

平成25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	1495400119	事業の開始年月日	平成21年8月1日	
		指定年月日	平成21年8月1日	
法人名	株式会社 日本ライフケア			
事業所名	「結」ケアセンターたまがわ			
所在地	(214-0012)			
	神奈川県川崎市多摩区中野島 1655-1			
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	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成25年7月31日	評価結果 市町村受理日	平成25年11月11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=ST1495400119&SVCD=320&THNO=14130
----------	---

【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)】

入居期間2年以上の方が8名いらっしゃいます。入院されている方も無く、皆様お元気に過ごされています。多摩川の土手にも近く、住宅地や公園に囲まれた緑豊かな環境に恵まれたところです。日課としてのフローア清掃や食事作りをそれぞれ分担してお手伝い下さっています。体操で身体を動かしたり、カラオケを楽しんだり、ゆっくりと時間が流れているようです。お一人ひとりの「思い」を受け止め、最期までホームで暮らして頂けるように介護の専門性の向上を目指し、地域の方々に貢献できるように努めていきたいと考えています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年9月25日	評価機関 評価決定日	平成25年10月23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JR南武線または小田急線登戸駅から徒歩約15分の中小会社と住宅街に立地し、1階はデイサービス、2階・3階がグループホームとなっています。

<優れている点>

法人の理念に沿った事業所の理念の実践に努めています。法人は高齢社会を見据えて、地域の方に医療・福祉・介護サービスを提供しています。穏やかに日常生活を送れるように、また、生きがいをもって過ごせるような社会を目指しています。その法人理念に沿って、事業所独自の理念をつくり、一人ひとりの意思を尊重し、地域に根ざした居心地の良い「家」をつくることに努めています。「結(ゆい)」は、利用者・家族・職員がお互いに助け合い、協力し合って、地域とのつながりを大切にし、明るく自分らしい生活を送れことを意としています。

運営推進会議は定期的に2ヶ月毎の偶数月に開催し、メンバーには町内会役員、民生委員、地域包括支援センター職員、利用者・家族が出席しています。事業所の活動状況や行事報告、外部評価の受審結果などを議題として意見交換を行い、サービスの向上と事業所の取り組み内容の開示に努めています。

<工夫点>

職員と栄養士が2ヶ月に1回ミーティングを開いています。利用者にとって栄養バランスと味を考慮した美味しい食事を提供するよう努めています。

利用者家族には、書面の中央に理念を掲げた便りに、生活状況や健康状態を伝え、「結」だよりと「きずな」を送付し、家族の安心につなげています。

【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」ケアセンターたまがわ
ユニット名	グループホーム たんぼぼ

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、活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近づけている。	「高齢者の人格と尊厳を守り、豊かな日常生活が送れる」ことを念頭に、お一人、お一人の思いに耳を傾けて寄り添えるように心がけています。	事業所の理念は、開設時の管理者が職員と話し合っって作成し、玄関と2階事務室に掲示しています。管理者は新入職員研修の際に理念を説明しています。職員は日頃の介護・支援の中で、居心地のよい「家」を目指し、実践につながっています。	
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。	町内会に加入し、地域の催し物へも積極的に参加しています。散歩がてら近所のスーパーに買い物に行き、地域の方々と触れあう機会を持つように努めています。	町内会に加入し、地元の中学校の体験学習を受け入れています。事業所に傾聴ボランティアが来訪したり、老人会の人達が盆踊りやカッポレ踊りを披露したり、カラオケでも唄っています。利用者は地域の人と一緒に公園体操を行うなど交流を深めています。	
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。	「認知症の相談窓口」としての活動は行えていないが、地域の方々の施設見学は受け入れています。	/	/
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。	運営推進会議は2ヶ月に一度開いています。町内会役員、民生委員、地域包括の職員、利用者様のご家族代表の方々に参加して頂き、意見交換をし、助言を頂き、サービスの向上に活かしています。	運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催しています。会議では事業所の運営状況や活動内容を説明し、外部評価の受審結果を報告しています。また、意見交換を行い、理解と支援を得てサービスの向上に活かしています。	
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。	生活保護者受け入れ指定を受けています。区役所保護課の担当者と連絡を取りながら支援をしています。	管理者は生活保護課へ事業所の運営面や取り組み状況を報告し、指導と助言を仰いでいます。介護保険の更新手続きのため、家族に代わって出向くこともあります。運営推進会議には、地域包括支援センターの職員から地域の情報を得ています。	

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。	「身体拘束をしない」ことを基本としています。しかし、1階にはデイサービスがあり、帰宅願望の方もいらっしゃるため、危険回避のために玄関は施錠しています。	職員は身体拘束をしないケアに取り組んでいます。玄関はデイサービスと出入口が一緒です。近くにバス通りがあり、帰宅願望の方がいることなどから、安全面と防犯上、家族と話し合い施錠しています。居室の鍵は本人に任せ、自由な暮らしを支援しています。	身体拘束に関する勉強会を実施し、職員全員がなお一層正しい理解に努めることも期待されます。
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。	行動制限を行う言葉かけや、身体的拘束が入居者様にあたえる精神的、身体的弊害を管理者やフロア会議で伝え、防止に努めています。		
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。	生活保護を受けておられる方が2名入居されていますので、職員が学ぶ機会を作り、サポートできるように努めていきます。		
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。	「お預かり金制度」改定の際には、ご家族に十分な説明を行い、ご理解を頂きました。施設の方から解約させて頂いた方はおられません。		
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。	ご意見箱を玄関に設置しています。面会時や食事交流会、行事参加等に機会を設け、施設運営の改善に努めています。	苦情や要望の担当を契約時に説明しています。運営推進会議や年2回の家族との食事交流会、家族の来訪時には利用者の生活状況を説明し、意見・要望を聞き運営の反映に努めています。家族の要望により、玄関に職員の写真と名前を掲示しています。	

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。	意見や提案をまとめ、各フロアーにて検討しています。	管理者はフロア会議や月1回の主任・副主任会議時に、職員から意見や提案を聞いて、業務の改善や向上に反映しています。法人の代表者が巡回時や幹部会議時に要望や提案を聞き、事業に反映しています。	
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。	職員全員に運営や行事等の役割を持ってもらい、各自の能力が発揮できる場を作っています。 勤務状況については、日中3名なので厳しいところもあります。		
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。	外部研修案内は、各フロアーに貼り出し、個々に声をかけて参加の機会を作っています。 新しいスタッフには、その方の力量に見合った回数研修をしています。		
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。	「多摩区グループホーム連絡会」に加入しています。施設見学や「認知症についての学習会」等が今後予定されているため、活動を通してサービスの質を向上させていきたいと考えています。		
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。	入居のお問い合わせを頂いた時から、ご本人との面会、施設見学を重ね、アセスメントをしながらご本人との信頼関係を築けるように努めています。		

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
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。	入居のお問い合わせを頂いた時から見学や面会の機会を重ね、ご家族が「困っていること」や「不安」、「要望」等を把握するように努めています。		
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。	「今必要とされている」サービスが提供できるように、他部署との連携を図りながら、また、地域の社会資源も活用しながら取り組んでいます。		
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。	ご自分の身の回りの事に限らず、日常生活において、家事仕事等、できることはスタッフと一緒に手伝って頂くようにしています。		
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。	「食事交流会」・「夕涼み会」・「薬師池公園散策」等の行事参加へのご案内をしています。機関紙「きずな」や「結からのお便り」等を通して施設内での生活やご本人の様子を理解して頂けるように努めています。		
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よう、支援に努めている。	ご友人や付き添いボランティアの方にご協力して頂いて、通い慣れた床屋や整形外科に通い続けることができるように努めています。	利用者は家族や友人と馴染みの美容院や理髪店、墓参に出掛ける方もいます。誕生日には自宅へ帰り、家族とお祝いをしたり、友人が来訪し歓談しています。年賀状や手紙が届いた際は返信を書き、職員とポスト投函するなど関係の継続を支援しています。	

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
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。	共同生活のため、入居者様同士、口論になることもありますが、その際には職員が間に入り、お互いの話を傾聴して、孤立されないように努めています。		
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。	退居後ご逝去された方の葬儀に参列いたしました。 退居後ご自宅で生活されている方には2ヶ月に1度はお電話をして、その後のご様子を伺っています。		
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。	ご本人様の思いやご希望等を傾聴しながら、問題があれば解決できるよう努めています。すぐに解決できないような場合は、これまでの暮らし方、育った環境等、ご家族も交えて話し合いの機会を設けて検討しています。	職員は日常の会話や仕草、表情の中から利用者の意向や希望を汲みとるよう努めています。意向を自分から伝えるににくい方には、居室にいる時やゆったりと入浴している時、散歩や買い物の時に話を聞くこともあります。また、夜間の静かな時に話す人もいます。	
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。	ホームで安心して暮らして頂けるように、入居時には馴染みの物を持参して頂いています。		
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。	一人ひとりの生活のリズムを大切にして、できることを活かせるように機会を設けています。		

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
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。	ケアプラン実施表にてモニタリングを行い、3ヶ月ごとを基本としてサービス計画書の見直しをしています。カンファレンスには、ご本人、管理者、職員が参加し、ご本人の思いに添ったサービス計画を作成するように努めています。	入居時には利用者の自宅や病院を訪問し、本人・家族の話を聞いてアセスメントを作成しています。職員が話し合いモニタリングし、家族の意向を聞き主治医の所見を参考にして介護計画を作成しています。通常は3ヶ月毎に見直し、現状に即したものとしています。	
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。	食事、排泄、入浴の生活記録や、ケア日誌、業務や個人の申し送りノートを活用し、出勤時に眼を通し、口頭でも伝えていきます。		
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。	訪問歯科、理美容、訪問リハビリ等の支援をさせて頂いています。ご家族やご本人からの要望があった場合には、スタッフ間で検討し、他部署と連携を図りながら、ご要望に添えるようにしています。		
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。	「夕涼み会」の際には、自治会のボランティアの方や老人会の方のご協力を得たり、老人福祉センターや町内会の催し物、公園体操に参加しています。音楽会や踊りの会、絵手紙、傾聴など地域の方々に支えられています。		
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。	ご本人、ご家族の希望があれば、外部に通院して頂いています。月2回の提携医の往診の際には、ご家族に直接説明して頂く場合もあります。	希望により今までの通院も継続できますが、協力医療機関の医師や歯科医がそれぞれ月に2回の往診と、訪問看護師の月に4回来訪により健康相談などが出来る体制を整えています。医療情報は個人別に受診報告事項に記録し、職員間で共有しています。	

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。	週一回の訪問看護の際には、相談や指導を受け、フロア内の職員が必ず把握するようにしています。 また、24時間体制で医師、看護師との相談、指示を受けられるよう連携をとっています。		
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。	入院時は介護サマリーを提出し、担当看護師と情報交換をします。 ご家族にも連絡をとり、退院に備えます。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	施設としては、「看取り」までケアをする方針ですが、まだ経験の浅いスタッフが多数いるため、内外共に研修が行き届いていない状況です。 重度化した場合は、その都度相談しながら対応していくという事でご家族には了解を得ています。	事業所ではまだ看取りの実績はありません。利用者・家族には重度化した場合の対応を入所時に説明し同意を得ています。急変時には、主治医、看護師、家族と職員が話し合い、取り組む方針です。この方針は関係者間で共有しています。	ターミナルケアを行う方針でもあり重度化や終末期の対応について早い段階での職員への勉強会の実施も期待されます。
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。	急変や事故発生時のマニュアルは見える場所に掲げていますが、定期的な訓練がまだ充分ではないと思われます。		
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。	災害時の緊急連絡網や施設内での定期的な避難訓練は実施していますが、地域との協力体制はまだ築けていません。	防災・避難訓練は職員と利用者が全員参加しています。年に2回実施し、毎回消防署の協力を得ています。民生委員やオーナーの協力も得られる状況にあります。3日分の飲料水、食料および日用品などの備蓄も確保しています。	

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
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。	誤った使い方や出来なかったことに対して指摘したり、大きな声や「ちゃん」付けで呼ぶような言葉づかいや接し方については、主任や職員が指導しています。	利用者に対して、名字に「さん」づけの呼びかけを原則としています。プライバシーの確保と、人生の先輩としての誇りを傷つけないように心掛けています。個人情報を含む書類は、鍵の掛かるロッカーに保管しています。	
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。	目を見てゆっくり話し、できるだけ答えが出るまで待つように心がけています。一方的に話すのではなく、いろいろな話題を提供しながら、利用者様が意志を表現できるように努めています。		
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。	食事の時間は決まっていますが、それ以外の時間は居室で過ごしたり、リビングでくつろいだり、自由に過ごせるよう支援しています。		
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。	月一回理美容を依頼しています。希望すれば利用できます。おしゃれを楽しめるように化粧品を買いに行ったり、季節に合った装いができるように声をかけています。		
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。	食事の支度のお手伝いをして頂いています。野菜を切ったり炒めたり、配膳、食器拭き等無理のない範囲で協力してもらっています。	食材は業者からほぼ毎日配達され、職員が交代で調理しています。調理、盛り付け、配膳、後片付けなどは、職員と一緒に利用者が手伝っています。月に1回食事委員会を開催し、メニューには利用者・家族および職員の希望も取り入れています。	

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。	生活記録に水分及び食事量を記録しています。人工透析を受けている方の水分量は特に注意しています。むくみが見られる方には毎日体重測定をしています。2ヶ月に一度は栄養士とのミーティングも行っています。		
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、口腔ケアの声掛けや介助をしています。 夜間は義歯の消毒をしています。		
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。	日中は利用者様全員がトイレでの排泄をされています。 尿意、便意の訴えがない方は、時間を見て誘導するように心掛けています。	排泄チェック表により排泄パターンを把握し、トイレでの排泄を支援しています。適時、さりげない声かけを心がけています。夜間は2時間に1回の巡回をし、トイレでの排泄を支援しています。	
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。	白米に押し麦を少し混ぜています。 水分も十分摂取して頂けるように、ポカリスエット、麦茶、ジュース等の嗜好品で工夫しています。 排便については、チェック表にて確認し、場合によっては下剤を使用する時もあります。		
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。	利用者様の体調に合わせて入浴して頂いています。 介助が必要な方でも、ご自分で出来ることはなるべくやって頂いています。 入浴拒否の方については、声掛け等ご家族のご協力もお願いしています。	入浴は各自の好みや都合に合わせて、週2回から3回入浴しています。入浴の際には、利用者から話を聞く機会をつくり思いや意向を聞いています。入浴をしたがらない方には家族から声かけの方法などを教えて頂くなど、工夫しています。	

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の状況に応じて、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。	体調に合わせて臥床して頂いています。夜間安眠できるように居室の温度、音、照明等には配慮しています。また、夜間眠れない方は、医師と相談しながら眠剤を服用して頂く場合もあります。		
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。	往診や訪問看護の際には指示を記録し、職員間で情報が共有できるよう努めています。		
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。	一人ひとりに合った家事手伝いやレク活動へ声掛けをしています。好きなお菓子を買いに、職員と外出される方もいらっしゃいます。		
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。	外出の際、車椅子を使用される方が多い為、散歩をする機会が少ないのが残念です。しかし、ご家族のご協力に支えられ、お花見や薬師池散策等の行事を行う事ができました。	車いすの人も全員で散歩に出掛けるように心がけています。天気の良い日には、事業所の周りや近所の公園などに散歩に出掛けたり、職員と一緒に買い物に出掛けています。また、公園体操にも参加したり、ベランダでの外気浴や廊下で歩行訓練をする人もいます。	
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。	基本的には、ご本人に管理して頂いています。しかし、金銭管理が難しくなった場合は、施設でお預かりさせて頂いています。		

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
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。	現在、手紙のやり取りをされている方はいらっしゃいません。携帯電話を持っていらっしゃる方はお友達に連絡を取り、遊びに来て頂いたりしています。ご家族の方にも電話をかけて頂いています。		
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。	トイレ、浴室、居室、リネン室にわかりやすく貼り紙をしています。ベランダにはプランターを置き、季節を感じてもらい、共有部分には季節の飾り付けをしています。食事の時は音楽を流し、天気の良い日は窓を開け風を通して頂いています。	共用空間のリビングや廊下などは、利用者と職員と一緒に清掃し、換気にも心掛け、明るく清潔に保たれています。季節の飾り付けに加え、ベランダでは好きな草花を育て、廊下には季節の花を絶やさないようにして居心地よく過ごせる工夫をしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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、気の合う者同士で話をしたり、テレビを一緒に見たりして頂いています。		
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。	使い慣れた物を居室に置いてもらったり、家族の写真や仏壇、カセットテープを持ってきたりされています。	居室にはエアコン、クローゼットと洗面台が備え付けられています。ベッドは原則的に持ち込みで、タンス、テレビ、仏壇、小テーブル、いすなど、各自好みのものを置き、思い思いに居心地よく安心して過ごせるように支援しています。	
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。	できる事についてはゆっくり見守り、わからない事があったり、とまどっておられる時はその都度声を掛けています。		

事業所名	「結」ケアセンターたまがわ
ユニット名	グループホーム すみれ

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している。 (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、活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。	理念は玄関ホールやスタッフルームに掲げており、日々のケアに活かせるように確認しています。		
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。	週に数回、スーパーへの買い物に利用者様と一緒に出かけしています。地域の公園体操に参加しています。地域の方の指導にて絵手紙教室等を楽しんでいます。		
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。	「認知症の相談窓口」としての活動は行えていません。内部研修にて理解や支援活動を実践していこうとしています。		
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。	ホームでの出来事等オープンにして、地域との交流や防災対策などの助言やアドバイスを頂いています。		
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。	生活保護者受け入れ指定を受けている為、区役所保護課の担当者とはサービスや今後について相談の機会を図るようになっています。		

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
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。	「身体拘束をしない」事を方針として、日々のケアの中で「これは身体拘束ではないのか」と気付き、考える機会を持つようにしています。		
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。	虐待防止の資料を確認しながら、スタッフ間でケアを振り返り、意識を高めるようにしています。		
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。	資料で確認をしています。 個々の必要性を感じた場合は、行政へ出向き相談の機会を設けています。		
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。	ご入居の際には、「重要事項説明書」にて十分ご理解頂けるように説明をさせて頂いています。		
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。	ご家族の方々に運営推進会議に出席していただいたり、面談等を通してご意見やご要望等を伺っています。		

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
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。	ミーティングや主任会議で出された意見や要望を伝え、管理者とスタッフの面談でも意見や要望を伝える機会を設けています。		
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。	各自の能力が発揮できるように、運営や行事等の役割分担を図っています。労働時間や給与についても、本人からの希望があれば、代表者に伝え、働きやすい職場を目指しています。		
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。	新人スタッフについては、研修期間を設けて十分に理解した上で業務に就いて頂いています。外部研修についても、積極的に声をかけ、参加を促しています。		
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。	「多摩区グループホーム連絡会」に加入しています。今後のサービスの向上に活かしていきたいと考えています。		
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。	ご本人やご家族から日頃の様子を伺い、困っている事や不安に思っている事や見極め、混乱することがないように、早く生活に馴染んで頂けるように心がけています。		

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
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。	見学や相談の際には、入居される、されないにかかわらず、注意深くお話を伺う様にしています。		
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。	ご本人の思いや意向、ご家族の思いやご要望を伺い、必要とする支援につなげられるようにしています。		
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。	理念に掲げている「家」として、家事や買い物、趣味活動等で役割や出来る力を発揮して頂く機会を設けています。		
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。	「結」からのお便りや、ご家族の訪問時に日頃の様子をお伝えすることでご本人とご家族とのつながりを大切にさせて頂けるようにしています。		
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よう、支援に努めている。	馴染みの人に会ったり、馴染みの場所へ可能な限り出掛けられるように支援しています。時には、車での外出もしています。		

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。	ご利用者様同士の相性等を考慮し、リビングの席を考えたり、トラブルになった時はお互いの意見を伺い仲裁に入るようにしています。		
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。	病院から施設へ移られた事は知っていますが、ご連絡したり、その後の経過を伺ったり、ご相談を受けた事はありません。		
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。	基本情報から生活歴を把握するとともに、行動や声のトーン・しぐさから思いや意向を感じ取り、ご本人の思いにそった支援を行っています。		
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。	入居時にご本人やご家族に確認をしています。		
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。	「出来る事」に力を発揮することが自信につながっています。色々な場面でその力が発揮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
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。	3ヶ月ごとのモニタリングやご家族からのご要望を伺い、状態に変化があった場合はそのつど計画を変更しています。		
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。	日々の様子の記録から、気づきやケアの工夫のヒントを見つけ、個々に用意した情報整理シートから介護計画の見直しに活かしています。		
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。	ホームスタッフによる病院送迎やご自宅への送迎、訪問理美容の手配をしています。		
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。	運営推進会議の場で、地域包括支援センターの職員、町内会役員、民生委員の方々にご協力やアドバイスを頂いています。		
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。	ホームでのかかりつけ医の利用や、入居前のかかりつけ医の利用は、ご本人やご家族のご希望にそって支援しています。		

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。	定期的に訪問看護を利用し、個々の体調や生活面での相談をしています。24時間対応の連絡体制をとり、報告・指示を仰ぐようにしています。		
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。	入院先の医療相談員と情報交換をして、入退院の支援等に向けて関係づくりを行っています。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	「看取りを行う」という方針をスタッフやご家族に発信しています。今後は看取りケアについての内外を含めた研修が必要と思われます。		
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。	急変に備え、情報提供できるように個別のファイルの用意や救急対応マニュアルを作成し、目につく所に貼っています。		
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。	<ul style="list-style-type: none"> 消防署協力の下で避難訓練や昼夜を想定した自主訓練を実施しています。 防災用品を準備しています。 		

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
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。	言葉かけで、問題が発生した場合には直ちに訂正するように注意しています。		
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。	ご自分から意思の表出が難しい方には声をかけたり、しぐさや表情から思いを探るようにしています。		
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。	ご本人の意向を優先し、意思を表出できない方はご家族からお話を伺ったりご本人のしぐさや表情などからくみ取って支援につなげています。		
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。	訪問理美容やご家族のご協力で理美容支援を行っています。		
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。	・食事の準備等、できる方には手伝って頂いています。 ・個々の状況に応じた食事（刻み食）の提供をしています。		

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
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。	食事や水分量を記録して、摂取量が少ない場合の対応等をスタッフ間で共有し、場合によっては医療との連携をはかるようにしています。		
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、声掛けや介助を行っています。定期的に訪問歯科による口腔ケア・チェックを行っています。		
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。	排泄チェック表を用いて個々の排泄リズムをつかみ、リハビリパンツやパットを使用しているもトイレ誘導を行い、失敗を防ぐようにしています。		
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。	水分量の記録をしたり、食材（フルーツ、ヨーグルト等）の配慮、便秘薬服用については便秘日数に応じて調整しています。		
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。	個々に応じ希望をお聞きしてゆっくりと入浴して頂いていますが、スタッフの都合に合わせて対応している場合があります。		

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の状況に応じて、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。	個々の生活習慣を把握し、日中の疲労や体力、体調に合わせた休息がとれるようにしています。		
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。	処方薬の説明書は個別のファイルにまとめ、効能や副作用について確認できるようにしています。		
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。	ご本人やご家族からの情報やケア日誌から情報を得ることで支援につなげられるようにしています。		
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。	ご希望にそって散歩や買い物をしたり、車を利用してドライブの支援を行っています。意思の表出ができない方へはこちらから働きかけています。		
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。	自己管理のできる方はご自分で管理していただいています。 難しい方はこちらでお預かりし、必要に応じて使用して頂いています。		

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
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。	ご利用者様のご希望やご様子に応じてご家族と電話で話ができるようにしています。		
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。	ベランダの窓が大きく、自然の光を取り入れることができます。暖色系の蛍光灯を使用し、その日の天候で調整しています。 リビングにはソファ、ベランダには椅子を用意して思い思いにくつろげるスペースがあります。家庭菜園で花や野菜を育てることで季節を感じて頂いています。		
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。	リビングにはソファを置き、思い思いにくつろいで頂いています。ベランダには椅子を用意して植物を眺める機会を持って頂いています。		
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。	ご家族へ馴染みの品や使い慣れた物を持ってきて頂いています。 壁には写真を貼っています。		
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。	居室ドアに名前を貼ったり、トイレの表示をつけたり、「わかる」工夫をすることによって自分でわかって、できるように支援しています。		

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	5	「身体拘束をしない」事を基本としている。しかし、1階にはデイサービスがあり、帰宅願望の方もいらっしゃるため、危険回避の為に玄関は施錠している。	「身体拘束」についての正しい理解	内外研修にて職員が勉強する機会を作り、日常のケアの中で実践して行く。	1年
2	12	「看取り」までケアをする方針ではあるが、重度化や終末期に向けて、内外研修ができていない。	「看取り」に向けての体制作り	たまたがわでの具体的な「看取り」についての方針と医療との連携。	1年
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、行を挿入して下さい。