

令和1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	1492800097	事業の開始年月日	平成20年10月1日
		指定年月日	平成20年10月1日
法人名	株式会社エクセルシオール・ジャパン		
事業所名	いきいきの家今泉		
所在地	(〒257-0014) 神奈川県秦野市今泉254-2		
サービス種別 定員等	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和1年11月8日	評価結果 市町村受理日	令和1年12月23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)】

利用者自身が出来る事は継続して行い、穏やかに張りのある生活が送れるように積極的にレクリエーションに参加への取り組みを行っている。又夏祭り、クリスマス会等はユニット毎ではなく全体で行っている。その際ご家族のみではなく自治会長やオーナーや、民生委員等の近所の方達にも声を掛けさせて頂いている。食事に関して、旬の食材を使う事で季節感を感じて頂く。職員も一緒に食事をし、家庭的な雰囲気を出せるようにしている。苦手な食べ物を変更したり、趣向品の提供、体重の管理を職員が心がけ、医療に繋げている。刻み食やミキサー食等の食事形態にも配慮している。1階にはリフト浴があり、身体状況に応じた入浴が可能。天気の良い日は外へ散歩にお連れし、季節感を楽しんで頂く。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	令和1年11月25日	評価機関 評価決定日	令和1年12月16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)】

【事業所の優れている点】 ◇利用者が生きがいを持つ生活への支援 配膳下膳など利用者自身ができることや、職員と共同で作品の制作を楽しむなど、利用者の能力を引き出し活躍可能な場面を作るよう、生きがいのある日常生活を支援している。 ◇地域行事への利用者の参加とボランティアの受け入れ 秦野市主催の「福祉センターフェスティバル」に、利用者と職員が共同で作成した作品を展示している。一方、事業所のクリスマス会には、家族、自治会長、オーナー、民生委員や近所の方にも参加を呼び掛け、毎月訪れる傾聴ボランティア、職場体験の中学生を受入れている。 ◇気分転換と運動を兼ねた外出レクリエーションの実施 豊かな自然環境を活かし、ベランダでお茶を楽しみ、春には、花見週間として数回にわけ、利用者全員が近くの公園に花見に出かけ、秋には紅葉週間として紅葉が美しい諏訪神社や公園に出かけている。これらレクリエーションを通じて五感を刺激し、出来るだけ体を動かしている。 【事業所が工夫している点】 ◇散歩チェック表により、利用者の外出や散歩が偏らないように平等に機会を作っている。
--

【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	いきいきの家 今泉
ユニット名	1F

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	事業所独自の理念は開設時に話し合い作成し、各リビングに掲示している。又グループ独自の目標を掲げ、半年に1回個人目標と一緒に、理念の実践状況を確認し、意識を図っている。	・「笑顔、穏やかでわ(和・輪・話)のある暮らし」を理念とし、リビングに掲示している。 ・目標に「笑顔あふれる介護」を掲げ職場連絡会で確認し、年2回の個人面談で理念の実践状況を確認して職員に意識付けしている。	
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	自治会に加入しており回覧板で地域情報を入手。又福祉センターフェスティバルに利用者と共に作成した作品を出展している。傾聴ボランティア毎月来所馴染みの関係。クリスマス会に自治会長、オーナーが参加交流を図っている。	・自治会に加入し回覧板や広報誌で地域情報を得、納涼祭などの行事に参加している。自治会長やオーナーが事業所のクリスマス会に参加している。傾聴ボランティアや中学生の職場体験を受け入れ、近隣幼稚園生が敬老会に参加している。	
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	散歩する際利用者と共にこちらから挨拶したり、地域のボランティアが来所し、認知症の方達と接する事で理解して頂けるようになった。地域の中学校から職場体験の受け入れ実施・近隣の幼稚園生が敬老会に参加		
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	家族、自治会長、市や地域包括等の職員をメンバーに2か月に1回開催している。主治医も参加し季節に流行するインフルエンザ、ノロウイルス等の話をして頂いている。訪問の看護師による勉強会も行っている	・主治医と看護師も運営推進会議に参加し、季節に流行する「インフルエンザやノロウイルス対策、健康寿命を延ばし健やかに生きるために」などの話を聞いて、職場の衛生管理、利用者の健康維持に役立っている。	
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取り組んでいる	市の担当者には、日頃から良く質問や相談をし、指導、助言を受けている。	・市の職員とは、入居状況報告、日常の相談や情報交換などを通じて、密に連携している。 ・運営推進会議で、市の職員と意見交換をして連携している。	

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	居室には鍵はなく日中玄関も施錠せず、家族も自由に面会に来ている。虐待（身体拘束）についてはリスクマネジメント委員会で、話し合いを持ち理解を深めている。帰宅願望や落ち着かれない利用者の対応について話し合いをし、その時間帯のみ職員を増員している。	・身体拘束禁止宣言を玄関に掲示して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。「身体拘束禁止マニュアル」に基づき、身体拘束の具体的な行為や弊害の理解に努めている。毎月「身体拘束禁止委員会」を開催して、理解を深めている。	
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	勉強会や委員会を通して虐待についての話し合いを持ち、確認を行っている。又必要に応じて申し送り等で伝えたり資料を配布する等して注意を促している。不適切なケアがあった場合はその場で管理者、リーダーが注意しケアを振り返る。		
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	勉強会や資料を回覧して職員で話し合い、支援に生かせるように努めている。		
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	契約時に契約書や重要事項説明書を必ず読み合わせをし解りにくい表現は解りやすく説明し直している。その都度質問や疑問がないかを尋ね、あればご家族が納得するまで説明する等真摯に対応している。		
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	運営推進会議は意見や要望を伺う機会として位置づけ、全家族や地域の関係者に参加を呼びかけている。そこで意見や要望等を事業所として検討し、サービスに反映している。	・利用者と来訪時の家族には、意見や要望を言い易いよう職員から積極的に声をかけている。毎月の本人の近況報告の際にも意見を聞き、ケア方法など出された意見は事業所として検討し、実務に反映している。	

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	職員は会議や各委員会、個別面談の他日常の勤務の中管理者に意見や提案をしている。又管理者も日頃から問題定義等をし意見や提案を出してもらえるよう心がけ、共に内容の実現に取り組んでいる。	・管理者は、職員の気づきを大切にし、日常業務の中で意見や提案を聞いている。 ・食事介助を必要とする利用者が増えている現状を、勤務形態を検討し、勤務時間に差をつけて改善した事例がある。	
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	職員には初任者研修や介護福祉士、ケアマネ等の資格支援を実施している。又実践者研修等の資格研修も促している。職員の良い所は具体的に褒めている。ケアの中で困っている事がないか、負担に思っている事がないか、管理者やリーダー、ケアマネが声を掛けている。定期的に個人面談実施		
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	外部研修案内の資料を職員が目につきやすい場所に置き、参加を促している。参加した職員は報告書を提出し、参加していない職員と共有している。管理者は面談の際個人にあった研修に行かせモチベーションのアップに努めている。		
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	管理者は認知症サポーター講座を通じて他の施設の管理者と交流を図っている。ケアマネの研修に管理者や計画作成担当者が参加している。勉強会や研修には職員も参加している。		
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	入居相談時に本人や家族の話を伺い、希望や要望、問題点などがあるのか伺う。本人が出来る事をうながし、出来ない事や困っている事に耳を傾け、安心して生活が出来るように信頼関係を築けるように努める。		

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	入居相談時から家族の相談や要望等伺っている。家族とのコミュニケーションを大切に考えている。		
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	本人や家族の話を伺いながらアセスメント表を活用し、今何に困り、何が出来、何が必要なかを考えるようにしている。		
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	利用者には人生の先輩として敬意の気持ちを持って接している。本人の出来る事や得意としている事は継続して取り組めるように個別に支援している。コミュニケーションを図りつつ個人に選択権、決定権をゆだねている。		
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	毎月本人の様子がわかるように近況報告を郵送している。又来訪時に様子を伝えたり通院が必要になった時や特変があった時、電話連絡をしている。行事に家族も参加し共に楽しむ機会を設けている。適宜コミュニケーションを図っている。		
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う、支援に努めている	入居後も家族や友人等の面会や外出は自由にされている。習っていたピアノの先生にボランティアとして来訪して頂きミニコンサートを開催して頂いている。	<ul style="list-style-type: none"> ・携帯電話で馴染みの人と連絡を取っている利用者がいる。 ・家族の協力により、墓参りや馴染みの美容院に通っている利用者がいる。 	

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	利用者同士のトラブルには必ず職員が間に入り、孤立しないよう努めている。午前中の体操やレクリエーション等は皆さんで楽しめる内容のレクリエーションを用意している。又お茶の時間には職員が色々とお話しを聞き交流の場を設けている。利用者の活躍できる場面を作るようにしている。		
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	退去された方のお知り合いがボランティアとして、コンサートを開催して頂いている。		
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。	入居時のアセスメントや家族からの情報（生活歴、性格等その人らしさ）日頃の利用者との会話を通じて思いや意向をくみ取ろうと努め、したい事、夢等を伺っている。職員間の申し送りにて情報を共有している。問題が発生して時はその都度職員間でカンファレンスを行いご本人の希望に添えるよう努めている。	・家族の来訪時、リビングで昔話などして、利用者の思いや意向を把握している。 ・また、入浴や散歩など寛いでいるときに意向や希望を聞いている。情報は職員間で共有し、カンファレンスで実現に向けて検討している。	
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	入居相談時に本人や家族に管理者、ケアマネから伺う。病院やサービスを利用されている所へ出向き本人の様子を伺い情報を引き継ぎ確認することで安心して過ごせるよう努めている。入居後も家族との交流の中でこれまでの生活歴や背景を伺っている。		
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	入居時から総合的に現状の把握に努めている。入居時にアセスメントシートを活用し、伺った情報にズレがあれば、それにあつたケアに変更している。		

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	入居時の情報提供や本人、家族等からの意見や意向を把握し、アセスメントに反映し、本人に寄り添ったケアプラン作成を心がけている。毎月のモニタリング結果を反映し適宜カンファレンスを開催、ケアの統一や向上に努めている。ケアプラン説明中に新に出る要望にも対応し、協力しケアプランを作成している。	・介護計画は、本人と家族の意見・意向をアセスメントに反映し、毎月全職員が参加するカンファレンスを開催して作成している。 ・医師、家族、本人の意見を事前に確認し、日々の記録とモニタリング結果、次のケアプランに反映している。	
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	日々の様子や特記事項は毎日朝、夕に申し送りをして個別に記録している。解決出来なかった事や新たな問題等会議で取り上げる。それらはモニタリングやケアプランの見直しに活用している。		
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	食事に対する一人一人の要望や好み、体調やADLの変化に応え食事内容の形状の違いやミキサー食にも対応している。家族希望で通院希望等は代行する事もある。朝起きられない方は時間をずらして提供。食事が摂取出来ない方は、ドクター指示のもと、捕食として食べれる物を購入。		
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	お正月は近くの神社へ初詣にでかけ、買い物などは近くのコンビニやスーパーに利用者を出かけている。その際地域の方たちと触れ合い、楽しみを持ち生活をして頂く。		
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	入居前のかかりつけ医の受診は、利用者と家族の希望を優先しているが、入居後は多くの利用者が協力医への往診に変更している。又家族の依頼で職員が通院介助をすることもある。協力医の秦野寿町クリニックは、月2回偶数月の木曜日、歯科医は隔週月曜日、医療連携は週1回訪問、24時間体制で支援	・多くの利用者は家族の同意を得て協力医を主治医としている。 ・2回の内科医訪問診療、隔週の歯科医診療、毎週の看護師訪問による健康チェックがある。 ・急な受診の場合は家族の依頼で職員が代行することがある。	

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	協力医秦野寿町クリニックから毎月曜日に医療連携が入っている。医療、看護について日頃から気軽に相談出来24時間体制で連絡を取り合える、支援出来る体制。		
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。	入院先の医療連携室と情報交換、連携に取り組んでいる。オムツ等はご家族の依頼の元、施設からお持ちし、その都度ご本人の状態等情報収集に努めている。		
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	秦野寿町クリニックと契約をし24時間の医療連携体制を敷いている。重度化や終末期ケアの対応指針を作成している。重度化した場合は医師と家族に相談してその都度方針を決めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・「重度化にした場合における対応に関する指針」「緊急時・終末期に関する指針」があり、契約時に家族に説明し同意を得ている。 ・職員は、看護師による研修やケアカンファレンスで、緊急時の対応や介護方法などを学んだ。 	
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	ドクターとナース共に連携を取り、利用者の急変時や事故発生時に備えて、勉強会を開催。ノロウイルスの対処方法等全職員へ周知し、インフルエンザの予防、対策を再確認し感染予防委員会を中心に動いている。適宜ご家族の面会の実施		
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	総合・車いすでの避難訓練を実施。その内容や結果を運営推進会議時に報告、家族や地域の方達から意見を頂き、避難場所も再度確認している。防災頭巾を購入し、災害時使用する事で氏名が解るように役立てる。職員は日勤時と夜勤時各自シミュレーションをしておくよう避難訓練時に伝えている。	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回避難訓練をし、消防署職員からAEDの操作を学び、地域の避難訓練に職員が参加している。 ・非常時には、玄関前に白布を出して近隣住民に無事を知らせる協力体制を築いている。 ・備蓄は3日分あり管理している。 	

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
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	利用者への声掛けには丁寧で解りやすい表現で伝え名前と呼ぶ時には愛称で呼ばないように心がけている。言葉使い等職員に不適切な言動が見られた場合は、管理者がその場で注意したり、接遇委員会で話し合ったりしている。	・職員は、入職時研修と2か月毎に開催の接遇委員会を通じて接遇方法を学んでいる。管理者は、利用者の動作を停止させる声掛けをしないように指導している。 ・個人情報に関する書類は鍵のかかる書庫で管理している。	
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	利用者へ個々に声掛けし発語を促している。自己決定が難しい場合は選択肢から選んで頂いている。		
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	個々の状況を見てその方にあった過ごし方を確認し利用者のペースに合わせて支援している。例えば昼夜逆転傾向の方には夜中でも職員が話かけ、落ち着いて過ごせるように対応している。体操やレク・アクティビターの参加は強制せず、精神的負担に配慮しています。好きな事、不得意な事を理解し考慮している。		
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	2か月毎に訪問理美容あり。利用者や家族の意向を伺い、希望や体調に合わせて自由にパーマや毛染め、散髪、顔そりを選択して頂いている。お出かけの時はおしゃれのお手伝いをしている。（口紅をさしたり、外出着を選んだり）		
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	料理は基本的に職員が作っているが利用者の個々の能力や体調により準備や片づけを職員との会話を交えながら行っている。食事利用者と同席し同じ物を食べている。年に1度お誕生日に好物を食べに出かけられた方もいる。利用者の希望により月1回生のフルーツと2週間に1度パンを提供している。	・食材、メニューは業者に委託し、職員が調理している。盛り付けや彩りを考え、ミキサー食の場合は「これは〇〇ですよ」と話しかけて関心を持つように工夫している。 ・利用者は1週間に1回、職員とおやつを手作りして楽しんでいる。	

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	食事、水分チェック表で摂取量や排泄確認等を行っている。又お茶やジュース等利用者の好みに合わせている。食事制限や個人に合わせ捕食を用意している。		
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	毎食後利用者に歯磨きをして頂いている。自分で出来る方には声かけと見守りを行い、介助が必要な方にはその方に合った支援をしている。歯科医に相談をし個人に合った口腔ケアの方法を指導して頂いている。		
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	個々の排泄リズムに合わせた支援をしている。トイレの訴えがあればその都度対応し、排泄のシグナルを見逃さずケアにあたっている。車イスの方にも出来る事は行って頂きながら、トイレ排泄を促している。	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表により、また、利用者の落ち着かない様子を見て排泄を誘導している。 ・入浴前に約5分トイレに座る習慣づけをしている。便が出た後、ボタンを押し職員を呼び、便の状態を確認している。 	
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	毎日10時頃から体操し、天気の良い日は散歩に行く等、活動量を増やすよう心がけている。又食事以外で希望に応じてお茶を入れている。利用者の状態に合わせた水分摂取を試みている。ヨーグルトや牛乳を取り入れている。ヤクルト販売の実施。		
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	浴室の用具や環境を入浴が楽しみとなるように工夫している。利用者の体調や気持ちに合わせて入浴を勧めている。無理な時は翌日の職員に申し送り、順次対応している。	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は週2～3回午後が基本であるが、希望があれば午前も入浴している。1階はリフト浴があり、重度化している利用者に対応している。 ・浴室にエアコンを設置し、脱衣場にヒーターを置いてヒートショック防止対策をしている。 	

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
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	気分が優れなかったり、夜間不眠時等安心して休息できるように傾聴にて支援している。状況によっては訪問医に連絡し、指示を仰ぐ事もある。暖色灯を活用。灯りの調整も小さくする等工夫している。冷暖房で温度調節している。		
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	主治医の処方で薬局が発行した利用者個人の薬時説明書を職員が確認している。又利用者の嚥下状態により、ドクターと相談し、錠剤を粉末に変更している。薬変更時、服薬管理一覧表の変更はケース記録に残し職員で周知している。服用の際むせ込む方にはゼリーやヨーグルトに混ぜ服用している。		
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	利用者の状況にあわせ、食事の準備や後片づけを職員と共に行う等、個々の経歴や能力に応じて支援している。満足感や張りのある生活を意識し声を掛けている。家族に相談、提案をし年1回の個別レクで叶えられるようであれば職員が参加し支援している。		
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	日頃から天気の良い時は車イスの方も含め近所に散歩や買い物に出かけている。行事ではドライブや散策、外食も楽しんで頂いている。積極的に面会に来られる家族と散歩に出かけたり、記念日等に会食に出かける家族もいる。個人の買い物等あれば出かけている。	<ul style="list-style-type: none"> ・気候の良い日は散歩し、車いす利用者も歩くことを目的に10～15分自分で車いすを操作し押し散歩している。 ・事業所の車で年3～4回、いちご狩り、花見、紅葉、回転ずしに出かけている。ベランダでお茶を頂きながら外気浴をしている 	・利用者が重度化しても、季節ごとの外出が継続できるように工夫し、外出できる楽しみを感じるように、支援を継続することが期待されます。
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	利用者自身が欲しい品物をコンビニ等で購入している。（施設立て替え）視力低下ある為職員が対応		

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	電話の利用はご家族様、ご利用者様それぞれ希望があれば対応。（リビングにて）		
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	共有の空間で快適に過ごせるように観葉植物や花、行事の写真、作品を飾っている。又換気や室温、湿度調節に配慮している。個々の利用者に応じた席を用意しトラブル等ないよう考慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ・共用空間は利用者と職員が作成した季節の飾り物を飾っている。 ・室温23～24℃、湿度60%に設定し、冬は床暖房を使用している。リビングには、観葉植物やソファを置き、利用者同士が落ち着ける場所と環境を作っている。 	
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	リビングにソファを置き、利用者同士のコミュニケーションの場になっている。利用者の方達の間に入り共通の話題を提供し、会話のきっかけ作りをしている。		
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	利用者には馴染みの品物を持参して頂いている。利用者の作品や写真等居室に飾り温かみのある生活に配慮している。エアコン、クローゼットナースコールは備え付けで安心して過ごせるよう配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ・居室に備え付け品があるが、仏壇、縫いぐるみ、写真などを持ち込み環境の変化を感じないように自宅の再現をお願いしている。 ・居心地よく過ごす工夫とし、明るく清潔で利用者が事故の起きない動線づくりに配慮している。 	
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	利用者の状況に合わせ解りやすく伝える努力をしている。トイレや居室が解らない方には目印等を付け、安全に過ごせるよう工夫している。出来る事やわかることを行えるよう配慮している。		

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
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	事業所独自の理念は開設時に話し合い作成し、各リビングに掲示している。又グループ独自の目標を掲げ、半年に1回個人目標と一緒に、理念の実践状況を確認し、意識を図っている。		
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	自治会に加入しており回覧板で地域情報を入手。又福祉センターフェスティバルに利用者と共に作成した作品を出展している。傾聴ボランティア毎月来所馴染みの関係。クリスマス会に自治会長、オーナーが参加交流を図っている。		
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	散歩する際利用者と共にこちらから挨拶したり、地域のボランティアが来所し、認知症の方達と接する事で理解して頂けるようになった。地域の中学校から職場体験の受け入れ実施・近隣の幼稚園生が敬老会に参加		
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	家族、自治会長、市や地域包括等の職員をメンバーに2か月に1回開催している。主治医も参加し季節に流行するインフルエンザ、ノロウイルス等の話をして頂いている。訪問の看護師による勉強会も行っている。		
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取り組んでいる	市の担当者には、日頃から良く質問や相談をし、指導、助言を受けている。		

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	居室には鍵はなく日中玄関も施錠せず、家族も自由に面会に来ている。虐待（身体拘束）についてはリスクマネジメント委員会で、話し合いを持ち理解を深めている。帰宅願望や落ち着かれない利用者の対応について話し合いをし、その時間帯のみ職員を増員している。		
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	勉強会や委員会を通して虐待についての話し合いを持ち、確認を行っている。又必要に応じて申し送り等で伝えたり資料を配布する等して注意を促している。不適切なケアがあった場合はその場で管理者、リーダーが注意しケアを振り返る。		
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	勉強会や資料を回覧して職員で話し合い、支援に生かせるように努めている。		
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	契約時に契約書や重要事項説明書を必ず読み合わせをし解りにくい表現は解りやすく説明し直している。その都度質問や疑問がないかを尋ね、あればご家族が納得するまで説明する等真摯に対応している。		
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	運営推進会議は意見や要望を伺う機会として位置づけ、全家族や地域の関係者に参加を呼びかけている。そこで意見や要望等を事業所として検討し、サービスに反映している。		

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	職員は会議や各委員会、個別面談の他日常の勤務の中管理者に意見や提案をしている。又管理者も日頃から問題定義等をし意見や提案を出してもらえるよう心がけ、共に内容の実現に取り組んでいる。		
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	職員には初任者研修や介護福祉士、ケアマネ等の資格支援を実施している。又実践者研修等の資格研修も促している。職員の良い所は具体的に褒めている。ケアの中で困っている事がないか、負担に思っている事がないか、管理者やリーダー、ケアマネが声を掛けている。定期的に個人面談実施		
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	外部研修案内の資料を職員が目につきやすい場所に置き、参加を促している。参加した職員は報告書を提出し、参加していない職員と共有している。管理者は面談の際個人にあった研修に行かせモチベーションのアップに努めている。		
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	管理者は認知症サポーター講座を通じて他の施設の管理者と交流を図っている。ケアマネの研修に管理者や計画作成担当者が参加している。勉強会や研修には職員も参加している。		
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	入居相談時に本人や家族の話を伺い、希望や要望、問題点などがあるのか伺う。本人が出来る事をうながし、出来ない事や困っている事に耳を傾け、安心して生活が出来るように信頼関係を築けるように努める。		

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	入居相談時から家族の相談や要望等伺っている。家族とのコミュニケーションを大切に考えている。		
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	本人や家族の話を伺いながらアセスメント表を活用し、今何に困り、何が出来、何が必要なかを考えるようにしている。		
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	利用者には人生の先輩として敬意の気持ちを持って接している。本人の出来る事や得意としている事は継続して取り組めるように個別に支援している。コミュニケーションを図りつつ個人に選択権、決定権をゆだねている。		
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	毎月本人の様子がわかるように近況報告を郵送している。又来訪時に様子を伝えたり通院が必要になった時や特変があった時、電話連絡をしている。行事に家族も参加し共に楽しむ機会を設けている。適宜コミュニケーションを図っている。		
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う、支援に努めている	入居後も家族や友人等の面会や外出は自由にされている。習っていたピアノの先生にボランティアとして来訪して頂きミニコンサートを開催して頂いている。		

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
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	利用者同士のトラブルには必ず職員が間に入り、孤立しないよう努めている。午前中の体操やレクリエーション等は皆さんで楽しめる内容のレクリエーションを用意している。又お茶の時間には職員が色々とお話しを聞き交流の場を設けている。利用者の活躍できる場面を作るようにしている。		
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	退去された方のお知り合いがボランティアとして、コンサートを開催して頂いている。		
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。	入居時のアセスメントや家族からの情報（生活歴、性格等その人らしさ）日頃の利用者との会話を通じて思いや意向をくみ取ろうと努め、したい事、夢等を伺っている。職員間の申し送りにて情報を共有している。問題が発生して時はその都度職員間でカンファレンスを行いご本人の希望に添えるよう努めている。		
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	入居相談時に本人や家族に管理者、ケアマネから伺う。病院やサービスを利用されている所へ出向き本人の様子を伺い情報を引き継ぎ確認することで安心して過ごせるよう努めている。入居後も家族との交流の中でこれまでの生活歴や背景を伺っている。		
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	入居時から総合的に現状の把握に努めている。入居時にアセスメントシートを活用し、伺った情報にズレがあれば、それにあったケアに変更している。		

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	入居時の情報提供や本人、家族等からの意見や意向を把握し、アセスメントに反映し、本人に寄り添ったケアプラン作成を心がけている。毎月のモニタリング結果を反映し適宜カンファレンスを開催、ケアの統一や向上に努めている。ケアプラン説明中に新に出る要望にも対応し、協力しケアプランを作成している。		
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	日々の様子や特記事項は毎日朝、夕に申し送りをして個別に記録している。解決出来なかった事や新たな問題等会議で取り上げる。それらはモニタリングやケアプランの見直しに活用している。		
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	食事に対する一人一人の要望や好み、体調やADLの変化に応え食事内容の形状の違いやミキサー食にも対応している。家族希望で通院希望等は代行する事もある。朝起きられない方は時間をずらして提供。食事が摂取出来ない方は、ドクター指示のもと、捕食として食べれる物を購入。		
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	お正月は近くの神社へ初詣にでかけ、買い物などは近くのコンビニやスーパーに利用者を出かけている。その際地域の方たちと触れ合い、楽しみを持ち生活をして頂く。		
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	入居前のかかりつけ医の受診は、利用者や家族の希望を優先しているが、入居後は多くの利用者が協力医への往診を希望し変更している。又家族の依頼で職員が通院介助をする事もある。協力医療機関は秦野寿町クリニック。月2回偶数月の木曜日、歯科医は隔週月曜日、医療連携は週1回訪問、24時間体制で支援		

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	協力医秦野寿町クリニックから毎月曜日に医療連携が入っている。医療、看護について日頃から気軽に相談出来24時間体制で連絡を取り合える、支援出来る体制。		
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。	入院先の医療連携室と情報交換、連携に取り組んでいる。オムツ等はご家族の依頼の元、施設からお持ちし、その都度ご本人の状態等情報収集に努めている。		
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	秦野寿町クリニックと契約をし24時間の医療連携体制を敷いている。重度化や終末期ケアの対応指針を作成している。重度化した場合は医師と家族に相談してその都度方針を決めている。		
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	ドクターとナース共に連携を取り、利用者の急変時や事故発生時に備えて、勉強会を開催。ノロウイルスの対処方法等全職員へ周知し、インフルエンザの予防、対策を再確認し感染予防委員会を中心に動いている。適宜ご家族の面会の実施		
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	総合・車いすでの避難訓練を実施。その内容や結果を運営推進会議時に報告、家族や地域の方達から意見を頂き、避難場所も再度確認している。防災頭巾を購入し、災害時使用する事で氏名が解るように役立てる。職員は日勤時と夜勤時各自シュミレーションをしておくよう避難訓練時に伝えている。		

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	利用者への声掛けには丁寧で解りやすい表現で伝え名前と呼ぶ時には愛称で呼ばないように心がけている。言葉使い等職員に不適切な言動が見られた場合は、管理者がその場で注意したり、接遇委員会で話し合ったりしている。		
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	利用者へ個々に声掛けし発語を促している。自己決定が難しい場合は選択肢から選んで頂く事もある。		
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	個々の状況を見てその方にあった過ごし方を確認し利用者のペースに合わせて支援している。例えば昼夜逆転傾向の方には夜中でも職員が話かけ、落ち着いて過ごせるように対応している。体操やレク・アクティビターの参加は強制せず、精神的負担に配慮しています。好きな事、不得意な事を理解し考慮している。		
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	2か月毎に訪問理美容あり。利用者や家族の意向を伺い、希望や体調に合わせて自由にパーマや毛染め、散髪、顔そりを選択して頂いている。お出かけの時はおしゃれのお手伝いをしている。(口紅をさしたり、外出着を選んだり)		
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	料理は基本的に職員が作っているが利用者の個々の能力や体調により準備や片づけを職員との会話を交えながら行っている。食事でも利用者と同席し同じ物を食べている。年に1度お誕生日に好物を食べに出かけられた方もいる。利用者の希望により月1回生のフルーツと2週間に1度パンを提供している。		

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
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	食事、水分チェック表で摂取量や排泄確認等を行っている。又お茶やジュース等利用者の好みに合わせている。食事制限や個人に合わせ捕食を用意している。		
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	毎食後利用者に歯磨きをして頂いている。自分で出来る方には声かけと見守りを行い、介助が必要な方にはその方に合った支援をしている。歯科医に相談をし個人に合った口腔ケアの方法を指導して頂いている。		
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	個々の排泄リズムに合わせた支援をしている。トイレの訴えがあればその都度対応し、排泄のシグナルを見逃さずケアにあたっている。車イスの方にも出来る事は行って頂きながら、トイレ排泄を促している。		
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	毎日10時頃から体操をし、天気の良い日には散歩に行く等出来るだけ活動量を増やすよう心がけている。又食事以外で希望に応じてお茶を入れている。利用者の状態に合わせた水分摂取を試みている。ヨーグルトや牛乳を取り入れている。ヤクルト販売の実施		
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	浴室の用具や環境を入浴が楽しみとなるように工夫している。利用者の体調や気持ちに合わせて入浴を勧めている。無理な時は翌日の職員に申し送り、順次対応している。		

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
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	気分が優れなかったり、夜間不眠時等安心して休息できるように傾聴にて支援している。状況によっては訪問医に連絡し、指示を仰ぐ事もある。暖色灯を活用。灯りの調整も小さくする等工夫している。冷暖房で温度調節している。		
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	主治医の処方により薬局から発行される利用者個人の薬時説明書を職員は確認、把握している。又利用者の嚥下の状態を見てドクターと相談し、錠剤を粉末に変更している。薬変更時、服薬管理一覧表の変更とケース記録に残し職員で周知している。服用の際むせ込み有る方にはゼリーやヨーグルトに混ぜ服用している。		
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	利用者の状況にあわせ、食事の準備や後片づけを職員と共に行う等、個々の経歴や能力に応じて支援している。満足感や張りのある生活を意識し声を掛けている。家族に相談、提案をし年1回の個別レクで叶えられるようであれば職員が参加し支援している。		
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	日頃から天気の良い時は車イスの方も含め近所に散歩や買い物に出かけている。行事ではドライブや散策、外食も楽しんで頂いている。積極的に面会に来られる家族と散歩に出かけたり、記念日等に会食に出かける家族もいる。個人の買い物等あれば出かけている。		
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	利用者自身が欲しい品物をコンビニ等で購入している。(施設立て替え) 視力低下ある為職員が対応		

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	電話の利用はご家族様、ご利用者様それぞれ希望があれば対応。(リビングにて)		
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	共有の空間で快適に過ごせるように観葉植物や花、行事の写真、作品を飾っている。又換気や室温、湿度調節に配慮している。個々の利用者にあった席を用意しトラブル等ないよう考慮している。		
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	リビングにソファを置き、利用者同士のコミュニケーションの場になっている。利用者の方達の間に入り共通の話題を提供し、会話のきっかけ作りをしている。		
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	利用者には馴染みの品物を持参して頂いている。利用者の作品や写真等居室に飾り温かみのある生活に配慮している。エアコン、クローゼットナースコールは備え付けで安心して過ごせるよう配慮している。		
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	利用者の状況に合わせ解りやすく伝える努力をしている。トイレや居室が解らない方には目印等を付け、安全に過ごせるよう工夫している。出来る事やわかることを行えるよう配慮している。		

事業所名	いきいきの家 今泉
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

目 標 達 成 計 画

事業所名

いきいきの家今泉

作成日

令和1年12月19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	49	利用者が重度化しても、季節ごとの外出が継続できるように工夫し、外出できる楽しさを感じるように支援を継続することが期待されます。	利用者様が重度化している現在でも、毎月の行事と普段の日課に季節を感じていただけるよう外出の計画をたてる。	毎月の行事だけでなく、普段の日課に散歩や買い物などを取り入れて、外出の機会を増やす。又、外気浴の機会を増やす。	3か月～6か月
2					
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。