

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	1492200389	事業の開始年月日	平成23年4月1日
		指定年月日	平成23年3月1日
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後		
所在地	(252-0801) 神奈川県藤沢市長後146-4		
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8月28日	評価結果 市町村受理日	平成30年10月16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)】

・”入居者様の思いを可能な限り現実に”をモットーに日々、取り組んでおります。地域の老人会のゲートボールに参加させて頂き楽しい時を過ごされる方、テレビで見たデザートを食べたいと言われた為、横浜までお連れして至福の時を過ごして頂いたり等々、入居者様と沢山の思い出を作らせていただいております。今年で3回目になりますが、イルミネーション見学の外出も行う予定しております。

・スタッフの気づき力が高く、健康に過ごされている方が多く平成23年のオープンに入居された9名、元気に8年目迎えております。

・ご本人は勿論、家族様に「愛の家で良かった」と言って頂けるホーム作りにこれからも取り組んでまいります。その人らしく最期まで過ごせるサポートさせていただきます。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年9月21日	評価機関 評価決定日	平成30年10月7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、小田急江ノ島線高座渋谷駅東口より徒歩16分程の静かな場所にあります。建物は鉄骨造り2階建、バリアフリーで、2ユニットです。

<優れている点>

管理者は日々職員とコミュニケーションを図り、職員の意見や要望、提案を受け入れ、業務改善につなげて職員のやる気を引き起こしています。職員はチームワーク良く利用者の支援に当たっています。食事作りには調理専任職員が配置されており、職員は利用者の支援に専念することが出来ます。専門医への通院は基本的には家族対応ですが、家族と共に管理者が同行し、直接医師に日々の様子を伝えて指導を受けるようにし、家族の安心に繋がっています。職員は「利用者が元気なうちに来る事をしてもらいたい」との信念の下、利用者が行きたい所、食べたい物、やりたいことなどの希望を実現するため、ケアプランに個別外出を落とし込み、行事計画書を立案し、実行しています。クラシック音楽鑑賞会や映画館、スカイツリーや河口湖、ジブリ美術館など利用者の希望する場所や外出に出かけています。

<工夫点>

毎月家族に送付する「ホーム通信」はA3の大きさがあり、見やすく読みやすくなっています。利用者のケアプランや最近の医療情報、食事の様子、ホームの行事予定、入浴日と様子、日常の様子などが分かりやすく編集されており、家族との良いコミュニケーションの一助となっています。

【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	

事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後
ユニット名	たいよう

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。	運営理念にある”その人らしさ”を尊重する介護支援に努めている。	法人の運営理念を事業所の理念としてしています。週に1回朝礼で唱和し確認すると共に、会議や研修の中でも理念を取り上げ共有し、実践につなげています。職員が支援で迷い管理者に相談があった時は、理念を支援の基準にするように伝えています。	地域密着型サービスの意義や役割を考慮しながら、事業所として独自の理念を作り上げていくことも期待されます。
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。	老人会に参加している。散歩の際近隣住民の方々に、積極的に挨拶をし交流に心がけている。	自治会に加入しています。地域の夏祭りに参加したり、老人会に参加しています。事業所が実施するバーベキュー大会や納涼祭には地域に声かけし、老人会や地域の人たちが参加しています。和太鼓や手品、歌などを始めとした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。	日々の暮らしぶりをりかいして頂けるように、行事の際ボランティア訪問の受け入れをしている。	/	/
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か月に一回行っている。ホームの状況をお伝えし、意見や要望をお伺いしている。	運営推進会議は2ヶ月ごとに定期的に行っています。事業所の活動や運営状況などを報告し、意見交換を行っています。しかしながら、委員の出席は家族以外殆どないのが現状です。	運営推進会議の開催日時や開催方法の再検討と共に委員の再構築も視野に入れ、運営推進会議を活性化されることが期待されます。
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。	事故報告を伝えたり、市町村への連絡は管理者が行っている。	事業所で問題がある時は介護保険課に出向いて相談したり助言を得たりしています。毎月1回、2名の介護保険課の相談員が来所しており、協力関係を築いています。藤沢市のグループホーム連絡会に参加しコミュニケーションを図っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	3か月ごとにシートによるチェックを行い、確認をしている。年3回以上、身体拘束に関する研修を行っている。	管理者やユニットリーダー、ケアマネジャーで構成する「身体拘束廃止推進委員会」を設置し、身体拘束をしない支援に取り組んでいます。3ヶ月ごとに事例を上げた研修や「身体拘束チェックシート」を活用し、振り返りを行っています。	
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。	同上、虐待を見逃す事が無いように意識を高めている。		
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。	成年後見人制度についての研修を今後行っていく。		
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。	契約に関しては管理者が行っているが、解らないところはゆっくり時間を掛けて説明を行っている。		
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。	ご家族が来訪された際、職員との意見交換はできている。 月1回、介護保険課の相談員が来訪され、入居者様と会話できる環境は整っている。	家族の面会時や運営推進会議、家族も参加する事業所の行事などを通じて利用者や家族の意見、要望を聞き、運営に反映しています。介護相談員が毎月来訪して利用者とは会話しています。法人で毎年家族アンケートを実施し、意見を表出する機会を設けています。	

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。	個別面談を定期的に行っており、月に1回の会議を実施している。	管理者は日頃から職員と話し合い、意見や要望を聞くようにしています。また、毎月開催のフロア会議やホーム会議では、職員は自由に意見や提案を出すことが出来、運営に反映させています。管理者は3ヶ月に1度、職員と個別面談を行い、話し合っています。	
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。	日頃から面談にて意見の交換を行っている。		
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。	毎日の業務の中で職員同士で話し合いスキルアップを図っている。		
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。	グループホーム連絡会を通して、意見の交換を行っている。		
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。	ご本人、ご家族の困っている事や要望を聞き取り、介護計画等に反映し支援している。		

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
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。	ご家族の要望や不安に対し親身に受け止め、信頼関係を気付けるよう努めている。		
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。	ご本人、ご家族の要望を伺った上で、何が必要か見極め対応している。		
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。	職員は出勤時に交わす挨拶で、ご本人の変化や思いを感じ取れるようになっている。		
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。	ご家族との外出や面会等を大切にしている。		
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よう、支援に努めている。	全員は厳しいが、出来る入居者様に対しては手紙や電話で関係を継続できるよう支援している。	友人の訪問があったり、高齢になって来訪できない友人からの電話を取り次いだり、利用者の希望で電話をしたりしています。リビングには電話機が設置しており、利用者は自由に使用しています。家族と美容院や墓参りに出かける支援をしています。	

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。	入居者様の性格等を把握した上で、食席を配置し共通の話題を持てるように支援している。		
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。	退居後も、家族様から相談等あった時は、適切に対応するよう努めている。		
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。	ご本人の思いや意向を伺いながら、希望に添えるよう努めているが、困難な時はカンファレンスを行い、検討している。	日頃の係わりの中で声掛けをして思いや意向の把握に努め、出来るだけ本人の希望に沿うよう支援しています。河口湖、ジブリ美術館やスカイツリー、クラシック音楽鑑賞会、映画鑑賞、外食などの個別支援をケアプランに落とし込み実行しています。	
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。	入居前に、ご本人やご家族から生活歴をお伺いして、サービスの経過の把握を行っている。		
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。	個人、個人の介護記録を活用し、日々の様子を残している。また、特記事項に関しては、連絡ノートに記入し全員で把握できようとしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	3か月に一度の介護計画の見直しを行う際、ご本人、ご家族等から意見や要望を伺った上で、職員全員で話し合い計画書を作成している。	ケアプランは3ヶ月に1度見直しをしています。また、必要に応じて見直し、現実に対応したケアプランとなっています。作成に当たっては、本人や家族の意向、医師や看護師の意見などを勘案し、サービス担当者会議で協議し作成しています。	
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。	個人の介護記録や、ケア日報等に記録をして、見直しの時に活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	ご本人、ご家族の状況を把握をし変化があった時はニーズの変更等行っている。		
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。	ご本人の希望により、老人会に参加頂いている。地域のボランティアを定期的に訪問頂き、楽しく暮らせるよう支援している。		
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。	ご本人やご家族から、強く要望が無い限り、入居後のかかりつけ医は往診医き切り替えて頂いている。体調に変化があった時は往診に相談し適切な医療を受けられるように努めている。	利用者の全員が月2回、協力医療機関の往診医を受診しています。希望があり、入居前のかかりつけ医が24時間対応であれば、継続して受診できるよう支援しています。医療情報はケア日報やホーム通信に記録し、医療関係者や家族と情報を共有しています。	

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。	毎週月曜日に訪問される看護師に、状況は体調等を伝え、相談や指示を仰いでいる。		
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。	入院先の医師、ケースワーカーと話し合い長期入院にならないよう努めている。月1回程度、各病院の訪問させて頂き、日頃から関係性を築いている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に重度化の説明はさせて頂き、ホームで出来る事を理解して頂いている。ご本人、ご家族がターミナルを希望された時はユニット内で十分に話し合い方針を決めチームケアに取り組んでいる。	入居時に「看取り介護にかかる指針」に基づき、終末期の支援、事業所の対応について説明し、同意を得ています。終末期には家族の意向を踏まえ段階ごとに話し合い、方針を共有しています。今までに看取りの実績があり、ホーム研修などで学んでいます。	
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。	ホーム会議等で急変、事故発生時の対応を話し合い職員間で共有している。		
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。	災害、避難に対して全員が把握できていないので、今後研修を行っていく。	夜間想定を含め、年2回避難訓練を実施し、うち1回は消防署の協力を得ています。消防署より車いすの利用者はベランダへ誘導する、居室入り口に利用者の写真を掲示するなどの指導を受けています。非常災害時用の食料・飲料水は3日分程度の備蓄があります。	災害時や緊急時に、事業所と地域が協力し合える関係づくりが期待されます。また非常災害時用備品のそばに備品リストを掲示し、何があるのか職員が一目でわかるようにしておくことも期待されます。

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。	日々の声掛けに配慮しながら、人格を尊重した対応に努めている。 3か月に1度、不適切なケアのチェックをしている。	職員は言葉遣いや態度に気を付け、本人の気持ちを尊重し、強制にならないよう心がけています。3ヶ月に1回各ユニットごとに不適切な対応がなかったかをチェックシートで確認し、ホーム会議やユニット会議、面談で話し合い、ホーム研修を実施しています。	
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。	入居者様の希望や思いを受け止める姿勢を持ち、状況に合わせ意思決定ができる支援を行っている。		
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。	職員からの押し付けにならないよう注意しながら、入居者様の希望を反映できるように努めている。		
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。	季節に合った服装を、自身で選べるような支援をしている。 2か月ごとに訪問美容に来ていただき、身だしなみに気を付けている。		
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。	盛り付けや、片付けを職員と一緒に行うようにしている。 定期的に外食に出かたりしている。	法人の栄養士が献立を作成し、利用者の希望を取り入れながら、調理専任職員が調理しています。利用者と職員が食材の買い物や、食事の準備と後片付けを一緒に行っています。外食やおやつ作り、さんま祭り、納涼祭など食事が楽しくなる工夫をしています。	

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。	食事量、水分量を記録し職員間で共有している。ご本人が摂取しやすい形状で提供している。		
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、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、声掛けを行い口腔内の清潔保持に努めている。介助が必要な入居者様に対しては、定期的に訪問歯科を利用し口腔ケアを行っている。		
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。	排泄チェック表お活用して、排泄パターンの把握をしている。出来る限りトイレで排泄が出来るよう、薬の調整をしたり、声掛けを行いトイレに行ってもらえるように努めている。	排泄チェック表を基に、個々の排泄パターンの把握に努め、仕草や様子を見逃さないようにトイレ誘導を行っています。排泄に失敗した時は、静かにさりげない言葉かけを行い、利用者の羞恥心や気持ちに配慮しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	原因や影響は理解している。 十分な水分摂取と適度な運動を促し、自然の排便が出来るよう努めている。		
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。	シャワー浴、清拭を取り入れながら支援している。 入居者様の入浴の希望があった時は、入浴できるよ工夫をしている。週2～3回の入浴を決めているが、ご本人の状態に応じて変更をしている。	入浴は基本的には週2～3回としていますが、利用者の体調や可能な限りの希望を考慮して行っています。浴槽の湯は毎回交換し、衛生面に配慮しています。浴室内の空調に気を配り、自立の人でも10～15分ごとに声をかけ、確認しています。	

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。	ご本人の状態に応じて休憩時間を取る様にしている。就寝時間もご本人のペースに合わせられるよう努めている。		
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。	全ての入居者様の薬の内容を覚えていないが、いつでも確認できるように薬剤情報を見やすい所に保管している。入居者様の状態が変わったりした時は、薬剤情報を確認し必要に応じて、医師の相談を行っている。		
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。	老人会の参加、晩酌、趣味を楽しめるような外出を行い、気分転換できるように支援している。		
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。	定期的な外出は行っている。「～行きたいの」と希望された時は可能な限り外出を行っている。	天気の良い日は毎日散歩や買い物に出かけています。外出が困難な人は庭のベンチで外気浴をして気分転換を図っています。居室担当者は、利用者の希望に沿えるよう個別の計画を立て、クラシック鑑賞会や映画、河口湖などへの外出を支援しています。	
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。	買い物に出かけた時には、ご本人にお金を渡し、支払いができ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
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。	手紙を送ったりする入居者様は少ないが、一緒にポストへ行ったり、電話も自由に出来るような環境作りをしている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	空調に配慮し、居心地の良い環境作りに努めている。	リビングの窓は大きく、陽光を十分取り入れています。掃除が行き届き、清潔感があります。テーブルや大型テレビが設置され、壁面には書道や季節の飾り、誕生会、花見、八景島見学など行事の写真を飾り、居心地の良い空間となっています。利用者は職員と談笑するなど思い思いに過ごしています。	
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。	入居者様同士で思い思い過ごして頂けるよう、工夫が必要である。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	家具、寝具等、使い慣れた物を頂くようにご家族に伝えている。居室内の空調にも配慮している。	エアコン、クローゼット、照明器具が備え付けてあります。利用者はベッドや三面鏡、こたつなど使い慣れた家具を持ち込み、その人らしく過ごせるよう配置しています。日々の整理整頓は居室担当者が支援しています。	
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。	貼り紙や名札を活用して、ご本人の行きたい場所が分かる様に工夫をしている。		

事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後
ユニット名	すまいる

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。	運営理念にある”その人らしさ”を尊重する介護支援に努めている。		
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。	老人会に参加している。散歩の際近隣住民の方々に、積極的に挨拶をし交流に心がけている。		
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。	日々の暮らしぶりをりかいして頂けるように、行事の際ボランティア訪問の受け入れをしている。		
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か月に一回行っている。ホームの状況をお伝えし、意見や要望をお伺いしている。		
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。	事故報告を伝えたり、市町村への連絡は管理者が行っている。		

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。	日々のケアの中で、身体拘束とは何かを頭に入れてケアしているので、身体拘束はないと思います。		
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。	職員同士でコミュニケーションを取り、虐待のないよう努めている。		
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。	職員学ぶ機会として、研修を行っている。		
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。	契約に関しては管理者が行っているが、解らないところはゆっくり時間を掛けて説明を行っている。		
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。	ご家族が来訪された際、職員との意見交換はできている。 月1回、介護保険課の相談員が来訪され、入居者様と会話できる環境は整っている。		

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
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。	会議、申し送り時に意見等は聞いている。		
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。	日頃から、面談等を行い個々の思いは来ているが、給与に関しては本社を通して共通なので、給与に関しては意欲向上繋がらない。		
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。	研修を行いグループワークなどで、自分の意見や考え方を伝えられるように努めている。		
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。	他ホームに見学に行き、良い所は参考にさせて頂き、質の向上に努めている。		
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。	入居前にご本人、ご家族から話を伺い状況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
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、入居時等、ご本人ご家族に話し伺い、状況の把握に努めている。		
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。	ご本人から話をお伺うのは勿論、職員間でも話し合いを行い、適切なサービスが提供できるよう努めている。		
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。	普段からコミュニケーションを取り、ご本人の話しやすい環境作りに努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	面会時や、手紙等で日頃の様子をお伝えし、それ以外に電話で状況の説明を行っている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	行きつけの美容院など、通い続けられるように支援をしている。		

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
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。	全体的な雰囲気工夫をしながら、食席を決め孤立しないように努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係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。	退居後も、家族様から相談等あった時は、適切に対応するよう努めている。		
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。	個人の思いや、意向を大切にケアプランの作成を行っている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居前に、ご本人やご家族から生活歴をお伺いして、サービスの経過の把握を行っている。		
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。	毎日のバイタル、日常の様子を記録に残し、全体で把握できるよう努めている。		

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。	3か月に一度の介護計画の見直しを行う際、ご本人、ご家族等から意見や要望を伺った上で、職員全員で話し合い計画書を作成している。		
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。	ケア日報、介護記録を反映させ見直しに活かしている。		
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。	ご本人の希望により、老人会との交流が出来ている。		
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。	ご本人の希望により、老人会に参加頂いている。地域のボランティアを定期的に訪問頂き、楽しく暮らせるよう支援している。		
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。	ご本人やご家族から、強く要望が無い限り、入居後のかかりつけ医は往診医き切り替えて頂いている。体調に変化があった時は往診に相談し適切な医療を受けられるように努めている。		

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
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。	毎週月曜日に訪問される看護師に、状況は体調等を伝え、相談や指示を仰いでいる。		
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。	入院先の医師、ケースワーカーと話し合い長期入院にならないよう努めている。月1回程度、各病院の訪問させて頂き、日頃から関係性を築いている。		
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。	往診医、ご家族、ホーム職員で話し合いを行い、より良い環境で暮らせるよう支援している。		
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。	月1回、研修を行っており実践力を身に付けられるように努めている。		
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。	災害、避難に対して全員が把握できていないので、今後研修を行っていく。		

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
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。	日々の声掛けに配慮しながら、人格を尊重した対応に努めている。 3か月に1度、不適切なケアのチェックをしている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	入居者様の合わせた個別レクリエーションを行っている。		
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。	ご本人に合わせた日々を大切にし、希望に添った支援を行っている。		
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。	朝、お化粧の声掛け見守りを行ったり、食べこぼし等で汚してしまった時は直ぐに着替えを行うなどして、身だしなみに努めている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	盛り付けや、片付けを職員と一緒に行うようにしている。 定期的に外食に出かたりしている。		

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
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。	入居者様の状態に気を配り、食事、飲み物の形状に工夫を行っている。		
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、声掛けを行い口腔内の清潔保持に努めている。介助が必要な入居者様に対しては、定期的に訪問歯科を利用し口腔ケアを行っている。		
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。	個々の排泄のパターンを把握し、自立と安定した排泄が出来るよう支援を行っている。		
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。	散歩や運動を行ったり、水分摂取を促したりしてスムーズに排便が出来るよう努めている。		
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。	無理なく入浴できるよう、気持ちに配慮したり、体調の把握を行い快適に入浴ができるように努めている。		

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
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。	ご本人の状態に応じて休息時間を取る様にしている。就寝時間もご本人のペースに合わせられるよう努めている。		
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。	全ての入居者様の薬の内容を覚えていないが、いつでも確認できるように薬剤情報を見やすい所に保管している。入居者様の状態が変わったりした時は、薬剤情報を確認し必要に応じて、医師の相談を行っている。		
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。	趣味を楽しめるような外出を行い、気分転換できるように支援している。		
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。	定期的に外出は行っている。「～行きたいの」と希望された時は可能な限り外出を行っている。		
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。	買い物に出かけた時には、ご本人にお金を渡し、支払いができ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
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。	携帯電話を持ち、居室内で自由に電話できる環境を整えている。		
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。	いつでも一人になれる空間を整えている。イベントの時は入居者様と一緒に、設営を行ったり工夫をしている。		
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。	共用空間では独りになれるような場所は作れていない為、今後工夫が必要である。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	心地よく過ごして頂く為、共用スペースの掃除に努め、居室内はご本人一緒に行ない、心地よく過ごせるよう努めている。		
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。	貼り紙や名札を活用して、ご本人の行きたい場所が分かる様に工夫をしている。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 愛の家グループホーム 藤沢長後

作成日： 平成 30年 10月 16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		「ホーム内が漂白の臭いがする」と、家族様からのご意見があった。ホーム全体の清潔保持が必要である。	ホーム全体が快適な空間である。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、床掃除を行う。 ・毎日トイレ掃除を行う。 ・汚物のごみ入れは必ず蓋を閉める。 ・汚れた衣類等は速やかに対応する。 ・常にごみの無い環境を意識する。 	12ヶ月
2		入居者様の健康面、安全面、トイレ等に不安を感じてる家族様がいる。	健康かつ安全に過ごす事ができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、水分量の把握と情報の共有 ・転倒等を防ぐ為、歩行不安定な入居者様は付き、添うや手引きを行う。 ・体調に変化が観られた時はHL、ULは家族様に連絡をして状況の説明を行う。 	3ヶ月
3		ボランティアの定期的な訪問が出来ていない。地域資源の活用が必要である。	定期的なボランティアの訪問がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に訪問可能なボランティアを探す。 	2ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月