

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	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	1475000772
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ
事業所名	かわさきグループホームそよ風
訪問調査日	令和2年3月12日
評価確定日	令和2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。

令和1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	1475000772	事業の開始年月日	平成15年3月1日	
		指定年月日	平成27年3月1日	
法人名	株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ			
事業所名	かわさきグループホームそよ風			
所在地	(210-0851) 川崎市川崎区浜町3-3-2			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	令和2年3月2日	評価結果 市町村受理日		

※ 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)】

「一人ひとりの生活者様と共に歩むことにより、その方々に残された時間が輝ける日々であったと感じて頂けるような良質なサービスを、介護チーム一丸となり、提供していきたい。」与えられた役割を認識し、自分の守備範囲の中でおもてなしと、まごごろを表現できるよう努めています。
音楽療法・3B体操等、専門の先生に来て頂き、生活者様が活性化出来るような取り組みもしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和2年3月12日	評価機関 評価決定日	令和2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)】

●この事業所は株式会社ユニマツトリタイアメント・コミュニティの運営です。同法人は全国33都道府県でデイサービス、ショートステイ、訪問介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の在宅系介護サービスから、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の入居系介護サービスまで、様々な利用者のニーズに合わせたサービスを展開しています。ここ「かわさきグループホームそよ風」はJR「川崎駅」からバスに乗り、「四ツ角」停留所で下車して徒歩2分の商店、集合住宅、戸建て住宅等が混在した地域の一角にあります。建物は4階建てになっており、1階がデイサービス、2～3階をグループホーム、4階は厨房と事務所になっている複合施設です。
●ケアについては、利用者のADL向上と活性化を図るため、音楽療法や、3B体操を取り入れています。3B体操とは「遊びの要素、気軽に、体に無理なく」をキーワードとした体操であり、ボール、ベル、ベルターなどを使用して、身体機能の向上、ケガの予防につなげています。また、2週間に1回の音楽療法では、ピアノ演奏に合わせて歌を唱うことで、脳の活性化とリラックス効果とストレス軽減を図り、心身共に穏やかに過ごせるよう支援しています。
●地域との交流では、地域の町内会及び、商店会にも加入して、地域の桜川公園で毎年開催される「おおひん祭り」に利用者と一緒に参加して、フリーマーケット、和太鼓演奏などを見ながらお祭りの雰囲気を楽しんでいただきながら、社会性を維持していただくようにしています。わっていただくようにしています。また、事業所主催の「夕涼み会」は家族だけでなく、地域の方々にも声をかけて参加していただくなど、多くの方で賑わいをみせています。町内会や商店会の総会は、デイサービスの場所を提供して、センターの職員も参加し、地域の方々との交流を深めています。

【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	かわさきグループホームそよ風
ユニット名	風花

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、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	そよ風憲章の基本理念・介護サービスの基本方針・品質方針を掲げ、ワーカー室の壁に掲示し、ミーティング時にも、話し合いを重ね実践に繋げている。	そよ風憲章の基本理念・介護サービスの基本方針・品質方針を事業所の理念・方針としています。これらの理念・方針はワーカー室に掲示し、毎月のミーティング時に話し合い、実践につなげています。入職時のオリエンテーションにも、理念・方針について研修を行っています。		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	町内会・商店会に加盟し総会や祭り・地域行事等、ホーム主催の行事にも参加を呼び掛け一緒に楽しんでいただいている。ボランティアによる演奏会などデイサービスホールで披露するなどし近隣の方や利用者様の楽しみの一つとなっている。	地域の町内会、商店会に加入しています。地域の桜川公園で開催される「おおひん祭り」への参加、事業所主催の「納涼祭」に地域の方々にも参加していただくなど、相互に親睦を深めています。ボランティアによる和太鼓演奏会をデイサービスで披露していただく際には、利用者もお連れして、一緒に楽しまれています。また、町内会や商店会の総会にデイサービスの場所を提供しています。		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	運営推進会議等に於いて、「認知症ケア」「そよ風の認知症ケア」講義を行い、認知症を知っていただく為の講義を通じて、地域への発信を行っている。			
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	2ヶ月に1度の開催で現状報告。施設内における研修、会社の状況、ご利用者様とのイベント、職員状況、ご利用者様の会議度や人数、看取りについてなどをご報告し、ご意見を頂き質の高い介護サービス提供ができるよう努めている。	町内会会長、商店街会長、商店街会員、地域包括支援センター、家族の参加を得て、2ヶ月に1回開催しています。事業所の現状・活動報告、研修内容や施設の取り組みについても報告し、事業所の取り組み等に対して理解していただくと共に、参加者から意見や助言を求め、サービス向上に努めています。		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	特に実施していない。	川崎市や区の担当職員とは、必要書類の提出や、不明点が生じた際に、相談に乗っていただいています。研修や講習会の案内が来た際には、極力参加するよう心掛けています。福祉事務所とは、生活保護受給者の関係で連絡を取っています。		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
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	センター内委員会(身体的拘束適正化・虐待防止検討委員会)による研修会で拘束の実態や現状について学んでおります。基本身体拘束はしないという理念を基に、今後も職員間で共有してゆきます。	センター内で身体的拘束適正化・虐待防止検討委員会を設置し、3ヶ月毎に開催しています。委員会では、拘束の実態や現状について事例を挙げながら話し合い、身体拘束によって起こりうる弊害などについて理解を深め、身体拘束のないケアに努めています。気になる言動や対応が見受けられた時は、全職員に周知しています。	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	支社内研修、センター内委員会での勉強会、マニュアル作成配布での情報共有を行っている。虐待についてを職員全員が理解し、虐待防止徹底に努めています。 (身体的拘束等の適正化のための指針180401に準ずる)		
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	講習や、年度によりいろいろ制度の変更もあり講習・研修・セミナーに参加し活用できるよう支援している。以前には、市民後見人講座受講生の受入れをしたことも有ります。		
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・解約に関しては手順に添って行っている。改定がある場合はご案内文の送付後個々に説明し同意をいただいている。要望の有無なく聞けるよう時間をとり、解決出来るようにしています。		
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	年2回行う家族会で意見や苦情・要望を伺い迅速な対応しサービスの向上に努めている。ご利用者様の状態・情報はこまめに伝え、意見を言える機会を作り、その場で答えを出さず一緒に検討して頂く事もあります。職場に反映しています。	年2回の家族会、面会に来られた際に意見・要望を伺っています。家族からの要望等については、その場で返答せず、月1回のユニット会議で協議した後に、迅速に対応しています。家族からの意見や要望に対する返答については、毎月発行している「そよ風だより」と一緒に送り、家族に報告をしています。	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
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	全体会議・グループホーム会議を毎月開催し、意見交換、企画提案しサービスの向上に努めている。職員から見た状況・状態も共有・検討している。定期的に個人面談も行っています。	日頃から職員の意見や提案を聞くようにしており、毎月の全体会議、ユニット会議の場で職員からの意見や提案について話し合い、業務改善につなげています。年1回の個人面談では、自己評価シートを基に職員の振り返りを実施しています。また、個人面談以外にも、その都度、管理者やセンター長が話を聞く機会を設けています。	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	年に1度、実績や努力に対して給与の見直しを行う。人員不足の際は求人掲載広告を出し近隣センターの業務支援を受けるなりし対応しています。		
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	支社内研修が行われる際は必ず参加する。社内研修の案内を掲示し研修出席後には講師としてセンター内で勉強会を実施している。他の施設への研修参加時間を確保し技術の向上、自己覚知に努めています。		
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	グループホーム連絡会・協議会等の加入し研修会への参加。近隣グループホームとの交流も図っています。		
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	ご本人の思い・要望を傾聴しご本人を出来る限り理解出来るケアプランにも反映出来るよう努め信頼関係を築き安心できるような環境作りを行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご家族がどのような生活を望んでいるか、どのようにしていきたいか、要望を伺い信頼関係を築いている。特にあまりお話をされないご家族にはこちらからの問いかけを多くして、聞けるようにしています。		
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	ご家族がどのような生活環境を作って行きたいのか、ご本人なりの生活スタイルや意向を充分話し合い納得行くサービスが出来るよう対応しています。		
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	人生の先輩であり、今までの生活環境を念頭に入れ、自立支援が出来るよう生活の中の役割を持って頂き社会の一員として共にたのしみ、悲しみを共有できるようにしています。		
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	電話やFAXや面会時などご利用者様の様子の説明。ご家族参加の行事・誕生会には出席のお願いをしご利用者様に笑顔がみられる機会を多く作っています。		
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	ご利用者様の馴染みの方と面会しやすいよう環境作りにこころがけている。ハガキを出すお手伝いをしたりご自分の愛用していたものを居室に置き馴染んで頂けるよう環境作りを行っています。	その方にとって、馴染みの方との関係を継続できるように、面会しやすい環境作りを心掛け、家族や友人の来訪は常に歓迎しています。希望があれば、年賀状や暑中見舞いのハガキの宛名書きなどの手伝いや、電話の取次ぎなどの支援も行っています。	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
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	個々の性格を知り席の配慮した上でレク・ゲーム・歌・体操・散歩など楽しい時間の共有を図れるよう努めています。 必要に応じて、ご家族の承認や意見も参考にしながら席替えも行っています。		
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	契約終了後もご家族にご本人の様子伺いをしたり、ご相談等の対応や情報提供に努めている。 記録等の開示もしています。		
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。	ご家族、ご本人からの情報提供でこれまでの生活環境や要望・希望・意向を聴き十分に把握した上で対応しています。またケアプラン見直しの時に合わせ、随時確認変更にも努めております。	入居前のアセスメントで、家族、本人、後見人、在宅時に利用していたケアマネージャなどから、生活歴や既往歴、趣味や嗜好品、暮らし方の希望などについての情報を聞き取り、基本情報シートを作成しています。入居後は、日々の生活で得られた情報や本人の発した言葉などを介護支援記録にまとめ、情報を共有しています。	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	入院後や低下したご利用者様は情報が著しく違う。ご家族とのカンファレンスを持ち職員同席でその人らしく過せるように本人の思いを把握出来るように家族と共に推し測りながら対応に努めます。		
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	馴染み深い物や、大事な仏壇もお供えのご飯やお茶、水をご用意し1日が始まる。ご利用者様の以前とかわらない生活により近い空間を努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	6か月に1度介護計画の見直し、6か月に1度モニタリングを行う。月1回のGHミーティングで日常の変化の「気づき」を情報の共有し作成しています。また毎月の介護計画の整備状況をWチェックで確認しております。	入居時に「入居相談受付票」とアセスメント表を参考に基本情報シートを作成し、初回の介護計画で暫くの間経過を観察しています。その後、ユニット会議で職員の気づき、介護支援記録を参考にアセスメントを行い、現状に現状に則した介護計画を作成しています。6ヶ月毎にモニタリングを行ない、介護計画の見直しにつなげています。	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	月1回のフロアミーティングでヒヤリ・ハット記録はその日のうちに原因究明、改善策を話し合い職員の連携強化している。「個人記録と施設側」の2重記録を行っています。		
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	既存のサービスに捉われないよう状況に応じて柔軟な対応が出来るよう出来る限り取り組んでいます。		
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	商店街、近隣商店での買い物、散歩で地域の方との会話も増え町内会の盆踊り大会のお誘いなど外へ出る事への楽しみが増えている。美容師によるカット、マッサージ師による硬縮予防、ボランティアなど暮らしの中にも楽しみを多く取り入れている。		
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	ご家族の選択で往診医師で月2回の診療。医師との疎通が密に取り、必要に応じ疾病のアドバイスや管理指導、カンファレンスを行っております。重度化に伴った際の家族との連携もあります。	入居時にかかりつけ医の有無を確認し、事業所の協力医療機関について説明した後に、主治医を決めていただいています。数名の方は以前からのかかりつけ医を継続して受診していますが、それ以外の方は協力医療機関からの月2回の訪問診療を受けています。歯科は週1回の往診があり、口腔ケアや治療の対応をお願いしています。訪問看護師は週に1回来て、利用者の健康管理と医療面の相談に乗っていただいています。	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
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	往診看護師との連携をとり主治医へ橋渡ししてくれる相談ができ、回答を頂ける為心強く信頼出来ています。		
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。	医療機関へは頻繁に出向き情報交換し、医療計画を聴き退院時の受け入れとしてカンファレンスをしたり。GHケアマネと病院側の相談員が中心となり進めています。良い関係を築けています。		
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	本人やご家族の要望を重視し主治医の見解を頂いた上で看取りをします。ご家族様とのカンファレンスを持ち、家族、本人の希望に沿った形で終末期を一緒に考えております。今年も3名の方をご家族の希望にて、看取り致しました。	入居時に「看取りの指針」に沿って、事業所でできること、できないことについて説明し、同意書を交わしています。主治医から重篤化について話しがあった段階で、家族との話し合いの場を設け、家族と本人の意向を尊重し、看取りを希望される場合は穏やかな終末期を迎えられるよう連携を取りながら終末期ケアに取り組んでいます。	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	意識確認から始まり研修・講習会に参加し報告、実施出来るようシュミレーションで身につけている。緊急マニュアル有 毎年年に1回の頻度でAED研修を行っている。		
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、夜間帯想定での訓練実施。居室はスプリンクラー有り。地域の協力心はある。訓練時近隣の方へ参加して頂いている。非常時食料、飲料の備蓄。	年2回の避難訓練（内1回は夜間想定）と水害を想定した訓練を実施しています。地域の方にも、運営推進会議などで参加を呼びかけています。また、設備点検も年2回行われ、その際に防災機器等の取り扱い方法も確認しています。備蓄は3日分の水や食料の他、懐中電灯、ヘルメット、防災頭巾等も確保しています。	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	個々を尊重し、個人のペースに合わせて対応している。個人情報保護についてはコンプライアンスにのっとり遵守しています。禁言は重い言葉と考えています。生活者と置き換え考えています。交流も必要ですが自分だけの自由な時間や空間が持てるよう対応しています。	入職時に介護技術からコンプライアンスに至るまで研修を行っています。入職後にも「個人情報保護指針」に沿って研修を行い、日々のケアの中で言葉遣いや対応で、利用者の人格やプライバシーを損ねることのないよう留意しています。個人情報の取り扱いについては、鍵付きのロッカーに保管し、事務所からの持ち出しを禁止しています。	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	日々の生活の中で、役割を持っていただいたり、選択する場面を増やすことで飽きない工夫をしています。また、ご利用者様同士の会話に持っていきけるように援助します。		
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	「その人らしさ」を重視しペースに合わせて支援している。ご家族様の面会も増やしていただいたり季節の行事を多く持つようにしている。		
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	個性を大切にし服装選びや整髪の支援を行っている。女性の方には時折お化粧品やマニキュアをするなど異性・同性の意識がずっともってほしい為工夫している。朝のブラッシング一つでもこだわっています。		
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	厨房があり、月から土曜日の昼食は栄養士の管理された食事で配膳され、他の日は献立を立て利用者が手伝える食材を多く作り楽しめるよう工夫しています。季節に応じた食材と色合いも取入れ食事作りをしています。検食は代表者がしています。	月曜日～土曜日の昼食は、栄養士によって管理された食事が4階の厨房で作られ、利用者に提供されています。月曜日～土曜日の朝食と夕食、日曜日(3食)はグループホームで献立を考え、キッチン専属の職員が調理して食事を提供しています。外食支援は、事前に計画を立て、近くのファミリーレストランや回転寿司にお連れしています。	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
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	状態を考慮し水分摂取量を決め飲水に努めています。義歯・咀嚼・嚥下の低下でミキサー食であったりと、状態、状況を踏まえ支援しています。食事量、水分量、一日の全体量の把握しています。		
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	義歯の方が多く、浸け置き洗浄や舌のケアを食後毎回行っています。重度の方は、インジン液ガーゼにて口腔内ケアを行っています。		
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	排泄パターンや体調をは把握し、時間鑑みてトイレで排泄するよう誘導する。可能な限りトイレでの排泄時の声かけをし、自尊心を損なわないよう心がけている。(排泄誘導の5つの心得 掲示)	排泄チェック表を基に、個々の排泄パターンを把握し、時間やタイミングを見計らった声かけで誘導を行ない、トイレで排泄できるように支援しています。トイレの中に「排泄誘導の5つの心得」を掲示し、職員は排泄介助時には、利用者の自尊心を損なわないよう支援しています。	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	水分や野菜が多めの食事にし、散歩や食後のトイレ誘導を行っています。又、牛乳の飲用や朝食時のバナナヨーグルト、ホットパッドでおなかを温めるなど個々に応じた対応し主治医への相談も行っています。		
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	利用者様のタイミングで入浴して頂けるよう支援しています。女性の場合、女性職員で対応するなど個々の意思に沿うよう努めています。入浴拒否の場合、時間をおいて声掛け、誘導。本人の希望に沿った入浴を支援しています。	週2～3回の入浴を基本とし、入浴支援を行っています。入浴前にはバイタルチェックを行ない、利用者の健康状態と意向を確認したうえで入浴支援を行っています。女性の場合、女性職員で対応するなど、個々の意思を尊重した支援を心がけています。時には、入浴剤や季節の菖蒲湯や柚子湯も行い、入浴を楽しんでいただけるよう支援しています。	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	日中の活動量が多いと、夜はゆったり過ごせるように、メリハリのある生活リズム作りを心掛けています。日光に当たることで汗をかき良く眠れます。睡眠パターンを把握し生活リズムをつくり安眠出来るよう支援しています。		
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	主治医の指示通りの服薬で対応しています。薬局での一包化もされている為安心して服用を行っています。変化のある場合も常に主治医に報告が出来迅速な対応が来ていますし、服薬目的を理解し投薬マニュアルに沿って服薬の支援を行っています。		
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	個々に合った役割を決め、レクや行事に楽しく参加できるよう支援しています。持てる力の役割により生き生きとした時間ができ楽しみが出来ています。		
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	外出を増やし季節を感じてもらっています。地域の方との交流でデイサービスの慰問にも参加しています。気分転換、人との交わりが刺激となりストレスの発散になっています。美容院で髪染めなどの希望にも対応しています。また季節に応じ毎日の散歩を行っています。	日常的な外出支援は、天気や気候、利用者の体調を考慮し、近くのコンビニ、事業所周辺の散歩にお連れしています。地域の方との交流でデイサービスの慰問にも参加しています。地域の桜川公園で開催される「おおひん祭り」に参加し、地域の方との交流を図ったり、車を使用した外出支援では、お花見、初詣、大師公園の風鈴市などへも出かけています。	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	ご家族の承諾の元、自己管理可能な方は個々で小額を所持しています。地域の商店でお菓子を買ったりすることでお金の大切さ、価値を忘れないようにしています。		

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	
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	手紙の代筆等の介助を行っている。暑中見舞いや年賀状を毎年ご家族宛に書いている。絵葉書や絵手紙を書くこともあります。ご家族からの電話には出来るだけ出てお話しして戴いています。			
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	共用の場には花や絵を飾り季節を感じていただけるような空間で調度や設備が家庭的で生活感がありゆったりと過ごせるよう環境作りを行っています。掲示板に写真や、作品（ぬり絵、切り絵、書き初め）を貼り出す事で刺激になっています。	共用空間には、花や観葉植物、絵などが飾られ、季節感を感じられるよう配慮すると共に、殺風景な空間にならないよう留意しています。また、掲示板に行事の写真、切り絵、習字など利用者の作品が飾られ、家族や友人が来訪した際の話作りにもなっています。事務所は大きな窓があり、リビングで過ごす利用者の見守りができるようになっています。		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	離れた場所に1人掛けのソファを設置しています。時には、眠ってしまう方もいますが他の方が優しく布団を掛けて差し上げたりと思いやりのある関係が出来ています。			
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	個室なので、使い慣れた馴染みの物を持ってきていただき家と同じ様に過ごせる様にしています。家具の配置などは、ご本人、ご家族と相談し居心地の良い空間を作る工夫をしています。	居室には、ベット、エアコン、クローゼット、カーテンが備え付けとして完備されています。入居時には、使い慣れた馴染みの物を持参していただくよう勧め、テレビ、写真、絵、本、ぬいぐるみなど、様々な物が持ち込まれ、居心地良く過ごせる居室作りが行われています。		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	安全で安心できる住まいで生活が送れるよう支援しています。ご本人のもっている能力に注目し失われがちな自立の意欲を少しずつ引き出すようにしています。声かけも必要ですが見守りを重視し出来る限り自らが行動出来るように支援しています。			

目 標 達 成 計 画

事業所 株式会社ユニマツト
リタイアメント・コミュニティ
かわさきグループホームそよ風

作成日

令和2年3月31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	4	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、協力関係を築く取組みがほとんどない	運営推進会議に参加する地域包括職員との連絡を密にして、イベントへの参加、誘致を活性化してゆく。	地域包括支援センター職員へのイベント誘致を行う。	1年間
2	49	日常的な外出支援は行われ、ご本人の希望や、ご家族や地域の人々の理解や協力も得られている。しかしながら、年間行事の予定がなく、計画的支援となり得ていない。	年間計画を策定する。	年間計画を策定し、それに準じて実施してゆく。	1年間

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	かわさきグループホームそよ風
ユニット名	風月

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、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	そよ風憲章の基本理念・介護サービスの基本方針・品質方針を掲げ、ワーカー室の壁に掲示し、ミーティング時にも、話し合いを重ね実践に繋げている。		
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	町内会・商店会に加盟し総会や祭り・地域行事等、ホーム主催の行事にも参加を呼び掛け一緒に楽しんでいただいている。ボランティアによる演奏会などデイサービスホールで披露するなどし近隣の方や利用者様の楽しみの一つとなっている。		
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	運営推進会議等に於いて、「認知症ケア」「そよ風の認知症ケア」講義を行い、認知症を知っていただく為の講義を通じて、地域への発信を行っている。		
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	2ヶ月に1度の開催で現状報告。施設内における研修、会社の状況、ご利用様とのイベント、職員状況、ご利用様との会議度や人数、看取りについてなどをご報告し、ご意見を頂き質の高い介護サービス提供ができるよう努めている。		
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	特に実施していない。		

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
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	センター内委員会(身体的拘束適正化・虐待防止検討委員会)による研修会で拘束の実態や現状について学んでおります。基本身体拘束はしないという理念を基に、今後も職員間で共有してゆきます。		
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	支社内研修、センター内委員会での勉強会、マニュアル作成配布での情報共有を行っている。虐待についてを職員全員が理解し、虐待防止徹底に努めています。 (身体的拘束等の適正化のための指針180401に準ずる)		
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	講習や、年度によりいろいろ制度の変更もあり講習・研修・セミナーに参加し活用できるよう支援している。以前には、市民後見人講座受講生の受入れをしたことも有ります。		
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・解約に関しては手順に添って行っている。改定がある場合はご案内文の送付後個々に説明し同意をいただいている。要望の有無なく聞けるよう時間をとり、解決出来るようにしています。		
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	年2回行う家族会で意見や苦情・要望を伺い迅速な対応しサービスの向上に努めている。ご利用者様の状態・情報はこまめに伝え、意見を言える機会を作り、その場で答えを出さず一緒に検討して頂く事もあります。職場に反映しています。		

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	全体会議・グループホーム会議を毎月開催し、意見交換、企画提案しサービスの向上に努めている。職員から見た状況・状態も共有・検討している。定期的に個人面談も行っています。			
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	年に1度、実績や努力に対して給与の見直しを行う。人員不足の際は求人掲載広告を出し近隣センターの業務支援を受けるなりし対応しています。			
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	支社内研修が行われる際は必ず参加する。社内研修の案内を掲示し研修出席後には講師としてセンター内で勉強会を実施している。他の施設への研修参加時間を確保し技術の向上、自己覚知に努めています。			
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	グループホーム連絡会・協議会等の加入し研修会への参加。近隣グループホームとの交流も図っています。			
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	ご本人の思い・要望を傾聴しご本人を出来る限り理解出来るケアプランにも反映出来るよう努め信頼関係を築き安心できるような環境作りを行っています。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご家族がどのような生活を望んでいるか、どのようにしていきたいか、要望を伺い信頼関係を築いている。特にあまりお話をされないご家族にはこちらからの問いかけを多くして、聞けるようにしています。		
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	ご家族がどのような生活環境を作って行きたいのか、ご本人なりの生活スタイルや意向を充分話し合い納得行くサービスが出来るよう対応しています。		
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	人生の先輩であり、今までの生活環境を念頭に入れ、自立支援が出来るよう生活の中の役割を持って頂き社会の一員として共にたのしみ、悲しみを共有できるようにしています。		
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	電話やFAXや面会時などご利用者様の様子の説明。ご家族参加の行事・誕生会には出席のお願いをしご利用者様に笑顔がみられる機会を多く作っています。		
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	ご利用者様の馴染みの方と面会しやすいよう環境作りにこころがけている。ハガキを出すお手伝いをしたりご自分の愛用していたものを居室に置き馴染んで頂けるよう環境作りを行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の性格を知り席の配慮した上でレク・ゲーム・歌・体操・散歩など楽しい時間の共有を図れるよう努めています。 必要に応じて、ご家族の承認や意見も参考にしながら席替えも行っています。		
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	契約終了後もご家族にご本人の様子伺いをしたり、ご相談等の対応や情報提供に努めている。 記録等の開示もしています。		
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。	ご家族、ご本人からの情報提供で今までの生活環境や要望・希望・意向を聴き十分に把握した上で対応しています。またケアプラン見直しの時に合わせ、随時確認変更にも努めております。		
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	入院後や低下したご利用者様は情報が著しく違う。ご家族とのカンファレンスを持ち職員同席でその人らしく過せるように本人の思いを把握出来るように家族と共に推し測りながら対応に努めます。		
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	馴染み深い物や、大事な仏壇もお供えのご飯やお茶、水をご用意し1日が始まる。ご利用者様の以前とかわらない生活により近い空間を努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	6か月に1度介護計画の見直し、6か月に1度モニタリングを行う。月1回のGHミーティングで日常の変化の「気付き」を情報の共有し作成しています。また毎月の介護計画の整備状況をWチェックで確認しております。		
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	月1回のフロアミーティングでヒヤリ・ハット記録はその日のうちに原因究明、改善策を話し合い職員の連携強化している。「個人記録と施設側」の2重記録を行っています。		
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	既存のサービスに捉われないよう状況に応じて柔軟な対応が出来るよう出来る限り取り組んでいます。		
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	商店街、近隣商店での買い物、散歩で地域の方との会話も増え町内会の盆踊り大会のお誘いなど外へ出る事への楽しみが増えている。美容師によるカット、マッサージ師による硬縮予防、ボランティアなど暮らしの中にも楽しみを多く取り入れている。		
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	ご家族の選択で往診医師で月2回の診療。医師との疎通が密に取り、必要に応じ疾病のアドバイスや管理指導、カンファレンスを行っております。重度化に伴った際の家族との連携もあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	往診看護師との連携をとり主治医へ橋渡ししてくれる相談ができ、回答を頂ける為心強く信頼出来ています。		
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。	医療機関へは頻繁に出向き情報交換し、医療計画を聴き退院時の受け入れとしてカンファレンスをしたり。GHケアマネと病院側の相談員が中心となり進めています。良い関係を築けています。		
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	本人やご家族の要望を重視し主治医の見解を頂いた上で看取りをします。ご家族様とのカンファレンスを持ち、家族、本人の希望に沿った形で終末期を一緒に考えております。今年も3名の方をご家族の希望にて、看取り致しました。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	意識確認から始まり研修・講習会に参加し報告、実施出来るようシュミレーションで身につけている。緊急マニュアル有 毎年年に1回の頻度でAED研修を行っている。		
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、夜間帯想定での訓練実施。居室はスプリンクラー有り。地域の協力心はある。訓練時近隣の方へ参加して頂いている。非常時食料、飲料の備蓄。		

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	個々を尊重し、個人のペースに合わせて対応している。個人情報保護についてはコンプライアンスにのっとり遵守しています。禁言は重い言葉と考えています。生活者と置き換え考えています。交流も必要ですが自分だけの自由な時間や空間が持てるよう対応しています。		
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	日々の生活の中で、役割を持っていただいたり、選択する場面を増やすことで飽きない工夫をしています。また、ご利用者様同士の会話に持っていけるように援助します。		
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	「その人らしさ」を重視しペースに合わせて支援している。ご家族様の面会も増やしていただいたり季節の行事を多く持つようにしている。		
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	個性を大切にし服装選びや整髪の支援を行っている。女性の方には時折お化粧品やマニキュアをするなど異性・同性の意識がずっともってほしい為工夫している。朝のブラッシング一つでもこだわっています。		
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	厨房があり、月から土曜日の昼食は栄養士の管理された食事で配膳され、他の日は献立を立て利用者が手伝える食材を多く作り楽しめるよう工夫しています。季節に応じた食材と色合いも取入れ食事作りをしています。検食は代表者がしています。		

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
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	状態を考慮し水分摂取量を決め飲水に努めています。義歯・咀嚼・嚥下の低下でミキサー食であったりと、状態、状況を踏まえ支援しています。食事量、水分量、一日の全体量の把握しています。		
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	義歯の方が多く、浸け置き洗浄や舌のケアを食後毎回行っています。重度の方は、インジン液ガーゼにて口腔内ケアを行っています。		
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	排泄パターンや体調をは把握し、時間鑑みてトイレで排泄するよう誘導する。可能な限りトイレでの排泄時の声かけをし、自尊心を損なわないよう心がけている。(排泄誘導の5つの心得 掲示)		
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	水分や野菜が多めの食事にし、散歩や食後のトイレ誘導を行っています。又、牛乳の飲用や朝食時のバナナヨーグルト、ホットパッドでおなかを温めるなど個々に応じた対応し主治医への相談も行っています。		
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	利用者様のタイミングで入浴して頂けるよう支援しています。女性の場合、女性職員で対応するなど個々の意思に沿うよう努めています。入浴拒否の場合、時間をおいて声掛け、誘導。本人の希望に沿った入浴を支援しています。		

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
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	日中の活動量が多いと、夜はゆったり過ごせるように、メリハリのある生活リズム作りを心掛けています。日光に当たることで汗をかき良く眠れます。睡眠パターンを把握し生活リズムをつくり安眠出来るよう支援しています。		
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	主治医の指示通りの服薬で対応しています。薬局での一包化もされている為安心して服用を行っています。変化のある場合も常に主治医に報告が出来迅速な対応が来ていますし、服薬目的を理解し投薬マニュアルに沿って服薬の支援を行っています。		
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	個々に合った役割を決め、レクや行事に楽しく参加できるよう支援しています。持てる力の役割により生き生きとした時間ができ楽しみが出来ています。		
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	外出を増やし季節を感じてもらっています。地域の方との交流でデイサービスの慰問にも参加しています。気分転換、人との交わりが刺激となりストレスの発散になっています。美容院で髪染めなどの希望にも対応しています。また季節に応じ毎日の散歩を行っております。		
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	ご家族の承諾の元、自己管理可能な方は個々で小額を所持しています。地域の商店でお菓子を買ったりすることでお金の大切さ、価値を忘れないようにしています。		

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
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	手紙の代筆等の介助を行っている。暑中見舞いや年賀状を毎年ご家族宛に書いている。絵葉書や絵手紙を書くこともあります。ご家族からの電話には出来るだけ出てお話しして戴いています。		
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	共用の場には花や絵を飾り季節を感じていただけるような空間で調度や設備が家庭的で生活感がありゆったりと過ごせるよう環境作りを行っています。掲示板に写真や、作品（ぬり絵、切り絵、書き初め）を貼り出す事で刺激になっています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	離れた場所に1人掛けのソファを設置しています。時には、眠ってしまう方もいますが他の方が優しく布団を掛けて差し上げたりと思いやりのある関係が出来ています。		
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	個室なので、使い慣れた馴染みの物を持ってきていただき家と同じ様に過ごせる様にしています。家具の配置などは、ご本人、ご家族と相談し居心地の良い空間を作る工夫をしています。		
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	安全で安心できる住まいで生活が送れるよう支援しています。ご本人のもっている能力に注目し失われがちな自立の意欲を少しずつ引き出すようにしています。声かけも必要ですが見守りを重視し出来る限り自らが行動出来るように支援しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 株式会社ユニマツト
リタイアメント・コミュニティ
かわさきグループホームそよ風

作成日

令和2年3月31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	4	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、協力関係を築く取組みがほとんどない	運営推進会議に参加する地域包括職員との連絡を密にして、イベントへの参加、誘致を活性化してゆく。	地域包括支援センター職員へのイベント誘致を行う。	1年間
2	49	日常的な外出支援は行われ、ご本人の希望や、ご家族や地域の人々の理解や協力も得られている。しかしながら、年間行事の予定がなく、計画的支援となり得ていない。	年間計画を策定する。	年間計画を策定し、それに準じて実施してゆく。	1年間

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。