

平成27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	1495300137	事業の開始年月日	平成22年11月1日
		指定年月日	平成22年11月1日
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム高津野川		
所在地	(213-0027) 神奈川県川崎市高津区野川2161-4		
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26年12月1日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月14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)】

「初心」「諦めない介護」をテーマにしてケアに努めております。
「初心」については、介護の現場では経験豊富な職員や未経験の職員と様々です。その中で誰しもが初心を忘れずに、ひとつひとつ質の良いケアを提供していこうという思いで、テーマにしております。
「諦めない介護」については、ひとつひとつのケアに対して、すぐに投げ出さず粘り強く根気良く続けていくという思いでテーマにしております。
「笑顔の溢れる家庭的な環境で心の籠ったサービスを提供し、初心を忘れずに、ケアに対して一切の妥協をしない」そんなホームをを目指しております。

【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28年1月13日	評価機関 評価決定日	平成28年2月26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、JR南武線「武蔵中原駅」より東急バス「鷺沼駅」行き「久末」バス停下車、徒歩3分の中原街道から少し入った小高い場所にあります。裏手には竹林や小さな神社があり、隣接地はオーナーの住居で地域住民の窓口になっています。

<優れている点>

職員は介護に対する初心の志と、利用者に対する「あきらめない介護」をテーマとしています。入所した時は歩行が困難で、医師から車いすの生活と言われていた利用者が、職員の熱心な歩行訓練で自立歩行が可能となったり、入退院の過程で、オムツからリハビリパンツに改善するなど、あきらめない介護に努めています。利用者の希望に沿った外出支援を目指しています。玄関には職員が作成した大きな散歩マップが掲示され、外出の興味を持つよう工夫しています。昔の懐かしい日常生活や、遊びの絵画を利用する回想法「ミッケルアート」と音楽療法を導入し、利用者同士の会話が弾むよう支援しています。家族会には多数の家族が参加し、積極的に要望など意見交換しています。法人独自の家族アンケートを実施し、家族会に参加が困難な家族とも連携を大切にしています。

<工夫点>

職員は、「我々の仕事は認知症の進行を抑えること」をスローガンに掲げています。食事・排泄・入浴・睡眠・アクティビティ・健康などの支援に対して分かりやすい手引書を作成し、支援の一貫性を確保するとともに、レベルアップを図り認知症の進行の抑制に努めています。

【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	愛の家グループホーム高津野川
ユニット名	おんぶ

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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	運営理念である1「その人らしい快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします」2「心を込めた親切なサービスに努め、その心を磨き続けます」3「様々な機会を通じて、地域の人々との触れ合いを大切にします」を継続的な運営に努めている。	利用者一人ひとりに、日々生きがいや満足感を感じながら「その人らしい」生活を支援するという理念を玄関や事務所に掲示しています。職員は介護に対する初心の志と利用者に対する「あきらめない介護」をスローガンとして実践につなげています。		
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。	自治会、民生委員、地域包括を含む、運営推進会議を定期的に行っている。	法人の方針である「さまざまな機会を通じて地域の人々との触れ合いを大切にします」をモットーに、地域に住む職員や民生委員などを通じて地域の情報を入手しイベントに参加しています。近隣住民の、介護保険や認知症の介護についての相談に応じています。		
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。	積極的に研修参加を行い、認知症ケアの啓発に努めている。 人材教育の為に、実習生の受け入れも行っている。			
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。	会議では事業所からの報告と共に、参加メンバーからの質問、意見、要望を受け、その事例の報告、検討を行っている。	年6回地域包括支援センターの職員や民生委員、家族、利用者などが参加しています。事業所の活動状況や避難訓練、行事報告など説明しています。後半は家族相談会として支援や食事に対する要望・提案、感染症対策など意見交換をしています。		
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。	川崎市で行われる研修や連絡会に参加し、行政の担当者や地域の事業所との情報や意見を交換し、連携に努めている。	市の介護支援課へは、運営推進会議の議事録の提出時に、介護認定や困難事例など質問を担当職員とFAXでやり取りしています。区主催の感染症対策や身体拘束防止などの研修会や地域のグループホーム協議会に参加し意見交換や情報を共有しています。		

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。	身体拘束に関する勉強会を開催し理解を深め、身体拘束をしない事への理解を図っている。	法人本部の「身体拘束防止推進委員会」による「身体拘束の取り扱いに関する要綱」をテキストに、毎月研修会を開催しています。日常のケアにおいて職員一人ひとりが虐待の弊害を理解し見守りを重視した支援に努めています。言葉による心理的な虐待についても事例を上げて職員同士確認しています。	
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。	勉強会やミーティングを行い、高齢者虐待防止に関する職員への理解の取り組みを行っている。		
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。	当ホームで成年後見人制度対象者もいることから、制度を理解し、活用・支援できている。		
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。	特に利用料金やリスク、ケアに関する考え方や取組みなど詳しく説明し、確認・同意を得るようにしている。		
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。	ご家族へは、手紙、電話、訪問時などお声掛けを多く持ち、意見や要望はミーティングで検討し、反映している。	家族会には多数の家族が参加し要望など積極的に意見交換しています。法人独自の家族アンケートを実施し課題を把握してケアに反映しています。利用者別に「家族通信」を発行し健康状態やイベントの写真、管理者のコメントなど記入して家族に送付しています。	

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。	日頃からコミュニケーションを図る事を心掛けると共に、定期的な個人面談を行い、職員の意見や要望を聞くようにしている。	毎月ホーム会議で、利用者一人ひとりの情報や運営に関する意見などを交換し、ケアに反映しています。管理者は年2回職員と個別面談し、課題や成果について話合っています。毎年法人本部より職員に「満足度アンケート」を実施し、職場の改善に努めています。	
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。	職員の間関係の把握に努める共に、業務のしやすい現場環境作りを行っている。		
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。	外部研修の情報収集に努め、多くの職員が研修受講できるように取り組んでいる。また、社内研修も積極的に行っている。		
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。	地域の研修や勉強会に参加し、ネットワークづくりや情報交換を行っている。		
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。	本人の要望を十分に理解し、安心を得られるよう家庭的雰囲気のもと、支援できている。		

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。	サービス利用前には、ご家族様とも十分話し合いを持ち、安心して当ホームでサービスを受けられるよう理解を深め、信頼を得られている。		
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。	ご本人やご家族様の状況や思いを確認し、支援の安定や相談を繰り返し行いながら、必要なサービス利用に繋げている。		
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。	日々の生活の中で、衣食住の準備を共にするなどし、暮らしを共にしている。人生の先輩として相談したりと、支え合う良い関係が出来ている。		
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。	ご家族様の意向を傾聴しながら、サービスの計画を立てている。ご本人をさせていく上での助言やアドバイスを頂けている。		
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。	定期的な身内や知人の面会なども快く対応できており、イベントなどへの招待も行っている。	近くの団地に住んでいた利用者の友人と、外食に出掛けたり事業所のイベントに招待して楽しく過ごしています。昔の懐かしい日常生活や遊びの絵画を利用するミッケルアートや、音楽療法によりその時代を思い出して利用者同士の会話が弾む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。	皆で楽しく過ごす時間や、気の合う者同士で過ごせる場面作りなど、利用者の関係が上手くいくように、職員が調整役となり支援している。		
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、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス利用が終了した方でも、行事の参加や遊びに来てもらうなど、継続的なお付き合いが出来るように心がけている。		

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。	ご本人にとってどのように暮らすことが最良なのか、ご家族様に交えて検討している。	入居時のアセスメントや家族の協力により趣味や生活習慣など把握しています。外出時や日々繰り返す会話から「何をしたいか、どう暮らしたいか」など把握して介護計画に取り入れています。利用者一人ひとりに役割のある生活ができるよう支援しています。	
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。	生活歴や生活環境の把握が出来ている。趣味や習慣など、引き継いで出来る事はやって頂いている。		
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。	利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、日々の過ごし方を尊重している。		

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
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。	職員によるモニタリングも実施し、積極的に意見を出し合っている。医師や看護師への助言を求め、取り入れている。	目標や課題を記録したサービス計画と日々の介護記録が比較できるように一緒にファイルしています。課題をいつも意識しながら利用者の変化を記録しています。毎月のミーティングでカンファレンスし、本人や家族の要望を取り入れ介護計画を見直しています。	
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。	食事、酔ビン量、排泄などの身体的記録や、日々の暮らしの様子などの記録を行い、全ての職員が確認できるようにしている。また、その記録を介護計画の見直しに活かしている。		
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。	ご本人やご家族の状況に応じて、通院や送迎などの必要な支援は柔軟に対応している。		
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。	利用者様が安心して地域での暮らしを続けられるよう、地域包括の支援センター職員や民生委員との意見交換を行っている。運営推進会議への参加もして頂いている。		
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。	ご本人やご家族様の希望を尊重している。選択肢を提供して、適切な医療を受けて頂いている。	協力医療機関には内科や精神科、整形外科、皮膚科があり、1ヶ月に2度の訪問診療に来ています。心電図や身体の色々な部分のレントゲン写真が撮れる装置などが持ち込まれることで、日常的に利用者が必要とする医療が受けられる仕組みとなっています。	

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。	週1回の訪問看護師への情報提供を実施出来ている。適切な受診や看護が受けられるように支援している。		
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。	入居者様の入退院時、入院など病院関係者との密接な情報交換が出来ている。		
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。	重度化や週末期のあり方については、入居時にご本人、ご家族との話し合いが出来ているか、その都度状況に応じて、各関係者との話し合いを行っています。	ターミナルケアの実績はありませんが、職員は運営法人が開催する終末期の対応に関する研修を受講しています。さらに終末期ケアに備えて、家族からの同意書の形式を整えるなど、実質的にターミナルのケアができる体制を整えています。	
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。	緊急対応時の勉強会や訓練を実施している。また、急変や事故発生時の備えをマニュアル化している。		
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、地域との協体制度を築いている。	年に2回避難経路の確認や、消化器の使用方法などを含めた総合避難訓練を実施している。	防災対策マニュアルが整備されています。毎年、年2回の避難訓練を実施しています。そのうち1回は夜間を想定した訓練で、災害発生時の利用者全員への声掛けから始まり、1階玄関わきの駐車場まで利用者を誘導する訓練を行っています。	

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。	入居者様に対して、人生の先輩として接し、尊厳を大切にしている。	入居者への呼び方の基本は、名字に「さん」づけで呼ぶことで、馴れ馴れしくなり過ぎず、しかも親しみが持てる関係を築いています。職員に不適切な言動があった場合は、その場で、あるいは会議の時にお互いにチェックするようにしています。		
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。	入居者様の思いや希望が実現できるように、一人ひとりの意見を尊重し対応している。			
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。	入居者様の一人ひとりのペースを大切にし、希望を尊重した対応を心掛けている。			
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。	清潔な洋服を着て頂き、身だしなみやおしゃれも忘れないように声掛けしている。			
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。	職員と入居者様とが一緒に食事をし、盛り付けや下膳なども職員と一緒にやっている。	運営法人が毎月食事メニューを作成し、納入業者が食材を届けてくれます。調理は専任の調理師が常駐しており、利用者の意向や意見を聞いて、楽しんでもらうように工夫しています。できる利用者は、職員といっしょに食器を拭く作業をしています。		

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。	栄養管理士の下、食事メニューを作成している。水分補給の時間以外でも、自由にお茶などが飲めるように配慮している。		
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。	毎食後全員に口腔ケアをして頂いている。入居者様に合わせて介助し、校訓内の清潔を保っている。		
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。	排泄チェック表を活用し、尿意、便意の訴えの無い入居者様にも、時間を見計らってトイレ誘導し、トイレでの排泄を支援している。また、リハビリパンツやパットなども本人に合わせて検討している。	利用者一人ひとりの排泄表を作成し、排泄パターンを読み取りトイレ誘導を行っています。失禁時は、他の利用者に分からない様、さりげなくトイレに誘導しています。入院後おむつで帰ってきた利用者も、排泄誘導によりほぼ全員がリハビリパンツに変更できています。	
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。	毎日の水分量や運動量を考えながら、体操や歩行などを行い、便秘の予防などに取り組んでいる。		
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。	希望を伝えて下さる方には、入る時間や湯温をお聞きしている。また、季節時に菖蒲湯やゆず湯の提供を行っている。	毎日、ほぼ午前中に3人の利用者が入浴できるようにしており、平均すると週に3回入浴しています。入浴する時間や、入浴回数希望もできるだけ対応しています。気持ちよく入浴してもらうために、湯は毎回取り換えています。	

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。	1人ひとりの体力に応じ、休息を促している。シーツ・布団カバーなども清潔を心がけている。		
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。	服薬ファイルを作成し、職員が内容を把握出来るようにしている。薬の変更があった際は、全職員への周知を行っている。また、服薬の際には、職員同士でダブルチェックして確認し、ご本人に手渡しし、服薬の確認を必ず行っている。		
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。	入居者様の趣味や特技、楽しみごとを把握し、提供出来るように努めている。また、外出や外食などの機会を作っている。		
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。	突発的な外出や、買い物の希望などにも対応出来るように努めている。	ホームとして外出を重視しており、天気が良ければ毎日散歩に出掛けています。車いすの人と、歩行可能の入居者を組み合わせるなど、多くの利用者が外出できるようにしています。散歩コースの途中でスーパーに寄ったり、農園に寄るなど工夫をしています。	
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。	外出や買い物の際には、各々のお財布を持って行き、可能な方にはご自分で支払いをして頂くように支援している。		

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
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。	電話については、ご家族のご理解の下、いつでも電話が出来る状態にしている。レクリエーションに文字を書く練習を取り入れ、手紙などを書く支援に努めている。		
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。	不要な物は置かないようにし、清潔を保つ為毎日の掃除を行っている。目障りにならない程度の飾り付けを行い、明るい雰囲気を出している。	共用空間には明るい陽光を採り入れ、エアコンや加湿器、空気清浄機などを設置して、温度・湿度の適切な管理と綺麗な空気、においなどに配慮しています。清掃は行き届いており、夜勤者はフロア全体の椅子をテーブルに挙げて床の清掃をしています。	
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。	居室が個室である為、プライバシーは保護されている。テーブルにて歓談出来る環境をつくり、くつろげるようソファを設置している。		
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物を持ち込んで頂けるように説明している。ご本人、ご家族とご相談しながら、状況に応じて過ごしやすい居室になるようにしている。	居室は、エアコンやクローゼットが予め備えられています。その他、カーテンやベッドなどはすべて利用者が自由に持ち込むことができます。入居者の中には、じゅうたんを敷き、スリッパを脱いで和室風の生活を楽しまれている人もいます。	
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。	廊下、トイレ、浴室など、フロア内には手すりを設置し、入居者様が安全に生活出来るように配慮している。		

事業所名	愛の家グループホーム高津野川
ユニット名	りずむ

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近づけている。	運営理念である1「その人らしい快適で穏やかなシルバーライフを常にサポートします」2「心を込めた親切なサービスに努め、その心を磨き続けます」3「様々な機会を通じて、地域の人々との触れ合いを大切にします」を継続的な運営に努めている。		
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。	自治会、民生委員、地域包括を含む、運営推進会議を定期的に行っている。		
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。	積極的に研修参加を行い、認知症ケアの啓発に努めている。 人材教育の為に、実習生の受け入れも行っている。		
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。	会議では事業所からの報告と共に、参加メンバーからの質問、意見、要望を受け、その事例の報告、検討を行っている。		
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取り組んでいる。	川崎市で行われる研修や連絡会に参加し、行政の担当者や地域の事業所との情報や意見を交換し、連携に努めている。		

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
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。	身体拘束に関する勉強会を開催し理解を深め、身体拘束をしない事への理解を図っている。		
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。	勉強会やミーティングを行い、高齢者虐待防止に関する職員への理解の取り組みを行っている。		
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。	当ホームで成年後見人制度対象者もいることから、制度を理解し、活用・支援できている。		
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。	特に利用料金やリスク、ケアに関する考え方や取組みなど詳しく説明し、確認・同意を得るようにしている。		
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。	ご家族へは、手紙、電話、訪問時などお声掛けを多く持ち、意見や要望はミーティングで検討し、反映している。		

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
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。	日頃からコミュニケーションを図る事を心掛けると共に、定期的な個人面談を行い、職員の意見や要望を聞くようにしている。		
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。	職員の間関係の把握に努める共に、業務のしやすい現場環境作りを行っている。		
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。	外部研修の情報収集に努め、多くの職員が研修受講できるように取り組んでいる。また、社内研修も積極的に行っている。		
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。	地域の研修や勉強会に参加し、ネットワークづくりや情報交換を行っている。		
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。	本人の要望を十分に理解し、安心を得られるよう家庭的雰囲気のもと、支援できている。		

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。	サービス利用前には、ご家族様とも十分話し合いを持ち、安心して当ホームでサービスを受けられるよう理解を深め、信頼を得られている。		
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。	ご本人やご家族様の状況や思いを確認し、支援の安定や相談を繰り返し行いながら、必要なサービス利用に繋げている。		
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。	日々の生活の中で、衣食住の準備を共にするなどし、暮らしを共にしている。人生の先輩として相談したりと、支え合う良い関係が出来ている。		
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。	ご家族様の意向を傾聴しながら、サービスの計画を立てている。ご本人をさせていく上での助言やアドバイスを頂けている。		
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。	定期的な身内や知人の面会なども快く対応できており、イベントなどへの招待も行っている。		

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
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。	皆で楽しく過ごす時間や、気の合う者同士で過ごせる場面作りなど、利用者の関係が上手くいくように、職員が調整役となり支援している。		
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、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス利用が終了した方でも、行事の参加や遊びに来てもらうなど、継続的なお付き合いが出来るように心がけている。		
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。	ご本人にとってどのように暮らすことが最良なのか、ご家族様に交えて検討している。		
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。	生活歴や生活環境の把握が出来ている。趣味や習慣など、引き継いで出来る事はやって頂いている。		
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。	利用者一人ひとりの生活リズムを理解し、日々の過ごし方を尊重している。		

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
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。	職員によるモニタリングも実施し、積極的に意見を出し合っている。医師や看護師への助言を求め、取り入れている。		
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。	食事、酔ビン量、排泄などの身体的記録や、日々の暮らしの様子などの記録を行い、全ての職員が確認できるようにしている。また、その記録を介護計画の見直しに活かしている。		
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。	ご本人やご家族の状況に応じて、通院や送迎などの必要な支援は柔軟に対応している。		
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。	利用者様が安心して地域での暮らしを続けられるよう、地域包括の支援センター職員や民生委員との意見交換を行っている。運営推進会議への参加もして頂いている。		
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。	ご本人やご家族様の希望を尊重している。選択肢を提供して、適切な医療を受けて頂いている。		

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1回の訪問看護師への情報提供を実施出来ている。適切な受診や看護が受けられるように支援している。		
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。	入居様様の入退院時、入院など病院関係者との密接な情報交換が出来ている。		
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。	重度化や週末期のあり方については、入居時にご本人、ご家族との話し合いが出来ているか、その都度状況に応じて、各関係者との話し合いを行っています。		
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。	緊急対応時の勉強会や訓練を実施している。また、急変や事故発生時の備えをマニュアル化している。		
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回避難経路の確認や、消化器の使用方法などを含めた総合避難訓練を実施している。		

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
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。	入居者様に対して、人生の先輩として接し、尊厳を大切にしている。		
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。	入居者様の思いや希望が実現できるように、一人ひとりの意見を尊重し対応している。		
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。	入居者様の一人ひとりのペースを大切にし、希望を尊重した対応を心掛けている。		
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。	清潔な洋服を着て頂き、身だしなみやおしゃれも忘れないように声掛けしている。		
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。	職員と入居者様とが一緒に食事をし、盛り付けや下膳なども職員と一緒にやっている。		

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。	栄養管理士の下、食事メニューを作成している。水分補給の時間以外でも、自由にお茶などが飲めるように配慮している。		
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。	毎食後全員に口腔ケアをして頂いている。入居者様に合わせて介助し、校訓内の清潔を保っている。		
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。	排泄チェック表を活用し、尿意、便意の訴えの無い入居者様にも、時間を見計らってトイレ誘導し、トイレでの排泄を支援している。また、リハビリパンツやパットなども本人に合わせて検討している。		
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。	毎日の水分量や運動量を考えながら、体操や歩行などを行い、便秘の予防などに取り組んでいる。		
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。	希望を伝えて下さる方には、入る時間や湯温をお聞きしている。また、季節時に菖蒲湯やゆず湯の提供を行っている。		

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。	1人ひとりの体力に応じ、休息を促している。シーツ・布団カバーなども清潔を心がけている。		
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。	服薬ファイルを作成し、職員が内容を把握出来るようにしている。薬の変更があった際は、全職員への周知を行っている。また、服薬の際には、職員同士でダブルチェックして確認し、ご本人に手渡しし、服薬の確認を必ず行っている。		
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。	入居者様の趣味や特技、楽しみごとを把握し、提供出来るように努めている。また、外出や外食などの機会を作っている。		
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。	突発的な外出や、買い物の希望などにも対応出来るように努めている。		
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。	外出や買い物の際には、各々のお財布を持って行き、可能な方にはご自分で支払いをして頂くように支援している。		

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
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。	電話については、ご家族のご理解の下、いつでも電話が出来る状態にしている。レクリエーションに文字を書く練習を取り入れ、手紙などを書く支援に努めている。		
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。	不要な物は置かないようにし、清潔を保つ為毎日の掃除を行っている。目障りにならない程度の飾り付けを行い、明るい雰囲気を出している。		
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。	居室が個室である為、プライバシーは保護されている。テーブルにて歓談出来る環境をつくり、くつろげるようソファを設置している。		
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物を持ち込んで頂けるように説明している。ご本人、ご家族とご相談しながら、状況に応じて過ごしやすい居室になるようにしている。		
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。	廊下、トイレ、浴室など、フロア内には手すりを設置し、入居者様が安全に生活出来るように配慮している。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム高津野川

作成日：平成 28年 3月 8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	19	認知症について、まだご理解頂けていないご家族や、面会に来られないご家族に対して、現在行っているケアは何のために行っているかを理解していただく。	何のために、誰の為にケアを行っているかを、ご家族に理解していただく。	運営推進会議での研修内容を、ご家族にも理解しやすい内容にしていく。 毎月のお便りなどを活用し、ホームに面会へ来ていただけるよう呼びかけ続ける。	12ヶ月
2	30	2回目の往診時に毎回違う医者が診察し、それぞれ違う事を言い現場が混乱している為、診察方法などを統一してもらうように、話し合いの機会を増やす。	ご入居者を一番に考え、迅速な対応をしてもらえるようにする。	臨時往診に来てもらうことが出来なかったり、対応が遅く入院に繋がってしまうことがある為、細かい話し合いをし、何を一番に優先してもらうべきかを伝え続け、改善してもらえるようにする。	6ヶ月
3	55	予算の関係上、男性用トイレに手すりがない状態が続いている。手すりを取り付ける事が出来れば、安全面が更に強化される。	上長と相談し、手すりの設置を行う。	予算の関係上一気に沢山の手すりを取り付ける事は出来ないが、少しずつ数を増やし、安全面に対して強化していく。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月