

<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

	項目数
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	1492300460
法人名	社会福祉法人小田原福祉会
事業所名	潤生園よりあいどころ螢田
訪問調査日	令和8年3月19日
評価確定日	令和8年4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	1492300460	事業の開始年月日	令和5年11月1日
		指定年月日	令和5年11月1日
法人名	社会福祉法人小田原福祉会		
事業所名	潤生園よりあいどころ螢田		
所在地	250-0865		
	神奈川県小田原市蓮正寺997-4		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和8年3月10日	評価結果 市町村受理日	令和8年5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	<a href="https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/14/index.php?action_kouhyou_pref_search_list_list=true">https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/14/index.php?action_kouhyou_pref_search_list_list=true</a>
----------	---

#### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

ご入居者が共同生活の中で、自分の役割を持ち、喜びや充実感、達成感のある活動が出来るように支援します。得意な家事、趣味活動等に寄り添って支援しています。自己実現目標を聞き取り、自立支援介護を実践しています。ご本人とご家族の絆が途切れないよう、感染症対策を行いながら、面会はルールに沿って柔軟に対応しています。

段々と体力の低下が見られ飲食する事も難しい状況にあっても、ご家族とともに、医療と連携し、環境を変えることなく、顔馴染みの職員やご入居者と最期まで生活をして頂けるように、支援をしております。看取りの際も家族に囲まれて

地域密着の事業所として2か月に一度、運営推進会議を行い、地域の方へ事業内容の報告を行っております。災害発生時には地域や施設同志で助け合える関係を構築出来るように努めます。地域住民との交流、隣接する施設とも交流し地域行事参加を目指すとともに、子育て中の方や地域の子供たちが安心して過ごせる場所になれるようにと考えています。

#### 【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8年3月19日	評価機関 評価決定日	令和8年4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)】

潤4 ●この事業所は社会福祉法人小田原福祉会の経営です。社会福祉法人小田原福祉会は、昭和53年に特別養護老人ホーム「潤生園」を開設し、デイサービス・小規模多機能型居宅介護・ショートステイ・サービス付き高齢者住宅・グループホーム・訪問介護・訪問看護・居宅介護支援・配食サービスなど、多岐にわたる福祉事業を小田原市内で運営し、今年度4月から南足柄地区のデイサービスをオープンし、来年度からは「れんげの里」敷地内の一部を看護小規模多機能型居宅介護に変えてスタートします。こちら「潤生園よりあいどころ螢田」は、法人で2つ目のグループホームとして令和5年に開設しています。立地は、小田急線「螢田駅」から徒歩5分程の、周辺には畑や、川が流れる長閑な住宅地で、潤生園在宅介護総合センター「れんげの里」と同じ敷地内にあります。

●法人の理念及び、職員の約束をフロアーに掲示して、毎日のミーティング時に唱和し、職員への周知を行っています。科学的介護に基づく自立支援介護をコンサルトを付け、水分量・車椅子の方の歩行・排便コントロールなど3点を主に確認しています。利用者一人ひとりの夢を叶えるため、自己実現目標を設定し、毎月の確認を行い目標の達成を目指しています。

●食事は、法人の食事サービス部で管理栄養士による季節感あるメニューで調理した物を、食器に盛り付けて提供しています。利用者には、食事のメニューの読み上げや、食後の食器洗い、食器拭きなどお願いしています。

#### 【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	潤生園よりあいどころ螢田
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)	○	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している。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、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	法人の理念「人は人として存在するだけで尊い。真の福祉は人の命の尊さを知り、個人の人格を心から敬愛するところから始まる」を毎日唱和し実践につながるよう意識している。科学的介護に基づく自立支援介護を実践し入居者個々の自己実現目標を共有し目標達成を目指しています。	法人の理念及び、職員の約束を毎日午後からのミーティング時に唱和し、職員への周知を行っています。科学的介護に基づく自立支援介護をコンサルトを付け、水分量・車椅子の方の歩行・排便コントロールなど3点を主に確認しています。利用者一人ひとりの夢を叶える自己実現目標を毎月確認し、目標の達成を目指しています。	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	地域自治会や民生委員、地域包括支援センターなどと情報交換はしている。二ヶ月に1回の運営推進会議での交流は地域の方の出席率は低い。サロンを企画し地域の高齢者や子供たちに参加してもらい交流しています。	地域の自治会に加入し回覧板や、2ヶ月に1回の運営推進会議時に参加者から地域の情報をいただき把握しています。地区のお祭りでは、駐車場を神輿の休憩場所にして飲み物など振る舞い、近くで行うどんど焼きにも利用者と一緒に参加して地域の方と交流しています。事業所で開催のサロンでは、書道教室など行い地域の高齢者や、子供達も参加し交流しています。	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	防災訓練、炊き出しなど地域にお知らせし実施している。運営推進会議では、路地が暗いので、防犯のために、施設の街頭をつけておいてほしいなど対応継続。公園が少ないということに関しては検討中。施設前の通学路落ち葉などのゴミ清掃対応。		
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	運営推進会議は隣接の小規模多機能型居宅介護「みんなの家はたるだ」と共同開催している。それぞれの地域交流ルームにて参加。イベントの企画や災害時、特に水害発生時には避難場所になるように計画中です。民生委員さんからの情報や転倒事故や介護保険の状況など情報共有している。	運営推進会議は、同法人の小規模多機能型居宅介護と合同で、自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員・家族代表・入居者代表などの参加で交互に年6回開催しています。事業所の現状や活動状況、防災、事故、入退去等について写真を添付し報告を行っています。参加者からの意見等で、事業所前の道路は、夜間暗いので、防犯のために施設の街灯を点けて置き、落ち葉などのゴミ清掃は利用者と一緒にしています。	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取り組んでいる	市主催の「集団講習会」「介護サービス事業所連絡会」へ参加した。計画作成担当者変更に伴い届出。またケガで休業となった担当者に関して、変更届の必要性など相談した。サロン開催時は高齢介護課職員も参加されている。	小田原市の集団指導講習会に出席し介護政策等の動向把握に努めています。医療連携など不明点等が生じた際には市の担当課に連絡し、助言や相談に乗っていただいています。介護サービス事業者連絡会で企画の「注文を間違えるレストラン」を開催し、参加しています。事業所のサロン開催時は小田原市高齢介護課職員が参加しています。	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
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	研修等で理解を深め、入居者に寄り添い、行動をとにもにする。リスクマネジメント委員会の中に身体拘束委員会があり、担当委員が活動しており情報共有。玄関の施錠に関しては主に防犯の為、職員が各階1名の対応の夜間18時30分から朝7時00分までは施錠している。緊急やむを得ない状況の発生はない。	法人のリスクマネジメント委員会の中に身体拘束委員会があり、代表委員が参加して3ヶ月に1回開催しています。委員会ではマニュアル作成や、身体拘束に関する禁止となる具体的な行為や、その弊害について話し合っています。議事録は、議事録ファイルに纏め職員に回覧しています。身体拘束に関する研修として本部より動画の配信があり、個人別に受講しています。	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	虐待防止委員1名が3ヶ月毎の虐待防止委員会に出席し情報共有、検討など行い、それを事業所内で共有している。また、県からの高齢者虐待防止の自己点検シートの実施を行い、防止に努めている。	虐待防止委員1名が3ヶ月毎の法人虐待防止委員会に出席し、情報共有や、スピーチロックなど事例検討を行っています。議事録は職員に回覧して事業所内で共有しています。事故報告書などの考えられるケアの安全性については、毎日のミーティングや、毎月のユニット会議等で検討しています。職員のストレスチェックは、年1回スマホにて実施し、何か有れば10N1ミーティングで話し合っています。県指定の高齢者虐待防止の自己点検シートを実施し、虐待の防止に努めています。	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	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事業所内ではまだ作れていない。成年後見制度の利用に関しては事業所内で2名ご家族が手続きを進められている。連携している医師による診断書の作成に協力頂いている。		
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	契約に関しては、重要事項説明書を十分に説明し、その後契約書の内容説明行い契約している。改定により料金、内容の変更の際には改めて重要事項説明書を更新し説明行い、不安や疑問について解消を図っている。		
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	利用者に自己実現目標を聞き取る事を行っている。聞き取り困難な場合もあるが、その内容を運営に生かせるように情報共有する。また家族等のご要望やご意見については、面会時、プラン更新時、電話連絡時に聞き取りし記録にし共有、検討、実施している。家族会今後企画する。	毎月居室担当者や管理者が利用者の自己実現目標を聴き取っています。聴き取りが困難な方は、家族の面会時や電話で家族の意見、要望を合わせて聴いています。聴いた内容は、ほのぼのソフトのケース記録や、申し送りノートで情報を共有して、運営に活かせるように取り組んでいます。今後は、家族間の交流も兼ねた「家族会」の開催を検討しています。	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	毎日のMTGも含め特にワーカー会議において、利用者の情報共有とともに、法人や事業所の運営状況(収支含む)も管理者から職員へ伝達報告し意見を聴取している。シフトの業務内容やレクリエーション、書式の変更、委員会の内容など実施している。	毎日各ユニット別にミーティングを行い、月1~2回は、ユニット合同のワーカー会議を開催して、利用者の情報を共有するとともに、法人や事業所の運営状況を管理者から職員へ報告し、職員の意見や提案を聴いています。法人では、業務改善委員会を開催して、業務内容など検討し、ペーパーレス等に取り組んでいます。	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	月に2回の直属上司との1on1フィードバックミーティングが位置付けられており、個別の就労希望も確認している。法人内で様々なサービスや勤務形態が見て希望出来る。有給休暇や残業手当など人事部と各管理者で管理ソフト使用し管理確認している。正職員や昇格など年二回機会を設けている。	職員と管理者や直属上司との1on1フィードバックミーティングを月2回は開催して、職員個別の悩みや、就労希望等と介護休暇、育児休暇等についても話し合っています。年2回は個人目標や、自己評価について話し合う人事考課を実施しています。勤怠システムを使用して、有給休暇や残業手当など人事部と各管理者で職員の勤務状況を確認しています。正職員への登用制度があり、年2回の機会を設けています。	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	内部研修は事業所で行うほか、人材育成センターにて年間計画に沿って入社時研修、年次研修などが実施されている。そのほかにもABILIClipでeラーニングで学べる。感染症対策研修は看護師から研修し事業所内全職員へ伝達研修を行う。ほかにも部門内OJT実施。	法人では法定研修を含む内部研修を計画し、職員は個々にeラーニングで受講しています。法人の人材育成センターにて職員育成研修として、入社時研修・6ヶ月研修・1年・2年・3年・4年・5年時研修を実施しています。外部研修は認知症介護実践者研修・実践リーダー研修などあり、研修時の費用や時間の支援制度もあります。感染症対策研修などは、看護師から全職員へ伝達研修を行っています。	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	市が主催の多職種対象の研修や医師会主催の勉強会などへ参加交流する。また市内の小規模多機能型居宅介護と認知症対応型共同生活介護の事業所で連絡会があり、RUN伴や注文を間違えるカフェ、事業所見学会、研修など行い、交流しながらお互いに活動し関わる。			
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	既往歴や生活歴を聞き取り、話をする中で関係構築はかる。本人の趣味趣向を聞き取り活動出来るきっかけを作る。困っている事、不安な事が払拭出来るよう職員間で共有し対応する。課題分析表、ケア記録等に記す。新しい環境に慣れ安心出来る場所になるように努める。			

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	入居前の状況を共有し、家族の思い、家族それぞれの健康状態含めて、不安や要望を聞き取りをする。方針やケア内容などサービス担当者会議を行い説明を丁寧に行い、意向など確認し不安解消おこなう。		
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	認知症対応型共同生活介護の利用が、適切か否か、それまで利用してきたサービスがあれば、そこからも情報収集する。また選択しとしてのサービスの説明も出来る限り行う。必要と思われるサービスの提案行う。		
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	入居者本人の行えることを見極め、必要などころは支援し、出来るところは見守り 役割をもって張りのある生活を出来るように努める。職員が行ってしまおうと業務になるがケアとして関わり、どうしたら出来るかを考えて支援する。入居者同士の協力も見られる。		
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	家族に可能な部分で、役割を担って頂く。消耗品の補充や必要な場合の受診、家族との外出、外食。日々の暮らしを発生した事故等含めて状況報告行い状態を知って頂く。趣味を継続するための支援。帰宅願望時の面会や電話対応。支援内容の要望や確認をして頂く		
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	居室内や廊下の専用飾り棚に、思い出の品を飾ったり、アルバムを持参されていれば、それを見ながら思い出話が出来るようにする。感染症に配慮して頂き、友人や近隣の方の面会など楽しむ。	入居時の面談で馴染みの人や、場所などの情報について聞き取りを行い、入居後もこれまで大切にしてきた馴染みの関係が、継続出来るように支援しています。面会は感染症に気を付けて、特別な制限は無く実施しています。家族と一緒に外出して、食事やお墓参り・法事など出かける方や、犬と一緒にの面会で、犬の散歩に行く方の支援などしています。趣味のレース編みや、大人の塗り絵を続ける支援をしています。	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
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	特定の利用者同士が理由もなくぶつかることもあった。些細なことが納得いかない利用者もあったが、これまでの支援経過でお互いを思いあったり、不安の解消につながる言葉がけをしたりコミュニティが出来上がってきている。		
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	これまで 利用終了になったケースはご逝去によるものであったため 関係性としては長くは継続していない。相談や支援は継続する体制はある。		
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。	ご自宅の様子や本人、家族の意向をお話や行動などから把握している。起床時間、就寝時間についても本人のペースで出来ている。生活の中の様々なタイミングも大きく生活のリズムが崩れないよう見守りながら過ごされている。	入居前面談では自宅や施設に伺い、本人、家族、介護支援専門員等から、過去の生活歴や既往歴、趣味、嗜好品、暮らし方の希望等の聴き取りを行っています。これまでの生活サイクルを継続できるよう、本人のペースを尊重した支援に心掛けています。日々の会話で本人が発した言葉や、家族の意向を自己実現目標に設定することで、利用者、家族の思いや意向に沿った支援につなげています。	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	入居前の自宅への訪問や、入居前に利用していたサービス、病院などから得た情報を記録する。情報が乏しいケースもあり、継続して機会あるごとに情報を得られるようにしている。		
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	居室担当職員、計画作成担当者のみならず、職員全員の気づきをケア記録で情報共有しアセスメント更新する。		

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	本人の意向と状況、家族の意向、日々のケア記録、MTG、ワーカー会議での意見、提案を踏まえ、計画作成担当者が介護計画を作成している。次年度はもっとケースカンファレンスに時間をとっていく。	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、3ヶ月を目安に様子を見ながら、事前情報との違い等を確認しています。その後は、短期目標6ヶ月、長期目標1年での見直しを基本とし、本人の意向と状況、家族の意向、日々のケア記録、ミーティング記録、ワーカー会議議事録などを参考に、更新時のケアカンファレンスで、モニタリングとアセスメントを行い、現状に即した介護計画の作成につなげています。家族への説明とサインは、殆どの方は面会時に行い、遠方の方などは説明して郵送しています。	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	日々のケアの実践について病状の変化や、経過記録、申し送りノート。MTG記録などで情報共有して支援している。その実践や効果の評価し介護計画に反映させる。		
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	病状や身体状況により、医療との連携や福祉用具の導入、インフォーマルなサービスの利用も検討している。先々の経済的な状況の予測から特養の見学希望にも対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域のイベントや「注文を間違えるカフェ」への参加。好みの飲み物を自動販売機で買う。訪問販売のパン屋での買い物。新聞を二名とっている。「まごころサポート」による通院介助や外出支援など利用している。洋服の販売もGH内で出張販売あり楽しんだ。		
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	24時間オンコール対応可能な往診医が連携しており、個々の希望での契約であるが、結果として現在全員が往診医に変更した。訪問看護も24時間オンコール体制である。歯科医も健診、口腔ケア指導含め必要な方は診て頂けている。皮膚科 眼科も専門医往診があった。	入居時に協力医療機関の説明とかかりつけ医を確認し、事業所の協力医療機関に切り替えることのメリットを説明したうえで主治医を決めていただいています。現在は全員が協力医療機関に切り替えており、月2回の訪問診療を受診しています。皮膚科や眼科も往診で対応しています。歯科は必要な方のみ、契約して週1回の口腔ケア等の処置を受けています。同法人の訪問看護ステーションから看護師が隔週で訪問があり、健康管理や生活習慣、健康相談などでアドバイスを受けています。	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	連携契約にて隔週での定期訪問と24時間オンコール体制で支援頂いている。往診医や薬局との連携も出来ている。生活習慣、健康面などさまざまな相談、アドバイスを受けている。ターミナルの対応に関しても連携にて医療と介護で対応してきた。		
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。	これまで入院となったケースは1件のみであった。このケースでは入院時にSWへの情報提供と入院中の経過報告を頂くなど情報交換できた。退院目指して医師との院内カンファレンス予定していたが、急変にてご逝去となった。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期に向けた方針に関して、玄関に掲示するとともに、契約時に説明し理解されている。実際に重度化や終末期に至った場合は、方針を家族に意向が変わらないか再確認の上、医療とも連携して支援している。	契約時に重度化や終末期に向けた方針と、延命治療に関しても説明して同意をいただいています。実際に重度化に直面した場合には、医師、家族、管理者で話し合い、事業所で行えること、出来ないことなど説明して、今後の方向性を決めています。看取り介護を希望する場合は、看取り介護計画を作成して対応しています。看取りに関する研修は年間で計画し、事例発生の時点で再度研修を実施して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	急変時と事故のマニュアルを作成し、定期的にマニュアルの確認をし応急手当や初期対応できるようにしている。訪看と連携もスムーズに行うことが出来るように確認している。		
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	日中に関しては、防災訓練時に確認し避難経路、避難方法を理解している。夜間については隣接する小規模多機能と無線にて連絡を密にとり、どの災害にも対応できるように情報共有を定期的に行っている。防災訓練炊き出しなど地域にも声かけし参加してもらっている。	防災訓練は、同敷地内のデイサービス、小規模多機能等と合同で年2回、単独で1回行っています。訓練は地震による火災発生を想定し、水消火器による初期消火訓練と避難誘導の避難経路、避難方法を確認しています。防災設備の点検は、業者にて年2回実施しています。防災訓練炊き出しなど地域にも声かけし参加してもらっています。BCP関係は、感染症マニュアルを作成し、研修を行っています。備蓄品は水・食料など3日分とヘルメット・防災頭巾・毛布・衛生用品などと照明などの電源は、EV自動車での対応の予定です。	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	
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	自宅にいるのと同じように笑顔多くあるように声かけを多くしている。声かけ時には人格を尊重し、人生の大先輩からたくさん事を学ばせていただく。職員の約束により呼び方は名字にさん付け、挨拶や笑顔など接遇に配慮している。	利用者の人格を尊重し、法人の理念「人は人として存在するだけで尊い。真の福祉は人のいのちの尊さを知り、個人の人格を心から敬愛するところから始まる」を踏まえ、人生の先輩として敬意を込めた対応と声かけで接しています。職場環境の乱れは利用者の対応にも通ずると考え「職員の約束」を定め、言葉遣いや挨拶の仕方など細かく決めて対応をしています。	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	入浴の順番や、時間など選択肢のあるものは、ご本人に必ず伺い、自己決定できるように導く。ご自分の思いや意見が言えるようにコミュニケーションを多くしている。話を傾聴し自分で決められるように促したり、自己実現目標を確認するようにしている。			
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	タイムスケジュールにこだわりすぎず、ご本人のペースにて日々過ごしていただく。時には声かけにてフロアに出てきていただき体操や季節のおやつ作り等一緒に行う時間も設けている。起床、就寝時間も概ね生活習慣に合わせている。			
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	入浴後に更衣する衣類は、ご自分で用意できるご利用者には準備していただく。その際季節はずれの物など準備している時は声かけをし、一緒に準備を行う。起床時にうがいや洗顔等整容を促している。			
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	ご飯や味噌汁をよそったり、配膳をお願いをしご利用者同士の交流も深める。食器洗いや食器拭きを一緒に行う声かけアプローチを行っている。盛り付けの工夫や献立の季節感をメニュー紹介の際に伝える。献立を入居者がホワイトボードに毎回書いている。	主食は事業所で作り、副食は法人の食事サービス部で調理した物を器に盛り付けて提供しています。利用者には、食後の食器洗いや食器拭きと、食器棚への収納と毎回食事のメニューをホワイトボードに書き、食事前には読み上げていただくなど行い残存能力の維持につなげています。食レクでタコ焼きや、お好み焼きを作ることもあります。誕生日には買ったケーキや、手作りのケーキなど皆さんでお祝いしています。	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
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	汁物の温度の好みや、盛り付ける量、形態、好みなど、個別対応できるように、情報共有し、ご利用者が気を使わずに、おいしく召し上がっていただけるようにしている。管理栄養士の献立に沿って提供している。		
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、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	毎食後にうがいや歯磨きを行うように声かけや介助をしている。定期的に歯科往診にて口腔内の状況を把握している。職員にも口腔ケアの指導、アドバイス、歯ブラシの交換時期のお知らせなど頂いている。医務課の拒食嚥下障害看護認定看護師に来訪依頼しアドバイスもらっている。		
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	介助が必要なご利用者には一人一人のタイミングを職員間にて共有し、できる限りトイレにて排泄できるようにしている。個別対応にて、パットの種類を変えて快適に過ごしていただいたり、睡眠の質を落とさないように心がけている。	利用者全員の排泄状況を把握するため、排泄記録を付けています。トイレ誘導を行う際には、排泄記録を基に声かけを行ったり、様子を見ながら声かけする等して、トイレでの排泄につなげるように支援しています。夜間は睡眠を優先し、個別支援で不必要な排泄介助は回数を減らして睡眠を確保しています。1日を通して、その方に合った適切な尿とりパッドを使用するなど、家族の費用負担にも配慮しています。	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	排便コントロールは、往診医、訪問看護、介護と連携、情報の共有をし、下剤や浣腸などの医療的アプローチと、水分量や運動などの生活的アプローチで取り組んでいる。食物繊維の多いサンファイバーの使用も推奨されている。		
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	入浴は気分の乗らない時、体調がすぐれないときは、曜日の変更をし対応している。リフト浴やバスボードなど個別に対応し、気持ちよく入浴していただいている。	週2回の午後入浴を基本とし、利用者のADLに応じて、リフト浴やバスボードを使用しながら、安全な入浴を心掛けています。入浴前にはバイタルチェックと本人の体調や意向を確認し、無理強いのない入浴支援を行っています。入浴時には全身の皮膚チェックや入浴後には保湿クリームの塗布と水分摂取を行っています。湯船のお湯は毎回交換し、入浴剤の使用や、季節のゆず湯、菖蒲湯なども行い、楽しく入浴していただいています。	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
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	居眠りや、ご本人の様子をみて就寝ケアを行っている。臥床時には眠りスキャンやセンサーを用いて安心安全に安眠できるようにしている。2時間おきの定期巡回だけでなくまめに様子を見ている。眠れないときは眠くなるまで一緒に過ごすことで安心される。		
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	月2回の往診時に処方された薬、変更になった薬を職員間にてしっかり共有し「お薬処方一覧」を個別に作成しいつでもどんな時でも閲覧できるようにしているため職員が安心して服薬支援ができるようにしている。誤薬のないように服薬前に声に出して確認をする。		
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	食器洗い、食器拭き、洗濯干し、洗濯もの畳む等生活に欠かせないものなどは共同生活していく中でご利用者同士で役割分担が出来てきた。居室掃除、リネン交換など一緒に行うようにしている。個別に趣味実施 オセロ等楽しむ。		
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	外出の機会が少ないが、川べりの散策や近辺の散歩実施。施設内のイベントに参加している。外気浴かねて、洗濯物を干したり、ウッドデッキにておやつを召し上がって頂いたりしている。ご家族と協力し、外出をすることができるようアプローチしている。	季節や天気の良い日には、近隣の川沿いの遊歩道を散歩しています。外気浴を兼ねて、バルコニーやウッドデッキで洗濯物を干したり、ウッドデッキではプランターにチューリップの花や、野菜を植えて世話をしています。家族の協力で周辺の散歩や、犬を連れての面会で犬の散歩に行く方もいます。敷地内は広く桜の季節には花見もできます。今後はドライブで小田原のフラワーガーデンなどに行ければと検討しています。	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	ご自分でお金の管理が出来るご利用者が少ない。移動販売のパン屋さんや自動販売機にて購入するときにはお金をお渡しし一緒に買い物をするようにする。100円ショップへの買い物ツアー検討中。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話を持っているご利用者はご自分のタイミングにて連絡をしている。ご家族が困るほど連絡してしまうときは、ご家族と相談しその都度対応している。定期的に面会されるご家族が多いが、希望時にご家族と連絡できるように電話に出てもらうなど対応する。		
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	季節の花や果物など取り入れ、大きな窓があるため開けて換気し心地よく過ごせるようにしている。共同スペースをご利用者と一緒に掃除かたづけを行うことで気持ちよく過ごされている。清潔を保ち、温度は各部屋、リビングに温度湿度計で管理。	居室前の通路は広く、掲示物は無く居室前には背の高い飾り棚が設置してあります。突き当たりは大きな窓とテーブルと椅子が置いてあり気分を変えて休める場所になっています。リビング内には透明なアコーディオンカーテンで仕切り、地域交流室として使用する事もできます。大きな窓からは陽の光を取り入れ、カーテンで採光を調整し、温度や湿度は計器の確認と利用者の様子で調整しています。利用者と一緒に清掃や、片付けも行い清潔が保たれています。ひな祭り時には、7段飾りのお雛様を飾っています。	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	ご利用者同士での会話が楽しめるように、食席を工夫したり、職員と一緒に入ることで難聴の方も楽しく参加できるようにしている。リビング奥にソファー置き、食卓テーブル以外でも過ごせる。介助が必要な方も居るがウッドデッキやバルコニーで気分転換できる。		
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	ご自宅で使っていたものを基本的に持参されている。特に枕や布団は、馴染みのあるものなので安心されている。趣味の作品や宝物を居室内や飾り棚に置く。家族や趣味の登山、旅行先での思い出写真を飾る。カーテンもお好みの色柄を用意している。	居室にはエアコン、ベッド、洗面台、トイレ、バルコニーが備え付けとして完備されています。ベッドには「眠りスキャン」がセットしてあり睡眠中のデータ管理を行っています。入居時には、自宅で使用していた家具や寝具、調度品等を持ち込んでいただくように声かけをして、皆さん夫々がアルバムや趣味の作品など持ち込んでいます。居室入口の飾り棚には、ご自身の部屋と認識できるように小物等が飾られています。	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	居室内にトイレがあるためご自分でできるように見守りを行っている。居室のドアを開けていることでご自分の部屋がすぐわかる。建物内に手すりは少なく階段、着脱室のみ。特に着脱は手すりを利用して立ち上がる。居室内の物品はご家族の協力のもと自分で管理しやすいように工夫。		

## 目 標 達 成 計 画

事業所 潤生園よりあいどころ螢田

作成日 令和8年3月19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		職員間の情報共有やコミュニケーションにばらつきがあり、認識のズレや業務負担の偏りが生じている。	職員間で必要な情報が確実に共有され、統一したケアと円滑な連携が図れている状態にする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申し送り内容の統一(記載項目、伝達ルール明確化)。</li> <li>・1日1回対面での情報共有時間の確保。</li> <li>・週1回ミニカンファレンス実施(実施率100%)。</li> <li>・ヒヤリハット、気付きの共有ルール作成。</li> <li>・主任による定期的な職員ヒヤリング実施。</li> </ul>	3ヵ月
2		業務の優先順位や分担が明確でなく、一部職員に負担が集中している。	業務の整理と役割分担を見直しし、職員の負担が偏らない体制を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務内容の洗い出しと見える化。</li> <li>・不要業務の整理、削減。</li> <li>・役割分担の明確化。</li> <li>・シフト作成時の負担バランス調整。</li> <li>・月1回の業務見直し実施。</li> </ul>	6ヵ月
3		人員不足により、業務負担が増加し、安定した運営に影響が出ている。	安定した人員体制を確保し、継続的なサービス提供を可能にする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・採用活動の継続。</li> <li>・スポット人材、応援職員の活用。</li> <li>・新人職員の育成体制整備(OJT明確化)。</li> <li>・定期面談の実施による離職防止。</li> </ul>	1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	潤生園よりあいどころ螢田
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	法人の理念「人は人として存在するだけで尊い。真の福祉は人の命の尊さを知り、個人の人格を心から敬愛するところから始まる」を毎日唱和し実践につながるよう意識している。科学的介護に基づく自立支援介護を実践し入居者個々の自己実現目標を共有し目標達成を目指しています。		
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	地域自治会や民生委員、地域包括支援センターなどと情報交換はしている。二ヶ月に1回の運営推進会議での交流は地域の方の出席率は低い。サロンを企画し地域の高齢者や子供たちに参加してもらい交流した		
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	防災訓練、炊き出しなど地域にお知らせし実施している。運営推進会議では、路地が暗いので、防犯のために、施設の街頭をつけておいてほしいなど対応継続。公園が少ないということに関しては検討中。施設前の通学路落ち葉などのゴミ清掃対応。		
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	運営推進会議は隣接の小規模多機能型居宅介護「みんなの家ほたるだ」と共同開催している。それぞれの地域交流ルームにて参加。イベントの企画や災害時、特に水害発生時には避難場所になるように計画中です。民生委員さんからの情報や転倒事故や介護保険の状況など情報共有している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市主催の「集団講習会」「介護サービス事業所連絡会」へ参加した。計画作成担当者変更に伴い届出。またケガで休業となった担当者に関して、変更届の必要性など相談した。サロン開催時は高齢介護課職員も参加されている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	研修等で理解を深め、入居者に寄り添い、行動をとる。リスクマネジメント委員会の中に身体拘束委員会があり、担当委員が活動しており情報共有。玄関の施錠に関しては主に防犯の為、職員が各階1名の対応の夜間18時30分から朝7時00分までは施錠している。緊急やむを得ない状況の発生はない。		
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	虐待防止委員1名が3ヶ月毎の虐待防止委員会に出席し情報共有、検討など行い、それを事業所内で共有している。また、県からの高齢者虐待防止の自己点検シートの実施を行い、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	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事業所内ではまだ作れていない。成年後見制度の利用に関しては事業所内で2名ご家族が手続きを進められている。連携している医師による診断書の作成に協力頂いている。		
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	契約に関しては、重要事項説明書を十分に説明し、その後契約書の内容説明を行い契約している。改定により料金、内容の変更の際には改めて重要事項説明書を更新し説明を行い、不安や疑問について解消を図っている。		
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	利用者に自己実現目標を聞き取る事を行っている。聞き取り困難な場合もあるが、その内容を運営に生かせるように情報共有する。また家族等のご要望やご意見については、面会時、プラン更新時、電話連絡時に聞き取りし記録にし共有、検討、実施している。家族会今後企画する。		

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	毎日のMTGも含め特にワーカー会議において、利用者の情報共有とともに、法人や事業所の運営状況(収支含む)も管理者から職員へ伝達報告し意見を聴取している。シフトの業務内容やレクリエーション、書式の変更、委員会の内容など実施している。		
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	月に2回の直属上司との1on1フィードバックミーティングが位置付けられており、個別の就労希望も確認している。法人内で様々なサービスや勤務形態が見て希望出来る。有給休暇や残業手当など人事部と各管理者で管理ソフト使用し管理確認している。正職員や昇格など年二回機会を設けている。		
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	内部研修は事業所で行うほか、人材育成センターにて年間計画に沿って入社時研修、年次研修などが実施されている。そのほかにABILIClipでeラーニングで学べる。感染症対策研修は看護師から研修し事業所内全職員へ伝達研修を行う。ほかに部門内OJT実施。		
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	市が主催の多職種対象の研修や医師会主催の勉強会などへ参加交流する。また市内の小規模多機能型居宅介護と認知症対応型共同生活介護の事業所で連絡会があり、RUN伴や注文を間違えるカフェ、事業所見学会、研修など行い、交流しながらお互いに活動し関わる。		
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	既往歴や生活歴を聞き取り、話をすることで関係構築はかる。本人の趣味趣向を聞き取り活動出来るきっかけを作る。困っている事、不安な事が払拭出来るよう職員間で共有し対応する。課題分析表、ケア記録等に記す。新しい環境に慣れ安心出来る場所になるように努める。		

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	入居前の状況を共有し、家族の思い、家族それぞれの健康状態含めて、不安や要望を聞き取りをする。方針やケア内容などサービス担当者会議を行い説明を丁寧に行い、意向など確認し不安解消おこなう。		
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	認知症滞欧型共同生活介護の利用が、適切か否か、それまで利用してきたサービスがあれば、そこからも情報収集する。また選択しとしてのサービスの説明も出来る限り行う。必要と思われるサービスの提案行う。		
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	入居者本人の行えることを見極め、必要などころは支援し、出来るところは見守り 役割をもって張りのある生活を出来るように努める。職員が行ってしまうと業務になるがケアとして関わり、どうしたら出来るかを考えて支援する。入居者同士の協力も見られる。		
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	家族に可能な部分で、役割を担って頂く。消耗品の補充や必要な場合の受診、家族との外出、外食。日々の暮らしを発生した事故等含めて状況報告を行い状態を知って頂く。趣味を継続するための支援。帰宅願望時の面会や電話対応。支援内容の要望や確認をして頂く		
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	居室内や廊下の専用飾り棚に、思い出の品を飾ったり、アルバムを持参されていれば、それを見ながら思い出話が出来るようにする。感染症に配慮して頂き、友人や近隣の方の面会など楽しむ。		

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	特定の利用者同士が理由もなくぶつかることもあった。些細なことが納得いかない利用者もあったが、これまでの支援経過でお互いを思いあったり、不安の解消につながる言葉がけをしたりコミュニティが出来上がってきている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	これまで 利用終了になったケースはご逝去によるものであったため 関係性としては長くは継続していない。相談や支援は継続する体制はある。		
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。	ご自宅の様子や本人、家族の意向をお話や行動などからはあくしている。起床時間、就寝時間についても本人のペースで出来ている。生活の中の様々なタイミングも大きく生活のリズムが崩れないよう見守りながら過ごされている。		
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	入居前の自宅への訪問や、入居前に利用していたサービス、病院などから得た情報を記録する。情報が乏しいケースもあり、継続して機会あるごとに情報を得られるようにしている。		
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	居室担当職員、計画作成担当者のみならず、職員全員の気づきをケア記録で情報共有しアセスメント更新する。		

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	本人の意向と状況、家族の意向、日々のケア記録、MTG、ワーカー会議での意見、提案を踏まえ、計画作成担当者が介護計画を作成している。次年度はもっとケースカンファレンスに時間をとっていく。		
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	日々のケアの実践について病状の変化や、経過記録、申し送りノート。MTG記録などで情報共有して支援している。その実践や効果を評価し介護計画に反映させる。		
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	病状や身体状況により、医療との連携や福祉用具の導入、インフォーマルなサービスの利用も検討している。先々の経済的な状況の予測から特養の見学希望にも対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域のイベントや「注文を間違えるカフェ」への参加。好みの飲み物を自動販売機で買う。訪問販売のパン屋での買い物。新聞を二名とっている。「まごころサポート」による通院介助や外出支援など利用している。洋服の販売もGH内で出張販売あり楽しんだ。		
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	24時間オンコール対応可能な往診医が連携しており、個々の希望での契約であるが、結果として現在全員が往診医に変更した。訪問看護も24時間オンコール体制である。歯科医も健診、口腔ケア指導含め必要な方は診て頂けている。皮膚科 眼科も専門医往診あった		

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
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	連携契約にて隔週での定期訪問と24時間オンコール体制で支援頂いている。往診医や薬局との連携も出来ている。生活習慣、健康面などさまざまな相談、アドバイスを受けている。ターミナルの対応に関しても連携にて医療と介護で対応してきた。		
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。	これまで入院となったケースは1件のみであった。このケースでは入院時にSWへの情報提供と入院中の経過報告を頂くなど情報交換できた。退院目指して医師との院内カンファレンス予定していたが、急変にてご逝去となった。		
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	重度化や終末期に向けた方針に関して、玄関に掲示するとともに、契約時に説明し理解されている。実際に重度化や終末期に至った場合は、方針を家族に意向に変わりないか再確認の上、医療とも連携して支援している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時と事故のマニュアルを作成し、定期的にマニュアルの確認をし応急手当や初期対応できるようにしている。訪看と連携もスムーズに行うことが出来るように確認している。		
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	日中に関しては、防災訓練時に確認し避難経路、避難方法を理解している。夜間については隣接する小規模多機能と無線にて連絡を密にとり、どの災害にも対応できるように情報共有を定期的に行っている。防災訓練炊き出しなど地域にも声かけし参加してもらっている。		

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
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	自宅にいるのと同じように笑顔多くあるように声かけを多くしている。声かけ時には人格を尊重し、人生の大先輩からたくさんの事を学ばせていただく。職員の約束により呼び方は名字にさん付け、挨拶や笑顔など接遇に配慮している。		
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	入浴の順番や、時間など選択肢のあるものは、ご本人の必ず伺い、自己決定できるように導く。ご自分の思いや意見が言えるようにコミュニケーションを多くしている。話を傾聴し自分で決められるように促したり、自己実現目標を確認するようにしている。		
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	タイムスケジュールにこだわりすぎず、ご本人のペースにて日々過ごしていただく。時には声かけにてフロアに出てきていただき体操や季節のおやつ作り等一緒に行う時間も設けている。起床、就寝時間も概ね生活習慣に合わせている。		
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	入浴後に更衣する衣類は、ご自分で用意できるご利用者には準備していただく。その際季節はずれの物など準備している時は声かけをし、一緒に準備を行う。起床時にうがいや洗顔等整容を促している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ご飯や味噌汁をよそったり、配膳をお願いをしご利用者同士の交流も深める。食器洗いや食器拭きを一緒に行う声かけアプローチを行っている。盛り付けの工夫や献立の季節感をメニュー紹介の際に伝える。献立を入居者がホワイトボードに毎回書いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	汁物の温度の好みや、盛り付ける量、形態、好みなど、個別対応できるように、情報共有し、ご利用者が気を使わずに、おいしく召し上がっていただけるようにしている。管理栄養士の献立に沿って提供している。		
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	毎食後にうがいや歯磨きを行うように声かけや介助をしている。定期的に歯科往診にて口腔内の状況を把握している。職員にも口腔ケアの指導、アドバイス、歯ブラシの交換時期のお知らせなど頂いている。医務課の拒食嚥下障害看護認定看護師に来院依頼しアドバイスもらっている。		
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	介助が必要なご利用者には一人一人のタイミングを職員間にて共有し、できる限りトイレにて排泄できるようにしている。個別対応にて、パットの種類を変えて快適に過ごしていただいたり、睡眠の質を落とさないように心がけている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便コントロールは、往診医、訪問看護、介護と連携、情報の共有をし、下剤や浣腸などの医療的アプローチと、水分量や運動などの生活的アプローチで取り組んでいる。食物繊維の多いサンファイバーの使用も推奨されている。		
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	入浴に日には朝から何度も伝えていく。気分の乗らない時、体調がすぐれないときは、曜日の変更をし対応している。リフト浴やバスボードなど個別に対応し、気持ちよく、気分よく入浴していただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	居眠りや、ご本人の様子をみて就寝ケアを行っている。臥床時には眠りスキャンやセンサーを用いて安心安全に安眠できるようにしている。2時間おきの定期巡回だけでなくまめに様子を見ている。眠れないときは眠くなるまで一緒に過ごすことで安心される。		
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	月2回の往診時に処方された薬、変更になった薬を職員間にてしっかり共有し「お薬処方一覧」を個別に作成しいつでもどんな時でも閲覧できるようにしているため職員が安心して服薬支援ができるようにしている。誤薬のないように服薬前に声に出して確認をする。		
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	食器洗い、食器拭き、洗濯干し、洗濯もの畳む等生活に欠かせないものなどは共同生活していく中でご利用者同士で役割分担が出来てきた。居室掃除、リネン交換など一緒に行うようにしている。個別に趣味実施 オセロ等楽しむ。		
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	外出の機会が少ないが、川べりの散策や近辺の散歩実施。施設内のイベントに参加している。外気浴かねて、洗濯物を干したり、ウッドデッキにておやつを召し上がって頂いたりしている。ご家族と協力し、外出をすることができるようアプローチしている。		
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	ご自分でお金の管理が出来るご利用者が少ない。移動販売のパン屋さんや自動販売機にて購入するときにはお金をお渡しし一緒に買い物をするようにする。100円ショップへの買い物ツアー検討中。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話を持っているご利用者はご自分のタイミングにて連絡をしている。ご家族が困るほど連絡してしまうときは、ご家族と相談しその都度対応している。定期的に面会されるご家族が多いが、希望時はご家族と連絡できるように電話に出てもらおうなど対応する。		
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	季節の花や果物など取り入れ、大きな窓があるため開けて換気し心地よく過ごせるようにしている。共同スペースをご利用者と一緒に掃除かたづけを行うことで気持ちよく過ごされている。清潔を保ち、温度は各部屋、リビングに温度湿度計で管理。		
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	ご利用者同士での会話が楽しめるように、食席を工夫したり、職員と一緒に入ることで難聴の方も楽しく参加できるようにしている。リビング奥にソファ置き、食卓テーブル以外でも過ごせる。介助が必要な方も居るがウッドデッキやバルコニーで気分転換できる。		
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	ご自宅で使っていたものを基本的に持参されている。特に枕や布団は、馴染みのあるものなので安心されている。趣味の作品や宝物を居室内や飾り棚に置く。家族や趣味の登山、旅行先での思い出写真を飾る。カーテンもお好みの色柄を用意している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室内にトイレがあるためご自分でできるように見守りを行っている。居室のドアを開けていることでご自分の部屋がすぐわかる。建物内に手すりは少なく階段、着脱室のみ。特に着脱は手すりを利用して立ち上がる。居室内の物品はご家族の協力のもと自分で管理しやすいように工夫。		

目 標 達 成 計 画

事業所 潤生園よりあいどころ螢田

作成日 令和8年3月19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		職員間の情報共有やコミュニケーションにばらつきがあり、認識のズレや業務負担の偏りが生じている。	職員間で必要な情報が確実に共有され、統一したケアと円滑な連携が図れている状態にする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・申し送り内容の統一(記載項目、伝達ルール明確化)。</li> <li>・1日1回対面での情報共有時間の確保。</li> <li>・週1回ミニカンファレンス実施(実施率100%)。</li> <li>・ヒヤリハット、気付きの共有ルール作成。</li> <li>・主任による定期的な職員ヒヤリング実施。</li> </ul>	3ヵ月
2		業務の優先順位や分担が明確でなく、一部職員に負担が集中している。	業務の整理と役割分担を見直しし、職員の負担が偏らない体制を構築する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務内容の洗い出しと見える化。</li> <li>・不要業務の整理、削減。</li> <li>・役割分担の明確化。</li> <li>・シフト作成時の負担バランス調整。</li> <li>・月1回の業務見直し実施。</li> </ul>	6ヵ月
3		人員不足により、業務負担が増加し、安定した運営に影響が出ている。	安定した人員体制を確保し、継続的なサービス提供を可能にする。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・採用活動の継続。</li> <li>・スポット人材、応援職員の活用。</li> <li>・新人職員の育成体制整備(OJT明確化)。</li> <li>・定期面談の実施による離職防止。</li> </ul>	1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。