

平成24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 <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	平成24年11月11日	評価結果 市町村受理日	平成25年1月31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.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&IteyosyoCd=1475100838-00&PrefCd=14&VersionCd=022
----------	---

【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)】

皆様が楽しみを見つけられる様な環境作りを行っています。全員で体操や歌の時間を設け共同レクリエーションを毎日行っています。個々の好きな事やりたい事も日々の会話等から探し、見つけて個別レクリエーションへも繋げています。その中のひとつが外出支援です。買い物から散歩、外気浴で太陽のもとへ出る習慣作りに努めています。庭にある畑での園芸、農作業は収穫の喜びと共に役割を持つ事でやりがいに繋がっています。それぞれが役割や人との関わりを持つ事でやりがいを感じながら楽しく皆で生活する事を目指しています。又様々な方の協力のもと、地域との繋がり作りに力を入れています。

【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24年12月13日	評価機関 評価決定日	平成25年1月15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)】

JR横須賀線新川崎駅から徒歩15分、広大な空き地の近くに新旧の住宅が立ち並ぶその中にあります。
 <優れている点>
 職員各自が日常思っていることを書き出しそれを合成してホームの理念を作っています。「心つないで、手をくんで、笑顔・・・地域・・・」などグループホームのキーワードがはいっていて、利用者がその理念を墨書し、全員参加の連帯感を生みだしています。
 利用者一人ひとりの自主性を重んじ、利用者の生活ペースを尊重しています。一日の予定表をあえて作らずに、家事手伝いの中でも洗濯物干し、たたみ、取り込み等、機能に応じてできることをしています。外出先も一律ではなく散歩・買物・外気浴、利用者の気分にまかせて自由に行動しています。地域の協力を得るために地道な努力を続けています。掲示板の利用、敬老会、地域懇談会、町内会定例会への参加など地域住民との対話の糸口が出来つつあります。
 <工夫点>
 面会簿が個人別に付箋がつけられ他の人からは見れませんが訪問者の面会先がわかるようになっていきます。玄関にはウエルカムボードが管理者の自筆で書かれており、温かみを感じさせています。

【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	1F

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	利用者職員と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、安心して暮らしている。 (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	地域の中で暮らす事を念頭におき、全職員で話し合い各々から出た言葉で当ホームの目指すべき理念に作り変えた。職員への意識づけをする事で実践に繋げている。	独自の理念を作ろうと、職員から寄せられた理念のフレーズを各人の思いとして形にしたのが「心つないで、手をくんで、笑顔とありがとうでつながる地域の輪」という新しい理念です。各職員の思いがこもっているのでケアにも生かされています。	
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	町会長との面会、役員の方々の紹介を近隣在住ご家族よりして頂いたり、民生委員さんの協力も得て繋がりを作っている。イベントに参加するだけでなく、町の清掃にも加わり交流を深めている。	旧住民と新住民が混在する地域です。災害時の協力が必須ですが、町内会長に会っても「営利会社だから」として特別会員扱いです。しかし管理者の努力でチラシ、敬老会などの案内も来るようになり少しずつ糸口がほぐれてきています。	ホームのイベントにも住民親子が時折見えるようになっていきます。懸案の災害時にホームの外へ出たときの「見守り」など協力体制の進捗が期待されます。
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・清掃活動等の交流時に認知症についての質問に応えたり、地域懇談会の場で勉強会を行った。外国人の実習受け入れも行っている。	/	/
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	二か月に一度開催し、ご利用者様の状態やサービスにおける報告を行っている。又前回の評価報告を行い、課題となっている取り組みへの協力・アドバイスを頂いている。	家族の参加は少ないですが地域包括センター、民生委員の毎回の参加で運営状況を報告、アドバイスをもらっています。転倒事故などの報告をこまめに行っており、開かれたホームのイメージが出来つつあります。	
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	生保受給者の担当者とは連絡を互いにとり、実情、サービスその他の情報を伝えている。運営推進会議に参加頂く担当者へも地域密着の協力依頼を行っているが、連携が取れているとは言い難く、関係性は薄い。	生活保護受給者が多いので福祉課とは緊密な関係が取れています。運営全般を担当する高齢支援課員も時々運営推進会議に参加しています。地域包括センターの担当者が熱心で、地域懇談会も年4回開催され、情報の交換に役立っています。	

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	
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	身体は勿論、制止・拘束にあたる言葉がけになっていないかという点で月一回会議で振り返りを行っている。玄関は安全管理の為施錠を行っているが閉じ込められ感のない様、外へ出る機会を増やすケアを努めている。	身体拘束はしないというホームの姿勢は一貫しています。暴力を振るう利用者への対応でどこまで職員ができるか、根本原因は何か、受けたときの対応など、マニュアルにはないことも職員は議論しています。		
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されることがないよう注意を払い、防止に努めている	どのような行為、言葉がけが虐待に繋がるかを上記身体拘束と合わせた虐待についての勉強会を行っている。			
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	企業の中で制度に関する研修はあり管理者は参加しているが、当ホームで該当者がいない事もあり周知徹底に至っていない。			
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	契約時にはリスクや状態変化等重度化した際に可能な事不可能な事を含めホームのケアの方針を十分に説明し、疑問がないかをその場で確認している。又報酬加算等の料金変更時には説明の上同意を得ている。			
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	利用者様の要望は普段生活の会話からもアセスメントを行い、実践に繋げている。面会時、家族会、運営推進会議を通してご家族よりの意見要望をお伺いしたものを、フロア会議等を通して職員へ伝え、反映させている。	家族からダンスの中に汚れた下着がまじっている、整理してほしいとの要望があり、会議にかけすぐ実行しています。単なる状況の報告になりがちな会議で建設的な意見は出来る限り採用して実行に移しています。		

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	毎月の会議で利用者様の状態、ケアの在り方、業務の見直しを含め、職員からの意見を出す場を設けている。職員へのコミュニケーションを図る事で思いを聞きだせる様に心がけている。	個人面談を年1回行い職務上の意見、希望を聞いています。毎月のフロア会議でもケアに関する意見が出ています。	
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	個人面談を定期的又必要時に行い、やりがいの為の目標を持つ事で向上心を伸ばすことへ繋げている。就労環境改善のひとつに「休憩時間の確保」があり、互いの声かけや業務を工夫する事で以前より取れている。		
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	会社の方針として新人職員の初日オリエンテーション時間の確保を必ず取っている。新人研修は毎月本社であり、現場と調整を行い参加をしている。現場では実際のケアを見る事や個人面談等でも能力を把握し、各々にあった課題を出したり研修参加を促している。		
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	地域包括支援センター主催のサロンに声をかけて頂いた以降、他事業者との交流機会が増えてきた。今後共同での勉強会、イベント等の発展に繋げていきたい。近隣の事業所の顔なじみ職員より声をかけて頂き、イベント参加する事も出来てきた。		
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	事前の聞き取りにより本人主体のケアプランをお作りするが、入居後環境変化によるご本人の心境変化がある為、その時その時の思いを受け止めていく様話す機会を多くしている。思いや変化、気づきを職員間で話し合い今後のケアに繋げていくものとしている。		

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	見学、面談の段階でご家族が困っている事を伺っている。又当ホームで出来る事、やっていく事をご家族へお話ししている。		
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	可能な限りご本人もホームへ足を運んで頂き、見て頂く。見学・面談でご本人の状態把握を行っている。入居一カ月は変化が多く、その都度ご家族に伺う事でその時必要な支援の判断を行っている。		
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	年長者である事を念頭におきながら、日常家事の出来る事をやって頂いている。又家事や昔の事を教えて頂く事で共に生活をしている。		
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	面会時に日頃の様子を伝え、又ご家族の言葉にも耳を傾ける事で共に支えていく為の情報交換を行っている。月に一度は書面で近況報告も行っている。		
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	昔からの趣味や楽しみを継続して出来る環境を作っている。ご家族同意のもと知人の面会もある。離れて暮らす家族との面会機会を設け足を運ぶ機会も作っている。	習字を書く利用者の作品を壁に飾ったり、編み物の棒が手に刺さらないように見守ったり、昔の趣味を楽しめるよう気配りをしています。近くの老人ホームの知人を訪ねる利用者には同行したりして、馴染みの関係の継続に配慮しています。	

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	日常家事やレクリエーションを皆で行う事で共同で支え合う場を作っている。役割を持つ事で孤立・孤独を感じない支援に努めている。日々変化する人々の心身状態、性格、相性を考え必要時に席替えをする事で環境を整える支援にも努めている。		
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	住み替えの場合は介護連絡表等を渡す事で同じ様な支援が出来る様にしている。サービスが終了したご家族へもお手紙を出したり、イベントの参加をよびかけたりしている。		
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。	日頃の会話から希望把握に努め、カンファレンス、会議等に上げる事で、職員全体が理解しチームとして本人主体のケアに取り組んでいる。聞き取り困難な方へもご家族からの情報や、生活の中での表情で好きな事等を見分ける様にしている。	不満、不安を訴える利用者には傾聴し、申送りノート、生活記録、アセスメントへ記入して職員全員が把握しています。聞き取り困難な人には日常の行動、家族から聞きとり記録して、全員で共有しています。	
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	入居時の面談で知り得た生活歴だけでなく、生活の中での会話から知る暮らしぶりをもとに、ご家族に何う事で更に深く探る様努めている。		
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	24時間トータルで生活リズムを把握出来る様、バイタルチェック表も用いながら申し送りを行っている。日中、夜間共にひとりひとりの状態を会話や様子で把握し、有する能力等はカンファレンスや会議で話し合う事で共有している。		

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	センター方式の活用によりご本人、ご家族の意向を引き出す様にしている。それをもとにカンファレンスを行い、職員の気づきもサービスに反映させていっている。	多方面からの観察が求められるセンター方式のアセスメントを注意深く3ヶ月ごとに見直し、居室担当だけでなく、フロア全職員が会議に参加することになっています。医師、家族の意見も取り入れ、6ヶ月1回計画が見直されています。	
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	生活記録は利用者様の発言や様子が分かる様な記入に努め、ケアプランのナンバリングを同時に落とし込む事で次回の見直しにも繋げている。情報共有には申し送りノートやヒヤリハットシート等も使用している。		
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	利用者様、ご家族の希望される医療等のサービスの取り入れも行っている。又通院等もご家族が不可能な場合は対応、支援している。		
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	民生委員さんの協力のもと地域のイベント参加を続けている。又地域包括支援センター主催のサロンに参加する事で地域の情報収集を図っている。毎年消防署の協力を得て防災訓練を行う事で安全な暮らしの支援に努めている。		
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、ご家族に説明を行いホーム往診医をかかりつけ医としている。ホームが間に入る事で関係作りをしている。必要に応じて以前からの病院にかかる際にも往診医との協力を得て行っている。	事業所の協力医（内科・歯科医）が月2回往診しています。入居時に、かかりつけ医について家族・本人の同意を得て全員が協力医の診察を受けています。入居前の病院へは家族が付き添いますが都合で職員が病院まで同行する場合があります。	

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	週に一度医療連携看護師が入り週毎に看護記録へ状態を記入し、相談しながら健康管理を行っている。医療連携看護師により往診医へ繋ぎ、必要な処置、対応が取れる様にもなっている。		
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や必要な情報提供を行っている。病院担当者との電話や面会を行う事で状況把握を行い退院へ向けての話し合いを取る様になっている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に指針説明を行っている。状態変化時には早い段階で主治医を交えご家族との話し合いを行っている。チームとしてホームでケアにあたる事が可能な際には同意書を取り支援していく。	医師、家族・本人、事業所との話し合いで昨年1名の看取りケアに携わり、チームとして支援する必要性を実感しています。やがて到来する終末期に対処するため職員と議論し、法人内の研修を受けています。	
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	心肺蘇生（AED）や感染症対応等緊急時訓練を実施している。夜間の緊急訓練も行っているが、職員の入れ替え等もあり、今後もっと定期的に行う必要性もある。		
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	年二回は避難訓練を行っている。今年度は災害時の避難経路の確認も行った。地域全体の協力は薄いホーム近隣に住む職員がおり、緊急時には協力が得られる様になっている。災害マニュアルや水・乾パンの備蓄品も定期的に入れ替え保存している。	職員が消防署の指導で、心肺蘇生法とAED操作法の講習を受けています。夜間想定避難訓練を利用者も参加して行っています。近隣に住む職員が駆けつける事になっていますが、各フロアに1～2名の世話人を設ける提案もあり、検討しています。	

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
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	人生の先輩、年長者である事を念頭におき、声かけに配慮している。居室へ入る時にはどなたへも声かけしたり、ノックをしたりという当たり前の事を守る様にしている。	職員は利用者のペースや出来る事を尊重し、一人ひとりに合わせた言葉かけや支援を心がけています。非常勤職員を含む全職員は接遇研修で学ぶと共に、話し方、接し方についてフロア会議で話し合い、日常的に職員同士互いに注意し合っています。	
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	意思表示が困難な方へも自己決定をし易い選択肢のある質問や声かけを行う事でご本人からの希望を引き出す様こころがけている。		
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	その日の予定を職員側だけで決めず、利用者様の希望や天候に合わせて、行う事を決めていく様にしている。又個別ケアにも視点をおき、各々が好きな事やりたい事が出来る様な環境作りをしている。		
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	一、二か月毎の訪問美容や外部美容院へ行く事でみだしなみに気をかけている。着替えはご本人の好きな様に洋服選びをして頂いている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	盛り付けから片付けまで共に作業を行い食事でも共にとる事で楽しみも共有している。畑で育てた野菜と一緒に収穫し食事に取り入れる事も楽しみのひとつとなっている。	法人本部作成の献立に、畑で収穫した野菜を取り入れ調理し、イベント時には利用者の好みの料理を楽しんでいます。嚥下、咀嚼機能や健康状態に合わせた調理方法を工夫し、利用者は盛り付け、配膳、後片付け等を手伝っています。	

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
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	一日の食事、水分摂取量を記録して把握している。食事量、水分量の少ない方へは声かけの仕方や嗜好品の取り入れで工夫している。水分制限のある方は主治医との連携を行い職員全員が気に留め管理している。		
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	毎食後に声かけにてケアを行っている。能力に応じ、見守りから全介助までのケアを行っている。困難な方へも必ず口腔内を確認し、食べ残しをなくす事で誤嚥防止にも努めている。		
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	排泄記録を利用し排泄パターンを把握する事でその人にあった時間での声かけを行っている。トイレに行く事でトイレでの排泄を促す支援に努めている。	排泄が自立している半数の利用者には自立の継続を促し、声掛けの必要な利用者には排泄チェック表から間隔を把握し、サインを見逃さず、トイレでの排泄を心がけています。支援の際には、不安や羞恥心、プライバシーに配慮しています。	
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	牛乳やヨーグルト等の摂取を多くしたり、毎日体操を取り入れる事で予防に取り組んでいる。又直接腹部の張り具合を職員だけでなく、往診医や医療連携看護師によるチェックも行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	一日に入る事が出来る人数がある程度限られてしまっている為、入浴していない日数が多い人からその日の入浴者が決まっていく現状がある。しかし、希望をなるべく取り入れるようにし、午前でも午後でも入浴出来る様になっている。	入浴時間を固定せず、時間帯、回数等本人の希望に添うよう工夫しながら、週2～3回の入浴をしています。入浴を好まない利用者には声をかける職員を替えたり、日を改める等の工夫をしています。数名の利用者がリフト浴を利用しています。	

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	自由に休息をして頂いているが、夜間安眠に繋げられる様に日常の活動を多くとる様にしている。個々の睡眠パターンを把握し、生活リズムを崩さない様にしている。		
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、医薬剤師より目的や副作用等の説明を受けているが全ての職員が理解しているとは言い難い。その為、服薬情報ファイルは職員がいつでも内容を見る事が出来る場所に保管している。		
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	食器拭きや洗濯干し掃除等の仕事で役割をそれぞれの能力に合わせ、持つ事で張り合いを持って頂き、園芸、編み物、ぬり絵、散歩、歌等それぞれの好きなものを把握し、個別ケアを行う事で楽しみのある生活支援をしている。		
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	天候に合わせ可能な限り散歩や買い物に出る様にしている。長く歩く事が困難な方には車椅子での支援や庭の畑まで行く等少しでも外へ出る機会を設けている。ご本人の希望で外食支援や家族が住んでいる施設への面会外出支援も行っている。	利用者の体調やペースを尊重し、週1回程度は買物や散歩に出かける他、晴れた日は洗濯物干しや園芸作業等で外気にあたり気分転換をしています。日常の外出以外にも、本人の希望の場所に同行したり、家族と一緒に美容院へ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	お金に関してはホームでの管理となっている。ご家族了承のもと少額のお金を所持している方もいるが、ご本人が支払う機会が少ない現状である。今後買い物や外食時は実際に利用者様よりお金を支払って頂くという支援も必要である。		

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
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	希望があれば、電話使用はいつでも出来る様になっている。ご家族よりの電話の取り次ぎも行っている。ホームからの年賀状にはご家族へむけ挨拶や名前等を全員何らかの文字を書いて頂きお送りしている。		
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	フロアの温度・湿度は常に気を配っている。場所の混乱を防ぐ為に「トイレ」「風呂場」等表示をしている。レクレーションで季節毎の作品を作り、掲示する事で季節感を感じていける様にしている。	室温と特に冬季の湿度に留意しています。室内は利用者が自主的に職員と毎日掃除をし、水周りを含め清潔です。棚に文具類を置き利用者が好きな時間に好きな事が出来るように配慮し、居間の壁面は利用者の作品で一杯です。	
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	フロア中央のテーブルだけでなく、少し離れたところにソファを配置し数人で寛げる場所や、玄関にも椅子を置く事でひとりになれる場所がある。		
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	入居前からの家具や仏具その他お気に入りの雑貨を部屋に飾ってその方らしい部屋づくりをしている。	エアコン、カーテン、カーペット、収納家具を備えた居室は、利用者が馴染みの家具や装飾品を持ち込み、個性的な室内となっています。転倒リスクの高い利用者には、床にカーペットを敷き詰め和風にレイアウトし転倒予防にも努めています。	
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	居室や共同場所の扉前には表示をしている事で分かりやすくしている。日々の家事を共に行う事で出来る事、分かる事の把握に努めている。日めくりカレンダーやカーテンも利用者様に替えて頂いたりしている。		

事業所名	グループホームみんなの家新川崎
ユニット名	2F

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	地域の中で暮らす事を念頭におき、全職員で話し合い各々から出た言葉で当ホームの目指すべき理念に作り変えた。職員への意識づけをする事で実践に繋げている。		
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	町会長との面会、役員の方々の紹介を近隣在住ご家族よりして頂いたり、民生委員さんの協力も得て繋がりを作っている。イベントに参加するだけでなく、町の清掃にも加わり交流を深めている。		
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・清掃活動等の交流時に認知症についての質問に応えたり、地域懇談会の場で勉強会を行った。外国人の実習受け入れも行っている。		
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	二か月に一度開催し、利用者様の状態やサービスにおける報告を行っている。又前回の評価報告を行い、課題となっている取組みへの協力・アドバイスを頂いている。		
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に取り組んでいる	生保受給者の担当者とは連絡を互いにとり、実情、サービスその他の情報を伝えている。運営推進会議に参加頂く担当者へも地域密着の協力依頼を行っているが、連携が取れているとは言い難く、関係性は薄い。		

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	身体は勿論、制止・拘束にあたる言葉がけになっていないかという点で月一回会議で振り返りを行っている。玄関は安全管理の為施錠を行っているが閉じ込められ感のない様、外へ出る機会を増やすケアを努めている。		
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	どのような行為、言葉がけが虐待に繋がるかを上記身体拘束と合わせた虐待についての勉強会を行っている。		
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	企業の中で制度に関する研修はあり管理者は参加しているが、当ホームで該当者がいない事もあり周知徹底に至っていない。		
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	契約時にはリスクや状態変化等重度化した際に可能な事不可能な事を含めホームのケアの方針を十分に説明し、疑問がないかをその場で確認している。又報酬加算等の料金変更時には説明の上同意を得ている。		
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	利用者様の要望は普段生活の会話からもアセスメントを行い、実践に繋げている。面会時、家族会、運営推進会議を通してご家族よりの意見要望をお伺いしたものを、フロア会議等を通して職員へ伝え、反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 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	毎月の会議で利用者様の状態、ケアの在り方、業務の見直しを含め、職員からの意見を出す場を設けている。職員へのコミュニケーションを図る事で思いを聞きだせる様に心がけている。		
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	個人面談を定期的又必要時に行い、やりがいの為の目標を持つ事で向上心を伸ばすことへ繋げている。就労環境改善のひとつに「休憩時間の確保」があり、互いの声かけや業務を工夫する事で以前より取れている。		
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	会社の方針として新人職員の初日オリエンテーション時間の確保を必ず取っている。新人研修は毎月本社であり、現場と調整を行い参加をしている。現場では実際のケアを見る事や個人面談等でも能力を把握し、各々にあった課題を出したり研修参加を促している。		
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	地域包括支援センター主催のサロンに声をかけて頂いた以降、他事業者との交流機会が増えてきた。今後共同での勉強会、イベント等の発展に繋がってきたい。		
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	事前の聞き取りにより本人主体のケアプランをお作りするが、入居後環境変化によるご本人の心境変化がある為、その時その時の思いを受け止めていく様話す機会を多くしている。思いや変化、気づきを職員間で話し合い今後のケアに繋げていくものとしている。		

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	見学、面談の段階でご家族が困っている事を伺っている。又当ホームで出来る事、やっていく事をご家族へお話ししている。		
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	可能な限りご本人もホームへ足を運んで頂き、見て頂く。見学・面談でご本人の状態把握を行っている。入居一カ月は変化が多く、その都度ご家族に伺う事でその時必要な支援の判断を行っている。入居前のケアマネさんに足を運んで頂き情報を得る事もある。		
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	年長者である事を念頭におきながら、日常家事の出来る事をやって頂いている。又家事や昔の事を教えて頂く事で共に生活をしている。		
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	面会時に日頃の様子を伝え、又ご家族の言葉にも耳を傾ける事で共に支えていく為の情報交換を行っている。月に一度は書面で近況報告も行っている。		
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	昔からの趣味や楽しみを継続して出来る環境を作っている。ご家族同意のもと知人の面会もある。		

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
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	日常家事やレクリエーションを皆で行う事で共同で支え合う場を作っている。役割を持つ事で孤立・孤独を感じない支援に努めている。日々変化する人々の心身状態、性格、相性を考え必要時に席替えをする事で環境を整える支援にも努めている。		
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	住み替えの場合は介護連絡表等を渡す事で同じ様な支援が出来る様にしている。サービスが終了したご家族へもお手紙を出したり、イベントの参加をよびかけたりしている。		
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。	日頃の会話から希望把握に努め、カンファレンス、会議等上げる事で、職員全体が理解しチームとして本人主体のケアに取り組んでいる。聞き取り困難な方へもご家族からの情報や、生活の中での表情で好きな事等を見分ける様にしている。		
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	入居時の面談で知り得た生活歴だけでなく、生活の中での会話から知る暮らしぶりをもとに、ご家族に何う事で更に深く探る様努めている。		
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	24時間トータルで生活リズムを把握出来る様、バイタルチェック表も用いながら申し送りを行っている。日中、夜間共にひとりひとりの状態を会話や様子で把握し、有する能力等はカンファレンスや会議で話し合う事で共有している。		

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	センター方式の活用によりご本人、ご家族の意向を引き出す様にしている。それをもとにカンファレンスを行い、職員の気づきもサービスに反映刺さっている。		
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	生活記録は利用者様の発言や様子が分かる様な記入に努め、ケアプランのナンバリングを同時に落とし込む事で次回の見直しにも繋げている。情報共有には申し送りノートやヒヤリハットシート等も使用している。		
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	利用者様、ご家族の希望される医療等のサービスの取り入れも行っている。又通院等もご家族が不可能な場合は対応、支援している。		
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	民生委員さんの協力のもと地域のイベント参加を続けている。又地域包括支援センター主催のサロンに参加する事で地域の情報収集を図っている。毎年消防署の協力を得て防災訓練を行う事で安全な暮らしの支援に努めている。		
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	入居時にご本人、ご家族に説明を行いホーム往診医をかかりつけ医としている。ホームが間に入る事で関係作りをしている。必要に応じて以前からの病院にかかる際にも往診医との協力を得て行っている。		

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	週に一度医療連携看護師が入り週毎に看護記録へ状態を記入し、相談しながら健康管理を行っている。医療連携看護師により往診医へ繋ぎ、必要な処置、対応が取れる様にもなっている。		
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や必要な情報提供を行っている。病院担当者との電話や面会を行う事で状況把握を行い退院へ向けての話し合いを取る様になっている。		
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	入居時に指針説明を行っている。状態変化時には早い段階で主治医を交えご家族との話し合いを行っている。チームとしてホームでケアにあたる事が可能な際には同意書を取り支援していく。		
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	心肺蘇生（AED）や感染症対応等緊急時訓練を実施している。夜間の緊急訓練も行っているが、職員の入れ替え等もあり、今後もっと定期的に行う必要性もある。		
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	年二回は避難訓練を行っている。今年度は災害時の避難経路の確認も行った。地域全体の協力は薄いのがホーム近隣に住む職員がおり、緊急時には協力が得られる様になっている。災害マニュアルや水・乾パンの備蓄品も定期的に入れ替え保存している。		

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	人生の先輩、年長者である事を念頭におき、声かけに配慮している。居室へ入る時にはどなたへも声かけしたり、ノックをしたりという当たり前の事を守る様にしている。		
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	意思表示が困難な方へも自己決定をし易い選択肢のある質問や声かけを行う事でご本人からの希望を引き出す様こころがけている。		
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	その日の予定を職員側だけで決めず、ご利用者様の希望や天候に合わせ、行う事を決めていく様にしている。又個別ケアにも視点をおき、各々が好きな事やりたい事が出来る様な環境作りをしている。		
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	一、二か月毎の訪問美容や外部美容院へ行く事でみだしなみに気をかけている。着替えはご本人の好きな様に洋服選びをして頂いている。男性のひげそりも促しから介助までとその方の能力に合わせた支援を日々行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	盛り付けから片付けまで共に作業を行い食事も共にとる事で楽しみも共有している。畑で育てた野菜と一緒に収穫し食事に取り入れる事も楽しみのひとつとなっている。		

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	一日の食事、水分摂取量を記録して把握している。食事量、水分量の少ない方へは声かけの仕方や嗜好品の取り入れで工夫している。		
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	毎食後に声かけにてケアを行っている。能力に応じ、見守りから全介助までのケアを行っている。困難な方へも必ず口腔内を確認し、食べ残しをなくす事で誤嚥防止にも努めている。		
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	排泄記録を利用し排泄パターンを把握する事でその人にあった時間での声かけを行っている。トイレに行く事でトイレでの排泄を促す支援に努めている。		
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	牛乳やヨーグルト等の摂取を多くしたり、毎日体操を取り入れる事で予防に取り組んでいる。又直接腹部の張り具合を職員だけでなく、往診医や医療連携看護師によるチェックも行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	一日に入る事が出来る人数がある程度限られてしまっている為、入浴していない日数が長い人からその日の入浴者が決まっていく現状がある。しかし、希望をなるべく取り入れるようにし、午前でも午後でも入浴出来る様になっている。		

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
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	自由に休息をして頂いているが、夜間安眠に繋げられる様に日常の活動を多くとる様にしている。個々の睡眠パターンを把握し、生活リズムを崩さない様にしている。		
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、医薬剤師より目的や副作用等の説明を受けているが全ての職員が理解しているとは言い難い。その為、服薬情報ファイルは職員がいつでも内容を見る事が出来る場所に保管している。		
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	食器拭きや洗濯干し掃除等の仕事で役割をそれぞれの能力に合わせ、持つ事で張り合いを持って頂き、園芸、編み物、ぬり絵、散歩、歌等それぞれの好きなものを把握し、個別ケアを行う事で楽しみのある生活支援をしている。		
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	天候に合わせ可能な限り散歩や買い物に出る様にしている。長く歩く事が困難な方には車椅子での支援や庭の畑まで行く等少しでも外へ出る機会を設けている。		
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	お金に関してはホームでの管理となっている。ご家族了承のもと少額のお金を所持している方もいるが、ご本人が支払う機会が少ない現状である。今後買い物や外食時は実際にご利用者様よりお金を支払って頂くという支援も必要である。		

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
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	希望があれば、電話使用はいつでも出来る様になっている。ご家族よりの電話の取り次ぎも行っている。ホームからの年賀状にはご家族へむけ挨拶や名前等を全員何らかの文字を書いて頂きお送りしている。		
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	フロアの温度・湿度は常に気を配っている。場所の混乱を防ぐ為に「トイレ」「風呂場」等表示をしている。レクレーションで季節毎の作品を作り、掲示する事で季節感を感じていける様にしている。		
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	フロア中央のテーブルだけでなく、少し離れたところにソファを配置し数人で寛げる場所や、テラス側にテーブル、椅子があり寛げる様になっている。		
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	入居前からの家具や仏具その他お気に入りの雑貨を部屋に飾ってその方らしい部屋づくりをしている。床での生活をされていた方には、居室床にカーペットを敷き布団の生活出来る工夫を行っている。		
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	居室や共同場所の扉前には表示をしている事で分かりやすくしている。この標識もご利用様によって書いて頂いている。日々の家事・レクレーションを共に行う事で出来る事、分かる事の把握に努めている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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り組み内容	目標達成に要する期間
1	2	地域とのつながりがなかなか持てない。閉鎖的空間。ホームのすぐ傍の住民達からの興味が少なく、関係をなかなか築けない。	地域懇談会や、避難訓練への住民参加	民生委員さんの協力を得ており、そこから地域懇談会へ参加しやすい内容を一緒に考えて頂いている。町の掲示版を使用させてもらえるようになったので、懇談会、訓練の案内も活用していく。	12ヶ月
2	12	今年度目標の重度化、看取りについての理解を深める為の研修を行ったが、周知徹底に至っていない事、研修回数もなかなか出来なかった。	重度化・看取りについての理解を少しずつ職員へ広めていく	自社独自の研修機会に参加出来る機会を作る(シフトの工夫)。学んだ人からの伝達研修をフロア会議を利用して開催していく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。