

2024（令和6）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	1472400280	事業の開始年月日	平成10年10月1日
		指定年月日	平成12年4月1日
法人名	社会福祉法人 麗寿会		
事業所名	社会福祉法人 麗寿会 ふれあいの家 みのり		
所在地	(253-0061) 茅ヶ崎市南湖6-2-24		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和7年2月13日	評価結果 市町村受理日	令和7年5月20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/kaigonavi/>

【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）】

社平成25年4月に茅ヶ崎市柳島から増設移転し、南湖6丁目に2ユニット18名定員でグループホームみのりを開設しました。「ゆっくり」「一緒に」「楽しみながら」をモットーに、くつろげる生活の場を目指しています。グループホームは、少人数の認知症の高齢者が家庭的な環境の中で「共同生活」を送り、忘れかけていた日常生活や残存機能を保持することをに努め、認知症があっても普通に暮らせることを目的としています。今まで使っていた馴染みの家具を持ち込むこともでき、居室は個室ですからプライバシーも確保されています。大きな施設の中での集団生活に抵抗ある方でもアットホームな雰囲気の中で安心してお暮しになられています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和7年3月3日	評価機関 評価決定日	令和7年4月21日

事業所はJR東海道線「茅ヶ崎」駅からバスに乗りし、最寄りバス停「仲町」下車徒歩3分のところ。バス通りから少し入った閑静な住宅地の一角にあります。吹き抜け天窓のある瀟洒な建物で、2階建て2ユニットのグループホームです。

<優れている点>

事業所の理念は「ゆっくり」「一緒に」「楽しみながら」です。職員の在籍が長く、理念を会得した経験豊富な職員を多数擁し、チームで理念を実践し、利用者一人ひとりに寄り添う支援に努めています。理念と共に、「見る、話す、触れる、立つ」を柱とするユマニチュードケア技法を取り入れ、本人の意思を尊重して、可能な限り自立した生活ができるよう支援します。ユマニチュードを法人研修で職員に共有し、利用者本位の支援に努めています。法人グループには充実した医療機関があり、事業所との連携も密で、24時間対応が来ています。救急車も備え、緊急時の安心、安全な支援に努めています。利用者、家族の希望で同一法人老人福祉施設への紹介も行うことができます。明るいきらびの一角はオープンキッチンで、料理や食器、水道の音、みそ汁やスープの匂いなど五感の刺激があります。

<工夫点>

利用者の外出したいという希望に応え、ほぼ毎日外出の機会を作っています。利用者の気分転換やストレスの発散、外的刺激の提供に努めています。

【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	社会福祉法人 麗寿会 ふれあいの家 みのり
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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	法人の共通理念に加え、事業所職員全員で作成したホーム独自の理念がある。事業所に常時掲示してある。機会があると再確認をしている。	法人の理念を踏まえて作成した事業所の理念を掲げています。理念を会得した勤務経歴の長い職員を多数擁して、職員は利用者に寄り添った、実践に努めています。	
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。	自治会の会員として、演芸大会、納涼会、お祭り、年越し等の活動に積極的に職員と入居者が参加していた。理念の中にも地域との積極的な関わりを挙げ、地域に根ざした運営を目指している。	地域のどんど焼きや祭りへの参加、神社の境内の掃除などで地域の人達とふれあい、交流をしています。中学生の体験学習や看護学生の実習の来訪で利用者との交流があります。	地域との交流の拡大が期待されます。
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。	包括支援センターと協力し、近隣の方の介護相談や徘徊の方の保護等、連携しながら認知症の知識の普及を目指している。		
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。	偶数月第4火曜日に自治会長・家族代表・茅ヶ崎市役所・地域包括支援センターに参加して頂き、運営状況等の報告しています、また地域の行事などの案内もあり、積極的に参加しています。	運営推進会議で運営や活動の報告をしています。感染症の予防、地域の行事紹介など意見交換して、運営に活かしています。議事録は毎回家族へ送り、共有しています。	
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。	月頭に入居申し込み状況を報告している。運営推進会議に参加してもらい、アドバイスを頂いている。受診ケースの事故が起きた場合、報告書を提出している。	運営推進会議の報告、介護認定申請代行を行っています。運営推進会議には市の担当者が出席しています。ケースワーカーとの連携、困難事例の相談対応などもしています。感染症予防や防災についての市の研修に出席しています。	

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束、虐待防止、人権擁護については、法人全体で積極的に取り組んでいる。職員研修を開催し、学ぶ機会を設け、意識を高めると同時に周知徹底に努めている。身体拘束をしないケアを実践している。	運営規定に方針があり、研修を実施しています。「虐待及び身体拘束等適正化委員会」で確認し、拘束をしない支援に努めています。委員会の出席者は各ユニットリーダーと管理者です。不適切な言葉遣いがあれば職員相互で注意し合っています。利用者の独り歩きなどの緊急時に備え、地域の交番と連携しています。	
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。	法人研修にて学ぶ機会を設け意識を高めている。不参加職員に対しては伝達講習等をし、周知徹底に努めている。また職員会議をはじめ職員同士で積極的に話し合い、行動、言葉遣い、態度、環境等「虐待」に通じるとする事は、日々注意を払い防止に努めている。	虐待防止の指針を備え、研修を実施しています。「虐待及び身体拘束適正化委員会」では、虐待防止の意識啓発を図り虐待防止の徹底に取り組んでいます。法人では産業医の窓口を設けており、職員が直接相談できるメンタルヘルスの支援をしています。	
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。	法人研修にて学ぶ機会を設け意識を高めている。実際に成年後見制度を利用している入居者もあり活用している。		
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。	契約書、重要事項説明書の読み合わせを行い、不明な点は随時説明しながら理解、納得いただいた上で契約を結ぶようにしている。		
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。	運営推進会議を開催し、家族代表から意見を頂いている。家族は来訪時等に直接職員が聴き取っているか、電話での取り取りで対応している。	家族の面会は自由です。家族の要望や意見は面会時に聞いています。事業所では、毎月利用者それぞれの家族に活動や心身の状況についての近況報告を送り、コミュニケーションを図っています。家族から買い物などの相談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	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。	管理者及びユニットリーダーと職員が何でも話し合える関係になるよう努めている。年2回は管理者と職員で面接をし、人事考課を実施して、職員のモチベーションを高めている。カンファレンスシートや連絡ノートを活用し意見をまとめ、ケアの方向性を確認し勧めている。	運営に関する職員の意見や要望は、ユニット会議や個人面談の機会に聞いています。管理者は常に、職員が要望や意見が言いやすい雰囲気を作っています。職員から業務分担、タイムスケジュールの改善、また事業所の行事やイベントの企画などの提案があり、運営に活かしています。	
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。	年2回人事評価を行い、自己評価、上司評価を行い、フィードバック面接を行い、評価のすりあわせを行い、目標管理を行いスキルアップに反映させている。定例会では、意見収集を行っている。	職員の仕事の努力や成果は3段階で適正に評価する仕組みがあります。休憩は別室で取っています。有給休暇は希望通り取得できています。毎月のシフト表は職員の希望や諸事情を反映して作成しています。	
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。	内外研修を周知し、希望者には自由に参加できる環境をつくっている。法人内に研修委員会があり、全職員を対象に階層別（新人対象も含め）、サービス別等の研修会を実施している。無資格未経験者でも希望があればどの研修にも参加できる。（資格取得研修もあり）	年間の研修計画を作成し、計画に沿って実施しています。法人内の各事業所から選出された研修委員が開催するリーダーや管理者育成のカリキュラムもある階層別の研修も行ないサービスの向上に取り組んでいます。資格取得支援制度や、職員の目標管理制度もあり職員の人材の育成にも努めています。	
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組みをしている。	茅ヶ崎市事業者連絡協議会施設部会に参加していたがコロナ過以降は欠席している。市内各事業所の相談員や管理者が集まり、話し合う機会や情報交換などを話し合っていた。今後は積極的に参加を考えている。		
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。	入居希望の問い合わせがあった場合、ご本人・ご家族にみのりの見学をしてもらう。ご本人の情報やご希望等を聞き、ケアマネジャーからの情報を勘案して理解に努める。包括支援センター職員や居宅介護支援事業所のケアマネに来訪頂き、施設を実際に見てもらい情報を提供している。		

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
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。	施設見学やご自宅訪問（アセスメント訪問）をした際、家族の思いや希望を聞き、入居生活の中でどのようなケアができるか伝え、入居した時に安心して生活できるように支援している。		
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。	どのような支援を家族は望まれているのか、ご本人はどうか等、十分にアセスメントを行い、必要なサービスを受けられるようにしている。最初の3カ月は暫定でケアプランを作成している。		
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。	職員のアセスメントの研鑽と普段の何気ない生活の中で寄り添い、向き合い入居者の意思、意欲を読み取り、暮らしを共にすることでさりげない支援を行い、取り組んでいる。		
19		○本人を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。	ご家族からの情報提供や思い、希望などを頂き、これまでの生活を理解し、支援の方法などについて一緒に話し合う機会が得られるようにしている。また毎月の近況報告を発送し入居者の日頃の生活面や医療面についての情報を伝えている。		
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。	入居者の生活暦・交友関係をアセスメント把握し、旧友の来訪を勧め、馴染みの人に会える機会を作り出している。また電話（携帯も含む）や手紙の支援も行っている。	職員は馴染みの人や場の大切さを理解しています。友人や知人の来訪や、手紙や電話の継続の支援も行っています。家族の協力で旅行や墓参り、一時帰宅などを行っています。裁縫や編み物、習字、音楽などの趣味も継続の支援をしています。	

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
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	その人の個性を尊重しながら他の入居者との交流を大切に、日々のレクリエーションにて共通の話題作りや日時の確認により強調性や連帯感を感じていただきながら気持ちよく集い、生活が出来るように配慮している。		
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。	サービス利用が終了した入居者ご家族と必要に応じ連絡を取っている。新しい転居先に職員が面会に行ったりしている。		
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	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。	入居者担当制をもち、日常生活物品の買い物や居室の環境整備、近況報告の作成等を行い、担当者が主になり入居者の生活を支え把握し、職員全体で共有している。カンファレンス前には入居者個人からの意向の把握が困難な場合は、個別に気配りし、日常会話の中から引き出している。	本人の思いはアセスメント時や日常会話で把握し、申し送りノートや介護アプリで共有しケアの統一を図っています。入浴時や夜間など、職員と1対1の会話も大切にしています。意思表示の困難な利用者は入居前の家族の聞き取りや態度、行動、仕草などの観察で汲み取っています。生活歴や家族の協力で得ることもあります。	
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。	今までの生活を大切に、出来るだけ継続できるようにご本人やご家族よりお聞きしたことやケアマネージャーからの情報を記録し、職員が理解できるようにしている。		
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。	本人の出来ること、興味のあること等を、生活の中で発見し、把握に努める。毎日同じ時間帯にVSチェックを行い体調管理を行っている。毎日の食事摂取量や排泄についても記録している。		

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。	入居者担当と作成担当者が中心となり、日々の生活状況を基に、ご本人のご意向、ご家族の意向を聞いたり、記録等を根拠にケアマネ、担当職員を中心に話し合い、介護計画を作成している。連絡ノートを活用し、状態変化に合わせて職員間周知を図っている。	始めは入居前の介護計画を基本に本人や家族から聞き取りをして計画作成担当者が暫定計画を作成します。1ヶ月後に介護スタッフの意見を取り入れ、改めて評価し、計画を確定しています。半年に一度見直しをしています。状況の変化に対しては、ケアの方法を変更し、職員間で共有することで対応しています。	
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。	日々の介護記録を個人ごとに記入し職員間で情報共有している。日々のモニタリングを参考にカンファレンスにおいて、記録を根拠に介護計画の見直しを行っている。		
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。	法人内のほかの事業所で行われている体操教室やレクリエーション、季節折々の施設内行事や地域の行事に参加し、地域との交流などに積極的に参加し、機能維持できるよう努めている。交流会の時には、ユニット間の交流も含め同じフロアにて行っている。		
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。	ご近所のボランティアの方が訪問は中止しているが、近所の散歩の際もこちらから積極的に挨拶などして交流を図っている。定期的に近所の美容室や床屋を利用して地域との関わりを維持している。		
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。	入居前のかかりつけ医への受診の継続と、ご家族等の依頼があれば関連の医療機関と入居者個人とが契約をし、包括的に医療の支援を受けられるようにしている。希望者には、訪問歯科診療も介入している。皮膚科や眼科等の専門外来が必要な場合はご家族と相談し近隣医への受診も行う。	入居前の医療機関への通院の希望があれば、基本的に家族の付き添いで継続しています。家族対応が困難な場合には、事業所が代行して通院支援をしていますが、通院が頻回となるなど、対応が困難になった場合は、協力医療機関への希望を受け入れています。	

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
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。	法人内の事業所に看護師がおり、健康管理室として法人全体の健康管理を行っている。また、関連の提携医療機関に夜間など、必要の場合相談できるコールセンターを利用している。		
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。	関連の医療機関のコールセンターや入院時には、病院のMSWと連絡を取り合いながら状態を把握し、今後の方向性などについて検討していくようにしている。必要時には、関連医療機関から救急車で受診も可能。		
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。	ご本人、ご家族の思いを大切に、「出来る限り苦痛のない安楽な時間を過ごせるようにすること」を職員と共有認識した上で支援に取り組んでいる。	利用者の状態が重度化した際は、事業所でできること、できない事を伝えています。本人や家族が不安にならないように特別養護老人ホームや、医療機関への紹介を行っています。それまでは、本人の意向を尊重し穏やかに過ごせるよう配慮しています。	
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。	急変時や夜間の救急対応のマニュアルを作成し、周知している。状況によりコールセンターに相談している。施設内にAEDの設置があり、事業所内外使用できるようにしている。		
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。	情報は防災ラジオを購入し、常に災害等の情報をキャッチしている。また、防災教育を入居者と共に職員も参加し行いながら、避難訓練等も年2回実施。地域の防災リーダーや防災設備士等からアドバイスを頂き避難方法等を確認している。	地震、水害、火災、津波を想定して防災マニュアルを作成しています。市の消防本部の協力を得て、年2回防災訓練を実施しています。利用者も含めた全体で小規模施設用の防災関係DVDを鑑賞し、職員は地域の防災教育に参加したり水消火器の訓練を受けています。備蓄品はリストを法人で管理し、現物は事業所で整備しています。	

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。	左記を徹底した上で全職員が常に丁寧語で話かけるようにしている。また、その人その人に合わせられるよう言葉を選び声かけをするよう努めている。	馴染みの関係をはき違えないよう、言葉は丁寧語を使用するよう注意喚起しています。介助などの支援は利用者の希望を聞き取り、同意を得てから行っています。排泄時の声かけはそれとわからないように行い、入浴時の介護も含め、必要最小限で安全とプライバシーを守るよう努めています。	特に排泄時には、プライバシーを守りながら利用者の安全を第一に確保する必要があります。ドアの開き方などの工夫が期待されます。
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。	本人の希望や好みを把握するよう努め、その方のその時の状態にあった出来ることを行っていたり、満足感が得られるように努めている。		
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。	施設のマottoに「ゆっくり」「一緒に」「楽しみながら」を取り入れ、職員側の都合ではなく、その人その人のペース、その人の望んでいるペースに出来るだけ添えるよう支援している。		
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。	1人ひとりの個性を大切に、生活等に依じて髪型や服装等の身だしなみを支援している。 要望あれば化粧水などをその都度購入している。 個人用のヘアブラシもある。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	一緒に調理（食材を切ったり味見）をしたり、その人にあったその人に出来ることをお誘いしている。 週に数回「昼食レクやおやつレク」を設け、献立にない食事を楽しむ、食器洗いや下膳や後片付けを入居者が行っている。	食事は、冷凍品と生の食材を調理して提供しています。利用者の状況によっては、一緒に食事の支度や片付けを行っています。月に3回ほど昼食レクやおやつレクの日を設け、食べたいものを聞いて一緒に買い物や調理をしたり、出前を取ったりして楽しんでいます。夏には育てた野菜を食卓に乗せています。	

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。	栄養バランスの整ったメニューに沿って調理し、毎回の食事や水分量（目標：1500cc/日）のチェックを行っており、摂取量を記録し、食事マニュアルに沿った食事の提供を行っている。		
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。	食前は口腔体操とお茶うがいをを行い食事への動機付けを行っている。食後には口腔ケア行っていただけるよう声掛け、介助を行っている。 希望者には月最大で4回、訪問歯科による口腔清掃・指導や居宅療養管理指導を導入し、歯科医、衛生士のケアも行っている。		
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。	日中は入居者全員トイレを使用して排泄して頂いている。24時間の排泄記録により排泄パターンを把握しながら、その方にあった排泄方法や排泄時間で対応している。	排泄記録表を活用し、一人ひとりの排泄パターンを把握しトイレでの排泄を支援しています。リハビリパンツから布パンツへの改善、おむつ使用量の減少にも繋がっています。夜間は転倒リスクのある人にセンサーを使用しています。	
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。	便秘による悪影響について、医師の言葉として何度も伝えている。牛乳・水分摂取、漢方薬の下剤等の使用により自然排便を促し、個人の排便ペースを把握している。		
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。	曜日は固定せず、週に2回は必ず入浴していただけるようお誘いしている。入浴方法（シャワー浴や清拭等）も希望に沿った入り方をしている。	毎日3人ずつ入浴支援を実施し、各利用者は週2回の入浴をしています。一人3、40分をかけてゆっくりと個々の入居者の状況に応じて介助しています。拒否する人は時間や介助者を変えるなどの工夫と共に、根気よく働きかけています。ゆず湯など季節の湯も楽しんでいます。	

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。	入眠の時間帯はそれぞれ違うため、基本的にはご本人のペースを尊重している。夜間眠りが遅く朝ゆっくり起きた方へは、朝食を少し遅れてから召し上がっていただけるよう柔軟に対応をしている。衛生管理上、食事提供から2時間以内。		
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。	服薬チェック表は、いつでも見られるようにして作用、副作用の理解に努めている。変更があった場合には申し送り等で漏れないように周知している。 関連の薬局の薬剤師が直接薬を届けて下さり状況や管理についてもアドバイスをいただき、また、薬剤について総合的に質問もでき、必要時には主治医と直接相談をさせていただいている。		
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。	出来ることや得意なことを引き出し楽しみに繋げている。玄関前の掃き掃除、洗濯干し、洗濯物たたみ、調理の支度など日々の役割をもつていただく等全員で楽しめることを取り組んでいる。食器の後片付けを入居者が行っている。		
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。	日々、個人対応、フロア一別、合同のお散歩や買い物や美容院とその日の希望により柔軟に対応している。	希望により、その人に合わせて外出支援をしています。買い物や理髪などの他、公園やドラッグストアなどにほぼ毎日散歩しています。歩行困難や、嫌がる人にもドライブをすることで外の刺激を受けることができるようにしています。その他、花見など季節行事としての外出も行っています。	
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。	随時希望があるときに、近所のスーパーや駄菓子屋などで希望の品物を職員と共に行き、購入している。 行事など外出時、定額のお小遣い内での買い物をさせていただいている。また、それを支援している。		

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
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。	電話を希望された時は、職員が番号を確認し居室で気にせず話せるよう支援している。手紙については、ポストに手紙が来たたらお渡しし、こちらから書く時は住所を確認し、投函している。		
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。	入居者が分かりやすようにトイレには表示を行い。居室各々には表札をかけている（写真も飾っている） フローアは対面キッチンを採用し、調理を目の前で見ることができ、調理のサポート等を利用者が自然にできる環境となっている。また、調理の際には、香りや音により食事の動機付けになっている。	リビングやトイレ、ふろ場などの共用空間は、職員が毎日、汚れた際には随時清掃をしており、清潔を保っています。空調にも配慮しています。リビングの壁には利用者が制作した作品を飾っています。台所は対面式となっており、食事の支度などをしながら、職員と利用者が同一の空間で過ごすことができます。	
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。	フローアや廊下に置いてあるソファアに腰掛け、気の合う仲間とお話をして談話できるスペースがあり、リラックスできるよう配慮している。またそこでたたみ物をしたり、新聞を読んだりと自由に過ごして頂いている。		
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。	洋室の中に、カーペットを敷くなど本人の使いやすいように家族と相談して部屋の空間を作っている。仏壇や昔から使っていた馴染みの家具などを入れ安心して過ごせるよう支援している。	利用者は、それぞれの思いで仏壇や大型テレビ、化粧台や椅子などを居室に持ち込み、自分らしい部屋に設えています。湿気やカビ取り対策、エアコン管理は職員が行います。毎週リネン交換時に、居室担当者が居室の清掃をしており、可能な利用者は一緒に行っています。	
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。	バリアフリーの構造で段差は最小限に抑え、床の色をフローア（居室）、トイレ、浴室ごとに分けている。トイレも分かりやすく表示をし、誰でも使えるよう工夫している。階段や廊下、浴室に手すりも配置し安全に歩行できるように配慮している。		

事業所名	社会福祉法人 麗寿会 ふれあいの家 みのり
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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	法人の共通理念に加え、事業所職員全員で作成したホーム独自の理念がある。事業所に常時掲示してある。機会があると再確認をしている。		
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。	自治会の会員として、演芸大会、納涼会、お祭り、年越し等の活動に積極的に職員と入居者が参加していた。理念の中にも地域との積極的な関わりを挙げ、地域に根ざした運営を目指している。		
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。	包括支援センターと協力し、近隣の方の介護相談や徘徊の方の保護等、連携しながら認知症の知識の普及を目指している。		
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。	偶数月第4火曜日に自治会長・家族代表・茅ヶ崎市役所・地域包括支援センターに参加して頂き、運営状況等の報告しています、また地域の行事などの案内もあり、積極的に参加しています。		
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取り組んでいる。	月頭に入居申し込み状況を報告している。運営推進会議に参加してもらい、アドバイスを頂いている。受診ケースの事故が起きた場合、報告書を提出している。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束、虐待防止、人権擁護については、法人全体で積極的に取り組んでいる。職員研修を開催し、学ぶ機会を設け、意識を高めると同時に周知徹底に努めている。身体拘束をしないケアを実践している。		
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。	法人研修にて学ぶ機会を設け意識を高めている。不参加職員に対しては伝達講習等をし、周知徹底に努めている。また職員会議をはじめ職員同士で積極的に話し合い、行動、言葉遣い、態度、環境等「虐待」に通じるとする事は、日々注意を払い防止に努めている。		
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。	法人研修にて学ぶ機会を設け意識を高めている。実際に成年後見制度を利用している入居者もあり活用している。		
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。	契約書、重要事項説明書の読み合わせを行い、不明な点は随時説明しながら理解、納得いただいた上で契約を結ぶようにしている。		
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。	運営推進会議を開催し、家族代表から意見を頂いている。家族は来訪時等に直接職員が聴き取っているか、電話での遣り取りで対応している。		

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
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。	管理者及びユニットリーダーと職員が何でも話し合える関係になるよう努めている。年2回は管理者と職員で面接をし、人事考課を実施して、職員のモチベーションを高めている。カンファレンスシートや連絡ノートを活用し意見をまとめ、ケアの方向性を確認し勧めている。		
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。	年2回人事評価を行い、自己評価、上司評価を行い、フィードバック面接を行い、評価のすりあわせを行い、目標管理を行いスキルアップに反映させている。定例会では、意見収集を行っている。		
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。	内外研修を周知し、希望者には自由に参加できる環境をつくっている。法人内に研修委員会があり、全職員を対象に階層別（新人対象も含め）、サービス別等の研修会を実施している。無資格未経験者でも希望があればどの研修にも参加できる。（資格取得研修もあり）		
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。	茅ヶ崎市事業者連絡協議会施設部会に参加していたがコロナ過以降は欠席している。市内各事業所の相談員や管理者が集まり、話し合う機会や情報交換などを話し合っていた。今後は積極的に参加を考えている。		
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。	入居希望の問い合わせがあった場合、ご本人・ご家族にみのりの見学をしてもらう。ご本人の情報やご希望等を聞き、ケアマネージャーからの情報を勘案して理解に努める。包括支援センター職員や居宅介護支援事業所のケアマネに来訪頂き、施設を実際に見てもらい情報を提供している。		

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
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。	施設見学やご自宅訪問（アセスメント訪問）をした際、家族の思いや希望を聞き、入居生活の中でどのようなケアができるか伝え、入居した時に安心して生活できるように支援している。		
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。	どのような支援を家族は望まれているのか、ご本人はどうか等、十分にアセスメントを行い、必要なサービスを受けられるようにしている。最初の3カ月は暫定でケアプランを作成している。		
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。	職員のアセスメントの研鑽と普段の何気ない生活の中で寄り添い、向き合い入居者の意思、意欲を読み取り、暮らしを共にすることでさりげない支援を行い、取り組んでいる。		
19		○本人を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。	ご家族からの情報提供や思い、希望などを頂き、これまでの生活を理解し、支援の方法などについて一緒に話し合う機会が得られるようにしている。また毎月の近況報告を発送し入居者の日頃の生活面や医療面についての情報を伝えている。		
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。	入居者の生活暦・交友関係をアセスメント把握し、旧友の来訪を勧め、馴染みの人に会える機会を作り出している。また電話（携帯も含む）や手紙の支援も行っている。		

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
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。	その人の個性を尊重しながら他の入居者との交流を大切にし、日々のレクリエーションにて共通の話題作りや日時の確認により強調性や連帯感を感じていただきながら気持ちよく集い、生活が出来るように配慮している。		
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。	サービス利用が終了した入居者ご家族と必要に応じ連絡を取っている。新しい転居先に職員が面会に行ったりしている。		
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	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。	入居者担当制をもち、日常生活物品の買い物や居室の環境整備、近況報告の作成等を行い、担当者が主になり入居者の生活を支え把握し、職員全体で共有している。カンファレンス前には入居者個人からの意向の把握が困難な場合は、個別に気配りし、日常会話の中から引き出している。		
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。	今までの生活を大切にし、出来るだけ継続できるようにご本人やご家族よりお聞きしたことやケアマネージャーからの情報を記録し、職員が理解できるようにしている。		
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。	本人の出来ること、興味のあること等を、生活の中で発見し、把握に努める。毎日同じ時間帯にVSチェックを行い体調管理を行っている。毎日の食事摂取量や排泄についても記録している。		

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。	入居者担当と作成担当者が中心となり、日々の生活状況を基に、ご本人のご意向、ご家族の意向を聞いたり、記録等を根拠にケアマネ、担当職員を中心に話し合い、介護計画を作成している。連絡ノートを活用し、状態変化に合わせて職員間周知を図っている。		
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。	日々の介護記録を個人ごとに記入し職員間で情報共有している。日々のモニタリングを参考にカンファレンスにおいて、記録を根拠に介護計画の見直しを行っている。		
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。	法人内のほかの事業所で行われている体操教室やレクリエーション、季節折々の施設内行事や地域の行事に参加し、地域との交流などに積極的に参加し、機能維持できるよう努めている。交流会の時には、ユニット間の交流も含め同じフロアにて行っている。		
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。	ご近所のボランティアの方が訪問は中止しているが、近所の散歩の際もこちらから積極的に挨拶などして交流を図っている。定期的に近所の美容室や床屋を利用して地域との関わりを維持している。		
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、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。	入居前のかかりつけ医への受診の継続と、ご家族等の依頼があれば関連の医療機関と入居者個人とが契約をし、包括的に医療の支援を受けられるようにしている。希望者には、訪問歯科診療も介入している。皮膚科や眼科等の専門外来が必要な場合はご家族と相談し近隣医への受診も行う。		

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。	法人内の事業所に看護師がおり、健康管理室として法人全体の健康管理を行っている。また、関連の提携医療機関に夜間など、必要な場合相談できるコールセンターを利用している。		
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。	関連の医療機関のコールセンターや入院時には、病院のMSWと連絡を取り合いながら状態を把握し、今後の方向性などについて検討していくようにしている。必要時には、関連医療機関から救急車で受診も可能。		
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。	ご本人、ご家族の思いを大切に、「出来る限り苦痛のない安楽な時間を過ごせるようにすること」を職員と共有認識した上で支援に取り組んでいる。		
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。	急変時や夜間の救急対応のマニュアルを作成し、周知している。状況によりコールセンターに相談している。施設内にAEDの設置があり、事業所内外使用できるようにしている。		
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。	情報は防災ラジオを購入し、常に災害等の情報をキャッチしている。また、防災教育を入居者と共に職員も参加しながら、避難訓練等も年2回実施。地域の防災リーダーや防災設備士等からアドバイスを頂き避難方法等を確認している。		

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	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。	左記を徹底した上で全職員が常に丁寧語で話かけるようにしている。また、その人その人に合わせられるよう言葉を選び声かけをするよう努めている。		
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。	本人の希望や好みを把握するよう努め、その方のその時の状態にあった出来ることを行っていたいただき、満足感が得られるように努めている。		
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。	施設のモットーに「ゆっくり」「一緒に」「楽しみながら」を取り入れ、職員側の都合ではなく、その人その人のペース、その人の望んでいるペースに出来るだけ添えるよう支援している。		
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。	1人ひとりの個性を大切に、生活等に 応じて髪型や服装等の身だしなみを支援している。 要望あれば化粧水などをその都度購入している。 個人用のヘアブラシもある。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	一緒に調理（食材を切ったり味見）をしたり、その人にあったその人に出来ることをお誘いしている。 週に数回「昼食レクやおやつレク」を設け、献立にない食事を楽しむ、食器洗いや下膳や後片付けを入居者が行っている。		

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
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。	栄養バランスの整ったメニューに沿って調理し、毎回の食事や水分量（目標：1500cc/日）のチェックを行っており、摂取量を記録し、食事マニュアルに沿った食事の提供を行っている。		
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。	食前は口腔体操とお茶うがいをし、食事への動機付けを行っている。食後には口腔ケア行っていただけるよう声掛け、介助を行っている。希望者には月最大で4回、訪問歯科による口腔清掃・指導や居宅療養管理指導を導入し、歯科医、衛生士のケアも行っている。		
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。	日中は入居者全員トイレを使用して排泄して頂いている。24時間の排泄記録により排泄パターンを把握しながら、その方にあった排泄方法や排泄時間に対応している。		
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。	便秘による悪影響について、医師の言葉として何度も伝えている。牛乳・水分摂取、漢方薬の下剤等の使用により自然排便を促し、個人の排便ペースを把握している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	曜日は固定せず、週に2回は必ず入浴していただけるようお誘いしている。入浴方法（シャワー浴や清拭等）も希望に沿った入り方をしている。		

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の状況に応じて、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。	入眠の時間帯はそれぞれ違うため、基本的にはご本人のペースを尊重している。夜間眠りが遅く朝ゆっくり起きたい方へは、朝食を少し遅れてから召し上がっていただけるよう柔軟に対応をしている。衛生管理上、食事提供から2時間以内。		
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。	服薬チェック表は、いつでも見られるようにして作用、副作用の理解に努めている。変更があった場合には申し送り等で漏れがないように周知している。 関連の薬局の薬剤師が直接薬を届けて下さり状況や管理についてもアドバイスをいただき、また、薬剤について総合的に質問もでき、必要時には主治医と直接相談をいただいている。		
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。	出来ることや得意なことを引き出し楽しみに繋げている。玄関前の掃き掃除、洗濯干し、洗濯物たたみ、調理の支度など日々の役割をもっていただく等全員で楽しめることを取り組んでいる。食器の後片付けを入居者が行っている。		
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。	日々、個人対応、フロア一別、合同のお散歩や買い物や美容院とその日の希望により柔軟に対応している。		
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。	随時希望があるときに、近所のスーパーや駄菓子屋などで希望の品物を職員と共に行き、購入している。 行事など外出時、定額のお小遣い内での買い物をいただいている。また、それを支援している。		

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
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。	電話を希望された時は、職員が番号を確認し居室で気にせず話せるよう支援している。手紙については、ポストに手紙が来たらお渡しし、こちらから書く時は住所を確認し、投函している。		
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。	入居者が分かりやすいようにトイレには表示を行い。居室各々には表札をかけている（写真も飾っている） フローアは対面キッチンを採用し、調理を目の前で見ることができ、調理のサポート等を利用者が自然にできる環境となっている。また、調理の際には、香りや音により食事の動機付けになっている。		
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。	フローアや廊下に置いてあるソファアに腰掛け、気の合う仲間とお話をして談話できるスペースがあり、リラックスできるよう配慮している。またそこでたたみ物をしたり、新聞を読んだり自由に過ごして頂いている。		
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。	洋室の中に、カーペットを敷くなど本人の使いやすいように家族と相談して部屋の空間を作っている。仏壇や昔から使っていた馴染みの家具などを入れ安心して過ごせるよう支援している。		
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。	バリアフリーの構造で段差は最小限に抑え、床の色をフローア（居室）、トイレ、浴室ごとに分けている。トイレも分かりやすく表示をし、誰でも使えるよう工夫している。階段や廊下、浴室に手すりも配置し安全に歩行できるように配慮している。		

2024年度

事業所名 ふれあいの家みのり

作成日：2025年 5月20日

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	2	地域との交流の拡大	回覧板や運営推進会議で得られた情報から地域との交流に繋げたい。	地域包括支援センターからのサロンの案内から参加を促している。	6ヶ月