

<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	1472601622
法人名	有限会社坂本企画
事業所名	グループホームたんぽぽ
訪問調査日	平成23年2月21日
評価確定日	平成 23 年 3 月 25 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 22 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	1472601622	事業の開始年月日	平成14年9月1日	
		指定年月日	平成14年9月1日	
法人名	有限会社 坂本企画			
事業所名	グループホームたんぽぽ			
所在地	(252-0232)			
	神奈川県相模原市矢部3-14-16			
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	6名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成22年12月14日	評価結果 市町村受理日	平成23年5月10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)】

医療連携を行っており、主治医、看護師に24時間電話連絡が可能で、安心して生活が出来るように支援をしています。
利用者定員が6名で、住宅を改修したホームなので落ち着ける空間、家庭的な環境作りに力をいれています。

【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23年2月21日	評価機関 評価決定日	平成23年3月25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)】

- このホームの経営母体は、有限会社 坂本企画である。同社は、相模原市内にグループホームを4か所営業しているほか、デイサービス、居宅介護事務所、訪問介護も運営している。このホームは、JR横浜線矢部駅から、徒歩5分の便利な場所にありながら、周囲は静かな住宅地にあり、同社の代表者宅を改造し同社の最初のグループホームとして、平成14年に開所された。同社の理念「人とのふれあい」「手厚い介護」「安心感」に基づいた、このホームの方針は「ここは、お一人お一人の家庭のようでありたい」を掲げ、利用者少人数を大事にし、家庭の雰囲気大切にしている。
- 地域との付き合いは、開所以来8年を経過しており、地元自治会にも加盟しており、回覧版を回す等、地域に根ざした間柄になっている。また、敬老会からお誘いを頂いたり、地域の夏祭り、盆踊りにも参加している。運営推進会議も、自治会長・民生委員・地域包括センターを含むメンバーで構成し年間3-4回開催されていたが、昨年9月に就任した管理者から現在の管理者に変わり、その間、開催されていない。しかし、23年3月に開催を実施すると共に、新年度からは定例化することを計画している。
- ケアについては、利用者も職員も少ないことから、普通の家庭のように、その場その場で職員同士が話し合うことで意思疎通を図ることが多いが、申し送りノート・業務連絡ノートを活用し、大事なことは手違いが起らぬよう留意に努めている。ケアプランは、毎週一回、ケアマネジャーと毎日のケース記録を参考に職員と意見を交わしながら作成している。食事は、台所と隣接した小じんまりしたりビングで和やかに食し、日中はテレビ等を見ながら、利用者は穏やかに過ごしている。

【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	グループホームたんぼぼ
ユニット名	

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			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
			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している。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々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
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		<input type="radio"/>	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
		<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	玄関を入った所に、固有の理念が掲示してあり、共有している。	「ここは、お一人お一人の家庭のようでありたい」から始まるこのホームの基本方針を掲示しており、普通の家庭に近い状態を維持する事が、職員の共通認識となっている。日頃の職員の行動で理念に反する行為があった場合は、都度話しあうことで理念の共有化に研鑽を図っている。	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	散歩や買い物などで、御近所とは挨拶をしている、回覧板を届けたり、付き合いは長く続いている。	地元自治会に加入しており、回覧版を回す等、地域の一員として交流をし、地域の夏祭り・盆踊りなどにも参加している。近隣住民からは、花を届けて頂いたり、散歩での挨拶や買い物などで、近所付き合いも深まっている。今後、地域ボランティアとの交流など進めていきたい。	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	特に行っていない。機会があれば、管理者、職員が自治会の認知症サポーターなどの、講習にさんかしたいと思っている。		
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	現在2～3ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、サービス向上に努力している。	自治会長・民生委員・包括支援センター・利用者・スタッフからなる運営委員会は、年間3-4回行われており、活動報告・行事の取り組みなどを議題されるほか、地域との防災の話なども検討し、サービスの向上に努めている。	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に取り組んでいる	生活支援課、介護保険課に積極的に行くように努めている。	相模原市役所は、自転車で10分ほどの近い場所にあり、生活支援課・介護保険課を中心に積極的に連携をとっている。市役所から研修の案内等を頂き、必要な研修には参加している。	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	玄関の扉に、ブザーがついており、開くと気付くようになっている。身体拘束は行っていない。	「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」を遵守し、職員は、身体拘束は行っていない。現在、突如不穏になり立ち上がり危険な利用者があり、ベッドからの転倒の危険があるが、マットを敷き、見守りを注意深く行うことにより、四点柵の使用はせずケアに取り組んでいる。階段からの転倒予防のため、階段上・階段下には、木柵を設け予防に努めている。玄関の扉にはブザーを取り付け、出入りがわかるようになっている。	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	小さなことでも、見逃さないように注意を払っている。		
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	講習があれば、参加できるように考慮している。		
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	入所前に面接などで、十分に説明をして、納得のうえ契約していただいている。退所後も本人、家族と相談して適性に対応している。		
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	管理者、職員が声をかけ、話しやすいように雰囲気を作っている。また契約時に書面、口頭で説明している。	家族に縁の薄い方が、大半で、少人数でもあり家族会は設けていない。自立度の高い利用者もおり、利用者からの意見や要望が出せるようお声かけ等を行い、雰囲気作りに努めている。ご家族が面会で来訪された際は、話し合う機会を作るようにしている。	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	無記名で、書面を入れる意見箱を置いており、また職員同士で会議を自主的に行っていて、報告を受けている。	職員から意見を聞くご意見箱を設置し、配慮しているが利用はあまりなく、管理者と職員の間で日頃の会話から吸い上げたり申し送りノートで職員の意見を聞いている。月一度の職員会議では、意見交換を活発に行い、良い提案は取り上げ反映に努めている。	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	ここに面談などをして、話し合う機会を作っている。		
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	研修などは、参加できるような環境になっている。		
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	現在のところ、まだ行われていない。		
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	アセスメントなどを通じて、聞く体制を整えており、出来る限りわかりやすく説明している。		

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
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	アセスメントなどを通じて、聞く体制を整えており、出来る限りわかりやすく説明している。		
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	アセスメントなどを通じて、本人と家族の意向を考慮している。また関係者とも相談している。		
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	本人の生活リズムを大切にしている。その日、その時の場面を大事にし、関わり方に配慮するように心掛けている。		
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	毎月、近況報告を書面でしており、電話、訪問時にケアについての方向性、改善点などを話し合っている。		
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	家族、知人など気軽に来ていただける雰囲気、環境作りに配慮している。	ご家族のある利用者には、毎月一度は、来訪され、年2回は帰宅し外泊されている。ご家族の来訪は比較的少ないが、職員は気軽に着て頂けるよう、ホームの雰囲気と環境づくりに努めている。利用者の幼馴染が来訪される時もあり支援している。	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	年齢、性別など、困難なところは多いが、職員が間に入り、輪ができてきているように思う。		
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	退所後も、電話連絡が来ることもあるが、こちらからは特に連絡はしていない。		
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。	日頃の生活から、希望や意向を聞いている。家族にもこちらから、聞くように声をかけている。	自立度の高い利用者が多く、日常的に意向や要望を伺い、ケース記録に記入し、職員間で共通認識を図っている。利用者の要望等については、出来ることは、応じるように努めている。理容は3カ月の訪問理容を利用している。	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	家族、以前のケアマネなどから聞いたり、入所時のアセスメント表で把握している。		
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	毎日の申し送り、ケース記録等で把握している。		

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	ケアマネ、管理者、職員、ご本人、家族などで意見を交わし、ケアプランに反映している。	入所時に、利用者のアセスメントや本人の要望、主治医の所見等を入れ、ご家族等と話し合い、ケアプランに反映させたものを作成し、6カ月毎にケース記録を中心にモニタリングを行っている。	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	個人ケース記録、申し送りノートなどで把握し、ケアプランに反映している。		
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	事業所は単独施設な為、他の柔軟なサービスは実施されていない。居宅療養指導、歯科衛生士による口腔ケア、指導を行っている。		
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	自治会、民生委員、地域包括支援センターなどと連携し、ボランティア等紹介して頂いている。		
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	医療連携で24時間電話連絡ができており、適切に医療が受けられる環境にある。	全利用者のかかりつけ医は、24時間対応の協力医療機関で適切に対応している。月2回の往診があり、歯科についても月1回、歯科検診を受診し、月2回は口腔ケアを行っており、医療の環境を整えている。	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	往診日の前日に、FAXで情報・状態を連絡し、王仲次に対応して頂いている。		
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。	主治医、家族、入院先と連携し話し合いをしている。		
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	主治医、事業所と家族と話し合いが出来る体制にある。	現段階では、看取り介護は行わない方針である。重度化した時の対応については、入所時に「重度化時の対応指針」の合意を取り交わし、本人、ご家族に話しをし、重度化の時点で、主治医・ご家族、職員の3者の話し合いで良い方向を見出すよう支援に努めている。	今後の継続
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	緊急時の対応など、書面で見やすい場所に掲示してあり、対応できるようになっている。		
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	自治会、民生委員などを通して避難場所の掲示、近隣の協力体制はできている。 年2回、消防訓練を行う予定でいる。	年2回の避難訓練を行っている。1月14日に夜間想定訓練を行った。消防署の要請によりホーム2階に避難の誘導灯を近々設置する予定である。避難場所は掲示され、近隣の協力体制はできている。また、年2回、消防訓練を行う予定とし、災害に備える準備をしている。	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	接し方、言葉遣いには注意し、ここの対応は出来ているとおもう。また職員はプライバシーに配慮し、日々ケアを行っている。	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について、利用者への言葉遣いに配慮し、職員一同注意を払っている。職員は、拒絶的な表現は避け、丁寧な言葉かけを行っている。また、利用者の個人的背景にも配慮し話題に気をつけてケアを行っている。	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	自己決定出来るように、わかりやすく声をかけている。	/		/
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	入居者が6人の為、出来る限り個々に対応している。また出来ない事はご本人と相談している。			
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	訪問で、美容師に来ていただいている。また訪問時期なども、ご本人に合わせている。			
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	食べたいもの、調理法など利用者の意見を聞き、メニューを作成している。また後片付けなど出来る事はして頂いている。	献立は、一人ひとりの利用者の好みや意見を聞きながら、職員が順番で、一週間分の献立を作成し、調理法にも配慮し、食材は、近くのスーパーに週2回の配達をお願いしている。後片付け等は、利用者到手伝って頂いている。	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	個々に食事量、水分量を記録しており、申し送りなどで把握できるようになっている。		
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	起床時、就寝時に声をかけている。また、歯科衛生士による口腔ケア、歯磨き指導を実践している。		
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	個々に行っている。また、主治医の意見、相談を受けている。	排泄については、ホームでは自立している方が多く、リハパンを利用して方も自発的にトイレに行かれている。尿意を感じにくい利用者については、職員が定期的な誘導でトイレでの排泄を心がけ、個々に支援を行っている。	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	朝食時の牛乳、昼食時のヨーグルト、繊維質の食事を取り入れ、主治医の意見、指導を受けている。		
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	現在、曜日は決めている。時間帯はご本人と話し決めている。	入浴の曜日を決め、一日2名の入浴とし、1週間に、2～3回の入浴を楽しんで頂き、時間帯については本人の希望を考慮して支援している。全介助、見守り、自立とそれぞれに対応に努めている。また、季節感を味わって頂けるよう、菖蒲湯・ゆず湯などの工夫をし、楽しんで頂いている。	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	体操をしたり、日中の活動に力を入れている。また、部屋の室温調整をこまめに行っている。		
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	薬表を薬局から頂き、説明出来るように置いている。また、血圧を朝・夜の2回測定し、変化があれば24時間看護師に連絡、支持を仰げる体制にある。		
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	絵や歌など、好きな物は取り入れている。また、タバコも決められた場所で吸えるようになっている。		
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	希望時に買い物など外出している。外泊も叶うように支援している。	一人ひとりの希望を出来るだけ配慮し、買い物や、ご家族の協力を得て、外泊の支援をしている。日常の散歩は、周辺の住宅地、近くの村富神社などへ散歩をしている。月2回の散歩の日には、11時と14時に、できるだけ多くの利用者が出かけられるよう、3人体制のスタッフで支援に努めている。	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	家族の希望もあり、現金は金庫に預かっている。買い物時は、ご本人と一緒に付添い、支払をして頂いている。		

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
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	電話は希望があれば、可能になっている。手紙も希望があれば代筆可能です。		
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	特に不快なものは置いていない。季節に合わせて、作品などを掲示している。	共用の空間は利用者にとって不快がないよう配慮し、季節に応じた絵を職員の指導のもと利用者と共に描き、作品をリビングの壁に展示している。リビングが一般家庭の大きさに落ち着けることから、日中はほとんどの方がテレビを見たりしてリビングで寛ぎ、居心地よく過ごしている。	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	リビング兼食堂にソファがあり、自由に使用して頂いている。		
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	危険に配慮しつつ、好みのものを置いてもらっている。また、職員が訪室したり、居室担当が衣類の整理をご本人と行っている。	エアコン・クローゼット・ベッドが備え付けとなっており、その他の備品は、本人の馴染みのものを持ってきて居心地良く配置されている。居室は、居室担当と共に自分の部屋の掃除や荷物の整理を行えるよう支援している。	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	出来る方は、掃除をしていただいたり、ゴミを捨てたり、出来る事はしていただいている。廊下・階段には手すりがあり、活用している。		

目標達成計画

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	13	非常食、救急セットなどの準備が、完全に揃えられている状態ではない。様々な状況に応じてホーム独自の避難訓練を行いたい。	非常食、救急セットの完備 利用者の的確な誘導の確立	今回の地震で得た教訓をいかし、必要な物をリストアップし、今後の災害に備える。 災害時の職員体制の見直し、防災訓練を行い、知識を蓄	6ヶ月
2	15	食事制限、嚥下の状態、好き嫌いなどで、食事を残されてしまう利用者様が多い。	利用者様がおいしく、素材の味を楽しめる食事を提供したい、また1日30品目を目標にバランスの摂れた食生活を目指す。	季節を意識した食材を取り入れ、キザミ食でも食欲を刺激するようなメニューや盛り付けを工夫する。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。