

平成29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	( 226-002 )			
	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  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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30年2月20日	評価結果 市町村受理日	平成30年6月5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)】

開設8年目迎えたグループホームです。昨今のグループホームを取り巻く厳しい情勢の中で悩みを抱えながら日々奮闘しているところです。特に力を入れている点は①開設以来週3回の入浴サービスを行なっている事です。介護職員不足の中ではかなりハードルが高いと考えています。②開設8年目ともなると利用者様が高齢化し要介護度が上がり、医療と介護は切り離して考える事は出来ません。医師のいないグループホームに於いて利用者様に適切な医療を受けていただく為に当初より医療機関との連携に力を注いできました。現在提携医療機関に恵まれ医療的ケアに於いては利用者様に安心して頂けると負っています。③利用者様に残存機能を維持し笑顔で穏やかに生活していただくことを目標にしております。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成30年3月23日	評価機関 評価決定日	平成30年5月24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横浜線鴨居駅から市営バスで約10分、下車徒歩3分の、バス通りから少し奥に入った木造2階建てのグループホームです。付近は地域ケアプラザや子供の遊ぶ声の聞こえる小さな公園、県公社の団地が控え、多くの人々の往来があります。

<優れている点>

医療機関との連携を密に取っており、緊急時の搬送やベットの確保まで確実にサポートしています。個々の利用者の残存機能を生かすために、日々の介護記録から月1回の職員全員によるモニタリングとケアカウンセリングをしっかりとルーチン化して支援しています。地域、家族、行政を含めた運営会議では詳細な活動報告を行い、参加者の意見に耳を傾け、改善に繋がっています。厳しい職員配置の中、週3回の入浴、排泄管理などを通じて個人ごとの心身の状態の把握に努め、積極的に医療機関に情報提供し、健康維持を図っています。

<工夫点>

詳細な計画を立て、災害避難訓練を実施しています。避難経過時間や利用者の避難後の様子の変化など細かく確認して振り返り、次回に生かしています。利用者の残存機能の維持のため、個人ごとの介護支援の内容について職員間で話し合って共有化し、適切な支援に繋がっています。

### 【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	グループホームおもとの郷東本郷
ユニット名	なでしこ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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つなげている。	私たちは利用者の人権を尊重し、思いに寄り添い、家族や地域から信頼される施設を目指し、職員全員で施設理念をつくりました。管理者と職員はその理念を共有し実践するために玄関、フロアに掲示しています。	玄関入り口に掲げられた運営理念を基に、利用者の残存機能を活かす取り組みをしています。洋裁、習字、切り絵など、今までの利用者の経験を事業所内で活かし、利用者の喜びとしています。	
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。	自治会、地域ケアプラザと交流をしています。消防訓練の案内、非常災害時における救助支援の依頼、自治会の行事（盆踊り）、ケアプラザの行事（ケアプラザ祭り、落語会）への参加など。継続的に地域ボランティアの募集を行っております。	地域との関係が結びやすい場所にあります。すぐ近くの公園に散歩に出掛けたり、地域ケアプラザで開かれる行事を活用して交流しています。地域の防災避難訓練、夏祭りなどにも参加しています。事業所の納涼祭には地域の人々が参加し、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います。また地域のなかで認知症の方の介護の相談窓口としての役割を自覚し、いつでも相談に応じられる体制をとっています。地域ケアプラザからも相談を受けています。	/	/
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。	ご家族、地域包括センター、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、報告及び意見交換を行い、その議事録をすべての関係者にお届けしています。頂いた意見をサービスの向上のために反映し、次回以降の運恵推進会議で報告しています。	隔月に開催しています。家族や地域包括支援センター職員、自治会役員、民生委員が参加し、報告や意見、情報交換をしています。施設での支援の状況や職員の就業状況、重点施策などについて報告内容は多岐に渡り、参加者からは忌憚の無い意見が出ています。	
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、緑区役所と適宜連絡をとり、情報の共有しケアサービスの内容を伝えアドバイスをいただいています。	区の職員とは、運営推進会議の参加で来訪の際や、各種申請の折に訪問して情報交換を行っています。地域ケアプラザからは入居情報や各種のアドバイスを得ています。地域ケアプラザの祭りに参加し、利用者の作品の展示販売もしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体拘束についての職員研修を行っています。またカンファレンスに於いても日ごろのケアの中で身体拘束の疑いのあるケアや言動がないか話し合いを行っています。	法人の方針の下、身体拘束の防止意識を高く持つよう指導、教育をしています。安全と裏腹の関係にある事例は隠すことなく「ヒヤリハット」として書き出し、職員間で話し合っています。入浴の機会を利用して身体の状態を常に見守り続けています。	
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。	会社の事業方針の重点項目に職員の質の向上・虐待を絶対しないことを据えています。またリーダー会議において社長が厳しく指導しています。さらに職員研修、ヒヤリハットを活用し、各部署のカンファレンス等の会議に於いて職員の意識を高めるようにしています。		
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行っています。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、カンファレンス等において制度を利用している利用者の事例をもとに必要性、活用状況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。	施設見学・相談時に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し締結しています。		
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、相談を面談記録に残します。また必要に応じて面談を行い意見を聴く機会を設け、運営、ケアにつなげています。	家族へは毎月、日々の介護記録を送り、暮らしの様子を伝えています。必要な時には家族と面談し、介護支援方法の再確認、変更に繋げています。重度化した際の家族への支援を大切に、利用者との最期の関係作りも支援しています。	

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
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。	毎月職員会議、カンファレンスを兼ねた定例の職員会議で意見を聞いています。早番、日勤、遅番の勤務時間の変更、業務内容の見直し、変更など職員の意見を反映しています。	種々の機会を通じて話し合いを多く持てるよう工夫しています。毎月の定例職員会議、関係者全員参加のケアカンファレンスで意見を聞き、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、それに見合った給与体系を整備しています。施設長はホーム長（ユニットリーダー）を通して個々の職員の勤務状況、実績等を把握するように努めています。休憩室を整備し休憩しやすい環境を整えました。（冷暖房、ソファ、毛布設置）		
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。	運営方針に合わせた人材確保を行うなかで職員の質の向上を事業方針の重点項目に据え、スキルアップ目指しています。法人内の他施設との交換研修、外部の研修に参加することを計画しています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。	同じ町内にある介護施設と交流しています。地域資源の情報提供、イベント時の相互訪問（クリスマス会）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。	利用に際し、環境の変化にスムーズに順応していただけるように人間関係構築のため、本人、家族、施設長、ケアマネージャー、ホーム長による面談を行います。さらに残存機能を確認し、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家族の複雑な気持ちを思い、家族における利用者様の状況を確認し、家族の要望を計画に記載し、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（ユニットリーダー）で利用者の評価を行い支援計画を立案し、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はなく、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。利用者様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、かかわり方や食事の在り方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。	ご家族には定期的な施設への訪問、自宅への一時的な帰宅をお願いしています。施設訪問の時間は常識内であれば制限はありません。病院への通院同行はご家族が出来る時はしていただくなど施設と家族が共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。	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、外食、買物）また訪問を積極的に奨励しています。近所の友人、俳句の仲間、以前勤めていた職場の上司の人が面会に来ています。	昔の同僚、上司が訪ねてくる人や家族が迎えに来て元の自分の家に外泊する人がいます。家族と一緒に外食などで出掛ける人もいます。選挙などの投票を希望する利用者の支援もしています。携帯電話を持ち、居室で自由に話をしている人もいます。	

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。	日常生活の中で共同作業、レクリエーション、行事、食事を通じて利用者同士の連帯感が生まれています。できる人も、一部介助が必要な人も一緒に行動するように同じテーブルについて促します。		
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。	サービスが終了して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。		
<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。	利用者、家族の面談、利用者本人との日常生活のかかわりの中で思いや意向の把握に努めています。利用者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。	職員は入居時の情報をもとに、毎日の介護記録と照らし合わせ、生活の中で本人の思いや意向の把握に努めています。落ち着いている時や入浴時は、暮らし方の希望をそれとなく聞き出す機会として活用しています。	
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。	基本情報、暮らしの情報、心身の情報を基に家族の面談、利用者からの聞き取りにより把握しています。		
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。	利用者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、排泄チェック、水分チェック、薬変更時の睡眠および経過観察、バイタルチェック（毎日）行い、小さな変化を見逃さない体制をとっています。		

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
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、家族との面談を経て全介護職員が参加するケアカンファレンスを開催し、記録を基に現状の把握、ケア方法の検討を行います。日々の記録に記載された気付きアイデアを介護計画の立案に反映しています。	毎日の介護の中で、本人の発する生の言葉やその折の状況、時間なども丹念に拾い上げ、記録しています。記録内容を月1回の個人別のケアカンファレンスに持ち寄り、話し合い、モニタリングを行って、次回の介護サービス計画に繋げています。	
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。	個別記録の重要性を日ごろから職員が認識し、職員間の情報共有や介護計画の見直しに生かせるような記録にすることを意識しています。記録の書き方について適宜研修や指導を行っています。また毎日のミーティング（申し送り）を行い個別記録に反映しています。		
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。	本人、家族の置かれている状況やニーズに応じて利用できるサービスは積極的に取り入れていきたいと考えている。家族の協力を得て外出、外出の機会を増やしています。医療保険適用のマッサージを導いて拘縮予防を行っています。		
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。	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支援してくださっています。利用者の相談、地域行事の紹介、ボランティアの紹介や災害時の利用者の見守り支援を地域の方々にお願ひしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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、利用者全員が月2回の訪問診療を受けています。その他皮膚科、精神科の往診が毎月1回あります。また訪問歯科の往診が月4回あり、歯科衛生士による口腔ケア指導を入居者全員が受けています。	提携総合病院の各科の往診、訪問看護師、歯科衛生士により、体調管理に力を注いでいます。健康に対する本人の意識も高いです。緊急時対応では、搬送先を往診医が手配してくれるなど、万全の医療体制がとられています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	毎週1回提携先の病院から正看護師が来て利用者全員の健康状態を確認し、重点管理が必要な入居者については状態の確認を行い、内容を主治医に報告しスピーディーな対応をめざします。職員は看護師に情報を提供し、対応や処置の仕方について指示をもらっています。		
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。	利用者の入院に際しては職員が家族とともに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、情報の交換、相談を行い、早期に退院が出来るようにしています。		
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、介護・看とりのカイドラインに沿って家族に説明しています。実施する場合は医師、看護師と連携しながら方針・計画を策定し家族、職員と共有して取り組んでいます。	重度化、終末期対応の確認は、入居時に取り交わしていますが、必要に応じて何度も話し合っています。本人、家族の意向を大切に、医療関係者、職員と連携し、最善の支援に取り組んでいます。緊急時対応、看取りの研修も実施しています。	
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。	緊急時の対応手順をマニュアル化し、研修などを通じて職員に周知しています。また初期対応の訓練を自治会が主催する初期対応訓練の講習に参加し指導を受けています。		
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、夜間を想定した火災避難訓練を年2回実施しており、事前事後に管轄消防署に報告し指導を受けております。運営推進会議を通じ地域自治会、住民のかたに利用者様の非難の際の見守りの協力をお願いしています。	年2回、夜間を想定した避難訓練を行っています。1人で2階からレスキューベランダを使い、全員を避難させています。問題点の振り返りや、消防署の指導も仰いでいます。緊急時は職員が駆け付ける体制が出来ており、地域の見守りも依頼できます。	緊急時に備え、熱心な訓練を実施しています。更に災害時の利用者の見守りと安全確保のため、地域と防災時の相互支援協定を結ぶことも期待されます。

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
<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。	職員は年長者に対して尊敬の念を持ちその人権を尊重するよう努めています。利用者の対応、会話に於いてその誇りやプライバシーを損ねないよう言葉かけに心がけています。カンファレンスの記録、個別記録はイニシャル、部屋番号を記載するようにしてプライバシーの保護を心掛けています。	年間研修や日々の対応の中で、利用者一人ひとりの生活リズムを大切にし、プライバシー確保の意識を職員間で高めています。残存機能を最大限に活かす機会を支援しています。入浴時や排泄時の声かけなど、人格尊重の配慮を心がけています。個人情報事務所で施錠管理しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	傾聴に心がけ、その中で思いや希望に気づいていくよう職員に対して指導しています。過剰な介護、職員本位の介護で自己決定の機会を奪うことがないようにカンファレン等職員会議において適宜話合っています。		
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。	利用者個々の体調や年齢、性格によって生活のリズム、ペースが異なるので、一律ではなくその人なりのリズムを大切にしています。(例朝起きるのが苦手な方は起床時間、朝食時間を遅くする。高齢で傾眠がちな方は日中臥床時間を多めにする)		
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。	季節感のある清潔な衣類、下着が着用できるように心がけています。特に女性はいくつになっても「きれいになりたい」との願望が強いので、夜顔のバックを行なったり、訪問美容でパーマ、カラーも希望があれば行っています。		
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。	食材(メニュー含む)は業者から取っているが専門家が立てた献立なのでバラエティーに富んでいる。食事の準備は利用者に食材を切ってもらい、職員が調理、食器洗いも利用者が手伝う。誕生日は本人の希望を聞いて食べたい物を特別に提供するようにしています。	献立と食材は外部委託です。職員が調理し、可能な利用者は片付けなど楽しんで参加しています。誕生日には本人の希望を叶える支援に努めています。食事レクではおはぎ、ホットケーキ作り、クリスマスには好きなものを選ぶバイキング形式を試みたり、ちらし寿司など希望の夕食の機会もあります。	

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
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。	食事のメニューについてはカロリー計算、栄養バランスが業者の栄養士によりされている。嚥下機能が低下した利用者が居るので、9名中2名はミキサー食に、水分はトロミ対応をしています。また水分の摂取が悪い方にはほうじ茶をゼリーにして提供しています。また必要に応じて訪問歯科医に嚥下機能検査（VE）行なって評価してもらっています。		
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。	訪問歯科医と連携し、虫歯の治療義歯の製作、調整を行なうほか、歯科衛生士が週1回利用者全員のケアを実施しています。口腔内の状態をチェックし、問題があればドクターにつなげたり、職員に伝え口腔ケアの指導を行なっています。職員は毎日の口腔ケアの中で気付き、変化をドクターに連絡報告して情報共有しています。		
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。	毎日排泄記録をとり、個別に排泄のリズムや、パターンを把握しています。排泄の失敗を減らすために個々の状態に合わせてトイレ誘導や声かけを行なっています。その結果失敗が減ることで排泄用品を適宜変更しています。	排泄チェック表で定時、随時に声掛けし、トイレでの排泄を心がけています。排便は職員が量や状態を観察し、体調を確認しています。オムツからリハビリパンツ、パットの大きさを変えるなど、残存機能を維持できるよう個人ケアに努めています。	
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。	便秘予防に乳製品（牛乳、ヨーグルト）をおやつに週3回提供しています。また、DVD、テレビを活用した体操を出来るだけ多く行ない、機能訓練を兼ねた便秘予防対策としています。便秘対応としては排便コントロールを健康管理の基本に据えて、訪問看護師、医師と連携して徹底して行なっています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	週3回の入浴を実施しています。特別に希望（早朝、一番風呂）のある利用者には業務の順番等を変更して利用者の希望に沿うようにしています。また入浴剤、季節には柚子を使用しリラックスできるよう工夫しています。	浴室は家庭用のユニットバスで、浴室用畳を取り入れ安全で癒される快適な仕様です。週3回の入浴で、体調や皮膚の管理を大切に、入浴時間の要望にも沿えるように支援しています。季節に合わせた入浴剤を楽しみながら、ゆっくり対話する時間となっています。	

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。	利用者は73～98歳まで要介護度、その身体状況が個々に違います。朝の起床時間を年齢、体調に合わせて変えています。体力が低下している方は午睡を取り入れ体力の温存を図ります。午睡をしてしまうと夜眠れない方は日中は起きて過ぎて頂くようにレクやお手伝いをお願いしています。		
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。	利用者個々の服薬情報は職員全員が共有できるようにしています。薬の変更があった時は連絡ノートに記入し、職員に回覧します。また状況に大きく影響する変更があった時はカンファレンスを行ない、様子観察を行ない医師に経過報告を行なっています。		
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。	洋裁が得意だった利用者に職員が自ら学習して折り紙製作を指導したところ、その方の制作意欲に火がついて寝食を忘れるくらい没頭。次々に新しい作品を生み出し、他の利用者を巻き込んでいます。食事用トレーを拭く方、テーブル拭く方はほぼ決まっており、それぞれ役割を担っています。		
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るように支援している。	家族との食事、友人の集まりに頻回に参加されている利用者がいます。家族と本人の希望によります。入居当初から家族に面会や外出の付き添いをお願いしております。天気の良い日は近くの公園、お寺まで外気浴を兼ねて散歩に出掛ける事を支援計画に入れてい	車いすの人も含め、公園や近くの散歩、買い出しに同行、ファミリーレストランへの食事など、積極的に外出を支援しています。地域ケアプラザのイベントにも参加し交流を深め、利用者の喜びの場となっています。家族と食事や馴染みの場所への外出、友人との集まりを楽しみに出掛ける人もいます。	
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。	化粧品購入する為に近くのドラッグストアに出掛けています。ご自身で、手に取り香りを確かめ、値段を見ながら決めていきます。お金の管理は立て替え金で職員が対応しますが、買物を楽しんでいきます。		

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
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。	携帯電話を持っている方が2名いらっしゃいます。家族と話したい時に自身の意思で自由にかけています。また寂しくて不安になった方にホームの電話で直接話してもらい落ち着いていただく事も支援計画に盛り込んでいます。		
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。	浴室の洗い場に畳を敷き温かく、くつろげる空間になるよう工夫しています。リビングには毎月テーマを決めて職員と利用者が一緒に製作する季節感あふれる張り絵、きり絵などの製作物を展示しています。手作りの日めくりを、利用者が交代で行なっています。	リビングには大きな桜の切り絵や習字、リハビリを兼ねた手作りの花など、沢山の作品が飾られ、天井から折鶴が賑やかに舞い、くつろげるスペースになっています。職員は対面式のキッチンで調理しながら利用者と会話もできます。また、利用者は庭では野菜を育て、水やりを楽しんでいます。	
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。	窓際にソファを置き、誰でも自由に使えるようにしています。居眠りをする人、日向ぼっこをする人、TVを見る人その時の気分により使っています。		
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。	入居時に家具の搬入にあたり、自宅で使っていた使い慣れた物をお勧めしています。TVを楽しむ事ができる方は持ち込み自由です。仏壇を持ち込んでいる方も数名います。ご自身、他の利用者の製作品もタンスの上に飾っています。	エアコン、ベット、洗面台、防災カーテンが備え付けです。仏壇、テレビ、使い慣れた家具、写真など好みのものを置いています。また、外出をが続けられるよう歩行用の運動器具を置き、足腰を鍛えるなど、おのおのがゆったりと個性豊かに暮らしています。	
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ます。	足の筋力が衰え、移動が車いすの方でもトイレで排泄が出来るように、捉まり棒を設置し、できるだけ立位をとれるようにしました。食事の配膳のトレイに名札を置き、利用者が食事を席に運ぶ時わかるようにしています。		

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させている。 (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
<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つなげている。	私たちは利用者の人権を尊重し、思いに寄り添い、家族や地域から信頼される施設を目指し、職員全員で施設理念をつくりました。管理者と職員はその理念を共有し実践するために玄関、フロアに掲示しています。		
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。	自治会、地域ケアプラザと交流をしています。消防訓練の案内、非常災害時における救助支援の依頼、自治会の行事（盆踊り）、ケアプラザの行事（ケアプラザ祭り、落語会）への参加など。継続的に地域ボランティアの募集を行っております。		
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います。また地域のなかで認知症の方の介護の相談窓口としての役割を自覚し、いつでも相談に応じられる体制をとっています。地域ケアプラザからも相談を受けています。		
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。	ご家族、地域包括センター、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、報告及び意見交換を行い、その議事録をすべての関係者にお届けしています。頂いた意見をサービスの向上のために反映し、次回以降の運恵推進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、緑区役所と適宜連絡をとり、情報の共有しケアサービスの内容を伝えアドバイスをいただいています。		

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
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。	身体拘束についての職員研修を行っています。またカンファレンスに於いても日ごろのケアの中で身体拘束の疑いのあるケアや言動がないか話し合いを行っています。		
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。	会社の事業方針の重点項目に職員の質の向上・虐待を絶対しないことを据えています。またリーダー会議において社長が厳しく指導しています。さらに職員研修、ヒヤリハットを活用し、各部署のカンファレンス等の会議に於いて職員の意識を高めるようにしています。		
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行っています。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、カンファレンス等において制度を利用している利用者の事例をもとに必要性、活用状況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。	施設見学・相談時に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し締結しています。		
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、相談を面談記録に残します。また必要に応じて面談を行い意見を聴く機会を設け、運営、ケアにつなげています。		



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。	毎月職員会議、カンファレンスを兼ねた定例の職員会議で意見を聞いています。早番、日勤、遅番の勤務時間の変更、業務内容の見直し、変更など職員の意見を反映しています。		
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、それに見合った給与体系を整備しています。施設長はホーム長（ユニットリーダー）を通して個々の職員の勤務状況、実績等を把握するように努めています。休憩室を整備し休憩しやすい環境を整えました。（冷暖房、ソファ、毛布設置）		
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。	運営方針に合わせた人材確保を行うなかで職員の質の向上を事業方針の重点項目に据え、スキルアップ目指しています。法人内の他施設との交換研修、外部の研修に参加することを計画しています。		
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。	同じ町内にある介護施設と交流しています。地域資源の情報提供、イベント時の相互訪問（クリスマス会）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。	利用に際し、環境の変化にスムーズに順応していただけるように人間関係構築のため、本人、家族、施設長、ケアマネージャー、ホーム長による面談を行います。さらに残存機能を確認し、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家族の複雑な気持ちを思い、家族における利用者様の状況を確認し、家族の要望を計画に記載し、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（ユニットリーダー）で利用者の評価を行い支援計画を立案し、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はなく、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。利用者様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、かかわり方や食事の在り方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。	ご家族には定期的な施設への訪問、自宅への一時的な帰宅をお願いしています。施設訪問の時間は常識内であれば制限はありません。病院への通院同行はご家族が出来る時はしていただくなど施設と家族が共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。	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、外食、）また訪問を積極的に奨励しています。選挙の度、家族に投票の同行をお願いしている方もいます。		

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。	日常生活の中で共同作業、レクリエーション、行事、食事を通じて利用者同士の連帯感が生まれています。できる人も、一部介助が必要な人も一緒に行動するように同じテーブルについて促します。		
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。	サービスが終了して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。		
<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。	利用者、家族の面談、利用者本人との日常生活のかかわりの中で思いや意向の把握に努めています。利用者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。	基本情報、暮らしの情報、心身の情報を基に家族の面談、利用者からの聞き取りにより把握しています。		
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。	利用者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、排泄チェック、水分チェック、薬変更時の睡眠および経過観察、バイタルチェック（毎日）行い、小さな変化を見逃さない体制をとっています。		

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
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、家族との面談を経て全介護職員が参加するケアカンファレンスを開催し、記録を基に現状の把握、ケア方法の検討を行います。日々の記録に記載された気付きアイデアを介護計画の立案に反映しています。		
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。	個別記録の重要性を日ごろから職員が認識し、職員間の情報共有や介護計画の見直しに生かせるような記録にすることを意識しています。記録の書き方について適宜研修や指導を行っています。また毎日のミーティング（申し送り）を行い個別記録に反映しています。		
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。	本人、家族の置かれている状況やニーズに応じて利用できるサービスは積極的に取り入れていきたいと考えている。家族の協力を得て外出、外出の機会を増やしています。医療保険適用のマッサージを導して拘縮予防を行っています。		
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。	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支援してくださっています。利用者の相談、地域行事の紹介、ボランティアの紹介や災害時の利用者の見守り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、利用者全員が月2回の訪問診療を受けています。その他皮膚科、精神科の往診が毎月1回あります。また訪問歯科の往診が月4回あり、歯科衛生士による口腔ケア指導を入居者全員が受けています。		

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
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1回提携先の病院から正看護師が来て利用者全員の健康状態を確認し、重点管理が必要な入居者については状態の確認を行い、内容を主治医に報告しスピーディーな対応をめざします。職員は看護師に情報を提供し、対応や処置の仕方について指示をもらっています。		
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。	利用者の入院に際しては職員が家族とともに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、情報の交換、相談を行い、早期に退院が出来るようにしています。		
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、介護・看とりのガイドラインに沿って家族に説明しています。実施する場合は医師、看護師と連携しながら方針・計画を策定し家族、職員と共有して取り組んでいます。		
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。	緊急時の対応手順をマニュアル化し、研修などを通じて職員に周知しています。また初期対応の訓練を自治会が主催する初期対応訓練の講習に参加し指導を受けています。		
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、夜間を想定した火災避難訓練を年2回実施しており、事前事後に管轄消防署に報告し指導を受けております。運営推進会議を通じ地域自治会、住民のかたに利用者様の非難の際の見守りの協力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
<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。	職員は年長者に対して尊敬の念を持ちその人権を尊重するよう努めています。利用者の対応、会話に於いてその誇りやプライバシーを損ねないよう言葉かけに心がけています。カンファレンスの記録、個別記録はイニシャル、部屋番号を記載するようにしてプライバシーの保護を心掛けています。		
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。	傾聴に心がけ、その中で思いや希望に気づいていくよう職員に対して指導しています。過剰な介護、職員本位の介護で自己決定の機会を奪うことがないようにカンファレン等職員会議において適宜話合っています。		
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。	利用者個々の体調や年齢、性格によって生活のリズム、ペースが異なるので、一律ではなくその人なりのリズムを大切にしています。(例朝起きるのが苦手な方は起床時間、朝食時間を遅くする。高齢で傾眠がちな方は日中臥床時間を多めにする)		
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。	季節感のある清潔な衣類、下着が着用できるように心がけています。特に女性はいくつになっても「きれいになりたい」との願望が強いので、夜顔のバックを行なったり、訪問美容でパーマ、カラーも希望があれば行っています。		
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。	食材(メニュー含む)は業者から取っているが専門家が立てた献立なのでバラエティーに富んでいる。食事の準備は利用者に食材を切ってもらい、職員が調理、食器洗いも利用者が手伝う。誕生日は本人の希望を聞いて食べたい物を特別に提供するようにしています。利用者の希望により適宜外出に出掛け普段食べられない物を楽しんで頂いている。		

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
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。	食事のメニューについてはカロリー計算、栄養バランスが業者の栄養士によりされている。嚥下機能が低下した利用者が居るので、9名中6名はミキサー食に、水分はトロミ対応をしています。また水分の摂取が悪い方にはほうじ茶をゼリーにして提供しています。		
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。	訪問歯科医と連携し、虫歯の治療義歯の製作、調整を行なうほか、歯科衛生士が週1回利用者全員のケアを実施しています。口腔内の状態をチェックし、問題があればドクターにつなげたり、職員に伝え口腔ケアの指導を行なっています。職員は毎日の口腔ケアの中で気付き、変化をドクターに連絡報告して情報共有しています。		
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。	毎日排泄記録をとり、個別に排泄のリズムや、パターンを把握しています。排泄の失敗を減らすために個々の状態に合わせてトイレ誘導や声かけを行なっています。その結果失敗が減ることで排泄用品を適宜変更しています。		
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。	便秘予防に乳製品（牛乳、ヨーグルト）をおやつに週3回提供しています。また、DVD、テレビを活用した体操を出来るだけ多く行ない、機能訓練を兼ねた便秘予防対策としています。便秘対応としては排便コントロールを健康管理の基本に据えて、訪問看護師、医師と連携して徹底して行なっています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	週3回の入浴を実施しています。特別に希望（早朝）のある利用者には業務の順番等を変更して利用者の希望に沿うようにしています。また入浴剤、季節には柚子を使用しリラックスできるよう工夫しています。		

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。	利用者は73～98歳まで要介護度、その身体状況が個々に違います。朝の起床時間を年齢、体調に合わせて変えています。体力が低下している方は午睡を取り入れ体力の温存を図ります。午睡をしてしまうと夜眠れない方は日中は起きて過して頂くようにレクやお手伝いをお願いしています。		
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。	利用者個々の服薬情報は職員全員が共有できるようにしています。薬の変更があった時は連絡ノートに記入し、職員に回覧します。また状況に大きく影響する変更があった時はカンファレンスを行ない、様子観察を行ない医師に経過報告を行なっています。		
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。	個々の持っている力に応じて毎日洗濯ものたたみ、毎食後の食事用トレー拭き新聞（排泄処理に使う為）折作業、また居室のモップかけの作業をお願いしています。		
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。	入居当初から家族に外出の付き添いをお願いしております。天気の良い日は近くの公園、お寺まで外気浴を兼ねて散歩に出掛ける事を支援計画に入れています。また選挙の時には家族に投票に同行してもらうようお願いしています。職員がドライブを兼ねて買物同行するなど外出の機会を増やすように努めています。		
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。	おこずかいで近くのコンビニミニスーパーにお菓子を購入する為に職員が同行しています。糖尿病の持病がある為たべ過ぎてしまわないように、一度に買う量を医師に聞いて決めていきます。		



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
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。	携帯電話を持っているかたはいません。家族に連絡したい時「ここに電話してほしい」と利用者から依頼があればいつでも職員は電話をかけ直接話をしてもらっています。手紙をかきたいときは切手、封筒の準備など必要なお手伝いをしています。		
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。	浴室の洗い場に畳を敷き温かく、くつろげる空間になるよう工夫しています。玄関先にプランターを置き季節の花を植えて色、香りを楽しめるようにしています。生活感あふれるリビングには生花や、鉢植えを置いて気分が落ちつくようにしています。		
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。	窓際にソファを置き、誰でも自由に使えるようにしています。居眠りをする人、日向ぼっこをする人、TVを見る人その時の気分により使っています。		
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。	入居時に家具の搬入にあたり、自宅で使っていた使い慣れた物をお勧めしています。TVを楽しむ事ができる方は持ち込み自由です。仏壇を持ち込んでいる方も数名います。		
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。	足の筋力が衰え、移動が車いすの方でもトイレで排泄が出来るように、捉まり棒を設置し、できるだけ立位をとれるようにしました。		

平成29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 30 年6 月 1 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	13	運営推進会議を通じて、地域住民の皆様にご理解をいただきながら友好的な関係が生まれているが、所属する自治会の一員として役割を果たせる状況には至っていない。	地域の中で災害時など非常時に、所属する自治会の一員として連携しながら利用者の安全を守ることが出来る	近隣のケアプラザ、自治会など災害時、火災時に特化した協力協定を作成、締結する 所属自治会の一員として役割を果たし、災害時の避難訓練や事前の避難計画作成に参加	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月