

<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	1495500132
法人名	株式会社ケア21
事業所名	たのしい家 川崎宮前
訪問調査日	2019年2月15日
評価確定日	2019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。

平成 30 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	1495500132	事業の開始年月日	平成22年8月1日	
		指定年月日	平成22年8月1日	
法人名	株式会社ケア21			
事業所名	たのしい家 川崎宮前			
所在地	(216-0035) 神奈川県川崎市宮前区馬絹4-20-2			
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	平成30年12月19日	評価結果 市町村受理日		

※ 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)】

入居者の方が笑顔で自分らしく生活できる環境作りに力を入れています。入居者と職員の距離感を大切に、家族のようなアットホームな施設作りを目指しております。グループホームらしく地域資源を活用した取り組みも行っております。地域ボランティアの方々とラジオ体操を毎週実施し、季節の行事の際には近隣の保育園の方々とイベント交流も開催しております。他にも定期的に外食レクを実施しております。近くのうどん屋や回転寿司に出掛けたりと外出することにも力を入れています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成31年2月15日	評価機関 評価決定日	平成31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)】

●この事業所の経営は株式会社ケア21です。同法人は、大阪にて学習塾でスタートしましたが、平成12年からは全面的に介護事業に方向転換しました。現在は大阪、東京の2本社制とし、関東、関西、名古屋、福岡、広島、仙台で福祉、医療、教育、文化の4分野を通じて社会貢献することを掲げて事業展開を続けています。グループホームは、神奈川県内では3事業所を運営しています。ここ「たのしい家川崎宮前」は、東急田園都市線「宮崎台駅」から南に直線距離約1Kmのマンション、戸建てが混在する住宅地の中にあります。

●理念は、「人間の尊厳を尊重し、ご利用者本位の真心と優しさのこもったサービスの提供」等からなる9項目を掲げています。また、施設目標を「地域と連携を深め、地域に根付いた施設作り」として地域住民、地域資源をもっと活用した地域に根付いた事業所運営を目指しています。これらの方針は、日々の打ち合わせの中で検討し合いながらケアにつなげています。年々利用者の重度化も進み、事業所では、重度化対応・終末期ケア対応に関わる指針を踏まえて、重度化の段階に応じて家族・主治医・看護師、職員の関係者で話し合いを重ね、家族の意向に沿った終末期支援を行っています。看取りケアに関する研修や看取り後には全職員からアンケートを取り、ですカンファレンスを行う等、今後のケアに生かしています。

●今年度の法律改正で身体拘束の適正化が規定されたことに伴い、身体拘束適正化委員会を開催し、スピーチロック・ドラッグロック・フィジカルロック等の身体拘束の他、身体的虐待・心理的虐待・性的虐待・経済的虐待等についても、勉強会や検討会を行い、正しい理解と知識を学んでいます。また、「虐待の芽チェックリスト」を用いて全職員で自己点検を行い、集計表により委員会を開催して職員の意識調査を行うと共に、身体拘束の無いケアに努めています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 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	たのしい家 川崎宮前
ユニット名	ユニット1

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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	施設目標「地域と連携を深め、地域に根付いた施設作り」を掲げイベントなどもその目標に準じた形で計画と実行をしてもらっている。	理念に「人間の尊厳を尊重し、ご利用者本位の真心と優しさのこもったサービスの提供」等の9項目を掲げています。また、施設目標を「地域と連携を深め、地域に根付いた施設作り」として地域住民、地域資源をもっと活用した地域に根付いた事業所経営を目指して取り組んでいます。これらの方針は、日々の打ち合わせの中で検討しながらケアに繋げています。	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	毎週水曜日の公園体操を通して地域包括の方や地域住民の方々との交流を行っている。またイベント事の際には保育園の園児を招いたり、保育園に出向いたりしております。	毎週水曜日には、近隣の公園で行われるラジオ体操に参加し、地域の方々との交流を図っています。ラジオ体操には、毎回10名以上の利用者と共に参加して、健康交流活動を行っています。また、散歩時に保近くの保育園園に立ち寄りたり、園児が来訪して、昔遊び（独楽回し、お手玉）をする等の交流もあります。更に、地域ボランティアによる演芸、歌謡ショー等も行われています。	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	入居者のADLの変化や人員不足に伴い、日常的な外出支援が難しくなってきた為、職員間で討論を行い現時点で出来る範囲の地域交流を模索し実施していきたい。		
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	定期的な運営推進会議を通して多様な職種の知見をいただき、活用できる資源やアドバイスに関しては職員でも共有し反映させている。	宮前区役所・民生委員・交番・消防署・保育園にも案内を送付して運営推進会議に参加して頂き、2ヶ月に1回開催しています。事業所の行事や運営状況を報告してサービス向上の助言や事業所の理解を深めて頂く機会にしています。オーナーが、折に触れて地域の人に事業所の役割や機能を説明をして頂いています。	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に取り組んでいる	定期的な運営推進会議や制度などで不明な点は電話などで相談できる体制を取っている。	集団指導講習会に出席して運営に当たっています。法律改正に関する研修、要介護度認定、介護保険各種の申請などで市役所・区役所の指導に対応し、相談にも応じて頂いています。生活保護受給者の方の受け入れも行っており、宮前区の担当者とは連携を取り合っています。宮前区には15～16ヶ所のグループホームがあり、包括支援センターが音頭をとって会議等を計画して開催しています。	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	身体拘束適正化委員会を開催し、身体拘束0の取組と事例検討を行っている。	今年度の法律改正で身体拘束の適正化が規定されたことに伴い、身体拘束適正化委員会を開催し、スピーチロック・ドラッグロック・フィジカルロック等の身体拘束の他、身体的虐待・心理的虐待・性的虐待・経済的虐待等についても、勉強会や検討会を行い、正しい理解と知識を学んでいます。また、「虐待の芽チェックリスト」を用いて全職員で自己点検を行い、集計表により委員会を開催して職員の意識調査を行うと共に、身体拘束の無いケアに努めています。	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	法人内研修にて虐待防止委員会を開催し、事業所においても落とし込み研修を実施している。			
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	法人内研修において権利擁護に関して学習会を行い、理解している。			
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	契約に関しては必要に応じて説明を実施している。また相談窓口を設置しており疑問点があれば対応している。			
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	顧客満足度調査と外部評価を実施し、事業所内の会議において全職員の共有し、反映させている。	法人で毎年実施している家族満足度アンケート結果が、本部よりフィードバックされ、その結果を事業所の運営に反映させています。利用者の日々の生活の様子等は、新聞と一緒に家族に毎月送付しています。家族の来所時や電話連絡でも細かく情報を伝えることで、家族が意見や要望も言いやすいようにしています。運営推進委会議と同時に家族会を行い、意見を伺うようにしています。	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	業務改善提案書を必要に応じて法人にあげる事が可能である。また従業員に対してもアンケートを行い、意見や提案が出来る環境が整備されている。	法人に対しては、業務改善提案書の提出や職員アンケートを実施して、意見や提案を直接提出できる体制を整えています。毎月の職員会議やユニット会議でも職員からの意見や提案を聞き、管理者の判断で対応出来る事については迅速に業務改善につなげています。毎日の朝・夕の申し送り時にもヒヤリハット等について取り上げ、職員間で共有化を図っています。誰伸制度スタートにより、各人の向上心が持てるような評価制度になっています。	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	誰伸び制度を導入しており、一方的な他者評価ではなく、自己評価も取り入れることで給与に反映している。また一芸評価を導入し自身の強みや特技も評価の対象としている。		
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	毎月の職員会議での研修と社外研修の場を提供している。定期的な面談も実施し本人の技量や心身の状態を把握しアプローチしている。		
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	組合に加盟している為、組合の研修や交流事業を実施している。		
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	インテークを実施し、本人の意向や想いを最大限取り入れたケアプランの作成を行っている。		

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
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	インテークを実施し、家族の意向や想いを最大限取り入れたケアプランの作成を行っている。		
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	施設内の判定会議において管理者、計画作成、ケアスタッフが最高のサービスの提供を行うために意見交換を実施している。		
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	居室担当制を導入し、より親身にケアに向き合える環境作りの実施。また定期的なカンファレンスを行いケアに反映させている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時には必ず近況報告を兼ねたコミュニケーションを取っている。また状態が変化した際には電話報告を行っている。		
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	基本的に面会に関しては飛込みでも可能としている。ただしご家族様の意向も考慮してお断りをしている場合もあり。	家族等が面会に来られた際には、突然の訪問でも面会出来るようにしていますが、友人等の場合は、家族のみに確認を取ったうえで取り次いでいます。家族対応で馴染みの店で外食したり、実家で外泊している方もいます。他にも、電話の取り次ぎや年賀状など手紙の返事の手伝いをしながら、個別に応じて馴染みの関係を継続出来るように努めています。	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	共同生活の場なので、スタッフも交えながらの共同作業が出来る機会を提供している。日常作業やカルタや百人一首などのレクレーションも活用しながら交流する場を設けている。		
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	退所後も計画作成担当者や管理者が経過観察を実施し必要に応じて相談も受けている。		
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。	出来る限り本人の意向が反映できるように努めている。それが難しい場合は居住環境や担当ケアマネから情報収集している。	入所時には、入所申込書、フェースシート、診療情報提供書によりその人の生活歴、病気歴、ADL、健康状態、思いや暮らし方の希望、意向を確認しています。入居後は、支援記録、施設介護経過、モニタリング、サービス担当者会議で本人の今現在の思いや意向の把握に努めています。	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	ご家族様からの情報収集はもちろんだが、担当ケアマネや利用サービスの担当者からのヒアリングを実施している		
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	インテークだけの情報では不足が多い為、入居後もケアプランありきではなく自身の目で見た情報収集を行い、共有、現状把握している。		

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	入居してからも本人だけでなく、ご家族様からもヒアリングを行い居室担当者と計画作成担当者が中心となりモニタリングを実施。	入居時は、事前に得られたアセスメントを基に作成した初回介護計画で暫く経過観察しています。その後、事業所での暮らしぶりや職員の気づきを基に1か月後に見直しを行い、介護計画を作成しています。通常の介護計画での見直し期間はその人の安定状況を勘案して6ヶ月に行っています。介護計画の見直しは、個人支援記録、ケアチェック表（モニタリング）、ケアプラン評価表、医師・看護師記載指示事項を基にサービス担当者会議を開催して、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	個別支援記録を記入し、共有している。必要に応じて介護計画の見直しも実施している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	個別ケアの推進の為、その人特有のニーズを汲み取り固定概念にとらわれない柔軟なサービス提供を実施している。		
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	回覧板や地域包括支援センターの職員との交流を通して情報把握している。近隣の保育園との交流や買い物レクにて地域資源の活用を行っている。		
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	ご家族様や本人の意向を往診医に適宜情報共有している。	主治医については、利用者全員が協力医療機関に切り替え、協力医療機関の医師を主治医としています。平成26年4月より協力医療機関の医師が3名体制となり、そのうちの1人医師が月に2回往診に来ています。訪問看護師は月2回来所しての健康管理が行われ、24時間のオンオール体制になっています。歯科医は毎2週1度往診に来訪する等、適切な医療体制で支援が行われています。	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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護の時間だけでなく、不明な点はすぐにやり取りができる体制が出来ている。		
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。	病院への情報提供を行っている。定期的な面会や担当医師や看護師との話し合いを実施している。		
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	重要事項説明書に重度化における指針を記載しており、契約時に説明を行っている。往診医より看取りの段階になり得る状況となった場合には事前に往診医と管理者、ケアマネで話し合いを行っています。	重度化対応・終末期ケア対応に係わる指針に沿って、契約時に家族に説明を行っています。終末期に直面した場合には再度、家族・主治医・看護師等の関係者で話し合いを行い、家族の意向を尊重した支援を行っています。看取り後には、全職員からアンケートを実施して、デスカンファレンスを行う等、今後を見据え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	急変時のフローチャートを職員の目の届く場所に掲示している。また施設内の会議において研修を実施。		
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	BCPマニュアルの作成と年2回の避難訓練を実施している。	年2回避難訓練を実施しています。うち1回は、消防署職員に参加してもらい、助言等を頂いています。消防署職員には、運営推進会議にも出席してもらっており、防災についての話をして頂く等、参考にしています。また、訓練にはオーナーに参加して頂いていますが、近隣住民の方にも避難訓練の参加を呼び掛けています。スプリンクラー、通報装置などの設備点検は設備業者が年2回実施しています。	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	
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	接遇マナー研修を通して自身の接遇、声掛けに関して振り返りを行っている。	職員は新入社員研修や現任職員研修で倫理・接遇について心得、職員一人ひとりが利用者の人格や誇りを尊重した言葉掛けと対応が出来ているか注意を払っています。食事や入浴介助時には、本人の意志を尊重した支援を心がけています。名前を呼ぶ際は、基本的に「さん」付けを基本としています。自己決定権の尊重事例として、移動販売が来た時には、利用者自身に買いたい物を選んで頂いています。	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	その人に合った支援の方法を各職員で工夫し合い、本人の希望ややりたい事を最大限尊重したコミュニケーションを実行している。	/		/
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	出来る限り本人の希望を汲み取り、希望に添った支援を行っている。			
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	モーニングケアとして身だしなみを整える時間を設定している。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の際にはBGMを流したり、歌謡曲の映像を流し楽しめる工夫を提供している。調理や片付けは残存機能を活かした支援が出来るよう作業内容をそれぞれの入居者で分担して行っている。	自立度の高い方には玉ねぎの皮むき等の調理や食器の片付けを率先して手伝って頂いています。一般家庭と同様に、利用者の希望を聞き、冷蔵庫の在庫を見ながら毎食の献立を決めています。食事の際はBGMを流し、ゆったりとした気分で食事が出来るよう配慮しています。	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	水分摂取量に関しては最低量1500mlを目標にしている。栄養バランスは偏ることが無いようにメニュー表を活用し調理している。		
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、それぞれに合わせた口腔ケアを実践している。		
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	それぞれに合わせた排泄支援を行っている。	トイレでの自立排泄を目標とし、排泄後には排泄の記録をつけています。支援の必要な方には、排泄表を基に、排泄のリズムを把握して、様子を観察しながら声かけを行い、トイレ誘導しています。便秘気味の方には、医師に相談して処方薬を出して頂いていますが、極力、ブルーネ、ヤクルト等を摂取して頂くようにしながら、極力薬を使わないように支援しています。	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	日々のラジオ体操や水分強化、食事内容を工夫している。必要に応じて下剤を使用している。		
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	本人に入浴の声掛けを行い、本人のペースに応じた入浴介助を実施している。	週2回以上を原則として、利用者に入浴の声かけを行い、利用者の希望に沿った入浴支援を心がけています。季節感を味わえるよう菖蒲湯やゆず湯を行ったり、時には温泉の素を入れて温泉気分を味わう等、入浴を楽しめるように工夫しています。	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
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	昼食後に昼休みの時間を設けている。また本人の傾眠状態が強い場合には無理に臥床せず、入床対応をしている。		
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	医療と連携をし、服薬指導を行っている。		
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	個別ケアの実践。散歩などで外気浴をしたり、日々のレクリエーションや買い物などを行い支援をしている。		
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	買い物や散歩、遠方には乗用車を使用し支援を行っている。	「常に外へ」をモットーに、毎朝玄関前で体操や、散歩にお連れしています。近くのコンビニに利用者と共に牛乳等を買うに行くことも日課としています。年1回、利用者の希望を聞き、要望を反映した場所へのバスハイクも恒例行事として行っています。これまでに、両国の国技館、江戸博物館、生田緑地バラ園などに行きました。	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	立替金制度を導入し、入居者の希望に応じた購入が出来るように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	本人の希望に合わせて手紙を出したり、電話が出来る支援を行っている。			
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	季節を味わえる飾り付けを行い、施設内においても季節を感じて頂ける様職員と共同作業で支援している。	屋内インテリアは元気に過ごせるように華やかに飾り、季節感も感じて頂ける雰囲気心をかけています。壁には行事の写真や、利用者のぬり絵や習字等の作品掲示しています。日中、利用者はリビングに集まり、会話したり、折り紙を折る等しながら穏やかに過ごしています。定期的に民謡・歌謡曲ボランティアによる音楽会も開催されています。玄関先のプランターには季節の花が植えられ、利用者が水やりして花を育てています。		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	共有スペースに関しては、その人に合った生活が出来よう工夫している。			
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	本人の馴染みのある物を置き、居心地良い環境作りを整備している。	エアコン・クローゼット・カーテンは完備されていますが、入居時には、使い慣れた家具・備品・写真等を持ち込んでいただくように伝えています。長く使い続けた桐ダンス・整理ダンス・位牌・テレビ・椅子、ぬいぐるみ等が持ち込まれ、馴染みの物に囲まれて落ち着いて過ごせる居室作りがされています。居室のドアには、メモリーボードと呼ばれるボードが設置されていて、本人の折り紙などの作品・名前等を掲示しています。		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	安心・安全に生活ができるよう分かりやすいPOPをつけたり目印を取り付けている。また必要に応じて職員が介入することで安全な環境作りを実践している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

たのしい家 川崎宮前

作成日

平成31年2月15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	3	事業所の強み、特色を活かした施設運営	地域住民、地域資源をもっと活用した地域に根付いた施設	運営推進会議の参加数を伸ばす。地域行事に積極的に参加をし認知してもらう。	1年
2	12	人員の確保	既存の職員の定着率向上と入職者を増やす。	職員が働きやすく、職員自身も楽しんで仕事ができるように徹底討論・徹底和解を実践する。またコミュニケーションを密に行い風通しの良い環境作り。	6ヶ月
3	13	ケアの質の向上	全員が介護福祉士を取得しプロフェッショナルを目指す。	法人研修だけでなく、外部研修にも参加できる仕組み作りを構築し、研鑽出来る機会を増やす。	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	たのしい家 川崎宮前
ユニット名	ユニット2

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員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	施設目標「地域と連携を深め、地域に根付いた施設作り」を掲げイベントなどもその目標に準じた形で計画と実行をしてもらっている。		
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	毎週水曜日の公園体操を通して地域包括の方や地域住民の方々との交流を行っている。またイベント事の際には保育園の園児を招いたり、保育園に出向いたりしております。		
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	入居者のADLの変化や人員不足に伴い、日常的な外出支援が難しくなっている為、職員間で議論を行い現時点で出来る範囲の地域交流を模索し実施していきたい。		
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	定期的な運営推進会議を通して多様な職種の知見をいただき、活用できる資源やアドバイスに関しては職員でも共有し反映させている。		
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	定期的な運営推進会議や制度などで不明な点は電話などで相談できる体制を取っている。		

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
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	身体拘束適正化委員会を開催し、身体拘束0の取組と事例検討を行っている。		
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	法人内研修にて虐待防止委員会を開催し、事業所においても落とし込み研修を実施している。		
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	法人内研修において権利擁護に関して学習会を行い、理解している。		
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	契約に関しては必要に応じて説明を実施している。また相談窓口を設置しており疑問点があれば対応している。		
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	顧客満足度調査と外部評価を実施し、事業所内の会議において全職員の共有し、反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	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	業務改善提案書を必要に応じて法人にあげる事が可能である。また従業員に対してもアンケートを行い、意見や提案が出来る環境が整備されている。		
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	誰伸び制度を導入しており、一方的な他者評価ではなく、自己評価も取り入れることで給与に反映している。また一芸評価を導入し自身の強みや特技も評価の対象としている。		
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	毎月の職員会議での研修と社外研修の場を提供している。定期的な面談も実施し本人の技量や心身の状態を把握しアプローチしている。		
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	組合に加盟している為、組合の研修や交流事業を実施している。		
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	インテークを実施し、本人の意向や想いを最大限取り入れたケアプランの作成を行っている。		

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
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	インテークを実施し、家族の意向や想いを最大限取り入れたケアプランの作成を行っている。		
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	施設内の判定会議において管理者、計画作成、ケアスタッフが最高のサービスの提供を行うために意見交換を実施している。		
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	居室担当制を導入し、より親身にケアに向き合える環境作りの実施。また定期的なカンファレンスを行いケアに反映させている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時には必ず近況報告を兼ねたコミュニケーションを取っている。また状態が変化した際には電話報告を行っている。		
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	基本的に面会に関しては飛込みでも可能としている。ただしご家族様の意向も考慮してお断りをしている場合もあり。		

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	共同生活の場なので、スタッフも交えながらの共同作業が出来る機会を提供している。日常作業やカルタや百人一首などのレクレーションも活用しながら交流する場を設けている。		
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	退所後も計画作成担当者や管理者が経過観察を実施し必要に応じて相談も受けている。		
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。	出来る限り本人の意向が反映できるように努めている。それが難しい場合は居住環境や担当ケアマネから情報収集している。		
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	ご家族様からの情報収集はもちろんだが、担当ケアマネや利用サービスの担当者からのヒアリングを実施している		
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	インテークだけの情報では不足が多い為、入居後もケアプランありきではなく自身の目で見た情報収集を行い、共有、現状把握している。		

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	入居してからも本人だけでなく、ご家族様からもヒアリングを行い居室担当者と計画作成担当者が中心となりモニタリングを実施。			
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	個別支援記録を記入し、共有している。必要に応じて介護計画の見直しも実施している。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	個別ケアの推進の為、その人特有のニーズを汲み取り固定概念にとらわれない柔軟なサービス提供を実施している。			
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	回覧板や地域包括支援センターの職員との交流を通して情報把握している。近隣の保育園との交流や買い物レクにて地域資源の活用を行っている。			
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	ご家族様や本人の意向を往診医に適宜情報共有している。			

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問看護の時間だけでなく、不明な点はすぐにやり取りができる体制が出来ている。		
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。	病院への情報提供を行っている。定期的な面会や担当医師や看護師との話し合いを実施している。		
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	重要事項説明書に重度化における指針を記載しており、契約時に説明を行っている。往診医より看取りの段階になり得る状況となった場合には事前に往診医と管理者、ケアマネで話し合いを行っています。		
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	急変時のフローチャートを職員の目の届く場所に掲示している。また施設内の会議において研修を実施。		
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	BCPマニュアルの作成と年2回の避難訓練を実施している。		

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	接遇マナー研修を通して自身の接遇、声掛けに関して振り返りを行っている。		
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	その人に合った支援の方法を各職員で工夫し合い、本人の希望ややりたい事を最大限尊重したコミュニケーションを実行している。		
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	出来る限り本人の希望を汲み取り、希望に添った支援を行っている。		
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	モーニングケアとして身だしなみを整える時間を設定している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の際にはBGMを流したり、歌謡曲の映像を流し楽しめる工夫作りを提供している。調理や片付けは残存機能を活かした支援が出来るよう作業内容をそれぞれの入居者で分担して行っている。		

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	水分摂取量に関しては最低量1500mlを目標にしている。栄養バランスは偏ることが無いようにメニュー表を活用し調理している。		
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、それぞれに合わせた口腔ケアを実践している。		
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	それぞれに合わせた排泄支援を行っている。		
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	日々のラジオ体操や水分強化、食事内容を工夫している。必要に応じて下剤を使用している。		
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	本人に入浴の声掛けを行い、本人のペースに応じた入浴介助を実施している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、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	昼食後に昼休みの時間を設けている。また本人の傾眠状態が強い場合には無理に臥床せず、入床対応をしている。		
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	医療と連携をし、服薬指導を行っている。		
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	個別ケアの実践。散歩などで外気浴をしたり、日々のレクリエーションや買い物などを行い支援をしている。		
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	買い物や散歩、遠方には乗用車を使用し支援を行っている。		
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	立替金制度を導入し、入居者の希望に応じた購入が出来るように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の希望に合わせて手紙を出したり、電話が出来る支援を行っている。		
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	季節を味わえる飾り付けを行い、施設内においても季節を感じて頂ける様職員と共同作業で支援している。		
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	共有スペースに関しては、その人に合った生活が出来よう工夫している。		
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	本人の馴染みのある物を置き、居心地良い環境作りを整備している。		
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	安心・安全に生活ができるよう分かりやすいPOPをつけたり目印を取り付けている。また必要に応じて職員が介入することで安全な環境作りを実践している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

たのしい家 川崎宮前

作成日

平成31年2月15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	3	事業所の強み、特色を活かした施設運営	地域住民、地域資源をもっと活用した地域に根付いた施設	運営推進会議の参加数を伸ばす。地域行事に積極的に参加をし認知してもらう。	1年
2	12	人員の確保	既存の職員の定着率向上と入職者を増やす。	職員が働きやすく、職員自身も楽しんで仕事ができるように徹底討論・徹底和解を実践する。またコミュニケーションを密に行い風通しの良い環境作り。	6ヶ月
3	13	ケアの質の向上	全員が介護福祉士を取得しプロフェッショナルを目指す。	法人研修だけでなく、外部研修にも参加できる仕組み作りを構築し、研鑽出来る機会を増やす。	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。