

平成27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	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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27年10月1日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月7日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

食事を重視し玄米は新潟の農家から直送してもらい自家精米し、地域の農家から野菜など仕入れ手作りの食事を提供しています。食事だけでなく体を使うために有酸素運動を取り入れた体操教室、社交ダンス、フラダンスお取り入れ年に2回の家族会でダンスを家族、友人、町内の方々に披露しています。看取りケアを希望される家族が多くかかりつけ医と連携して安心して納得のできるよう支援をしています

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年11月6日	評価機関 評価決定日	平成27年12月29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)】

ローズホームは京急久里浜駅からバスで10分、外畑バス停前にある木造3階建て事業所です。建物からは久里浜湾と房総の山々や船の行き来が見えます。1・2階はグループホーム、3階はサロン風の多目的ホールと厨房・和室等を備え、付近にも事業所を展開するエイシン学院のグループ拠点です。

<優れている点>

日々変化する利用者を、グループでささえる体制を充実するため、講師を招いて資格取得に向けた集中的な勉強会を行ない、介護福祉士の資格を10名取得しています。このほかケアマネジャーの資格取得や後見人の勉強、機能回復訓練の指導者育成で技術力を高めています。地域から若い職員を採用し、適材適所への配置をしています。災害時には3階を一時避難所として地域に開放することとしています。日常生活の目標は、美味しい食事と健康な体づくりを目指しています。食事は、新潟からの玄米を精米した美味しいご飯と、地域の知り合いの農家から自然な柔らかい野菜を購入しています。健康な体づくりとしては、リハビリ体操の有酸素運動に社交ダンス、フラダンス、さらに各種のレクリエーションで楽しい一日を過ごせるアットホームな明るい雰囲気の仕事所です。

<工夫点>

- ・地域の花火大会やクリスマス会の日に家族会を開き、地域の人も加えわり、社交ダンスやフラダンス、職員の余興で楽しい1日を過ごしています。
- ・地元の野菜を使った料理で、血糖値の改善や栄養不足を補っています。

【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	ローズホーム
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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	美味しい食事と楽しい一日を過ごそうというシンプルな理念です。毎日のいろいろなレクリエーションで体や頭を動かすもとなる食事を重視し地域の食材調達などに努めています	理念の実践としては、食事は新潟からの玄米を精米したご飯に、農家から購入した柔らかい野菜を使ったおいしいおかずを食べています。健康な体づくりは、階段を利用したリハビリ、フラダンスや社交ダンス、レクリエーションで日々を楽しく過ごしています。	
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。	どんだん焼き、盆踊り、夏祭り、町内運動会、餅つき大会や防災訓練などに利用者と職員が参加し地域の一員として活動しています	地域とのつながりは、食材の購入、若いお母さん方の採用と適材配置、夏祭りでは神輿の休憩所になっています、防災訓練では消火体験に参加したり、フリーマーケットでは手芸品や手作りパンを販売しています。中学生の認知症体験実習も行っています。	
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。	地元学生の福祉体験など積極的に受け入れその中で認知症の方と接することで理解を深める広げています		
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。	運営推進会議には町内会長、民生委委員に参加いただき利用者の家族にも多数まじえ、地域情報、家族からの要望などを聞き、話し合い更なる支援工場にいかしています	運営推進会議の参加者には、代表者や家族5人も参加しています。話題は事業所の運営状況、報道された虐待等の分析、地域の行事紹介、介護に関する情報、家族からの情報提供と幅広い内容です。津波時は付近の避難所より安全な事業所で退避することとしています。	
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。	保険者である横須賀市の指導監査課などと密接に連絡をと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	横須賀市とは介護認定、生活保護に関する日常の情報交換のほか、外部評価結果も報告しています。行政の開催する介護保険制度改正に伴う説明会には2回参加しています。また、コミュニケーション基本研修にも参加しています。	

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。	定期ミーティングで拘束しない介護について話し合い、スキルアップの研修にも積極的に参加しています	身体拘束ゼロを目指して、ミーティングでは身体拘束も議題にあげています。利用者個々の呼び方は本人や家族の希望も入れて決めています。玄関のカギは施錠していますが、建物内の鍵はかけておらず、利用者はエレベーターで各階を移動しています。外に出たい利用者には一緒に出掛けています。	
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。	定期ミーティングで高齢者虐待防止について研修し職員も理解を深めています		
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。	定期ミーティングで研修し理解を深めています		
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。	契約の際には家族、本人と十分に話あい説明を行い、お互い信頼関係を築きあげたうえで契約をおこなうよ事を実践しています。		
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。	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何でも言える雰囲気づくりに努め要望があった場合申し送りノートにて共有しより良い支援につとめています。	家族が事業所を訪問した時に利用者の様子を細かく説明したり、電話でも伝えて意見を出しやすい雰囲気作りをしています。運営推進会議には家族が出席し、質問や要望について話合っています。出席者からの意見で職員の顔写真を貼りだしています。	

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。	事業の運営、活性化のために毎月ミーティングの時に職員からの意見を言いやすい状況をつくり管理者は現場の声を大切に耳を傾け、全体のチームワーク作りに反映させてます	職員の意見はミーティングの席上や直接管理者が個別に受け取っています。良い提案は、期日を決めて、まず実施して評価しています。今回の自己評価では職員の意見を聞きまとめています。職員の提案で、軽量の充電式掃除機を購入しています。	
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。	職員の家族状況に合わせた勤務体制を作るよう努力し職員が仕事に対する向上心、満足感、充実感を維持できるように努力しています		
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。	職員全体が研修を受けやすいように講師を招いて講習を催したり、外部の研修にも参加につとめています		
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。	必要に応じて同業他社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。	入所や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に沿いながらホームに安心して入所していただ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ことを一つ一つ聞き、不安なこと、わからないことはいつでも聞ける連絡先を知らせ、不安が解消するようにつとめています。		
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。	現状では空室はないため他のサービスを含めた対応について相談を受ける場合が多くなっていてあくまでも、本人と家族の方々にとってよりよい介護支援ができるよう支援し対応しています		
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。	本人のちいさなつづやきに常に耳を傾け職員同士情報を共有し本人も気持ちに沿うよう支援しています		
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。	家族でなければできないこと、介護職員だからできることを日ごろから家族と話しあいお互いの関係を認め協力できる体制づくりにつとめています		
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。	入所前からの活動を継続できるよう支援しています	家族のほか、利用者が所属していたサークルの人の訪問もあります。家族への手紙を書き、玄関のポストに入れる利用者もいます。美容院は2ヶ月に1回の訪問があり楽しみにしています。また、床屋に外出する利用者や家族と墓参り、買い物、食事にも出かけています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者同士お互いを認めあえるよう職員が情報共有し連絡連携し本人が孤立しないよう職員が介入し、支えあえ、認め合える関係づくりに努めています。		
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。	ほかのサービスに移られる時には生活状態の詳しい情報を提供し、その後も訪問し、その後のかかわりも大切にしています		

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	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。	薬に頼らない介護、本人のペースに合わせた生活ができるよう支援しています	思いや意向は職員それぞれが接する中で把握し、スタッフミーティングで利用者ごとにまとめています。利用者には100歳以上の人や看取り介護中の人もあり、毎日の生活の中での体調の良し悪しも判断し、職員間で共有化しています。	
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。	家族との会話の中で一人ひとりの生活歴の把握に努め普段の生活の中で本人が安心して暮らせ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。	毎月のミーティングで利用者の現状について問題点など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	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。	日々に生活のなかでの本人の変化について職員同士情報共有連絡しケアについて話し合い、ケアプランに取り入れています。	利用者の様子は2週間ごとにケース記録にまとめています。毎月全員のモニタリング、看護師も参加する毎月のサービス担当者会議でケアプランにまとめています。ケアマネジャーはICF（国際生活機能分類）で満足度や課題を一表にまとめ確認しています。	
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。	日々の記録の中で気付いたことなど申し送りノートで情報伝達し、ミーティングで話し合い、よりよい介護が実践できるよう努めています。		
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。	医療連携体制により医師、看護師との24時間連絡で安心した支援をおこないターミナルケアについて本人、家族の要望に対応、専門家による体操などの機能訓練を取り体力維持に努めています		
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。	近所に住んでいる職員が多いので地域との連携や情報伝達などがスムーズに行われています。		
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。	かかりつけ医との連携を常にとり、体調の変化など密に連絡しています。月2回の往診以外の受診希望時にはホームの職員付き添いで送迎する場合があります	本人や家族の意向を大切にしながらかかりつけ医の受診も支援しています。受診希望時の送迎もしています。協力医療機関とは24時間の連絡体制で、歯科医は月2回、皮膚科医は2ヶ月に1回訪問診療をしています。週2回契約看護師が訪問し健康管理や相談を受けています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	職員からホーム看護師へ体調の変化や日々の生活の相談などし必要があればかかりつけ医に連絡するなど看護が受けられるよう支援しています。		
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。	入院者が発生した場合、家族、病院、と協議、連携していきます。職員が定期的に病院に行き、本人の不安を軽くし短期的に入院目的が達成するように病院と家族と話し合っています		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に過去数名の看取りを行っていることを説明し、家族と終末ケアについて希望を聞き、必要に応じて日常ケース記録とともに本人家族、かかりつけ医と方針を確認しターミナルケアプランを作成しています	重度化や終末期については、入居時に指針に基づいて本人や家族の意向を尊重し確認しています。段階に応じて主治医・看護師・施設長・職員などと医療連携体制を取り、看取り介護計画書を作成しています。職員は看取りを数回体験し教育体制も整っています。	
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作成、職員に指導し定期的に訓練を実施しています。		
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。	防災計画に沿って定期的に訓練を実施。消防署に報告済です。町内会長、班長さんの支援も常時承諾をいただき災害時の常備食、水分の補給を定期的に入れ替え準備しています。	緊急時のマニュアルを整備し防災計画に沿って年2回夜間想定を含み避難訓練を行っています。定期的に通報装置や消火器、備蓄など確認しています。災害時に地域住民による見守りや3階のスペースを地域の避難場所として協力することなど話されています。	

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。	職員は利用者一人一人の個性に合わせて誇りや尊厳を損ねることのないように言葉かけ言葉遣いを心がけています。	利用者一人ひとりの個性を尊重しその人らしさにこだわって誇りを損なわないよう親しみを込めながら声掛けしています。食事作りなど日中活動の中でできることを大切に支援しています。排泄や入浴介助には馴れ合いに気を付け職員同士で注意し合っています。	
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。	自立支援を図るため利用者の状況を把握し極力見守りを重視しています。利用者の自己決定に基づく介護ができるように心がけています。		
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。	一日の決めたスケジュールでなく一人ひとりのペースを大事にしています。自己決定できる方には希望に沿うよ支援を行い利用者の意向、希望を重視してその都度実施しています		
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。	家族に現在の身体の状態を伝えて必要な着衣を提案し、好みや身体状況に応じたおしゃれなどを支援しています。また、家族会の時は希望により化粧などもします。		
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。	おいしいものを楽しく食べる努力を行い新潟から取り寄せた玄米を自家精米しています。利用者の好みに合わせて対応し、利用者の意見を取り入れた食事を提供しています。	食事の楽しみと体作りをモットーに支援しています。調理の得意な職員が利用者の体調に合わせてきざみ食やミキサー食など交え提供しています。利用者は盛付け・下膳・食器洗いなどできる範囲で手伝っています。誕生会には好みの刺身やケーキで祝っています。	

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。	利用者個人の体調に合わせて栄養バランスの食事量になっています。食事量、水分摂取量は毎日記録し最後まで自力摂取を目標とし、食事形状などもそれぞれに合わせた形にしています。		
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。	定期的訪問歯科医の指導による歯磨き、うがい入れ歯の消毒、出血、炎症のチェックそれぞれの残存機能を引き出しながら日常の口腔ケアの支援を行っています。		
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。	おむつを使わないように済むように利用者の排泄パターンを把握し個別の24時間体制の排泄記録を作成しています。	日中はトイレで排泄できるよう一人ひとりの時間や仕草から声掛けをしています。排泄時に介助が必要な場合も関わり過ぎず自立支援に向けた見守りを重視しています。夜は転倒の危険防止のため、ポータブルトイレの使用など本人の状況に対応した支援をしています。	
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。	自然排便を促すための水分補給、繊維食品及び体操などを行っています。個別の排泄状況を把握して対応しています。		
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。	基本的には曜日（週3回）は決まっていますが、個人の生活の生活習慣やその日の状態や気持ちを重視して柔軟に対応しています。	基本的には週3回ですが一人ひとりの生活習慣に合わせて支援しています。安全に入浴するため2名介助体制とし、歩行が困難な利用者も椅子に座って三方からのシャワー浴により安心して入浴しています。入浴時には皮膚など身体の状態も確認しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	個人の睡眠パターンを把握しその人に応じた生活パターンに対応しています。眠剤をやめ、自然に眠気が来るように誘導しています。		
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。	医師、薬剤師、のアドバイス指導のもと、職員も薬の服薬に理解を深めることに努めています。		
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。	本人に生活歴や家族からの情報をアセスメントし、生き生きできる場面を作り、花火大会、クリスマス会では家族、町内の方々を招いて発表しています。		
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。	それぞれの身体状況に応じて日帰り旅行など高齢者にも負担がなく、家族も参加しやすいよう企画実施しています。	気候や体調に配慮しながら利用者の希望に合わせて近隣の公園への散歩や買い物に出掛けています。外出行事は法人合同で、バスの東京イルミネーションツアー日帰り旅行や個別支援による墓参りなどを行っています。出先で自分でお金を使う楽しみも体験しています。	
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。	外出、旅行の際は職員が見守りの中お土産やほしいものを買う喜びを体験でき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
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。	電話は利用者の希望で自由に使えるよう支援しています。（個人の機能に応じた対応を心がけています）手紙について個々にやり取りしています。玄関ホールに特設ポストを設置しています。		
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。	リビング、居室、すべて床暖房で1日陽が当たるリビングで過ごされる方が多く、三階のフリースペースが目の前が海で家族の方々との交流の場としても利用していただいています。	建物内はすべて床暖房で、1階・2階のホールには利用者の作品や季節の花が年間を通して飾られています。3階の広いフリースペースは目の前の海を通して房総半島が臨め家族との交流の場であり、利用者のリハビリ体操やレクリエーション、地域の一時避難場所にもなっています。	
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。	個人の体力、習慣に対応して食後自室に入られたり、グループでおしゃべりをしたりレクリエーションの時間とは違ったそれぞれの時間を過ごせるように工夫しています。		
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。	居室には本人の愛用の家具、仏壇、手作り作品、思い出の空間づくりをたのしまれています。	快適な床暖房の居室には使い慣れた机や冷蔵庫、仏壇など落ち着いた形に置かれています。家族の写真や趣味の道具など飾り自宅にいるように居心地の良さを大切にしています。居室担当者が利用者と一緒に衣類の整理や洗濯物の入れ替え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。	施設内はそれぞれの身体機能を生かすことができるように安全で自立して生活できるよう細部にわたり配慮しています。		

事業所名	ローズホーム
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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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っなげている。	美味しい食事と楽しい一日を過ごそうというシンプルな理念です。毎日のいろいろなレクリエーションで体や頭を動かすもとなる食事を重視し地域の食材調達などに努めています		
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。	どんどん焼き、盆踊り、夏祭り、町内運動会、餅つき大会や防災訓練などに利用者と職員が参加し地域の一員として活動しています		
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。	地元学生の福祉体験など積極的に受け入れその中で認知症の方と接することで理解を深める広げています		
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。	運営推進会議には町内会長、民生委委員に参加いただき利用者の家族にも多数まじえ、地域情報、家族からの要望などを聞き、話し合い更なる支援工場にいかしています		
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に取り組んでいる。	保険者である横須賀市の介護保険課ご密に連絡を取り密に連絡をと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「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。	定期ミーティングで拘束しない介護について話し合い、スキルアップの研修にも積極的に参加しています		
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。	定期ミーティングで高齢者虐待防止について研修し職員も理解を深めています		
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。	定期ミーティングで研修し理解を深めています		
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。	契約の際には家族、本人と十分に話し合いを行い、お互い信頼関係を築きあげたうえで契約をおこなうよう実践しています。		
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。	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何でも言える雰囲気づくりに努め要望があった場合申し送りノートにて共有しより良い支援につとめています。		

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
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。	事業の運営、活性化のために毎月ミーティングの時に職員からの意見を言いやすい状況をつくり管理者は現場の声を大切に耳を傾け、全体のチームワーク作りに反映させてます		
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。	職員の家族状況に合わせた勤務体制を作るよう努力し職員が仕事に対する向上心、満足感、充実感を維持できるように努力しています		
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。	職員全体が研修を受けやすいように講師を招いて講習を催したり、外部の研修にも参加につとめています		
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。	必要に応じて同業他社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。	入所や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に沿いながらホームに安心して入所していただ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ことを一つ一つ聞き、不安なこと、わからないことはいつでも聞ける連絡先を知らせ、不安が解消するようにつとめています。		
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。	現状では空室はないため他のサービスを含めた対応について相談を受ける場合が多くなっていくにあくまでも、本人と家族の方々にとってよりよい介護支援ができるよう支援し対応しています		
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。	本人のちいさなつぶやきに常に耳を傾け職員同士情報を共有し本人も気持ちに沿うよう支援しています		
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。	家族でなければできないこと、介護職員だからできることを日ごろから家族と話しあいお互いの関係を認め協力できる体制づくりにつとめています		
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。	入所前からの活動を継続でき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
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。	利用者同士お互いを認めあえるよう職員が情報共有し連絡連携し本人が孤立しないよう職員が介入し、支えあえ、認め合える関係づくりに努めています。		
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。	ほかのサービスに移られる時には生活状態の詳しい情報を提供し、その後も訪問し、その後のかかわりも大切にしています		
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	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。	薬に頼らない介護、本人のペースに合わせた生活ができるよう支援しています		
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。	家族との会話の中で一人ひとりの生活歴の把握に努め普段の生活の中で本人が安心して暮らせ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。	毎月のミーティングで利用者の現状について問題点など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	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。	日々に生活のなかでの本人の変化について職員同士情報共有連絡しケアについて話し合い、ケアプランに取り入れています。		
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。	日々の記録の中で気付いたことなど申し送りノートで情報伝達し、ミーティングで話あい、よりよい介護が実践できるよう努めています。		
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。	医療連携体制により医師、看護師との24時間連絡で安心した支援をおこない、ターミナルケアについて本人、家族の要望に対応、専門家による体操などの機能訓練を取り体力維持に努めています		
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。	近所に住んでいる職員が多いので地域との連携や情報伝達などがスムーズに行われています。		
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。	かかりつけ医との連携を常にとり、体調の変化など密に連絡しています。月2回の往診以外の受診希望時にはホームの職員付き添いで送迎する場合があります		

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
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。	職員からホーム看護師へ体調の変化や日々の生活の相談などし必要があればかかりつけ医に連絡するなど看護が受けられるよう支援しています。		
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。	入院者が発生した場合、家族、病院、と協議、連携していきます。職員が定期的に病院に行き、本人の不安を軽くし短期的に入院目的が達成するように病院と家族と話し合っています		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に過去数名の看取りを行っていることを説明し、家族と終末ケアについて希望を聞き、必要に応じて日常ケース記録とともに本人家族、かかりつけ医と方針を確認しターミナルケアプランを作成しています		
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作成、職員に指導し定期的に訓練を実施しています。		
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、地域との協働体制を築いている。	防災計画に沿って定期的に訓練を実施。消防署に報告済です。町内会長、班長さんの支援も常時承諾をいただき災害時の常備食、水分の補給を定期的に入れ替え準備しています。		

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	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。	職員は利用者一人一人の個性に合わせて誇りや尊厳を損ねることのないように言葉かけ言葉遣いを心がけています。		
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。	自立支援を図るため利用者の状況を把握し極力見守りを重視しています。利用者の自己決定に基づく介護ができるように心がけています。		
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。	一日の決めたスケジュールでなく一人ひとりのペースを大事にしています。自己決定できる方には希望に沿うよ支援を行い利用者の意向、希望を重視してその都度実施しています		
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。	家族に現在の身体の状態を伝えて必要な着衣を提案し、好みや身体状況に応じたおしゃれなどを支援しています。また、家族会の時は希望により化粧などもします。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	おいしいものを楽しく食べる努力を行い新潟から取り寄せた玄米を自家精米しています。利用者の好みに合わせて対応し、利用者の意見を取り入れた食事を提供しています。		

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。	利用者個人の体調に合わせて栄養バランスの食事量になっています。食事量、水分摂取量は毎日記録し最後まで自力摂取を目標とし、食事形状などもそれぞれに合わせた形にしています。		
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。	定期的訪問歯科医の指導による歯磨き、うがい入れ歯の消毒、出血、炎症のチェックそれぞれの残存機能を引き出しながら日常の口腔ケアの支援を行っています。		
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。	おむつを使わないようで済むように利用者の排泄パターンを把握し個別の24時間体制の排泄記録を作成しています。		
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。	自然排便を促すための水分補給、繊維食品及び体操などを行っています。個別の排泄状況を把握して対応しています。		
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。	基本的には曜日（週3回）は決まっていますが、個人の生活の生活習慣やその日の状態や気持ちを重視し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。	個人の睡眠パターンを把握しその人に応じた生活パターンに対応しています。眠剤をやめ、自然に眠気が来るように誘導しています。		
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。	医師、薬剤師、のアドバイス指導のもと、職員も薬の服薬に理解を深めることに努めています。		
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。	本人に生活歴や家族からの情報をアセスメントし、生き活きできる場面を作り、花火大会、クリスマス会では家族、町内の方々を招いて発表しています。		
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。	それぞれの身体状況に応じて日帰り旅行など高齢者にも負担がなく、家族も参加しやすいよう企画実施しています。		
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。	外出、旅行の際は職員が見守りの中お土産やほしいものを買う喜びを体験でき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
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。	電話は利用者の希望で自由に使えるよう支援しています。（個人の機能に応じた対応を心がけています）手紙について個々にやり取りしています。玄関ホールに特設ポストを設置しています。		
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。	リビング、居室、すべて床暖房で1日陽が当たるリビングで過ごされる方が多く、三階のフリースペースが目の前が海で家族の方々との交流の場としても利用していただいています。		
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。	個人の体力、習慣に対応して食後自室に入られたり、グループでおしゃべりをしたりレクリエーションの時間とは違ったそれぞれの時間を過ごせるように工夫しています。		
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。	居室には本人の愛用の家具、仏壇、手作り作品、思い出の空間づくりをたのしまれています。		
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。	施設内はそれぞれの身体機能を生かすことができるように安全で自立して生活できるよう細部にわたり配慮しています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 ローズホーム

作成日： 平成28年3月4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	1	入居者の高齢化に伴い、それぞれ介護度が高くなりつつあり、身体の高齢維持が大変重要性を増している。	長寿であっても病気がちであれば、充実した生活が望めないため、できるだけ身体的健康保持に努めていくものとする。	・食について、より力点を強めていく。 (1)食後の口腔衛生を、更に徹底していく。 (2)食事の栄養保持に、一層配慮する。	6ヶ月
2	2	認知症介護においては、スタッフと入居者とのより良いコミュニケーションは、介護の基本である。介護に向けて、介護レベルの向上を目指して、更に取り組みを強めていく。	生活を楽しく過ごすためには、お互い同志の交流や会話が重要であるため、今後に向けてコミュニケーション力のレベルアップに取り組む。	(1)スタッフは認知症高齢者の立場を理解したコミュニケーションに努める。 (2)スタッフの基本は、相手方の立場に立って、傾聴が自覚できるようにする。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月