

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	1495600346	事業の開始年月日	平成26年11月1日
		指定年月日	平成26年11月1日
法人名	医療法人 新光会		
事業所名	高齢者グループホーム みのりの家 麻生		
所在地	(215-0022) 神奈川県川崎市麻生区下麻生3-41-20		
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10月15日	評価結果 市町村受理日	平成29年2月16日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.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)】

- 一人ひとりの気持ちや出来ることを大切にして、アットホームな雰囲気の中で職員も一緒に生活をしています。
- 庭が広く、植木や花壇や畑で季節感を感じてもらうことができます。テラスもあるので、歩行に不安がある方でも外の空気を吸うことができ、活動的に過ごして頂ける環境が整っています。
- 天気の良い日にはできるだけ散歩に出掛け、活動的に過ごすと同時に、地域の方に受け入れて頂き触れ合うきっかけ作りをしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年11月17日	評価機関 評価決定日	平成29年2月1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)】

事業所は小田急線「柿生駅」北口バスで10分、バス停「下麻生」下車徒歩6分のところにあります。バス通りから入った閑静な住宅地で、散策や家庭菜園も楽しめる広い庭など、ゆったりとした建物空間のあるグループホームです。運営は神奈川県、静岡県、新潟県で、医療、高齢者福祉、障がい者福祉などの事業を幅広く展開している医療法人です。

<優れている点>

建物は眺めの良い川沿いの道路に面しており、開放的なフェンスに囲まれています。芝生の広い庭には、サツキなどの庭木、花壇、トマトやキュウリなど収穫が楽しめる家庭菜園があり、季節感を感じることができます。ベンチや、手すりがある車椅子も通れる通路があり、敷地内でも散歩や外気浴を手軽に楽しむことができます。この庭を活用して秋祭りなどのイベントを行い、近隣の人に参加してもらっています。近所への散歩に積極的に取り組んでおり、利用者は地域の人と会話を交わしたり野菜や花をいただくなど、交流ができています。職員は、「自分の親を入れたい・自分が入りたいグループホーム」をモットーに、「主役は利用者、職員は黒子」など、具体的な指針となる「職員の心得8カ条」の下、アットホームな雰囲気のサービスを提供しています。

<工夫点>

家族などが来所した時に記入して貰う「面会カード」に、「感想・要望など」の欄を設け、家族からの要望を把握しようと努力しています。

【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	みのりの家 麻生
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。	・ご利用者一人ひとりを年長者として敬い心地よい生活を提供すること ・ご利用者の過去の生活を知り、その人らしく暮らせるよう支援すること ・ご利用者とご家族の希望を尊重すること 以上を理念とし、玄関に掲げたり、朝礼で復唱することで共有とケアの実践につなげている。	玄関に「理念」を掲示し、職員の更衣室に「職員の心得8カ条」を掲示しています。朝の申し送り前に「理念」と「職員の心得8カ条」のうち2項目を唱和しており、一覧表の確認欄に記録しています。職員の利用者への声掛けなどが理念に沿っているかどうか確認しています。	
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。	日常的に散歩へ出掛け挨拶を交わしたり、地域の行事に参加させて頂いている。ホームの行事に地域の方もお誘いし、交流の機会を作っている。	利用者の散歩の時は地域住民と気軽に言葉を交わし合い、花や野菜を頂いています。自治会館で行われる「ふれあいサロン」に参加しています。事業所の秋祭りには、近隣の家庭へチラシをポスティングし、地域の人が参加しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	実習生を受け入れ、支援の方法を伝えている。地域の方々に事業所の運営推進会議などに参加してもらうことで認知症の方への理解を深めて頂ける様に努めたいと考えているが、まだ十分な機会を作ることができていない。		
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。	運営推進会議では事業所の運営状況を報告している。また個々のサービスの取り組みについても担当者が説明し、意見や要望を出してもらえるように取り組んでいる。会議での話し合いの内容や意見を職員間で共有し、改善案を検討しサービス向上に活かしている。	3ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。家族全員に開催の知らせを出し、多くの家族と利用者、職員が参加します。会議では事業所の運営状況を報告しています。現在の生活状況を安定的に続けるためにどうするかなど、家族からの意見を聞いています。	地域包括支援センターの職員の出席がなかったり、また、地域住民の参加もあまりありません。今後、地域住民が参加できるような工夫をすることが期待されます。
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に取り組んでいる。	川崎市主催の各種研修会に職員が参加し、ケアへの取組みを発信している。地域包括支援センターとは空室状況等について連絡を取り合い、地域の状況も情報を提供して頂いている。	市高齢社会福祉総合センター主催の研修会や神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会の研修会に積極的に参加しています。区役所保健福祉センター衛生課主催の研修会にも出席しています。	

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
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。	全ての職員が身体拘束を行わないケアの意義について学び、それを実践するように取り組んでいる。玄関は日中は鍵をかけずに見守っている。ご利用者の行動を制限するような声かけをしないよう努めている。	「身体拘束ゼロへの手引き」「市高齢者虐待対応マニュアル」を整備しています。管理者は職員の利用者への支援を見て、身体拘束について対応の指導を行っています。玄関の施錠はしていませんが、ユニットの出入り口は、機械での開閉にしています。	
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。	ホーム内研修において全ての職員が高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持っている。契約書に暴力や虐待の無いことを明示している。		
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。	ホーム内研修において全ての職員が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てるよう準備中である。必要に応じて家族への情報提供や活用に向けての支援を行っている。		
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。	契約に際しては、重要事項説明書、契約書を明示し管理者が説明して理解を図っている。		
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。	利用者個々の能力に合わせて、日常のサービス等に対する思いや意見を表す事ができるように支援している。運営推進会議や面会カードで意見等を表せる機会を設けたり、面会時にご家族と積極的に話をすることで気持ちを汲み取り、運営改善に活かしている。重要事項説明書の中に法人内や公的機関の相談窓口を明示している。	「苦情並びに相談対応マニュアル」「苦情・相談記録シート」を備えています。面会カードに家族の感想や要望を記入できる欄を設け、内容について管理者、職員が話し合っています。運営推進会議にも多くの利用者家族が参加し、意見を出しています。居室担当者は、家族へ毎月送付する「みのり便り」に利用者の様子を知らせています。	

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。	ケアの方針について等、ミーティングで職員が発言する機会を作り、運営に反映させている。業務中にもその都度心配なことや不安なこと等は報告・相談できる環境がある。	全体会議やユニットごとの会議を開催し、職員意見を聞いています。法人本部が年1回職員の個別面談を行っています。管理者へは朝の申し送り時や、普段から相談や意見を話しています。職員からの意見で勤務帯での業務内容の変更などを行っています。	
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。	労働基準法に則して労働条件を整えている。年二回健康診断を実施して、職員の心身の健康状態が保たれるよう配慮している。また、個々に面談を行い、状況を把握し、意見や要望を聞く機会を作っている。常勤、非常勤の区別なく担当業務が与えられ向上心に繋がっている。		
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。	ホーム内研修を行ったり、川崎市主催の研修や、県グループホーム協会の研修に業務の一環として参加できる体制となっており、職員が交代で参加している。外部での研修内容はミーティングで報告し、職員全員のスキルアップにつなげている。		
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。	県グループホーム協会に加入し、各研修に参加することで他のホーム職員と交流の機会が持て、相互の質の向上につながっている。		
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。	入居の相談の過程から、家族のみでなく出来るだけ本人にも見学してもらっている。本人の困っていることや不安なことをよく聴き、思いを受け止めるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	相談の過程において家族から丁寧に話を聴く機会を持っている。また、家族の関わり方など、家族の思いを十分に聴き要望に応えられる様に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	地域包括支援センターや担当ケアマネと連絡を取り合い、ホーム入居のみを優先に考えることなく、ご本人にとってより良いサービスを見極めて、対応している。		
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。	職員は年長者である利用者を敬い、共働き、支えあう関係を築いている。個々の有する能力を把握し、家事を共に行ったり、得意分野を活かせる場面作りに配慮している。ご利用者と職員が食事や散歩・レクを共に行い、会話することで、より良い関係作りに努めている。		
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。	本人の生活を支援していくために、家族の役割は大切であることを伝え、ケアプラン作成時には家族の意見や要望を取り入れている。日々の暮らしの出来事や気づきの情報共有に努め、家族と本人がより良い関係を築いていけるよう支援に努めている。		
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。	本人が大切にしてきた人間関係を把握し、生活習慣の継続に努めている。電話や手紙でのやりとりを仲介したり、家族の協力を得て馴染みの場所に行けるように支援している。	以前の職場の同僚や、住んでいた近所の人などが面会に来ています。職員は年賀状の宛名書きや、美容院に付き添います。家族が頻繁に訪問したり、外出に連れ出し、墓参りや食事をしています。	

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。	毎日の家事活動が一人の人に偏らない様配慮している。ご利用者同士の関係性を考慮し、座席配置をしている。レクリエーション時の交流や家事を行う際、お互いが支え合い、職員が仲介できる様に努めている。		
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。	退所後も転出先に様子を尋ねたり、本人にとってより良いサービスが提供されるよう、家族の相談に応じている。		
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。	入浴時や夜勤時、食事の際など、たくさんの方の言葉を引き出し、考えていることを察知できる様に努めている。言葉での表現が困難な方は職員が決めてしまうこともあるが、家族などから情報を得たり、表情や仕草から思いや希望の把握に努めている。	入浴や就寝などマンツーマンになった時に、利用者の話を聞くように努めています。家族からの情報を元に、声掛けをしながら、本人の何気ない一言や繰り返し聞かれる言葉や表情を観察し、意向の把握に努めています。	
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。	これまでの暮らしについて入居時に詳しくアセスメントをし、職員間で情報を共有している。個々の生活習慣を大切に、出来る限りこれまで同様かそれに近い生活が出来るように支援している。		
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。	毎朝、体温・脈拍・血圧測定の健康チェックを行い記録している。個別の記録チャート、申し送りのための連絡ノートに生活の様子を記録して、現状の把握、情報の共有に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ミーティングにてご利用者の個別検討を行い、状況が変わった時点で、ケアプランの更新を行っている。本人や家族にも希望を聴きながら、担当職員を中心にアセスメントを行い介護計画を作成している。	利用者の24時間の「生活記録」にケアプランの記載内容を赤ペンで記入し、一目で分かるようにしています。ミーティング時に全員の状況の確認を行っています。アセスメント（評価表）を作成し、各方面の意見を取入れて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。	個別にチャートを作り、日々の生活の様子やケアに関する記録を残し、情報の共有、介護計画の見直しに活かしている。ケアプランに沿ったケアを行った際には赤字で記載し、モニタリングの際に振り返り易く、分かり易い記録となるよう工夫している。		
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。	本人、家族の状況や要望に応じて、職員が協力医療機関以外の通院の付添を行っている。本人や家族から希望があったときは、できる限り要望に応えられるよう対応について検討している。		
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。	地域の方がボランティアで来て下さり、音楽や墨彩画を行い、楽しい時間が持てるよう支援している。今後、より多くの関わりが持てるよう地域との関係を深めていきたいと考えている。		
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。	受診経過を把握し、かかりつけ医や希望する医療機関で医療が受けられるよう支援している。受診時には健康状態の記録などを通して情報を提供し、医師より生活面や服薬に関する指示を受けられるようにしている。	利用者のかかりつけ医や希望する医療機関での受診を支援しています。希望する人に、協力医への外来受診を月1回支援しています。看護師による健康管理が週1回あります。家族へはその都度電話で伝えると共に、月1回の便りで様子を知らせています。	

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。	同一法人内の内科クリニックと連携し、週に1回ずつ看護師の訪問を受けている。不安なことや体調の変化を伝え、相談に乗ってもらっている。		
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。	入院時には関係者と相互に情報交換を行い、適切な医療を受け、早期回復が図られるよう支援している。事業所内で対応可能な段階で、なるべく早く退院できるようにアプローチしている。		
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。	契約時点で重度化した場合に事業所内で出来ること出来ないことを明示している。事業所内で出来ないことに関しては、次のサービス利用につなげられるよう地域の関係者と連携を図っている。	入居時に出来ることと出来ないことを説明しています。看取りについては体制が整っていないため、行っていません。重度化した場合は、協力医療機関への入院という対応です。看取りについての研修はこれから取り組むところです。	
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。	緊急時のマニュアルを作成し、迅速に落ち着いて対応できるよう努めている。定期的にホーム内研修を行って学びの機会を作っているが、実践訓練は充分に行えていない状況なので、機会を増やせるよう努めたい。		
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。	災害時対応マニュアルを作り、毎月ホームで避難訓練を行い避難経路、消火器、懐中電灯の確認をしている。非常用食料、水を備蓄している。年1回は消防署立会の防災訓練を行っており、消防署は利用者の身体状況やホーム内の非常口を確認している。	夜間想定を含めた消防避難訓練を年2回行っています。地域からの参加もあります。利用者参加の避難訓練を毎月1回行い、避難経路、消火器、懐中電灯の場所などを覚えてもらっています。水、食料などのリストを作成し、備蓄しています。	火災や地震、停電などの夜間発生を想定した具体的な訓練を行うことが期待されます。3日以上の水や食料、カセットコンロ、非常用電源などの備蓄も期待されます。

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。	年長者として敬うという理念を基に、言葉遣いや態度など、相手を思いやり、尊重した丁寧な対応であるよう常に心がけている。個性を尊重しつつ、ご利用者同士で意見の衝突などがある場合には、職員が間に入り仲介する。	介護サービスにおける個人情報の範囲、特徴、留意点について事業所内研修を年1回行っています。「職員の心得8カ条」として、利用者へ尊敬と敬意を持って接すること、自分がされて嫌なことは利用者にとっても嫌なこと、などを意識し対応しています。	
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。	個々の能力に合わせ生活の中で自己選択できる場面を作るようにしている。日常の会話や態度で本人が希望や思いを表現できるような話かけなどにも配慮している。		
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。	大まかな一日の流れは決まっているが、その中で一人ひとりの体調や気分に合わせて過ごし方ができるように、支援している。 入浴の時間など、職員の都合で決めている部分もあるが、無理強いはしないように注意している。		
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。	馴染みの美容院を利用できるよう付添いをしたり、訪問美容を利用し好みの髪型に出来るよう配慮している。好みの装いが出来るようショッピングの機会を作ったり、家族からも協力が得られている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	おやつや行事食を一緒に作ったりし、「食」を楽しんでもらえるように支援している。利用者と職員が同じテーブルで食事を摂り、準備や片付けも一緒に行っている。	食事の際に、職員が食材について問いかけをし、それを話題に会話を楽しんでいます。利用者の誕生日には赤飯やちらし寿司で祝います。菜園で収穫したトマトや胡瓜を食べたり、デザートやホットケーキを作り、楽しんでいます。	

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。	それぞれの食事量を記録して、カロリーや塩分量も適切な量となるよう配慮している。十分な咀嚼ができない方には細かく刻んだり食べやすい形状にして提供している。水分も適切な量が摂取できる様、声掛けしたり、好みの飲み物を提供している。		
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。	毎食後口腔ケアが出来るよう支援している。個々の能力に応じて、見守り又は介助で行い、状態に合わせて介護用品を利用するなどして、口腔内の清潔保持に努めている。		
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。	それぞれの排泄パターンを把握し、個々にあったタイミングでトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう努めている。体調に応じて声掛けのタイミングを変更したり、状況に応じた支援をしている。	利用者一人ひとりの1日の時間ごとの生活記録から排泄状況を把握し、トイレへの声掛けをしています。座位の取れる人はトイレでの排泄を基本に支援をしています。トイレに可動式の前方アームレストを設置し、自立排泄がしやすいように支援しています。	
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。	毎日、果物やヨーグルト、牛乳を取り入れており、便秘傾向にある人には特に十分な水分摂取が出来ているか確認をしている。散歩や体操、家事などで身体を動かす機会を作り、便秘の予防を図っている。		
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。	入浴日は決めているが本人の意思を尊重し、無理強いすることなく希望する時間帯に入浴できるようにしている。入浴を拒む場合には時間をおいて対応するなどし、清潔保持に努めている。	同性介助を基本に、原則として3日に1回、午後2時から5時まで入浴を行っています。シャワーチェアタイプの安定感のあるリフト浴ができます。入浴を拒む場合は、時間を変えたり、レクリエーションの前後などタイミングを工夫し、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
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。	夜間に十分な睡眠が得られるように、午前中は体操、掃除、散歩などで活動的に過ごし、午後から夜にかけては職員の声のトーンを落とす等穏やかな流れを作り、生活のリズムに配慮している。個々の疲労度や季節に合わせ休息を取り入れている。		
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。	服薬中の薬説明書を個々のチャートにファイルし、指示通りの服薬が出来るように支援している。薬の目的や副作用についてはミーティングでも確認し、処方の変更時には連絡帳に記入し情報を共有している。服薬前には複数人で薬の数を確認し、服薬確認後はチェック表に押印し、正確に確実な服薬が出来るようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	家事など個々の能力に応じ役割を持ってもらい、喜びのある生活が送れるよう支援している。個別での外出や大正琴、墨彩画、フラワーアレンジメント等ボランティアによる楽しみごとに参加できるよう支援している。		
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。	散歩だけでなく買い物、喫茶店などへ出掛ける機会を持てるようにしている。また本人の外出希望を家族に伝え、実現できるようにしている。	敷地内の庭での散歩を含め、1日1回全員が散歩をするに取り組んでいます。1人ひとりの体力に応じた個別の散歩メニューを作っています。近くの店に買い物に行ったり、喫茶店に行く支援もしています。花見にも行っています。	
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。	それぞれの能力に応じ小遣いを所持してもらい、お金を持っている事での安心感を得られるようにしている。本人の希望に沿って、お金を使うことの支援は、あまりできていない。		

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
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。	携帯電話の持ち込みを自由としている。また、家族や友人からの電話を取り次いでいる。家族や友人への手紙、年賀状のやり取りができるよう支援している。		
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。	リビングには季節に応じたご利用者と一緒に作った飾り物をしたり、行事の写真飾っている。空間の使用目的によって光の種類を替え、エアコンや扇風機、暖房器具を使用し心地良く過ごせるよう配慮している。	広いリビング兼食堂には、6人掛けのテーブルが3卓あり、家族など来客の時も気兼ねなく、利用者と一緒に食事をしたり、談笑ができます。6畳の和室もあります。広い庭の花壇や庭木を眺めて季節感を感じることが出来ます。家庭菜園でトマト、キュウリなどを育て、収穫や土いじりを楽しんでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングにソファ・椅子・テーブルを配置し、他利用者と程よい距離を保ちながら、気の合う利用者同士コミュニケーションがとれる環境がある。		
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。	出来る限り使い慣れた家具や小物などを持ち込んで頂き、自宅と同じ雰囲気居心地良く過ごせるようにしている。家具の配置については安全性も考慮し工夫している。	居室は洋室で、エアコン、カーテン、照明が備え付けです。ダンスやテレビ、仏壇など、使い慣れたものや好みのものを持ち込み、好きな位置に配置しています。廊下に共用の収納スペースがあります。原状復帰の条件で、利用者負担で室内の様態替えが可能です。	
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。	居室入口には名前その他、好みの写真を飾り自分の居室が分かるようにしている。廊下や玄関の適切な場所に手すりを設置している。理解力の低下が見られても、さりげない支援をすることで出来るだけ安全で自立した生活が送れるように留意している。		

事業所名	みのりの家 麻生
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)	○	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。	・ご利用者一人ひとりを年長者として敬い心地よい生活を提供すること ・ご利用者の過去の生活を知り、その人らしく暮らせるよう支援すること ・ご利用者とご家族の希望を尊重すること 以上を理念とし、玄関に掲げたり、朝礼で復唱することで共有とケアの実践につなげている		
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。	日常的に散歩へ出掛け挨拶を交わしたり、地域の行事に参加させて頂いている。 ホームの行事に地域の方もお誘いし、交流の機会を作っている。		
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。	実習生を受け入れ支援の方法を伝えている。地域の方々に事業所の運営推進会議などに参加してもらうことで認知症の方への理解を深めて頂ける様に努めたいと考えているが、まだ十分な機会を作ることができていない。		
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。	運営推進会議では事業所の運営状況を報告している。また個々のサービスの取り組みについても担当者が説明し、意見や要望を出してもらえるように取り組んでいる。会議での話し合いの内容や意見を職員間で共有し、改善案を検討しサービス向上に活かしている。		
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。	川崎市主催の各種研修会に職員が参加し、ケアへの取り組みを発信している。地域包括支援センターとは空室状況等について連絡を取り合い、地域の状況も情報を提供して頂いている。		

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
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。	全ての職員が身体拘束を行わないケアの意義について学び、それを実践するように取り組んでいる。玄関は日中は鍵をかけずに見守っている。ご利用者の行動を制限するような声かけをしないよう努めている。		
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。	ホーム内研修において全ての職員が高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持っている。契約書に暴力や虐待の無いことを明示している。		
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。	ホーム内研修において全ての職員が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てるよう準備中である。必要に応じて家族への情報提供や活用に向けての支援を行っている。		
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。	契約に際しては、重要事項説明書、契約書を明示し管理者が説明して理解を図っている。		
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。	利用者個々の能力に合わせて、日常のサービス等に対する思いや意見を表す事ができるように支援している。運営推進会議や面会カードで意見等を表せる機会を設けたり、面会時にご家族と積極的に話をすることで気持ちを汲み取り、運営改善に活かしている。重要事項説明書の中に法人内や公的機関の相談窓口を明示している。		

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
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。	ケアの方針について等、ミーティングで職員が発言する機会を作り、運営に反映させている。業務中にもその都度心配なことや不安なこと等は報告・相談できる環境がある。		
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。	労働基準法に則して労働条件を整えている。年二回健康診断を実施して、職員の心身の健康状態が保たれるよう配慮している。また、個々に面談を行い、状況を把握し、意見や要望を聞く機会を作ってくれている。常勤、非常勤の区別なく担当業務が与えられ向上心に繋がっている。		
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。	ホーム内研修を行ったり、川崎市主催の研修や、県グループホーム協会の研修に業務の一環として参加できる体制となっており、職員が交代で参加している。外部での研修内容はミーティングで報告し、職員全員のスキルアップにつなげている。		
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。	県グループホーム協会に加入し、各研修に参加することで他のホーム職員と交流の機会が持て、相互の質の向上につながっている。		
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。	入居の相談の過程から、家族のみでなく出来るだけ本人にも見学してもらっている。本人の困っていることや不安なことをよく聴き、思いを受け止めるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	相談の過程において家族から丁寧に話を聴く機会を持っている。また、家族の関わり方など、家族の思いを十分に聴き要望に応えられる様に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	地域包括支援センターや担当ケアマネと連絡を取り合い、ホーム入居のみを優先に考えることなく、ご本人にとってより良いサービスを見極めて、対応している。		
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。	職員は年長者である利用者を敬い、共働き、支えあう関係を築いている。個々の有する能力を把握し、家事を共に行ったり、得意分野を活かせる場面作りに配慮している。ご利用者と職員が食事や散歩・レクを共に行き、会話することで、より良い関係作りに努めている。		
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。	本人の生活を支援していくために、家族の役割は大切であることを伝え、ケアプラン作成時には家族の意見や要望を取り入れている。。日々の暮らしの出来事や気づきの情報共有に努め、家族と本人がより良い関係を築いていけるよう支援に努めている。		
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。	本人が大切にしてきた人間関係を把握し、生活習慣の継続に努めている。電話や手紙でのやりとりを仲介したり、家族の協力を得て馴染みの場所に行け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
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。	毎日の家事活動が一人の人に偏らない様配慮している。ご利用者同士の関係性を考慮し、座席配置をしている。レクリエーション時の交流や家事を行う際、お互いが支え合い、職員が仲介できる様に努めている。		
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。	退所後も転出先に様子を尋ねたり、本人にとってより良いサービスが提供されるよう、家族の相談に応じている。		
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。	入浴時や夜勤時、食事の際など、たくさんの方の言葉を引き出し、考えていることを察知できる様に努めている。言葉での表現が困難な方は職員が決めてしまうこともあるが、家族などから情報を得たり、表情や仕草から思いや希望の把握に努めている。		
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。	これまでの暮らしについて入居時に詳しくアセスメントをし、職員間で情報を共有している。個々の生活習慣を大切に、出来る限りこれまで同様かそれに近い生活が出来るように支援している。		
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。	毎朝、体温・脈拍・血圧測定の健康チェックを行い記録している。個別の記録チャート、申し送りのための連絡ノートに生活の様子を記録して、現状の把握、情報の共有に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ミーティングにてご利用者の個別検討を行い、状況が変わった時点で、ケアプランの更新を行っている。本人や家族にも希望を聴きながら、担当職員を中心にアセスメントを行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。	個別にチャートを作り、日々の生活の様子やケアに関する記録を残し、情報の共有、介護計画の見直しに活かしている。ケアプランに沿ったケアを行った際には赤字で記載し、モニタリングの際に振り返り易く、分かり易い記録となるよう工夫している。		
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。	本人、家族の状況や要望に応じて、職員が協力医療機関以外の通院の付添を行っている。本人や家族から希望があったときは、できる限り要望に応えられるよう対応について検討している。		
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。	地域の方がボランティアで来て下さり、音楽や墨彩画を行い、楽しい時間が持てるよう支援している。今後、より多くの関わりが持てるよう地域との関係を深めていきたいと考えている。		
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。	受診経過を把握し、かかりつけ医や希望する医療機関で医療が受けられるよう支援している。受診時には健康状態の記録などを通して情報を提供し、医師より生活面や服薬に関する指示を受けられるようにしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	同一法人内の内科クリニックと連携し、週に1回ずつ看護師の訪問を受けている。不安なことや体調の変化を伝え、相談に乗ってもらっている。		
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。	入院時には関係者と相互に情報交換を行い、適切な医療を受け、早期回復が図られるよう支援している。事業所内で対応可能な段階で、なるべく早く退院できるようにアプローチしている。		
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。	契約時点で重度化した場合に事業所内で出来ること出来ないことを明示している。事業所内で出来ないことに関しては、次のサービス利用につなげられるよう地域の関係者と連携を図っている。		
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。	緊急時のマニュアルを作成し、迅速に落ち着いて対応できるよう努めている。定期的にホーム内研修を行って学びの機会を作っているが、実践訓練は充分に行えていない状況なので、機会を増やせるよう努めたい。		
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。	災害時対応マニュアルを作り、毎月ホームで避難訓練を行い避難経路、消火器、懐中電灯の確認をしている。非常用食料、水を備蓄している。年1回は消防署立会の防災訓練を行っており、消防署は利用者の身体状況やホーム内の非常口を確認している。		

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。	年長者として敬うという理念を基に、言葉遣いや態度など、相手を思いやり、尊重した丁寧な対応であるよう常に心がけている。個性を尊重しつつ、ご利用者同士で意見の衝突などがある場合には、職員が間に入り仲介する。		
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。	個々の能力に合わせ生活の中で自己選択できる場面を作るようにしている。日常の会話や態度で本人が希望や思いを表現できるような話かけなどにも配慮している。		
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。	大まかな一日の流れは決まっているが、その中で一人ひとりの体調や気分に合わせた過ごし方ができるように、支援している。 入浴の時間など、職員の都合で決めている部分もあるが、無理強いはしないように注意している。		
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。	馴染みの美容院を利用できるよう付添いをしたり、訪問美容を利用し好みの髪型に出来るよう配慮している。好みの装いが出来るようショッピングの機会を作ったり、家族からも協力が得られている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	おやつや行事食を一緒に作ったりし、「食」を楽しんでもらえるように支援している。利用者と職員が同じテーブルで食事を摂り、準備や片付けも一緒に行っている。		

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。	それぞれの食事量を記録して、カロリーや塩分量も適切な量となるよう配慮している。十分な咀嚼ができない方には細かく刻んだり食べやすい形状にして提供している。水分も適切な量が摂取できる様、声掛けしたり、好みの飲み物を提供している。		
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。	毎食後口腔ケアが出来るよう支援している。個々の能力に応じて、見守り又は介助で行い、状態に合わせて介護用品を利用するなどして、口腔内の清潔保持に努めている。		
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。	それぞれの排泄パターンを把握し、個々にあったタイミングでトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう努めている。体調に応じて声掛けのタイミングを変更したり、状況に応じた支援をしている。		
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。	毎日、果物やヨーグルト、牛乳を取り入れており、便秘傾向にある人には特に十分な水分摂取が出来ているか確認をしている。散歩や体操、家事などで身体を動かす機会を作り、便秘の予防を図っている。		
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。	入浴日は決めているが本人の意思を尊重し、無理強いすることなく希望する時間帯に入浴できるようにしている。入浴を拒む場合には時間をおいて対応するなどし、清潔保持に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	夜間に十分な睡眠が得られるように、午前中は体操、掃除、散歩などで活動的に過ごし、午後から夜にかけては職員の声のトーンを落とす等穏やかな流れを作り、生活のリズムに配慮している。個々の疲労度や季節に合わせ休息を取り入れている。		
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。	服薬中の薬説明書を個々のチャートにファイルし、指示通りの服薬が出来るように支援している。薬の目的や副作用についてはミーティングでも確認し、処方の変更時には連絡帳に記入し情報を共有している。服薬前には複数人で薬の数を確認し、服薬確認後はチェック表に押印し、正確に確実な服薬が出来るようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	家事など個々の能力に応じ役割を持ってもらい、喜びのある生活が送れるよう支援している。個別での外出や大正琴、墨彩画、フラワーアレンジメント等ボランティアによる楽しみごとに参加できるよう支援している。		
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。	散歩だけでなく買い物、喫茶店などへ出掛ける機会を持てるようにしている。また本人の外出希望を家族に伝え、実現できるようにしている。		
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。	それぞれの能力に応じ小遣いを所持してもらい、お金を持っている事での安心感を得られるようにしている。本人の希望に沿って、お金を使うことの支援は、あまりできていない。		

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
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。	携帯電話の持ち込みを自由としている。また、家族や友人からの電話を取り次いでいる。家族や友人への手紙、年賀状のやり取りができるよう支援している。		
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。	リビングには季節に応じたご利用者と一緒に作った飾り物をしたり、行事の写真を飾っている。空間の使用目的によって光の種類を替え、エアコンや扇風機、暖房器具を使用し心地良く過ごせるよう配慮している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングにソファ・椅子・テーブルを配置し、他利用者と程よい距離を保ちながら、気の合う利用者同士コミュニケーションがとれる環境がある。		
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。	出来る限り使い慣れた家具や小物などを持ち込んで頂き、自宅と同じ雰囲気居心地良く過ごせるようにしている。家具の配置については安全性も考慮し工夫している。		
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。	居室入口には名前の他、好みの写真を飾り自分の居室が分かるようにしている。廊下や玄関の適切な場所に手すりを設置している。理解力の低下が見られても、さりげない支援をすることで出来るだけ安全で自立した生活が送れるように留意している。		

目標達成計画

事業所名 みのりの家麻生

作成日： 平成 29年 2月 10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	運営推進会議を定期的に行っているが地域住民や行政の参加が少ない。地域包括支援センターに頼っているところがある。	地域住民が参加する運営推進会議を年に1回は開催できる	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で開催されているサロンにご利用者が参加し、住民との交流を図る ・社会福祉協議会などとの連携が図れるよう検討する ・運営推進会議の内容や告知を工夫する 	12ヶ月
2	13	防災訓練が火災（夜間想定含む）のみになっている。地震や停電時を想定した訓練も必要である。	地震、停電想定の実施する	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルどおりにできるか、訓練を企画し実施する ・訓練を実施した後、マニュアルや備品に不備が無いか検討する 	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。