

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	1492900137	事業の開始年月日	平成16年5月1日
		指定年月日	平成25年6月1日
法人名	社会福祉法人藤雪会		
事業所名	ポポロ・本厚木		
所在地	(243-0011) 神奈川県厚木市厚木町3-3		
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	12名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成26年10月10日	評価結果 市町村受理日	平成27年1月13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/wpJDetails.aspx?JGNO=ST1492900137&SVCD=320&THNO=14212
----------	---

【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ユニット6名の少人数で利用者の希望に添いながら細やかな支援をしています。街中にありながら、相模川を望め日々の散歩で季節を感じることができます。手作りの安全な美味しい食事を提供し、月に1度のバイキング料理も好評です。同じ建物の中にデイサービスと有料老人ホームを併設しているので、色々な方の出入りや交流もあり、賑やかな施設です。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年11月13日	評価機関 評価決定日	平成26年12月22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>事業所は小田急線本厚木駅より徒歩10分の相模川をバックに、県道に面した商業地域にあります。以前、5階建てのビジネスホテルであった建物の、3階、4階が6名ずつのグループホームとなっています。他の階は有料老人ホームとデイサービスとなっています。</p> <p><優れている点></p> <p>昨年度、法人の変更が有りましたが、継続したサービスが提供されています。玄関、各階出入口、エレベーターには施錠は行われていません。利用者は自由に出入りする事が出来ます。身体拘束については毎年研修を行っており、職員の意識付けがされています。また、ターミナルケアについての実績があります。重度化した場合、医師の説明に家族が了解のもと、ターミナルケアを行っています。家族や医師・看護師などと連携を図りながら施設長を中心とした職員で支援しています。医師は状況の変化の度、家族に説明し、容態が急変した場合には、いつでも駆けつけてくれます。</p> <p><工夫点></p> <p>毎月ケアプランが正しく実行されているかを「サービス計画実行表」で確認しています。月1回のユニット会議でこの表を含め、利用者のモニタリングを実施し、6ヶ月毎にカンファレンスを行いケアプランの見直しを行っています。また、施設には毎週ボランティア(ギター、紙芝居、フラダンスなど)が来て、利用者の楽しみとなっています。保育園児も月1回来て、歌を歌ったり、毎年中学校生の職業体験や介護科目のある大学生の実習を受け入れています。月1回の「日曜サロン」では、ボランティアによる歌や踊りが行われ、利用者や地域の方も楽しんでいます。</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	ポポロ・本厚木
ユニット名	そよかぜ

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。	理念は雇用時に説明し、フロアー内に掲示し、職員の目に触れるようにしている。ただし、全員に浸透させるまでは至っていないので、今後は実践についてユニット会議で検討する必要があると考えます。	理念は職員みんなで相談して決め、各フロアーに掲示しています。職員は雇用時に説明を受けており、日常確認しています。分かり易い理念であり、月1回のユニット会議時には、理念に振り返って考えるようにしています。	
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。	施設で行う、イベントや行事へのお誘いの声掛けは努力しているが難しく、あまり活発にはできていない。散歩時のあいさつや、近所の商店で買い物をするなど、またボランティア活動のお願いなどのかかわりを持つことは常に心がけています。	施設には毎週ボランティア(ギター、紙芝居、フラダンス、オカリナなど)が来て、利用者は楽しんでます。保育園児も月1回来て、歌を歌い、中学生も職業体験で毎年来ています。また、介護科目のある大学の実習を受け入れています。	
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。	地域の方を対象に行っているミニデイサービス開催時に介護に対する質問などに答えているが、あとは運営推進会議のみと限定的なため、もっと地域に向けた活動ができるよう努力が必要と考えています。		
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。	行事に合わせたり、参加して頂きやすい日程を選定し開催するようにしているが、2か月に1度の開催には至っていない。施設側の報告に終了してしまうこともあり、意見を活発にかかわせる内容にできるよう、模索しています。	運営推進会議は年5回と6回返もう一息の開催となっています。メンバーは利用者家族、地域住民、民生委員、厚木地域包括支援センター職員、厚木市役所職員です。民生委員の人は地域の敬老会への参加依頼と、お祝い品を届けてくれます。	
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。	入居希望者の相談などで、連絡を取っています。また、運営推進会議への参加をお願いします。	市の介護保険課とは運営推進会議出席要請、研修会情報の問合せ、事故認定申請と入所希望者相談など連絡を密にするようにしています。	

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。	年1回は事業所内で学習会を開催し、必要に応じてユニット会議で話し合うなど、学び、理解する機会を設けています。玄関の施錠も、夜間など事務所不在の時に防犯上のため以外はしては無く、拘束のないケアに取り組んでいます。	玄関、各階出入口、エレベーターには施錠やパスワード管理など何も行っていません。利用者で自由に出入りする人(家族、職員了解)以外は外に出て行く利用者はいません。身体拘束については毎年研修を行っており、職員の意識付けがされています。	
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。	身体拘束と合わせて、年1回は事業所内での学習会を開催し、職員の意識の向上に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	全職員が制度を学ぶ機会を持つまでには至っていません。利用者の家族など必要がある時には対応しています。		
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。	契約時に十分な説明をし、その後も疑問点があれば、いつでも質問に答えられるよう対応している。		
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。	家族来訪時や、電話連絡時、運営推進会議などの時に家族の要望や意見にはすぐに対応することを心がけています。	日頃の利用者とは職員の話の中から意見、要望の把握に努めています。(「AかBか」というような二者択一的な質問をするようにしています。)話せない方には不快となる様なことを避ける様に心掛けています。家族とは来訪時や電話連絡時に意見、要望を聞く様にしています。	

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。	日々の引継ぎ、毎月の会議で職員からの意見を聴く機会を設けています。行事も職員主体で行っています。日ごろからコミュニケーションをを図るよう心掛けています。	月1回ユニット毎に会議を行っています。利用者の状況と改善すべきことの2つの議題を中心に活発な意見交換をしています。多くの非常勤の職員についても毎年2月から個人面談を行い、意見の把握をしています。	
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。	就業規則を整備し、年1回面談の機会を設けています。それ以外にも必要な時に個々の相談にのり柔軟に対応し、整備に努めています。		
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。	法人開催の研修、事業所内での全職員対象の学習会を設けています。また、外部研修にも参加の機会を設け、必要のある時にはユニット会議や日々の業務内でも学ぶ機会を設け、個々のスキルの向上に心がけています。		
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。	地域のネットワーク会議に参加し、研修や勉強会に出席しています。		
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。	入所時での面接で十分な聞き取りを行い、不安や要望に添えるよう努力しています。		

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
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。	面接時に家族の不安や要望など相談にのり、入居後も来所持に話を伺ったり電話連絡を行うなど、信頼関係を築けるよう努力しています。		
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。	相談時に状況をお聞きし、何が必要か見極めどのような対応が適切か、考慮して対応しています。		
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。	その時その時の利用者の意向に合わせて、本人の意思を尊重し支援することを心がけています。		
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。	行事への参加の声掛けなど来訪の機会を設け、来訪された時は再度来訪いただけるような対応を心がけています。また、遠方の家族には近況報告の便りを出しています。		
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う、支援に努めている。	利用者の思いを尊重し、支援するよう努めています。	毎年、正月には近くの厚木神社に初詣に行っています。利用者の近所に住んでいた方が面会に来ることもありません。年賀状は自分で名前を書いてもらい出すように支援しています。お酒や煙草の嗜好のある利用者は、近所の馴染みの店に買いに行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者同士の関係性を観察しリビングの座席を検討したり、職員が間に入り孤立しないよう関係にあわせて支援を行っています。		
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。	終了時に、気軽に立ち寄っていただき相談があればお手伝いしますと話しています。		
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。	日常会話から、希望や意向をくみ取り答えるようしているが、至らないこともありさらなる努力が必要です。困難な時は職員間で情報を交換し話し合い、本人本位になるよう努めています。	入居時当初はアセスメント表に把握した内容を記入しています。その後利用者の思いや意向を確認したら、ケアプランに追加記入しています。思いの多くは日々の様子から汲み取るようにしています。入浴でリラックスした時、話す方もいます。	
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。	入居時に生い立ちの記録を記入して頂き、本人、家族から聞き取りをし把握しているが、利用者により偏りがあります。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	職員が観察や業務内で得る情報は記録し、申し送りで常に一人ひとりの生活リズムや心身状況などを全職員が把握できるようにしています。		

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
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。	本人の意見などは日常の中でくみ取り家族からは面会時に出た意見などを反映し、職員のカンファレンスでケアの方向性を話し合い、介護計画に生かす目標達成できるよう支援しています。	職員は毎月ケアプランが正しく実行されているかを「サービス計画実行表」でチェックしています。月1回のユニット会議でこの表を含め、利用者のモニタリングを行い、6ヶ月毎にカンファレンスを行い、ケアプランの見直しを行っています。	
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。	日誌、個別記録、会議での意見交換などで情報を共有しています。また、介護計画作成に行かせる記録の書き方の勉強などを行うようにしています。		
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。	利用者や家族の希望に耳を傾け、柔軟なサービスに努めるようにしていますが、追い付かない面もあります。		
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。	地域のイベントに出かけたり、近くの商店への買い物、近隣ボランティアによるサロンを開催して楽しんでいます。限られたもの、同じものの活用しかできていません。新たな資源の活用が課題です。		
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。	利用者、家族の希望でかかりつけ医を選択して頂き、受診できるよう支援しています。かかりつけ医とは信頼関係をきづき連絡を取り合い、適切な医療を提供できるよう支援しています。	従来からのかかりつけ医を受診する利用者が数名おり、かかりつけ医が近い場合には職員が受診に付き添います。協力医はほぼ1日おきに診察に来ています。また緊急な場合には、同じ建物内のデイサービスの看護師に診てもらうこともあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	かかりつけ医の看護師と身体状況に変化があった時は速やかに連絡を取り相談しています。		
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。	家族や主治医と相談して早期の退院ができるよう、情報を医療機関に提供しています。		
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。	重度化の場合は再度家族の意向を確認し、主治医、家族と方向性を相談しています。その後職員と話し合い共有して最後まで連携のとれたケアができるよう取り組んでいます。	入居時に終末期の医療について、本人と家族の意向を聞き、重度化した場合に再確認しています。協力医は家族に状況を説明し、病院を希望する家族には紹介状を書いています。看取りの実績も多く、ほとんどの職員は看取りを経験しています。	
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。	学習会を開催し、知識や技術の向上に努め、マニュアルは整備しているが、全ての職員に実践力が備わっているところまではいたっていません。		
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。	マニュアルを作成し年3回の避難訓練を行い、災害用の備蓄品を用意しています。少しずつ努力はしているが、地域との協力体制が課題です。	避難訓練は年3回実施しています。消防署の協力で火災を想定して2回(1回は夜間想定訓練)と、地震災害に対して1回行っています。夜間想定訓練では利用者全員を1階まで誘導していません。3日分の食料と日用品などの備蓄が用意してあります。	

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
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。	常に意識し、心がけています。 ユニット会議などで職員相互に振り返りを行っています。 自己決定しやすい言葉かけをするよう心掛けています。	通常は利用者を苗字に「さん」づけで呼んでいますが、同姓の利用者がいる場合には、本人と家族の了承を得て名前で呼んでいます。プライバシーや個人情報保護に関しては外部研修に参加したり、内部研修を行い、常に注意するようにしています。	
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。	利用者にあわせて声掛けをし、自己決定できるよう支援しています。 安全と衛生面に配慮したうえで、その決定を尊重す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。	基本的な1日の流れはありますが、一人ひとりのペースを大切にし、本人の希望にそった支援をしています。努力を要する点もあります。		
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。	本人の希望や生活習慣、好みを尊重し支援している。 整容の声掛け、支援も常に行っています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者一人ひとりができることを把握し、一緒にテーブル拭き、調理、後片付けなど行っています。 月1回のバイキングを楽しんでいます。	食材は近所の商店やスーパーから購入し、一部は生協からも仕入れていきます。利用者は準備や後片づけなどを手伝っています。誕生日には利用者の希望する料理を提供しています。月に1度バイキングの日があり、10数種類から好きな料理を食べただけ食べています。	

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。	毎日の食事量や水分量を記録し、気になる点については、朝夕の引継ぎで共有しています。好きなものは考慮し、摂取しやすい形態で提供しています。		
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。	毎食後それぞれにあわせた口腔ケアと毎週1回の専門医によるケアを行っています。		
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。	排泄記録をつけ、排泄パターンを把握し、トイレに座れる方はトイレでの排泄に向けて誘導し支援しています。	居室はバス、トイレ付きで、居室にいるときや夜間では居室内のトイレを使うので、プライバシーが保たれています。自立している利用者は少数で、ほとんどが介助を必要としますが、できるだけ便座に座って排せつするように支援しています。	
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。	排便記録により、食事や飲み物の工夫、歩行や体操などを意識し取り組んでいます。状態によっては主治医と相談しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	出来る限りは希望に添えるよう努力しています。入浴方法により職員配置を考慮したりしていますが、難しいところもあります。	入浴は通常週に2回、居室のユニットバスで行い、職員が1対1で介助しています。回数や入浴時間については、利用者の要望を取り入れています。居室での入浴が難しい利用者に対しては、デイサービスの風呂で、リフトを使用して入浴しています。	

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。	夜間安眠できるよう日中の活動を工夫したり、1人ひとりの体調、体力などにあわせ、日中のベット静養なども取り入れ支援している。		
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。	個人記録に薬一覧表をつけ、常に確認できるようにしています。 服薬時は2人のスタッフがダブルチェックし、服薬できているか確認しています。症状に変化が見られる時には主治医に連絡をしています。		
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。	利用者の趣味やお好きなことを模索しお酒やコーヒーなど嗜好品を楽しめるようにしています。 また、レクリエーションやボランティアの協力によるイベントの開催などを行っています。		
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。	希望があれば戸外への散歩や買い物はほぼ毎日のように出かけているが、季節に応じたドライブなどは利用者状況によりできなくなっています。今後は状況にあわせた企画を考えていきます。	散歩では、付近の神社によく出かけています。年中行事の花見は、相模川沿いの桜を鑑賞しています。徒歩で行ける医院への通院には職員が付き添ったり、近くの商店やスーパーの買い物にも同行しています。また近くの喫茶店で、お茶を飲みに行くこともあります。	
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。	家族とも相談のうえ自己管理できる方は自身で管理し、家族より預かり事務所で管理している方でも買い物などを楽しめ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。	電話は事務所で好きな時に掛けられるようにしています。 年賀状は書いて頂けるよう支援しています。		
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。	安全に配慮したうえで季節を意識した壁飾りなどを飾っています。 日当たりが良い居間は夏場はスタレ、その他はレースのカーテンで工夫しています。また、室温や換気には常に注意しています。	リビングは広くはありませんが、日当たりは良好で、窓から相模川を見下ろせます。リビング、廊下、居室とも床はコルク材を使用しており、衝撃を和らげ、怪我を予防しています。気持ちよく過ごせるように、室温や換気にも注意しています。	
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。	食事以外は好きな席に座っていただいたり、レクリエーション時には輪になるなど、状況にあわせ柔軟な配置を心がけています。 玄関ホールでくつろいでいただくこともあります。		
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。	家族と相談して馴染みの物を持ち込んで頂き、家族の写真なども飾り、家具の位置関係にも配慮しています。	以前はビジネスホテルの客室であった部屋をそのまま使用しており、居室はやや広めです。各室はバス、トイレ付きで、行きたいときに気兼ねなくトイレに行け、プライバシーも保たれています。家具の持ち込みは自由で、自宅にいたときと同じ配置を心がけています。	
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。	職員が常に危険な場所が無いか注意し、利用者の状態がが変わり混乱が生じた場合はその都度職員で話し合い取り除き、安心して自立した生活が送れるよう支援しています。		

事業所名	ポポロ・本厚木
ユニット名	おひさま

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、安心して暮らしている。 (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。	理念は雇用時に説明し、フロアー内に掲示し、職員の目に触れるようにしている。また、ユニット会議を通して実践につなげられるよう検討しています。		
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。	施設で行う、イベントや行事へのお誘いの声掛けは努力しているが難しく、あまり活発にはできていない。散歩時のあいさつや、近所の商店で買い物をするなど、またボランティア活動のお願いなどのかかわりを持つことは常に心がけています。		
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。	地域の方を対象に行っているミニデイサービス開催時に介護に対する質問などに答えているが、あとは運営推進会議のみと限定的なため、もっと地域に向けた活動ができるよう努力が必要と考えています。		
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。	行事に合わせたり、参加して頂きやすい日程を選定し開催するようにしているが、2か月に1度の開催には至っていない。施設側の報告に終始してしまうこともあり、意見を活発にかかわせる内容にできるよう、模索しています。		
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。	入居希望者の相談などで、連絡を取っています。 また、運営推進会議への参加をお願いします。		

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。	年1回は事業所内で学習会を開催し、必要に応じてユニット会議で話し合うなど、学び、理解する機会を設けています。玄関の施錠も、夜間など事務所不在の時に防犯上のため以外はしてなく、拘束のないケアに取り組んでいます。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	身体拘束と合わせて、年1回は事業所内での学習会を開催し、職員の意識の向上に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	全職員が制度を学ぶ機会を持つまでには至っていません。 利用者の家族など必要がある時には対応しています。		
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。	契約時に十分な説明をし、その後も疑問点があれば、いつでも質問に答えられるよう対応している。		
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。	家族来訪時や、電話連絡時、運営推進会議などの時に家族の要望や意見にはすぐに対応することを心がけています。		

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
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。	日々の引継ぎ、毎月の会議で職員からの意見を聴く機会を設けています。行事も職員主体で行っています。		
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。	就業規則を整備し、年1回面談の機会を設けています。それ以外にも必要な時に個々の相談にのり柔軟に対応し、整備に努めています。		
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。	法人開催の研修、事業所内での全職員対象の学習会を設けています。また、外部研修にも参加の機会を設け、必要のある時にはユニット会議や日々の業務内でも学ぶ機会を設け、個々のスキルの向上に心がけています。		
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。	地域のネットワーク会議に参加し、研修や勉強会に出席しています。		
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。	入所時での面接で十分な聞き取りを行い、不安や要望に添えるよう努力しています。		

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
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。	面接時に家族の不安や要望など相談にのり、入居後も来所持に話を伺ったり電話連絡を行うなど、信頼関係を築けるよう努力しています。		
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。	相談時に状況をお聞きし、何が必要か見極めどのような対応が適切か、考慮して対応しています。		
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。	その時その時の利用者の意向に合わせて、本人の意思を尊重し支援することを心がけています。		
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。	行事への参加の声掛けなど来訪の機会を設け、来訪された時は再度来訪いただけるような対応を心がけています。また、遠方の家族には近況報告のお便りを出しています。		
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う、支援に努めている。	利用者の思いを尊重し、支援す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
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。	利用者同士の関係性を観察しリビングの座席を検討したり、職員が間に入り孤立しないよう関係にあわせて支援を行っています。		
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。	終了時に、気軽に立ち寄っていただき相談があればお手伝いしますと話しています。		
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。	日常会話から、希望や意向をくみ取り答えるようしているが、至らないこともありさらなる努力が必要です。困難な時は職員間で情報を交換し話し合い、本人本位になるよう努めています。		
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。	入居時に生い立ちの記録を記入して頂き、本人、家族から聞き取りをし把握しているが、利用者により偏りがあります。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	職員が観察や業務内で得る情報は記録し、申し送りで常に一人ひとりの生活リズムや心身状況などを全職員が把握できるようにしています。		

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
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。	本人の意見などは日常の中でくみ取り家族からは面会時に出た意見などを反映し、職員のカンファレンスでケアの方向性を話し合い、介護計画に生かし目標達成できるよう支援しています。		
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。	日誌、個別記録、会議での意見交換などで情報を共有しています。 また、介護計画作成に行かせる記録の書き方の勉強などを行うようにしています。		
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。	利用者や家族の希望に耳を傾け、柔軟なサービスに努めるようにしていますが、追い付かない面もあります。		
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。	地域のイベントに出かけたり、近くの商店への買い物、近隣ボランティアによるサロンを開催して楽しんでいます。が、限られたもの、同じものの活用しかできていません。新たな資源の活用が課題です。		
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。	利用者、家族の希望でかかりつけ医を選択して頂き、受診できるよう支援しています。かかりつけ医とは信頼関係をきづき連絡を取り合い、適切な医療を提供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
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。	かかりつけ医の看護師と身体状況に変化があった時は速やかに連絡を取り相談しています。		
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。	家族や主治医と相談して早期の退院ができるよう、情報を医療機関に提供しています。		
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、事業所の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。	重度化の場合は再度家族の意向を確認し、主治医、家族と方向性を相談しています。その後職員と話し合い共有して最後まで連携のとれたケアができるよう取り組んでいます。、		
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。	学習会を開催し、知識や技術の向上に努め、マニュアルは整備しているが、全ての職員に実践力が備わっているところまではいたっていません。		
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。	マニュアルを作成し年3回の避難訓練を行い、災害用の備蓄品を用意しています。少しずつ努力はしているが、地域との協力体制が課題です。		

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。	常に意識し、心がけています。 ユニット会議などで職員相互に振り返りを行っています。 自己決定しやすい言葉かけをするよう心掛けています。		
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。	利用者にあわせて声掛けをし、自己決定できるよう支援しています。 安全と衛生面に配慮したうえで、その決定を尊重す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。	基本的な1日の流れはありますが、一人ひとりのペースを大切にし、本人の希望にそった支援をしています、努力を要する点もあります。		
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。	本人の希望や生活習慣、好みを尊重し支援している。 整容の声掛け、支援も常に行っています。		
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。	利用者一人ひとりができることを把握し、一緒にテーブル拭き、調理の下ごしらえ、後片付けなど行っています。 月1回のバイキングを楽しんでいただいています。		

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
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。	毎日の食事量や水分量を記録し、気になる点については、朝夕の引継ぎで共有しています。好きなものは考慮し、摂取しやすい形態で提供しています。		
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。	毎食後それぞれにあわせた口腔ケアと毎週1回の専門医によるケアを行っています。		
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。	排泄記録をつけ、排泄パターンを把握し、トイレに座れる方はトイレでの排泄に向けて誘導し、排泄チェックにより支援の仕方を替えています。		
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。	排便記録により、食事や飲み物の工夫、歩行や体操などを意識し取り組んでいます。状態によっては主治医と相談しています。		
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。	出来る限りは希望に添えるよう努力しています。入浴方法により職員配置を考慮したりしていますが、難しいところもあります。楽しい会話などしながら無理のない入浴を心がけています。		

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
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。	夜間安眠できるよう日中の活動を工夫したり、1人ひとりの体調、体力などに合わせ、日中のベット静養なども取り入れ支援している。 夜間眠れない時は、一緒に過ごし安心できるよう見守っています。		
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。	個人記録に薬一覧表をつけ、常に確認できるようにしています。 服薬時は2人のスタッフがダブルチェックし、服薬できているか確認しています。症状に変化が見られる時には主治医に連絡をしています。		
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。	利用者の以前の仕事や趣味、好きなことを模索し、お琴、コーヒーなど嗜好品や嗜好品を楽しめるようにしています。 また、レクリエーションやボランティアの協力によるイベントの開催などを行っています。		
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。	希望があれば戸外への散歩や買い物はほぼ毎日のように出かけ、季節に応じたドライブなどを行っている。 また、近所の喫茶店などに出かけています。		
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。	家族とも相談のうえ自己管理できる方は自身で管理し、家族より預かり事務所で管理している方でも買い物などを楽しめ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。	電話は事務所で好きな時に掛けられるようにしています。 年賀状は書いて頂けるよう支援しています。		
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。	安全に配慮したうえで季節を意識した花や壁飾りなどを飾っています。 外出や、イベント時の写真を貼り、話題にしています。 また、室温や換気には常に注意しています。		
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。	食事以外は好きな席に座っていただいたり、レクリエーション時には輪になるなど、状況にあわせ柔軟な配置を心がけています。 玄関ホールでくつろいでいただくこともあります。		
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。	家族と相談して馴染みの物を持ち込んで頂き、家族の写真なども飾り、家具の位置関係にも配慮しています。		
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。	職員が常に危険な場所が無いか注意し、利用者の状態がが変わり混乱が生じた場合はその都度職員で話し合い取り除き、安心して自立した生活が送れるよう支援しています。		

目標達成計画

事業所名 ポポロ・本厚木

作成日: 平成 27 年 1 月 10 日

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	2	定期的な運営推進会議が実施できていない	年々回数を増やしてきたが、年6回には至っていないので2か月に1度の開催を行う	年間計画を立て、年度初めに1年間の日程を配布し、出席をお願いする	12ヶ月
2	10	音楽、ダンスなど特技のボランティアは登録が多いが、傾聴ボランティアがいない	傾聴ボランティアを増やし、利用者の話し相手がスタッフのみとならないようにする	市のボランティアセンターなど募集の場所を増やしていく	6ヶ月
3	12 13	緊急や災害時のマニュアルに関して、夜間帯を含めたものに見直しを行い整備する	現在のマニュアルを見直し改訂する	防災担当職員が実際の訓練を基に見直し検討する	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月