

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	1472100864	事業の開始年月日	平成15年6月1日
		指定年月日	平成15年6月1日
法人名	有限会社 アートプロジェクト		
事業所名	グループホーム 鎌倉常盤の家		
所在地	(〒 248-0022)		
	神奈川県鎌倉市常盤615-3		
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	27 名
		ユニット数	3 ユニット
自己評価作成日	平成28年6月7日	評価結果 市町村受理日	平成28年10月18日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.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)】

政本グループの目指す介護サービス
 ①利用者様の安心安全が保障されているか。
 ②利用者様の尊厳が守られているか
 ③利用者様及びご家族の希望が可能な限り取り入れられているか。
 ④利用者様を不快な気持ちにさせていないか。
 ⑤利用者様及びご家族の気持ちに寄り添っているか。
 ⑥職員本位で職員側の都合が優先されていないか。
 ⑦利用者様の満足は置き去りにされ、職員の単なる自己満足に陥っていないか。
 等を常に考え、自省し提供される介護サービスです。
 近隣住民と、より密接にかかわっています。イベントの際には、ご近所にも声をかけ、利用者とその家族とともに楽しんだりしています。また利用者さんが、ここに居て良かったと思える介護を職員一同目指しています。

【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28年7月13日	評価機関 評価決定日	平成28年10月11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横須賀線鎌倉駅西口よりバスで約5分「仲の坂」で下車し、徒歩1分です。緑の多い小高い山に囲まれ、隣接する保育園からは子供たちの元気な声も聞かれます。散歩に程よい場所にコンビニがあり、利用者の中には自分でお金を払って買い物を楽しんでいます。建物は鉄筋3階建ての3ユニット27名の利用者が生活しています。
 <優れている点>職員の多くは地元の住民で地域との交流を積極的に行っています。事業所の駐車場で毎年、夏休みに行われているラジオ体操などには職員の家族も利用者と一緒に参加しています。地元の夏祭りの神輿の休憩場にも提供しています。災害時の近隣住民の一時避難所として利用されるよう、運営推進会議などで話し合っています。毎月各種の行事を行い、利用者を楽しませています。リビングルームは、パフォーマンズに熱心な館長はじめ、ギター演奏が得意な職員によるカラオケや、音楽セラピーなど、利用者にとって楽しい場所となっています。毎月開催する職員会議には本部の職員が参加し、身体拘束排除の取組みに関する研修会の講師をしながら、事業所の職員から意見や要望を聞き取り、運営や管理に活かし、職員の働く意欲の向上に反映しています。
 <工夫点>法人内の職員教育に積極的に取り組んでいます。各課程の研修が構成され、介護力の向上につながる資格取得を啓発しています。資格手当の体系を明確にして職員のモチベーションを高めています。

【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	グループホーム 鎌倉常盤の家
ユニット名	1号館

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させている。 (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る。 (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。	○	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

			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。	理念の「すべては、利用者のありがとうのために」を共有し地域でのんびり、ゆっくりした生活を送って頂けるよう、そのために何が必要か検討しながら実践につなげている。	大きな模造紙に理念を書き、各フロアのリビングの壁に掲示しています。毎週本部からの連絡メールに各種の連絡事項と共に、法人の理念が記載され、朝礼でフロア長が読み上げています。「ありがとう」の声掛けが毎日の支援の始まりです。	
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。	地元常盤会を通じ、季節ごとに行われる行事に参加し、特にお隣のピヨピヨ保育園さんとはお互いのイベントや行事に参加させていただき交流を深めている。	職員は地元の住民が多く、外出時の挨拶や交流など積極的に行われています。事業所の駐車場の広場は、夏休み中の朝のラジオ体操や、地元の夏祭りの神輿の休憩場に提供しています。隣接する保育園児を招待してそうめん流しなどを楽しんでいます。	
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。	家族、ボランティア、他来館者は、ケアの様子を見る事が出来、質問も受けられ交流の機会もあり、随時の機会に理解や接遇などを伝え地域に貢献している。		
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。	会議では評価と取組みについて話し合い、出された意見をサービスに生かしている。メンバーからは「勉強になる」と感想も頂く。	2ヶ月ごとに市や地域包括支援センターの職員、民生委員、町内会長、保育園長、館長、職員などが参加しています。運営状況や活動、行事などを報告し、参加者からは質問や要望など意見交換しています。家族には「ときわ通信」で詳細に報告しています。	町内会長はじめ出席者は積極的に参加し、意見交換しています。事業所に意見や要望を表出する機会ですが家族の参加が消極的です。年に数回、開催の曜日を変えるなど工夫検討することも期待されます。
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。	市町村企画の会合には毎回参加するようにし、回を重ねる毎に関係者らと馴染みの関係が築かれている。介護職員の意識も高まり、更に協力関係が強くなるように取り組んでいる。	運営推進会議に参加する市や包括支援センターの職員とはサービスの取組みや事故報告など相談や指導を受けています。生活保護の担当職員や生活相談員が訪問し、利用者から暮らしの様子や要望を聞き取り、職員と意見交換し、情報を共有しています。	

			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。	身体拘束に関する研修が入社時また定期的に行われる研修でも学ぶ機会があり、日々実践に努めている	入社時や毎月、職員会議の中で開催される研修会には講師として本部の職員が派遣されています。毎年数回、身体拘束の排除のための取り組みについて、テーマを変えて行われています。言葉による心理的な虐待についても朝礼時に事例を挙げて確認しています。	
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。	社内研修により虐待防止に関する機会を設けている。その上で、管理者を中心に職員間で注意しあっている。		
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。	利用者に「成年後見制度」を利用している方がいる。対応が必要と思われる利用者がいる場合、随時職員に説明やアドバイスを行いながら利用者支援に結びつけている。		
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。	契約時重要事項説明は丁寧に行っています。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制の実際などについては詳しく説明し、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。	各フロアにご意見箱を設置している。ご家族には手紙や訪問時間いかけ、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに留意している。出された意見等はミーティングで話し合い、ケアプランに反映させている。	家族の訪問時に職員は必ず声掛けし、要望や意見を聞き取り「申し送りノート」に記載し、職員会議で検討しています。年6回「ときわ通信」を発行し、日常やイベント時の利用者の写真と一緒に送付しています。毎年利用者の食事の嗜好調査を行っています。	

			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。	管理者は現場に反映させるため月1回の職員会議を行い意見や提案を取り入れている。	毎月開催する職員会議には本部の職員が参加し、事業所の職員と意見や要望など意見交換し、本部との透明性を図り運営に反映しています。スキルアップを目指す職員には積極的に資格取得を奨励しています。資格手当を支給し、モチベーションを高めています。	
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。	個々の能力、特性や性格を把握し、それを活かせるよう仕事に取り組んでもらっています。働きやすい環境作りに努めています。		
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。	各種研修を受けるよう促しています。介護の基本を常に心掛けるようにしています。各資格の習得の啓蒙をしています。今年介護福祉士を3名取得しました。		
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。	情報交換会、勉強会はできるだけ参加しています。		
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。	利用者には傾聴、受容を心がけ、入居前の事前面談で生活状態を把握することに努め、信頼関係作りをしています。		

			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。	家族の方は初期段階では「早く慣れて欲しい」が大方の希望ですが、不安や要望などをよりよく傾聴しながら関係づくりに努めている。		
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。	入居前に生活履歴や個性などを聞いていて事業所の理念と家族の要望とのすり合わせを行い家族が必要としている支援を受容し他のサービス利用も含めた対応に努めている。		
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。	暮らしを共にする者同士お互いの距離感を大切にし「共に暮らす生活感」を大事にして理念に添った関係を構築しながら「大家族感」で過ごしている。		
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。	本人と家族の絆を一番に大事に考えています。家族は生活の場に居なくても心はいつも一緒であり共に本人を支えていく関係を築いている。		
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。	手紙や面会等を本人の希望に添える様支援している。これまでの関係が継続していけるよう馴染みの方々も訪問しやすいように親しみを込めた配慮をしながら外出や他の援助を行っている。	利用者の日頃の会話や散歩などから、行きなれた場所や、してきたことなど把握し、継続できるよう支援しています。家族や親族の訪問時には、馴染みの店や外食など楽しんでいます。手紙や電話など、プライバシーに配慮して要望に沿った支援をしています。	

			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。	日常の関わりの中でお互いの人間関係を可能な限り把握しトラブルを起こさないためにも職員が常に観察し話題など楽しい雰囲気誘導している。		
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。	新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性が損なわれないように、これまでの生活環境、支援内容、注意が必要な点について情報提供をし、きめ細かい連携を心がけている。		
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。	職員が入居者さんに積極的にかかわり悩み事また要望などを心を受け止められるよう日頃より努力している。	入居時のアセスメントや日々の行動、日中のゲーム中に興味を示した表情などに注意して、利用者一人ひとりの思いや希望の把握に努めています。気が付いたことは「気づきノート」、「申し送りノート」に記入し、職員全員で共有しています。	
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。	今までの育った生活環境等、コミュニケーションの関わりの中で把握しいかしている。具体的にはサービス計画、モニタリングもその一つの一環である。		
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。	日々のバイタルチェック又、声掛け等のコミュニケーションにより心身の状況の把握に努めている。残存機能を生かしお手伝い等を行っていただいている。		

			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。	日程を前もって決めて家族の要望又は日頃の本人の課題とする事を観察して定期的に現状課題の解決方向を検討している。	利用者一人ひとりの変化や気づきを記入した「申し送りノート」などを基に、毎月サービス担当者会議を開き、課題を確認しています。本人や家族の要望だけでなく「訪問看護日誌」から医師や看護師の助言を取り入れ、6ヶ月ごとに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。	日々の一言一言の発言や行動などを個別サービス記録に残しては共有材料として見直し等に活かしている。体重測定、バイタルチェックも、その一環である。		
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。	マッサージの先生を頼んでいたり利用者の皆さんがこうして欲しいと頼まれる事に対して柔軟な支援のサービスに取り組んでいる。また、決められたサービスにしばられず柔軟に対応するよう取り組んでいる。		
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。	近隣の保育園との交流。施設でのラジオ体操時の地域住民の参加、地域のイベント事に参加する等で楽しい交流を実施している。		
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、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。	かかりつけの訪問診療医を月2回お願いしています。週1度来られる看護師さんに利用者様も体調に関するアドバイスを受たり家族の希望もしっかり聞いている。	月2回往診の内科、月1回心療内科の各協力医療機関について入居時に家族に了解をとっています。本人希望の馴染みの医院、歯科、他診療科の通院は職員が同行しています。訪問看護は週1回健康管理や嚥下の状態などの確認をしています。	

			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回看護師が訪問し職員が利用者の近況を報告し適切な受診が受けられるように訪問看護日誌をつけ、職員が閲覧するよう義務付け日々のケアにいかしている。		
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。	入院時面会等を定期的に行い又ご家族、医師と密に連絡を取り安心した治療や退院が出来るよう努力している。		
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、事業所ででき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。	契約時に看取りに関する（重度化した場合における対応）指針を説明して同意を得ています。重度化した場合には、同一法人の施設を含めて他の施設を紹介するなど情報を提供しています。また次が決まるまで継続して支援をしています。	重度化した場合や緊急時の対応についての基本方針は、契約時に家族・本人に説明しています。重症化や看取りについては時期を踏まえ、家族と話し合いや確認をとりながら、医療・看護・介護の連携を整えています。	
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。	常に定例会議などでマニュアル等を再確認、再チェックをし事故発生に備えている。		
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。	定期的に、消防署の立会のもとで昼夜を想定し消防避難訓練を行っています。防火管理自主点検記録票を作り自主確認をしております。町内会には事業所、駐車場を災害的の一時避難所として提供しております	年に2回、夜間想定を含む避難訓練を消防署立ち合いの下、行っています。毎月3回、独自の「防火管理自主点検記録表」をもとに、避難経路、施設内の安全チェックを行っています。備蓄品は飲料水、食品、カセットコンロ、介護用品などを保管しています。	運営推進会議で、地域の方に災害時の協力をお願いしていますが、まだ十分とは言えない状況です。近隣の地域住民との連携協力の体制が整えられることが期待されます。

			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。	ご本人の意向を伺いできるかぎりの希望に添う対応を心掛けている。入浴や排泄等の時も周囲に配慮し行動を選ぶように心がけている。	職員の行動規範、法例遵守、接遇について毎年、研修を行い確認しあっています。日常業務の中では、利用者を尊重し、性格や心身状況に応じた対応を工夫しています。場合により管理者やフロア長が助言や指導を行っています。	
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。	日々のコミュニケーションや動作等により利用者様の意思をくみ取れる様にしている。又その中で実現可能な事は行うようにしている。		
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。	利用者の行動を見て一人一人がそれぞれ違うペースで過ごされているためそれぞれに合った過ごし方を見守りながら支援する様にしている。		
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。	入浴等で服の着替えを選ぶ際はご本人に伺い選ぶようにしている。又定期的に美容師さんが来られ1人1人のご希望を聞きカットやカラーを楽しまれている。		
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、利用者と一緒に準備や食事、片付けをしている。	日々の食事を観察し歯の弱い方には、おかずを細かく刻んで食べやすくしたり、軟らかさや大きさを作る時に利用者さんが食べ易くなるように気をつけている。	昼食・夕食の食材は業者から納入され、職員がレシピを参考にし、工夫しながら調理しています。朝食についてはホームで食材を購入しています。職員が介助したり会話を楽しみながら食事をしています。片付け、食器洗い、食器拭きを行う利用者もいます。	

			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。	利用者個別に毎日の摂取量をチェック表に記録し、個々に主治医より高カロリー補助食品を出してもらっている方もいるが、これだけに頼らず、嗜好品や食べやすいもの等でいろいろと工夫している。		
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。	毎食後に入れ歯の洗浄を行っています。歯磨きの見守りをして清潔保持に努めています。また、夕食後に入れ歯の方は預かりポリドント除菌をしている。		
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。	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレで排泄が出来るよう支援している。	排泄の自立に向け、排泄表を活用して声掛けや誘導、見守りをしています。夜間のみポータブルトイレを使用する場合があります。声掛けや見守りの際にも、プライバシーや本人の気持ちに配慮することを心がけています。	
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。	排泄チェック表を用い日々の様子を確認しています。便秘気味の方には食事療法を試みたり医師に確認の上で内服し様子を観察しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の希望に合わせて入浴が楽しめる様に支援しています。利用者様のご希望にそい定時以外でも臨機応変に対応しています。また、季節に合わせて菖蒲湯やゆず湯など行っています。	3日に1回、午後に入浴しています。入りたがらない場合には時間をずらしたり、声掛けの工夫をしています。同性介助に配慮しています。しょうぶ湯やゆず湯で季節感を味わったり、リラックスした入浴で、職員と会話を楽しんでいます。	

			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。	夜間安眠ができるように日中はなるべく様々なリクレーションを行うなどして、活動的に過ごして頂いています。夜間は眠れない利用者や徘徊される利用者のお話をできる限り伺い安心して入眠できるように努めている。		
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。	利用者が使用している薬剤は薬剤師と職員で二重チェックし徹底した管理を行い、一人一人の症状変化の確認に努めている。医療機関への相談も常に可能で医療と介護が協働する形で支援している。		
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。	コミュニケーションの中で嗜好品、趣味等を見つけるようし、利用者の方々が長年に渡り培われてきた経験等も活かした役割分担や気分転換ができる様に支援している。		
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。	天気の良い日は寒暖差などの気温にも留意して散歩を実施するようにしている。今後はより一層利用者の希望にそって外出が実施できるよう家族との協力をえて実施していきたい。	体調や天候に配慮しながら、近隣の散歩、買い物に出かけたり、ホームの駐車場で日光浴、外気浴をしています。また、車で皆と一緒に、鎌倉の寺社に花見に出かけたり、町内会の催し物の地引網や、バーベキューに参加することもあります。	
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。	金銭管理は職員が行っており基本的には生活必需品の購入程度ですが本人から要望が出た際には可能な限り用意出来るように考えている。		

			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。	日々の状況や利用者の声を毎月1回職員の方からお手紙を出しています。また数は多くはありませんが要望があれば家族の方へ電話も行っています。		
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。	季節感を感じて過ごして頂くため毎月テーマを決め、飾りを皆で製作し飾りつけつことで目で楽しむ空間作りを行っている。利用者に伺いながら空調もこまめに調整し体感的にも居心地いいものになるよう心がけています。	リビング入口や壁には季節の花や、置物、利用者の貼り絵の作品などを飾っています。採光は十分あり、ソファ、テーブル、テレビコーナーが利用者の使いやすいように配置されています。廊下、浴室、トイレ内も十分なスペースが確保されています。	
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。	利用者様同士の人間関係も考慮して定期的に席の配置を変えている。又外や居室に誘導する事により1人の空間を作れるよう努めている。		
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。	思い出の写真や好みの飾りを居室に飾るなどして頂くことで、安心して居心地よく過ごして頂けるように配慮しています。こまめにリネン類もかえることで気持ちもスッキリして頂けるようにしています。	居室はエアコン、クローゼット、ベッド、洗面台が設置されています。利用者は使い慣れた家具類、電化製品などを持ち込み、写真や装飾品を好みに応じて配置しています。居室の掃除を職員と一緒に利用も行っています。	
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。	個々の状況を把握した上で手すりが必要な方には手すりをつけたり、必要が無ければはずしたりと個々の状況に合わせて安全で自立した生活が送れるよう物の配置に配慮している。		

事業所名	グループホーム 鎌倉常盤の家
ユニット名	2号館

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させている。 (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る。 (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。	○	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

			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。	理念の「すべては、利用者のありがとうのために」を共有し地域でのんびり、ゆっくりした生活を送って頂けるよう、そのために何が必要か検討しながら実践につなげている。		
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。	地元常盤会を通じ、季節ごとに行われる行事に参加し、特にお隣のピヨピヨ保育園さんとはお互いのイベントや行事に参加させていただき交流を深めている。		
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。	家族、ボランティア、他来館者は、ケアの様子を見る事が出来、質問も受けられ交流の機会もあり、随時の機会に理解や接遇などを伝え地域に貢献している。		
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。	会議では評価と取組みについて話し合い、出された意見をサービスに生かしている。メンバーからは「勉強になる」と感想も頂く。		
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。	市町村企画の会合には毎回参加するようにし、回を重ねる毎に関係者らと馴染みの関係が築かれている。介護職員の意識も高まり、更に協力関係が強くなるよう取り組んでいる。		

			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。	身体拘束に関する研修が入社時また定期的に行われる研修でも学ぶ機会があり、日々実践に努めている		
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。	社内研修により虐待防止に関する機会を設けている。その上で、管理者を中心に職員間で注意しあっている。		
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。	利用者に「成年後見制度」を利用している方がいる。対応が必要と思われる利用者がいる場合、随時職員に説明やアドバイスを行いながら利用者支援に結びつけている。		
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。	契約時重要事項説明は丁寧に行っています。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制の実際などについては詳しく説明し、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。	各フロアにご意見箱を設置している。ご家族には手紙や訪問時間問い合わせ、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに留意している。出された意見等はミーティングで話し合い、ケアプランに反映させている。		

			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。	管理者は現場に反映させるため月1回の職員会議を行い意見や提案を取り入れている。		
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。	個々の能力、特性や性格を把握し、それを活かせるよう仕事に取り組んでもらっています。働きやすい環境作りに努めています。		
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。	各種研修を受けるよう促しています。介護の基本を常に心掛けるようにしています。各資格の習得の啓蒙をしています。今年介護福祉士を3名取得しました。		
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。	情報交換会、勉強会はできるだけ参加しています。		
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。	利用者には傾聴、受容を心がけ、入居前の事前面談で生活状態を把握することに努め、信頼関係作りをしています。		

			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。	家族の方は初期段階では「早く慣れて欲しい」が大方の希望ですが、不安や要望などをよりよく傾聴しながら関係づくりに努めている。		
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。	入居前に生活履歴や個性などを聞いていて事業所の理念と家族の要望とのすり合わせを行い家族が必要としている支援を受容し他のサービス利用を含めた対応に努めている。		
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。	暮らしを共にする者同士お互いの距離感を大切にし「共に暮らす生活感」を大事にして理念に添った関係を構築しながら「大家族感」で過ごしている。		
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。	本人と家族の絆を一番に大事に考えています。家族は生活の場に居なくても心はいつも一緒であり共に本人を支えていく関係を築いている。		
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。	手紙や面会等を本人の希望に添える様支援している。これまでの関係が継続していけるよう馴染みの方々も訪問しやすいうように親しみを込めた配慮をしながら外出や他の援助を行っている。		

			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。	日常の関わりの中でお互いの人間関係を可能な限り把握しトラブルを起こさないためにも職員が常に観察し話題など楽しい雰囲気誘導している。		
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。	新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性が損なわれないように、これまでの生活環境、支援内容、注意が必要な点について情報提供をし、きめ細かい連携を心がけている。		
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。	職員が入居者さんに積極的にかかわり悩み事また要望などを心を受け止められるよう日頃より努力している。		
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。	今までの育った生活環境等、コミュニケーションの関わりの中で把握しいかしている。具体的にはサービス計画、モニタリングもその一つの一環である。		
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。	日々のバイタルチェック又、声掛け等のコミュニケーションにより心身の状況の把握に努めている。残存機能を生かしお手伝い等を行っていただいている。		

			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。	日程を前もって決めて家族の要望又は日頃の本人の課題とする事を観察して定期的に現状課題の解決方向を検討している。		
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。	日々の一言一言の発言や行動などを個別サービス記録に残しては共有材料として見直し等に活かしている。体重測定、バイタルチェックも、その一環である。		
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。	マッサージの先生を頼んでいたり利用者の皆さんがこうして欲しいと頼まれる事に対して柔軟な支援のサービスに取り組んでいる。また、決められたサービスにしばられず柔軟に対応するよう取り組んでいる。		
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。	近隣の保育園との交流。施設でのラジオ体操時の地域住民の参加、地域のイベント事に参加する等で楽しい交流を実施している。		
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、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。	かかりつけの訪問診療医を月2回お願いしています。週1度来られる看護師さんに利用者様も体調に関するアドバイスを受けて家族の希望もしっかり聞いている。		

			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回看護師が訪問し職員が利用者の近況を報告し適切な受診が受けられるように訪問看護日誌をつけ、職員が閲覧するよう義務付け日々のケアにいかしている。		
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。	入院時面会等を定期的に行い又ご家族、医師と密に連絡を取り安心した治療や退院が出来るよう努力している。		
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。	契約時に看取りに関する（重度化した場合における対応）指針を説明して同意を得ています。重度化した場合には、同一法人の施設を含めて他の施設を紹介するなど情報を提供していません。また次が決まるまで継続して支援をしています。		
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。	常に定例会議などでマニュアル等を再確認、再チェックをし事故発生に備えている。		
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。	定期的に、消防署の立会のもとで昼夜を想定し消防避難訓練を行っています。防火管理自主点検記録票を作り自主確認しております。町内会には事業所、駐車場を災害的の一時避難所として提供しております		

			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。	ご本人の意向を伺いできるかぎりの希望に添う対応を心掛けている。入浴や排泄等の時も周囲に配慮し行動を選ぶように心がけている。		
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。	日々のコミュニケーションや動作等により利用者様の意思をくみ取れる様にしている。又その中で実現可能な事は行うようにしている。		
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。	利用者の行動を見て一人一人がそれぞれ違うペースで過ごされているためそれぞれに合った過ごし方を見守りながら支援する様にしている。		
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。	入浴等で服の着替えを選ぶ際はご本人に伺い選ぶようにしている。又定期的に美容師さんが来られ1人1人のご希望を聞きカットやカラーを楽しまれている。		
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。	日々の食事を観察し歯の弱い方には、おかずを細かく刻んで食べやすくしたり、軟らかさや大きさを作る時に利用者さんが食べ易くなるように気をつけている。		

			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。	利用者個別に毎日の摂取量をチェック表に記録し、個々に主治医より高カロリー補助食品を出してもらっている方もいるが、これだけに頼らず、嗜好品や食べやすいもの等でいろいろと工夫している。		
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。	毎食後に入れ歯の洗浄を行っています。歯磨きの見守りをして清潔保持に努めています。また、夕食後に入れ歯の方は預かりポリデント除菌をしている。		
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。	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレで排泄が出来るよう支援している。		
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。	排泄チェック表を用い日々の様子を確認しています。便秘気味の方には食事療法を試みたり医師に確認の上で内服し様子を観察しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の希望に合わせて入浴が楽しめる様に支援しています。利用者様のご希望にそい定時以外でも臨機応変に対応しています。また、季節に合わせて菖蒲湯やゆず湯など行っています。		

			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。	夜間安眠ができるように日中はなるべく様々なリレーションを行うなどして、活動的に過ごして頂いています。夜間は眠れない利用者や徘徊される利用者のお話をできる限り伺い安心して入眠できるように努めている。		
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。	利用者が使用している薬剤は薬剤師と職員で二重チェックし徹底した管理を行い、一人一人の症状変化の確認に努めている。医療機関への相談も常に可能で医療と介護が協働する形で支援している。		
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。	コミュニケーションの中で嗜好品、趣味等を見つけるようし、利用者の方々が長年に渡り培われてきた経験等も活かした役割分担や気分転換ができる様に支援している。		
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。	天気の良い日は寒暖差などの気温にも留意して散歩を実施するようにしている。今後はより一層利用者の希望にそって外出が実施できるよう家族との協力をえて実施していきたい。		
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。	金銭管理は職員が行っており基本的には生活必需品の購入程度ですが本人から要望が出た際には可能な限り用意出来るように考えている。		

			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。	日々の状況や利用者の声を毎月1回職員の方からお手紙を出しています。また数は多くはありませんが要望があれば家族の方へ電話も行っています。		
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。	季節感を感じて過ごして頂くため毎月テーマを決め、飾りを皆で製作し飾りつけつことで目で楽しむ空間作りを行っている。利用者に伺いながら空調もこまめに調整し体感的にも居心地いいものになるよう心がけています。		
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。	利用者様同士の人間関係も考慮して定期的に席の配置を変えている。又外や居室に誘導する事により1人の空間を作れるよう努めている。		
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。	思い出の写真や好みの飾りを居室に飾るなどして頂くことで、安心して居心地よく過ごして頂けるように配慮しています。こまめにリネン類もかえることで気持ちもスッキリして頂けるようにしています。		
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。	個々の状況を把握した上で手すりが必要な方には手すりをつけたり、必要が無ければはずしたりと個々の状況に合わせて安全で自立した生活が送れるよう物の配置に配慮している。		

事業所名	グループホーム 鎌倉常盤の家
ユニット名	3号館

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させている。 (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。	○	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

			実施状況		
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。	理念の「すべては、利用者のありがとうのために」を共有し地域でのんびり、ゆっくりした生活を送って頂けるよう、そのために何が必要か検討しながら実践につなげている。		
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。	地元常盤会を通じ、季節ごとに行われる行事に参加し、特にお隣のピヨピヨ保育園さんとはお互いのイベントや行事に参加させていただき交流を深めている。		
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。	家族、ボランティア、他来館者は、ケアの様子を見る事が出来、質問も受けられ交流の機会もあり、随時の機会に理解や接遇などを伝え地域に貢献している。		
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。	会議では評価と取組みについて話し合い、出された意見をサービスに生かしている。メンバーからは「勉強になる」と感想も頂く。		
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。	市町村企画の会合には毎回参加するようにし、回を重ねる毎に関係者らと馴染みの関係が築かれている。介護職員の意識も高まり、更に協力関係が強くなるよう取り組んでいる。		

			実施状況		
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。	身体拘束に関する研修が入社時また定期的に行われる研修でも学ぶ機会があり、日々実践に努めている		
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。	社内研修により虐待防止に関する機会を設けている。その上で、管理者を中心に職員間で注意しあっている。		
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。	利用者に「成年後見制度」を利用している方がいる。対応が必要と思われる利用者がいる場合、随時職員に説明やアドバイスを行いながら利用者支援に結びつけている。		
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。	契約時重要事項説明は丁寧に行っています。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制の実際などについては詳しく説明し、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。	各フロアにご意見箱を設置している。ご家族には手紙や訪問時間問い合わせ、何でも言ってもらえるような雰囲気づくりに留意している。出された意見等はミーティングで話し合い、ケアプランに反映させている。		

			実施状況		
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。	管理者は現場に反映させるため月1回の職員会議を行い意見や提案を取り入れている。		
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。	個々の能力、特性や性格を把握し、それを活かせるよう仕事に取り組んでもらっています。働きやすい環境作りに努めています。		
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。	各種研修を受けるよう促しています。介護の基本を常に心掛けるようにしています。各資格の習得の啓蒙をしています。今年介護福祉士を3名取得しました。		
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。	情報交換会、勉強会はできるだけ参加しています。		
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。	利用者には傾聴、受容を心がけ、入居前の事前面談で生活状態を把握することに努め、信頼関係作りをしています。		

			実施状況		
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。	家族の方は初期段階では「早く慣れて欲しい」が大方の希望ではありますが、不安や要望などをよりよく傾聴しながら関係づくりに努めている。		
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。	入居前に生活履歴や個性などを聞いていて事業所の理念と家族の要望とのすり合わせを行い家族が必要としている支援を受容し他のサービス利用を含めた対応に努めている。		
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。	暮らしを共にする者同士お互いの距離感を大切にし「共に暮らす生活感」を大事にして理念に添った関係を構築しながら「大家族感」で過ごしている。		
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。	本人と家族の絆を一番に大事に考えています。家族は生活の場に居なくても心はいつも一緒であり共に本人を支えていく関係を築いている。		
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。	手紙や面会等を本人の希望に添える様支援している。これまでの関係が継続していけるよう馴染みの方々も訪問しやすいように親しみを込めた配慮をしながら外出や他の援助を行っている。		

			実施状況		
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。	日常の関わりの中でお互いの人間関係を可能な限り把握しトラブルを起こさないためにも職員が常に観察し話題など楽しい雰囲気誘導している。		
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。	新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性が損なわれないように、これまでの生活環境、支援内容、注意が必要な点について情報提供をし、きめ細かい連携を心がけている。		
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。	職員が入居者さんに積極的にかかわり悩み事また要望などを心を受け止められるよう日頃より努力している。		
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。	今までの育った生活環境等、コミュニケーションの関わりの中で把握しいかしている。具体的にはサービス計画、モニタリングもその一つの一環である。		
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。	日々のバイタルチェック又、声掛け等のコミュニケーションにより心身の状況の把握に努めている。残存機能を生かしお手伝い等を行っていただいている。		

			実施状況		
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。	日程を前もって決めて家族の要望又は日頃の本人の課題とする事を観察して定期的に現状課題の解決方向を検討している。		
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。	日々の一言一言の発言や行動などを個別サービス記録に残しては共有材料として見直し等に活かしている。体重測定、バイタルチェックも、その一環である。		
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。	マッサージの先生を頼んでいたり利用者の皆さんがこうして欲しいと頼まれる事に対して柔軟な支援のサービスに取り組んでいる。また、決められたサービスにしばられず柔軟に対応するよう取り組んでいる。		
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。	近隣の保育園との交流。施設でのラジオ体操時の地域住民の参加、地域のイベント事に参加する等で楽しい交流を実施している。		
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。	かかりつけの訪問診療医を月2回お願いしています。週1度来られる看護師さんに利用者様も体調に関するアドバイスを受けてたり家族の希望もしっかり聞いている。		

			実施状況		
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回看護師が訪問し職員が利用者の近況を報告し適切な受診が受けられるように訪問看護日誌をつけ、職員が閲覧するよう義務付け日々のケアにいかしている。		
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。	入院時面会等を定期的に行い又ご家族、医師と密に連絡を取り安心した治療や退院が出来るよう努力している。		
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。	契約時に看取りに関する（重度化した場合における対応）指針を説明して同意を得ています。重度化した場合には、同一法人の施設を含めて他の施設を紹介するなど情報を提供していません。また次が決まるまで継続して支援をしています。		
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。	常に定例会議などでマニュアル等を再確認、再チェックをし事故発生に備えている。		
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。	定期的に、消防署の立会のもとで昼夜を想定し消防避難訓練を行っています。防火管理自主点検記録票を作り自主確認しております。町内会には事業所、駐車場を災害的の一時避難所として提供しております		

		実施状況			
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。	ご本人の意向を伺いできるかぎりの希望に添う対応を心掛けている。入浴や排泄等の時も周囲に配慮し行動を選ぶように心がけている。		
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。	日々のコミュニケーションや動作等により利用者様の意思をくみ取れる様にしている。又その中で実現可能な事は行うようにしている。		
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。	利用者の行動を見て一人一人がそれぞれ違うペースで過ごされているためそれぞれに合った過ごし方を見守りながら支援する様にしている。		
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。	入浴等で服の着替えを選ぶ際はご本人に伺い選ぶようにしている。又定期的に美容師さんが来られ1人1人のご希望を聞きカットやカラーを楽しまれている。		
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。	日々の食事を観察し歯の弱い方には、おかずを細かく刻んで食べやすくしたり、軟らかさや大きさを作る時に利用者さんが食べ易くなるように気をつけている。		

			実施状況		
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。	利用者個別に毎日の摂取量をチェック表に記録し、個々に主治医より高カロリー補助食品を出してもらっている方もいるが、これだけに頼らず、嗜好品や食べやすいもの等でいろいろと工夫している。		
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。	毎食後に入れ歯の洗浄を行っています。歯磨きの見守りをして清潔保持に努めています。また、夕食後に入れ歯の方は預かりポリデント除菌をしている。		
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。	排泄チェック表を使用し、尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することにより、トイレで排泄が出来るよう支援している。		
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。	排泄チェック表を用い日々の様子を確認しています。便秘気味の方には食事療法を試みたり医師に確認の上で内服し様子を観察しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の希望に合わせて入浴が楽しめる様に支援しています。利用者様のご希望にそい定時以外でも臨機応変に対応しています。また、季節に合わせて菖蒲湯やゆず湯など行っています。		

			実施状況		
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。	夜間安眠ができるように日中はなるべく様々なリレーションを行うなどして、活動的に過ごして頂いています。夜間は眠れない利用者や徘徊される利用者のお話をできる限り伺い安心して入眠できるように努めている。		
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。	利用者が使用している薬剤は薬剤師と職員で二重チェックし徹底した管理を行い、一人一人の症状変化の確認に努めている。医療機関への相談も常に可能で医療と介護が協働する形で支援している。		
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。	コミュニケーションの中で嗜好品、趣味等を見つけるようし、利用者の方々が長年に渡り培われてきた経験等も活かした役割分担や気分転換ができる様に支援している。		
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。	天気の良い日は寒暖差などの気温にも留意して散歩を実施するようにしている。今後はより一層利用者の希望にそって外出が実施できるよう家族との協力をえて実施していきたい。		
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。	金銭管理は職員が行っており基本的には生活必需品の購入程度ですが本人から要望が出た際には可能な限り用意出来るように考えている。		

			実施状況		
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。	日々の状況や利用者の声を毎月1回職員の方からお手紙を出しています。また数は多くはありませんが要望があれば家族の方へ電話も行っています。		
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。	季節感を感じて過ごして頂くため毎月テーマを決め、飾りを皆で製作し飾りつけつことで目で楽しむ空間作りを行っている。利用者に伺いながら空調もこまめに調整し体感的にも居心地いいものになるよう心がけています。		
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。	利用者様同士の人間関係も考慮して定期的に席の配置を変えている。又外や居室に誘導する事により1人の空間を作れるよう努めている。		
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。	思い出の写真や好みの飾りを居室に飾るなどして頂くことで、安心して居心地よく過ごして頂けるように配慮しています。こまめにリネン類もかえることで気持ちもスッキリして頂けるようにしています。		
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。	個々の状況を把握した上で手すりが必要な方には手すりをつけたり、必要が無ければはずしたりと個々の状況に合わせて安全で自立した生活が送れるよう物の配置に配慮している。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム鎌倉常盤の家

作成日： 平成28年10月18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	4	現在ご家族が来所された際は出来る限り意見や要望を聞くようにしているが、来所されていないご家族の方の意見や要望を聞くことが出来ない。	来所されていないご家族にも意見や要望を聞き、より良いホームにしていく。	開催が2ヶ月1度なのでご家族に声かけをして運営推進会議に参加いただく事や、その場で意見や要望を発言していただける事や半年に1度今回の外部評価のような無記名アンケートを出し評価してもらう	12ヶ月
2	49	現在近隣への散歩や買い物、ホーム駐車場での外気浴や季節によっては鎌倉の神社へ等へは行ったりはしているが、本人が希望した際の外出があまり出来ていない。	出来る限り本人の希望に合った外出を今まで以上に増やす	ご本人の意見を聞き出来る限り外出できるよう職員も支援する。、職員の支援が難しい場合はご家族とも協力し外出できるようにする	12ヶ月
3	35	災害時に地域の方の協力をお願いをしているが実際の災害時助けていただける体制が十分に整える事が出来ていない。	災害発生時に地域の方と連携し常盤の家の被害を出来る限り最小限に出来る体制を整える。	現在行っている運営推進会議の場でのご協力のお願いは継続する。年2回の消防訓練にも地域の方の参加を呼びかけ参加していただき災害の際の対応等を知っていただき災害時少しでも多く手助けしていただけるようお願いをする。非常災害対策計画を作成し避難訓練を定期的実施する。	12ヶ月
4					ヶ月