

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	10
1. 理念の共有	1
2. 地域との支えあい	1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	1
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	5
1. 一人ひとりの把握	1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し	1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援	0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働	3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

事業所番号	1475500821
法人名	株式会社 愛誠会
事業所名	はなまるホーム有馬
訪問調査日	令和6年1月24日
評価確定日	令和6年2月28日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は23項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和5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	1475500821	事業の開始年月日	平成17年7月1日	
		指定年月日	平成17年7月1日	
法人名	株式会社 愛誠会			
事業所名	はなまるホーム有馬			
所在地	(216-0002) 川崎市宮前区東有馬5-21-24			
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	令和6年1月15日	評価結果 市町村受理日	令和6年3月1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)】

はなまるホーム有馬は川崎市郊外の自然豊かで静かな環境の中で認知症を患った方が穏やかに生活できる環境にあります。昨年より川崎市福祉製品のモニターに参加し歩行アシストロボットやシャワーアームを試す事で利用者様の生活の質の向上に取り組んでいます。またご利用者様の個別支援としていききたい所や食べたい物を聞き外食支援や5月には海が見たいの要望に応じて江の島へ出掛け1日のんびりと過ごし旬のしらす丼を堪能するツアーを実施しました。近隣の飲食店へラーメンやお寿司、デザートなど食べたい物の要望を聞き日々の生活の中で外食をする楽しみをもって頂いています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和6年1月24日	評価機関 評価決定日	令和6年2月28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)】

●この事業所は株式会社愛誠会の運営です。同法人は「医療と介護の融合・連携」を掲げ、調剤薬局や医療モール開発事業を全国展開しているアイセイ薬局グループの介護事業を担っています。(株)愛誠会は、介護付き有料老人ホーム・グループホーム・小規模多機能・デイサービス・軽費老人ホームなどの事業所を全国に展開しています。グループホームは31ヶ所、神奈川県内では3ヶ所の事業所を運営しています。ここ「はなまるホーム有馬」は東急田園都市線「鷺沼駅」よりバスで「東有馬第一団地前」で下車してから、徒歩5分程の東有馬団地の向かいに位置しています。

●事業所では「困っている人がいたら助ける」を目標とし、ミーティングで話し合い、車椅子の貸し出しや救急搬送のお手伝いなど、事業所内にとどまらず、地域や団地との良好な協力体制を築いています。また、商店会に加入し、日々の買い物で商店街を利用しています。地域の盆踊りにも利用者と一緒に参加しています。

●「個別支援」の充実を目指し、日常の利用者との会話の中で、やりたい事・行きたい所・食べたい物等をお聞きし、外食支援、服の買い物、ドライブにお連れしています。食事は一般家庭のように地域で食材を購入し、利用者のリクエストも聞いて調理しています。買い物や調理も手伝っていただくなど、利用者が退屈しないよう楽しんでいただく時間を大切にしています。

●職員の研修は、年間研修計画に沿って毎月開催し、スキルに応じた研修に参加し、参加者からの伝達研修を行い、情報を共有しています。

【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 ~ 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	はなまるホーム有馬
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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	運営推進会議には地域の民生委員や町内会の自治会の方また団地民生委員の参加もあり地域の方の困りごとなどの情報を知る機会があり協力する事で「地域社会との間に良好な関係作る」という理念の実施に繋がっている。	法人の社是「奉仕のこころ、誠実な気持ちで他者を愛する」と共に3つの企業理念、行動指針を事業所内に掲示し、毎朝の申し送り時に唱和し共有しています。「困っている人がいたら助ける」を事業所の目標とし、地域や団地の方とも助け合い協力関係を築いています。	今後の継続		
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	地域の社会資源を活用し利用者のニーズの解決に取り組んでいる。商店会に加入しており地域の行事に参加したり、商店街に買い物に出掛ける事ではなまるホーム有馬を知って頂いています。	地域の商店会に加入し、年会費を集める係を担い、会議にも参加して事業所を知っていただいています。小学校での夏祭りへ参加したり、商店街に利用者と一緒に日々の買い物にも出かけています。保育園の園児と交流があり、卒園児からメッセージをもらい、掲示しています。	今後の継続		
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	地域に根ざした施設作りのため、地域高齢者のお困りごとや事例などを運営推進会議などで検討会を行い、自施設の利用者様の情報共有も行う協力体制作りや理解を得る場となっている。	/		/	
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	10月に行われた運営推進会議では精神科の医師も参加し地域の方の相談や自施設の認知症の事例等の報告、取り組みにより改善報告を行い高評価を得る事ができた。	2ヶ月に1回、地域包括支援センター職員・民生委員・団地民生委員・薬局・家族等の参加で開催し、事業所の現状や活動報告を行っています。薬剤師から「ちょっとした薬の知識」の勉強会があったり、地域のデイサービスの管理者から情報をいただくなど、有意義な会議になっています。	今後の継続		
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	川崎市経済労働局イノベーション推進部との福祉製品の検討会や勉強会を行うことで、川崎市に貢献できた。今後も積極的に参加してケアの向上に努めていく。	川崎市の福祉製品のモニターや、用具の勉強会に参加し、報告書も提出したりと市に貢献しています。地域の他事業所と連携し、話し合いを行っています。市の高齢支援課や保護課からは半年に1回ほどの来訪があり、利用者の様子を報告したりと、協力関係を築いています。	今後の継続		

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	身体的拘束適正化委員会を設け3か月に1回、身体拘束研修も6か月に1回開催し、身体拘束がもたらす多くの弊害について職員への周知徹底、事例を活用し学ぶ取り組みを行っています。	身体拘束適正化委員会と身体拘束の研修を3ヶ月に1回同時に開催し、多くの弊害について学んでいます。マニュアルや指針を完備し、不適切ケアの外部研修にも参加して、情報を共有しています。ユニット会議の中でも事例を活用して勉強し、身体拘束のないケアに取り組んでいます。	今後の継続
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	虐待防止研修、委員会の開催、虐待の種類を学ぶ事から始め、利用者の安全と人権保護の観点から適切な支援を行える支援に取り組んでいます。また定期的な職員へのアンケート（虐待の芽）を実施し職員の意識調査を行い必要に応じて個人面談をおこなっています。	身体拘束と連動し、3ヶ月に1回委員会を開催して、虐待の種類や起こりうる弊害について学んでいます。定期的な職員へのアンケートを実施し、意識調査を行い、必要に応じて個人面談を行っています。アングーマネージメントの資料の読み合わせを行い、職員のフォローも行っていきます。	今後の継続
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	権利擁護に関する制度の理解、活用について学ぶ機会を設け周知している。必要に応じて活用する事例もあり後見人との良好な関係を築いている。		
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	契約時は契約書や重要事項説明書の読み合わせを行い、都度疑問点や質問の時間を設け丁寧に対応する事を心掛け理解と納得に繋がっています。		
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	利用者様の状況報告をご家族に行い、ご家族の意見や要望を聞く。ケアカンファレンスや緊急ミーティングを行ない関係機関の指示を仰ぎながら統一した介護の実現、利用者様の安心に繋がる運営を行っている。（毎朝の申し送りの実施）	入居時に、重要事項説明書に明記している苦情相談窓口について説明しています。家族とは、来訪時や電話連絡時に、こまめに利用者の近況報告を行い、意見や要望もお聞きし、共有しています。毎月「はなまるレポート」を発行し、写真付きで家族に送付しています。	今後の継続

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	定例会の開催、全体ミーティング、ユニット会議を月1回開催し職員の意見交換の場となっている。またエリア会議などで施設課題として検討会の開催している。緊急の場合には問題発生時に報告を受け即解決に向けて取り組んでいます。	毎日の出退勤時や申し送りで、職員の話聞くよう心掛けています。月1回のユニット会議で職員から意見や提案を聴き、全体ミーティングの議題にあげ、検討しています。事業所の今年の目標を「すぐやるか」に掲げ、緊急の場合には即解決に向けて取り組んでいます。	今後の継続
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	実績に応じた評価の実施。 個人面談などで職員の意欲向上に努めている。日々の雑談の中から情報収集ができるコミュニケーション（話を聞く、褒める、課題の抽出）を取る	職員には目標を立ててもらい、振り返りを行うことで、向上心を持って働けるよう努めています。法人の「基本行動チェックシート」を基に、職員との個人面談を実施し、評価に繋げています。日頃から管理者は、困ったことがないか声掛けをし、コミュニケーションを心掛けています。	今後の継続
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	職員のスキルに応じた研修の開催がある。外部講師による研修や法人内研修、ケアマネ向け研修と様々な内容の研修があり充実している。研修に参加した職員のモチベーションの維持、向上にもつながっている。	年間研修計画があり、毎月職員のスキルに応じた研修を開催しています。事故防止・身体拘束・コンプライアンス・医療研修等の様々な研修があり、参加者による伝達研修も行って、職員の情報の共有を図っています。川崎市の研修にも、webで参加しています。	今後の継続
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	同業者GHとの情報交換を行い、他法人の新規施設の見学等も行い、営業方法やケアの方針などサービス向上に役立っている。		
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	環境が変わる事で不安を感じる利用者様に寄り添うため、入居前アセスメントで利用者様の情報を共有し早く施設生活に慣れていく取り組みを行う。 1. 入居当日好物を聞きウェルカム昼食で迎える 2. ご家族といつでも会える安心感 3. 役割作りなど		

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	ご家族の入居に対する思い、ご本人にどのような生活を送って頂きたいかなどを聞きご家族が安心できるように施設としての取り組みや入居後もご家族の美味しいとこどりの協力が必要と伝えています。			
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	ケアカンファレンスにて本人、ご家族が必要としている支援について話し合い、生活歴から選出した課題や情景を活用したサービス提供に向けた取組に務めている。			
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	食事作りを利用者様のみで行ったり、洗濯物たたみなど協力して行っています。料理の味付けや野菜の切り方など利用者様の目線で作っているので参考になっています。			
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	利用者様の施設生活が安定して穏やかに過ぎて頂くためにはご家族の支援も大切なものであることを伝え一緒にご本人を支えていく関係を築いています。			
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	ご友人の面会やご家族と親戚のお宅への外出など積極的に勧めしています。対応できるときは送迎などの対応も行い、来所しやすいまた外出しやすい環境を作っています。	現在は居室での面会も可能となり、ペットを連れて面会に来られる家族もいます。家族と一緒に外出し、外食やカラオケを楽しまれたり、お墓参りに行かれる方もいます。甥や姪とグループLINEで話す方もいます。対応できる時には自宅への送迎なども行い、外出しやすい環境を作っています。		今後の継続

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	毎日の室内歩行訓練では、利用者様同士競い合うように「今日は10週ね」と言いながらリハビリに参加しています。上肢運動の棒体操では声掛け係を利用者様にやって頂き協力しながら取り組んでいます。レクなどみんなが楽しんで参加できるように工夫しながら開催しています。		
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	入院し施設復帰が困難な利用者様に対しMSWへ施設で把握している療養型病院やホスピスなどの情報提供を行い、転院した際はご家族と一緒に面会に訪問しその際に相談や支援できることは行っている。		
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。	ケアカンファレンスなどでご本人や職員からの情報収集に基つき希望や意向を踏まえた支援を行えるように努めています。ご本人からの情報収集が困難な時はご家族からのアドバイスを受けて施設での暮らしが充実できるように取り組んでいます。	入居前診断で、本人・家族・介護支援相談員から、過去の生活歴・既往症・趣味嗜好・暮らし方の希望等をお聞きし、思いや意向を把握しています。入居後は日々の関わりの中で得られた情報に基づいて、事業所で出来る支援を行っています。職員の気付きは、連絡ノートで共有しています。	今後の継続
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	ご本人の望む生活を重視し自宅での生活が継続して行えるように残存能力をいかした生活支援を行っています。また早く環境に慣れててくように馴染みのある家具や椅子などを居室に配置するようにしています。		
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	利用者様の日々の変化や時間毎の変化に申し送りや記録などを活用して施関わる職員が利用者様の状態を把握できる状況にある。利用者様には家事に関わる時間を設けて役割を持って生活できる環境を提供している		

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	
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	ケアカンファレンスの開催時関係機関からの情報収集を行い、ご家族、ご家族からの意見、要望などを介護計画に反映するように努めている。利用者様のケアに関する事で職員が疑問に感じている事などに早期に対応できるように臨時開催を行っている。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に、初回の介護計画を作成し、ホームに慣れて頂くことを優先に3か月様子を見ています。その後ケアカンファレンスを開催し、職員の意見を参考にしながら、変化がなければ短期で半年、長期1年で見直しを行っています。	今後の継続	
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	日々の生活の様子を個別記録（介護アプリ）へ記入、特変などは日常記録や連絡ノートを活用し情報共有を行っている。ケアの実践、振り返りを行い、介護計画の見直しを必要に応じて行っている。			
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、その時々にも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	ご家族が対応困難な通院介助や入居時の引越しの手伝い、ご家族面会時の送迎など既存のサービスに捉われず柔軟に対応しています。			
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	地域資源を活用し利用者様のニーズの解決に取り組んでいます。商店会の店に買い物に出掛け好きな物を自分で選んで買う、道行く人や店主と挨拶を交わすことで地域の住民としての知名度を上げていく。			
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	協力医療機関の往診を月2回診て頂いています。急変時やいつもと違うにオンコールで常に対応してもらい指示を仰ぎながら利用者様の介護を職員も安心して出来ています。外部受診や救急搬送の際は早急に診療情報提供書を発行して頂き円滑に受診できています。	協力医療機関からの訪問診療を月2回、受診しています。歯科からは週1回、契約した方に訪問があり、口腔ケアをしていただいています。家族対応で入居前からの医院を受診する方もいます。職員の看護師が週2回出勤しており、健康管理や爪切りなど、利用者の個別の支援を行っています。	今後の継続	

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	利用者様の身体の変化や医療的処置を看護師が行っています。朝の申し送りで利用者様の様子の確認、バイタルチェックをおこない利用者様個別の適切な処置をおこなっています。担当医師からの特別指示書により訪問看護の介入もあり状況に応じた処置を受けています。		
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。	入院時は介護サマリーにて施設での様子を伝えていきます。入院期間が長期にならないように医療機関と密に連絡を取り退院の許可が出た際は早急に受け入れられる体制を整えています。		
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	入居時に終末期、看取りに向けた取組も行っていることの説明を行い、ご本人やご家族の意向を聞き思いに添える支援を行える体制を整えています。入居後の体調の変化に応じて往診医とご家族、施設でICを行い終末期に向けての意思確認同意を得ています。施設で出来る事、出来ない事の説明も行っています。	入居時に「重度化に向けた指針」に沿って説明し、同意書を交わしています。本人や家族の意向を伺い、事業所で出来ること、出来ないことを説明し、思いに沿える支援を行っています。状態の変化に応じて医師・家族・事業所の三者で再度話し合い、連携しながら終末期の支援に取り組んでいます。	今後の継続
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	往診医や看護師の指示を仰ぎ迅速に対応している。喀痰吸引や救急救命士の講習会の参加も積極的に行なっています。ミーティング開催時に応急処置、初期対応の訓練を行い実践力を身に付けています。		
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	防災訓練、災害時避難訓練を年2回行い重度の方の安全な場所までの避難誘導時間などを把握し避難手段、経路の確認を職員全員へ周知しています。BCP策定計画書作成（災害時、感染症）地域への協力体制など運営推進会議で告知しています。	防災訓練、災害時避難訓練を年2回行っています。昼・夜想定で発生場所を毎回変えて訓練し、経路の確認を職員に周知しています。BCPの作成も準備しています。備蓄は水・缶詰・米を3日分確保し、全員のヘルメットや懐中電灯を用意しています。	今後の継続

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	
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	虐待防止委員会、身体拘束委員会にて声掛けの仕方や言葉の制限（スピーチロック）虐待や拘束になることを学び利用者様の尊厳の保持に努めています。信頼関係を築く介護を目指し取り組んでいます。	入職時研修や年間の定期的な研修で、接遇・マナー・倫理について学び、虐待や身体拘束のない介護に取り組んでいます。ホームは利用者の家であり、利用者の人格を尊重するべきとの思いで接し、言動や対応に十分配慮しています。声掛け等で問題があった時は、話し合いを行っています。	今後の継続	
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	利用者様主体の介護の実現、利用者様の自己決定を尊重しご本人の要望や希望をかなえられるように働きかけています。			
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	職員は基本業務を優先するのではなく、利用者様の状況に応じ向き合う事に重点を置いて支援しています。「今日はお風呂なしにしてドライブ行きましょう」「買物してお昼お寿司行きましょう」など			
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	利用者様に着たい服を選んでもらう、化粧品も自分で選び購入しおしゃれができるように支援しています。髪の毛を染めたい利用者様へお気に入りカラーリング剤を選んで頂き髪を染めるサービスも行い喜んで頂いています。			
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	食べたい物を利用者様とチラシや雑誌、カタログなどを一緒にみてリクエストを聞いています。季節の食材や果物など積極的に取り入れています。副菜や食器洗い、テーブル拭きなど分担して利用者様に行って頂いています。	各ユニット毎に、利用者の希望も聞きながら職員がメニューを考え、食材を購入し調理を行っています。食材は地元の商店で調達し、利用者が同行することもあります。出来る方には副菜の調理・食器洗い・テーブル拭き等を行っていただき、残存能力の維持に繋げています。	今後の継続	

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、水分摂取のチェックを行い不足の差は補助食品を取り入れたり、水分摂取が困難な利用者様にはゼリーなどで摂って頂く工夫をしています。糖分、塩分制限のある方や体重管理など個別の対応を取っています。		
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	毎食後の口腔ケアを行ない、週に1回訪問歯科による口腔ケアがあり、磨き残しや義歯の異常などを診てもらい食事がいつまでも美味しく食べられるように支援しています。		
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	排泄チェックにて排泄リズムを把握しトイレへの声掛け誘導にて自立した排泄に取り組んでいます。	全員の排泄チェック表を付け、一人ひとりの排泄リズムを把握し、時間やタイミングを見ながら声掛け誘導をし、トイレでの排泄に向けた支援を行っています。日中リビングにいるときは主にリハビリパンツで過ごしていただき、夜間のみ必要な方はオムツを使用しています。	今後の継続
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	水分摂取の推奨、運動、下腹部マッサージにて自然排便を促すようにしています。食物繊維を多く含む食事の提供や牛乳、ヨーグルトなどで便秘予防に努めています。		
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	入浴したいの要望にこたえられるように努めています。足浴なども取り入れながら体が温まりリフレッシュできる環境作りに努めています。	本人の希望を尊重しながら、週2~3回の入浴を支援しています。入浴前にはバイタルチェックを行い、入浴後は保湿剤を塗布しています。入浴剤は利用者を選んでもらい、楽しいお風呂になるよう配慮しています。市のモニターでミラブルシャワーを使用し、温まっています。	今後の継続

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	昼寝の時間を設けたり、日中の活動量を増やす事や、リハビリの時間をつくることで夜間の良眠に繋がられる支援を行っています。		
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	アイセイ薬局の薬剤師からの服薬指示や注意点を身近に聞く事が出来る環境にある（利用者様毎に担当薬剤師あり）服薬内容に変更があった際は申し送りの徹底、副作用についても共有し経過観察や転倒防止に努めている		
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	料理の得意な利用者様に食事を作って頂く中庭で植物を育てお手入れや水やりを利用者様の日課にする、手先の器用な利用者様に折り紙で壁に季節の飾りつけを作って頂く。 外食支援		
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	個別支援に力を入れています。利用者様の行きたい所や外食の場合も食べたい物や食べたい所を聞き考える機会も支援の一つと捉えて実施しています。近隣の飲食店の方の配慮や心配りに遠慮なく出掛けられる環境です。	事業所の庭には毎日のように出て掃除をしたり、イチゴやトマト、きゅうり、ナスなどを栽培・収穫し、食卓にも上っています。個別支援に力を入れ、利用者との会話の中で行きたい所、食べたい物を聴き、実施しています。昨年は、生田緑地や江の島まで出かけました。	今後の継続
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	近くのコンビニエンスストアに出掛け、自分で商品を予算を決めて選びお会計にも立ち合っています。		

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	ご家族へ電話をかけたり、ご家族から連絡があった際に電話口から声を聴いて頂いています。又遠方にお住まいのご家族や親せきのかたへはお顔を見ながら会話ができるオンライン面会をお勧めしています。現在週1回定期オンライン面会を行っているご利用者様もあり。			
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	中庭で季節のお花を育てたり、玄関に利用者様とお花屋さんで選んだ生花を活着して頂いています。共有部分には不要な物は置かず転倒予防に努めています。入浴の際は気温差で体調不良にならない様に事前に浴室を温めて快適に入浴できるようにしています。	玄関の花は利用者と一緒に買いに行き、利用者に活着していただいています。中庭にも季節の花が置かれ、季節感に溢れた居心地の良さを感じられる空間になっています。廊下は回廊式になっており、毎日の散歩にも使われ、広がりを感じられます。畳のスペースも生活の一部として利用されています。		今後の継続
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	リビング内にソファせきもあり、ゆったりと中庭をみたり、テレビ、新聞を読んだりするのに活用しています。レクでカラオケを行う際もソファ席で皆様楽しんで参加されています。			
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	入居の際は馴染みのある家具やご家族の写真などを持ってきて頂くようにご家族へお伝えしています。ご主人のご遺影やお仏壇に毎朝お水をお供えする事が日課になっている方もいらっしゃいます。	居室には、防災カーテン・クローゼット・エアコン・洗面台・ベッドが設置されています。入居時に家族と相談しながら、馴染みの物・好みの物、タンス・テレビ・家族の写真・仏壇等を持参していただき、居心地よく過ごせる居室となるよう配慮しています。		今後の継続
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	トイレの表示を大きく見やすくすることで迷わず不安なく排泄が出来る環境を提供、居室からトイレまでの道のりを分かりやすくするため床にテープで誘導線を引くなどの工夫を行っています。居室の表示も好きな色の紙に名前を書いて表示しています。			

目 標 達 成 計 画

事業所 はなまるホーム有馬1階

作成日 令和6年1月24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
		スタッフのスキルの差	介護観の統一 声掛けの工夫	認知症の理解 認知症ケアか演習の充実	通年
		利用者様の機能低下	下肢筋力の向上 転倒予防	毎日の歩行訓練 リハビリ体操の実施 外気浴を行う	通年
		3S活動 環境整備・整理整頓	整理整頓 清潔	不用品の廃棄 空いた場所の有効活用	通年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	はなまるホーム有馬
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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	運営推進会議には地域の民生委員や町内会の自治会の方また団地民生委員の参加もあり地域の方の困りごとなどの情報を知る機会があり協力する事で「地域社会との間に良好な関係作る」という理念の実施に繋がっている。		
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	地域の社会資源を活用し利用者のニーズの解決に取り組んでいる。商店会に加入しており地域の行事に参加したり、商店街に買い物に出掛ける事ではなまるホーム有馬を知って頂いています。		
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	地域に根ざした施設作りのため、地域高齢者のお困りごとや事例などを運営推進会議などで検討会を行い、自施設の利用者様の情報共有も行い協力体制作りや理解を得る場となっている。		
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	10月に行われた運営推進会議では精神科の医師も参加し地域の方の相談や自施設の認知症の事例等の報告、取り組みにより改善報告を行い高評価を得る事ができた。		
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	川崎市経済労働局イノベーション推進部との福祉製品の検討会や勉強会を行うことで、川崎市に貢献できた。今後も積極的に参加してケアの向上に努めていく。		

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	身体的拘束適正化委員会を設け3か月に1回、身体拘束研修も6か月に1回開催し、身体拘束がもたらす多くの弊害について職員への周知徹底、事例を活用し学ぶ取り組みを行っています。		
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	虐待防止研修、委員会の開催、虐待の種類を学ぶ事から始め、利用者の安全と人権保護の観点から適切な支援を行える支援に取り組んでいます。また定期的な職員へのアンケート（虐待の芽）を実施し職員の意識調査を行い必要に応じて個人面談をおこなっています。		
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	権利擁護に関する制度の理解、活用について学ぶ機会を設け周知している。必要に応じて活用する事例もあり後見人との良好な関係を築いている。		
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	契約時は契約書や重要事項説明書の読み合わせを行い、都度疑問点や質問の時間を設け丁寧に対応する事を心掛け理解と納得に繋がっています。		
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	利用者様の状況報告をご家族に行い、ご家族の意見や要望を聞く。ケアカンファレンスや緊急ミーティングを行ない関係機関の指示を仰ぎながら統一した介護の実現、利用者様の安心に繋がる運営を行っている。（毎朝の申し送りの実施）		

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	定例会の開催、全体ミーティング、ユニット会議を月1回開催し職員の意見交換の場となっている。またエリア会議などで施設課題として検討会の開催している。緊急の場合はに問題発生時に報告受け即解決に向けて取り組んでいます。		
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	実績に応じた評価の実施。 個人面談などで職員の意欲向上に努めている。日々の雑談の中から情報収集ができるコミュニケーション（話を聞く、褒める、課題の抽出）を取る		
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	職員のスキルに応じた研修の開催がある。外部講師による研修や法人内研修、ケアマネ向け研修と様々な内容の研修があり充実している。研修に参加した職員のモチベーションの維持、向上にもつながっている。		
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	同業者GHとの情報交換を行い、他法人の新規施設の見学等も行い、営業方法やケアの方針などサービス向上に役立っている。		
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	環境が変わる事で不安を感じる利用者様に寄り添うため、入居前アセスメントで利用者様の情報を共有し早く施設生活に慣れていく取り組みを行う。 1. 入居当日好物を聞きウエルカム昼食で迎える 2. ご家族といつでも会える安心感 3. 役割作りなど		

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	ご家族の入居に対する思い、ご本人にどのような生活を送って頂きたいかなどを聞きご家族が安心できるように施設としての取り組みや入居後もご家族の美味しいとこどりの協力が必要と伝えています。		
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	ケアカンファレンスにて本人、ご家族が必要としている支援について話し合い、生活歴から選出した課題や情景を活用したサービス提供に向けた取組に務めている。		
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	食事作りを利用者様のみで行ったり、洗濯物たたみなど協力して行っています。料理の味付けや野菜の切り方など利用者様の目線で作っているので参考になっています。		
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	利用者様の施設生活が安定して穏やかに過ぎて頂くためにはご家族の支援も大切なものであることを伝え一緒にご本人を支えていく関係を築いています。		
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	ご友人の面会やご家族と親戚のお宅への外出など積極的に勧めしています。対応できるときは送迎などお対応も行い、来所しやすいまた外出しやすい環境を作っています。		

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
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	毎日の室内歩行訓練では、利用者様同士競い合うように「今日は10週ね」と言いながらリハビリに参加しています。上肢運動の棒体操では声掛け係を利用者様にやって頂き協力しながら取り組んでいます。レクなどみんなが楽しんで参加できるように工夫しながら開催しています。		
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	入院し施設復帰が困難な利用者様に対しMSWへ施設で把握している療養型病院やホスピスなどの情報提供を行い、転院した際はご家族と一緒に面会に訪問しその際に相談や支援できることは行っている。		
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	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。	ケアカンファレンスなどでご本人や職員からの情報収集に基付き希望や意向を踏まえた支援を行えるように努めています。ご本人からの情報収集が困難な時はご家族からのアドバイスを受けて施設での暮らしが充実できるように取り組んでいます。		
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	ご本人の望む生活を重視し自宅での生活が継続して行えるように残存能力をいかした生活支援を行っています。また早く環境に慣れて頂くように馴染みのある家具や椅子などを居室に配置するようにしています。		
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	利用者様の日々の変化や時間毎の変化に申し送りや記録などを活用して施関わる職員が利用者様の状態を把握できる状況にある。利用者様には家事に関わる時間を設けて役割を持って生活できる環境を提供している		

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
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	ケアカンファレンスの開催時関係機関からの情報収集を行い、ご家族、ご家族からの意見、要望などを介護計画に反映するように努めている。利用者様のケアに関する事で職員が疑問に感じている事などに早期に対応できるように臨時開催を行っている。		
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	日々の生活の様子を個別記録（介護アプリ）へ記入、特変などは日常記録や連絡ノートを活用し情報共有を行っている。ケアの実践、振り返りを行い、介護計画の見直しを必要に応じて行っている。		
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、その時々にも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	ご家族が対応困難な通院介助や入居時の引越しの手伝い、ご家族面会時の送迎など既存のサービスに捉われず柔軟に対応しています。		
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	地域資源を活用し利用者様のニーズの解決に取り組んでいます。商店会の店に買い物に出掛け好きな物を自分で選んで買う、道行く人や店主と挨拶を交わすことで地域の住民としての知名度を上げていく。		
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	協力医療機関の往診を月2回診て頂いています。急変時やいつもと違うにオンコールで常に対応してもらい指示を仰ぎながら利用者様の介護を職員も安心して出来ています。外部受診や救急搬送の際は早急に診療情報提供書を発行して頂き円滑に受診できています。		

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	利用者様の身体の変化や医療的処置を看護師が行っています。朝の申し送りで利用者様の様子の確認、バイタルチェックをおこない利用者様個別の適切な処置をおこなっています。担当医師からの特別指示書により訪問看護の介入もあり状況に応じた処置を受けています。		
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。	入院時は介護サマリーにて施設での様子を伝えていきます。入院期間が長期にならないように医療機関と密に連絡を取り退院の許可が出た際は早急に受け入れられる体制を整えています。		
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	入居時に終末期、看取りに向けた取組も行っていることの説明を行い、ご本人やご家族の意向を聞き思いに添える支援を行える体制を整えています。入居後の体調の変化の応じて往診医とご家族、施設でICを行い終末期に向けての意思確認同意を得ています。施設で出来る事、出来ない事の説明も行っています。		
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	往診医や看護師の指示を仰ぎ迅速に対応している。喀痰吸引や救急救命士の講習会の参加も積極的に行なっています。ミーティング開催時に応急処置、初期対応の訓練を行い実践力を身に付けています。		
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	防災訓練、災害時避難訓練を年2回行い重度の方の安全な場所までの避難誘導時間などを把握し避難手段、経路の確認を職員全員へ周知しています。BCP策定計画書作成（災害時、感染症）地域への協力体制など運営推進会議で告知しています。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	虐待防止委員会、身体拘束委員会にて声掛けの仕方や言葉の制限（スピーチロック）虐待や拘束になることを学び利用者様の尊厳の保持に努めています。信頼関係を築く介護を目指し取り組んでいます。		
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	利用者様主体の介護の実現、利用者様の自己決定を尊重しご本人の要望や希望をかなえられるように働きかけています。		
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	職員は基本業務を優先するのではなく、利用者様の状況に応じ向き合う事に重点を置いて支援しています。「今日はお風呂なしにしてドライブ行きましょう」「買物してお昼お寿司行きましょう」など		
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	利用者様に着たい服を選んでもらう、化粧品も自分で選び購入しおしゃれができるように支援しています。髪の毛を染めたい利用者様へお気に入りカラーリング剤を選んで頂き髪を染めるサービスも行い喜んで頂いています。		
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	食べたい物を利用者様とチラシや雑誌、カタログなどを一緒にみてリクエストを聞いています。季節の食材や果物など積極的に取り入れています。副菜や食器洗い、テーブル拭きなど分担して利用者様に行って頂いています。		

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、水分摂取のチェックを行い不足の差は補助食品を取り入れたり、水分摂取が困難な利用者様にはゼリーなどで摂って頂く工夫をしています。糖分、塩分制限のある方や体重管理など個別の対応を取っています。		
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	毎食後の口腔ケアを行ない、週に1回訪問歯科による口腔ケアがあり、磨き残しや義歯の異常などを診てもらい食事がいつまでも美味しく食べられるように支援しています。		
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	排泄チェックにて排泄リズムを把握しトイレへの声掛け誘導にて自立した排泄に取り組んでいます。		
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	水分摂取の推奨、運動、下腹部マッサージにて自然排便を促すようにしています。食物繊維を多く含む食事の提供や牛乳、ヨーグルトなどで便秘予防に努めています。		
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	入浴したいの要望にこたえられるように努めています。足浴なども取り入れながら体が温まりリフレッシュできる環境作りに努めています。		

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	昼寝の時間を設けたり、日中の活動量を増やす事や、リハビリの時間をつくることで夜間の良眠に繋がられる支援を行っています。		
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	アイセイ薬局の薬剤師からの服薬指示や注意点を身近に聞く事が出来る環境にある（利用者様毎に担当薬剤師あり）服薬内容に変更があった際は申し送りの徹底、副作用についても共有し経過観察や転倒防止に努めている		
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	料理の得意な利用者様に食事を作って頂く中庭で植物を育てお手入れや水やりを利用者様の日課にする、手先の器用な利用者様に折り紙で壁に季節の飾りつけを作って頂く。 外食支援		
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	個別支援に力を入れています。利用者様の行きたい所や外食の場合も食べたい物や食べたい所を聞き考える機会も支援の一つと捉えて実施しています。近隣の飲食店の方の配慮や心配りに遠慮なく出掛けられる環境です。		
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	近くのコンビニエンスストアに出掛け、自分で商品を予算を決めて選びお会計にも立ち会っています。		

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	ご家族へ電話をかけたり、ご家族から連絡があった際に電話口から声を聴いて頂いています。又遠方にお住まいのご家族や親せきのかたへはお顔を見ながら会話ができるオンライン面会をお勧めしています。現在週1回定期オンライン面会を行っているご利用者様もあり。		
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	中庭で季節のお花を育てたり、玄関に利用者様とお花屋さんで選んだ生花を活けて頂いています。共有部分には不要な物は置かず転倒予防に努めています。入浴の際は気温差で体調不良にならない様に事前に浴室を温めて快適に入浴できるようにしています。		
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	リビング内にソファせきもあり、ゆったりと中庭をみたり、テレビ、新聞を読んだりするのに活用しています。レクでカラオケを行う際もソファ席で皆様楽しんで参加されています。		
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	入居の際は馴染みのある家具やご家族の写真などを持ってきて頂くようにご家族へお伝えしています。ご主人のご遺影やお仏壇に毎朝お水をお供えする事が日課になっている方もいらっしゃいます。		
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	トイレの表示を大きく見やすくすることで迷わず不安なく排泄が出来る環境を提供、居室からトイレまでの道のりを分かりやすくするため床にテープで誘導線を引くなどの工夫を行っています。 居室の表示も好きな色の紙に名前を書いて表示しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 はなまるホーム有馬2階

作成日 令和6年1月24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		利用者様の機能低下	自分でできることはやってみる	ケアカンファレンスの開催（利用者を知る） 残存能力の活用（座ってできる作業の提供）	通年
2		利用者様の機能低下	下肢筋力の向上 転倒予防	毎日の歩行訓練 リハビリ体操の実施 外気浴を行う	通年
3		3S活動 環境整備・整理整頓	整理整頓 清潔	不用品の廃棄 空いた場所の有効活用	通年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。