

平成29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	1495600346	事業の開始年月日	平成26年11月1日
		指定年月日	平成26年11月1日
法人名	医療法人 新光会		
事業所名	みのりの家 麻生		
所在地	(215-0021) 神奈川県川崎市麻生区下麻生3-41-20		
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	2 ユニット
自己評価作成日	平成29年8月22日	評価結果 市町村受理日	平成29年12月21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.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

- ご利用者のADLの維持・向上、及び、気分転換の為に、天気の良い日にはできるだけ散歩に出掛けたり、室内でもレクリエーションを行うなど、身体を動かす機会が多い。
- 地域住民の一員として、自治会に加入し地域の行事にできるだけ参加している。又、出掛けていくだけでなく、ホームでの体操教室や運営推進会議・祭り等に地域の方を誘い、交流の機会を少しずつ増やしている。

【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年9月26日	評価機関 評価決定日	平成29年11月3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)】

高齢者グループホーム「みのりの家 麻生」は小田急線 柿生駅からバスで「下麻生」下車、徒歩6分ほどの閑静な住宅地にあります。玄関前には鶴見川が流れています。事業所は以前、別の場所で1ユニットでしたが、この場所に移転して2ユニット(18人)となり、この11月で3年となります。

<優れている点>

毎日の仕事の進め方・段取りなど、職員皆が同じように行えるよう理解するため、職員・リーダー・管理者で何年もかけてまとめ、毎日の「タイムスケジュール」は職員の意見を取り入れて作っています。新人職員にも理解しやすくなっており、毎日の中で活用されています。

<工夫点>

毎月、避難訓練を行っています。地震や火災の火元を変え、職員が避難指示判断を着実にやる事が出来、利用者も自然に避難ができるようになるために訓練を行っています。今後は、事業所前面に川があることから、水害訓練も加える予定をしています。

気候の良い時は、ほぼ毎日午前中に散歩に出掛けています。散歩に行くため、2階の利用者も1階に集まり、1階・2階を合わせて短距離、中距離、長距離と3グループくらいに分け、時間をおいて散歩に出掛けています。散歩待ちの利用者は1階のリビングルームで過ごしています。散歩の途中で地域の人と花や野菜の話が弾み、花や野菜を貰って来る事もあります。

【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	みのりの家 麻生
ユニット名	1F

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、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者一人ひとりを年長者として敬い心地よい生活を提供すること ・ご利用者の過去の生活を知り、その人らしく暮らせるよう支援すること ・ご利用者とご家族の希望を尊重すること 以上を理念とし、玄関に掲げたり、朝礼で復唱することで共有とケアの実践につなげている。	職員と一緒に理念を創っています。「理念と職員心得8ヶ条」から各々1文節を毎日1階・2階ごとの朝礼で全員で唱和しています。管理者から理念を意識しての話や質問もあり、職員は皆理解を深めています。理念は各階ごとに掲示しています。理念を意識し、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。	日常的に散歩へ出掛け挨拶を交わしたり、会話をしている。自治会に加入し、ふれあいサロンや祭りに参加している。又、ホームで行っている体操教室などの行事に地域の方をお誘いし、地域の方と交流している。	日常的な散歩で、地域の人との会話を通して、花や野菜を貰っています。地域の祭りや高齢者の集まるサロンに参加しています。事業所で行う体操教室や秋祭りには地域の方も参加しています。この地域で3年近くなり、地域との交流も増えています。	
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。	毎週1回、地域の方も誘い体操教室を行っている。必要に応じて、血圧測定や、健康相談・介護相談にも応じている。運営推進会議に地域の方にも参加して頂き、理解を深めて頂く機会を作っている。		
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。	運営推進会議では事業所の運営状況を報告している。また個々のサービスの取組みについても担当者が説明し、意見や要望を出してもらえるよう取り組んでいる。会議での話し合いの内容や意見はミーティングや議事録で全職員が内容を共有している。その際、改善案を検討しサービス向上に活かしている。	運営推進会議は年5回行っています。メンバーは地域包括支援センター職員、民生委員、自治会長、地域代表と全家族です。毎回6～8家族が参加しており、家族同士の交流が深まっています。さらに会議後2部という形で利用者も参加し、ゲームなども行っています。会議では家族からの意見や要望を聞けるよう取り組んでいます。	
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取り組んでいる。	介護相談員を受け入れ、ホームの実情や取組みを伝えている。相談員が得た情報は、職員へフィードバックされ、運営改善のきっかけになったりと、協力関係を築きつつある。	月1回、市委嘱の介護相談員2名を受け入れてます。生活保護の人もおり、区保護課と接触しています。県や市の研修に参加しています。地域包括支援センターとは頻繁に交流しています。	

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。	ホーム内研修にて、身体拘束を行わないケアの意義について学び、それを実践するように取り組んでいる。鍵を掛けるのではなく、センサーを置き、見守りを徹底するよう努めている。	ロッカーに「身体拘束を行わないケア」を掲示しており、かつ、毎年身体拘束についての研修を行っており、職員は十分理解しています。2階は施錠していますが、玄関は施錠していません。毎朝散歩にも行っていますが、外に出たい要望には見守りに配慮して行っています。	
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。	ホーム内研修において全ての職員が高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持っている。職員更衣室に虐待に当たる項目を明示し、実践するようにしている。職員同士で気になる行動を見かけた場合にはホーム長に報告し、適切なケアを行うよう指導してもらっている。		
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。	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設けられていない。対応が必要な利用者に対しては、個別に説明し活用できるよう支援している。又、後見人等が付いている利用者については、ミーティング等で内容や関係性などを説明し、職員が理解できるようになっている。		
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。	契約に際しては、重要事項説明書、契約書を明示し管理者が説明して理解を図っている。利用者や家族の不安や疑問点を尋ね、ホームでできる事・できない事を説明し、同意を得るようにしている。		
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。	運営推進会議や面会カードで意見等を表せる機会を設け、出た意見は必ずミーティングで全職員が共有し、運営改善に活かしている。重要事項説明書の中に法人内や公的機関の相談窓口を明示している。介護相談員を受け入れ、意見を表せる機会を設け、ケアの向上に努めている。	毎月「みのり便り」で利用者の様子や計画を家族に知らせています。家族は運営推進会議や面会時に職員と話し合っています。家族から、利用者があんこが食べたいとの希望から、あんこ作りとおはぎで叶えています。また、介護相談員から料理をしたいとの希望があると聞き、おやつ作りをしてもなっています。利用者・家族の意見を反映しています。	

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。	ケアの方針について等、ミーティングで職員が発言する機会を作り、運営に反映させている。定期的に面談を行ったり、業務中にもその都度心配なことや不安なこと等は報告・相談できる環境がある。	毎月ミーティングで職員の発言する機会を作っています。年1回個人面談を行っています。また、日常的に個人別に報告・相談を受けています。特に毎日の「タイムスケジュール」については、職員・リーダー・管理者で何年もかけてまとめていて、運営に反映しています。	
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。	労働基準法に則して労働条件を整えている。年二回健康診断を実施して、職員の心身の健康状態が保たれるよう配慮している。管理者は職員の日々の頑張りを常に労ってくれ、必要な支援があれば相談に乗ってくれている。		
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。	ホーム内研修を行ったり、川崎市主催の研修や、県グループホーム協会の研修に業務の一環として参加できる体制となっており、職員が交代で参加している。外部での研修内容はミーティングで報告し、職員全員のスキルアップにつなげている。		
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。	県グループホーム協会に加入し、各研修に参加することで他の事業所の職員と交流の機会を作っている。法人内の他事業所から、理学療法士や看護師が体操教室の講師として来ることで、職員にとっても学びの場となりサービスの質の向上に繋がっている。		
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。	入居の相談の過程から、家族のみでなく出来るだけ本人にも見学してもらっている。本人の困っていることや不安なことをよく聴き、思いを受け止め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
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。	相談の過程において、家族と本人の生活や関わり方など、思いを詳しく聞き、どういった部分をサポートしていくことで要望に応えられるかを考え、サービスを開始するよう努めている。		
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。	サービス開始前に見学に来てもらったりしながら状況や要望を確認し、必要な支援を提案できるよう努めている。その際、地域包括支援センターや担当ケアマネと連絡を取り合い、連携し対応している。		
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。	利用者を年長者として敬い、時に職員が助けてもらいながら、支え合って生活している。個別の能力に応じて日常の家事に参加してもらい、お互いが協働しながら生活している。		
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。	ケアプラン作成時には家族の意見や要望を取り入れている。日々の暮らしの出来事や気づきの情報共有に努め、本人と家族の関係性に合わせて、良好な状態が続くよう支援している		
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。	本人が大切にしてきた人間関係を把握し、生活習慣の継続に努めている。電話でのやりとりを仲介し支援している。	数家族は春・秋に利用者と一緒に墓参に行っています。また、利用者は入居後馴染みになった美容室に通っています。いとこや孫に手紙を出す利用者もおり、手紙を出す支援をしています。利用者の職場時代の後輩が来た時は、話し合いの支援もしています。	

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。	利用者同士の関係性を把握し、一人ひとりが穏やかな生活が送れるよう、席の配置や共に家事を行う組み合わせなどを考慮している。利用者同士で話が弾んでいる時はその時間を大切にもらい、トラブルになりそうな時は間に入り、皆さんに声掛けするようにしている。		
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。	退所後も転出先に様子を尋ねたり、本人にとってより良いサービスが提供されるよう、家族の相談に応じている。		
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。	日常生活の中の何気ない会話から希望を察知できる様に努めている。言葉での表現が困難な方は職員が決めてしまうこともあるが、家族などから情報を得たり、表情や仕草から思いや希望の把握に努めている。	日常生活から利用者の思いや意向を把握するように努め、記録し、職員皆で共有しています。「一番風呂に入りたい。」などの希望を叶えるようにしています。言葉で言えない人には、表情や今までの生活歴から推測し、さらに家族からも確認しています。	
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。	これまでの暮らしについて入居時に詳しくアセスメントをし、職員間で情報を共有している。個々の生活習慣や環境を大切に、これまで同様かそれに近い生活が出来るように努めている。		
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。	毎朝、体温・脈拍・血圧測定 of 健康チェックを行い記録している。個別の記録チャート、申し送りのための連絡ノートに生活の様子を記録して、現状の把握、情報の共有に努め、日々の変化に対応するよう心掛けている。		

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。	ミーティングにてご利用者のモニタリングを行い、状況が変わった時点で、ケアプランの更新を行っている。本人や家族の希望が反映できるよう、担当職員を中心にアセスメントを行い介護計画を作成している。	入居時に、家族や情報のある所（病院など）からアセスメントを行い、短期的なケアプランを作成しています。入居後は、居室担当職員がアセスメントを行い、管理者がケアプランを作成し、利用者・家族の理解を得ています。6ヶ月毎および必要時に見直しています。	
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。	個別にチャートを作り、日々の生活の様子やケアに関しての記録を残し、情報の共有、介護計画の見直しに活かしている。ケアプランに沿ったケアを行った際には赤字で記載し、モニタリングの際に振り返り易くしている。		
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。	本人、家族の状況や要望に応じて、職員が協力医療機関以外の通院の付添を行っている。本人や家族から希望があったときは、できる限り要望に応えられるよう対応について検討している。		
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。	地域のボランティアによるサロンに参加し、楽しい時間が持てるよう支援している。		
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、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。	受診経過を把握し、かかりつけ医や希望する医療機関で医療が受けられるよう支援している。受診時には健康状態の記録などを通して情報を提供し、医師より生活面や服薬に関する指示を受けられるようにしている。	週に1度、看護師の訪問があり、利用者の健康管理を行っています。月に2回、以前のかかりつけ医が往診に来ています。また、月に一度、職員が別のかかりつけの病院の外来に連れて行っています。利用者の「健康状態の記録」で、職員が情報を共有しています。	

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。	同一法人内の内科クリニックと連携し、週に1回ずつ看護師の訪問を受けている。不安なことや体調の変化を伝え、相談に乗ってもらっている。		
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。	入院時には関係者と相互に情報交換を行い、適切な医療を受け、早期回復が図られるよう支援している。事業所内で対応可能な段階で、なるべく早く退院できるようにアプローチしている。		
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。	契約時点で重度化した場合に事業所内で出来ること出来ないことを明示している。事業所内で出来ないことに関しては、次のサービス利用につなげられるよう地域の関係者と連携を図っている。	「重度化や終末期の指針」を契約時に説明し、同意を得ています。事業所では、これまで終末期の対応を行わない方針で進めてきましたが、今回、施設として初めて終末期介護を経験をしています。今後、職員研修を行い、看取りの支援を行う方向で取り組んでいく意向です。	
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。	緊急時のマニュアルを作成したり、定期的にホーム内研修を行って学びの機会を作っている。		
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。	災害時対応マニュアルを作り、毎月ホームで避難訓練を行い、誘導の手順や非常時に行うべき事柄の確認などを行っている。年1回は消防署立会の防災訓練を行っており、地域の方にも参加を呼び掛けている。消防署は利用者の身体状況やホーム内の非常口を確認している。	非常用備蓄食品マニュアルがあり、利用者18名と職員6名想定で、3食3日分を安全対策担当職員が中心となり食材を用意しています。3月と9月に入れ替え、賞味期限の近いものは日常の献立で使用しています。毎月、避難訓練を行い、消防署立ち合いも年1回実施しています。	事業所では毎月、避難訓練を行っています。災害対策では地域の協力も重要です。地域の避難訓練に参加したり、年に数回は地域の協力を得られるような工夫も期待されます。

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。	理念に基づいた言葉かけや、対応を心掛けています。本人にのみ伝わるような音量での声掛けなど、プライバシーに配慮した対応を行うよう努めている。	一人ひとりの人格を尊重し、名字にさん付けで全職員が声掛けをしています。同じ名字の人には名前で声掛けをしています。丁寧な言葉でTPOに合わせ、声のトーンを変えて言葉掛けをしています。	
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。	入浴の時間帯やおやつを選んでもらったり、着替えの時の衣類の選択など、自己決定の場面を作るよう努めている。その際、個別の能力に合わせて、選択肢の数を少なめにするなど、選択しやすい環境作りを心掛けています。		
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。	大まかな一日の流れは決まっているが、無理強いせず、希望を尊重し支援している。入浴の時間など、職員の都合で決めている部分もあるが、体調や気持ちの変化に合わせて対応するよう努めている。		
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。	訪問美容を利用し好みの髪型に出来るよう配慮している。毎朝の整容においては、声掛けや介助を行い支援している。更衣の際は着る洋服をできるだけ本人に選んでもらうよう努めている。		
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。	利用者と職員が同じテーブルで食事を摂り、準備や片付けも一緒に行っている。メニューや具材を紹介しつつ食への関心が高まるよう、会話の中で工夫している。調理を行いたいとの希望もあるので、今後そのような機会を作りたいと考えている。	昼・夕食は、宅配のおかずを温めて、ご飯と味噌汁は手作りです。利用者も盛り付け、食器洗いなどで参加しています。庭で作った野菜も利用しています。便秘予防のために朝は季節の果物、昼は果物入りのヨーグルト、夜はホットミルクを毎日食べています。	

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。	それぞれの食事量を記録して、カロリーや塩分・水分量も適切な量となるよう配慮している。十分な咀嚼ができない方には細かく刻んだり食べやすい形状にして提供している。個別の習慣に応じた飲食物にも、柔軟に対応するよう心掛けている。		
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。	毎食後口腔ケアが出来るよう支援している。個々の能力に応じて、見守り又は介助で行い、十分に歯磨きができていないか確認している。夕食後は義歯を預かり、毎日必ず洗浄液に浸し消毒している。		
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。	自発的にトイレに行くことが難しい方は、定期的にトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう努めている。体調に応じて声掛けのタイミングを変更したり、状況に応じた支援をしている。	職員が利用者のそれぞれの排泄パターンを把握し、特徴を掴んで声掛けトイレ誘導を行っています。リハビリパンツから通常のパンツになった人もいます。夜間トイレに行くのが大変な人には、居室にポータブルトイレを置いています。	
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。	毎日、果物やヨーグルト、牛乳を取り入れており、便秘傾向にある人には特に十分な水分摂取が出来ているか確認をしている。散歩や体操、家事などで身体を動かす機会を作り、便秘の予防を図っている。便秘傾向にある方は、主治医とも相談し頓服薬の使用も含め検討している。		
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。	入浴日は決めているが外出の予定や、本人の体調や意思を尊重し、無理強いすることなく、柔軟に対応するようにしている。入浴を拒む場合には時間をおいて対応するなどし、清潔保持に努めている。	9人を3グループに分けて、週2～3回入浴しています。1階のバスルームには車椅子対応の入浴用リフトがあり、車椅子の人も、安全にゆっくり入浴しています。利用者家族の庭で採れた柚子で、年に何回か、ゆず湯を楽しんでいます。	

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
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。	日中は適度に活動する機会を多く作り、生活のリズムを整えている。居室での休息を希望される場合にはそれを尊重しつつ、日中は長く寝すぎないように、時間を見て声掛けしている。		
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。	服薬中の薬説明書を個々のチャートにファイルし、指示通りの服薬が出来るように支援している。薬の目的や副作用についてはミーティングでも確認し、処方の変更時には連絡帳に記入し情報を共有している。服薬前には複数人で薬の数を確認し、服薬確認後はチェック表に押印し、正確に確実な服薬が出来るようにしている。		
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。	家事など個々の能力に応じ役割を持ってもらい、張り合いのある生活が送れるよう支援している。体操教室や墨彩画、フラワーアレンジメントなど楽しみごとに参加できるよう支援している。個別の嗜好品がある場合には、適量が摂れるよう支援している。		
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。	出来るだけ毎日散歩に出掛けられるよう支援している。カラオケや買い物・喫茶など、希望する場所への外出の機会を増やすよう努めている。また個別での外出希望に対しては、家族や知人にも協力を仰ぎ、実現に向けた支援をしている。	気候の良い時は、ほぼ毎日散歩に出掛けています。短距離、中距離、長距離と3グループくらいに分けて散歩をしています。近くのスーパーに職員と一緒に洋服を買いに行ったり、歌の好きな人がカラオケに行くなど、外出を楽しんでいます。	
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。	それぞれの能力に応じ小遣いを所持してもらい、お金を持っている事での安心感を得られるようにしている。本人の希望に沿って、お金を使うことの支援は、あまりできていない。		

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
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。	携帯電話の持ち込みを自由としている。また、家族や友人からの電話を取り次いでいる。家族や友人への手紙、年賀状のやり取りができるよう支援している。		
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。	リビングには季節に応じたご利用者と一緒に作った飾り物をしたり、行事の写真を飾っている。空間の使用目的によって光の種類を替え、エアコンや扇風機、暖房器具を使用し心地良く過ごせるよう配慮している。	リビングルーム兼食堂は、大きな窓で明るく、対面キッチンになっており職員が調理しながらでも利用者の安全確認をする事が出来ます。和室もあり、湯茶を飲んだり横になる事が出来ます。壁には利用者と職員が一緒に作った季節の飾り物を飾っています。	
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・椅子・テーブルを配置し、他利用者と程よい距離を保ちながら、気の合う利用者同士コミュニケーションがとれる環境がある。		
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。	出来る限り使い慣れた家具や家族の写真などを持ち込んで頂き、自宅と同じ雰囲気居心地良く過ごせるようにしている。家具の配置については安全性も考慮し工夫している。	エアコン・照明・カーテンは備え付けで、他は持ち込み自由となっています。ベッド・テレビ・タンス・椅子・ぬいぐるみ・家族の写真など、思い思いの家具・調度品を備えて居心地良く過ごせる配慮をしています。	
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。	居室入口には名前その他、好みの写真を飾り自分の居室が分かるようにしている。廊下や玄関の適切な場所に手すりを設置している。理解力の低下が見られても、さりげない支援をすることで出来るだけ安全で自立した生活が送れるように留意している。		

事業所名	みのりの家 麻生
ユニット名	2F

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、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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用者一人ひとりを年長者として敬い心地よい生活を提供すること ・ご利用者の過去の生活を知り、その人らしく暮らせるよう支援すること ・ご利用者とご家族の希望を尊重すること 以上を理念とし、玄関に掲げたり、朝礼で復唱することで共有とケアの実践につなげている。		
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。	日常的に散歩へ出掛け挨拶を交わしたり、会話をしている。 自治会に加入し、ふれあいサロンや祭りに参加している。又、ホームで行っている 体操教室などの行事に地域の方をお誘いし、地域の方と交流している。		
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。	毎週1回、地域の方も誘い体操教室を行っている。必要に応じて、血圧測定や、健康相談・介護相談にも応じている。 運営推進会議に地域の方にも参加して頂き、理解を深めて頂く機会を作っている。		
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。	運営推進会議では事業所の運営状況を報告している。また個々のサービスの取組みについても担当者が説明し、意見や要望を出してもらえるように取り組んでいる。会議での話し合いの内容や意見はミーティングや議事録で全職員が内容を共有している。その際、改善案を検討しサービス向上に活かしている。		
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取り組んでいる。	介護相談員を受け入れ、ホームの実情や取組みを伝えている。相談員が得た情報は、職員へフィードバックされ、運営改善のきっかけになったりと、協力関係を築きつつある。		

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
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。	ホーム内研修にて、身体拘束を行わないケアの意義について学び、それを実践するよう取り組んでいる。鍵を掛けるのではなく、センサーを置き、見守りを徹底するよう努めている。		
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。	ホーム内研修において全ての職員が高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持っている。職員更衣室に虐待に当たる項目を明示し、実践するようしている。職員同士で気になる行動を見かけた場合にはホーム長に報告し、適切なケアを行うよう指導してもらっている。		
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。	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が設けられていない。対応が必要な利用者に対しては、個別に説明し活用できるよう支援している。又、後見人等が付いている利用者については、ミーティング等で内容や関係性などを説明し、職員が理解できるようになっている。		
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。	契約に際しては、重要事項説明書、契約書を明示し管理者が説明して理解を図っている。利用者や家族の不安や疑問点を尋ね、ホームでできる事・できない事を説明し、同意を得るようにしている。		
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。	運営推進会議や面会カードで意見等を表せる機会を設け、出た意見は必ずミーティングで全職員が共有し、運営改善に活かしている。重要事項説明書の中に法人内や公的機関の相談窓口を明示している。介護相談員を受け入れ、意見を表せる機会を設け、ケアの向上に努めている。		

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
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。	ケアの方針について等、ミーティングで職員が発言する機会を作り、運営に反映させている。定期的に面談を行ったり、業務中にもその都度心配なことや不安なこと等は報告・相談できる環境がある。		
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。	労働基準法に則して労働条件を整えている。年二回健康診断を実施して、職員の心身の健康状態が保たれるよう配慮している。管理者は職員の日々の頑張りを常に労ってくれ、必要な支援があれば相談に乗ってくれている。		
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。	ホーム内研修を行ったり、川崎市主催の研修や、県グループホーム協議会の研修に業務の一環として参加できる体制となっており、職員が交代で参加している。外部での研修内容はミーティングで報告し、職員全員のスキルアップにつなげている。		
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。	県グループホーム協議会に加入し、各研修に参加することで他の事業所の職員と交流の機会を作っている。法人内の他事業所から、理学療法士や看護師が体操教室の講師として来ることで、職員にとっても学びの場となりサービスの質の向上に繋がっている。		
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。	入居の相談の過程から、家族のみでなく出来るだけ本人にも見学してもらっている。本人の困っていることや不安なことをよく聴き、思いを受け止め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
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。	相談の過程において、家族と本人の生活や関わり方など、思いを詳しく聞き、どういった部分をサポートしていくことで要望に応えられるかを考え、サービスを開始するよう努めている。		
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。	サービス開始前に見学に来てもらったりしながら状況や要望を確認し、必要な支援を提案できるよう努めている。その際、地域包括支援センターや担当ケアマネと連絡を取り合い、連携し対応している。		
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。	利用者を年長者として敬い、時に職員が助けてもらいながら、支え合って生活している。個別の能力に応じて日常の家事に参加してもらい、お互いが協働しながら生活している。		
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。	ケアプラン作成時には家族の意見や要望を取り入れている。日々の暮らしの出来事や気づきの情報共有に努め、本人と家族の関係性に合わせて、良好な状態が続くよう支援している		
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。	本人が大切にしてきた人間関係を把握し、生活習慣の継続に努めている。電話や手紙でのやりとりを仲介したり、馴染みの美容院に行けるように支援している。		

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。	利用者同士の関係性を把握し、一人ひとりが穏やかな生活が送れるよう、席の配置や共に家事を行う組み合わせなどを考慮している。利用者同士で話が弾んでいる時はその時間を大切にもらい、トラブルになりそうな時は間に入り、皆さんに声掛けするようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	退所後も転出先に様子を尋ねたり、本人にとってより良いサービスが提供されるよう、家族の相談に応じている。		
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。	日常生活の中の何気ない会話から希望を察知できる様に努めている。言葉での表現が困難な方は職員が決めてしまうこともあるが、家族などから情報を得たり、表情や仕草から思いや希望の把握に努めている。		
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。	これまでの暮らしについて入居時にアセスメントをし、職員間で情報を共有している。個々の生活習慣や環境を大切にし、これまで同様かそれに近い生活が出来るように努めている。		
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。	毎朝、体温・脈拍・血圧測定 of 健康チェックを行い記録している。個別の記録チャート、申し送りのための連絡ノートに生活の様子を記録して、現状の把握、情報の共有に努め、日々の変化に対応するよう心掛けている。		

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。	ミーティングにてご利用者のモロソグを行い、状況が変わった時点で、ケアプランの更新を行っている。本人や家族の希望が反映できるよう、担当職員を中心にアセスメントを行い介護計画を作成している。		
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。	個別にチャートを作り、日々の生活の様子やケアに関する記録を残し、情報の共有、介護計画の見直しに活かしている。ケアプランに沿ったケアを行った際には赤字で記載し、モニタリングの際に振り返り易くしている。		
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。	本人、家族の状況や要望に応じて、職員が協力医療機関以外の通院の付添を行っている。本人や家族から希望があったときは、できる限り要望に応えられるよう対応について検討している。		
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。	地域のボランティアによるサロンに数名のご利用者の参加をサポートし、楽しい時間が持てるよう支援している。		
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、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。	受診経過を把握し、かかりつけ医や希望する医療機関で医療が受けられるよう支援している。受診時には健康状態の記録などを通して情報を提供し、医師より生活面や服薬に関する指示を受けられるようにしている。		

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
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。	同一法人内の内科クリニックと連携し、週に1回ずつ看護師の訪問を受けている。不安なことや体調の変化を伝え、相談に乗ってもらっている。		
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。	入院時には関係者と相互に情報交換を行い、適切な医療を受け、早期回復が図られるよう支援している。事業所内で対応可能な段階で、なるべく早く退院できるようにアプローチしている。		
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。	契約時点で重度化した場合に事業所内で出来ること出来ないことを明示している。事業所内で出来ないことに関しては、次のサービス利用につなげられるよう地域の関係者と連携を図っている。		
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。	緊急時のマニュアルを作成したり、定期的にホーム内研修を行って学びの機会を作っている。		
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。	災害時対応マニュアルを作り、毎月ホームで避難訓練を行い、誘導の手順や非常時に行うべき事柄の確認などを行っている。年1回は消防署立会の防災訓練を行っており、地域の方にも参加を呼び掛けている。消防署は利用者の身体状況やホーム内の非常口を確認している。		

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。	理念に基づいた言葉かけや、対応を心掛けている。本人にのみ伝わるような音量での声掛けなど、プライバシーに配慮した対応を行うよう努めている。		
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。	入浴の時間帯やおやつを選んでもらったり、着替えの時の衣類の選択など、自己決定の場面を作るよう努めている。その際、個別の能力に合わせて、選択肢の数を少なめにするなど、選択しやすい環境作りを心掛けている。		
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。	大まかな一日の流れは決まっているが、無理強いはせず、希望を尊重し支援している。入浴の時間など、職員の都合で決めている部分もあるが、体調や気持ちの変化に合わせて対応するよう努めている。		
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。	馴染みの美容院を利用できるよう付添いをしたり、訪問美容を利用し好みの髪型に出来るよう配慮している。毎朝の整容においては、声掛けや介助を行い支援している。更衣の際は着る洋服をできるだけ本人に選んでもらうよう努めている。		
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。	利用者と職員が同じテーブルで食事を摂り、準備や片付けも一緒に行っている。メニューや具材を紹介しつつ食への関心が高まるよう、会話の中で工夫している。調理を行いたいとの希望もあるので、今後そのような機会を作りたいと考えている。		

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。	それぞれの食事量を記録して、カロリーや塩分・水分量も適切な量となるよう配慮している。十分な咀嚼ができない方には細かく刻んだり食べやすい形状にして提供している。個別の習慣に応じた飲食物にも、柔軟に対応するよう心掛けている。		
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。	毎食後口腔ケアが出来るよう支援している。個々の能力に応じて、見守り又は介助で行い、十分に歯磨きができているか確認している。夕食後は義歯を預かり、毎日必ず洗浄液に浸し消毒している。		
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。	自発的にトイレに行くことが難しい方は、定期的にトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう努めている。体調に応じて声掛けのタイミングを変更したり、状況に応じた支援をしている。		
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。	毎日、果物やヨーグルト、牛乳を取り入れており、便秘傾向にある人には特に十分な水分摂取が出来ているか確認をしている。散歩や体操、家事などで身体を動かす機会を作り、便秘の予防を図っている。便秘傾向にある方は、主治医とも相談し頓服薬の使用も含め検討している。		
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。	入浴日は決めているが外出の予定や、本人の体調や意思を尊重し、無理強いすることなく、柔軟に対応するようにしている。入浴を拒む場合には時間をおいて対応するなどし、清潔保持に努めている。		

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
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。	日中は適度に活動する機会を多く作り、生活のリズムを整えている。居室での休息を希望される場合にはそれを尊重しつつ、日中は長く寝すぎないように、時間を見て声掛けしている。		
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。	服薬中の薬説明書を個々のチャートにファイルし、指示通りの服薬が出来るように支援している。薬の目的や副作用についてはミーティングでも確認し、処方の変更時には連絡帳に記入し情報を共有している。服薬前には複数人で薬の数を確認し、服薬確認後はチェック表に押印し、正確に確実な服薬が出来るようにしている。		
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。	家事など個々の能力に応じ役割を持ってもらい、張り合いのある生活が送れるよう支援している。体操教室や墨彩画、フラワーアレンジメントなど楽しみごとに参加できるよう支援している。個別の嗜好品がある場合には、適量が摂れるよう支援している。		
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。	出来るだけ毎日散歩に出掛けられるよう支援している。美容院への送迎支援や、カラオケや買い物・喫茶など、希望する場所への外出の機会を増やすよう努めている。また個別での外出希望に対しては、家族や知人にも協力を仰ぎ、実現に向けた支援をしている。		
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。	それぞれの能力に応じ小遣いを所持してもらい、お金を持っている事での安心感を得られるようにしている。本人の希望に沿って、お金を使うことの支援は、あまりできていない。		

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
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。	携帯電話の持ち込みを自由としている。また、家族や友人からの電話を取り次いでいる。家族や友人への手紙、年賀状のやり取りができるよう支援している。		
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。	リビングには季節に応じたご利用者と一緒に作った飾り物をしたり、行事の写真を飾っている。空間の使用目的によって光の種類を替え、エアコンや扇風機、暖房器具を使用し心地良く過ごせるよう配慮している。		
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・椅子・テーブルを配置し、他利用者と程よい距離を保ちながら、気の合う利用者同士コミュニケーションがとれる環境がある。		
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。	出来る限り使い慣れた家具や家族の写真などを持ち込んで頂き、自宅と同じ雰囲気居心地良く過ごせるようにしている。家具の配置については安全性も考慮し工夫している。		
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。	居室入口には名前の他、好みの写真を飾り自分の居室が分かるようにしている。廊下や玄関の適切な場所に手すりを設置している。理解力の低下が見られても、さりげない支援をすることで出来るだけ安全で自立した生活が送れるように留意している。		

【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	35	事業所独自で防災訓練を実施しているが地域住民との協力体制はできていない。	地域住民と防災訓練を行う。	<ul style="list-style-type: none"> 自治会の行事に参加し、住民との交流を深める。 自治会の防災訓練に参加できるよう調整する。 事業所の防災訓練の予定を地域の方に伝える。 	12ヶ月
2	49	外出の機会が少ない。一人ひとりの希望に合わせた外出を支援することが出来ていない。	散歩以外の外出の機会を増やす。	<ul style="list-style-type: none"> 外食や喫茶、お花見等希望に合わせた外出を考える。 体力に合わせ少人数での外出の機会を増やせるようにする。 全ての利用者が年一回以上は散歩以外の外出ができるようにする。 	12ヶ月
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、行を挿入してください。