

2019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	1495600411	事業の開始年月日	平成29年9月1日
		指定年月日	平成29年9月1日
法人名	株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	かわさき柿生グループホームそよ風		
所在地	(215-0021)		
	川崎市麻生区上麻生7-40-4		
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	令和1年8月9日	評価結果 市町村受理日	令和1年11月29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)】

自立支援、個人の尊重、残存機能の維持。
認知症の為、失敗や時間がかかる等の理由でご家庭では出来なかったことでも、施設内ではスタッフの支援の元、ご自身で出来る事は時間がかかっても行って頂き、役割を持つことで、張りのある生活を行って頂く。出来ない事を無理して行うのではなく、出来る事を行うことで残存機能の維持向上を図り、入所後介護度が改善された方もおられます。

【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	令和1年9月28日	評価機関 評価決定日	令和1年11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、小田急線「柿生駅」北口よりバスに乗り、バス停「亀井橋」下車徒歩4分のところで、周囲は閑静な住宅地となっています。新しい2階建て2ユニットのグループホームです。法人はグループホームの他デイサービスや訪問介護、居宅介護支援事業所、ショートステイ、高齢者住宅など高齢者総合福祉施設を「そよ風」のブランドで全国展開しています。

<優れている点>

利用者の残存機能を見出し、自立支援に努めています。事業所の理念、「みんなの笑顔で出来ること、得意なこと」を大事に、心にゆとりをもって自立支援に取り組んでいます。利用者職員と一緒に食材を仕入れに出かけたり、職員と共に献立を考えたりして、手作りの食事を楽しんでいます。1階には地域に開放された広い「地域交流室」があり、地域の人達の集いや事業所の情報発信の場所になっています。また、各種のボランティアやレクリエーション、イベントの場所として活用し、利用者も楽しんでいます。管理者は開設当初から携わり、福祉の現場の経験を活かして、利用者の動線や職員の働きに配慮しています。同一法人事業所と連携し、大型車を活用し、車いすの利用者と共に見物や紅葉などの四季折々のドライブを兼ねた外出を楽しんでいます。

<工夫点>

1階非常口からは植え込みに沿って車いすも通れる、眺望の良い遊歩道があります。散歩やリハビリ、外気浴が容易にできる場所になっています。

【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	かわさき柿生グループホームそよ風
ユニット名	海

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
	レ	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
	レ	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)	レ	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
	レ	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
	レ	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)	レ	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)	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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。	採用面接時に理念の説明をし、賛同して頂く事を条件として職員採用をしています。 地域密着型に特化した理念とはなっていません。	理念は開設時に現在の管理者が作った独自の理念です。各フロアの事務所に掲げ、職員は共有しています。利用者や職員の出来ること、得意なところを大事に、笑顔で、前向きな心をもって理念の実践に努めています。	
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。	日々の食材の買い出しに伴ったり、地域のお祭りに参加しています。	開設後まだ間もなく、地域に馴染もうとしているところです。近くの神社の初詣やだるま市で地域の人達との交流があります。事業所1階の地域交流室では、手品やギター、ピアノ、フラダンスなどのボランティアが来訪し、利用者の楽しみとなっています。	自治会に加入したり、運営推進会議での意見や情報交換、地域交流室を活用するなどして、さらに地域との交流の場を広げていくことも期待されます。
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。	オレンジカフェ（認知症カフェ）等に参加し、グループホームの役割等の説明をしています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	自立支援や利用者の対応方法などを検討し、支援に繋げている。	主なメンバーは地域包括支援センター長及び管理者です。事業所の活動状況報告の他、自立支援の取り組みや自立度向上と生き甲斐について、意見交換をしています。意見は運営に反映するよう取り組んでいます。	
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。	地域包括支援センターの職員や、麻生区役所保護課職員、各居宅支援センターのケアマネジャーと連絡を取り合い、入居相談や、入所された方の情報共有をしています。	介護保険の更新申請代行や困難事例などについて行政と連携をとっています。福祉事務所のケースワーカーと定期的に連携を図っています。地域交流室では各地区の福祉委員十数名が参加する会議があり、グループホームの紹介などの情報を発信しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	随時職員研修を行っており、身体拘束廃止に努めています。特にスピーチロック等、身体拘束と認識されづらい項目を特に注意し、自由を制限することが身体拘束に繋がることを認識させています。3か月に一度、身体拘束委員会を実施。	年3回の研修及び身体拘束廃止委員会で周知しています。不適切な言葉についてはスピーチロックを重点に指導しています。事例があれば都度注意をしています。玄関やフロアのドアは安全のため施錠しています。利用者が不意に外出する気配があれば職員は見守り同行しています。	
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。	随時職員研修を行っています。手のかかる利用者様への対応も管理者、計画作成担当者、介護職員で適時カンファレンスを行い、介助方法を検討し、正しい介護が出来るように努めています。		
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。	後見人が付いている利用者も数名いる為、ある程度の理解は出来ていると思われれます。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約はセンター長（管理者）が行い、十分な説明をしております。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	ご家族とは適時連絡を取り合い、面会時も職員と話している姿を良く見かけ、話しやすい環境は出来ていると思われれます。	面会時に家族の要望や意見を聞いています。家族へは毎月「たより」を発行し、全体の活動状況の他、利用者一人ひとりの心身の状況を届け、家族とのコミュニケーションを図っています。家族の個別の要望に応えています。	

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。	全体会議等で随時情報共有し、その都度、改善すべき点は改善しています。	月1回の全体会議や半年に1度の個人面談の機会に要望や意見を聞く機会があります。また、管理者は日頃から職員が自由に意見や要望が言える雰囲気を作っています。勤務シフトの希望や、行事、イベントの企画提案を運営に活かしています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	人事考課や面談は定期的に行っており、冷暖房完備の綺麗な休憩室を設けております。		
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。	介護技術や接遇マナー、身体拘束や介護請求の研修を随時行っております。また、行政からの研修や資格取得の案内も休憩室に設置しています。		
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。	他企業との交流はありませんが、当会社は居宅支援事業所、有料老人ホーム、デイサービス、ショートステイなど多くのサービスを提供しており、その中での交流は多くあります。		
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。	ご家族からは今までの生活歴や環境、本人の思いを入念に聞き取り、信頼関係を築けるように努めております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	契約前にご家族の要望、ニーズをしっかり聞きだし、入所後も密に連絡を取り合っています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入所前に使われていたサービス事業所からも情報収集を行い、初回ケアプランはすぐに変更する可能性もある事を伝え、適宜サービスの変更を行っています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人には役割を持って生活して頂き、色々なことを本人にお願いし、職員からはありがとうと伝えるようにしています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	本人の状況が変化し、介助方法を変更するときや、職員が対応方法に困ったときなどは、ご家族と相談する場を設け、その結果も報告するようにしている。		
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。	本人な馴染みの関係の継続はご家族様にお任せしており、施設として積極的なアプローチは出来ていません。外出、外泊、面会は制限なく柔軟に対応しており、大勢での面会も場所を提供するなど対応しています。	友人や知人が来訪し居室で湯茶の接待をしています。手紙や電話の交信も支援しています。墓参りや一時帰宅、馴染みの美容院、買い物、外食など家族の協力で継続の支援をしています。文房具や食卓の梅漬けなど、趣味嗜好の継続支援をしています。	

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。	共同作業の場を設けたり、役割分担をするなど、利用者同士の交流の場を設けています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	現在までに退去された方はご逝去されている為、関係維持は出来ていません。		
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。	意思疎通が出来る方には率直に意見を聞いております。意思疎通が難しい方には傾聴の時間を設け、本人の意志を探ってみたり、色々試してその時の表情などを探るようにしています。	日常の会話を通して把握に努めています。入浴や夜間の職員と1対1のリラクセスした場が良い機会となっています。意思疎通の困難な利用者は表情や態度、目つきなどのサインで汲み取るようにしています。サインは見逃さないよう注意し、申し送りで共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	契約時に細かな情報を提供して頂くようにご家族にお願いしております。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	入所初期は施設のルールにとらわれず、本人の意志を尊重し出来る限り制限無く過ごして頂くように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ケアプラン作成前にカンファレンスとモニタリングを行い、職員の意見を参考にプランを作成しています。	モニタリングは3ヶ月ごとに実施し、見直しは半年に1回行っています。モニタリングには職員や計画担当者、管理者、看護師が参加しています。見直しは担当者会議を経て計画書を作成しています。計画書は本人や家族の意見や医療情報が反映されています。	
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。	個別に食事量、水分量、排泄状況の記録を行っている。日々の様子も個別に記録しており、共有すべき事項は送りノートを活用している。		
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。	ご家族の状況に応じ、通院対応や、行政への対応を行っている。歯科や訪問マッサージなどの提案も行っている。		
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。	訪問理美容やボランティアは定期的に活用している。		
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。	施設の提携往診医はご家族と相談の上受診するか決めている。入院や精密検査が必要なときは、今までに受診された病院で対応している。	本人、家族が希望し、入居者全員が、月2回の協力医に変更しています。協力医療機関への受診は職員が同行しています。受診結果は、必要に応じて往診医より直接家族へ伝えていきます。訪問看護は毎週来訪し、協力医と確実な連携を行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	月4回の訪問看護を実施し、介護職員とも情報共有を行っている。		
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。	入院時の身体拘束や認知症進行のデメリット、ADLの低下などをご家族と協議し早期退院に努めている。		
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。	契約時に重度化した場合の対応方法の説明を行っている。	契約時に「重度化した場合の対応・急性期における医師及び医療機関との連携体制・看取りに関する指針」の説明をしています。事業所でできる事は限られていますが、多職種協働によるチームで対応するために、研修を行っています。家族の意向を重視しています。	
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。	救急対応マニュアルを制定し、実際に救急搬送を行ったときの情報は報告書にまとめ共有している。		
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。	避難訓練、消化訓練、通報訓練を年2回実施しており、非常食も常備している。	夜間想定避難訓練もあり、利用者も参加しています。消火器、スプリンクラー、火災通報装置、誘導灯などを定期的に点検しています。備蓄は利用者と職員分合わせて3日分あり、法人で一括管理しています。法人間で被災した施設への支援体制も整っています。	

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
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。	出来ている職員とそうでない職員がいる為、指導が必要。	接遇を大切に考えています。本人のタイミングで行うべきものを、事業所の都合で行っていないか、本人の意思を尊重しているか、プライバシーを損ねていないかを常に職員は確認しています。身を引き締め、気持ちを改めるため、全体会議で研修をしています。	
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。	難聴の方には筆談等をしている。入浴時の着替え等は本人と相談し決めている。		
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。	利用者のペースで過ごして頂ける様、起床や就寝時間の調整、食事や入浴時間など個別に調整している。		
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。	基本的に本人の意志を尊重している。 洋服の買い物にも行っている。		
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。	食事はユニット内のキッチンで調理し、出来る作業は利用者にも行って頂いている。何が食べたいかなどの聞き取りも行っている。	冷蔵庫の食材を考慮し、利用者、調理担当者、当日に献立を決めることもあります。食材は利用者と一緒に買い出しに行き、品物を見て選んだりしています。利用者のリクエストにより、出前や弁当など臨機応変に対応しています。季節の行事食もあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食欲が無い方には個別のメニューを提供し、毎日の水分量や食事量も管理している。		
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。	定期的に訪問歯科を受診し、口腔ケアの助言も頂き職員間で共有している。		
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。	排泄状況と時間帯を記録し定時誘導を行っている。安易にオムツを使用せずに布パンツにパッドを使用するなど対応している。	排泄チェック表により定時誘導しています。誘導方法は、幾つかのパターンがあり、本人の様子やその場の雰囲気を変えています。対応方法は、職員間で共有しています。利用者は、半分程の人が布パンツにパッドを使用しています。	
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。	便秘ぎみの方へはヨーグルトやオリゴ糖を提供したり水分量、運動など様々方からアプローチしている。		
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。	介助者との相性も踏まえ入浴支援しているが、入浴のタイミングは施設都合になっている。入浴時の会話は大切にしている。	週2回入浴があり、湯は毎回入れ替えています。入浴誘導は、無理強いすることなく、当日の本人の希望に沿って時間を変更したりしています。入浴時は、1対1となる為、利用者の本音も聞けたりしています。共有した方が良い情報は職員間で共有しています。	

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
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。	就寝時間は利用者の都合に合わせています。起床も決まった時間ではなく、朝食に間に合う範囲で起床して頂いています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	全ての薬に対する目的は把握できていないが、新しく処方された薬に関しては、経過観察し、医師に状況報告するようにしている。		
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。	個々の嗜好を把握し個別の楽しみ事を提供している。また日常生活においても役割を持って頂き、張りのある生活が送って頂けるよう配慮している。		
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。	本人の希望に沿った外出は出来ていないが。	体調や天候により、日常的な外出は難しいものの、近所を散歩したり、ファミリーレストランへコーヒーを飲みに行ったりしています。初詣、花見、紅葉など四季折々に、法人の他の事業所からワゴン車を借り、車いすの人も一緒に外出したりしています。	
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。	ご家族と相談の上、本人にも少量の現金を所持して頂いております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話が使える方は携帯電話を所持されています。手紙を希望された場合も封筒、便箋等を用意し対応しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節感を感じれるようにボードの飾りつけや、クリスマスツリーなどのイベント品を用意しています。共用部の掃除は利用者と一緒に毎日行い、清潔に保たれています。	事業所内の動線を確保することで、利用者が居心地よく過ごせるように配慮しています。ゆったりとしたリビングの丸テーブルは食事用、大型テレビ前のソファはくつろぎの場となっています。廊下は自動センサーで動きに合わせて照明が点きます。トイレや浴室表示は、一目で分かるようになっています。	
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。	夕食後は自由な時間が多く、リビングでTVを見られたり、テーブルで軽作業をされたり、談笑されたりしている。		
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。	居室内は制限無く物品を持ち込まれ、仏壇等を持ち込まれている方もいます。また入居時に出来るだけ新しい物を購入せずに使い慣れた物を持参されるようお願いしています。	入居時は、古いものでもいいので使い慣れたもの、見慣れているものを持参してほしいと伝えています。仏壇やテレビなどを配置し、本人が安心して過ごしやすい環境づくりに努めています。また、携帯電話の使用や居室での飲食は自由に行えるようになっています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	個々の状況に合わせ、サイドレールや家具の配置を変更し、安全に過ごし易い環境作りに努めています。		

事業所名	かわさき柿生グループホームそよ風
ユニット名	空

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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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)	レ	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)	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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
	レ	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。	採用面接時に理念の説明をし、賛同して頂く事を条件として職員採用をしています。 地域密着型に特化した理念とはなっていません。		
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。	日々の食材の買い出しに伴ったり、地域のお祭りに参加しています。		
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。	オレンジカフェ（認知症カフェ）等に参加し、グループホームの役割等の説明をしています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	自立支援や利用者の対応方法などを検討し、支援に繋げている。		
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。	地域包括支援センターの職員や、麻生区役所保護課職員、各居宅支援センターのケアマネジャーと連絡を取り合い、入居相談や、入所された方の情報共有をしています。		

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
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。	随時職員研修を行っており、身体拘束廃止に努めています。特にスピーチロック等、身体拘束と認識されづらい項目を特に注意し、自由を制限することが身体拘束に繋がることを認識させています。3か月に一度、身体拘束委員会を実施。		
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。	随時職員研修を行っています。手のかかる利用者様への対応も管理者、計画作成担当者、介護職員で適時カンファレンスを行い、介助方法を検討し、正しい介護が出来るように努めています。		
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。	後見人が付いている利用者も数名いる為、ある程度の理解は出来ていると思われれます。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約はセンター長（管理者）が行い、十分な説明をしております。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	ご家族とは適時連絡を取り合い、面会時も職員と話している姿を良く見かけ、話しやすい環境は出来ていると思われれます。		

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
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。	全体会議等で随時情報共有し、その都度、改善すべき点は改善しています。		
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。	人事考課や面談は定期的に行っており、冷暖房完備の綺麗な休憩室を設けております。		
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。	介護技術や接遇マナー、身体拘束や介護請求の研修を随時行っております。また、行政からの研修や資格取得の案内も休憩室に設置しています。		
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。	他企業との交流はありませんが、当会社は居宅支援事業所、有料老人ホーム、デイサービス、ショートステイなど多くのサービスを提供しており、その中での交流は多くあります。		
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。	ご家族からは今までの生活歴や環境、本人の思いを入念に聞き取り、信頼関係を築けるように努めております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	契約前にご家族の要望、ニーズをしっかり聞きだし、入所後も密に連絡を取り合っています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入所前に使われていたサービス事業所からも情報収集を行い、初回ケアプランはすぐに変更する可能性もある事を伝え、適宜サービスの変更を行っています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人には役割を持って生活して頂き、色々なことを本人にお願いし、職員からはありがとうと伝えるようにしています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	本人の状況が変化し、介助方法を変更するときや、職員が対応方法に困ったときなどは、ご家族と相談する場を設け、その結果も報告するようにしている。		
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。	本人な馴染みの関係の継続はご家族様にお任せしており、施設として積極的なアプローチは出来ていません。外出、外泊、面会は制限なく柔軟に対応しており、大勢での面会も場所を提供するなど対応しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	共同作業の場を設けたり、役割分担をするなど、利用者同士の交流の場を設けています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	現在までに退去された方はご逝去されている為、関係維持は出来ていません。		
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。	意志疎通が出来る方には率直に意見を聞いております。意思疎通が難しいかたには傾聴の時間を設け、本人の意志を探ってみたり、色々試してその時の表情などを探るようにしています。		
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。	契約時に細かな情報を提供して頂くようにご家族にお願いしております。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	入所初期は施設のルールにとらわれず、本人の意志を尊重し出来る限り制限無く過ごして頂くように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ケアプラン作成前にカンファレンスとモニタリングを行い、職員の意見を参考にプランを作成しています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別に食事量、水分量、排泄状況の記録を行っている。日々の様子も個別に記録しており、共有すべき事項は送りノートを活用している。		
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。	ご家族の状況に応じ、通院対応や、行政への対応を行っている。歯科や訪問マッサージなどの提案も行っている。		
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。	訪問理美容やボランティアは定期的にご利用している。		
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。	施設の提携往診医はご家族と相談の上受診するか決めている。入院や精密検査が必要なときは、今までに受診された病院で対応している。		

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
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。	月4回の訪問看護を実施し、介護職員とも情報共有を行っている。		
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。	入院時の身体拘束や認知症進行のデメリット、ADLの低下などをご家族と協議し早期退院に努めている。		
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。	契約時に重度化した場合の対応方法の説明を行っている。		
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。	救急対応マニュアルを制定し、実際に救急搬送を行ったときの情報は報告書にまとめ共有している。		
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。	避難訓練、消化訓練、通報訓練を年2回実施しており、非常食も常備している。		

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
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。	出来ている職員とそうでない職員がいる為、指導が必要。		
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。	難聴の方には筆談等をしている。入浴時の着替え等は本人と相談し決めている。		
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。	利用者のペースで過ごして頂ける様、起床や就寝時間の調整、食事や入浴時間など個別に調整している。		
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。	基本的に本人の意志を尊重している。 洋服の買い物にも行っている。		
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。	食事はユニット内のキッチンで調理し、出来る作業は利用者にも行って頂いている。何が食べたいかなどの聞き取りも行っている。		

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
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。	食欲が無い方には個別のメニューを提供し、毎日の水分量や食事量も管理している。		
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。	定期的に訪問歯科を受診し、口腔ケアの助言も頂き職員間で共有している。		
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。	排泄状況と時間帯を記録し定時誘導を行っている。安易にオムツを使用せずに布パンツにパッドを使用するなど対応している。		
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。	便秘ぎみの方へはヨーグルトやオリゴ糖を提供したり水分量、運動など様々な方面からアプローチしている。		
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。	介助者との相性も踏まえ入浴支援しているが、入浴のタイミングは施設都合になっている。入浴時の会話は大切にしている。		

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。	就寝時間は利用者の都合に合わせています。起床も決まった時間ではなく、朝食に間に合う範囲で起床して頂いています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	全ての薬に対しての目的は把握できていないが、新しく処方された薬に関しては、経過観察し、医師に状況報告するようにしている。		
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。	個々の嗜好を把握し個別の楽しみ事を提供している。また日常生活においても役割を持って頂き、張りのある生活が送って頂けるよう配慮している。		
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。	本人の希望に沿った外出は出来ていないが。		
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。	ご家族と相談の上、本人にも少量の金銭を所持して頂いております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話が使える方は携帯電話を所持されています。手紙を希望された場合も封筒、便箋等を用意し対応しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節感を感じれるようにボードの飾りつけや、クリスマスツリーなどのイベント品を用意しています。共用部の掃除は利用者と一緒に毎日行い、清潔に保たれています。		
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。	夕食後は自由な時間が多く、リビングでTVを見られたり、テーブルで軽作業をされたり、談笑されたりしている。		
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。	居室内は制限無く物品を持ち込まれ、仏壇等を持ち込まれている方もいます。また入居時に出来るだけ新しい物を購入せずに使いなれた物を持参されるようお願いしています。		
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。	個々の状況に合わせ、サイドレールや家具の配置を変更し、安全に過ごし易い環境作りに努めています。		

令和元年度

目標達成計画

事業所名 かわさき福祉グループホーム 三上風

作成日: 令和 五年 11月 25日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期
1	2	地域とのつながりが不足している。	地域との深いつながり。	<ul style="list-style-type: none"> ・地士或交流室を多く活用し、通所者と共に、公民館等の公衆の集会所に紹介する。 ・運営推進会議にご家族や地域の方の参加を要請する。 	6ヶ月
2				<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティアの招致頻度を多くする ・他社のグループホームとも連携をはかる 	ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月