

平成27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	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27年12月20日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月24日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0pen>

【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。今年度はボランティアとの交流に力を入れ、フラダンスや歌踊り、そば打ちや楽器演奏など様々な年代のボランティアさんに来て頂いています。

【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1月20日	評価機関 評価決定日	平成28年3月1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川崎駅西口から川崎市営バスで「井田営業所」行きで約15分、バス停「小倉」下車徒歩7分の住宅街の中の2階建ての建物です。運営法人ウイズネットは居宅介護支援事業、居宅サービス事業、地域密着型サービス事業、その他多岐に渡り運営しています。

<優れている点>

ケアプラン作成時には、本人のニーズを叶えるため、転倒骨折防止ADLアセスメントをしっかりと行い、ABCランクで基準を設けています。その結果、転倒骨折に関して、ヒヤリ・ハットの事故が減ったことで法人から表彰を受けています。居室にも転倒予防の床クッションやセンサーを敷いたり、転倒しやすい利用者へは、リハビリパンツに装着できる「安心骨ガード」を貼り、転倒した際の衝撃を防いでいます。また、庭にある畑での農作業は、利用者の役割や達成感に繋がっています。庭で栽培したナスやキュウリ、ピーマン、トマト、ゴーヤなどの収穫時には、委託している調理師に調理してもらい食卓に上がっています。

<工夫点>

ボランティアとの交流が活発です。フラダンスや歌踊り、そば打ち、楽器演奏があります。中でもそば打ちは、イベントとして実演し、食事時間の楽しみになっています。また、ボランティアは職員からの紹介もあり、事業所活動のスパイスになっています。

【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している。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々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
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。	法人理念に加え、事業所独自の「心をつないで手を組んで笑顔とありがとうでつながる地域の輪」があり、玄関に掲げています。年度末に理念の具現化を意識して職員と振り返っています。新人にはオリエンテーションで説明しています。	
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、ホーム長が地域包括支援センターの勉強会に参加しています。運営推進会議時に、民生委員から地域情報を得ています。近隣の中学校演劇部の訪問（ダンスの披露）を受け入れています。保育園児と利用者の交流を計画しています。	事業所のイベントや消防訓練、運営推進会議への地域の人々の参加はありません。近隣の小中学校や保育園との交流を通して地域の人々の事業所への理解と相互協力構築が期待されます。
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しするなどしている。		
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ヵ月に1回開催し、ご利用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。	行政職員の参加に合わせ、2ヶ月に1回平日に開催しています。地域包括支援センターや区役所高齢者支援課・保護課職員、法人本部からのスーパーバイザー、民生委員、利用者家族が参加しています。利用者状況やイベント報告が主な議題となっています。	
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、	区の保護課の担当職員と連携して、生活保護受給者への事務を行っています。家族との縁がない利用者には、成年後見人が事業所に月1回訪問しています。ホーム長が県のグループホーム連絡会に参加し、川崎市の集団指導を受講しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	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。玄関入口や2階玄関入口は防犯や安全のため施錠している。	ホーム長が身体拘束廃止委員会を開催しています。身体拘束についての具体的な行為についての張り紙を事務所に貼り、スピーチロック（言葉での拘束）について声かけ、振り返りを行っています。玄関入口や2階フロア入口は防犯と安全のため施錠を行っています。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている。	身体拘束廃止委員会の他、12月から虐待防止委員会を発足し、どのような行為・声かけが虐待につながるかを話し合っている。また声掛けがきつい職員については個別にヒアリングをするなどメンタルケアも行っている。		
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。	毎月、「ホーム一言通信」、法人冊子、帳票類、居室担当のメモを家族に送付しています。家族の訪問時や家族会、SNS（ソーシャルネットワークサービス）を利用して聞いています。全介助の人の家族の意見から、面会時には、車椅子に座りリビングでの面会を支援しています。	

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。	職員には、フロア長が人間関係の相談に対応しています。職員の意見で、ノロウイルス対策として玄関マットの洗浄や靴の消毒を行っています。また、建物の修繕や電気製品の入れ替えを行っています。職員の紹介で音楽ボランティアも受け入れています。	
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。今年度は感染予防研修や薬の知識の研修などに参加している。		
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。		
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。	入居前の面談でご本人やご家族の話伺い、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とっている。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。	利用者の友人、婦人会の知り合いの訪問には居室での面会の支援をしています。電話をかける支援や、年賀状の代筆、一言通信（事業所たより）への添え書きの支援をしています。また、家族が馴染みの美容室に同行しています。	

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
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。		
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。	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。	本人の意向は家族から聞いたり、ケアプランの6ヶ月更新時にも利用者から聞いています。日常の散歩や入浴時に意向や希望を吸い上げています。言葉で困難な人や看取り介護の人へは、なるべく楽な方法で支援して顔の表情から判断しています。	
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。	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。	始めは暫定プランで慣れてもらい、歩行・排泄・入浴に関してBPSD（行動心理症状）アセスメント表と、転倒骨折ADLアセスメント表に基づき本プランをチーム全員で作成しています。半年後に見直しをしています。入院した人には退院後、再計画を立てています。	
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。登録ヘルパーの利用も計画している。		
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。	散歩に出ると近所の方から声をかけて下さることも多く、利用者ひとりひとりが地域の一員として一定の役割を果たしている。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。	ほとんどの利用者が協力医療機関の医師や歯科医、歯科衛生士の訪問診療を受診しています。希望で外来診察に行く利用者も数名います。医療連携看護師は職員と連携し、毎週利用者の状態を診ています。通院や入院・退院報告書をFAXでデータを共有しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	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。	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。	看取りが必要な場合には家族や主治医、看護師、職員を交えて終末期に向けた話し合いを行い、その計画に沿った支援計画の作成と終末ケアをしています。看取りのケアプランは、1ヶ月に1回作り直し家族の同意を得ています。看取り体制はできています。	
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。	夜間想定避難訓練、AED取扱訓練、救急手当や搬送法などの講習会を実施している。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、夜間想定を含め初期消火や避難誘導、通報訓練を実施しています。緊急時には、近隣在住の職員の半数ほどが30分以内でホームに駆けつけることができます。家族との間に安否確認のメーリングリストが作成されています。	消防署からは屋外への誘導方法などの指導がありますが、現在、地域の協力が得られる体制になっていません。運営推進会議のメンバーや職員の協力を得て、近隣住人の参加協力を得た訓練の実現が期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉かけをしている。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。言葉かけ、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。	利用者に対する呼びかけは基本的には名字に「さん」付けですが、家族からの呼び方の依頼にもできるだけ対応しています。職員が利用者の自尊心を傷つける言葉遣いが見られる時は、ホーム長が事務所内で注意喚起したり、職員が自ら気づける様に指導しています。	
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。今年の夏はお買いものサロンを開催し、買い物体験を楽しんで頂いた。		
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。	委託業者の調理師が調理し、職員は食事介助しながら利用者と一緒に食べています。おやつは職員が利用者とお汁粉などを作っています。時には外食レクとして寿司やレストランに行ったり、手打ちそばボランティアの出前実演を、楽しみながら食べています。	

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
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、主治医の指示のもと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。	排泄チェック表をもとに排泄パターンを把握して全員トイレへの誘導を行っています。現在はオムツ着用からオムツゼロを達成しており、リハビリパンツ、または布パンツ利用での自立支援を心掛けています。トイレ内は清潔で不快な臭いがないよう消臭剤を活用しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	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。	体調変化があった際はシャワー浴や足浴などで対応しています。リフト浴利用者は1階の浴室を利用しています。じょくそうや皮膚疾患の観察と処置のため、脱衣場には個人別塗布軟膏リストがあります。入浴剤やゆず湯、菖蒲湯を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	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。	天候に合わせて、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て、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。	天候が良ければ毎日、事業所周圍や近隣の神社や公園に出掛けています。ベランダの盆栽の水やり、洗濯物干しをしながら外気浴をしている利用者もいます。化粧品などの買物にドラッグストアへ出掛けたり、タクシーで区役所の落語会に出掛ける利用者もいます。	
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。	トイレや浴室等分りやすい様に手作りの目印を貼っている。レクリエ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。	陽当たりも良く明るく清潔な共用空間は、厨房からの音や匂いで食欲をそそります。廊下壁面や居室入口などには利用者手作りの作品が飾られています。春先には庭やプランターにナスやキュウリ、ピーマン、トマト、ゴーヤなどの野菜や草花を栽培し、成長や収穫を楽しんでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	洗面台やダンス、クローゼット、エアコン、カーテン、ベッドが常設されています。転倒時の危険を和らげるクッションマットを床に敷き、転倒しやすい方へは「安心骨ガード」を腰に貼り、転倒時の衝撃を防いでいます。馴染みの物などを置き楽しんでます。	
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。	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。玄関入口や2階玄関入口は防犯や安全のため施錠している。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	身体拘束廃止委員会の他、12月から虐待防止委員会を発足し、どのような行為・声かけが虐待につながるかを話し合っている。また声掛けがきつい職員については個別にヒアリングをするなどメンタルケアも行っている。		
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。今年度は感染予防研修や薬の知識の研修などに参加している。		
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。		
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。		
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。	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。登録ヘルパーの利用も計画している。		
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。	散歩に出ると近所の方から声をかけて下さることも多く、利用者ひとりひとりが地域の一員として一定の役割を果たしている。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、救急手当や搬送法などの講習会を実施している。定期的に開催していきたい。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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉かけをしている。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。言葉かけ、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。今年の夏はお買い物サロンの開催し、買い物体験を楽しんで頂いた。		
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、主治医の指示のもと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所 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を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27年度

目標達成計画

事業所名 GH新川崎

作成日： 平成 28年 3月 13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	2	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く、イベントや避難訓練などの参加もなされていない。	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に願います。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。また町内会との関係を深めるために、継続的に町内会の集まりに顔を出していきたい。	12ヶ月
2	35	災害時、避難誘導などの協力が得られる体制になっていない。以前町内会の方々に避難訓練に参加して頂いたことはあったが、継続性を得られていない。	近隣住民の参加協力を得た避難訓練の継続的な実施。	民生委員を通じて参加協力を促す。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月