

平成29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	1495600148	事業の開始年月日	平成22年11月1日
		指定年月日	平成22年11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・川崎新百合ヶ丘		
所在地	(215-0005) 神奈川県川崎市麻生区千代ヶ丘5-7-12		
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29年9月9日	評価結果 市町村受理日	平成30年7月12日

基本情報リンク先	http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/
----------	---

【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)】

医療関係者と密に連絡を取り認知症の周辺症状に対し早めに対応し施設内での事故に繋がらないようにしている。環境面でも入居時にご本人・ご家族の同意の上、床に緩衝材や人感センサー設置など安全な生活環境を提供している。
地域交流においては獅子舞や大学生たちによる演奏会など継続的に行い、地域交流が途切れないようにしている。

【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3階		
訪問調査日	平成29年10月18日	評価機関 評価決定日	平成29年12月16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、小田急線「新百合ヶ丘駅」からバスにて約10分、「千代ヶ丘7丁目」バス停からゆるやかな坂道を上り、徒歩約5分の住宅地に立地し、近くには千代ヶ丘第2公園があり、散歩に適した静かな環境にあります。

<優れている点>

事業所は、法人の理念に沿って、「優しい心で暖かい介護」を理念とし、常に愛情と誠意をもって利用者の自立を助け、家族との語らいを大切にされた環境づくりに努めています。事業所は年度ごとに事業計画を作成し、常に意識して日常の介護にあたっています。職員は毎朝、「虐待防止ゼロへの行動指針」を唱和し、接遇マニュアルの遵守に心掛け、利用者へ笑顔で会釈と挨拶を心を込めて接するように努めています。

医療面では、医療連携体制を敷き、介護スタッフ、看護師、医師が連携を図り、利用者の健康管理と医療相談を行い、安心して医療を受診できる体制にあります。重度化した場合における看取り指針を定め、利用者・家族の要望があれば、理解と協力を得ながら話し合い、適切な医療機関への入院を含めて、できる限り看取り介護の対応と支援に努めています。

<工夫点>

家族には「一言通信」を毎月送付しています。利用者の日常生活の様子、健康状態などを居室担当者が記載し、利用者の小遣い使用状況も追記して知らせ、家族の安心につなげています。

【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・川崎新百合ヶ丘
ユニット名	1ユニット

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、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。	「優しい心で暖かい介護」を理念とし、利用者様の気持ちに配慮したケアを行えるよう個々の利用者のアセスメントをしっかりと行い、利用者様の情報共有に努めている。	理念は開設時に職員が話し合って作成し、玄関フロア、1階・2階の事務室に掲示しています。理念に併せ、行動指針を毎朝唱和しています。管理者は新入職員研修時に説明し、職員は日常業務の中で互いに確かめ合い、実践につなげています。	
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。	自治会の公園清掃に参加し地域の方との交流を図っている。	町内会に加入しています。近くの公園清掃に参加し、公園で行う祭りを見物しています。事業所の庭に地域の災害用の備品倉庫があります。玉川学園大学の楽器演奏や歌、ボランティアのハーモニカ演奏が来訪しています。	
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。	運営推進会議でホームにいる利用者様の様子をお伝えしたり、介助方法や接し方についてもお話している。	/	/
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。	ホームでの行事、事故報告、ひやりハット、事故防止対策などを自治会役員の方、地域包括センターの方にお伝えし助言を頂いている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。会議では、現況報告の後、地域情報などの意見交換を行っています。外部評価の受審結果を報告し、サービスの情報開示に努めています。	委員の出席率を高め、事業所の現状を開示し、地域の情報を得て、より活力のある会議を開催することで、サービスの向上に活かす工夫が期待されます。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	生活保護担当者がホームに来た際にホームの様子や現状をお伝えしている。	管理者は麻生区の保健福祉センターに業務上の問題点などを報告し、相談しています。介護保険の認定更新手続きは、家族に代わって立ち会うこともあります。運営推進会議に高石地域包括支援センターの職員が出席しており、地域の情報を得ています。	

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。	全体会議、フロア会議等でどういった事が身体拘束になるか話し合いをしている。	職員は身体拘束をしないケアの勉強会を行い、正しい理解に努めています。玄関と各フロアの出入り口は安全面と防犯上から、家族の了解を得て施錠しています。帰宅願望がある利用者には、一緒に外出して見守りに努めています。	
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。	勤務に入る前に「虐待防止ゼロへの行動指針」を読み上げ意識付けしている。また社内の虐待研修などに職員に参加してもらい虐待について学ぶ機会を設けている		
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。	社内の研修等で学ぶ機会があり、職員に参加をしてもらい、会議等で情報共有するようにしている。		
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。	事前に契約書、重要事項説明書をお渡しし、あらかじめ疑問点や内容把握する時間を作ってもらっている。契約時にはページ毎に説明したことに納得されているか確認を取っている。		
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。	2カ月に1回の家族会を通してホーム運営について意見を聞く機会を設けている。	運営推進会議や家族会、家族の来訪時に声かけし、意見や要望を聞いて運営面に反映しています。家族より、利用者の補聴器が耳にしっかりと付いてないとの要望があり、購入先と調整をしています。	

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。	毎月の全体会議、フロア会議等で職場環境の改善について話し合いをしている。	管理者は月1回の全体会議やユニット会議、朝・夕の申し送り時に職員から意見や要望を聞き、業務の改善に反映しています。神奈川本部のスーパーバイザーが週1回程度、巡回時に職員から意見や提案を傾聴し、事業に反映しています。	
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。	人事評価票を基に職員が取り組んだ事や資格取得について適正な評価を行い職員のモチベーションにつなげている。		
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。	新人職員には中途入社研修や毎月1回の介護実技研修を通して介護についての知識や介護技術の向上につなげている。		
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。	社外研修を通し、他の介護サービス事業者との意見交換などを行っている。		
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。	入居前に出来る限り本人の不安が軽減されるように家族へ協力をお願いし、電話で家族と話す時間を作る等、具体的な対策を取るようになっている。		

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
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。	こちらから利用者様の状態をお伝えする機会を多く作り、家族が話しやすい状況を作る様にしている。		
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。	ケアプラン作成にあたり家族の中の意向で特に優先度が高い項目に関しては時間をかけ話しをするようにしている。		
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。	その本人のADL状況をよく観察し、その本人できる事を日常生活の中に取り入れている。		
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。	日常の生活の中で食器拭きや、モップがけ等、その方出来る事を積極的に行ってもらっている。		
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。	家族以外の方との面会や電話は、家族の了承が得られれば仲介し関係性が途切れないよう支援している。	利用者は家族と一緒に洋食店や寿司店へ食事に出掛けています。利用者の知人や友人が来訪し、居室で歓談している時などには、湯茶出しのサービスをしています。利用者宛の手紙が届き、家族の了解を得て開封し、代読しています。	

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。	行事の飾り物など、共通の作業を通して自然に会話ができるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去後も家族の方がホームに来られる事もあり、利用者様と話しができるよう支援したり、その後の様子を聞くなどして関係性が途切れないようにしている。		
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。	今までの生活歴や生活スタイルをよく聞き、その人らしい生活が送れるよう支援している。	職員は日常の行動や会話の中から、意向や希望を汲み取るように努めています。生活歴や家族からも情報を得ています。意向を自分から伝えにくい人には、日常の生活の中で湯茶を飲みながら、介護の中で話を聞いています。	
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。	入居後も日常会話を通して本人から、出来る限り多くの情報を取りケア方法や接し方を工夫したりしている。		
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。	普段から声掛け等を通して、その方の表情などから心身の状態を把握できるよう努めている。		

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
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。	居室担当者を中心にアセスメント、モニタリング等のカンファレンスを行っている。また本人・家族からの意向を聞き介護計画に反映させている。	入居希望があると、運営法人の神奈川県本部へつないでいます。入居時には利用者・家族と話し合い、暫定の介護計画を作成しています。1ヶ月程度観察し、居室担当者と職員がカンファレンスし、医師の意見を参考にして介護計画を作成しています。	
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。	利用者様ごとに日々の様子を生活記録に記入している。フロア日誌にその日の様子で特に気になる部分については情報共有し、ケアの見直しや介護計画への見直しにつなげている。		
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。	行事などを通し、利用者と家族と一緒に食事を取る時間をつくるなどしている。		
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。	地域のボランティアの方に協力してもらいホームのイベントに参加してもらっている。利用者様の状態に応じて可能な方は買い物や外食などの個別支援も行っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居時に家族の同意を得て月2回内科と歯科の往診があり週1回の連携看護師による訪問がある。かかりつけ医と連携を取りながら必要に応じて外来受診の案内も行っている。	医療機関との連携に力を入れています。毎週、訪問看護師が来訪し、その際に、職員は利用者の医療面や健康上の相談をしています。それに対して看護師からのコメントが寄せられ、介護、看護、医療の連携をとれる仕組みを作っています。	

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週1回の医療連携看護師による健康管理があり利用者の様子を伝え、相談し必要があれば受診に繋げている。		
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。	入院中はお見舞いに伺い、本人の様子や看護師などから情報を得よう努めている。また、介護サマリーを医療機関へ提出し、利用者様が安心して入院生活を送れるよう情報提供している。		
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。	看取りの研修に参加し会議等で報告を行い職員間で看取りへの心構え、支援のあり方を共有している。また、家族会において看取りについて話し合うこともある。	看取り介護の経験があります。入居時に重度化した場合の対応に関する指針を説明し、看取りに関する考え方を示しています。重要事項説明書では、看取り介護加算について記載があり、看取りが発生した時には家族から同意書ももらっています。	
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。	「緊急マニュアル」を備えている。特に持病をお持ちの方が急変した時などの対応については連絡方法・搬送病院・家族の連絡等、職員のわかり易いよう準備している。		
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回の消防署員の立ち会いによる避難訓練を実施している。また、自主訓練において避難マニュアルの見直しを行い現状の利用者様に即した避難経路、避難方法を検討している。	防災・避難訓練は年2回行い、うち1回は夜間を想定した訓練を実施しています。出火場所を想定して、玄関前の駐車場、階段前のホール、さらには居室に避難する訓練をしています。災害対策マニュアルも整備し、職員の緊急連絡体制を事務室に掲示しています。	非常災害用の飲料水・食料は3日分程度備蓄してあります。賞味期限による食品の入れ替えを含め、備蓄品の一覧表作りが期待されます。

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。	認知症の方でも、普段私たちが目上の人に接するように敬意をもって言葉かけや対応を心がけている。また、排泄時の誘導、不安状態での声かけには十分に配慮した声かけをしている。	運営方針には、利用者一人ひとりのニーズと意思を尊重して支援することが明記されています。これを具体的な5項目の接遇・行動指針として事務室に掲示しています。個人情報保護方針を作成し、職員から誓約書を締結し、プライバシー保護を徹底しています。	
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。	介護する側と介護される側の関係にならないよう、適度に距離を保ち本人が希望を表出しやすい環境作りに努めている。		
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。	基本的なタイムスケジュールはあるが個々に応じて時間帯を変えたり、その方の意向を尊重し職員側のルールも変更するように努めている。		
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。	一緒に服を買いに行くなど、その方の希望の身だしなみができるよう支援している。また訪問理美容にて希望される方にはカットの他にカラーリングもしてもらっている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の時には音楽を流したりして落ち着いて食事できる環境に努めている。献立メニューについて話しながら楽しく食べられる雰囲気作りを行っている。	献立は運営法人の管理栄養士が作成し、食材は外部業者から配送されます。調理は、調理専門の職員が、食材をアレンジして利用者の好みに合わせて作っています。テーブル拭き、食器拭きを手伝っている利用者もいます。	

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。	利用者様の状態に合わせて調理師と相談し、その方の食べやすい食事形態で提供している。食事量や提供方法も工夫し、その方が食べやすいよう支援している。		
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、職員が付き添い口腔ケアを行っている。就寝前に義歯を預かり消毒をしている。歯科往診時に口腔状態を伝え口腔内の衛生状態の管理、清潔保持に努めている。		
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。	利用者様ごとに排泄表に時間を記入し、それぞれの方のタイミングに合わせた排泄誘導をしている。また利用者様のそれぞれのシグナルを把握するように努め失禁につながらないように努めている。	排泄チェック表を作成し、バイタル・服薬・排泄状況をチェックしています。排泄パターンの把握により、トイレへの声かけを行っています。おむつで病院から退院した利用者の中には、リハビリパンツに改善された人もいます。	
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。	日々の生活の中で身体を動かしてもらう為、体操をしたりレクリエーションでも無理のない範囲で身体を動かしてもらっている。家族の希望でヤクルトを提供している利用者様もいる。		
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回を基本に入浴してもらっている。利用者様の意思を大切にし、気分が進まないときは入浴日を変更するなど工夫している。入浴中は利用者様とゆったり会話しながら本人にリラックスしてもらえるよう支援している。	浴室は広々としており、リフト浴と浴室用車いすが設備されています。利用者は浴槽につかって、ゆったりとした入浴を楽しんでいます。入浴は原則、週2回ですが、要望によっては3回入浴する人もいます。	

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の状況に応じて、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。	過去の生活歴を参考に本人が安心して入眠できるよう居室の照明や入眠時間について個々に応じた対応をしている。また昼夜逆転しないよう日中はレクをして過ごしていただく様に努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬剤情報を個別にファイルして、職員がいつでも確認できるようにしている。飲み込み等についても薬剤師にその方に合う薬がないか相談するようにしている。		
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。	本人の生活歴・趣味などの情報を収集し、お手伝い・手芸など今ある力を引き出しながら楽しく、張りのある生活を支援しています。		
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。	全体的に介護度が高くなり、遠出の外出は難しいが、近隣の公園への散歩など、できる範囲で行っている。また、家族の協力のもと、本人の行きたい場所へ連れて行ってもらっている。個別での外出支援は行っている。	事業所は高台に位置し、車の往来は比較的少ない環境にあります。利用者は天気の良い日には事業所の周りや近くの公園を散歩しています。駐車場近辺のベンチで外気浴を楽しむ人もいます。遠出に介護タクシーを利用する時もあります。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	基本的には、ホームで管理していますが、ご本人・ご家族の希望で所持している方もいらっしゃいます。外出される時にはご自分で好きな物を買われています。		

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
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。	外国にいらっしゃる家族様より頻繁に電話があり楽しみにしている利用者様がいる。面会に来られる時間がない家族様には電話にて本人と話す時間を持って頂くように支援している。		
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。	居室には家族様との写真を掲示したり行事の写真を張ることで季節感のある雰囲気になるように努めている。	共用空間には明るい陽光を取り入れ、加湿器を置いて、温度・湿度を適切に管理しています。壁面には紅葉の貼り絵や季節の自然を映した写真、童謡・唱歌の歌詞を飾り、季節を感じる工夫をしています。	
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。	ご自分のペースでフロア・居室と自由に過ごせれています。テレビの前のソファでは、気の合う方どうし誘い合ってテレビを観たりお話されたりしています。		
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。	それぞれ使いなれた家具を持ち込まれ居心地の良い空間を作っています。居室にはレクリエーションで楽しまれた様子の写真を貼って、ぬくもりが感じられる工夫をしている。	居室にはエアコン、防炎カーテン、クローゼットに加えて、整理ダンス、電動ベッド、洗面台が備え付けられています。利用者は机や椅子、テレビを置き、思い思いに居心地よく過ごせるように工夫しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	歩行の妨げになる物は排除し動線の確保を心掛け、自立した行動が出来るように居室前にはお名前を貼ったり、目印になるように本人の写真を飾ったり工夫しています。		

事業所名	グループホーム みんなの家・川崎新百合ヶ丘
ユニット名	2ユニット

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、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。	「優しい心で暖かい介護」を理念とし、利用者様の気持ちに配慮したケアを行えるよう個々の利用者のアセスメントをしっかりと行い、利用者様の情報共有に努めている。		
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。	公園の散歩を通し地域住民と交流できるよう支援している。		
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。	運営推進会議でホームにいる利用者様の様子をお伝えしたり、介助方法や接し方についてもお話している。		
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。	ホームでの行事、事故報告、ひやりハット、事故防止対策などを自治会役員の方、地域包括センターの方にお伝えし助言を頂いている。		
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取り組んでいる。	生活保護担当者がホームに来た際にホームの様子や現状をお伝えしている。		

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。	全体会議、フロア会議等でどういった事が身体拘束になるか話し合いをしている。		
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。	勤務に入る前に「虐待防止ゼロへの行動指針」を読み上げ意識付けしている。また社内の虐待研修などに職員に参加してもらい虐待について学ぶ機会を設けている		
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。	社内の研修等で学ぶ機会があり、職員に参加をしてもらい、会議等で情報共有するようにしている。		
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。	事前に契約書、重要事項説明書をお渡しし、あらかじめ疑問点や内容把握する時間を作ってもらっている。契約時にはページ毎に説明したことに納得されているか確認を取っている。		
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。	2カ月に1回の家族会を通してホーム運営について意見を聞く機会を設けている。		

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。	毎月の全体会議、フロア会議等で職場環境の改善について話し合いをしている。		
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。	人事評価票を基に職員が取り組んだ事や資格取得について適正な評価を行い職員のモチベーションにつなげている。		
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。	新人職員には中途入社研修や毎月1回の介護実技研修を通して介護についての知識や介護技術の向上につなげている。		
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。	社外研修を通し、他の介護サービス事業者との意見交換などを行っている。		
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。	入居前に出来る限り本人の不安が軽減されるように家族へ協力をお願いし、電話で家族と話す時間を作る等、具体的な対策を取るようにしている。		

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
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。	こちらから利用者様の状態をお伝えする機会を多く作り、家族が話しやすい状況を作る様にしている。		
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。	ケアプラン作成にあたり家族の中の意向で特に優先度が高い項目に関しては時間をかけ話しをするようにしている。		
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。	その本人のADL状況をよく観察し、その本人できる事を日常生活の中に取り入れている。		
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。	日常の生活の中で食器拭きや、モップがけ等、その方出来る事を積極的に行ってもらっている。		
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。	家族以外の方との面会や電話は、家族の了承が得られれば仲介し関係性が途切れないよう支援している。		

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
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。	行事の飾り物など、共通の作業を通して自然に会話ができるよう支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去後も家族の方がホームに来られる事もあり、利用者様と話しができるよう支援したり、その後の様子を聞くなどして関係性が途切れないようにしている。		
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。	今までの生活歴や生活スタイルをよく聞き、その人らしい生活が送れるよう支援している。		
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。	入居後も日常会話を通して本人から、出来る限り多くの情報を取りケア方法や接し方を工夫したりしている。		
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。	普段から声掛け等を通して、その方の表情などから心身の状態を把握できるよう努めている。		

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
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。	居室担当者を中心にアセスメント、モニタリング等のカンファレンスを行っている。また本人・家族からの意向を聞き介護計画に反映させている。		
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。	利用者様ごとに日々の様子を生活記録に記入している。フロア日誌にその日の様子で特に気になる部分については情報共有し、ケアの見直しや介護計画への見直しにつなげている。		
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。	行事などを通し、利用者と家族と一緒に食事を取る時間をつくるなどしている。		
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。	地域のボランティアの方に協力してもらいホームのイベントに参加してもらっている。利用者様の状態に応じて可能な方は買い物や外食などの個別支援も行っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居時に家族の同意を得て月2回内科と歯科の往診があり週1回の連携看護師による訪問がある。かかりつけ医と連携を取りながら必要に応じて外来受診の案内も行っている。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週1回の医療連携看護師による健康管理があり利用者の様子を伝え、相談し必要があれば受診に繋げている。		
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。	入院中はお見舞いに伺い、本人の様子や看護師などから情報を得るよう努めている。また、介護サマリーを医療機関へ提出し、利用者様が安心して入院生活を送れるよう情報提供している。		
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。	看取りの研修に参加し会議等で報告を行い職員間で看取りへの心構え、支援のあり方を共有している。また、家族会において看取りについて話し合うこともある。		
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。	「緊急マニュアル」を備えている。特に持病をお持ちの方が急変した時などの対応については連絡方法・搬送病院・家族の連絡等、職員のわかりやすいよう準備している。		
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回の消防署員の立ち会いによる避難訓練を実施している。また、自主訓練において避難マニュアルの見直しを行い現状の利用者様に即した避難経路、避難方法を検討している。		

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。	認知症の方でも、普段私たちが目上の人に接するように敬意をもって言葉かけや対応を心がけている。また、排泄時の誘導、不安状態での声かけには十分に配慮した声かけをしている。		
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。	介護する側と介護される側の関係にならないよう、適度に距離を保ち本人が希望を表出しやすい環境作りに努めている。		
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。	基本的なタイムスケジュールはあるが個々に応じて時間帯を変えたり、その方の意向を尊重し職員側のルールも変更するように努めている。		
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。	化粧水やマニキュアなどおしゃれができるよう買い物支援などをしている。		
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。	食事の時には音楽を流したりして落ち着いて食事できる環境に努めている。献立メニューについて話しながら楽しく食べられる雰囲気作りを行っている。		

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	利用者様の状態に合わせて調理師と相談し、その方の食べやすい食事形態で提供している。食事量や提供方法も工夫し、その方が食べやすいよう支援している。		
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、職員が付き添い口腔ケアを行っている。就寝前に義歯を預かり消毒をしている。歯科往診時に口腔状態を伝え口腔内の衛生状態の管理、清潔保持に努めている。		
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。	利用者様ごとに排泄表に時間を記入し、それぞれの方のタイミングに合わせた排泄誘導をしている。また利用者様のそれぞれのシグナルを把握するように努め失禁につながらないように努めている。		
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。	日々の生活の中で身体を動かしてもらう為、体操をしたりレクリエーションでも無理のない範囲で身体を動かしてもらっている。家族の希望でヤクルトを提供している利用者様もいる。		
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回を基本に入浴してもらっている。利用者様の意思を大切に、気分が進まないときは入浴日を変更するなど工夫している。入浴中は利用者様とゆったり会話しながら本人にリラックスしてもらえよう支援している。		

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。	過去の生活歴を参考に本人が安心して入眠できるよう居室の照明や入眠時間について個々に応じた対応をしている。また昼夜逆転しないよう日中はレクをして過ごしていただく様に努めている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬剤情報を個別にファイルして、職員がいつでも確認できるようにしている。飲み込み等についても薬剤師にその方に合う薬がないか相談するようにしている。		
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。	本人の生活歴・趣味などの情報を収集し、お手伝い・手芸など今ある力を引き出しながら楽しく、張りのある生活を支援しています。		
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。	全体的に介護度が高くなり、遠出の外出は難しいが、近隣の公園への散歩など、できる範囲で行っている。また、家族の協力のもと、本人の行きたい場所へ連れて行ってもらっている。個別での外出支援は行っている。		
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。	基本的には、ホームで管理していますが、ご本人・ご家族の希望で所持している方もいらっしゃいます。外出される時にはご自分で好きな物を買われています。		

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
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。	ホームへ届いた手紙の返信について職員がハガキや便箋を用意し、手紙のやり取りができるよう支援している。		
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。	居室には家族様との写真を掲示したり行事の写真を張ることで季節感のある雰囲気になるように努めている。		
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。	ご自分のペースでフロア・居室と自由に過ごせれています。テレビの前のソファでは、気の合う方どうし誘い合ってテレビを観たりお話されたりしています。		
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。	それぞれ使いなれた家具を持ち込まれ居心地の良い空間を作っています。居室内にはレクリエーションで楽しまれた様子の写真を貼って、ぬくもりが感じられる工夫をしている。		
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。	歩行の妨げになる物は排除し動線の確保を心掛け、自立した行動が出来るように居室前にはお名前を貼ったり、目印になるように本人の写真を飾ったり工夫しています。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家・川崎新百合ヶ丘

作成日： 平成 30年 7月 5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	33	重度化・看取りにおけるケア・知識の向上	ご家族様と事業所が「重度化へのケア」「看取りケア」への考え・思いを共有し、終末期に向けて安心して過ごして頂ける環境をつくる。	家族会において、医療関係者からの話や体験談等を聞き、ご家族様へアンケートをおこなう。また個別でのご意見・ご意向を伺う機会をつくる。	適時継続
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月