

平成25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	1495300186	事業の開始年月日	平成23年12月1日	
		指定年月日	平成23年12月1日	
法人名	株式会社生活科学運営			
事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム			
所在地	(213-0035) 川崎市高津区向ヶ丘136-7			
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	
		宿泊定員	名	
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成25年10月23日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月17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	
----------	--

【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)】

入居者一人ひとりのできること、得意なこと、苦手なこと等を把握し、できることは入居者自身でやって頂くように促し、認知症が進行しないような支援を行っている。
 タクティールケア資格を保有しているスタッフを配置し、認知症高齢者の不安解消や安眠、痛みのケアなどを行っている。
 法人独自の介護予防体操(スイッチオンケア)の導入にし、入居者本人が持っているが眠ってしまっている身体の機能を起こすことにより転倒予防や立ち上がりを楽しめるなどの様々な効果を発揮している。
 家族との交流を大切に、家族としてできる役割を積極的に行っていただくように依頼している。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成25年11月7日	評価機関 評価決定日	平成26年2月10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)】

<p>【概要】 この事業所は、東急田園都市線梶が谷駅からバスで5分程の幹線道から少し入った閑静な住宅地に立地している。事業所内はバリアフリーでエレベーターがある。居間は十分な採光があり、各居室にトイレ、洗面台がある。小規模多機能型居宅介護を併設しており、介護予防体操や日帰り旅行、防災訓練、運営推進会議などを合同で行い協力関係を築いている。また、併設事業所と兼任の看護師がいる。</p> <p>【理念の実践】 理念「あきらめない、あきらめさせない自遊な暮らし」を掲げている。管理者は「危ないからやらない」ではなく、「安全に行うにはどうするか」を考え実践につなげるよう職員に話している。毎日の入浴、コンビニエンスストアでの買物、一人での散歩など利用者各々が自分らしく過ごせるような支援に努めている。訪問日、利用者は、自由に過ごしていた。</p> <p>【終末期に向けた方針の共有と支援】 入居時に「看取りに関する指針」で事業所の方針を説明し、家族から同意書を得ている。職員は「看取りケアマニュアル」研修で事業所の方針を共有している。終末期に際し家族との面談では、事業所や協力医療機関でできることなどを再確認し、変更があれば話し合いながら実施することを伝えている。1名の看取りを経験している。</p>

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	宮崎台つどいの家グループホーム
ユニット名	

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
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	面接時、入社時に当社理念である地域コミュニティの説明を行い、地域ボランティア導入や民生委員、地域包括支援センターと連携し、また、地域ケア会議当へ参加し、地域との定期的な連絡の場を持っている。	理念「あきらめない、あきらめさせない自遊な暮らし」を掲げている。事務室への掲示やケアプラン作成などで確認し、理念を共有している。管理者は「危ないからやらない」ではなく、「安全に行うにはどうするか」を考え実践につなげるよう職員に話している。	
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	自治会への入会、地域ケア会議への参加している。	上作延町内会に加入している。近隣の保育園の七夕や南原小学校の体験学習で交流している。年4回開催の地域包括ケア連絡会議に参加している。日舞や手打ちそばなどのボランティアが訪れている。	
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	包括主催の認知症キャラバンへ参加、社協主催の研修の講師など行い、理解を深めてもらっている。		
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	会議において、入居者、家族と日常サービスについて一緒に考え、また、アンケート等を実施し、そこで出た課題等をスタッフ間で話し合い、質の向上に努めている。	運営推進会議のメンバーは、利用者及び家族、地域包括支援センター、民生委員、町内会役員、職員である。25年度から、小規模多機能型居宅介護と偶数月に合同開催しており、行事の報告などがなされている。年6回開催の内2回は避難訓練、2回は認知症などの勉強会を行っている。	運営推進会議への地域の方の参加を増やすため、働きかけを継続されることを期待します。
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	各種行政には質問事項等があれば連絡を取っているが、こちらの取組みを積極的に伝えることはしていない。	川崎市地域保健福祉課の職員とは相談などを行っている。区の高齢者支援課の担当職員とは、質問事項があった際に連絡をしたり、運営推進会議への参加を依頼するなどを行っているが、協力関係を構築するまでに至っていない。	担当職員への連絡などを継続して行うなど、協力関係が築かれるよう更なる取組みを期待します。

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
6	5	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>基本姿勢としては身体拘束は禁止、ただし、玄関については入居者の精神状態により、リスク管理の一環ですべての家族了解のもと、施錠する時間もあることを伝え施錠することもある。</p>	<p>年4回身体拘束委員会を開催し、職員に理解を促している。6月に研修を行っている。玄関やユニットの扉は、安全確保のため状況により施錠する事を入居時、家族などに説明し了承を得ている。居室の内側から開錠できる。利用者の外出しそうな様子を察知した時は、職員と一緒に外へ出ている。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>身体拘束、高齢者虐待については勉強会を実施し、どのようなものが高齢者虐待になるのかを学んでいる。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>成年後見制度を利用されている、もしくはその対象となる方がいないため、必要性は感じているが、勉強会等は実施していない。ただし、説明資料等については保管している。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約は必ず2名体制で行い、不安、疑問の残らないようにしている。また、変更等があった場合には、運営推進会議、書面で報告したのちに変更を実施している。</p>		
10	6	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>基本的には電話、対面等でいつでも要望を聞く体制をとっている。また、ハウス外にも相談窓口があるため、外部への相談も可能であることを契約時に案内している。ご意見のあった場合には職員に周知し、改善を図っている。</p>	<p>毎月、利用者の写真を掲載した個別の「自遊帳」を発行し、家族などに利用者の様子を伝えている。苦情の申し出ができる旨を入居時に伝えている。家族の来訪時や運営推進会議などで意見や要望を聞いており、職員の顔写真掲示や手すりの設置などの要望に応えている。</p>	

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	年2回の目標設定や個別面談等を実施し、個人の意見、提案、要望等は聞いている。また、それ以外でも時間の許す限り、個別での対応を行っている。	スタッフミーティングや担当者会議などで職員の意見を聞いている。また、個人面談や日常会話からも意見を聞き、シフトの変更などに職員の意見を反映させている。	
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	上記同様ではあるが、希望があった場合には事業所内での配置換えを行っている。ただし、職員同士の相性や事業との相性の中で転職される方もいる。		
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	日常的な業務の中で職員一人一人の力量は把握できている。また、勉強会を月1~2回実施、外部研修については職員へ案内し、参加希望をとったうえで可能な限り、参加している。		
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	GHについては機会がなく実施できていない。		
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	利用開始時に運営面談を実施し、本人、家族からの入居後の要望や生活についての希望等をお聞きし、プランへ繁栄させている。その後、入居1か月後を目途にプランの見直しを実施、以後いは定期的なモニタリング実施によりプランに反映。		

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	上記同様。		
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	上記同様。		
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	何事も本人の気持ちや要望を第一に考え支援している。食事なども可能な限り、一緒にとり、日常的な生活の中でコミュニケーションを図っている。		
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	認知症を持つ家族の苦しみや悩み等について、常に一緒に考え、悩みながら入居者本人を支える関係づくりはできている。		
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	家族、知人、趣味等、これまで入居前に行ってきたほとんどのことを継続していけるように支援している。	アセスメントや家族の話などから利用者のこれまでの関係の把握に努めている。友人が利用者を訪ねて来たり、電話をかけたりにしてこれまでの馴染みの関係を維持している。家族と教会やコンサート、海外旅行などに出かけている。	

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
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	入居者同士がよい関係を築けるよう、できる限りのサポートはしているが、認知症の進行レベルにより難しいこともあるが、職員の手が空かない時などは入居者同士で会話していることも多々ある。		
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	逝去での解約が主のため、解約後の関係継続はあまりない。		
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。	できる限り、個別に話す時間をとるよう努力している。また、家族、本人に思いややりたいこと等を定期的に聞き、プランへ繁栄させている。本人からの聞きだしが難しいときは、家族からの聞き取りにより対応している。	アセスメントや日々の言葉、家族の話から「料理が好き」「恵方巻が食べたい」「クラシックのコンサートに行きたい」「毎日風呂に入りたい」など、利用者の意向を把握している。現在、意向の把握が困難な利用者はいない。	
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	入居前の運営面談にて左記のことは聞き取りしている。また、入居後に変更になった状況等はフェイスシート等を更新し、職員間で把握に努めている。		
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	グループワークを定期的に行い、入居後の心身の状況を把握するようにしている。また、入居後1か月は様子観察を強化し、1か月後のプラン変更に対応させている。		

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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	週1回程度、担当者会議を実施し、一人ひとりの状況を把握、課題や伸ばしたい面などがあればその会議をもとに職員間で共有し、プランへ反映、実施している。	フェイスシート、週間個人記録などを基にモニタリングしている。担当者会議を基に必要な関係者と話し合い「介護サービス計画書」を3~6ヶ月に1度見直している。利用開始時は1ヵ月後に、状態の変化が見られた際は随時見直している。「安全に歩くことができるように」「無理せず元気に過ごしてほしい」など、本人や家族からの要望を把握した上で計画書を策定している。	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	週間個人記録、個別記録等から日々の様子を把握し、グループワークによって話し合いを行い、プランへ反映、実施。		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	併設事業（小規模多機能型）との合同イベントや住み替え、他施設の利用、ボランティアの導入など、その時の状態に応じて適宜、相談し、対応している。		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	地域の認知症サポート（徘徊サポート？）へ加入し、できる限り一人での外出を継続したりしている。地域の図書館や地域の公園体操へ行くこともある。		
30	11	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	主治医についてはハウス提携医以外での利用も可能で外部主治医の方も数名おり、日々の中で連携を図る努力をしている。	内科など複数の診療科のある医療機関や歯科医と提携し、医師が定期的に往診に訪れるている。以前からのかかりつけ医への受診は、主に家族が対応しており、受診後に家族から報告を受け適切に支援できるようにしている。	

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
31		<p>看護職員との協働</p> <p>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</p>	<p>日常的な申し送り、業務の中で十分に意思疎通はできている。時折双方情報共有が足りない時もあるが、基本は良好な関係を築けている。</p>		
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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。</p>	<p>協力医療機関との連携の中で、24時間体制で連絡をとれるようにしている。また、双方で改善の必要がある場合には話し合いを実施し、改善に努めている。</p>		
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>グループホームは要望書を作成し、終末期において希望をそれぞれの家族と面談し、聞いている。また、その際にハウスの方針や協力医療機関でできることなどを再確認し、変更があればまた話し合いを実施することも伝えている。</p>	<p>入居時に「看取りに関する指針」で事業所の方針を説明し、家族から同意を得ている。職員は「看取りケアマニュアル」や研修で事業所の方針を共有している。1名の看取りを経験している。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>定期的な勉強会や掲示、協力医療機関との連携などを明示し、安心して動ける体制をとっている。管理者は24時間連絡をとれる体制や駆けつけができるように携帯電話を所持、それによって万が一の場合には指示が出せるようにしている。職員は高津区の救命講習を受講しているため、緊急時にも慌てずに対応できるように訓練している。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>年2回の避難訓練の実施、勉強会などを実施。また地域ケア会議などで地域の避難場所や備え、仕組み等を共有しているがまだまだ弱い。1日3食×3日分の食糧貯蓄はある。</p>	<p>年2回の避難訓練のうち10月は夜間を想定した訓練を行っている。近隣住民の協力が得られるよう努める一方、近隣福祉施設との連携に努める意向である。近隣に住む職員が多数おり、勤務外でも緊急時には協力が得られる。非常災害時の備蓄は、3日分の水・非常食などを準備している。</p>	

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
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	職業倫理や個人情報保護など、勉強会を実施し、接遇マナーに気を配っているが、職員一人ひとりの個性の中で完全徹底はされていない。	5月に職業倫理や言葉づかいの学習会を行っている。トイレ誘導では、耳元で声掛けをするようにしている。訪問時、職員の声掛けなどにおいて人格を損なうような対応は見うけられなかった。	
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	押し付けの介護はせず、本人の意向、思いをくみ取り、支援しているが、認知症ということもあり、希望を活かしたり自己決定したことで忘れてしまうことがあるため本人は何もしてもらってない...となることもある。		
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	食事の時間、入浴等、本人のペースを尊重し実施しているが、2階については一緒の時間でのご飯でないとダメな方もいるため同時刻に食事を開始している。また、その方のペースに合わせすぎると生活にメリハリがなくなることがあるため、その方に合わせて意図的にペースを作ることもしている。		
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	行事、外出の際にはいつもと違う、その時々（TPOに合わせて）状況を見て支援している。夏祭りなどは希望者には浴衣なども来ている。また、日常的な化粧など身だしなみに気を配っている。		
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	それぞれの得意分野の中で、準備、片付け等を積極的にやっていただいている。また、一人ひとりの食事形態を理しつつ、いつまでも口から食べられるように支援している。	嗜好の違いに配慮した献立を作成し、ミキサー食なども提供している。出前や外食で食事を楽しめるようにしている。利用者は食事の準備や盛り付け、配下膳などを行っている。普段職員は一緒に食事をしていないが、ケアマネジャー出勤の際は同じものを食べている。	

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>1か月ごとに担当スタッフがメニューを作成し、全体バランスを見ながら管理している。メニューの中身については、入居者、家族とも話ながら、希望に沿ったメニューにしている。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>起床時、食後、就寝時、口腔ケアの声掛け、支援を行っている。また、外出後にはうがい手洗いの声掛けも実施している。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>出来る限りおむつに頼らず、本人の排泄間隔を大切に支援を行っている。おむつを利用される方でも、可能な限り、トイレでの排泄を促すなどの支援をしている。</p>	<p>利用者の排泄パターンを把握し、排泄の失敗に対応している。病院を退院して戻るときは、利用者のほとんどがオムツ使用だが、排泄の介助によりトイレで排泄ができるように支援している。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>排泄間隔をつかみながら、便秘にならないよう、介護、看護スタッフで協力しながら対応しているが、食事の工夫までには至らず。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>1人で入浴可能な方については本人が希望すれば、毎日でも入浴をしている。支援の必要な方についても、2日に1回程度の入浴を心がけ、できる限りの清潔を保っている。</p>	<p>毎日お風呂を沸かし、概ね2～3日に1度のペースで入浴している。入浴を好まない利用者には、ドライシャンプーや清拭をしたり、職員を替えて入浴を促すなどを行っている。「毎日入浴できるので当事業所の利用を決めた」という利用者もいる。同性介助が基本である。</p>	

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	本人の入眠時間を大切にしながら、昼夜逆転にならないよう、声掛けを行っている。また、不眠の方や落ち着かない方については、タクティールケアを実施しながら安眠できる工夫をしている。		
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	提携医、薬局、介護、看護が協力しながら誤薬のないよう日々、工夫している。		
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	入居前の運営面談にて本人の好きなことや嫌いなこと、得意なことを聞きだし、日常生活内に取り入れている。また、レクについては、お部屋に閉じこもることのないよう、適宜声掛けを行い、実施している。		
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支援している	本人達の希望を聞きながら、イベント等で外食や日帰り旅行を実施し、外出の機会を増やしている。また、1階については、希望者は午前中に毎日散歩を行っている。	個々のリズムや要望に合わせ毎日のように散歩に出かけている。年間行事計画を作成して花見や初詣などに出かけている。近隣の駄菓子屋やコンビニエンスストアで買物をしている。車椅子でも同様に散歩や買物などに出かけている。	
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	自己管理が可能な人についてはおこずかいを自己管理している。また、買い物に行くことで金銭感覚を維持できるように努力している。		

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	年賀状や暑中見舞いを家族あてに書いたり、電話も日常的に自由にできるようにしている。外部からの電話も本人達へ取り次いでいる。		
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	1階は落ち着いた雰囲気フロアになっており、各自がフロアを行き来しながら自由に自分の居場所を選択できるようにしている。また、玄関先のベンチでポ～っとする時間を大切にしている入居者もいる。	居間に花を飾り季節感を出していた。光の加減はカーテンで調節している。冬季は、床暖房や加湿器を使用している。共用部分と居室の清掃を専門業者に委託している。特に気になる音や温度差は、感じられなかった。換気や芳香剤の使用で匂いの配慮をしている。	
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	お部屋、食堂は自由に行き来しており、食堂ソファやテラス、お部屋同志の行き来も自由にされている。		
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	お部屋の家具等は本人の使い慣れたものを持参して頂き、家庭を同様の生活ができるようにしている。また、食器も使い慣れたものを使用していただくことで、食事量もその方に合わせて対応している。	居室内にある事業所の備品は、エアコン、照明器具、クローゼットで、洗面台とトイレがある。部屋ごとにベッド、桐タンス、テレビ、冷蔵庫、電子レンジ、鏡台、花などが持ち込まれ、利用者が居心地良く過ごせるようにしている。	
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	特別な造りにはなっていないが、その方に合わせて家具や備品の配置をしている。また、今年度は各階にてすりを設予定のため、より自由度は増すものと思われる。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 官崎台つどいの家
グループホーム

作成日 2014年 3月 1日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	3	近隣保育園、ボラ等とは交流があるが、自治会等とは交流が少ない	自治会や近隣居住者、施設などと交流を増やす。	自治会主催のイベントへの出席、近隣施設との緊急体制協定など。	1年
2	4	必要時以外、市区町村との連携が図れていない	運営推進会議への出席。	社協、区の職員への挨拶周りを行う中で、運営推進会議への出席を依頼する。	半年
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。