

2019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	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 <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1年8月15日	評価結果 市町村受理日	令和1年11月7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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/
----------	---

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ 自宅で過ごすのと同じような家庭的な雰囲気作りに努め、ご利用者の能力に応じた家の役割を分担していただき、出来るだけ自立した生活が送れるよう支援している。 ・ 天気の良い日はほぼ毎日、全員が外に散歩に出かける機会を作っている。室内でも体操を毎日行うなど、身体を動かす機会を作り、筋力維持に努めている。 ・ 週1回、地域の方もお誘いし体操教室を行い、交流の機会を設けている。
--

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年9月17日	評価機関 評価決定日	令和1年10月24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)】

<p>事業所は、小田急線「栢生駅」より7分程度バスに乗り、バス停から徒歩6分の閑静な住宅街にあります。平成26年に開所した定員18人、2ユニットのグループホームです。家庭的な雰囲気の中で、職員は地域住民の一人としての利用者の生活感を大切にし、支援に努めています。</p> <p><優れている点></p> <p>毎日、天気の良い日は野鳥の声の中、利用者全員が30分近くの川沿いの道を散歩しています。顔馴染みの地域の人達と気軽に言葉を交わし、庭に咲いている季節の草花をもらっています。毎週事業所で行っている体操教室に地域の人も参加しています。自治会のふれあいサロンに参加し、コーヒーを飲みながら地域の人たちと歓談しています。また、事業所では家庭的な雰囲気を大切にしています。利用者のできることに配慮しそれぞれの役割分担を決め、利用者は食事の準備や皿洗い、フルーツを切ったり、庭で育てた季節の野菜を使って副菜の一品を作ったりしています。秋のさつまいもの収穫を楽しみにしています。</p> <p><工夫点></p> <p>職員は、個別支援計画の短期目標に沿った日々の支援の成果を分かりやすく朱色の文字でケース記録に書きとめています。また、利用者の何気ない言葉なども書きとめて、利用者の思いを尊重し、日々の支援に努めています。</p>
--

【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、生き生きと働いている。 (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。	玄関に理念を掲示している。 又、毎日の朝礼の際に理念を唱和し、共有・実践につなげている。	「利用者一人ひとりを年長者と敬い、心地よい生活を提供します」など3項目を理念に掲げています。理念を掲示し職員に周知しています。また、「職員の心得8箇条」を策定し、理念と共に朝礼で唱和しています。理念の実践に向けて職員の注意を喚起しています。	
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。	自治会に加入し、地域の行事や定期的に行われるサロンに参加している。 毎週行っている体操教室や、ホームでの行事に地域の方もお誘いし、交流している。	夏祭りなどの地域行事に積極的に参加し、地域のふれあいサロンでは利用者が地域の人たちとコーヒーを飲みながら歓談しています。事業所で毎週実施する体操教室に地域の人たちも参加しています。天気の良い日は毎日散歩し、地域の人たちと顔馴染みになっています。	
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。	地域の方に、運営推進会議に参加して頂いて、理解を深めていただけるよう努めている。 職員が認知症サポーターキャラバンメイトとして地域の方々に向けた活動に参加している。		
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。	運営推進会議では全体の運営報告や個別のサービスの取組み状況などを報告し、意見や要望を引き出せるよう努めている。上がった意見は検討し、サービスの見直しに繋げている。	2ヶ月ごとに開催し、民生委員や地域包括支援センター職員、利用者家族などが出席しています。事業所の運営や利用者の健康・医療の状況、各種行事の活動状況などについて説明し、地域の中での事業所への理解に努めています。	
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。	地域包括支援センターとは空室状況や地域の情報を相談し合うなど、お互いに協力関係を築く事ができるよう取り組んでいる。	区が主催する感染症予防などの各種研修に積極的に参加しています。また、県のグループホーム協会に加入し、認知症や看取り対応事例研修などを受講しています。認知症サポーターキャラバンメイトに参加し、地域の認知症への理解に努めています。	

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
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。	ホーム内研修で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。 日中は玄関の施錠をせずいつでも行き来できるようにしている。 ご利用者の行動を制限するような声掛けをしないよう努めている。	拘束行為を行わないことを明示したポスターを掲示するなど、身体拘束を行わないケアの実践を職員に周知しています。言葉遣いに関する勉強会を開催し、職員は利用者の行動を制限するスピーチロックに注意しています。利用者の自主性を損なわない支援に努めています。	
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。	ホーム内研修で高齢者虐待防止法について学び、理解を深め、それを実践するように取り組んでいる。 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。	管理者は日常生活自立支援事業や成年後見制度についての知識があるが、職員が学ぶ機会は持っていない。		
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。	日常の生活の中でご利用者の思いや意見を表す事ができるように努めている。 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。	毎月広報誌「みのり便り」を発行し、事業所の生活や利用者の表情などを家族に知らせています。居室担当職員が利用者一人ひとりの出来事を「一筆箋」にまとめて毎月家族に送付しています。家族の提案を取り入れ、利用者が集まり、家族も参加して、皆で編み物を楽しんだりしています。	

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。	毎月の会議で意見や提案を出し合っている。日常でも意見や不安に思ったことなどを、その都度、相談できる環境がある。	毎月の職員会議で職員の要望や提案を取り上げ話し合っています。職員の提案で全員の「日中予定表」を作成し掲示しています。利用者支援の時間配分の職員間の協力がスムーズになり、職員が休憩時間をしっかり確保できるようになっています。	
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。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。	ホーム内外の研修に、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。		
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を作っている。同区内のグループホーム間で相互交流が行えるよう、関係作りを始めている。		
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、ご家族のみでなく出来るだけご本人にも見学してもらっている。ご本人が来所できない場合には訪問し、ご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。	ご本人の主体性を尊重し、出来ることはご自分で行っていただくよう支援している。一緒に家事や食事をするなど、生活を共にする中で、時にはご利用者に頼りながら、家族のような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。	ご利用者とご家族の関係性を大切に、ご家族にも協力していただきながらご利用者を支援している。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。馴染みの人に面会に来ていただいたり、外出や電話ができるよう支援している。	入居前から友達との手紙のやり取りが続いている利用者がいます。職員は馴染みの関係が継続するように優しく見守っています。天気の良い日は利用者全員が散歩に出かけ、地域の人たちと気軽に歓談し顔馴染みになっています。	

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
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。	ご利用者同士の相性や関係性に配慮したテーブル配置となるよう配慮している。1・2階合同でのレクを定期的に行い交流の機会を作り、お互いに良い関係を築けるよう努めている。		
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。	ご本人の意思に沿った暮らしが送れるよう、日常の会話や行動等から察知できるよう努めている。ご本人が希望を伝えられない場合には、ご家族などから情報を得るなどし、その人らしく暮らせるよう支援している。	アセスメントを実施し利用者ニーズの把握に努めています。日々のサービス支援の状況や本人が発した言葉などをケース記録に書き留めています。個別支援計画の目標に沿った支援内容をケース記録に朱色の文字で記述し、利用者の意向や支援課題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、ご本人やご家族から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、口頭でも朝夕2回の申し送りを行い、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。	毎月の会議で、個別に検討する機会を作り、意見を出し合い、現状に即したケアができるよう努めている。ご本人やご家族にも希望を聞きながら、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。	利用者の状況に応じ3ヶ月又は半年ごとに個別支援計画の見直しを実施しています。見直しに合わせてモニタリングを実施し、アセスメントで課題を明確にし個別支援計画に反映しています。計画の内容を利用者・家族に説明し同意をもらっています。	
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。	バスでの外出レクや、買い物・喫茶への外出など、希望に応えられるよう検討している。ご家族からの提案もあり、ご家族も一緒に行う手芸の会を開催している。		
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、墨彩画を行い、楽しい時間が持てるよう支援している。地域で行われているサロンや行事に参加し、施設外でのイベントを楽しめる機会を作れるよう支援している。		
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。	家族や利用者の希望により、入居前からの医療機関や協力病院の医師がかかりつけ医となっています。協力病院以外は家族同行ですが、バイタル記録のコピーや気になる症状を書いて家族に託し、医師の指示を仰いでいます。	

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
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。	常勤の看護職員や、訪問診療の看護師に、日常で気になったことなどは相談している。 常勤看護職員が定期的にフットケアを行っている。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	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。又、時期を見て、終末期の事前指示書を作成している。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。	契約時に、重度化した場合や終末期にどこまで出来るか、事業所の方針を説明しています。現在は「看取り」の準備期間で、マニュアルを作成し、研修を重ねて知識を蓄え、職員の看取りに対する不安を取り除くなど体制を整えてきています。	
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。	急変時や事故発生時の対応マニュアルを作成し、落ち着いて対応できるよう努めている。AEDの使い方について学ぶ機会を設けている。		
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。	火災・地震・水害のマニュアルを昼夜各パターンで作成し、毎月の避難訓練でそれぞれの避難誘導を訓練している。年1回は消防署立合いの防災訓練を行い、その際は地域の方にも参加して頂き、有事の際に協力して頂けるような関係作りをしている。	毎月、火災、地震、水害を想定した訓練を実施しています。防災頭巾、消火器、懐中電灯の置き場所や避難経路の確認をしています。年2回の防災訓練は地域の方も参加して、避難誘導をしたり、消防署への直通電話で通報訓練などを行っています。	

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
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。	理念に基づき、人生の大先輩として敬った言葉遣いや接し方をしよう心掛けている。トイレの声掛けなどは、周囲に聞こえないよう配慮するなどし、出来ないことが周囲から注目されてしまうことが無いよう配慮している。	法人や内部研修で待遇やプライバシーについて学んでいます。問題のある職員には管理者が注意し、研修に盛り込んで指導しています。「誰の手も借りず普通に暮らすことが利用者の尊厳につながる」との認識を持って支援しています。	
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。	着替えの際の洋服選びなど、小さなことから自己決定の機会を多く作るよう心掛けている。自己決定が難しくなってきた方には二者択一にするなど決めやすい方法にし、少しでも意思を表出できるよう支援している。		
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。	1日の流れは大体決まっているが、ご利用者一人ひとりの希望に応じて、無理強いすることなく、居室で過ごす時間を持つなどしている。		
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。	着換えを選んでもらったり、買い物に出かけご本人に洋服を選んでもらい、その人らしい身だしなみができるよう支援している。定期的に訪問美容によるヘアカットを行い、好みの髪型にできるよう支援している。馴染みの美容院に行くことを希望される場合には、ご家族にも協力いただき、出掛けている。		
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。	施設内の畑で野菜を育てて収穫し、旬の野菜を食して頂いている。盛り付けや、片付けなど、個々の能力に応じて偏りなく役割をもって行っていただけるよう配慮している。	昼・夕食の献立と食材は業者委託です。誕生日は利用者の希望により赤飯やちらし寿司を提供しています。利用者が事業所の菜園で収穫した野菜サラダなどが食卓に並ぶこともあります。出来る利用者は担当制で後片付けや食器洗いをしています。	

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
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。	1日の食事量や水分量を把握し、必要に応じて医師と相談しながら食事形態を変えたり、栄養補助食品を取り入れたりしている。		
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、口腔ケアを行ってもらい、必ず傍で見守り、必要に応じて介助している。訪問歯科と連携し、口腔内の状態を見て、必要に応じて受診できるよう支援している。		
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。	尿意を訴えることができない方は、時間を見て定期的にトイレに誘導し、トイレ内での排泄が出来るよう支援している。トイレ誘導の声掛けや着替え介助の際は、自尊心に配慮した声掛けをするよう心掛けている。	殆どの利用者がリハビリパンツや布パンツにパッドを使用しています。起床時、食事前、就寝前はもとより、排泄パターンや様子を見て可能な限りトイレ誘導し、自立に向けた支援をしています。	
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。	個々の排泄内容を記録し、情報を共有し便秘が長引かないよう注意している。便秘がちな方は特に十分な水分が摂れるよう、見守り声掛けを行っている。毎日、果物やヨーグルト・牛乳を摂取してもらっている。身体を動かす機会が多く持てるよう努めている。		
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。	入浴日や時間は施設側で決めている中で入浴して頂いているが、その中でもご本人の希望(一番は嫌だ、最後にゆっくり入りたい等)は考慮し順番を決めている。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。	入浴は週2回で1日3人が基本ですが、利用者の希望や様子により見直しています。シャワー浴だった人も、リフト浴を導入したことで湯船に浸っての入浴が出来るようになっていいます。もらった柚子をたっぷり浮かべて柚子湯を楽しんでいます。	

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
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、日中は体操、掃除、散歩などで活動的に過ごし、夕方から夜にかけては穏やかな流れとなるよう配慮している。日中も、希望や必要に応じて休息を取ることができるよう支援している。		
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。処方変更時には特に経過観察に気を配るよう努めている。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。	ご利用者一人ひとりが役割を持てるよう、家事を分担し行って頂いている。フラワーアレンジメントや墨彩画、体操教室など楽しみ事に参加して頂け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、買い物や喫茶など外出の機会が持てるようにしている。バスでの遠出など、ご家族の協力も得ながら支援している。個別に外出の希望が出た場合には、ご家族に相談し、実現できるよう支援している。	自立の人も車いすの人も天候の許す限り「全員毎日散歩」が日常となっています。野鳥や草花を眺めながら川沿いの道を歩いたり、事業所の菜園や庭を散策したりしています。秋祭りや、地域の「ふれあいサロン」に参加し、歌や体操を楽しんでいます。	
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。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を代理で投函するなど支援している。		
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、行事の写真や飾っている。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。	リビングの窓の外には川や畑など自然に溢れた風景が広がり落ち着いて和ませる空間です。ウッドデッキでは外気浴や湯茶を楽しんでいます。キッチンにはカウンター式で職員が作業をしながら利用者の様子を見守る事が出来ます。壁面には利用者と職員で作った季節の手作り作品を飾っています。	
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。	ソファで寛いだり、居室で一人で過ごすことができるようにしている。又、気の合うご利用者同士で談笑できるよう、席を考慮している。		
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。	出来る限り使い慣れた家具や小物、写真などを持ち込んで頂き、自宅と同じ雰囲気や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。	エアコン、照明、カーテンは備え付けです。利用者はタンス、ベッド、椅子、テレビなどを持ち込み、家族の写真や思い出の品を飾っています。居室担当者は、整理整頓や飾り付けなどを工夫し、利用者が居心地良く暮らせるように支援しています。	
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。	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。車椅子を自走するご利用者の安全を考慮し、導線の確保に努めている。		

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。	玄関に理念を掲示している。 又、毎日の朝礼の際に理念を唱和し、共有・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。	自治会に加入し、地域の行事や定期的に行われるサロンに参加している。 毎週行っている体操教室や、ホームでの行事に地域の方もお誘いし、交流している。		
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。	地域の方に、運営推進会議に参加して頂いて、理解を深めていただけるよう努めている。 職員が認知症サポーターキャラバンメイトとして地域の方々に向けた活動に参加している。		
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。	運営推進会議では全体の運営報告や個別のサービスの取り組み状況などを報告し、意見や要望を引き出せるよう努めている。上がった意見は検討し、サービスの見直しに繋げている。		
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。	地域包括支援センターとは空室状況や地域の情報を相談し合うなど、お互いに協力関係を築く事ができるよう取り組んでいる。		

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
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。	ホーム内研修で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。 日中は玄関の施錠をせずいつでも行き来できるようにしている。 ご利用者の行動を制限するような声掛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。	ホーム内研修で高齢者虐待防止法について学び、理解を深め、それを実践するように取り組んでいる。 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。	管理者は日常生活自立支援事業や成年後見制度についての知識があるが、職員が学ぶ機会を持っていない。		
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。	日常の生活の中でご利用者の思いや意見を表す事ができるように努めている。 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事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。	毎月の会議で意見や提案を出し合っている。日常でも意見や不安に思ったことなどを、その都度、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。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。	ホーム内外の研修に、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。		
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を作っている。同区内のグループホーム間で相互交流が行えるよう、関係作りを始めている。		
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、ご家族のみでなく出来るだけご本人にも見学してもらっている。ご本人が来所できない場合には訪問し、ご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。	ご本人の主体性を尊重し、出来ることはご自分で行っていただくよう支援している。一緒に家事や食事をするなど、生活を共にする中で、時にはご利用者に頼りながら、家族のような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。	ご利用者とご家族の関係性を大切にし、ご家族にも協力していただきながらご利用者を支援している。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。馴染みの人に面会に来ていただいたり、外出や電話ができるよう支援している。		

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。	ご利用者同士の相性や関係性に配慮したテーブル配置となるよう配慮している。1・2階合同でのレクを定期的に行い交流の機会を作り、お互いに良い関係を築けるよう努めている。		
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。	ご本人の意思に沿った暮らしが送れるよう、日常の会話や行動等から察知できるよう努めている。ご本人が希望を伝えられない場合には、ご家族などから情報を得るなどし、その人らしく暮らせるよう支援している。		
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。	これまでの暮らしについて、ご本人やご家族から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 of 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、口頭でも朝夕2回の申し送りを行い、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。	毎月の会議で、個別に検討する機会を作り、意見を出し合い、現状に即したケアができるよう努めている。 ご本人やご家族にも希望を聞きながら、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。	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。	バスでの外出レクや、買い物・喫茶への外出など、希望に応えられるよう検討している。ご家族からの提案もあり、ご家族も一緒に行う手芸の会を開催している。		
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、墨彩画を行い、楽しい時間が持てるよう支援している。 地域で行われているサロンや行事に参加し、施設外でのイベントを楽しめる機会を作れるよう支援している。		
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、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。	常勤の看護職員や、訪問診療の看護師に、日常で気になったことなどは相談している。 常勤看護職員が定期的にフットケアを行っている。		
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。又、時期を見て、終末期の事前指示書を作成している。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。	急変時や事故発生時の対応マニュアルを作成し、落ち着いて対応できるよう努めている。AEDの使い方について学ぶ機会を設けている。		
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。	火災・地震・水害のマニュアルを昼夜各パターンで作成し、毎月の避難訓練でそれぞれの避難誘導を訓練している。年1回は消防署立合いの防災訓練を行い、その際は地域の方にも参加して頂き、有事の際に協力して頂けるような関係作りをしている。		

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。	理念に基づき、人生の大先輩として敬った言葉遣いや接し方をしよう心掛けている。トイレの声掛けなどは、周囲に聞こえなよう配慮するなどし、出来ないことが周囲から注目されてしまうことが無いよう配慮している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	着替えの際の洋服選びなど、小さなことから自己決定の機会を多く作るよう心掛けている。自己決定が難しくなってきた方には二者択一にするなど決めやすい方法にし、少しでも意思を表出できるよう支援している。		
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。	1日の流れは大体決まっているが、ご利用者一人ひとりの希望に応じて、無理強いすることなく、居室で過ごす時間を持つなどしている。		
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。	着替えを選んでもらったり、買い物に出かけご本人に洋服を選んでもらい、その人らしい身だしなみができるよう支援している。定期的に訪問美容によるヘアカットを行い、好みの髪型にできるよう支援している。馴染みの美容院に行くことを希望される場合には、ご家族にも協力いただき、出掛けている。		
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。	施設内の畑で野菜を育てて収穫し、旬の野菜を食して頂いている。盛り付けや、片付けなど、個々の能力に応じて偏りなく役割をもって行っていただけるよう配慮している。		

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
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。	1日の食事量や水分量を把握し、必要に応じて医師と相談しながら食事形態を変えたり、栄養補助食品を取り入れたりしている。		
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、口腔ケアを行ってもらい、必ず傍で見守り、必要に応じて介助している。訪問歯科と連携し、口腔内の状態を見て、必要に応じて受診できるよう支援している。		
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。	尿意を訴えることができない方は、時間を見て定期的にトイレに誘導し、トイレ内での排泄が出来るよう支援している。トイレ誘導の声掛けや着替え介助の際は、自尊心に配慮した声掛けをするよう心掛けている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	個々の排泄内容を記録し、情報を共有し便秘が長引かないよう注意している。便秘がちな方は特に十分な水分が摂れるよう、見守り声掛けを行っている。毎日、果物やヨーグルト・牛乳を摂取してもらっている。身体を動かす機会が多く持てるよう努めている。		
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。	入浴日や時間は施設側で決めている中で入浴して頂いているが、その中でもご本人の希望(一番は嫌だ、最後にゆっくり入りたい等)は考慮し順番を決めている。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、日中は体操、掃除、散歩などで活動的に過ごし、夕方から夜にかけては穏やかな流れとなるよう配慮している。日中も、希望や必要に応じて休息を取ることができるよう支援している。		
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。処方変更時には特に経過観察に気を配るよう努めている。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。	ご利用者一人ひとりが役割を持てるよう、家事を分担し行って頂いている。フラワーアレンジメントや墨彩画、体操教室など楽しみ事に参加して頂けるよう支援している。詩の創作が趣味の方には披露の場が持てるよう、詩集の制作を手助けしている。		
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、買い物や喫茶など外出の機会が持てるようにしている。バスでの遠出など、ご家族の協力も得ながら支援している。		
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。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を代理で投函するなど支援している。		
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。		
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。	ソファで寛いだり、居室で一人で過ごすことができるようにしている。又、気の合うご利用者同士で談笑できるよう、席を考慮している。		
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。	出来る限り使い慣れた家具や小物、写真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。車椅子を自走するご利用者の安全を考慮し、導線の確保に努めている。		

目標達成計画

【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	29	地域資源の活用ができていない	地域のボランティアを調べ利用者に適したサービスが行えるようにする	<ul style="list-style-type: none">・社会福祉協議会などでボランティアについて調べる・ボランティアの内容について検討し導入できるように調整する	12ヶ月
2	49	ご利用者一人ひとりの希望に合わせた外出支援が出来ていない。毎日の散歩以外の外出の機会が少ない	散歩以外の外出の機会を持つ	<ul style="list-style-type: none">・運営推進会議などを利用して、ご利用者のご家族の希望を伺う・外出を企画する	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、行を挿入してください。