

<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	1492601016
法人名	株式会社リビングプラットフォーム
事業所名	ライブラリ相模大野
訪問調査日	令和2年1月13日
評価確定日	令和2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	1492601016	事業の開始年月日	平成29年3月1日	
		指定年月日	平成29年3月1日	
法人名	株式会社リビングプラットフォーム			
事業所名	ライブラリ相模大野			
所在地	(〒252-0334) 神奈川県相模原市南区若松4丁目15-5			
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	27名	
		ユニット数	3ユニット	
自己評価作成日	令和1年12月21日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月1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)】

毎日の生活の中で役割を持っていただき、レクリエーション活動を楽しんで頂く、外出の機会を設け地域の方々とのつながりを持つ。等心掛けています。当ホームとして利用者様が1日1度でも笑顔になる。楽しそうに暮らしている利用者様をご覧になってご家族が安心し日々の生活を送れる。職員が出勤するのが楽しみなホームになることを目指しております。また、月に一度ご家族へ利用者様の様子をお知らせしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 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1月13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、株式会社リビングプラットフォームの運営です。同法人は、介護事業、保育事業、障がい者事業を中核として、多岐に亘る福祉事業を北海道から関西地区までの幅広いエリアで展開しています。介護事業では、介護付有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、訪問介護、定期巡回随時対応型訪問介護看護、訪問介護、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護、グループホーム等、在宅介護から施設介護まで、利用者のニーズに合わせたサービスを提供しており、グループホームは神奈川県内で5事業所を運営しています。ここ「ライブラリ相模大野」は小田急線「相模大野駅」北口から「相模原駅南口」行きのバスで「東通り」停留所下車して徒歩3分の新興住宅地の中にあります。

●管理者は今年で2年目を迎え、利用者に「楽しみ・生きがい・やりがい」を持って生活できる場所、そして、家族にとっても安心して預けれる場所、職員にとっても楽しんで出勤できる場所でありたいという思いの下、利用者のADLやIADLに応じて日常生活の中で役割を持っていただき、生きがいや、やりがいを感じていただきながら生活できるように支援しています。また、楽しみの面では、日中の時間帯をリビングで過ごされる方が多く、カラオケ、百人一首、トランプ、カルタなどを行いながら、職員も業務に追われることなく、利用者と一緒に和気あいあいと過ごしています。

●法人では、職員の育成や高い質を確保するために、内部研修の充実化を図るとともに、外部研修の受講も積極的に促しています。また、正規職員に関しては全員が介護に関する資格を所有していることから、質の高いケアが提供されています。

【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	ライブラリ相模大野
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	法人リネンを職員全員が目にも留まるタイムカード前に掲げている。 ユニット会議当でも話し合い実践に繋がるよう努めている。	法人の理念「感謝と創造」を事務所に掲示し、5つの行動指針「①誠実であれ②能動的であれ③努力家であれ④思考的・行動的であれ⑤楽しくあれ」をユニット会議の中で具体例を交えながら話、日々のケアで実践につなげています。今後は、事業所独自の理念を作成することも検討しています。		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	近所への散歩。自治会開催の体操、自治会・地域包括支援センターのイベントへの参加。	自治会に加入しており、自治会主催の体操をはじめ、様々な行事に参加して交流を図っています。散歩時にも挨拶を交わしたり、庭で咲いた花を頂くこともあります。週2回傾聴と清掃ボランティアの方、利用者家族によるオカリナ演奏もあります。今後、地域の方にも参加いただけるような行事を開催したいと考えています。		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	地域の方に気楽に訪訪してもらえるようレクリエーション委員会主導で企画を立て開催できるようにしていく。			
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	地域包括支援センター、民生委員、自治会会長、ご家族と当ホームでの取組等話し合い意見をいただき、職員へ報告しサービス向上に活かしている。	高齢者支援センター、民生委員、自治会長、家族、副施設長、法人エリアマネージャーの参加で2ヶ月に1回開催しています。事業所の現状や活動報告、法人の今後の展望などについて報告し、地域の情報もいただいています。出席者よりヒヤリハットの数が少ないのでは？という意見を頂き、ユニット会議で職員に周知し、ヒヤリハットの報告を上げるようにしています。		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	上長が普段から密に連絡を取り、連絡、報告、相談、状況に応じ職員へ周知し協力関係を築けるよう取り組んでいる。	市や区の担当者とは、管理者が主だって連絡を取り、必要に応じて相談にのっていただいたり、報告を行い、協力関係を築くようにしています。年度初めに行われる集団指導講習会や随時開催される研修会へも参加し、情報を収集しています。高齢者支援センターからも空室状況などの問い合わせた入居者の相談をいただくなど、連携を取っています。		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
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	ホームとして、身体拘束を行わないと宣言をしている。委員会を中心にマニュアルを作成し、勉強会等を実施し全職員に周知徹底を行っている。	法人として毎月身体拘束に関する研修を実施するようとの要請もあり、毎月身体拘束の研修を実施すると共に、2ヶ月に1回は身体拘束適正化委員会を開催しています。身体拘束のマニュアルを基に研修や勉強会、他の施設で行った事例なども取り入れながら、身体拘束の無いケアに努めています。また、年に数回は身体拘束・虐待チェックリストを用いて、全職員に自己チェックを実施しています。	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	上記と同じ。 チェックリストを作成し全職員にチェックしてもらう。 職員同士、注意をしている。		
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	成年後見人がついている利用者様がおり、管理者、リーダーは役割などを直接聞いている。研修などに参加し職印が周知できるようにしていく。		
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	契約時、時間を十分とり説明を行っている。契約後の改定項目などは文章にし報告を行っている。又来設時に口頭での説明を行い同意を得ている。		
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	ご家族との信頼関係を大切に考えている。玄関のわかりやすい場所に意見箱を設置している。来設にお声掛けを行いご意見を伺っている。運営推進会議でも確認している。	家族同士の交流および、家族からの意見や要望を聞く機会として、開所後初の試みで、3月に家族会を開催する予定としています。今後は、年2回を目標に家族会を開催したいと考えています。日頃から家族の面会も多く、来訪時に近況報告と併せて意見や要望を伺っています。毎月家族宛に郵送しているお便りは、居室担当者が利用者の様子を伝えていきます。家族への窓口を管理者またはリーダーにすることで、明確な回答が出来るようにしています。	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	会議や面談などで聞く機会を設けている。 出来る事と出来ない事へのフィードバックを含め反映し、改善できることは変更している。	毎月のユニット会議は利用者のケアに関する内容を中心に話し合っており、リーダー会議(毎月)時に法人の方針やエリア会議での内容、業務に関する内容、ユニットで抱えている問題などについて話し合っています。職員は出勤時に必ず事務所を経由するようになっており、その際に話をしたり、現場に入った時に職員から意見や提案を収集しています。また、四半期ごとに自己評価を基に面談を実施し、個人目標などと併せて個別に話も聞いています。さらに、法人内にコンプライアンス室を設けており、直接言いづらいことも現場を介さずに言える体制を整えています。	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	キャリアパス要件を提示している。 四半期評価を実施し面談時に職員の意見を聞き職場環境・条件の整備に努めている。		
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	各職員のスキルに合わせた外部研修に会社費用負担で受講。 初任者研修・実務者研修参加の費用負担、会社主導の内部研修も開催している。		
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	同業者、関係各所と連絡が図れるよう動いている。 良好な関係が作れるようリーダー層も相互訪問が出来るようにし、勉強会などを開催したりし、サービスの質、向上に努めている。		
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	フェイスシート、アセスメントを元に不安や要望を確認している。 職員もヒヤリング、慶弔などで聞き取りを行い、本人の安全・安心を確保するための関係作りに努めている。		

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	面接時からヒヤリングを行い、契約時など都度ご家族の不安・要望等入居前に聞き取り関係作りに努めている。		
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	契約前の相談時にはグループホームだけでなく、必要に応じたサービス提案もしている。 支援に基づいたサービス（マッサージなど）の提案など契約時から利用に結び付くよう支援している。		
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	家事活動などできる範囲を見極め職員と一緒にを行い、役割を持ち助け合い暮らしを共にする者同士の関係を築けるよう努めている。		
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	状況報告を密に行うようにしている。 本人とご家族の絆を大切にしながら相談、報告を行い、共に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。イベント・外出レクなど参加してもらえよう呼び掛けている。		
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	馴染みの人などの来訪は積極的に受け入れている。 また以前の受診先医師など希望があればご家族同行にて入居後も受診を継続するなど関係性が途切れないように努めている。	馴染みの方の来訪については、積極的に受け入れを行い、本人がこれまで築き上げてきた関係が途切れないように支援しています。入居後も継続して専門医へ通院されている方は、帰りに家族と食事をされたり、思い出の場所へ寄って戻って来られる方もいます。利用者は地元の方が多く、誕生日や正月に一時帰宅されている方もいます。	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	利用者の関係性を考え席を決めている。 フロアの新聞が読み終わった時に次の人に声をかけていただくよう促したり、利用者同士が関り支えあえるよう職員が間に入り働きかけている。		
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	長期治療が必要で退所された方のご家族の相談にのったり支援を行っている。		
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。	日常の会話、行動から思いを汲み取れるよう努めている。また過去の生活やご家族からの意見や要望、情報から意向の把握に努めカンファレンスなどで検討している。	入居前の面談時に家族と本人から生活歴や既往歴、ADL、暮らし方の希望などを聞き取り、アセスメント表を作成しています。入居後は、日々の関りから本人の言葉、表情、反応などを個人記録に記載し、職員間で情報を共有しながら、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	入居時に生活歴などをアセスメント表に聞き取り記載。 以降も利用者との会話やご家族との会話から儒法を得たりして把握に努めている。		
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	ユニット内での申し送り、全体朝礼での申し送り、ノート、iPad記録などで各自確認。 ユニット会議、カンファレンスなどで、職員間での情報を共有し、現状の把握に努めている。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	職員全員でアセスメントを行ったり、ご家族から課題の確認をしたりしている。状況に応じ医療関係者を含め必要なケアについて話し合い、それに関するアイデアや提案をふまえて介護計画書を作成している。	入居時のアセスメントを基に暫定の介護計画を作成し、3ヶ月程様子を見ながら、現在の身体状況や課題を抽出しています。介護計画はケアマネージャーと居室担当者が中心となって原案を作成し、ユニット会議でケース記録を基にモニタリングしながら、職員からの意見、必要に応じて医師の意見を盛り込みながら、現状に即した介護計画を作成しています。短期目標は6ヶ月、長期は1年で見直しています。	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	個人記録はiPadへ入力し普段から閲覧可能になっている。 ケース記録にて入力し職員間で情報を共有し実践、介護計画書の見直しに活かしている。		
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	グループホームとして提供すべきサービス以外にも、枠にとらわれず、状況やニーズに対応できる事であれば柔軟に対応できるよう努めている。		
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	近くのスーパーやドラッグストアへ行き買い物する機会を設けたり、自治会や関連各所の催しなどにも参加している。		
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	緊急搬送時などもご本人やご家族の希望の病院へ搬送する手配を取ったりホームと関係性がある病院もご家族へ説明し納得して受診するようにしている。	入居時に協力医療機関について説明し、納得していただいたうえで、事業所の協力医に切り替えていただいています。協力医(内科)は24時間のオンコール体制と月2回の訪問診療があります。専門医への通院は家族対応でお願いしています。歯科医は週1回の訪問があり、契約している方のみ受診しています。また、看護師は週1回来て、利用者の健康管理と医療面の相談に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	往診が月2回訪問看護師が週1回あり、入居者の状態の変化は常に報告しており、相談、指示を受けている。また往診のクリニックは24時間オンコール可能な為、特変時などを含め常に連絡が取れるようになっている。		
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。	近隣病院の地域医療連携室に相談、受診、状況により入院できる関係性を構築している。 入居者が入院した場合、担当の医師、看護師や相談員へ退院に向けての情報交換などを行っている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時にご家族へ説明を行っている。 重度化した場合等にご家族の意向を確認後関係各所と連携をとり方針を決める。	事業所では看取りまで行う方針であり、入居時に重度化や終末期における指針に沿って説明し、同意書を交わしています。重度化した場合に再度、家族と話し合いの場を設け、意向を確認した後に職員、医師とも情報を共有し、連携を取りながらチームとして支援するとしています。看取りについてのマニュアルも整備し、年間研修でもマニュアルに沿って実施しています。葬儀屋の方を講師として招き、研修を行うこともあります。	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	マニュアルはあるが社内での訓練は定期的には実施できていない。行政等の研修に積極的に参加するよう努めている。		
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	小規模福祉施設避難訓練マニュアルを元に年2回避難訓練を実施している。 地域との協力体制が出来ていない為自治会を遠し関係性を築けるようにする。	避難訓練は年2回実施し、うち1回は消防署に立ち合いをお願いしています。参加出来る利用者にも訓練に加わっていただき、誘導方法と避難動線について確認しています。年2回の消防設備点検時には、防災機器の取り扱い方法についても指導を受けています。今後は水害時におけるマニュアルも作成予定としています。水、食料、ラジオ、懐中電灯、衛生用品についても数日分を確保しています。地域との協力体制については、現状は確立できていない為、今後の課題としています。	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	利用者様一人ひとりの性格に合わせ声掛けを行い、その方の人格を尊重するケアを行っている。また、誇りやプライバシーに配慮した声掛けやケアを行うよう努めている。	人格の尊重やプライバシーの確保については、入職時のオリエンテーションで介護技術からコンプライアンスについて学んでいます。年1回は研修を行っています。管理者は、利用者1人1人の人生観や価値観、環境が異なる為、職員に利用者1人1人を受容し、その方に合った対応で接するよう周知しています。特に声の大きさやトーンにも留意し、プライバシーや自尊心を損ねないように努めています。	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	ご本人の希望や思いを表せるような関係性をつくり、声掛け時も選択肢を持てるような声掛けをし、自己決定を促している。	/		/
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	家事などの業務は声を掛け合い利用者様の事を優先して進めるよう職員間で連携を取っている。入浴なども「今日はどうでしょう？」と聞きご本人の希望を聞くようにしている。			
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	自立度の高い利用者様はご自身で洋服を選び選択できない方は一緒に選んでいる。衣服など本人同行で買い物に行ったりしている。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	下膳やテーブル拭き、食器洗いなどできる利用者様には、無理強いせず、参加してもらっている。また、献立の読み上げ「いただきます。」の号令も得意な方にしている。	食材はレンジ付きで業者から発注した物を職員が調理しています。食事を提供する際には、1人1人に合わせて食べやすい形態にして、盛り付け方も工夫しながら食事を完食できるように支援しています。出来る方にはテーブルやお盆拭きをお願いし、無理強いすることなく携わっていただくようにしています。必ず食事前にはメニューを読み上げてもらったり、号令をかけてもらうことで、メニューを理解し、揃って食事をしていることを実感してもら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
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	食事量、水分量は記録しており、職員間でも都度申し送りをしている。 水分の進みやすい時間など情報共有し、確保できるよう支援を行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	訪問歯科週1回来設 毎食後（歯科を受けている方は指導の下）その方の自立度に合わせ声掛け促し、介助を行い口腔ケアを行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	入所後暫くはその方のリズムを掴むためアセスメントを行っている。 排泄パターンを掴み、おむつなどの使用を減らしている。また、維持できるよう必要なケアの見極めを行っている。	自立している方も含め、利用者全員の排泄状況を排泄記録に記載し、1人1人の排泄パターンの把握に努めています。管理者は、職員にとって楽な方法を選ぶのではなく、利用者に来る限りトイレでの排泄を促すことで「排泄の自立を目指す」を職員に周知しており、極力オムツを使用しないケアに注力しています。夜間は個々に応じて睡眠を優先する方、トイレにお連れするなどの支援を行っています。	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	水分や運動を促すよう取り組んでいる。 また、主治医と連携しその方のパターンを把握し下剤等の調整を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	職員間で希望やタイミングに合わせるよう都度話し合いを行っている。 「何時頃お風呂どうですか？」等お聞きし、今日はいいよと仰った時には説得しようとせず受け入れ、次の日に入るよ手配している。	週2回の入浴を基本とし、午前から午後にかけて入浴支援を行っています。入浴前には必ずバイタルチェックを行ったうえで、本人の体調や気分を確認して入浴を促しています。入浴拒否のある方は、無理強いせず、日を改めて声かけするようにしています。ゆず湯や菖蒲湯も行い、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	病歴、習慣などで臥床、休息など必要な方は適宜居室などで休息できるよう実施している。夜間の不安時などは個別対応で傾聴し、必要時排泄支援、水分、食べ物など要求時適量提供している。			
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	個別ファイルに薬情、お薬手帳を保管している。薬の変更時はその理由と変更点を申し送り、職員全員が周知できるよう努めている。また、服薬変更時は開始日から1週間状況観察を実施している。			
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	全ての利用者様に実施できていないが役割や楽しみを感じられる声掛けは実施している。出来る事や喜んでいたこと等の情報共有⇒実践をできるよう努めている。			
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	個別の外出は散歩やご家族の協力の下になってしまっている。希望にそえる外出、協力関係の構築をしていく。	事業所の周辺は坂道などもなく、比較的外にお連れしやすい環境でもある為、天気や気候の良い日には午前・午後問わず散歩に行ったり、職員の調味料などの買い出しに同行してもらうようにしています。家族の来訪も多く、家族と一緒に外出される方もおり、個別対応でお連れするのが難しい方などは、家族にも協力をお願いして外出支援を行っています。		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	物品購入の際はご家族へ連絡し許可をいただき購入している。本人同行できる利用者様は物品選び、会計もさせていただいている。			

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
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	ご家族へ連絡したい方がいればホームの電話を使用するなどし、やり取りができる仕組みは構築されている。		
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	和のテイストを心掛けた作りとなっている。照明も高齢者が落ち着く色合いにしている。各フロアにて季節の飾り物を作り壁にはって季節を感じていただいている。	リビングは和風モダン調の内装になっており、壁紙や照明も落ち着いた色合いや暖色のある物を採用し、落ち着いて過ごせる雰囲気の空間になっています。利用者の動線の妨げにならないよう、棚などの家具は設置せず、車椅子を使用している方も移動しやすいよう配慮されています。壁には季節感を感じられるよう季節の物を飾っています。日中はリビングで過ごされる方が多く、カラオケ、百人一首、トランプ、カルタなどしながら和気あいあいと過ごされています。	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	気の合った利用差様同士ソファーに座って話されたりしている。		
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	家具や身の回りのものは長年使いなれたものを持ってきていただけるよう入居見学時などにご家族へ話をしている。若いころの写真やご家族の写真を飾られている利用者様もいらっしゃる。	ベット、カーテン、クローゼット、室内物干し棒が完備されていますが、それ以外の物については、その方にとって馴染みの物や使い慣れた家具を持ち込んで頂くよう伝えています。テレビ、鏡台、チェスト、昔の写真を飾っている方もおり、馴染みの物に囲まれた空間で落ち着いて過ごせる居室作りがされています。	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	動線を広く広く取り手すりを設けたり、バリアフリーになっている為安全に過ごせるようになっている。また、トイレなど立体系の張り紙をし、迷わずトイレへ行けるようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

ライブラリ相模大野

作成日

令和2年1月13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	48	役割や張り合いを持っていただける支援が足りない。	全利用者様にやりがいや生活の楽しみを見つけていただく。	家事だけにとらわれず「献立を読む」などの出来る事を役割ややりがいに繋げていく。	6か月
2	49	外出の機会や自由にできる支援があまりできていない。	毎日ではできなくても行きたい処へ行く機会を作る。	近隣のコンビニエンスストア、喫茶点、本屋など月に1回でも実行していく。	3か月
3	63	利用者様、職員の入れ替わりがあった為ご家族との信頼関係を築く。	全フロアー職員がご家族との信頼関係を築けるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・挨拶の徹底 ・職員間の情報共有 ・情報をもとに必要時しっかりとご家族対応ができる 	6か月

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	ライブラリ相模大野
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	法人リネンを職員全員が目にも留まるタイムカード前に掲げている。 ユニット会議当でも話し合い実践に繋がるよう努めている。		
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	近所への散歩。自治会開催の体操、自治会・地域包括支援センターのイベントへの参加。		
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	地域の方に気楽に来訪してもらえるようレクリエーション委員会主導で企画を立て開催できるようにしていく。		
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	地域包括支援センター、民生委員、自治会会長、ご家族と当ホームでの取組等話し合い意見をいただき、職員へ報告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	上長が普段から密に連絡を取り、連絡、報告、相談、状況に応じ職員へ周知し協力関係を築け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	ホームとして、身体拘束を行わないと宣言をしている。委員会を中心にマニュアルを作成し、勉強会等を実施し全職員に周知徹底を行っている。		
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	上記と同じ。 チェックリストを作成し全職員にチェックしてもらう。 職員同士、注意をしている。		
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	成年後見人がついている利用者様があり、管理者、リーダーは役割などを直接聞いている。研修などに参加し職印が周知できるようにしていく。		
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	契約時、時間を十分とり説明を行っている。契約後の改定項目などは文章にし報告を行っている。又来設時に口頭での説明を行い同意を得ている。		
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	ご家族との信頼関係を大切に考えている。玄関のわかりやすい場所に意見箱を設置している。来設にお声掛けを行いご意見を伺っている。運営推進会議でも確認している。		

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
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	会議や面談などで聞く機会を設けている。 出来る事と出来ない事へのフィードバックを含め反映し、改善できることは変更している。		
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	キャリアパス要件を提示している。 四半期評価を実施し面談時に職員の意見を聞き職場環境・条件の整備に努めている。		
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	各職員のスキルに合わせた外部研修に会社費用負担で受講。 初任者研修・実務者研修参加の費用負担、会社主導の内部研修も開催している。		
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	同業者、関係各所と連絡が図れるよう動いている。 良好な関係が作れるようリーダー層も相互訪問が出来るようにし、勉強会などを開催したりし、サービスの質、向上に努めている。		
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	フェイスシート、アセスメントを元に不安や要望を確認している。 職員もヒヤリング、慶弔などで聞き取りを行い、本人の安全・安心を確保するための関係作りに努めている。		

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	面接時からヒヤリングを行い、契約時など都度ご家族の不安・要望等入居前に聞き取り関係作りに努めている。		
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	契約前の相談時にはグループホームだけでなく、必要に応じたサービス提案もしている。 支援に基づいたサービス（マッサージなど）の提案など契約時から利用に結び付くよう支援している。		
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	家事活動などできる範囲を見極め職員と一緒にを行い、役割を持ち助け合い暮らしを共にする者同士の関係を築けるよう努めている。		
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	状況報告を密に行うようにしている。 本人とご家族の絆を大切にしながら相談、報告を行い、共に本人を支えていく関係を築けるよう努めている。イベント・外出レクなど参加してもらえよう呼び掛けている。		
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	馴染みの人などの来訪は積極的に受け入れている。 また以前の受診先医師など希望があればご家族同行にて入居後も受診を継続するなど関係性が途切れないように努めている。		

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
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	利用者の関係性を考え席を決めている。 フロアの新聞が読み終わった時に次の人に声をかけていただくよう促したり、利用者同士が関り支えあえるよう職員が間に入り働きかけている。		
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	長期治療が必要で退所された方のご家族の相談ののったり支援を行っている。		
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。	日常の会話、行動から思いを汲み取れるよう努めている。また過去の生活やご家族からの意見や要望、情報から意向の把握に努めカンファレンスなどで検討している。		
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	入居時に生活歴などをアセスメント表に聞き取り記載。 以降も利用者との会話やご家族との会話から儒法を得たりして把握に努めている。		
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	ユニット内での申し送り、全体朝礼での申し送り、ノート、iPad記録などで各自確認。 ユニット会議、カンファレンスなどで、職員間での情報を共有し、現状の把握に努めている。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	職員全員でアセスメントを行ったり、ご家族から課題の確認をしたりしている。状況に応じ医療関係者を含め必要なケアについて話し合い、それに関するアイデアや提案をふまえて介護計画書を作成している。		
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	個人記録はiPadへ入力し普段から閲覧可能になっている。 ケース記録にて入力し職員間で情報を共有し実践、介護計画書の見直しに活かしている。		
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	グループホームとして提供すべきサービス以外にも、枠にとらわれず、状況やニーズに対応できる事であれば柔軟に対応できるよう努めている。		
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	近くのスーパーやドラッグストアへ行き買い物する機会を設けたり、自治会や関連各所の催しなどにも参加している。		
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	緊急搬送時などもご本人やご家族の希望の病院へ搬送する手配を取ったりホームと関係性がある病院もご家族へ説明し納得して受診するようにしている。		

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	往診が月2回訪問看護師が週1回あり、入居者の状態の変化は常に報告しており、相談、指示を受けている。また往診のクリニックは24時間オンコール可能な為、特変時などを含め常に連絡が取れるようになっている。		
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。	近隣病院の地域医療連携室に相談、受診、状況により入院できる関係性を構築している。 入居者が入院した場合、担当の医師、看護師や相談員へ退院に向けての情報交換などを行っている。		
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	入居契約時にご家族へ説明を行っている。 重度化した場合等にご家族の意向を確認後関係各所と連携をとり方針を決める。		
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	マニュアルはあるが社内での訓練は定期的には実施できていない。行政等の研修に積極的に参加するよう努めている。		
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	小規模福祉施設避難訓練マニュアルを元に年2回避難訓練を実施している。 地域との協力体制が出来ていない為自治会を遠し関係性を築けるようにする。		

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	利用者様一人ひとりの性格に合わせ声掛けを行い、その方の人格を尊重するケアを行っている。また、誇りやプライバシーに配慮した声掛けやケアを行うよう努めている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人の希望や思いを表せるような関係性をつくり、声掛け時も選択肢を持てるような声掛けをし、自己決定を促している。		
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	家事などの業務は声を掛け合い利用者様の事を優先して進めるよう職員間で連携を取っている。入浴なども「今日はどうでしょう？」と聞きご本人の希望を聞くようにしている。		
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	自立度の高い利用者様はご自身で洋服を選び選択できない方は一緒に選んでいる。衣服など本人同行で買い物に行ったりしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	下膳やテーブル拭き、食器洗いなどできる利用者様には、無理強いせず、参加してもらっている。また、献立の読み上げ「いただきます。」の号令も得意な方にいただいている。		

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
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	食事量、水分量は記録しており、職員間でも都度申し送りをしている。 水分の進みやすい時間など情報共有し、確保できるよう支援を行っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	訪問歯科週1回来設 毎食後（歯科を受けている方は指導の下）その方の自立度に合わせ声掛け促し、介助を行い口腔ケアを行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	入所後暫くはその方のリズムを掴むためアセスメントを行っている。 排泄パターンを掴み、おむつなどの使用を減らしている。また、維持できるよう必要なケアの見極めを行っている。		
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	水分や運動を促すよう取り組んでいる。 また、主治医と連携しその方のパターンを把握し下剤等の調整を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	職員間で希望やタイミングに合わせるよう都度話し合いを行っている。 「何時頃お風呂どうですか？」等お聞きし、今日はいいよと仰った時には説得しようとせず受け入れ、次の日に入るよ手配している。		

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	病歴、習慣などで臥床、休息など必要な方は適宜居室などで休息できるよう実施している。夜間の不安時などは個別対応で傾聴し、必要時排泄支援、水分、食べ物など要求時適量提供している。		
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	個別ファイルに薬情、お薬手帳を保管している。薬の変更時はその理由と変更点を申し送り、職員全員が周知できるよう努めている。また、服薬変更時は開始日から1週間状況観察を実施している。		
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	全ての利用者様に実施できていないが役割や楽しみを感じられる声掛けは実施している。出来る事や喜んでいたこと等の情報共有⇒実践をできるよう努めている。		
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	個別の外出は散歩やご家族の協力の下になってしまっている。希望にそえる外出、協力関係の構築をしていく。		
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	物品購入の際はご家族へ連絡し許可をいただき購入している。本人同行できる利用者様は物品選び、会計もさせていただいている。		

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
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	ご家族へ連絡したい方がいればホームの電話を使用するなどし、やり取りができる仕組みは構築されている。		
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	和のテイストを心掛けた作りとなっている。照明も高齢者が落ち着く色合いにしている。各フロアにて季節の飾り物を作り壁にはって季節を感じていただいている。		
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	気の合った利用差様同士ソファーに座って話されたりしている。		
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	家具や身の回りのものは長年使いなれたものを持ってきていただけるよう入居見学時などにご家族へ話をしている。 若いころの写真やご家族の写真を飾られている利用者様もいらっしゃる。		
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	動線を広く広く取り手すりを設けたり、バリアフリーになっている為安全に過ごせるようになっている。また、トイレなど立体系の張り紙をし、迷わずトイレへ行けるようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

ライブラリ相模大野

作成日

令和2年1月13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	48	役割や張り合いを持っていただける支援が足りない。	全利用者様にやりがいや生活の楽しみを見つけていただく。	家事だけにとらわれず「献立を読む」などの出来る事を役割ややりがいに繋げていく。	6か月
2	49	外出の機会や自由にできる支援があまりできていない。	毎日ではできなくても行きたい処へ行く機会を作る。	近隣のコンビニエンスストア、喫茶点、本屋など月に1回でも実行していく。	3か月
3	63	利用者様、職員の入れ替わりがあった為ご家族との信頼関係を築く。	全フロアー職員がご家族との信頼関係を築けるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・挨拶の徹底 ・職員間の情報共有 ・情報をもとに必要時しっかりとご家族対応ができる 	6か月

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。