

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	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31年1月10日	評価結果 市町村受理日	令和1年6月28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)】

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、地域の保育園児や小学生、中学校の吹奏楽部など近隣の子どもたちとの交流を多く行ってきました。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年2月8日	評価機関 評価決定日	令和1年5月10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新川崎駅より川崎市営バス乗車、「小倉」バス停下車徒歩4分です。住宅地に囲まれ、周辺には保育園、コンビニエンスストア、神社などがあります。2階建ての2ユニットのグループホームです。

<優れている点>

管理者は着任2年目です。多くの物事を職員の合議で進めています。話し合いの場づくりや課題の提示が職員記録からも伺えます。委員会の1つ、身体拘束廃止委員会は毎月1回、開催しています。会議のテーマは委員の体験や実際に眼にした事例を紹介し、これに対して全員が自分の意見を出し合っています。車いすを固定するギアロックも安全確保だけでなく、条件に拠っては身体拘束に繋がることも学んでいます。1つの物事も立場を変えれば状況が変わることを事例から話し合い、学習しています。共有通路の壁面は季節感を盛り込み、台紙に利用者9名の明るい笑顔の写真を季節ごとに掲示しています。2月は雪がテーマです。季節感の乏しい室内では季節感の演出と笑顔は来訪者家族の楽しみと会話に繋がっています。

<工夫点>

入浴表は1ヶ月単位とし、1ページ一目で全員の状況確認ができる様式です。入浴内容を全員が確認し、日々の支援をしています。氏名欄には前月の最終入浴日を記載し、長い入浴空白日を設けないように注意しています。また、1ヶ月分の健康管理表とも連携しています。

【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	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集い共有している。	ホームの理念は「心をつないで、手を組んで、笑顔とありがとうで繋がる地域の輪」です。利用者や職員共に楽しく生活できることを目指しています。「ただいま」と言いたくなるアットホームな空間づくりを明確化しようと、3月から理念の再検討を始める予定です。		
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。	近所の保育園児にホームに来てもらい歌を披露せられて、中学校の吹奏楽部の演奏会などで交流している。	保育園児が合唱やゲームに、小学生は課外活動の一環で職場訪問に、中学生は吹奏楽部が日頃の練習成果の発表の場にと、楽器のパート単位でそれぞれ訪問し高齢者とふれあっています。地域在住職員の個人的つながりが交流のきっかけとなっています。		
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。	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を行っている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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か月に一度開催しており、ご利用者様の状態やイベント、行事などの報告を行い、質問やアドバイス等を頂いている。	参加メンバーは複数の家族と区役所、地域包括支援センター職員です。地区民生委員はこしばらく参加がありません。また、小倉下町町内会の役員への参加もありません。	ホームと地域の交流をより一層促進するため、町内会役員・民生委員などの参加が期待されます。直接訪問や文書案内の継続と地域在住職員の協力を得て開拓していくことも期待されます。	
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。	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。	生活保護課には定期的な訪問を行い、利用者情報の提供と依頼事項を届けています。地域包括支援センターと2ヶ月ごとに会合を持ち、勉強会の実施や福祉系テーマ研修会への協力をしています。今回のテーマは「切れる老人の理解と対処について」で2名が参加です。		

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
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。	月に一度身体拘束廃止に向けた話し合いを行っており、職員同士で共有している。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。	「身体拘束ゼロ推進」を掲げ、毎月身体拘束廃止委員会を開催しています。委員会では事例を中心に自身の経験や体験を披露し、身近に存在するグレーゾーンの問題を全員で話し合っています。平成30年12月から身体拘束と虐待とを明確に区別した会議内容に変更して、一層の掘り下げを行っています。	
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。	身体拘束廃止に向けた取り組みだけでなく、虐待防止するためにはどうすればいいか職員で話し合い共有している。		
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。	利用者様に成年後見制度の利用している方がおり、後見人の人と話し合い、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。	運営推進会議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。	聞き取った家族意見・要望は職員から上がり管理者が検討しています。中には地区運営本部（スーパーバイザー）まで上げた事例もあります。事例は会議で検討し家族に伝えています。体調の変化を気にする家族に、介護と医療の両面からの対応法などを伝えています。	

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。	月に一度のフロア会議や日常的にコミュニケーションを取っている為運営に反映させている。	年間行事は職員が計画書を作り、管理者が承認して実施しています。また、フロア会議では日常ケアの具体的支援方法がベテランと新人で違う時に、しっかりと相互で話し合い、その後実際に実践してみて、意見統一をはかっています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	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。	法人内で認知症研修を行っており、それに参加することにより、ケアの向上に努めている。		
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やサロンに定期的に参加している。		
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、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。		
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取っている。		
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。	利用者様と一緒に家事等を行い、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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。	行事等で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。		
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。	家族、知人、友人など気軽に訪問しやすい様にいい関係を保てる場になっている。	知人や友人の訪問を笑顔で迎え、家族との外出の機会を見つけています。年末に自宅へ帰り、新年を迎えることもあります。定期的な家族の訪問から、一緒に外食を楽しんでいる人もいます。	

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。	利用者様のADLを考えコミュニケーションや、関わりを持てる様な座席を考え触れ合えるようにしている。又、家事やレクリエーションなどで、支え合える関係を作っている。		
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。	今現在は無いが、退去後も連絡を頂けるよう家族に話し、大切にしている。		
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。	意向が伝えられる利用者様からは、耳を傾け把握に努めている。困難な方に関しては、その人にとってより良いケアを職員で話し合っている。	日常会話や活動注視から、また介護職からの情報聞き取りなどで、計画作成者はアセスメントシートを更新しています。「元気でいたい」「明るく過ごしてほしい」という意向には、日常生活活動で「カラオケを楽しむ・おしゃべりを傾聴」することに繋いでいます。	
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。	家族からの情報や、日々のコミュニケーションの中から、把握に努めている。		
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。	日々の生活、ケアの中からの気づきを大切に、特に心身の状態には注意を払っている。		

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
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。	職員間でカンファレンスを実施し、個々に違う目から見た意見を取り入れている。	本人と家族の意向を大切にして、計画に反映しています。日々の生活支援記録から担当者会議で職員は意見を述べています。居室担当者の情報と看護師などの意見を反映した計画は見直し後に家族へ説明し同意を得ています。計画の見直しは6ヶ月としています。	
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。	気づきやいつもと違う状態等、生活記録や、申し送りノート等を使用し共有し反映している。		
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。	必要に応じ実施している。		
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回消防訓練の参加や、近隣の神社にお参りに行く等、支援している。		
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。	ホームの往診医がかかりつけ医になっているが、利用者様によっては、眼科、歯科など自由に受けられるよう支援している。	訪問診療以外に、特別な病気で専門医を受診したり、希望する病院がある場合は原則家族が同行通院です。職員は気になる症状などを「地域連携看護師連絡帳」に記入し、訪問看護師からアドバイスを受け、必要があればかかりつけ医の指示を仰いでいます。	

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
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、職員、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。	入居時、重要事項説明書の中で「重度化した場合の指針」について説明し、同意を得ています。その後、医師の判断で「看取り介護」となった場合は再度家族の意思を確認し、「看取り介護計画」を作成します。家族、医師、事業所側で思いや情報を共有しながら支援していきます。	
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。	救急対応についてマニュアルを作成し他にも夜間想定避難訓練、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。		
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。水害時を想定した、訓練も実施された。ホーム内に備蓄品も備えている。	5月に内部で避難訓練を実施しています。夜間を想定し職員が1人でどこまで誘導・避難できるかを試みています。今期中に消防署と連携した水害時を含む訓練の実施を考えています。備蓄は現在分散管理ですが、20人以上3日分調達し、場所を確保してまとめて保管する計画です。	

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
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。	年長者であることを念頭に置き入室する時はノック、声かけを必ず行い、利用者様の自尊心に配慮した言葉かけを行っている。	利用者の生い立ちや生活歴、性格などを把握し、自尊心を重んじながらその人に合った話しかけをしています。居室に入る時はノック、声かけをして用件を告げるなど、人格を尊重しプライバシーに配慮した対応をしています。	
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。	日常的に触れ合うことから信頼関係を築き、思いや、希望を表出できる支援をしている。		
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。	利用者様の要望をしっかりと聞くよう心掛けており、職員のペースにならず、個人のペースになる様努めている。		
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。	清潔に過ごせる様、洗濯をこまめに行い、訪問美容、化粧、好きな服など利用者様が気持ちよく過ごせる様支援している。		
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。	準備から片付けまで一連の作業を職員と利用者様が一緒に行っている。又、能力に応じた担当分けをしている。	食材、メニューは業者委託で、専従の職員が調理しています。利用者は盛り付け、配膳、後片付けに参加し、茶碗、皿など分担して食器拭きをしています。時にはコンビニエンスストアで弁当を選んだり、好きなハンバーガーを注文したりして食事を楽しんでいます。	

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
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、食事量は個々に合わせた形態で提供し、バイタル表に摂取量を記入し把握している。		
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。	毎食後に口腔ケアを行っている。介助や見守り等その人にあつたケアをしている。		
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。	排泄チェック表を使用し個々の排泄パターンを把握している。トイレでの排泄を優先し、声かけ誘導を行っている。	排泄チェック表でそれぞれの排泄パターンを把握して誘導し、人によって食後や就寝前も声かけしています。適切なトイレ誘導と快食快眠の健康的な生活で、尿意便意の自覚が無かった利用者が排泄の訴えをするようになったケースもあります。	
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。	ヨーグルトや牛乳等、乳製品を取り入れたり、腸を動かす様マッサージなども取り組んでいる。		
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。	週2回の入浴を基本とし、利用者様の入りたい時間帯等要望に答え、入浴が楽しいものとなる様支援していく。	入浴チェック表により、誰がいつ入浴したかを把握し、様子を見ながら声かけ誘導しています。リフト浴の場合、安全面から移乗時のみ2人介助としています。職員と数を数えたり歌を歌ったり、また会話を交わしながら入浴を楽しんでいます。	

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。	自由に休息して頂いている。車椅子の方は座りっぱなしにならない様、横になる時間を作っている。		
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、薬剤師と連携を取り、薬情ファイルを保管し職員で共有し個々の服薬を理解するよう努めている。		
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。	役割を持ち自ら動かれる方もいる。毎日のレクリエーションで楽しんで頂けるようにしている。		
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。	季節や天候に合わせ散歩等の外出を取り入れている。又家族との外出もして頂いている。散歩に行けない時は、玄関に出て外の空気を吸って頂いている。	日常の散歩は少人数ごとに近隣の公園や神社、日用品の買い物を兼ねてコンビニエンスストアや薬局に出かけています。家族の協力で周辺を散歩したり、外食に出か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。	現金はホームで建て替えており、コンビニ等に一緒に買い物に出かけ、買いたいものを選んで購入してもらっている。		

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。家族からの電話の取次ぎも行っている。		
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。	廊下の壁にイベント等の写真を貼り、テーブルの上に花を置く等、職員で季節感や生活感を出し楽しく過ごして頂けるようにしている	玄関ホールには椅子、廊下の応接コーナーにも職員手作りのベンチが置かれ、1人で或いは家族と共に憩う場となっています。廊下やリビングの壁面にはイベント時の笑顔に溢れた写真や、季節のペーパークラフトが飾られ、訪れた人とのコミュニケーションのきっかけ作りをしています。	
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。	普段使用するテーブルのほかに、テーブルやいす、ソファを置き、自由に過ごせる空間を作っている。		
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。	写真やぬいぐるみなど、家族にも協力して頂き、本人が安心して過ごせる居室にしている。	ベッド、チェスト、クローゼット、洗面台などが備えられています。、転倒時の衝撃吸収マットを敷いた部屋もあります。利用者は、ぬいぐるみ、写真、手作りの品や位牌などを持ち込み、それぞれ思い出の品や使い慣れた家具に囲まれ、安心感のある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。	個々の残存能力を活かした支援を行い、フロア、居室の導線を確認し出来ることはご自身でやって頂いている。		

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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させている。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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集い共有している。		
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。	近所の保育園児にホームに来てもらい歌を披露せれてり、中学校の吹奏楽部の演奏会などで交流している。		
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。	運営推進会議の際に民生委員の方にお話するなどしている。近隣に在住の職員も多い為、職員を通して情報発信を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2か月に一度開催しており、ご利用者様の状態やイベント、行事などの報告を行い、質問やアドバイス等を頂いている。		
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。		

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。	月に一度身体拘束廃止に向けた話し合いを行っており、職員同士で共有している。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。	身体拘束廃止に向けた取り組みだけでなく、虐待防止するためにはどうすればいいか職員で話し合い共有している。		
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。	利用者様に成年後見制度の利用している方がおり、後見人の人と話し合い、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。	運営推進会議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。	月に一度のフロア会議や日常的にコミュニケーションを取っている為運営に反映させている。		
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。	法人内で認知症研修を行っており、それに参加することにより、ケアの向上に努めている。		
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やサロンに定期的に参加している。		
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、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。		
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。		
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。	様々な事を利用者様と話し合っって決め、暮らしを共にする関係を作る。		
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。	行事等で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。		
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。	家族、知人、友人など気軽に訪問しやすい様にいい関係を保てる場になっている。		

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
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。	レクリエーションをして楽しんだり、手伝い等を助け合いながらする事で孤立しないように職員が間に入る関わりをする。		
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。	今現在はないが、退去後も連絡を頂けるよう家族に話し、大切にしている。		
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。	本人に伺う。意見を言うのが困難な場合は職員で話し合い、その人らしい生活ができるようにする。		
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。	家族からの情報や、日々のコミュニケーションの中から、把握に努めている。		
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。	ご本人の希望する生活。時間配分や心身状態の把握に努めている。		

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。	カンファレンスを行い、職員の意見を聞き、利用者様1人1人に合った警護計画を作成している。		
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。	気づきやいつもと違う状態等、生活記録や、申し送りノート等を使用し共有し反映している。		
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。	必要に応じ実施している。		
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回消防訓練の参加や、近隣の神社にお参りに行く等、支援している。		
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。	ホームの往診医がかかりつけ医になっているが、利用者様によっては、眼科、歯科など自由に受けられるよう支援している。		

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
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、職員、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。	救急対応についてマニュアルを作成し他にも夜間想定避難訓練、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。		
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。水害時を想定した、訓練も実施された。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。	年長者であることを念頭に置き入室する時はノック、声かけを必ず行い、利用者様の自尊心に配慮した言葉かけを行っている。		
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。	日常的に触れ合うことから信頼関係を築き、思いや、希望を表出できる支援をしている。		
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。	利用者様の要望をしっかりと聞くよう心掛けており、職員のペースにならず、個人のペースになる様努めている。		
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。	清潔に過ごせる様、洗濯をこまめに行い、訪問美容、化粧、好きな服など利用者様が気持ちよく過ごせる様支援している。		
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。	準備から片付けまで一連の作業を職員と利用者様が一緒に行っている。又、能力に応じた担当分けをしている。		

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
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、食事量は個々に合わせた形態で提供し、バイタル表に摂取量を記入し把握している。		
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。	毎食後に口腔ケアを行っている。介助や見守り等その人にあったケアをしている。		
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。	排泄チェック表を使用し個々の排泄パターンを把握している。トイレでの排泄を優先し、声かけ誘導を行っている。		
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。	ヨーグルトや牛乳等、乳製品を取り入れたり、腸を動かす様マッサージなども取り組んでいる。		
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。	週2回の入浴を基本とし、利用者様の入りたい時間帯等要望に答え、入浴が楽しいものとなる様支援していく。		

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。	自由に休息して頂いている。車椅子の方は座りっぱなしにならない様、横になる時間を作っている。		
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、薬剤師と連携を取り、薬情ファイルを保管し職員で共有し個々の服薬を理解するよう努めている。		
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。	役割を持ち自ら動かれる方もいる。毎日のレクリエーションで楽しんで頂けるようにしている。		
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。	季節や天候に合わせ散歩等の外出を取り入れている。又家族との外出もして頂いている。散歩に行けない時は、玄関に出て外の空気を吸って頂いている。		
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。	現金はホームで建て替えており、コンビニ等と一緒に買い物に出かけ、買いたいものを選んで購入してもらっている。		

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。家族からの電話の取次ぎも行っている。		
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。	廊下の壁にイベント等の写真を貼り、テーブルの上に花を置く等、職員で季節感や生活感を出し楽しく過ごして頂けるようにしている		
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。	普段使用するテーブルのほかに、テーブルやいす、ソファを置き、自由に過ごせる空間を作っている。		
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。	写真やぬいぐるみなど、家族にも協力して頂き、本人が安心して過ごせる居室にしている。		
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。	個々の残存能力を活かした支援を行い、フロア、居室の導線を確保し出来ることはご自身でやって頂いている。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家新川崎

作成日： 令和 元 年 6 月 15 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 要する期間
1		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。	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。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		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					1 2 ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月