

2019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	1490600283	事業の開始年月日	平成28年4月1日
		指定年月日	平成28年4月1日
法人名	有限会社タワラ		
事業所名	「結」ケアセンターほどがや		
所在地	(240-0044) 神奈川県横浜市保土ヶ谷区仏向町1380		
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	0名
		宿泊定員	0名
		定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和2年6月9日	評価結果 市町村受理日	令和3年3月15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)】

利用者、家族、職員がここに居たいと思う施設にしたいと思うところを目指している。施設では菜園が有り四季に合わせ野菜、お花を利用者と共に育て、車椅子でも、植え付け、収穫できる工夫をしている。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年7月11日	評価機関 評価決定日	令和2年9月24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)】

事業所は相鉄線「上星川」駅からバスで、終点「新桜ヶ丘団地」下車徒歩5分、または「和田町」駅からバス停「新桜ヶ丘東」下車徒歩1分のところにあります。周囲は住宅地や畑などある小高い場所にあり、横浜のランドマークタワーも見える眺望の良い、住環境です。法人の母体はグループホームのほか居宅介護支援事業や福祉用具、薬局など福祉や医療で地域に貢献しています。

<優れている点>

職員は利用者が「ここに居て良かった」と思える事業所理念の実践に努めています。さらに利用者一人ひとりが役割を持った生活と自分に出来ること、残存機能を活かした認知症予防の目標、運営方針を掲げ支援に取り組んでいます。事業所では雛祭りや納涼祭、クリスマス会、初詣などで年間を通した行事計画があり、全員参加をめざし、その実施に取り組んでいます。事業所の一角には菜園があり、四季折々の野菜作りや収穫の喜び、食卓を飾る楽しみとなっています。事業所では外部や内部の研修に積極的に取り組んでいます。「介護の原則」や「感染予防」、「身体拘束」、「虐待防止」などをはじめとし、キャリア段位制度の導入など、職員の人材育成と資質の向上に取り組んでいます。

<工夫点>

事業所では散歩や体操、トランプ、かるた、ぬり絵、米研ぎ、食器洗い、など日常生活の中のアクティビティを通して認知症予防や残存機能の維持向上に努めています。

【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	「結」ケアセンターほどがや
ユニット名	無し

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	利用者職員と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る。 (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。	ホームの玄関に事業所の理念を掲げている。又、スタッフ同士共有し、実践に向けて出来る様心がけている。	法人の理念をもとに、事業所の理念は利用者が「ここに居て良かった」を掲げています。職員同士で振り返り、確認し共有しています。職員は利用者の出来ることを尊重し理念の実践に努めています。	
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。	町内会への参加と、散歩、買い物等外出の際は、挨拶、会話が出来るようにしている。 地震等の際は地域の消防隊員等の手伝いを受ける様連携している。	自治会に加入しています。地域の夏祭りの参加やカフェへの外出などで地域との交流を図っています。地元の保育園児が、雛祭りや七夕祭り、クリスマスなどに来訪し、歌やプレゼントの交換が楽しみとなっています。音楽ボランティアの来訪もあります。	
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。	自治会でホームの話しをしたり、同じ町内会の他グループと連携し互いのパンフレットを置いている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	地域の方々の意見が少しずつ出てきているが、サービスに生かすことが少ないながらも活かす事が出来た。	運営推進会議では活動報告や運営報告、外部評価の報告を行っています。会議では地域の行事の紹介や他施設の情報、避難訓練、感染症予防などの意見交換や討議は運営に活かしています。	
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。	市町村に運営や現場の実情を伝える機会が少ない。	行政の窓口は高齢・障害支援課です。運営推進会議の活動報告や要介護認定の申請代行、困難事例の相談、成年後見などについて連携を図っています。グループホーム連絡会へ参加しています。	

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。	代表者及び全ての職員が身体拘束の内容とその弊害を認識し、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。又、無断外出のリスクも認識している	方針は契約書に明記しています。研修会や身体拘束適正化委員会を通して周知しています。不適切な言葉があれば研修会で啓蒙に努め、拘束をしないケアに努めています。玄関などのドアは安全確保上施錠をしています。利用者の外出の気配があれば職員は同行見守りしています。	
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。	虐待防止関連法の理解は有り、事業所内では虐待はない。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	成年後見人制度を活用している方がいるので、学ぶ機会がある。		
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。	契約時、事業所の出来る事、出来ない事を説明し、ターミナルケアについても、どう取り組んでいるかをお話している。又、報酬加算の必要性等も説明し、理解、納得を得ている。		
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。	利用者の意見、要望等は直ぐに対応している。訪問した際、又は、電話にても意見、不満、苦情をお聞きし、スタッフ間でも申し送りをして改善している。	家族の来訪時に要望や意見を聞いています。家族から「こまめに近況を教えて」の要望には電話や写真、SNSを活用してコミュニケーションを図っています。特に居室担当より家族とは連絡を密にしています。	

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。	職員会議、日常勤務の中で聞く機会、話し合う機会を作るように努めている。	職員の事業所への要望や意見は、職員会議や個人面談の機会に聞いています。管理者は日頃から職員の要望や意見、提案が自由に言える雰囲気を作っています。利用者の個別ケアや節句のおはぎを職員と一緒に作るなどの意見や提案は運営に活かしています。	
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。	勤務状況は把握しているが、人材不足もあり、具体的には各自が向上心を持って働けるようには改善されていない。		
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。	前年度内部研修が終了しており、今年度も内部研修をする予定である。新人職員他経験のあるスタッフにも内、外研修をする予定。		
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。	同業者との交流は有るが、ネットワーク作り等は行っていない。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	本人の思い、要望に耳を傾けて、安心出来るように心がけた関係性作りに努めている。		

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
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、入居後共要望などその都度連絡を取り、情報交換している		
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。	面談表に要望等を記載して頂く欄もあり、食事に関しても刻み食等対応している。又、入居日には、ご家族に連絡するなどして、必要とする支援を見極めている。		
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。	職員一人一人が個々の利用者と係る中でその方を知り、こえかけなどもしながら、出来る事はいていただいで居る。		
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。	ご家族が来所された際、又はし持てる様支援電話にても連絡、相談等ホームからの本人の様子を伝え、関わりを多く持てる様支援している。又、ホームからのご家族へのお便りを出している。		
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。	慣れ親しんだ生活環境を職員も把握して支援しているが、来ていただく方が多く出かけていく事が少ない。	友人や知人が来訪しています。地域の利用者が多いので、近くの広場や公園、紅葉狩りなど馴染みのところに出かけます。家族の協力で墓参りや美容院など継続の支援をしています。ぬり絵や歌、パズルなどの趣味や娯楽の継続の支援をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者個々の認知度、身体度を踏まえ孤立感が無いように努めている。		
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。	行事をお知らせしたり、お電話で様子をお聞きしている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	毎日の生活の中での様子や会話を通じて、利用者の希望や意向を把握するように努め、職員間で情報を共有し検討している。	本人の自発性を引き出すようにしています。日常の会話の中で把握しています。意思表示の困難な利用者は表情や態度、行動などのサインで汲み取っています。家族の協力や生活歴でも把握しています。把握した内容は会議やカンファレンスで共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居前の面接やアセスメントの中で生活歴を把握し、ファイリングしている。又、利用者にも会話の中で失礼の無い程度でどのような生活をしてきたかを聞いたり、ご家族にも情報を得るようにしている。		
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。	一人一人に細かく生活記録を付け一日の過ごし方や心身状態などを把握するように努めている。		

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
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。	ご家族・ご本人の要望をお聞きし、居室担当者と一緒に計画作成者が立案し、ケアカンファレンス介護開催し介護計画作成している。	モニタリングやカンファレンスはユニット会議で3ヶ月、6ヶ月ごとに行い、プランの見直しをしています。プランの見直しの際は職員や計画担当、管理者が参加しています。プランには本人や家族の意見や医療情報が反映しています。	
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。	一日を通し一人一人の小さな変化も記録に記載し、特に体調の変化においては細かく記、録に残し、職員間では連絡ノートや申し送り時に伝え、情報を共有し、介護計画の見直しにも活かしている。		
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。	家族の要望に応じて、通院の付添、その他福祉用具等相談に載っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	紺所の保育園児との交流や、ボランティアの楽器演奏等行事の際は来ていただいて交流を図っている。		
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。	契約時に提供医療機関の説明をし、同意を得るようにしている。 月2回の往診が有り24時間連絡が取れるようになっている。 月2回の訪問看護もある。	主治医は開所時からの提携医療機関を基本とし、入居相談時に説明のうえ同意を得ています。訪問診療は月2回です。専門（整形外科・呼吸器内科・皮膚科）外来の利用者は家族の同行で受診をしていますが、時にはホームで対応も行っています。	

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
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。	月2回、訪問看護師と様子・状態の変化について相談し、助言をもらっている。		
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。	提携医。病院関係者、家族等含め、情報交換と相談を密にするよう努めている、		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご家族、医療関係者と意向を確認し、職員全体で話し合い、その結果をご家族にお伝えし、相談しながら、今後の対応を決めている。	看取りの概要は入居契約時に本人・家族に説明をしています。重度化の時には医師を中心に訪問看護師、家族、職員などで方針を話し合い、家族の意向を踏まえたホームができることを伝えていきます。看取りの場面に合わせた研修をその都度計画実施しています。	
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。	ホーム独自のフローチャートを作成し、連絡、対応等を迅速に行えるようにしている。		
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。	防災訓練は行っているが、地域の人々や他の事業所の協力を得られるような体制は取れていない。	消防署の協力で年1回の防災訓練を実施しています。行政の防災マップ、ハザードマップの常備をしています。被災時の職員連絡網を整備し、地域住民のリスト作成や連絡方法などをまとめています。この集約データから住民協力への参加要請を計画中です。	

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。	利用者一人一人の人格を尊重し、穏やかな声掛けをするよう心掛けている。	日常支援では本人の自立の意思を尊重し、見守りの中で、穏やかな言葉遣いを心がけています。利用者の尊厳についての研修は年1回、法人本社で受けています。個人情報鍵付き保管庫で管理し、日々の使用データは取り扱いに配慮しています。	
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。	利用者本人の意思を出来る限り尊重出来るよう、促い方やタイミングに配慮している。希望の表出が困難な方は表情など小さな反応を見逃す事が無いように努めている。		
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、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。	利用者一人一人のペースで暮らせるように、意向も伺い、安心して暮らせるように心がけている。		
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。	利用者に応洋服を選んでいただいている。散髪はご本人、ご家族の希望により、カラーリングも含めて、訪問理美容が来ている。		
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。	1Fは車椅子利用者が殆どだが、その中で、食器洗い、食器拭き、お米研ぎを手伝っていただいている。 2Fは比較的自立者が多いが、1F同様に食器洗い、食器拭き、お米研ぎを手伝っていただいている。	主菜（ごはん・味噌汁）はホームで、副菜類は委託のレトルト食品を活用して調理しています。特別食（行事食）ではチラシ寿司が人気です。ホームの主催行事には近隣の保育園児が参加して共に楽しんでいます。近くのカフェに出かけて好きな飲食も可能です。	

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
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。	今年度から調理済み食材を配達してもらっている。食材屋の管理栄養士にカロリー計算をしてもらっている。又、刻み食、おかゆの提供もしており、自発的な水分摂取困難な方には好みのものを提供している。体重は毎月、月始めに係争している。		
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、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。	基本的には毎食後口腔ケアを実施している。ご自分で歯磨き出来ない方は介助し、見守りをしている。小棒が有る方は毎週1回訪問歯科を受診して頂いている。		
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。	訴えの少ない利用者には、それぞれの排泄間隔やご本人の出すサインを見て、定期的にトイレ誘導を行い、なるべくトイレで排泄してもらいたいのので付帯で介助している。夜間トイレ誘導困難な方はパット交換をしている。	トイレでの排泄を基本として支援しています。5分間隔でトイレを訴える利用者には素振りの事前察知からさりげなく、まず誘導を試みます。排泄時には自立に重点を置いた見守りですが「ズボンですよ」と言葉かけも併用して、次への動作誘導をしています。	
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。	対応としては、水分補給（牛乳も含む）をこまめに促している。トイレ誘導時には、腹部マッサージを行い、張りも確認している。下剤を使用する際は、ドクターに相談して、取り決めをしている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の要望のある利用者へは、なるべく希望の時間に入浴して頂いている。入浴しながら利用者の場合は誘導する職員を変えたりして入浴してもらっている。	本人希望を入れたシャワー浴、個浴があります。入浴嫌いな利用者には相性の良い職員が対処したり、機嫌の良い入浴したい時期を逃さずに支援しています。入浴時には利用者合わせた会話内容に配慮したり、季節の香りを楽しむ入浴剤の投入もあります。	

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
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。	利用者の生活リズムに合わせるようにし、昼寝をする利用者があるが、短時間になっている。不眠傾向の方については、生活リズムを見直すと共に、医師にも相談している。		
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。	個人情報ファイルに薬の薬情書がファイリングしており、周知している。変更については、申し送りノートに記載して伝服薬時は達している。服薬する際は日付、名前薬の数を与薬者、確認者とでダブルチェックしている。		
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。	利用者の出来る事、出来ない事を把握して、掃除、調理、洗濯物畳み、後片付け等をして頂いている。天気の良い日は外気浴をして頂いている。		
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。	外気浴、散歩、外食したりしている。買い物は職員と一緒に近くのスーパーなどに出かけている。家族等と外出は自由して頂いている。	日常では外気浴が中心です。近くのスーパーマーケットへ車で日用品を買いに行くこともあります。計画外出「紅葉見学」に近くの団地に出かけたり「紅葉見学」では車で公園まで共に出向き、現地では、可能な人が紅葉狩りを職員と共に楽しんでいます。	
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。	事業所では管理していない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者から電話や手紙の要望があれば職員出が支援しながら自由に出来るように対応している。		
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。	ユニットは複数層住戸になっており、各階リビング、テーブル、椅子、テレビ、ソファを置き、横になる事も出来る。生活感、季節感を感じられるようにお花を飾ったりしている。	リビングの明るさ調整は照明の灯数を減じることもあります。温湿度の管理では利用者意見も聞きながら、計器管理をしています。家具の配置は利用者の導線確保を中心に、一人での居場所空間に配慮しています。ホーム内でも季節を五感で感じられる日常づくりに、飾り付けなどで工夫をしています。	
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。	各階ソファ、テレビが置いてあり、談笑したり、テレビを観たりして過ごされる。 玄関の外には、ベンチ、テーブルが置いてあり、自由にくつろげるスペースがある。		
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。	家具はすべてご本人が使用していた物を設置している。	クローゼット、エアコン、ベッド、照明などはホームの設備です。本人の使い慣れた家具（整理ダンス・椅子・テレビなど）を思い思いに居室に配置しています。居室担当者と一緒にクローゼット内の衣類チェック、私物備品のチェックなどをすることもあります。	
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。	居室の入り口にネームプレートを貼っている。トイレの場所を矢印で案内してたりして、利用者が混乱しないようにしている。		

事業所名	「結」ケアセンターほどがや
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させている。 (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、安心して暮らしている。 (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る。 (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。	ホームの玄関に事業所の理念を掲げている。又、スタッフ同士共有し、振り返るように心がけている。		
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。	町内会への参加（夏祭りなど）、散歩、買い物等外出の際は会話を特に持つようにしている。、		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	自治会でホームの話しはしているが、地域の人に向けて活かされていない所が有る。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	地域の方々の意見が出てきており、少しずつだが反映している。		
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。	市町村に運営や現場の実情等伝える機会が少ない。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	管理者及び全ての職員が身体拘束の内容とその弊害を認識し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。又、無断外出のリスクも認識している。		
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。	職員は、虐待防止関連法の理解は有り、事情所内では虐待はない。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	成年後見人制度を活用している人がいるので、学ぶ機会がある。		
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。	契約時、事業所の出来る事、出来ない事を説明し、ターミナルケアについても、どう取り組んでいるかお話ししている。又、報酬加算の必要性等も説明し、理解、納得を図っている。		
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。	利用者の意見、要望などは直ぐに対応している。訪問した際、又は、電話にても意見、不満、苦情をお聞きし、スタッフにも申し送りをし、改善している。		

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。	職員会議日常勤務の中で聞く機会、話し合う機会を作るよう努めている。		
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。	勤務状況は把握しているが、人材不足もあり、具体的には、各自が向上心を持って働けるようには改善されていない。キャリア段位制度を取り入れ、OJTを実施し各自向上心が持てるよう取り組んでいる。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	前年度内部研修が終了しており、今年度も内部研修を行う予定である。		
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。	同業者との交流は有るが、ネットワーク作り等は行っていない。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	ご本人の思い、要望に耳を傾けて、安心出来るように心がけた関係性作りに努めている。		

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
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、入居後共要望などその都度連絡を取り、情報交換している。		
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。	面談表に要望などを記載して頂く欄もあり、食事に関しても刻み食対応している。又、入居日にはご家族に連絡するなどして、必要とする支援を見極めている。		
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。	職員一人一人が個々の利用者と係る中で、その方を知り、声掛けなどしながら、出来る事はして頂いている。		
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。	家族が所された際、又は、お電話にても連絡、相談等ご本人の様子を伝え関わりを、多く持てる様支援している。又、ホームからのご家族へのお便りを出している。(不定期)		
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。	慣れ親しんだ生活環境を職員も把握し、支援しているが、来ていただく方が多く、出掛けて行く方が少ない。		

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
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。	利用者個々の認知度、身体度を踏まえて、孤立感が出来ないように努めている。		
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。	行事をお知らせしたり、お電話で様子をお聞きしている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	毎日の生活の中での様子や会話を通じ、利用者の希望や意向を把握するように努めて、職員間で情報を共有し、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。	入居前の面接やアセスメントの中で生活歴等を把握しファイリングしている。又、利用者にも会話の中で、失礼のない程度で、どのような生活のしていたかを聞いたり、ご家族にも情報を得るようにしている。		
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。	一人一人に細かく生活記録を付け、一日の過ごし方や心身状態などを把握するように努めている。		

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
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。	ご家族、ご本人の要望をお聞きし、居室担当者と一緒に計画覚醒者が立案し、ケアカンファレンス開催し、介護計画を作成している。		
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。	一日を通し、一人一人の小さな変化も記録に記し、特に体調の変化においては、細かく記録に残し、職員間では連絡ノートや申し送り時に伝え、情報を共有し、介護計画の見直しにも活かしている。		
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。	家族の要望に応じて、通院の付添、その他福祉用具など相談にのっている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	近所の保育園児との交流やボランティアの楽器演奏等行事の際、来ていただいている。		
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。	契約時に提携医療機関の説明をし、同意を得るようにしている。月2回往診があり、24時間連絡が取れ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
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。	訪問看護師（月2回）と様子、状態の変化について相談し、医師への連絡をして頂いている。		
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。	提携医、病院関係者、ご家族等を含め、情報交換と相談を密にするように努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	ご家族、医療ケア関係者と意向を確認し、職員全体で話し合い、結果をご家族にお話しし、相談しながら今後の対応を決めている。		
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。	ホーム独自のフローチャートを作成し、連絡、対応等を迅速におこなえるようにしている。		
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。	防災訓練は行っているが、地域の人々や他事業所の協力や、地域の消防団等と連携出来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
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。	一人一人の人格を尊重し、穏やかな声掛けを」するように心がけている。		
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。	利用者本人の意思を出る限り尊重出来るように、促し方やタイミングに配慮している。希望の表室が困難な方は表情など小さな反応を見逃す事が無いように努めている。		
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。	一人一人のペースで暮らせるよう意向も伺い、実施出来る様心がけている。		
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。	利用者本人に洋服を選んでいただいている。散髪はご本人、ご家族の要望によりカラーリングも含めて、訪問理美容を利用している。		
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。	1Fは車椅子が多いが、お米研ぎ、食器洗い、食器拭きを手伝っていただいている。 2Fは比較的自立者が多い為、日々交代でお米研ぎ、食器洗い、食器拭きを手伝っていただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食材は温めるだけになった物を配達して貰っている。食材屋の管理栄養士にカロリー計算してもらっている。又、刻み食、おかゆの提供もしており、自発的な水分摂取困難な方には好みのものを提供している。食事困難な方には栄養補助食品を提供している。		
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。	基本的には毎食後口腔ケアを実施している。ご自分で歯磨き出来ない方は介助し、見守りをして、歯の不調を伺っている。希望がある方は毎週1回訪問歯科を受診して頂いている。		
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。	訴えの少ない利用者には、それぞれの排泄間隔や、ご本人が出すサインを見て、定期的にもお入れ誘導を行い、なるべくトイレで排泄してもらいたいので、二人介助している。夜間トイレ誘導困難な方はパット交換している。		
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。	対応としては、水分補給をこまめに促している。トイレ誘導時には、腹部マッサージを行い、腹部の張りも確認している。下剤を使用する際は、ドクターに相談して、取り決めをしている。		
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。	入浴の要望のある利用者へは、なるべく希望の時間に入浴して頂いている。入浴したくない利用者の場合は、声掛けしたり、誘導する職員を変えたりして、入浴して頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者の生活リズムに合わせる様にし、昼寝をする人がいるが、短時間に行っている。不眠傾向の人については、生活リズムを見直すと共に、医師にも相談している。		
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。	個人情報ファイルに薬の薬情書がファイリングしてあり周知している。変更については、申し送りノートに記載し伝達している。服薬時、日付、名前、薬の数のダブルチェックをし、服薬後はチェック用紙に記載し、空の袋をまとめ飲み忘れが無いようにしている。		
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。	利用者の出来る事、出来ない事を把握して、掃除、調理、後かたづけ等をして頂いている。		
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。	外気浴、散歩、買い物、外食したりしている。 一人で外出が難しい方が多いので、家族と出掛けたりしている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	では管理していない。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者から電話や手紙の要望があれば、職員が支援しながら自由に出来るように支援している。		
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。	ユニットは2ユニット住宅になっており、各階、リビングにはテーブル、椅子、テレビ、ソファを置き、横になる事も出来る。生活感、季節感を感じられるようお花を飾ったりしている。		
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。	各階ソファが置いてあり、談笑したり、テレビを観たりして過ごされる。玄関の外にはテーブル、ベンチが置いてあり、自由にくつろげるスペースがある。		
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。	家具はすべてご本人が使用していたものを設置している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	居室の入り口にはネームプレートを貼っている。トイレの場所を矢印で案内したりして、利用者が混乱しないようにしている。		

目標達成計画

事業所名 「結」ケアセンターほどがや

作成日： 令和 3年 3月 5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		以前まで行っていた園児の訪問や外出などがコロナで出来ず、外部との交流などが出来なくなっている。	今までとは違う外部との交流や季節のイベントを考え実行する。	面談をテレビ電話でご家族として頂いている。近所だけでなく海外在住のご家族とも交流できるようになった。 外部ボランティアに頼っていたイベントをスタッフがより主体となって実行している	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月