

2019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9月30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丁目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	定員計	18名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和2年2月19日	評価結果 市町村受理日	令和2年8月11日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

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

①医療機関との医療連携がスムーズに稼働しています。日々の利用者様の体調の変化をリアルタイムで看護師・医師に報告し、指示を得ています。早めに対策をとることが出来、病状が重症化・入院した場合でも早期退院につながっています。②週3回の入浴を実施しています。要介護度の高い方、車椅子の方もシャワー浴でなく浴槽に入っただき、体の血行を改善することで、浮腫改善や褥瘡防止に効果をあげています。③介護職員不足が問題になっている中、派遣社員を雇用するなど人材の確保に努め、介護の質を落とさないよう法人をあげて努力しています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年6月30日	評価機関 評価決定日	令和2年7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「鴨居」駅から市営バスにて「東本郷町」で下車し、徒歩3分の住宅街に立地しています。周辺には、東本郷地域ケアプラザや東本郷第2団地があります。事務所は別棟で徒歩2分ほど離れています。「株式会社たちばなベスト」が運営しており、小規模多機能型居宅介護施設、サービス付き高齢者住宅など広く展開しています。

<優れている点>

地域とかかわりを積極的にもつよう努めています。近隣住民とは、散歩時に挨拶や会話を楽しむような良好な関係です。ホームの行事の際にギター演奏のボランティアが来訪しています。自治会主催の避難訓練や盆踊り、地域ケアプラザ主催の認知症講習会に参加しています。地域包括支援センター職員・民生委員・社会福祉協議会職員・家族が参加メンバーの運営推進委員会では、活発な意見交換を行いサービスの向上に活かしています。避難訓練を行う際は、「訓練のお知らせ」の発行を通じ地域の協力を依頼しています。

<工夫点>

利用者の人権を守る為に身体拘束ゼロを成し遂げる決意を社会的に表明した「身体拘束ゼロ宣言」を実践しています。利用者の安全を確保しつつ抑圧感のない暮らしを目指しています。毎月実施の研修の中で、一人ひとりの尊厳やプライバシーの大切さを話し合っています。起床、入浴時刻など本人のペースを優先し、好きな事、できる事を伸ばすように支援しています。

【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	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらい 3, 利用者の1/3くらい 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る。 (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、生き生きと働いている。 (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。	職員全員で施設理念を作り、玄関先に理念を提示しています。職員の定例の研修会（接遇）理念がサービスの中で実践されているかどうかを話し合い、確認しています。	理念は、開所して2年目に全職員対象にアンケートを実施し、その結果を基にして策定しています。玄関や事務室に掲示し、研修で話し合い実践につなげています。理念にそぐわない事例報告が上がってきた際は、迅速に会議を開催し討議しています。	
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。	毎日の散歩で地域の人達と直接触れ合う機会があり、自事態の主催する盆踊りやお祭りに参加しています。またケアプラザの祭りや催物に継続的に参加し、施設の納涼祭、クリスマス会に地域のボランティア（手品、フォークソング演奏）の方々に来ていただくなど交流しています。	自治会に加入し、自治会主催の盆踊りに参加しています。近隣住民とは、散歩時に挨拶や会話を楽しまような良好な関係です。ホームの行事の際にギター演奏のボランティアが来訪しています。地域ケアプラザ主催の認知症講習会に参加するなど地域とかわりを積極的にもつよう努めています。	
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。	運営推進会議において日々の認知症の方の日々の生活の様子とともに心身の状態などを常時お伝えして理解をしていただけるように努めています。また自治会、社協、民生児童委員、包括と情報交換を行っています。		
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。	近年問題視されている防災対策について運営推進会議を通じて自治会と連携をとっています。災害時の具体的な避難方法についても自治体の防災訓練（黄色旗を提示）に参加、施設として自治体と足並みを揃えながら独自の災害対策計画を策定しています。	2ヶ月に1度開催している運営推進会議の参加者は、地域包括支援センター職員・民生委員・社会福祉協議会職員・家族です。活動、利用者の健康状態などの報告を細部にわたり行っています。質問や意見交換は活発に行い、サービスの向上に活かしています。	
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に取り組んでいる。	区の生活支援課と日常的に連絡を取っています。処方薬について具体的に指導やマッサージ導入について相談しています。介護保険課に毎回運営推進会議の議事録を送付しケアサービスの取組み内容を報告しています。	緑区生活支援課の担当者と連絡を密にとり、相談やホームの状況を伝えています。介護保険課に運営推進会議の報告をし、協力関係を築く取り組みを行っています。地域包括支援センター職員とは地域の情報やアドバイスをもらうなど連携しています。	

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。	平成30年4月1日に法人代表の社長が委員長になり身体的拘束禁止委員会を立ち上げ、身体拘束をしないケアの実践する体制を確立しました。玄関の提示物コーナーに「身体拘束ゼロ宣言」を掲示しています。また毎月行っているユニット単位のカンファレンスに於いて日常の介護の中で身体拘束がないかを確認するようにしています。	月に1度「身体拘束廃止委員会」を開催し、身体拘束をしないケアについて話し合い職員の意識は高く保たれています。日常のケアを振り返り、利用者の安全を確保しつつ抑圧感のない暮らしを目指しています。利用者の人権を守る為に身体拘束ゼロを成し遂げる決意を社会的に表明した「身体拘束ゼロ宣言」を玄関に掲示しています。	
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。	身体拘束禁止委員会の活動として、施設長・管理者が身体拘束についての研修会を実施し職員の意識を高めヒヤリハットを活用してケアの現場において虐待を見過ごさないようにしています。		
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。	管理者は人権ハンドブックをテキストにした職員研修を行い、権利擁護を施設理念とともに支援業務の基本と考え定例のカンファレンスにおいても活用状況（事例）や必要性については話し合っています。		
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、入居相談時家族への案内説明を丁寧に行い、契約時においては施設長が時間を十分にとって契約内容等について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。また必要に応じて利用者家族と面談の機会を設け、意見を聞き、運営やケアにつなげていきます。前提として利用者の介護記録を家族に送り、日々の生活の様子を詳しく伝えていきます。	面会は曜日、日時の制限はせずに家族の都合のよい時に来られるようにしています。面会時に意見や要望を聞き、記録に残して職員全員が共有しています。本人の日常生活が分かるような写真と便りを毎月家族に送付して、安心を届けています。	

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。	毎月カンファレンスを兼ねた職員の定例会議において意見を聞いています。早番、遅番の勤務開始時間の変更や、業務内容の変更などを職員の意見を聞きながら臨機応変に対応しています。	管理者は、日頃から職員とコミュニケーションをとるように努めています。会議や内部研修会では、意見が言いやすい雰囲気です。職員からの意見で、早番就業時間の変更や夏場の作業時服装をTシャツ可にするなどの業務改善事例があります。	
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。	代表者は半年に一回施設長より管理者や職員個人個人の勤務状態とその評価委について報告を受けている。年一回給与について見直しをするよう施設長に指示している。		
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。	代表者は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。施設長に要る3ヵ月間の新人教育及び外部研修を行いました。		
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。	同じ町内の同業者と情報の交換を行っています。ネットワーク作りは今後取り組むべき課題と考えています（具体的には運営推進会議のメンバーにお願いしたいと考えています）。		
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。	利用に際し環境の変化に順応していただけるように家族、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。残存機能を確認し、支援に向けた評価を行ないます。		

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考慮し、家族における利用者の状況を確認し、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。	入居前に可能な限り情報を集め、アセスメントを行ない、本人と面談の上、必要としているニーズを洗い出し介護計画書を策定しています。		
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。	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、かかわり方を工夫しています。家事作業も出来る限り利用者と一緒に共同作業として行い食事作り、掃除、洗濯をお手伝い頂くようにしています。		
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。	ご家族に施設に足を運んでいただき、外出したり、散歩に出かけたり一緒に過ごす時間を持っていただくようお願いしています。また自宅、家族宅への一時帰宅、外泊、また病院への通院同行をしていただくなど、施設と家族が協力して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。	家族、友人との関係が途切れないように施設への訪問を積極的に推奨しています。友人、昔の職場の上司、俳句仲間、娘の友人などが面会に来ています。	職員は、利用者の日常生活の中で意識的に馴染みの人や場所を聞き取り、把握するよう努めています。手紙・年賀状の返事を書く支援や家族に電話をかけたい人の取次ぎをしています。入居前に住んでいた家や馴染みの店にドライブで出かけています。	

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
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、行事を利用者同士の仲間として連帯感が生まれています。自立の人も、介助の必要な人も一緒に行動するよう同じテーブルについて一緒に出来る楽しみ方を工夫しています。		
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。	サービスが終了してもいつでも相談をうけることが出来るよう窓口を職員に周知しています。		
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。	職員は入居時の情報や家族との面談時の情報、毎日の介護記録と照らし合わせた生活の中で、本人の思いや意向の把握に努めています。マンツーマンになる入浴時や居室でゆっくり話が出る時などは希望や本音を聞き出す機会として活用しています。	意思表示ができない利用者の意向は本人本位、本人のために良いか否かの視点で職員間で話し合っています。申し送り、連絡ノート、カンファレンスで職員全員が利用者一人ひとりの思いや意向を出来る限り把握し、共有しようと努めています。	
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。	入居時に把握できる情報には限界があるので入居後も、利用者、家族からの聞き取りによって情報を把握するよう努めています。		
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。	一人一人の生活の様子、身体状況を記録に残し状況を把握し、カンファレンスで情報を共有しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日々の生活の様子を記録に残し、個人ごとの身体機能及び精神状況の変化を観察し必要な支援を洗い出すためにカンファレンスでモニタリング、ケア方法を検討します。日々の支援の中での気づきやアイデアを出し合い、介護計画の立案に反映しています。	6ヶ月に1度、日々の生活の様子や健康状態と介護計画がかみ合っているか見直しています。本人や家族の要望に変化が生じた場合や容態が変化した際は、臨機応変に計画を変更しています。職員の気付きをとり入れ、本人本位の計画になるよう努めています。	
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。	個人記録の重要性を日ごろから職員が認識し、職員間の情報の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ホーム長が適宜指導を行っています。また毎日のミーティング（申し送り）を行ない情報共有に努めています。		
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。	既存のサービスにとらわれず利用できるサービスは利用していきたいと考えています。医療保険によるマッサージの導入、ボランティアによる体操（月3回）、コーラス（月1回）など退職した元職員にもボランティア活動をお願いしています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	運営推進会議のメンバーである地域包括センター、社会福祉協議会、自治会、民生委員の方々から支援して頂いています。地域行事（盆踊り、祭り）のお誘い、ボランティアの紹介、ケアプラザの催物を活用して生活を楽しんでいただいています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	総合病院往診部と連携し、月2回の訪問診療を受けています。そのほか皮膚科、精神科の往診が月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行っています。	職員、医師、看護師の連携による利用者の健康管理、早めの対応、病院との連携など、適切な医療支援体制を築いています。総合病院往診部より内科・精神科・皮膚科各医、看護師、他に歯科医などが定期来訪しています。職員は家族と情報の共有に努めています。	

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
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。	提携先の病院から正看護師が来て利用者の健康状態を確認し、重点管理が必要な利用者については状態確認を行い、内容を主治医に繋ぎスピーディーな対応を目指しています。職員は看護師に情報を提供し対応、処置についての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同行し担当の看護師に情報を提供します。入院中も定期的にケースワーカーと連絡を取り早期に退院でき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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に重度化、終末期対応の確認をとり交わしています。看取りのガイドラインに沿って必要に応じて何度でも家族に説明し、意向の確認を行います。医療関係者、職員と連携し緊急対応、看取りの研修を行い、最善の支援に取り組んでいます。	パンフレットにターミナルサービスについて記載、入居時に「重度化、看取りの指針」を説明し意向を確認しています。看取り段階で医療関係者、職員、家族で話し合い、家族と同意書を交わしチームワークで支援しています。職員は会議で振り返りを行っています。	
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定例の消防訓練の際、実施しました。		
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。	所属する自治会の災害避難訓練に参加しています。自治会主催の訓練もレベルアップしてきたので地域の中で施設としてどのように行動したらよいかの方向性が見えてきたところです。具体的な対策は今後早急に策定していきます。実質的には防災訓令を行なっています。	避難訓練は年2回行い、運営推進会議や「訓練のお知らせ」の発行を通じ地域の協力を依頼しています。消防署と避難経路を確認し、備付電動昇降機での避難訓練を行っています。漏電防止の点検を実施しています。自治会の避難訓練に参加し連携を強化しています。	

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。	一人一人の生活のリズムを把握し大切にしています。プライバシーや人格の尊厳を損なわないような言葉かけを心掛け、残存機能が維持できるように支援しています。介護記録、カンファレンスの記録は居室番号、イニシャルを使用しています。名前の呼び方は介護現場の中で注意しています。	毎月実施の研修の中に、人格尊重やプライバシーの研修を入れ、職員は一人ひとりの尊厳やプライバシーの大切さを話し合っています。起床、入浴時刻など本人のペースを優先し、手芸や塗り絵、食事の下準備など、好きな事、できる事を伸ばすように支援しています。	
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。	傾聴に心掛け、思いや希望に気づいていくよう職員に指導しています。過剰な介護、職員本位の介護で自己決定の機会を奪い残存機能の維持を損なうことが無いようにカンファレンスで適宜話し合っています。		
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。	利用者の個々の年齢、体調、性格によって生活リズムの行動のベースが異なるのでその人のリズムを大切にしています。（朝の起床時間、朝食時間、就寝時間を個人の状況に合わせる。恒例の人は日中臥床時間を設ける）		
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支援しています。自身で選べる方には洋服選びは自身でやっていただいています。ヘアカラーやパーマを希望される方は訪問美容にて対応しています。ご家族の協力で美容院に行く人もいます。		
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。	食材（メニューを含む）を業者から調達しています。栄養士がメニューを作っているため栄養バランスはとれています。食事の準備は利用者に食材を切ってもらい職員が調理しています。後片付けにおいて食器洗い、トレー拭きは利用者が行っています。誕生日には本人の希望を聞いて特別メニューにしたり、希望に応じて外食もしています。	食材は業者に委託しています。献立表に栄養価を記載し栄養バランスを考慮しています。行事食で職員と一緒におにぎりや恵方巻を作ったり、誕生日会では本人の希望の特別食や外食をしたりしています。クリスマス会では家族も参加しバイキングを楽しんでいます。	

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。	メニューはカロリー計算されているので、栄養バランスはとれています。食事摂取量、盛り付けは一人一人の状態に合わせた食事形態、食器で提供し、効率よくスムーズに摂取できるように対策しています。水分は嚥下が低下している人にはトロミやゼラチンを使用しています。その方の食事では、ミキサー食やペースト食を提供しています。		
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歯槽膿漏の治療など行うほか、歯科衛生士が週一回口腔内を清掃、チェックして利用者本人、職員に口腔ケアの指導を行っています。毎日食後3回自立の人はご自身で、介助の人は職員がケアを行っています。		
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。	毎日排泄記録を取り、個別に排泄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態様に合わせてトイレ誘導や声掛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。	職員はA3版の排泄記録一覧表や体調、仕草で個別の排泄パターンを把握し、トイレでの自立を支援しています。日々の体操や廊下、階段での歩行訓練など足腰の筋力維持に努めています。トイレの補高便座や衛生的な撥水コート使用の床など工夫しています。	
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。DVD体操、TV体操を毎日行い機能維持訓練兼ねた便秘予防対策としています。また便秘対策を（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、医師と連携して毎日行っています。		
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ず、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（一番風呂など）される場合には希望に沿うようにしています。また入浴剤、季節にはしょうぶ湯、柚子湯を使用してリラックスできるように工夫しています。	週3回入浴を行っています。一人ひとりのペースを大切に、極力希望に沿うように努めています。介助職員は会話を楽しく、ゆったりと入浴出来るように支援しています。床は縁なし浴槽用量を敷き、上がり湯、マットの交換など安全、衛生に配慮しています。	

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
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。	利用者は年齢介護度、その身体状況が一人一人違います。朝の起床時間、日中の昼寝の時間もまた年齢や体調に合わせて変えています。また昼夜逆転しないように日中は体調の許す限り起きて過ごして頂くようにしています。		
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。	利用者個々の服薬内容は職員全員が共有できるようにしています。変更があったときは連絡ノートに記載し職員に回覧しています。様子観察をしながら変化、異変があったときには、上司や医師、看護師に報告し、すぐに対応しています。		
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。	洋裁が得意だった利用者施設で使うフキン作成をお願いしたり、家事が得意な人には食器洗い、トレー拭きをお願いしています。洗濯物をハンガーに干す人もいてそれぞれ役割を分担しています。習字の得意な人を書いてもらいリビングに張り出しています。		
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。	家族の協力をいただき家族と一緒に外出して頂くようお願いしています。日常生活の中では散歩、外食の機会を設けています。また地域のケアプラザ、自治会の行事に参加させていただき外出の機会を増やすように考えています。	業務日誌に個人別の散歩、外出欄を設け、晴れの日にはほぼ毎日外出するように支援しています。初詣や花見に出かけ、イチョウ並木を観にドライブしたり、地域ケアプラザなど地域行事に参加したりしています。散歩が困難な利用者は外気浴を楽しんでいます。	
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。	ケアプラザ祭り、地域のお祭りに参加するときお金を持たせていただき、好きなものを買っていただく支援をしています。普段は「買いたいものはないわ」と言われる人でも祭りの屋台でする買い物には胸をときめかせています。		

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
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。	携帯電話を使用できる方には携帯電話を推奨しています。家族と連絡を密にするために携帯電話を持っている方が2名います。また家族に電話をしてほしい施設の電話から掛けられる人もいます。	/	
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。	リビングには毎月テーマを決めて季節感のある貼り絵などの作品を利用者と職員と一緒に制作して展示しています。また廊下、リビング、居室の壁に紙で作った色とりどりの花を展示して明るい雰囲気演出しています。		
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。	ソファを配置したり、テーブルの配置を工夫しています。時々配置換えをして気分転換できるようにしています。	/	
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。	入居時家具の搬入にあたり自宅で使い慣れたものをお勧めしています。テレビを楽しむことができる方はテレビの持ち込みは自由です。また仏壇を持ち込まれている方も数名いらっしゃいます。みんなで作った鶴、花などの製作品をタンスの上等に飾っています。		
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。	夜間トイレの起きた時足元が見える程度の照明を設置しています（転倒防止のため）。車椅子でトイレに行るとき安全に便座に移動できるようにトイレ内に掴まり棒を設置しています。またトイレの場所が解るように張り紙をしています。	/	

事業所名	グループホームおもとの郷東本郷
ユニット名	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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	職員全員で施設理念を作り、玄関先に理念を提示しています。職員の定例の研修会（接遇）理念がサービスの中で実践されているかどうかを話し合い、確認しています。		
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。	毎日の散歩で地域の人達と直接触れ合う機会があり、自事態の主催する盆踊りやお祭りに参加しています。またケアプラザの祭りや催物に継続的に参加し、施設の納涼祭、クリスマス会に地域のボランティア（手品、フォークソング演奏）の方々に来ていただくなど交流しています。		
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。	運営推進会議において日々の認知症の方の日々の生活の様子とともに心身の状態などを常時お伝えして理解をしていただけるように努めています。また自治会、社協、民生児童委員、包括と情報交換を行っています。		
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。	近年問題視されている防災対策について運営推進会議を通じて自治会と連携をとっています。災害時の具体的な避難方法についても自治体の防災訓練（黄色旗を提示）に参加、施設として自治体と足並みを揃えながら独自の災害対策計画を策定しています。		
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に取り組んでいる。	区の生活支援課と日常的に連絡を取っています。処方薬について具体的に指導やマッサージ導入について相談しています。介護保険課に毎回運営推進会議の議事録を送付しケアサービスの取り組み内容を報告しています。		

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
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。	平成30年4月1日に法人代表の社長が委員長になり身体的拘束禁止委員会を立ち上げ、身体拘束をしないケアの実践する体制を確立しました。玄関の提示物コーナーに「身体拘束ゼロ宣言」を掲示しています。また毎月行っているユニット単位のカンファレンスに於いて日常の介護の中で身体拘束がないかを確認するようにしています。		
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。	身体拘束禁止委員会の活動として、施設長・管理者が身体拘束についての研修会を実施し職員の意識を高めヒヤリハットを活用してケアの現場において虐待を見過ごさないようにしています。		
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。	管理者は人権ハンドブックをテキストにした職員研修を行い、権利擁護を施設理念とともに支援業務の基本と考え定例のカンファレンスにおいても活用状況（事例）や必要性については話し合っています。		
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、入居相談時家族への案内説明を丁寧に行い、契約時においては施設長が時間を十分にとって契約内容等について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。また必要に応じて利用者家族と面談の機会を設け、意見を聞き、運営やケアにつなげていきます。前提として利用者の介護記録を家族に送り、日々の生活の様子を詳しく伝えていきます。		

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
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。	毎月カンファレンスを兼ねた職員の定例会議において意見を聞いています。早番、遅番の勤務開始時間の変更や、業務内容の変更などを職員の意見を聞きながら臨機応変に対応しています。		
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。	代表者は半年に一回施設長より管理者や職員個人個人の勤務状態とその評価委について報告を受けている。年一回給与について見直しをするよう施設長に指示している。		
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。	代表者は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。施設長に要る3ヵ月間の新人教育及び外部研修を行いました。		
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。	同じ町内の同業者と情報の交換を行っています。ネットワーク作りは今後取り組むべき課題と考えています（具体的には運営推進会議のメンバーにお願いしたいと考えています）。		
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。	利用に際し環境の変化に順応していただけるように家族、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。残存機能を確認し、支援に向けた評価を行ないます。		

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考慮し、家族における利用者の状況を確認し、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。	入居前に可能な限り情報を集め、アセスメントを行ない、本人と面談の上、必要としているニーズを洗い出し介護計画書を策定しています。		
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。	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、かかわり方を工夫しています。家事作業も出来る限り利用者と一緒に共同作業として行い食事作り、掃除、洗濯をお手伝い頂くようにしています。		
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。	ご家族に施設に足を運んでいただき、外出したり、散歩に出かけたり一緒に過ごす時間を持っていただくようお願いしています。また自宅、家族宅への一時帰宅、外泊、また病院への通院同行をしていただくなど、施設と家族が協力して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。	家族、友人との関係が途切れないように施設への訪問を積極的に推奨しています。友人、昔の職場の上司、俳句仲間、娘の友人などが面会に来ています。		

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。	日常生活の中で共同作業、レクリエーション、行事を利用者同士の仲間として連帯感が生まれています。自立の人も、介助の必要な人も一緒に行動するよう同じテーブルについて一緒に出来る楽しみ方を工夫しています。		
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。	サービスが終了してもいつでも相談をうけることが出来るよう窓口を職員に周知しています。		
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。	職員は入居時の情報や家族との面談時の情報、毎日の介護記録と照らし合わせた生活の中で、本人の思いや意向の把握に努めています。マンツーマンになる入浴時や居室でゆっくり話が出来るときなどは希望や本音を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。	入居時に把握できる情報には限界があるので入居後も、利用者、家族からの聞き取りによって情報を把握するよう努めています。		
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。	一人一人の生活の様子、身体状況を記録に残し状況を把握し、カンファレンスで情報を共有しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日々の生活の様子を記録に残し、個人ごとの身体機能及び精神状況の変化を観察し必要な支援を洗い出すためにカンファレンスでモニタリング、ケア方法を検討します。日々の支援の中での気づきやアイデアを出し合い、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。	個人記録の重要性を日ごろから職員が認識し、職員間の情報の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ホーム長が適宜指導を行っています。また毎日のミーティング（申し送り）を行ない情報共有に努めています。		
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。	既成のサービスにとらわれず利用できるサービスは利用していきたいと考えています。医療保険によるマッサージの導入、ボランティアによる体操（月3回）、コーラス（月1回）など退職した元職員にもボランティア活動をお願いしています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	運営推進会議のメンバーである地域包括センター、社会福祉協議会、自治会、民生委員の方々から支援して頂いています。地域行事（盆踊り、祭り）のお誘い、ボランティアの紹介、ケアプラザの催物を活用して生活を楽しんでいただいています。		
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。	総合病院往診部と連携し、月2回の訪問診療を受けています。そのほか皮膚科、精神科の往診が月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。	提携先の病院から正看護師が来て利用者の健康状態を確認し、重点管理が必要な利用者については状態確認を行い、内容を主治医に繋ぎスピーディーな対応を目指しています。職員は看護師に情報を提供し対応、処置についての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同行し担当の看護師に情報を提供します。入院中も定期的にケースワーカーと連絡を取り早期に退院でき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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に重度化、終末期対応の確認を取り交わしています。看取りのガイドラインに沿って必要に応じて何度でも家族に説明し、意向の確認を行います。医療関係者、職員と連携し緊急対応、看取りの研修を行い、最善の支援に取り組んでいます。		
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定例の消防訓練の際、実施しました。		
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。	所属する自治会の災害避難訓練に参加しています。自治会主催の訓練もレベルアップしてきたので地域の中で施設としてどのように行動したらよいかの方向性が見えてきたところです。具体的な対策は今後早急に策定していきます。実質的には防災訓令を行なっています。		

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
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。	一人一人の生活のリズムを把握し大切にしています。プライバシーや人格の尊厳を損なわないような言葉かけを心掛け、残存機能が維持できるように支援しています。介護記録、カンファレンスの記録は居室番号、イニシャルを使用しています。名前の呼び方は介護現場の中で注意しています。		
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。	傾聴に心掛け、思いや希望に気づいていくよう職員に指導しています。過剰な介護、職員本位の介護で自己決定の機会を奪い残存機能の維持を損なうことが無いようにカンファレンスで適宜話し合っています。		
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、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。	利用者の個々の年齢、体調、性格によって生活リズムの行動のベースが異なるのでその人のリズムを大切にしています。（朝の起床時間、朝食時間、就寝時間を個人の状況に合わせる。恒例の人は日中臥床時間を設ける）		
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支援しています。自身で選べる方には洋服選びは自身でやっていただいています。ヘアカラーやパーマを希望される方は訪問美容にて対応しています。ご家族の協力で美容院に行く人もいます。		
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。	食材（メニューを含む）を業者から調達しています。栄養士がメニューを作っているので栄養バランスはとれています。食事の準備は利用者に食材を切ってもらい職員が調理しています。後片付けにおいて食器洗い、トレイ拭きは利用者が行っています。誕生日には本人の希望を聞いて特別メニューにしたり、希望に応じて外食もしています。		

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
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。	メニューはカロリー計算されているので、栄養バランスはとれています。食事摂取量、盛り付けは一人一人の状態に合わせた食事形態、食器で提供し、効率よくスムーズに摂取できるように対策しています。水分は嚥下が低下している人にはトロミやゼラチンを使用しています。その方の食事では、ミキサー食やペースト食を提供しています。		
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、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歯槽膿漏の治療など行うほか、歯科衛生士が週一回口腔内を清掃、チェックして利用者本人、職員に口腔ケアの指導を行っています。毎日食後3回自立の人はご自身で、介助の人は職員がケアを行っています。		
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。	毎日排泄記録を取り、個別に排泄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態様に合わせてトイレ誘導や声掛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。DVD体操、TV体操を毎日行い機能維持訓練兼ねた便秘予防対策としています。また便秘対策を（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、医師と連携して毎日行っています。		
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。	週3回の入浴を実施しています。特別に希望（一番風呂など）される場合には希望に沿うようにしています。また入浴剤、季節にはしょうぶ湯、柚子湯を使用してリラックスできるように工夫しています。		

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。	利用者は年齢介護度、その身体状況が一人一人違います。朝の起床時間、日中の昼寝の時間もまた年齢や体調に合わせて変えています。また昼夜逆転しないように日中は体調の許す限り起きて過ごして頂くようにしています。		
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。	利用者個々の服薬内容は職員全員が共有できるようにしています。変更があったときは連絡ノートに記載し職員に回覧しています。様子観察をしながら変化、異変があったときには、上司や医師、看護師に報告し、すぐに対応しています。		
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。	洋裁が得意だった利用者に施設で使うフキン作成をお願いしたり、家事が得意な人には食器洗い、トレー拭きをお願いしています。洗濯物をハンガーに干す人もいてそれぞれ役割を分担しています。習字の得意な人にも書いてもらいリビングに張り出しています。		
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。	家族の協力をいただき家族と一緒に外出して頂くようお願いしています。日常生活の中では散歩、外食の機会を設けています。また地域のケアプラザ、自治会の行事に参加させていただき外出の機会を増やすように考えています。		
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。	ケアプラザ祭り、地域のお祭りに参加するときお金を持っていただき、好きなものを買っていただく支援をしています。普段は「買いたいものはないわ」と言われる人でも祭りの屋台でする買い物には胸をときめかせています。		

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
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。	携帯電話を使用できる方には携帯電話を推奨しています。家族と連絡を密にするために携帯電話を持っている方が2名います。また家族に電話をしてほしい施設の電話から掛けられる人もいます。		
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。	リビングには毎月テーマを決めて季節感のある貼り絵などの作品を利用者と職員と一緒に制作して展示しています。また廊下、リビング、居室の壁に紙で作った色とりどりの花を展示して明るい雰囲気演出しています。		
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。	ソファを配置したり、テーブルの配置を工夫しています。時々配置換えをして気分転換できるようにしています。		
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。	入居時家具の搬入にあたり自宅で使い慣れたものをお勧めしています。テレビを楽しむことができる方はテレビの持ち込みは自由です。また仏壇を持ち込まれている方も数名いらっしゃいます。みんなで作った鶴、花などの製作品をタンスの上等に飾っています。		
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。	夜間トイレの起きた時足元が見える程度の照明を設置しています（転倒防止のため）。車椅子でトイレに行るとき安全に便座に移動できるようにトイレ内に摺り棒を設置しています。またトイレの場所が解るように張り紙をしています。		

令和元年度

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： 令和2年8月7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	7	コロナウイルス感染症の影響で家族が施設に来る機会がなくなっており、コロナ感染が長引く事により家族との信頼関係構築が困難になる恐れがある	利用者の家族とこれまで以上に信頼関係を築き、協力して長引くコロナ感染症と対峙していく	① 定期的に発行するお便り（写真入り）を利用して利用者の生活の様子を伝える ② 施設の電話から家族に電話して直接家族と話す機会を設ける（定期的） ③ 利用者様の様子を電話で報告する機会を設ける（2週に1回）	12ヶ月
2	13	利用者がコロナに感染し命を脅かされる危険がある	コロナ感染症から利用者を守る。職員は施設の中に落ち込まない	① 職員は決められた感染症対策を履行する ② 職員はコロナ感染症を知る（研修実施） ③ 職員は日常生活（家庭）においても感染対策を怠らない	12ヶ月
3	13	台風や大雨による自然災害が全国で頻発している状況があり、災害へのさらなる備えが必要になっている	災害が起きた時の行動計画をシュミレーションし、避難計画を見直す コロナ対策品を含め備品、食糧・水（7日間）備蓄する	① コロナ対策備品リスト（必要量）作成 ② 発電器、水・食料（7日分）購入計画購入スケジュール作成	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月