

2021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	1495300186	事業の開始年月日	平成23年12月1日
		指定年月日	平成23年12月1日
法人名	株式会社長谷工シニアウェルデザイン		
事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム		
所在地	( 213-0035 ) 神奈川県川崎市高津区向ヶ丘136-7		
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3年8月14日	評価結果 市町村受理日	令和4年4月8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）】

①入居者様お一人で出来ること、得意なこと、苦手なことを等を把握し、出来ることは入居者様自身でやっていただけるよう促し、各々の認知症に合わせた支援を行っている。認知症の周辺症状に対して事前に把握、アプローチすることでトラブルに繋がらないよう工夫している。②法人独自の介護予防体操（スイッチオンケア）の導入し、入居者本人が持っているが眠ってしまっている身体の機能を起こすことで転倒予防や立ち上がりを楽しむなどの様々な効果を発揮している。③家族との交流を大切に、家族として出来る役割を積極的に行って頂けるように依頼をしている。④20代～70代まで幅広い年齢層のスタッフが従事し、協同して入居者様対応をスムーズにしている。

### 【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3年11月18日	評価機関 評価決定日	令和3年12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）】

事業所は東急田園都市線「宮崎台」駅「梶ヶ谷」駅両駅からおよそ徒歩15分の多摩丘陵の高台にあります。鉄骨2階建て建物と同じ法人運営のサテライト型指定小規模多機能型居宅介護施設「宮崎台倶楽部」が併設されています。

<優れている点>

事業所の介護方針は、「あきらめない、あきらめさせない自遊な暮らし」をハウスコンセプトとし、利用者にとってこのホームでの暮らしが、自宅と同じように制約にしばられず、ストレスもなく「自遊でいること」を第一とした支援に努めています。利用者の高齢化に伴い、支援困難な利用者の対応も多くなり、さらに一人ひとりの支援の量と質が日々求められています。利用者の一人ひとりの言動を確認し、職員間で共有しながら常に本人の「想いをかたちにする」を基に「本人を尊重したサポート・できる事を行えるようにサポートする」支援を行っています。

<工夫点>

誤薬事故や誤嚥事故の防止対策として、15分刻みのルーチン表を作成し、服薬と食事時には、2人態勢から必ず3人態勢で行う事故防止対策を講じています。予見義務や確認行為を3人態勢で徹底し、細心の注意を払った支援に取り組んでいます。

### 【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム
ユニット名	1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、生き生きと働いている。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	面接時、入社時において当社理念である地域コミュニティの説明を行い、地域ボランティア導入や民生委員、地域包括支援センターと連携、運営推進会議の案内を出し定期的な連絡に場を設けている（一部コロナで活動不可も有）	事業所の介護方針は、「あきらめない、あきらめさせない自遊な暮らし」をハウスコンセプトとし、利用者にとってこのホームでの暮らしが、自宅と同じように制約にしばられず、ストレスもなく「自遊でいること」を第一とした支援に努めています。	
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。	自治会に入会。入口に木のベンチを設置。どなたでも休めるようにし、近隣の保育園や小学校との交流も図っている。地域貢献部（社内用語）を設置し積極的に交流を深めている（一部コロナで活動休止）	事業所は、併設する小規模多機能の職員と「地域貢献部」を設置し、地域コミュニティの一員として日常的に交流できる取り組みに努めています。事業所側にゴミ集積所の設置や幼稚園バスストップ、四季折々に咲く花壇作りなど、継続した交流を行っています。	地域貢献部を設置し、事業所のできる活動を今後も継続していくことが望まれます。更に幅広い地域貢献として自治会や学校などの行事に利用者が参加できる活動なども望まれます。
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。	地域包括支援センターや地域の方々と連携し、つどい（認知症）カフェを共催している。また認知症サポーター養成講座を実施している（コロナで休止）	/	/
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。	会議においてスタッフ、入居者、家族、包括や民生委員と共に認知症意見交換（座談会）を行い日々の業務に活かしている（コロナで休止）	法人同系列の小規模多機能型居宅介護宮崎台倶楽部・溝の口倶楽部の合同会議を隔月に開催しています。民生委員、地域包括センター、高津区役所、利用者家族などの出席により、事業所の現状報告や意見交換を行い、提案された改善策は支援に反映しています。	
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。	各種行政には質問事項等があれば即座に対応している。こちらから積極的に取り組み等を伝えることはしていない。包括支援センターにおいては運営推進会議にて連携を取っている。	宮前区・高津区の高齢・障害課と利用者の介護認定の申請などで連携があります。運営推進会議に地域包括支援センターや宮前区・高津区職員などの参加もあり、事業所の現状報告や地域の情報を得るなど、情報の共有を図っています。	

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	原則身体拘束は禁止している。協議の上や無負えないと判断した場合は家族の同意のもと実施する場合もある。その際は都度委員会を開催し身体拘束を終結できるよう話し合いを実施している。	「身体拘束廃止に関する指針」を策定しています。原則的に身体拘束は禁止していますが、ベッドからの転落や転倒によるリスクを家族に説明し、切迫性の観点から同意を得た上で就寝時に緩衝マットやベッドマットを設置しています。	
7	6	○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。	身体拘束、高齢者虐待については勉強会を実施し、どのようなものが高齢者虐待になるのか学んでいる。	高齢者虐待防止、身体拘束廃止について年に2回研修を行っています。施設長は、日常的な支援や朝の会で職員の言動や不適切なケアが虐待に繋がる危険性について具体的に説明し、一人ひとりが意識した支援を行うことを指導しています。	
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。	制度の仕組みを説明し、過去に無事締結された事例有。		
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。	契約は必ず2名体制で行い、不安や疑問が残らないようにしている。また変更等があった場合には運営推進会議、書面で報告した後に変更を実施している。		
10	7	○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。	電話か対面等でいつでも相談、要望を聞く体制を取っている。またハウス外にも相談窓口があるため、外部への相談も可能であることを契約時に案内している。ご意見があった場合には職員に周知し改善を図っている。	家族の意見や要望は、面会時、電話連絡や運営推進会議で把握し、支援に反映しています。利用者の要望は、日々の言動から思いを把握し、本人の今の気持ちを大切にしたい支援に繋げています。重要事項説明書に外部への相談体制を明記しています。	

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	8	○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。	年2回の目標設定や個別面談等を実施している。業務に対しても目標設定、個人の意見、提案、要望等は聞いている。	毎朝行う「文殊の会」では、「三人寄れば文殊の知恵」の如く、職員の意見を出し合う会議にしています。申し送りやフロア会議、個別面談においても意見や提案を聞く機会を設けています。出された意見や提案を検討し、改善策として支援に反映しています。	
12	9	○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。	上記同様。家庭の事情などでの要望など個人の事情は可能な範囲で聞くようにしている。	技術水準、専門資格、勤務状況、家庭の状況など、一人ひとりの職員の全体像からワークライフバランスに配慮した働きやすい就業環境の整備に努めています。職員は、休みやすい職場環境が確保されているため、ゆとりを持って仕事ができると話しています。	
13	10	○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。	日々の業務の中で職員一人一人の力量は把握できている。また勉強会を月一程度実施、外部研修についても職員に案内し可能な限り受講するよう促している。	職員は、年に2回、職員自身が立てる将来設計「マイプラン」を作成しています。事業所は、常勤・非常勤一人ひとりの職員に将来の目標に向けた資格の取得や専門性を高める研修を薦めています。	
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。	弊社他事業所とはリーダー会議、エリア会議等で交流あり。今後は社員、パート問わずに交流が持てるよう計画をしている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	利用開始時に運営面談を実施。本人、家族から入居後の要望や生活についての希望等を聞きケアプランに反映。その後入居一か月後を目安にプランの見直しを実施、以降は定期的なモニタリング実施によりケアプランに反映している。		

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
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。	上記同様。		
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。	上記同様。		
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。	何事も本人の気持ちや要望を第一に考え支援している。食事なども可能な限り一緒に取り、日常的な生活の中でコミュニケーションを図っている。また、心身状況の変化に合わせてケアプランの見直しも行っている。		
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。	認知症を持つ家族の苦しみや悩み等について常に一緒に考え、悩みながら入居者本人を支える関係づくりはできている。		
20	11	○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、趣味などこれまで入居前に行ってきた出来る限りのことを継続していけるよう支援をしている。	高齢化に伴い、知人や馴染みの場所との関係維持が難しくなっていますが、思い出の場所へドライブするなどできる限りの支援をしています。家族同行では墓参り、散歩や買物に出かけています。裁縫の得意な利用者は着物からバッグのリメイクを楽しんでいます。	

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。	入居者同士が良い関係を築けるよう出来る限りのサポートをしている。認知症の進行レベルにより難しいこともあるが入居者同士で会話をしていることがある。		
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。	他施設への入居により退去した場合は、一定期間家族へ連絡を取り様子を伺っている。		
<b>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</b>					
23	12	○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。	出来る限り個別に話す時間を設けている。また家族、本人に思いや希望等を定期的に聞き取りケアプランに反映している。本人からの聞き取りが難しい場合は家族からの聞き取りにより対応している。	入居前と入居後の変化を含めて、本人の意向、家族の思い、問題の明確化したものをケアプランに反映し、その人らしさを引き出すことで、その時その時の利用者の思いを大切にすることを心掛けています。	
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。	入居前の運営面談にて聞き取りしている。また入居後に変更になった状況等はフェイスシート等を更新し職員間での把握を行っている。		
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。	担当者会議以外で毎日15分のミーティングを行い入居後の心身の状況を把握するようにしている。また入居一ヶ月は様子観察を強化し一か月後のケアプラン変更反映させている。		

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	13	○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。	定期的な担当者会議や毎日15分のミーティングを実施し一人一人の状況を把握。議題や伸ばしたい面等があればその会議を基に職員間で共有しケアプランに反映、実施している。	入居時のアセスメントを確認しながら事業所の職員や専門職が利用者について話し合っています。理念に基づき、みんなで共感し、育て、小さな気づきを大きな可能性にするための介護計画を作成しています。	
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。	週間個人記録、個別記録等から日々の様子を把握し、短時間ミーティングによって話し合いを行いケアプランへ反映、実施している。		
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。	併設事業（小規模多機能型）からの住み替えや他施設の利用、ボランティア導入等その時の状態に応じて適宜相談、対応している。		
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。	毎月ボランティアが訪問に来たり、年一回の町内会のお神輿など当時の気持ちを思い出すつながり等を継続している（コロナで一部休止）		
30	14	○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。	主治医についてはハウス提携医以外での利用も可能で、外部主治医の方も数名いる。どの医療機関においても日々の連携を図っている。	2週間に1回の訪問診察を行い、訪問診察医師と訪問看護師、事業所の看護師が連携して利用者の治療の対応を行っています。他科受診については、コロナ禍で面会もままならないため、できるだけ家族同伴で受診ができるように依頼しています。	

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。	看護師も全体の申し送り、各フロアの申し送りに参加している。業務の中で意思疎通が取れている。		
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。	協力医療機関との連携の中で24時間体制で連絡が取れるようにしてある。また双方で改善の余地がある場合には話し合いを行っている。入院時には入院先とも連絡を密にとり、早期退院が出来るよう情報共有を行っている。		
33	15	○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。	必要に応じて要望書を作成し、終末期においての希望をそれぞれの家族と面会している。またその際にハウスの方針や協力医療機関で出来ること等を再確認し、変更等があれば再度の話し合いを行っている。	看取りの実績もあります。入所時は重要事項説明書、終末期になった場合は承諾書を取り要望書も作成しています。勉強会や研修会も開催され、医師と看護師は24時間体制でフォローすることで看取りに向けた支援に取り組んでいます。	
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。	定期的な勉強会や開示、協力医療機関との連携などを明示し安心して働ける体制を作っている。管理者は24時間連絡を取れる体制にあり、万が一の場合は都度指示を出せるようにしてある。		
35	16	○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。	年2回の避難訓練、勉強会等を実施している。1日3食×3日分の食糧貯蓄がある。	災害対策マニュアルを基に、地震、火災、風水害、犯罪に関するフローチャート（業務のプロセスを示す流れ図）と、災害によって起こりうる急病、外傷についてのフローチャートも網羅しています。事務所には緊急連絡先を張り出し、災害の避難対応なども実施しています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	17	○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。	職業倫理や個人情報保護などの勉強会を実施し、接遇マナーに気を配っているが、慣れや職員一人一人の個性の中で完全徹底はされていない。	カルテや書類は、利用者の氏名ではなく数字を用いて、特定できない対策をしています。部屋にトイレが完備されているのでトイレ誘導は部屋に行きましょうと声掛けしています。個人情報はガイドライン、マニュアルがあり、プライバシー保護に向けた支援に努めています。	
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。	本人の意向、思いをくみ取り支援している。自己決定を尊重し、どうやったら実現出来るかを考えることを心掛けている。		
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。	食事の時間、入浴の時間、回数等本人の意向を尊重している。全ての要望を叶えることは難しいが実現に向けて日々努力はしている。		
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。	行事、外出の際にはいつもと違うその時々（TPOにあわせて）の状況を見て支援している。夏祭りは浴衣等を着ている。また日常的な身だしなみにも気を配っている。		
40	18	○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。	それぞれの得意分野の中で準備、片付け等を積極的にやっていただいている。また一人一人の食事形態を理解し食べやすい形態で提供している。	食事は、購入からすべて職員の手作りで提供しています。季節のものを取り入れられるよう工夫しています。誕生日会には、誕生者である利用者の希望でメニューが決まります。行事ごとのおやつづくりや出前でうなぎを注文したこともあります。	

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
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。	1週間ごとに担当者がメニューを作成。全体バランスを見ながら管理している。メニューの中身については入居者とも話しながら希望に沿ったメニューにしている。また必要に応じて本社栄養士に指示を仰ぐこともある。		
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、食後、就寝前に口腔ケアの声掛け、介助を行っている。また外出後には必ずうがいを実施している。		
43	19	○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。	出来る限りオムツに頼らず本人の細切感覚を大切に支援をしている。	日中は4人が布パンツ、14人がリハビリパンツを使用しています。排泄は利用者ごとに目安があり、一人ひとりの状態を把握をしています。人工肛門の利用者には、排泄マニュアルにはストーマケアの方法も明記しています。	
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。	排泄間隔をつかみながら便秘にならないよう介護、看護スタッフで協力している。		
45	20	○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。	支援の必要な方でも週二回に入浴を実施している。機械浴（リフト）有	基本の入浴は週2回ですが、時間や利用者の都合で日程をずらしたりするなどの工夫をしています。車いす対応のイスや入浴リフトを新たに導入したことにより、利用者は安心して湯船に入れることができます。温泉の元や季節のゆずや菖蒲も使います。	

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。	本人の入浴時間を大切にしながら昼夜逆転にならないよう声掛けを行っている。また不眠の方や落ち着かない方については傾聴したりし安眠が出来るよう工夫をしている。		
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。	提携医、薬局、介護、看護が協力しながら誤訳の無いよう日々工夫している。		
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。	入居前の運営面談にて本人の好きなことや嫌いな事、得意なことを聞き出し、日常生活に取り入れている。またレクについてはお部屋に閉じこもることが無いよう適宜声掛けを行い実施している。		
49	21	○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。	ご本人達の希望を聞きながらイベント等で外食や日帰り旅行を実施し、外出の機会を増やしている。また希望者は毎日の散歩をおこなっている。(外食、旅行はコロナで休止)	コロナ禍により、毎日行っていた食事の買い出しを今は自粛しています。しかし、コロナ禍においても毎日の散歩や、家族との病院への受診、床屋などでの外出を楽しむことは以前のまま継続できるよう支援しています。	
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。	ご家族に確認後、財布を所持し必要に応じて金銭感覚を維持できるよう努めている。		

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
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。	外部からの電話も本人たちに取り次いでいる。また月一回の家族へのお便りには自筆でコメントを書いていたっている。		
52	22	○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。	落ち着いた雰囲気となっており、各自が居室とリビングを行き来しながら自由に居場所を選択できるようにしている。	共有空間は遮るものがないため、日当たりもよく日中は大変明るい環境です。感染症の関係により、廊下にある排煙窓は常に開けて換気をしています。このため温度計を確認しながら常に温度管理に注意を払っています。庭には季節ごとに花を植えて楽しんでいます。	
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。	上記同様		
54	23	○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。	各自の居室の家具はご本人の使い慣れた物を持参していただき、依然と同様な生活を過ごせるよう工夫をしている。食器や湯飲み、お箸を慣れ親しんだ物を使用している。	持ち込む物に制限はなく、食器なども利用者が使い慣れたものを使用しています。居室には位牌を置いたり、低周波治療器、ソファなども持ち込み、利用者個人の思い出のある品が置いてあります。居室にはトイレも全員完備しています。	
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。	特別な造りにはなっていないが、その方に合わせて家具や備品の配置をしている。		

事業所名	宮崎台つどいの家 グループホーム
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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	面接時、入社時において当社理念である地域コミュニティの説明を行い、地域ボランティア導入や民生委員、地域包括支援センターと連携、運営推進会議の案内を出し定期的な連絡に場を設けている（一部コロナで活動不可も有）		
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。	自治会に入会。入口に木のベンチを設置。どなたでも休めるようにし、近隣の保育園や小学校との交流も図っている。地域貢献部（社内用語）を設置し積極的に交流を深めている（一部コロナで活動休止）		
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。	地域包括支援センターや地域の方々と連携し、つどい（認知症）カフェを共催している。また認知症サポーター養成講座を実施している（コロナで休止）		
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。	会議においてスタッフ、入居者、家族、包括や民生委員と共に認知症意見交換（座談会）を行い日々の業務に活かしている（コロナで休止）		
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。	各種行政には質問事項等があれば即座に対応している。こちらから積極的に取り組み等を伝えることはしていない。包括支援センターにおいては運営推進会議にて連携を取っている。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	原則身体拘束は禁止している。協議の上や無負えないと判断した場合は家族の同意のもと実施する場合もある。その際は都度委員会を開催し身体拘束を終結できるよう話し合いを実施している。		
7	6	○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。	身体拘束、高齢者虐待については勉強会を実施し、どのようなものが高齢者虐待になるのか学んでいる。		
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。	制度の仕組みを説明し、過去に無事締結された事例有。		
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。	契約は必ず2名体制で行い、不安や疑問が残らないようにしている。また変更等があった場合には運営推進会議、書面で報告した後に変更を実施している。		
10	7	○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。	電話か対面等でいつでも相談、要望を聞く体制を取っている。またハウス外にも相談窓口があるため、外部への相談も可能であることを契約時に案内している。ご意見があった場合には職員に周知し改善を図っている。		

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
11	8	○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。	年2回の目標設定や個別面談等を実施している。業務に対しても目標設定、個人の意見、提案、要望等は聞いている。		
12	9	○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。	上記同様。家庭の事情などでの要望など個人の事情は可能な範囲で聞くようにしている。		
13	10	○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。	日々の業務の中で職員一人一人の力量は把握できている。また勉強会を月一程度実施、外部研修についても職員に案内し可能な限り受講するよう促している。		
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。	弊社他事業所とはリーダー会議、エリア会議等で交流あり。今後は社員、パート問わずに交流が持てるよう計画をしている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	利用開始時に運営面談を実施。本人、家族から入居後の要望や生活についての希望等を聞きケアプランに反映。その後入居一か月後を目安にプランの見直しを実施、以降は定期的なモニタリング実施によりケアプランに反映している。		

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
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。	上記同様。		
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。	上記同様。		
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。	何事も本人の気持ちや要望を第一に考え支援している。食事なども可能な限り一緒に取り、日常生活の中でコミュニケーションを図っている。また、心身状況の変化に合わせてケアプランの見直しも行っている。		
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。	認知症を持つ家族の苦しみや悩み等について常に一緒に考え、悩みながら入居者本人を支える関係づくりはできている。		
20	11	○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、趣味などこれまで入居前に行ってきた出来る限りのことを継続していけるよう支援をしている。		

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
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。	入居者同士が良い関係を築けるよう出来る限りのサポートをしている。認知症の進行レベルにより難しいこともあるが入居者同士で会話をしていることがある。		
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。	他施設への入居により退去した場合は、一定期間家族へ連絡を取り様子を伺っている。		
<b>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</b>					
23	12	○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。	出来る限り個別に話す時間を設けている。また家族、本人に思いや希望等を定期的に聞き取りケアプランに反映している。本人からの聞き取りが難しい場合は家族からの聞き取りにより対応している。		
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。	入居前の運営面談にて聞き取りしている。また入居後に変更になった状況等はフェイスシート等を更新し職員間での把握を行っている。		
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。	担当者会議以外で毎日15分のミーティングを行い入居後の心身の状況を把握するようにしている。また入居が月は様子観察を強化し一か月後のケアプラン変更反映させている。		

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	13	○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。	定期的な担当者会議や毎日15分のミーティングを実施し一人一人の状況を把握。議題や伸ばしたい面等があればその会議を基に職員間で共有しケアプランに反映、実施している。		
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。	週間個人記録、個別記録等から日々の様子を把握し、短時間ミーティングによって話し合いを行いケアプランへ反映、実施している。		
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。	併設事業（小規模多機能型）からの住み替えや他施設の利用、ボランティア導入等その時の状態に応じて適宜相談、対応している。		
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。	毎月ボランティアが訪問に来たり、年一回の町内会のお神輿など当時の気持ちを思い出すつながり等を継続している（コロナで一部休止）		
30	14	○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。	主治医についてはハウス提携医以外での利用も可能で、外部主治医の方も数名いる。どの医療機関においても日々の連携を図っている。		

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。	看護師も全体の申し送り、各フロアの申し送りに参加している。業務の中で意思疎通が取れている。		
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。	協力医療機関との連携の中で24時間体制で連絡が取れるようにしてある。また双方で改善の余地がある場合には話し合いを行っている。入院時には入院先とも連絡を密にとり、早期退院が出来るよう情報共有を行っている。		
33	15	○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。	必要に応じて要望書を作成し、終末期における希望をそれぞれの家族と面会している。またその際にハウスの方針や協力医療機関で出来ること等を再確認し、変更等があれば再度の話し合いを行っている。		
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。	定期的な勉強会や開示、協力医療機関との連携などを明示し安心して働ける体制を作っている。管理者は24時間連絡を取れる体制にあり、万が一の場合は都度指示を出せるようにしてある。		
35	16	○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。	年2回の避難訓練、勉強会等を実施している。1日3食×3日分の食糧貯蓄がある。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	17	○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。	職業倫理や個人情報保護などの勉強会を実施し、接遇マナーに気を配っているが、慣れや職員一人一人の個性の中で完全徹底はされていない。		
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。	本人の意向、思いをくみ取り支援している。自己決定を尊重し、どうやったら実現出来るかを考えることを心掛けている。		
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、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、入浴の時間、回数等本人の意向を尊重している。全ての要望を叶えることは難しいが実現に向けて日々努力はしている。		
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。	行事、外出の際にはいつもと違うその時々（TPOにあわせて）の状況を見て支援している。夏祭りは浴衣等を着ている。また日常的な身だしなみにも気を配っている。		
40	18	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	それぞれの得意分野の中で準備、片付け等を積極的にやっていただいている。また一人一人の食事形態を理解し食べやすい形態で提供している。		

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。	1週間ごとに担当者がメニューを作成。全体バランスを見ながら管理している。メニューの中身については入居者とも話しながら希望に沿ったメニューにしている。また必要に応じて本社栄養士に指示を仰ぐこともある。		
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。	起床時、食後、就寝前に口腔ケアの声掛け、介助を行っている。また外出後には必ずうがいを実施している。		
43	19	○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。	出来る限りオムツに頼らず本人の細切感覚を大切に支援をしている。		
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。	排泄間隔をつかみながら便秘にならないよう介護、看護スタッフで協力している。		
45	20	○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。	支援の必要な方でも週二回に入浴を実施している。機械浴（リフト）有		

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。	本人の入浴時間を大切にしながら昼夜逆転にならないよう声掛けを行っている。また不眠の方や落ち着かない方については傾聴したりし安眠が出来るよう工夫をしている。		
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。	提携医、薬局、介護、看護が協力しながら誤訳の無いよう日々工夫している。		
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。	入居前の運営面談にて本人の好きなことや嫌いな事、得意なことを聞き出し、日常生活に取り入れている。またレクについてはお部屋に閉じこもることが無いよう適宜声掛けを行い実施している。		
49	21	○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。	ご本人達の希望を聞きながらイベント等で外食や日帰り旅行を実施し、外出の機会を増やしている。また希望者は毎日の散歩をおこなっている。(外食、旅行はコロナで休止)		
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。	ご家族に確認後、財布を所持し必要に応じて金銭感覚を維持できるよう努めている。		

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
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。	外部からの電話も本人たちに取り次いでいる。また月一回の家族へのお便りには自筆でコメントを書いていたideている。		
52	22	○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。	落ち着いた雰囲気となっており、各自が居室とリビングを行き来しながら自由に居場所を選択できるようにしている。		
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。	上記同様		
54	23	○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。	各自の居室の家具はご本人の使い慣れた物を持参していただき、依然と同様な生活を過ごせるよう工夫をしている。食器や湯飲み、お箸を慣れ親しんだ物を使用している。		
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。	特別な造りにはなっていないが、その方に合わせて家具や備品の配置をしている。		

2021年度

事業所名

作成日：2022年3月1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	III-33	看取りに関して、スタッフごとに対応力のバラツキがある。(ベテランスタッフは、経験値が豊富だが、その共有までできていない)	看取りの知識を全スタッフで共有することで、もし看取りをおこなう場合には、その知識、スキルを最大限活用して対応する。	半年に1回、看取りに関する勉強会を実施し、備える。	6ヶ月
2	I-2	新型コロナの影響もあり、外部との関係性、外出企画などの恒例にしてきたものが停滞してしまった。	感染状況を鑑みてにはなるが、夏、秋にかけて、季節を感じられるイベントや生活空間の整備をし、地域との交流も行えるようにする。	イベントの計画を行い、延期していた遠足や個別での外出企画を検討する。また、ご家族にも協力を仰ぐ。	10ヶ月
3	III-28	個別性の高いケアプランを作成し、その人らしい生活をサポートすべき。感染予防の観点より、実施できていない。	ご入居者一人一人に、役割を持ってもらい、それを本人、家族、スタッフ間で共有し、実行のサポートをする。	ケアカンファレンスにて、ご入居者ごとに役割を検討。たとえ要介護状態が、4でも5であっても、役割は見出せるので、スタッフも個別に担当をつけて、提案、実行、振り返りを行う。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月