

平成28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28年11月18日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月27日

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

【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)】

ご入居様が穏やかに笑顔で毎日をお過ごしいただけるように職員が生活のメニューを計画し、ご入居様と一緒に実施しております。お一人お一人の現存機能を維持することを重視して、歩行リハビリ、体操など身体機能の低下を防ぐ取り組みをしながら、裁縫、刺繍、編み物などの趣味を楽しめる方にはその機会を多く設け、その能力、技術の維持ができるように工夫しています。またレストランに外食に出かけたり、近所のケアプラザさんや自治会の催しに参加させていただき地域のみなさんと交流しています。そしてご入居様様の健康状態には特に留意し、日々の変化を把握し支援目標を決めています。施設設備は脱臭の壁、浴室の畳、避難器具(エスケューベラント)設置を特徴としています。

【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12月20日	評価機関 評価決定日	平成29年2月22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横浜線の「小机駅」または「鴨居駅」からバスで、下車徒歩5分くらいのところにあります。周りは戸建ての住宅と、それに隣接して大きな団地があります。地域ケアプラザが近くにあります。

<優れている点>

利用者のADLを落とさないことを目標にし、実行しています。事業所の周りは比較的車の少ない通りなので、ほぼ毎日散歩に出かけたり、近くの公園に行ったりしています。事業所の廊下は周回できる構造となっており、歩くことで身体機能の衰えを少しでも防ぐようにしています。また、手芸の好きな人にはクッション、人形、タペストリーに刺繍をするなどの機会を設け、精神面での衰えも防いでいます。事業所は地域との関係作りを力を入れています。近くの地域ケアプラザで会議室を借り、運営推進会議を開いています。地域ケアプラザの「ふれあいフェア」イベントに、利用者の作品を展示したり、販売したりしています。団地自治会の防災訓練に参加し、事業所の防災訓練では地域の自治会に避難した利用者の見守りを頼んでいます。

<工夫点>

利用者に様々な楽しみの機会を作っています。近くのコンビニやスーパーに出かけたり、月に1回ノンアルコールビールで楽しむ親睦会を開いたり、ミキサー食の人のためにアイスクリームを楽しむスイーツの日を設けるなどしています。

【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	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)	<input type="radio"/>	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)	<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)	<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
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 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)	<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
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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<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
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 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。	私たちはご利用者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。	運営理念を、玄関入り口及びリビングフロアに掲示しています。名刺サイズのカードに印刷した理念を職員に配布しています。新入職員研修は事業所内で施設長が行いますが、この時に運営理念をしっかりと伝えています。	
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。	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の募集を行っています。	自治会に加入しています。近隣の団地自治会にも世話になっており、自治会の避難訓練や餅つき大会にも参加しています。近くの地域ケアプラザでは、利用者の作品を展示してもらったり、ボランティア募集に協力してもらっています。	
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。	運営推進会議に於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の会議で報告しています。	運営推進会議は、近くの地域ケアプラザの会議室で開催しています。地域包括支援センター職員、家族代表、利用者が参加しています。家族からの提案で職員に名札をつけるなど、運営推進会議は事業所の運営に活かされています。	
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、適宜アドバイスを頂いております。	区の高齢障害支援課の係長が運営推進会議に出席しており、適宜アドバイスをもらったり、必要な情報を入手しています。生活保護の関係で生活支援課と連携しています。区グループホーム連絡協議会に参加し、情報交換をしています。	

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。	施設長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項目に職員の質の向上・虐待しない事を据え、徹底した指導を行っています。	施設長が作成した「身体拘束・虐待防止」の研修資料があり、職員に研修を実施しています。車いすに終日座らせることは、自分で動くことをしなくなるので、ある意味で身体拘束に該当する、などと具体的な指摘があります。	
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。ヒヤリハットを活用し、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を開催しています。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、また適宜ケア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。	小さなことでも、利用者は職員に言える関係性ができています。利用者の意見は、ケアカンファレンスで話し合い、必要な時は、ケアプランに反映させています。利用者や家族からの意見は、運営推進会議に取り上げ、運営に反映させています。	

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・施設長が管理職を招集するリーダー会議に於いて、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。	施設長は職員から何でも言える関係性を作ることを心掛けており、日常的に職員から意見を聞いています。必要な時は会議に諮り、業務の見直しを行っています。入浴時間や食事時間を職員の提案で修正したことがあります。	
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。施設長は各ホーム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。また改善に対する職員の提案を積極的に吸い上げ、働き易い職場作りに努めています。		
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。	職制と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。新人職員に対しては3か月担当者をつけて教育、研修を行っています		
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。	全国と市内のグループホーム協会に加盟して情報交換をしています。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・ホーム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、ご家族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。	初期に於いて施設長・ケアマネジャー・各ホーム長（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、生活を共にする人間同士の連携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、関わり方や食事の在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 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。	ご家族へは定期的な施設への訪問、自宅への一時的な帰所をお願いしていません。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出来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よう、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、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。	利用者は近隣に住んでいた人が多く、友人・知人がよく訪ねて来ます。事業所は、特別の事情がない限り積極的に受け入れています。最近では、以前働いていた職場の人や、近所に住む俳句の友達が来ています。	

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。	日常生活の中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携を構成するよう努めています。関係が悪化しない様日常生活の中で早めに職員が介入しています。		
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。	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。	介護計画に於いては、基本情報、暮らしの情報、心身の情報を基にご利用者様個人の関わり方を理解して、希望・意向の把握に努めています。日常生活の中で利用者様に寄り添い、本人にとってどのようにしたら一番良いかを考えています。	職員は日々の関わりの中で、利用者の生活の仕方、考え方などを理解するようにしています。その中で、利用者の思いや意向を把握しています。職員が感じたり、把握したことを、毎月のケアカンファレンスに提供し、情報の共有を図っています。	
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施設長、ケアマネージャー、各ホーム長で情報を検討し、新しい計画を作成しています。	毎月のケアカンファレンスは、各ユニットの職員全員が出席し、個々の利用者の状況を報告し合っています。ケアカンファレンスで集められた情報を基に、各ユニットで年に2回、場合によっては随時、介護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於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。またホームが第二の家庭とな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。	地域包括支援センター、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して下さっています。利用者の相談、地域行事の紹介、ボランティア（傾聴、大正琴）や災害時の支援を地域の方々をお願いしています。		
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。	総合病院の往診部と提携しており、利用者は月2度の内科往診と月1回の外来受診（要介護1、2の方）をしています。その他、皮膚科、精神科の検診を月1回ずつ受診しています。また月4回訪問歯科治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。	入居者全員が提携先の総合病院の往診部の医師に、月2回の訪問診療を受けています。同病院から月に1度車で迎えがあり、職員1人が付き添って要介護1、2人、5人が外来診療を受けに行っています。医療保険で、訪問マッサージ、訪問リハビリを契約している人が数人います。週に1度看護師が来訪し、状態を医師に伝えています。	

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
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、職員を共有し取り組んでいます。	入居時に看取り指針を取り交わしており、今までに数例あります。看取り期が近づいた時点で、医師、家族、職員で話し合い、全職員に受け入れられるかを問い、その上で向き合っています。最期は殆どの職員が自主出勤し、見送ります。	
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・夜間想定の大規模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。運営推進会議を通じ地域自治会・住民の方に災害時のご利用者への避難のご協力とご理解をお願いしています。	避難訓練は年に2回、火災を想定し、レスキューベランダを作動させ、訓練しています。近隣に協力を依頼し、近くの地域ケアプラザ、隣の団地から協力が得られています。毎月、電気器具の損傷、コンセントプラグのゴミなどをチェックしています。	地震を想定しての訓練を実施することも期待されます。備蓄について防具や非常用トイレなどは揃っていますが、食料のバランスを考慮し、賞味期限などもリストに記録することが期待されます。

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。	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・会話に於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。	食卓で正月の「餅」の話題が出て、職員は一人ひとりの故郷の「餅」の話を聞き、和やかな雰囲気をかもし出しています。カンファレンス記録は、名前ではなく部屋番号で記録され、個人情報守秘が徹底されています。	
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、その中で想いや希望に気付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。	日々の生活に於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、女性はお顔の手入れ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、カット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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。おやつ（タコ焼き、シュークリーム等）を一緒に作り食生活を楽しむ工夫をしています。	食材、メニューとも業者から取っていますが、時に入居者の希望食も作ります。盆を拭く手伝いをする利用者がいます。親睦会を月に1度設け、ノンアルコールビールとおつまみで夕食後に楽しみます。弁当の場合、ミキサー食用にムース食などを配慮しています。	

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
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。	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、飲み込み易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しています。毎週一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指導し、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。排泄の状況、尿意の有無を見ながら肌に負担のない布パンツの使用を勧めています。	特に排便に気を付け、3日ない場合は処方薬も使います。トイレ誘導は、「あちらでお薬を塗らせてください」などの言葉で誘っています。失禁した下着を自室の洗面台で洗う人がいます。人に知られたくない気持ちを職員は受け止め、陰で支援しています。布パンツの人が数人います。	
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行っています。またそれぞれの利用者に応じた歩行リハビリを適宜行っています。		
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てしまわずに、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て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。	週に3回午前中の中の入浴です。入浴介助専門の男性を雇用し、異性介助を拒否しない、浴槽に入れない人を抱えて入れています。洗い場に特殊畳を敷いています。温かい、滑らない、痛くないなど大好評です。ゆず湯、しょうぶ湯などの楽しみ湯もあります。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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共有しています。薬剤師が配薬管理し、曜日ごとに朝、昼、夕の箱に全員分セットし薬棚に四日分ずつ用意してくれます。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合ったメニューを考え実施しています。酒や煙草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したり、月1回2ユニット合同の親睦会を開催しノンアルコールビールを提供しています。		
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、おやつを買うための散歩、食べたいものに副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できるよう積極的に支援しています。	天気の良い日は殆ど毎日散歩に行きます。目の前の公園、近くのコンビニにのど飴を買いに行く、などの人もいます。初詣、花見ドライブ、館内のウォーキング廊下の散歩にも励んでいます。スイーツ外食は、嚥下困難な人もアイスクリームなど楽しみにしています。	
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。郵便物の遣り取りもご家庭にいる時と同じようにできます。携帯電話の使い方がわからなくなった時は、職員がお手伝いしています。		
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。	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。	リビングには食卓のほか、真っ赤なソファがあり、明るい雰囲気です。ベランダで、夏場は野菜の水やりを楽しんでいます。キッチンカウンターに小さな植物、リビングの棚に入居者の手づくり人形が置かれ、優しい雰囲気です。トイレ便座は立ちあがりやすいように、高くしてあります。	
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。	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額絵や手作りのタペストリーを壁に掛けています。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。	居室に洗面台があります。ベッドは事業所で設置しています。低床ベッドを数台入れ、必要な人に提供しています。ベッドから落ちる人には一面のみ柵をし、足をぶつけても痛くないよう布で覆っています。仏壇、テレビ、タンス、椅子などを持ち込み、写真や人形を飾り、安住の場になっています。	
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事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	すみれ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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ます。 (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つなげている。	私たちはご利用者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。	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の募集を行っています。		
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。	運営推進会議に於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、適宜アドバイスを頂いております。		

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。	施設長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項目に職員の質の向上・虐待しない事を据え、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。ヒヤリハットを活用し、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を開催しています。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、また適宜ケア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・施設長が管理職を招集するリーダー会議に於いて、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。施設長は各ホーム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。また改善に対する職員の提案を積極的に吸い上げ、働き易い職場作りに努めています。		
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。	職制と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。新人職員に対しては3か月担当者をつけて教育、研修を行っています		
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。	全国と市内のグループホーム協会に加盟して情報交換をしています。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・ホーム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、ご家族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。	初期に於いて施設長・ケアマネジャー・各ホーム長（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、生活を共にする人間同士の連携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、関わり方や食事の在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 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。	ご家族へは定期的な施設への訪問、自宅への一時的な帰所をお願いしていません。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出来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、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。	日常生活の中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携を構成するよう努めています。関係が悪化しない様日常生活の中で早めに職員が介入しています。		
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。	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。	介護計画に於いては、基本情報、暮らしの情報、心身の情報を基にご利用者様個人の関わり方を理解して、希望・意向の把握に努めています。日常生活の中で利用者様に寄り添い、本人にとってどのようにしたら一番良いかを考えています。		
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施設長、ケアマネージャー、各ホーム長で情報を検討し、新しい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於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。またホームが第二の家庭とな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。	地域包括支援センター、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して下さっています。利用者の相談、地域行事の紹介、ボランティア（傾聴、大正琴）や災害時の支援を地域の方々をお願いしています。		
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度の内科往診と月1回の外来受診（要介護1、2の方）をしています。その他、皮膚科、精神科の検診を月1回ずつ受診しています。また月4回訪問歯科治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。看護師は看護日記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取り情報交換・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、地域と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、職員を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・夜間想定の大規模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。運営推進会議を通じ地域自治会・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・会話に於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付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。	日々の生活に於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、女性はお顔の手入れ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、カット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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。おやつ（タコ焼き、シュークリーム等）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。	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、飲み込み易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しています。毎週一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指導し、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。排泄の状況、尿意の有無を見ながら肌に負担のない布パンツの使用を勧めています。		
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行っています。またそれぞれの利用者に合った歩行リハビリを適宜行っています。		
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てしまわずに、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て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。		

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共有しています。薬剤師が配薬管理し、曜日ごとに朝、昼、夕の箱に全員分セットし薬棚に四日分ずつ用意してくれます。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合ったメニューを考え実施しています。酒や煙草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したり、月1回2ユニット合同の親睦会を開催しノンアルコールビールを提供しています。		
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、おやつを買うための散歩、食べたいものに副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でき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。郵便物の遣り取りもご家庭にいる時と同じようにできます。携帯電話の使い方がわからなくなった時は、職員がお手伝いしています。		
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。	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。	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額絵や手作りのタペストリーを壁に掛けています。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事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。		

平成28年度

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 29 年 3月 16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	1	災害時（地震）想定した避難訓練が未実施。	地震を想定した避難訓練を実施し災害時に対応できるようにする。	29年5月に地震を想定した避難訓練の実施する。①マニュアルを整備する。	2ヶ月
2	2	災害に遭遇した場合の備蓄（食糧及び備品）の確保及び整備が不十分である。	必要な備品の確保と4日分の食糧の確保する。	①備品リストを作成し、予算化する。購入計画を作成する。②食糧備蓄品の購入計画書を作成し予算化する。達成期日を明確化する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月