

令和元年度

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18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	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	令和元年12月28日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月20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)】

なでしこ入居者の皆さまは非常にお元気で、様々なことをご自身で行われています。職員はそのお手伝いをさせていただいています。地域との交流も盛んに行っており、毎月開催している認知症カフェ「ぼかぼかサロン」や毎週水曜日に駐車場に移動スーパーを誘致して入居者様と地域の方が一緒に買い物し交流できるようにしています。近隣の小学校との交流も継続して行っており、放課後の施設開放や授業での交流などを行っています。管理者が地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており、地域行事や地域の福祉計画への積極的な参加をしています。なでしこの行事を地域の行事として地域の方と共同で様々なことを行っています。専門施設連絡会にも参加しており地域に福祉施設の啓蒙活動や必要な支援を行っています。今年度はかながわ認証を取得しました。

【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2年2月7日	評価機関 評価決定日	令和2年5月1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、小田急江ノ島線、相鉄いずみ野線、横浜市営地下鉄の「湘南台」駅東口よりバスで約10分、「原田」バス停からすぐ近くのバス通り沿いにあります。芝生広場を持つ2階建て2ユニットのグループホームです。平成17年5月開設で14年9ヶ月の運営実績があります。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が運営しています。

<優れている点>

地域ケアプラザ、下和泉地区社会福祉協議会、小学校、区役所などとの交流を積極的に行っています。管理者が発起人となり、地域の「下和泉ハロウィン」を計画しています。250名以上の園児、児童などが地域の各所で菓子をもらう行事が行われ、「広報よこはま泉区版」に紹介されています。神奈川県内の福祉事業所に対しての「優良介護サービス事業所・神奈川認証」を県知事から受けています。管理者が認知症サポーターキャラバンメイトに参加し、下和泉地区社会福祉協議会の理事に就任したり、下和泉地域ケアプラザ内の福祉事業所連絡会の活動に参加したりしています。区役所生活支援課の大人の引きこもり支援事業にも関わり、対象者をボランティアとして受け入れた後、就労に繋げています。

<工夫点>

事業所行事を頻繁に行っています。大正琴、ウクレレなどの地域ボランティアが来所しています。放課後、事業所を開放し、近隣の小学校の児童が遊びに来ています。

【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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	毎月開催しているホーム会議を通じて事業所の理念や地域密着サービスの考え方の共有を行っています。地区社会福祉協議会に常任理事として参加して地域に密着した福祉活動の一端を担っています。	「笑顔とコミュニケーションを大切にす」という理念を掲げ、利用者が楽しく笑って生活できるように支援しています。入職時に理念を説明しています。職員に笑顔が見えない時は、話しかけて対応しています。	管理者は、職員に利用者と多く会話をするように伝えています。ホーム会議などで理念について職員一人ひとりが意識して取り組む体制作りも期待されます。
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。	町内会への参加しており、地域行事への積極的な参加をしています。管理者が地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており地域の福祉や多世代間交流を実践しています。近隣の小学校との交流も継続しており、授業・放課後の施設開放などを行っています。駐車場に移動スーパーを誘致して地域の方の買い物の場を提供するとともに入居者と地域の方の交流の場を設けています。毎月、認知症カフェを開催しており地域の方と一緒にイベントを実施しています。	月1回、地域ケアプラザとの共催事業として「ぼかぼかサロン」を開催しています。事業所内や事業所の芝生広場、駐車場で餅つき大会、流しソーメン、地域ボランティアの大正琴の演奏などを行い、近隣の児童や高齢者などが来所しています。地区社会福祉協議会の福祉施設体験（サマースクール）で小学生や高校生が来所しています。	
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。	認知症サポーター養成講座の開催や認知症カフェの実施、小学校への認知症啓蒙活動、なでしこの行事を地域の方と一緒に実施することにより実際に認知症の方と一緒に過ごして頂き実際の理解を深めていただいています。地域の認知症の方もこれらの活動に参加していただいております。地域・ケアプラザや介護施設へのつながりを作っております。		
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、地区社会福祉協議会、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おります。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。	2ヶ月に1度単独で開催しています。出席者は、地域包括支援センター職員、高齢支援課職員、医師、近隣の介護事業所職員、地区社会福祉協議会々長、生活支援コーディネーターなどのメンバーが毎回参加しています。	
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。	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。地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており、地区・区・市社協とも連携してイベントなどを実施しています。	管理者が、認知症サポーターキャラバンメイトに参加しています。区高齢支援課担当者と交流し、事業所での取り組みや利用者についての相談、報告を行っています。大人の引きこもり支援の事業所として対象者をボランティアとして受け入れ、その後、就労に繋げています。	

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。	身体拘束委員会を社内に発足、定期的に自己チェックの実施、社内研修の開催をしており、職員の身体拘束に関する知識を付けるとともにお互いに指摘できるように努めています。玄関の施錠に関しては障害者施設の事件があったことから防犯のために施錠をしています。年に一回以上身体拘束に関する研修を社内で行っています。	「身体拘束マニュアル」を整備しています。「身体拘束・虐待」の勉強会を法人内で行い、職員がレポートを提出しています。身体拘束などについての「自己点検シート（アンケート）」を年2回実施し、その結果を管理者が職員に個別に話をしたり、カンファレンスの時に振り返りをしています。	
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。	虐待についても身体拘束とともに定期的に自己チェックを行っています。また定期的に社内研修の開催を行っています。お互いに施設内での虐待が行われていないか指摘できる環境づくりに努めています。		
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。	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。	玄関に横浜市福祉調整委員会のポスターを掲示しています。「苦情・相談マニュアル対応手順」を整備し、苦情・相談記録票が作成されています。概ね月に1回、行事の写真中心の「なでしこ新聞」を作成し、家族に送付しています。家族からの意見を聞いてケアプランを作成しています。	

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。	月一回以上ホーム会議・ケアカンファレンスを開催して職員の意見・疑問を話し合う機会を設けています。普段から疑問や提案を管理者が聞く環境づくりに努めており疑問などはすぐに解決できるようにしています。事故が起きた場合には即カンファレンスを実施するように努めており、原因の究明・防止策について話し合っています。	毎月1回ホーム会議とカンファレンス会議を開催しています。職員から様々な意見や提案が出ています。管理者は普段から何でも言いやすい雰囲気を作っています。年2回自己評価に基づいて個人面談を行い、職員から意見や提案を聞いています。	
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疑問や改善提案についてはすぐに解決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、地域の専門施設連絡会に参加したり講習、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。認知症カフェを毎月開催しており沢山の地域の方が参加され交流を図っています。ホームの行事を地域の方と共同で行い入居者と地域の方が一緒に活動して交流しています。	以前住んでいた近隣の人などが面会に来ています。遠方の知人から電話があり、職員が取り次いだり、話を聞いたりしています。利用者が地区センターへ本を借りに行く時は職員が同行しています。利用者が自宅に泊まりに行ったり、墓参りに行く場合には、家族の対応を支援をしています。年賀状の宛名書きなどの支援もしています。	

グループホームなどで

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。毎週ホーム駐車場にくる移動スーパーではお好きなものを¥楽で購入してもらっています。	職員は、利用者と共に行動し、コミュニケーションを図るようにしています。マンツーマンで行動し、良く話しかける事と良く話を聞く事を念頭に置いています。利用者の意向を尊重し、利用者が使う茶碗など、買い物の希望をかなえる事で、利用者自身の意向を良く話すようになってきています。	
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。基本的に強制的なイベントやレクリエーションなどはなく個別にしたいことなどを尊重して実施しています。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。何か問題点やご本人からの要望や提案があった場合にはその都度話し合いケアに取り入れるようにしています。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。	毎月のケアカンファレンスで職員から意見を聞き、ケアプランの評価を行っています。モニタリングシート、アセスメント表を作成した後、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ケアプランを作成しています。更新は3ヶ月ごとに行っています。	
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 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。実際にホームで地域行事を開催してたくさんの地域の方が参加、その中に入居者のみなさんが一員として参加されており、地域の方の一人として活動していただいています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	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。リウマチ科や整形外科に関しては都度受診を行っています。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。	利用者と家族から医療に関する希望を聞き、精神科、または、内科の主治医を紹介しています。月2回、かかりつけ医が来訪しています。持病のために通院が必要な利用者には、職員が付き添い、定期的に通院しています。薬は鍵付きの場所に保管し、与薬マニュアルで管理しています。	

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。	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ます。	複数回の看取りの経験があります。年に1回以上、看取りに関する研修や勉強会を行っています。利用者と家族、主治医との話し合いで看取りの方針を確認し、看取り段階になった際には新しいケアプランを作成しています。常に職員間で状況を確認し、定期的な会議で情報共有をしています。	
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。	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、地域との協体制度を築いている。	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。地域の防災訓練などにも可能な限り入居者や職員が参加するようにしています。行事を通じて介護施設としての存在をアピールし、万が一の場合には共助出来るように心がけています。	年2回、避難訓練を行っています。内1回は、消防署員立ち合いの下に行っています。消防署の指導に従って避難計画を立て、訓練で確認しています。避難場所として近隣のケアプラザがあります。食料、水などの備蓄品は、3日分保管しており、定期的に入れ替えを行っています。	

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
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一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	一人一人に個室がありプライバシーを守っています。またご利用者様の個人個人の性格や生活歴などを踏まえたうえでご本人に適したお声掛けができるように心がけています。ホームをご自宅と同じように気楽に快適に過ごせるように職員とご利用者様の距離感も意識しています。よそよそしくなりすぎないように気軽に要望が言えるような関係性が作れるように意識しています。倫理については毎年勉強会を開催し職員が介護職としての職業倫理を忘れないように努めています。	職員は、目上の人に接する気持ちで利用者への声かけを行っています。利用者の内面に踏み込み過ぎず、雑談や握手などのコミュニケーションを取りながら、意図を汲み取るよう心掛けています。居室の内側から鍵を掛けることができ、個人のプライバシーを尊重しています。法人で「接遇・倫理」の研修を行っています。	
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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。	利用者の希望に応えられるよう、職員が毎食工夫して調理しています。利用者は、可能な範囲で、皿への盛り付け、配膳や洗い物などを手伝っています。食器は好みのものを使い、食事をしています。職員も介助や雑談をしながら一緒に食事をしています。	

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、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。ご自身でできない方については職員がその方に適した方法で口腔ケアを行っています。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表を用いて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。	車いすが入る広さのトイレがあります。一人ひとりの状態がわかるように排泄チェック表を使用しています。排泄パターンを把握して声かけや誘導を行い、自立支援に努めています。トイレで排泄が出来ない利用者には尿取りパッドやオムツも使用しています。	
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。慢性的な便秘の方に関しては主治医に相談して漢方薬などを用いて排便を促しています。		
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てしまわずに、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。体調などに応じてシャワー浴や清拭などを実施しています。	週に3日入浴日を設定しています。希望があれば変更も可能です。利用者が入浴を楽しめるように、入浴剤を入れたり、庭で採れる柚子を浮かべるなど工夫しています。入浴が困難な利用者には、清拭のほか、法人が実施している訪問入浴を利用しています。	

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。	いつでもご自由にお部屋で休んでいただいています。レクリエーションなどに関しても参加不参加はご自由に判断していただいています。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。要望に応じて職員と一緒に買い物やドライブに出かけたり、居室でお好きなDVDを鑑賞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出に出かけたり、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。毎週水曜日にはホーム駐車場に移動スーパーが来ており、その際にはお好きなおやつを選んで購入したり、夕食に食べたいものを選んで購入したり、部屋に飾るお花を購入するなどされており、職員はその支援を行っています。また散歩やドライブ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。	週に1回、事業所の駐車場に移動スーパーマーケットが来て利用者は買い物を楽しんでいます。利用者の希望に応じて散歩に行っています。地域のスーパーマーケットやショッピングセンターへ行き、洋服や日用品などの買い物をしています。近隣の地域ケアプラザで開催されている催し物にも参加しています。職員が同行して外出に出かけることもあります。	
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にご自由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。また図書コーナーを設けてお好きに本を読んでいただいたり音楽をかけたりしています。室内の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。	リビングは、照明の数が多く、常に明るい状態になっています。利用者と職員と一緒に作成した季節のひな人形などの作品を壁面に飾っています。小物なども置いてあり、自宅のような雰囲気です。月に1度作成している事業所の新聞を掲示し、来訪者にも様子を伝えています。毎朝、利用者と職員が協力してモップ掛けや手摺拭きなどの掃除をしています。	
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。	居室にはご自宅で愛用していた家具やご自身で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。居室で家庭菜園をされている方もいらしゃいます。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。	居室にはオーディオやテレビなど利用者の愛用していたものを持ち込み、使い慣れたもので生活出来るようにしています。壁面には家族や来訪者との写真や趣味の物を飾るなどしています。安全を考慮し、生活動線に不具合が無いよう、職員が見守っています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	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 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある	
		2, 数日に1回程度ある	
		3, たまにある	
		4, ほとんどない	
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が	
		2, 利用者の2/3くらいが	
		3, 利用者の1/3くらいが	
		4, ほとんどいない	
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が	
		2, 利用者の2/3くらいが	
		3, 利用者の1/3くらいが	
		4, ほとんどいない	
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が	
		2, 利用者の2/3くらいが	
		3, 利用者の1/3くらいが	
		4, ほとんどいない	
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が	
		2, 利用者の2/3くらいが	
		3, 利用者の1/3くらいが	
		4, ほとんどいない	
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が	
		2, 利用者の2/3くらいが	
		3, 利用者の1/3くらいが	
		4, ほとんどいない	

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と	
		2, 家族の2/3くらいと	
		3, 家族の1/3くらいと	
		4, ほとんどできていない	
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように	
		2, 数日に1回程度ある	
		3, たまに	
		4, ほとんどない	
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている	
		2, 少しずつ増えている	
		3, あまり増えていない	
		4, 全くいない	
66 職員は、生き活きと働いている。 (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。	毎月開催しているホーム会議を通じて事業所の理念や地域密着サービスの考え方の共有を行っています。地区社会福祉協議会に常任理事として参加して地域に密着した福祉活動の一端を担っています		
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。	町内会への参加しており、地域行事への積極的な参加をしています。管理者が地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており地域の福祉や多世代間交流を実践しています。近隣の小学校との交流も継続しており、授業・放課後の施設開放などを行っています。駐車場に移動スーパーを誘致して地域の方の買い物の場を提供するとともに入居者と地域の方の交流の場を設けています。毎月、認知症カフェを開催しており地域の方と一緒にイベントを実施しています。		
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。	認知症サポーター養成講座の開催や認知症カフェの実施、小学校への認知症啓蒙活動、なでしこの行事を地域の方と一緒に実施することにより実際に認知症の方と一緒に過ごして頂き実際の理解を深めていただいています。地域の認知症の方もこれらの活動に参加していただき、地域・ケアプラザや介護施設へのつながりを作っていただいています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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、地区社会福祉協議会、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。地区社会福祉協議会に常任理事として参加しており、地区・区・市社協とも連携してイベントなどを実施しています。		

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
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。	身体拘束委員会を社内に発足、定期的に自己チェックの実施、社内研修の開催をしており、職員の身体拘束に関する知識を付けるとともにお互いに指摘できるように努めています。玄関の施錠に関しては障害者施設の事件があったことから防犯のために施錠をしています。年に一回以上身体拘束に関する研修を社内で行っています。		
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。	虐待についても身体拘束とともに定期的に自己チェックを行っています。また定期的に社内研修の開催を行っています。お互いに施設内での虐待が行われていないか指摘できる環境づくりに努めています。		
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。	成年後見制度を活用されている利用者様がおり、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。	月一回以上ホーム会議・ケアカンファレンスを開催して職員の意見・疑問を話し合う機会を設けています。普段から疑問や提案を管理者が聞く環境づくりに努めており疑問などはすぐに解決できるようにしています。事故が起きた場合には即カンファレンスを実施するように努めており、原因の究明・防止策について話し合っています。		
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疑問や改善提案についてはすぐに解決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、地域の専門施設連絡会に参加したり講習、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、下和泉小学校の児童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。認知症カフェを毎月開催しており沢山の地域の方が参加され交流を図っています。ホームの行事を地域の方と共同で行い入居者と地域の方が一緒に活動して交流しています。		

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。毎週ホーム駐車場にくる移動スーパーではお好きなものを¥楽で購入してもらっています。		
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。基本的に強制的なイベントやレクリエーションなどはなく個別にしたいことなどを尊重して実施しています。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。何か問題点やご本人からの要望や提案があった場合にはその都度話し合いケアに取り入れるようにしています。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。実際にホームで地域行事を開催してたくさんの地域の方が参加、その中に入居者のみなさんが一員として参加されており、地域の方の一人として活動していただいています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	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。リウマチ科や整形外科に関しては都度受診を行っています。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、事業所の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。	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。地域の防災訓練などにも可能な限り入居者や職員が参加するようにしています。行事を通じて介護施設としての存在をアピールし、万が一の場合には共助出来るように心がけています。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	一人一人に個室がありプライバシーを守っています。またご利用者様の個人個人の性格や生活歴などを踏まえ、うえでご本人に適したお声掛けができるように心がけています。ホームをご自宅と同じように気楽に快適に過ごせるように職員とご利用者様の距離感も意識しています。よそよそしくなりすぎないように気軽に要望が言えるような関係性が作れるように意識しています。倫理については毎年勉強会を開催し職員が介護職としての職業倫理を忘れないように努めています。		
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、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し、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す。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。ご自身でできない方については職員がその方に適した方法で口腔ケアを行っています。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表を用いて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。慢性的な便秘の方に関しては主治医に相談して漢方薬などを用いて排便を促しています。		
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。	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。体調などに応じてシャワー浴や清拭などを実施しています。		

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
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。レクリエーションなどに関しても参加不参加はご自由に判断していただいています。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 一人ひとりを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。要望に応じて職員と一緒に買い物やドライブに出かけたり、居室でお好きなDVDを鑑賞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。毎週水曜日にはホーム駐車場に移動スーパーが来ており、その際にはお好きなおやつを選んで購入したり、夕食に食べたいものを選んで購入したり、部屋に飾るお花を購入するなどされており、職員はその支援を行っています。また散歩やドライブ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。また図書コーナーを設けてお好みに本を読んでもらったり音楽をかけたりしています。室内の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せん。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。	居室にはご自宅で愛用していた家具やご自身で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。居室で家庭菜園をされている方もいらっしゃいます。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。		

令和元年度

目標達成計画

事業所名 グループホームなでしこ

作成日： 令和2年 5月 11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	3	ホーム理念が一部職員にきちんと理解・周知できていなかった	全職員に再度、ホームの理念を説明周知し、きちんと理念に沿った介護が提供できる	理念の掲示（見やすい場所に） ホーム会議冒頭に毎回理念に基づいた介護が出来ているか確認する	12ヶ月
2					6ヶ月
3					6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月