

平成24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	1495300186	事業の開始年月日	平成23年12月1日
		指定年月日	平成23年12月1日
法人名	株式会社生活科学運営		
事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム		
所在地	(213-0035) 川崎市高津区向ヶ丘136-7		
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25年2月12日	評価結果 市町村受理日	平成25年5月14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/kaigo/w10/wpIDetails.aspx?IGNO=ST1495300186&SYCD=320&THNO=14130
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

<p>①入居者一人ひとりのできること、得意なこと、苦手なこと等を把握し、できることは入居者自身でやって頂くように促し、認知症が進行しないような支援を行っている。</p> <p>②タクティールケア資格を保有しているスタッフを配置し、認知症高齢者の不安解消や安眠、痛みのケアなどを行っている。</p> <p>③法人独自の介護予防体操（スイッチオンケア）の導入にし、入居者本人が持っているが眠ってしまっている身体の機能を起こすことにより転倒予防や立ち上がりを楽しむなどの様々な効果を発揮している。</p> <p>④家族との交流を大切に、家族としてできる役割を積極的に行っていただくように依頼している。</p>

【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4階		
訪問調査日	平成25年3月13日	評価機関 評価決定日	平成25年5月2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)】

<p>「宮崎台つどいの家 グループホーム」は東急田園都市線「梶ヶ谷」駅よりバスで約10分の「しばられ松」下車すぐの場所にあり、平成23年12月に開所した新しいホームです。周辺は住宅地ですが、小さな畑や梅林が残る自然豊かな側面も持っています。同じ敷地内に、小規模多機能型居宅介護が併設されています。</p> <p><優れている点> 法人理念を踏まえグループホーム独自の方針「思いをかたちに」を職員も参加して作成しました。職員は利用者の言葉や振る舞いをしっかり受け止め、理念の実現に向け支援しています。</p> <p>入浴は2日に1回入りますが、希望により毎日入ることもできます。お湯の温度をややぬるめに設定しますので、利用者は家庭風呂のように浴槽でリラックスしています。入浴中は好みの音楽を流しています。</p> <p>利用者の思いや、やりたいことを基に介護計画に記録し、モニタリングで確認しています。外出希望が多いので、月に1回外出の日を設定し職員と一緒に出かけしています。家族の協力も得て全員で中型バス2台に乗り、横浜中華街などに日帰り旅行をしています。</p> <p><工夫点> 運営推進会議の日程に合わせ会議参加者も一緒に避難訓練を行っています。また、地域の人々のボランティア活動（生け花、紙芝居、リコーダー、散歩、傾聴など）を積極的に受け入れています。近隣の保育園と共同企画で行事を行っています。</p>

【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	宮崎台つどいの家 グループホーム
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	面接時、入社時に当社理念である地域コミュニティの説明を行い、地域ボランティア導入や民生委員、包括センターと連携し、また、地域ケア会議等へ参加し、地域との定期的な連絡の場を持っている。	法人理念を踏まえグループホーム独自の方針「思いをかたちに」を職員も参加して作成しています。玄関フロアなどに掲示し、職員会議でも取り上げ周知を図っています。職員は利用者の言葉や振る舞いをしっかり受け止め理念の実現に向け支援を行っています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会への入会、地域ケア会議への参加している。	自治会に入会していますが、自治会主催の行事などにはまだ参加はしていませんが、地域の人々のボランティア活動（生け花、紙芝居、リコーダー、散歩、傾聴など）を積極的に受け入れています。近隣の保育園と共同企画で行事を行っています。		
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	包括主催の認知症キャラバンへ参加、地域の方に認知症への理解を広めている。			
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	会議において、入居者、家族と日常サービスについて一緒に考え、また、アンケート等を実施し、そこで出た課題等をスタッフ間で話し合い、質の向上に努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回行っています。民生委員、リ・ケア向ヶ丘地域包括支援センターの職員、利用者、家族も参加、事業所の実情を直接知る機会にもなっています。また、運営推進会議に合わせ出席者も参加し避難訓練を行っています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	各種行政には質問事項等があれば連絡を取っているが、こちらの取組みを積極的に伝えることはしていない。	開所（平成23年12月）から日が浅いこともあり、現在は行政と地域ケア会議などを通じ連携を深める努力を行っています。疑問点があれば行政と速やかに連絡を取りあっています。川崎市主催のタクティール・ケア・セミナーを共催しました。		

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	基本姿勢としては身体拘束は禁止、ただし、玄関については入居者の精神状態により、リスク管理の一環ですべての家族了解のもと、施錠する時間もあることを伝え施錠することもある。	身体拘束防止に関する文書があり、グループホームではそれを使って年数回勉強会を行い、周知を図っています。同時に利用者、家族には契約時に説明しています。また、玄関はリスク管理の一環として家族の了解を得て施錠することもあります。	
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、高齢者虐待については勉強会を実施し、どのようなものが高齢者虐待になるのかを学んでいる。		
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	成年後見制度を利用されている、もしくはその対象となる方がいないため、必要性は感じているが、勉強会等は実施していない。ただし、説明資料等については保管している。		
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	契約は必ず2名体制で行い、不安、疑問の残らないようにしている。また、変更等のあった場合には、運営推進会議、書面で報告したのちに変更を実施している。		
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	基本的には電話、対面等でいつでも要望を聞く体制をとっている。また、ハウス外にも相談窓口があるため、外部への相談も可能であることを契約時に案内している。ご意見のあった場合には職員に周知し、改善を図っている。	職員は利用者や家族との会話を大切にしています。利用者とは日常の会話の中で、家族とは来訪時などを利用し意見や要望などを聴くようにしています。また、年1回、サービスに関する家族アンケートを行い、その都度職員会議などで検討しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	年2回の目標設定や個別面談等を実施し、個人の意見、提案、要望等は聞いている。また、それ以外でも時間の許す限り、個別での対応を行っている。	管理者は毎月行っている職員会議や連絡ノートを活用し、職員の意見を聞いています。年2回行っている個人面談、個人別目標設定時などに職員の意見を引き出すようにしています。職員からの意見や要望はその都度検討して運営に反映させています。	
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	上記同様ではあるが、職員同士の相性や事業との相性の中で転職される方もいる。		
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	日常的な業務の中で職員一人一人の力量は把握できている。また、勉強会を月1～2回実施、外部研修については職員へ案内し、参加希望をとったうえで可能な限り、参加している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	グループホームについては機会がなく実施できていない。		
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	利用開始時に運営面談を実施し、本人、家族からの入居後の要望や生活についての希望等をお聞きし、プランへ繁榮させている。その後、入居1か月後を目途にプランの見直しを実施、以後は定期的なモニタリング実施によりプランに反映。		

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	上記同様。		
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	上記同様。		
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	何事も本人の気持ちや要望を第一に考え支援している。食事なども可能な限り、一緒にとり、日常的な生活の中でコミュニケーションを図っている。		
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	認知症を持つ家族の苦しみや悩み等について、常に一緒に考え、悩みながら入居者本人を支える関係づくりはできている。		
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、趣味等、これまで入居前に行ってきたほとんどのことを継続していけるように支援している。	友人が遊びに来てくれたり、ボランティア仲間が訪ねて来ています。家と事業所を行き来したり、以前から通っていた図書館へ行く方、趣味の習い事の教室へ通っている方もいます。入居前に一人ひとりの要望を聞き継続の支援をしています。	

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	入居者同士がよい関係を築けるよう、できる限りのサポートはしているが、認知症の進行レベルにより難しいこともあるが、職員の手が空かない時などは入居者同士で会話していることも多々ある。		
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	現時点では該当なし。		
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。	できる限り、個別に話す時間をとるように努力している。また、家族、本人に思いややりたいこと等を定期的に聞き、プランへ繁榮させている。本人からの聞きだしが難しいときは、家族からの聞き取りにより対応している。	利用者の思いや、したいことを介護計画に記録し、モニタリングで確認しています。外出希望が多いので月に1回外出の日を設定し、職員と共に出かけています。家族の協力を得て、全員で中型バス2台に乗り、横浜中華街などに日帰り旅行をしています。	
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	入居前の運営面談にて左記のことは聞き取りしている。また、入居後に変更になった状況等はフェイスシート等を更新し、職員間で把握に努めている。		
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	グループワークを定期的に行い、入居後の心身の状況を把握するようにしている。また、入居後1か月は様子観察を強化し、1か月後のプラン変更に反映させている。		

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
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	週1回、グループワークを実施し、一人ひとりの状況を把握、課題や伸ばしたい面などがあればその会議をもとに職員間で共有し、プランへ繁栄、実施している。	入居者記録、個人記録、介護業務日誌などを参考に、週1回担当者会議を開き職員の意見を出し合い、それを基に介護計画を作成しています。介護計画の見直しは3～6ヶ月、又は随時行っています。「サービス計画の考え方と手順」のマニュアルもあります。	
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	週間個人記録、個別記録等から日々の様子を把握し、グループワークによって話し合いを行い、プランへ繁栄、実施。		
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	併設事業（小規模多機能型）からの住み替えや他施設の利用、ボランティアの導入など、その時の状態に応じて適宜、相談し、対応している。		
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	地域の認知症サポート（徘徊サポート？）へ加入し、できる限り一人での外出を継続したりしている。地域の図書館や地域の公園体操へ行くこともある。		
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	主治医についてはハウス提携医以外での利用も可能で外部主治医の方も数名おり、日々の中で連携を図る努力をしている。	かかりつけ医と事業所提携医が連携して対応しています。利用者にとって夜間や緊急時にも適切な対応が可能になっています。通常従来からの医院の通院介助は家族が対応していますが、職員が付き添うこともあります。看護職員が3人おり安心につながっています。	

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	日常的な申し送り、業務の中で十分に意思疎通はできている。時折双方情報共有が足りない時もあるが、基本は良好な関係を築けている。		
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。	協力医療機関との連携の中で、24時間体制で連絡をとれるようにしている。また、双方で改善の必要がある場合には話し合いを実施し、改善に努めている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	グループホームは要望書を作成し、終末期において希望をそれぞれの家族と面談し、聞いている。また、その際にハウスの方針や協力医療機関でできることなどを再確認し、変更があればまた話し合いを実施することも伝えている。	契約時に事業所の方針を説明しています。要望書を作成し、緊急先の連絡先、主治医について、終末期医療について、家族と面談し考えを聞いています。変更があればまた話し合っています。看取り事例はまだありませんが体制づくりを始めています。	
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	定期的な勉強会や掲示、協力医療機関との連携などを明示し、安心して動ける体制をとっている。管理者は24時間連絡をとれる体制や駆けつけることができるように携帯電話を所持、それによって万が一の場合には指示が出せるようにしている。職員は高津区の救命講習を受講しているため、緊急時にも慌てずに対応できるように訓練している。		
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回の避難訓練の実施、勉強会などを実施。また地域ケア会議などで地域の避難場所や備え、仕組み等を共有しているがまだまだ弱い。1日3食×3日分の食糧貯蓄はある。	同敷地内の小規模多機能と合同で消防署立会いのもと、避難訓練を年2回行っています。運営推進会議や地域ケア会議で地域の方へ参加協力をお願いしていますが、まだ実現には至っていません。職員はいざという時10分程で事業所に駆けつけられます。	利用者の避難支援には、地域との協力も重要です。従来からの協力依頼に加え、また、消防署などへの理解と協力を求められ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
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	職業倫理や個人情報保護など、勉強会を実施し、接遇マナーに気を配っているが、職員一人ひとりの個性の中で完全徹底はされていない。	管理者は自分がされて嫌なこと、客観的におかしいことはしない、馴れ馴れしさと親しきは違う、時と場所をわかまえるなど、最低限の接遇は体得するよう注意しています。個人情報使用同意書は契約時に利用者から、職員は入職時にもらっています。	
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	押し付けの介護はせず、本人の意向、思いをくみ取り、支援しているが、認知症ということもあり、希望を活かしたり自己決定したことも忘れてしまうことがあるため本人は何もしてもらってない…となることもある。		
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	食事の時間、入浴等、本人のペースを尊重し実施しているが、2階については一緒の時間でのご飯でないとダメな方もいるため同時刻に食事を開始している。		
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	行事、外出の際にはいつもと違う、その時々（TPOに合わせて）状況を見て支援している。夏祭りなどは希望者には浴衣なども来ている。また、日常的な化粧など身だしなみに気を配っている。		
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	それぞれの得意分野の中で、準備、片付け等を積極的にやっていただいている。また、一人ひとりの食事形態を理しつつ、いつまでも口から食べられるように支援している。	食事の基本は配送ですが、週2回利用者との買物で食材を加えたり、菜園のブロッコリー、小松菜、なす、トマトなども彩りを添えています。茶碗、汁椀、湯呑み、カップ、箸などは馴染みの食器を使ってもらっています。月1回、外食やお好みの店屋物も取っています。	

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
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	1か月ごとに担当スタッフがメニューを作成し、全体バランスを見ながら管理している。メニューの中身については、入居者、家族とも話ながら、希望に沿ったメニューにしている。		
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	起床時、食後、就寝時、口腔ケアの声掛け、支援を行っている。また、外出後にはうがい手洗いの声掛けも実施している。		
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	出来る限りおむつに頼らず、本人の排泄間隔を大切に支援を行っている。おむつを利用される方でも、可能な限り、トイレでの排泄を促すなどの支援をしている。	約3分の1の人が自立していますが、全面介助の人もあり、それぞれに適切な見守りと支援をしています。排泄チェック表により、看護師が排便コントロールを実施しています。失禁を防ぐために食事前、外出前にはトイレへの促しの声かけをしています。	
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	排泄間隔をつかみながら、便秘にならないよう、介護、看護スタッフで協力しながら対応しているが、食事の工夫までには至らず。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	1人で入浴可能な方については本人が希望すれば、毎日でも入浴をしている。支援の必要な方についても、2日に1回程度の入浴を心がけ、できる限りの清潔を保っている。	入浴は2日に1回ですが、希望により毎日入ることもできます。看護師の処置を要する方は清拭しています。湯温をややぬるめに設定しますので、利用者は家庭風呂のように一人用の浴槽で好みの音楽を聴きながらリラックスしながら入浴しています。	

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	本人の入眠時間を大切にしながら、昼夜逆転にならないよう、声掛けを行っている。また、不眠の方や落ち着かない方については、タクティールケアを実施しながら安眠できる工夫をしている。		
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	提携医、薬局、介護、看護が協力しながら誤薬のないよう日々、工夫している。		
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	入居前の運営面談にて本人の好きなことや嫌いなこと、得意なことを聞きだし、日常生活内に取り入れている。また、レクについては、お部屋に閉じこもることのないよう、適宜声掛けを行い、実施している。		
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	本人達の希望を聞きながら、イベント等で外食や日帰り旅行を実施し、外出の機会を増やしている。また、1階については、希望者は午前中に毎日散歩を行っている。	散歩は約30分位のコースを歩き、気分転換を図っています。無理強いせず利用者の自由に任せていますので、テラスで会話や休息で外気浴を楽しむ方、買物に行く方など様々です。季節の花見、梨狩り、初詣、中華街、市民ミュージアムなどの日帰り旅行も楽しんでいきます。	
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	自己管理が可能な人についてはおこずかいを自己管理している。また、買い物に行くことで金銭感覚を維持できるように努力している。		

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	年賀状や暑中見舞いを家族あてに書いたり、電話も日常的に自由にできるようにしている。外部からの電話も本人達へ取り次いでいる。		
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	1階は落ち着いた雰囲気のフロアになっており、各自がフロアを行き来しながら自由に自分の居場所を選択できるようにしている。また、玄関先のベンチでぼ～っとする時間を大切にしている入居者もいる。	玄関の芳香剤をはじめ、換気にも留意し匂いや清潔さに気をつけています。管理者が持参した花も随所に飾ってあります。風呂場の椅子は井戸端会議の場所となったり、独りになれる場所となったりしています。利用者は階段の昇降を普通に行っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれるたり、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	お部屋、食堂は自由に行き来しており、食堂ソファやテラス、お部屋同志の行き来も自由にされている。		
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	お部屋の家具等は本人の使い慣れたものを持参して頂き、家庭を同様の生活ができるようにしている。また、食器も使い慣れたものを使用していただくことで、食事量もその方に合わせて対応している。	居室には洗面台、トイレ、エアコン、照明、収納スペースが備えられています。介護ベッドは廉価でリースしています。自宅から家具をすべて持ち込んだり、冷蔵庫、ホットカーペット、テレビ、机などを置き、自宅と同じ様に自由に過ごしています。	
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	特別な造りにはなっていないが、その方に合わせて家具や備品の配置をしている。また、来年度は各階にてすりを設予定のため、より自由度は増すものと思われる。		

事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム
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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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している。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、活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
	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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	面接時、入社時に当社理念である地域コミュニティの説明を行い、地域ボランティア導入や民生委員、包括センターと連携し、また、地域ケア会議当へ参加し、地域との定期的な連絡の場を持っている		
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	自治会への入会、地域ケア会議への参加している。		
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	包括主催の認知症キャラバンへ参加、地域の方に認知症への理解を広めている。		
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	会議において、入居者、家族と日常サービスについて一緒に考え、また、アンケート等を実施し、そこで出た課題等をスタッフ間で話し合い、質の向上に努めている。		
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に取り組んでいる	各種行政には質問事項等があれば連絡を取っているが、こちらの取組みを積極的に伝えることはしていない。		

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
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	基本姿勢としては身体拘束は禁止、ただし、玄関については入居者の精神状態により、リスク管理の一環ですべての家族了解のもと、施錠する時間もあることを伝え施錠することもある。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	身体拘束、高齢者虐待については勉強会を実施し、どのようなものが高齢者虐待になるのかを学んでいる。		
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	成年後見制度を利用されている、もしくはその対象となる方がいないため、必要性は感じているが、勉強会等は実施していない。ただし、説明資料等については保管している。		
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	契約は必ず2名体制で行い、不安、疑問の残らないようにしている。また、変更等のあった場合には、運営推進会議、書面で報告したのちに変更を実施している。		
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	基本的には電話、対面等でいつでも要望を聞く体制をとっている。また、ハウス外にも相談窓口があるため、外部への相談も可能であることを契約時に案内している。ご意見のあった場合には職員に周知し、改善を図っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	年2回の目標設定や個別面談等を実施し、個人の意見、提案、要望等は聞いている。また、それ以外でも時間の許す限り、個別での対応を行っている。		
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	上記同様ではあるが、職員同士の相性や事業との相性の中で転職される方もいる。		
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	日常的な業務の中で職員一人一人の力量は把握できている。また、勉強会を月1～2回実施、外部研修については職員へ案内し、参加希望をとったうえで可能な限り、参加している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	グループホームについては機会がなく実施できていない。		
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	利用開始時に運営面談を実施し、本人、家族からの入居後の要望や生活についての希望等をお聞きし、プランへ繁榮させている。その後、入居1か月後を目途にプランの見直しを実施、以後いは定期的なモニタリング実施によりプランに反映。		

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	上記同様。		
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	上記同様。		
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	何事も本人の気持ちや要望を第一に考えるが、その中で、本人の生活、自立支援を基本とした時に、違うと判断する場合には、本人と話をし、納得していただく等、身近な関係を築き上げている。ただし、認知症のため入居者本人が忘れてしまうことも多くある。		
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	認知症を持つ家族の苦しみや悩み等について、常に一緒に考え、悩みながら入居者本人を支える関係づくりはできている。		
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、趣味等、これまで入居前に行ってきたほとんどのことを継続していけるように支援している。		

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
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	入居者同士がよい関係を築けるよう、できる限りのサポートはしているが、認知症の進行レベルにより、入居者同士の好奇心な目線が出ることもあり、時折関係がうまくいかないこともあり課題は残る。		
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	入院解約になった方でも、その後の様子を定期的に聞き、お見舞いに行くなどをして継続フォローをしている。		
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。	できる限り、個別に話す時間をとるように努力している。また、家族、本人に思いややりたいこと等を定期的に聞き、プランへ繁榮させている。本人からの聞きだしが難しいときは、家族からの聞き取りにより対応している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前の運営面談にて左記のことは聞き取りしている。また、入居後に変更になった状況等はフェイスシート等を更新し、職員間で把握に努めている。		
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	グループワークを定期的に行い、入居後の心身の状況を把握するようにしている。また、入居後1か月は様子観察を強化し、1か月後のプラン変更に反映させている。		

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
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	週1回、グループワークを実施し、一人ひとりの状況を把握、課題や伸ばしたい面などがあればその会議をもとに職員間で共有し、プランへ繁栄、実施している。		
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	週間個人記録、個別記録等から日々の様子を把握し、グループワークによって話し合いを行い、プランへ繁栄、実施。		
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	併設事業（小規模多機能型）からの住み替えや他施設の利用、ボランティアの導入など、その時の状態に応じて適宜、相談し、対応している。		
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	地域の認知症サポート（徘徊サポート？）へ加入し、できる限り一人での外出を継続したりしている。地域の図書館へ行くこともある。		
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	主治医についてはハウス提携医以外での利用も可能で外部主治医の方も数名いる。		

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	日常的な申し送り、業務の中で十分に意思疎通はできている。時折双方情報共有が足りない時もあるが、基本は良好な関係を築けている。		
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。	協力医療機関との連携の中で、24時間体制で連絡をとれるようにしている。また、双方で改善の必要がある場合には話し合いを実施し、改善に努めている。		
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	グループホームは要望書を作成し、終末期において希望をそれぞれの家族と面談し、聞いている。また、その際にハウスの方針や協力医療機関でできることなどを再確認し、変更があればまた話し合いを実施することも伝えている。		
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	定期的な勉強会や掲示、協力医療機関との連携などを明示し、安心して動ける体制をとっている。管理者は24時間連絡をとれる体制や駆けつけることができるように携帯電話を所持、それによって方が一の場合には指示が出せるようにしている。職員は高津区の救命講習を受講しているため、緊急時にも慌てずに対応できるように訓練している。		
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回の避難訓練の実施、勉強会などを実施。また地域ケア会議などで地域の避難場所や備え、仕組み等を共有しているがまだまだ弱い。1日3食×3日分の食糧貯蓄はある。		

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
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	職業倫理や個人情報保護など、勉強会を実施し、接遇マナーに気を配っているが、職員一人ひとりの個性の中で完全徹底はされていない。		
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	押し付けの介護はせず、本人の意向、思いをくみ取り、支援しているが、認知症ということもあり、希望を活かしたり自己決定したことでも忘れてしまうことがあるため本人は何もしてもらってない…となることもある。		
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	食事の時間、入浴等、本人のペースを尊重し実施しているが、2階については一緒の時間でご飯でないとダメな方もいるため同時刻に食事を開始している。		
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	行事、外出の際にはいつもと違う、その時々（TPOに合わせて）状況を見て支援している。夏祭りなどは希望者には浴衣なども来ている。また、日常的に身だしなみに気を配っている。		
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	それぞれの得意分野の中で、準備、片付け等を積極的にやっていただいている。		

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
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	1か月ごとに担当スタッフがメニューを作成し、全体バランスを見ながら管理している。メニューの中身については、入居者、家族とも話ながら、希望に沿ったメニューにしている。		
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	起床時、食後、就寝時、口腔ケアの声掛け、支援を行っている。また、外出後にはうがい手洗いの声掛けも実施している。		
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	出来る限りおむつに頼らず、本人の排泄間隔を大切に支援を行っている。おむつを利用される方でも、可能な限り、トイレでの排泄を促すなどの支援をしている。		
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	排泄間隔をつかみながら、便秘にならないよう、介護、看護スタッフで協力しながら対応しているが、食事の工夫までには至らず。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	1人で入浴可能な方については本人が希望すれば、毎日でも入浴をしている。支援が必要な方についても、2日に1回程度の入浴を心がけ、できる限りの清潔を保っている。		

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
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	本人の入眠時間を大切にしながら、昼夜逆転にならないよう、声掛けを行っている。また、不眠の方や落ち着かない方については、タクティールケアを実施しながら安眠できる工夫をしている。		
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	提携医、薬局、介護、看護が協力しながら誤薬のないよう日々、工夫している。		
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	入居前の運営面談にて本人の好きなことや嫌いなこと、得意なことを聞きだし、日常生活内に取り入れている。また、レクについては、お部屋に閉じこもることのないよう、適宜声掛けを行い、実施している。		
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	本人達の希望を聞きながら、イベント等で外食や日帰り旅行を実施し、外出の機会を増やしている。		
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	自己管理が可能な人についてはおこずかいを自己管理している。また、買い物に行くことで金銭感覚を維持できるように努力している。		

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	年賀状や暑中見舞いを家族あてに書いたり、電話も日常的に自由にできるようにしている。外部からの電話も本人達へ取り次いでいる。		
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	2階は非常に日当たりが良いため、天気の良い日には屋上テラスでお茶をしたり、プランターの花を活けたり植えたりしながら季節を感じている。また、季節によって、夕方テラスでバーベキューをしたりするなどしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	お部屋、食堂は自由に行き来しており、食堂ソファやテラス、お部屋同志の行き来も自由にされている。		
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	お部屋の家具等は本人の使い慣れたものを持参して頂き、家庭を同様の生活ができるようにしている。また、食器も使い慣れたものを使用していただくことで、食事量もその方に合わせて対応している。		
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	特別な造りにはなっていないが、その方に合わせて家具や備品の配置をしている。また、来年度は各階にてすりを設予定のため、より自由度は増すものと思われる。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	実際に災害が起こった際に近隣の方のサポートをどこまで受けることが出来るか不明。また、夜間帯の訓練はしたものの、上記同様、本当に災害が起こった場合に避難が出来るのか不安。	消防署とは日頃より連携を図っているが、最終目標としては、地域協定のようなものが 結べると良いかと思う。地域とは合同避難訓練を行うところまでが今年度の目標。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議内で日常的な協力を仰ぐ ・年2回の避難訓練で消防署との協力を継続 ・地域で行う避難訓練に参加する。 	12ヶ月
2	37	一人ひとりの希望を生かす機会が人員体制変更や入居者本人の認知症の進行により以前より減っているように思える。	ケアプランがスタッフや家族の想いだけでなく、本人がどうしたいのか、何をしたいのか、一人ひとりの声に出ない想いや希望を実現する。	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者会議、スタッフ会議により、入居者本人の想いを吸い上げる方法を検討し、実行。 ・日常会話の中で、入居者本人が話されていることを書きとめ、ケアプランに反映させ、実行。 	6ヶ月
3	41	3食手作りの食事はメニュー内容はとても好評だが、1年半を経過し、体重増加が見られる方が増えてきた。カロリーや塩分など、家庭料理ではこまかく気にしないが、ここでは気にすべきと考える。	病院のようにこまかくはコントロールできないが、健康を維持するための食事へシフトする。	<ul style="list-style-type: none"> ・本社栄養士と献立内容について精査し、全体の献立内容を見直す。 ・日常的な家族からの差し入れなども再検討。 ・おやつもカロリー控えめでも美味しく食べることが出来る内容を考える。 	12ヶ月
4	47	3月～4月にかけて、服薬介助がきちんと行っていない。誤薬ではなく、入居者の飲み漏れ（口から落ちてしまう）ではあるが、飲みやすい形状に検討するタイミングが遅れているように思う。	誤薬含め、処方された薬の服薬漏れがないようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・食前、食後合わせて、食事終了の都度、薬が飲みこめているか、落ちていないか、周囲を確認する。 ・錠剤が飲みにくいようであれば、粉にするなど飲みやすい形状に変更する。 	3ヶ月