

2020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	1473700258	事業の開始年月日	平成9年11月27日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	医療法人社団 三喜会		
事業所名	グループホーム青葉台		
所在地	( 227-0054 ) 横浜市青葉区しらとり台3-9		
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	令和2年12月28日	評価結果 市町村受理日	令和3年6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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

<p>青葉台の地で21年、地域に根ざした認知症介護に取り組んできました。建物は決して新しいとは言えませんが、温もりのある家庭的な環境の中で、ご自分らしくゆったりと暮らしていらっしゃいます。また利用者様がお望みであれば最期まで青葉台で安心して暮らせるよう、主治医、看護師等と連携協力し 最大限の支援をさせて頂きます。日々の生活の様子を広報誌ファミリーやFacebookにて紹介しています。</p>
---

### 【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3月21日	評価機関 評価決定日	令和3年5月25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「青葉台」駅下車徒歩8分、あるいはバス利用も可能でつつじが丘バス停から徒歩3分ほどのバス通りから一本入った住宅地にあります。建物には同一運営法人の小規模多機能型居宅介護事業所と訪問看護ステーションを併設しています。事業所は平成9年、横浜市の高齢者グループホームモデル委託事業として開設し、地域に根付いています。

#### <優れている点>

理念にそった行動につなげていくために職員で話し合い、現在の理念をつくっています。自分の意見や思いが入っている理念なので、肯定的な行動に結びつき、利用者心地よい生活の提供ができるよう、日々実践につなげています。また、施設長の長年に亘る認知症ケアの経験、培った知識および介護技術を基に「認知症ワンポイントアドバイス～すべての言動には理由がある～」を冊子にまとめ、認知症理解や職員研修の資料としても使っています。重度化により本人の意向が掴めない時は、認知症でなかったらどう判断するかが重要となるため、発症前の生活の様子を再アセスメントしたり、本人の笑顔、楽しそうな素振りなどをヒントに思いや意向を押し量っています。

#### <工夫点>

コロナ禍で、地域との関わり、外出など自粛を余儀なくされている面がありますが、事業所内では役割活動、余暇活動、リハビリ活動、脳トレ(あやまりなし学習)など行い、楽しみながら生活できるようにしています。

### 【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	グループホーム青葉台
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
<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。	事業所独自の理念を創り、玄関、事務所、台所等に掲示しています。カンファレンスでは職員全員で理念を振り返り、実現にむけて、日々取り組んでいます。	理念にそった行動につなげていくために職員で話し合い、現在の理念をつくっています。自分の意見や思いが入っている理念なので、肯定的な行動に結びつき、心地よい生活の提供ができるよう、日々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。	日々、買い物や散歩に出かけています。自治会にも加入し、近所のお祭りに参加したりしています。	平成9年の開設から地域との関係を大切に、自治会、日常の散歩・買い物、ボランティア受け入れ、事業所行事などでの交流の機会がありますが、コロナ禍のため、控えている部分もあります。介護実習生の受け入れは継続しています。	
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。	管理者は、地域の介護者の集いに参加したり、認知症サポーター講座に関わりながら、認知症ケアの啓発に努めています。		
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。	会議において委員の方々から頂いた貴重な意見を真摯に受け止め、サービスの質の向上に役立てています。	運営推進会議は家族、民生委員、地域包括支援センター職員のほか、新たに自治会副会長がメンバーに加わっていますが、今年度はコロナ禍のため、会議の開催に至っていません。	コロナ収束後の運営推進会議の再開が望まれます。
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。	横浜市の青葉区担当職員、保険福祉センター職員の方と面識があり制度のことを教えて頂いたり、協力し合える関係が出来ています。	長年に亘り区との協力関係があります。例年であれば、運営推進会議の議事録を区の高齢・障害支援課に提出し、事業所の実情や取組みを伝えていきます。今年度、地域ケアプラザ主催の「認知症対策講座」に施設長が協力をしています。	

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。	月一回の業務カンファレンスの際には必ず、虐待を取り上げ、早期発見、事前防止に努めています。又、身体拘束防止のポスターを廊下に掲示し、職員が日頃から目にするようにしています。	身体拘束適正化委員会は副主任を委員長とし、全職員がメンバーとなり定期的に開催しています。チェックリストを活用した自己チェックも行い、身体拘束や虐待につながらないケアについて意識を高めています。玄関施錠はしていますが、本人の外出希望を常に尊重した対応をしています。	
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。	毎月のカンファレンスや研修等を通じて、虐待防止に対するお互いの意識を高めあい、早期発見、事前防止に努めています。職員の過重労働がストレスになるので、業務マニュアルを見直している。		
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。	管理者や副主任が研修に参加しており、利用者に必要が生じれば、市の担当者の協力を得て、制度を活用する準備が出来ている。		
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。	単に契約を結ぶという姿勢でなく、不安を抱えている家族の話をしっかり傾聴し、こちら側に話が聴ける状態になった上で、わかりやすく、理解できたかを確認しながら行っています。		
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。	ご家族の訪問の際に何でも話して頂いています。また苦情等の窓口（内部、外部）は契約時において重要事項の中で説明しています。又、運営会議でのご家族からの意見も反映させています。	意見箱設置、面会、運営推進会議、家族会など、家族の意見・要望を聞く機会をさまざま設けていますが、今年度はコロナ禍のため、すべての機会がなくなっています。ケアプランの見直しの際には、希望や意向を聞き、意向にそった対応をしています。	

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
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。	毎月のカンファレンスにおいて、様々な意見や提案を出してもらっています。認知症介護においてはチームケアが基本である為、職員の意見を積極的に聞くようにしています。	施設長は積極的に現場に入り、職員とコミュニケーションをとっているほか、毎月のカンファレンスで職員からの意見や提案を話し合っています。チームケアが基本なので、話し合いの結論は職員に出してもらおうようにしています。	
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。	職員の努力、取り組んできたことに対して適切な評価をしてくれています。また、スタッフ各々が自己研鑽できる研修等に理解を示してくれています。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	スタッフまた事業所全体のレベルアップの為、様々な研修への参加の機会を与えてくれます。		
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り組みをしている。	交流し易い環境を提供してくれています。法人内の研修も充実しています。		
<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。	初期の関係作りは特に大切なので、職員はリロケーションダメージを理解しています。普段から職員は笑顔を絶やさず、不安そうであれば、こちらから声をかけるようにしています。		

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
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。	ご家族との関係もとても大切にしています。電話で相談事を聞いたり、見学時にもお話を聴いています。また直接、利用希望者の自宅に伺い、リラックスした状態でお話を伺っております。		
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。	相談を受けた際は、利用者と家族の状況を第一に考え、事業所だけで解決しようとせず、関連機関と連携をとり、他のサービスも視野に入れた検討をしています。		
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。	「共に生きる」を合言葉にしており、「して下さって」ありがたいを大切にしています。ホームの主役は利用者様です。スタッフは脇役として出来ない部分をそっと手助けをさせて頂いています。		
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。	面会時にはお茶を居室に運び気兼ねなく家族団らんのひと時となるようにしている。また毎月、心身の状況がわかる家族連絡表を送付している。誕生会等を通じて利用者を共に支える関係も出来ている。		
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。	馴染みの人が、ホームを利用者様の家だと思って気軽に来られるよう配慮しています。また、年末年始等、ご希望の方にはご家族の住む自宅に帰ることが出来る為の相談・支援を行なっています。	家族、友人、知人の面会を歓迎することで関係継続の配慮をしていますが、今年度はコロナ禍のため、面会や家族が事業所に宿泊することを控えてもらっています。家族の協力を得た馴染みの場所への外出も自粛を依頼しています。	

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
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。	利用者同士の関係を見極め、場面設定したり、座る席を考慮して円滑な交流が図れるよう支援しトラブルになりそうな場合は介入しています。レクリエーションや散歩等では利用者同士のコミュニケーションも視野に入れています。		
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。	一度、利用が中止になった方であっても、相談を受けたり、または その方が必要としている支援が受けられるようお手伝いしていきます。		
<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	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。	重度化により本人の意向が掴めない時は、その利用者が認知症でなかったらどう判断するかが重要になるので発症前の生活の様子を再アセスメントしたり、ご家族から本人の意向を伺っています。	言葉でのコミュニケーションが難しくなっても、笑顔、楽しそうな素振りなどをヒントに思いや意向を推し量っています。たまに発する言葉からも本音を探っています。職員が把握した新しい情報は、朝・夕の申し送りやカンファレンスで共有をしています。	
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。	可能な限りの情報を収集し、しっかりと生活歴を把握し、能力が最大限に発揮できる生活が送られるように（自分らしく生きる）、できること、できないことを見極めケアに活かしている。		
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。	のんびり、ゆったりを基本に心地良い疲労感、活動ができるように必要に応じて計画をたてており、その場の状況にあわせて柔軟にアクティビティを提供しています。脳トレとして「誤りなし学習」を取り入れています。		

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
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。	介護計画にあたっては、視点が片寄らないように、さまざまな意見を取り入れられている。利用者の心身に変化が現れた際は家族、関係者等と話し合い、本人の負担を考慮し、新しい計画を作成している。	ケアプランは長期目標は1年、短期目標は6ヶ月で設定し、6ヶ月ごとにモニタリングをしています。計画作成担当者は現場に入り、他の職員の視点や意見を取り入れ支援に生かしています。家族ほか関係者の意向も十分に反映をしています。	
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。	利用者の様子を個別ケア記録に記入し申し送りやカンファレンスにて情報の共有を図り6ヶ月に1度又は状態の変化に応じてケアプランの見直しをし、変更内容は申し送り連絡帳等を通じて伝えていきます。		
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。	利用者、ご家族のご要望に最大限応じるために柔軟な対応を行っており、夜間の面会も受け入れている。医療連携加算を受けており、1週間に1度、看護師が訪問して利用者の健康維持に努めている。		
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。	運営推進会議の地域包括支援センターの職員と連携を密に、情報交換や協力関係を築いている。		
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。	協力医の先生がいますが、他にご希望の先生がいれば、その先生の往診が出来るよう調整します。通院が困難な利用者は往診を含めて協力医と情報交換をしながら、利用者の健康維持に努めています。	入居前のかかりつけ医にするか、協力医を選択するかは利用者や家族の要望で選べますが、現在は全員が事業所の協力医を選択しています。協力医とは24時間のオンコールのほか、訪問看護師による健康管理や看護体制もあり、必要時には適切な医療につなげています。	



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
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。	医療連携の契約をしている訪問看護ステーションとはこまめに連携をとっています。何かあれば気軽に相談出来る関係が出来ています。		
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。	利用者が入院した際は、病院の担当医師、看護師、ソーシャルワーカーとの情報交換に努め、本人、ご家族の意向を大切にしながら早期退院に向けた働きかけを行っています。		
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。	重度化した場合や終末期には、利用者にとって一番良いと思われる方法を家族や協力医等の関係者と相談して決めています。その上で、医師、看護師等の協力の下出来る事を最大限行っています。	重度化や看取りについては契約時に説明し、早期より本人や家族の意向を確認しています。必要になった段階で改めて家族、医師、看護師など関係者で話し合っています。職員は関係者の協力の下、利用者の最期の支援をしています。今年度は複数名の看取りを行っています。	
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。	事務所の目に付く所に緊急時対応マニュアル、緊急連絡網を掲示しています。利用者の急変、事故発生時には管理者や協力医に報告し、指示をあおいで対応しています。		
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。	定期的に防災訓練を行い、消防署にも報告しています。万一災害が起きた時には利用者を毛布にくるんで外に出すなど確認し合いました。地域の方も訓練に参加し、要請をしています。	今年度は現時点で1回、自主避難訓練を行っています。運営法人の施設課による消火器の操作や火災の心得など解説も受けています。近隣に住んでいる職員がいざという時にはすぐに駆けつけることができます。備蓄は一覧にて保管管理をしています。	運営規定に則り、年2回の避難訓練の実施が期待されます。

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
<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	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。	利用者様を一人の人として尊重しています。常に相手の立場に立ち、誇りやプライバシーを損ねる言動は慎んでいます。また、そのような言動があった場合はカンファレンスで話し合います。	利用者一人ひとりの個性を尊重し、その人らしさにこだわって親しみを込めながら声掛けしています。職員に不適切な対応があった場合にはカンファレンスで話し合い、互いに注意しています。基本的には「さん」付けで呼びかけています。	
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。	アクティビティの参加等でも自己決定の場面を設けています。また、夕食の際は好みの食材をお聞きして調理していますし、おやつも好みのものを提供しています。		
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。	その人らしさを出す為には持てる力を最大限に発揮出来るように又あくまで主役は利用者であるようにしています。利用者が社会参加、尊厳され愛されていることを実感出来るように常に接しています。		
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。	一日の始まりのモーニングケアでは鏡に向かい、洗顔、整髪、を行っていただきます。衣類は季節感のある物を職員と一緒に選び、行事等には化粧、お洒落をして参加して頂いています。		
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。	出来る方には、調理（皮をむく、切る、炒める等）、配膳、片付け等声掛けをして、手伝っていただいております。	献立作成、買い物、調理は職員が担当しています。利用者も食材の下ごしらえ、配膳、片付け、食器洗いなど出来る範囲で手伝っています。ひな祭り、クリスマスなどのイベントにはケーキ、お汁粉などの特別メニューを用意して食生活に変化をつけています。	

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
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。	食事量のチェック、栄養バランスを考慮した献立。ティータイム、食事の際のお茶で1日の水分を取って頂いています。水分不足や嚥下不良の方には声かけや形態を変えたりトロミにて対応しています。		
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。	歯科医師、歯科衛生士の指導の下、口腔内のケアを行っております。夜間は義歯をお預かりして、洗浄剤にて消毒もしています。		
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。	家族からの情報、利用者様の入居後のデータを有効に活用し、一人ひとりの排泄リズムを把握。声掛けや誘導等を行い、できるだけトイレで排泄出来るように自立に向けた支援を行っております。	排泄チェック表から排泄パターンを把握したり、入居前の家族の情報などから一人ひとりの排泄傾向を確認しています。タイミングや様子を見計らって誘導しています。自立支援を基本として介助に関わり過ぎずに個々に合った支援に努めています。	
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。	便秘の原因や、及ぼす影響を理解し、水分補給、運動、ヨーグルトの摂取、服薬等様々な取り組みを行っています。、トイレでは、必要に応じて腹部マッサージをして排便を促しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	要介護度の高い方は職員が2人体制で支援しており、ゆず湯などのお楽しみの日もあります。体調や気分を考慮し、その方に適したタイミングで入浴していただきます。	入浴は基本的には週2、3回ですが本人の体調に応じて対応しています。入浴拒否のある場合は「ひもときシート」で原因を探りながら支援をしています。時には柚子湯など工夫して季節感を味わっています。	

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
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。	夜は温度、照明から体調面まで気を配り安眠できるよう支援しています。またTVやラジオを楽しみながら就寝に入る方もおり生活習慣を大切にしています。足が冷えて眠れない方には温枕を使用します。		
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。	薬説明書をファイルし、必要時確認している。与薬を間違えないよう日勤と遅番で2重チェックを行っています。※薬のセットは薬剤師に依頼しています。		
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。	ご本人の日々の様子や、ご家族から聞いた生活歴、興味、関心等の情報を活用し、アクティビティ、役割活動を通し張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう支援しています。		
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。	天気や体調、気分等を考慮し安全を確保した上で外出できるよう心掛けています。天気の良い日は外気浴で散歩に出掛けたり、ご家族もお墓参りや外食、散歩などに行かれ、外出にとっても協力的です。	コロナ禍ですが、気候や体調に配慮しながら、散歩や買物に出かけています。重度化が進み、外出が困難になっても短時間、気分転換の機会として無理のない外気浴に努めています。家族の協力の墓参りや日帰り帰宅、外食などは控えてもらっています。	
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。	普段の管理はホームでしていますが、家族との話合いで少ない金額ですが、安心感の為、お金を自分で持っている方もいられます。職員と一緒に買い物に行き、自分の好きな物を買っています。		

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
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。	ご希望があった時には、職員がお手伝いをして、ご家族とお電話でお話しをして頂いています。手紙が届いた際は、ご本人に直接、読んで差し上げています。		
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。	リビングは、利用者様にとって馴染みのある懐かしいものを配置し、居心地良く過ごしていただく為の様々な配慮をしています。あえてソファを置き一休みする場にはしています。	利用者が多くの時間を過ごすリビングは、居心地の良い安心感のある場となっています。壁面には利用者の季節ごとの作品を飾っています。ソファを3ヶ所に置き、一休みする場として利用者に人気です。午後はテレビを消して、音楽をかけ、寛いでもらう事もあります。	
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。	デイルームにソファを2つ設置し、一人、もしくは気の合った仲間とゆったりと過ごせる空間を作っています。		
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。	居室は本人、ご家族と話し合い、家具等の配置を決めています。各自たんすや時計、写真などを持ち込み安住の場になっています。少しでも安心して過ごしていただけるよう新しい物よりも使い慣れたものをお持ち頂いております。	居室は本人が居心地よく過ごせるように家族と相談して馴染みの物や好みの物を持ち込み、生活しやすい様に配置しています。居室担当者は、その居室の利用者の誕生会の企画や居室の片付け、掃除が出来ない人には、適宜、整理整頓、清掃をしています。また毎月利用者の身体や精神状況など家族連絡表で様子を報告しています。	
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。	利用者様の身体機能を安全に活かせるよう廊下トイレ浴室には手すりがあり歩行不安定な方にも、安心して歩けるようにしてあります。トイレの場所が分からない方には矢印等を置くようにしています。		

目標達成計画

作成日： 令和 3年 6月16日

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	48	役割、楽しみごとの支援。役割については個々に提供できていると思うが、コロナの影響で生活の中での楽しみ方が制限され、アクティビティが多少不足している。	集団でのレクが制限される中、個々で楽しめるアクティビティが出来たらよいと考えている。	心身の安定に良いとされるアロマセラピーと同じ効果をコーヒーミル（コーヒー療法的ケア）にて行う。先ず利用者に豆を挽いて頂き、出来上がった量を目で確認しながら、その香を嗅いで頂き、最後にコーヒーを飲みながら談笑することで心身の安定も期待できる。	6ヶ月
2	48	同上	同上	園芸療法的ケアとして、開花期が長く、初心者でも育てやすいポチュラカをプランターに植え、水やりや鑑賞をしながら、その成長を見守ることで、日々の生活に潤いもたらし、心身の安定も期待できる。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月