

2021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	1471902989	事業の開始年月日	平成18年1月1日
		指定年月日	平成18年1月1日
法人名	有限会社 エイシン学院		
事業所名	ローズホーム		
所在地	(239-0826) 神奈川県横須賀市長瀬1-13-3		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和3年8月31日	評価結果 市町村受理日	令和3年12月17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）】

理念は「おいしい食事と健康な体づくりで楽しい一日を過ごそう」です。天気の良い日は東京湾を往来する船が眺められる良い環境です。食事は毎食職員の手作り、地域の野菜を利用した献立づくり、米は新潟から直送の玄米を取り寄せ精米して炊飯しています。認知症予防のための体操、フラダンス、脳トレなどのプログラムも提供して日々活動しています。認知症であっても出来る事はたくさんあります。その人の出来る事を支援しながらその人らしく生活できるような支援をめざしています。そして、入所から最後の時まで利用者と職員が家族のように生活を共に過ごしています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和3年10月11日	評価機関 評価決定日	令和3年11月1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「京急線久里浜」駅下車バス5分、「外畠」バス停から数分に位置し東京湾を臨む環境です。法人は横須賀市内に通所施設3ヶ所、居宅介護事業所等を運営し、当事業所も開所15年を迎えています。1、2階を利用した2ユニットです。

<優れている点>

オーナー夫妻の「自分たちの行きたい、入りたいサービス」をコンセプトに建物や「食と身体づくり」にこだわった運営をしています。無垢板を取り入れた木造3階建て建物は日当たり通風よく、1、2階は2フロアの各ユニット、3階は一段高い畳部分を含めサロン風の多用途に使用可能なスペースです。おいしい食事は食材調達、献立、調理すべて職員が行い、見えやすく利用者に合わせた量を考慮した食器を使用する気配りです。身体作りは、長年体操教室、フラダンス、階段使用のステップ運動をはじめ、計算、脳トレまで心身の健康が考えられています。利用者の7割は3つのデイサービスからの入居で、職員も地元居住で顔なじみの関係です。学校や町内会活動とつながり、住民との交流も深めコミュニケーションを大切にしています。

<工夫点>

利用者は各自、自由日記を書いています。美味しかった、楽しかった、頑張った3つを書く3行日記を発展させたもので、利用者の振り返りだけではなく、思いを職員や家族にも伝えるコミュニケーション手段となっています。

【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	ローズホーム
ユニット名	1F

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)	<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、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が 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。	美味しい食事と健康な体作りで楽しい一日を過ごすを理念に地域の食材を利用した食事の提供、健康な体づくりのためのレクリエーション活動を提供しています。	開所以来の理念は、フロアに掲示され、職員に周知されています。ミーティングで、利用者の摂食状況や食に関して検討し、すぐに対応します。体操、フラダンス、レクリエーションはアイデアを出し実践しやすく楽しめる心身の活動にしています。	
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。	町内会に加入し、町内行事（運動会、餅つき、祭礼）への参加ゴミ集積所の掃除当番などへの参加し地域の方と交流もっています。コロナ禍で今年度の町内行事などはありません。	デイサービス3事業所運営や町内会との連携で関係が構築されています。コロナ禍で、できない活動も多いが、培った人間関係で近隣の方によるアロママッサージは継続しています。町内会館建て替えの際にはサロンの利用を声掛けしています。	
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。	運営推進会議を通じて地域の皆さんと繋がり意見交換をしています。コロナ流行前は認知症カフェの開催し地域の方に認知症の理解を支援しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	運営推進会議ではホームの取り組みについて説明し、地域の方、家族からの意見を聞き活用しています。家族である委員さんには地域の高齢者やその家族の状況理解への支援につなげています。	現在は記述方式による書面開催を6回実施し、出席者には書面での報告に留まっている状況です。必要な情報は何かと問いかけ、まとめを出し、特別食、研修のテーマ、家族の介護談、民生委員から困難事例などについて内容を深めています。	
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。	保険者である横須賀市の介護保険課と密に連絡を取りながら指導及び相談をしながら協力関係を築いています。	地域会議を通じて情報交換、運営推進会議の報告をしています。指導監査課には提出書類の不明点や実地指導後の相談をしています。コロナ禍でのワクチン接種に関して保健所と詳細な情報交換をし、接種の円滑な実行や予防について話し合っています。	

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業員への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	ホームでは身体拘束を禁止していることを職員に周知し、身体拘束とはどのような事かを研修を通じて理解し、実践しています。又家族から安全のために拘束などを求められた場合も説明し安全を保てる策を提案し、実践しています。	否定せず、したいことをしてもらうようにしています。一人ひとりの様子を見て納得できるまで付き合い、不安や混乱を起こさないような支援に努めています。転倒の不安は家族とケアプラン更新時に予防について検討し、連絡を密に取り、拘束に至らないようにしています。職員に拘束禁止を周知しています。	
7	6	○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。	管理者、職員は定期ミーティングの際に年2回の高齢者虐待防止の研修に参加しています。	虐待防止テキストを用い、研修に努めています。ネット配信による「注意すべき言葉」についての研修をしています。視聴後に確認テストを行い、実践に繋がっています。相談苦情はマニュアル処理シートに記入して対応し、仕事マニュアルで細かく虐待を防ぐよう努めています。	
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。	管理者、職員は定期のミーティングの際に年1回権利擁護の研修に参加しています。		
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。	契約の際にはご家族とご本人と十分話し合い説明を行い、お互い信頼関係を築きあげたうえで契約を行うようにしています。		
10	7	○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。	重要事項説明書にて苦情申し立て機関の説明玄関に意見箱の設置、面会時に積極的に交流しなんでも言える雰囲気づくりに努め要望があった場合職員同士情報共有しより良い支援につなげています。	家族の面会時には何でも言えるよう声がけをしています。苦情処理マニュアルに基づき相談苦情内容を記録し改善に繋がります。ケアプラン更新時に、掘り下げた聞き取りをし、ミーティングで検討しています。折りに触れ、家族から意見を聞き汲み取っています。	

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
11	8	○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。	事業の運営、活性化のために毎月のミーティングで職員からの意見や要望を聞いています。また管理者は現場に出向き、現場の声を大切にチームワークづくりに反映させています。	毎月のミーティング前、職員は利用者の身体精神状況に加え意見、要望欄に記入し会議に臨んでいます。知り合いの紹介で入職する職員が多く、事業所をよく知った上で働くので離職も少なく、また管理者は職員の話聞くよう努めています。	職員の意見は熱心に聞いていますが、1人ひとりの時間を確保し、要望を聞く面談定例化が期待されます。
12	9	○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。	職員の家族状況に合わせた勤務体制を作るように努め、介護や育児をしながらも長く勤務できるよう努めています。介護以外の得意分野のある職員はその分野を活かせるような取り組みも行っています。	有給休暇も取得されています。職員の介護資格取得時には費用の半額を補助し、祝い金を出すなどの奨励をしています。管理者は職員の長所、弱点を見極め、力量と働く意欲向上に努めています。ペーパーレスで情報共有し仕事量の軽減を図っています。	
13	10	○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。	毎月の定期ミーティングで研修を行うことで職員がどの程度理解出来ているかを知ること職員へのアプローチに変化を持つことが出来ています。	新人職員には10日間の実地研修を行っています。現認研修は必須の内容を年間計画に作成し、実施しています。外部研修参加の場合は、次回のミーティングで内容は漏れの無いように伝達しています。	
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。	必要に応じて同業者との連絡、調整や情報交換を行ったり交流に努めています。		
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。	入所前にホームの見学や理念の説明を十分に行い家族や本人からの聞き取り調査から要望などを聞きご本人の気持ちに添いながら、ホームに安心して入所して頂けるよう努めています。		

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
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。	入所前から家族の困っている事を聞き不安な事、わからないことはいつでも聞けるようにしています。		
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。	サービス利用開始時にご家族が一番心配されている事を伺い、自宅などでの御本人の様子など情報収集を行います。情報をもとに担当職員などで話し合い対応の方法を検討し実践しています。		
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。	ご本人らしさを重視しつつ周りとの協調をしながら、お互いを認め合い、助け合う存在になるよう職員は必要時援助しています。		
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。	入所されてからご家族の手を離れケアされていますが、ご家族には職員だけではケアできない部分もあることを説明し、御本人がローズホームで安心して暮らして行けるよう職員と家族がともにケアのチームの一員であること理解していただいています。		
20	11	○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。	古くからの友人の面会、手紙の交流、所属する会の会員との交流などの支援をしています。	行きたい、会いたいなど希望を叶えられるように支援しています。コロナ禍なので感染防止対策の上、来訪してもらえません。入居時、家族関係や好きな物を書いてもらい馴染みの人や物を把握しています。短歌の会の方と手紙での交流を継続している利用者もいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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。	様々な認知症がありますが、それぞれの個性や得意分野を生かした活動を行うことで周囲と孤立せず調和してお互いを認め合えるよう支援しています。		
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。	他のサービスに移られるときには生活の詳しい様子、生活習慣などをの詳しい情報を提供し新しいサービスがスムーズに行われるよう支援しています。		
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	12	○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。	認知症であってもできる事を支援し、ご本人らしく生活が継続できるように支援しています。	本人の良いところが継続できるようサポートしています。食事の際は、号令をかけるなど、小さなこともその人らしさを大切に、存在が認められるよう支援しています。出来た事を日々シールや日記に記入し、本人、家族、職員間の人間関係を深めています。	
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。	自宅ですごしていたペースや好みを家族から聞き、希望に添えるよう支援しています。個別に対応しながらご本人が周りとの協調できるよう支援しています。		
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。	職員は毎日の記録でご本人の発言や様子を記録しています。記録を情報共有し、定期ミーティングで問題点などを把握し今後の対応について検討し改善できるよう努めています。		

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
26	13	○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。	計画作成担当は現状の問題点を職員から聞き取り、関係者と情報共有しご本人、家族の希望を聞きながらプランの作成をしています。	日頃から職員間同士で気づいたことなど話し合っています。利用者一人ひとりが抱えている課題などを毎月職員一同でモニタリングをしてケアを確認しています。本人や家族、医師、看護婦の助言などを取り入れ、その都度見直し、現状に即した介護計画を作成しています。	
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。	日ごろの生活の中での様子、言葉や周りとの関係など記録し、記録で情報共有しあらたな問題点があれば検討し、プランの修正や変更を活かしている。		
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。	基本的なサービスに加え家族の状況により提案できるサービスを提供しています。家族が通院に付き添う時は予め主治医に連絡しホームでの生活やご本人の認知症の状況について情報提供しています。		
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。	地域に住んでいる職員が多く地域との連携や情報伝達がスムーズに行われています。		
30	14	○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。	かかりつけ医と常に連携をとり、定期往診のほか、必要時は対応をお願いしご本人、ご家族が体調やメンタル面でも安心して暮らせるよう支援しています。	本人や家族の希望により、今までの馴染みのかかりつけ医も選ぶことができます。歯科医や皮膚科、精神科など定期的に受診支援をしています。毎週2回看護師が訪問し健康管理や相談を受け、受診時の詳細な報告をホーム便りで家族に連絡しています。	

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。	職員は日々の観察の中で変化のあることを管理者、看護師に報告し必要時看護師からの助言を受けています。主治医に連絡が必要な場合は連携を行います。		
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、ホームでの暮らし状況について情報提供し、主治医との連携を行う。退院時期の相談を行いご本人、ご家族の希望に添えるよう入院先と連携し、退院の支援をしています。		
33	15	○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。	入居時に看取りを行っていることを伝え、家族と終末期の希望を聞き、必要に応じて主治医と看護師と連携しながら対応しています。	重度化や終末期の対応については入居時に、指針に基づいて話し合い確認しています。職員は看取りを何度か体験し、教育体制も整っています。段階に応じて主治医や看護師、施設長、職員などで確認し、終末期には職員は1日交代で担当し支援しています。	
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。	急変時の事故発生への対応マニュアルをもとに対応しています。また、その連絡方法についても職員に周知しています。		
35	16	○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。	防災対策について職員は研修し訓練を実施しています。防災用品の備蓄、保管状況、などを職員に周知し備えています。又地域方と協力体制を築いています。	緊急時のマニュアルが整備され、防災計画に沿った避難訓練を実施しています。定期的に通報装置や消火器の確認など災害時に的確な行動が取れるよう確認しています。震災時に施設の3階を地域の一時避難場所とするなど地域との協力体制を構築しています。	

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	一人一人の個性と生活歴ホームでの希望などを職員は熟知しそれぞれに合わせた言葉かけや対応をしています。利用者が自身で自発的に行えるよう言葉がけも工夫しています。	分かりやすく記載された「接遇マニュアル」により利用者の日々の言葉や仕草などから思いを汲み取り、一人ひとりにあった言葉遣いや接し方をするように心掛けています。職員に不適切な対応があった場合は会議などお互いに改善を促しています。	
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。	出来る事は見守り、できない事はご本人と共に行い、職員は自立支援の観点を忘れず対応しています。		
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。	自身のペースで個で活動する利用者はペースを大切に、集団で参加するペースの方には自身で参加などを選択していただくように努めています。		
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。	現在の身体状況を家族に伝え、御本人の好み、活動しやすい着衣を提案しています。		
40	18	○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。	日々の会話や食事の様子から好みなどの情報を得ています。簡単な食事の準備や片付けをしてもらったりしながらコミュニケーションも取っています。	「おいしい食事と健康な身体作りで楽しい一日を」という理念を大切にしています。調理師が利用者の体調に合わせた、きざみ食やミキサー食なども盛付けや見た目も美しくしています。テーマのある特別食も楽しみです。利用者は下膳や食器洗いなどを手伝っています。	

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。	一人ひとり適量や提供形状、提供容器を検討しています。食事は30分以内に終了するような量で決めています。		
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。	3回の食事の後は口腔ケアを実施しています。自身で可能な方以外は歯ブラシでの仕上げ磨き、他必要時歯間ブラシも実施しています。		
43	19	○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。	記録により排泄パターンを分析しています。必要時は声掛け誘導を行い失禁を減らすよう努めています。	トイレでの排泄を基本として一人ひとりに合った排泄を支援しています。排泄チェック表から排泄パターンを把握し、タイミングや様子を見計らって声掛けしています。排泄時に介助が必要な場合も関わり過ぎず見守り重視で改善につなげています。	
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。	野菜を多く摂取し運動することで便秘予防に努めています。個々の排便パターンを把握し、必要に応じて薬を使い便秘が生じないようにしています。		
45	20	○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。	週3回の入浴日は決まっていますが、個人の生活習慣やその日の状態によって柔軟に対応しています。	本人や家族から生活習慣や好みを把握して一人ひとりの入浴支援をしています。自立度により、見守りを重視して週3回2名介助体制でゆっくり楽しんでいます。石鹸など好みのものを選んでいきます。入浴を拒否する利用者には言葉かけなど工夫しています。	

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。	個人の生活パターンを把握し、無理のないように休憩時間を取る、就寝時間も一定ではなくその方の希望に添うようにしています。		
47		○服薬支援 一人ひとり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。	職員は薬とその情報の保管と保管場所を把握し、必要時、緊急時には対応しています。服薬時は飲み込みを確認しています。薬が変更になった場合は職員に周知し、家族にも面会時に伝えています。		
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。	個別機能訓練なども楽しく参加、周りの皆さんを巻き込んで参加できるようなプログラムを用意しています。生活の中で活躍できる場面を設けて役割を大事にしています。洗濯ものたたみなど今までやってきたことを継続してやっています。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	季節の良い時は近くの公園に散歩にいきます。歩行困難な場合は車いすを利用して出掛けます。家族との外出時も必要な情報を提供しています。	道路を隔てて目の前は東京湾です。周辺には散歩に適した小さな公園があります。気候や体調に配慮しながら日常的に外出支援をしています。年間の外出行事には家族の協力もあり、箱根や東京スカイツリー、浅草散策などの日帰り旅行を楽しみにしています。	
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。	家族の協力を得て、自身で管理できる方はお小遣いを持っています。それぞれの家族の希望に対応しています。		

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
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。	ホームの電話はいつでも使用可能です。又使い方がわからない方には職員が電話をかけて家族などと話ができるようにしています。ビデオ通話での面会も対応しています。		
52	22	○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。	利用者が安全に過ごせるような環境づくりに配慮しています。リビング、居室は床暖房を取り入れ、日当たりが良いリビングで過ごす方が多いです。3階のホールは家族の方の交流の場として利用して頂いています。	建物内はすべて床暖房で何処も居心地よく過ごせるよう、工夫しています。玄関や2階の踊り場には利用者の作品や季節の花が飾られています。3階の広いフリースペースでは目の前の海や花火大会など楽しんでいます。災害時には地域の一時避難場所として協力しています。	
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。	ご本人の生活のペースを把握し、居室で過ごす時間があったり、ソファでゆっくり過ごす時間があったり、海を眺めて気分転換したりそれぞれの活動が出来るように配慮しています。		
54	23	○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。	ご本人の好みの物も置いたり、かざったり、自由に使っています。また、安全に過ごしていただけるよう部屋の持ち物は家族と連携して調整しています。	各居室の入口にある小さなガラス張りの飾り室には名札や作品が飾られています。床暖房の居室にはエアコンなどの備付け物以外に机や仏壇などが置かれ、落ち着いた雰囲気作りをしています。各居室には担当の職員が決められ、衣類の整理など支援しています。	
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。	それぞれの用途や安全性を考慮し部屋の中の家具の配置などを検討して対応しています。荷物を減らし自身で整理整頓ができるような環境づくりを家族と共に行っています。		

事業所名	ローズホーム
ユニット名	2F

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。	美味しい食事と健康な体作りで楽しい一日を過ごそうを理念に地域の食材を利用した食事の提供、健康な体づくりのためのレクリエーション活動を提供しています。		
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。	町内会に加入し、町内行事（運動会、餅つき、祭礼）への参加ゴミ集積所の掃除当番などへの参加し地域の方と交流をもっています。コロナ禍で今年度の町内行事などありません。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議を通じて地域の皆さんと繋がり意見交換をしています。コロナ流行前は認知症カフェの開催し地域の方に認知症の理解を支援しています。		
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。	運営推進会議ではホームの取組みについて説明し、地域の方、家族からの意見を聞き活用しています。家族である委員より介護経験談を話していただき地域の委員さんには地域の高齢者やその家族の状況理解への支援につなげています。		
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。	保険者である横須賀市の介護保険課と密に連絡を取りながら指導及び相談をしながら協力関係を築いています。		

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	ホームでは身体拘束を禁止していることを職員に周知し、身体拘束とはどのような事かを研修を通じて理解し、実践しています。又家族から安全のために拘束などを求められた場合も説明し安全を保てる策を提案し、実践しています。		
7	6	○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。	管理者、職員は定期ミーティングの際に年2回の高齢者虐待防止の研修に参加しています。		
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。	管理者、職員は定期のミーティングの際に年1回権利擁護の研修に参加しています。		
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。	契約の際にはご家族とご本人と十分話し合い説明を行い、お互い信頼関係を築きあげたうえで契約を行うようにしています。		
10	7	○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。	重要事項説明書にて苦情申し立て機関の説明玄関に意見箱の設置、面会時に積極的に交流しなんでも言える雰囲気づくりに努め要望があった場合職員同士情報共有しより良い支援につなげています。		

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	8	○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。	事業の運営、活性化のために毎月のミーティングで職員からの意見や要望を聞いています。また管理者は現場に出向き、現場の声を大切にチームワークづくりに反映させてます。		
12	9	○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。	職員の家族状況に合わせた勤務体制を作るように努め、介護や育児をしながらでも長く勤務できるよう努めています。介護以外の得意分野のある職員はその分野を活かせるような取り組みも行っています。		
13	10	○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。	毎月の定期ミーティングで研修を行うことで職員がどの程度理解出来ているかを知ることによって職員へのアプローチに変化を持つことが出来ています。		
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。	必要に応じて同業者との連絡、調整や情報交換を行ったり交流に努めています。		
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。	入所前にホームの見学や理念の説明を十分に行い家族や本人からの聞き取り調査から要望などを聞きご本人の気持ちに添いながら、ホームに安心して入所して頂けるよう努めています。		

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
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。	入所前から家族の困っている事を聞き不安な事、わからないことはいつでも聞けるようにしています。		
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。	サービス利用開始時にご家族が一番心配されている事を伺い、自宅などでの御本人の様子など情報収集を行います。情報をもとに担当職員などで話し合い対応の方法を検討し実践しています。		
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。	ご本人らしさを重視しつつ周りとの協調をしながら、お互いを認め合い、助け合う存在になるよう職員は必要時援助しています。		
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。	入所されてからご家族の手を離れケアされていますが、ご家族には職員だけではケアできない部分もあることを説明し、御本人がローズホームで安心して暮らして行けるよう職員と家族がともにケアのチームの一員であること理解していただいています。		
20	11	○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。	古くからの友人の面会、手紙の交流、所属する会の会員との交流など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。	様々な認知症がありますが、それぞれの個性や得意分野を生かした活動を行うことで周囲と孤立せず調和してお互いを認め合えるよう支援しています。		
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。	他のサービスに移られるときには生活の詳しい様子、生活習慣などをの詳しい情報を提供し新しいサービスがスムーズに行われるよう支援しています。		
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	12	○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。	認知症であってもできる事を支援し、ご本人らしく生活が継続できるように支援しています。		
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。	自宅ですごしていたペースや好みを家族から聞き、希望に添えるよう支援しています。個別に対応しながらご本人が周りとの協調できるよう支援しています。		
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。	職員は毎日の記録でご本人の発言や様子を記録しています。記録を情報共有し、定期ミーティングで問題点などを把握し今後の対応について検討し改善できるよう努めています。		

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
26	13	○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。	計画作成担当は現状の問題点を職員から聞き取り、関係者と情報共有しご本人、家族の希望を聞きながらプランの作成をしています。		
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。	日ごろの生活の中での様子、言葉や周りとの関係など記録し、記録で情報共有しあらたな問題点があれば検討し、プランの修正や変更を活かしている。		
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。	基本的なサービスに加え家族の状況により提案できるサービスを提供しています。家族が通院に付き添う時は予め主治医に連絡しホームでの生活やご本人の認知症の状況について情報提供しています。		
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。	地域に住んでいる職員が多く地域との連携や情報伝達がスムーズに行われています。		
30	14	○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。	かかりつけ医と常に連携をとり、定期往診のほか、必要時は対応をお願いしご本人、ご家族が体調やメンタル面でも安心して暮らせるよう支援しています。		

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
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。	職員は日々の観察の中で変化のあることを管理者、看護師に報告し必要時看護師からの助言を受けています。主治医に連絡が必要な場合は連携を行います。		
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、ホームでの暮らし状況について情報提供し、主治医との連携を行う。退院時期の相談を行いご本人、ご家族の希望に添えるよう入院先と連携し、退院の支援をしています。		
33	15	○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。	入居時に看取りを行っていることを伝え、家族と終末期の希望を聞き、必要に応じて主治医と看護師と連携しながら対応しています。		
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、実践力を身につけている。	急変時の事故発生への対応マニュアルをもとに対応しています。また、その連絡方法についても職員に周知しています。		
35	16	○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。	防災対策について職員は研修し訓練を実施しています。防災用品の備蓄、保管状況、などを職員に周知し備えています。又地域方と協力体制を築いています。		

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	17	○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。	一人一人の個性と生活歴ホームでの希望などを職員は熟知しそれぞれに合わせた言葉かけや対応をしています。利用者が自身で自発的に行えるよう言葉かけも工夫しています。		
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。	出来る事は見守り、できない事はご本人と共に行い、職員は自立支援の観点を忘れず対応しています。		
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。	自身のペースで個で活動する利用者はペースを大切にし、集団で参加するペースの方には自身で参加などを選択していただくように努めています。		
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。	現在の身体状況を家族に伝え、御本人の好み、活動しやすい着衣を提案しています。		
40	18	○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。	日々の会話や食事の様子から好みなどの情報を得ています。簡単な食事の準備や片付けをしてもらったりしながらコミュニケーションも取っています。		

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。	一人ひとり適量や提供形状、提供容器を検討しています。食事は30分以内に終了するような量で決めています。		
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。	3回の食事の後は口腔ケアを実施しています。自身で可能な方以外は歯ブラシでの仕上げ磨き、他必要時歯間ブラシも実施しています。		
43	19	○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。	記録により排泄パターンを分析しています。必要時は声掛け誘導を行い失禁を減らすよう努めています。		
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。	野菜を多く摂取し運動することで便秘予防に努めています。個々の排便パターンを把握し、必要に応じて薬を使い便秘が生じないようにしています。		
45	20	○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。	週3回の入浴日は決まっていますが、個人の生活習慣やその日の状態によって柔軟に対応しています。		

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	個人の生活パターンを把握し、無理のないように休憩時間を取る、就寝時間も一定ではなくその方の希望に添うようにしています。		
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。	職員は薬とその情報の保管と保管場所を把握し、必要時、緊急時には対応しています。服薬時は飲み込みを確認しています。薬が変更になった場合は職員に周知し、家族にも面会時に伝えています。		
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。	個別機能訓練なども楽しく参加、周りの皆さんを巻き込んで参加できるようなプログラムを用意しています。生活の中で活躍できる場面を設けて役割を大事にしています。洗濯ものたたみなど今までやってきたことを継続してやっています。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	季節の良い時は近くの公園に散歩に行きます。歩行困難な場合は車いすを利用して出掛けます。家族との外出時にも必要な情報を提供しています。		
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。	家族の協力を得て、自身で管理できる方はお小遣いを持っています。それぞれの家族の希望に対応しています。		

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
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。	ホームの電話はいつでも使用可能です。又使い方がわからない方には職員が電話をかけて家族などと話ができるようにしています。ビデオ通話での面会も対応しています。		
52	22	○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。	利用者が安全に過ごせるような環境づくりに配慮しています。リビング、居室は床暖房を取り入れ、日当たりが良いリビングで過ごす方が多いです。3階のホールは家族の方の交流の場として利用して頂いています。		
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。	ご本人の生活のペースを把握し、居室で過ごす時間があったり、ソファでゆっくり過ごす時間があったり、海を眺めて気分転換したりそれぞれの活動が出来るように配慮しています。		
54	23	○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。	ご本人の好みの物も置いたり、かざったり、自由に使っています。また、安全に過ごしていただけるよう部屋の持ち物は家族と連携して調整しています。		
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。	それぞれの用途や安全性を考慮し部屋の中の家具の配置などを検討して対応しています。荷物を減らし自身で整理整頓ができるような環境づくりを家族と共にしています。		

2021年度

事業所名 ローズホーム

作成日： 2021年 12月15 日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	8	職員一人ひとりの現状について管理者はコミュニケーションを取り、理解しているが個別に面談する時間を設けていない。普段のコミュニケーションを取る理解レベルと個別に面談することでの深い理解ができていない	個別に面談する時間をもうけることで管理者が職員への理解を深めることができる。	定期的に個人面談することをする。個人面談をする前の事前調査、面談シートの作成、面談結果での評価シート作成。評価した事の活用の仕方について会社全体で話し合う。	1 2か月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月