

平成25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37年11月6日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成26年3月22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.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1475100838&SVCD=320&THNO=14130 |
|----------|---|

【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行っています。利用者様の心情に寄り添い、不安を解消できるようにまずお話を聴く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事ができるような支援を続けています。また庭にある畑での園芸や農作業は、収穫の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作っています。

【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25年12月11日 | 評価機関 評価決定日 | 平成26年2月2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横須賀線新川崎駅からバスで約5分、「小倉」バス停より徒歩3分ほどの所にあります。周辺は閑静な住宅地ですが、1本道を隔てるとコンビニエンスストアがあり、バス便も多く利便性のある場所に位置しています。

<優れている点>

今年度7月に新たな施設長を迎え、事業所運営の刷新に取り組んでいます。手始めに事業所理念を職員全員参加で練り直す予定です。利用者主体のホーム作りを目指し、1日の細かなタイムテーブルを作らず、一人ひとりの思いや暮らし方を尊重し、今までの生活が継続できるように支援しています。下肢の筋力低下を心配する利用者には、時間を決めて廊下を歩くことを提案し、毎日、実行している利用者もいます。また、地域に開かれた事業所を目指し、積極的に町内会行事に参加し認知症についての理解を得られるように努力をしています。今後は事業所のイベント開催時に認知症についての説明や支援の方法などを、地域住民と看護師を交えて話し合う予定です。

<工夫点>

居室の床にマットを敷いたり、ベットの代わりに布団の使用を提案しています。大腿部頸部骨折を回避するためにガードルの着用を試みたり、タンスの角にクッション性の素材を貼るなど、利用者を転倒・骨折のリスクから守るための工夫をしています。

【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 | 1U |

| 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 | | 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。 | 職員間から出た言葉で理念を作り、ホーム内に掲示して意識付けをしている。 | 地域の中での暮らしを念頭に利用者主体のホーム作りを目指した理念を事務所に掲示し、毎月の会議で振り返っています。今後、新たに事業所の支援の在り方に視点を置き、方向性を示した具体的な理念を職員の意見を集約して作成する意向です。 | |
| 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。地域懇談会も開催し、いつでもホームに遊びに来て下さいとアピールしている。 | 職員が地域の敬老会や避難訓練に参加しています。事業所ではイベントの一環として地域懇談会を開催し、認知症の理解を深めてもらうなど、開かれた事業所のイメージが地域に浸透しつつあります。中学生が和太鼓演奏するなどボランティアも多く来訪しています。 | |
| 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。 | 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、勉強会も行っている。 | | |
| 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。 | 2か月に一回の開催でご利用様の状態や、イベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスを頂き、改善に繋げている。出席率が低めなことが難点。 | 運営推進会議を年6回開き、区役所高齢課職員、地域包括支援センター職員、民生委員、住民代表者、家族が参加して活動報告と意見交換をしています。事業所の避難訓練の告知方法に助言を得て、その後の訓練では10数名の住民が参加しています。 | 家族や住民代表の参加が少ないようです。事業所の状況報告だけでなく、参加者からサービスの質などについて意見を求め支援の場で反映させるなど、さらに開かれた事業所を目指されることを期待しています。 |
| 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に取り組んでいる。 | 生活保護受給者が多いので、保護課の担当者とは綿密に連絡が取れている。また、運営推進会議や地域懇談会で参加頂き情報交換をしている。 | 幸区高齢課とは運営推進会議への出席依頼などで連絡を取り合っています。区主催の研修には可能な限り出席し、地域包括支援センターのセミナーへも今後出席を予定しています。利用者の担当ケースワーカーとは密に連絡を取り合っています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | | 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各フロアごとに会議を行い、身体拘束について正しく理解をして拘束のないケアに取り組んでいる。玄関出入り口以外は施錠していない。 | 「身体拘束ゼロケアを目指して」を掲げています。精神的・身体的・経済的・性的虐待、介護放棄等様々な角度からフロア会議で話し合い、検討しています。安全・見守り・動線の確認・寄り添い話を聞くなど拘束をしないケアを実践しています。 | |
| 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。 | どのような行為、言葉かけが虐待につながるかを、身体拘束と合わせて虐待についての勉強会・会議を行っている。 | | |
| 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。 | 会社内研修や外部の研修に管理者は参加しているが、当ホームにはそういう制度利用者がいないため、支援とまではいっていない。 | | |
| 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緊急時の協力など、ご家族様の協力が不可欠なことを伝えている。また、報酬加算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。 | 主に家族会にてご家族の意見・要望を得て、ホームの運営に反映させている。ご家族の意見は会議などを通じてすぐに改善策を作り対応している。 | 2ヶ月に1回、イベントと同日に家族会を開催し、事業所からは安全に対する報告や対応策を説明しています。毎月1回、冊子と共に「一言通信」を郵送して日頃の様子を伝え、意向や要望を把握するように努めています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | | 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。 | 毎月の会議で業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。毎年の個人面談や日常でコミュニケーションを図ることで、職員から思いを引き出すようにしている。 | 運営に関する職員の意見はユニット会議の他、日常的に個別に聞いています。意見として職員の役割分担や早番・遅番の仕事の内容など検討事項が上がっています。年2回の個人面談時にも運営に関する意見や提案が出されています。 | |
| 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。 | 上記の会議や面談以外にもコミュニケーションを取り、不満が無いか確認している。職員によって休憩時間や業務の負担に差が無いか確認している。 | | |
| 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。 | 新人研修や中途入社研修を本社で行っている。また、会社内外の研修の機会は豊富にあり、職員の技術向上にもつながっている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | 近隣の事業所との付き合いを増やし、気軽に交流できるように、イベントへの参加等を通じて顔なじみになれるよう心がけている。 | | |
| 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、それを入居時の介護計画書に反映させ、ご本人が安心してホームで暮らしていける様にしている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | | 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聞く事で、これまでの生活で困っている事や不安、今後の要望を伺い、ご家族へ寄り添う事で関係を作っている。 | | |
| 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。 | 様々なツールを使い、その人に合ったサービスを提供できる様努めている。訪問看護や医療マッサージ、シニアセラピー等必要時には提案をし、ご家族の要望や同意のもとサービス提供に繋がっている。 | | |
| 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。 | 職員が利用者に対して介護を行うだけでなく、職員と利用者が一緒に日常家事等を行う事で、お互い助け合い、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。 | 行事や家族会等で面会の機会を作ったり、通院対応等でご家族の協力を得ている。ご家族から過去の生活を伺う事でケアに活かせる様にもしている。 | | |
| 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。 | この辺りに昔から住んでいた利用者様も多く、散歩の際に偶然お知り合いと会うことも少なくない。その際はホームに遊びに来て下さいと声かけしている。 | 他施設に入所している家族に会いに毎月面会に行く利用者や、馴染みの床屋に行く利用者、行き付けの店で買い物を希望する利用者等に付き添いの支援をしています。大事にしてきた趣味は、日々のアクティビティで楽しんでいます。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------------|------|---|--|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | | 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。 | 生活の中で家事や手伝い・レクリエーションを皆で行うことで、助け合う関係を作っている。出来ない事を他者が助けることで笑いがあふれる明るいホームに繋がっている。 | | |
| 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。又ご家族からの相談、問い合わせには対応を行っている。 | | |
| 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。 | 望む生活に添えるよう意向を把握し、自己実現が出来るよう個別ケアをしている。困難な場合は、日頃のケア | 入居前の利用者の生活の流れを把握しホームでの生活に馴染める様に本人の生活リズムを尊重しています。利用者の思いや意向は、ユニット会議で職員間で共有し、把握が困難な場合には家族に相談するなど、家族の視点と支えを大切にしています。 | |
| 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。 | ご家族より生活歴を伺う事の他、ホームで暮らしていく中での会話からも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。 | 日々の生活を通しケアをしていく中で、能力の把握をし、それらをカンファレンスやフロア会議で話し合っていく事で、現状把握をし、共有出来る様に努めている。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | | 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センター方式を取り入れ、ご本人、ご家族の意見を取り入れている。又職員の気づきをもとに必要なサービスを取り入れられる様にしている。 | 計画作成担当者が、本人・家族、医師等から得た情報をもとに、それぞれの要望を加味した介護計画書を期間を定めて作成しています。見直し時には本人・家族、職員をはじめ関係者の意見や情報をもとに検討し、状況に即した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。 | 利用者の様子、気づきを生活記録、ヒヤリノート、申し送りノートへ記入する事で情報共有しケアに活かしている。生活記録にケアプランのナンバリングをする事で次回の見直しにも繋げている。 | | |
| 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。 | 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えるようにしている。 | | |
| 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。 | 毎年2回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。 | 入居時ご本人及びご家族へ説明を行い、ホームの往診医をかかりつけ医としている。また以前からの病院へかかる時も往診医と連携してデータの共有を図っている。 | 利用者のほとんどが協力医療機関の医師、歯科医の訪問診療を受診しています。緊急時、職員が家族に代わって通院介助をすることもあります。医療情報は「診療・処方依頼」に医師への依頼内容や診察後の指示内容を記録し、共有に努めています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|--|--|--|
| | | | 実施状況 | | 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している。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 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、事業所です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。 | 看取り介護も経験しており、入居時に利用者・家族には重度化した場合の対応に係る指針を説明しています。利用者の状況により、医師、家族、職員が話し合い、適切な医療機関へ入院なども含めて幅広く検討し、最善の方法を採る方針を関係者間で共有しています。 | 看取り介護に関する精神面も含めた勉強会を行い、一層充実した看取り体制が整えられていく事に期待します。 |
| 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取扱訓練等を実施している。定期的に行い、実践力を身に付けている。 | | |
| 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。 | 防災・避難訓練は年2回、夜間想定を含めて消防署の指導を得て実施しています。訓練には地域の消防団員が参加しています。災害時には、職員が近隣に居住し、協力を得られる状況にあります。非常災害用の食料、飲料水は備蓄されています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|---------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | | 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の事に徹底している。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。 | 職員は日頃より人生の先輩として敬い、利用者への声かけの際の言葉遣いに配慮しています。利用者家族などの来訪時の面会簿は、プライバシーに配慮しています。個人情報に関する書類は、施錠のできる書庫に保管しています。 | |
| 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。 | 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。 | 1, 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。 | | |
| 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。 | 利用者はテーブル拭き、盛り付け、食器拭きを手伝っています。食事は調理師が調理し、職員は利用者と一緒に食べています。誕生会にはケーキを提供し、祝っています。時には寿司の出前をとったり、栗ご飯など季節料理も楽しんでいます。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|---|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | | 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、主治医の指示の元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。 | 排泄チェック表から一人ひとりの排泄パターンを把握したり、利用者が腰を上げたり、周りをきよろきよろと見渡すなどの仕草から察知して、声かけ誘導するなどトイレでの自立排泄支援に努めています。 | |
| 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。 | 毎日入浴を希望する方は今はいませんが、平均週2～3回入浴しています。入浴を拒む入居者にも、明日は家族の方が来訪するから、薬を塗布するからなどと声かけに工夫をしています。リフト浴があり、数名が利用しています。季節にはゆず湯、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 | | 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。薬情ファイルを作成保管しており、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。 | 天気の良い日には、車イスの方も神社や公園へ散歩に出掛けています。玄関の外で、植栽を見ながら、外気浴もしています。職員と一緒にホームセンターやドラッグストアへ買い物に行くこともあります。桜見物や弁当持参で遠出もしています。 | |
| 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 | | 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。 | 共用空間は明るく清潔に保たれています。みんなで制作した壁紙アートや行事の飾りつけで季節を感じるように配慮しています。庭やプランターでナス、ピーマン、トマトなどの野菜や草花を栽培し、楽しんでいます。 | |
| 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。 | 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。 | | |
| 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。 | 居室は洗面台、タンス、クローゼット、エアコン、防炎カーテンは備え付けしてあります。利用者はテレビ、ぬいぐるみ、家族の写真を飾ったり、床に布団やジュウタンを敷き、居心地よく過ごせるように工夫しています。職員と一緒に掃除をする方もいます。 | |
| 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。 | 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。 | | |

| | |
|-------|-----------------|
| 事業所名 | グループホームみんなの家新川崎 |
| ユニット名 | 2U |

| 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、生き生きと働いている。 (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。 | 職員間から出た言葉で理念を作り、ホーム内に掲示して意識付けをしている。 | | |
| 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。地域懇談会も開催し、いつでもホームに遊びに来て下さいとアピールしている。 | | |
| 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。 | 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、勉強会も行っている。 | | |
| 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。 | 2か月に一回の開催でご利用様の状態や、イベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスを頂き、改善に繋げている。出席率が低めなことが難点。 | | |
| 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。 | 生活保護受給者が多いので、保護課の担当者とは綿密に連絡が取れている。また、運営推進会議や地域懇談会で参加頂き情報交換をしている。 | | |

| 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。 | 身体拘束をしないケアについて毎月各フロアごとに会議を行い、身体拘束について正しく理解をして拘束のないケアに取り組んでいる。玄関出入り口以外は施錠していない。 | | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。 | どのような行為、言葉かけが虐待につながるかを、身体拘束と合わせて虐待についての勉強会・会議を行っている。 | | |
| 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。 | 会社内研修や外部の研修に管理者は参加しているが、当ホームにはそういう制度利用者がいないため、支援とまではしていない。 | | |
| 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緊急時の協力など、ご家族様の協力が不可欠なことを伝えている。また、報酬加算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。 | 主に家族会にてご家族の意見・要望を得て、ホームの運営に反映させている。ご家族の意見は会議などを通じてすぐに改善策を作り対応している。 | | |

| 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。 | 毎月の会議で業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。毎年の個人面談や日常でコミュニケーションを図ることで、職員から思いを引き出すようにしている。 | | |
| 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。 | 上記の会議や面談以外にもコミュニケーションを取り、不満が無いか確認している。職員によって休憩時間や業務の負担に差が無いか確認している。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 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。 | 新人研修や中途入社研修を本社で行っている。また、会社内外の研修の機会は豊富にあり、職員の技術向上にもつながっている。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。 | 近隣の事業所との付き合いを増やし、気軽に交流できるように、イベントへの参加等を通じて顔なじみになれるよう心がけている。 | | |
| 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、それを入居時の介護計画書に反映させ、ご本人が安心してホームで暮らしていける様にしている。 | | |

| 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。 | 入居前にご家族の話を聞く事で、これまでの生活で困っている事や不安、今後の要望を伺い、ご家族へ寄り添う事で関係を作っている。 | | |
| 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。 | 様々なツールを使い、その人に合ったサービスを提供できる様努めている。訪問看護や医療マッサージ、シニアセラピー等必要時には提案をし、ご家族の要望や同意のもとサービス提供に繋がっている。 | | |
| 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。 | 職員が利用者に対して介護を行うだけでなく、職員と利用者が一緒に日常家事等を行う事で、お互い助け合い、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。 | 行事や家族会等で面会の機会を作ったり、通院対応等でご家族の協力を得ている。ご家族から過去の生活を伺う事でケアに活かせる様にもしている。 | | |
| 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。 | この辺りに昔から住んでいた利用者様も多く、散歩の際に偶然お知り合いと会うことも少なくない。その際はホームに遊びに来て下さいと声かけしている。 | | |

| 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。 | 生活の中で家事や手伝い・レクリエーションを皆で行うことで、助け合う関係を作っている。出来ない事を他者が助けることで笑いがあふれる明るいホームに繋がっている。 | | |
| 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。又ご家族からの相談、問い合わせには対応を行っている。 | | |
| 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。 | 望む生活に添えるよう意向を把握し、自己実現が出来るよう個別ケアをしている。困難な場合は、日頃のケア | | |
| 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。 | ご家族より生活歴を伺う事の他、ホームで暮らしていく中での会話からも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。 | 日々の生活を通しケアをしていく中で、能力の把握をし、それらをカンファレンスやフロア会議で話し合っていく事で、現状把握をし、共有出来る様に努めている。 | | |

| 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。 | カンファレンスではセンター方式を取り入れ、ご本人、ご家族の意見を取り入れている。又職員の気づきをもとに必要なサービスを取り入れられる様にしている。 | | |
| 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。 | 利用者の様子、気づきを生活記録、ヒヤリノート、申し送りノートへ記入する事で情報共有しケアに活かしている。生活記録にケアプランのナンバリングをする事で次回の見直しにも繋げている。 | | |
| 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。 | 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えるようにしている。 | | |
| 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。 | 毎年2回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。 | 入居時ご本人及びご家族へ説明を行い、ホームの往診医をかかりつけ医としている。また以前からの病院へかかるとき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、事業所です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取扱訓練等を実施している。定期的開催していきたい。 | | |
| 35 | 13 | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。 | 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の事に徹底している。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。 | 1, 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。 | | |
| 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、主治医の指示の元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。薬情ファイルを作成保管しており、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 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。 | | |
| 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が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。 | | |

(別紙4(2))

事業所名 GH新川崎

目標達成計画

作成日：平成 26年 3月 16日

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 | 3 | 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お願いする。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。 | 12ヶ月 |
| 2 | 12 | 重度化・看取りの研修を行うことがなかなか出来なかった。職員間に経験や知識の持っているものの差がある。 | 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・外部の研修へ参加。または看護師などによるホーム内研修を開き勉強する。現在入居中の利用者様が重度化した場合、看取りへと繋がった場合のケースワークを行う。 | 12ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |