

平成28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	<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	平成28年11月15日	評価結果 市町村受理日	平成29年4月26日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/pSearch3?Open>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

漁師町として古き良き歴史のある茅ヶ崎市南湖に開所し4年目を迎え、さらなる地域に根ざした運営を目指しています。
入居者の皆様と職員が「ゆっくり」「一緒に」「楽しみながら」の雰囲気を大切に家庭の延長であるという「なじみの環境」作りに努め、共同生活を営み、事業所が開所以来蓄積してきた認知症介護等のノウハウと小規模施設のメリットを活かし、入居者が住み慣れた地域で安心して生活ができるように支援しています。
また、関連には、母体施設(介護老人福祉施設)や総合病院もあり、日々連携し、入居してからの生活や健康管理等についてご入居者・ご家族の安心を得ています。

【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年12月16日	評価機関 評価決定日	平成29年2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)】

特別養護老人ホームを持ち、複数の地域包括支援センターなどを展開し、医療機関と連携している法人が運営する事業所です。JR東海道線「茅ヶ崎駅」南口から、神奈中バスで10分ほどの、バス停「仲町」下車、神社の横を通り、閑静な住宅街を歩いて3分ほどのところ。以前は1ユニットでしたが、平成25年4月1日に現在の場所に新築移転し、2階建て2ユニットの事業所です。

<優れている点>

外出の機会を多く設けています。車イスで乗れる事業所専用のワンボックスカーを整備し、近隣の同一法人の別の事業所からも車イスが乗れる車を借り、車イスの入居者全員が外出出来るようにしています。平塚の七夕祭りやポピー見物、美術館、湘南平や長谷観音、桜の花見、こいのぼり見物、紫陽花見物など、頻繁にドライブに行っています。自治会の行事の餅つき大会や納涼祭、演芸大会などにも出かけています。浜降り祭の見学や箱根駅伝の応援などにも外出しています。同一法人の別の施設で体操教室が開催され、入居者が参加しています。管理者は、市介護サービス事業者連絡協議会地域密着型部会の部会長に就任し、地域の事業者や行政機関との関係を深めています。

<工夫点>

食事では、「パンの日」を設け、入居者と一緒に近くのベーカリーまで焼き立てパンを買いに行ったり、入居者の好きな弁当を注文したり、行事の際には工夫した食事の提供をしています。

【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 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	社会福祉法人 麗寿会 ふれあいの家 みのり
ユニット名	1Fユニット

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)	○	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ます。 (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。	法人理念を、事務室と玄関横の階段に掲示しています。事業所独自の理念は、玄関横の階段に掲示しています。管理者は、全職員参加の定例会や、事あるごとに入居者とどうかかわったら良いか、などと話し合っています。	職員が理念をしっかりと理解し、実践につなげていくような体制作りの取り組みが期待されます。
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る。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。またボランティアの来訪があり、地域とのつながりを積極的に行い、大切にしている。	自治会に加入しています。自治会行事の演芸大会、納涼祭、餅つき大会に入居者が参加しています。地域清掃は職員が参加しています。地域のボランティアの大正箏、篠笛、キッズダンスハーブ演奏などが事業所を訪問しています。近隣の人が個人ボランティアに来ています。	
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。	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。	入居者家族、自治会長、民生委員、市役所職員、地域包括センター職員が参加し、2ヶ月に1回開催している。会議では運営報告をすると同時に、参加者と提案や質問、意見等交換、協議し、ホームの運営に取り入れていると同時に、地域との交流や協力体制。また、会議の内容を毎月1回行う職員会議にて報告し、職員全員で共有できるようにしている。	2ヶ月に1度、事業所近くの1Kアパートで運営推進会議を開催しています。自治会長、民生委員、市の高齢福祉介護課の職員や地域包括支援センター職員、入居者家族が参加しています。会議では活動報告を写真で説明し、感想や意見を聞いています。入居者家族から外出の機会を増やしたいとの要望があり、車イスの入居者も頻繁に外出するようになっています。	
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。	高齢福祉介護課には、入居希望者の住所地についての相談などで連携しています。管理者が市介護サービス事業者連絡協議会の地域密着型部会の部長に就任し、研修会などの事業計画を立てています。介護相談員が月2回訪問しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	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。	「身体拘束ゼロへの手引き」「身体拘束等の行動制限についての取扱要領」「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」のマニュアルを整備しています。法人主催の「身体拘束・高齢者虐待について」の研修に職員が参加し、事業所の定例会で共有しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見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。	年6回実施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。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」に通じると思う事は、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	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	運営推進会議を開催し、意見を頂いている。その他、意見要望は日常会話や日々の暮らしより、家族は来訪時等に直接職員が聴き取っている。また、玄関には「何でも提案箱」を設置している。介護相談員の受け入れを行い、積極的に取り組んでいる。	玄関に「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」のポスターを掲示しています。提案箱が玄関に設置してあります。家族が面会に来た際に、要望などを聞いています。市介護サービス相談員受入施設と相談員の意見交換会に出席しています。	

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
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	管理者及びフロアー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。	全職員参加の定例会を開催し、職員からの意見や提案を聞く機会を設けています。管理者は普段から職員に声を掛け、話しやすい雰囲気作りをしています。年2回、管理者との個人面談を行い、職員の意見などを聞く機会を設けています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	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		○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。 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） 介護プロフェッショナルキャリア段位制度の評価者研修を終えた者が法人内にいるため、今後アセッサーとして国基準のレベル認定を職員に行うことができる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	茅ヶ崎市事業者連絡協議会施設部会に参加している。 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。		

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。		
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。	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	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	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。また電話や手紙の支援も行っている。	入居者は、入居前に通っていた馴染みのスーパーに買い物に行ったり、デイサービスへ挨拶に行ったりしています。近隣の有名な馴染みの場所へドライブにも行っています。年賀状を事業所で用意し、職員が代筆して関係が途切れないように支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	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、日々の午前中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や入居者と一緒に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	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	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。	居室担当職員は、入居前訪問調査票の生活歴を頭に入れ、入居者に繰り返し声掛けをしてコミュニケーションを図り、時間をかけて信頼関係を築いています。入居者の声掛けの反応などをケース記録に記録し、入居者の思いや意向を職員全体で把握するように努めています。	
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。	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	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	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。	ケアプラン作成者は、「モニタリング課題分析票」「モニタリング実践記録票」を作成し、前回の評価をした後、入居者、家族から意見を聞いています。定期受診記録などを参考に、サービス担当者会議で話し合いを行い、新たなケアプランを作成しています。	
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、地域のボランティアとの交流（篠笛、音楽、大正琴）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。 (開催場所のフロアチェンジも行っている)		
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していただき、また、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。 牛乳屋の配達や近所の駄菓子屋お菓子等もお小遣いから購入できる。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	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。	入居契約時に今後の希望を確認しています。以前からのかかりつけ医を継続利用している入居者もいます。事業所の往診医は同一グループの総合病院で、往診医で対応できない場合や、外部の医療機関への通院は、基本的に家族対応です。対応できない場合は事業所で支援しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	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	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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。	今まで看取りの実績はありませんが、重度化や終末期の、本人および家族の希望に対応できるよう、体制を整えていく予定です。医師が主催している終末期医療の研修を受講し、事業所内で共有できるよう準備を進めています。	
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。毎年、法人研修の中に消防の救急法の講習会を取り入れ、終了証の交付を行っている。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	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	市の防災メール配信サービスに登録し、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。	年2回の訓練では、夜間想定避難訓練も実施しています。事務所内やキッチンの壁などに緊急連絡先や連絡網を掲示し、備えています。災害時マニュアルは、職員がすぐに見られる場所に設置してあります。近隣の参加を呼びかける方法について自治会などで相談しています。	緊急時のスムーズな移動のため、避難口や経路の物品の設置方法見直しが期待されます。災害時に互いに協力できるよう近隣との交流の活性化を更に進めることも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	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。	入居者と話す時は否定せず、一旦受け止めるようにしています。認知症であっても全て忘れてしまう訳ではないので、いい加減な口約束で信頼関係を壊さないよう気を付けています。共有したい情報は各フロアに設置してある連絡ノートを用いています。	
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。	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、生活等に依じて髪型や服装等の身だしなみを支援し、(本人希望があれば)訪問美容室にカット、染め、パーマができる。個人用のヘアーブラシもある。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	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。月に2回程「パンの日」を設け一緒に買い出しに行き、調理を行いパン食を楽しむ。食器の後片付けを入居者が行っている。	下ごしらえなどで出来ることを入居者に頼んでいます。時々、食事に変化をつけるため、喫茶店やファミリーレストランで外食をしたり、好きな弁当を自由に選んでもらい、買うこともあります。入居者と一緒に近くのベーカリーまで、焼き立てパンを買いに行っています。	

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
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	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	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。	尿路感染症にならないよう、定期的なトイレ誘導とパッド確認などで、清潔保持に気を付けています。失禁したときは周りの人に気づかれないような対応を心掛けています。必要であれば夜間はポータブルトイレで対応する場合があります。	
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	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、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2～3回は入浴していただけるようお誘いしている。入浴方法（シャワー浴等）も希望に沿った入り方をしている。その日に入浴されない方へは足浴を毎日行い足指間の清潔の保持にも務めている。	脱衣所にはエアコンと床暖房があり、急激な温度変化に配慮しています。入浴拒否が続いている人に「入浴セットをプレゼント」をして誘い、入りたい気持ちになってもらって成果が出ています。好きな入浴剤を選び、楽しめるようにしています。	

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
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している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	服薬している薬カードは個人ケースに入れ、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していただいている。		
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。家庭菜園や玄関前の掃き掃除、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	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	四季折々の外出の計画、実行やご家族と共に参加できる行事の企画運営をしている。地域の地区運動会や納涼祭、正月の餅つき等へも参加し、地域との交流を深めている。日々、個人対応、フロア別、合同のお散歩や買い物とその日の希望により柔軟に対応している。	日常的には、散歩がてら郵便を出しに行く、近所の駄菓子屋まで買い物に行く、など担当職員とマンツーマンで出かけています。行事外出は駅伝の応援や花見、納涼会、七夕祭りなど、月に1度くらいのペースで、車で出かけています。同一法人の施設で体操教室を開いており、時々参加しています。	
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。	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していただいている。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	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	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。	感染症の予防のため、各フロアには空気清浄機と加湿器が設置されています。来訪者のうがいと手洗いを徹底しています。フラワーアレンジメントと称し、毎回テーマを決めて思い思いのやり方で季節の花を生け、入居者全員が自由に個性のある作品を作っています。各テーブルに飾って眺め、楽しんでいきます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	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、リラクセ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	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	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。	ベッドは備え付けです。居室に持ち込む物に特に規制はありません。10日に1度の頻度でシーツ、枕カバー、布団カバーを交換し、掛け布団を乾燥処理しています。壁には家族の写真や作品など、思い思いのものを飾っています。	
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（点字あり）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	2Fユニット

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。	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る。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。またボランティアの来訪があり、地域とのつながりを積極的に行い、大切にしている。		
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。	入居者家族、自治会長、民生委員、市役所職員、地域包括センター職員が参加し、2ヶ月に1回開催している。会議では運営報告をすると同時に、参加者と提案や質問、意見等交換、協議し、ホームの運営に取り入れていると同時に、地域との交流や協力体制。また、会議の内容を毎月1回行う職員会議にて報告し、職員全員で共有できるようにしている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束、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		○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。	年6回実施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。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	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	運営推進会議を開催し、意見を頂いている。その他、意見要望は日常会話や日々の暮らしより、家族は来訪時等に直接職員が聴き取っている。また、玄関には「何でも提案箱」を設置している。介護相談員の受け入れを行い、積極的に取り組んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	管理者及びフロアー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		○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		○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。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）介護プロフェッショナルキャリア段位制度の評価者研修を終えた者が法人内にいるため、今後アセッサーとして国基準のレベル認定を職員に行うことができる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	茅ヶ崎市事業者連絡協議会施設部会に参加している。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。		

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、充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。		
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。	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	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないう、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、日々の午前中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や入居者と一緒に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	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	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援把握し、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	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	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。		
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、地域のボランティアとの交流（篠笛、音楽、大正琴）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。 (開催場所のフロアチェンジも行っている)		
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してくださり、また、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。 牛乳屋の配達や近所の駄菓子屋お菓子等もお小遣いから購入できる。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	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	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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。毎年、法人研修の中に消防の救急法の講習会を取り入れ、終了証の交付を行っている。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	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	市の防災メール配信サービスに登録し、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	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	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 応じて髪型や服装等の身だしなみを支援し、(本人希望があれば)訪問美容室にカット、染め、パーマができる。個人用のヘアーブラシもある。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	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。 月に2回程「パンの日」を設け一緒に買い出しに行き、調理を行いパン食を楽しむ。食器の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もらえるよう声掛け、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	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	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	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、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2～3回は入浴していただけるようお誘いしている。入浴方法（シャワー浴等）も希望に沿った入り方をしている。その日に入浴されない方へは足浴を毎日行い足指間の清潔の保持にも務めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	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している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	服薬している薬カードは個人ケースに入れ、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していただいている。		
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。家庭菜園や玄関前の掃き掃除、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	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	四季折々の外出の計画、実行やご家族と共に参加できる行事の企画運営をしている。地域の地区運動会や納涼祭、正月の餅つき等へも参加し、地域との交流を深めている。日々、個人対応、フロア一別、合同のお散歩や買い物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していただいている。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	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	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 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	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	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（点字あり）も配置し安全に歩行できるように配慮している。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 ふれあいの家 みのり

作成日： 平成 29年 4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	1	職員が理念をしっかりと理解し、実践につなげていくような体制作りの取り組みがきたいされる。	ふれあいの家みのりの職員理念を再確認し、定期的に職員に向けて共有できる時間を作る。	毎月1度の定例会において、ふれあいの家みのりの職員理念を再確認していきます。	10ヶ月
2	13	緊急時のスムーズな移動のため、避難口や経路の物品の設置方法見直しが期待される。災害時に互いに協力できるよう近隣との交流の活性化を更に進めることも期待される。	災害（火災・震災・津波等）時の行動手順の再確認をし、管理者が不在であっても行動ができる仕組みを事業所として確立させる。	<ul style="list-style-type: none"> ・行動手順（災害時マニュアル）の見直し ・近隣との関係性作り（入居者ADL情報等発信） ・一時避難場所等の避難場所の確認 ・情報収集（防災ラジオ等）についての準備 ・家族や保証人への説明 ・防災用品、水や食料等の備蓄確認（最低3日分） 	10ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月