

平成28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11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	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28年12月11日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月23日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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目指しています。ご利用者様の心情に寄り添い、不安を解消出来るようにまず傾聴する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ことを続けられる様な支援を行っています。また、暖かい時期に行う畑での園芸や農作業は、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目指しています。今年度は町内会活動や地区住民との交流に力を入れ、体操教室やお祭り、他福祉施設主催のイベントへ参加しています。またボランティアさんとの繋がりも引き続き増えており、喜んで来て頂いています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年1月19日	評価機関 評価決定日	平成29年3月3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線「新川崎駅」から川崎市営バスで「小倉」バス停下車、徒歩4分の住宅街にあります。JR線「川崎駅西口」からのバス利用法もあります。2階建て2ユニットのグループホームです。事業所周辺は交通量もさして多くなく利用者の散歩コースともなっています。

<優れている点>

ホーム長が地域への浸透を、地域に馴染みながら進めています。徒歩や自転車で通える地元の職員が多く、職員が町内会との橋渡し役や、自分の子供たちを通して、小学生や中学生が事業所を訪問するパイプ役となるなど、職員が地域資源となっています。子供たちが事業所で見聞きた状況を親に話すことで、親が事業所や認知症に関心を持ってくれ、事業所が認知症についての発信基地となり、ホーム長が認知症の講座を開いています。管理者とフロア長の役割分担がきちんとできています。利用者のケアに関するかなりの部分と職員の管理をユニットのフロア長に一任し、ホーム長は事業所全体の総合力アップ、制度、法人関係や地域への渉外の仕事に能力と時間を割いています。フロア長への信頼が事業所の機動力になっています。

<工夫点>

ホーム長は職員が主役と捕らえています。自分及び職員に、認知症ケアの本質をより深く学ぶことを課しています。また、利用者、職員、事業所の建つ地域を深く考え、ボランティアは他所から来てくれるボランティアではなく、地元のボランティアにこだわっています。

【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	

株式会社フィールズ

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	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。	職員全員で理念を考え、ホーム内に掲示して意識付けをしている。	事業所理念「心を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」を全職員が理解・共有しています。特に地域の輪を意識しながら入居者サービスに取り組んでいます。ホーム長は年度末に理念の具現化を意識して振り返りを行っています。	
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。地域包括センターの勉強会に参加し、地域の情報を得ている。今年度から積極的に顔を出す事で認知は高まっており、求人のご協力なども得られている。	職員の橋渡しで小学4年生と職員合計120人が訪れ、ジャンケン大会などをして入居者を楽しませてくれたり、中学校の吹奏楽部の演歌演奏に入居者は大喜びしています。ホーム長は地域包括支援センターの認知症サポーター養成講座の講師を務めています。	
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、運営推進会議の際に民生委員の方にお話しするなどしている。近隣に在住の職員も多い為、職員を通して情報発信することで地域貢献も少なからず行っていると考えている。	/	/
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ヵ月に1回開催し、ご利用者様の状態やイベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスなど頂き改善や疑問点の解消に繋げている。家族の出席率が低い為、今後は町内会の方にも出席して頂けるよう働きかけていきたい。	区職員、地域包括支援センター職員、民生委員、家族、ホーム長などが参加して、2ヶ月に1回開催しています。法人の他施設での事故やヒヤリハットについても検討しています。ホーム長が町会の会合にできるだけ顔を出し、町会長出席の誘いをしています。	
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。	利用者様に生活保護受給者が多いのもあり、保護課の担当者とは綿密に連絡が取れている。また、運営推進会議に来て頂くこともあり情報交換を行っている。	運営推進会議へ参加協力を得ていることもあり、行政に相談にものってもらっています。市や区の介護保険の制度上の研修、自己啓発研修、衛生関連研修などに積極的に参加しています。参加することにより、ケアサービスの意欲を高めています。	

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
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、毎月身体拘束廃止委員会を開催し拘束のないケアに取り組んでいる。玄関入口や2階玄関入口は防犯や安全のため施錠している。	身体拘束廃止委員会と虐待防止委員会があり、なぜいけないのか、起こした場合どうするのかについて話し合っています。月1回の職員会議でチェックシートに記入し、振り返りを図っています。声掛けがきつい職員に対してはホーム長が早い時期に正しています。	
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。	身体拘束廃止委員会の他、去年から虐待防止委員会を発足し、どのような行為・声掛けが虐待につながるかを話し合っている。また声掛けがきつい職員については個別にヒアリングをするなどメンタルケアも行っている。		
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。	管理者・フロア長とも会社内研修や外部の研修に参加している。事実行為と法律行為の違い等理解が必要。利用者様1名が後見制度を利用している為、後見人と話し合い、よりよい支援が出来るよう努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約書の説明には時間をかけ利用者様ご家族の心配が解消されるよう努めている。また転倒リスクや緊急時の協力についても同意頂いている		
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。	家族会や面会時の聞き取りなどから、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。すぐに会議などで改善案を練り対応している。	年6回開催の家族会と面会時に家族に意見を聞いていますが、クレーム的な意見は今のところ出てきていません。入居者や家族の意見や要望をできるだけ聞き取り、直ちに運営に生かすようなホームにしたいと職員全員が志しています。	

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。	毎月の会議やカンファレンスで、業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。管理者は職員とコミュニケーションを日常的に取り、思いを引き出す様にしている。	ホーム長はフロア長を信頼し、共同管理者として1階・2階の情報共有を図っています。フロア長の裁量権が広く、職員は自分の悩みや入居者あるいは職員との人間関係の悩みや課題をフロア長にぶつけています。ホーム長はフリーな時間を活用し職員に対応しています。	
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。	コミュニケーションを良く取ることで不満や悩みがないか確認している。フロア長とも情報を共有することでメンタルヘルスの管理に繋げている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	新人6ヵ月研修や中途入社説明会を本社・神奈川本部で行っている。研修の種類・量も多く、積極的に参加するよう働きかけている。今年度は感染予防研修や防災、心肺蘇生の研修などに参加している。		
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。	地域包括センターが主催する勉強会・サロンに定期的に出席しており、近隣事業所とイベントや運営推進会議などを共同で開催するような案が出ている。12月に他有料老人ホームのクリスマス会に招かれ参加する予定。		
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、利用していた介護サービスでのご様子などを伺い、入居時の介護計画書に反映させている。		

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
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お聞きして、これまでの介護で困っていることや不安なこと、要望等伺っている。利用者様を施設でみていくためには、ご家族様のご協力が必要不可欠だということ、ご家族のケアも必要だと言う風に理解している。		
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。	その方にあったサービスを提供できるようアセスメントをしっかりとっている。訪問看護やリハビリマッサージ、シニアセラピー等必要時は提案し、ご家族の要望や同意の元サービス提供に繋げている。		
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するだけでなく、職員と利用者が一緒に家事や手伝いを行い、感謝の気持ちを伝えることで、ここに居て良いんだという気持ちやお互い助け合う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。	行事や家族会などで面会の機会を作ったり、通院対応や緊急時などご家族の協力も得ている。ご家族から過去の生活を伺うことで、ケアに活かせるようにもしている。ご自宅で使っていた物品やアルバムなど思い出の品物は持って来て頂くようお願いしている。		
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。	近隣に住んでいた利用者様も多いので、外出レクで出かけたいたりしている。ご家族様にもご協力をお願いしていきたい。	家族と一緒に馴染みの場所に出かけています。2ヶ月に1回の遠出で華やかで賑やかな大規模商業施設での外食やコンビニエンスストアでの買物を楽しんでいます。面会に来ることのできにくい家族には年賀状や便り支援で来所に繋げています。	

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。	生活の中で家事やお手伝い、レクリエーションを皆で行うことで助け合える関係を作っている。出来ないことを他者が助ける事で笑いがあふれる明るいホームへ繋がっている。		
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、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去後もご家族にイベント参加をして頂くなど交流がある。グループ内の他事業所に転居された方もおり、面会に伺ったり、ケアについて必要な情報を伝えるなど行っている。		
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。	ケアプランの更新時はひもときシートなどを使い聞き取りを行っている。その利用者様が望まれる生活が送れるように意向を把握し、自己実現が出来る用個別ケアをしている。	ケアプランの6ヶ月更新時にはひもときシートなどを使っています。入居者の尊厳を大事にしながら思いや意向を把握しているかを確認しています。入居者の言葉や行動を書き出すとともに、職員が感じている課題や対応方法を明らかにしながら、全員で話し合っています。	
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。	まずはご家族から生活歴を伺うことのほか、ホームでのご様子やコミュニケーションの内容から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。	日々の生活がアセスメントだと捉え、そこで得られた情報をカンファレンスやフロア会議で話し合い、ケアの内容や方向性に活かしている。		

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。	カンファレンスでは、居室担当者が中心となって話し合っている。退院後など状態が大きく変わった際は、新しく介護計画を作り直し、現状に沿ったものとしている。医療関係者として看護師にも出席して頂くこともある。	入居後1ヶ月で暫定プランを作成しています。サービス実行・モニタリング記録表に記入し、カンファレンスで入居者の状態を深掘りし、家族の希望を加え、介護計画に修正を加えています。医療連携看護師から夜間徘徊の注意点など留意点の指導を得ています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	利用者様の様子・気づきを生活記録やヒヤリハット、申し送りノートに記入し情報共有してケアに活かしている。		
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。	必要に応じて皮膚科の訪問診療なども取り入れている。登録ヘルパーの利用も計画している。		
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。	散歩に出ると近所の方から声をかけて下さることも多く、利用者ひとりひとりが地域の一員として一定の役割を果たしている。毎年2階消防訓練を開催しており、地域の方にも参加して頂く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。	入居時にご本人及びご家族へ説明し、原則ホームの往診医をかかりつけ医としている。以前からの病院に受診する時も往診医と連携してデータの共有を図っている。	内科についてはホームの往診医がかかりつけ医です。精神科など他の診療科は家族対応で継続的に通院しています。往診医は月1回、歯科医は月4回、看護師は毎週、入居者の体調管理に事業所を訪れています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、電話や面会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。	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。28年は2名お看取りすることが出来た。	事業所は開設して11年となり、入居者も高齢となってきています。本人や家族の希望があれば事業所で看取りをしています。職員も最期の対応の研修を受けたり、経験も積んできているので、自然な看取りの体制ができています。	
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。	夜間想定避難訓練、AED取扱訓練、救急手当や搬送法などの講習会を実施している。定期的開催していきたい。夜間時の救急対応についてもマニュアルを作成している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練を行っている。10月には多摩川氾濫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。	多摩川が氾濫した場合、濁流で1階に被害があると予想されているので、食料や水は2階に置いています。3日分の備蓄があり、リストは玄関入口正面と2階に貼ってあります。地元の職員が多く、いざという場合はすぐに駆け付けることができます。	

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。	年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉がけをしている。又入室時には必ずノック、声かけをする等当たり前前の事に徹底している。言葉がけ、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。	相手を不愉快にさせない、傷つけない声掛けや、失礼のない言い方に気を付けています。呼び名は姓に「さん」付けで、下の名前では呼んでいません。介護の仕事はサービス業という意識を持つようホーム長は繰り返し職員に話しています。	
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、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。散歩が好きの方、手作業が好きの方など違いが分かれるので、それぞれ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。	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おり、足りないもの等があればご家族にもご協力をお願いしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	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。季節によっては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。	法人の栄養士が献立を考え、食材を外部委託しています。食事は1階のキッチンで調理師が作り、職員と一緒に食べながら見守りをしています。行事食は月に1回あって入居者は楽しみにしています。喉に詰まらせたときの対応についても研修しています。	

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。	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。水分制限糖質制限などがある方については、主治医の指示のもと職員が厳密に管理している。		
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。	失禁を気にする入居者へのフォローの言葉掛けや、ドアを開け放して介助しないよう気を付けています。おむつの人は多いのですが、時間を見計らってトイレ誘導するなど、できるだけおむつに頼らない排泄を心掛けています。	
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している。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。	1階にリフト付き個浴、2階は普通の家庭風呂となっています。てすりが付いており重度の人以外、入居者は自分で入浴し、職員は見守りをしています。自分専用のシャンプーを持ち込む人もいます。入浴剤や季節のしょうぶ湯、ゆず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	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。	天候に合わせて、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て、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。	天気が良ければできるだけ毎日外へ出ています。菜園を眺めたり、近所や事業所を一周りしたり、デッキで茶話会をしたりしています。夢見ヶ崎動物公園やラゾーナへ食事に出掛けたりもしています。	
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。移動パン屋がホームに来ているので、好きな物を選んで頂いている。		

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。	利用者様から要望があれば、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おり、手紙のやりとりがある利用者様もいる。		
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。	沢山の手作りの作品や、外出やイベントの時の入居者の笑顔の写真などが壁いっぱい貼られ、入居者や家族が楽しく見えています。天井からも紙で作られたオーナメントが吊り下げられ、全体に温かい雰囲気があります。軽音楽のBGMが流れ心地よい空間となっています。	
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。	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。天気の良い時は外でお茶をしたり、なるべく快適に過ごして頂くようにしている。		
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、タンスの角にはパッドを張らせて頂いている。	ベッド、エアコン、ロッカー、洗面所とタンスが備え付けで、入居が決まればすぐに暮らすことができます。床にはクッションを敷き、タンスの角にはコーナーパッドを貼って、転倒時のリスクに備えています。ぬいぐるみでいっぱいしたり、経文を壁に貼ったり、仏壇を置いたりして、その人らしい居室となっています。	
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。	何でも介助するのではなく、ご利用者の残存機能に合わせた介助を行っている。車椅子歩行だが自分で運転したい利用者様などは自走して頂いている。そのため動線確保や席配置などには留意している。		

事業所名	グループホームみんなの家新川崎
ユニット名	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。	職員全員で理念を考え、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。地域包括センターの勉強会に参加し、地域の情報を得ている。今年度から積極的に顔を出す事で認知は高まっており、求人のご協力なども得られている。		
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、運営推進会議の際に民生委員の方にお話しするなどしている。近隣に在住の職員も多い為、職員を通して情報発信することで地域貢献も少なからず行っていると考えている。		
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カ月に1回開催し、ご利用者の状態やイベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスなど頂き改善や疑問点の解消に繋げている。家族の出席率が低い為、今後は町内会の方にも出席して頂けるよう働きかけていきたい。		
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。	利用者様に生活保護受給者が多いのもあり、保護課の担当者とは綿密に連絡が取れている。また、運営推進会議に来て頂くこともあり情報交換を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、毎月身体拘束廃止委員会を開催し拘束のないケアに取り組んでいる。玄関入口や2階玄関入口は防犯や安全のため施錠している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	身体拘束廃止委員会の他、去年から虐待防止委員会を発足し、どのような行為・声かけが虐待につながるかを話し合っている。また声掛けがきつい職員については個別にヒアリングをするなどメンタルケアも行っている。		
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。	管理者・フロア長とも会社内研修や外部の研修に参加している。事実行為と法律行為の違い等理解が必要。利用者様1名が後見制度を利用している為、後見人と話し合い、よりよい支援が出来るよう努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約書の説明には時間をかけ利用者様ご家族の心配が解消されるよう努めている。また転倒リスクや緊急時の協力についても同意頂いている		
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。	家族会や面会時の聞き取りなどから、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。すぐに会議などで改善案を練り対応している。		

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。	毎月の会議やカンファレンスで、業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。管理者は職員とコミュニケーションを日常的に取り、思いを引き出す様にしている。		
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。	コミュニケーションを良く取ることで不満や悩みがないか確認している。フロア長とも情報を共有することでメンタルヘルスの管理に繋げている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	新人6ヵ月研修や中途入社説明会を本社・神奈川本部で行っている。研修の種類・量も多く、積極的に参加するよう働きかけている。今年度は感染予防研修や防災、心肺蘇生の研修などに参加している。		
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。	地域包括センターが主催する勉強会・サロンに定期的に参加しており、近隣事業所とイベントや運営推進会議などを共同で開催するような案が出ている。12月に他有料老人ホームのクリスマス会に招かれ参加する予定。		
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、利用していた介護サービスでのご様子などを伺い、入居時の介護計画書に反映させている。		

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
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お聞きして、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。利用者様を施設でみていくためには、ご家族様のご協力が必要不可欠だということ、ご家族のケアも必要だと言う風に理解している。		
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。	その方にあったサービスを提供できるようアセスメントをしっかりとっている。訪問看護やリハビリマッサージ、シニアセラピー等必要時は提案し、ご家族の要望や同意の元サービス提供に繋げている。		
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するだけではなく、職員と利用者が一緒に家事や手伝いを行い、感謝の気持ちを伝えることで、ここに居て良いんだという気持ちやお互い助け合う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。	行事や家族会などで面会の機会を作ったり、通院対応や緊急時などご家族の協力も得ている。ご家族から過去の生活を伺うことで、ケアに活かせるようにもしている。ご自宅で使っていた物品やアルバムなど思い出の品物は持って来て頂くようお願いしている。		
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。	近隣に住んでいた利用者様も多いので、外出レクで出かけたりしている。ご家族様にもご協力をお願いしていきたい。		

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
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。	生活の中で家事やお手伝い、レクリエーションを皆で行うことで助け合える関係を作っている。出来ないことを他者が助ける事で笑いがあふれる明るいホームへ繋がっている。		
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、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退去後もご家族にイベント参加をして頂くなど交流がある。グループ内の他事業所に転居された方もおり、面会に伺ったり、ケアについて必要な情報を伝えるなど行っている。		
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。	ケアプランの更新時はひもときシートなどを使い聞き取りを行っている。その利用者様が望まれる生活が送れるように意向を把握し、自己実現が出来る用個別ケアをしている。		
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。	まずはご家族から生活歴を伺うことのほか、ホームでのご様子やコミュニケーションの内容から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。	日々の生活がアセスメントだと捉え、そこで得られた情報をカンファレンスやフロア会議で話し合い、ケアの内容や方向性に活かしている。		

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。	カンファレンスでは、居室担当者が中心となって話し合っている。退院後など状態が大きく変わった際は、新しく介護計画を作り直し、現状に沿ったものとしている。医療関係者として看護師にも出席して頂くこともある。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	利用者様の様子・気づきを生活記録やヒヤリハット、申し送りノートに記入し情報共有してケアに活かしている。		
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。	必要に応じて皮膚科の訪問診療なども取り入れている。登録ヘルパーの利用も計画している。		
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。	散歩に出ると近所の方から声をかけて下さることも多く、利用者ひとりひとりが地域の一員として一定の役割を果たしている。毎年2階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、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。	入居時にご本人及びご家族へ説明し、原則ホームの往診医をかかりつけ医としている。以前からの病院に受診する時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、電話や面会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。	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。28年は2名お看取りすることが出来た。		
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。	夜間想定避難訓練、AED取扱訓練、救急手当や搬送法などの講習会を実施している。定期的開催していきたい。夜間時の救急対応についてもマニュアルを作成している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練を行っている。10月には多摩川氾濫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。散歩が好きな方、手作業が好きな方など違いが分かれるので、それぞれ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。	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おり、足りないもの等があればご家族にもご協力をお願いしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員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。季節によっては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。水分制限糖質制限などがある方については、主治医の指示のもと職員が厳密に管理している。		
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している。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。	天候に合わせて、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て、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。移動パン屋がホームに来ているので、好きな物を選んで頂いている。		

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。	利用者様から要望があれば、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おり、手紙のやりとりがある利用者様もいる。		
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。	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。天気が良い時は外でお茶をしたり、なるべく快適に過ごして頂くようにしている。		
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、タンスの角にはパッドを張らせて頂いている。		
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。	何でも介助するのではなく、ご利用者の残存機能に合わせた介助を行っている。車椅子歩行だが自分で運転したい利用者様などは自走して頂いている。そのため動線確保や席配置などには留意している。		

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
100	2	ご家族様の会議やイベントの出席率が低い。また固定化している。今年度は町内会や近隣学校との交流は飛躍したが、住民代表等地域の方々の出席はまだまだ少なく、イベントや避難訓練などの参加もなされていない。	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にお願いする。興味を持って頂ける様な働きかけ。また町内会との関係を深めるために、継続的に町内会の集まりに顔を出していきたい。	1 2ヶ月
2	35	災害時、避難誘導などの協力が得られる体制になっていない。以前町内会の方々に避難訓練に参加して頂いたことはあったが、継続性を得られていない。	近隣住民の参加協力を得た避難訓練の継続的な実施。	民生委員を通じて参加協力を促す。	1 2ヶ月
3	23	認知症ケアの正しい知識が職員の間で足りていないところが見受けられる。制止するような声掛け、尊厳を軽視したケアなどが0とは言えない現状がある。	認知症ケア、対人援助の専門家として、正しい知識を身につけ実践することが出来る。	2月に外部講師を招いて認知症ケアの講習会を行った。これからも継続的にホーム研修を開催するとともに、外部の研修にも積極的に職員を出していく。また毎月の会議にて身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会を開催。制止しない声かけを周知していきたい。	1 2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、行を挿入して下さい。