

2025（令和7）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	1495500652	事業の開始年月日	令和3年3月1日
		指定年月日	令和3年3月1日
法人名	株式会社ヒューマンケア		
事業所名	ラポール菅生		
所在地	(216-0015) 神奈川県川崎市宮前区菅生6-33-17		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	27名 ユニット数 3 ユニット
自己評価作成日	令和7年2月12日	評価結果 市町村受理日	令和8年5月28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）】

各居室に「眠りスキャン」「眠りスキャンeye」という見守り支援システムを標準装備しています。このシステムにより、個々の睡眠状況、心拍数、呼吸数、ベッドからの起き上がりなどを、職員が携帯端末を通じてリアルタイムで確認しています。また、見守りカメラを活用することで、睡眠の質を確保するための最適なタイミングで訪室することが可能です。万が一居室内で事故が発生した場合にも早期発見と迅速な対応、原因分析に役立っています。データを基に、協力医療機関と連携してより適切な健康管理を行っています。さらに、家族への情報開示を行うことで透明性の高い運営を実現し、安心してご利用いただける環境を提供しています。月1回の行事では外出行事に積極的に取り組んでいます。季節の移り変わりを目で肌で感じることができる体験を提供して、入居者同士の交流や関係構築を促進し、施設に籠ることなく地域へ足を踏み出せるような支援に取り組んでいます。このような活動を通じて、心身の健康を維持し、豊かな生活をサポートしています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和8年3月12日	評価機関 評価決定日	令和8年5月20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）】

<優れている点>
事業所は運営理念「明るい笑顔と親切な心・清潔で居心地の良い空間・その人らしく自由に」に基づき、利用者一人ひとりの希望に沿った生活支援に取り組んでいます。「朝はゆっくり起きたい」「パンが食べたい」といった起床時間や食事の献立など、個々の生活習慣や好みを尊重した細やかな対応を実践しています。特に言葉選びや接遇を重視しており、利用者の趣味や生活スタイルに合わせて声かけの仕方を変え、心理的な距離感に配慮した関わりを大切にしています。全居室に睡眠状態見守り支援システムや見守りカメラを導入し、夜間の心拍・呼吸数や睡眠状態をリアルタイムで把握することで、安全確保と適時な訪問支援を両立しています。職員間の連携も円滑で、風通しの良い職場環境を維持することで、質の高いケアを継続できる体制を整えています。

<工夫点>
一階の地域交流室を拠点として、地域住民向けの「防犯教室」や「自転車交通ルール講習会」を開催し、近隣社会の安全に寄与する活動に取り組んでいます。警察署と連携した特殊詐欺対策の解説など、実益のある情報提供の場を創出することで、地域との信頼関係を深めています。また、敷地内の畑や花壇を活用したサツマイモづくりなどに利用者も参加しており、土に触れ、収穫の喜びを共有する機会を大切にしています。こうした地域貢献や屋外活動を通じて、利用者が社会の一員として生き生きと過ごせる環境づくりを追求しています。

【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	ラポール菅生
ユニット名	ユニット1

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	事業所の理念を毎日の朝礼で唱和をおこない、事務所に掲示することで意識づけをしている。利用者のケア方針について話し合う際には「その人らしく自由に」という理念に沿って話し合うことが出来ている。	事業所開設時に施設長が中心となり、運営理念「あたらしく過ごせる家・1. 明るい笑顔と親切な心 2. 清潔で居心地の良い空間 3. その人らしく自由に」を策定しています。職員は朝の食事時間やパン食の希望など、入居者一人ひとりの意向を尊重し、日々の生活の細部において理念に沿った支援に努めています。この理念をケアの指針とすることで、入居者の「その人らしさ」を支える環境を維持しています。	
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。	町内会の準会員に継続加入している。昨年に続き菅生神社例大祭の菅生太鼓連の練り歩きでは、施設前の駐車場を休憩所として立ち寄っていただき、太鼓を叩かせていただくなどして交流を深めた。	地区の神社の例大祭「太鼓巡行」の際には、事業所を休憩場所として開放しています。入居者が太鼓連の住民と接点を持つ機会を設けることで、地域社会との関わりを支援しています。地域交流室を活用し、警察署と連携した「防犯教室」や「自転車交通ルール講習会」を主催するなど、地域住民の安全に寄与する活動を通じた交流を推進しています。また、法人が支援する大学女子サッカーチームの壮行会を開催し、入居者が歌や楽器を用いてエールを送る場を設けるなど、多世代との交流機会を構築しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議で事業所の取り組み内容を報告、会議内容と議事録はホームページに掲載している。地域交流室を活用して社会情勢を踏まえた講習会を宮前警察署から出張で開催していただくなど地域の方への情報発信に努めている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	5月・7月・9月・11月・1月（3月予定）と運営基準に定められた通りに地域交流室で会議を開催している。地域包括支援センター、自治会長、利用者家族が委員となっている。施設の運営報告、委員からアドバイスや情報提供をいただいている。	運営推進会議を2ヶ月に1回の頻度で開催し、入居者家族、町内会長、地域包括支援センター職員等の参画を得て、事業所の活動状況の報告および意見交換を行っています。本会議を地域住民等との連携の場として活用し、事業所で活動したフルート楽団ボランティアを地域包括支援センターの主催事業へ紹介する等の相互協力を図っています。また、地区の祭礼等の行事情報の共有を行っています。	

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
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。	事故や感染症発生時の報告などは川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課へおこなっている。宮前区地域見守り支援センター衛生課主催の感染症研修に参加して学びを深めている。	生活保護受給者の支援に関わり、川崎市宮前区役所地域みまもり支援センター生活支援課の担当職員と連携を図っています。担当職員による定期的な来所を受け入れ、入居者の生活状況に関する情報共有や適切な支援体制の確認を行っています。入居者の要介護認定の更新申請等については、原則として家族が対応する体制をとっています。	
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、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束指針に基づき、身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。介護内容に変更が生じる時にはご家族にも報告、相談をしている。	身体拘束廃止に向けた指針を策定し、身体的拘束を行わない支援体制を構築しています。身体拘束廃止委員会は、施設長、副主任、計画作成担当者2名の計4名で構成し、ケアが困難な事例に対する検討を行っています。職員研修については、少人数単位での実施により理解を深め、配布資料を用いた定期的な啓発活動を継続しています。また、言葉による拘束であるスピーチロックの防止に努め、日々のケアの振り返りを通じて、入居者の尊厳を保持する質の高い介護の実践に取り組んでいます。	
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注意を払い、防止に努めている。	虐待防止のための指針に基づき、高齢者虐待防止委員会を年に2回開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うこと、自身行動は勿論、他介護職の言動で気になったことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。	虐待防止委員会は法人の3事業所合同で組織しており、施設長と副主任が委員として参加しています。職員研修については年間2回の頻度で実施し、虐待防止に関する知識の習得と意識の向上を図っています。職員のストレス対策および不適切なケアの未然防止を目的として、入居者の介護量に応じたユニット間の人員配置の見直しを行うなど、業務負担の平準化に合わせた支援体制の調整を行っています。	
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。	プライバシー保護に関する研修にて、要介護者であっても人としての尊厳が失われることが無いように注意を払う必要性を学び、実践することができている。成年後見制度について家族から意向があり話し合う機会があった。		

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
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。	初回問い合わせの際、施設見学や入居契約の際に説明する時間を設けている。資料を用いた説明だけでなく、施設内の各所を回覧していただき、施設の実態をご覧いただき、生活の様子を感じていただけるように努めている。	/	
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。	家族と施設間のLINE登録を勧めていてスピード感を持ち正確な連絡に努めている。LINEだけでなく電話やeメール、面会の際などそれぞれの家族が連絡を取り易い方法を選択して、ご意見、ニーズを伺えるように努めている。	コロナ禍の面会制限下では、家族の意向を反映しICTアプリを用いたビデオ通話を実施し、交流機会の確保につなげた実績があります。家族からの要望である備品準備等の迅速な連絡については、職員間で情報を共有し、遅滞のない連絡に努めています。また、職員体制の強化に伴い、外出機会を増やすための検討を進めています。	
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。	管理者の在席する場所は常にオープンで職員がいつでも相談できる環境にある。正社員については年2回、非常勤についても年1回の個別面談機会を設けている。ユニット会議で、ユニット単位のもとまとめた意見を集めている。	施設長は、常勤および非常勤職員が参加するユニット会議等を通じて、現場職員の意見や提案を直接収集しています。職員は食事レクリエーションや誕生会等の企画書を作成し、承認を得て実施することで、入居者の生活に変化をもたらす機会を創出しています。外出レクリエーションにおいては、季節に合わせた行事のほか、入居者の嗜好を反映した外食の提案も取り入れています。こうした職員主体の提案を運営に反映させることで、サービスの多様性を確保しています。	
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。	法人の人事評価制度に基づき、個々の評価をおこない、個々の努力に応じて、賞与及び処遇改善の分配に繋がっている。法人として、福利厚生、メンタル相談の窓口を整備して、職場の衛生管理に努めている。	施設長は職員個々の勤務希望や勤務時間に配慮し、働きやすい就業環境の構築に努めています。時間外勤務については、入居者の体調不良等の緊急時を除き、ほぼ発生しない体制を維持しています。有給休暇の取得率は付与日数の60パーセント以上を推移しており、計画的な休暇取得を促進しています。また、施設長が1日1回はフロアに出向き、直接対話の機会を設けることで、職員が意見や相談を行いやすい風通しの良い職場環境を整えています。	

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
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。	新入職員は管理者からのオリエンテーションの後、配属ユニットでOJTを受けて独り立ちする。正社員については法人として資格取得支援制度を設けており、介護福祉士資格だけでなく、認知症に係る資格取得を勧め、個人の育成を進めている。	年間研修計画を策定し、毎月定期的に職員研修を実施することで人材育成に取り組んでいます。研修講師は施設長や看護師が担当し、専門性の高い知識の共有を図っています。新規採用職員の指導においては、夜勤業務に従事する際、先輩職員が同行する体制でのOJTを複数回実施し、安全なケアの習得を支援しています。また、職員の資格取得にかかる費用を事業所として負担する制度を設け、個々のスキルアップを奨励しています。	
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。	法人グループ内での会議、研修や交流会を通して、管理者のネットワークづくりや、情報交換をおこない、サービスの質の向上に努めている。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に至る経緯、困っていること、不安なことをヒアリングしているが、必ず本人とも面談をして思いの把握に努めている。疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、入居検討に至る経緯、困っていること、不安なこと、グループホームについての疑問などについて家族にヒアリングをおこない、疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、利用者とその家族のニーズを聞き取るようにしている。グループホームで出来ること出来ないことを明確に説明して、サービスのミスマッチが内容に努めている。		

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
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。	本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、過剰な介護によって有する力を失わないように努めている。個別の能力に応じて掃除や洗濯などの家事を役割として担っていただいている。		
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。	特変時には勿論、面会に来られた際には近況報告をおこない、家族が自宅でおこなっていたケアや生活の様子を伺い、アドバイスを頂いている。日用品や、嗜好品の準備に協力いただき、本人が気持ちよく生活できるように協力を得ている。		
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。	本人、家族、ケアマネジャーなどから今までの人間関係や習慣をヒアリングして情報を集めている。家族や友人との面会、外出や外泊に柔軟に対応してお出かけしていただく等して、関係性の継続支援に努めている。	入居に際しては、事前に自宅訪問等を実施し、入居者のこれまでの生活歴や趣味、暮らしぶりを把握するよう努めています。把握した情報を基に、馴染みのある環境とのつながりを重視し、近隣の平瀬川沿いの桜やアジサイ寺、県立東高根森林公園の紅葉など、季節に応じた場所へのドライブを実施しています。また、多摩川の花火見物の支援を行うなど、入居前と同様に地域の季節行事に触れる機会の継続につなげています。	
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。	個人の性格、認知症の進行度合い、交流の様子などを考慮して食席を配置して皆が気持ちよく過ごせる共用空間づくりを意識している。行事やレクリエーション、日課等の行動を共にして、他者との繋がり、関わり合いを持てるように工夫している。		
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。	入院継続、在宅復帰など様々な契約終了ケースがあった。在宅復帰の場合には居宅介護支援事業所の選定を本人と共におこない、ケアマネジャーと連絡を取り本人や家族の意向を伝えるなどして退居後の生活が円滑に進む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
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。	入居前のアセスメントでは、家族から入居に対する意向をヒアリングしているが、必ず本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者からも話を聞き、これまでの本人の思い、家族の思いを把握している。	入居者一人ひとりの生活習慣を尊重し、朝食においてパン食を希望する入居者に対しては、家族と連携して個別の提供を行うなど柔軟に対応しています。日々の食事提供において職員が残食を確認した際には、個別に嗜好の聞き取りを行い、苦手な食材の除去や味付けの調整を実施しています。レクリエーション等の活動についても本人の意思を尊重し、参加の強制を避けた支援に努めています。これらの対応状況や入居者の細かな情報は、ユニット会議を通じて職員間で共有し、個別の状況に応じた一貫性のあるケアを実践しています。	
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。	入居前のアセスメントでは、主に家族から入居に至る経過をヒアリングしているが、必ず本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者にはサマリーの提供を求めて、これまでの経過を把握している。		
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。	本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこなっている。見守り支援システムを活用して就寝時の身体状況をデータ化して生活ペースを把握している。バイタルサインや体重、食事量などを記録に残し、平常値の把握に努めている。		
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。	日々の生活や介護の中から本人のニーズをみつけている。家族からは、体調変化時は勿論、面会時などにも意向やアドバイスを聞き取っている。看護師や医師にも意見をもらい、担当者会議で協議して計画作成担当者が介護計画を作成している。	入居に際しては、まず1ヶ月間の短期ケアプランを作成し、生活状況の把握と評価を行っています。その後は、長期目標を1年、短期目標を6ヶ月としたケアプランを策定し、カンファレンスおよびモニタリングを実施しています。計画の作成にあたっては、本人や家族の意向を反映するだけでなく、医師や看護師、現場職員の専門的な意見を集約し、本人本位の支援内容となるよう多職種で検討を重ねる体制を維持しています。	

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
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。	介護記録ソフトを利用することでリアルタイムの情報共有とケアの振り返りをしている。写真や動画を活用して、視認性のある記録、報告に努めている。より個別な記録については紙媒体のチェック表を作成して情報共有している。		
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。	協力医療機関外の病院受診であっても家族同行が難しければ施設職員が同行している。大人数での面会希望があれば地域交流室を開放して対応している。在宅復帰希望がある方にはそこに向けた環境整備をおこなう等、柔軟な対応に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	外出行事では地域の公園や神社仏閣などに出かけている。そこで出会う人たちと交流したりして楽しんでいただいている。近隣のスーパーマーケットで職員と入居者が一緒に買い出しをおこなう等している。		
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。	説明同意の上、協力医療機関をかかりつけ医として契約していただいている。専門外来の必要性など特別な事情がある場合には従前のかかりつけ医に継続して通院していただいている。協力医療機関以外の訪問医でも希望があれば受け入れている。	入居時に十分な説明を行い、全入居者が協力医療機関をかかりつけ医として定めています。内科医による月1回の診療に加え、認知症サポート医である精神科医による月2回の訪問診療を半数以上の入居者が利用しており、医療面のみならず介護に関する専門的な助言を得ています。看護師と管理者は日常的に情報を共有し、健康状態の変化を速やかにかかりつけ医へ報告することで、適切な医療提供と日常の健康管理を継続できる支援体制を整えています。	
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。	訪問看護ステーションと協定を結び24時間の連絡体制を確保している。毎週火曜日の定期訪問、特別指示や急変時には看護師が来訪して処置や医師への報告をおこなっている。都度、報告や相談をおこない日常的な介護の助言、指導を受けている。		

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
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。	入院が必要な場合、症状にもよるが第一選択先として協力医療機関のベッドが確保されている。入居者の体調異変が予測されるか否か訪問診療で常に協議している。入院時には入院先の相談員や看護師と連絡をとり情報共有をしている。		
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。	入居契約時に重度化対応に関する指針の説明を行い確認を取っている。体調変化の度に管理者や医師から家族に意向の確認をおこない方針を定めている。ご本人に苦痛が無い限りは看取り対応をおこなっている。	入居時に重度化および看取りに関する指針について説明を行い、同意書の締結を行っています。入居者の状態が変化し重度化した際には、医師が家族および事業所へ説明する場を設け、協議の上で今後の方針を決定する体制を整えています。看取りケアに関する職員研修を実施し、専門性の向上を図っています。また、看取り実施後には職員が振り返りを実施しており、実践したケアの内容を検証することで、その後の支援体制の質向上や職員の精神的支えにつなげています。	
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。	急変や事故発生時の対応、連絡体制についてフローチャートを作成して各ユニットの事務所に掲示している。入職オリエンテーションで指導している。管理者や訪問看護師への連絡、報告を各職員が実践できている。		
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。	入居者にも参加してもらい年2回の避難訓練を実施している。火災避難訓練を主として被災想定を変えた訓練を積んでいる。災害時用備蓄品は職員数に加え数名の余剰分を備蓄している。	年2回、日中および夜間の発災を想定した避難訓練を実施しており、入居者も共に参加しています。業務継続計画に基づいたBCP訓練も行い、非常時における支援体制の確認を進めています。消防署による立入検査の際には、避難場所や発災時の具体的な行動指針について専門的な助言を得て、計画の改善に活かしています。また、災害時に備えた食料や飲料水、ラジオ、懐中電灯等の備蓄品を整備し、リスト化による在庫管理と備えを行っています。	備蓄リストを定期的に更新し、食料品の消費期限を確実に把握する仕組みづくりが望まれます。ローリングストックの活用など、常に適正な状態を維持できるよう管理方法を整理することが期待されます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入居者に対しては日頃から丁寧語とやや砕けた言葉を環境に応じて使い分けて対応している。介護記録で使用するタブレットはパスワードを設定して職員以外が観覧できないようにしている。個人情報に繋がる書類は鍵付き書庫に保管している。	プライバシー保護や職場における接遇マナーに関する研修を実施し、入居者の尊厳を保持するサービスの質の向上を図っています。介助動作の開始前には、丁寧な言葉を用いて入居者の耳元で介助内容や誘導場所を説明し、入居者が納得と安心を得た上での支援を大切にしています。また、管理者は職員の心理的負担にも配慮し、業務負担が過度にならないよう調整を行うことで、職員が入居者一人ひとりに対してゆとりを持った丁寧な関わりを維持できる環境を整えています。	
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。	生活の中で入居者自らの意思決定ができるように、選択肢のある声のかけ方に努めている。例えば「宜しいですか？どちらにしますか？」等。言語で希望を表出できない場合には、表情や仕草から本人の意向を汲み取って支援している。		
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。	施設の1日のスケジュールは設定されているが、個人の希望に応じて、起床、食事、入浴等の時間の前後や日程調整をしている。レクリエーションは強制参加でなく、入居者同士の関係性や、個人の希望によって選択できるようにしている。		
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。	日中着と寝衣の着替えをおこない、メリハリのある生活が送れるように支援している。個人の能力に応じた整容介助を実践している。訪問理美容でヘアカットやカラーをおこない、おしゃれを楽しんでいただくようにしている。		

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
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。	日常の食事はパン食や麺食も用意して飽きのないようにしている。各月で行事食の機会を設けて、食事でも季節を感じ取れるように工夫している。入居者には、能力に応じて、後片付け等に参加していただいている。	事業所内で米飯と汁物の調理を行い、家庭的な雰囲気の中での食事提供に努めています。入居者が本来持っている能力を維持できるよう、テーブル拭きや食器拭きといった日常の家事動作への参加を継続的に支援しています。毎月の行事においては、法人の調理担当者による松花堂弁当や出張握り寿司の提供、誕生日会のリクエストメニューの導入など、食の楽しみを広げる機会を設けています。また、ホットプレートを用いた焼きそばやお好み焼きの共同調理を行うことで、入居者が調理の過程から楽しみ、食欲の増進や交流の促進につなげています。	
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。	摂取不足の場合には、提供時間や場所の変更、食形態や食器具の工夫、家族にも協力いただき嗜好品の準備をする等している。医療にも適宜相談して栄養補助食品の処方等で対応している。		
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。	食事前に口腔体操を行い咀嚼・嚥下機能の低下予防に努めている。毎食後の口腔ケアを個人の能力に合わせた介助方法で実施している。訪問歯科医及び歯科衛生士に、口腔ケアに係る助言と指導をいただき実践している。		
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。	個人の能力に合わせて介助内容を選択している。入院でADLが低下したとしても、可能性があれば自立支援のために車椅子の自操訓練をおこなったり、トイレ誘導を勧め、ベッド上排泄介助からトイレ介助に改善されたケースもある。	タブレット端末を用いた記録や排泄チェック表を活用し、入居者一人ひとりの排泄リズムを把握した上で、トイレでの排泄に向けた個別支援を行っています。夜間においては、睡眠状態見守り支援システムや見守りカメラを活用することで、入居者の状態に合わせた適時の誘導を実施しています。これらの機器を用いた状況把握により、これまでおむつを使用していた入居者がトイレでの排泄が可能となるなど、自立支援に向けた具体的な成果を上げています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	水分摂取量を確保するために、お茶だけでなく、個人の嗜好を取り入れた飲料を提供している。体操や掃除を日課としておこない身体運動を促している。便秘症の方は医療職と相談して排便コントロールをおこなっている。		
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。	週に2回入浴できるスケジュールを組んでいる。個人の体調や希望に応じて適宜スケジュール調整している。能力に応じた介助をおこない、過干渉を避けて、プライベートな空間づくりに努めている。	入浴は週2回実施し、衛生面に配慮して浴槽の湯は入居者ごとにその都度入れ替えています。身体状況に応じ、車いすを使用する入居者もリフトチェアーを用いて安全に浴槽への入浴ができる体制を整えています。入浴時間は個々の希望に合わせて調整を行い、入浴を拒む場合には時間帯の変更や担当職員を替えての働きかけを行うなど、心理的な負担を軽減するよう配慮しています。湯温の管理や転倒防止策の実施により安全を確保した上で、入居者が安心して入浴の時間を楽しめるよう支援しています。	
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。	見守り支援システムを活用して、不必要な訪室を避けて入眠を妨げない工夫をしている。睡眠データを数値化して医師に情報提供をおこない、睡眠状況の改善に努めている。起床時間は個別に応じて幅を持たせることで、良質な睡眠を確保している。		
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。	持参薬、処方薬について、その内容と目的について介護記録、薬状の確認をおこない、わからないことは看護師、薬剤師に相談して、服薬支援をおこなっている。服薬時には間違いの無いようにダブルチェックを実施している。		
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。	掃除、食事の盛付けや後片付け、リネンや洗濯物をたたむなど、IADLの維持とやりがいを目的に、個人の能力に合わせて参加いただいている。家族に嗜好品を用意していただき、楽しく、美味しく食事ができるように工夫している。		

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
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。	行事では外出行事を進めている。日々の散歩は職員の付き添い、または家族に付き添っていただいて、利用者個人の能力に合わせた方法で実施している。外出外泊制限は無く、自宅外泊なども積極的に働いている。	週3回程度の頻度で近隣の散歩を実施し、外気に触れる機会を設けています。車いすを使用する入居者も、駐車場での外気浴や菜園への水やり等の日課を通じて屋外での活動を継続しています。日常生活の一環として、施設の買い物に徒歩や車両で同行する機会を設け、社会とのつながりを維持しています。また、身代わり不動尊への初詣や紅葉ドライブなどの恒例行事は、全入居者の参加を目標に計画を立てて支援しています。さらに、家族との散歩や外食、墓参りなどの個別外出についても、意向に沿った調整を行い、家族との絆を深める時間を大切にしています。	
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。	施設として預り金の設定はない。認知症状を理由として特別に希望がある場合は金銭を持ち込んでいる。レクリエーションの一環として職員と地域のスーパーマーケットで買い物を共にこない、社会的な交流に繋がる様な支援をしている。		
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。	電話やLINE面会（ビデオ通話）の取次ぎを実施している。手紙のやり取りについても、届いた手紙が読めない方には代読するなど能力に応じた支援をおこなっている。		
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。	機械式24時間換気と排煙口の開放で適宜換気をおこない、利用者にも参加いただき、定時の清掃・消毒作業をおこない清潔で居心地の良い空間を保っている。レクの一環として季節の飾り付けをおこなっている。調光は入居者の生活リズムに合わせて職員が管理している。	共用空間においては、適切な温度や清潔を保持し、心地よく過ごせる環境の維持に努めています。入居者と共に作成した大型カレンダーや季節の折り紙作品を掲示することで、家庭的な落ち着きのある雰囲気を作っています。リビング等では、過去の映像観賞やカラオケの機会を設けるなど、入居者の趣味嗜好に合わせた活動を支援しています。また、法人が後援するサッカーなでしこリーグ1部所属の日体大SMG横浜による来訪を受け入れるなど、地域活動団体との交流を通じて、入居者が社会とのつながりを実感し、活気ある生活を送れるよう環境を整えています。	

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	
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。	介護度、認知症のレベル、入居者の関係性に応じて食席を設定している。複数名で楽しめるレクや環境を提供するが、一人でゆっくりしたい方には居室で休む時間を設ける等、決して施設都合を強要しない、個別対応に努めている。	/		
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。	照明・A/C・介護ベッドは標準装備。危険物や衛生管理が困難な物を除いて持ち込みは制限なく可能。家族や本人と相談しながら室内のレイアウトを決めている。職員が定期清掃をおこなうが、できる範囲で利用者にも参加いただいている。	各居室には睡眠状態見守り支援システムや見守りカメラを整備し、夜間を含め安全に過ごせる環境を整えています。居室内には、入居者が以前から愛用しているテレビやタンス、人形、仏壇などの私物を自由に持ち込むことが可能であり、個人の生活習慣や好みを反映した空間となっています。職員は居室を個人のプライベートな空間であると認識し、入室時のノックや声かけを欠かさず、本人の生活の場として尊重しています。	/	
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。	一人でも迷わないように居室には表札、トイレはピクトグラムや張り紙で場所を示している。食堂や廊下等の共有スペースには手摺を設置して、1人でも安全に移動できるように工夫している。	/		

事業所名	ラポール菅生
ユニット名	ユニット2

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	利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	事業所の理念を毎日の朝礼で唱和をおこない、事務所に掲示することで意識づけをしている。利用者のケア方針について話し合う際には「その人らしく自由に」という理念に沿って話し合うことが出来ている。		
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。	地域町内会の準会員に継続加入している。感染症があり夏祭りには参加できなかったが、菅生神社例大祭では子供太鼓連の練り歩きがあり、施設前の駐車所を休憩所として立ち寄っていただき貴重な交流をおこなうことができた。		
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。	運営推進会議で事業所の取り組み内容を報告、会議内容と議事録はホームページに掲載している。地域交流室を活用して社会情勢を踏まえた講習会を宮前警察署から出張で開催していただくなど地域の方への情報発信に努めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	5月・7月・9月・11月・1月・3月（予定）と運営基準に定められた通りに地域交流室で会議を開催しています。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族が委員となっています。施設からの報告だけでなく、委員からアドバイスや情報提供をいただいています。		

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
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。	令和6年度の下半期は川崎市介護サービス相談員派遣事業を活用してサービスの質向上に取り組んでいる。宮前区地域見守り支援センター衛生課主催の感染症研修に参加して学びを深めている。		
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、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束指針に基づき、身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。介護内容に変更が生じる時にはご家族にも報告、相談をしている。		
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。	虐待防止のための指針に基づき、身体拘束廃止委員会を年に2回以上開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うこと、自身行動は勿論、他介護職の言動で気になったことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。		
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。	プライバシー保護に関する研修にて、要介護者であっても人としての尊厳が失われることが無いように注意を払う必要性を学び、実践することができている。日常生活自立支援事業や成年後見制度について話し合う機会はなかった。		

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
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。	初回問い合わせは電話にて、施設見学や入居契約は対面にて説明する時間を設けている。資料を用いた説明だけでなく、施設内の各所を回覧していただき、施設の実態をご覧いただき、生活の様子を感じていただけるように努めている。		
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。	意見箱を玄関に常時設置している。ご家族と施設間のLINE登録を勧めていてスピード間を持った連絡体制に努めている。電話やeメール、面会の際など利用者や家族からのご意見、ニーズを伺えるように努めている。		
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。	職員個別の意見については、少なくとも正社員については年2回以上、非常勤についても年1回以上の面談機会を設けている他、適宜個別面談の時間を設けている。ユニット会議で、ユニット単位のまとまった意見を集めている。		
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。	法人の人事評価制度に基づき、個々の評価をおこない、個々の努力に応じて、賞与及び処遇改善の分配に繋がっている。法人として、福利厚生、メンタル相談の窓口を整備して、職場の衛生管理に努めている。		

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
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。	新入職員は管理者からのオリエンテーションの後、配属ユニットでOJTを受けて独り立ちします。正社員については法人として資格取得支援制度を設けており、介護福祉士資格だけでなく、認知症に係る資格取得を勧め、個人の育成を進めています。		
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。	法人グループ内での会議、研修や交流会を通して、管理者のネットワークづくりや、情報交換をおこない、サービスの質の向上に努めている。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居検討に至る経緯、困っていること、不安なことをヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、入居検討に至る経緯、困っていること、不安なこと、グループホームについての疑問などについて、ご家族にヒアリングをおこない、疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、利用者とその家族のニーズを聞き取るようにしている。グループホームで出来ること出来ないことを明確に説明して、サービスのミスマッチが内容に努めている。		

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
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、過剰な介護によって有する力を失わないように努めている。個別の能力に応じて掃除や洗濯などの家事を役割として担っていただいている。行事ごとでは、盛り上げ役として参加していただくこともある。		
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。	特変時には勿論、面会に来られた際には近況報告をおこない、ご家族からもご自宅でおこなっていたケアや生活の様子を伺い、アドバイスを頂いている。日用品や、嗜好品の準備に協力いただき、本人が気持ちよく生活できるように共に支援している。		
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。	入居前のアセスメントでは、ご本人、ご家族、ケアマネージャーなどから、今までの人間関係や習慣をヒアリングしている。入居後もご家族から継続して情報を集め、ご友人との手紙のやり取り、面会をする等、関係性の継続支援に努めている。		
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。	個人の性格、認知症の進行度合い、交流の様子などを考慮して食席を配置するなど、皆が気持ちよく過ごせる共用空間づくりを意識している。行事やレクリエーション、日課等の行動を共にして、他者との繋がり、関わり合いを持てるように工夫している。		
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。	病院への転院、他施設への転居、お看取りなど様々な契約終了ケースがあった。契約終了後も役所手続きのために書類作成をして欲しい等の求めがあった場合には対応している。お看取りの後にはグリーンケアの一つとして、施設生活の写真をお渡しする等している。		

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
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に対する意向をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者からも話を聞き、これまでのご本人の思い、家族の思いを把握している。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に至る経過をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者にもサマリーの提供を求めて、生活歴、病歴等、これまでの経過を把握している。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、できる能力の把握に努めている。見守り支援システムを活用して就寝時の身体状況をデータ化して生活ペースを把握している。バイタルサインや体重、食事量などを記録に残し、平常値の把握に努めている。		
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。	日々の生活や介護の中から本人のニーズをみつけている。ご家族からは、体調変化時は勿論、面会時などにも意向やアドバイスを聞き取っている。看護師や医師にも意見をもらい、担当者会議で協議して計画作成担当者が介護計画を作成している。		

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
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。	複数台のタブレットを用いて介護記録をおこなうことでリアルタイムでの情報共有とケアの振り返りを行っている。写真や動画を活用して、視認性のある記録、報告に努めている。より個別な記録については紙媒体のチェック表を作成して情報共有している。		
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。	協力医療機関外の病院受診であってもご家族同行が難しければ施設職員が同行している。大人数での面会希望があれば地域交流室を開放して対応している。在宅復帰希望がある方にはそこに向けた環境整備をおこなう等、柔軟な対応に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	外出行事では地域の公園や神社仏閣などに出かけている。そこで出会う人たちと交流したりして楽しんでいただいている。近隣のスーパーマーケットで職員と入居者が一緒に買い出しをおこなう等している。		
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。	入居時に協力医療機関の説明をおこない同意を頂いている。例えば専門外来の必要性など特別な事情がある場合には従前のかかりつけ医に継続通院していただいている。協力医療機関外はご家族同行を基本としながら、希望があれば施設職員が対応している。		
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。	訪問看護ステーションと協定を結び、24時間の連絡体制を確保している。事故や急変時だけでなく、少なくとも週に3回は看護師が施設訪問を実施して処置や受診対応をしている。都度、報告や相談をおこない日常的な介護の助言、指導を受けている。		

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
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。	入院が必要な場合、症状にもよるが第一選択先として協力医療機関のベッドが確保されている。入居者の体調異変が予測されるか否か訪問診療で常に協議している。それ以外の医療機関であっても、入時時から施設復帰を想定して、相談員と連絡を取っている。		
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。	入居契約時に重度化対応に関する指針の説明を行い、訪問医からも改めて重度化対応の確認を取っている。体調変化の度に管理者や医師から家族に意向の確認をおこない方針を定めている。ご本人に苦痛が無い限りは看取り対応をおこない、その実績もある。		
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。	急変や事故発生時の対応、連絡体制についてフローチャートを作成して各ユニットの事務所に掲示している。入職時には必ずオリエンテーションで指導している。日常から管理者や訪問看護師への連絡、報告を各職員が実践してフローチャートを理解できている。		
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。	入居者にも参加してもらい年2回の避難訓練を実施している。火災避難訓練を主として被災想定を変えた訓練を積んでいる。災害時用備蓄品は職員数に加え数名の余剰分を備蓄している。地域との協力体制について検討している段階。		

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。	入居者に対しては日頃から丁寧語とやや砕けた言葉を環境に応じて使い分けて対応している。介護記録で使用するタブレットはパスワードを設定して職員以外が観覧できないようにしている。個人情報に繋がる書類は鍵付き書庫に保管している。		
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。	生活の中で入居者自らの意思決定ができるように、選択肢のある声のかけ方に努めている。例えば「宜しいですか？どちらにしますか？」等。言語で希望を表出できない場合には、表情や仕草から本人の意向を汲み取って支援している。		
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。	施設の1日のスケジュールは設定されているが、個人の希望に応じて、起床、食事、入浴等の時間の前後や日程調整をしている。レクリエーションは強制参加でなく、入居者同士の関係性や、個人の希望によって選択できるようにしている。		
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。	日中着と寝衣の着替えをおこない、メリハリのある生活が送れるように支援している。個人の能力に応じた整容介助を実践している。訪問理美容でヘアカットやカラーをおこない、おしゃれを楽しんでいただくようにしている。		

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
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。	日常の食事は外部委託で栄養管理が行き渡った物を湯煎提供している。パン食や麺食も用意して飽きのないようにしている。各月で行事食の機会を設けて、食でも季節を感じ取れるように工夫している。入居者には、能力に応じて、後片付等に参加して頂いている。		
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。	介護記録をおこない、一人ひとりの食事摂取量や水分量を把握している。摂取不足の場合には、提供時間や場所の変更、食形態や食器具の工夫、ご家族にも協力いただき嗜好品の準備をする等している。医療にも適宜相談して栄養補助食品の処方等で対応している。		
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。	食事前に口腔体操を行い咀嚼・嚥下機能の低下予防に努めている。毎食後の口腔ケアを個人の能力に合わせた介助方法で実施している。訪問歯科医及び歯科衛生士に、口腔ケアに係る助言と指導を頂いて実践している。		
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。	個人の能力に合わせて介助内容を選択している。日中はトイレで夜間はオムツの方も居れば、終日オムツの方も居る。排泄の自立支援のため車椅子の自走訓練や物品を事前準備しておく等の環境調整をおこない、要介助から自立まで改善されたケースがある。		

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
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。	水分摂取量を確保するために、お茶だけでなく、牛乳や豆乳、ジュースやスポーツドリンク等、個人の嗜好を取り入れて提供している。体操や掃除を日課としておこない身体運動を促している。便秘症の方は医療職と相談して排便コントロールをおこなっている。		
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。	週に2回入浴できるスケジュールを組んでいる。個人の体調や希望に応じて適宜スケジュール調整している。能力に応じた介助をおこない、過干渉を避けて、プライベートな空間づくりに努めている。		
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。	見守り支援システムを活用して、不必要な訪室を避けて入眠を妨げない工夫をしている。睡眠データを数値化して、看護師や医師に情報提供おこない、睡眠状況の改善に努めている。起床時間は個別に応じて幅を持たせることで、良質な睡眠を確保している。		
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。	持参薬、処方薬について、その内容と目的について介護・診療記録、薬状の確認をおこない、わからないことは看護師、薬剤師に相談して、服薬支援をおこなっている。服薬時には間違いの無いようにダブルチェックを実施している。		
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。	掃除、食事の盛付や後片付け、リネンや洗濯物をたたむなど、IADLの維持とやりがいを目的に、個人の能力に合わせて参加いただいている。ご家族に嗜好品を用意していただき、楽しく、美味しく食事ができるように工夫している。		

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
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。	感染症の罹患など体調管理に十分配慮しながら外出行事をおこなっている。行事でなくても、職員の付き添い、または家族に付き添っていただいて、個人のADLに合わせて近隣の散歩も実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出外泊も実施している。		
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。	施設として預り金の設定はない。認知症状を理由として特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。レクリエーションの一環として職員と地域のスーパーマーケットで買い物と共にこない、社会的な交流、認知機能の賦活に繋がる様に支援している。		
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。	電話やLINE面会（ビデオ通話）の取次ぎを実施している。手紙のやり取りについても、届いた手紙が読めない方には代読するなど能力に応じた支援をおこなっている。携帯電話をお持ちの方には使用方法をレクチャーするなどの支援をおこなっている。		
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。	共用部分は機械式24時間換気と排煙口の開放で適宜換気をおこなっている。業務フローに共用部の清掃・消毒を定めて清潔で居心地の良い空間を保つように実施している。入居者の能力に応じて清掃に参加して頂いている。調光は入居者の生活リズムに合わせて職員が管理している。		

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
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。	介護度、認知症のレベル、入居者間の関係性に応じて食席を設定している。一人でゆっくりしたい方には居室で休む時間を設け、決して集団行動を強要しない。積極的な交流を望む方には複数名で楽しめるレクや場所を提供するなど個別対応に努めている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	危険物や衛生管理が困難な物を除いて持ち込みは可能。照明・A/C・介護ベッドは標準装備。ご家族ご本人と相談しながら室内のレイアウトを決めている。職員は定期清掃をおこないますが、できる範囲でご本人にも参加いただきます。		
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。	一人でも迷わないように居室には表札、トイレはピクトグラムや張り紙で場所を示している。食堂や廊下等の共有スペースには手摺を設置して、1人でも安全に移動できるように工夫している。		

事業所名	ラポール菅生
ユニット名	ユニット3

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	事業所の理念を毎日の朝礼で唱和をおこない、事務所に掲示することで意識づけをしている。利用者のケア方針について話し合う際には「その人らしく自由に」という理念に沿って話し合うことが出来ている。		
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。	地域町内会の準会員に継続加入している。感染症があり夏祭りには参加できなかったが、菅生神社例大祭では子供太鼓連の練り歩きがあり、施設前の駐車所を休憩所として立ち寄っていただき貴重な交流をおこなうことができた。		
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。	運営推進会議で事業所の取り組み内容を報告、会議内容と議事録はホームページに掲載している。地域交流室を活用して社会情勢を踏まえた講習会を宮前警察署から出張で開催していただくなど地域の方への情報発信に努めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	5月.7月.9月.11月.1月.3月（予定）と運営基準に定められた通りに地域交流室で会議を開催しています。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族が委員となっています。施設からの報告だけでなく、委員からアドバイスや情報提供をいただいています。		

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
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。	令和6年度の下半期は川崎市介護サービス相談員派遣事業を活用してサービスの質向上に取り組んでいる。宮前区地域見守り支援センター衛生課主催の感染症研修に参加して学びを深めている。		
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、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束指針に基づき、身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。介護内容に変更が生じる時にはご家族にも報告、相談をしている。		
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。	虐待防止のための指針に基づき、身体拘束廃止委員会を年に2回以上開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うこと、自身行動は勿論、他介護職の言動で気になったことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。		
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。	プライバシー保護に関する研修にて、要介護者であっても人としての尊厳が失われることが無いように注意を払う必要性を学び、実践することができている。日常生活自立支援事業や成年後見制度について話し合う機会はなかった。		

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
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。	初回問い合わせは電話にて、施設見学や入居契約は対面にて説明する時間を設けている。資料を用いた説明だけでなく、施設内の各所を回覧していただき、施設の実態をご覧いただき、生活の様子を感じていただけるように努めている。		
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。	意見箱を玄関に常時設置している。ご家族と施設間のLINE登録を勧めていてスピード間を持った連絡体制に努めている。電話やeメール、面会の際など利用者や家族からのご意見、ニーズを伺えるように努めている。		
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。	職員個別の意見については、少なくとも正社員については年2回以上、非常勤についても年1回以上の面談機会を設けている他、適宜個別面談の時間を設けている。ユニット会議で、ユニット単位のまとまった意見を集めている。		
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。	法人の人事評価制度に基づき、個々の評価をおこない、個々の努力に応じて、賞与及び処遇改善の分配に繋げている。法人として、福利厚生、メンタル相談の窓口を整備して、職場の衛生管理に努めている。		

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
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。	新入職員は管理者からのオリエンテーションの後、配属ユニットでOJTを受けて独り立ちします。正社員については法人として資格取得支援制度を設けており、介護福祉士資格だけでなく、認知症に係る資格取得を勧め、個人の育成を進めています。		
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。	法人グループ内での会議、研修や交流会を通して、管理者のネットワークづくりや、情報交換をおこない、サービスの質の向上に努めている。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居検討に至る経緯、困っていること、不安なことをヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、入居検討に至る経緯、困っていること、不安なこと、グループホームについての疑問などについて、ご家族にヒアリングをおこない、疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、利用者とその家族のニーズを聞き取るようにしている。グループホームで出来ること出来ないことを明確に説明して、サービスのミスマッチが内容に努めている。		

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
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、過剰な介護によって有する力を失わないように努めている。個別の能力に応じて掃除や洗濯などの家事を役割として担っていただいている。行事ごとでは、盛り上げ役として参加していただくこともある。		
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。	特変時には勿論、面会に来られた際には近況報告をおこない、ご家族からもご自宅でおこなっていたケアや生活の様子を伺い、アドバイスを頂いている。日用品や、嗜好品の準備に協力いただき、本人が気持ちよく生活できるように共に支援している。		
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。	入居前のアセスメントでは、ご本人、ご家族、ケアマネージャーなどから、今までの人間関係や習慣をヒアリングしている。入居後もご家族から継続して情報を集め、ご友人との手紙のやり取り、面会をする等、関係性の継続支援に努めている。		
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。	個人の性格、認知症の進行度合い、交流の様子などを考慮して食席を配置するなど、皆が気持ちよく過ごせる共用空間づくりを意識している。行事やレクリエーション、日課等の行動を共にして、他者との繋がり、関わり合いを持てるように工夫している。		
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。	病院への転院、他施設への転居、お看取りなど様々な契約終了ケースがあった。契約終了後も役所手続きのために書類作成をして欲しい等の求めがあった場合には対応している。お看取りの後にはグリーンケアの一つとして、施設生活の写真をお渡しする等している。		

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
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に対する意向をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者からも話を聞き、これまでのご本人の思い、家族の思いを把握している。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に至る経過をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者にもサマリーの提供を求めて、生活歴、病歴等、これまでの経過を把握している。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、できる能力の把握に努めている。見守り支援システムを活用して就寝時の身体状況をデータ化して生活ペースを把握している。バイタルサインや体重、食事量などを記録に残し、平常値の把握に努めている。		
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。	日々の生活や介護の中から本人のニーズをみつけている。ご家族からは、体調変化時は勿論、面会時などにも意向やアドバイスを聞き取っている。看護師や医師にも意見をもらい、担当者会議で協議して計画作成担当者が介護計画を作成している。		

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
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。	複数台のタブレットを用いて介護記録をおこなうことでリアルタイムでの情報共有とケアの振り返りを行っている。写真や動画を活用して、視認性のある記録、報告に努めている。より個別な記録については紙媒体のチェック表を作成して情報共有している。		
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。	協力医療機関外の病院受診であってもご家族同行が難しければ施設職員が同行している。大人数での面会希望があれば地域交流室を開放して対応している。在宅復帰希望がある方にはそこに向けた環境整備をおこなう等、柔軟な対応に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	外出行事では地域の公園や神社仏閣などに出かけている。そこで出会う人たちと交流したりして楽しんでいただいている。近隣のスーパーマーケットで職員と入居者が一緒に買い出しをおこなう等している。		
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。	入居時に協力医療機関の説明をおこない同意を頂いている。例えば専門外来の必要性など特別な事情がある場合には従前のかかりつけ医に継続通院していただいている。協力医療機関外はご家族同行を基本としながら、希望があれば施設職員が対応している。		
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。	訪問看護ステーションと協定を結び、24時間の連絡体制を確保している。事故や急変時だけでなく、少なくとも週に3回は看護師が施設訪問を実施して処置や受診対応をしている。都度、報告や相談をおこない日常的な介護の助言、指導を受けている。		

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
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。	入院が必要な場合、症状にもよるが第一選択先として協力医療機関のベッドが確保されている。入居者の体調異変が予測されるか否か訪問診療で常に協議している。それ以外の医療機関であっても、入時時から施設復帰を想定して、相談員と連絡を取っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居契約時に重度化対応に関する指針の説明を行い、訪問医からも改めて重度化対応の確認を取っている。体調変化の度に管理者や医師から家族に意向の確認をおこない方針を定めている。ご本人に苦痛が無い限りは看取り対応をおこない、その実績もある。		
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。	急変や事故発生時の対応、連絡体制についてフローチャートを作成して各ユニットの事務所に掲示している。入職時には必ずオリエンテーションで指導している。日常から管理者や訪問看護師への連絡、報告を各職員が実践してフローチャートを理解できている。		
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。	入居者にも参加してもらい年2回の避難訓練を実施している。火災避難訓練を主として被災想定を変えた訓練を積んでいる。災害時用備蓄品は職員数に加え数名の余剰分を備蓄している。地域との協力体制について検討している段階。		

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。	入居者に対しては日頃から丁寧語とやや砕けた言葉を環境に応じて使い分けて対応している。介護記録で使用するタブレットはパスコードを設定して職員以外が観覧できないようにしている。個人情報に繋がる書類は鍵付き書庫に保管している。		
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。	生活の中で入居者自らの意思決定ができるように、選択肢のある声のかけ方に努めている。例えば「宜しいですか？どちらにしますか？」等。言語で希望を表出できない場合には、表情や仕草から本人の意向を汲み取って支援している。		
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。	施設の1日のスケジュールは設定されているが、個人の希望に応じて、起床、食事、入浴等の時間の前後や日程調整をしている。レクリエーションは強制参加でなく、入居者同士の関係性や、個人の希望によって選択できるようにしている。		
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。	日中着と寝衣の着替えをおこない、メリハリのある生活が送れるように支援支援している。個人の能力に応じた整容介助を実践している。訪問理美容でヘアカットやカラーをおこない、おしゃれを楽しんでいただくようにしている。		

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
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。	日常の食事は外部委託で栄養管理が行き渡った物を湯煎提供している。パン食や麺食も用意して飽きのないようにしている。各月で行事食の機会を設けて、食でも季節を感じ取れるように工夫している。入居者には、能力に応じて、後片付等に参加して頂いている。		
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。	介護記録をおこない、一人ひとりの食事摂取量や水分量を把握している。摂取不足の場合には、提供時間や場所の変更、食形態や食器具の工夫、ご家族にも協力いただき嗜好品の準備をする等している。医療にも適宜相談して栄養補助食品の処方等で対応している。		
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。	食事前に口腔体操を行い咀嚼・嚥下機能の低下予防に努めている。毎食後の口腔ケアを個人の能力に合わせた介助方法で実施している。訪問歯科医及び歯科衛生士に、口腔ケアに係る助言と指導を頂いて実践している。		
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。	個人の能力に合わせて介助内容を選択している。日中はトイレで夜間はオムツの方も居れば、終日オムツの方も居る。排泄の自立支援のため車椅子の自走訓練や物品を事前準備しておく等の環境調整をおこない、要介助から自立まで改善されたケースがある。		

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
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。	水分摂取量を確保するために、お茶だけでなく、牛乳や豆乳、ジュースやスポーツドリンク等、個人の嗜好を取り入れて提供している。体操や掃除を日課としておこない身体運動を促している。便秘症の方は医療職と相談して排便コントロールをおこなっている。		
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。	週に2回入浴できるスケジュールを組んでいる。個人の体調や希望に応じて適宜スケジュール調整している。能力に応じた介助をおこない、過干渉を避けて、プライベートな空間づくりに努めている。		
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。	見守り支援システムを活用して、不必要な訪室を避けて入眠を妨げない工夫をしている。睡眠データを数値化して、看護師や医師に情報提供おこない、睡眠状況の改善に努めている。起床時間は個別に応じて幅を持たせることで、良質な睡眠を確保している。		
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。	持参薬、処方薬について、その内容と目的について介護・診療記録、薬状の確認をおこない、わからないことは看護師、薬剤師に相談して、服薬支援をおこなっている。服薬時には間違いの無いようにダブルチェックを実施している。		
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。	掃除、食事の盛付や後片付け、リネンや洗濯物をたたむなど、IADLの維持とやりがいを目的に、個人の能力に合わせて参加いただいている。ご家族に嗜好品を用意していただき、楽しく、美味しく食事ができるように工夫している。		

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
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。	感染症の罹患など体調管理に十分配慮しながら外出行事をおこなっている。行事でなくても、職員の付き添い、または家族に付き添っていただいて、個人のADLに合わせて近隣の散歩も実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出外泊も実施している。		
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。	施設として預り金の設定はない。認知症状を理由として特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。レクリエーションの一環として職員と地域のスーパーマーケットで買い物をおこない、社会的な交流、認知機能の賦活に繋がる様に支援している。		
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。	電話やLINE面会（ビデオ通話）の取次ぎを実施している。手紙のやり取りについても、届いた手紙が読めない方には代読するなど能力に応じた支援をおこなっている。携帯電話をお持ちの方には使用方法をレクチャーするなどの支援をおこなっている。		
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。	共用部分は機械式24時間換気と排煙口の開放で適宜換気をおこなっている。業務フローに共用部の清掃・消毒を定めて清潔で居心地の良い空間を保つように実施している。入居者の能力に応じて清掃に参加して頂いている。調光は入居者の生活リズムに合わせて職員が管理している。		

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
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。	介護度、認知症のレベル、入居者間の関係性に応じて食席を設定している。一人でゆっくりしたい方には居室で休む時間を設け、決して集団行動を強要しない。積極的な交流を望む方には複数名で楽しめるレクや場所を提供するなど個別対応に努めている。		
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。	危険物や衛生管理が困難な物を除いて持ち込みは可能。照明・A/C・介護ベッドは標準装備。ご家族ご本人と相談しながら室内のレイアウトを決めている。職員は定期清掃をおこないますが、できる範囲でご本人にも参加いただけます。		
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。	一人でも迷わないように居室には表札、トイレはピクトグラムや張り紙で場所を示している。食堂や廊下等の共有スペースには手摺を設置して、1人でも安全に移動できるように工夫している。		

2025年度

事業所名 グループホーム ラポール菅生
作成日：2026年05月26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	35	備蓄リストを定期的に更新し、食料品の消費期限を確実に把握する仕組みづくりが望まれます。ローリングストックの活用など、常に適正な状態を維持できるよう管理方法を整理することが期待されます。	備蓄食台帳を整備して定期点検をおこなう。誰が見ても期限が分かる状態で保管して、賞味期限切れ備蓄食を年間0件にする。	定期点検を仕組み化する ・毎年2回担当者による備蓄確認を実施する ・点検結果を記録する 保管環境を整理する ・保管棚へ期限表示ラベルを貼付する	6ヶ月
2	2	事業所が地域の一員として相互関係を築いていくこと。	地域行事に積極的に参加する。 地域住民向けに年2回は情報提供の場を設ける。	菅生地域の催し物への参加 ・運営推進会議で自治会長より開催の情報を収集する 地域交流室での講習会の開催 ・年2回は地域住民向け講習会を開催する	10ヶ月
3	13	職員研修について、研修時間や人員に制約があるため伝達講習中心であり、現場定着確認が十分ではない。	現場負担を増やし過ぎないように「短時間・高頻度・実践確認型」の研修を実施する。	e-ラーニング研修の実施 ・毎月の視聴後にミニテスト、アンケートをおこなう 研修実施状況の確認 ・研修委員が、研修後の実践状況を確認する仕組みを整え、確認記録を作成する。	10ヶ月
4	12	限られた職員体制の中で、利用者ケアに加え、周辺業務や各種研修への対応も求められている。そのため、職員一人ひとりの業務負担が増大し、多忙感や疲労の蓄積がある。	継続的に安心して働ける職場環境を構築する。	業務負担の平準化 ・特定職員へ業務集中しないよう役割を再配分する 業務の棚卸しと優先順位整理 ・「毎日必要な業務」「簡略化可能な業務」「廃止可能な業務」を分類する	10ヶ月
5	40	利用者の認知力やADLの低下に伴い、レクリエーション食についても、職員が作り上げて提供する食事が目立ってきている。	利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをおこない、食事準備活動を通じて生活意欲と自立支援を促進し、より一層食事を楽しんでいただく。	利用者参加率の向上を図る ・食事レクでは利用者が何らかの形で食事作りに参加できる機会を確保する ・盛り付け、下膳、食器洗い、お盆拭き等の参加場面を個別に設定する	10ヶ月