

2024（令和6）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	1495000315	事業の開始年月日	平成25年4月1日
		指定年月日	平成25年4月1日
法人名	医療法人啓和会		
事業所名	グループホーム東小田		
所在地	( 210-0846 ) 神奈川県川崎市川崎区小田5-19-14		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名 ユニット数 2 ユニット
自己評価作成日	令和7年1月1日	評価結果 市町村受理日	令和7年4月14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）】

認知症の方の方が同じ施設の利用者・介護スタッフ・ご家族と相互的にコミュニケーションを行う環境を大事にしています。グループホームは認知症の増悪の抑制・周辺症状の緩和にとって最も良いアプローチだと考えています。医療法人が母体なので往診や24時間訪問看護体制が整っています。看取りについても入所からご家族と共に支えていくことで実践的な対応拡大を吐かれています。地域の方の賛同と理解の元に秋祭りなどのイベントも開催し地域の介護への関わりを増進しています。季節に合わせたイベントや近隣の公園や施設内庭の園芸・栽培活動にて楽しみのある生活を感じてもらえます。毎日の運動も必要な方には下肢の強化を目的に行い自らが動ける自立した生活をしていく場としてのグループホームを目差しています。ホールは明るく、グループホームとしては大きめの作りになっています。

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和7年3月4日	評価機関 評価決定日	令和7年4月5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）】

<優れている点>  
介護保険制度の基本理念をもとに支援に努めています。利用者自らが楽しめるように認知症状緩和の支援に取り組み、相互相乗効果のもと「人と人が繋がること」「孤立しない事」に注力しています。利用者、職員の1対1の会話も、他の利用者を変える職員の会話術により、色々な人が会話で繋がるできています。尊厳保持として、トイレで排泄できるように立位保持の下肢筋力アップを行っています。毎朝のラジオ体操は当たり前とし、リハビリ用平行棒を使い、フロアでみんな一緒に立ち上がりなどのプログラムを行っています。立ち上がりも利用者みんなで行えば自然と笑顔が生まれています。自立でトイレに行く人に交換のパッドを手渡し、自身でパッド交換を行っています。使用済みのパッドは捨てる事ができるようにしています。また、毎朝「食器洗い」「おぼん拭き」などのメニューから「本日の係」を利用者本人が決定し、メモ用紙に自身が書き込みいつでも確認できるように自分の席に設置しています。

<工夫点>  
多種の統計を取り、支援に役立てています。過去10年分の記録から、救急搬送された病名を特定し、その病名による症状を職員皆で共有しています。その症状により職員が判断し、事前に医師、家族に連絡し急な変化にも対応できるように工夫しています。救急搬送受入れ病院も過去のデータから絞り出し、利用者の健康に繋がっています。

### 【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	グループホーム東小田
ユニット名	2F

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
<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。	基本理念に「地域共生」を掲げています。管理者は地域の一員として地域・町会へ参加や説明を行っています。近隣の方のご利用さまが多いです。	介護保険制度の基本理念である「利用者本位」「高齢者の自立支援」「利用者による選択」「地域共生」を掲げています。毎日の生活の中で利用者は、尊厳の保持、自立支援、自己決定が行えるように支援に努めています。	
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。	敷地内にあるDS・小規模らと地域交流、清掃ボランティア等も行っている。	理念に「地域共生」を謳っています。地域の中に介護施設があることを知ってもらうために10年開催している「芋煮会」や、「ご相談・お申込み」案内を発信し、家庭内での介護の悩みなどを受けています。地域の人が20名ほど参加する近隣公園の清掃ボランティアに管理者が参加しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	施設の掲示板に介護の相談を行う事を掲示しています。家庭での悩みや介護について話せる相手としての役割を持つ目的です。	/	/
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。	空き情報や地域での介護の問題・高齢者の孤立情報を共有して声かけ・状況確認など出来る範囲で行っています。激甚災害時に災害時の要介助者の受け入れなど地域包括と検討しています。	2ヶ月に1度開催している運営推進会議では、町内会合同で行った「芋煮会」の振り返りも含めた報告などもしています。非常災害時の協力を依頼する近隣住民の参加も得ています。夜勤帯の避難経路や、非常階段についてなど、第三者としての客観的な意見を貰い、今後に役立てています。	家族参加の積極的な声掛けをおこない、家族・利用者の参加が期待されます。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	日常的な連絡はそれほどありません。イベントなどで地域包括ケアシステムの方・危機管理室の配布や掲示で参加して頂いた事があります。	川崎市地域包括ケア推進室と連携を取り事業所と地域との信頼構築に取り組んでいます。10年開催している「芋煮会」は計画の段階から相談しています。「かわさき健幸福寿プロジェクト」に参加しています。要介護度状態の改善・維持に向けてサービスの提供を行い、実際に介護度が下がり表彰を受けています。	

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	2017年より拘束・虐待廃止委員会を設置して3ヶ月おきに開催している。現在は身体拘束は行っていないが、やむを得ず実施したときに医師・看護師にの同席をして頂いて早期の解消に取り組みました。	転倒リスクに対し、どうすれば転倒を回避して自立排泄ができるかを検討しています。ベッドサイドに福祉用具の手すりを取付けて自力でポータブルトイレに移動できるように配置の工夫をしています。動きが激しい人には、ベッドの足4ヶ所に見守りセンサーを設置し、肩がベッドから離れた時に職員が居室にかけつけ見守ることができるように、行動を抑制せず事故も回避できるような工夫をしています。	
7	6	○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。	全身状態のチェックや本人に確認している。スタッフのストレスについてはスタッフからの意見や地管理者で気になる事があればフロアスタッフごとに話す機会を設けて確認指導している。接遇指導やポスターの掲示、必要資料の設置を行っています。	身体拘束適正化委員会と同時に3ヶ月に1度虐待廃止委員会を開催しています。虐待は認知症状の知識の無さからくると考えています。知識と意識に重きをおき、認知症を理解すること、「できないから、今はしょうがない」を正当化しない支援に努めています。普段行っていることを言語化すること、自分の支援方法を人に伝えることができるように指導しています。	
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。	財産金銭管理が必要な利用者に対して市の事業（安心センター）を活用した事があります。成年後見人の申し立てを施設長が行ったこともあります。		
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。	契約の締結には十分な時間をかけている。締結後変更には文章にて説明を行います。不安や疑問点があれば施設長が相談に応じています。		
10	7	○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。	意見箱を設置しています。ご意見のほとんどは直接施設長に連絡が入ります。ご家族の希望など可能な限り随時対応しています。	家族が意見が言いやすくなるように信頼関係構築に努めています。閉ざされない環境が大事と、インフルエンザやコロナ感染症時期を除いて、面会は予約なしにいつでも好きな時に来てもらえるようにしています。家族にいつホームの中や、支援方法を見てもらっても良いような意識を持って支援にあたっています。	

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
11	8	○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。	スタッフの働きやすさについて検討・実施をしています。全体では遅番の勤務時間の変更などを行いました。個別で生活リズムについて把握し反映しています。希望する休みについての調整を行っています。	職員に自信を獲得してもらう機会を増やしたいと考えています。職員が自ら気づき行なう利用者支援にも期限を設け、「まずはみんなで考えてやってみる」ことを伝えています。	
12	9	○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。	シフトは各スタッフのの相乗関係・健康を鑑みて施設長が作成しています。給料に反映にはスタッフの所有スキルを把握と報告を行っています。	人員確保が難しい中でも、職員も利用者と一緒に食事をとることで休憩時間をゆっくり取れるような工夫もしています。ルールのための作業に追われないように事業所のルールはたくさん作らないようにしています。作業に追われない業務効率化を図っています。以前はどこにあるか見つけるのに時間がかかった複数の書式類も1つの「一覧」フォルダをデータで作成し、誰でもすぐに見つけることができるようにしています。作業を行う前の準備や、壊れそうな物品の修理などを徹底し、働きやすい環境を整えています。	
13	10	○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。	介護福祉士取得を促しています。講習などで人員が不足してしまう場合は施設長が代わります。	自ら考えて行動する職員を育成しています。認知症を支援する介護士として、認知症の知識や、移乗介助の技術などを伝えています。人と人との繋がりが認知症状に大きく影響するとを根拠から伝え、自信を持って支援に迎えるように伝えています。	
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。	スタッフは敷地内の外サービスとの交流で外施設の役割の把握や違いが理解ができるので自己の使命の向上がしやすいと思います。入所前の状況や交流も可能なので取り組みに有意になりやすいです。		
<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。	生活への希望は認知症のかたへの直接聞き取りは困難な場合であっても必要です。ご家族・CMなどの思いをお聞きます。周辺症状の強弱について使われていた介護サービスでの環境の把握を行い初期サービスに反映します。		

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。	緊急的な場合以外はいきなり相談即入所と結びつけることはせずに外の事業者への見学・比較なども説明いたします。時間を取って介護中のご家族の心のあり方の変化に耳を傾けます。その為に介護相談の受付の掲示をしています。		
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。	緊急的な場合以外はいきなり相談即入所と結びつけることはせずに外の事業者への見学・比較なども説明いたします。時間を取って介護中のご家族の心のあり方の変化に耳を傾けます。その為に介護相談の受付の掲示をしています。		
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。	出来る事の状態を把握し協調できる関係を配慮して関係作りを実施しています。立場を分けるのではなく共に過ごす方法で一日を通して関わり合っているようにしています。		
19		○本人を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。	来所についてはコロナ等の影響を考慮することはありますが、事前の申請を必要としません。管理者不在の場合は介護スタッフがご家族様が状態や健康管理のこと、必要な物資についての相談を行いKPご家族様にもご理解・関わりを継続して頂いています。		
20	11	○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。	コロナやインフルエンザ発生時期・好発時期には是非などを考慮しますが、面会に制限はございません。但し直接的なKP以外への情報提供・開示には制限がございます。	家族と利用者の繋がりを大切に、面会に制限を設けず、予約をせずに気軽に来訪してもらえるようにしています。家族との外出や、外食なども行ってもらえるように声掛けしています。馴染みの関係継続以外にも、「ホームの中で孤立にならない事」、「今現在は何が好きなのか」なども大切に支援に努めています。	

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
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。	グループホームは認知症の方のための共同生活介護の場 です。生活の役割や体操などで達成を他社から承認され るように、応援し合える人間関係が良好になるように務 めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を 大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォ ローし、相談や支援に努めている。	サービスの終了はおよそやむを得ない移設や死亡になっ てしまうのですがその後もKP・ご家族様とは連携を保ち イベントでの材料の提供や参加など退所後も地域の方と して関係を継続して頂いています。		
<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	12	○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。	元々の趣味を活かすことも多くありますが認知症場合に は逆ににこだわりすぎることに注意しています。今でき る楽しさを本人の状態を確認しながら大事にしています。	利用者の意向はリビングやおむつ交換時などの場面で積 極的に話しかけ聞き取っています。表出困難な場合は家 族から聞いたり、生活歴や表情やふとした仕草から汲み 取っています。把握した内容は個人日報や業務日誌、フ ェイスシートに記録して共有しています。	
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。	入所時にかつての趣味や人生暦・一日過ごし方・家族の 思いなどの把握はしています。		
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。	一日は時系列で個人生活記録や朝晩のバイタルで把握 できるようになって居ます。特に気になることは日報・ 申し送り等で特に共有されます。		

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
26	13	○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。	施設介護計画書は目標中心となりますが、テーマを重視した物をスタッフからの意見を通じて作成して日々の生活に反映させるようにしています。	ケアプランはケアマネジャーと居室担当を中心に6ヶ月ごとの認知症スケール測定値も勘案して、長期目標は12ヶ月、短期目標は6ヶ月、モニタリングは6ヶ月、変化がある場合は随時見直し作成しています。日課計画表に落とし込み日々の生活に反映しています。	
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。	あった事は記録し特に健康面は即時対応しています。文章での伝達のみを中心とせずに認知症の方の理解伝達を行うため情報の共有は直接現場と本人の状態を示しながら口答で行う事も多いです。		
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。	GHの枠にとらわれずに、柔軟に対応したいと思って居ます。		
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。	できる限りの事はしています。		
30	14	○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。	定期診断はおよそ月1回から2回程度となっています。医療の説明や今後のを把握して頂けるように往診時に立ち会いをお願いすることもあります。元々、同法人医療を利用の場合、入所前からの医師・看護師の関わりが持続する事もあります。	かかりつけ医の選択は可能ですが全員が協力医療機関をかかりつけ医としています。医師は毎週訪問でユニットごと月2回の診察があり、事前に薬の状況を確認しています。当日は入浴体重表やバイタル食事表などで情報交換しています。訪問歯科も受診できます。義歯作成に同行するなど適切に医療を受けられるよう支援しています。	

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
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。	毎週来ている訪問看護に連絡ノートを設置し状態をお伝えしています。約月二回の訪問往診がありますが医事課と連携し臨時往診や相談が常時取れる状態です。		
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。	周辺に中堅病院が多くありますがその中に往診医師が勤務している場合もあります。入院で利用する地域連携の看護師やSWに実地訪問等の交流も有り早期治療早期退院受け入れの状態となっています。		
33	15	○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、事業所の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。	看取り期からでは無く入所時から「健康なときなど普段から話し・相談が出来る状態」の重要性をお話しさせて頂いています。ご家族本人・施設スタッフ・医療スタッフとの関係を	入居時に重度化の指針の同意を交わしています。看取りの場合は医師、家族、看護師、事業所側で話し合い方針を決めます。管理者は「みんなで協力して支援しましょう」と伝えています。ほとんどの人が事業所での看取りを希望しています。管理者が看取り研修を実施して不安なく支援出来るようにしています。	
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。	必要な処置の方法は往診・24時間対応法看護看護師から指導・確認を行って頂けます。救急時の対応についても同様に看護師・協力薬局にも置き薬や使用方法を指導指定だ炊いています。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の非常訓練に火災訓練・避難訓練が行われています。非常時の物資の確保やカセットガスによる炊飯も実施されます。近隣の方に避難経路の理解して頂きながら緊急時の協力がある状態になって居ます。	自然災害、感染症BCPを整備して火災を想定した避難訓練を小規模多機能事業所と実施しています。簡易担架を使つての避難訓練も実施しています。3月に夜間想定訓練を実施予定です。水タンク500ℓ（飲水不可）や携帯ガス炊飯器があります。利用者ファイルなど非常時の持ち出し品を決めています。近隣住民と相互協力の取り決めがあります。	

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
<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	17	○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。	利用者本位（尊厳保持）はホームの理念となって居ます。実際の言葉遣いにたいして朝礼などで接遇での言い換えを利用して振り返る機会を設けています。	管理者は理念を実現するために接遇を大事にして折に触れて伝えていきます。車いすを動かす前には必ず声掛けをするなど相手を尊重し説明と同意を大切にした支援を実践しています。居室に入る際はノックを徹底するなどプライバシーにも配慮しています。	
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。	役割などは午前中にご利用様に直接お聞きします。可能な方には体を動かしながらやれる事を引き出してやりたいこともその時に聞くようにしています。		
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。	特に趣味を継続出来ている人にはピアノやミシンなどを利用をさせて頂いています。集団生活においても時間（特に朝ご飯の開始）には個人個人で余裕を持って利用してもらっています。		
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。	皆さんそれぞれおしゃれだと思います。 理美容は2020年から床屋利用から訪問理美容に切り替えましたが毛染めやパーマにも対応しています。		
40	18	○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。	普段からおかずの取り分け、お茶淹れに参加して頂いています。たこ焼きやホットケーキなど手作りおやつやイベントとして食べたいメニューを皆で作って召し上がることがあります。	食材は業者から届き、ご飯と味噌汁は手作りで。利用者は盛り付けやお茶入れ、食器洗い、食前の挨拶を担当しています。職員は利用者とテーブルを囲み会話をするなどしてさりげなく支援しています。支援によりペースト食から刻み食に変更した事例があります。お節など行事食や手作りおやつ、恒例の芋煮会は利用者の楽しみです。	

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。	栄養評価を行っている外部の食材配達業者をつかっています。標準携帯の外にペーストも頼めますが、水分も含め職員が都度加工してちょうど良い状態で提供しています。水分量は都度計測して一日量の把握も行っています。		
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。	1人1人に合わせた必要な物資をそろえて解除と確認を行っています。異常があれば法人の歯科にて対応してもらっています。		
43	19	○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。	時系列の排泄表を利用し個別の分析と理解を行い対応しています。交換回数については感染症防止の為に増やしています。また睡眠時間の確保に付いて逆に減らす考慮もしたりバランスを取った対応を行っています。	排泄チェック表で排泄パターンを把握して声掛け、見守り、同行支援など一人ひとりに応じて支援しています。下肢筋力強化のため平行棒での歩行訓練を行っています。立位が取れる人には開け閉めしやすいごみ容器を用意して利用者がパット交換が出来るように支援しています。見守りシステムで適時に排泄介助を行う人もいます。	
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。	排便のチェックとコントロールは激烈な対応にならない様に何種類かのお薬を用意して穏やかに対応出来る様に対応しています。		
45	20	○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。	入浴の時間に付いては特に希望があれば対応します。（した事があります）	月曜～土曜日の午前中1日2～3人、1人づつゆっくり入浴してもらいます。入浴前に浴室や脱衣室を温めてヒートショックに配慮しています。浴槽は左右にスライド出来ます。2人体制で支援する人もいます。日曜日は予備日ですが、失禁などあればシャワー浴をすることもあります。	

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。	一日を通じて良好に過ごすための休息を取り入れています。夜間の動揺が少ないように声かけなど工夫しています。スタッフ1人1人が安心してもらえる関係になって居ると思います。		
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。	往診時の準備・申し送り・往診記録を行っています。協力薬局から来た内容を理解し配薬の管理を行っています。次回往診にそなえ観察し副作用など観察も行います。		
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。	各人のやりたいこと・やれる事を把握しています。達成感や応援する事される事が行われるようにしています。		
49	21	○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。	近隣へ買い物に行ったりしています。(但し、コロナからは大分減りました。)ご家族による外出には相談に乗っています。介護タクシーの照会もありますし、特段の制限はございません。	天気のいい日は玄関や花壇に出て気分転換を図れるようにしています。希望でお菓子の買い物に行きます。お花見に出かけています。町内会神輿が立ち寄り利用者や交流したり、事業所主催の「芋煮会」で地域の人との交流を楽しみました。毎日の体操や平行棒歩行訓練、スクワットで下肢筋力維持に努めています。	
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。	個人でお財布を持つことを希望される場合が有りますので、それは可能です。その時には金額や管理の方法を相談させて頂いています。		

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
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。	お電話は施設の物を利用頂けます。手紙や切手などの準備も必要に合わせて対応しています。		
52	22	○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。	施設で栽培した季節の花は飾ったりしています。ホールとお部屋の半分が季節になると日当たりが良すぎるので遮光が必要なので工夫しています。協同で作成した物を廊下に並べたりする事で共同生活や達成感を感じてもらえるように工夫しています。	共有空間は清潔で温度・湿度にも配慮しています。リビングからすべての部屋を見渡せます。利用者が貼り絵した干支の作品やひな人形が飾られ季節が感じられます。ピアノの得意な利用者の伴奏に合わせて合唱することもあります。朝の時間に決めた本日のお手伝いなどを機能維持のために自筆でカードを作成するなどしています。	
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。	本人の体力に合わせてお部屋で過ごしたりしていただきます。		
54	23	○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。	ご自宅で使っていた物や趣味の物本人が作成した物をお持ちになって頂いたり、ご利用者や友人が訪問したりしています。必要に応じてコールボタンでスタッフが呼べるようになって居ます。	エアコン、ベッド、クローゼット、排気・換気装置を備えています。利用者はテレビや時計、カレンダー、お気に入りの桜の油絵やレコード、カセットなど持参して居心地よく過ごせるようにしています。安全に立ち上がるためにサイドレールや安定感のある移動式手すり、見守りセンサーを導入して個別支援に努めています。	
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。	壁には必要な手すりなどは配置しています。それ以外にも自立した生活を実施出来るように配置しています。掃除道具や筆記道具や新聞・趣味の物は手に届く・認識できる場所所に配置しています。		

事業所名	グループホーム東小田
ユニット名	3F

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
<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。	基本理念に「地域共生」を掲げています。管理者は地域の一員として地域・町会へ参加や説明を行っています。近隣の方のご利用さまが多いです。		
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。	敷地内にあるDS・小規模らと地域交流、清掃ボランティア等も行っている。		
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。	施設の掲示板に介護の相談を行う事を掲示しています。家庭での悩みや介護について話せる相手としての役割を持つ目的です。		
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。	空き情報や地域での介護の問題・高齢者の孤立情報を共有して声かけ・状況確認など出来る範囲で行っています。激甚災害時に災害時の要介助者の受け入れなど地域包括と検討しています。		
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。	日常的な連絡はそれほどありません。イベントなどで地域包括ケアシステムの方・危機管理室の配布や掲示で参加して頂いた事があります。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	2017年より拘束・虐待廃止委員会を設置して3ヶ月おきに開催している。現在は身体拘束は行っていないが、やむを得ず実施したときに医師・看護師にの同席をして頂いて早期の解消に取り組みました。		
7	6	○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。	全身状態のチェックや本人に確認している。スタッフのストレスについてはスタッフからの意見や地管理者で気になる事があればフロアスタッフごとに話す機会を設けて確認指導している。接遇指導やポスターの掲示、必要資料の設置を行っています。		
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。	財産金銭管理が必要な利用者に対して市の事業（安心センター）を活用した事があります。成年後見人の申し立てを施設長が行ったこともあります。		
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。	契約の締結には十分な時間をかけている。締結後変更には文章にて説明を行います。不安や疑問点があれば施設長が相談に応じています。		
10	7	○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。	意見箱を設置しています。ご意見のほとんどは直接施設長に連絡が入ります。ご家族の希望など可能な限り随時対応しています。		

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	8	○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。	スタッフの働きやすさについて検討・実施をしています。全体では遅番の勤務時間の変更などを行いました。個別で生活リズムについて把握し反映しています。希望する休みについてノ調整を行っています。		
12	9	○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。	シフトは各スタッフのの相乗関係・健康を鑑みて施設長が作成しています。給料に反映にはスタッフの所有スキルを把握と報告を行っています。		
13	10	○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。	介護福祉士取得を促しています。講習などで人員が不足してしまう場合は施設長が代わります。		
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。	スタッフは敷地内の外サービスとの交流で外施設の役割の把握や違いが理解ができるので自己の使命の向上がしやすいと思います。入所前の状況や交流も可能なので取り組みに有意になりやすいです。		
<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。	生活への希望は認知症のかたへの直接聞き取りは困難な場合であっても必要です。ご家族・CMなどの思いをお聞きします。周辺症状の強弱について使われていた介護サービスでの環境の把握を行い初期サービスに反映します。		

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。	緊急的な場合以外はいきなり相談即入所と結びつけることはせずに外の事業者への見学・比較なども説明いたします。時間を取って介護中のご家族の心のあり方の変化に耳を傾けます。その為に介護相談の受付の掲示をしています。		
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。	緊急的な場合以外はいきなり相談即入所と結びつけることはせずに外の事業者への見学・比較なども説明いたします。時間を取って介護中のご家族の心のあり方の変化に耳を傾けます。その為に介護相談の受付の掲示をしています。		
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。	出来る事の状態を把握し協調できる関係を配慮して関係作りを実施しています。立場を分けるのではなく共に過ごす方法で一日を通して関わり合っているようにしています。		
19		○本人を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。	来所についてはコロナ等の影響を考慮することはありますが、事前の申請を必要としません。管理者不在の場合は介護スタッフがご家族様が状態や健康管理のこと、必要な物資についての相談を行いKPご家族様にもご理解・関わりを継続して頂いています。		
20	11	○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。	コロナやインフルエンザ発生時期・好発時期には是非などを考慮しますが、面会に制限はございません。但し直接的なKP以外への情報提供・開示には制限がございます。		

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。	グループホームは認知症の方のための共同生活介護の場です。生活の役割や体操などで達成を他社から承認されるように、応援し合える人間関係が良好になるように務めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービスの終了はおよそやむを得ない移設や死亡になってしまうのですがその後もKP・ご家族様とは連携を保ちイベントでの材料の提供や参加など退所後も地域の方として関係を継続して頂いています。		
<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	12	○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。	元々の趣味を活かすことも多くありますが認知症場合には逆ににこだわりすぎることには注意しています。今できる楽しさを本人の状態を確認しながら大事にしています。		
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。	入所時にかつての趣味や人生暦・一日過ごし方・家族の思いなどの把握はしています。		
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。	一日は時系列で個人生活記録や朝晩のバイタルで把握できるようになって居ます。特に気になることは日報・申し送り等で特に共有されます。		

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
26	13	○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。	施設介護計画書は目標中心となりますが、テーマを重視した物をスタッフからの意見を通じて作成して日々の生活に反映させるようにしています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	あった事は記録し特に健康面は即時対応しています。文章での伝達のみを中心とせずに認知症の方の理解伝達を行うため情報の共有は直接現場と本人の状態を示しながら口答で行う事も多いです。		
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。	GHの枠にとらわれずに、柔軟に対応したいと思って居ます。		
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。	できる限りの事はしています。		
30	14	○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。	定期診断はおよそ月1回から2回程度となっています。医療の説明や今後のを把握して頂けるように往診時に立ち会いをお願いすることもあります。 元々、同法人医療を利用の場合、入所前からの医師・看護師の関わりが持続する事もあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	毎週来ている訪問看護に連絡ノートを設置し状態をお伝えしています。約月二回の訪問往診がありますが医事課と連携し臨時往診や相談が常時取れる状態です。		
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。	周辺に中堅病院が多くありますがその中に往診医師が勤務している場合もあります。入院で利用する地域連携の看護師やSWに実地訪問等の交流も有り早期治療早期退院受け入れの状態となっています。		
33	15	○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。	看取り期からでは無く入所時から「健康なときなど普段から話し・相談が出来る状態」の重要性をお話しさせて頂いています。ご家族本人・施設スタッフ・医療スタッフとの関係を		
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。	必要な処置の方法は往診・24時間対応法看護看護師から指導・確認を行って頂けます。救急時の対応についても同様に看護師・協力薬局にも置き薬や使用方法を指導指定だ炊いています。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の非常訓練に火災訓練・避難訓練が行われています。非常時の物資の確保やカセットガスによる炊飯も実施されます。近隣の方に避難経路の理解して頂きながら緊急時の協力がある状態になって居ます。		

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	17	○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。	利用者本位（尊厳保持）はホームの理念となって居ます。実際の言葉遣いにたいして朝礼などで接遇での言い換えを利用して振り返る機会を設けています。		
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。	役割などは午前中にご利用様に直接お聞きします。可能な方には体を動かしながらやれる事を引き出してやりたいこともその時に聞くようにしています。		
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。	特に趣味を継続出来ている人にはピアノやミシンなどを利用して頂いています。集団生活においても時間（特に朝ご飯の開始）には個人個人で余裕を持って利用してもらっています。		
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。	皆さんそれぞれおしゃれだと思います。 理美容は2020年から床屋利用から訪問理美容に切り替えましたが毛染めやパーマメントにも対応しています。		
40	18	○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。	普段からおかずの取り分け、お茶淹れに参加して頂いています。たこ焼きやホットケーキなど手作りおやつやイベントとして食べたいメニューを皆で作って召し上がることがあります。		

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。	栄養評価を行っている外部の食材配達業者をつかっています。標準携帯の外にペーストも頼めますが、水分も含め職員が都度加工してちょうど良い状態で提供しています。水分量は都度計測して一日量の把握も行っています。		
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。	1人1人に合わせた必要な物資をそろえて解除と確認を行っています。異常があれば法人の歯科にて対応してもらっています。		
43	19	○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。	時系列の排泄表を利用し個別の分析と理解を行い対応しています。交換回数については感染症防止の為に増やしています。また睡眠時間の確保に付いて逆に減らす考慮もしたりバランスを取った対応を行っています。		
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。	排便のチェックとコントロールは激烈な対応にならない様に何種類かのお薬を用意して穏やかに対応出来る様に対応しています。		
45	20	○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。	入浴の時間に付いては特に希望があれば対応します。（した事があります）		

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。	一日を通じて良好に過ごすための休息を取り入れています。夜間の動揺が少ないように声かけなど工夫しています。スタッフ1人1人が安心してもらえる関係になって居ると思います。		
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。	往診時の準備・申し送り・往診記録を行っています。協力薬局から来た内容を理解し配薬の管理を行っています。次回往診にそなえ観察し副作用など観察も行います。		
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。	各人のやりたいこと・やれる事を把握しています。達成感や応援する事される事が行われるようにしています。		
49	21	○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。	近隣へ買い物に行ったりしています。(但し、コロナからは大分減りました。) ご家族による外出には相談に乗っています。介護タクシーの照会もありますし、特段の制限はございません。		
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。	個人でお財布を持つことを希望される場合が有りますので、それは可能です。その時には金額や管理の方法を相談させて頂いています。		

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
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。	お電話は施設の物を利用頂けます。手紙や切手などの準備も必要に合わせて対応しています。		
52	22	○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。	施設で栽培した季節の花は飾ったりしています。ホールとお部屋の半分が季節になると日当たりが良すぎるので遮光が必要なので工夫しています。協同で作成した物を廊下に並べたりする事で共同生活や達成感を感じてもらえるように工夫しています。		
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。	本人の体力に合わせてお部屋で過ごしたりしていただきます。		
54	23	○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。	ご自宅で使っていた物や趣味の物本人が作成した物をお持ちになって頂いたり、ご利用者や友人が訪問したりしています。必要に応じてコールボタンでスタッフが呼べるようになって居ます。		
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。	壁には必要な手すりなどは配置しています。それ以外にも自立した生活を実施出来るように配置しています。掃除道具や筆記道具や新聞・趣味の物は手に届く・認識できる場所所に配置しています。		

2024年度

事業所名 グループホーム東小田  
作成日： 2025年4月10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	家族参加の積極的な声掛けをおこな い、家族・利用者の参加が期待されて います。	運営推進会議の開催に対して家族様を 交えた定期的な開催が出来る様に取り 組めます。施設運営に関して利用者家 族と理解の底上げを行い協力体制をよ り強い体制にする事を目標とします。	家族との協力して利用者を応援できる 事を積極的な目標にします。一例とし て家族とともに個別の外出支援・家族 とともに過ごす時間の拡大などを想定 します。	6ヶ月
2					
3					
4					
5					