

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1492300080
法人名	社会福祉法人 小田原福社会
事業所名	潤生園 よりあいどころ田島
訪問調査日	平成28年10月31日
評価確定日	平成29年2月28日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 28 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	1492300080	事業の開始年月日	平成23年4月1日	
		指定年月日	平成23年4月1日	
法人名	社会福祉法人 小田原福祉会			
事業所名	潤生園 よりあいどころ田島			
所在地	( 256-0811 ) 神奈川県小田原市田島1205-1			
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28年9月17日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月28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	
----------	--

## 【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)】

①ご入居者が生活の流れに参加されご自分の居場所を広げられていかれるように力を入れています。短時間でも喜びや充実感、達成感のある活動となるよう、得意な家事、お好きな趣味、頼りにされて嬉しい活動等に寄り添って支援しています。②ご利用者をめぐり、温かく穏やかな人の輪が広がっていくように力を入れています。ご家族が気軽に訪れ、他の皆様ともおなじみになっていただけます。運営推進会議や夏祭りの手伝い、盆踊り、大正琴等にボランティアとして出かけてきて下さる地域の方々が、散歩や地域行事に行くとき温かな声を掛けて下さいます。ご入居者が心強いおなじみに囲まれています。③食事が十分に摂れなくなったり、だんだんベッドで過ごす時間が長くなれば、医療連携体制を活かし最後までご自分のペースで暮らし続けられるように力をいれています。④地域密着の事業所として、行事やお便りの回覧を通しての交流、定期的な認知症サポーター講座、防災上の連携を通して地域との具体的な連携を深めるよう図っています。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成28年10月31日	評価機関 評価決定日	平成29年2月28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)】

①この事業所は、社会福祉法人小田原福祉会の経営です。社会福祉法人小田原福祉会は、特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービス(含む小規模デイ)、訪問介護、訪問入浴、居宅介護支援、配食サービス、グループホーム、小規模多機能型居宅介護、小田原市の委託による地域包括支援センター等多岐にわたる福祉事業を展開し、歴史と実績もある小田原市の福祉を担う法人です。この事業所は、JR国府津駅からバスで10分程度乗車し「田島」停留所で下車して、県道から住宅地に入って1分の場所に「潤生園よりあいどころ田島」がデイサービスと同じ敷地内に隣接して建っています。  
②潤生園よりあいどころ田島では、法人が掲げている理念「人は人として存在するだけで尊い」を事業所の行動指針として「介護は人なり」「あなたが主役」を理念に掲げています。事業所内だけの生活ではなく、地域行事の参加や隣接しているデイサービスを利用している利用者とも交流しながら、利用者自身の活動・生活の場を広げていってもらうことで「喜び・充実感」を感じていただきながら暮らせる事業所を目指しています。昨年度から会議の中で理念を共有する時間を設け、法人の指針である「潤生園の原点」を再確認することで、理念に沿ったケアの実践に繋がっています。また、前管理者がケアマネージャーとして在籍しており、利用者、家族、職員からの信頼も厚く、事業所全体が1つの家庭のような和気あいあいとした雰囲気になっています。  
③地域との関係については、開設当初から自治会に加入し、グループホーム便りを回覧板に入れて廻してもらったり、年1回の総会、地域清掃、夏祭り、盆踊り、どんと焼き、蕎麦打ち教室、公民館で開催される文化祭に利用者の作品を展示していただくなど、様々な行事に参加し交流を深めています。また、「SOSこども110の家」に登録するなど、地域貢献活動も行っています。

## 【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	潤生園 よりあいどころ田島
ユニット名	1階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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
			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	人としての尊厳、個人の人格への敬愛を基本にするという法人の理念がスタッフ全員の実践に生きるよう、研修や会議等をとおして努めている。昨年度から月に一回の会議時において理念の共有を図る時間を設けている。また個人で月の目標を設定し理念に沿ったケアが提供出来るように取り組んでいる。法人が歩んできた「潤生園の原点」は実践に向かう際の指針となっている。	法人の理念「人としての尊厳、個人の人格への敬愛を基本にする」に沿ったケアを実践できるよう、研修や会議の中で「潤生園の原点」を通して理念の共有を図っています。また、月毎に理念に沿った個人目標を立てることで、理念に沿ったケアの実践と共に目標達成に向けたケアが出来るように取り組んでいます。	今後の継続
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	当初から自治会に所属し、ゴミの分別収集、一斉、地域清掃、夏祭り、盆踊り、防災訓練、文化祭、作品展、どんど焼き、蕎麦打ち教室等に参加させていただいている。徐々に顔の見える関係となってきており、散歩の折には庭を見せていただいたり挨拶をかわすなどお付き合いをさせていただいている。また地域の小学校にお願いし、「SOSこども110かけこみ所」の登録もした。	開設当初から自治会に加入し、年1回の総会、地域清掃、夏祭り、盆踊り、どんど焼き、蕎麦打ち教室、公民館で開催される文化祭に利用者の作品を展示していただくなど、様々な行事に参加し交流を深めています。同敷地内にデイサービスもあり、数多くのボランティアの方の来所があるので、数名の利用者もデイサービスに行き一緒に楽しんでいます。また、「SOSこども110の家」に登録するなど、地域貢献活動も行っています。	今後の継続
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	開設当初から年に2回の「認知症サポーター講習」を実施している。その際には自治会の協力をいただき回覧板で参加者を募っている。民生委員さんには認知症介護で困っている方がいらっしゃれば参加をお誘いしてほしい旨お願いしている。防災の協定を締結し、地域の方を援助していく仕組みも出来つつある。8月下旬の台風時には市から避難準備情報が発令された際は、自治会長に連絡し連携を図れるように努めた。	/	/
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	2か月に1回開催している。空室がある時には、居室の一つで開催し普段の様子がわかる工夫をしている。内容は2か月間の動きと、防災、介護事故、勤務体制、外部評価、医療との連携等テーマを設けて報告し活発に意見をいただき理解して頂くと同時に改善に活かしている。	2ヶ月に1回、地域包括センター職員、自治会副会長、民生員、家族代表、利用者の参加で開催しています。居室に空きがある時は居室で開催することで、生活の様子がわかるように工夫しています。事業所の状況や活動報告、医療機関との連携体制や防災についての話など、様々なことをテーマにして話し合いを行っています。	今後の継続
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	事故報告、感染症の報告など、できるだけ出かけていき、話をするようにしている。運営上よくわからないことは直接出向いたり電話等で質問し助言をいただくようにしている。	市の担当者とは必要書類の提出や他職種研修会に参加した際に、情報交換や相談にのっていただくこともあります。市主催の研修会への参加、地域包括主催の国府津サロン(認知症予防講習会)にも参加して協力関係を構築しています。小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会の「RUN伴」に毎年参加し、他事業所とも交流を深めています。	今後の継続

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	職場内研修を通して禁止となる具体的な行為とその弊害について全職員が理解して気を付けている。ホールから出て行こうとされたり、他居室に入ろうとされたりする方に対しては、同行させて頂いたり、声を掛けたり、見届ける等理由を探り受容するケアを行っている。玄関は夜間のみ施錠している。ホールから玄関に通じるドアはドアチャイムやセンサーで危険を防いでいるが夜間帯は安全確保のために必要な時間に限り施錠することがある。	事業所内研修を通して身体拘束に該当する行為や拘束によって起こりえる弊害について理解を深め、拘束を行わないケアに努めています。ユニット間の出入り口は自由に出入りが出来るように開放していますが、安全確保の為にドアチャイムで対応しています。利用者の行動を制限せずに見守りと場面に応じて声かけを行うことで、理由を探り受容するケアを心がけています。	今後の継続
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	2ヶ月に1回の家族面談や面会時、また電話等の機会を通じて、要望や意見、疑問等を具体的に聞き取らせていただくようにしている。また家族会では家族のみで話し合える時間をとり、職員同席では出しにくい意見も出せるよう図っている。家族会で要望されたことの実現については次回報告している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	利用者に成年後見制度を利用されている方がいらっしゃり、学びつつ協力させて頂いている。利用者で利用が必要と思われる介護者にはお話をし、利用にむけて手続きを始められた例がある。		
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	契約にあたっては重要事項と契約書の項目を一つずつ説明しながら疑問や不安がないか確認し、理解して頂いて契約を行っている。また解約の際も、今後の見通しへの不安の解消を図っている。		
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	2ヶ月に1回の家族面談や面会時、また電話等の機会を通じて、要望や意見、疑問等を具体的に聞き取らせていただくようにしている。また家族会では家族のみで話し合える時間をとり、職員同席では出しにくい意見も出せるよう図っている。家族会で要望されたことの実現については次回報告している。	家族からの意見は面会時や電話で近況報告と併せて意見や要望を伺っています。また、2ヶ月毎に開催している家族会では多くの家族の参加も得られており、家族同士の情報交換や事業所に対する貴重な意見を言ういただける場として活用しています。事業所の行事の1つでもある「さつき祭り」では家族会主催で行われているなど、家族と事業所は良好な関係が構築されています。	今後の継続

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	月1回のリーダー会議、ユニットごとのスタッフ会議ではまとまった時間をとり意見や提案を聞く機会を設けて運営に反映させ、業務改善につなげている。また毎日の朝礼やミーティングでも決定できることは行い、迅速な改善を図っている。委員会を設け、より具体的に運営に参加できるようにしている。	月1回のユニット会議でユニット職員の意見をまとめ、リーダー会議で全体の意見として提案などを聞き業務改善に繋げています。毎日の朝礼やミーティングの中でも決定出来る事は業務に反映させ、迅速な業務改善を図っています。4つの委員会(防災、研修、衛生、環境)を作成し、各ユニットからメンバーを選出して、委員会に入っている職員を主体にやってもらうことで、運営に関われる様に工夫しています。	今後の継続
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	個々の意見や身体面、精神面を考慮して勤務を調整している。どんな力を身につけていけば給与水準が上がるのかわかりやすいよう、職能用件書で各自の到達状況を確認することを積み上げていく仕組みを取り入れた。		
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	法人内や市内のGH・小規模多機能連絡会で、自主的な研修の場が数多く設けられているので、周知し参加を図っている。また法人では年間計画をもとに個人の必修の研修も設けており、必ず参加できるようにしている。外部研修も個人の状況にあったものに参加できるようにしている。学んだことを事業所に持ち帰り他の職員に伝え共有に努めている。		
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	市内のGH・小規模多機能連絡会を通じ交流する機会を得られており、協力してGHならではの情報の交流や研修を行えている。同連絡会のカフェ活動の運営に各GHからスタッフ代表が参加し交流の場を作っている。今年度もGH連絡会主催の「RUN伴」という取り組みがあり全事業所をたすきでつなぎ交流が深まった。運営の改善やサービスの質の向上のためにも今後も連携を強めていきたい。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	判定前の面接、入居決定後の面接において本人の思いや訴えを汲み取れるよう、ていねいな聞き取りに努めている。本人の意向をその後の生活に反映しやすいように、入居決定後の面接は入居後のケース担当が同席して行い、本人の安心とスムーズな利用の開始につながるようになっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前のご自宅でのアセスメントの際、本人とは別室または別の機会を設けてご意向や不安等を伺っている。また入居後の生活に対する要望、今後もご家族が関わりたいと思っていることを前もって具体的に伺い実現を図っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	グループホームの利用が最も適切であるかの判断を慎重に行うために、本人とご家族の実情を居宅のケアマネジャーやサービス事業所からも聞き取ったうえで見極めている。また今グループホームに入居が必要としても今後在宅に戻れる方向もあきらめないでやってみようという合意に至ることもある。		
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	入居者の行える事を見極め、できないことに対し援助し、できることについては本人の力を発揮できるように見守り支えるように配慮している。洗濯、掃除、調理、買い物、納品、園芸等につわる家事を、それぞれの方のお気持ちにそって、自分の役割として、またお誘いやお願いをしたりしていっしょにやっている。		
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	本人に対しご家族がしてやりたいと思われることを面談や面会等を通じて理解し、その実現を支援している。体調の悪いとき、怪我をした等の時は軽くても極力連絡をとり一緒に支えて頂いている。不調の際の受診も可能な限りご家族にお願いしている。体調以外にも日ごろの様子を極力お伝えし常に本人の生活の全体像を把握して頂けるよう図っている。		
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	アセスメントや昔の写真、お話から知り得た情報をもとに何回も思い出して話して頂くよう努めている。地元の盆踊りや祭りに付き添って参加したり、ご家族の法要への送りや介護食の手配等、馴染みだった方々やご家族との出会い、別れが気持ちのいいものとなるよう様々な配慮をしている。	入居時のアセスメントで得られた、これまで大切にしてきた人との関わりや場所等の情報を基に、日々の関わりの中でも思い出していただけるように会話に繋げています。利用者にとって家族が一番のなじみでもあるので、日頃の面会だけでなく2ヶ月毎に家族会を開催することで家族の来訪を促しています。	今後の継続

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	入居者同士が支えあったり、時にはぶつかることもあるが、その経緯や対応を常に全職員が共有しているように努めている。スタッフ会議やミーティングで方針を共有しながら、利用者同士の橋渡しや傾聴、見守り、座席の配慮など工夫しながら支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	法人内の特養入所に際し、GHとしてもサマリーその他の文書や直接口頭でもお伝えし、入所後も訪問させて頂いている。長期入院による退所の方に対してサマリーの提出だけでなく、退所後も連絡を取り合い退院後の相談にのるなどを行った。		
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。	事前にアセスメントを行い、本人の過ごしやすい環境となるよう工夫している。入居後は本人の言動に留意し一番良い方法を考えるとともにその都度本人の意向を確認して取り入れている。本人の意向がはっきりしない場合は職員間で話し合っって統一したり、ご家族の意見をお聞きするなどして検討している。	事前のアセスメントで本人や家族からも意向を確認し、意向に沿った生活が送れるように支援しています。入居後は日々の生活の中で、本人の言葉や表情から意向を汲み取るように努め、ケース会議の中やミーティングで話し合い検討しています。	今後の継続
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	ご家族、入居者から事前にアセスメントした情報や他の事業所での様子、在宅時のケアマネージャーからの情報等から本人の生活暦を記入した用紙(センター方式)を作成し、共有に努めている。入所後家族面談や面会から得られた情報も蓄積するよう努めている。		
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	ご入居者の担当職員と計画作成担当者により、定期的または状態の変化が見られた際にアセスメントを行い、個々の入居者のできること、できないことを見極め援助がどのくらい必要なか職員間で共有している。一日の生活リズムを把握することで、小さい変化も見逃さないように情報の共有をしている。		

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
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	ケース会議前までに入居者担当職員と計画作成担当者が介護日誌等を活用し一緒に話し合いながら作成している。個々の目標等を印刷してある介護記録用紙等を使って、その日取り組めたかどうか、具体的にどんな様子だったかを日々記録しつつ取り組んでいる。家族面談時モニタリングの報告をしている。	ケース会議前までに入居者担当職員と計画作成担当者が介護日誌等を活用し一緒に話し合いながら作成しています。入居者担当職員が主となり本人からニーズや希望を聞き出しながら、家族とも面談しながら原案を作成・提出し、カンファレンスで介護計画を作成しています。	今後の継続
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	介護日誌、目標介護日誌、介護記録システムを活用したり、朝礼、申し送り、ミーティングを行い、情報の共有をしている。その上に立って月1回のケース会議でケアの改善や介護計画の見直し・作成を行い、それをもとに実践を行うようにしている。		
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	その方の持っている力を最大限引き出せるように努めている。隣接する、デイサービスで書道教室で書道を教える場を作ってもらい、感謝しあう関係になっている。骨折によりギプスの治療を受けたご入居者が気になってギプスをつけていられない為に医療機関と相談をしつつ、取れても穏やかにやり直せるテーピングでの治療で支援した。		
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	スタッフといっしょにスーパーやコンビニの利用、ポストへの投函、駅やバス停への見送り等を行っている。散歩、花見、お祭り、盆踊りなど地域資源と関わることは利用者の深い喜びとなっている。住所を移されているご入居者に関しては自治会や公民館でのイベントに参加している。		
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	当初それまでのかかりつけ医の継続を支援していたが、通院の困難、定期受診以外の不調の受診や療養時の医療機関との連携の難しさから、徐々に往診への切り替えが増えていっている。往診への同席やGHを仲立ちとした連携から症状が軽いうちに対処ができ、根治するのが難しい病気等について、また看取りまで見通して生活の質を重視した治療と生活について納得のいく方針を共有していけることで喜ばれている。病状が悪化した際は、連携の訪問看護事業所から医師の特別指示書に基づく日頃の様子をよく知る訪問看護師の派遣を受けることが出来る。	入居時に従来からのかかりつけ医、事業所の協力医療機関での受診にするかを決めていただいています。通院が困難になってきたり、定期受診以外の受診や連携の難しさから、協力医療機関で受診を受けている方が増えて来ています。精神科は月1回ですが、往診医が経過観察を必要と判断した方に限っては月2回、内科医の往診が月に2回、訪問歯科は毎週の往診があります。医療関係申し送り表に利用者の様子を書いて事前にFAXを送ることで、往診に来ていただいた際に適確な処置がしていただけるように支援しています。	今後の継続

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	5月より医療連携加算をとり週一回訪問看護師が来所している。事前に全員に対し個別に状態や変化をFAXで報告して、その後の変化は口頭で行っている。定期訪問以外にも、心配な症状やケガ等に対し、アドバイスや指示を受け適切に医療につなげるよう図っている。また生活の中で健康面において気になることがあった時なども適切な指示を得ている。		
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。	入院時には病院のソーシャルワーカーへ在宅サマリーを送り日常生活の状況を伝えている。また面会で、情報を得たりどのような回復程度なら戻れるか等を具体的に医師やソーシャルワーカーと相談している。退院時にはカンファレンスを行い退院後の生活の注意点などを教えて頂いている。往診医には途中経過をお伝えし退院後のスムーズな連携に努めている。		
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、事業所です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	契約時に重度化と終末期に対する対応については説明し理解は頂いている。実際に直面した場合には家族と医療関係者とカンファレンスを持ち支援の方向を具体的に検討していく。状態が大きく変化する時点では、医師とご家族が直接話せる機会を設け、方針が共有できるよう努めている。	契約時に重度化及び終末期における指針について説明し同意をいただいています。訪問医より時期が近いと診断された段階で家族に連絡を取り、往診医、訪問看護師、家族、職員で話し合いの場を設け支援の方向を決めています。過去に看取りを行った実績もあり、看取り後は看取りカンファを開催して、家族の言葉を伝えると共に職員のケアも行っています	
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	急変時と事故の際のマニュアルを持っている。普通救命講習は個々に受けているが、今後全員が受けるようにしていく。急変時と事故発生時に、適切に医療関係者や救急と連携がとれるよう指導している。		
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回以上の避難訓練を実施し、昼夜両方の基本的な動き方は理解している。訓練では避難にかかる時間の短縮と外での炊き出しを実施。水害時の対応等も取り組んでいくように努めている。	年2回以上の避難訓練では昼夜を想定して実施しています。消防署から水消火器を借りてきての消火訓練や炊き出し、避難までに要する時間を図りながら時間短縮を心がけた実践さながらの訓練を行っています。また、市の防災訓練にも参加し、地域とも防災協定を結んでいます。備蓄は30キロ分のお米、水、食料の他、衛生品やランタン、ガスボンベ等の資機材も準備しています。	今後の継続

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	親しい中にも、目上の方のケアをしていると認識し、言葉遣いや態度には注意している。馴れ合いにならないで、個人の人格を尊重していけるようこころがけている。プライバシーを尊重し、スタッフ間の申し送りもご入居者に聞こえないように配慮している。またご入居者に声を掛ける時は、近くまで行き声を掛けるようにしている。	入職時に配られる「潤生園の原点」を基に年1回は法令遵守からコンプライアンスについて学び、親しさの中にも目上の人であることを認識しながら、言葉遣いや態度に注意しながら接しています。プライバシーに関わることは、他の利用者には聞こえないように小声で話す等の配慮をしながら申し送りを行っています。また、利用者と話すときは、傍に行って目と目を合わせて話すようにしています。	今後の継続
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	密にコミュニケーションをとり、外出の希望やレクリエーションの希望、衣類の調節、水分の摂取など自己決定していただく場面を増やすよう努めている。困った様子や何か言いたそうな時にはその時間を取り取るように努めている。また表情やしぐさから読み取って対応するように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	朝食のタイミング、就寝のタイミング、部屋で過ごすかホールで過ごすか、レクに参加するか、外出するか等、希望にそって支援するようにしている。ある程度の枠は決めているが業務優先ではない職場風土をつくらうと努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	更衣の際、選択肢をもうけ何を着たいか選んで頂くようにしている。毎朝の整髪、洗面の際、鏡を見ながら行えるよう支援している。普段あまり着用していない衣類の時は気付いて声を掛けている。衣類が汚れた際はすぐに更衣するようにしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理に取り掛かるのが見えたり、時に手伝いや味見をして頂きながら楽しみなムードをつくるようにしている。献立を決定したり、食材の注文をする時にはご入居者の中でするようにしている。テーブル拭きや食器拭き等はその人の力を活かしながら一緒に取り組んでいる。	食材はレシピ付きで業者に委託し、利用者にご飯をといでもらったり、みそ汁の具材を切ってもらうなど、利用者にも手伝ってもらいながら調理しています。週1回は、手作りの日と決めており、利用者と一緒に食材を選んだり、希望を聞きながら楽しめる雰囲気作りを心がけています。食器拭きやテーブルを拭き、下膳等は利用者の方に手伝ってもらっています。旬の食材を取り入れたり、庭で収穫した野菜を食卓に並べたりして、食でも季節感を感じてもらえるように工夫しています。	今後の継続

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	栄養バランスを考え献立を決めている。量は介護日誌や介護記録システムに記録しながら、全体量を把握しながらおすすめている。食事時間に十分な量を摂れなかった場合に間食を摂って頂いたり、また運動量に応じて水分や食事の量を加減したり、歯の状態に合わせて食事形態を変更するなどの支援をしている。		
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	食事前に口腔体操を取り入れている。毎食後、口腔ケアを実施している。希望者には訪問歯科での口腔ケアを行っている。		
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	声だけの排泄の訴えだけでなく、小さい動きも見逃さずキャッチしトイレ誘導を行う。定時誘導している方へは排泄パターンを把握しトイレでの自然排尿を促している。夜間の不必要なマット交換は回数を減らし、睡眠を確保している。その方に合った適切な尿とりパッドを使用している。	声だけの訴えだけでなく、仕草や動きで訴える方もいるので小さい動きも見逃さずトイレ誘導を行っています。定時誘導の方は排泄パターンを把握しトイレ誘導することでトイレでの排泄に繋げています。極力オムツ等の使用は控え、便座に座っていただくことで、自立排泄に向けた支援を心がけています。	今後の継続
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	便秘がちの方には乳製品やバナナ等を召し上がって頂くなど排便を促している。日中の活動量を増やしたり、腹圧を掛けたり、腹部のマッサージ、肛門の刺激等取り組んでいる。		
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	その日の入浴者を割り振ってはいるが、その日の体調や気分、日や時間を随時入れ替えて対応している。また夜間入浴の希望があったり、汚れの顕著なときは入浴を行っている。同性介助の希望があれば対応している。また必要に応じて二人介助を取り入れ、安心して入浴が楽しめるように支援している。	その日の入浴者の割り振りや入浴の時間を決めてはいますが、体調や気分によっては入浴日を変えたり、希望に応じて夜間帯の入浴等臨機応変に対応しています。同性介助や必要に応じて職員の対応人数を増やすことで、安心して入浴してもらえるように支援しています。季節の湯や時には音楽をかけながら楽しめるように工夫しています。	今後の継続

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	大まかな就寝時間はあるが、自室で自分のタイミングで休まれる時間を決めて休まれる方もいる。ソファで過ごすうちに眠気が見られた方に声を掛け就寝介助を行う時もある。就寝されたが眠れずに起きて来られリビングで過ごす方もいらっしゃる。個々の睡眠リズムに合わせて就寝して頂いている。夜間は定期巡回を行い安眠できるように支援している。		
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	服薬表、服薬効能表を作成している。薬の変更があった際はその後の様子の変化を記録している。誤薬がないように呼名確認、いつ服用する薬なのかを声に出している。飲み込んだかも確認している。必要な方には医師に連絡を取り粉砕して服用している。		
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	食事作りや、ボランティアさんのレク等に参加している。洗濯物干しやたむこと、新聞を取りに行ったり読みにったりしている。また食器洗い、拭き等の役割をハリをもって果たして下さっている利用者もいられる。書道を活かした交流や手芸教室、図書館に本を借りに行くなどの支援を行っている。		
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	週に1回以上は散歩されたり、地域の行事に参加、買い物、ドライブ、近所の公園等に外出支援を行っている。散歩に地域住民の方にご挨拶したり馴染みの関係も築けている	週1回以上は散歩に出かけることを心がけ、地域行事に参加したり、ドライブ、近所の公園等に行っています。また、同じ敷地内にデイサービスが隣接しているという利点を生かして、合同でレクを楽しんだりしている方もいます。玄関横のスペースに様々な花が植えられ、ベンチも置かれており、お茶を飲みながらの外気浴など、その方に合った外出支援を行っています	今後の継続
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	実際にお金を使う場面はほとんどないが、必要になった時のために財布を所持してられる方もいる。お金を所持していないことで不安を訴えられる方について、一律に所持していただくというのではなく、ご家族と検討し、所持している事での混乱も考え合わせて対応している。		

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
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	ご家族への電話の希望があれば、通常の時間帯であれば対応している。携帯電話を持参されている方もいらっしゃるので通話中はプライバシーに配慮し、和室で座ってかけていただいている。葉書を出したいと希望される場合は、住所等の記入、ポストまでの同行を行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	玄関には常に季節の花を活けており共用のホールと和室にソファや加湿器、空気清浄機等を設置している。また日付が分かるように大きいカレンダーを設置したり、環境整備をしている。季節の鉢植えを置いたり、生花を置いたりしている。またミニ黒板を設置し本日の予定が分かるようにしている。	室内は木目調を基調とした和風の造りになっており、照明暖かみのある電球色を採用するなど、昔ながらの懐かしい雰囲気を大切に室内にしています。食事スペースと寛ぐスペースを分けることで、生活のメリハリをつけ、同じ場所に長時間いることの無いように工夫したり、テレビの横にミニ黒板を設置してその日の行事がわかるようにしています。加湿器や空気清浄機、観葉植物なども配置して環境に配慮しています。	今後の継続
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	のびのびと声を出して歌うことが好きな方とTVを集中してご覧になりたい方がそれぞれ楽しめるようなソファやテーブルの配置を工夫した。食事の音や声が入居者同士のストレスや興奮のきっかけになったりしやすいので、穏やかな雰囲気でも過ごせるように配慮をしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には洗面台、クローゼット、エアコンが設置され居室で過ごされる際には室温を快適に調整している。馴染みの衣類の入ったタンス、仏壇、ベッド、自分の椅子や自分の部屋の家具を使うことでホッと安心していただけるようである。	居室には洗面台、クローゼット、エアコンが設備され、居室は和室とクッション性の床タイプの2種類あります。入居時に使い慣れたなじみの家具を置き、家族写真なども飾られ、一人ひとりの個性ある生活空間が作られています。窓には障子も付いており、昔ながらの住み慣れた環境に近い雰囲気の中で安心して穏やかに過ごせるように工夫されています。	今後の継続
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	居室の扉がどれも同じで居室を間違えることもあり居室の扉に名前を書いた用紙を貼っている。トイレに手すりを増設し、便器のところまで伝い歩きが可能になり、安全性が増した。		

目 標 達 成 計 画

事業所

潤生園

よりあいどころ田島 1階

作成日

平成28年10月31日

〔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	15	重度化に伴い食事の個別化に対応しきれていない。	ご入居者の状態に応じた食事を提供することが出来る	ご入居者の食事のアセスメントを行い、必要に応じて食形態や召し上がるもの等を変更する。	1年
2	14	ご入居者の個別ケアの不足と偏り	自発的にご要望を訴えないまたは訴えられないご入居者のQOLの向上	ご入居者のアセスメントを随時行い、ニーズを汲み取る。汲み取ったニーズをケアプランに反映しその人らしい生活が送れるように支援する。	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	潤生園 よりあいどころ田島
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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
			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	人としての尊厳、個人の人格への敬愛を基本にするという法人の理念がスタッフ全員の実践に生きるよう、研修や会議等をおして努めている。昨年度から月に一回の会議時において理念の共有を図る時間を設けている。また個人で月の目標を設定し理念に沿ったケアが提供出来るように取り組んでいる。法人が歩んできた「潤生園の原点」は実践に向かう際の指針となっている。		
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	当初から自治会に所属し、ゴミの分別収集、一斉、地域清掃、夏祭り、盆踊り、防災訓練、文化祭、作品展、どんど焼き、蕎麦打ち教室等に参加させていただいている。徐々に顔の見える関係となっており、散歩の折には庭を見せていただいたり挨拶をかわすなどお付き合いをさせていただいている。また地域の小学校にお願いし、「SOSこども110かけこみ所」の登録もした。		
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	開設当初から年に2回の「認知症サポーター講習」を実施している。その際には自治会の協力をいただき回覧板で参加者を募っている。民生委員さんには認知症介護で困っている方がいらっしゃれば参加をお誘いしてほしい旨お願いしている。防災の協定を締結し、地域の方を援助していく仕組みも出来つつある。8月下旬の台風時には市から避難準備情報が発令された際は、自治会長に連絡し連携を図れるように努めた。		
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	2か月に1回開催している。空室がある時には、居室の一つで開催し普段の様子が見える工夫をしている。内容は2か月間の動きと、防災、介護事故、勤務体制、外部評価、医療との連携等テーマを設けて報告し活発に意見をいただき理解して頂くと同時に改善に活かしている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	事故報告、感染症の報告など、できるだけ出かけていき、話をするようにしている。運営上よくわからないでいることは直接出向いたり電話等で質問し助言をいただくようにしている。		

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
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	職場内研修を通して禁止となる具体的な行為とその弊害について全職員が理解して気を付けている。ホールから出て行こうとされたり、他居室に入ろうとされたりする方に対しては、同行させて頂いたり、声を掛けたり、見届ける等理由を探り受容するケアを行っている。玄関は夜間のみ施錠している。ホールから玄関に通じるドアはドアチャイムやセンサーで危険を防いでいるが夜間帯は安全確保のために必要な時間に限って施錠することがある。		
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	2ヶ月に1回の家族面談や面会時、また電話等の機会を通じて、要望や意見、疑問等を具体的に聞き取らせていただくようにしている。また家族会では家族のみで話し合える時間をとり、職員同席では出しにくい意見も出せるよう図っている。家族会で要望されたことの実現については次回報告している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	利用者に成年後見制度を利用されている方がいらっしゃる、学びつつ協力させて頂いている。利用者で利用が必要と思われる介護者にはお話をし、利用にむけて手続きを始められた例がある。		
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	契約にあたっては重要事項と契約書の項目を一つずつ説明しながら疑問や不安がないか確認し、理解して頂いて契約を行っている。また解約の際も、今後の見通しへの不安の解消を図っている。		
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	2ヶ月に1回の家族面談や面会時、また電話等の機会を通じて、要望や意見、疑問等を具体的に聞き取らせていただくようにしている。また家族会では家族のみで話し合える時間をとり、職員同席では出しにくい意見も出せるよう図っている。家族会で要望されたことの実現については次回報告している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回のリーダー会議、ユニットごとのスタッフ会議ではまとまった時間をとり意見や提案を聞く機会を設けて運営に反映させ、業務改善につなげている。また毎日の朝礼やミーティングでも決定できることは行い、迅速な改善を図っている。委員会を設け、より具体的に運営に参加できるよう図っている。		
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	個々の意見や身体面、精神面を考慮して勤務を調整している。どんな力を身につけていけば給与水準が上がるのかがわかりやすいよう、職能用件書で各自の到達状況を確認することを積み上げていく仕組みを取り入れた。		
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	法人内や市内のGH・小規模多機能連絡会で、自主的な研修の場が数多く設けられているので、周知し参加を図っている。また法人では年間計画をもとに個人の必修の研修も設けており、必ず参加できるようにしている。外部研修も個人の状況にあったものに参加できるように図っている。学んだことを事業所に持ち帰り他の職員に伝え共有に努めている。		
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	市内のGH・小規模多機能連絡会を通じ交流する機会を得られており、協力してGHならではの情報の交流や研修を行えている。同連絡会のカフェ活動の運営に各GHからスタッフ代表が参加し交流の場を作っている。今年度もGH連絡会主催の「RUN伴」という取り組みがあり全事業所をたすきでつなぎ交流が深まった。運営の改善やサービスの質の向上のためにも今後も連携を強めていきたい。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	判定前の面接、入居決定後の面接において本人の思いや訴えを汲み取れるよう、ていねいな聞き取りに努めている。本人の意向をその後の生活に反映しやすいうように、入居決定後の面接は入居後のケース担当が同席して行い、本人の安心とスムーズな利用の開始につながるよう図っている。		

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
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	入居前のご自宅でのアセスメントの際、本人とは別室または別の機会を設けてご意向や不安等を伺っている。また入居後の生活に対する要望、今後ご家族が関わりたいと思っていることを前もって具体的に伺い実現を図っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	グループホームの利用が最も適切であるかの判断を慎重に行うために、本人とご家族の実情を居宅のケアマネジャーやサービス事業所からも聞き取ったうえで見極めている。また今グループホームに入居が必要としても今後在宅に戻れる方向もあきらめないでやってみようという合意に至ることもある。		
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	入居者の行える事を見極め、できないことに対し援助し、できることについては本人の力を発揮できるように見守り支えるように配慮している。洗濯、掃除、調理、買い物、納品、園芸等まつわる家事を、それぞれの方のお気持ちにそって、自分の役割として、またお誘いやお願いをしたりしていっしょにやっている。		
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	本人に対しご家族がしてやりたいと思われることを面談や面会等を通じて理解し、その実現を支援している。体調の悪いとき、怪我をした等の時は軽くても極力連絡をとり一緒に支えて頂いている。不調の際の受診も可能な限りご家族にお願いしている。体調以外にも日ごろの様子を極力お伝えし常に本人の生活の全体像を把握して頂けるよう図っている。		
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	アセスメントや昔の写真、お話から知り得た情報をもとに何回も思い出して話して頂くよう努めている。地元の盆踊りや祭りに付き添って参加したり、ご家族の法要への送りや介護食の手配等、馴染みだった方々やご家族との出会い、別れが気持ちのいいものとなるよう様々な配慮をしている。		

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	入居者同士が支えあったり、時にはぶつかることもあるが、その経緯や対応を常に全職員が共有しているように努めている。スタッフ会議やミーティングで方針を共有しながら、利用者同士の橋渡しや傾聴、見守り、座席の配慮など工夫しながら支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	法人内の特養入所に際し、GHとしてもサマリーその他の文書や直接口頭でもお伝えし、入所後も訪問させて頂いている。長期入院による退所の方に対してもサマリーの提出だけでなく、退所後も連絡を取り合い退院後の相談にのるなどを行った。		
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。	事前にアセスメントを行い、本人の過ごしやすい環境となるよう工夫している。入居後は本人の言動に留意し一番良い方法を考えるとともにその都度本人の意向を確認して取り入れている。本人の意向がはっきりしない場合は職員間で話し合っって統一したり、ご家族の意見をお聞きするなどして検討している。		
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	ご家族、入居者から事前にアセスメントした情報や他の事業所での様子、在宅時のケアマネジャーからの情報等から本人の生活歴を記入した用紙(センター方式)を作成し、共有に努めている。入所後家族面談や面会から得られた情報も蓄積するよう努めている。		
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	ご入居者の担当職員と計画作成担当者により、定期的または状態の変化が見られた際にアセスメントを行い、個々の入居者のできること、できないことを見極め援助がどのくらい必要なのか職員間で共有している。一日の生活リズムを把握することで、小さい変化も見逃さないように情報の共有をしている。		

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
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	個々の入居者の担当職員と計画作成担当者が原案を作成し、ケース会議で話し合い、計画作成担当者が完成させる体制になっている。個々の目標等を印刷してある介護記録用紙等を使って、その日取り組めたかどうか、具体的にどんな様子だったかを日々記録しつつ取り組んでいる。家族面談時モニタリングの報告をしている。		
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	介護日誌、目標介護日誌、介護記録システムを活用したり、朝礼、申し送り、ミーティングを行い、情報の共有をしている。その上に立って月1回のケース会議でケアの改善や介護計画の見直し・作成を行い、それをもとに実践を行うようにしている。		
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	その方の持っている力を最大限引き出せるように努めている。隣接する、デイサービスで書道教室で書道を教える場を作ってもらい、感謝しあう関係になっている。骨折によりギプスの治療を受けたご入居者が気になってギプスをつけていられない為に医療機関と相談をしつつ、取れても穏やかにやり直せるテーピングでの治療で支援した。		
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	スタッフといっしょにスーパーやコンビニの利用、ポストへの投函、駅やバス停への見送り等を行っている。散歩、花見、お祭り、盆踊りなど地域資源と関わることは利用者の深い喜びとなっている。住所を移されているご入居者に関しては自治会や公民館でのイベントに参加している。		
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	当初それまでのかかりつけ医の継続を支援していたが、通院の困難、定期受診以外の不調の受診や療養時の医療機関との連携の難しさから、徐々に往診への切り替えが増えていっている。往診への同席やGHを仲立ちとした連携から症状が軽いうちに対処ができ、根治するのが難しい病気等について、また看取りまで見通して生活の質を重視した治療と生活について納得のいく方針を共有していけることで喜ばれている。病状が悪化した際は、連携の訪問看護事業所から医師の特別指示書に基づく日頃の様子をよく知る訪問看護師の派遣を受けることが出来る。		

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	5月より医療連携加算をとり週一回訪問看護師が来所している。事前に全員に対し個別に状態や変化をFAXで報告して、その後の変化は口頭で行っている。定期訪問以外にも、心配な症状やケガ等に対し、アドバイスや指示を受け適切に医療につなげるよう図っている。また生活の中で健康面において気になることがあった時なども適切な指示を得ている。		
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。	入院時には病院のソーシャルワーカーへ在宅サマリーを送り日常生活の状況を伝えている。また面会で、情報を得たりどのような回復程度なら戻れるか等を具体的に医師やソーシャルワーカーと相談している。退院時にはカンファレンスを行い退院後の生活の注意点などを教えて頂いている。往診医には途中経過をお伝えし退院後のスムーズな連携に努めている。		
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、事業所の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	契約時に重度化と終末期に対する対応については説明し理解は頂いている。実際に直面した場合には家族と医療関係者とカンファレンスを持ち支援の方向を具体的に検討していく。状態が大きく変化する時点では、医師とご家族が直接話せる機会を設け、方針が共有できるよう努めている。		
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	急変時と事故の際のマニュアルを持っている。普通救命講習は個々に受けているが、今後全員が受けるようにしていく。急変時と事故発生時に、適切に医療関係者や救急と連携がとれるよう指導している。		
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回以上の避難訓練を実施し、昼夜両方の基本的な動き方は理解している。訓練では避難にかかる時間の短縮と外での炊き出しを実施。水害時の対応等も取り組んでいくように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	親しい中にも、目上の方のケアをしていると認識し、言葉遣いや態度には注意している。馴れ合いにならないで、個人の人格を尊重していけるようこころがけている。プライバシーを尊重し、スタッフ間の申し送りもご入居者に聞こえないように配慮している。またご入居者に声を掛ける時は、近くまで行き声を掛けるようにしている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	密にコミュニケーションをとり、外出の希望やレクレーションの希望、衣類の調節、水分の摂取など自己決定していただく場面を増やすよう努めている。困った様子や何か言いたそうな時にはその時間き取るように努めている。また表情やしぐさから読み取って対応するように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	朝食のタイミング、就寝のタイミング、部屋で過ごすかホールで過ごすか、レクに参加するか、外出するか等、希望にそって支援するようにしている。ある程度の枠は決めているが業務優先ではない職場風土をつくろうと努めている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	更衣の際、選択肢をもうけ何を着たいか選んで頂くようにしている。毎朝の整髪、洗面の際、鏡を見ながら行えるよう支援している。普段あまり着用していない衣類の時は気付いて声を掛けている。衣類が汚れた際はすぐに更衣するようにしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理に取り掛かるのが見えたり、時に手伝いや味見をして頂きながら楽しみなムードをつくるようにしている。献立を決定したり、食材の注文をする時にはご入居者の中でするようにしている。テーブル拭きや食器拭き等はその人の力を活かしながら一緒に取り組んでいる。		

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	栄養バランスを考え献立を決めている。量は介護日誌や介護記録システムに記録しながら、全体量を把握しながらおすすめている。食事時間に十分な量を摂れなかった場合に間食を摂って頂いたり、また運動量に応じて水分や食事の量を加減したり、歯の状態に合わせて食事形態を変更するなどの支援をしている。		
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	食事前に口腔体操を取り入れている。毎食後、口腔ケアを実施している。希望者には訪問歯科での口腔ケアを行っている。		
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	声だけの排泄の訴えだけではなく、小さい動きも見逃さずキャッチしトイレ誘導を行う。定時誘導している方へは排泄パターンを把握しトイレでの自然排尿を促している。夜間の不必要なマット交換は回数を減らし、睡眠を確保している。その方に合った適切な尿とりパッドを使用している。		
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	便秘がちの方には乳製品やバナナ等を召し上がって頂くなど排便を促している。日中の活動量を増やしたり、腹圧を掛けたり、腹部のマッサージ、肛門の刺激等取り組んでいる。		
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	その日の入浴者を割り振ってはいるが、その日の体調や気分で、日や時間を随時入れ替えて対応している。また夜間入浴の希望があったり、汚れの顕著なときは入浴を行っている。同性介助の希望があれば対応している。また必要に応じて二人介助を取り入れ、安心して入浴が楽しめ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
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	大まかな就寝時間はあるが、自室で自分のタイミングで休まれる時間を決めて休まれる方もいる。ソファで過ごすうちに眠気が見られた方に声を掛け就寝介助を行う時もある。就寝されたが眠れずに起きて来られリビングで過ごす方もいらっしゃる。個々の睡眠リズムに合わせて就寝して頂いている。夜間は定期巡回を行い安眠できるように支援している。		
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	服薬表、服薬効能表を作成している。薬の変更があった際はその後の様子の変化を記録している。誤薬がないように呼名確認、いつ服用する薬なのかを声に出している。飲み込んだかも確認している。必要な方には医師に連絡をとり粉碎して服用している。		
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	食事作りや、ボランティアさんのレク等に参加している。洗濯物干しやたたむこと、新聞を取りに行ったり読みにいたりしている。また食器洗い、拭き等の役割をハリをもって果たして下さっている利用者もいられる。書道を活かした交流や手芸教室、図書館に本を借りに行くなどの支援を行っている。		
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	週に1回以上は散歩されたり、地域の行事に参加、買い物、ドライブ、近所の公園等に外出支援を行っている。散歩に地域住民の方にご挨拶したり馴染みの関係も築けている		
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	実際にお金を使う場面はほとんどないが、必要になった時のために財布を所持していただける方もいる。お金を所持していないことで不安を訴えられる方について、一律に所持していただくということではなく、ご家族と検討し、所持している事での混乱も考え合わせて対応している。		

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
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	ご家族への電話の希望があれば、通常の時間帯であれば対応している。携帯電話を持参されている方もいらっしゃるので通話中はプライバシーに配慮し、和室で座ってかけていただいている。葉書を出したいと希望される場合は、住所等の記入、ポストまでの同行を行っている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	玄関には常に季節の花を活けており共用のホールと和室にソファや加湿器、空気清浄機等を設置している。また日付が分かるように大きいカレンダーを設置したり、環境整備をしている。季節の鉢植えを置いたり、生花を置いたりしている。またミニ黒板を設置し本日の予定が分かるようにしている。		
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	のびのびと声を出して歌うことが好きな方とTVを集中してご覧になりたい方がそれぞれ楽しめるようなソファやテーブルの配置を工夫した。食事の音や声をご入居者同士のストレスや興奮のきっかけになったりしやすいので、穏やかな雰囲気でご過ごせるように配慮をしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室には洗面台、クローゼット、エアコンが設置され居室で過ごされる際には室温を快適に調整している。馴染みの衣類の入ったタンス、仏壇、ベッド、自分の椅子や自分の部屋の家具を使うことでホッと安心していただけるようである。		
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	居室の扉がどれも同じで居室を間違えることもあり居室の扉に名前を書いた用紙を貼っている。トイレに手すりを増設し、便器のところまで伝い歩きが可能になり、安全性が増した。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所

潤生園  
よりあいどころ田島 2階

作成日

平成28年10月31日

〔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 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
1	14	個々のご入居者のケアに時間が掛かり、個別ケアの時間の捻出が困難である。	月に1度の行事計画や各担当職員が個別のケアに使う時間を捻出出来る。	各担当職員が適切な行事計画の立案が出来るようになる為の育成。各担当職員が担当ご入居者に対してどのようなことを取り組みたいのか聴き取りを行う。	1年間
2	12	ご入居者の重度化に伴い、身体的な介護負担の増加。	ご入居者、職員にとって安心して安楽なケアが提供出来る。ご入居者の現在の機能を維持する。ご入居者個々に合わせた介助方法でケアが提供出来る。	適切な福祉用具の使用。困難な身体介護を会議の場等で共有する。介護予防(散歩、体操、屋内での歩行等)の実施 介護技術を学び、共有し合う環境をつくる。	1年間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。