

平成26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		
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) 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26年8月8日	評価結果 市町村受理日	平成26年11月13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/wp/Details.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)】

・当施設が開設して6年目を迎えました。開設当時の入居者様はお二人になりましたが、平均年齢83歳、要介護度2.2と、皆様お元気に暮らしておられます。これも、緑豊かな環境と地域の皆様のご支援とご協力によるものと考えます。たまがわが目指す「居心地の良い家」を理念に掲げ、職員一人ひとりが支え、考えて実践してくれたからだと思っています。入居者様やご家族の思いを受け止めて寄り添う介護をこれからも目指していきたいと思っています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年9月12日	評価機関 評価決定日	平成26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、JR南武線または小田急線登戸駅から徒歩約15分に位置し、中・小の会社と住宅がある静かな環境に立地しています。1階にはデイサービスが併設されており、2階と3階がグループホームとなっています。

<優れている点>

運営推進会議は2ヶ月に1回定期的に開催しています。メンバーには町内会役員、中野島や登戸の民生委員、地域包括支援センターの職員、利用者・家族などが参加しています。会議では事業所の運営状況や活動内容、外部評価の受審を報告し、意見交換を行い事業所のサービス内容の開示に努めています。

特徴として、内科医と看護師との連携を図りながら24時間医療の受診と健康相談を行っています。利用者や家族が安心して暮らし続けられる医療連携体制となっています。また、利用者・家族には重度化した場合に、その対応に係る指針について説明し、看取り看護についての同意を得ています。

<工夫点>

中野島町内会に加入し、季刊紙「結だより」を春・秋の年2回発行しています。家族と町内会にも配布、回覧しています。事業所の情報を提供して、地域住民との馴染みやつながりを大切にしています。事業所の夕涼み会には、地域の方が和太鼓演奏やかっぱれ踊りを披露してくれています。挨拶を交わしたり公園体操を指導してもらうなど日常的に交流をし、関係を密にしています。事業所は「結からのお便り」も月1回家族へ送り、利用者の健康状態や日常生活、事業所の行事を知らせて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	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。	「居心地の良い家」を理念に掲げ、ケアの中で意識しながら、ミーティングを行い実践につなげている	事業所開設時に全職員で、地域に根差した居心地の良い「家」をつくることを目指して理念を作成し、2階事務室に掲示しています。新入職員研修時には管理者が説明し、職員は日頃の業務の中で互いに確認し合い、理解を深めて実践につなげています。	
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。	中野島町会会員である。 季刊誌「結だより」便りを年2回程、回覧して頂いている 地域の方に指導にて体操教室や、夕涼み会の時は、和太鼓や盆踊りの踊り手として開設当初からご協力を頂いている	町内会に加入し、地域の方々と一緒に公園体操を行っています。事業所の夕涼み会には盆踊りや和太鼓演奏の協力を得ています。地域の祭りには神輿かつぎを見物しています。ボランティアがカラオケやかつぱれ踊りを披露したり、傾聴ボランティアが来訪して交流をしています。	
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。	地域の方に運営推進会議に参加頂き認知症の人の理解を深めてもらっている		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	偶数月の第三木曜日と定めて運営状況や利用者のサービスの取組みに対して意見や要望を伺っている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。会議では事業所の運営状況や活動内容、外部評価の受審を報告して意見交換を行い、地域の理解と支援を得て運営面に反映するように努めています。	
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に取り組んでいる。	生活保護者の受け入れをしているため、利用者の状況に応じ今後の支援に向けて行政へ相談している 市主催の各研修会に参加している	多摩区生活保護課と運営面や業務上の問題点などの報告や相談を行い連携しています。介護保険の更新手続きには、家族に代わって書類提出に向くこともあります。グループホーム連絡会のいきいきフェアへ参加したり、川崎市主催の研修も受講しています。	

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。	身体拘束をしない事を方針とし、日々のケアからこれは身体拘束になるのか？ スタッフ全体で考えていくようにしている	職員はミーティング時に、言葉の拘束などについて話し合い、拘束をしないケアに努めています。玄関は1階のデイサービスと共用です。安全面と防犯上を考慮し家族の了解を得て施錠しています。2、3階の各フロア出入口は開錠し、見守りに努めています。	
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。	自らのケアを振り返り意識を高めるように努めている言葉づかい、声かけの仕方等その都度注意している		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	スタッフそれぞれがどこまで理解しているのかが分からない制度について再確認のための勉強会が必要である		
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。	契約については 契約書及び重要説明書にて管理者が説明し了承を得ている また 解約時には ご本人 ご家族 ホーム本社等 面談を重ね 納得のうえで退去された方もいらっしゃる		
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。	玄関に「ご意見ご要望の箱」を設置している また面会時に伺ったりアンケートを（あなたの声を聞かせて下さい）実施した事がある 平成26年4月	運営推進会議や家族の来訪時には、利用者の日頃の様子を説明し、意見や要望を聞いて運営に反映しています。法人も独自のアンケート調査を行い、意見を聞く機会にしています。家族からは、利用者にソフト食を提供してほしい旨の要望があり対応しています。	

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。	3ヶ月ごとの幹部会 毎月の他事業所との部門会議等にて 意見交換や提案をしている。ホームでは、主任会議、全体会議にて意見交換の場を設けている	管理者は月1回の全体会議や主任会議で意見を聞く機会を設けています。職員から日常業務の意見や要望を聞きとり、業務の改善や向上に反映しています。法人の代表者や顧問も巡回時に職員から要望を聞き、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。	就業規則の周知徹底を心掛けている。また、職員の適正にあった役割や行事担当等を受け持っている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	平成26年6月より 一般職員と管理者主任むけに 毎月1回社内研修と東部訓練校での全事業所を含めた研修を行っている		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	3ヶ月ごとに 多摩区と麻生区合同のGH連絡会に参加している。各施設での困り事など意見交換の場情報交換やサービスの向上に向けて勉強させて頂いている		
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。	事前に本人と面談を行い困っている事や不安な事をお聞きし安心して混乱することのないよう早くになじんでもらえるようにしている		

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。	入居前には、ご本人や家族が抱えている不安や要望などを伺う機会を作り安心して頂けるように努めている		
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。	ご家族やこれまで受けられていたサービスについて担当ケアマネから情報提供させて頂きより良いサービスが継続できるように努めている		
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。	家事での役割を持ち出来る力を発揮して頂く機会を持つようにしている 利用者の年長者としての知識から多くを学んでいる		
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。	季刊紙「きずな」や毎月の「結たより」を発送したり 訪問時に様子をお伝えすることで 家族との関係が立ち切れることがないようにしている。また、ご家族にも出来る範囲で協力をお願いしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族との外出や気軽に訪問ができるような雰囲気作りを心がけている	利用者は、家族と一緒に行きつけの理髪店や外食に出掛けたり、墓参りに行っています。利用者の知人や友人も来訪しています。リビングルームや居室でお茶を飲みながら歓談できるように支援しています。年賀状が届いた際に絵手紙を書いて返信する方もいます。	

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
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。	レク活動や行事に参加頂き交流の機会をつくっている 利用者同士の相性などを考慮した席を考えている		
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。	自宅へ戻られた際には 居宅サービス事業者の情報を本人や家族へ提供している 時折 自宅へ訪問して様子を伺っている		
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。	利用者それぞれの言動や表情・しぐさから 思いや希望を把握しケアプランに活かしている	職員は日常の行動や仕草、表情の中から、利用者の意向や希望を汲み取るように努めています。意向を自分から伝えにくい方には、家族の来所時に話を聞いたり、生活歴を参考にしています。利用者と1対1の入浴時や散歩、買物時も話を聞くようにしています。	
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。	入居時に本人や家族から情報を集めミーティングにてスタッフ間で共有している		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎日のバイタル測定にて 健康チェックを行い それぞれのケア日誌や申し送りノートから 現状の把握・情報の共有に努めている		

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
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。	ケア日誌や毎月ケアプラン実施の評価から介護生活の見直しを見極めている 本人や家族の意向を確認し管理者やスタッフがモニタリングを実施している	介護計画の作成には自宅や病院を訪問し、利用者や家族の意向を話し合っています。アセスメントを基に職員は10分ミーティングを行ってカンファレンスしています。モニタリング後は医師や看護師の意見を参考にしています。通常は3ヶ月で見直し、急変時にはその都度見直しをしています。	
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。	毎日のケア日誌や申し送りノートから介護計画に反映できるようにしている。介護計画見直しの場合には、カンファを開いて検討している		
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。	ホームでの病院付き添い訪問理美容の手配 外出先への送迎などを行っている		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	生活保護者の受け入れ支援 あゆ工房（障害者施設）への就労支援を行っている		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	これまでのかかりつけ医の継続やホームの提携医との利用もできる体制を作っている。 訪問歯科の利用や他科通院の支援も行っている	かかりつけ医の医療機関を継続して受診できるように支援しています。家族に代わって職員が通院介助する場合があります。医療情報は、個人別のファイルに記入し共有しています。協力医療機関の内科医と歯科医がそれぞれ月2回程度往診に来ています。	

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受けられ 健康管理について相談できる体制をつくっている 必要に応じて主治医・看護師に報告・掲示を仰いでいる		
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。	利用者の入院時には必要に応じ情報の提供を行っている 入院時の支援や早期退院に向けて関わりを持っている		
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、事業所です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。	ホームとして医療関係者と連携し「看取りを行う」方針を家族へお話しさせて頂き共有している スタッフは 看取りケアについての研修に参加している	重度化した場合における対応に係る指針について利用者と家族に説明し、看取りケアについての同意を得ています。急変時には主治医、看護師、家族、職員が話し合い最善の方法を採る方針を共有ししています。職員は看取りについての研修などにも参加しています。	職員は、ターミナルケアの対応について勉強会を行い、一層充実した看取り体制への介護・介助の準備も期待されます。
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。	急変時に備えて正確な情報提供できるようにマニュアルを作っている 主治医へ報告・指示を受けている		
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。	スプリンクラーや緊急通報装置・火災報知機などを設置している 電灯やコンロなどの防災備品や食糧の備蓄 消防署協力の下避難訓練をおこなっている	防災・避難訓練は年2回、夜間想定と日中の各1回ずつ、消防署の協力を得て実施しています。消防署からは、ベランダへの避難・誘導をするように指導を受けています。非常災害用の食料・飲料水は備蓄してあります。	地域の方の協力はまだ得られていないようですが、今後運営推進会議などを利用した呼びかけも期待されます。また、食料や飲料水は、リストでの管理方法を工夫し適切な量の検討も期待されます。

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。	入居者の表情やしぐさから思いを察知し対応している 利用者からの強い抵抗や拒否にたいしては 職員が感情的になる事があり注意していきたい	職員は入職時研修に、理念と介護の基本指針を熟知し、認知症マニュアル等で知識や技術の周知を図っています。 本社研修や外部研修会、東部訓練校受講者による勉強会等で技術を学び、利用者の尊厳と人権を尊重する対応とプライバシーの保護に努めています。	日常的ケアや生活介護に関わる接遇マナーについて、入職時に学んでいます。なお一層、自然な言葉かけや思いやりのある行動について話し合い、研修することも期待されます。
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。	その都度本人に声をかけ 意思確認をしているが難しい場合は表情やしぐさから思いを察するようにしている		
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。	それぞれの生活リズムがあり 大切にしながらもその日の体調や気分に合わせて居室で過ごす時間を持つようにしている		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	訪問理美容を利用したりしている		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事作りから片付けまで出来る範囲で手伝って頂いている スタッフも一緒に同じテーブルで食事をしている 嚥下障害者にはソフト食を取り入れ見た目や色合いに配慮し食事が楽しめるように工夫している	利用者は食前の口腔体操を行い、配膳や片づけに参加しています。居間に隣接する厨房では職員が3食を手作りし、五感を刺激する匂いや季節の献立を工夫して、職員も一緒に食事をしています。行事の特別食は利用者と家族と一緒に食事作りを行い、楽しいものになるように支援しています。	

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
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。	栄養管理士がたてた献立を提供している 食事や水分量を記録し摂取量の少ない場合の支援や 医療面では医師の指示のもと必要な栄養補助食を提供している		
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。	毎食後の口腔ケアの声かけや 必要な方には介助を行っている 必要に応じ訪問歯科による口腔内のチェックやケアをして頂いている		
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。	排泄チェック表を確認しながらトイレ誘導をしている リハビリパンツを使用していてもトイレ誘導を行う事で失敗を防ぐようにしています	排泄チェック表から排泄パターンの把握に努め、トイレ誘導の支援をしています。他の利用者に配慮しながら、一人ひとりのタイミングに合わせてトイレ誘導をしています。自然排便を促すために歩行運動をしたり、野菜を多く摂取するなど献立の工夫もしながら排泄の自立に向けた支援をしています。	
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。	水分量は記録に残し食材（ヨーグルトなど）に工夫している 便秘薬については 便秘日数に応じ調整している		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、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。	声かけ 希望を聞きながら入浴頂いている 拒否される場合は 時間をおいて声をかけている 自立の方は本人のペースでゆっくりと入って頂いている	入浴は平均週2回、利用者の希望に応じた曜日や時間帯で入浴の支援をしています。浴室での会話から利用者の心の内を汲み取り、思いの把握を職員で共有して支援につなげています。入浴拒否をする方には家族の協力も得て、週1回入浴介助を支援しています。	

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
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。	一日の過ごし方を尊重していき日中の疲労感や体力・体調に合わせて休息がとれるようにしている		
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。	それぞれのファイルに薬の情報書をまとめ 効能や副作用について確認できるようにしている 主治医や看護師 薬剤師に確認している		
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。	それぞれの能力に応じて役割を持って頂いている 個別での外出やボランティアによる歌や踊り・体操などに参加頂き楽しみごとの支援を行っている		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	買い物や散歩以外では車を利用したのドライブや花見外食を支援している	天気が良ければ事業所の周りを散歩し、職員と一緒に買物に出掛けるなど日常的に外出しています。花見や町内会の祭り、中野島会館でのコンサートに車椅子の方もワゴン車で参加できるよう支援しています。向ヶ丘遊園や生田緑地のバラ苑などへの遠出の外出も楽しめるよう工夫しています。	
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。	お金は事務所で管理させて頂き 必要な時に買い物などに行けるような体制をとっている 1名様は安心センターと契約され少額ながら自己管理されている		

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。	利用者の求めに応じ電話ができるようにしている 年賀状のやり取りができるように支援している		
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。	リビングでテレビを観ながらゆったりと過ごす時間や壁面飾りから季節を感じベランダで育てている花や野菜をながめながら過ごしている	居間や廊下の壁面には、利用者の折り紙作品や絵を掲示し、家庭的な雰囲気となっています。お月見の貼り絵やクリスマスツリーの飾りなどで季節感も採り入れています。ソファからベランダの花壇を眺められるように工夫したり、居心地よく過ごせる共用空間づくりをしています。	
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。	リビングや廊下にソファを配置し少人数で過ごす瞬間を待って頂いている		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	馴染みや使いなれた物を持ってきて頂き、壁には家族の写真を貼ったりしている	居室の入口には思い思いの表札があります。居室からは季節の移り変わりを感じられる樹木と、遠くの山々が眺望できます。各居室には洗面台、ベッド、テーブル、クローゼット、防災カーテンが備えられ、使い慣れた家具や仏壇などを持ち込み、居心地よく暮らさせるよう配慮しています。	
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。	場所の混乱がないようにドアに名前を貼ったりトイレとわかるように張り紙をしている		

事業所名	「結」ケアセンターたまがわ
ユニット名	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、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。	「居心地の良い家」という理念をふまえ 地域やご家族の協力を頂きながら入居者に寄り添う事を実践しています		
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。	町内会にも入っており 近くの店舗での買い物や散歩など 日常的に交流している ボランティアの方や 公園体操の方も来て下さっている		
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。	入居者様と共に地域の行事に参加させてもらっているが、地域の方々を招いた勉強会は実施できていない。		
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。	民生委員 地域包括 町内会の方 ご家族が参加して頂いている。ご意見や体験談を聞かせて頂きながら、サービスの向上に努めている。		
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に取り組んでいる。	生活保護の方を受け入れているため 担当者と 金銭面 生活面 今後についても相談しながら進めている		

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
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」ことを掲げているが 1階にはデイサービスもあり 外出希望の強い方もおられ「入居者様の安全」を考えて 玄関を施錠している 今後 デイサービスも含めた 検討を考えている		
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。	虐待の報告は聞いていないが、職員が学ぶ機会はない		
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。	生活保護の方も含めて 制度について学ぶ機会を 職員間で共有していきたいと考えている		
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。	運営規程や 契約書について 十分に説明を行い 理解して頂いた上で 契約させて頂いている		
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。	面会に来られた時に その都度ご家族と話しをさせてもらっている（5分～10分） 年間行事の中で ご家族も参加されており 意見を言いやすい環境を作っている		

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	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。	事業所別 部門別 幹部会等 年間計画に基づき 意見交換の場をもうけている		
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。	一人のスタッフに 負担がかからないように 役割り分担をしている 週2～3日調理専門の方を採用し 日中できないことや 入居者とのコミュニケーションを図る機会を儲けている		
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。	一般職員 管理者向けに 社内研修と 外部研修を 年間計画の中に組み込み 職員のレベルアップ サービス向上に向けて 努力している		
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。	多摩区 麻生区 合同のGH連絡会に 3ヶ月に1回参加し 事業所の問題点や 共通の課題について 意見交換を行っている		
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。	環境の変化によって ご本人の思いが 上手に伝えられず 遠慮される方もおられる為 まず、「傾聴する」ことを心がけている		

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
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。	施設の理念をお話しさせて頂きながら、不安や困っている事が改善できるように、面談の機会を作っている		
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。	他の機関（医療機関、市役所等）とも連携しながら、ご家族と入居者のお話しを伺い ニーズに対応している		
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。	食事の補助や、洗濯物たたみ、新聞を取りに行ったりと一人ひとりの残存機能を生かして出来る事をやって頂き出来ない所を支援させて頂いている		
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。	家族との面談機会を図り ご家族を含めた支援を考えている 現在 入浴拒否の強い方に対して 週1回の入浴介助をご協力頂いている		
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。	入居者の床屋など、ご家族やスタッフが支援して外出している		

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。	食事の時の席を考慮したり レクや作業作品作り等には スタッフが間に入り話しの橋渡しをしながら行っている		
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。	定期的に ご家族の方へ 電話をいれさせてもらっている 3・4ヶ月に1回くらい 家族から了解をもらえれば 本人に会いに行ったりもしている		
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。	入居者さんの言われた言葉やしぐさ、表情から思いを受け止めている。 困難な時は その方の思いに寄り添い傾聴している		
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。	入居の時に、ご本人やご家族、ケアマネから何うが 入居された後も、面会時には日常生活の様子をお話しさせて頂いている。		
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。	日中の作業を 居室で一人でしたい方や、体力的に昼寝必要な方、おしゃべりが好きな方等それぞれ生活リズムに合わせた対応を心掛けている。		

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
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。	介護計画は 3ヶ月ごとに見直している スタッフ ご本人 ご家族等を含めた カンファレンスを行い 意見交換をしている		
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。	ケア日誌や 申し送り、生活記録を活用し、ミニミーティング（10分）を行い 情報を共有している		
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。	医療機関への付き添いや、買物支援、散歩等、ご家族やボランティアの方の協力を得ながら行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域内での催し物（音楽会、お祭り）への参加や、買物、公園体操などに参加させて頂いている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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。	月2回の医師往診 週1回の訪問看護 24時間連絡体制 月2回の訪問歯科		

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。	訪問看護の時には、事前に検討したい事を書き出し、記録に残すようにしている。緊急時以外でも、入居者様の状態によって連絡し、指示を仰ぐようにしている。		
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。	入院された時は、面会し、出来る範囲でご家族や ナース、ドクターから状態を伺うようにしている。 退院時には、ご家族、医療機関との面談機会をつくり、退院後もホームでの生活が維持できるように情報交換に努めている。		
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。	「重度化した場合における対応に係る指針」については説明をさせて頂いている また看取りまでの方針も 少しずつではあるが 研修参加や ホームでやれることを 検討している		
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。	急変時や 救急時の対応については マニュアルを作成している しかし定期的な訓練はしていない		
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。	日中 夜間を想定した防災訓練を 年2回行っている 近隣のご家族民生委員の方々との 連絡体制はできている		

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。	お手伝いして頂いた後には必ず「あるがとうございました」と感謝の言葉を返している		
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。	話しがスムーズに出てこない方や 会話が成り立たない方などは 一対一で時間をかけて 表情や動作（しぐさ）を観察して 自己決定できるようにしている		
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。	日中居室で 縫物や読書などを好んでいる方もおられる。 入浴も、「入りたい」とおっしゃると希望される方には入って頂いている		
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。	化粧品（乳液や化粧水）などを使っておられたり、外出時には口紅をさして行かれる方もいらしゃる。 行きつけの床屋に 行かれている方もおられる。		
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。	嫌いな物については 別の物を提供したり 食べやすい形体に（きざみ）してお出ししている		

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。	水分については お茶 ジュース コーヒー等 色々な物を提供することによって 水分確保を支援している		
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。	介助をしない方には 食後に必ず 声掛け 口腔ケアを してもらっている 介助が必要な方は 自分でできるように 歯ブラシを渡すが 磨き残しがある為 ブラッシングさせてもらう		
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。	生活記録を見ながら声かけや誘導を行っている 日中については全員がトイレを使用されている		
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。	おし麦を毎食0.5合入れている 水分摂取を心掛けて 蠕動運動を活発にする為、散歩や廊下を歩いて頂いている 医療機関と相談して 弛緩剤を処方してもらう場合もある		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴日は決めていない 入浴拒否の強い方については、係り以外の職員が声をかけたり、ご家族の協力を得たり、タイミングを計りながら対応している。		

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。	昼食後に休まれる方もおられる 外出や疲れた様子があれば その都度休んで頂いている。		
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。	クリニックからの 報告事項を記録し 申し送りにて 徹底している		
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。	喫煙のされる方がおられるが、火の始末は 本人と スタッフで一緒にしている ご家族より お菓子を持って来られた場合、 管理できない方についてはフロアーで 預らせて頂いている。 カラオケ好きな方のために 週一回は カラ オケをしている		
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。	おやつ等の買い物は近隣のスーパーを 利用している 散歩にはスタッフの付添いにて行か れている ご家族とお墓参り等行かれています		
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。	ご自分で管理出来る方については 所持していただいている 出来にくい方については 事務所金庫に て保管し 使われる時にお渡ししている が ほとんど 立替えの形をとっている		

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
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。	携帯を持っている方が3名おられ、自由にかけて頂いている。 ご本人に、手紙や荷物が届くと お礼の電話や手紙を書いてもらっている。 宛名の代筆を職員がする場合もある。		
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。	季節に合わせた壁面を飾りの製作や、「トイレ」や居室の分からない方には大きく名前を貼っています 居室もわからない方は大きく名前を貼っています 湿度や明るさなども その時に含ませて調整しています		
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。	共用空間で 独りになれる所はないがソファに座り それぞれ気の合う方と話しをしています それぞれの 居室に訪室し 話しをされる方もいます		
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。	ご家族に それぞれ使い慣れた物を 自宅より持ってきて頂いている ご家族の写真や 手作りされた物等が置かれている		
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。	施設内の手摺を掴んで頂き、なるべくご自分で移動して頂くようにしている。また、夜間の睡眠を確保するために、尿器を使用される方もおられる。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 結 ケアセンターたまがわ

作成日：平成 26 年 11 月 10 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り組み内容	目標達成に要する期間
1	12	当施設においても「看取り」を実施していく方向である。重度化や終末期に向けて、事業所で出来る体制づくりを医療と連携しながら進めていく	「看取り」の方針と実践	終末期の対応について勉強会を行い、職員間で方針を共有していく	12ヶ月
2	13	防災、災害対策として、地域の方々の協力が得られるような機会を作り声をかけていく	防災、災害時の地域連携作り	近隣の方々と一緒に出来ることを（AEDの使い方、心肺蘇生の仕方など）訓練時に行い、近隣方々にも声をかけていく	12ヶ月
3	14	「入居者の気持ちにより添ったケア」とはどのようなことなのかを介護者として理解していく	認知症の理解 介護者として、日々の言動を振り返る	ミーティングやケアプランの見直し、事故発生等の際に、問題点について話し合い、ケアの仕方を見直していく	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月