

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	1495300095	事業の開始年月日	平成24年5月1日
		指定年月日	平成24年5月1日
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家川崎久地 2		
所在地	(213-0032) 神奈川県川崎市高津区久地 2 - 1 2 - 2 3		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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24年8月18日	評価結果 市町村受理日	平成24年11月8日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	http://www.kaisokensaku.jp/l4/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kan=true&JigyosyoCd=1495300095-00&PrefCd=14&VersionCd=022
----------	---

【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)】

笑顔あふれる生活支援

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成24年9月18日	評価機関 評価決定日	平成24年10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)】

ホームは東急田園都市線の高津駅から徒歩約20分の、大通りから入った住宅地の奥まった所にあります。オーナー（地主）の土地は広くホームの周辺には駐車場や畑、ゴルフの練習場があり、敷地内には、同じ法人の別のグループホームが隣接していて日頃から相互に交流が図られています。近くには公園や川、桜並木などがあり楽しい散歩コースとなっています。

＜優れている点＞
敷地内の畑から提供される四季折々の新鮮な野菜は利用者の食卓の楽しみとなっています。ホームの廊下や食堂兼リビングは広く、コーナーにはソファやテレビなどを備えゆったりとくつろげる共有空間となっています。管理者と職員の信頼関係も厚く、良きチームワークで利用者へのサービスの向上に努めています。

＜工夫点＞
同じ敷地内の隣接ホーム（同一法人）とは消防訓練や行事、緊急時の連携など相互の交流はそれぞれのホームの利用者へのサービスの向上にもなっています。

【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	グループホームみんなの家川崎久地 2
ユニット名	1 F

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
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	日々、入居者様に笑顔で過ごして頂ける様実践しております。全員がホーム理念を理解しいきいきと勤務出来ている。	法人とホームのそれぞれの理念はスタッフルームに掲げて皆で共有しています。ホームの理念は開設時管理者、職員で一緒に作り上げたものです。以来職員は常に笑顔をモットーに実践に努めています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会と密に連携を取り、ホーム行事や町内行事に積極的に参加しており子供会イベントなども、共同開催をするなど、地域交流は日常的に行っております。	回覧版は利用者と一緒に届けています。近くの憩いの家に定期的に出かけ地域の高齢者との交流を図っています。地域の包括支援センターの依頼で町内会館で他の高齢者施設にグループホームの啓蒙や地元小学校の卒業生を招いたり積極的な交流をしています。	
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	地域包括と連携し日々のケアの実践について講演を行ったり、敬老会への参加や町内清掃へ参加し地域との連携が築けています。		
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	近隣施設との合同開催で、入居者様ご家族、地域包括、地域住民、民生委員を交え行っている。適切なアドバイスを頂くなど生活支援の向上に繋げている。	会議は2ヶ月1回開催し、メンバーは町内会長、民生、地域包括、家族などが参画しています。ホームの活動報告の他に町内行事や地域の消防訓練への参加、ホームの消防訓練に住民の参加などの意見交換がなされホームの運営に反映しています。	
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	介護保険や生活保護に関する相談や連絡を常に摂り合い運営推進会議に伴う地域包括とも連携が取れている。今年も地域包括と連携で養護老人ホームにて認知症ケアの実践について交流会を予定している。	地域包括の依頼で町内会館を利用して他の高齢者福祉施設に認知症ケアについて講演、啓発と情報発信を図っています。行政の福祉担当者は定期的にホームへの巡回があり情報交換を行っています。	

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
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	社内研修や禁止の対象となる具体的な行為を身体拘束ゼロへの手引きを利用し毎月勉強会を開催している。その他にも委員会を2カ月に一度開催し共有している。	ホームでは身体拘束ゼロへの手引きや法人の作成した詳細なマニュアルが備えてあります。職員会議や安全委員会などで周知し拘束のないケアに取り組んでいます。	拘束やプライバシーは利用者の尊厳にかかわる重要な課題です。身体拘束のないケアはは勿論のこと、言葉など心理面の配慮を広げ更にサービスの向上を図られることも期待されます。
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されることがないよう注意を払い、防止に努めている	社内研修では全職員を対象に研修を行っている。その他ホーム内でも身体拘束委員会を設置し勉強会を行っている。		
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	制度に関して社内研修にて学ぶ機会があるが、一部の職員対象での研修の為全職員での理解は現状理解出来ていない。今後は研修に参加した職員を通し他の職員も理解し活用出来るよう支援する。		
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	各利用者様ごと契約時には時間を掛け説明を行っている。その他、随時疑問点や分からない事などその都度、理解頂ける様支援している。		
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	運営推進会議や家族会を定期的に開催しご家族様のご意見や要望など伺っている。その他、ホーム面会時などにも意見や要望を自由に言ってもらえる様な関係が築けている。	家族会は2ヶ月に1回開催し、ホームへの意見、要望を聞く機会であったり、家族同士やホームとの情報交換の場になっています。ホームでのバーベキューや納涼祭の実施については家族の要望、意見を入れて開催しています。	

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	職員会議や全体ミーティングを通し意見や提案を反映出来るようにしている	管理者はいつでも自由に職員の意見、要望を聞く雰囲気を作っています。職員会議やフロアー会議でも要望や提案などを聞く機会を作っています。利用者へのサービス提供の時間配分や経験職員の配置方法など改善提案があり、サービスの向上に反映しています。	
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	年に2度の人事考課を通して各自も目標設定、評価を行っている。その他パート職員から正社員への推薦や資格取得支援や講習研修があり、日程に合わせたシフト調整を行っている。		
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	市からの定期的な研修案内を通し学ぶ機会を作り、職員の成長に合わせた社内研修への参加を随時行っている。		
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	委員会活動や社外研修を通し交流する機会を多く作っている。また、地域包括を通し他の施設との意見交換会や認知症ケアの勉強会などを開催し向上にむけ取り組んでいる。		
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	新入居者様には職員全体でのカンファレンスやミーティングと通し、ご本人の様子や要望に応じている。利用者様にとってを第一に考えケアを行っている。		

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	利用者様のホームでの様子を随時報告し、ご家族様が不安に感じない様支援している。又、ご家族様より意見を伺い利用者様のケアに繋げている。		
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	サービス利用前にご利用者、ご家族様と面談を行い意向確認書を作成し、今必要としている支援が行える様努力している。利用者様の状態に合わせ、その他のサービス利用への説明も行っている。		
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	利用者様ご本人の気持ちを優先し、人生の先輩として尊敬し共に助け合いながら生活出来る様支援している。		
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	ご家族様と利用者様のより良い関係が継続出来る様支援している。利用者様、ご家族様の状況を把握し職員が共有する事で統一した支援が行える様努力している。		
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	ご本人との会話の中で、懐かしい人や馴染みの場所について話が出来るような支援を行っている。又、外出の機会を増やし個別ケアを行うことにより支援に努めている。	墓参りや正月に自宅への外泊、入居前からの病院への通院など家族の協力のもとに継続支援をしています。友人、知人への手紙や電話などの交流、礼拝なども継続出来るよう支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	散歩や外出の際、利用者様どうしの関わりが持てる様支援している。日常生活の中でも、利用者様が一緒に行うことにより支え合える様、支援している。		
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	退去の際にも利用されるサービスの情報提供や、他の施設入居、及び入院時などにも情報の提供を行うことの支援をしている。		
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。	利用者様、ご家族様より聞き取りを随時行い、何を希望しているかを把握出来る様努めている。ご本人、家族の意向を重視し支援できる体制を整えている。	利用者の思いや意向は日常生活の中で把握するようにしています。意思表示の困難な利用者は表情や態度で把握したり、家族の協力で得ています。内容によっては介護計画に反映するようにしています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族様、ご利用者様より入居前資料と合わせ、出来るだけ情報を集めホームでの生活に反映される様努めている		
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	ご利用者様との会話、日々の記録や申し送り、ニーズ、モニタリング等から現状の把握に努めている。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人のニーズを把握し、カンファレンス モニタリングを定期的に行い、ご本人、ご家族様の意向を取り入れた介護計画書の作成を行っている。	カンファレンスは月 1 回実施し、介護計画の見直しは半年に 1 回実施しています。状態が変わった場合は都度見直しをしています。見直しには居室担当をはじめ関係者が参画しています。本人、家族の要望、意見も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	日常生活での様子を生活記録や申し送りノートに記入し、職員間での情報の共有に努め計画書の作成に反映出来る様努めている。		
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	ご入居者様の体調に配慮し状況に応じ訪問マッサージや歩行訓練、ご家族様の協力もあり散歩を行うなど、柔軟なサービスの提供が出来る様努めている。		
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	運営推進会議や地域包括の協力で地域資源についての情報を頂き支援できる体制を整えている。地域の老人いこいの家を定期的に利用し支え合っている。		
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、歯科、薬局等、随時相談出来る体制が整っている。訪問医、医療連携看護師等が利用者様の健康状態を把握し職員との連携も取れている。	入所前からのかかりつけ医の継続は数名います。家族対応で、介護タクシーの手配など支援をしています。訪問医の指示により専門科へ紹介や他の外来の通院介助も支援をしています。	

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
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	週ごとの利用者様の体調の変化や、様子を記録し医療連携看護師訪問時には適切な報告が行える体制が整っている職員の疑問点などは看護師訪問時に相談できるような体制であり共有と相談が随時行えている。		
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。	主治医に報告相談し、指示を受け入居者様の急変時には速やかに、協力医療機関への入院が出来るような体制が整っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	利用者様入居時に終末期や看取りケアの説明を行い理解して頂いている。その他、意向確認書をもとにご家族様のご意向を伺い支援している。	終末期や看取りについて法人の指針があります。ホームではまだ実践例はありませんが、主治医・家族・ホームで話し合いを行い看護師の指示により支援が出来るようにしています。また緊急時のために延命措置についての同意書は作成しています。	
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	全職員が市民救命士の研修を受けており、急変時や事故発生時には適切な対応が取れる様訓練をしている。又、利用者様の服薬状況や身体状況がすぐに把握できるようファイルを作成し活用できている。		
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度の消防訓練を始め、地域との連携を強め災害時の協力体制が整っている。	地域推進会議で地域防災については話し合いされ回覧を回したり、自治会やホームの訓練には相互に協力し実施しています。災害発生時、家族が迎えにくる間、町内会へ一時避難場所として受け入れの提案があり話し合いがされています。備蓄は3日分あります。	緊急時の一時的避難については既に地域の支援体制が出来ていますが、さらに確固なものにするために地域との防災協定などの協力関係を構築されることも期待します。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	ミーティング等で個人にあった言葉がけ、プライバシーを尊重したケアが出来ているか、確認を行い職員の意識向上につながる様指導している。	ホームでは苗字や名前です～さんと呼んでいます。居室見学は全員の同意書を得ています。入浴や排泄介助は女性同性介助です。トイレなどは状況に応じて対応し、排泄後はボタンを押すとランプで確認出来るなどの配慮がなされています。		
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	可能な範囲で自己決定出来る様支援している。			
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	個別ケアを重視し出来るだけ、ご本人の希望に添える様支援できている。			
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	起床時の洗面から着替えまで、ご本人の意向に沿って支援し、洋服などもご自分で選べるようなケアを行っている。			
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	食事の準備から盛り付けなど、職員と一緒に個々のペースに合う支援を行っている。また、定期的に外食や出前を取るなど、食事を楽しんで頂ける支援を行っている。	献立は委託先の栄養士が作成し、調理師が2交替で調理をしています。2階は全員で盛り付け・配膳の準備や片付けをしています。1階は体調にもより職員がしています。誕生会は年8回、希望により出前寿司もあります。特別食（行事食）や年の2回外食にも行っています。		

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
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	摂取量や水分量は、各チェック表にて管理し、個人の状況に合わせた食事の提供が来ている。		
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	歯科医師や衛生士が定期的に訪問し口腔ケアを行っている。日々の生活の中でも食後の歯磨きやうがい、入れ歯の手入れを行っている。		
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	排泄チェック表を利用し、個々の排泄状況を把握し声かけや誘導にて自立した排泄が行える様支援している。	目標はトイレでの排泄です。朝のラジオ体操で自立に向けた筋力アップ、車椅子利用者は極力自走でとそれぞれ利用者の状態に合わせた支援をしています。おむつからリハビリパンツへと改善した利用者も数名います。	
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	主治医との連携、食生活、水分量のチェック、適度な運動、散歩など行っている。その他、個々に応じた内服薬の処方などで対応している。		
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	季節感を感じられる様、入浴剤やゆず湯等の提供を行い、利用者様の清潔保持の為、利用者様の状態に合わせ時間等も配慮しつつ入浴の支援を行っている。	入浴は週2回午前中に一人20～30分職員と一対一で入浴しています。夏の散歩後、シャワー浴も利用します。1階の浴室はリフトが設置されています。入浴剤や柚子湯の季節湯もあります。入浴が理解できない方のケア方法を隣接の事業所からアドバイスを得ています。	

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	個々の状態に合わせ、日中の休息を取り入れたり、適度な運動、散歩等を行い、夜間安眠出来る様支援している。		
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	服薬管理票を基に入居者様の内服管理を行い、薬剤師訪問時には薬の内容確認を一緒に行っている。又、薬の変更や作用などの説明も頂き、職員で共有出来る様にファイリングし、いつでも見れるようにしてある。		
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	個々の体調に配慮し、出来るレクリエーションの提供やボランティアの受け入れ、外出の機会を作り気分転換をはかって頂いている。		
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	利用者様の体調に配慮し、個別での外出をしている。その他、ご家族様の協力もあり外出の機会は多くある。スーパーへの買い物や外食等の支援も多い。	外出は午後に家族と出かけたり、1階の歩ける人は週2～3回、車椅子の人は週1回20～30分出掛けています。2階は全員毎日（雨天以外）出かけています。買い物コースは好きな菓子類を一つ買う楽しみが。散歩コースでは地域交流をしながら桜並木などを歩きます。	
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	ホーム内でお金を所持する事は出来ないが、外出の際、預かり金の中からお金で支払いが出来るような支援を行っている。		

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	ホーム内の電話を利用し、ご家族様とはいつでも話が出来るように支援している。職員が代筆し手紙のやり取りも行えている。		
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	季節ごとのレイアウト、イベントを重視している。行事や外出の際の写真の展示などで工夫している。	居間は広く廊下の照明は節電対応です。浴室やトイレは清潔で2階の廊下など共有部分は利用者と職員と一緒に毎日掃除をしています。季節行事の写真や季節の折り紙や利用者の切抜きの絵が掲示されています。	
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	フロアでは自由に過ごせるよう配慮し、利用者様が孤独感を感じない様な支援を行っている。		
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	入居時に使い慣れた家具など持参して頂き使用している。又、怪我の無い様配置し、ご本人にとって居心地の良い空間を提供できるよう支援している。	ロッカー、ベット、木製の整理タンス、エアコン等は備えてあります。好みのソファや家具、仏壇、家族写真、職員からの年賀状やホームでの誕生会の写真などが置かれています。居室は職員1人で2人を担当し、整理整頓、掃除などを毎日しています。	
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	各居室入口には、混乱がないように部屋名と利用者名が大きく書かれている。トイレや浴室にも分かりやすい表示がされている為、利用者様が混乱なく生活できる工夫が出来ている。		

事業所名	グループホームみんなの家川崎久地 2
ユニット名	2 F

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
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	日々、入居者様に笑顔で過ごして頂ける様実践しております。全員がホーム理念を理解しいきいきと勤務出来ている。		
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	町内会と密に連携を取り、ホーム行事や町内行事に積極的に参加しており子供会イベントなども、共同開催をするなど、地域交流は日常的に行っております。		
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	地域包括と連携し日々のケアの実践について講演を行ったり、敬老会への参加や町内清掃へ参加し地域との連携が築けています。		
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	近隣施設との合同開催で、入居者様ご家族、地域包括、地域住民、民生委員を交え行っている。適切なアドバイスを頂くなど生活支援の向上に繋がっている。		
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	介護保険や生活保護に関する相談や連絡を常に摂り合い運営推進会議に伴う地域包括とも連携が取れている。今年も地域包括と連携で養護老人ホームにて認知症ケアの実践について交流会を予定している。		

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	社内研修や禁止の対象となる具体的な行為を身体拘束ゼロへの手引きを利用し毎月勉強会を開催している。その他にも委員会を2カ月に一度開催し共有している。		
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されることがないよう注意を払い、防止に努めている	社内研修では全職員を対象に研修を行っている。その他ホーム内でも身体拘束委員会を設置し勉強会を行っている。		
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	制度に関して社内研修にて学ぶ機会があるが、一部の職員対象での研修の為全職員での理解は現状理解出来ていない。今後は研修に参加した職員を通し他の職員も理解し活用出来るよう支援する。		
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	各利用者様ごと契約時には時間を掛け説明を行っている。その他、随時疑問点や分からない事などその都度、理解頂ける様支援している。		
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	運営推進会議や家族会を定期的に開催しご家族様のご意見や要望など伺っている。その他、ホーム面会時などにも意見や要望を自由に言って頂ける様な関係が築けている。		

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	職員会議や全体ミーティングを通し意見や提案を反映出来るようにしている		
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	年に2度の人事考課を通して各自も目標設定、評価を行っている。その他パート職員から正社員への推薦や資格取得支援や講習研修があり、日程に合わせたシフト調整を行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	市からの定期的な研修案内を通し学ぶ機会を作り、職員の成長に合わせた社内研修への参加を随時行っている。		
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をしている	委員会活動や社外研修を通し交流する機会を多く作っている。また、地域包括を通し他の施設との意見交換会や認知症ケアの勉強会などを開催し向上にむけ取り組んでいる。		
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	新入居者様には職員全体でのカンファレンスやミーティングと通し、ご本人の様子や要望に応じている。利用者様にとってを第一に考えケアを行っている。		

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	利用者様のホームでの様子を随時報告し、ご家族様が不安に感じない様支援している。又、ご家族様より意見を伺い利用者様のケアに繋げている。		
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	サービス利用前にご利用者、ご家族様と面談を行い意向確認書を作成し、今必要としている支援が行える様努力している。利用者様の状態に合わせ、その他のサービス利用への説明も行っている。		
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	利用者様ご本人の気持ちを優先し、人生の先輩として尊敬し共に助け合いながら生活出来る様支援している。		
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	ご家族様と利用者様のより良い関係が継続出来る様支援している。利用者様、ご家族様の状況を把握し職員が共有する事で統一した支援が行える様努力している。		
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	ご本人との会話の中で、懐かしい人や馴染みの場所について話が出来るような支援を行っている。又、外出の機会を増やし個別ケアを行うことにより支援に努めている。		

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	散歩や外出の際、利用者様どうしの関わりが持てる様支援している。日常生活の中でも、利用者様が一緒に行うことにより支え合える様、支援している。		
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	退去の際にも利用されるサービスの情報提供や、他の施設入居、及び入院時などにも情報の提供を行うことの支援をしている。		
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。	利用者様、ご家族様より聞き取りを随時行い、何を希望しているかを把握出来る様努めている。ご本人、家族の意向を重視し支援できる体制を整えている。		
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	ご家族様、ご利用者様より入居前資料と合わせ、出来るだけ情報を集めホームでの生活に反映される様努めている		
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	ご利用者様との会話、日々の記録や申し送り、ニーズ、モニタリング等から現状の把握に努めている。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人のニーズを把握し、カンファレンス モニタリングを定期的に行い、ご本人、ご家族様の意向を取り入れた介護計画書の作成を行っている。		
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	日常生活での様子を生活記録や申し送りノートに記入し、職員間での情報の共有に努め計画書の作成に反映出来る様努めている。		
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	ご入居者様の体調に配慮し状況に応じ訪問マッサージや歩行訓練、ご家族様の協力もあり散歩を行うなど、柔軟なサービスの提供が出来る様努めている。		
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	運営推進会議や地域包括の協力で地域資源についての情報を頂き支援できる体制を整えている。地域の老人いこいの家を定期的に利用し支え合っている。		
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、歯科、薬局等、随時相談出来る体制が整っている。訪問医、医療連携看護師等が利用者様の健康状態を把握し職員との連携も取れている。		

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	週ごとの利用者様の体調の変化や、様子を記録し医療連携看護師訪問時には適切な報告が行える体制が整っている職員の疑問点などは看護師訪問時に相談できるような体制であり共有と相談が随時行えている。		
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。	主治医に報告相談し、指示を受け入居者様の急変時には速やかに、協力医療機関への入院が出来るような体制が整っている。		
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	利用者様入居時に終末期や看取りケアの説明を行い理解して頂いている。その他、意向確認書をもとにご家族様のご意向を伺い支援している。		
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	全職員が市民救命士の研修を受けており、急変時や事故発生時には適切な対応が取れる様訓練をしている。又、利用者様の服薬状況や身体状況がすぐに把握できるようファイルを作成し活用できている。		
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度の消防訓練を始め、地域との連携を強め災害時の協力体制が整っている。		

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	ミーティング等で個人にあった言葉がけ、プライバシーを尊重したケアが出来ているか、確認を行い職員の意識向上につながる様指導している。		
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	可能な範囲で自己決定が出来る様支援している。		
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	個別ケアを重視し出来るだけ、ご本人の希望に添える様支援できている。		
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	起床時の洗面から着替えまで、ご本人の意向に沿って支援し、洋服などもご自分で選べるようなケアを行っている。		
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	食事の準備から盛り付けなど、職員と一緒に個々のペースに合う支援を行っている。また、定期的に外食や出前を取るなど、食事を楽しんで頂ける支援を行っている。		

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	摂取量や水分量は、各チェック表にて管理し、個人の状況に合わせた食事の提供が来ている。		
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	歯科医師や衛生士が定期的に訪問し口腔ケアを行っている。日々の生活の中でも食後の歯磨きやうがい、入れ歯の手入れを行っている。		
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	排泄チェック表を利用し、個々の排泄状況を把握し声かけや誘導にて自立した排泄が行える様支援している。		
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	主治医との連携、食生活、水分量のチェック、適度な運動、散歩など行っている。その他、個々に応じた内服薬の処方などで対応している。		
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	季節感を感じられる様、入浴剤やゆず湯等の提供を行い、利用者様の清潔保持の為、利用者様の状態に合わせ時間等も配慮しつつ入浴の支援を行っている。		

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	個々の状態に合わせ、日中の休息を取り入れたり、適度な運動、散歩等を行い、夜間安眠出来る様支援している。		
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	服薬管理票を基に入居者様の内服管理を行い、薬剤師訪問時には薬の内容確認を一緒に行っている。又、薬の変更や作用などの説明も頂き、職員で共有出来る様にファイリングし、いつでも見れるようにしてある。		
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	個々の体調に配慮し、出来るレクリエーションの提供やボランティアの受け入れ、外出の機会を作り気分転換をはかって頂いている。		
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	利用者様の体調に配慮し、個別での外出をしている。その他、ご家族様の協力もあり外出の機会は多くある。スーパーへの買い物や外食等の支援も多い。		
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	ホーム内でお金を所持する事は出来ないが、外出の際、預かり金の中からお金で支払いが出来るような支援を行っている。		

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	ホーム内の電話を利用し、ご家族様とはいつでも話が出来るように支援している。職員が代筆し手紙のやり取りも行えている。		
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	季節ごとのレイアウト、イベントを重視している。行事や外出の際の写真の展示などで工夫している。		
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	フロアでは自由に過ごせるよう配慮し、利用者様が孤独感を感じない様な支援を行っている。		
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	入居時に使い慣れた家具など持参して頂き使用している。又、怪我の無い様配置し、ご本人にとって居心地の良い空間を提供できるよう支援している。		
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	各居室入口には、混乱がないように部屋名と利用者名が大きく書かれている。トイレや浴室にも分かりやすい表示がされている為、利用者様が混乱なく生活できる工夫が出来ている。		

目標達成計画

作成日： 平成 24 年 10月 31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	6	プライバシーの保護や利用者への尊厳がきちんと行われていなかった。	言葉などの心理面の配慮を広げサービスの向上に努めたい。	本社内での接遇研修に参加すると共に一日一回必ず接遇チェックを行うようにする。マニュアルを活用する。	6 ヶ月
2	35	災害対策がきちんと行えていない。地域での防災訓練を強めなければならない。	備蓄が3日分しかない。最低でも1週間分は確保したい。緊急時の一時避難について地域の方との交流をはかりたい。	緊急時の一時的避難について、町内会の参加し協力関係を深めるために話し合いの場を持つ。	6 ヶ月
3					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。