

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1495000273
法人名	医療法人社団 長啓会
事業所名	グループホーム川崎小田の家
訪問調査日	2015年2月9日
評価確定日	2015年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

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	1495000273	事業の開始年月日	平成24年11月1日
		指定年月日	同上
法人名	医療法人社団 長啓会		
事業所名	グループホーム川崎小田の家		
所在地	210-0846) 神奈川県川崎市川崎区小田2丁目8番3号		
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 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27年1月30日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月23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)】

--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成27年2月9日	評価機関 評価決定日	平成27年3月31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)】

このホームは医療法人社団長啓会の運営です。法人は、有料老人ホーム、デイサービスを中心として、グループホームを静岡、神奈川、東京、千葉、愛知、京都に全国展開し、福祉に寄与しています。26年3月には鎌倉材木座に91ヶ所目のグループホームが開設されました。「川崎小田の家」は川崎駅より京町循環バスで京町バス停下車、徒歩2分の、鮮やかなサーモンピンクが目を引く3階建ての建物です。ホームは、平成24年11月に開設し、2ユニット18名定員です。入り口すぐ右に事務室があり、1階、3階に各6名の居室が設けられ、食堂・キッチンを配置し、2階はエレベータを隔ててユニットを分けており、ユニットには浴室・脱衣室・居室3部屋を2つ設けてあります。1階と3階には夜勤が1名づつ配置されており、全国展開で得られた事業体の長年の経験と知識の集積は日々の介護サービスの充実に活かされています。■事業所の運営に関する方針は、1.事業所の介護職員等は、要支援2・要介護であって認知症の状態にあるものに対し、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画に基づき、共同生活住居において、家庭的な環境の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように援助を行う。2.事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。とし、職員は、方針に沿い、日々介護にあたっています。■ケアでは、日常的に口腔体操や詩の朗読など、ADL低下防止の体操等にも取り組んでいます。職員の研修では法人で研修システムが設けられ、特に、介護職員の資質向上を図るための11課程の研修が法人本部で組まれており、職員は研鑽を図っています。関連事業所間の人事交流もあり、経験を積んだ職員の定着率も高い水準が維持されています。また、パートから正社員登用の道も開かれています。基本的には、個々に外部研修で研鑽をし、キャリアアップを図るよう努めています。■食事は、職員が調理を行い、検食制度を設けて必ず味見をして提供しています。おやつや補助食品等に関しては本部で一括調達するなど、規模のメリットを有効に活かした運営がなされています。

【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	グループホーム川崎小田の家
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	利用者やご家族に満足していただけるよう、管理者、職員の話し合いを多く持ち、実践につなげている。	事業本体の理念に加えて、「川崎小田の家」独自の理念「みんなの出会いに感謝して、優しさを基本に楽しくできることを追求しよう」を掲げ、業務に取り組んでいます。特に職員間の連携を重視し、非常勤職員も含めた合同の職員会議を開き、話し合い、状況確認と共に理念の再認識を行うことにしています。	今後の継続	
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	<ul style="list-style-type: none"> 地域の老人会と連携し、施設で出るダンボールを収集日に出している。 近所のコンビニ、スーパーで買い物を行っている。 近所の神社、公園が散歩コースになっている。 	町内会に加入し、諸行事にも参加するようにしています。お祭りや防災訓練への参加、高校生の福祉体験の受け入れ等、地域との交流を深めています。また、地域の老人会と連携し、ごみ収集など協力しています。近隣への散歩において、地域の方に挨拶をして交流をしています。	今後の継続	
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	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議を行っている。 			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況、2か月間の実施行事や予定を報告している。 意見も出してもらっている。 	町内会長、民生委員、地域包括センター担当者、家族の参加の下、2ヶ月に1回実施しています。会議ではホームの運営状況報告、地域の行事予定の連絡の後、懇談が行われています。ケアプラザ・ケアマネの紹介とその役割の説明があったり、ホームからは職員募集の依頼をしたり、情報交換の場でもあります。	今後の継続	
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	運営推進会議時、地域包括センター及び出席者に説明している。	福祉関係の研修会に参加し、市担当者と係わる機会を持ち、また、入居時の相談やホームページを見ての市民からの照会に関して連絡を受け、報告や説明する等、連携に努めています。	今後の継続	

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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員研修を行い学んでいる。 ・玄関の施錠は行っているが、他の拘束はない。 	「身体拘束は行わない」方針に基づく研修を実施しています。法人本部では朝礼で「身体拘束をしないケア」の徹底を周知し、その内容はホームの朝礼で伝達し、正しい理解につなげています。月2回の館長会議でも認識を図る機会を設けています。安全確保観点から玄関は電子ロックされていますが、必要に応じてスタッフが解錠しています。	今後の継続
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	職員研修も行っているが、職員同士でも思われる時は注意している。		
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	行われていない。		
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	重要事項説明書、サービス契約書を説明し、同意をもらい契約書に記名捺印いただいている。		
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	運営推進会議や職員会議で議題にし、話し合っている。	家族からの意見に関しては、来訪時や運営会議の際に聞くようにしています。毎月の請求書送付の際に利用者の近況報告も同封し、家族との連携に努めています。ご家族の来訪時には、色々な相談や意見を丁寧に聴いています。	今後の継続

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	毎月一回、職員会議を行い、議題について意見を出し合い方針を決めている。	毎月1回、職員会議を実施し、会議ではではコスト削減について協議したり、勤務シフトに関してスタッフ間での調整について話し合う機会を持ち、意見から方針の決定につなげています。刻み食についての注意事項や入れ歯の保管に関しての提案があり、全員で検討し対応を図りました。	今後の継続
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	管理者を通し、勤務状況、職員個々の努力など報告し、把握してもらっている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> 毎月実施される研修（AA課程）でもスキルアップを図っている。 ミーティングの中でも課題をもうけ、研修している。 外部の研修会にも参加する機会を作っている。 		
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	同業他社との交流をもつ機会はないが、自社グループとの交流はあり、情報交換も行われている。		
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	入居時、ケアプラン作成のため、要望等を伺っている。その後も訴えを、日々のケアに反映させている。		

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	ケアプラン作成のため、要望等をしっかり伺っている。		
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	他の利用者様と仲良くし、施設に慣れていただくことを第一にしている。また、入居前情報との違いを観察している。		
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	家事活動などの役割を通して寄り添う。		
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	ご家族とはよく話し合い、理解していただき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	外出、外泊される利用者もいる。また、友人の面会も時々ある。	来訪される友達関係の方には、写真集などを置いて話題にしてもらうように配慮しています。外出や外泊される利用者もあり、支援しています。理美容については以前からの店を利用している方も居り、継続支援に努めています。	今後の継続

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	レクリエーションや共同制作など行っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	行っていない。		
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。	傾聴し、寄り添い希望や意向の把握に努めている。気づきは職員間で、申し送りノート等で共有している。	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握については、日々の介護記録も参考にしながら、本人の動作や仕草で気づいたことを申し送りノートに記録しています。情報は職員間で共有し、本人の希望並びに意向の把握に努めています。食事の要望も、希望に沿えるよう配慮しています。	今後の継続
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	個人情報より把握している。		
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	職員は全利用者について情報を把握し接している。		

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	本人、家族より要望を聞き、職員からは現況や対策を出してもらいそれらを反映させ、計画を立てている。	日常生活動作能力チェックを盛り込んだモニタリング実践記録表等を用いてサービス担当者会議で検討し、認定期に併せたサイクルで計画を策定しています。計画には医師の所見、看護師の助言並びに家族の意向も反映させています。	今後の継続
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	短期目標は介護記録に記入し、毎日チェックし、ケアプラン見直しの参考にしている。		
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	訪問リハビリを利用している方をいる。		
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	歯科、皮膚科は訪問診療していただいている。		
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	月2回の訪問診療があり、相談にも対処していただいている、また、必要な場合は紹介状を出していただき、他科の受診を受けることもある。	内科医については月2回の往診、歯科医については口腔ケアも含めて随時往診を受けています。看護師の毎週の巡回もあり、適切な医療を支援しています。マッサージの利用者も居ます。利用者全員が投薬を受けており、使用と管理には細心の注意を払っています。	今後の継続

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	訪問看護師やかかりつけ医の、ほほえみ内科クリニックに電話、FAXで対処している、		
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。	常に病院側とも情報交換している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> 重症化する前に、かかりつけ医院の紹介で転院した例もある。 入居相談時に施設でできることを説明している。 	重度化した場合や終末期のあり方について、入所時に施設でできることの説明を行い、確認の同意を得ています。医師の診断により、対応が必要な場合は、医師、看護師、家族、管理者を交えて相談の上、適切な対応の万全を期すようにしています。現在、看取りの実績はありません。	今後の継続
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	<ul style="list-style-type: none"> 法人で行うAA課程、B課程やマニュアルで学習している。 訓練は行っていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 災害マニュアルは常備している。 消防署、立会いによる避難訓練は実施している。 運営推進会議でも協議している。 	災害マニュアルを整備し、年2回消防署立ち会いのもと、夜間も想定しての訓練を実施しています。その際は近隣にもお知らせをしています。救助、避難並びに搬送には具体的な取り組みが必要と考え、今後の課題とし、運営推進会議でも協議しています。備蓄については、食料並びに水を一定量確保しています。	今後の継続

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	傾聴し、心に寄り添うように心がけている。	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について、朝の申し送り事項で利用者の様子を伝え、それぞれに応じた対応に努め、特に、利用者の人格や本人の誇りに関することは職員間でお互い注意し合い留意しています。	今後の継続
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	利用者の声にはいつも傾聴し、希望に沿う様にしている。		
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	お誕生会、合同レクリエーション等で利用者、職員のふれあいを多くしている。散歩もその日の希望で取り入れている。		
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	入浴準備では、利用者の好みを聞き、一緒に衣類を準備するようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は配達された食材を職員が作っている。配膳、片付け、食器拭き等、職員と一緒にしている。	食事は楽しみの1つであるとの認識で、取り合わせや盛りつけにも配慮しています。食事内容についてアンケートを取り、希望が多かった献立は、月1回取り入れて利用者に喜んでもらっています。食事は配達された食材を職員が調理し、利用者と共に配膳や片付け、食器拭き等、行っています。行事食は職員の手作りで提供し、ケーキ等も準備しています。外食は年1回レストランに行っています。	今後の継続

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	食の細かい方にはエンシュアを利用している。		
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、口腔ケアを行っている。		
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	排泄表を参考にし、トイレ誘導を定期的に行い失禁を少なくしている。	排泄表を活用して、トイレ誘導を定期的に行い、声掛けに配慮しながら促し、排泄の失敗が少ないよう支援しています。自立排泄可能な方には、その維持のための動作や意欲保持の介助を心がけています。トイレの設備は広く、車イス利用の方にも職員にも配慮された作りになっています。	今後の継続
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事は栄養バランスの取れた福祉食を注文し、提供している。 ・訪問看護師により、便困の利用者には浣腸の実施もある。 ・かかりつけ医師の処方の下剤、整腸剤による排便コントロールも行っている。 		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週2～3回の入浴を行っている。	週2回～3回のサイクルで入浴を支援しています。入浴を回避する方には入浴剤を使用して「湯元の温泉ですよ」、「温かい内に入りましょう」等、工夫しながら勧めています。季節に応じたお湯も準備して楽しんでもらっています。3方向から介助できる湯船が設備され、ADL低下の方も2人介助で支援しています。	今後の継続

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	<ul style="list-style-type: none"> 日頃から、利用者とは信頼関係を築くよう心掛けている。 希望に合わせて、休息、安眠が得られるように支援している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 月、2回の往診があり、利用者の処方された薬の作用や、注意事項に十分に注意している。 症状の変化があれば、すぐに、かかりつけ医に連絡し指示を受けている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 季節を感じていただける、レクリエーションを行っている。 エレベーターをミニギャラリーにし、利用者のぬりえを飾っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 近所のレストランに外食で出かけることもある。 散歩も近くの公園、神社にゆっくり行く事が多い。 	<p>歩ける方と車イスの方と別々に散歩の支援を行い、近くの公園や神社に散歩に利用者に合わせてペースで出かけています。桜見には弁当を持参で出かけています。時には遠出してレストランに行くのを楽しみにしています。</p>	今後の継続
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	<p>お金はお預かりしている。買い物希望の利用者には、職員が同行している。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者への手紙はある。		
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	<ul style="list-style-type: none"> 加湿器やエアコンで室内の空調を整えている。 イス、手すり、玄関来客用スリッパは毎日、除菌している。 	リビングは明るく、利用者が作製した折り紙を掲示して季節感を醸し、温もりを感じる工夫が施されています。空調では加湿器やエアコンを活用し、快適さを確保しています。さらに、毎日、設備の除菌を行い、清潔を保っています。毎月、法人本部から2名の担当者が来訪し、利用者と一緒に歌ったりゲームをして楽しむ機会があり、職員も一緒にトランプや将棋を行い、楽しい時間が過ごせるよう工夫しています。	今後の継続
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	できるだけフロアで過ごしていただくよう、利用者とは寄り添うようにしている。		
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	本人や家族の希望を取り入れている。使い慣れた家具やテレビを持ってきてる利用者もいる。	居室は、ベット、カーテン、マットが備え付けられ、これまで使い慣れた家具や調度品を持ち込んでもらい、本人が快適に過ごせるよう部屋作りに配慮しています。また、ベットから立ち上がる際の補助具の配置や、夜間の動きにも気づくようにセンサーを設置し、安全を確保しています。掃除は手伝い程度に抑え、自立維持の介助に心がけています。	今後の継続
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	建物内は段差が無く、手すりもあり、移動しやすくなっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
川崎小田の家

作成日

2015年4月15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	13	介護職が初めての職員もおり、知識、技術が不足している。	職員の質の向上	法人が行っている月1回の研修や施設独自の勉強会でスキルアップする。	1年間
2	25	入居者へのケアについて。	その方の気持ちを考えた認知症ケア	入居時の情報やその後の様子観察で、かかわり方を職員で話し合い共有する。	6ヶ月
3	34	急変や事故発生時の対応。	全職員が、どのような場面にでも対応出来るようにする。	応急手当や初期対応の訓練を行う。	6ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホーム川崎小田の家
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、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者やご家族に満足していただけるよう、管理者、職員の話し合いを多く持ち、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	<ul style="list-style-type: none"> 地域の老人会と連携し、施設で出るダンボールを収集日に出している。 近所のコンビニ、スーパーで買い物を行っている。 近所の神社、公園が散歩コースになっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 運営推進会議を行っている。 		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状況、2か月間の実施行事や予定を報告している。 意見も出してもらっている。 		
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	運営推進会議時、地域包括センター及び出席者に説明している。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員研修を行い学んでいる。 ・玄関の施錠は行っているが、他の拘束はない。 		
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	職員研修も行っているが、職員同士でも思われる時は注意している。		
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	行われていない。		
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	重要事項説明書、サービス契約書を説明し、同意をもらい契約書に記名捺印いただいている。		
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	運営推進会議や職員会議で議題にし、話し合っている。		

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
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	毎月一回、職員会議を行い、議題について意見を出し合い方針を決めている。		
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	管理者を通し、勤務状況、職員個々の努力など報告し、把握してもらっている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> 毎月実施される研修（AA課程）でもスキルアップを図っている。 ミーティングの中でも課題をもうけ、研修している。 外部の研修会にも参加する機会を作っている。 		
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	同業他社との交流をもつ機会はないが、自社グループとの交流はあり、情報交換も行われている。		
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	入居時、ケアプラン作成のため、要望等を伺っている。その後も訴えを、日々のケアに反映させている。		

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	ケアプラン作成のため、要望等をしっかり伺っている。		
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	他の利用者様と仲良くし、施設に慣れていただくことを第一にしている。また、入居前情報との違いを観察している。		
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	家事活動などの役割を通して寄り添う。		
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	ご家族とはよく話し合い、理解していただき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	外出、外泊される利用者もいる。また、友人の面会も時々ある。		

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	レクリエーションや共同制作など行っている。		
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	行っていない。		
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。	傾聴し、寄り添い希望や意向の把握に努めている。気づきは職員間で、申し送りノート等で共有している。		
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	個人情報より把握している。		
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	職員は全利用者について情報を把握し接している。		

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	本人、家族より要望を聞き、職員からは現況や対策を出してもらいそれらを反映させ、計画を立てている。		
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	短期目標は介護記録に記入し、毎日チェックし、ケアプラン見直しの参考にしている。		
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	訪問リハビリを利用している方をいる。		
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	歯科、皮膚科は訪問診療していただいている。		
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	月2回の訪問診療があり、相談にも対処していただいている、また、必要な場合は紹介状を出していただき、他科の受診を受けることもある。		

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	訪問看護師やかかりつけ医の、ほほえみ内科クリニックに電話、FAXで対処している、		
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。	常に病院側とも情報交換している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> 重症化する前に、かかりつけ医院の紹介で転院した例もある。 入居相談時に施設でできることを説明している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 法人で行うAA課程、B課程やマニュアルで学習している。 訓練は行っていない。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 災害マニュアルは常備している。 消防署、立会いによる避難訓練は実施している。 運営推進会議でも協議している。 		

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
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	傾聴し、心に寄り添う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	利用者の声にはいつも傾聴し、希望に沿う様になっている。		
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	お誕生会、合同レクリエーション等で利用者、職員のふれあいを多くしている。散歩もその日の希望で取り入れてる。		
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	入浴準備では、利用者の好みを聞き、一緒に衣類を準備するようにしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は配達された食材を職員が作っている。配膳、片付け、食器拭き等、職員と一緒にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食の細かい方にはエンシュアを利用している。		
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、口腔ケアを行っている。		
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	排泄表を参考にし、トイレ誘導を定期的に行い失禁を少なくしている。		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事は栄養バランスの取れた福祉食を注文し、提供している。 ・訪問看護師により、便困の利用者には浣腸の実施もある。 ・かかりつけ医師の処方の下剤、整腸剤による排便コントロールも行っている。 		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週2～3回の入浴を行っている。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> 日頃から、利用者とは信頼関係を築くよう心掛けている。 希望に合わせ、休息、安眠が得られるように支援している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 月、2回の往診があり、利用者の処方された薬の作用や、注意事項に十分に注意している。 症状の変化があれば、すぐに、かかりつけ医に連絡し指示を受けている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 季節を感じていただける、レクリエーションを行っている。 エレベーターをミニギャラリーにし、利用者のぬりえを飾っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 近所のレストランに外食で出かけることもある。 散歩も近くの公園、神社にゆっくり行く事が多い。 		
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	お金はお預かりしている。買い物希望の利用者には、職員が同行している。		

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	利用者への手紙はある。		
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	<ul style="list-style-type: none"> 加湿器やエアコンで室内の空調を整えている。 イス、手すり、玄関来客用スリッパは毎日、除菌している。 		
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	できるだけフロアで過ごしていただくよう、利用者とは寄り添うようにしている。		
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	本人や家族の希望を取り入れている。使い慣れた家具やテレビを持ってきてる利用者もいる。		
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	建物内は段差が無く、手すりもあり、移動しやすくなっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
川崎小田の家

作成日

2015年4月15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	13	介護職が初めての職員もおり、知識、技術が不足している。	職員の質の向上	法人が行っている月1回の研修や施設独自の勉強会でスキルアップする。	1年間
2	25	入居者へのケアについて。	その方の気持ちを考えた認知症ケア	入居時の情報やその後の様子観察で、かかわり方を職員で話し合い共有する。	6ヶ月
3	34	急変や事故発生時の対応。	全職員が、どのような場面にでも対応出来るようにする。	応急手当や初期対応の訓練を行う。	6ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。