社会福祉協議会々長などです。会議では、事業所の共催事業や事業所行事について説明しています。	会議への参加の呼びかけがオーナーと区社会福祉協議会の会長のみです。多くの地域の人々などに参加を呼び掛けるような体制作りも期待されます。
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。	泉区高齢支援課担当者とは運営推進会議だけでなく、電話やメールなどで連絡を取れる体制があります。また高齢支援課からの看護学生などの見学の受け入れなども行っており協力体制がとれています。地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており、地区・区・市社協とも連携してイベントなどを実施しています。	横浜健康福祉局と泉区生活支援課の事業として、ひきこもりの人の社会復帰のための就労支援のボランティアの受け入れが決定しています。管理者が区社会福祉協議会の理事や認知症サポーターキャラバンメイトに参加し、市や区の担当者と交流をしています。	

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
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。	身体拘束委員会を社内に発足、定期的に自己チェックの実施、社内研修の開催をしており、職員の身体拘束に関する知識を付けるとともにお互いに指摘できるように努めています。玄関の施錠に関しては障害者施設の事件があったことから防犯のために施錠をしています。	「身体拘束マニュアル」を整備しています。今年度、「身体拘束等適正化のための指針」が策定され、法人は「身体拘束等適正化委員会」を立ち上げて3ヶ月に1度開催しています。管理者は、その結果をホーム会議で伝え、話し合っています。	
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。	虐待についても身体拘束とともに定期的に自己チェックを行っています。また定期的に社内研修の開催を行っています。お互いに施設内での虐待が行われていないか指摘できる環境づくりに努めています。		
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。	成年後見制度を活用されている利用者様があり、後見人とは毎月面談し報告相談を行っています。カンファレンスには後見人の方も参加し職員と一緒に該当利用者様のことを話し合っています。		
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。	ご本人・ご家族に対し契約時にお互いに契約書を持ち読んで確認することで重要事項説明書や利用契約書の説明を行っています。納得して頂いた上でサービス提供を開始するように心掛けています。		
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。	利用者様の様子については訪問時や電話などで定期的にお伝えしています。またご家族の要望などを伺いサービスに反映できるように心掛けています。最近入居された方はあまりご自分の要望を職員に伝えないということでしたが、当ホームに入居されてからは明るく職員ともよく会話されており、ご自分のご要望を表すことが出来ています。またそれを反映することで入居時よりも出来ることが増えておりご本人・ご家族ともに満足されています。	「苦情・相談マニュアル」「苦情対応マニュアル」を整備し、「苦情・相談記録票」が作成されています。玄関には、横浜市福祉調整委員会のポスターと「なでしこからのお知らせ」と題して苦情窓口のチラシを掲示しています。管理者は、事あるごとに家族に電話で利用者の様子を伝えています。家族が面会に来た時には、気軽に要望や意見などを聞いています。	

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
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。	月一回以上ホーム会議・ケアカンファレンスを開催して職員の意見・疑問を話し合う機会を設けています。普段から疑問や提案を管理者が聞く環境づくりに努めており疑問などはすぐに解決できるようにしています。事故が起きた場合には即カンファレンスを実施するように努めており、原因の究明・防止策について話し合っています。	管理者は、日頃から話しやすい雰囲気作りをしています。職員は、物品購入など提案や意見など気に掛かった事を直ぐに管理者に伝え、管理者は対応しています。月1回のユニット会議では、職員から意見などを聞き、話し合っています。管理者は、職員と個人面談も行っています。	
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。	人事考課やステップ別評価を実施して職員の能力や実績を客観的に評価しています。また職員からの提案や意見をしやすい雰囲気を作り常時受け付けて疑問や改善提案についてはすぐに解決できるように努めています。		
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。	社内で実施される研修会や勉強会に参加できるように促しています。また会社で定めた社員のステップに合わせて研修に参加してもらっています。希望がある場合には社外の研修にも積極的に参加してもらっています。		
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。	グループホーム連絡会、地域の専門施設連絡会に参加したり講習、勉強会、交換研修な同業者との交流に努めています。また管理者がキャラバンメイトに参加して同業者との交流を行っています。		
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。	入居前にはホーム見学や面談を行いご本人の要望を伺っています。居室では使い慣れた家具などをお持ちいただいたり、食べ物の好物や趣味などを伺ってホームでどのように実践できるのかをお話ししています。また入居に際しての不安などについても出来る限り質問にお答えして不安を軽減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
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。	ご家族との面談時にご家族のご要望や不安などをうかがい可能な限り解消できるように心掛けています。またホームでできることやご家族に協力して頂きたいことを事前に話し合いホームでの生活に不安がないようにしています。ホームにはお気軽に訪問できるように普段から報告などで会話するように心掛けています。		
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。	入居前の面談や見学などでご本人・ご家族がどんなサービスを希望されているかを伺っています。ホームで実現できることについては入居時から対応できるように準備を行っています。具体的には、最近入居された方は入居前には杖で歩く事も難しい状態でしたが、ホームで用意した補助具を使用して自由に歩けるようになり、その後補助具なしでも歩く事ができるようになりました。これによって近くの図書館に大好きな本を定期的に借りに行くことが可能になりました。		
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。	毎日のホームでの生活の中でご利用者様のできる子と出来ない事を把握して必要な支援の提供を心掛けています。可能な限りご自身のことはご自身でできるように必要最小限の介助を行なう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。	いつでもお気軽にご家族が来所できる環境作りに努めています。お電話などを通じて定期的にご本人の様子をお伝えしてご家族と利用者様の関わりが作れる環境作りに努めています。		
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。	古くからのご友人がお気軽に来所できる環境作りに努めています。また散歩や地域行事などを通じて地域の方と交流したり、下和泉小学校の子供達に放課後のホーム解放を行い交流を実施する事で後利用者様が地域でも馴染みの関係が作れるように心掛けています。ホームの行事を地域の方と共同で行い入居者と地域の方が一緒に活動して交流しています。	近所に住んでいた知人が面会に来ています。利用者へ届いた贈り物の礼状や年賀状の返信を支援しています。以前良く食べていた甘納豆を、鎌倉にある店まで買いに他の利用者と一緒に外出したり、編み物が好きな利用者が毛糸を買いに出かけ、編み物を楽しんでいます。	

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。	日々の生活の中でご利用者様同士の関係性を職員が理解・把握することで、職員が間に入ったり一緒に散歩やレクを行う事でご利用者様同士が円滑に仲良く支えあえる環境となるように努めています。		
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。	契約終了され退去された方ご本人やご家族が気軽にホームを訪問されたり相談できるような環境作りを行い、必要に応じて支援できるように努めています。		
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。	日々のホームでの生活の中で、職員は利用者様との会話を常に行い何がしたいかなどの要望を伺うように心掛けています。また可能な限りケアに反映できるようにしています。具体的には食べたい物を伺ってメニューに反映したり、ほしいものを一緒に買い物にいたり、行きたい場所などを伺い企画を立てて実際にいってみるなど行っています。	職員は、利用者の話をよく聞いて、話を合わせてコミュニケーションを図るようにしています。利用者の日々の雑談の中から意向を聞き取っています。希望が叶う事で、買い物に行きたい事や鎌倉に行きたい事など、利用者は自身の意向を良く話すようになって来ています。	
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。	ご家族やご本人から過去の生活歴や馴染みの暮らし方などの情報を伺い、職員全員が把握できるように努めています。		
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。	ご利用者様が各々ご自由に生活できるように可能な限り努めています。基本的に強制的なイベントやレクリエーションなどはなく個別にしたいことなどを尊重して実施しています。また散歩や買い物、近くの図書館へ本を借りに行くなどの外出支援についても可能な限り対応できるように努めています。		

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
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。	月に1回以上全体・各フロアでのカンファレンスを行い利用者様の課題や問題などについて話し合っています。何か問題点やご本人からの要望や提案があった場合にはその都度話し合いケアに取り入れるようにしています。また普段のご様子などの情報共有は申し送りなどで常に行っています。これらを元にして介護計画に反映するようにしています。	毎月のケアカンファレンスで職員から意見を聞き、ケアプランの評価を行っています。モニタリングシート、アセスメント表を作成した後、看護師や医師の「医療連携ノート」を確認し、歯科医師の「施設口腔ケアマネジメント計画書」なども見て3ヶ月ごとにケアプランを作成しています。	
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。	ご利用者様の毎日の生活の動作や会話などを記録を行い職員・ご家族で情報共有しています。またその記録の中から情報を把握して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。	日々のホームでの生活の中の気付きやご本人・ご家族のご要望などからニーズを把握し可能な限り対応できるように心掛けています。一人一人にご要望が違う為、ご本人の要望にあったサービスが実施できるように努めています。		
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。	ご利用者様が地域の一員として活動できるように支援を行っています。実際にホームで地域行事を開催してたくさんの地域の方が参加、その中に入居者のみなさんが一員として参加されており、地域の方の一人として活動し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、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。	ご利用者様の状態に応じて内科・心療内科から主治医を選択できます。訪問看護による週1回の健康チェックや訪問歯科や皮膚科による定期的な往診も実施しています。整形外科に関しては都度受診を行っています。緊急時や訪問診療でも対応できない場合など必要に応じて協力医療機関である総合病院や専門医での受診を行っています。	利用者は、内科と心療内科の往診を月2回受診しています。主治医と事業所は電話・メール・FAXで連絡を取り合い、情報共有に努めています。事業所・主治医、訪問看護師で医療連携ノートを作成し、職員へのケアに生かしています。歯科・皮膚科の往診もあります。	

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
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。	訪問看護による週1回の健康状態のチェックを実施しています。健康状態に変化があった場合や事故が発生した場合などには常時電話などで連絡・相談を行い主治医や専門医との連携もとれ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。	協力医療機関や総合病院の医師・や看護師と情報交換や相談を行い、随時連絡をとることで退院後も安心して生活できるように心掛けています。会社として協力医療機関とは医療連携会議を行い情報交換を行っています。		
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。	重度化や終末期のあり方について社内外の研修や勉強会、ホームでのカンファレンスを通じて知識を身につけるようにしています。実際に重度化などの場合には主治医や看護師と相談や協議を行って、ご本人・ご家族に事業所としてできることを説明させていただいています。その上で方針を決定し支援を行っていきます。	看取りの実績があります。管理者と主治医は段階に応じて家族に説明しています。主治医・看護師には夜間の対応も依頼しています。ターミナルケアマニュアルを作成し、職員研修を行っています。家族に対するケアについても学んでいます。	
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。	ご利用者様に急変があった場合には、定められたマニュアルに沿って対応を行っています。また社内外の研修に参加できる環境づくりをしており可能な限り職員には参加してもらい知識をつけてもらっています。		
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。	年に2回以上の火災や防災の避難訓練を実施して有事に対応できるように努めています。2回のうち1回以上夜間を想定して訓練を行い緊急時に備えています。地域の防災訓練などにも可能な限り入居者や職員が参加するようにしています。	年2回避難訓練を行っています。消防署の指導に従って避難計画を立て、訓練で再確認しています。緊急災害マニュアルを作成しています。食料・水・ランタン・毛布・防寒シート・ブルーシートなどを備蓄保管しています。	

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。	ご利用者様の個人個人の性格や生活歴などを踏まえたうえでご本人に適したお声掛けができるように心がけています。ホームをご自宅と同じように気楽に快適に過ごせるように職員とご利用者様の距離感も意識しています。よそよそしくなりすぎないように気軽に要望が言えるような関係性が作れるように意識しています。倫理については毎年勉強会を開催し職員が介護職としての職業倫理を忘れないように努めています。	職員は、自分だったらどう感じるのか、常に振り返りながらケアを行っています。言葉遣いは丁寧に、家族のような関係を目指しています。握手など適度なスキンシップも心掛けています。年度初めには職員全員で職業倫理についての読み合わせをしています。	
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。	ご利用者様のご要望や意思表示については伺い、可能な限り自己決定できるようにしています。やりたい事など職員が無理に誘導しないように心掛けています。		
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。	ホームでは決まったスケジュールはほとんどなくご自由に過ごせる様に心掛けています。ご要望などは伺い可能な限り実行できるようにお手伝いをしています。		
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。	着替えなど支援が必要なご利用者様にはご意見を伺いながら洋服選びをしています。またご自身で服を選んでいる方の場合もTPOや季節にあったものか職員がアドバイスをし適切な服装ができるように努めています。		
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。	ホームでの食事についてはメニューは事前に決まっています。食べたい物を伺って反映したり、ご利用者様のお好みのものをメニューに取り入れたりしています。また食事の準備や後片付けにも一緒に参加してもらっています。	食事のメニューは可能な限り利用者の希望に応え、職員が毎食手作りし、提供しています。利用者も調理・配膳・片付けに参加しています。月1回法人が経営するレストランで外食を楽しんでいます。	

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・水分摂取量はチェックを行い把握しています。ご利用者様の嚥下の状態に合わせてミキサー食や刻み食など食べやすい形態提供しています。必要な方には介助も行なっています。		
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、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。	食後には口腔ケアを行うように声掛け流れを作っています。ご自身でできない方については職員がその方に適した方法で口腔ケアを行っています。週に1回訪問歯科の往診もあり口腔ケアチェックや指導、治療を行っています。		
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。	ご利用者様の排泄チェック表を用いてチェックを行い毎日の排泄パターンを把握できるようにしています。トイレで排泄が出来ない方や間に合わない方にはリハビリパンツや尿取りパッドなどを使用して頂き必要な場合には交換など職員が介助を行います。	排泄チェック表は色分けや記号を使い、一目で分かるように工夫をしています。職員は排泄パターンを把握し、無理のないように声かけをしています。殆どの人が自分から尿意を訴え、トイレでスムーズに排泄できています。	
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。	毎日の排便チェックを行い、便秘の場合にはマッサージや下剤などを使用して頂きます。普段の食事でもオリゴ糖を使用するなど予防に心掛けています。慢性的な便秘の方に関しては主治医に相談して漢方薬などを用いて排便を促しています。		
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。	基本的に1日おきに入浴をして頂いています。またご要望があれば可能な限り入浴していただきます。気分や体調などで入浴順などは変更し、介助についてもご利用者様の状態に合わせて必要な介助を行っています。体調などに応じてシャワー浴や清拭などを実施しています。	男女それぞれ3日ずつ入浴日を決めています。時間など希望のある場合は可能な限り応じています。庭の柚子を浮かべたり、入浴剤を入れて楽しんだりしています。利用者と一緒に向き合える大切な時間になっています。	

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。	いつでもご自由にお部屋で休んでいただいています。レクリエーションなどに関しても参加不参加はご自由に判断していただいています。また夜間にはぐっすり眠れるように日中に散歩や体操、家事に参加して頂くなど体を動かせるように声掛けを行っています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	個人のケース記録ファイルには薬情を入れており、使用している薬の効果や副作用について確認することができます。服薬によって変化があった場合には主治医・訪問看護師に相談し対応しています。		
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。	ご利用者様のご要望などを伺い生活の中に反映できるようにしています。図書館で本を借りたり、押し花をやったりしていただいています。要望に応じて職員と一緒に買い物やドライブに出かけたり、居室でお好きなDVDを鑑賞していただいています。また毎日の家事についても能力に応じて役割をもっていただいています。		
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対応しています。具体的には生活必需品をスーパーに買い物に行ったり、食べたい物を伺い外食に出かけたり、地区センターの図書館に本を借りに行ったりなどしています。毎週水曜日にはホーム駐車場に移動スーパーが来ており、その際にはお好きなおやつを選んで購入したり、夕食に食べたいものを選んで購入したり、部屋に飾るお花を購入するなどされており、職員はその支援を行っています。また散歩やドライブなどもご要望があった場合には可能な限り対応しています。	利用者の希望に応じて散歩や外出をしています。職員と車で買い物にも出かけています。近くの地区センターに本を借りに行ったり、地域ケアプラザの催し物にも出かけています。月1回法人が経営するレストランでの外食や音楽療法で月2回行っています。花見やミカン狩りにはそろって車で出かけ、楽しい時間を過ごしています。	
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。	ご利用者様自身では管理せず、ホームで管理を行っています。買い物などの場合にはホームで立替精算を行っています。		

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
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。	ご要望に応じて電話をかけたり手紙のやり取りを行っています。一緒にポストにいたり、一緒に買い物に行き便箋を選んで購入するなど支援を行っています。		
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。	リビングでは食事の時間以外にご自由に關に座って過ごしていただいています。ソファでくつろいだり自由に席に座っておしゃべりしたりすごしていただけます。また図書コーナーを設けてお好きに本を読んでいただいたり音楽をかけたりしています。室内の湿度温度も管理して快適に過ごせるように配慮を行い、リビングでは季節感のある飾りものを設置しています。	リビングは、日当たりも良く、2階からは富士山が望めます。ダイニングセット、ソファ、テレビをゆったりと配置し、観葉植物も置いてくつろげる空間になっています。切り絵や布製の手作りカレンダーを壁に飾り、温かい雰囲気です。	
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。	リビングでは食席以外にソファを設置しています。また食事の時間以外ではご自由に座っていただき中の良い方と会話したり、お一人で塗り絵や読書などをして過ごされています。		
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。	居室にはご自宅で愛用していた家具やご自身で購入した鉢植えなどお好きなように配置して快適に過ごしていただけるようにしています。居室で家庭菜園をされている方もいらっしゃいます。ご本人の状況に合わせて事故が起らないように動線に配慮をした配置に変更することもあります。	利用者の中には、居室のドアに大きく名前を掲示し、好みの暖簾をかけている人もいます。仏壇・テレビ・タンスなど使い慣れたものを持ち込んでいます。安全のため職員は、家具の配置をアドバイスしています。職員全員で掃除などの環境整備をしています。	
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。	ホーム内では段差が無く手すりを設置して安全に配慮しています。またトイレや浴室など分かり易く表示したり、各居室には表札や名前の書いてある暖簾などを設置してご自分の居室であることをわかりやすくしています。		

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
			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している。 (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、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 a		○	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。	毎月開催しているホーム会議を通じて事業所の理念や地域密着サービスの考え方の共有を行っています。地区社会福祉協議会に常任理事として参加して地域に密着した福祉活動の一端を担っています		
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員として日常的に交流している。	町内会への参加しており、地域行事への積極的な参加をしています。管理者が地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており地域の福祉や多世代間交流を実践しています。近隣の小学校との交流も継続しており、授業・放課後の施設開放などを行っています。駐車場に移動スーパーを誘致して地域の方の買い物の場を提供するとともに入居者と地域の方の交流の場を設けています。毎月、認知症カフェを開催しており地域の方と一緒にイベントを実施しています。		
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。	認知症サポーター養成講座の開催や認知症カフェの実施、小学校への認知症啓蒙活動、なでしこの行事を地域の方と一緒に実施することにより実際に認知症の方と一緒に過ごして頂き実際の理解を深めていただいています。地域の認知症の方もこれらの活動に参加していただいております。地域・ケアプラザや介護施設へのつながりを作っております。		
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ヵ月ごとに運営推進会議を開催し地域の方や地域ケアプラザの方、キャラバンメイトのメンバーにホームの活動やサービス内容などの説明を行い評価やご意見をいただいております。ホームとケアプラザ共同のイベントやホーム独自のイベントなどについて話し合ったり地域行事やボランティアの受け入れについて話し合いなども行っています		
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に取り組んでいる。	泉区高齢支援課担当者とは運営推進会議だけでなく、電話やメールなどで連絡を取れる体制があります。また高齢支援課からの看護学生などの見学の受け入れなども行っており協力体制がとれています。		

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
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。	身体拘束委員会を社内に発足、定期的に自己チェックの実施、社内研修の開催をしており、職員の身体拘束に関する知識を付けるとともにお互いに指摘できるように努めています。玄関の施錠に関しては障害者施設の事件があったことから防犯のために施錠をしています。		
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注意を払い、防止に努めている。	虐待についても身体拘束とともに定期的に自己チェックを行っています。また定期的に社内研修の開催を行っています。お互いに施設内での虐待が行われていないか指摘できる環境づくりに努めています。		
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。	成年後見制度を活用されている利用者様がおり、後見人とは毎月面談し報告相談を行っています。カンファレンスには後見人の方も参加し職員と一緒に該当利用者様のことを話し合っています。		
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。	ご本人・ご家族に対し契約時にお互いに契約書を持ち読んで確認することで重要事項説明書や利用契約書の説明を行っています。納得して頂いた上でサービス提供を開始するように心掛けています。		
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。	利用者様の様子については訪問時や電話などで定期的にお伝えしています。またご家族の要望などを伺いサービスに反映できるように心掛けています。最近入居された方はあまりご自分の要望を職員に伝えないということでしたが、当ホームに入居されてからは明るく職員ともよく会話されており、ご自分のご要望を表すことが出来ています。またそれを反映することで入居時よりも出来ることが増えておりご本人・ご家族ともに満足されています。		

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
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。	月一回以上ホーム会議・ケアカンファレンスを開催して職員の意見・疑問を話し合う機会を設けています。普段から疑問や提案を管理者が聞く環境づくりに努めており疑問などはすぐに解決できるようにしています。事故が起きた場合には即カンファレンスを実施するように努めており、原因の究明・防止策について話し合っています。		
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。	人事考課やステップ別評価を実施して職員の実力や実績を客観的に評価しています。また職員からの提案や意見をしやすい雰囲気を作り常時受け付けて疑問や改善提案についてはすぐに解決できるように努めています。		
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。	社内で実施される研修会や勉強会に参加できるように促しています。また会社で定めた社員のステップに合わせて研修に参加してもらっています。希望がある場合には社外の研修にも積極的に参加してもらっています。		
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。	グループホーム連絡会、地域の専門施設連絡会に参加したり講習、勉強会、交換研修な同業者との交流に努めています。また管理者がキャラバンメイトに参加して同業者との交流を行っています。		
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。	入居前にはホーム見学や面談を行いご本人の要望を伺っています。居室では使い慣れた家具などをお持ちいただいたり、食べ物の好物や趣味などを伺ってホームでどのように実践できるのかをお話ししています。また入居に際しての不安などについても出来る限り質問にお答えして不安を軽減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
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。	ご家族との面談時にご家族のご要望や不安などをうかがい可能な限り解消できるように心掛けています。またホームでできることやご家族に協力して頂きたいことを事前に話し合いホームでの生活に不安がないようにしています。ホームにはお気軽に訪問できるように普段から報告などで会話するように心掛けています。		
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。	入居前の面談や見学などでご本人・ご家族がどんなサービスを希望されているかを伺っています。ホームで実現できることについては入居時から対応できるように準備を行っています。具体的には、最近入居された方は入居前には杖で歩く事も難しい状態でしたが、ホームで用意した補助具を使用して自由に歩けるようになり、その後補助具なしでも歩く事ができるようになりました。これによって近くの図書館に大好きな本を定期的に借りに行くことが可能になりました。		
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。	毎日のホームでの生活の中でご利用者様のできる子と出来ない事を把握して必要な支援の提供を心掛けています。可能な限りご自身のご自身でできるように必要最小限の介助を行なう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。	いつでもお気軽にご家族が来所できる環境作りに努めています。お電話などを通じて定期的にご本人の様子をお伝えしてご家族と利用者様の関わりが作れる環境作りに努めています。		
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。	古くからのご友人がお気軽に来所できる環境作りに努めています。また散歩や地域行事などを通じて地域の方と交流したり、下和泉小学校の子供達に放課後のホーム解放を行い交流を実施する事で後利用者様が地域でも馴染みの関係が作れるように心掛けています。ホームの行事を地域の方と共同で行い入居者と地域の方が一緒に活動して交流しています。		

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
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。	日々の生活の中でご利用者様同士の関係性を職員が理解・把握することで、職員が間に入ったり一緒に散歩やレクを行う事でご利用者様同士が円滑に仲良く支えあえる環境となるように努めています。		
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。	契約終了され退去された方ご本人やご家族が気軽にホームを訪問されたり相談できるような環境作りを行い、必要に応じて支援できるように努めています。		
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。	日々のホームでの生活の中で、職員は利用者様との会話を常に行い何がしたいかなどの要望を伺うように心掛けています。また可能な限りケアに反映できるようにしています。具体的には食べたい物を伺ってメニューに反映したり、ほしいものを一緒に買い物にいたり、行きたい場所などを伺い企画を立てて実際にいってみるなど行っています。		
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。	ご家族やご本人から過去の生活歴や馴染みの暮らし方などの情報を伺い、職員全員が把握できるように努めています。		
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。	ご利用者様が各々ご自由に生活できるように可能な限り努めています。基本的に強制的なイベントやレクリエーションなどはなく個別にしたいことなどを尊重して実施しています。また散歩や買い物、近くの図書館へ本を借りに行くなどの外出支援についても可能な限り対応できるように努めています。		

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
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。	月に1回以上全体・各フロアでのカンファレンスを行い利用者様の課題や問題などについて話し合っています。何か問題点やご本人からの要望や提案があった場合にはその都度話し合いケアに取り入れるようにしています。また普段のご様子などの情報共有は申し送りなどで常に行っています。これらを元にして介護計画に反映す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。	ご利用者様の毎日の生活の動作や会話などを記録を行い職員・ご家族で情報共有しています。またその記録の中から情報を把握して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 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。	日々のホームでの生活の中の気づきやご本人・ご家族のご要望などからニーズを把握し可能な限り対応できるように心掛けています。一人一人にご要望が違う為、ご本人の要望にあったサービスが実施できるように努めています。		
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。	ご利用者様が地域の一員として活動できるように支援を行っています。実際にホームで地域行事を開催してたくさんの地域の方が参加、その中に入居者のみなさんが一員として参加されており、地域の方の一人として活動し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、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。	ご利用者様の状態に応じて内科・心療内科から主治医を選択できます。訪問看護による週1回の健康チェックや訪問歯科や皮膚科による定期的な往診も実施しています。整形外科に関しては都度受診を行っています。緊急時や訪問診療で対応できない場合など必要に応じて協力医療機関である総合病院や専門医での受診を行っています。		

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。	訪問看護による週1回の健康状態のチェックを実施しています。健康状態に変化があった場合や事故が発生した場合などには常時電話などで連絡・相談を行い主治医や専門医との連携もとれ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。	協力医療機関や総合病院の医師・や看護師と情報交換や相談を行い、随時連絡をとることで退院後も安心して生活できるように心掛けています。会社として協力医療機関とは医療連携会議を行い情報交換を行っています。		
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、事業所です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。	重度化や終末期のあり方について社内外の研修や勉強会、ホームでのカンファレンスを通じて知識を身につけるようにしています。実際に重度化などの場合には主治医や看護師と相談や協議を行って、ご本人・ご家族に事業所としてできることを説明させていただいています。その上で方針を決定し支援を行っていきます。		
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。	ご利用者様に急変があった場合には、定められたマニュアルに沿って対応を行っています。また社内外の研修に参加できる環境づくりをしており可能な限り職員には参加してもらい知識をつけてもらっています。		
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。	年に2回以上の火災や防災の避難訓練を実施して有事に対応できるように努めています。2回のうち1回以上夜間を想定して訓練を行い緊急時に備えています。地域の防災訓練などにも可能な限り入居者や職員が参加す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
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。	ご利用者様の個人個人の性格や生活歴などを踏まえたうえでご本人に適したお声掛けができるように心がけています。ホームをご自宅と同じように気楽に快適に過ごせるように職員とご利用者様の距離感も意識しています。よそよそしくなりすぎないように気軽に要望が言えるような関係性が作れるように意識しています。倫理については毎年勉強会を開催し職員が介護職としての職業倫理を忘れないように努めています。		
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。	ご利用者様のご要望や意思表示については伺い、可能な限り自己決定できるようにしています。やりたい事など職員が無理に誘導しないように心掛けています。		
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。	ホームでは決まったスケジュールはほとんどなくご自由に過ごせる様に心掛けています。ご要望などは伺い可能な限り実行できるようにお手伝いをしています。		
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。	着替えなど支援が必要なご利用者様にはご意見を伺いながら洋服選びをしています。またご自身で服を選んでいる方の場合もTPOや季節にあったものか職員がアドバイスをを行い適した服装ができるように努めています。		
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。	ホームでの食事についてはメニューは事前に決まっていません。食べたい物を伺って反映したり、ご利用者様のお好みのものをメニューに取り入れたりしています。また食事の準備や後片付けにも一緒に参加してもらっています。		

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。	食事・水分摂取量はチェックを行い把握しています。ご利用者様の嚥下の状態に合わせてミキサー食や刻み食など食べやすい形態提供しています。必要な方には介助も行なっています。		
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、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。	食後には口腔ケアを行うように声掛け流れを作っています。ご自身でできない方については職員がその方に適した方法で口腔ケアを行っています。週に1回訪問歯科の往診もあり口腔ケアチェックや指導、治療を行っています。		
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。	ご利用者様の排泄チェック表を用いてチェックを行い毎日の排泄パターンを把握できるようにしています。トイレで排泄が出来ない方や間に合わない方にはリハビリパンツや尿取りパッドなどを使用して頂き必要な場合には交換など職員が介助を行います。		
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。	毎日の排便チェックを行い、便秘の場合にはマッサージや下剤などを使用して頂きます。普段の食事でもオリゴ糖を使用するなど予防に心掛けています。慢性的な便秘の方に関しては主治医に相談して漢方薬などを用いて排便を促しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	基本的に1日おきに入浴をして頂いています。またご要望があれば可能な限り入浴していただきます。気分や体調などで入浴順などは変更し、介助についてもご利用者様の状態に合わせて必要な介助を行っています。体調などに応じてシャワー浴や清拭などを実施しています。		

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。	いつでもご自由にお部屋で休んでいただいています。レクリエーションなどに関しても参加不参加はご自由に判断していただいています。また夜間にはぐっすり眠れるように日中に散歩や体操、家事に参加して頂くなど体を動かせるように声掛けを行っています。		
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。	個人のケース記録ファイルには薬情を入れており、使用している薬の効果や副作用について確認することができます。服薬によって変化があった場合には主治医・訪問看護師に相談し対応しています。		
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。	ご利用者様のご要望などを伺い生活の中に反映できるようにしています。図書館で本を借りたり、押し花をやったりしていただいています。要望に応じて職員と一緒に買い物やドライブに出かけたり、居室でお好きなDVDを鑑賞していただいています。また毎日の家事についても能力に応じて役割をもっていただいています。		
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対応しています。具体的には生活必需品をスーパーに買い物に行ったり、食べたい物を伺い外食に出かけたり、地区センターの図書館に本を借りに行ったりなどしています。毎週水曜日にはホーム駐車場に移動スーパーが来ており、その際にはお好きなおやつを選んで購入したり、夕食に食べたいものを選んで購入したり、部屋に飾るお花を購入するなどされており、職員はその支援を行っています。また散歩やドライブなどもご要望があった場合には可能な限り対応しています。		
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。	ご利用者様自身では管理せず、ホームで管理を行っています。買い物などの場合にはホームで立替精算を行っています。		

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
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。	ご要望に応じて電話をかけたり手紙のやり取りを行っています。一緒にポストにいったり、一緒に買い物に行き便箋を選んで購入するなど支援を行っています。		
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。	リビングでは食事の時間以外にご自由に楽に座って過ごしていただいています。ソファでくつろいだり自由に席に座っておしゃべりしたりすごしていただけます。また図書コーナーを設けてお好きに本を読んでもらったり音楽をかけたりしています。室内の湿度温度も管理して快適に過ごせるように配慮を行い、リビングでは季節感のある飾りものを設置しています。		
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。	リビングでは食席以外にソファを設置していません。また食事の時間以外ではご自由に座っていただき中の良い方と会話したり、お一人で塗り絵や読書などをして過ごされています		
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。	居室にはご自宅で愛用していた家具やご自身で購入した鉢植えなどお好きなように配置して快適に過ごしていただけるようにしています。居室で家庭菜園をされている方もいらっしゃいます。ご本人の状況に合わせて事故が起らないように動線に配慮をした配置に変更することもあります		
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。	ホーム内では段差が無く手すりを設置して安全に配慮しています。またトイレや浴室など分かり易く表示したり、各居室には表札や名前の書いてある暖簾などを設置してご自分の居室であることをわかりやすくしています。		

平成30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31 年 4月 23 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	3	運営推進会議への参加の呼びかけの範囲が少なく、参加者も固定、人数も少ない	もっと多くの人に参加してもらい施設の活動を知ってもらい、また活動に関するご意見ご感想を頂きホームの運営に反映する	運営推進会議への参加呼びかけの範囲を広げる。町内会、認知症キャラバンメイト、地区社協、近隣住民の皆さん サロンなど地域の方が多く参加するイベントで呼びかけを行う	12ヶ月
2					6ヶ月
3					6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月