

平成30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	1472700580	事業の開始年月日	平成18年2月1日
		指定年月日	平成18年2月1日
法人名	有限会社 そふいあ		
事業所名	グループホーム宮川		
所在地	(238-0231) 神奈川県三浦市宮川町17-19		
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	9名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成30年8月12日	評価結果 市町村受理日	平成30年11月1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)】

【GH秋谷】での基本原則
①介護スタッフは、入居者に対して、絶えず家族同様に接する。 (単なる福祉施設型の介護ではダメ。)
②介護スタッフは、入居者の生い立ち・考え方・思考・日々の思いや変化に 耳を傾ける。
③介護スタッフは、入居者一人一人の生活・リハビリ目標を日々、把握し行 動する。
④介護スタッフは、可能な限り入居者と一緒に外出(散歩・買い物)する よう行動する。
⑤介護スタッフは、可能な限り入居者と一緒に家事労働(調理補助・整理 補助等)するよう行動する。
⑥会議スタッフは、プロとしての介護技(メンタル部分も合わせて)を 日々、研鑽する。

【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	平成30年9月4日	評価機関 評価決定日	平成30年10月12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)】

事業所は京急三崎口駅よりバスで「三浦市立病院前」下車徒歩15分、緑の多い高台
にあります。木造3階建ての1・2階を利用しています。

<優れている事項>

事業所では、利用者第一の生活となるよう、基本原則6項目を実践しています。職
員は利用者1対1で試行錯誤をしながら心を通わせ、好き嫌いや生活環境の違い
を認識して寄り添っています。利用者は、食事、おやつ、日々の外出、近隣の行事
に触れ、楽しんでいます。手伝いなど出来る事をしたり、仲裁を受け入れたり、市
役所の出前講座に最後まで参加できたりなど、ここに住んで生活力が向上したと評
価する利用者もいます。薬の量を減らし弊害の軽減に努めたり、病院から早くホ
ームの生活に戻れるようにしています。看取り時の丁寧な対応と、心のこもった「お
別れ」などを利用者も見えており、信頼関係につながっています。また、職員はスト
レスをためない工夫をし、課題は職員間で相談し合い、必要により応援も求めてい
ます。ホームは地域の中の事業所として、期待されるようになっています。

<工夫点>

「宮川家族」たよりに沢山の写真を載せ、安心が見える化しています。緊急事態発
生時の連絡体制および対応マニュアルは詳細で分かりやすくなっています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム宮川
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)	✓	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ます。 (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。	住み慣れた家・地域での暮らしをそのまま延長する、家庭的な介護を実践。介護職員は入所者に対し①常に家族同様に接する。②生き立ち・考え方・嗜好・日々の思いに耳を傾ける。③一人ひとりの生活・リハビリ目標を随時、把握し行動する。④可能な限り一緒に外出（散歩・買い物・ドライブ）をするよう行動する。⑤一緒に家事労働（調理・整頓）するよう行動する。⑥プロとして介護技術（メンタル部分も併せて）を日々、研鑽している。	事業の運営方針と6つの基本原則は、事業を開始する時に、事業者と職員が作ったものです。実践すべき具体的なことをわかりやすくまとめてあり、現在も引き継がれています。個々に違うことがベースにあり、互いの信頼に繋がっています。	
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。	運営推進会議や町内会行事に積極的に参加することで顔なじみとなり、事業所運営の協力や助言等をいただける関係を構築している。	近隣地域は古くからの居住者が多く、日ごろの挨拶、近所や商店の人との交流など、つながりを大切にしています。自治会の太鼓演奏、獅子舞いを見物に行ったりしています。職員も地元の人が多く、情報交換は素早く行われ、地域の事業所となっています。	
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。	町内会や民生委員等と交流する中で認知症の人に関する知識や経験を伝えている。		
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。	事業所内での状況や問題点を話し合い、様々なご意見をいただくことで運営に反映させている。今年度より身体拘束等に関する適正化のための対策を検討する委員会も会議内で行ない、異なる視点でGH宮川の身体拘束等の取り組みに関わっていただいている。	運営推進会議には、民生委員なども参加し、年6回開催しています。市役所職員の参加を依頼し、折を見て出席してくれています。議題は転倒や認知症の人への対応などに加え、今年から身体拘束の相互理解に努めています。	
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取り組んでいる。	運営推進会議への参加依頼や書類の提出時等に意見交換や助言等をいただき、適切な運営が行なえるようお手伝いいただいている。	三浦市主催の出前講座を受け入れています。利用者も参加し、最後まで聞いています。傾聴ボランティアの実習生を3～4人受け入れています。市役所には運営推進会議や自己評価などの報告で訪問し、情報や意見の交換をしています。	

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
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。	今までも開設以降、身体拘束は行なった事はない。今年度より身体拘束にならない為の対策に向けて取り組み始めている。	身体拘束の研修会では、具体的な行為と対応を理解し、特に言葉による拘束を共有しています。玄関は夜間を除き施錠していません。外に出たい利用者の動きや玄関の音に注意し、所在を確認しています。時機を見て外出し、見守るようにしています。	
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。	施設内外の研修を行なっている。また、身体拘束へ移行する危険を内包している事を職員全員で共有し入居者の行動を制限しないよう取り組んでいる。		
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。	現在、法廷後見人を利用の方がいる。また、研修や最新の情報を共有する事で必要な知識を得るよう努めている。		
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解消できるよう、わかり易く説明を行い理解・納得をしてもらっている。		
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。	利用者は日々の生活の中で、家族は面会・運営推進会議・電話での入居者の近況報告等の機会に聞いた思いや要望等を職員会議等で集約ししょくいんに伝え生活に反映させている。	職員は、家族とのコミュニケーションを大切に、好き嫌いや生活環境の違いを認識し意見を聞いています。ケアプランの説明時も意見を聞いています。利用者の様子は隔月発行の「宮川家族」たよりで元気な様子を伝え安心に繋げています。	

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。	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(2ヶ月に1回の職員会議)等の機会を設け、反映させている	2ヶ月に1回、職員会議で徹底的に話し合っています。代表も出席し、直接話を聞いています。日常活動で課題が発生すると取り上げ、共有していません、ストレスをためない工夫や相性など、心のつながりの基本事項も話し合っています。	
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。	代表者は、管理者・職員の努力や実績、勤務状況を把握し、働きやすい職場環境・条件の整備に努めている。		
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。	代表者は、管理者・職員の能力を把握するよう職員会議等の機会に努め、法人内外の研修または、日々の業務内にて実践することでトレーニングしている。		
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。	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		
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。	入居前より本人とコミュニケーションを取る中で傾聴し思いを聞いたうえで本人のペースに合わせながら慣れていただくこと・安心して送れる生活を作っていくようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	見学の段階から現在の問題を傾聴し、入居後のイメージを共に作り上げながら安心して入居していただけるよう努力している。		
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。	まずは、GH宮川に望む事を把握し本人が出来る事・したい事に多く気づくようにしている。社会資源を含めたサービスが出来ないかについても家族含め相談しながらケアプラン作成をしている。		
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。	職員と入居者という関係ではなくそこで一緒に生活する仲間として日々笑ったり・泣いたり・怒ったりと共感しあう関係を築いている。		
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。	本人と家族が良好な関係を継続できるだけでなく、さらに良い関係性が構築できるようサポートする事で両者の気持ちに添った関わりを持っている。		
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。	入居したとしても友人との連絡や面会、また自宅へ行くなど出来る限り対応している。また、年賀状の作成・投函等の支援もする事で繋がりが切れないうようサポートしている。	友人や家族が面会に来ると部屋で懇談し交流しています。誕生会や花見などで時期ごとに外出し、季節を感じるようにしています。希望の場所に職員が同行したり、家族と好きな寿司屋などに出掛けています。また、知り合いに手紙を出し来てもらっています。	

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。	個々の個性を把握したうえで孤立しないよう仲間作り・話題作りを職員がサポートする事で、お互いが一緒に生活する仲間と考えてもらえるよう日々介護を行っている。		
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。	当該GHでは看取り対応でありこれまでに中途退去したケースは皆無である。なお「家族たより」は亡くなられた家族の方に、かかさず郵送している。		
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。	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。墓参り・買物・演劇鑑賞・美容院など要求は個々だが可能な限り対応しているし、他の親族・知人等の入居相談も個々に対応している。	思いや意向は、基本原則「入居者の生い立ち・考え方、嗜好、日々の想いや変化に耳を傾ける」ことで、まず職員自身が理解して記録し、共有しています。表現できない利用者の意向は、表情や仕草、コミュニケーション時の応答や態度で判断しています。	
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。	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と本人の要求が介護サービスの原点だと肝に銘じている。		
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。	日々の生活を見ていく中で個々の変化を見逃さずにその都度、対応している。また、職員会議等で短期的・長期的な視点での対応も話し合っている。		

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
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。	本人と関わる方々とその都度話し合い既存の介護ではなくあくまでも生活をどう楽しく暮らせるかを考えた介護計画を作成している。	毎日の記録は「医療健康等記録」にまとめ、全職員がサインし共有化しています。ケアプランは標準様式が家族から分かりづらいつの指摘があり改善し、「現状の把握」と「具体的な対応方法」など8項目にまとめています。	
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。	日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を介護記録簿及び連絡簿に記入し、情報をリアルタイムで共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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、その時々にも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。	常に変化は起きるものと考え、機械的な対応ではなくニーズに合わせた対応を行なっている。		
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。	運営推進会議や近所の方との関わりの中で地域資源を把握し個々に合った支援を行なっている。例えば、夏祭りに行き買い食いや神輿の見学等		
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。	隔週の医師による往診と週1回の看護師による訪問看護を実施し入居者の健康管理に務めている。なお、突発的な病気・症状については其々の専門医療機関に家族との連絡をとりつつ適宜実施している。訪問歯科医は月1回往診している。	利用者全員事業所主治医に切り替えています。往診は内科医、歯科医は月2回、精神科医は月1回です。眼科、皮膚科などは外来で随時対応しています。訪問看護は週1回、健康管理をしています。24時間オンコール体制です。緊急時マニュアルを備えています。	

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。	介護職員は日々の業務の中で入居者の変化を捉え、職員間だけでなく訪問看護師とも情報を共有し問題を解決している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入居者が入院した場合は必要な情報だけでなく入院準備も行い、病院関係者と関係を構築している。また、スムーズに退院が行なえるように入院時から受入れ体制について情報共有を病院側と行っている。		
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。	看取り時期に入ったと判断した場合は、家族等と医師を交えて話し合い、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、支援に取り組んでいる	「入居者の日常的な健康管理と看取りに関する同意書」を契約時に説明して取り交わしています。看取り時には再度同意書を交わし、「看取り計画書」を作成し、家族の同意の下に実施しています。開設以来多くの終末期ケアの要望に応じています。	
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。	利用者の急変や事故発生時に備えて、緊急マニュアルを全ての職員に徹底するとともに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。		
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。	火災や地震等の災害時に、利用者が避難できるよう定期的（年2回）に消防・防災訓練を実施するとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難、誘導訓練を行っています。備蓄は食料、飲料水を3日分確保しています。その他コンロ、ローソク、ラジオ、笛、シートなどを備え、リストを作成して管理しています。	避難、誘導訓練の際は「夜間想定訓練」を消防署の立ち合い、指導協力を仰ぎ、実施することも期待されます。

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。	個性を大切にし本人が気持ちよく過ごせるよう声をかけている。	排泄や入浴時には言葉遣いや、声の大きさ、ドアの開閉など、プライバシーの確保に努めています。職員は利用者と1対1の関係を作り、自尊心を損なわないよう支援しています。利用者の個人ファイルなどは事務所で施錠管理しています。	
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。	日常の会話やふと漏らす言葉を聞くことで思いや希望を実現できるようお手伝いをしている。		
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。	職員の都合ではなく、入居者の都合に合わせて対応しているので同じ毎日では繰り返していない。一日いちにち楽しく過ごせるように支援している。		
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。	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。職員による無料の散髪等も行なっている。		
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。	一番の楽しみである食事については季節ごとの行事食や庭でのじゃが芋掘りや入居者との食事づくり等を行なうことで楽しみながら食事をしている。	メニューと食材は事業所で調達し、作成しています。利用者の食事形態、好みに合わせた手作りの食事を提供しています。雛祭や節句、敬老の日、クリスマス、正月などの季節のメニューも楽しんでいます。配膳や下膳、洗い物などを自ら手伝う利用者もいます。	

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。	その人なりの最高の体調を維持するために、食事量・栄養バランス・水分量が一日を通じて確保できるよう、食事・おやつ作りをしている。また、本人の希望に応じて献立を考えるようにしている。		
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。	毎食後の口腔ケアだけでなく歯科往診時に口腔内を確認してもらい、口腔内が清潔に保たれているか気を付けている。		
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。	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排泄介助を行なっている。	医師との連携の下に適切な投薬に徹し、排泄の自立、改善に努めています。リハビリパンツから布パンツに改善した利用者もいます。残存機能を生かし、極力自立排泄を促す支援に努めています。失敗した時はさり気なくトイレや浴室に案内し、対応しています。	
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。	飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた便秘予防に取り組んでいる。例えば、トイレ誘導時は前傾姿勢にて自分で腹圧をかける様にシテもらうなど。		
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。	個々の希望を可能な限り受け止め対応している。入浴を楽しむ事で本人が穏やかに過ごす機会と捉えている。	通常は週2回ですが、回数や入浴時間は利用者の希望に柔軟に応じています。入浴の嫌いな利用者には声掛けの工夫や時間の変更などをして促しています。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤で楽しんでいます。個浴の他、利用者の心身の状態に合わせて特殊浴も出来ます。	

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。	昼夜逆転や不眠等が起きないように日中は散歩やドライブまたはおしゃべりやビデオ鑑賞・運動等を取り入れ夜にゆっくり休めるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	服薬の変更時には全職員に薬の目的・副作用・用量について説明している。また、認知症薬や向精神薬については様子観察を行い、本人に合う合わない等の細かな変化を見ていき適切な対応に務めている。		
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。	個々の希望や出来る事・したい事を理解し、家事手伝いや行事や散歩等を行い一人ひとりに合った支援をしている。		
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。	天気が良い時の散歩・ドライブ・四季の外出行事や一人一人の要求に対応した外出支援を日常的に行なっている。	散歩は週1回はしています。散歩の際は隣り近所の馴染みの人達とのふれ合いがあります。ドライブで桜の花見やミカン狩りなど、弁当持参、家族同伴で出掛けることもあります。散歩やドライブは車いすの利用者も一緒です。	
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。	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。		

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。	本人が希望する時は職員がお手伝いしながら行ってもらっている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共用空間には季節の花や色紙等を置いている。季節に応じて温度管理も行なっている。また、トイレは清潔に保つことで気持ちよく使用してもらうよう気をつけている。	食堂兼リビングは2階にあり、明るく、清潔で、テーブルや椅子がゆったりと配置してあります。利用者はいつもリビングでくつろいでいます。壁には思い出のアルバムの「宮川たより」が掲示してあります。玄関や廊下は広く、床は木の温もりのあるフロア材を使用しています。	
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。	共用空間には椅子やソファを各所に配置し、その時の本人の気分等にあった居場所作りをしている。		
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。	入居時やその後も本人や家族と相談しながら居室の整理や模様替え等を行なっている。	エアコンや照明、ベッドなどが備えてあります。利用者は思い思いにタンスやテレビ、時計、ぬいぐるみ、書棚、写真、椅子、コタツなどを持ち込み、居心地よく過ごせる居室となっています。配置は利用者や家族と相談しています。	
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。	個々の能力を把握したうえで生活しやすいよう物の配置変更や職員の声かけや見守りにて安全に生活できるよう工夫している。		

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	①夜間想定避難訓練を行なっておらず、実際の避難時の方法が想定出来ていない。また、事業所内だけでは見落としも考えられる。	①夜間想定避難訓練を年1回は実施する。実施後、夜間時の避難訓練マニュアルを作成する。	①今年度中に夜間想定避難訓練の実施。②消防署・民生委員等に参加・意見交換を依頼し実際の避難時を想定したマニュアルを職員会議等で職員全員で話し合い作成する。③翌年度より年1回夜間想定避難訓練を実施。その後、職員会議で振り返りとマニュアルの見直しを行なう。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					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。