

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
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		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
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		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1495100180
法人名	株式会社 ユニマット リタイアメント・コミュニティ
事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風
訪問調査日	2020年2月15日
評価確定日	2020年3月31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20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1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	1495100180	事業の開始年月日	平成24年9月1日	
		指定年月日		
法人名	株式会社 ユニマット リタイアメント・コミュニティ			
事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風			
所在地	(212-0055)			
	神奈川県川崎市幸区南加瀬五丁目18番12号			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	令和2年2月1日	評価結果 市町村受理日	令和2年6月30日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

明るくゆったりとした居室、広々とした食堂など生活空間はすべてバリアフリーとなっております。展望の優れた屋上、和室を備えたラウンジも用意しております。有料老人ホーム、デイサービスとの複合施設の利点を活かし、イベントの参加やボランティアとの交流が活発に行われています。川崎市の「かわさき健幸福寿プロジェクト」に今年度も参加し、自立支援介護を継続しています。自立支援介護の第一人者、国際医療福祉大学大学院竹内孝仁教授が法人の顧問のため、法人でも定期的に自立支援の研修をし、入居者個々の自立を考えた支援を行っています。

【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2年2月15日	評価機関 評価決定日	令和2年3月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●この事業所は株式会社ユニマットリタイアメント・コミュニティの運営です。同法人は全国33都道府県でデイサービス、ショートステイ、訪問介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援、定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の在宅系介護サービスから、グループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の入居系介護サービスまで、様々な利用者のニーズに合わせたサービスを展開しています。ここ「川崎ナーシングヴィラそよ風」はJR東海道線・京浜東北線・南武線の3路線が乗り入れしている「川崎駅」からバスで15分程の「南加瀬交番前」停留所下車して徒歩5分程の住宅街の一角にあります。1階にデイサービス、居宅介護支援事業所、2階がグループホーム、3～5階が有料老人ホームになっている複合型の事業所です。グループホームでは複合型の利点を生かし、合同でのイベント開催や、ボランティアの来訪時には一緒に交流を図っていますオーナーの計らいで、建物や植栽に毎年色とりどりのイルミネーションが装飾され、クリスマスには地域のイルミネーションスポットとして、注目を集めています。

●ケアについては、事業所では継続して自立支援介護に注力して取り組んでいます。この度、自立支援介護の一人者でもある、国際医療福祉大学大学院竹内孝二教授が法人の顧問に就任され、法人内でも自立支援について研修を導入し、一人ひとりの利用者に合わせた自立支援に取り組んでいます。事業所では、運営推進会議と交互に家族会を開催しており、家族会で自立支援や認知症について説明し、事業所のケア方針を理解していただきながら、家族と協力して利用者の自立を支える支援に注力しています。日常的な健康管理では、「適度な水分量の摂取・十分な栄養の摂取・適度な運動」を心がけ、身体的な不調を改善を図ることで認知症状の緩和や改善につなげています。

【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	川崎ナーシングヴィラそよ風
ユニット名	やまゆり

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させている。 (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、活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	それぞれのユニットの理念が実践できるようミーティングなどで確認しています。町内会の行事は減っていますが、地域の食事会に入居者を参加させていただいたり、地域の他の施設との交流をしています。	各ユニットごとに理念を作成し、つつじユニット「その人その人の認知症状に合った支援」、やまゆりユニット「利用者の笑顔が日々表れるよう支援します」をユニットの入り口に掲示しています。理念は、具体的なものにする事で、実践しやすいものとなっています。また、月1回のユニット会議で確認、振り返りを行っています。	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	町内会に加入し、読むことができる入居者には回覧板を閲覧してもらっています。町内会の盆踊りなどには参加し、クリスマスシーズンの施設建物のイルミネーションは地域の方々に楽しんでいただいています。	町内会の行事は減少傾向にあります。日常的に行っている散歩、近くのコンビニは週3回程買い物に行っており、店員とも挨拶を交わしています。複合型施設の利点を生かし、グループホーム以外のデイサービスや有料老人ホームにボランティアの方が来訪された際には、合同で参加しています。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域包括と連携を取り、少しでも地域に貢献できるようにしています。地域包括が行っている地域の勉強会に管理者は参加し協力しています。		
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	偶数月に運営推進会議、奇数月には家族会を開催しています。日常生活を報告し、参加者から意見要望をいただき、サービスが向上できるようにしています。	地域包括支援センター職員、町内会長、民生委員、オーナー、施設長の参加で、事業所の現状・活動報告を中心に、施設における身体拘束の定義などについて説明している他、地域の行事案内、近年増えている自然災害の対策についても意見交換を行っています。	今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	行政主催の研修や講習会に参加。不明なことに関しては電話やFAXでご指導いただくようにしています。今年度も川崎市の「健幸福寿プロジェクト」に参加しています。地域包括主催の勉強会にも協力しています。	川崎市主催の研修や講習会への参加、必要に応じて担当者と連絡を取り合い、事業所の実情や取組みの報告、助言をいただくなどして、協力関係を構築しています。今年度も継続して、川崎市の健康福寿プロジェクトに参加しています。また、地域包括支援センター、在宅系サービス事業所、グループホームでネットワークを立ち上げ、勉強会も実施しています。	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	身体拘束に関しては入社時研修を必須。職員には年2回定期的に研修を行い参加でない職員は研修資料で学び、レポートを記入し理解、認識するようにしています。施設全体では身体拘束委員会を3か月に1回行っています。	入職時に介護技術からコンプライアンス、身体拘束・虐待に至るまでの研修を実施し、年2回は身体拘束・虐待に関する研修を行っており、研修に参加出来なかった職員については、資料を配布し、レポート提出を義務付けています。施設全体で身体拘束適正化委員会を設け、3ヶ月に1回、各サービス分野の事例を挙げながら検討会を行い、委員会の内容については、議事録に目を通すようにしています。	今後の継続
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	身体拘束同様、高齢者虐待についても年2回勉強会を実施し、職員が共通の意識を持てるようにしています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	外部で学ぶ機会を管理者や計画作成、リーダーが持ち、個々の必要性に合わせて活用できるようにしています。		
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	契約締結、解約の際には十分な説明を行い、疑問などに対しても理解、納得していただけるようにしています。		
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	運営推進会議のほかに、2ヶ月に1度家族会を開催し、広く意見を聞き反映できるようにしています。事故報告、ヒヤリハット、苦情などの報告もしています。ご家族の来訪時には声を掛け、日常の暮らしぶりや変化を伝えています。なかなか来訪できないご家族には、電話連絡しています。	事業所では運営推進会議と家族会を2ヶ月おきに交互に開催し、家族からの意見や要望を聞く機会を設けています。管理者は、良し悪しを含め報告し、現状を正確に把握してもらうことで、率直な意見を求めるようにしています。毎月請求書と併せて、そよ風便り（グループホーム単体）を毎月送付し、1ヶ月の活動や全体の様子をお伝えしています。	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	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	施設全体の会議、毎月行われるグループホームユニットごとの会議で職員の意見、要望を聞くことができますようにしています。それ以外でも随時、何かあったら意見や提案に耳を傾けるようにしています。	毎月のユニット会議や現場で職員から意見や提案を聞き、直ぐに改善できることについては、業務に反映させています。また、施設全体の会議も毎月開催されており、必要に応じて全体会議で報告し、結果をユニット会議で報告しています。職員の勤続年数も長く、管理者と職員は日頃から、なんでも意見を言える関係性が構築されています。さらに、法人では職員のストレスチェックも年1回実施するなど、職場の環境整備にも力を入れて取り組んでいます。	今後の継続
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	毎年2回の人事考課の実施により職員との話し合いを持ち、個々の思いを聞き問題があれば解決に努めます。会社によって定められたキャリアパスの形成を行っている。		
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	施設内では年間計画をもとに毎月勉強会を行っており、正社員、契約社員、パート社員の区別なく参加していただいています。施設外での研修は希望者には受講する機会を与えています。本社での研修もあり、職員には参加していただいています。		
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	地域包括支援センターと地域同業者のネットワークを作り、2ヶ月に一度交流する機会を設けています。また、同業者が行っているセミナーにも参加させていただいています。		
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	入居前に本人に面談し、当施設で穏やかな生活ができるか確認しています。また入居時にはご家族様に協力していただき、ご本人の生活歴や生活状況を職員が把握し、ご本人が安心して生活する場を確保す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	
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	入居相談の段階からご家族のニーズや家庭状況の把握に努め、十分な対話をしながら良好な関係作りに努めています。			
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居相談時に家族の思いを伺い、状況を確認させていただいています。現状でできる支援とできない支援を判断し、できない場合は他のサービスなどを紹介させていただいています。			
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	グループホームとはどういう場所なのかを職員が理解し、ご入居者のできることは一緒に行い、ご入居者にとっては何でもしていただくお客様ではなく、生活の場であるということを忘れないよう配慮しています。			
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご入居者をご家族と職員と一緒に支えられるよう、日頃の様子を細かく包み隠さずに報告するように心掛けています。ご家族との外出や面会などは制限を設けず、ご家族の思いには答えるようにしています。			
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	入居前より行っている馴染みの場所への外出などには制限を設けず、出掛けていただけるよう支援しています。また面会に対しても制限を設けないよう心掛けています。	職員の送迎で地域の食事会に月1回参加され、馴染みの方と食事を楽しまれている方もいます。また、訪問理美容でなく、以前からの行きつけの美容院でカットやカラーをされている方もいます。家族からの要望で、入居前からの趣味(編み物や縫物)を継続されている方、携帯電話を持ち込まれ、毎日家族とメールのやり取りしている方もいます。		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	できるだけ食堂に集まっていたり時間を増やし、ご入居者同士や職員との歓談ができる環境を作っています。まだ職員がいないところでも歓談ができるようスペースを設けています。		
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	契約終了後も必要に応じて連絡したり、何かあったばあいは支援するようにしています。家族会、運営推進会議への参加もお願いしています。		
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。	入居時の情報をもとにご本人の希望や意向に添えるよう、また入居後はご入居者に寄り添いながら思いや意向を把握できるようにしています。思いなどを表出できないご入居者に対しては、ご家族や職員と話し合い支援するようにしています。	入居前の家族・本人との面談、在宅時に利用していたケアマネージャーから聞き取りを行い、生活歴や既往歴、趣味や嗜好品、暮らし方の希望を把握し、可能な限り介護計画に反映させ、その方の思いや意向を大切にケアを心がけています。日々の関りの中で、利用者が発した言葉、職員の気づきなどは、連絡ノートや申し送りにて職員間で情報を共有しています。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時にはご自宅に伺うなどしてご本人と面接を行い、ご家族からは生活歴を書面でいただきご本人のことを把握できるようにしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	朝夕の申し送りで職員はご入居者の日々の変化を伝え、職員全員が現状を把握するよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人は日頃の関わりの中で、ご家族には来訪時や電話連絡の際に思いや意見を伺っています。毎月ユニット会議を行い、職員も認識を統一しています。何かあった場合は臨機応変に対応し、現状に即した支援をするようにしています。	入居時のアセスメントで得られている情報を基に暫定の介護計画を作成し最短で1ヶ月、最長で3ヶ月を目安に、事業所での暮らしぶり、ADLやIADLの情報を収集しています。ケアカンファレンスは、多くの職員が参加できる日に設定して開催し、ケアマネが多くの情報を得られるようにしています。また、ケアマネは週3、4回出勤していることで、利用者の現状を細かく把握できています。3ヶ月毎にモニタリングを行い、利用者の現状やケアの方針についてアセスメントを実施し、現状に即した介護計画を作成しています。	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	個人記録には食事・水分・排泄やバイタルなどの身体状況や生活状況を記録し、特変などは申し送りで伝え、職員が情報を共有できるようにしています。		
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	医療連携（訪問看護）では介護職では把握できない状況に対応しています。通院対応がご家族では難しい場合は施設が行うようにしています。訪問マッサージを利用しているご入居者もいます。ご家族と一緒に食事を希望される場合は準備し、一緒に召しあっていただいています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ご入居者が災害時などの際、施設に孤立しないよう地域包括支援センターの職員や他事業所と情報を交換し協力関係を築いています。		
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	入居時に主治医の変更は勧めず、馴染みのかかりつけ医で継続している利用者もいます。内科嘱託医、歯科の訪問診療、訪問看護師と連携を取りながら支援しています。外部の受診が必要な際には通院介助の協力も行っています。	入居時に協力医療機関について説明し、以前からのかかりつけ医を継続するか、主治医を切り替えるか決めていただいています。協力医に切り替えている方は月2回の訪問診療を受診していますが、併設している有料老人ホームにも訪問に来ているので、容態が急変した場合にも診ていただくことが可能となっています。歯科は初回の無料検診を受けた後で、必要に応じて契約し、必要な方のみ受診しています。訪問看護師は週1回、利用者の健康管理と医療面での相談にも乗っ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
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	医療連携で訪問看護に週1回来ていただき健康管理や医療面で支援していただいています。また状況によっては併設の有料老人ホームやディサービスの看護師に相談しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には職員が付き添い、ご本人の生活状況などを医療機関に提供しています。また入院中には職員が見舞いに訪れ、施設で対応可能な状況になった場合は早めに退院できるよう医療機関に申し入れています。		
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、事業所の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	入居時に「重度化した場合の対応・看取り対応に関する指針」の説明をし同意していただいています。ご本人やご家族の意向を踏まえながら主治医と連携を取り、納得した最期が迎えられるよう取り組み、看取りまでさせていただきます。	入居時に「重度化した場合の対応・看取りに関する指針」に沿って、事業所で出来ること、出来ないことを説明したうえで同意書を取り交わしています。主治医から重篤化について話しが出た段階で再度、家族の意向を確認し、家族、主治医、管理者による話し合いの場を設け、連携を取りながら穏やかな終末期が迎えられるように支援しています。	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	緊急時の連絡フローをマニュアルに明記し、確認するようにしています。ご家族と緊急時の対応について話しています。		
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	消防署の協力を得て、施設全体で年2回の避難訓練を行い避難経路の確認や消火器の使い方などを訓練しています。運営推進会議などで町内会の人とも協力体制について話をしています。災害時の備蓄品は3日以上確保するようにし、定期的に食材に利用し入れ替えを行うようにしています。	避難訓練は年2回、うち1回は施設全体での合同訓練とし、消防署にも立ち合いを依頼して実施しています。あとの1回はグループホーム単独で行い、避難経路の確認や初動対応についても確認しています。事務所内にマニュアルとフローチャートを掲示し、災害時に慌てずに対処できるようにしています。備蓄品は各ユニット、フロアごとに確保しており、1週間分程の水や食料の他、カセットコンロ、ラジオ、電池、懐中電灯、衛生用品も確保しています。	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
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	個人情報保護や接遇の勉強会を1年に一度行っています。ご入居者一人ひとりの人格や生活歴をそのまま受け入れ尊重するようにし、プライバシーの確保についてもミーティングなどでも話し合い職員同士でも注意するようにしています。	入職時には接遇、倫理、コンプライアンスについて勉強会を実施しています。利用者と接する際には、声の大きさやトーン、言葉遣いには十分に留意し、利用者1人ひとりの人格や生活歴をそのまま受け入れ、否定しない対応を心がけています。施設全体で接遇向上委員会があり、委員会のメンバーが中心となって、個人情報保護法や接遇に関する研修も実施しています。	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	自分の希望を伝えることができたり、自己決定できるご入居者には耳を傾け、言葉で意思を表出できないご入居者に対しては表情で読み取るよう心掛け、職員の勝手な判断を押し付けないようにしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一日の大きな流れは決まっていますが、時間で職員が仕事をこなすのではなく、ご入居者の体調や状況、本人の性格などに気を配りながら一人ひとりのペースに合わせた生活をしていただいています。		
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	2か月に一度訪問理美容に来ていただいています。馴染みの理美容に出掛けられているご入居者もおります。髪型も本人の希望に添うようにしています。朝の着替えの他にも食べこぼしなどがあった場合は随時交換し、清潔な身だしなみをしていただいています。		
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	日々の食事の準備をご入居者と一緒に行うことは難しくなっていますが、後片づけができるご入居者には継続して行っていただいています。季節の食事や食材は取り入れ、手作りで楽しみのある食事を提供するようにしています。ご入居者の希望があればできるかぎり対応しています。	利用者の希望を取り入れながら、職員が献立を考え、職員が食材の買い出しに行っています。食事は1日の楽しみでもあることから、彩り、季節感など、五感で楽しんでいただけるように工夫した食事を提供しています。2ヶ月に1回は外食の日を設け、ご自分の食べたいの物を選んでいただいています。また、クリスマスにはピザを注文したり、大晦日には天ぷらそば、お正月の三が日には、おせち、天ぷら、お寿司など、日頃食べることのできない食事を提供しており、利用者からも喜ばれています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事や水分摂取量は記録しながら日々の状態が把握できるようにしています。食形態の変更が必要な場合は職員がアイデアを出し合い、食が進み摂取量が確保できるようにしています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを実施しています。うがいができないご入居者に対しては、口腔ケアウェットシートなども活用しています。訪問歯科医と連携しながら口腔内の清潔保持に努めています。		
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	自立支援介護の第一人者、国際医療福祉大学大学院竹内孝仁教授が法人の顧問のため、法人で定期的に研修を行い自立支援介護の理論を職員が学び、一人ひとりにあった支援を行うようにしています。	排泄チェック表で個々の排泄パターンの把握に努め、定時やタイミングを見計らった声かけでトイレ誘導を行っています。自立支援介護の一人者でもある、国際医療福祉大学大学院竹内孝二教授が法人の顧問となり、これまで以上に自立介護の理論を全職員で共有し、日常のケア中で「水分」「栄養」「運動」を意識することで、薬に頼らずに自然体で排泄出来るよう支援しています。	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	自立支援介護の理論の基づき、服薬に頼らず排便を促すように食事を工夫し、ヨーグルト、バナナ、プルーンを召し上がっていただいています。また排便を促すよう、水分摂取量も個々に目標を定めて支援しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の入浴を基本としていますが、それ以上の入浴が必要なご入居者には個々に対応しています。また一般浴での入浴が難しいご入居者には機械浴で対応し、最期の時まで入浴していただいています。	週2回を基本とし、午前中に入浴していただくようにしています。入浴拒否や、体調、希望に合わせて柔軟に対応しながら、気持ちよく入浴していただけるように支援しています。一般浴での入浴が難しい方は、デイサービスの機械浴で対応するなど、最期の時まで入浴していただけるように支援しています。希望される方には同性介助で対応し、季節のゆずや菖蒲湯なども行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人の生活リズムを大切にしています。毎日起きることが難しいご入居者には、起きていただけるタイミングで支援し、日中ベッド休息が必要なご入居者には安心して休んでいただけるよう支援しています。リネン交換は、週1回行っています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	ご入居者の薬の処方などの説明はファイルに保管し、職員がわかるようにしています。主治医と連携しできるだけ薬の量を減らし誤薬のないようにしています。		
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	お願いできる仕事を探し、一人ひとりに合った役割を見つけるようにしています。食器拭きや洗濯物たたみ、職員と一緒に買い物など。縫い物や編み物を行っているご入居者もいらっしゃいます。		
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	ユニット間のご入居者の状況で違いはありますが、天気の良い日には散歩など外出するようにしています。遠出の外出支援ができなくなっているため、外食などで気分転換をしていただいています。	天気や気候の良い日には散歩にお連れするようにして、外気に触れ、季節感を体感していただくように支援しています。また、近くのコンビニまで買い物や、鶴見川の堤防を歩き、気分転換していただくようにしています。遠出の外出時には家族にも声をかけて、一緒に参加を促しています。クリスマスには、暗くなってから外に出て、建物に装飾されているイルミネーションを楽しんでいただくようにしています。	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	人数は少ないですが、自分で金銭を所持しているご入居者もいます。ご家族の協力で小遣いを自由に使用できるご入居は、職員と一緒に買い物に行くこともあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話の所持は自由で、お持ちになり使用されている方もいらっしゃいます。お手紙のやり取りについても必要な支援を職員がしています。		
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	共用の居間は南側に面して明るい空間になるようになっています。廊下やトイレには手すりを設け、バリアフリーになっています。	2つのユニットは同じフロア内にあり、中央にエレベータホール、事務所があり、左右に分かれた形でユニットがあります。リビングは左右対称の造りで、どちらのユニットもリビングは南向きに面しており、窓は大きく、陽当たりが良く明るい空間になっています。窓際にはシクラメン等の花や観葉植物が置かれり、水やりを日課とされている方もいます。リビングに花や観葉植物を置くことで、無機質な空間にならないよう配慮しています。	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	居間のダイニングテーブルの他にも椅子などを配置し、他のご入居者から離れることのできる場所を設けています。		
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	入居時には家事や寝具は使い慣れた物を持ち込むようにお話しています。ご自宅で使っていた家具や仏壇を持ち込まれているご入居者もおり、ご本人にとって落ち着いて過ごせる環境づくりに努めています。	介護用ベット、クローゼット、エアコン、照明は完備されていますが、生活環境の変化から入居者が不安や混乱を招くことのないように、使い慣れた家具や調度品を持ち込んでいただくことを薦めています。居室には、衣装ケース、タンス、仏壇、テレビ、家族写真等、その方にとって馴染みのある物が持ち込まれ、落ち着いて過ごせる居室作りが行われています。	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	施設内は安全に生活できるようにバリアフリーであり、手すりが設置されています。トイレも各ユニット4か所あり、自由に行けるようわかりやすい表示にしています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

川崎ナーシングヴィラそよ風

作成日

令和2年6月30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り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	災害対策で地域との協力体制を築けていない	地域との協力体制を築く	運営推進会議で協力体制を築けるよう話し合いをしていく	1年
2	10	運営推進会議の出席メンバーが増えない	出席メンバーを増やす	地域の人達やご家族に出席のお願いを今まで以上にしていく	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	川崎ナーシングヴィラそよ風
ユニット名	つつじ

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、活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	それぞれのユニットの理念が実践できるようミーティングなどで確認しています。町内会の行事は減っていますが、地域の食事会に入居者を参加させていただいたり、地域の他の施設との交流をしています。		
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	町内会に加入し、読むことができる入居者には回覧板を閲覧してもらっています。町内会の盆踊りなどには参加し、クリスマスシーズンの施設建物のイルミネーションは地域の方々に楽しんでいただいています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域包括と連携を取り、少しでも地域に貢献できるようにしています。地域包括が行っている地域の勉強会に管理者は参加し協力しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	偶数月に運営推進会議、奇数月には家族会を開催しています。日常生活を報告し、参加者から意見要望をいただき、サービスが向上できるようにしています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	行政主催の研修や講習会に参加。不明なことに関しては電話やFAXでご指導いただくようにしています。今年度も川崎市の「健幸福寿プロジェクト」に参加しています。地域包括主催の勉強会にも協力しています。		

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	身体拘束に関しては入社時研修を必須。職員には年2回定期的に研修を行い参加でない職員は研修資料で学び、レポートを記入し理解、認識するようにしています。施設全体では身体拘束委員会を3か月に1回行っています。		
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	身体拘束同様、高齢者虐待についても年2回勉強会を実施し、職員が共通の意識を持てるようにしています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	外部で学ぶ機会を管理者や計画作成、リーダーが持ち、個々の必要性に合わせて活用できるようにしています。		
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	契約締結、解約の際には十分な説明を行い、疑問などに対しても理解、納得していただけるようにしています。		
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	運営推進会議のほかに、2ヶ月に1度家族会を開催し、広く意見を聞き反映できるようにしています。事故報告、ヒヤリハット、苦情などの報告もしています。ご家族の来訪時には声を掛け、日常の暮らしぶりや変化を伝えています。なかなか来訪できないご家族には、電話連絡しています。		

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	施設全体の会議、毎月行われるグループホームユニットごとの会議で職員の意見、要望を聞くことができるようにしています。それ以外でも随時、何かあったら意見や提案に耳を傾けるようにしています。		
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	毎年2回の人事考課の実施により職員との話し合いを持ち、個々の思いを聞き問題があれば解決に努めます。会社によって定められたキャリアパスの形成を行っている。		
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	施設内では年間計画をもとに毎月勉強会を行っており、正社員、契約社員、パート社員の区別なく参加していただいています。施設外での研修は希望者には受講する機会を与えています。本社での研修もあり、職員には参加していただいています。		
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	地域包括支援センターと地域同業者のネットワークを作り、2ヶ月に一度交流する機会を設けています。また、同業者が行っているセミナーにも参加させていただいています。		
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	入居前に本人に面談し、当施設で穏やかな生活ができるか確認しています。また入居時にはご家族様に協力していただき、ご本人の生活歴や生活状況を職員が把握し、ご本人が安心して生活する場を確保す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
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	入居相談の段階からご家族のニーズや家庭状況の把握に努め、十分な対話をしながら良好な関係作りに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居相談時に家族の思いを伺い、状況を確認させていただいています。現状でできる支援とできない支援を判断し、できない場合は他のサービスなどを紹介させていただいています。		
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	グループホームとはどういう場所なのかを職員が理解し、ご入居者のできることは一緒に行い、ご入居者にとっては何でもしていただくお客様ではなく、生活の場であるということを忘れないよう配慮しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご入居者をご家族と職員と一緒に支えられるよう、日頃の様子を細かく包み隠さずに報告するように心掛けています。ご家族との外出や面会などは制限を設けず、ご家族の思いには答えるようにしています。		
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	入居前より行っている馴染みの場所への外出などには制限を設けず、出掛けていただけるよう支援しています。また面会に対しても制限を設けないよう心掛けています。		

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	できるだけ食堂に集まっていただく時間を増やし、ご入居者同士や職員との歓談ができる環境を作っています。まだ職員がいないところでも歓談ができるようスペースを設けています。		
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	契約終了後も必要に応じて連絡したり、何かあったばあいは支援するようにしています。家族会、運営推進会議への参加もお願いしています。		
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。	入居時の情報をもとにご本人の希望や意向に添えるよう、また入居後はご入居者に寄り添いながら思いや意向を把握できるようにしています。思いなどを表出できないご入居者に対しては、ご家族や職員と話し合い支援するようにしています。		
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	入居時にはご自宅に伺うなどしてご本人と面接を行い、ご家族からは生活歴を書面でいただきご本人のことを把握できるようにしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	朝夕の申し送りで職員はご入居者の日々の変化を伝え、職員全員が現状を把握するよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人は日頃の関わりの中で、ご家族には来訪時や電話連絡の際に思いや意見を伺っています。毎月ユニット会議を行い、職員も認識を統一しています。何かあった場合は臨機応変に対応し、現状に即した支援をするようにしています。		
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	個人記録には食事・水分・排泄やバイタルなどの身体状況や生活状況を記録し、特変などは申し送りで伝え、職員が情報を共有できるようにしています。		
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	医療連携（訪問看護）では介護職では把握できない状況に対応しています。通院対応がご家族では難しい場合は施設が行うようにしています。訪問マッサージを利用しているご入居者もいます。ご家族と一緒に食事を希望される場合は準備し、一緒に召しあっていただいています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ご入居者が災害時などの際、施設に孤立しないよう地域包括支援センターの職員や他事業所と情報を交換し協力関係を築いています。		
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	入居時に主治医の変更は勧めず、馴染みのかかりつけ医で継続している利用者もいます。内科嘱託医、歯科の訪問診療、訪問看護師と連携を取りながら支援しています。外部の受診が必要な際には通院介助の協力も行っています。		

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
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	医療連携で訪問看護に週1回来ていただき健康管理や医療面で支援していただいています。また状況によっては併設の有料老人ホームやディサービスの看護師に相談しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時には職員が付き添い、ご本人の生活状況などを医療機関に提供しています。また入院中には職員が見舞いに訪れ、施設で対応可能な状況になった場合は早めに退院できるよう医療機関に申し入れています。		
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、事業所の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	入居時に「重度化した場合の対応・看取り対応に関する指針」の説明をし同意していただいています。ご本人やご家族の意向を踏まえながら主治医と連携を取り、納得した最期を迎えられるよう取り組み、看取りまでさせていただいています。		
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	緊急時の連絡フローをマニュアルに明記し、確認するようにしています。ご家族と緊急時の対応について話しています。		
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	消防署の協力を得て、施設全体で年2回の避難訓練を行い避難経路の確認や消火器の使い方などを訓練しています。運営推進会議などで町内会の人とも協力体制について話をしています。災害時の備蓄品は3日分以上確保するようにし、定期的に食材に利用し入れ替えを行うようにしています。		

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
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	個人情報保護や接遇の勉強会を1年に一度行っています。ご入居者一人ひとりの人格や生活歴をそのまま受け入れ尊重するようにし、プライバシーの確保についてもミーティングなどでも話し合い職員同士でも注意するようにしています。		
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	自分の希望を伝えることができたり、自己決定できるご入居者には耳を傾け、言葉で意思を表出できないご入居者に対しては表情で読み取るよう心掛け、職員の勝手な判断を押し付けないようにしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一日の大きな流れは決まっていますが、時間で職員が仕事をこなすのではなく、ご入居者の体調や状況、本人の性格などに気を配りながら一人ひとりのペースに合わせた生活をしていただいています。		
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	2か月に一度訪問理美容に来ていただいています。馴染みの理美容に出掛けられているご入居者もおります。髪型も本人の希望に添うようにしています。朝の着替えの他にも食べこぼしなどがあった場合は随時交換し、清潔な身だしなみをしていただいています。		
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	日々の食事の準備をご入居者と一緒に行うことは難しくなっていますが、後片づけができるご入居者には継続して行っていただいています。季節の食事や食材は取り入れ、手作りで楽しみのある食事を提供するようにしています。ご入居者の希望があればできるかぎり対応しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事や水分摂取量は記録しながら日々の状態が把握できるようにしています。食形態の変更が必要な場合は職員がアイデアを出し合い、食が進み摂取量が確保できるようにしています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを実施しています。うがいができないご入居者に対しては、口腔ケアウェットシートなども活用しています。訪問歯科医と連携しながら口腔内の清潔保持に努めています。		
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	自立支援介護の第一人者、国際医療福祉大学大学院竹内孝仁教授が法人の顧問のため、法人で定期的に研修を行い自立支援介護の理論を職員が学び、一人ひとりにあった支援を行うようにしています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	自立支援介護の理論の基づき、服薬に頼らず排便を促すように食事を工夫し、ヨーグルト、バナナ、プルーンを召し上がっていただいています。また排便を促すよう、水分摂取量も個々に目標を定めて支援しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回の入浴を基本としていますが、それ以上の入浴が必要なご入居者には個々に対応しています。また一般浴での入浴が難しいご入居者には機械浴で対応し、最期の時まで入浴していただいています。		

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
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	ご本人の生活リズムを大切にしています。毎日起きることが難しいご入居者には、起きていただけるタイミングで支援し、日中ベッド休息が必要なご入居者には安心して休んでいただけるよう支援しています。リネン交換は、週1回行っています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	ご入居者の薬の処方などの説明はファイルに保管し、職員がわかるようにしています。主治医と連携しできるだけ薬の量を減らし誤薬のないようにしています。		
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	お願いできる仕事を探し、一人ひとりに合った役割を見つけるようにしています。食器拭きや洗濯物たたみ、職員と一緒に買い物など。縫い物や編み物を行っているご入居者もいらっしゃいます。		
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	ユニット間のご入居者の状況で違いはありますが、天気の良いには散歩など外出するようにしています。遠出の外出支援ができなくなっているため、外食などで気分転換をしていただいています。		
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	人数は少ないですが、自分で金銭を所持しているご入居者もいます。ご家族の協力で小遣いを自由に使用できるご入居は、職員と一緒に買い物に行くこともあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	携帯電話の所持は自由で、お持ちになり使用されている方もいらっしゃいます。お手紙のやり取りについても必要な支援を職員がしています。		
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	共用の居間は南側に面して明るい空間になるようになっています。廊下やトイレには手すりを設け、バリアフリーになっています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居間のダイニングテーブルの他にも椅子などを配置し、他のご入居者から離れることのできる場所を設けています。		
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	入居時には家事や寝具は使い慣れた物を持ち込むようにお話しています。ご自宅で使っていた家具や仏壇を持ち込まれているご入居者もおり、ご本人にとって落ち着いて過ごせる環境づくりに努めています。		
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	施設内は安全に生活できるようにバリアフリーであり、手すりが設置されています。トイレも各ユニット4か所あり、自由に行けるようわかりやすい表示にしています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

川崎ナーシングヴィラそよ風

作成日

令和2年6月30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	35	災害対策で地域との協力体制を築けていない	地域との協力体制を築く	運営推進会議で協力体制を築けるよう話し合いをしていく	1年
2	10	運営推進会議の出席メンバーが増えない	出席メンバーを増やす	地域の人達やご家族に出席のお願いを今まで以上にしていく	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。