

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	1475600183	事業の開始年月日	平成12年2月1日	
		指定年月日	平成20年4月1日	
法人名	医療法人 新光会			
事業所名	みのりの家			
所在地	(〒215-0021) 神奈川県川崎市麻生区上麻生6-29-15			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成24年11月1日	評価結果 市町村受理日	平成25年2月15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/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&IieyosyoCd=1475600183-00&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)】

事業所は小田急線柿生駅から徒歩4分、駅前商店街の先にあります。商店街の方々の活動に参加し、地域の方々との関係を深めています。
開設後12年以上を経過し、グループホームの長い歴史の中で、ご利用者を年長者として敬い、ご利用者と職員が相互に支え合う関係作りを進めています。
毎月、職員が全員集まってミーティングを行い、ご利用者お一人お一人の状況を把握し、ケアプランに沿って統一されたサービスの提供ができるように努めています。
季節の行事や習字、大正琴、フラワーアレンジメント等、余暇活動も充実させ、楽しみ事が多くなるよう心掛けています。

【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24年12月13日	評価機関 評価決定日	平成25年1月22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)】

グループホーム「みのりの家」は小田急線柿生駅から駅前商店街を抜けた、徒歩4分程度の利便性の良い3階建てのマンションの1階にあります。3階は同法人の訪問看護ステーションとして使用しています。

<優れている点>

ホーム開設から12年が経過し、地道に地域とのつながりを深めています。地域包括支援センターと連携し、毎月イベントに参加していますが、体操の時など利用者用に配慮したプログラムが用意される場合もあります。近隣の病院の夏祭りには席が用意され、利用者全員で出かけています。駅前商店街活性化のための朝のゴミ拾い活動にも参加しており、地域の方々との交流機会が増えています。職員は利用者一人ひとりの状況を良く把握するため、全職員参加の全体ミーティングで詳しく話し合い、記録しています。居室担当制を今年度から導入し、さらに一人ひとりを詳しく理解できるよう努め、介護計画につなげています。計画に沿った統一したサービスの提供のため、研修などで意識づけを行っています。

<工夫点>

記録類や資料には目次をつけて、必要な情報がすぐわかるよう工夫しています。介護計画に沿ったケアを実践し、その記録は赤字で記入し、モニタリングの際にわかりやすいようにしています。散歩以外にも1日の中のわずかな時間を利用して、気分転換のために買い物やお茶を飲みに行くなど外出の工夫をしています。

【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	みのりの家
ユニット名	

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している。 (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、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	・ご利用者一人ひとりを年長者として敬い心地よい生活を提供すること ・これまでの暮らしが継続されるよう一人ひとりの生活を大切にすること ・ご利用者とご家族の希望を尊重すること 以上を理念とし、常に見えるところに掲げること で共有とケアの実践につなげている。	現在のホーム理念は開設から数年後に作成したものです。年に1度振り返りの機会を持ち、全職員で継続することを確認しています。理念を玄関に掲示し、名札の裏には法人理念が書かれており、常に確認することで共有、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	地域の一員として町内会に入会することで地域の情報を得、地域活動に参加している。また、地域の体操教室やゴミ拾い活動に参加したり、地域の方々にも事業所の行事に参加してもらえるよう呼びかけ交流している。	地域包括支援センター主催の体操教室などの催しに毎月参加しています。近隣の病院の夏まつりには席が用意され、利用者全員で出かけています。駅前商店街活性化の協力で朝のゴミ拾い活動にも参加し、交流機会を増やしています。	
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	ご利用者が地域の体操教室やゴミ拾い活動に参加することや、逆に地域の方々に事業所の運営推進会議などに参加してもらうことで認知症の方への理解を深めて頂ける様に求めている。区内の実習を受け入れ、支援の方法等を学んでもらっている。		
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	運営推進会議では事業所の運営状況を報告している。また個々のサービスの取り組みについても担当者が説明し、意見や要望を出してもらえるように取り組んでいる。	会議は家族、地域包括支援センター職員の出席を得ています。今年度は近隣の方にも出席の働きかけをし、1度参加の機会がありました。開催日の工夫を試みっていますが、会議を見送る場合もあります。	地域の方々の意見をサービス向上に活かす機会として、会議が活性化するよう、引き続き自治会長や民生委員への働きかけをし、当面は年4回ほどの開催を目標として取り組まれることをが期待します。
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	川崎市主催の各種研修会に職員が積極的に参加し、ケアへの取り組みを発信している。空室状況等について連絡を取り合い、地域の状況も情報を提供して頂いている。	市主催の各種研修会に積極的に参加しています。区の利用者の担当ケースワーカーと連携しています。地域包括支援センターとは困難事例について相談をしたこともあり、解決に向け連携しています。	

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	全ての職員が身体拘束を行わないケアの意義について学び、それを実践するように取り組んでいる。 玄関は9時～17時の間は施錠をせず、自由に出入りできるようにしている。	年に1回身体拘束を行わないケア（言葉による行動制限も含）の意義について内部研修行っています。歯磨きを繰り返す利用者には「何回も磨きました」ではなく、別な事に気を逸らせることを工夫して対応しています。	
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 overs されないよう注意を払い、防止に努めている	ホーム内研修において全ての職員が高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持っている。契約書に暴力や虐待の無いことを明示している。入居の相談の過程においても、自宅での虐待が疑われるケースでは、関係機関と相談するなどの対応をしている。		
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	ホーム内研修において全ての職員が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っている。必要に応じて家族への情報提供や活用に向けての支援を行っている。		
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	契約に際しては、重要事項説明書、契約書を明示し管理者が説明して理解を図っている。		
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	利用者個々の能力に合わせて、日常のサービス等に対する思いや意見を表す事ができるように支援している。運営推進会議や面会カードで意見等を表せる機会を設け、運営改善に活かしている。重要事項説明書の中に法人内や公的機関の相談窓口を明示している。	家族会、運営推進会議、面会カードに意見を書く欄を用意、必要に応じ電話などで家族から意見要望を聞く機会を設けています。外出頻度への意見があり、散歩以外にも気分転換にわずかな時間を利用して買い物やお茶を飲みに行くなどの工夫しています。	

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	入退居や職員採用、ケアの方針について等、毎月のミーティングで全職員が発言する機会を作り、運営に反映させている。	毎月の全体ミーティングは全職員出席を基本として、意見、提案を出し合っています。法人本部の事務方が時折会議に参加し、意見を聞いています。業務の流れの見直しや改善は職員の意見を受け、随時行っています。	
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	労働基準法に則して労働条件を整えている。年二回健康診断を実施して、職員の心身の健康状態が保たれるよう配慮している。また、個々の状況を把握し、意見や要望を尊重してくれている。		
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	ホーム内研修を毎月行ったり、川崎市主催の研修や、県グループホーム協会の研修に業務の一環として参加できる体制となっており、職員が交代で参加している。外部での研修内容はミーティングで報告し、職員全員のスキルアップにつながっている。		
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	県グループホーム協議会や日本認知症グループホーム協会に加入し、各研修に参加することで他のホーム職員と交流の機会が持て、相互の質の向上につながっている。		
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	入居の相談の過程から、家族のみでなく出来るだけ本人にも見学してもらい、又職員が家庭訪問を行い、本人の困っていることや不安なことをよく聴き、思いを受け止めるように努めている。		

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
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	相談の過程において家族から丁寧に過去の話、現在の生活など詳しく聴く機会を持っている。また、家族の関わり方など、家族の思いを十分に聴く様に努めている。		
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	地域包括支援センターや担当ケアマネジャーと連絡を取り合い、ホーム入居のみを優先に考えることなく、必要なサービスを見極めて対応している。		
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	職員は年長者である利用者を敬い、共に過ごし支えあう関係を築いている。個々の有する能力を把握し、得意分野を活かせる場面作りに配慮している。		
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	本人の生活を支援していくために、家族の役割は大切であることを伝え、家族の意見や要望も聴きながらより良い関係作りに努めている。		
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	本人が大切にしてきた人間関係を把握するように努めている。通える範囲であれば馴染みの場所にも行けるように支援している。	家族や友人の面会の際は、必要に応じ、デイルームを提供し、くつろいでもらっています。手紙や電話の支援もしています。職員が、利用者本人が昔行っていた美容院に行きたことを知り、家族に伝え、家族対応で実現したことがあります。	

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
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	レクリエーションや家事活動等で利用者同士が交流する機会を日常的に作り、支え合う関係作りに努めている。コミュニケーションを取ることが難しい方には職員が間に入り孤立することがないようにしている。		
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	退所後も転出先に様子を尋ねたり、本人にとってより良いサービスが提供されるよう、家族の相談に応じている。		
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。	言動や表情、しぐさから一人ひとりの思いや希望の把握に努め、職員全員で情報を出し合いアセスメントし、ケアプランに活かしている。	思いや意向は職員が1対1で対応する入浴時のリラックスした状態の中で引き出しています。また、職員との相性にも配慮しています。困難な場合は表情、仕草から把握しています。得られた情報は、申し送りや全体ミーティングで共有しています。	
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	これまでの暮らしについて入居時に詳しくアセスメントをしており、個々の生活習慣を大切に、出来る限りこれまで同様かそれに近い生活が出来るように支援している。		
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	毎朝、体温・脈拍・血圧測定の実施チェックを行い記録している。個別の記録チャート、申し送りのための連絡ノートに生活の様子を記録して、現状の把握、情報の共有に努めている。		

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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ミーティングにて利用者全員の個別検討を行い、本人や家族にも希望を聴きながら、担当職員が生活援助計画(介護計画)を作成している。	本人、家族に希望を聞き、全体ミーティング時に全員分の検討をして現状に即した介護計画を作成しています。居室担当職員が中心となり、計画に沿ったケアを実践し、その記録は赤字で記入し、モニタリングの際に分りやすい様にしています。	
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	個別にチャートを作り、日々の生活の様子やケアに関する記録を残し、情報の共有、介護計画の見直しに活かしている。ケアプランに沿ったケアを行った際には赤字で記載し、モニタリングの際に振り返り易く、分かり易い記録となるよう工夫している。		
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	ニーズに応じて利用者の短期入所を行い、次の適切なサービス利用へスムーズにつながるよう支援する等、その時々に応じた個別サービスを提供できるように努めている。		
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	地域の方にボランティアとして、支援していただいている。地域包括支援センターが行っている体操教室や、地域の若い世代のボランティア活動に参加し、楽しい時間が持てるよう支援している。		
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	受診経過を把握し、かかりつけ医や希望する医療機関で医療が受けられるよう支援している。協力医療機関の受診時には職員が付き添い、健康状態の報告をし、医師より生活面や服薬に関する支持を受けられるようにしている。	かかりつけ医や希望する医療機関で適切な医療が受けられるよう支援しています。協力医療機関の受診時は職員が付き添っています。他科への受診は基本は家族対応ですが、状況により、職員が付き添うなど柔軟に対応しています。	

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
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	同じアパート内に同一法人の訪問看護ステーションがあるので、体調に不安を抱えている方がいらっしゃった時には相談し、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。	入院時には関係者と相互に情報交換を行い、適切な医療を受け、早期回復が図られるよう支援している。		
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、事業所の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	契約時点で重度化した場合に事業所内で出来ること出来ないことを明示している。事業所内で出来ないことに関しては、次のサービス利用につなげられるよう地域の関係者と連携を図っている。	契約時に、重要事項説明書に明記している重度化した場合に、ホームとして出来る事、出来ない事を説明し、同意を得ています。利用者の状況の変化に伴い、話し合いを密にして、次のサービス利用につなげられるよう支援しています。	
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	定期的にホーム内研修を行い、実践力を身につけるよう努めている。緊急時のマニュアルを作成し、迅速に落ち着いて対応できるよう努めている。		
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	毎月ホームで避難訓練を行い避難経路、消火器、懐中電灯の確認をしている。非常用食料、水を備蓄している。年1回は消防署立会の防災訓練を行っており、消防署は利用者の身体状況やホーム内の非常口を確認している。	毎月のホーム内自主訓練、消防署立会の訓練のほか、地域の訓練で利用者や起震車や煙体験をしています。DVDを観て防災安全対策の参考にしています。居室入口に避難確認済み証が掲示してあり、避難の際は剥がして利用す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
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	年長者として敬うという理念を基に、言葉遣いや態度など、相手を思いやり、尊重した丁寧な対応であるよう常に心がけている。	利用者の誇りを傷つけない言葉かけや態度で接しています。「認知症ケアの基礎」の対応の項目をコピーし職員全員に配付しています。毎月のミーティングで振り返りを行い職員がお互いに注意しあえる環境です。個人情報の管理も徹底しています。	
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	個々の能力に合わせ生活の中で自己選択できる場面を作るようにしている。本人が希望や思いを表現できるような話かけなどにも配慮している。		
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	一人ひとりの体調や気分に合わせて生活できるように支援している。居室で好きなことができ、落ち着いた時間が持てるよう配慮している。		
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	馴染みの美容院を利用できるよう付き添いをしたり、外出が困難な場合は訪問美容を利用し好みの髪型に出来るよう配慮している。好みの装いが出来るようショッピングの機会を作ったり、家族からも協力が得られている。		
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	季節の行事食や旬のものを提供することで季節を感じ「食」を楽しんでもらえるように支援している。利用者と職員が同じテーブルで食事を摂り、準備や片付けも一緒に行っている。	献立は利用者の希望を取り入れ職員が考えています。毎食後の果物や乳飲料のデザートは好評です。利用者全員でおはぎを作るなど行事食の提供にも工夫をしています。ファミレスでの外食や宅配ピザを取るなど、食を楽しむ機会も豊富にあります。	

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
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	それぞれの食事量を記録して、カロリーや塩分量も適切な量となるよう配慮している。水分量も過不足がないよう心がけ、不足がちな方には個々に応じ好みの物を提供するよう配慮している。		
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、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	毎食後口腔ケアが出来るよう支援している。個々の能力に応じて、見守り又は介助で行い、状態に合わせて介護用品を利用するなどして、口腔内の清潔保持に努めている。		
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	それぞれの排泄パターンを把握し、個々にあったタイミングでトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう努めている。	排泄自立の方が多く、現在のところ夜間帯のみ記録をとって管理しています。夜間のみ自室にポータブルトイレを設置したり、夜間や外出時のみおむつを使用する方もいます。誘導や声かけなどもその方にあった方法を検討し適切に支援しています。	
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	食事に食物繊維の多い物や果物、ヨーグルトを取り入れていれ、便秘傾向にある人には特に十分な水分摂取が出来ているか確認をする。散歩や体操、家事などで身体を動かす機会を作り、便秘の予防を図っている。		
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むように、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	入浴日は決めているが本人の意思を尊重し、無理強いすることなく希望する時間帯に入浴できるようにしている。入浴を拒む場合には時間をおいて対応するなどし、清潔保持に努めている。	昼食後から17時前迄が入浴可能な時間帯です。利用者9名を3グループに分け3日に1回は入浴しています。体調や身体状況で、職員が2人対応で安全を確保することもあります。ゆず湯、しょうぶ湯なども企画し入浴を楽しんでいます。	

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	夜間に十分な睡眠が得られるように、午前中は体操、掃除、散歩などで活動的に過ごし、午後から夜にかけては職員の声のトーンを落とす等穏やかな流れを作り、生活のリズムに配慮している。個々の疲労度や季節に合わせて休息を取り入れている。		
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	服薬中の薬説明書を個々のチャートにファイルし、指示通りの服薬が出来るように支援している。薬の目的や副作用についてはミーティングでも確認し、処方の変更時には連絡帳に記入し情報を共有している。与薬時には複数人で薬の内容を確認し、服薬確認後はチェック表に押印し、確実な服薬が出来るようにしている。		
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	個々の能力に応じ役割を持ってもらい、喜びのある生活が送れるよう支援している。個別での外出や大正琴、習字、フラワーアレンジメント等ボランティアによる楽しみごとに参加できるように支援している。		
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に支援している	散歩だけでなく買い物、喫茶店などへ出掛ける機会を持てるようにしている。遠方への外出は家族への協力も求め、実現できるよう努めている。	日常の散歩や買い物に出かけるほか、体調によっては日差しが柔らかいデイルームで外気浴をしています。桜やバラの時期には季節ごとの花見や外出を楽しんでいます。駅前商店街のイベント「柿まつり」にも参加しています。	
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	それぞれの能力の応じ小遣いを所持してもらい、お金を持っている事での安心感を得たり、本人の希望に沿って買い物が出来るよう支援している。		

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	電話の使用を希望する場合には自由に掛けて良いことを伝え、掛ける際には必要に応じて介助も行っている。携帯電話の持ち込みも自由としている。手紙や年賀状、暑中見舞い等のやり取りができるよう支援する体制はある。		
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	季節に合わせた花や、利用者の習字、折り紙作品、写真などを共用空間に飾っている。空間の使用目的によって光の種類を替え、エアコンや扇風機、暖房器具を使用し心地良く過ごせるよう配慮している。	柔らかい照明で包まれたリビングは湿度にも配慮され居心地の良い家庭的な雰囲気です。壁には貼り絵などの手作り作品、タペストリー、日めくりカレンダー、行事の写真などを飾っています。家具配置にも工夫を凝らし寛げる空間になっています。	
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	リビングやダイニング、廊下に少人数で話せるようソファ・椅子・テーブルを配置し、自由に使用できるようにしている。		
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	出来る限り使い慣れた家具や小物などを持ち込んで頂き、自宅と同じ雰囲気で作った居心地良く過ごせるようにしている。家具の配置については安全性も考慮し工夫している。	自宅で使っていたタンスやテレビなどを持参して、趣味活動で作ったフラワーアレンジメントや写真を飾るなど、自分らしい生活ができるように居室担当をはじめ職員が支援しています。利用者はほうきと塵取りやモップで自室を掃除しています。	
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	居室やトイレはさりげなく、且つ分かりやすいよう表示の工夫をしている。廊下や玄関の適切な場所に手すりを設置している。理解力の低下が見られても、さりげない支援をすることで出来るだけ安全で自立した生活が送れるように留意している。		

目標達成計画

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	4	運営推進会議に町内会長、民生委員が参加していない	運営推進会議に町内会長や民生委員の方に参加して頂けるよう、日程調整を行う	<ul style="list-style-type: none"> ・町内会長、民生委員を訪問し、みのりの家の存在、グループホームの役割を知っていただく。 ・運営推進会議の意義について説明し、会議に地域の代表の方に参加して頂けるように働きかける。 	6ヶ月
2	10	外部評価における家族アンケートの結果に、改善すべき点があった ・職員の態度に不満を感じている家族がいる ・ホームの雰囲気が訪ねにくいものだと感じているご家族がいる	職員一人一人が意識して、ご家族が訪ねてしやすいホームの雰囲気づくりに努める	<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族来所時、相手の目を見て笑顔で挨拶をする。 ・職員から積極的にご家族に接する。 ・ご家族を見かけたら、立ち止まって挨拶する。 	12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。