

平成24年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1493300105	事業の開始年月日	平成22年10月1日	
		指定年月日	平成22年10月1日	
法人名	株式会社たちばなベスト			
事業所名	グループホームおもとの郷東本郷			
所在地	(〒226-0002) 神奈川県横浜市緑区東本郷5-2-19			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <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25年2月9日	評価結果 市町村受理日	平成25年7月26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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1493300105&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1493300105&amp;SVCD=320&amp;THNO=14100</a>
----------	---

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

ご入居者様が毎日楽しく穏やかで健康にお過ごし頂けるように、職員が日々の生活メニューを工夫しています。現存機能の維持の重視やもの作りによる生きがいの創出、ホテルに外食に行くなど社会性の維持を我が施設では大切にしていきたいと思っています。また施設内の脱臭の壁や浴室の畳・避難器具などを取り入れるなど、設備にも独自の工夫を凝らしています。玄米を自家精米した主食、一汁三菜を基本にしたレシピ・メニューを確立し安価ながら質の高い食事提供を目指しています。そしてご入居者様の健康状態と生活状況について常に確認を行い、支援目標を明確に定め対応しています。また運営推進会議を開設当初から実施しており、積極的に地域及びご家族に対し情報開示を行ってきています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年3月9日	評価機関 評価決定日	平成25年6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)】

グループホームおもとの郷東本郷はJR横浜線鴨居駅または小机駅よりバスで7分ほど、バス停東本郷町下車徒歩5分、東本郷地域ケアプラザの近くにあります。事業所は開設して2年半ほどですが、安心・安全・快適にこだわった施設づくりを掲げ、職員の対応を始め設備面にも工夫をしています。

<優れている点>

事業所独自の食事を提供し利用者に喜ばれています。献立は職員が作成したレシピを使い、事業所で玄米を自家精米のしたてを使っています。毎日の食事は職員が調理し、利用者も野菜切りなどに参加しています。また、毎月1回レクリエーションを兼ねて料理教室として利用者と一緒に、アンパン・餃子・ピザなどの手作り料理を楽しんでいます。隔月毎に全員でホテルやそば屋などへ出かける外食も楽しみの一つです。運営推進会議は開設時より定期的に開催し利用者・家族・地域代表・包括支援センター・民生委員など10人前後が出席しています。利用者状況・行事・火災予防など8項目にわたり詳細に報告し、活発に意見交換をしています。出席者の意見で「おもとの郷だより」をA4判よりA3判に変更し見やすくしています。

<工夫点>

日々の利用者状況を把握するために業務日誌を工夫しています。当日の業務状況はもとより、各利用者の活動状況のすべてがチェックで解かるようになっていきます。当日、利用者がどのように過ごしたか一目で把握できます。

### 【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)	○	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している。 (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、活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	私たちはご利用者の人権及び思いを尊重し、ご家族や地域から信頼される施設を目指し、これを達成するために管理者と職員は自己研鑽に努力しています。理念方針を全員が共有実践できるよう、掲示しています。	昨年、利用者の立場に立った支援を目指し、事業所理念「私達は明るく見えますか」「私達は清潔に見えますか」「私達はやさしく接していますか」「私達は心くばりが行き届いていますか」を全職員で作成し、取り組んでいます。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	隔月の運営推進会議で自治会やケアプラザとの交流を深めています。施設行事・消防訓練の案内や非常災害時に於ける救助支援の依頼、自治会やケアプラザ行事の参加などご協力をいただいております。地域ボランティアの協力が各種レクに活かされています。	近隣の地域ケアプラザとは催し物への利用者の作品展示、運営推進会議参加や会場借用など親しく交流しています。自治会への避難訓練時の協力依頼や、健康体操や傾聴のボランティアの訪問など地域との繋がりも広がっています。	
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	運営推進会議において、認知症のご利用者の日常生活と支援内容を報告し理解を深めていただいています。また、地域の介護や認知症の相談窓口としての役割を自覚し、いつでもどなたでも相談ができるような体制をとっています。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ご家族・地域包括支援センター・民生委員・社会福祉協議会・自治会役員の出席で隔月開催し、報告や話し合いが行われ、その議事録をすべての関係者にお届けしています。意見を反映したサービスを行い次回の会議で報告しています。	地域ケアプラザを会場として借用し、定期的を開催しています。家族全員にはがきで出欠を確認しています。施設状況・火災予防・職員研修など詳細に報告し意見交換しています。家族の希望でおもとの郷だよりをA4判からA3判に変更しています。	
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	地域包括支援センター・民生委員・緑区役所・地域グループホーム協議会等と連携を深め、適宜アドバイスをいただいております。	緑区高齢障害支援課・生活保護課とは利用者状況、空き状況報告や相談などで連携しています。地域ケアプラザとはケアプラザ主催の催し物や研修参加、介護者の集いでグループホーム見学会で事業所を見学するなどの交流があります。	

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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設長が講師となり身体拘束についての職員研修を開催し、徹底した指導を行い、現場にあっても拘束をしない努力をしています。	身体拘束ゼロ宣言をすると共に、施設長が人権ハンドブックをテキストとして全職員に研修を行い拘束の禁止に努めています。玄関は電子鍵の構造ですが、言葉による拘束も禁止し、帰宅願望ある方には一緒に外まで付き添うなど工夫をしています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止のため、人権ハンドブックをテキストに職員研修を開催しました。各部署でのミーティングで確認、ひやりハットの活用で防止に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	人権ハンドブックをテキストにした職員研修を開催や、後見人制度を利用中の方もおられるので、区主催の後見人制度の講習会にも施設長が参加し理解を深めています。権利擁護を施設理念とともに職員の支援業務の基本と考え実践しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	見学・相談時の家族への案内・説明を徹底し、契約時には施設長が再度説明を行い締結しています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	施設長及びホーム長兼ケアマネジャーによるご利用者面談やカンファレンスの適宜実施や、ご入居者意見箱の設置などから、ご利用者・ご家族からいただいた意見を運営推進会議に報告し、運営に反映しています。	運営推進会議やサービス担当者会議・家族への実績表で意見・要望を聞いています。新入居の利用者には窓口対応の職員を統一して要望や意見を伝えやすくする配慮をしています。家族の要望でユニットごとの利用者の外食先を変更しています、	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月定例のスタッフを招集するケアカンファレンスと代表者・施設長が管理職を招集するリーダー会議において、職員からの意見提案を取り上げ業務に反映しています。	毎月のカンファレンスやリーダー会議で職員と意見交換し、重要事項は幹部会議で決定しています。日常的には連絡ノートに気づいた事を記入して施設長が判断しています。職員の意見でタオルウォーマーの使用を決定しています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職制と職務分担を明確にし、それに合わせた給与体系を整備しております。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	施設の運営方針に合わせた人材確保を行う中で、職員のスキルアップを目指し、外部講師を迎えての研修を実施、また、人員を選抜し市や協会の外部研修に参加させています。施設内研修も定例化しています。		
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	全国と市内のグループホーム協会に加盟、協会の会合に積極的に参加し、区内のグループホームと助け合っていく友好関係を築いています。また、提携している施設から人材を招き、常にアドバイスをしてもらっています。		
<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、人的なことも含む環境変化に順応していただけるよう人間関係の構築のため、ご本人・ご家族・施設長・ホーム長兼ケアマネージャーによる面談を行い、残存機能を確認し、支援に向けての評価をしています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	大切な家族を施設に託す不安の除去のため、ご家庭におけるご利用者の情報を確認し、家族の要望を第一に考え、支援に反映するため計画に記載し、職員に周知しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	初期において、施設長・ホーム長兼ケアマネージャー・介護職員による利用者の評価を行い、支援方針を立案し、計画に記載し実行しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	介護する人・介護される人の関係でなく生活をともしにする人間同士の連帯意識の構築を目標にしています。ご利用者と職員は家族でありホームは家庭であるとの理念のもと、関わりや食事の在り方や職員の服装まで考慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族には定期的な施設への訪問をお願いしています。ご自宅への一時的な帰宅、ご家族の施設訪問の時間の制限はしない、ご家族でできることはしていただく等々、施設とご家族が協同してご利用者を支援して関係を目指しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないう、支援に努めている	ご利用者の暮らしの情報を大切にし、ご家族やご友人との外出・訪問を積極的に奨励しています（お墓参りや外食など）。ご利用者が参加できる区や社会福祉協議会や自治会の行事にも積極的に関わっています。	家族や友人と携帯電話で話す利用者には充電、手紙を出す方には投函、面会の方にはお茶を出すなど職員は支援に努めています。選挙時には車で投票場所まで送迎しています。町内会の餅つきや地元の敬老会に参加する方もいます。	

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	日常生活を共にするご利用者同士の連帯を、食事・行事・レクリエーションなどを通し醸成するよう努力しています。		
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、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了後でも、各職員がいつでも相談を受けるよう周知しています。必要と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。	介護計画においては、基本情報・暮らしの情報・心身の情報を基にご利用者個人の生活リズムやかかわり方を理解し、希望・意向の把握に努めています。	自分の思いを表現できる利用者は、ケアプラン更新時のサービス担当者会議に本人も出席しています。表現が困難な利用者は家族からの情報や日常の中で本人の思いをくみ取り記録する「気づきノート」を活用をしています。	
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	ご利用者・ご家族との面談を通し、情報を収集し支援計画に役立てています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ご利用者の日々変化する身体・心の状況を正確に把握し、日々の介護記録を分析し、職員間で情報を共有して支援に当たっています。		

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	
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日々の観察を記録に残し、ご本人やご家族との面談を経て、介護職員の参加するケースカンファレンスで検討の後、毎月の連絡会議で施設長・ホーム長兼ケアマネージャーで情報を検討し、計画を作成しています。	毎月、事業所からのお知らせとして家族へ郵送している「実績表」の中で家族の要望を聞いています。サービス担当者会で家族や本人の意向を確認しています。全職員でのカンファレンスを実施し、ケアマネージャーがケアプランを作成しています。	ケアプランが日々の支援と連動し職員が意識して取り組める工夫が期待されます。また、ケアプラン実施後のモニタリングと評価の記録も残し介護計画に反映する工夫も期待します。	
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	月一度のケースカンファレンスにおいて、ご利用者の日々の生活状況を総合的に検討し、アセスメントの確認・修正を行い支援しています。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ホームがご利用者にとって第2の家庭になれるよう、ご家族の面会時間を決めていません。ホームのルールよりご利用者やご利用者とご家族の関係を優先するという考えの中で支援方法の判断をしています。			
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	運営推進会議に地域包括センターや自治会の方が一員として常に支援していただき、利用者の相談や地域の行事の紹介をお願いしています。また傾聴や体操のボランティアや災害時の支援を地域の方々をお願いしています。			
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	内科・精神科・歯科・総合病院の訪問診療医と提携しており、ご利用者は月2回は訪問診療を受診しています。すでに、なじみのかかりつけ医がおられるご利用者はそれを優先しています。	入居前にかかりつけ医について説明し、診療申込書兼同意書をもっていただきます。訪問医との連携は往診前日にホーム長が電話で利用者の状況を連絡しています。家族へは緊急時以外は毎月の実績表の通信欄に記載して報告しています。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	毎週診療以外に看護師による健康状態の確認の時間を設け、またご利用者に何か異変があった場合は24時間看護師の指示を受けられる医療連携体制を築いています。		
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・退院に際しては病院の地域医療連携室のケースワーカーと連携を密にして、入院中も定期的に病院に面会に伺うなど、ご利用者の家族に最善の支援を心がけています。		
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、事業所であることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医療連携体制を構築しており、重度化した場合の介護・看取りの介護のガイドラインに沿ってご家族にご説明しております。実施する場合は、医師・看護師と連携しながら、方針・計画を策定し、ご家族・職員とも共有し取り組んでいます。	事業所のパンフレットに、ターミナルケアサービスを明記し、看取りに積極的に取り組む姿勢を公表しています。重度化した場合及び「看取り」の介護の実施に関する指針があり、考え方、介護の手順、介護の内容、費用など詳細に示しています。	
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	職員の緊急時対応の仕方の研修を含めた消防訓練は年二回以上実施しています。また利用者急変時の対応と急変時の症状をマニュアル化し職員に周知しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	昼間・夜間想定火災避難訓練を実施しており、事前事後に管轄消防署に報告し指導を受けております。運営推進会議を通し地域自治会・住民の方に災害時のご利用者の避難のご協力とご理解をいただいております。	火災発生時、利用者の安全確保として2階ベランダ横に可動式レスキューベランダを設置しています。1階まで利用者を乗せて避難が出来るようになっております。訓練には消防署も参加しレスキューベランダに利用者に乗せて避難しています。	隣接する2つの自治会とは交流が進んでおり、運営推進会議などに出席してもらっています。避難訓練への参加や災害時の協力体制構築なども理解を得るよう取り組まれていることが期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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	職員は人権の尊重や年長者に対する尊敬の念を常に持ち、ご利用者との会話や対応において、一人ひとりの人格の尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけを心がけています。	職員は半年にわたり外部講師による接遇研修を受け、日々の対応が利用者の立場に立った丁寧なものになるよう努めています。掃除や調理など、職員は利用者の出来る事は一緒に作業するなどして、利用者の誇りが保てる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	職員に対して、傾聴を常に心がけ、その中から思いや希望に気付いていくよう、また過剰な介護によって自己決定の機会が奪われぬように指導しています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	職員は介護の効率を二の次にして、ご利用者のペースを優先し、施設のメニューよりご利用者の生活のリズムを優先する方針を掲げています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	日々の生活において、普段着と寝間着・外出着の区分け、季節に合った清潔な衣服と下着、日々の整容において女性は化粧・男性は髭剃りなどが定着できるよう支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ご利用者のヒヤリングの中で、食事の好き嫌いやアレルギーをお伺いし、メニューに反映しています。できる方は生活機能の維持のため、積極的に食事の準備や片付けをお願いしています。また2ヶ月に1度の外食も実施しています。	事業所独自の家庭的な温かい食事を提供しています。職員の立てた献立により、玄米を自家精米し、ユニット毎に調理しています。利用者も野菜切りや毎月の料理教室のパンやうどん、餃子づくりに参加し食事や料理を楽しんでいます。	

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	メニュー作成時に1日1500カロリーになるよう指導しています。日々の介護記録によって、ご利用者の喫食量等の把握をしております。3食以外にも起床時・10時・15時の水分摂取時間を設けています。普通食から流動食まで対応をしています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後は必ず口腔ケアを実施しています。毎週の歯科訪問診療があり、その都度医師に相談しています。歯科医による歯科定期健診も実施しています。		
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	尿意便意のない失禁か手順の混乱による失敗かを見極め、排泄の自尊心を確保した誘導を心がけ、残存機能の維持と増進に努めています。	バイタル表にあるIN・OUTチェックで排泄パターンを把握しています。トイレ誘導の際はさりげない声かけで支援しています。利用者がトイレから立ち上がり易いように座面を5cmほど高くしたり、トイレの前面に縦にポールを付けて工夫しています。	
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	日々の食事・水分摂取量を介護記録で確認すると共に、ご利用者に合った適切な運動を午前中に行っています。また、便秘の解消のためのそれぞれの利用者にふさわしい飲食物を用意するようにしています。		
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	ご利用者の体調に配慮しながら、一人ひとりの希望のタイミングで入浴をしていただくよう、入浴できる機会を毎日設けています。	日曜を除き毎日風呂を沸かしています。ほぼ1日おきに週3回は入っています。入りたくない場合は、無理強いせず、何回も声かけし、入る気持ちになるまで待ちます。また、利用者の安全の為、風呂場の床に浴室用縁無し畳を使用しています。	

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	昼夜逆転にならぬよう適度な運動を取り入れ、リハビリやレクリエーションなど介護支援メニュー以外の時間はご利用者のペースを尊重できるよう支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	ご利用者の服薬情報をファイルに保管しており、職員は情報を確認共有しています。薬剤師が訪問し、誤薬を防止のため薬は分包化と、日付と与薬の時間を色分けして明記しています。また、施設の薬の保管管理と職員からの相談に対応しています。		
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	レクリエーションの選択肢を多く揃え、ご利用者の好みや興味にあったメニューを考え実施しています。酒やたばこも基本は禁止せず、害がない範囲で楽しんでいただく努力をする姿勢でいます。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	隣接の公園や寺院への散歩、車両での外食・ショッピングセンターへの買い物等や工場見学などをレクリエーションのメニューに取り入れています。家族との外出・本人が希望する地域の宗教活動参加の推奨もしています。	天気の良い日は隣接の公園や近くの泉谷寺へ散歩に出掛けています。2ヶ月に1回、花見、ミカン狩り、ビール会社や製菓会社の見学、ホテルでの会食などに出掛けています。散歩、外出など各利用者の外出状況は業務日誌に毎日記録しています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金を管理できる方には、高額にならない程度の金額の財布を持ってもらい、近くのコンビニで買い物もできるよう配慮しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話の取得の支援もしています。事務所の電話をご利用者は無料で使えます。郵便物のやりとりもご家庭にいと同じようにできます。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	家庭的で落ち着ける空間づくりを心がけています。常に生花やレクリエーションの制作物に季節感のあるものを取り入れるよう努めています。	リビングに手作りの人形を飾っています。冬期は加湿器を使用し、温湿度管理は職員が行っています。リビングの出入り口の亚克力製ドアは明るく、半透明性で玄関まで様子がわかるようになっています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	狭いながらもできるだけご利用者が快適に過ごせるよう、ソファの配置、食卓の席などを常に検討しています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は殺風景にならないように、ご本人が安心していただけるように、ご家族に協力のもと、ご家庭でいつも使用していたものや見慣れたものをできるだけ持ち込んでいただくようお願いしています。	ベッド、マットレス、レースカーテン、照明、エアコン、洗面台を備付けています。居室の壁・天井は「電子移動式消臭」で気になる臭いのない部屋になっています。洋ダンス、テレビ、鉢物植物など利用者の必要な物や好みの物を置いています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	手順の混乱によってできないことがある場合はトイレや居室などに名称の貼り紙をしています。		

事業所名	グループホームおもとの郷東本郷
ユニット名	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、活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	私たちはご利用者の人権及び思いを尊重し、ご家族や地域から信頼される施設を目指し、これを達成するために管理者と職員は自己研鑽に努力しています。理念方針を全員が共有実践できるよう、掲示しています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	隔月の運営推進会議で自治会やケアプラザとの交流を深めています。施設行事・消防訓練の案内や非常災害時に於ける救助支援の依頼、自治会やケアプラザ行事の参加などご協力をいただいております。地域ボランティアの協力が各種レクに活かされています。		
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、認知症のご利用者の日常生活と支援内容を報告し理解を深めていただいています。また、地域の介護や認知症の相談窓口としての役割を自覚し、いつでもどなたでも相談ができるような体制をとっています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	ご家族・地域包括支援センター・民生委員・社会福祉協議会・自治会役員の出席で隔月開催し、報告や話し合いが行われ、その議事録をすべての関係者にお届けしています。意見を反映したサービスを行い次回の会議で報告しています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	地域包括支援センター・民生委員・緑区役所・地域グループホーム協議会等と連携を深め、適宜アドバイスをいただいております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	施設長が講師となり身体拘束についての職員研修を開催し、徹底した指導を行い、現場にあっても拘束をしない努力をしています。		
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	虐待防止のため、人権ハンドブックをテキストに職員研修を開催しました。各部署でのミーティングで確認、ひやりハットの活用で防止に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	人権ハンドブックをテキストにした職員研修を開催や、後見人制度を利用中の方もおられるので、区主催の後見人制度の講習会にも施設長が参加し理解を深めています。権利擁護を施設理念とともに職員の支援業務の基本と考え実践しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	見学・相談時の家族への案内・説明を徹底し、契約時には施設長が再度説明を行い締結しています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	施設長及びホーム長兼ケアマネジャーによるご利用者面談やカンファレンスの適宜実施や、ご入居者意見箱の設置などから、ご利用者・ご家族からいただいた意見を運営推進会議に報告し、運営に反映しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月定例のスタッフを招集するケアカンファレンスと代表者・施設長が管理職を招集するリーダー会議において、職員からの意見提案を取り上げ業務に反映しています。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職制と職務分担を明確にし、それに合わせた給与体系を整備しております。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	施設の運営方針に合わせた人材確保を行う中で、職員のスキルアップを目指し、外部講師を迎えての研修を実施、また、人員を選抜し市や協会の外部研修に参加させています。施設内研修も定例化しています。		
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	全国と市内のグループホーム協会に加盟、協会の会合に積極的に参加し、区内のグループホームと助け合っていく友好関係を築いています。また、提携している施設から人材を招き、常にアドバイスをしてもらっています。		
<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、人的なことも含む環境変化に順応していただけるよう人間関係の構築のため、ご本人・ご家族・施設長・ホーム長兼ケアマネージャーによる面談を行い、残存機能を確認し、支援に向けての評価をしています。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	大切な家族を施設に託す不安の除去のため、ご家庭におけるご利用者の情報を確認し、家族の要望を第一に考え、支援に反映するため計画に記載し、職員に周知しています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	初期において、施設長・ホーム長兼ケアマネージャー・介護職員による利用者の評価を行い、支援方針を立案し、計画に記載し実行しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	介護する人・介護される人の関係でなく生活をともしにする人間同士の連帯意識の構築を目標にしています。ご利用者と職員は家族でありホームは家庭であるとの理念のもと、関わりや食事の在り方や職員の服装まで考慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族には定期的な施設への訪問をお願いしています。ご自宅への一時的な帰宅、ご家族の施設訪問の時間の制限はしない、ご家族でできることはしていただく等々、施設とご家族が協同してご利用者を支援して関係を目指しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご利用者の暮らしの情報を大切にし、ご家族やご友人との外出・訪問を積極的に奨励しています（お墓参りや外食など）。ご利用者が参加できる区や社会福祉協議会や自治会の行事にも積極的に関わっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日常生活を共にするご利用者同士の連帯を、食事・行事・レクリエーションなどを通し醸成するよう努力しています。		
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、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	サービス終了後でも、各職員がいつでも相談を受けるよう周知しています。必要と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。	介護計画においては、基本情報・暮らしの情報・心身の情報を基にご利用者個人の生活リズムやかかわり方を理解し、希望・意向の把握に努めています。		
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	ご利用者・ご家族との面談を通し、情報を収集し支援計画に役立てています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ご利用者の日々変化する身体・心の状況を正確に把握し、日々の介護記録を分析し、職員間で情報を共有して支援に当たっています。		

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
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日々の観察を記録に残し、ご本人やご家族との面談を経て、介護職員の参加するケースカンファレンスで検討の後、毎月の連絡会議で施設長・ホーム長兼ケアマネージャーで情報を検討し、計画を作成しています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	月一度のケースカンファレンスにおいて、ご利用者の日々の生活状況を総合的に検討し、アセスメントの確認・修正を行い支援しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ホームがご利用者にとって第2の家庭になれるよう、ご家族の面会時間を決めていません。ホームのルールよりご利用者やご利用者のご家族の関係を優先するという考えの中で支援方法の判断をしています。		
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	運営推進会議に地域包括センターや自治会の方が一員として常に支援していただき、利用者の相談や地域の行事の紹介をお願いしています。また傾聴や体操のボランティアや災害時の支援を地域の方々をお願いしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	内科・精神科・歯科・総合病院の訪問診療医と提携しており、ご利用者は月2回は訪問診療を受診しています。すでに、なじみのかかりつけ医がおられるご利用者はそれを優先しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	毎週診療以外に看護師による健康状態の確認の時間を設け、またご利用者に何か異変があった場合は24時間看護師の指示を受けられる医療連携体制を築いています。		
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・退院に際しては病院の地域医療連携室のケースワーカーと連携を密にして、入院中も定期的に病院に面会に伺うなど、ご利用者の家族に最善の支援を心がけています。		
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、事業所であることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	医療連携体制を構築しており、重度化した場合の介護・看取りの介護のガイドラインに沿ってご家族にご説明しております。実施する場合は、医師・看護師と連携しながら、方針・計画を策定し、ご家族・職員とも共有し取り組んでいます。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	職員の緊急時対応の仕方の研修を含めた消防訓練は年二回以上実施しています。また利用者急変時の対応と急変時の症状をマニュアル化し職員に周知しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	昼間・夜間想定火災避難訓練を実施しており、事前事後に管轄消防署に報告し指導を受けております。運営推進会議を通し地域自治会・住民の方に災害時のご利用者の避難のご協力とご理解をいただいております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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	職員は人権の尊重や年長者に対する尊敬の念を常に持ち、ご利用者との会話や対応において、一人ひとりの人格の尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけを心がけています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	職員に対して、傾聴を常に心がけ、その中から思いや希望に気付いていくよう、また過剰な介護によって自己決定の機会が奪われぬように指導しています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	職員は介護の効率を二の次にして、ご利用者のペースを優先し、施設のメニューよりご利用者の生活のリズムを優先する方針を掲げています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	日々の生活において、普段着と寝間着・外出着の区分け、季節に合った清潔な衣服と下着、日々の整容において女性は化粧・男性は髭剃りなどが定着できるよう支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ご利用者のヒヤリングの中で、食事の好き嫌いやアレルギーをお伺いし、メニューに反映しています。できる方は生活機能の維持のため、積極的に食事の準備や片付けをお願いしています。また2ヶ月に1度の外食も実施しています。		

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	メニュー作成時に1日1500カロリーになるよう指導しています。日々の介護記録によって、ご利用者の喫食量等の把握をしております。3食以外にも起床時・10時・15時の水分摂取時間を設けています。普通食から流動食まで対応をしています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後は必ず口腔ケアを実施しています。毎週の歯科訪問診療があり、その都度医師に相談しています。歯科医による歯科定期健診も実施しています。		
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	尿意便意のない失禁か手順の混乱による失敗かを見極め、排泄の自尊心を確保した誘導を心がけ、残存機能の維持と増進に努めています。		
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	日々の食事・水分摂取量を介護記録で確認すると共に、ご利用者に合った適切な運動を午前中に行っています。また、便秘の解消のためのそれぞれの利用者にふさわしい飲食物を用意するようにしています。		
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	ご利用者の体調に配慮しながら、一人ひとりの希望のタイミングで入浴をしていただくよう、入浴できる機会を毎日設けています。		

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	昼夜逆転にならぬよう適度な運動を取り入れ、リハビリやレクリエーションなど介護支援メニュー以外の時間はご利用者のペースを尊重できるよう支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	ご利用者の服薬情報をファイルに保管しており、職員は情報を確認共有しています。薬剤師が訪問し、誤薬を防止のため薬は分包化と、日付と与薬の時間を色分けして明記しています。また、施設の薬の保管管理と職員からの相談に対応しています。		
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	レクリエーションの選択肢を多く揃え、ご利用者の好みや興味にあったメニューを考え実施しています。酒やたばこも基本は禁止せず、害がない範囲で楽しんでいただく努力をする姿勢でいます。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	隣接の公園や寺院への散歩、車両での外食・ショッピングセンターへの買い物等や工場見学などをレクリエーションのメニューに取り入れています。家族との外出・本人が希望する地域の宗教活動参加の推奨もしています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	お金を管理できる方には高額にならない程度の金額で財布を持ってもらい近くのコンビニで買い物もできるよう配慮しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話の取得の支援もしています。事務所の電話をご利用者は無料で使えます。郵便物のやりとりもご家庭にしていると同じようにできます。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	家庭的で落ち着ける空間づくりを心がけています。常に生花やレクリエーションの制作物に季節感のあるものを取り入れるよう努めています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	ソファの配置、食卓の席などを常に検討しています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は殺風景にならないように、ご本人が安心していただけるように、ご家族に協力のもと、ご家庭でいつも使用していたものや見慣れたものをできるだけ持ち込んでいただくようお願いしています。		
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る	手順の混乱によってできないことがある場合はトイレや居室などに名称の貼り紙をしています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームおもとの郷東本郷

### 目標達成計画

作成日: 平成 25 年 7 月 20 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
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	26	介護計画のモニタリングや評価が、計画書に反映されていないところがある。	介護計画の作成からモニタリングから評価に至る流れを見直し、ご利用者の意向を常に反映した計画の中で、職員が計画を意識した支援に取り組む。	計画作成にあたっての担当者や作成手順を幹部職員で決めなおす。職員全員が参加するケアカンファレンスを介護計画に沿って行う。	6ヶ月
2	35	災害時に近隣の住民の協力を仰げる体制が整っていないと思われる。	自治会や近隣の方々が避難訓練に参加していただき、災害時に協力していただけるような体制を築く。	近隣の2つの自治会との交流を、行事参加などを通し深めていく。当面の夜間対応消防避難訓練に参加をお願いする。地域において信頼されるホームづくりを築くために職員と共に考え意見を出し合い実行していく。	12ヶ月
3	19	ご利用者のご家族の関係を大切にしたいと考えるなかで、現状は共に過ごす機会が少ない	ご利用者のご家族が過ごす機会を設ける。	面会の機会を増やす取り組みをしていく。年一回のクリスマス会のご家族を招待していたが、夏の納涼祭を設けたり外食などの行事に招待をしたりしていきたい。また、ご家族がホームに足を運びやすい環境作りを職員全員で考える。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。