

平成29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	1493100364	事業の開始年月日	平成28年12月3日
		指定年月日	平成28年12月1日
法人名	株式会社 三文サービス		
事業所名	プラチナ倶楽部 グループホーム港南台		
所在地	(〒234-0054)		
	神奈川県横浜市港南区港南台6-9-26		
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3月12日	評価結果 市町村受理日	平成30年7月23日

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)】

事業所では、身体の機能維持に重点を置きながら体操や散歩など利用者の残存機能を活かしたプログラムを多く取り入れている。また、個別に歩行したい利用者がいた場合には、職員が傍につきながら居室前の廊下やフロアを利用して何往復も実施している。3月より毎週水曜日には、体操指導士が見え利用者の身体状態に合わせた上下肢筋力の維持・向上に努めている。

その他には、施設周辺にスーパーマーケット、公園やレストランがあるため個人的な要望や意見には極力対応するようにしている。

また、同一敷地内の建物までボランティア見学へ行く際も歩行するため歩行練習も兼ねている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成30年3月19日	評価機関 評価決定日	平成30年5月15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根岸線「港南台駅」から横浜市営バス111系統(上大岡駅行き)または45系統(洋光台駅行き)、バス停「臼杵」より徒歩2分の閑静な住宅地にあります。建物は木造2階建て2ユニット18人定員で、開設後1年の新しい事業所です。周辺には散歩に適した港南台南公園や、買い物に便利なスーパーマーケットがあります。

<優れている点>

利用者にその人らしく安らぎと喜びのある生活「ゆったり・一緒に・楽しく・豊かに」をケアの基本方針とし、それに併せて2018年度事業業務実践テーマ「家族のように心が通い合う生活を送る」を掲げ、理想的なグループホームの運営を目指しています。横浜市の「いきいきポイント制度」を導入し、流しギターやマジック、ハーモニカなど多くのボランティアが来訪し、法人内の他施設と一緒に楽しんでいます。職員は利用者一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者が積極的に食事の配膳、下膳、片付けなどの手伝いができるような声掛けをしています。法人は2017年12月に厚生労働省より「はたらく母子家庭応援企業」の表彰を受け、子育てと就業の両立を支援しています。

<工夫点>

法人の方針で、自然の木が持つ癒しの効果に着目し、床や家具、装飾品に木を多く取り入れたり、古家の欄干や鬼瓦などを飾り、利用者が懐かしさや安らぎを感じられるような環境作りを工夫しています。

【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	プラチナ倶楽部 グループホーム港南台
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、生き活きと働けている。 (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内容を職員一同が理解し、利用者に沿った事業所理念を掲げ、一人ひとりに合った介護技術や知識を習得・実践している。	法人の理念に沿って、地域密着型サービスとして何ができるかを職員間で話し合い、独自の理念（事業業務実践テーマ）を作成し、リビングに掲示しています。職員は日常業務の中で常に確かめ合い、理解を深め実践に繋がっています。		
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。	町内会や地域との関わりが少なくの、定期的に地域の方とふれあい機会が増えるよう計画・実行する。	自治会に加入し、毎月自治会役員が季節に因んだ手書きの手紙を持って事業所を訪れ、地域の情報を得ています。ハーモニカやマジックなどのボランティアの訪問や近隣の保育園児と餅つきや夏まつりを通して交流を図っています。		
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。	認知症利用者への理解や身体状況を把握しながら職員が学んだ社内外研修で受けた関連資料を活かしている。今後も、地域の方達に向けて発信していく予定。			
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。	定期的な運営推進会議の中で事業所の利用実績や苦情報告を知らせ、委員の方々と意見や要望など話し合いサービスの向上へ活かしている。	年4回、利用者や家族、地域包括支援センター職員、民生委員、港南区高齢障がい支援課職員、連合自治会役員などが参加し、日々の活動状況や苦情などを報告し、地域との防災協定についてなど意見交換を行い、サービス向上に活かしています。		
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取り組んでいる。	市町村担当者とは、認定調査や事業所における取組みを理解しながら協力関係を築いている。	管理者は港南区高齢障がい支援課と介護認定更新や事故報告、運営推進会議などを通じて連携をとっています。地域包括支援センターとは運営面や業務上の取り組みなどを報告、相談し、アドバイスをしています。	区のグループホーム連絡会に加入し、研修会や勉強会に参加すると共に、他事業所と情報交換する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
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。	今まで同様、身体拘束防止に向けた取り組みを職員一同が徹底し、実践している。また、施設長及び管理者が様々な社内外研修に参加するよう職員に声かけしている。	月1回、身体拘束について研修を実施し、資料を回覧するなど正しい理解に努めています。玄関は安全面と防犯面から家族の了解を得て施錠していますが、フロアの出入口は施錠していません。職員の不適切な対応や言葉かけはその場で注意し、職員の意識を高めています。	
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。	施設長及び管理者は、事業所内で身体拘束や虐待が起きていないか日頃から監視に努めている。		
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。	現状では、日常生活自立支援事業や成年後見人制度について学ぶ機会がないため、他の資料を準備し次回機会をもつ。		
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。	契約の締結や解約は、利用者や家族に十分な説明をし理解・納得した上で実行している。		
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。	随時、運営に関する利用者や家族等の意見・要望を取り入れ事業運営に反映している。	運営推進会議や家族の来訪時に利用者の日ごろの様子を説明し、意見や要望を聞いています。年1回の健康診断には家族に同席してもらっています。2ヶ月に1回、家族に送付する「プラチナだより」や「家族通信」で利用者の様子を知らせています。	

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。	定期的な月例ミーティングや全員回覧ノートを活用しながら、職員一人ひとりが意見や提案等あれば聞き入れる体制づくりになっている。	管理者は日常的に職員から運営に関する意見や提案などを聞いて対応するように心がけています。また月例ミーティング、「全員回覧ノート」でも意見や提案を出し合い、話し合う場を設け、運営に反映しています。	
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。	施設長及び管理者が、各職員の動きや実績をみながら会社代表者に申し伝えている。また、働きやすい職場環境づくりに努めている。		
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。	職員に出来る限り内外研修に出席してもらい、ケアの技術向上に努めてもらう。		
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。	同業者との交流の機会がない為、今後は横の繋がりを大切にしていきたいと思っている。さらに、連絡会に多く出席し情報交換をしながら日々の運営に役立てたい。		
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。	常時、利用者に傾聴の態度を示し、困っている事や不安な事がないか日々確認の努力を行っている。		

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
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。	家族との面談をとおり、本人のみだけでなく家族の思いをしっかり受け止め良いサービスが提供できるよう努めている。		
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。	介護者は、自分サイドの一方的な対応ではなく、自立支援を含めた関わりを深めていく。		
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。	人生の先輩であったり、母であったり、娘であったりとその時々々の状況に合わせて職員と家族のように暮らす関係を築くよう努めている。		
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。	家族の面会時や利用者との外出時など本人の状況を伺ったり、職員から状況を伝えたりしながら関係を築いている。		
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、友人、知人の面会や親しい方々から届く便りを交流継続の機会と捉え、便りの返事を出したり、届いた便りから懐かしい人々とのかつての交流話を聴くように努め、関係性が途切れない様努めている。	利用者の友人の面会があり、湯茶で接待し、居室や相談室で歓談しています。手紙が届いた際には、返信の手伝いをしたり、手紙と一緒に投函しに行くなど、馴染みの人との関係が途切れないように支援しています。	

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。	各人のできることを日々実行していく中で助け合いは、必然的に生まれている。利用者間のトラブルなど発生も少なからずあるものの、職員が各人の特性を考慮した上で介入し支援している。		
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。	退院時の入院先や移転先の施設等に伺わせて頂くなどし、関係性を大切にしている。		
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。	日々の会話や一対一となる入浴や機会等に思いや意向を伺うようにしている。困難な場合には出来得る。	職員は日常の会話や入浴など一対一でゆったりしている時に希望を聞き、話し合っって希望に沿えるように努めています。意思表示が困難な利用者には、表情やしぐさ、態度などからできる限り意向を汲み取るように努めています。	
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。	家族や友人の来設など利用者のこれまでの生活の様子など伺わせて頂くよう努め、アセスメントを随時実施し、状況把握している。		
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。	職員は、一人ひとりの生活面や健康面などに留意し、日々の申し送りやカンファレンスなどの機会を有効に活用し、現状把握に努めている。		

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。	現状、家族を交えての話し合いは実施できていないが、職員間で情報共有しモニタリング・介護計画を作成している。	入居時に本人や家族と話し合っています。毎月モニタリングを行い、特別な変化がない場合は、1年ごとにケアプランの見直しを行っています。作成にあたっては必要に応じて、医師の意見を参考にして介護計画を作成しています。	介護計画の作成にあたっては、本人、家族、医療関係者で話し合い、気づき、意見・要望を反映されることが期待されます。
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。	利用者個々の日々の様子を個人記録に記入すると共に連絡ノートを活用し、職員間で情報共有しケアプランに反映している。情報共有に関しては、スタッフ会議の開催も活用している。		
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。	同敷地内に併設されているサービスを有効に活用し、利用者本人の状況に沿うべく家族との話し合いなどを実施し、サービスの多機能化に取り組むことが出来ている。		
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。	近隣の保育の子供たちとの交流や地域のボランティアの皆様との交流など暮らしが楽しむことができるようにしている。		
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。	現状は、本人および家族の希望している病院やクリニックにかかるよう決めている。さらに、必要時に応じた服薬の処方をお願いする場合もある。	以前からのかかりつけ医を利用する人もいますが、利用者のほぼ全員が提携医の往診を受診しています。内科医、歯科医は週1回、小規模多機能型居宅介護事業所の看護師が毎日訪問しています。服薬支援ロボットを使用し、薬の誤飲のないよう努めています。	

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
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。	日々の利用者の状況は、速やかに看護師に伝え適切な対応が出来ている。主治医との連携も出来ており、必要な指示を受けることが出来ている。		
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。	入退院時には、医療関係者との情報共有に努めている。退院カンファレンスを開催したり、必要に応じ家族を交えてカンファレンスを開催している。		
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。	極力、自由を奪わずに参加できる事は参加し、家族の希望に沿い最期まで人としての生き方をサポートしていく。	契約時に重度化した場合の説明をし、同意を得ています。見取りはまだありませんが、重度化した場合は改めて家族の意志を確認し、ターミナルでも希望があればレクリエーションに参加するなど、安心と納得が得られるよう支援しています。	
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。	十分なアセスメントをとり、その人がいつどんな時に何が？など常に意識し、急な対応にも落ち着いた行動が出来るようにしている。		
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。	いつ起きるか解らない災害・そのためにも全職員が地域からの協力を受けながら避難訓練を定期的に行っている。	年2回、地震、火災を想定した防災訓練を実施しています。今後、夜間想定や消防署立ち会いでの訓練を予定しています。備蓄倉庫があり、飲料水、食料、防寒具などを保管しています。自動通報装置も設置されていて、通報訓練を行っています。	備蓄品リストはありますが、備蓄が十分とは言えません。リストで必要な備蓄を管理することが期待されます。消防署立ち会いの下、また、地域を巻き込んだ訓練も期待されます。

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。	人生の大先輩として、敬意を示すと共に家族のような関係を構築しながら、一人ひとりに大切に接している。	言葉遣いや声掛けに気を配り、利用者の気持ちに沿った対応を心がけています。入室の際は声掛けとノックをして入室し、部屋で話をする時はドアを閉め、プライバシーに配慮しています。呼び名は「さん」付けとし、敬意を示すよう努めています。		
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。	全てにおいて利用者に押し付けることなく、利用者の思いに添い自己決定できるよう努めている。			
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。	利用者各人が、その日の過ごし方を構築することは難しいが、何かを実行する時には各人の気持ちに添い行うよう努めている。			
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。	本人の好むを尊重した衣類選びやその時々に応じて職員はサポートしている。			
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。	食事前の支度・片づけなど利用者各人がその能力に応じ役割を持ち日々を実施している。	昼食、夕食は法人の配食サービスを利用し、朝食は夜勤者が準備しています。外食や誕生日には希望のメニューを事業所で作り、楽しみの機会を多く取り入れています。利用者は職員と一緒に盛り付け、配膳、下膳、洗い物をしています。		

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。	チェック表をつけることで一人ひとりの状態把握は出来ている。また、水分補給など難しい利用者には、ゼリー状にしたりと工夫している。栄養バランスは、管理栄養士の献立に沿って食事を提供出来ている。		
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。	毎食後の口腔ケアは、実施できている。週1回の訪問歯科医よりアドバイスを頂いたりしており、口腔内の清潔保持に努めている。		
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。	利用者一人ひとりの排泄パターンを理解した上で、定時でのトイレへの声掛けを実施したりしている。ほとんどトイレでの排泄は、出来ている。	トイレは各ユニットに3ヶ所ずつあります。業務日誌の記述欄のほか、排泄表があり、定期的にトイレに誘導しています。不安のある人にはドアを少しあけて見守りをしています。自立の人が多く、自立排泄の維持に努めています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	便秘の改善を促せるよう野菜・果物・ヨーグルトなどの職員を多く取り入れている。運動も一日一回は、実施したり、天気の良い日は外に出るなど出来るだけ予防できるようにしている。		
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。	週2回の入浴を実施している。残念ながら本人の希望に合わせての入浴にはなっていないが、一対一での入浴でゆったりと楽しく入浴は出来ている。一人ひとりの状況に合わせた支援は出来ていると思う。	各ユニットに個浴があり、午前中に3人ずつ、週2回入浴しています。中に入れない人は車いすのシャワーチェアで対応しています。入りたがらない人には声掛けを工夫して誘導しています。羞恥心に配慮し、同性介助をしています。	

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
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。	利用者の状況に合わせ、休息して頂くようにしている。居室内の環境整備にも留意している。		
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。	各ユニットリーダーは、一人ひとりの薬に関し把握するよう努め、月一回の主治医の往診時などに変化を報告・確認している。スタッフについては、連絡など常に閲覧できるようにしており、変更については連絡ノートや日々の申し送りで周知している。		
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。	誕生日会・季節の行事などを通して支援できている。週1回は、おやつ作りなど利用者の希望を尊重している。日々の		
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。	ホーム近くの公園や周辺の散歩、近くのスーパーまで買い物など戸外へ出かけられるよう支援している。個々の希望までとは至らないが、外食の機会を設け、普段はいけない場所へ出かけている。利用者によっては、家族と定期的な外出をしていただいている。	毎年、鎌倉宮へ初詣に出掛けています。事業所の隣は広い港南台南公園で、20～30分公園を散歩したり、花見もしています。近くのスーパーに買い物に出掛けたり、周辺の車の少ない通りを回って下肢筋力の維持に努めています。家族と1泊旅行をする人もいます。	
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。	現在は、お金を利用者が所持する状況にはないが、お金に関しては自分で自由になる程度は持っていたいと願望も多い。今後、おこづかいなどお金を所持し、多少の買い物ができるよう支援したい。検討課題ではある。		

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。	年賀状・季節の便り・友人からの手紙の返事などを支援している。		
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。	季節の草花を飾ったり、季節に沿った壁飾りなどを作成したり、共用スペースは快適に過ごせるよう工夫している。	リビングは広々としていて大きな窓から外の景色が見えます。壁には皆で制作した季節の貼り絵が飾られています。中心にキッチンがあり、手伝いも楽にすることができます。床暖房です。加湿器をフル回転させて湿度を保ち、インフルエンザの発生を抑えています。	
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。	共に暮らす仲間としての意識は、高く各人思い思いに過ごす事は出来ている。また、テーブルや席替えをする等しながら、定期的に共用空間に変化をもたせる工夫をしている。		
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。	今まで自宅で使用していた利用者のタンスや絵画など馴染みのある物品を整備し、必要に応じてテレビやソファ等の持ち込みについて家族や本人からの相談に応じている。その結果、居心地の良い空間が出来ている。	エアコン、カーテン、クローゼットが備え付けられ、ベッドは介護ベッドを用意しています。利用者は馴染みの物を持ち込み、居心地よく暮らせるように工夫しています。転倒しやすい人には家族の了解を得て、センサーマットを使用しています。	
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。	トイレ・浴室や居室には、表札を表示し、各居室にはそれぞれ違ったマスコットやリボンをつけ、「自身の居室が解るようにしている。廊下と階段の境には扉をつけ階段への落下防止をしている。		

事業所名	プラチナ倶楽部 グループホーム港南台
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、生き活きと働けている。 (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内容を職員一同が理解し、利用者に沿った事業所理念を掲げ、一人ひとりに合った介護技術や知識を習得・実践している。		
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。	町内会や地域との関わりが少なくの で、定期的に地域の方とふれあい機会が増えるよう計画・実行する。		
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。	認知症利用者への理解や身体状況を把握しながら職員が学んだ社内外研修で受けた関連資料を活かしている。今後も、地域の方達に向けて発信していく予定。		
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。	定期的な運営推進会議の中で事業所の利用実績や苦情報告を知らせ、委員の方々と意見や要望など話し合いサービスの向上へ活かしている。		
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。	市町村担当者とは、認定調査や事業所における取組みを理解しながら協力関係を築いている。		

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
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。	今まで同様、身体拘束防止に向けた取り組みを職員一同が徹底し、実践している。また、施設長及び管理者が様々な社内外研修に参加するよう職員に声かけしている。		
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。	施設長及び管理者は、事業所内で身体拘束や虐待が起きていないか日頃から監視に努めている。		
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。	現状では、日常生活自立支援事業や成年後見人制度について学ぶ機会がないため、他の資料を準備し次回機会をもつ。		
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。	契約の締結や解約は、利用者や家族に十分な説明をし理解・納得した上で実行している。		
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。	随時、運営に関する利用者や家族等の意見・要望を取り入れ事業運営に反映している。		

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。	定期的な月例ミーティングや全員回覧ノートを活用しながら、職員一人ひとりが意見や提案等あれば聞き入れる体制づくりになっている。		
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。	施設長及び管理者が、各職員の動きや実績をみながら会社代表者に申し伝えている。また、働きやすい職場環境づくりに努めている。		
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。	職員に出来る限り内外研修に出席してもらい、ケアの技術向上に努めてもらう。		
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。	同業者との交流の機会がない為、今後は横の繋がりを大切にしていきたいと思っている。さらに、連絡会に多く出席し情報交換をしながら日々の運営に役立てたい。		
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。	常時、利用者に傾聴の態度を示し、困っている事や不安な事がないか日々確認の努力を行っている。		

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
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。	家族との面談をとおり、本人のみだけでなく家族の思いをしっかり受け止め良いサービスが提供できるよう努めている。		
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。	介護者は、自分サイドの一方的な対応ではなく、自立支援を含めた関わりを深めていく。		
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。	人生の先輩であったり、母であったり、娘であったりとその時々々の状況に合わせて職員と家族のように暮らす関係を築くよう努めている。		
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。	家族の面会時や利用者との外出時など本人の状況を伺ったり、職員から状況を伝えたりしながら関係を築いている。		
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、友人、知人の面会や親しい方々から届く便りを交流継続の機会と捉え、便りの返事を出したり、届いた便りから懐かしい人々とのかつての交流話を聴くように努め、関係性が途切れない様努めている。		

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
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。	各人のできることを日々実行していく中で助け合いは、必然的に生まれている。利用者間のトラブルなど発生も少なからずあるものの、職員が各人の特性を考慮した上で介入し支援している。		
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。	退院時の入院先や移転先の施設等に伺わせて頂くなどし、関係性を大切にしている。		
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。	日々の会話や一対一となる入浴や機会等に思いや意向を伺うようにしている。困難の場合には出来得る。		
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。	家族や友人の来設など利用者のこれまでの生活の様子など伺わせて頂くよう努め、アセスメントを随時実施し、状況把握している。		
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。	職員は、一人ひとりの生活面や健康面などに留意し、日々の申し送りやカンファレンスなどの機会を有効に活用し、現状把握に努めている。		

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。	現状、家族を交えての話し合いは実施できていないが、職員間で情報共有しモニタリング・介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。	利用者個々の日々の様子を個人記録に記入すると共に連絡ノートを活用し、職員間で情報共有しケアプランに反映している。情報共有に関しては、スタッフ会議の開催も活用している。		
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。	同敷地内に併設されているサービスを有効に活用し、利用者本人の状況に沿うべく家族との話し合いなどを実施し、サービスの多機能化に取り組むことが出来ている。		
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。	近隣の保育の子供たちとの交流や地域のボランティアの皆様との交流など暮らしが楽しむことができるようにしている。		
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。	現状は、本人および家族の希望している病院やクリニックにかかるよう決めている。さらに、必要時に応じた服薬の処方をお願いする場合もある。		

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。	日々の利用者の状況は、速やかに看護師に伝え適切な対応が来ている。主治医との連携も出来ており、必要な指示を受けることが来ている。		
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。	入退院時には、医療関係者との情報共有に努めている。退院カンファレンスを開催したり、必要に応じ家族を交えてカンファレンスを開催している。		
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。	極力、自由を奪わずに参加できる事は参加し、家族の希望に沿い最期まで人としての生き方をサポートしていく。		
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。	十分なアセスメントをとり、その人がいつどんな時に何が？など常に意識し、急な対応にも落ち着いた行動が出来るようにしている。		
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。	いつ起きるか解らない災害・そのためにも全職員が地域からの協力を受けながら避難訓練を定期的に行っている。		

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
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。	人生の大先輩として、敬意を示すと共に家族のような関係を構築しながら、一人ひとりに大切に接している。		
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。	全てにおいて利用者に押し付けることなく、利用者の思いに添い自己決定できるよう努めている。		
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。	利用者各人が、その日の過ごし方を構築することは難しいが、何かを実行する時には各人の気持ちに添い行うよう努めている。		
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。	本人の好むを尊重した衣類選びやその時々に応じて職員はサポートしている。		
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。	食事前の支度・片づけなど利用者各人がその能力に応じ役割を持ち日々を実施している。		

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。	チェック表をつけることで一人ひとりの状態把握は出来ている。また、水分補給など難しい利用者には、ゼリー状にしたりと工夫している。栄養バランスは、管理栄養士の献立に沿って食事を提供出来ている。		
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。	毎食後の口腔ケアは、実施できている。週1回の訪問歯科医よりアドバイスを頂いたりしており、口腔内の清潔保持に努めている。		
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。	利用者一人ひとりの排泄パターンを理解した上で、定時でのトイレへの声掛けを実施したりしている。ほとんどトイレでの排泄は、出来ている。		
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。	便秘の改善を促せるよう野菜・果物・ヨーグルトなどの職員を多く取り入れている。運動も一日一回は、実施したり、天気の良い日は外に出るなど出来るだけ予防できるようにしている。		
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。	週2回の入浴を実施している。残念ながら本人の希望に合わせての入浴にはなっていないが、一対一での入浴でゆったりと楽しく入浴は出来ている。一人ひとりの状況に合わせた支援は出来ていると思う。		

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。	利用者の状況に合わせ、休息して頂くようにしている。居室内の環境整備にも留意している。		
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。	各ユニットリーダーは、一人ひとりの薬に関し把握するよう努め、月一回の主治医の往診時などに変化を報告・確認している。スタッフについては、連絡など常に閲覧できるようにしてあり、変更については連絡ノートや日々の申し送りにて周知している。		
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。	誕生日会・季節の行事などを通して支援できている。週1回は、おやつ作りなど利用者の希望を尊重している。日々の		
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るように支援している。	ホーム近くの公園や周辺の散歩、近くのスーパーまで買い物など戸外へ出かけられるよう支援している。個々の希望までとは至らないが、外食の機会を設け、普段は行けない場所へ出かけている。利用者によっては、家族と定期的な外出をしていただいている。		
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。	現在は、お金を利用者が所持する状況にはないが、お金に関しては自分で自由になる程度は持っていたいと願望も多い。今後、おこづかいなどお金を所持し、多少の買い物ができるよう支援したい。検討課題ではある。		

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。	年賀状・季節の便り・友人からの手紙の返事などを支援している。		
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。	季節の草花を飾ったり、季節に沿った壁飾りなどを作成したり、共用スペースは快適に過ごせるよう工夫している。		
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。	共に暮らす仲間としての意識は、高く各人思い思いに過ごす事は出来ている。また、テーブルや席替えをする等しながら、定期的に共用空間に変化をもたせる工夫をしている。		
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。	今まで自宅で使用していた利用者のタンスや絵画など馴染みのある物品を整備し、必要に応じてテレビやソファ等の持ち込みについて家族や本人からの相談に応じている。その結果、居心地の良い空間が出来ている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	トイレ・浴室や居室には、表札を表示し、各居室にはそれぞれ違ったマスクやリボンをつけ、「自身の居室が解るようにしている。廊下と階段の境には扉をつけ階段への落下防止をしている。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 プラチナ倶楽部グループホーム港南台

作成日： 平成30年7月20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	4	市町村担当者とは、認定調査や事業所における取組みを理解しながら協力関係を築いている。	事業所のある市町村に出向き、担当者と顔つなぎをしたり、横浜市グループホーム連絡会に加入し他事業者との情報交換を図る。	今は、まだ具体的な行動は実施していないがケアマネジャーからの紹介で区役所や地域ケアプラザ等に行き、顔つなぎをしていく。なお、近日中にグループホーム連絡会の研修会や勉強会に参加する。	6ヶ月
2		現状、家族を交えての話し合いは実施できていないが、職員間で情報共有しモニタリング・介護計画を作成している。	今後は、家族を含めた担当者会議等で話を詰めていく。また、必要に応じて医療関係者や作業療法士からも意見や助言を得る仕組みを作る。	どんなささいな情報でもメモにとり、計画作成担当者に報連相を行い密な連携を図っている。家族を含めた会議が未実施なので、今後はよりよい介護計画のためのモニタリングを行っていく。	8ヶ月
3		いつ起きるか解らない災害・そのためにも全職員が地域からの協力を受けながら避難訓練を定期的に行っている。	徐々に防災備蓄品を増やしていき、備蓄管理が出来るように努めていく。さらに、防災避難訓練（夜間想定も含め）を消防署立会いのもと、地域住民と取り組んでいく。	近隣のホームセンターから必要な備品を購入していく。まだまだ不足している物品があるので、リストを更新し随時チェックしていく。	10ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月