

## 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         | 1475301071                                       | 事業の開始年月日       | 平成18年3月1日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成18年3月1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 川崎久地                                |                |           |
| 所在地           | ( 〒213-0032 )<br>神奈川県川崎市高津区久地2-12-22             |                |           |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護             | 登録定員           | 名         |
|               | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 通い定員           | 名         |
|               |  | 宿泊定員           | 名         |
|               |  | 定員計            | 18名       |
|               |  | ユニット数          | 2ユニット     |
| 自己評価作成日       | 平成24年11月16日                                      | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成25年2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 |  |
|----------|--|

### 【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)】

ホーム理念に掲げている一節「笑顔でより楽しい毎日を」の「笑顔」を第一に考え、レクリエーション（個別、合同）に力を入れている。  
隔月で開催している1、2階合同食事会、フロア毎の調理レクでは食べたい物を自分達で完成させるので楽しさと満足感を感じて頂いている。  
個別レクとして蕎麦屋やケーキ屋、美容室や焼肉店へ出掛ける事により、外出する楽しみを持ち続けて頂いている。  
集団生活であるが、地域との繋がりを大切にしながら個別外出、レクリエーションを充実させ、ご利用者様に主体的な生活を送って頂ける様自立支援を行っている。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |               |            |
|-------|-----------------------|---------------|------------|
| 評価機関名 | ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部  |               |            |
| 所在地   | 神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207 |               |            |
| 訪問調査日 | 平成24年12月7日            | 評価機関<br>評価決定日 | 平成25年1月21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)】

<事業所の優れている点>  
◇地域との交流の中で、町内会との共催で行事の開催、地域の一員とし「緑と花の町作り」の一環として水遣り、地域住民によるボランティアの積極的な受入れなど行なっています。  
◇「身体拘束ゼロの推進」（文書）の掲示、詳細多岐にわたるチェック項目のあるシートを用いて3ヶ月毎にチェックを行ない、身体拘束をしないケアの実践に努めています。  
◇家族や利用者の意向を年6回の運営推進会議、同じく年6回の家族会、家族の来訪時、介護計画作成時などを活用し、ホームでは家族や利用者の意見、要望を把握し日常の運営に反映させるように努めています。

<事業所が工夫している点>  
◇一人ひとりの人格の尊重、プライバシーの確保のために、フロア会議等で勉強会を行なっています。また、毎日3回運営理念と同時に言葉遣い（接遇）に関する文書を唱和し職員は利用者の誇りやプライバシーを損なわないように支援しています。  
◇全員参加型の遠出の外出ではなく、ホームでは個別の外出支援に努めています。理容・美容院、食堂、日用雑貨の買い物、近隣の公園などへの日常的に行なっています。

### 【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 川崎久地 |
| ユニット名 | 1階・2階フロア          |

| V アウトカム項目   |   |                |
|---|---|----------------|
| 56<br>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。<br>(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  |
|   |   | 3. 利用者の1/3くらい  |
|   |   | 4. ほとんど掴んでいない  |
| 57<br>利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(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<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(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<br>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。<br>(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<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(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<br>利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過させている。<br>(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<br>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、安心して暮らしている。<br>(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<br>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。<br>(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<br>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。<br>(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<br>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。<br>(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<br>職員は、生き活きと働いている。<br>(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<br>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<br>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<br>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                     | 本年度の事業所目標として理念の徹底を掲げている。玄関、スタッフルームに事業所理念、会社理念を掲示し、申し送りの際唱和、共有し、日々の実践に繋げている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の理念に基づきグループホーム独自の理念「昨日、今日、明日を考え笑顔でより楽しい毎日」を定めている。理念は1日3回申し送りの際唱和を行い周知を図っている。</li> <li>・職員は利用者に笑顔で寄り添い毎日が楽しく過ごせるように支援している。</li> </ul>     |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                     | 町内共同のプランター管理、地域清掃活動参加や、子供会共催流し素麺大会、神輿祭り等、地域の一員として積極的に交流している。                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・町内会に入会し、町内会行事に積極的に参加している。また、町内会（子ども会）との共催で行事を行っている。</li> <li>・近隣の特養（恵楽苑）でホーム長が認知症の講師を行なっている。</li> <li>・音楽、傾聴、腹話術のボランティアを受入れている。</li> </ul> |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                   | 子供会共催行事や、日々の外出での挨拶からの関わりの中で、ご利用者様と実際にコミュニケーションを取る中から理解を深めて頂ける様努力している。       |  |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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ヶ月に一度近隣施設久地2と共催でご家族様、地域包括、町内会長、民生委員の方々に参加して頂き、活動報告、意見交換の中から支援の向上に繋がっている。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議は2ヶ月に1回、同業のグループホームとの合同で行い、地域の人に事業所の実情を直接知る機会になっています。</li> <li>・最近の会議で地域の行事への誘い、また、避難訓練への参加依頼などが出席する予定になっています。</li> </ul>             |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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            | 区役所の職員とは介護保険や生活保護に関する相談等で密に連絡を取り合っている。又、来訪時には実際に見て頂く中で取組みを伝えている。            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の介護認定更新時期の職員との連絡、また、高津区のケースワーカーが定期的に来訪し利用者の相談相手になったり、ホームの実態を把握してもらっている。</li> <li>・運営推進会議録を地域包括支援センター経由で送付している。</li> </ul>               |                   |

| 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<br>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 | 身体拘束をしない事を前提としている。事業所内に身体拘束委員会を設置し、月1回の勉強会の中で理解を深めている。又、身体拘束に関するチェックシートを使い、3ヶ月に1回身体拘束の有無を確認している。 | ・グループホームでは身体拘束に関するマニュアルを使用して、毎月勉強会を行ったり、文書「身体拘束ゼロ推進」を掲示し身体拘束をしないケアに努めている。また、玄関前の交通量が多いため、万が一の事故に備え玄関は施錠している。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 法人内の安全対策委員会や研修にて学ぶ機会を有している。又、研修に参加した職員からの持ち帰り研修、配布された資料の回覧にて周知させている。                             |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 法人で開催されているセミナーの開示。参加できる体制がある。  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 各契約時十分に説明を行い、その後疑問点をお伺いして納得して頂けるまで説明をしている。又、契約時以外でも随時質問を受け付け、不安なく理解して頂ける様努めている。                  |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 家族会や電話でのやり取り、ご家族様来訪時にご利用者様の近況報告をし、ご希望や意見があればお伺いし、取り入れ、反映させ続けている。                                 | ・職員は利用者や家族との会話や家族の来訪時、家族会、運営推進会議などで意見、要望など聴くようにしている。出された意見、要望はその都度検討し事業運営に反映させている。                           |                   |

| 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 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 管理者はフロア会議、個人ヒアリングを通して職員の意見や提案を聞き、反映させている。又、代表者に直接意見を提出出来る「意見箱」「メールアドレスの設定」もされている。 | ・管理者は毎月行っているフロア会議や申し送りノートや年1回行っている個人面談などで職員の意見を引き出すようにしている。<br>・職員から歩行訓練の手助け用に踏み台の提案があり、早速実施している。 |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 1年に2回の人事考課を通し、各職員の頑張りを平等に評価する事で各自のやる気、向上心へと繋げている。パート職員から正社員、正社員からフロア長への昇格実績あり。    |   |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 法人内には職員の成長に合わせた研修（フォローアップ研修）がある。その他各種研修が設定されており働きながら必要に応じて学べる環境を有している。            |   |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者が同業者他法人へ認知症の講演を行う等交流、ネットワーク作りを開拓している最中である。                                     |   |                   |
| 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<br>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        | コミュニケーションの中で傾聴を前提としてご本人様の意志・思いを尊重するように努め、問題点があればカンファレンスを行いより良い信頼関係作りに努めている。       |   |                   |

| 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<br>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     | 入居時に十分な時間を設けてご家族様の話を傾聴している。又、来訪された際は声掛けを欠かさず、話をする機会を必ず設けるようにしている。               |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | サービス利用前にご本人様、ご家族様との面談を入念に行う中で必要としている支援の見極めを行っている。又、ご利用者様の状態を見て適宜カンファレンスを実施している。 |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | ご利用者様を生活の主体として認識し、ADLを踏まえ、出来る事は行って頂き、感謝の気持ちを伝える事により相互に支えあう関係を築いている。             |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている     | ご家族様の来訪時、電話連絡、家族会、毎月の一言通信発送にて報告・連絡・相談を行い、情報共有、共に支えて行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<br>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                 | ご家族様、ご友人との外出、外泊の支援。又、生活歴を下に馴染みの場所、人等の話や外出支援に努めている。                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントの段階で利用者、家族との話し合い、あるいは利用者との会話で馴染みの人や場所を把握している。</li> <li>・馴染みの食堂や思い出の場所などに行けるように配慮している。馴染みの人への手紙の手伝いなどの支援を行っている。</li> </ul> |                   |

| 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<br>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                | 日常生活の中でご利用者様同士の関係を把握し、職員が橋渡しを行なう事で相互支えあえるような支援に努めている。  |  |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | サービス利用終了後もご家族様から相談を受けたら真摯な対応、適宜フォローしている。結果、ご家族様の母親が退居された後父親が入居された例が2例あり。                         |  |                   |
| 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<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                       | ご本人様とのコミュニケーションを通して意志を尊重出来る様努めている。問題点があれば都度にカンファレンスを実施し、対応をしている。                                 | ・利用者と担当職員は日々の生活の中で会話通じて思いや意向を把握し、そのことをフロア会議、ケアカンファレンスで共有している。また、意思疎通が困難な利用者には、家族からの情報や日々の行動から思いや意向を把握している。 |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 入居前実態調査にてこれまでどのような暮らしを送ってこられたのかを把握し、入居後も情報収集に努め、変化する生活レベルを考慮する努力を続けている。                          |  |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 1日2回のバイタル測定の実施、食事、排泄水分量のチェックにより健康管理に努めている。又、ご利用者様の言動や行動、身体状態を記録し、連絡ノートや申し送りにて共有する事で日々の変化を認識している。 |  |                   |

| 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<br>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 | ご本人様、ご家族様の意向は勿論、必要に応じて各関係者（医師等）と話し合い、カンファレンスを交えながら都度状態に応じた介護計画を作成している。  | ・職員は利用者や家族の意向を日頃の関わりの中で把握し、毎月のケアカンファレンスで意見交換を行い、作成担当者が介護計画を作成している。<br>・介護計画は原則6ヶ月定期的に作成しているが、利用者の状況に応じ、適宜見直しを行っている。作成した介護計画は家族に説明し同意を得ている。 |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 介護記録、連絡・医療ノート健康管理チェック表を活用して情報共有をし、実践や介護計画の見直しに生かしている。                   |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々にも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             | 状況に応じて訪問マッサージやシニアセラピー等取入れ、サービスの多機能化に取り組んでいる。                            |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 運営推進会議の際は地域資源の活用の情報収集を行っている。地域の美容室利用等行っている。                             |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                    | 月2回の定期往診にて適切な指導を受けている。ご利用者様とも関係良好である。又、必要であれば主治医の判断の下、外部医療機関への通院も行っている。 | ・グループホームでは入居時にかかりつけ医から協力医に家族の同意を得て切り替えている。<br>・切り替え時にはかかりつけ医から診断書などを頂き、適切に協力医に引継ぎでいる。かかりつけ医の通院は原則家族が行なっている。                                |                   |



| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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による適切な処置、指導を受けている。又、口頭伝達の他に連絡記録帳を用いて、報告・連絡・相談を行い全職員が共有している。   |  |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時にご利用者様のホームでの生活状況をサマリーにて詳しく提供している。又、早期退院を目標とし、入院中も随時病院関係者と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<br>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 | 入居契約時に重度化の際の説明を行っている。又、必要と考えられる段階でご家族様、関係機関、ホーム側とで話し合いの場を持ち、チーム支援を行っている。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・グループホームでは、契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」（文書）で方針を説明し同意を得ている。</li> <li>・ホーム長は職員への研修を看取り介護マニュアルを用いて行い周知を図っている。</li> </ul>                        |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 事故発生、緊急時対応マニュアルを有している。又、安全対策委員会等で討議した内容をホームにて持ち帰る、研修を行なう事により、実践力向上に努めている。 |  |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている   | 年に2回様々な状況（日中、夜間帯）を想定した避難訓練を行っている。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回近隣のグループホームと合同で避難訓練を行っている。訓練には夜間を想定した訓練も含まれている。訓練には地域住民の参加や消防署の協力を得て行なっている。</li> <li>・災害用の備蓄はリストを作成し、それに基づき食料などを備蓄している。</li> </ul> |                   |

| 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<br>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                 | フロア会議や、不定期に接遇勉強会を開催し、適切な言葉遣い、個々の人格尊重に努めている。  | ・接遇に関する「社内基本用語」を事務室に掲示し1日3回唱和し、更に勉強会で「適切な言葉遣いに」について周知徹底を図っている。<br>・職員は利用者の誇りやプライバシーを損なわないよう細心の配慮をし接している。          |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 日常的な会話、コミュニケーションの中でご家族様の思いを傾聴し、可能な範囲で自己決定が出来る様、又、意志を最大限尊重出来る様努めている。                                    |   |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | ご本人様の意志を最大限尊重する事を大切にしている。又、職員はご利用者様の心身状態を把握し、柔軟な対応を心掛けている。   |   |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 洋服を自身で選んで頂いたり、訪問理美容利用、ご希望であれば地域の美容室を利用したり、お化粧品を使って頂く等して「その人らしさ」「おしゃれ」を楽しんで頂いている。                       |   |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | ご利用者様の能力や状態、得意な事を把握しながら、その方にあった仕事（食事盛り付け、食器拭き等）を行って頂いている。又、イベントとして行っている食事作りの際も個々の能力に合わせた作業に取り組んで頂いている。 | ・利用者は職員と一緒に食事の盛り付け、配膳、食器拭きなど、自分の得意なことに参加している。<br>・献立作りから、調理までを全員で行う「手作り昼食の日」や出前の取り寄せ、外食に出掛けるなどの機会を設け食を楽しむ工夫をしている。 |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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                 | 個々の状態に合わせた食事形態（常食、キザミ、ペースト等）で提供し、栄養状態の向上に努めている。又、食事、水分チェック表を用いて個々の摂取量の把握、足りない場合は促しを行っている。 |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                         | 毎食後に口腔状態にあった口腔ケアの支援を行っている。又、週1回歯科医による訪問歯科の支援を行っている。                                       |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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          | 排泄チェック表使用により排泄パターンを把握し、必要に応じてさり気なくTV誘導、自尊心を傷付けない対応を行っている。又、適宜カンファレンスにて見直し、確認を行っている。       | ・排泄チェック表に記録して一人ひとりのパターンを把握し、必要に応じてトイレへ誘導し、自立に向けた支援をしている。<br>・夜間もポータブルトイレを使わずに適時にトイレ誘導を行い、その結果布パンツに改善した利用者もいる。                            |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 水分量確保、毎日の運動、体操にて予防に取り組んでいる。又、必要に応じて乳酸菌飲料や内服薬にて排便コントロールを行っている。                             |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 無理強いせず、ご本人様の意向や体調をお伺いし、タイミングを見計らいながら入浴支援を行っている。又、必要であれば都度に対応をしている。                        | ・入浴は毎日行い、曜日や回数は決めず、時間帯も10:00～17:00の間で柔軟に対応し、最低週2回は入浴している。<br>・身体能力に応じリフト浴を使って入浴したり、自力での入浴を浴室の外で見守ったり、特性に応じた支援を行っている。しょうぶ湯やゆず湯で季節を楽しんでいる。 |                   |

| 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<br>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  | ご利用者様個々に合わせた対応を行っている。自室でくつろいで頂ける時間を確保したり、除圧が必要な方には臥床して頂く時間を設けている。                    |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 薬剤師からの説明を受け、薬の理解を深めている。又、随時薬剤説明書を確認、変更があれば医療ノートを使って共有している。                           |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 散歩、買物、折り紙、プランター整備、縫い物等一人ひとりの嗜好にあった役割や気分転換等の支援を行っている。                                 |   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 個別ケアの重要性再認識、個別レクリエーションの充実化を事業所基本方針に掲げている。美容院やレストラン、甘味処や公園等希望に合った外出支援を行っている。          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の重度化もあり、個別や小グループでの外出に重点を置き、レストランや理美容院、買い物など、利用者のその日の希望に沿った外出支援を行っている。</li> <li>・毎日の散歩の折に、町会の「緑と花の町作り」運動のプランターに水遣りをしている。</li> </ul> |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 原則として金銭管理はホームにて行っているが、ご家族様了承の下、安心の為小銭を持って頂いている方もいる。又、個々に応じ職員付き添いにて買物を楽しんで頂く支援も行っている。 |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 希望に応じ電話の取次ぎや手紙投函支援を行っている。又、携帯電話を利用されている方もいる。                     |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 空調設備、温度・湿度計にて空調管理、環境整備を行っている。又、ご利用者が作った作品や写真等を飾り心地よい空間づくりを行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・室温や湿度に配慮したリビングには明るい日差しが差し込み、利用者の写真や事業所通信、季節のクリスマスリースやツリーを飾り、温かく心地よい空間となっている。</li> <li>・廊下には利用者の発案で、図書コーナーも設置されている。</li> </ul> |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | フロアにはソファ、TV、少人数用ソファを設置している。個人でくつろがれたり、仲の良い方通しで談笑できる環境を提供している。    |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | ご本人様を使い慣れた生活用品、家具を持ち込んで頂き、居心地の良い空間作りやその方らしく過ごせる場所となる様工夫している。     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室には洗面台、クローゼット、エアコン、整理ダンス、ベッドやリースのカーテンが備えられ、安心して生活できるようになっている。利用者は馴染みの家具や仏壇、テレビを持ち込み自分らしい部屋作りをしている。</li> </ul>                |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | 生活動線の十分な確保、障害物排除による安全確保を行っている。又職員の見守りを徹底している。                    |   |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名 みんなの家 川崎久地

作成日 平成25年1月24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    |      | 家族アンケートの調査結果で12)において全てのご家族様が「大変満足している」と回答されていない | 全てのご家族様に「大変満足している」と答えて頂く事を目標とする。 | ①接遇教育の徹底<br>(不定期に勉強会の実施、毎日の申し送りの際の社内接遇用語の読み合わせの継続、言葉遣いだけでなくより一層の笑顔での対応)<br>②ご家族様とのふれあいの場を増やす<br>(家族会での企画を工夫し、ご家族様が足を運びやすくなる工夫を行う。ご家族様来訪の際は全職員が声をお掛けし、日常の報告や談話をする事の徹底。毎月送付する一言通信のバリエーションを増やす。) | 1年         |
| 2    |      |   |                                  |   |            |
| 3    |      |   |                                  |   |            |

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。