

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	1490600184	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	桜栄企画株式会社		
事業所名	グループホーム「オーシャン天王町」		
所在地	(240-0004)		
	横浜市保土ヶ谷区岩間町1-8-12		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成30年3月28日	評価結果 市町村受理日	平成30年6月13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)】

座ってできる高齢者向けの体操を日中2回行い健康維持に努めています。掃除、食器洗い、洗濯物干しなど職員の見守りの元、出来る範囲で入居者自身が行っています。一緒に買い物に行った際には、品物を選んだり、支払いをしたり、食事作りを共にしたりして、日常の楽しみを感じる生活をしています。また、地域との関係も深く、紙芝居や、音楽演奏、三味線などのボランティアさん訪ねてくださいます。公園の花壇をお借りして草花を育てており、毎日の水やりが良いお散歩になっています。クラブ活動も盛んで、書道やフラワーアレンジメントなど、室内での楽しみもあります。職員も一緒に楽しみ笑顔あふれる施設です。

【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3階		
訪問調査日	平成30年4月5日	評価機関 評価決定日	平成30年6月4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)】

事業所は相鉄線天王町駅から徒歩4分、または、JR保土ヶ谷駅から8分ほどで歩ける大通りに面したビル内にあり、小規模多機能型居宅介護事業所を併設しています。周辺には公園や由緒ある寺社などが点在し、川辺の風景も楽しめるなど、利用者の散歩にも好適なロケーションです。

<優れている点>

利用者が地域とつながりながら暮らせるよう、基盤作りに努めています。公園の花壇で花を育てられるように計らってもらったり、事業所イベントのチラシを回覧板に挟み込んでもらうなど、町内会と密接な関係を築いています。見学に訪れた人に認知症介護の現状を説明したり、介護に不安を抱える住民の質問に答えるなど、事業所の専門性を活かした地域貢献をしています。ブログを利用して地域へ情報発信も行っています。利用者・家族が意見や要望を表明しやすい機会作りに努め、支援に反映させています。運営推進会議の実施に当たっては、家族に開催通知を郵送して参加を募っています。会議を茶話会形式にし、利用者全員に出席してもらう場合もあります。介護計画の作成に際しては、担当者会議に家族も参加できるよう日時を調整しています。

<工夫点>

心を和ませる効果がある淡紅色の調色が可能なLEDシーリングライトを各居室に設置し、利用者の状態に合わせて使用しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム「オーシャン天王町」
ユニット名	4階

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	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。	事務所、フロア、更衣室などに理念を掲示し、管理者と職員は理念を共有し運営しています。	「誠実に、心のこもった、人々を幸せにできる介護、を目指す主旨の理念を運営法人と共有しています。事務所や各フロアなどへの掲示、毎朝の申し送り時の唱和、ユニット会議の際の確認などを通して意識付けを行い、実践につなげています。	法人理念を踏まえた上で、利用者が地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えるという地域密着型サービスの目的・意義を反映した、事業所独自の理念を作成することも期待されます。	
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。	地域のお祭りに参加したり、ホームにおいてバザーを行い地域住民の皆さまと交流しています。	町内会とは親しい関係を築いており、催しや祭りに参加するほか、公園の花壇を借りて花を育てたり、事業所イベントのチラシを回覧してもらうなどしています。音楽演奏、傾聴などのボランティアも受け入れています。地域の人の見学や介護相談にも応じています。		
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。	見学で来訪された方や、訪問先などの方に認知症介護の方々の現状を説明したり、地域で不安を抱えている方からの質問に答えたりしています。			
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。	運営推進会議では介護サービスへの取り組みを報告し、同時にご家族からの要望の聞き取りを行っています。運営会議報告をもとにご入居者への支援の見直し、システムの更新、などサービスの向上に活かしています。	利用者・家族、地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員などをメンバーに、概ね2ヶ月に1回開催しています。会議の報告を基に、食事介助の時間配分と流れ、及び食堂の椅子の形状の見直し、申し送りを確実にするための新たな書式の作成などを実現しています。		
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。	横浜市介護担当者への報告を行っています。各種連携に努めています。	介護計画作成担当職員は定期的に区の高齢・障害保険課を訪れ、事業所の現状を報告しています。また、市健康福祉局事業指導課に運営推進会議の議事録を送付しており、介護保険に関して不明な点がある場合には相談し、助言をもらっています。		

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
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。	身体拘束委員会を設置し、職員の意識の向上に努めています。	事業所内に身体拘束委員会を設置し、強化月間や強化週間を設けるなど、啓蒙に努めています。ユニット会議などを利用した意識付けも行っています。各ユニットの出入口は施錠していますが、利用者が希望すれば解錠し、職員と一緒に外に出ることが出来ます。	
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。	個別に外部研修を受けている。今後、ホーム会議の中で虐待防止などの研修を実施していきたい。		
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。	個々での研修は受けている。今後は報告会などを通じて職員全員で理解を深めたい。		
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。	重要事項説明書や利用契約書の内容を説明し、理解していただいたのかを確認したうえで契約を行っています。		
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。	ご利用者、ご家族からの要望についてすべてできてはませんが、出来る限りの対応はしています。ブログの更新や季刊誌などの発行を通じて施設での様子をお届けしています。	家族の意見、要望、不満などは、来訪時や運営推進会議で把握しています。会議の実施に当たっては、家族に開催通知を郵送して参加を募っています。利用者に意見表明の場を提供出来るよう、会議を茶話会形式に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
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。	職員との面談は随時実施しています。業務改善、介護の対応などについての困りごとなどについて話し合い業務に反映させています。	管理者は必要に応じて面談を実施し、職員の意見を聞いています。月1回のユニット会議でも意見の把握に努めています。重要な議題を話し合う場合には内容の要約を前もって配布したり、考えが分かれた時にはアンケートを実施したりして意見の統一を図っています。	
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。	代表者や上司への小規模多機能のげんじょうや思いを報告し職場環境の改善に努めています。		
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。	併設の教育機関において初任者研修や喀痰等吸引研修をうけることができ、認知症介護についての社内研修も行っています。また、社外研修にも参加し介護現場での実践に役立てています。		
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。	同業者に定期的な連絡や訪問を実施し、管理者、ケアマネージャー、ソーシャルワーカーなどと情報交換を行っています。		
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。	今までのその方の生活歴をお聞きしたり、ご家族など関係者からの聞き取りを通じて、その方のニーズを把握し、出来るだけ要望に沿った介護サービスを実施し関係性を築いています。		

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
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。	ご利用前のアセスメントにより、ご利用者、ご家族の要望をお聞きし関係づくりをしています。		
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。	管理者、ケアマネージャー、リーダーがその方の状況を見極めてからサービスの内容を決定しご家族に確認していただきサービスを開始しています。		
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。	スタッフはご利用者を家族を看ていると考え必要な介護サービスを行っています。		
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。	ご利用者、ご家族、施設がひとつになり、その方の支援をしています。		
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。	長年住んでいた地域のなじみの方たちや友人とは電話や面会で関係性を継続出来るよう対応しています。	利用者の生活歴を、利用前の事業所見学や利用者宅への訪問時に本人や家族から詳しく聞き取っています。交通の便が良いこともあり、友人が訪ねてくる人が多く、希望に応じて電話や手紙で連絡を取り持つ支援も行っています。	

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
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。	ご利用者が一人にならないように常に介入している趣味や気が合う同士がいつも一緒にいられるよう配慮し、全体の調和を保つ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。	ご家族から相談を受けたり、イベントにお呼びしたりして関係性を保っています。		
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。	ご利用者の個々のニーズを白紙、出来るだけ要望に沿った介護サービスが提供できるよう努めています。	職員は、日常の会話を通して利用者が何をしたいかを把握しています。得た情報は業務日誌に記録して共有し、介護計画に反映させています。意思表示が困難な場合は、自己決定がしやすいように二者択一の質問を心がけたり、表情を読むなどして対処しています。	
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。	ご利用前の見学や訪問でご本人やご家族から今までどのような生活をされていたかについて詳しく情報を集めています。		
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。	ケアプランに基づいて日々の観察や会話などの記録を残し、カンファレンスの際個々のサービスにつなげ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
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。	ご本人、ご家族からの要望や話し合いを行いケアプランに落とし込んでいます。	介護計画の作成に当たっては利用者・家族の意向の把握に努め、担当者会議に参加してもらえるよう日時を設定しています。医師の意見も参考にしています。現状に即した計画にするため、3ヶ月ごとのモニタリング、6ヶ月ごとの再アセスメントを実施しています。	
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。	日々の生活や観察した内容を記録し、スタッフ間で共有することで、チームケアに活かしています。		
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。	状況の変化に応じて、通い、泊り、訪問などの多機能サービスを実施しています。		
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。	レクリエーションの場として、地域の公共施設やお店を利用しています。		
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。	定期的な往診医の診察を実施しその方の病状により薬の処方をしています。また、ご家族様の支援により、ご家庭においてかかりつけ医の訪問を受けたり、受診に出向いたりしています。	かかりつけ医は利用者の同意の上、事業所の協力医（内科24時間対応）に替わっています。訪問歯科医は必要時に受診できます。毎週、法人の看護師による健康チェックがあります。在宅時の眼科、皮膚科など専門医の受診は家族対応で、報告を受けています。	

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
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。	看護職員を配置し健康チェックやスタッフからの医療相談、質問に対応しています。		
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。	ご利用者の入院時には、ご家族、病院のソーシャルワーカーとの連携をしながら、状況の把握に努めています。		
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。	利用契約時に重度化や看取りについて説明し支援体制に納得していただいています。	入居時に介護の重度化の場合の、事業所の支援体制を説明し、同意を得ています。更に終末期の時の、入院か看取りかの判断は、医師の診断、家族の承諾、事業所の体制を確認して決定しています。看取りの場合も事業所の対応は出来ています。	
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。	普通救命講習を受けている職員がいる。今後はすべての職員に講習を受けてほしい。		
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2回の消防訓練を実施している。今年度の予定は5月と10月です。	年2回、避難と消火訓練をしています。消防署の指導で、外階段からの避難ルートが困難な場合は、ベランダへの避難に変わります。7日分の水、食料、ラジオ、ランプなどを備蓄しています。地域の協力も大筋取り付けています。	地域の協力を得て、災害時の取り組みの内容を具体化す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
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。	スタッフには会話や声掛けには特に注意するよう指導しています。また、子供言葉や強い口調の声掛けに注意するよう話しています。	「認知症の方に対する接遇対応チェックシート25」の研修をしています。また利用者のケア・ファイルは鍵付きロッカーで保管しています。事業所のブログの「ほのぼのらいふ」は個人情報保護の視点から管理をしています。	
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。	ご利用者との日々の会話の中で要望などのヒントを見つけ出し対応しています。		
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。	スタッフは各業務の時間帯で働いているため業務を優先しがちであるが、出来るだけご利用者の希望に沿った支援を行えるよう努力しています。		
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。	髪の手入れや服装などは出来る限り自身で行っていただいています。支援が必要な方には一緒に服を選ぶなど季節や気候に合わせた身だしなみをいただいています。		
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。	出来るだけ手作りのお食事を提供しています。ご利用者の方に調理や配膳を積極的に手伝っていただいています。また、月に2回食事レクリエーションを開催しご利用者と共に献立調理を行い好評です。	食事前に誤嚥を防ぐための口腔体操を行っています。普通食のほか、その人に合わせて、トロミ、刻み食を用意しています。誕生日、敬老会、正月などは特別料理で祝っています。また、月2回は利用者自身が焼きそばやお好み焼きなどの調理で腕を振るい、楽しんでいきます。	

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。	ご利用者別に一日の食事の量や水分の量を確認し記録しています。個別の状況及び状態を把握しています。		
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。	毎食後、必ず口腔ケアを行い誤嚥性肺炎、歯肉炎などの予防を行っています。		
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。	基本的にトイレでの排泄をお願いしています。宿泊の方で夜間トイレまでの移動に危険がある方や、身体の状態に応じてポータブルトイレを使用いただいています。	排泄リズム表を確認しながら、それとなくトイレに誘導しています。トイレの文字は大きく表示し、手すりを付けて安全に配慮しています。夜間は夜勤の職員がトイレの支援を行っています。	
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。	便秘の原因である腹筋の低下、運動不足や水分不足にならないようにし、便秘の予防に努めています。		
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。	入浴は基本的な曜日や時間があるが、ご利用者の心身の状況において変更し、入浴を嫌がる利用者には足浴の提供や楽しい雰囲気作りを通して入浴を意識させないよう誘導したり、声掛けを行ったりしています。	入浴は週2回が原則ですが、随時必要に応じています。浴室は広く手すりが付き、トイレ、洗濯機2台などを備えています。浴槽は個浴で、リフト浴、シャワー浴も出来ます。体調により、足湯、清拭などにも対応しています。また、入浴時の同性介助の要望にも応じています。	

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。	日々の生活の中からその方のニーズに合った介護サービスを行い関係性を築いています。		
47		○服薬支援 一人ひとり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。	服薬業務は特に注意が必要な業務であるので、薬効などを理解し誤薬のないようにダブルチェックをしています。		
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。	町内会の花壇の手入れや書道やフラワーアレンジメント、本年度からは傾聴ボランティア、社交ダンス、囲碁将棋などのボランティアさんの協力もあり、充実した楽しみ事が増えている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	定期的な外出レクリエーションや、買い物、散歩、ドライブなど楽しんでいただいている。	事業所の前は広い歩道で、旧東海道の面影もあります。外気浴をしたり、気分転換を兼ねて駅前公園、川辺の周り、ビジネスパークなどへ職員が付き添って散歩しています。年数回、保土ヶ谷公園、みなとみらい、浄水場などへドライブ散歩に出掛けています。	
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。	希望のあるご家族からは小口現金を預かっている。買い物などでお金がわかる方にはご自分で払いお釣りをもらっています。		

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
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。	契約時にご本人からご家族の方に電話や手紙のやり取りをしてよいかの確認をしています。		
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。	ご利用者の銅線も考えながら、ソファを置くなどくつろぎの空間も作っています。畳のベンチなど懐かしい手触りの家具も配置しリラックスしていただけるようさりげない配慮をしています。	リビングルームは明るく、利用者がゆったりと座れくつろげます。キッチンが見え、家庭的な雰囲気です。壁面には利用者が作ったちぎり絵が、廊下には習字、外出の写真が飾られています。リビングルームは食事、歌、踊りなど、幅広く利用され、楽しみの場となっています。	
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。	にぎやかなフロアにつかれたときに、ふとした一人の空間がいつでももてるよう廊下部分にもソファを配置しています。		
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。	宿泊が長期になる方に関しては、使い慣れた小さな家具や道具を持ち込まれて自分の居場所に愛着を持っていただけるよう配慮しています。	入口には名前が掲示され、花が掛けてあります。冷暖房と洗面所、ベッドが備えられ、使い慣れたダンス、椅子が置かれています。家族の写真、ぬり絵などの作品が飾っており、思い出を大切に、その人らしく暮らしています。	
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。	トイレや洗面台などの高さは車いすでも使用しやし設計にしています。自立支援に基づいたサービスの提供を行っています。安全には最も注意をしています。		

事業所名	グループホーム「オーシャン天王町」
ユニット名	5階

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。	事務所、フロア、更衣室などに理念を掲示し、管理者と職員は理念を共有し運営しています。		
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。	地域のお祭りに参加したり、ホームにおいてバザーを行い地域住民の皆さまと交流しています。		
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。	見学で来訪された方や、訪問先などの方に認知症介護の方々の現状を説明したり、地域で不安を抱えている方からの質問に答えたりしています。		
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。	運営推進会議では介護サービスへの取組みを報告し、同時にご家族からの要望の聞き取りを行っています。運営会議報告をもとにご入居者への支援の見直し、システムの更新、などサービスの向上に活かしています。		
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。	横浜市介護担当者への報告を行っています。各種連携に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束委員会を設置し、職員の意識の向上に努めています。		
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。	個別に外部研修を受けている。今後、ホーム会議の中で虐待防止などの研修を実施していきたい。		
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。	個々での研修は受けている。今後は報告会などを通じて職員全員で理解を深めたい。		
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。	重要事項説明書や利用契約書の内容を説明し、理解していただいたのかを確認したうえで契約を行っています。		
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。	ご利用者、ご家族からの要望についてすべてできてはませんが、出来る限りの対応はしています。ブログの更新や季刊誌などの発行を通じて施設での様子をお届けしています。		

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。	職員との面談は随時実施しています。業務改善、介護の対応などについての困りごとなどについて話し合い業務に反映させています。		
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。	代表者や上司への小規模多機能のげんじょうや思いを報告し職場環境の改善に努めています。		
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。	併設の教育機関において初任者研修や喀痰等吸引研修をうけることができ、認知症介護についての社内研修も行っています。また、社外研修にも参加し介護現場での実践に役立てています。		
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。	同業者に定期的な連絡や訪問を実施し、管理者、ケアマネージャー、ソーシャルワーカーなどと情報交換を行っています。		
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。	今までのその方の生活歴をお聞きしたり、ご家族など関係者からの聞き取りを通じて、その方のニーズを把握し、出来るだけ要望に沿った介護サービスを実施し関係性を築いています。		

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
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。	ご利用前のアセスメントにより、ご利用者、ご家族の要望をお聞きし関係づくりをしています。		
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。	管理者、ケアマネージャー、リーダーがその方の状況を見極めてからサービスの内容を決定しご家族に確認していただきサービスを開始しています。		
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。	スタッフはご利用者を家族を看ていると考え必要な介護サービスを行っています。		
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。	ご利用者、ご家族、施設がひとつになり、その方の支援をしています。		
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。	長年住んでいた地域のなじみの方たちや友人とは電話や面会で関係性を継続出来るよう対応しています。		

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
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。	ご利用者が一人にならないように常に介入している趣味や気が合う同士がいつも一緒にいられるよう配慮し、全体の調和を保つ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。	ご家族から相談を受けたり、イベントにお呼びしたりして関係性を保っています。		
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。	ご利用者の個々のニーズを白紙、出来るだけ要望に沿った介護サービスが提供できるよう努めています。		
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。	ご利用前の見学や訪問でご本人やご家族から今までどのような生活をされていたかについて詳しく情報を集めています。		
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。	ケアプランに基づいて日々の観察や会話などの記録を残し、カンファレンスの際個々のサービスにつなげ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
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。	ご本人、ご家族からの要望や話し合いを行いケアプランに落とし込んでいます。		
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。	日々の生活や観察した内容を記録し、スタッフ間で共有することで、チームケアに活かしています。		
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。	状況の変化に応じて、通い、泊り、訪問などの多機能サービスを実施しています。		
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。	レクリエーションの場として、地域の公共施設やお店を利用しています。		
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。	定期的な往診医の診察を実施しその方の病状により薬の処方をしています。また、ご家族様の支援により、ご家庭においてかかりつけ医の訪問を受けたり、受診に出向いたりしています。		

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。	看護職員を配置し健康チェックやスタッフからの医療相談、質問に対応しています。		
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。	ご利用者の入院時には、ご家族、病院のソーシャルワーカーとの連携をしながら、状況の把握に努めています。		
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、事業所です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。	利用契約時に重度化や看取りについて説明し支援体制に納得していただいています。		
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。	普通救命講習を受けている職員がいる。今後はすべての職員に講習を受けてほしい。		
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2回の消防訓練を実施している。今年度の予定は5月と10月です。		

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
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。	スタッフには会話や声掛けには特に注意するよう指導しています。また、子供言葉や強い口調の声掛けに注意するよう話しています。		
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。	ご利用者との日々の会話の中で要望などのヒントを見つけ出し対応しています。		
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。	スタッフは各業務の時間帯で働いているため業務を優先しがちであるが、出来るだけご利用者の希望に沿った支援を行えるよう努力しています。		
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。	上の手入れや服装などは出来る限り自身で行っていただいています。支援が必要な方には一緒に服を選ぶなど季節や気候に合わせた身だしなみをしていただいています。		
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。	出来るだけ手作りのお食事を提供しています。ご利用者の方に調理や配膳を積極的に手伝っていただいています。また、月に2回食事レクリエーションを開催しご利用者と共に献立調理を行い好評です。		

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。	ご利用者別に一日の食事の量や水分の量を確認し記録しています。個別の状況及び状態を把握しています。		
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。	毎食後、必ず口腔ケアを行い誤嚥性肺炎、歯肉炎などの予防を行っています。		
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。	基本的にトイレでの排泄をお願いしています。宿泊の方で夜間トイレまでの移動に危険がある方や、身体の状態に応じてポータブルトイレを使用いただいています。		
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。	便秘の原因である腹筋の低下、運動不足や水分不足にならないようにし、便秘の予防に努めています。		
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。	入浴は基本的な曜日や時間があるが、ご利用者の心身の状況において変更し、入浴を嫌がる利用者には足浴の提供や楽しい雰囲気作りを通して入浴を意識させないよう誘導したり、声掛けを行ったりしています。		

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。	日々の生活の中からその方のニーズに合った介護サービスを行い関係性を築いています。。		
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。	服薬業務は特に注意が必要な業務であるので、薬効などを理解し誤薬のないようにダブルチェックをしています。		
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。	町内会の花壇の手入れや書道やフラワーアレンジメント、本年度からは傾聴ボランティア、社交ダンス、囲碁将棋などのボランティアさんの協力もあり、充実した楽しみ事が増えている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	定期的な外出レクリエーションや、買い物、散歩、ドライブなど楽しんでいただいている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	希望のあるご家族からは小口現金を預かっている。買い物などでお金がわかる方にはご自分で払いお釣りをもらっています。		

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
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。	契約時にご本人からご家族の方に電話や手紙のやり取りをしてよいかの確認をしています。		
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。	ご利用者の銅線も考えながら、ソファを置くなどくつろぎの空間も作っています。畳のベンチなど懐かしい手触りの家具も配置しリラックスしていただけるようさりげない配慮をしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	にぎやかなフロアにつかれたときに、ふとした一人の空間がいつでももてるよう廊下部分にもソファを配置しています。		
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。	宿泊が長期になる方に関しては、使い慣れた小さな家具や道具を持ち込まれて自分の居場所に愛着を持っていただけるよう配慮しています。		
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。	トイレや洗面台などの高さは車いすでも使用しやし設計にしています。自立支援に基づいたサービスの提供を行っています。安全には最も注意をしています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホームオーシャン天王町

作成日： 平成 30年 6月 7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		今まで内部研修があまり出来ていなかった。	4月から毎月内部研修をすること	毎月集まり、研修資料を読んだいただきレポートも提出するようにする。	1ヶ月
2		今年に入りインフルエンザや管理者の交代などで運営推進会議が出来なかった。	早急に運営推進会議を行い、地域の方やご家族様のご意見や、ご要望を聞きよりよい施設を目指していく。	6月～会議を行い皆様のご意見やご要望を聞きながら改善していく。	1ヶ月
3		現状では2人体制の時もあり入居者との外出が出来ない時がある。	散歩や買い物に行く時間をもっとふやす。毎日一人でもいいから外に出る機会をふやすこと。	職員を増員し時間を決めて散歩や買い物に行くようにする。	1ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月