

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	1475600639	事業の開始年月日	平成17年12月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	有限会社 ノベライズ社		
事業所名	グループホーム麻生		
所在地	(215-0036) 神奈川県川崎市麻生区はるひ野 3-2-5		
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8日	評価結果 市町村受理日	令和元年6月6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)】

今年度より介護技術、認知症の知識などのステップアップのためノベライズ社独自のOJTシートを作成し、活用しています。職員のメンタルヘルスのため外部コンサルタント機関のアンケートを活用し職場環境の改善に努めています。

【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26日	評価機関 評価決定日	令和元年5月9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、小田急多摩線はるひ野駅から徒歩5分の静かな新興の住宅街にあります。平成17年12月に有限会社が開設した、定員18名のグループホームです。入居者の主体性を尊重した支援を大切にし、入居者が「このホームで良かった」と思えるように、職員は日々の支援に努めています。

<優れている点>

職員は家庭的なホームの雰囲気を感じ、入居者が違和感を感じることなく自分の生き方で、自分のリズムで日々の生活を送れるように見守っています。入居者だけの一人散歩は5年前から続いています。入居者は自由に行きたいところに行っています。ADLの低下でGPSを携帯してもらう利用者もいます。入居者は買物にもよく出かけています。事業所のその日の食材を利用者がスーパーマーケットに行っておいて買ってくるなど、普通の家庭と同じ風景があります。看取り介護の入居者がいます。他の入居者が気を遣い、仲間の最期を優しく見守っています。入居者が安心して暮らせるような事業所を目指すことを運営方針にうたっています。職員は、入居者が日々の生活を自分のペースでのびのびと送れるように見守っています。

<工夫点>

3ヶ月ごとに身体拘束委員会を開催しています。職員研修で身体拘束をとりあげ、スピーチロックなどの体験談やグループディスカッションを行い身体拘束のないケアを実践しています。

【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	グループホーム麻生
ユニット名	さくら

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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	4, ほとんどいない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	4, 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	法人理念、ホーム行動指針は事業所内に掲示し、職員間で共有と理念の実践を心かけている。職員は理念の内容を文言でと聞かれたら、一語一句、間違えずに答えることの出来る職員は少ないが、理念の内容を理解し実践につなげている。	「私たちのサービスを必要としている全ての方に、最善を尽くします」を理念に掲げています。理念を掲示し、スタッフ基本マニュアルに理念を明記し、職員全員に配付して周知していません。職員会議で理念について振り返り、実践に向けて意識の強化を図っています。	
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。	近隣中学のボラ受け入れ、近所への買い物、運営推進会議の開催で地域包括の職員の参加程度。ご近隣より苦情をいただくことはあるが、改善に努めている。	新年会など町内会の季節行事に積極的に参加しています。また、年4回入居者が地域清掃に取り組み、地域の人たちと交流を図っています。年5回近隣の中学校の生徒が福祉体験の一環で事業所を訪れ、入居者から折り紙を教わったりして交流を深めています。	
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。	近在の中学生の受け入れを毎年行っている。定期的に広報誌を作成し、ホーム内の様子をホームページにアップしどなたでもご覧出来るようにしている。		
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。	年6回を開催出来る様に年間予定を組み、開催している。参加者が増える様に努力義務と、参加者の意見やアドバイスを本社会議に上げ、代理人様へ報告を行っている。今年より広報誌を作成し日々の生活の様子を伝えられるようにしていく。	年に6回運営推進会議を開催しています。その内2回は地域の4事業所との合同会議です。地域包括支援センター職員、各事業所の入居者や家族代表が参加しています。会議では入居者の状況や行事の内容、事故、ヒヤリハット報告などについて説明しています。	運営推進会議へ地域住民の代表や民生委員などの参加も期待されます。認知症介護に関する事業所の専門性や入居者の生活について、地域の理解が深まるような取り組みも期待されます。
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に取り組んでいる。	生保受給の入居者が多いのでお話する機会も多く、入居の相談等も兼ねて、ホームの状況をお伝えしている。市町村との連携で入居したケースもあり、以前お世話になったからと再び問い合わせが来ることもある。	生活保護受給者が多いこともあり、担当ケースワーカーと連携して適切な支援に努めています。法人の主催で認知症サポーター養成講座を開催しています。職員や入居者も参加して、認知症サポーターの育成に努めています。	

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
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。	良くも悪くも玄関に施錠はしていない。ユニットさくらは未確認での外出を防ぐために、入居者に説明をし施錠を行っている。今年度より身体拘束対策委員会を設置し定期的開催している。スピーチロックに関する研修を実施した。	「身体拘束廃止に関する指針」を作成し、身体拘束を行わないケアの実践に努めています。身体拘束委員会を3ヶ月ごとに開催しています。また、委員会が主体となり身体拘束に関する職員研修を実施し、スピーチロックなどに関するグループディスカッションを通して、職員の意識の徹底を図っています。	
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。	社会的な虐待事件の情報など、その都度、周知しなぜ起きたのか？我々でも起こす可能性が0ではない事を理解し、職員のメンタルヘルスのためのCAPシステムを導入し面談の機会を設けている。		
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。	両ユニットに後見制度を利用されている入居者がおり、毎月、お会いする機会がある。今後、後見人制度を利用されようとしている方もいて実践も通じて学び、各関係機関とも連携し支援している。		
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。	入居時には代理人へ重要事項説明書、預り金規定、プライバシー保護法、契約書の読み合わせを行い、説明を行っている。入居後の不安や疑問点も都度、説明を行い、理解と納得を得られる様に場を設けている。本社の入居担当とも連携している。		
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。	運営推進会議の実施と日々の来所時に要望や意見をいただき、即時に行える内容は即、反映、改善し内容を報告している。	家族との面会の内容を業務日誌に記入しています。また、運営推進会議で家族の思いや要望の把握に努め、運営に活かすようにしています。隔月に広報紙「GH麻生通信」を発行しています。入居者の食事風景や行事に参加している時の笑顔の表情を掲載し、家族に伝えています。	

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
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。	事業所内においては月1回で職員会議を行っている。法人と事業所間においては、毎月法人代表と外部コンサル会社の方を交えた本社会議を行い、情報共有を行っている。	職員は日頃の入居者支援に関する気づきを「議題ノート」に書きとめています。毎月の職員会議で「議題ノート」を活用し、サービス改善などの職員提案の実施について検討しています。毎月職員のメンタルヘルスアンケートを実施し、職場環境の改善に努めています。	
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。	努力や実績について、評価の基準になる手段を本社会議で検討中である。給与水準は、処遇改善加算を算定し支給される事で上がっている。労働時間は勤務超過が起きた場合、時間外で支給される。		
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。	法人独自のOJTシートを作成し自己評価、他者評価を行い面談の機会を設けるよう取組みを行っている。		
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。	年2回の災害支援ネットワークの参加、団体連合会、全国大会を通し、外部同業者と交流の場を設けている。今年度より運営推進会議を地域のGHと合同開催を行っている。		
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。	入居前にご本人との面談を行い、不安や要望の聞き取りをし、入居日はご本人が食べたい食事の準備をし、簡易的ではあるが歓迎会を行っている。他者との関係性づくりに職員は橋渡し役となり、関係性の構築をし、安心の確保に努めている。		

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
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。	入居相談時に、困っている事、不安な事を伺い、その内容にどの様な方法で解決していくか説明を行っている。併せて、グループホームが万能ではない事を説明し、納得をいただき、ご家族への協力をいただける様に働きかけを行っている。		
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。	ホームとして特段の事情がない場合は入居をお断りしないスタンスでいるが、ご本人の身体的、精神的な状況、ご家族の金銭的などの状況により、相談を受けた場合は他のサービスについて情報の提供を行い、その時必要な支援を見極められる様、努めている。		
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。	重度化が進むと必然的に介護を受けている姿が他者の目に映るが、その姿を誰が見たとしても、極々、自然な光景として映る配慮と、声掛けを行っている。		
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。	ホームは万能ではない為、ご本人を支えて行く上で、ご家族、代理人の協力を得られる様に関係づくりに努めている。反面、入居後に連絡が取りにくくなってしまうご家族もいる為、努力が必要とも言える。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居者それぞれにとっての思い入れのある場所や人との繋がりが継続で出来る様、職員と一緒に外出したり、手紙やハガキ、電話などを活用している。	以前からの友人が事業所を訪問してくれています。職員は入居者の手紙や電話への対応を手伝い、友人関係が継続するよう支援しています。入居者は散歩や買物によく出かけています。地域の人たちと言葉を交わし顔馴染みの関係になっています。	

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
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。	入居者間の相関関係を考慮した食席、外出時の関わる職員の配置に留意した支援に努めている。入居者同士の関わり方や助け合いには安全面に注意し、尊重している。		
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。	契約が終了しても、ご家族からの相談、ホームに遊びに来られた際は、歓迎しているが、ホームから発信しフォローに携わる事は、ほぼ無いと言える。		
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。	思いや暮らし方の希望や意向をケアプランに盛り込み、支援に努めている。日々の会話の中で希望や意向が聞けた場合は記録に落とし、把握に努めている。	年に2回アセスメントを実施し、利用者支援のニーズの把握に努めています。また、ケース記録で日々の支援がケアプランの目標に沿っていることを記録しています。アセスメントやケース記録の内容をケアプランの見直しに反映しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	個人の生活歴や馴染みの暮らし方を尊重しているが、今までの生活環境を望む事がご本人の精神的、身体的に良くないと判断した際、改善に向けて見直しができる様に説明と納得をいただいている。		
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。	生活記録、業務日誌を活用し、申し送り、緊急を要する場合は電話連絡をし、職員全体で現状を把握に努めている。生活記録、業務日誌に関しては書式の変更を行った。		

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。	起点のケアプランはご本人、ご家族からの意見と、かかりつけ医の診療情報提供証を基に作成を行っている。見直しの際は上記関係者、職員の意見を反映し、現状に即したプラン作成に努めている。	半期ごとにケアプランを見直しています。見直しに合せてモニタリングを実施し、ケアプランの目標の達成度を評価しています。モニタリングやアセスメントの結果、およびケース記録の記述をユニット会議で検討し、次の目標を設定しています。	
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。	生活記録、日々の関わりを中心に気づきや実践について、職員間で共有し、評価しプランの見直しに活かせる様に努めている。		
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。	マニュアル不足によって起きた支援の不具合を精査し、作成を行い、柔軟な支援やサービスの多機能化が出来る様に、努めている。現状の柔軟な支援は職員の人間力によるところが大きい。		
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。	地域資源は把握しているが、現状、入居者が安全で豊かな暮らしを楽しむ事に視点を合わせると、僅かな入居者のみしか、最大限に活用できていない。		
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。	ホームの協力医療機関、若しくはかかりつけ医の継続を選択していただいている。緊急時は受診、入院歴を元に、病院側から円滑な受け入れをしていただける様、支援を行っている。	入居時に利用者、家族が希望する医療機関を継続して受診できる事を話しています。現在はすべての利用者が協力医療機関をかかりつけ医として月に2回の訪問診療を受けています。希望により歯科の訪問診療を受けている利用者もいます。	

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
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。	協力医療機関の看護師へ入居者の身体的変化があった際、連絡相談し、Dr.からの指示をいただき、往診後、受診や検査の必要性がある場合は紹介状をいただき、適切な医療が受けられる様に支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院後のムンテラ、インフォームドコンセントに管理者、主任で立ち合い、ご家族のみで判断出来ない状況時の相談、入院中は職員がお見舞いを通し、ご本人の状態の把握をし、早期退院が出来る様に努めている。		
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。	ご本人、ご家族の希望、主治医の判断などを含め、話し合い、最も良いと思われる方法で支援が出来る様に努めている。	契約時に「入居者の急変時や重度化した場合などにおける対応に係る指針」を説明し、同意を得ています。状態の変化に応じて利用者、家族に説明を行い、医療関係者と話し合い、最善の方法を採っています。数名の看取りの実績があります。	
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。	急変時や事故発生後は、全ての職員が訓練を定期的に受けていないので、発生直後は緊急時対応マニュアルに沿った行動をし、管理者、主任がホーム不在時はホームに駆けつけ、対応を行っている。		
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。	今年度、防火管理者の変更があった。年2回の避難訓練を行っている。地域としてはウォーターハザードマップにはかかっていない。	年2回、夜間を想定した避難訓練を実施しています。その内1回は消防署が立ち会っています。地域住民にも避難訓練の案内と参加の要請をしていますが、まだ参加には繋がっていません。飲料水、食料などの備蓄品3日分をリスト化して管理をしています。	

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
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。	人格の尊重を前提に、ご本人の状況に応じて（難聴・言葉の理解度・気分等）、必要な言葉かけや対応を行なっている。	守秘義務、人格の尊重について研修をしています。入居者との会話や対応に際しては人格やプライバシーを損ねないように配慮しています。管理者は職員の不適切な言葉かけや対応に対して注意をしています。職員間でも注意し合える環境があります。	
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。	分かりやすい選択肢を示して選んで決めていただく等、職員側の一方的な形ではなく、ご本人の力に応じた自己決定の為の支援を行える様に努めている。		
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。	一人ひとりのペースを大切にしているが、大切にする余り、ADLの低下や、セルフネグレクトを招かない様に働きかけをし、支援を行っている。		
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。	馴染みの美容室を継続して利用することや、モーニングケア、服装選びの支援等を行っている。		
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。	買い物、調理、片付けは入居者の身体的状況に合わせて、職員も一緒に行っている。 アセスメントを行い、入居者お一人での買い物、外食も行っている。	毎日、利用者の好みや希望にあわせて、近隣のスーパーマーケットや商店に職員と共に旬の食材を買いに行っています。それぞれの力に応じて調理、配膳、下膳などの手伝いもしています。四季折々の行事食や車でレストランに行くなど、外食も楽しんでいます。	

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。	毎食の食事量の把握、自立度の低い入居者の水分量の確保、咀嚼や嚥下状態の把握、定期的な体重測定を適宜、主治医と相談を行っている。嚥下状態については訪問歯科とも連携を取っている。		
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。	ご本人の状態に応じて、歯磨き、口腔ケア、義歯の洗浄を声掛け、必要に応じ、支援を行っている。週1回の訪問歯科を導入し口腔内の状態、嚥下状態等の相談も行っている。		
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。	ご本人の身体に合わせた下着、リハパン、おむつを使用しており、トイレでの排泄が長く行える様に支援をしている。希望により、おむつを使用される入居者もいる為、不衛生、感染症にならない様に陰部洗浄、清拭を行っている。	トイレでの排泄を大切に支援しています。排泄パターンを把握し、様子を見ながら人権や羞恥心に配慮してトイレ誘導をしています。リハビリパンツ使用だった利用者が、失敗が少なかった事で、布パンツに改善した例があります。排泄が自立している入居者が多くいます。	
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。	健康状態記録表を用い、最終排便の把握をしている。日々の食事で乳製品、食物繊維の多い野菜を意識している。入居者の多くが便通の薬を服薬されているため、便が緩い時は、薬のカットをし、調整している。		
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。	入浴が嫌な事にならない様に無理強いはせず、ご本人のペースで行っているが、共同生活である以上、最低限の入浴回数が確保出来る様、職員間でモニタリングを行い、生活記録に落とし、共有、支援を行っている。	9時から18時の間で入浴をしたい時間に入浴をしています。希望により毎日の入浴も可能です。入浴を好まない利用者には無理強いすることなく職員間で情報を共有し、言葉かけや負担感に配慮しています。浴槽の湯はその都度取り替えています。	

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
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。	起床時間、消灯時間は定めず、個々の生活ペースを尊重した上で、体調や生理的バランスを考慮している。室温調整や体位変換、リネンの交換等、個別に対応を行っている。		
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。	提携医・薬剤師と連携し、薬の目的や副作用、用法・用量等の理解に努めている。薬の変更や増減による変化を見過ぎさないために都度職員間で共有に努めている。		
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。	個々の身体状況に合わせ、お一人での散歩、毎月の外食、日々の生活での喫煙、家事や炊事を継続できる様、支援に努めている。		
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。	希望に沿って外出の同行、アセスメントをしたうえでのお一人での散歩、日常的な買い物の同行支援が継続できる様に努めている。	毎日、職員と近所のスーパーマーケットに買い物に行っています。一人で公共の乗り物を使っての買い物や近隣の散歩に行く入居者もいます。外出行事では、車で花見や外食などに行っています。家族の協力で墓参りや外出もしています。庭先で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。	お預かり金より希望額をお渡しし、個人で買い物や外食が出来る様に支援している。		

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
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。	希望時にホームの電話で話せる様に支援している。入居後も携帯電話を個人で持たれている入居者もあり、通信の制限は定めてはいない。取り次ぐ際はプライバシーの保護に注意をしている。		
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。	季節毎の飾りつけを行い、快適と感じられる室温の管理、西日による光の差し込みの配慮を行っている。	入居者が描いた大きな絵や習字を壁面に飾っています。ひな人形を飾り、季節感を出しています。フロアにソファを備えて気の合う入居者同士でくつろげるようにしています。庭先でたばこを楽しむ人もいます。入居者の様子をみながら室温、湿度、換気の調整をしています。	
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。	「定時に全員で何かをする」と、言った時間は極力定めず、入居者主体で時間の使い方、共有空間の使い方はお任せしている。		
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。	入居時には使い慣れた馴染みの物品を持って来ていただく事と、居室に入る物であれば、仏壇やタンスなどの大きな物品も持って来ていただいている。	居室は和室と洋室を用意し、照明、エアコン、クロゼットを備えています。居室にテレビや家族の写真、使い慣れた物や思い出の品を持ち込み安心して居心地よくしています。身体能力の変化に応じ家具の配置換えを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。	ご本人の「やりたい」や「出来そう」を尊重し、行っていただいている。但し、身体的な状態を見極め、事故に繋がるリスクがある場合は見守りや介助にて、ご本人の自尊心を傷付けない配慮を行っている。		

事業所名	グループホーム麻生
ユニット名	藍

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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="radio"/> 4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	法人理念、ホーム行動指針は事業所内に掲示し、職員間で共有と理念の実践を心かけている。職員は理念の内容を文言でと聞かれたら、一語一句、間違えずに答えることの出来る職員は少ないが、理念の内容を理解し実践につなげている。		
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。	近隣中学のボラ受け入れ、近所への買い物、運営推進会議の開催で地域包括の職員の参加程度。ご近隣より苦情をいただくことはあるが、改善に努めている。		
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。	近在の中学生の受け入れを毎年行っている。定期的に広報誌を作成し、ホーム内の様子をホームページにアップしどなたでもご覧出来るようにしている。		
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。	年6回を開催出来る様に年間予定を組み、開催している。参加が増える様に努力義務と、参加者の意見やアドバイスを本社会議に上げ、代理人様へ報告を行っている。今年より広報誌を作成し日々の生活の様子を伝えられるようにしていく。		
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。	生保受給の入居者が多いのでお話する機会も多く、入居の相談等も兼ねて、ホームの状況をお伝えしている。市町村との連携で入居したケースもあり、以前お世話になったからと再び問い合わせが来ることもある。		

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
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。	良くも悪くも玄関に施錠はしていない。ユニットさくらは未確認での外出を防ぐために、入居者に説明をし施錠を行っている。今年度より身体拘束対策委員会を設置し定期的開催している。スピーチロックに関する研修を実施した。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	社会的な虐待事件の情報など、その都度、周知しなぜ起きたのか？我々でも起こす可能性が0ではない事を理解し、職員のメンタルヘルスのためのCAPシステムを導入し面談の機会を設けている。		
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。	両ユニットに後見制度を利用されている入居者がおり、毎月、お会いする機会がある。今後、後見人制度を利用されようとしている方もいて実践も通じて学び、各関係機関とも連携し支援している。		
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。	入居時には代理人へ重要事項説明書、預り金規定、プライバシー保護法、契約書の読み合わせを行い、説明を行っている。入居後の不安や疑問点も都度、説明を行い、理解と納得を得られる様に場を設けている。本社の入居担当とも連携している。		
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。	運営推進会議の実施と日々の来所時に要望や意見をいただき、即時に行える内容は即、反映、改善し内容を報告している。		

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
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。	事業所内においては月1回で職員会議を行っている。法人と事業所間においては、毎月法人代表と外部コンサル会社の方を交えた本社会議を行い、情報共有を行っている。		
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。	努力や実績について、評価の基準になる手段を本社会議で検討中である。給与水準は、処遇改善加算を算定し支給される事で上がっている。労働時間は勤務超過が起きた場合、時間外で支給される。		
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。	法人独自のOJTシートを作成し自己評価、他者評価を行い面談の機会を設けるよう取組みを行っている。		
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。	年2回の災害支援ネットワークの参加、団体連合会、全国大会を通し、外部同業者と交流の場を設けている。今年度より運営推進会議を地域のGHと合同開催を行っている。		
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。	入居前にご本人との面談を行い、不安や要望の聞き取りをし、入居日はご本人が食べたい食事の準備をし、簡易的ではあるが歓迎会を行っている。他者との関係性づくりに職員は橋渡し役となり、関係性の構築をし、安心の確保に努めている。		

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
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。	入居相談時に、困っている事、不安な事を伺い、その内容にどの様な方法で解決していくか説明を行っている。併せて、グループホームが万能ではない事を説明し、納得をいただき、ご家族への協力をいただける様に働きかけを行っている。		
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。	ホームとして特段の事情がない場合は入居をお断りしないスタンスでいるが、ご本人の身体的、精神的な状況、ご家族の金銭的などの状況により、相談を受けた場合は他のサービスについて情報の提供を行い、その時必要な支援を見極められる様、努めている。		
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。	重度化が進むと必然的に介護を受けている姿が他者の目に映るが、その姿を誰が見たとしても、極々、自然な光景として映る配慮と、声掛けを行っている。		
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。	ホームは万能ではない為、ご本人を支えて行く上で、ご家族、代理人の協力を得られる様に関係づくりに努めている。反面、入居後に連絡が取りにくくなってしまいうご家族もいる為、努力が必要とも言える。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居者それぞれにとっての思い入れのある場所や人との繋がりが継続で出来る様、職員と一緒に外出したり、手紙やハガキ、電話などを活用している。		

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
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。	入居者間の相関関係を考慮した食席、外出時の関わる職員の配置に留意した支援に努めている。入居者同士の関わり方や助け合いには安全面に注意し、尊重している。		
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。	契約が終了しても、ご家族からの相談、ホームに遊びに来られた際は、歓迎しているが、ホームから発信しフォローに携わる事は、ほぼ無いと言える。		
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。	思いや暮らし方の希望や意向をケアプランに盛り込み、支援に努めている。日々の会話の中で希望や意向が聞けた場合は記録に落とし、把握に努めている。		
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。	個人の生活歴や馴染みの暮らし方を尊重しているが、今までの生活環境を望む事がご本人の精神的、身体的に良くないと判断した際、改善に向けて見直しができる様に説明と納得をいただいている。		
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。	生活記録、業務日誌を活用し、申し送り、緊急を要する場合は電話連絡をし、職員全体で現状を把握に努めている。生活記録、業務日誌に関しては書式の変更を行った。		

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。	起点のケアプランはご本人、ご家族からの意見と、かかりつけ医の診療情報提供証を基に作成を行っている。見直しの際は上記関係者、職員の意見を反映し、現状に即したプラン作成に努めている。		
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。	生活記録、日々の関わりを中心に気づきや実践について、職員間で共有し、評価しプランの見直しに活かせる様に努めている。		
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。	マニュアル不足によって起きた支援の不具合を精査し、作成を行い、柔軟な支援やサービスの多機能化が出来る様に、努めている。現状の柔軟な支援は職員の人間力によるところが大きい。		
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。	地域資源は把握しているが、現状、入居者が安全で豊かな暮らしを楽しむ事に視点を合わせると、僅かな入居者のみしか、最大限に活用できていない。		
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。	ホームの協力医療機関、若しくはかかりつけ医の継続を選択していただいている。緊急時は受診、入院歴を元に、病院側から円滑な受け入れをしていただけ様、支援を行っている。		

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
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。	協力医療機関の看護師へ入居者の身体医的变化があった際、連絡相談し、Dr.からの指示をいただき、往診後、受診や検査の必要性がある場合は紹介状をいただき、適切な医療が受けられる様に支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院後のムンテラ、インフォームドコンセントに管理者、主任で立ち合い、ご家族のみで判断出来ない状況時の相談、入院中は職員がお見舞いを通し、ご本人の状態の把握をし、早期退院が出来る様に努めている。		
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。	ご本人、ご家族の希望、主治医の判断などを含め、話し合い、最も良いと思われる方法で支援が出来る様に努めている。		
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。	急変時や事故発生後は、全ての職員が訓練を定期的に受けていないので、発生直後は緊急時対応マニュアルに沿った行動をし、管理者、主任がホーム不在時はホームに駆けつけ、対応を行っている。		
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。	今年度、防火管理者の変更があった。年2回の避難訓練を行っている。地域としてはウォーターハザードマップにはかかっていない。		

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
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。	人格の尊重を前提に、ご本人の状況に応じて（難聴・言葉の理解度・気分等）、必要な言葉かけや対応を行なっている。		
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。	分かりやすい選択肢を示して選んで決めていただく等、職員側の一時的な形ではなく、ご本人の力に応じた自己決定の為に支援を行える様に努めている。		
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。	一人ひとりのペースを大切にしているが、大切にできる限り、ADLの低下や、セルフネグレクトを招かない様に働きかけをし、支援を行っている。		
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。	馴染みの美容室を継続して利用することや、モーニングケア、服装選びの支援等を行っている。		
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。	買い物、調理、片付けは入居者の身体的状況に合わせて、職員も一緒に行っている。 アセスメントを行い、入居者お一人での買い物、外食も行っている。		

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。	毎食の食事量の把握、自立度の低い入居者の水分量の確保、咀嚼や嚥下状態の把握、定期的な体重測定を適宜、主治医と相談を行っている。嚥下状態については訪問歯科とも連携を取っている。		
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。	ご本人の状態に応じて、歯磨き、口腔ケア、義歯の洗浄を声掛け、必要に応じ、支援を行っている。週1回の訪問歯科を導入し口腔内の状態、嚥下状態等の相談も行っている。		
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。	ご本人の身体に合わせた下着、リハパン、おむつを使用しており、トイレでの排泄が長く行える様に支援をしている。希望により、おむつを使用される入居者もいる為、不衛生、感染症にならない様に陰部洗浄、清拭を行っている。		
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。	健康状態記録表を用い、最終排便の把握をしている。日々の食事で乳製品、食物繊維の多い野菜を意識している。入居者の多くが便通の薬を服薬されているため、便が緩い時は、薬のカットをし、調整している。		
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。	入浴が嫌な事にならない様に無理強いはせず、ご本人のペースで行っているが、共同生活である以上、最低限の入浴回数が確保出来る様、職員間でモニタリングを行い、生活記録に落とし、共有、支援を行っている。		

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
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。	起床時間、消灯時間は定めず、個々の生活ペースを尊重した上で、体調や生理的バランスを考慮している。室温調整や体位変換、リネンの交換等、個別に対応を行っている。		
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。	提携医・薬剤師と連携し、薬の目的や副作用、用法・用量等の理解に努めている。薬の変更や増減による変化を見逃さないために都度職員間で共有に努めている。		
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。	個々の身体状況に合わせ、お一人での散歩、毎月の外食、日々の生活での喫煙、家事や炊事を継続できる様、支援に努めている。		
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。	希望に沿って外出の同行、アセスメントをしたうえでのお一人での散歩、日常的な買い物の同行支援が継続できる様に努めている。		
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。	お預かり金より希望額をお渡しし、個人で買い物や外食が出来る様に支援している。		

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
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。	希望時にホームの電話で話せる様に支援している。入居後も携帯電話を個人で持たれている入居者もあり、通信の制限は定めてはいない。取り次ぐ際はプライバシーの保護に注意をしている。		
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。	季節毎の飾りつけを行い、快適と感じられる室温の管理、西日による光の差し込みの配慮を行っている。		
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。	「定時に全員で何かをする」と、言った時間は極力定めず、入居者主体で時間の使い方、共有空間の使い方はお任せしている。		
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。	入居時には使い慣れた馴染みの物品を持って来ていただく事と、居室に入る物であれば、仏壇やタンスなどの大きな物品も持って来ていただいている。		
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。	ご本人の「やりたい」や「出来そう」を尊重し、行っていただいている。但し、身体的な状態を見極め、事故に繋がるリスクがある場合は見守りや介助にて、ご本人の自尊心を傷付けない配慮を行っている。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム麻生

作成日： 令和元年 5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	I-4-3	運営推進会議参加者が毎回少なく、参加者が固定している。 地域の理解が深まるような取り組みが不足している。	参加者を増やし、事業所にとっても地域にとっても活発な意見が出るようにする。 ホームを会場として認知症サポーター養成講座を開催する。	開催日程を平日と週末に設定する。 町内会長、民生委員など地域の代表へ声をかける。 開催日の設定、近隣への周知、関係機関への問い合わせ	12か月
2					
3					
4					
5					