

平成29年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1473600938	事業の開始年月日	平成17年5月1日	
		指定年月日	平成23年5月1日	
法人名	(株)アイシマ			
事業所名	グループホームなでしこ			
所在地	(245-0022)			
	神奈川県横浜市泉区和泉が丘1-27-24			
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29年12月22日	評価結果 市町村受理日	平成30年5月22日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

なでしこではご利用者様はお元気な方が多く、可能な限りご自分のことはご自分でいただき職員はそのお手伝いをさせていただいております。そのため長期間入居されているかたもADLを維持されており、ずっとお元気に楽しく生活されています。また地域交流は盛んに行っており、近隣の小学校や地域ケアプラザ、地域のサークルの皆様などと交流しており、なでしこ地域ケアプラザが主催するサロンには多くの方が遊びに来られています。

【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30年1月25日	評価機関 評価決定日	平成30年3月17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、横浜市泉区・瀬谷区を中心に数多くのグループホームや各種の介護事業などを展開する株式会社運営しています。平成17年5月開設で、12年8ヶ月の実績があります。湘南台駅東口よりバスで10分ほどの「原田」バス停を降りてすぐ、広い芝生の広場と駐車場を持つ2階建て2ユニットのグループホームです。

<優れている点>

地域との交流を積極的に行っています。管理者が認知症サポーター養成講座の講師でキャラバンメイトの活動を行っています。地域ケアプラザの生活支援コーディネーターとの協力で、移動販売車が毎週水曜日事業所の駐車場に來ています。地域の高齢者が買い物に來て利用者と交流しています。地域ケアプラザと共催で「オレンジカフェ」の催しとして広場でミカン狩りなどを行っています。下和泉小学校とも深い関係を築いています。特に3年生とは授業の一環として交流会を行い、自己紹介カードを作成して訪問に來ています。学校で餅つき大会のチラシを配布してもらい、保護者も参加しています。放課後も児童が遊びに來ています。

<工夫点>

利用者に個別の希望を聞き、気軽にドライブに行っています。ラーメン屋、ハンバーガー店、回転寿司などの食事を楽しみに出掛けています。スーパーへの買い物や洋品店、銭湯、鎌倉へ甘納豆を買いにも行っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームなでしこ
ユニット名	あい

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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ホーム会議を毎月開催し職員全体に事業所理念及び地域密着サービスについての考え方の共有をおこなっています。また実際に地域ケアプラザ、町内会、近隣の小学校との密接な交流を通じて地域密着の実践を行っています。	理念の「笑顔とコミュニケーションを大切に」を事務所とリビングに掲示しています。職員の入職時にはオリエンテーションを行い、指導しています。管理者は、ホーム会議では理念の振り返りを行っています。	
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。	ホームは町内会へ加入しており地域行事に参加しています。またホーム駐車場にて毎週移動スーパーを呼び地域の方の買い物支援及びホーム利用者も一緒に地域の方と買い物を楽しんでいます。地域ケアプラザや小学校との交流も盛んで、放課後には小学生が自由に出入りして利用者と一緒に過ごしています。	町内会に加入し、町内会の祭りや環境整備などに参加しています。移動販売車が駐車場に来て、近隣の人も買い物をしながら利用者と交流しています。近隣の小学校とは授業の一環として交流会を行っています。事業所行事の餅つき大会では学校にチラシを渡し、小学生や保護者も来ています。	
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。	地域ケアプラザに協力して認知症講座の講師を行ったり認知症サポーターキャラバンメイトに参加し、地域の方への認知症啓蒙活動を行っています。また近隣の下和泉小学校の3年生に向けて毎年認知症に関する授業を行い、ホーム訪問を受け入れ実際に認知症の高齢者との交流を行っています。		
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。	2ヵ月ごとに運営推進会議を開催し地域の方や地域ケアプラザの方、キャラバンメイトのメンバーにホームの活動やサービス内容などの説明を行い評価やご意見をいただいています。ホームとケアプラザ共同のイベントやホーム独自のイベントなどについて話し合ったり地域行事やボランティアの受け入れについて話し合いなども行っています	年6回、単独で開催しています。参加者は、泉区高齢支援課職員や地域包括支援センター職員、認知症サポーター養成講座の講師でキャラバンメイトのメンバーなどが出席しています。キャラバンメイトのメンバーは、近隣の介護事業所管理者で、事業所の活動報告や地域の情報交換などを行っています。	
5	4	○市町村との連携	泉区高齢支援課担当者とは運営推進会議だけでなく、電話やメールなどで連絡を取れ	泉区高齢支援課職員が運営推進会議や管理者が参加している下和泉地区キャラバンメ	

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
		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。	体制があります。また高齢支援課からの看護学生などの見学の受け入れなども行っており協力体制がとれています	イト連絡会に出席しており身近に協力体制が出来ています。管理者が泉区認知症高齢者対策連絡会のメンバーに入っています。	

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束については会社主催や外部の勉強会に参加して職員が知識を身につけ身体拘束のない介護を実践しています。	「身体拘束マニュアル」を整備し、法人内の施設部勉強会で平成29年3月に「身体拘束・虐待」の研修を行っています。研修に参加できなかった職員は、出席した職員より伝達研修を受けています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待については定期的に虐待のチェックを行ったり、社内外の勉強会や講習などに参加して知識を身につけ虐待の無い介護を実践しています。また職員同士、無意識な虐待を行っていないかお互いにチェックするように心掛けています		
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。	成年後見制度を活用されている利用者様があり、後見人とは毎月面談し報告相談を行っています。カンファレンスには後見人の方も参加し職員と一緒に該当利用者様のことを話し合っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	ご本人・ご家族に対し契約時にお互いに契約書をもち読んで確認することで重要事項説明書や利用契約書の説明を行っています。納得して頂いた上でサービス提供を開始するように心掛けています。		
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。	利用者様の様子については訪問時や電話などで定期的にお伝えしています。またご家族の要望などを伺いサービスに反映できるように心掛けています。最近入居された方はあまりご自分の要望を職員に伝えないということでしたが、当ホームに入居されてからは明るく職員ともよく会話されており、ご自分のご要望を表すことが出来ています。またそれを反映することで入居時よりも出来ることが増えておりご本人・ご家族ともに満足されています。	「苦情・相談マニュアル」が整備され、「苦情・相談記録票」が作成されています。玄関には、ホーム苦情相談窓口の担当者や外部苦情申立機関の連絡先を掲示しています。家族が面会に来た時に管理者が利用者の日頃の様子などを話し、家族から意見などを聞いています。管理者が不在の場合には、職員が家族から意見などを聞いた場合、管理者に連絡し、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	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。	月に1回以上ホーム会議・ケアカンファレンスを開催して職員の意見や疑問について聞く機会を設けています。また普段から気軽に疑問や提案を管理者にできる環境作りに努めており、実際に個別ケアの提案や業務改善についての提案が頻繁にされています。事故があった場合には都度カンファレンスを実施して予防に努めています。	管理者は、職員に対し普段から良く話し掛け、何でも言いやすい雰囲気を作り出しています。毎月1回ホーム会議、ユニット会議を開催し、その中で職員の意見などを聞いて話し合っています。掃除の時間帯や朝食の時間帯を変更したり、浴室の手すりや踏み台を設置したりなど職員の意見を取り入れています。年1回、管理者と職員との面談を設けています。	
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。	人事考課やステップ別評価を実施して職員の実力や実績を客観的に評価しています。また職員からの提案や意見をしやすい雰囲気を作り常時受け付けています。これらの提案や意見などを検討し運営に反映できるように努めています。		
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。	社内で実施される研修会や勉強会に参加できるように促しています。また会社で定めた社員のステップに合わせて研修に参加してもらっています。希望がある場合には社外の研修にも積極的に参加してもらっています。		
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。	グループホーム連絡会や講習、勉強会、交換研修な同業者との交流に努めています。また管理者がキャラバンメイトに参加して同業者との交流を行っています。		
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。	入居前にはホーム見学や面談を行いご本人の要望を伺っています。居室では使い慣れた家具などをお持ちいただいたり、食べ物の好物や趣味などを伺ってホームでどのように実践できるのかをお話ししています。また入居に際しての不安などについても出来る限り質問にお答えして不安を軽減できるようにしています。		

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。	ご家族との面談時にご家族のご要望や不安などをうかがい可能な限り解消できるように心掛けています。またホームでできることやご家族に協力して頂きたいことを事前に話し合いホームでの生活に不安がないようにしています。ホームにはお気軽に訪問できるように普段から報告などで会話するように心掛けています。		
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。	入居前の面談や見学などでご本人・ご家族がどんなサービスを希望されているかを伺っています。ホームで実現できることについては入居時から対応できるように準備を行っています。具体的には、最近入居された方は入居前には杖で歩く事も難しい状態でしたが、ホームで用意した補助具を使用して自由に歩けるようになり、その後補助具なしでも歩く事ができるようになりました。これによって近くの図書館に大好きな本を定期的に借りに行くことが可能になりました。		
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。	毎日のホームでの生活の中でご利用者様のできる子と出来ない事を把握して必要な支援の提供を心掛けています。可能な限りご自身のことはご自身でできるように必要最小限の介助を行なうように努めています。		
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。	いつでもお気軽にご家族が来所できる環境作りに努めています。お電話などを通じて定期的にご本人の様子をお伝えしてご家族と利用者様の関わりが作れる環境作りに努めています。		
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。	古くからのご友人がお気軽に来所できる環境作りに努めています。また散歩や地域行事などを通じて地域の方と交流したり、下和泉小学校の子供達に放課後のホーム解放を行い交流を実施する事で後利用者様が地域でも馴染みの関係が作れるように心掛けています。	友人が面会に来て、一緒に外出しています。年賀状を職員と一緒に購入に行き、職員が宛名書きなどの支援をしています。利用者は近隣の地域ケアプラザの催し物に参加したり、地区センターで本を借りています。趣味の銭湯に職員と一緒にしています。	

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
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。	日々の生活の中でご利用者様同士の関係性を職員が理解・把握することで、職員が間に入ったり一緒に散歩やレクを行う事でご利用者様同士が円滑に仲良く支えあえる環境となるように努めています。		
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。	契約終了され退去された方ご本人やご家族が気軽にホームを訪問されたり相談できるような環境作りを行い、必要に応じて支援できるように努めています。		

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。	日々のホームでの生活の中で、職員は利用者様との会話を常に行い何がしたいかなどの要望を伺うように心掛けています。また可能な限りケアに反映できるようにしています。具体的には食べたい物を伺ってメニューに反映したり、ほしいものを一緒に買い物にいたり、行きたい場所などを伺い企画を立てて実際にいってみるなど行っています。	利用者と良く会話をして意向の把握に努めています。1対1になる時に良く話を聞いています。一緒に花や衣服などを買いに行っています。食事に何を食べたいか聞いて夕食を作ったり、牛丼、回転寿司などに出掛けています。意向などを伝えるのが困難な利用者の場合には表情や仕草を見て意向を判断しています。	
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。	ご家族やご本人から過去の生活歴や馴染みの暮らし方などの情報を伺い、職員全員が把握できるように努めています。		
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。	ご利用者様が各々ご自由に生活できるように可能な限り努めています。また散歩や買い物、近くの図書館へ本を借りに行くなどの外出支援についても可能な限り対応できるように努めています。		

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
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。	月に1回以上全体・各フロアでのカンファレンスを行い利用者様の課題や問題などについて話し合っています。また普段のご様子などの情報共有は申し送りなどで常に行っています。これらを元にして介護計画に反映するようにしています。	アセスメント表を作成し、医療連携ノートを確認し、看護師や医師の意見を取り入れています。月1回のケアカンファレンスで職員の意見をまとめ、モニタリングシートで今までの評価をした後、ケアプランを作成しています。3ヶ月に1度見直しをしています。	
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。	ご利用者様の毎日の生活の動作や会話などを記録を行い職員・ご家族で情報共有しています。またその記録の中から情報を把握して介護計画の立案や見直しに活かすようにしています。		
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。	日々のホームでの生活の中の気づきやご本人・ご家族のご要望などからニーズを把握し可能な限り対応できるように心掛けています。一人一人にご要望が違う為、ご本人の要望にあったサービスが実施できるように努めています。		
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。	ご利用者様が地域の一員として活動できるように支援を行っています。地域行事への参加やホームに地域の方を招いて交流できるように心掛けています。		
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。	ご利用者様の状態に応じて内科・心療内科から主治医を選択できます。訪問看護による週1回の健康チェックや訪問歯科や皮膚科による定期的な往診も実施しています。緊急時や訪問診療で対応できない場合など必要に応じて協力医療機関である総合病院や専門医での受診を行っています。	内科や心療内科を診察する2ヶ所のクリニックの往診医により月2回受診をしています。整形外科などの通院では職員が付き添い、受診をしています。看護師と歯科医師の訪問も毎週あり、医療連携ノートを通じて結果の共有を行い、家族には電話による報告を行っています。	

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。	訪問看護による週1回の健康状態のチェックを実施しています。健康状態に変化があった場合や事故が発生した場合などには常時電話などで連絡・相談を行い主治医や専門医との連携もとれるようにしています。		
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。	協力医療機関や総合病院の医師・や看護師と情報交換や相談を行い、随時連絡をとることで退院後も安心して生活できるように心掛けています。会社として協力医療機関とは医療連携会議を行い情報交換を行っています。		
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。	重度化や終末期のあり方について社内外の研修や勉強会、ホームでのカンファレンスを通じて知識を身につけるようにしています。実際に重度化などの場合には主治医や看護師と相談や協議を行って、ご本人・ご家族に事業所としてできることを説明させていただいています。その上で方針を決定し支援を行っていきます。	看取りの実績はありませんが、職員は法人が主催する看取り研修に参加し、学んでいます。参加者による勉強会も行い、全員が勉強会レポートを作成し、学んだことや、どのように活かすか考えています。看取りに関する指針・同意書、事前同意書を備え、主治医・看護師との連携体制も整えています。	
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。	ご利用者様に急変があった場合には、定められたマニュアルに沿って対応を行っています。また社内外の研修に参加できる環境づくりをしており可能な限り職員には参加してもらい知識をつけてもらっています。		
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。	年に2回以上の火災や防災の避難訓練を実施して有事に対応できるように努めています。2回のうち1回以上夜間を想定して訓練を行い緊急時に備えています。町内会の防災訓練などにも可能な限り職員が参加するようにしています。	火災・地震を想定した避難訓練を年2回実施しています。泉消防署の指導を受け通報・消火器の取扱いなどの演習を行い、署員からは火元の発生場所に応じた避難方法を指導されています。備蓄品は法人本社が期限管理をし、事業所が保管しています。	

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。	ご利用者様個人の性格や人格、過去の生活歴などを踏まえたうえでご本人に適した声掛けできるように心掛けています。またホームでの生活の中で様々な変化を見逃さずに声かけや介護に反映できるように職員間で情報共有を行って対応しています。倫理についての勉強会は毎年実施しています。	普段の何気ない会話を出来るだけ多く持ち、望んでいることを思いやり、尊重し笑顔で過ごせるよう心がけています。言葉遣いにも配慮し、良く聴くことや否定しないコミュニケーションに気を付けています。1対1での対話を大切にし、支援を行なうよう努めています。	
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。	ご利用者様のご要望や意思表示については伺い、可能な限り自己決定できるようにしています。やりたい事など職員が無理に誘導しないように心掛けています。		
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。	ホームでは決まったスケジュールはほとんどなくご自由に過ごせる様に心掛けています。ご要望などは伺い可能な限り実行できるようにお手伝いをしています。		
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。	着替えなど支援が必要なご利用者様にはご意見を伺いながら洋服選びをしています。またご自身で服を選んでいる方の場合もTPOや季節にあったものか職員がアドバイスをを行い適した服装ができるように努めています。		
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。	ホームでの食事についてはメニューは事前に決まっていません。食べたい物を伺って反映したり、ご利用者様のお好みのものをメニューに取り入れたりしています。また食事の準備や後片付けにも一緒に参加してもらっています。	家庭的な味わいや利用者の希望を反映するため、職員が毎日献立を決めながら調理し、提供しています。利用者は盛り付けやテーブル拭き、食器洗いなど自分が出れることを進んで行っています。回転寿司・ラーメン・牛丼などの外食では、個人ごとの希望に応じた支援をしています。	

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事・水分摂取量はチェックを行い把握しています。ご利用者様の嚥下の状態に合わせてミキサー食や刻み食など食べやすい形態提供しています。必要な方には介助も行なっています。		
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。	食後には口腔ケアを行うように声掛け流れを作っています。週に1回訪問歯科の往診もあり口腔ケアチェックや指導、治療を行っています。		
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。	ご利用者様の排泄チェックを行い毎日の排泄パターンを把握できるようにしています。トイレで排泄が出来ない方や間に合わない方にはリハビリパンツや尿取りパッドなどを使用して頂き必要な場合には交換など職員が介助を行います。	利用者全員を一覧表にしたチェック表により個々のタイミングを見極めながら声掛けをしています。記録は色分けや記号を使い傾向をつかみやすく工夫しています。一覧表には喫食状況・水分量・バイタル・服薬時間・口腔ケアなども一緒に記録し、情報を共有して支援しています。	
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。	毎日の排便チェックを行い、便秘の場合にはマッサージや下剤などを使用して頂きます。普段の食事でもオリゴ糖を使用するなど予防に心掛けています。		
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。	基本的に1日おきに入浴をして頂いています。またご要望があれば可能な限り入浴していただきます。気分や体調などで入浴順などは変更し、介助についてもご利用者様の状態に合わせて必要な介助を行っています。	午前中の中の入浴を基本に、利用者の意向も配慮しながら声掛けし支援しています。安心して入浴出来るよう脱衣所の保温にも注意し、入浴剤もほとんどの人が利用しています。手すりや浴槽の踏み台などの設置も改善しています。季節に応じて柚子湯なども行っています。	

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
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。	いつでもご自由にお部屋で休んでいただいています。また夜間にはぐっすり眠れるように日中に散歩や体操、家事に参加して頂くなど体を動かせるように声掛けを行っています		
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。	個人のケース記録ファイルには薬情を入れており、使用している薬の効果や副作用について確認することができます。服薬によって変化があった場合には主治医・訪問看護師に相談し対応しています。		
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。	ご利用者様のご要望などを伺い生活の中に反映できるようにしています。図書館で本を借りたり、押し花をやったりいただいています。また毎日の家事についても能力に応じて役割をもっていただいています		
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。	ご利用者様の要望に応じて対応していません。具体的には生活必需品をスーパーに買い物に行ったり、食べたい物を伺い外食に出かけたり、地区センターの図書館に本を借りに行ったりなどしています。また散歩などもご要望があった場合には可能な限り対応しています。	散歩は表通りを離れて畑の小道を利用し散策しています。初詣、花見、ミカン狩りなどは全員で楽しむほか、個別外出にも対応しています。部屋に飾る鉢植えの花や好物の菓子の買い物、銭湯での入浴、車での法人本社への同行など、いろいろな希望に応えています。	
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。	ご利用者様自身では管理せず、ホームで管理を行っています。買い物などの場合にはホームで立替精算を行っています。		

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
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。	ご要望に応じて電話をかけたり手紙のやり取りを行っています。一緒にポストにいたり、一緒に買い物に行き便箋を選んで購入するなど支援を行っています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	リビングでは食事の時間以外はご自由に間に座って過ごしていただいています。ソファでくつろいだり自由に席に座っておしゃべりしたりすごしていただけます。湿度温度も管理して快適に過ごせるように配慮を行い、リビングでは季節感のある飾りものを設置しています。	床暖房のあるリビングは開放感のある明るい空間となっています。テーブルやソファ、テレビが配置され、思い思いに新聞を読んだり、ぬり絵をしたり、ゆったりと過ごしています。壁には、押し花の作品や近隣の小学生の写真入り名刺カードなどとともに、節分の鬼のはり絵で季節感を出しています。	
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。	リビングでは食席以外にソファを設置しています。また食事の時間以外ではご自由に座っていただき中の良い方と会話したり、お一人で塗り絵や読書などをして過ごされています		
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。	居室には愛用の家具や購入した鉢植えなどお好きなように配置して快適に過ごしていただけるようにしています。ご本人の状況に合わせて事故が起らないように動線に配慮をした配置に変更することもあります	エアコンとクローゼットが備え付けとなっています。それ以外の品物は各人の好みを入れ、自由に持ち込みが出来ます。ぬいぐるみや鉢植えの花、家族の写真などで飾り、我が家の様に寛いだ室内にしています。居室の入口には暖簾を掲げている利用者もいます。	
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。	ホーム内では段差が無く手すりを設置して安全に配慮しています。またトイレや浴室など分かり易く表示したり、各居室には表札や名前の書いてある暖簾などを設置してご自分の居室であることをわかりやすくしています。		

事業所名	グループホームなでしこ
ユニット名	まこと

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	利用者と職員と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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ホーム会議を毎月開催し職員全体に事業所理念及び地域密着サービスについての考え方の共有をおこなっています。また実際に地域ケアプラザ、町内会、近隣の小学校との密接な交流を通じて地域密着の実践を行っています。		
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。	ホームは町内会へ加入しており地域行事に参加しています。またホーム駐車場にて毎週移動スーパーを呼び地域の方の買い物支援及びホーム利用者と一緒に地域の方と買い物を楽しんでいます。地域ケアプラザや小学校との交流も盛んで、放課後には小学生が自由に出入りして利用者と一緒に過ごしています。		
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。	地域ケアプラザに協力して認知症講座の講師を行ったり認知症サポーターキャラバンメイトに参加し、地域の方への認知症啓蒙活動を行っています。また近隣の下和泉小学校の3年生に向けて毎年認知症に関する授業を行い、ホーム訪問を受け入れ実際に認知症の高齢者との交流を行っています。		
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。	2ヵ月ごとに運営推進会議を開催し地域の方や地域ケアプラザの方、キャラバンメイトのメンバーにホームの活動やサービス内容などの説明を行い評価やご意見をいただいています。ホームとケアプラザ共同のイベントやホーム独自のイベントなどについて話し合ったり地域行事やボランティアの受け入れについて話し合いなども行っています		
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。	泉区高齢支援課担当者とは運営推進会議だけでなく、電話やメールなどで連絡を取れる体制があります。また高齢支援課からの看護学生などの見学の受け入れなども行っており協力体制がとれています		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束については会社主催や外部の勉強会に参加して職員が知識を身につけ身体拘束のない介護を実践しています。		
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。	虐待については定期的に虐待のチェックを行ったり、社内外の勉強会や講習などに参加して知識を身につけ虐待の無い介護を実践しています。また職員同士、無意識な虐待を行っていないかお互いにチェックするように心掛けています		
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。	成年後見制度を活用されている利用者様があり、後見人とは毎月面談し報告相談を行っています。カンファレンスには後見人の方も参加し職員と一緒に該当利用者様のことを話し合っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	ご本人・ご家族に対し契約時にお互いに契約書を持ち読んで確認することで重要事項説明書や利用契約書の説明を行っています。納得して頂いた上でサービス提供を開始するように心掛けています。		
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。	利用者様の様子については訪問時や電話などで定期的にお伝えしています。またご家族の要望などを伺いサービスに反映できるように心掛けています。最近入居された方はあまりご自分の要望を職員に伝えないということでしたが、当ホームに入居されてからは明るく職員ともよく会話されており、ご自分のご要望を表すことが出来ています。またそれを反映することで入居時よりも出来ることが増えておりご本人・ご家族ともに満足されています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	月に1回以上ホーム会議・ケアカンファレンスを開催して職員の意見や疑問について聞く機会を設けています。また普段から気軽に疑問や提案を管理者にできる環境作りに努めており、実際に個別ケアの提案や業務改善についての提案が頻繁にされています。事故があった場合には都度カンファレンスを実施して予防に努めています。		
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。	人事考課やステップ別評価を実施して職員の能力や実績を客観的に評価しています。また職員からの提案や意見をしやすい雰囲気を作り常時受け付けています。これらの提案や意見などを検討し運営に反映できるように努めています。		
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。	社内で実施される研修会や勉強会に参加できるように促しています。また会社で定めた社員のステップに合わせて研修に参加してもらっています。希望がある場合には社外の研修にも積極的に参加してもらっています。		
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。	グループホーム連絡会や講習、勉強会、交換研修な同業者との交流に努めています。また管理者がキャラバンメイトに参加して同業者との交流を行っています。		
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。	入居前にはホーム見学や面談を行いご本人の要望を伺っています。居室では使い慣れた家具などをお持ちいただいたり、食べ物の好物や趣味などを伺ってホームでどのように実践できるのかをお話ししています。また入居に際しての不安などについても出来る限り質問にお答えして不安を軽減できるようにしています。		

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。	ご家族との面談時にご家族のご要望や不安などをうかがい可能な限り解消できるように心掛けています。またホームでできることやご家族に協力して頂きたいことを事前に話し合いホームでの生活に不安がないようにしています。ホームにはお気軽に訪問できるように普段から報告などで会話するように心掛けています。		
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。	入居前の面談や見学などでご本人・ご家族がどんなサービスを希望されているかを伺っています。ホームで実現できることについては入居時から対応できるように準備を行っています。具体的には、最近入居された方は入居前には杖で歩く事も難しい状態でしたが、ホームで用意した補助具を使用して自由に歩けるようになり、その後補助具なしでも歩く事ができるようになりました。これによって近くの図書館に大好きな本を定期的に借りに行くことが可能になりました。		
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。	毎日のホームでの生活の中でご利用者様のできる子と出来ない事を把握して必要な支援の提供を心掛けています。可能な限りご自身のことはご自身でできるように必要最小限の介助を行なうように努めています。		
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。	いつでもお気軽にご家族が来所できる環境作りに努めています。お電話などを通じて定期的にご本人の様子をお伝えしてご家族と利用者様の関わりが作れる環境作りに努めています。		
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。	古くからのご友人がお気軽に来所できる環境作りに努めています。また散歩や地域行事などを通じて地域の方と交流したり、下和泉小学校の子供達に放課後のホーム解放を行い交流を実施する事で後利用者様が地域でも馴染みの関係が作れるように心掛けています。		

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。	日々の生活の中でご利用者様同士の関係性を職員が理解・把握することで、職員が間に入ったり一緒に散歩やレクを行う事でご利用者様同士が円滑に仲良く支えあえる環境となるように努めています。		
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。	契約終了され退去された方ご本人やご家族が気軽にホームを訪問されたり相談できるような環境作りを行い、必要に応じて支援できるように努めています。		
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。	日々のホームでの生活の中で、職員は利用者様との会話を常に行い何がしたいかなどの要望を伺うように心掛けています。また可能な限りケアに反映できるようにしています。具体的には食べたい物を伺ってメニューに反映したり、ほしいものを一緒に買い物にいたり、行きたい場所などを伺い企画を立てて実際にいってみるなど行っています。		
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。	ご家族やご本人から過去の生活歴や馴染みの暮らし方などの情報を伺い、職員全員が把握できるように努めています。		
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。	ご利用者様が各々ご自由に生活できるように可能な限り努めています。また散歩や買い物、近くの図書館へ本を借りに行くなどの外出支援についても可能な限り対応できるように努めています。		

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
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。	月に1回以上全体・各フロアでのカンファレンスを行い利用者様の課題や問題などについて話し合っています。また普段の様子などの情報共有は申し送りなどで常に行っています。これらを元にして介護計画に反映す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。	ご利用者様の毎日の生活の動作や会話などを記録を行い職員・ご家族で情報共有しています。またその記録の中から情報を把握して介護計画の立案や見直しに活かすようにしています。		
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。	日々のホームでの生活の中の気付きやご本人・ご家族のご要望などからニーズを把握し可能な限り対応できるように心掛けています。一人一人にご要望が違い、ご本人の要望にあったサービスが実施できるように努めています。		
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。	ご利用者様が地域の一員として活動できるように支援を行っています。地域行事への参加やホームに地域の方を招いて交流できるように心掛けています。		
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。	ご利用者様の状態に応じて内科・心療内科から主治医を選択できます。訪問看護による週1回の健康チェックや訪問歯科や皮膚科による定期的な往診も実施しています。緊急時や訪問診療で対応できない場合など必要に応じて協力医療機関である総合病院や専門医での受診を行っています。		

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。	訪問看護による週1回の健康状態のチェックを実施しています。健康状態に変化があった場合や事故が発生した場合などには常時電話などで連絡・相談を行い主治医や専門医との連携もとれるようにしています。		
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。	協力医療機関や総合病院の医師・や看護師と情報交換や相談を行い、随時連絡をとることで退院後も安心して生活できるように心掛けています。会社として協力医療機関とは医療連携会議を行い情報交換を行っています。		
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。	重度化や終末期のあり方について社内外の研修や勉強会、ホームでのカンファレンスを通じて知識を身につけるようにしています。実際に重度化などの場合には主治医や看護師と相談や協議を行って、ご本人・ご家族に事業所としてできることを説明させていただいています。その上で方針を決定し支援を行っていきます。		
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。	ご利用様に急変があった場合には、定められたマニュアルに沿って対応を行っています。また社内外の研修に参加できる環境づくりをしており可能な限り職員には参加してもらい知識をつけてもらっています。		
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。	年に2回以上の火災や防災の避難訓練を実施して有事に対応できるように努めています。2回のうち1回以上夜間を想定して訓練を行い緊急時に備えています。町内会の防災訓練などにも可能な限り職員が参加するようにしています。		

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。	ご利用者様個人の性格や人格、過去の生活歴などを踏まえたうえでご本人に適した声掛けできるように心掛けています。またホームでの生活の中で様々な変化を見逃さずに声かけや介護に反映できるように職員間で情報共有を行って対応しています。倫理についての勉強会は毎年実施しています。		
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。	ご利用者様のご要望や意思表示については伺い、可能な限り自己決定できるようにしています。やりたい事など職員が無理に誘導しないように心掛けています。		
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。	ホームでは決まったスケジュールはほとんどなくご自由に過ごせる様に心掛けています。ご要望などは伺い可能な限り実行できるようにお手伝いをしています。		
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。	着替えなど支援が必要なご利用者様にはご意見を伺いながら洋服選びをしています。またご自身で服を選んでいる方の場合もTPOや季節にあったものか職員がアドバイスをを行い適した服装ができるように努めています。		
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。	ホームでの食事についてはメニューは事前に決まっていません。食べたい物を伺って反映したり、ご利用者様のお好みのものをメニューに取り入れたりしています。また食事の準備や後片付けにも一緒に参加してもらっています。		

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事・水分摂取量はチェックを行い把握しています。ご利用者の嚥下の状態に合わせてミキサー食や刻み食など食べやすい形態提供しています。必要な方には介助も行なっています。		
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。	食後には口腔ケアを行うように声掛け流れを作っています。週に1回訪問歯科の往診もあり口腔ケアチェックや指導、治療を行っています。		
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。	ご利用者の排泄チェックを行い毎日の排泄パターンを把握できるようにしています。トイレで排泄が出来ない方や間に合わない方にはリハビリパンツや尿取りパッドなどを使用して頂き必要な場合には交換など職員が介助を行います。		
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。	毎日の排便チェックを行い、便秘の場合にはマッサージや下剤などを使用して頂きます。普段の食事でもオリゴ糖を使用するなど予防に心掛けています。		
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。	基本的に1日おきに入浴をして頂いています。またご要望があれば可能な限り入浴していただきます。気分や体調などで入浴順などは変更し、介助についてもご利用者の状態に合わせて必要な介助を行っています		

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
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。	いつでもご自由にお部屋で休んでいただいています。また夜間にはぐっすり眠れるように日中に散歩や体操、家事に参加して頂くなど体を動かせるように声掛けを行っています		
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。	個人のケース記録ファイルには薬情を入れており、使用している薬の効果や副作用について確認することができます。服薬によって変化があった場合には主治医・訪問看護師に相談し対応しています。		
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。	ご利用者様のご要望などを伺い生活の中に反映できるようにしています。図書館で本を借りたり、押し花をやったりしていただいています。また毎日の家事についても能力に応じて役割をもっていただいています		
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。	ご利用者様の要望に応じて対応しています。具体的には生活必需品をスーパーに買い物に行ったり、食べたい物を伺い外食に出かけたり、地区センターの図書館に本を借りに行ったりなどしています。また散歩などもご要望があった場合には可能な限り対応しています。		
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。	ご利用者様自身では管理せず、ホームで管理を行っています。買い物などの場合にはホームで立替精算を行っています。		

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
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。	ご要望に応じて電話をかけたたり手紙のやり取りを行っています。一緒にポストにいたり、一緒に買い物に行き便箋を選んで購入するなど支援を行っています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	リビングでは食事の時間以外にご自由に關に座って過ごしていただいています。ソファでくつろいだり自由に席に座っておしゃべりしたりすごしていただけます。湿度温度も管理して快適に過ごせるように配慮を行い、リビングでは季節感のある飾りものを設置しています。		
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。	リビングでは食席以外にソファを設置しています。また食事の時間以外ではご自由に座っていただき中の良い方と会話したり、お一人で塗り絵や読書などをして過ごされています		
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。	居室には愛用の家具や購入した鉢植えなどお好きなように配置して快適に過ごしていただけるようにしています。ご本人の状況に合わせて事故が起らないように動線に配慮をした配置に変更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。	ホーム内では段差が無く手すりを設置して安全に配慮しています。またトイレや浴室など分かり易く表示したり、各居室には表札や名前の書いてある暖簾などを設置してご自分の居室であることをわかりやすくしています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 グループホームなでしこ

作成日： 平成28 年 4月 15 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	2	現状でも地域のイベントへの参加や近隣の小学校との交流など、地域との連携を行っているがさらに深化させたい	開かれたホームとして地域の人々と連携したイベントの実施や認知症理解の普及などに努める	餅つき大会の実施やホームの施設開放の開催、ケアプラザと連携した認知症理解に関するイベントへの協力を行う	12ヶ月
2	49	日常的な外出支援について、現状でのニーズの把握や買い物やドライブなど希望に沿った外出支援を行っているが、さらに深く満足できる外出支援を行って行きたい	日常会話からのニーズ把握と実行するために必要な計画の立案と実施をスムーズにできる。	各職員が意識して利用者との対話の中から要望を把握、ホームや会社の持つ資源を活用して外出支援を行う。簡単にニーズを発見・検討・実行できるようにフローチャートやチェックシートを作成し実施する	6ヶ月
3	35	災害支援について、年2回の避難訓練を行っているが、近年の大地震などの大規模災害などについての理解と備えが不足していると感じられる	災害時でも落ち着いて避難誘導や備蓄品などを利用して安心した日常生活を送れるようにする。近隣の住民の理解を深め協力体制を作る	災害を想定した訓練の実施とマニュアルの整備を行う。会社全体での災害の備えについて職員全体が理解できるようにカンファレンスを実施する。運営推進会議などを通じて町内会や近隣住民との相互協力についての話し合いを行う	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月