

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	1495400036	事業の開始年月日	2007/3/1	
		指定年月日	2007/3/1	
法人名	株式会社 生活科学運営			
事業所名	上布田つどいの家			
所在地	(〒214-0011) 神奈川県川崎市多摩区布田29-10			
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	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成26年10月17日	評価結果 市町村受理日	平成27年2月16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	
----------	--

【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)】

上布田つどいの家は、「住み慣れた地域で、できる限り暮らし続けるを応援します」を運営コンセプトとしております。1階の介護保険事業は、株式会社とワーカーズ・コレクティブが協力してサービスを提供し、2～3階の賃貸住宅はNPO法人が共生の住まいを目指して住まい方をコーディネートしております。地域の方に使っていただく地域交流スペースを開放し、「上布田カフェ」月2回「手芸サークル」月1回「健康麻雀」月1回を開催しています。地域の方との交流の機会を積極的に提供しております。心身機能の維持、予防として介護予防体操、口腔体操、音楽療法、アクティブ活動に積極的に取り組んでおります。ワーカーズ・コレクティブは定年制度がないので、地域の方への職場提供という観点からも大きな役割を担っていると感じております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成26年11月12日	評価機関 評価決定日	平成27年2月2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)】

<p>【事業所の優れている点】 ◇利用者の暮らしの支援 ・「住み慣れた地域で、できる限り暮らし続けることを応援します」の理念に基づき、利用者が事業所を第2の我が家として地域に溶け込めるよう支援している。 ・地域との共生を目指し、地域の方のつどいの場として交流スペースを開放して「上布田カフェ」「手芸サークル」「健康麻雀の会」をワーカーズコレクティブ「やどりぎ」の協力を得て開催し、利用者も自由に行き来して手芸サークルに参加したりカフェでお茶を楽しむなど、地域の方と歓談したり趣味を楽しんでいる。 ・事業所の前庭に作った畑では、ボランティアメンバーが野菜や草花を育て、利用者も収穫に参加している。 ・地元の小学生や保育園児と交流があり、下校時には子ども達が手を振ってくれ、利用者の楽しみになっている。</p> <p>【事業所が工夫している点】 ◇個別支援の把握と実現に向けた取り組み 今年度の方針「個別支援」に向けて回想法を取り入れ、お茶を飲みながら昔の写真を見たり昔の歌を歌いながら話をする中で、思い出話から見たいことや行きたい場所をが把握し、個別対応でニーズを実現した。</p>

【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	上布田つどいの家
ユニット名	ー

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (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	3か条としてスタッフの目に付くところに掲示している。基本理念となっており、地域でいきいきとそれぞれが主役であることを目指し、温かい雰囲気の中で安心して生活ができるよう努めている。	・理念の「その人らしく・お互い様を大切に・地域で生き生きと」を玄関に掲示し、職員は共有している。 ・年度初めに理念実現に向けて年度の方針を全職員で策定し、今年はその人らしい生活ができるよう「個別支援」を掲げ回想法を取り入れた。	
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	町会に加入し、敬老会等地域の行事に参加している。近隣小学校の訪問を受け、交流を続けている。月に2回地域交流スペースでカフェを開催、その他手芸サークルや麻雀も月1回開催し地域の方との交流の場を提供している。	・地域に開放している地域交流スペースで開催されるカフェや手芸サークルに利用者も参加し、地域の方と交流している。 ・小学生の福祉体験を受け入れ、小学校の学習発表会に参加し、また、保育園児の訪問や傾聴や書道のボランティアの活動を受け入れている。	
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	地域包括支援センター主催の地域包括ケア連絡会議にて地域の人々に向けて発信している。		
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、そこで意見やサービスを向上に活かしている	併設事業と共同で二ヶ月に1回開催している。ご家族からの要望を聞く時間も多く取っており、ご家族間の意見交換や悩み相談の機会になっている。またご家族向けの勉強会等も開催している。	・2か月に1回、町内会副会長、民生委員、家族、地域包括支援センター職員、区高齢障害課職員が参加して開催している。 ・現況報告後の意見交換で出た地域情報や食事、外出等の要望を検討し、運営に反映している。	
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	川崎市地域包括ケアシステム検討協議委員会、ウェルフェアイノベーションチームたまなど行政主導の取組みに協力している。	・多摩区の担当職員に運営推進会議などで事業所の取組みを伝え、相談できる体制ができている。 ・多職種ネットワーク「チーム・たま」川崎市の地域包括ケアシステム検討協議委員会委員として会議に参加し行政と協力関係を築いている。	

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	身体拘束については厚生労働省の指導どおりに対応している。身体拘束廃止マニュアルや委員会も設置し防止に努めている。	・「身体拘束廃止」の方針を掲げ全体会議で研修を行っている。立ち上がりにくい柔らかいソファに座ってもらうことも拘束にあたるなどの事例を学んでいる。 ・日中、玄関は開錠し、自由に庭に出入りできるようにしている。	
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	介護班を中心に勉強会を行った。日頃から見過ごしていることはないか相互に注意を行っている。		
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	併設事業で制度を利用されている方の情報をスタッフ間で共有し、理解を深めるよう努めている。		
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	契約は、重要事項説明書の読みあわせを行い、併せて契約書でも説明している。不明な点はその場でも、そのあとでもきちんと聞き答えている。支払いに関しては、見積りや支払い方法を説明している。		
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	利用者からの意見をきちんと聞き、対応することはもちろんだが、声に出せないご様子もスタッフが汲み取れる様に注意している。	・家族からの意見は面会時や電話連絡時に時間をかけて聴き取っている。身体状況が悪くなる中で、手引き歩行は危険ではないかとの声が出、できるだけ自立歩行が続けられるよう転倒防止策について話し合った。本人の要望は日頃の会話で聞き出している。	

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
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	業務会議で出た意見は、月1回の全体ミーティングでスタッフ全員にも情報共有し、運営にいかしている。定期的にミーティングや打ち合わせを設定し、運営スタッフの意見が出やすい体制を取っている。	・職員の意見や提案は全体会議やミーティング、個別面談などで積極的に聞き、できることから改善を図っている。 ・夜勤の担い手が少ないので検討して欲しいとの意見が出て、処遇改善に繋げた。	
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	意見を聞く機会として、必要なスタッフには個人面談をしている。職場環境、条件については、互いの意見交換の場を設け話し合いを行った。		
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	管理者はリーダーからの報告を受けようとしている。研修については法人内外の研修に数名ずつ参加し、必要な知識の向上に努めている。		
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	管理者が市と県の連絡会に出席している。また多摩区・麻生区対象の意見交換会に参加するようになっている。勉強会の企画・ネットワーク作りをするとともに互いが切磋琢磨できるよう意識している。また川崎市の連絡会にも定期的に参加している。		
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	ご家族の意向を確認すると共に、契約前は面談等を通じてご本人の思いを聞き取るようになっている。また契約前に体験入居をお勧めし、不安を軽減するシステムを取り入れている。		

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
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	サービス利用内容をよく説明し、見学・体験・面談で利用のイメージとすりあわせを行っている。ご家族の休息も利用の一面であることをお伝えし、サービス内容をご提案している。		
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	まずはご家族のもっているサービスイメージを良くお聞きし、対応できるかどうかのすりあわせを行っている。必要であれば他の介護保険サービスを組み合わせて説明している。		
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	食事の盛り付けや洗い物、洗濯物たみは利用者と職員が一緒に行っている。習字や生け花を利用者から学んだり、支え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	事業所へ訪問時には日常のご様子やその日のご様子をお伝えし、コミュニケーションをとるようにしている。		
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う、支援に努めている	契約前に関係各所についての聞き取りを行うこととしている。ご友人等の事業所への訪問も制限せず、長年の習慣については継続できるように調整している。	<ul style="list-style-type: none"> ・ 知人や友人の訪問時には、お茶を出して歓待している。以前通っていたミニデイに行きたいという希望があり職員が同行した。墓参りや馴染みの美容院は家族が添っている。 ・ 回想法で利用者の懐かしい場所や人を聞き出し支援している。 	

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
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	人間関係が困難になりそうな場合には、席替えや机等の配置換えを行い、緩和を図っている。またスタッフが間に入り、場面転換をすることも重要だとスタッフ間で徹底している。		
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	契約終了時に今後のことについて時間をとってお話するようにしている。退去された方のご家族からのおたよりには返事を出すようにしている。		
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。	ご本人やご家族の意向を聞き取り、ケアプランを作成している。その後は日常生活から見直す場合や、サービス担当者会議の中で修正し、意向に沿った計画となるようにしている。	・入居前のアセスメントで暮らし方の希望などを聴き取っている ・利用者同士の会話や、夜間など職員と1対1で話せる時間に思いを聴いている。言葉による把握が困難な方は表情や行動から思いを汲み取り、業務会議で検討して反映している。	
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	契約前には必ずご本人や家族と話し合いを持ち、生活歴をはじめとして聞き取りを行っている。		
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	自宅訪問時に状態の聞き取りや実際の確認をしている。また利用開始後の生活支援の中でも把握が出来るように努めている。		

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	定期的に介護スタッフ中心の会議に計画作成者と看護師が出席し、きめ細かく対応できる体制を取っている。モニタリングでご家族等の意見もお聞きし、プランに反映させている。	・計画作成担当者が暫定の計画を立案し、職員、看護師が話し合い、家族や医師の意見も反映して介護計画を作成している。 ・5か月でモニタリングと評価を行い、計画に反映している。計画は通常6か月、状況に応じて随時見直している。	
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	個人記録は日常の様子を関わったスタッフが必ず記入することとなっている。記入内容はケアマネージャーも確認し、計画の中に反映させている。		
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	利用者や家族の要望に応じて、できる限りニーズに沿ったサービスに努めている。グループホーム内のデイ利用者にも本人や家族のニーズに沿った対応をこころがけている。		
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	運営推進会議のメンバーだけでなく、常に地域の方々との連携を心がけている。地域の保育園からのお誘いには入居者をお連れしている。		
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	協力医療機関と関係作りを心がけている。受診結果や服薬の変更については必要に応じて家族に報告している。	・内科は全員が協力医療機関の往診医と契約し、全体の往診と個別を合わせて、月2回受診している。訪問歯科は週2回ある。 ・皮膚科や精神科などの専門医の受診は原則家族が付き添い、都合がつかない場合は職員が同行している。	

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
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	内部で週6回、看護師が勤務する体制を取っており、健康管理をしている。業務会議に看護師も主体的に参加している。		
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。	入院の経過をご家族に確認しながら受け入れ予定を立てている。また退院の準備を家族と一緒にする場合もあり、退院後の生活について話し合いの場を持っている。ムンテラ等に出席したり、リハビリの様子をうかがうように努めている。		
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	利用者が重度化した場合や、終末期に事業所ができることについて、事前に利用者、家族、職員、かかりつけ医等の関係者と話し合っ方針を決め、共有するよう努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期に関しての方針については入居後状況を見て、本人・家族が希望し、医療的処置が伴わない場合は看取りは可能であると本人・家族に説明し同意を得ている。 ・重度化・終末期対応指針は策定していないが、条件が整えば看取りに対応をする方向である。 	重度化や終末期対応の指針を定め、医師、看護師などの医療連携体制を整備するとともに、職員が看取りに取り組めるよう、計画的な研修の実施が望まれます。
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	急変や事故発生に対する緊急時マニュアルを設置・勉強会にて研修をしている。実践事例あり。		
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	災害マニュアルを作っている。夜間想定を含む年2回の避難訓練を行って、災害時の対応を図っている。地域との協力体制については、運営推進会議でも相互の課題として認識している。地域と助け合いの協定を締結した。	<ul style="list-style-type: none"> ・防災訓練は年2回行い、1回は消防署立会いで実施し、利用者も参加して避難訓練を行っている。夜間想定訓練も実施している。下布田住宅町内会と防災協定を締結した。 ・水と非常食を3日分備蓄している。 	

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
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	不快感を感じないような言葉使いが基本となっている。入浴時、排泄時にもプライバシーを損ねない対応を心がけている。言葉遣いは厳しく指導している。	<ul style="list-style-type: none"> ・なれなれしい言葉遣いや態度などに気付いた場合は、その都度管理者が注意し、職員連絡帳に記入して全員に回覧している。 ・職員が慣れてくることについて、節度ある言葉遣いを失うことがあった場合などは、管理者が徹底して注意している。 	
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	利用者が自己決定できるよう声かけを工夫している。		
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	食事、おやつ、体操、散歩などの時間は決めているが、それ以外の時間帯については、各人の体調や希望に合わせた過ごし方をしている。昼寝や休息などをペースに合わせて自由に取れるような支援を心がけている。		
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	希望者には月に2回の理美容カットを案内している。日常的な身だしなみは希望に沿って支援するよう心がけている。		
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	利用者が買い物同行、料理、配膳、下膳、食器洗いを行えるように声かけをしている。また食べやすいような形状や見た目にも気を配っている。誕生日月にはお祝いをしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・昼食は火～金曜日まで小規模の調理室で作って運んでいる。それ以外の食事は利用者の好みを聞いて一緒に買い物に行き、職員が調理している。利用者は盛付け、片付けなど出来ることを手伝っている。 ・個別の状況に応じ、形態、量、品数などに変化を加え提供している。 	

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	食事チェック表で食事量や水分量の記録をしている。固形物の摂取が困難な方には高カロリー飲料も併用している。身体の状態に応じトロミ剤も使用している。		
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	食後には口腔ケアを行っている。入れ歯の取り外しが困難な方、協力医療機関（歯科）から助言を受けている。		
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	排泄は時間を決めず個別で対応している。排泄チェック表で個人のリズムを把握するようにしている。プライバシーに配慮した対応を心がけている。	<ul style="list-style-type: none"> ・約半数の利用者は布パンツを着用している。排泄チェック表で個人のリズムを把握し、利用者ごとに個別に声掛けをし、トイレでの排泄継続を支援している。 ・トイレ使用時は、ドアの外でさりげなく待つように心がけている。 	
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	未排便の日数を把握し、必要に応じて、看護師を中心に排便コントロールをしている。できる限り、薬に頼らないように水分補給と運動を促している。		
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	入浴はご本人の希望やご家族の意向を加味して回数等を計画している。同性介助を心掛け、個浴でゆっくり入浴していただいている。対応の際はプライバシーに配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴回数は週3回を基本としているが、回数や希望の時間帯にも対応し、同性介助で支援している。入浴を好まない方には声掛けに工夫して誘導している。 ・利用者の希望や体調により、シャワー浴に切り替えることもある。 	

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
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	消灯時間、起床時間は細かく設定していない。朝は無理やり起こすことはせず、一人ひとりの習慣を大切にしている。		
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	服薬の内容については家族から提供していただく内服薬の説明書で確認をしている。また、服薬管理表を作成し、服薬のダブルチェック確認を行っている。ひとりひとりに合った薬の形状にも配慮している。		
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	利用者の希望や体調に応じて洗濯物の取り込み、たたみ、テーブル拭き、洗い物などの役割分担をもらっている。また手芸が好きな方には、サークルに参加して頂いている。月1回生け花も生けて頂いている。		
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	事業所周辺への散歩や買い物に日常的に外出している。また年1～2回近隣への外食も個別で対応している。	・利用者の体調や体力に差があり、数人で近くのみさわ川岸への散歩、スーパーへの食材の買物などに出かけている。外出しない時は、庭で日光浴をして気分転換をしている。 ・個別支援で喫茶店に行ったり、利用者が以前通っていたデイサービスに同行することもある。	
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	利用者がお金を持ち込んでいる様子が見受けられない。		

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
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	必要時、希望とご家族の了承があれば電話をかける事を支援している。現在はそういった希望を受けていない。		
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	小物や雛飾りなどで季節感を出す工夫をしている。お花などで温かな雰囲気となるようにしている。フロアから見えるところに花や野菜を植えるなどして、季節を感じて頂いている。	<ul style="list-style-type: none"> ・廊下、室内での表示、掲示物を少なくし、自宅らしい雰囲気を保っている。 ・日当たりが良い建物の南側は広縁になっており、利用者は椅子に座って庭の草花を眺めたり、機能訓練歩行に活用している。 	
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	小上がりや縁側など、人の気配を感じながらみんなと離れる空間作りをして、くつろいで過ごせるような配慮をしている。		
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	標準装備は、エアコンと照明、カーテンのみ。ベッドや家具は、本人が使い慣れたものを持ち込んでいただくことにしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・居室は和室5室と洋間4室で、全室にトイレ、洗面台を設置し、利用者は好みの椅子、ベッド、タンス、ソファを持ち込んでいる。畳の部屋にベッドを持ち込む利用者もいる。 ・各居室担当職員を決めて、整理、清掃などの支援をしている。 	
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	バリアフリーを取り入れている。居室には手すりや車椅子のまま使用できるトイレを設置し、身体状況の変化にも対応できるようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 上布田つどいの家（GH）

作成日 平成27年2月11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組み内容	目標達成に要する期間
1	33	重度化や終末期対応に向けて、職員の知識と心構えが不十分。入居時に事業所としての指針説明が不足している。	職員が看取りに取り組めるよう、不安や疑問は取り除く。入居時に事業所としての看取りへの考えを説明する。	職員の研修計画を立て参加。内部でも看取りの勉強会を行う。入居説明の際には事業所としての看取りの考えを説明、同意を得るようにする。	6ヶ月
2	49	入居者の体力の低下により散歩や買い物に行く回数が減った。外食も少ない。	日常の散歩を増やし、車いす使用の方にも散歩や買い物に行けるようにする。週1～2回は外に出るようにする。	シフトの空き時間を利用して散歩に行くようにする。買い物が少ない日には車いすの方もお誘いし、外出するようにする。外食は入居者の希望を聞き、個別で対応する。年2回。	24か月
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。