

平成26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	1475100838	事業の開始年月日	平成17年11月1日	
		指定年月日	平成17年11月11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新川崎			
所在地	( 212-0054 )			
	神奈川県川崎市幸区小倉3丁目12-2			
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	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成27年1月8日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月1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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1475100838&amp;SVCD=320&amp;THN0=14130">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1475100838&amp;SVCD=320&amp;THN0=14130</a>
----------	---

### 【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)】

ご利用者様皆様が安心して暮らせる様な環境づくりを目指しています。ご利用者様の心情に寄り添い、不安を解消出来るようにまず傾聴することを第一としています。その上で毎日のレクリエーションや、外出・散歩・買い物などで好きな事ややりたいことを続けられる様な支援を行っています。また、庭にある畑での園芸や農作業は、役割や達成感につながっています。職員のペースで動いてもらうのではなく、ご自分で行動を選択し決定出来る様な余裕ある生活リズムを目指しています。特に今年度はレクに力を入れており、苔玉づくりや絵葉書・セラバンド体操など定期的に行っています。

### 【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27年2月20日	評価機関 評価決定日	平成27年4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新川崎駅からバスで約5分「小倉」バス停より徒歩3分、あるいは新川崎駅から徒歩15分ほどの住宅街の中にあります。周囲は古くからの住宅、新しい住宅、工場やマンションなどの混在する地域となっています。

<優れている点>

事業所の理念に「心つないで手をくんで 笑顔とありがとうで つながる地域の輪」を掲げ、利用者が自然な笑顔を浮かべることができるような、地域に開かれた事業所をめざしています。職員は利用者との日常的な会話の中から利用者の思いや意向、得意とする事を様々なレクリエーションに取り入れ利用者の笑顔に繋げています。また、事業所は町内会行事に参加したり、地域住民を事業所内に招待したり、認知症の講習会を開催したりして、地域の住民とつながりを持ち、事業所への理解が深まるよう努め、理念の実践に繋げています。地域住民のみならず近隣の他福祉施設との協力関係を築き利用者が地域の中に溶けこんだり、理解される方策を一緒に考えています。

<工夫点>

より良いケアを行い、利用者の人権を守るため、身体拘束廃止委員会を開催しています。介護の仕方に疑問が有る時、不安に感じた時は「これって拘束かな？」と基本に帰って考えています。声掛け一つで利用者の気持ちを和らげることができると考え、退勤時、身体拘束に対する自己チェック表をつけたり、会議やミーティングなどで振り返りを行い、より良いケアに繋げることができる体制を整えています。

### 【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新川崎
ユニット名	1階

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、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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	職員全員で理念を考え、ホーム内に掲示して意識付けをしている。定期的に理念を作り変えている。	1年ごとに、理念の変更を行っています。全職員から、事業所は地域の一員という考えを基本に、募集していません。採用された理念は利用者に毛筆で書いてもらい、事業所内に掲示し理念の共有と実践を図っています。	
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。	町内会の一員として、敬老会や避難訓練など参加出来るものは参加させて頂いている。地域包括センターの勉強会に参加し、地域の情報を得ている。	町内会に加入し敬老会、避難訓練、1年に2回行われる合同ゴミ掃除などに参加するとともに、事業所内の避難訓練や夏祭りに地域の住民を招待しています。地域の他福祉施設との交流を図り、勉強会を行ったり情報交換を行っています。	
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。	町会行事などの交流時に認知症についての質問に答えたり、運営推進会議の際に民生委員の方にお話するなどしている。		
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。	2カ月に1回開催し、ご利用者様の状態やイベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスなど頂き改善や疑問点の解消に繋げている。例年、出席率がとても低いことが難点。	2カ月に一度、運営推進会議を行っています。会議では区の担当者から介護認定更新時の注意点や現状のアドバイスを受けています。会議への出席者が少ないこともあり、3月からは交流や情報交換を兼ねて他福祉施設の管理者の出席も予定しています。	
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。	利用者様に生活保護受給者が多いのもあり、保護課の担当者とは綿密に連絡が取れている。また、運営推進会議に来て頂くこともあり情報交換を行っている、	利用者の状態の報告や今後の対応などについて、区担当者と日頃から連絡を密にとっています。社会福祉協議会の研修に参加したり地域包括支援センターで認知症についての講習会を開催したりして、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。	身体拘束をしないケアについて、毎月身体拘束廃止委員会を開催し拘束のないケアに取り組んでいる。玄関入口以外は施錠していない。	より良いケアを目指し、毎月身体拘束廃止委員会を開催しています。事業所内に「大声を出さない」などの具体的な行為（14項目）を記載したチェック表を掲示したり、3か月間、毎退勤時に自己チェックを記入したりし職員の身体拘束に対する理解を深めています。	
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逃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。	どのような行為・声かけが虐待につながるかを、身体拘束廃止委員会で話し合っている。		
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。	管理者・フロア長とも会社内研修や外部の研修に参加している。利用者様2名が後見制度を利用している為、後見人と話し合い、よりよい支援が出来るよう努めている。		
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。	契約書の説明には時間をかけ利用者様ご家族の心配が解消されるよう努めている。またリスクや緊急時の協力についても同意頂いている		
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。	家族会や面会時の聞き取りなどから、ご家族の意見・要望を得てホームの運営に反映させている。すぐに会議などで改善案を練り対応している。	2ヶ月に1回、イベントごとに開催する家族会や面会時に家族の意見を聞いています。家族からは職員の接遇などに対しての意見が出ています。出された意見は、接遇研修を行ったり、細かく申し送りノートに記載したりして対応しています。	

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
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。	毎月の会議やカンファレンスで、業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。管理者は職員とコミュニケーションを日常的に取り、思いを引き出す様にしている。	フロア会議やカンファレンスなどで職員の意見や提案を聞いています。職員からは1階と2階の職員の情報共有や手伝いの分担表、経費の削減についての対応策などの意見が出ています。管理者は職員とのコミュニケーションを絶やさないよう気を付けています。	
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。	コミュニケーションを良く取ることで不満や悩みがないか確認している。フロア長とも情報を共有することでメンタルヘルスの管理に繋げている。		
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。	新人6ヵ月研修や中途入社説明会を本社・神奈川本部で行っている。研修の種類・量も多く、積極的に参加するよう働きかけている。		
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。	地域包括センターが主催する勉強会・サロンに定期的に参加しており、近隣事業所とイベントや運営推進会議などを共同で開催するような案が出ている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前の面談でご本人やご家族の話を伺い、入居時の介護計画書に反映させている。		

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
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。	入居前にご家族の話をお聞きして、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。		
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。	その方にあったサービスを提供できるようアセスメントをしっかり取っている。訪問看護やリハビリマッサージ、シニアセラピー等必要時は提案し、ご家族の要望や同意の元サービス提供に繋げている。		
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。	職員が利用者に対して介護するだけではなく、職員と利用者が一緒に家事や手伝いを行うことで、お互い助け合う信頼関係を築いている。		
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。	行事や家族会などで面会の機会を作ったり、通院対応や緊急時などご家族の協力も得ている。ご家族から過去の生活を伺うことで、ケアに活かせるようにもしている。ご自宅で使っていた物品やアルバムなど思い出の品物は持って来て頂くようお願いしている。		
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。	近くの施設に奥様が入所されている利用者様には1ヵ月に1回ほどの面会援助を行っている。	月1回、近くの施設に入所している家族に会いに行く利用者には同行支援を行っています。開設後10年経過したこともあり、歌や踊り、楽器演奏などのボランティア、散歩途中の顔見知りなどの新しい馴染みの関係ができつつあります。	

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。	生活の中で家事やお手伝い、レクリエーションを皆で行うことで助け合える関係を作っている。出来ないことを他者が助ける事で笑いがあふれる明るいホームへ繋がっている。		
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。	退去後もご家族にイベント参加をして頂くなど交流がある。グループ内の他事業所に転居された方もおり、面会に伺ったり、ケアについて必要な情報を伝えるなど行っている。		
<b>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</b>					
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。	その利用者様が望まれる生活が送れるように意向を把握し、自己実現が出来る用個別ケアをしている。	利用者の日常生活動作の低下に伴い、職員は利用者の健康を守るための体調管理に注意して、介護支援を行っています。利用者が望む生活を送ることができるよう、できる限り思いや意向の把握に努め、楽しんだり体を動かしたりの個別ケアを行っています。	
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。	まずはご家族から生活歴を伺うことのほか、ホームでのご様子やコミュニケーションの内容から情報を集めて記録に残し、情報共有している。		
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。	日々の生活がアセスメントだと捉え、そこで得られた情報をカンファレンスやフロア会議で話し合い、ケアの内容や方向性に活かしている。		

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。	カンファレンスでは、医療関係者として看護師にも出席して頂くこともある。	モニタリング時に居室担当者から意見を聞いたり、看護師から医療面での注意事項を聞いて、6ヶ月毎のケアプラン作成を行っています。家族の意向は面会時や一言通信で利用者の様子を伝え家族の意向を確認しています。	
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。	利用者様の様子・気づきを生活記録やヒヤリハット、申し送りノートに記入し情報共有してケアに活かしている。		
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。	必要に応じて皮膚科の訪問診療なども取り入れている。		
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。	毎年2階消防訓練を開催しており、地域の方にも参加して頂けるよう町内会を使って告知している。		
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。	入居時にご本人及びご家族へ説明し、原則ホームの往診医をかかりつけ医としている。以前からの病院に受診する時も往診医と連携してデータの共有を図っている。	本人及び家族が希望している「かかりつけ医」に受診する時は、ホーム提携医のデータ共有も行います。入居時には、ホーム施設提携医の往診状況などを紹介し、他に歯科医・歯科衛生士（口腔内清掃）薬剤師の服薬管理指導なども勧めています。	

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。	週に一度の医療連携看護師との間で個々の健康に関する訪問看護記録用紙を用い、適切な看護を受けられる様にしている。		
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。	入院時には介護サマリーを提供する事で現状を報告したり、電話や訪問を行う事で相手先機関との情報交換を行っている。		
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、事業所の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。	主治医、ご家族立会いのもと、ご家族に説明をし、意向をふまえた上、看取り介護計画を作成し、職員にも終末期に向けた話し合いを行いチームで支援している。	昨年12月に事業所として約3カ月間の看取り支援を行っています。家族からは「本当によかった」と大変感謝されています。この体験をした職員からは、医師・看護師が身近にいる病院での看取りの方が良かったのではないかと問い掛けもありました。	
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。	夜間想定避難訓練、AED取扱訓練等を実施している。定期的開催していきたい。夜間時の救急対応についてもマニュアルを作成している。		
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2回の避難訓練を行っている。ホーム近隣在住の職員が多く、連絡網の活用によって、すぐに駆けつけられる様な体制は得られている。また、ホーム内に備蓄品も備えている。	年2回、消防署の指導で総合訓練を行っています。2階も内階段を使って屋外へ避難するよう指導があり、手作り担架などを使用しての運搬方法の訓練も行っています。地域の方の参加もありましたが2度目は残念ながら欠席となっています。	地域との密接な連携強化を目指し成果を挙げていますが、今一歩徹底を欠いています。民生委員など地域の協力者を通じて、粘り強く町内会長などとの連携強化を期待します。

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉がけをしている。又入室時には必ずノック、声かけをする等当たり前事に徹底している。言葉がけ、声かけに関してはフロア会議でも話し合う事で意識向上に努めている。	月1回のフロア会議で、その人に置き換えて考えた行動や、声掛けをすることをテーマに繰り返し討議しています。プライバシーの確保については、職員からも誓約書の提出を受け細心の注意を払っています。フロア長も外部の研修会に参加しています。	
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。	ご本人が気兼ねなく希望等意思表示出来る様に傾聴する事で信頼関係を築いている。意思表示の難しい方には、選択方法にする等、可能な方法を探したり、表情や仕草等から希望の支援が出来る様に努めている。		
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。	入浴や外出、レクリエーション等、その時の状況と利用者との話し合いの中で、その日の支援を行っている。利用者様の希望が出来るだけ叶う様にお聞きしている。		
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。	2ヶ月に一度の訪問理容で、身だしなみに気を掛けている。ご本人の好きな服を着られる様に選んで頂いている。夏物冬物などの整理も職員が行っている。		
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。	準備や片付けはその方の能力に合った作業を職員と共に行っている。食事職員と共に食べる事で会話を楽しみながら行っている。畑で取れた野菜が食卓に上がる事で楽しみの一つになっている。	食材は業者から購入しています。調理は調理師2名を配置し職員の負担を軽減させ、担当業務に専念しやすくしています。利用者は準備や片付けを手伝っています。外食も2ヶ月に1回程度開催しています。大根の漬物作りなど「作る楽しみ」もあります。	

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。	栄養士の献立のもと、必要な食事量、水分量を個々の状態に合わせた形態でお出ししている。水分制限糖質制限がある方については、主治医の指示の元職員が管理している。		
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。	毎食後必ず声かけを行い口腔ケアを行っている。能力に応じ、見守り、介助等を行っている。義歯や残存歯等の問題が出てきた時は、歯科医に繋げている。		
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各利用者のパターンを把握している。おむつ任せにせず、トイレでの排泄を大切にしながら、声かけ、又は誘導を行っている。	全員の排泄チェック表を作成し、排泄パターンの把握ができています。オムツの着用は約半数ありますが、全員トイレへの誘導を心掛けています。夜間も利用者が起き上がるとセンサーライトが付きナースコールが職員に知らせトイレへ誘導します。	
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。	乳製品の摂取を増やしたり、入浴や体操などで胃腸が動くように取り組んでいる。張りがあるときなどは往診医や医療連携看護師にチェックしてもらっている。		
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。	基本的に全員週2～3回の入浴の機会を作っているが、乾燥肌だったり入浴が好きな方にはなるべく入ってもらえる様にしている。入浴拒否がある方には、人を変えたり声かけに工夫したりしている。	1日2～3名の入浴を支援しています。リフト浴を必要とする場合は1階の浴室を使用しています。脱衣場には、入浴後の「塗布軟膏リスト」も掲示し、きめ細かな対応をしています。入浴を拒否される人には粘り強く説得しています。	

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
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。	基本的に自由に休息して頂いているが、夜間不眠にならない様にパターンを把握し管理している。臀部に褥創が出来やすい方は、毎日横になる時間を作り、圧迫から褥創が出来るのを予防している。		
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。	往診医・薬剤師から副作用については説明を受けている。薬情ファイルを保管しており、副作用を疑った時はすぐ照らし合わせられるようにしている。		
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。	役割を持ち自身を持って動かれている方、レクリエーションに参加され楽しまれている方、のんびり過ごすのが好きな方など、自由に過ごしている。職員側から好みに応じたレクや手伝い等提案している。		
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。	天候に合わせ、週1～2回は外出出来るように心がけている。利用者様の状態に合わせ、外気浴から長めの散歩まで、なるべく外の空気が吸えるようにしている。人員が足りないとなかなか行けない時がある。	外出は、外食や花見などの遠出、付近での散歩（施設周辺、小倉神社、公園など）と庭の畑で野菜作り、事業所付近での外気浴など、体を動かしています。隔週の水曜日には、インストラクターの指導で体操教室を楽しんでいます。	
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。	現金に関してはホームの管理となっている。買い物に行き、本人に買いたいものを選んでもらう、選択するという機会は作っている。		

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。	利用者から要望があれば、事務所内の電話を利用出来る様になっている。ご家族からの電話の取次ぎも行っている。年賀状を毎年送っている。		
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。	トイレや浴室等分かりやすい様に手作りの目印を貼っている。レクレーションにて季節感を取り入れた作品を制作し、季節毎に展示している。冷暖房はホームが管理し、最適な温度になる様にしている。	1階2階とも一番奥に厨房と隣接して居間があり、大きな窓からの採光も充分です。トイレも3か所用意され、清掃も十分保たれています。廊下壁面、居室入口などには利用者手作りの作品が飾られ、行事で楽しんだ笑顔の写真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。	フロアテーブルだけでなく、フロアソファや玄関の椅子など、好きな場所で寛げるようになっている。天気の良い時は外でお茶をしたり、なるべく快適に過ごして頂くようにしている。		
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。	ご本人が手作りした作品や、好きな写真等を飾る事で心地よく過ごせる様に配慮している。安全にも配慮し、クッションマットを敷いたりしている。	居室のクローゼット・タンス・洗面台・カーテンは施設備付けです。床には転倒時の危険を和らげるマットが敷かれ、利用者は「安心骨ガード」を腰の両側に貼り転倒時の衝撃をガードしています。室内には、馴染みの品なども置いています。	
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。	トイレ、浴室等に目印を貼る以外に、職員がまず見守りをしながら、転倒に繋がらない様な、物の配置への工夫を行っている。		

事業所名	グループホームみんなの家新川崎
ユニット名	2階

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、生き生きと働いている。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	職員全員で理念を考え、ホーム内に掲示して意識付けをしている。定期的に理念を作り変えている。		
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。	町内会の一員として、敬老会や避難訓練など参加出来るものは参加させて頂いている。地域包括センターの勉強会に参加し、地域の情報を得ている。		
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。	町会行事などの交流時に認知症についての質問に答えたり、運営推進会議の際に民生委員の方にお話するなどしている。		
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。	2カ月に1回開催し、ご利用者様の状態やイベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスなど頂き改善や疑問点の解消に繋げている。例年、出席率がとても低いことが難点。		
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。	利用者様に生活保護受給者が多いのもあり、保護課の担当者とは綿密に連絡が取れている。また、運営推進会議に来て頂くこともあり情報交換を行っている、		

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
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。	身体拘束をしないケアについて、毎月身体拘束廃止委員会を開催し拘束のないケアに取り組んでいる。玄関入口以外は施錠していない。		
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。	どのような行為・声かけが虐待につながるかを、身体拘束廃止委員会で話し合っている。		
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。	管理者・フロア長とも会社内研修や外部の研修に参加している。利用者様2名が後見制度を利用している為、後見人と話し合い、よりよい支援が出来るよう努めている。		
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。	契約書の説明には時間をかけ利用者様ご家族の心配が解消されるよう努めている。またリスクや緊急時の協力についても同意頂いている		
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。	家族会や面会時の聞き取りなどから、ご家族の意見・要望を得てホームの運営に反映させている。すぐに会議などで改善案を練り対応している。		

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。	毎月の会議やカンファレンスで、業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。管理者は職員とコミュニケーションを日常的に取り、思いを引き出す様にしている。		
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。	コミュニケーションを良く取ることで不満や悩みがないか確認している。フロア長とも情報を共有することでメンタルヘルスの管理に繋げている。		
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。	新人6ヵ月研修や中途入社説明会を本社・神奈川本部で行っている。研修の種類・量も多く、積極的に参加するよう働きかけている。		
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。	地域包括センターが主催する勉強会・サロンに定期的に参加しており、近隣事業所とイベントや運営推進会議などを共同で開催するような案が出ている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前の面談でご本人やご家族の話を伺い、入居時の介護計画書に反映させている。		

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
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。	入居前にご家族の話をお聞きして、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。		
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。	その方にあったサービスを提供できるようアセスメントをしっかり取っている。訪問看護やリハビリマッサージ、シニアセラピー等必要時は提案し、ご家族の要望や同意の元サービス提供に繋げている。		
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。	職員が利用者に対して介護するだけではなく、職員と利用者が一緒に家事や手伝いを行うことで、お互い助け合う信頼関係を築いている。		
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。	行事や家族会などで面会の機会を作ったり、通院対応や緊急時などご家族の協力も得ている。ご家族から過去の生活を伺うことで、ケアに活かせるようにもしている。ご自宅で使っていた物品やアルバムなど思い出の品物は持って来て頂くようお願いしている。		
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う、支援に努めている。	近くの施設に奥様が入所されている利用者様には1ヵ月に1回ほどの面会援助を行っている。		

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
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。	生活の中で家事やお手伝い、レクリエーションを皆で行うことで助け合える関係を作っている。出来ないことを他者が助ける事で笑いがあふれる明るいホームへ繋がっている。		
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。	退去後もご家族にイベント参加をして頂くなど交流がある。グループ内の他事業所に転居された方もおり、面会に伺ったり、ケアについて必要な情報を伝えるなど行っている。		
<b>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</b>					
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。	その利用者様が望まれる生活が送れるように意向を把握し、自己実現が出来る用個別ケアをしている。		
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。	まずはご家族から生活歴を伺うことのほか、ホームでのご様子やコミュニケーションの内容から情報を集めて記録に残し、情報共有している。		
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。	日々の生活がアセスメントだと捉え、そこで得られた情報をカンファレンスやフロア会議で話し合い、ケアの内容や方向性に活かしている。		

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。	カンファレンスでは、医療関係者として看護師にも出席して頂くこともある。		
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。	利用者様の様子・気付きを生活記録やヒヤリハット、申し送りノートに記入し情報共有してケアに活かしている。		
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。	必要に応じて皮膚科の訪問診療なども取り入れている。		
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。	毎年2階消防訓練を開催しており、地域の方にも参加して頂けるよう町内会を使って告知している。		
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。	入居時にご本人及びご家族へ説明し、原則ホームの往診医をかかりつけ医としている。以前からの病院に受診する時も往診医と連携してデータの共有を図っている。		

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
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。	週に一度の医療連携看護師との間で個々の健康に関する訪問看護記録用紙を用い、適切な看護を受けられる様になっている。		
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。	入院時には介護サマリーを提供する事で現状を報告したり、電話や訪問を行う事で相手先機関との情報交換を行っている。		
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。	主治医、ご家族立会いのもと、ご家族に説明をし、意向をふまえた上、看取り介護計画を作成し、職員にも終末期に向けた話し合いを行いチームで支援している。		
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。	夜間想定避難訓練、AED取扱訓練等を実施している。定期的開催していきたい。夜間時の救急対応についてもマニュアルを作成している。		
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2回の避難訓練を行っている。ホーム近隣在住の職員が多く、連絡網の活用によって、すぐに駆けつけられる様な体制は得られている。また、ホーム内に備蓄品も備えている。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉がけをしている。又入室時には必ずノック、声かけをする等当たり前事に徹底している。言葉がけ、声かけに関してはフロア会議でも話し合う事で意識向上に努めている。		
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。	ご本人が気兼ねなく希望等意思表示出来る様に傾聴する事で信頼関係を築いている。意思表示の難しい方には、選択方法にする等、可能な方法を探したり、表情や仕草等から希望の支援が出来る様に努めている。		
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。	入浴や外出、レクリエーション等、その時の状況と利用者との話し合いの中で、その日の支援を行っている。利用者様の希望が出来るだけ叶う様にお聞きしている。		
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。	2ヶ月に一度の訪問理容で、身だしなみに気を掛けている。ご本人の好きな服を着られる様に選んで頂いている。夏物冬物などの整理も職員が行っている。		
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。	準備や片付けはその方の能力に合った作業を職員と共に行っている。食事も職員と共に食べる事で会話を楽しみながら行っている。畑で取れた野菜が食卓に上がる事で楽しみの一つになっている。		

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。	栄養士の献立のもと、必要な食事量、水分量を個々の状態に合わせた形態でお出ししている。水分制限糖質制限がある方については、主治医の指示の元職員が管理している。		
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。	毎食後必ず声かけを行い口腔ケアを行っている。能力に応じ、見守り、介助等を行っている。義歯や残存歯等の問題が出てきた時は、歯科医に繋げている。		
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各利用者のパターンを把握している。おむつ任せにせず、トイレでの排泄を大切にしながら、声かけ、又は誘導を行っている。		
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。	乳製品の摂取を増やしたり、入浴や体操などで胃腸が動くように取り組んでいる。張りがあるときなどは往診医や医療連携看護師にチェックしてもらっている。		
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。	基本的に全員週2～3回の入浴の機会を作っているが、乾燥肌だったり入浴が好きな方にはなるべく入ってもらえる様になっている。入浴拒否がある方には、人を変えたり声かけに工夫したりしている。		

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
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。	基本的に自由に休息して頂いているが、夜間不眠にならない様にパターンを把握し管理している。臀部に褥創が出来やすい方は、毎日横になる時間を作り、圧迫から褥創が出来るのを予防している。		
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。	往診医・薬剤師から副作用については説明を受けている。薬情ファイルを保管しており、副作用を疑った時はすぐ照らし合わせられるようにしている。		
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。	役割を持ち自身を持って動かれている方、レクリエーションに参加され楽しまれている方、のんびり過ごすのが好きな方など、自由に過ごしている。職員側から好みに応じたレクや手伝い等提案している。		
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。	天候に合わせ、週1～2回は外出出来るように心がけている。利用者様の状態に合わせ、外気浴から長めの散歩まで、なるべく外の空気が吸えるようにしている。人員が足りないとなかなか行けない時がある。		
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。	現金に関してはホームの管理となっている。買い物に行き、本人に買いたいものを選んでもらう、選択するという機会は作っている。		

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。	利用者から要望があれば、事務所内の電話を利用出来る様になっている。ご家族からの電話の取次ぎも行っている。年賀状を毎年送っている。		
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。	トイレや浴室等分かりやすい様に手作りの目印を貼っている。レクレーションにて季節感を取り入れた作品を制作し、季節毎に展示している。冷暖房はホームが管理し、最適な温度になる様にしている。		
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。	フロアテーブルだけでなく、フロアソファや玄関の椅子など、好きな場所で寛げるようになっている。天気の良い時は外でお茶をしたり、なるべく快適に過ごして頂くようにしている。		
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。	ご本人が手作りした作品や、好きな写真等を飾る事で心地よく過ごせる様に配慮している。安全にも配慮し、クッションマットを敷いたりしている。		
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。	トイレ、浴室等に目印を貼る以外に、職員がまず見守りをしながら、転倒に繋がらない様な、物の配置への工夫を行っている。		

平成26年度

## 目標達成計画

事業所名 GH新川崎

作成日： 平成 27年 5月 25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	3	ご家族様の会議の出席率が低い。また固定化している。1階利用者のご家族の出席がほとんどない状態。住民代表等地域の方々の出席も少ない。	ある程度の継続した参加率を目指す。	一言通信での案内だけではなく、ご家族様が面会にいらした時に声掛けし、運営推進会議へ一度来て頂けるようお願いする。興味を持って頂ける様な働きかけ。何曜日なら空いているか等スケジュールリングを図っていく。家族会と合わせる等工夫する。	12ヶ月
2	12	重度化・看取りの研修を行うことがなかなか出来なかった。職員間に経験や知識の持っているものの差がある。	重度化・看取りについての理解を少しずつ職員へ広めていく	自社・外部の研修へ参加。または看護師などによるホーム内研修を開き勉強する。現在入居中の利用者様が重度化した場合、看取りへと繋がった場合のケースワークを行う。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月