

平成30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	1473300885	事業の開始年月日	平成19年5月1日
		指定年月日	平成19年5月1日
法人名	有限会社 タワラ		
事業所名	グループホーム結の家		
所在地	226-0017 横浜市緑区新治町1476-4		
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30年10月19日	評価結果 市町村受理日	令和1年8月20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/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)】

緑区に所在する自然に囲まれたグループホームで、安心して生活ができます。また、往診・訪看と提携をしているので健康に重視した施設です。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年12月19日	評価機関 評価決定日	平成31年4月1日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

<p>事業所は、JR横浜線中山駅南口からバスで約15分、又は十日市場駅からバスで10分、終点の「三保中央」から徒歩5分の所にあります。近くには梅田川が流れ、新治市民の森、貯水池、畑などに囲まれ、四季の移ろいを楽しめる環境となっています。</p> <p><優れている点> 運営方針の「ご利用者様自身でできる事はやって頂き、できない部分をスタッフまたは他のご利用者様が補完し合う」とのコンセプトを基に、本人の意思を尊重しながら自分らしく生活ができ、できる限り自立した生活が送れるように支援しています。運営推進会議には利用者家族のほか、自治会長、民生委員、元利用者の家族、地域包括支援センター職員、看護ステーションの看護師などが参加しています。事業所の活動報告のほか、それぞれの立場から意見交換し、運営に活かしています。看取り介護に関しては契約時に指針を説明し、利用者や家族の思いを確認しながら「看取りケア対応計画」を作成し、最善の方法をとる方針を共有しています。</p> <p><工夫点> 一人で散歩に出たい利用者には家族と面談し、計画を立て、職員は見えない所で見守りながら一人で散歩ができるようにしたり、編み物好きな利用者の要望で買い物に行くなど、一人ひとりの興味、関心のある事ができるように支援しています。</p>

【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	グループホーム結の家
ユニット名	1階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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ます。 (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。	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、パンフレットなどに記載している。施設内に理念を掲示し常に確認できるようにしている。	法人の理念を玄関、事務所、台所に掲示し、職員は常に確認しています。理念については入職時研修のほか、管理者、フロア長が折に触れ、職員が理解できるように分かりやすく説明しています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会の行事等に参加。より、積極的に参加したい。	自治会に加入し、夏祭りや敬老会など、地域の行事に入居者と職員が参加しています。事業所の夏祭りでは、里山会や十日市場地域ケアプラザの人を招待して盆踊り大会を開催し、交流しています。傾聴や盆踊りなどのボランティアの来訪があります。	
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。	定期的を実施する運営推進会議の中で地域の高齢者の暮らし等の情報を得ています。		
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。	コミュニケーションの中で意見交換をしより良いサービスができるようにしています	運営推進会議は家族や自治会々長、民生委員、地域住民、看護ステーションの看護師、地域包括支援センター職員などの参加を得て、2ヶ月に1回開催しています。事業所の活動や入居者の様子、事故・ヒヤリハットなどを報告し、意見交換を行っています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	市町村主催の研修会に参加したり、区役所の生活保護担当者と電話にて入居問い合わせや情報交換しています。	緑区の介護保険課へ運営面や業務上の問題点などを報告、相談しています。生活保護を受給している入居者の要件でも連携しています。区のグループホーム連絡協議会に加入し、研修会に参加して「看取りの仕方」などについて学び、支援の場で生かしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	研修の実施、委員会（本社担当・管理者）の設置により推進	月1回、スタッフ会議でミニカンファレンスを行い、「身体拘束ゼロ」の実現に向け、入居者一人ひとりの状況に合ったケアについて話し合っています。管理者は職員に対し、入居者への言葉かけにおいて、入居者の言葉を否定せず、肯定的な言葉で接するよう指導しています。	
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。	研修の実施、委員会（本社担当・管理者）の設置により推進		
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。	まだ必要な方は居ませんが、パンフレットなどで理解を深め支援していきます。		
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。	契約時に運営者、管理者が不安のないよう十分に説明し納得していただき同意を得ています。		
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。	意見箱の設置	家族の面会時や運営推進会議、家族も参加する行事などを通じて意見や要望を聞き、運営面に反映しています。毎月利用者一人ひとりの写真付きの報告書を作成し、家族に郵送しています。利用者からは日常会話や表情などから要望を把握しています。	

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。	随時、職員と面接を実施	管理者は日常の会話や3ヶ月に1回の全体会議、月1回のユニット会議、朝、夕の申し送りなどで職員の意見や提案を把握し、改善に繋げています。入居者の食事形態の変更など入居者支援に関する事柄は迅速に支援に活かしています。	
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。	有休取得を奨励		
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・OJT研修の実施		
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等への出席		
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、家族と話し合い、最良のサービスの情報提供を行えるようにしています。		

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
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。	面会時間は制限せず、ご家族の面会しやすい時間に来て頂き、ゆっくりと過ごせるよう配慮している。外泊、外出も自由にしていただいています。		
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。	家族とのコミュニケーションを大事にニーズを把握しています。		
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。	面会時に日頃の様子をお話し、本人のためになることや必要なケアと一緒に考えています。		
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。	面会時に日頃の様子をお話し、本人のためになることや必要なケアと一緒に考えています。		
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。	手紙や写真を送ったり電話をかけたりして、途切れないよう支援しています。	家族との繋がりやこれまでの関係継続に努め、利用者の友人が来訪の際は湯茶でもてなし、訪問しやすい雰囲気作りに努めています。遠方に住んでいる家族に電話や手紙を出す支援をしています。家族と墓参りに出かける利用者もいます。	

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
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。	職員が適度に間に入り、利用者間の話題作りやトラブル防止の支援を行っています。		
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。	他施設に移られた利用者に面会に行ったり、ご家族が立ち寄って近況を知らせて下さる等、つきあいを継続しています。		
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。	本人との何気ない会話の中から出来る限り希望や意向の把握に努め、利用者が安心していけるよう支援しています。	入居時、家族に利用者の「暮らしの歴史」を記入してもらい、それを基に、故郷の話やその日のニュースなど、会話、表情、行動の中から思いや意向を汲みとるように努めています。把握した情報は業務日誌を活用し、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。	入居申し込み書の情報をもとにこれまでの生活を把握している。入居後は会話の中から情報を得ています。		
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。	個人日誌、業務日誌をもとに総合的に把握出来るよう努めています。		

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。	ご家族の希望、本人の希望、ケアカンファレンスでの意見を反映させケアプランを作成しています。	毎月カンファレンスを行い、3ヶ月ごとにモニタリングを行っています。介護計画は3ヶ月ごとに見直しています。作成にあたっては、利用者や家族の意向、医師、看護師の意見などを参考に、サービス担当者会議で協議しています。	
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。	日々の記録は出来るだけ詳細に記入し、重要なアセスメント資料としてケアプランの作成に活かしています。		
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。	小規模で小回りの利く機能性を活かして、気分転換のための外出や墓参りなど、親類縁者の支援を受けられない利用者の個人的な希望も出来る限り支援しています。		
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。	中途障害で入居している利用者をボランティアが主催する支援活動に参加させてもらったり、民生委員を通じて地域の敬老会などにも参加しています。		
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。	ホームで契約している往診医以外の往診を希望されるご家族には、他の往診医を紹介するなど個別に対応している。また、家族対応で受診される際には、本人の状況を詳細にまとめた書類を用意して適切な診察が受けられるよう支援しています。	事業所の主治医に全員が切り替えています。往診は内科医及び歯科医は週1回、訪問看護も週1回です。眼科や耳鼻科、皮膚科などは外来で原則家族対応です。家族対応の医師の診断書や家族のメモなどは受診記録に残し、共有しています。24時間オンコール体制です。	

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。	訪問看護師に毎週の利用者の状況を報告し、日々のケアに対するアドバイスを受けています。		
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。	利用者の入院時には、定期的に面会に行き利用者が安心するよう努めている。また、その都度病院関係者から状況を聞きとり、退院に向けホームの受け入れ準備など早めに行っています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	寝たきりなど重度化した場合のホーム生活の限界を家族に説明し、相談の上、特養への入居申し込みなどを早め実施している。また、出来る限り重度化を防止するため、残存機能を活かした介護を実践する方針を全員で共有しています。	重度化・終末期の指針は契約時に説明し同意を得ています。終末期には主治医や家族と連携のうえ看取り同意書を交わし、看取り介護計画書を作成して同意のもと開設以来実践に臨んでいます。振り返りや研修を積み、今後にも備えています。	
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。	職員会議等で発生時の確認を行っている。		
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。	避難訓練等の実施	避難訓練は年2～3回行っています。地震や水害時の避難訓練も実施しています。災害時に備え地域の介護老人保健施設と提携文書を交わしています。食糧の備蓄は、3日分の飲料水のほかヘルメット、防寒シート、懐中電灯などリストを作り管理しています。	高齢者施設は地域の協力なくして利用者を守れません。近隣への声かけ、地域の防災委員や地域の有力者などを通して、地域への働きかけの継続も期待されます。

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。	利用者へは出来るだけ穏やかな口調で言葉かけを行うよう努めている。また、個人記録など個人情報は本人以外の利用者の目に触れないよう取扱いに注意しています。	個人情報マニュアルを備えています。日常のケアでは、入浴や排泄時のドアの開閉、声の大きさなど、個人の尊厳を損わないよう配慮しています。居室に入る際はドアノックと声かけをしています。個人ファイルは事務所で施錠管理をしています。	
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。	入浴や更衣のケア、散歩や体操などのレクリエーションへの参加促しなど、本人の希望を尊重し、根気強く説明し本人が納得してから支援しています。		
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、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。	トイレや食事、その他生活全般について、職員の都合を優先することなく利用者の意思を尊重した個別対応を行っています。		
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。	本人の希望や身体状況の他、季節や天候に合った服を着ていただくよう努めている。理容・美容についても希望に沿った対応を行っています。		
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。	調理の下ごしらえ、配膳・下膳、食器の片付けを利用者と職員が一緒に行っています。	食材や献立は外部に委託し、職員が利用者の形態に合わせて調理しています。雛祭りや運動会、夏祭りなど季節の行事食は利用者の希望を反映しています。おやつレクの機会にケーキなどを作る楽しみがあります。利用者自ら配膳、下膳などしています。	

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。	水分量は、チェックしておして記録に残し、職員・訪看とも情報を共有している。		
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、口腔ケアを実施している。		
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。	自分でトイレに行けるが失敗の多い利用者には、適宜声かけし行い失敗を減らすよう支援している。おむつが必須な方でも日中は出来るだけトイレで排泄していただけるよう、排せつパターンに合わせて細やかに支援しています。	一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレ誘導しています。立位や座位の維持が出来るよう生活リハビリの中で支援しています。トイレまで誘導し自力排泄を促し、自立に向けた支援をしています。失禁した場合はさり気なく声をかけ、居室や浴室、トイレに案内して対応しています。	
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。	排便の記録をし、通常と違うところがあれば訪看等に相談をする。		
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。	基本的な入浴日や時間はあるが、その他の日時でも本人の希望や状態にあわせて柔軟に対応しています。	入浴は原則週2回ですが、回数や時間などの希望には柔軟に対応しています。入浴の嫌いな利用者には声かけを工夫したり、担当者や時間を代えて促しています。季節のゆず湯や菖蒲湯などで楽しんでいます。女性は化粧品などを持ち込んでいます。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	夜間頻尿で睡眠不足気味の方や体力低下気味の方には、適宜昼寝などの休息をとっていただく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。	主要な薬の作用については理解している。薬は全て利用者毎の用量・用法に合わせて一包化されており、職員は袋の表示を確認してから服薬支援しています。		
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。	畑仕事や針仕事など利用者の希望や趣味に応じた役割を持って生活していただいています		
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。	ほぼ毎日ホームの周囲を散歩していただいています。	心身の状況や季節に合わせて毎日散歩をしています。車いすの利用者も同様です。事業所は豊かな自然の中にあがり、コースは3つほどあります。また、2ヶ月に1回を目標にゾーラシアや買い物などドライブを兼ねた外出を実施しています。	
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。	職員が適度に間に入り、利用者間の話題作りやトラブル防止の支援を行っています。買い物に付き添うこともあります。		

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
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。	本人から希望があれば電話や手紙のやり取りの支援を行っています。		
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。	毎月、季節に合った壁面飾りや入居者と一緒に作ったカレンダーや写真などを飾って、暖かな雰囲気になるように工夫しています。	食堂兼リビングは南側にあり終日明るく、椅子やテーブル、ソファなどをゆったりと配した共用空間です。厨房はオープンで利用者の出入りは自由です。廊下は広く、地域の自然の中に咲く、四季折々の美しい花の写真や、季節のクリスマスの飾りがあります。	
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。	リビングではソファでゆったりとテレビを見たり、絵を描いたりして自由に過ごしていただくよう配慮しています。		
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。	毎月、季節に合った壁面飾りや入居者と一緒に作ったカレンダーや写真などを飾って、暖かな雰囲気になるように工夫しています。	居室には介護ベッドやエアコン、クローゼット、照明、カーテンが備わっています。利用者はテレビやタンス、写真、時計、縫いぐるみ、仏壇など馴染みの家具調度品を揃え、居心地よく過ごせる居室になっています。	
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。	各居室のドアには名前が貼ってあり、トイレも大きな文字で表示するなど入居者に分かりやすいよう工夫しています。		

事業所名	グループホーム結の家
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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。	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、パンフレットなどに記載している。施設内に理念を掲示し常に確認できるようにしている。		
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。	自治会の行事等に参加。より、積極的に参加したい。		
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。	定期的を実施する運営推進会議の中で地域の高齢者の暮らし等の情報を得ています。		
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。	コミュニケーションの中で意見交換をしより良いサービスができるようにしています		
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。	市町村主催の研修会に参加したり、区役所の生活保護担当者と電話にて入居問い合わせや情報交換しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	研修の実施、委員会（本社担当・管理者）の設置により推進		
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。	研修の実施、委員会（本社担当・管理者）の設置により推進		
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。	まだ必要な方は居ませんが、パンフレットなどで理解を深め支援していきます。		
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。	契約時に運営者、管理者が不安のないよう十分に説明し納得していただき同意を得ています。		
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。	意見箱の設置		

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。	随時、職員と面接を実施		
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。	有休取得を奨励		
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・OJT研修の実施		
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等への出席		
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、家族と話し合い、最良のサービスの情報提供を行えるようにしています。		

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
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。	面会時間は制限せず、ご家族の面会しやすい時間に来て頂き、ゆっくりと過ごせるよう配慮している。外泊、外出も自由にしていただいています。		
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。	家族とのコミュニケーションを大事にニーズを把握しています。		
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。	面会時に日頃の様子をお話し、本人のためになることや必要なケアと一緒に考えています。		
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。	面会時に日頃の様子をお話し、本人のためになることや必要なケアと一緒に考えています。		
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。	手紙や写真を送ったり電話をかけたりにして、途切れないよう支援しています。		

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
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。	職員が適度に間に入り、利用者間の話題作りやトラブル防止の支援を行っています。		
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。	他施設に移られた利用者に面会に行ったり、ご家族が立ち寄って近況を知らせて下さる等、つきあいを継続しています。		
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。	本人との何気ない会話の中から出来る限り希望や意向の把握に努め、利用者が安心していけるよう支援しています。		
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。	入居申し込み書の情報をもとにこれまでの生活を把握している。入居後は会話の中から情報を得ています。		
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。	個人日誌、業務日誌をもとに総合的に把握出来るよう努めています。		

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。	ご家族の希望、本人の希望、ケアカンファレンスでの意見を反映させケアプランを作成しています。		
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。	日々の記録は出来るだけ詳細に記入し、重要なアセスメント資料としてケアプランの作成に活かしています。		
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。	小規模で小回りの利く機能性を活かして、気分転換のための外出や墓参りなど、親類縁者の支援を受けられない利用者の個人的な希望も出来る限り支援しています。		
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。	中途障害で入居している利用者をボランティアが主催する支援活動に参加させてもらったり、民生委員を通じて地域の敬老会などにも参加しています。		
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。	ホームで契約している往診医以外の往診を希望されるご家族は、他の往診医を紹介するなど個別に対応している。また、家族対応で受診される際には、本人の状況を詳細にまとめた書類を用意して適切な診察が受けられるよう支援しています。		

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
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。	訪問看護師に毎週の利用者の状況を報告し、日々のケアに対するアドバイスを受けています。		
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。	利用者の入院時には、定期的に面会に行き利用者が安心して暮らすよう努めている。また、その都度病院関係者から状況を聞きとり、退院に向けホームの受け入れ準備など早めに行っています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	寝たきりなど重度化した場合のホーム生活の限界を家族に説明し、相談の上、特養への入居申し込みなどを早め実施している。また、出来る限り重度化を防止するため、残存機能を活かした介護を実践する方針を全員で共有しています。		
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。	職員会議等で発生時の確認を行っている。		
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。	避難訓練等の実施		

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。	利用者へは出来るだけ穏やかな口調で言葉かけを行うよう努めている。また、個人記録など個人情報は本人以外の利用者の目に触れないよう取扱いに注意しています。		
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。	入浴や更衣のケア、散歩や体操などのレクリエーションへの参加促しなど、本人の希望を尊重し、根気強く説明し本人が納得してから支援しています。		
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、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。	トイレや食事、その他生活全般について、職員の都合を優先することなく利用者の意思を尊重した個別対応を行っています。		
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。	本人の希望や身体状況の他、季節や天候に合った服を着ていただくよう努めている。理容・美容についても希望に沿った対応を行っています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	調理の下ごしらえ、配膳・下膳、食器の片付けを利用者と職員が一緒に行っています。		

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
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。	水分量は、チェックえおして記録に残し、職員・訪看とも情報を共有している。		
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、口腔ケアを実施している。		
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。	自分でトイレに行けるが失敗の多い利用者には、適宜声かけし行い失敗を減らすよう支援している。おむつが必須な方でも日中は出来るだけトイレで排泄していただけるよう、排せつパターンに合わせて細やかに支援しています。		
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。	排便の記録をし、通常と違うところがあれば訪看等に相談をする。		
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。	基本的な入浴日や時間はあるが、その他の日時でも本人の希望や状態にあわせて柔軟に対応しています。		

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。	夜間頻尿で睡眠不足気味の方や体力低下気味の方には、適宜昼寝などの休息をとっていただく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。	主要な薬の作用については理解している。薬は全て利用者毎の用量・用法に合わせて一包化されており、職員は袋の表示を確認してから服薬支援しています。		
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。	畑仕事や針仕事など利用者の希望や趣味に応じた役割を持って生活していただいています		
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。	ほぼ毎日ホームの周囲を散歩していただいています。		
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。	職員が適度に間に入り、利用者間の話題作りやトラブル防止の支援を行っています。買い物に付き添うこともあります。		

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
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。	本人から希望があれば電話や手紙のやり取りの支援を行っています。		
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。	毎月、季節に合った壁面飾りや入居者と一緒に作ったカレンダーや写真などを飾って、暖かな雰囲気になるように工夫しています。		
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。	リビングではソファでゆったりとテレビを見たり、絵を描いたりして自由に過ごしていただくよう配慮しています。		
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。	毎月、季節に合った壁面飾りや入居者と一緒に作ったカレンダーや写真などを飾って、暖かな雰囲気にな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。	各居室のドアには名前が貼ってあり、トイレも大きな文字で表示するなど入居者に分かりやすいよう工夫しています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グリーンプラホーム 結の家

作成日: 令和 平成元年 8月 18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
1	35	災害対策として昼夜を問わず入居者様及安全、安心して避難出来る方法を全職員共有	年2回の避難訓練だけでなく、随時災害訓練を実施する。	消防避難訓練時に近隣住民の方々に参加して頂く。	3ヶ月
2	11	職員からの意見や提案を取り入れケアに反映させる	職員の意見を出来る限り取り入れる。	毎週水曜日を会議の日と定め1週は1階、2週は2階、3週は責任者会議、4週は全体会議を開催する。	3ヶ月
3	40	入居者様の「嚥下機能低下」より、むせ込みが強くなり食事を楽しむ事が出来なくなっている	入居者様お一人お一人がお好きな物を楽しく召し上げる。	カンパリス、ミニミーティング等入居者様の体調と合わせ食事形態を考慮していく。	3ヶ月
4					ヶ月
5					