

2024（令和6）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	1495500652	事業の開始年月日	令和3年3月1日
		指定年月日	令和3年3月1日
法人名	株式会社ヒューマンケアー		
事業所名	ラポール菅生		
所在地	(216-0015) 神奈川県川崎市宮前区菅生 6-33-17		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	27名
		ユニット数	3 ユニット
自己評価作成日	令和7年1月20日	評価結果 市町村受理日	令和7年4月24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）】

・各居室に「眠りスキャン」「眠りスキャンアイ」という見守り支援システムを標準装備しています。このシステムにより、個々の睡眠状況、心拍数、呼吸数、ベッドからの起き上がりなどを、職員が携帯端末を通じてリアルタイムで確認しています。このデータを基に、訪問医と連携し、より適切な健康管理を行っています。また、見守りカメラを活用することで、睡眠の質を確保するための最適なタイミングで訪室することが可能です。万が一居室内で事故が発生した場合にも迅速な発見と原因分析に役立っています。さらに、家族への情報開示を行うことで透明性の高い運営を実現し、安心してご利用いただける環境を提供しています。・昨今の感染症の影響を受けつつも、十分な対策を講じながら、外出行事を積極的に実施しています。これにより、季節の移り変わりを目で、肌で感じるができる貴重な体験を提供し、皆様に楽しんでいただいています。さらに、他者との交流や関係構築を促進し、身体を使った活動を通じて外界の刺激を受けることで、認知症の進行予防にも効果的に取り組んでいます。このような活動を通じて、心身の健康を維持し、豊かな生活をサポートしています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和7年2月19日	評価機関 評価決定日	令和7年4月11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、東急田園都市線「溝の口」駅もしくはJR南武線「武蔵溝ノ口」駅、または小田急小田原線「登戸」駅からバスで15分ほどのところにあります。近くに生田緑地もあるなど、静かで落ち着いた住宅街の一角に立地しています。

<優れている点>

新設3年目でもあり、施設はきれいで、かつ衛生的です。レイアウトについても利用者もスタッフも動きやすいように動線が考えられている上に、設備についても使いやすい最新のものが設置されています。睡眠時の見守り支援システムの導入により、夜間の利用者の睡眠状況や心拍数、呼吸数を把握できるので、スタッフが他の居室を訪問している時や他の作業に従事している時においても利用者の急変などを見逃すことがありません。また、地域交流スペースという広い部屋を有しており、3ユニット合同のイベントやレクリエーション、運営推進会議など、多用途に利用することができています。

<工夫点>

運営理念として「明るい笑顔と親切な心」「清潔で居心地の良い空間」「その人らしく自由に」の3点を掲げています。利用者が、入居前の生活様式、自身の思い、体調、その日の気分などに合わせて、ゆったりとくつろげるように配慮しています。一人で静かに過ごしたい時には自室でくつろぎ、レクリエーションなどで皆と交流したくなればゲームを提供するなど、常に利用者の意思を尊重しています。

【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	ラポール菅生
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る。 (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、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。	事業所の理念を毎日の朝礼で唱和をおこない、事務所に掲示することで意識づけをしている。利用者のケア方針について話し合う際には「その人らしく自由に」という理念に沿って話し合うことが出来ている。	運営理念は、「明るい笑顔と親切な心」「清潔で居心地の良い空間」「その人らしく自由に」の3項目です。入職時はもとより、日々、掲示や唱和により理念の浸透を図っています。職員の利用者への接遇のみならず、職員同士にも笑顔と親切心が溢れています。	
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。	地域町内会の準会員に継続加入している。感染症があり夏祭りには参加できなかったが、菅生神社例大祭では子供太鼓連の練り歩きがあり、施設前の駐車所を休憩所として立ち寄っていただき貴重な交流をおこなうことができた。	元気な利用者は、町内会の祭り会場に出かけています。他の利用者は、子ども達が練り歩きの途中、事業所で休憩している時に外に出て触れ合いを楽しめるように支援しています。また、ボランティアでウクレレ演奏を披露してくれる地元サークルもあり、付き合いは増えてきています。	今後ボランティア団体などの事業所訪問をより進めることが期待されます。
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。	運営推進会議で事業所の取り組み内容を報告、会議内容と議事録はホームページに掲載している。地域交流室を活用して社会情勢を踏まえた講習会を宮前警察署から出張で開催していただくなど地域の方への情報発信に努めている。	/	/
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。	5月・7月・9月・11月・1月・3月（予定）と運営基準に定められた通りに地域交流室で会議を開催しています。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族が委員となっています。施設からの報告だけでなく、委員からアドバイスや情報提供をいただいています。	運営推進会議では、委員からの発言や要望などが活発で、毎回充実した話し合いとなっています。会議の報告書も各委員の発言やそれに対する事業所側の回答が詳細に記されており、参加できなかった利用者家族も当日の様子を十分知ることが出来ます。	市役所の担当者や民生委員などを委員として委嘱し、外部の意見を広く収集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取り組んでいる。	令和6年度の下半期は川崎市介護サービス相談員派遣事業を活用してサービスの質向上に取り組んでいる。宮前区地域見守り支援センター衛生課主催の感染症研修に参加して学びを深めている。	川崎市で高齢者福祉を管轄しているのは健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課です。事業所で感染症が発生したり、事故などが起きた場合には直ちに報告して指示を仰ぐなど連携しています。	

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束指針に基づき、身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。介護内容に変更が生じる時にはご家族にも報告、相談をしている。	年4回、身体拘束廃止委員会を開催しています。日々の介護や支援の場において、身体拘束に当たるのか否か判断に迷うような事例や、身体拘束に当たらない適切な支援はどのようなのかなど、事例に即して検討を行い、職員が今後の支援に活かせるよう方向性を示しています。	
7	6	○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。	虐待防止のための指針に基づき、身体拘束廃止委員会を年に2回以上開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うこと、自身行動は勿論、他介護職の言動で気になったことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。	年4回、委員会を開催しています。身体拘束と同様、微妙なケースで判断が難しい事例などを取り上げ、職員が今後の支援に活かせるよう方向性を示しています。議論した内容については利用者家族にも説明し、同意をもらっています。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	プライバシー保護に関する研修にて、要介護者であっても人としての尊厳が失われることが無いように注意を払う必要性を学び、実践することができている。日常生活自立支援事業や成年後見制度について話し合う機会はなかった。		
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。	初回問い合わせは電話にて、施設見学や入居契約は対面にて説明する時間を設けている。資料を用いた説明だけでなく、施設内の各所を回覧していただき、施設の実態をご覧いただき、生活の様子を感じていただけるように努めている。		
10	7	○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。	意見箱を玄関に常時設置している。ご家族と施設間のLINE登録を勧めていてスピード間を持った連絡体制に努めている。電話やeメール、面会の際など利用者や家族からのご意見、ニーズを伺えるように努めている。	家族の意向の把握は、来所の際のやり取りで把握しています。他にも電話、個別SNS、紙媒体のニュースレターなどにより、利用者の状況、イベントの様子などを伝えていきます。その返信、応答などでも意見、意向を把握するよう努めています。意見箱もありますが、日頃のやり取りがあるため、意見の投函はほぼありません。	

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	8	○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。	職員個別の意見については、少なくとも正社員については年2回以上、非常勤についても年1回以上の面談機会を設けている。他、適宜個別面談の時間を設けている。ユニット会議で、ユニット単位のまとまった意見を集めている。	常勤職員に対して、人事評価の面談を年度当初、中間期、年度末の年3回行っていて、その際に意見や意向を聞いています。パート職員については、労働契約更新時に面接を行い、意向の把握に努めています。職員から申し出があれば、随時、面談を行っています。	
12	9	○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。	法人の人事評価制度に基づき、個々の評価をおこない、個々の努力に応じて、賞与及び処遇改善の分配に繋げている。法人として、福利厚生、メンタル相談の窓口を整備して、職場の衛生管理に努めている。	職員の勤務条件や福利厚生制度は、法人が定めています。職員が意欲を持って働き続けられるよう、評価制度や研修制度を整えています。また法人が開催するイベントに低額の負担で参加できる制度なども用意しています。	今後、川崎市の福利厚生制度などの導入も検討し、職員満足度を高めることが期待されます。
13	10	○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。	新入職員は管理者からのオリエンテーションの後、配属ユニットでOJTを受けて独り立ちします。正社員については法人として資格取得支援制度を設けており、介護福祉士資格だけでなく、認知症に係る資格取得を勧め、個人の育成を進めています。	新たに入職した職員に対しては、法人で新任研修を行っています。その後は、事業所において、ベテラン職員からのOJTによる教育を行い、仕事に慣れてもらっています。理念にある「親切な心」はスタッフ間でも共有されており、優しく教えてもらえる、相談しやすいといった風土が根付いています。来年度からは動画視聴による研修受講も開始されます。	
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	法人グループ内での会議、研修や交流会を通して、管理者のネットワークづくりや、情報交換をおこない、サービスの質の向上に努めている。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居検討に至る経緯、困っていること、不安なことをヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。疑問について丁寧な説明に努めている。		

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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、入居検討に至る経緯、困っていること、不安なこと、グループホームについての疑問などについて、ご家族にヒアリングをおこない、疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、利用者とその家族のニーズを聞き取るようにしている。グループホームで出来ること出来ないことを明確に説明して、サービスのミスマッチが内容に努めている。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、過剰な介護によって有する力を失わないように努めている。個別の能力に応じて掃除や洗濯などの家事を役割として担っていただいている。行事ごとでは、盛り上げ役として参加していただくこともある。		
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。	特変時には勿論、面会に来られた際には近況報告をおこない、ご家族からもご自宅でおこなっていたケアや生活の様子を伺い、アドバイスを頂いている。日用品や、嗜好品の準備に協力いただき、本人が気持ちよく生活できるように共に支援している。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居前のアセスメントでは、ご本人、ご家族、ケアマネージャーなどから、今までの人間関係や習慣をヒアリングしている。入居後もご家族から継続して情報を集め、ご友人との手紙のやり取り、面会をする等、関係性の継続支援に努めている。	入居前の人との繋がりが入居後も続けられるよう努めています。そのために入居時のヒアリングを丁寧に行い、どのような交流があったのかを把握しています。友人などから年賀状や手紙が届いた場合は代読するなどの支援も行っています。大勢の親族が訪れた場合は地域交流スペースを使ってもらうなどの配慮をしています。	

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。	個人の性格、認知症の進行度合い、交流の様子などを考慮して食席を配置するなど、皆が気持ちよく過ごせる共用空間づくりを意識している。行事やレクリエーション、日課等の行動を共にして、他者との繋がり、関わり合いを持てるように工夫している。		
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。	病院への転院、他施設への転居、お看取りなど様々な契約終了ケースがあった。契約終了後も役所手続きのために書類作成をして欲しい等の求めがあった場合には対応している。お看取りの後にはグリーフケアの一つとして、施設生活の写真をお渡しする等している		
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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に対する意向をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者からも話を聞き、これまでのご本人の思い、家族の思いを把握している。	入居後「まわりに仲間がいる」暮らしに慣れるにつれて、事業所での本人の希望や意向が把握可能となっていきます。楽しみたい、続けたいこと、やりたくないことなどの利用者の思いを、口頭やアセスメントシートで伝え、ユニット会議でも共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に至る経過をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者にもサマリーの提供を求めて、生活歴、病歴等、これまでの経過を把握している。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、できる能力の把握に努めている。見守り支援システムを活用して就寝時の身体状況をデータ化して生活ペースを把握している。バイタルサインや体重、食事量などを記録に残し、平常値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	13	○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。	日々の生活や介護の中から本人のニーズをみつけている。ご家族からは、体調変化時は勿論、面会時などにも意向やアドバイスを聞き取っている。看護師や医師にも意見をもらい、担当者会議で協議して計画作成担当者が介護計画を作成している。	ケア内容の記録を基に計画作成担当者がモニタリングを行い、家族意見だけでなく、医師や看護師から聴取した内容も反映してケアプランを更新しています。朝食時間を微調整し、部屋掃除の日課もケアプランに位置付けて、本人本位の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。	複数台のタブレットを用いて介護記録をおこなうことでリアルタイムでの情報共有とケアの振り返りをしている。写真や動画を活用して、視認性のある記録、報告に努めている。より個別な記録については紙媒体のチェック表を作成して情報共有している。		
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、その時々にも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。	協力医療機関外の病院受診であってもご家族同行が難しければ施設職員が同行している。大人数での面会希望があれば地域交流室を開放して対応している。在宅復帰希望がある方にはそこに向けた環境整備をおこなう等、柔軟な対応に努めている。		
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。	外出行事では地域の公園や神社仏閣などに出かけている。そこで出会う人たちと交流したりして楽しんでいただいている。近隣のスーパーマーケットで職員と入居者が一緒に買い出しをおこなう等している。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居時に協力医療機関の説明をおこない同意を頂いている。例えば専門外来の必要性など特別な事情がある場合には従前のかかりつけ医に継続通院していただいている。協力医療機関外はご家族同行を基本としながら、希望があれば施設職員が対応している。	本人と家族が協力医療機関の内科医を選択しており、入居後直ぐに初回受診となります。管理者と訪問看護師から日頃の状況を医師に伝え、受診内容は職員間で共有し、状況に応じて家族にも報告しています。BPSD症状の激しい人や処方薬調整の必要なケースには、認知症サポート医が対応しています。	

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
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。	訪問看護ステーションと協定を結び、24時間の連絡体制を確保している。事故や急変時だけでなく、少なくとも週に3回は看護師が施設訪問を実施して処置や受診対応をしている。都度、報告や相談をおこない日常的な介護の助言、指導を受けている。		
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。	入院が必要な場合、症状にもよるが第一選択先として協力医療機関のベッドが確保されている。入居者の体調異変が予測されるか否か訪問診療で常に協議している。それ以外の医療機関であっても、入時時から施設復帰を想定して、相談員と連絡を取っている。		
33	15	○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。	入居契約時に重度化対応に関する指針の説明を行い、訪問医からも改めて重度化対応の確認を取っている。体調変化の度に管理者や医師から家族に意向の確認をおこない方針を定めている。ご本人に苦痛が無い限りは看取り対応をおこない、その実績もある。	入居時に看取りの指針を読み合わせ、基本的に緩和ケアや医療処置を要する対応はできないことなど、詳細などを説明しています。状態変化の都度、揺れ動く本人や家族の気持ちに寄り添って、ケアの方向性を確認しています。旅立ちの後は事業所で過ごした姿を職員間で偲び、家族に写真を送る時もあります。	
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。	急変や事故発生時の対応、連絡体制についてフローチャートを作成して各ユニットの事務所に掲示している。入職時には必ずオリエンテーションで指導している。日常から管理者や訪問看護師への連絡、報告を各職員が実践してフローチャートを理解できている。		
35	16	○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。	入居者にも参加してもらい年2回の避難訓練を実施している。火災避難訓練を主として被災想定を変えた訓練を積んでいる。災害時用備蓄品は職員数に加え数名の余剰分を備蓄している。地域との協力体制について検討している段階。	昼夜の火災を想定した避難訓練では、利用者が階段下降を実際に行い、災害時対策を見直しています。地域からは余剰備蓄の依頼を提案されていますが、経済面を考慮して検討中です。BCP(業務継続計画)は作成済みであり、発電機の購入を稟議に諮っています。	地域との関係構築は始まったばかりであり、災害時の協力体制はまだ具体化されていません。手始めとして事業所と地域、双方の防災訓練に参加し合い、現状の防災体制を確認することが期待されます。

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	17	○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。	入居者に対しては日頃から丁寧語とやや砕けた言葉を環境に応じて使い分けて対応している。介護記録で使用するタブレットはパスワードを設定して職員以外が観覧できないようにしている。個人情報に繋がる書類は鍵付き書庫に保管している。	ペーパー類を収集する利用者には、使用済みの紙類はそっとゴミ箱に捨て、未使用のペーパー類を差し出して落ち着きどころを見極めていきます。利用者は自分の行動が認められていると感じて、安定した心持ちになります。トイレ誘導は耳元で小声で誘い、羞恥心へ対応しています。	
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。	生活の中で入居者自らの意思決定ができるように、選択肢のある声のかけ方に努めている。例えば「宜しいですか？どちらにしますか？」等。言語で希望を表出できない場合には、表情や仕草から本人の意向を汲み取って支援している。		
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。	施設の1日のスケジュールは設定されているが、個人の希望に応じて、起床、食事、入浴等の時間の前後や日程調整をしている。レクリエーションは強制参加でなく、入居者同士の関係性や、個人の希望によって選択できるようにしている。		
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。	日中着と寝衣の着替えをおこない、メリハリのある生活が送れるように支援支援している。個人の能力に応じた整容介助を実践している。訪問理美容でヘアカットやカラーをおこない、おしゃれを楽しんでいたようにしている。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	日常の食事は外部委託で栄養管理が行き渡った物を湯煎提供している。パン食や麺食も用意して飽きのないようにしている。各月で行事食の機会を設けて、食でも季節を感じ取れるように工夫している。入居者には、能力に応じて、後片付等に参加して頂いている。	利用者はテーブル拭き、箸並べ、下膳、食器洗い、食器拭きなどの役割を持って、食事準備に積極的に参加しています。行事食については、法人グループの特養の管理栄養士にメニューを相談し、事業所で調理する時もあります。買い物や手作りおやつやのレクリエーションも行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	介護記録をおこない、一人ひとりの食事摂取量や水分量を把握している。摂取不足の場合には、提供時間や場所の変更、食形態や食器具の工夫、ご家族にも協力いただき嗜好品の準備をする等している。医療にも適宜相談して栄養補助食品の処方等で対応している。		
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。	食事前に口腔体操を行い咀嚼・嚥下機能の低下予防に努めている。毎食後の口腔ケアを個人の能力に合わせた介助方法で実施している。訪問歯科医及び歯科衛生士に、口腔ケアに係る助言と指導を頂いて実践している。		
43	19	○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。	個人の能力に合わせて介助内容を選択している。日中はトイレで夜間はオムツの方も居れば、終日オムツの方も居る。排泄の自立支援のため車椅子の自走訓練や物品を事前準備しておく等の環境調整をおこない、要介助から自立まで改善されたケースがある。	利用者の排泄状況について複数の職員から意見を聞き取り、より快適になるようパットやリハビリパンツの量や形を工夫しています。トイレでの排泄を大切にしており、尿意便意があれば車いすでのトイレ移動を試行したり、自宅復帰を目指す人にはトイレ内動作の訓練をフォローするなどしています。	
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。	水分摂取量を確保するために、お茶だけでなく、牛乳や豆乳、ジュースやスポーツドリンク等、個人の嗜好を取り入れて提供している。体操や掃除を日課としておこない身体運動を促している。便秘症の方は医療職と相談して排便コントロールをおこなっている。		
45	20	○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。	週に2回入浴できるスケジュールを組んでいる。個人の体調や希望に応じて適宜スケジュール調整している。能力に応じた介助をおこない、過干渉を避けて、プライベートな空間づくりに努めている。	利用者と1対1になれる浴室では、利用者の思いをじっくりと傾聴するように心掛けています。またあざや傷などに注意し、全身の観察にも努めています。左右可動式の浴槽を設置しているため、またぎ越しや座位での出入りの身体負担が図られています。	

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。	見守り支援システムを活用して、不必要な訪室を避けて入眠を妨げない工夫をしている。睡眠データを数値化して、看護師や医師に情報提供おこない、睡眠状況の改善に努めている。起床時間は個別に応じて幅を持たせることで、良質な睡眠を確保している。		
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。	持参薬、処方薬について、その内容と目的について介護・診療記録、薬状の確認をおこない、わからないことは看護師、薬剤師に相談して、服薬支援をおこなっている。服薬時には間違いの無いようにダブルチェックを実施している。		
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。	掃除、食事の盛付や後片付け、リネンや洗濯物をたたむなど、IADLの維持とやりがいを目的に、個人の能力に合わせて参加いただいている。ご家族に嗜好品を用意していただき、楽しく、美味しく食事ができるように工夫している。		
49	21	○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。	感染症の罹患など体調管理に十分配慮しながら外出行事をおこなっている。行事でなくても、職員の付き添い、または家族に付き添っていただいて、個人のADLに合わせて近隣の散歩も実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出外泊も実施している。	初詣、桜や紫陽花の花見、ドライブがてらの紅葉狩りなどに興じて、利用者も職員も気分をリフレッシュしています。家族と墓参りに行ったり、ファミリーレストランでの食事を楽しむ人もいます。散歩の時間が取りづらい時でも、事業所前の道路で外気を浴びる時間を作り出すよう努めています。	日中は1フロア2人体制であり、近隣の散歩もなかなか実施しづらい状況です。外出ボランティアを活用するなど地域資源の活用が期待されます。
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。	施設として預り金の設定はない。認知症状を理由として特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。レクリエーションの一環として職員と地域のスーパーマーケットで買い物を共におこない、社会的な交流、認知機能の賦活に繋がる様に支援している。		

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。	電話やLINE面会（ビデオ通話）の取次ぎを実施している。手紙のやり取りについても、届いた手紙が読めない方には代読するなど能力に応じた支援をおこなっている。携帯電話をお持ちの方には使用方法をレクチャーするなどの支援をおこなっている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共用部分は機械式24時間換気と排煙口の開放で適宜換気をおこなっている。業務フロアに共用部の清掃・消毒を定めて清潔で居心地の良い空間を保つように実施している。入居者の能力に応じて清掃に参加して頂いている。調光は入居者の生活リズムに合わせて職員が管理している。	窓ガラスから柔らかな光が差し込むリビングでは、フロアごとに組み合わせが工夫されたテーブルが3脚、テレビを眺める人や他利用者の気配を感じながらソファで一人落ち着く時間を過ごす人もいます。キャビネットストッパーやバリアフリーの床により安全を確保しています。	
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。	介護度、認知症のレベル、入居者間の関係性に応じて食席を設定している。一人でゆっくりしたい方には居室で休む時間を設け、決して集団行動を強要しない。積極的な交流を望む方には複数名で楽しめるレクや場所を提供するなど個別対応に努めている。		
54	23	○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。	危険物や衛生管理が困難な物を除いて持ち込みは可能。照明・A/C・介護ベッドは標準装備。ご家族ご本人と相談しながら室内のレイアウトを決めている。職員は定期清掃をおこないますが、できる範囲でご本人にも参加いただきます。	居室に飾った人形のドレスを指して「私が編んだのよ」と誇らし気に語る人がいます。自宅から持ち込んだ仏壇に亡き夫や親族の写真を置いて、合掌する人もいます。利用者は自分のアイデンティティーを表す品々に囲まれ、安心して穏やかに過ごしています。	
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。	一人でも迷わないように居室には表札、トイレはピクトグラムや張り紙で場所を示している。食堂や廊下等の共有スペースには手摺を設置して、1人でも安全に移動できるように工夫している。		

事業所名	ラポール菅生
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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	事業所の理念を毎日の朝礼で唱和をおこない、事務所に掲示することで意識づけをしている。利用者のケア方針について話し合う際には「その人らしく自由に」という理念に沿って話し合うことが出来ている。		
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。	地域町内会の準会員に継続加入している。感染症があり夏祭りには参加できなかったが、菅生神社例大祭では子供太鼓連の練り歩きがあり、施設前の駐車所を休憩所として立ち寄っていただき貴重な交流をおこなうことができた。		
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。	運営推進会議で事業所の取り組み内容を報告、会議内容と議事録はホームページに掲載している。地域交流室を活用して社会情勢を踏まえた講習会を宮前警察署から出張で開催していただくなど地域の方への情報発信に努めている。		
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。	5月.7月.9月.11月.1月.3月（予定）と運営基準に定められた通りに地域交流室で会議を開催しています。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族が委員となっています。施設からの報告だけでなく、委員からアドバイスや情報提供をいただいています。		
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。	令和6年度の下半期は川崎市介護サービス相談員派遣事業を活用してサービスの質向上に取り組んでいる。宮前区地域見守り支援センター衛生課主催の感染症研修に参加して学びを深めている。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束指針に基づき、身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。介護内容に変更が生じる時にはご家族にも報告、相談をしている。		
7	6	○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。	虐待防止のための指針に基づき、身体拘束廃止委員会を年に2回以上開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うこと、自身行動は勿論、他介護職の言動で気になったことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。		
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に支援している。	プライバシー保護に関する研修にて、要介護者であっても人としての尊厳が失われることが無いように注意を払う必要性を学び、実践することができている。日常生活自立支援事業や成年後見制度について話し合う機会はなかった。		
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。	初回問い合わせは電話にて、施設見学や入居契約は対面にて説明する時間を設けている。資料を用いた説明だけでなく、施設内の各所を回覧していただいて、施設の実態をご覧いただき、生活の様子を感じていただけるように努めている。		
10	7	○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。	意見箱を玄関に常時設置している。ご家族と施設間のLINE登録を勧めていてスピード間を持った連絡体制に努めている。電話やeメール、面会の際など利用者や家族からのご意見、ニーズを伺え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
11	8	○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。	職員個別の意見については、少なくとも正社員については年2回以上、非常勤についても年1回以上の面談機会を設けている。他、適宜個別面談の時間を設けている。ユニット会議で、ユニット単位のまとまった意見を集めている。		
12	9	○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。	法人の人事評価制度に基づき、個々の評価をおこない、個々の努力に応じて、賞与及び処遇改善の分配に繋げている。法人として、福利厚生、メンタル相談の窓口を整備して、職場の衛生管理に努めている。		
13	10	○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。	新入職員は管理者からのオリエンテーションの後、配属ユニットでOJTを受けて独り立ちします。正社員については法人として資格取得支援制度を設けており、介護福祉士資格だけでなく、認知症に係る資格取得を勧め、個人の育成を進めています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	法人グループ内での会議、研修や交流会を通して、管理者のネットワークづくりや、情報交換をおこない、サービスの質の向上に努めている。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居検討に至る経緯、困っていること、不安なことをヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。疑問について丁寧な説明に努めている。		

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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、入居検討に至る経緯、困っていること、不安なこと、グループホームについての疑問などについて、ご家族にヒアリングをおこない、疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、利用者とその家族のニーズを聞き取るようにしている。グループホームで出来ること出来ないことを明確に説明して、サービスのミスマッチが内容に努めている。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、過剰な介護によって有する力を失わないように努めている。個別の能力に応じて掃除や洗濯などの家事を役割として担っていただいている。行事ごとでは、盛り上げ役として参加していただくこともある。		
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。	特変時には勿論、面会に来られた際には近況報告をおこない、ご家族からもご自宅でおこなっていたケアや生活の様子を伺い、アドバイスを頂いている。日用品や、嗜好品の準備に協力いただき、本人が気持ちよく生活できるように共に支援している。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居前のアセスメントでは、ご本人、ご家族、ケアマネージャーなどから、今までの人間関係や習慣をヒアリングしている。入居後もご家族から継続して情報を集め、ご友人との手紙のやり取り、面会をする等、関係性の継続支援に努めている。		

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。	個人の性格、認知症の進行度合い、交流の様子などを考慮して食席を配置するなど、皆が気持ちよく過ごせる共用空間づくりを意識している。行事やレクリエーション、日課等の行動を共にして、他者との繋がり、関わり合いを持てるように工夫している。		
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。	病院への転院、他施設への転居、お看取りなど様々な契約終了ケースがあった。契約終了後も役所手続きのために書類作成をして欲しい等の求めがあった場合には対応している。お看取りの後にはグリーフケアの一つとして、施設生活の写真をお渡しする等している		
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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に対する意向をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者からも話を聞き、これまでのご本人の思い、家族の思いを把握している。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に至る経過をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者にもサマリーの提供を求めて、生活歴、病歴等、これまでの経過を把握している。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、できる能力の把握に努めている。見守り支援システムを活用して就寝時の身体状況をデータ化して生活ペースを把握している。バイタルサインや体重、食事量などを記録に残し、平常値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	13	○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。	日々の生活や介護の中から本人のニーズをみつけている。ご家族からは、体調変化時は勿論、面会時などにも意向やアドバイスを聞き取っている。看護師や医師にも意見をもらい、担当者会議で協議して計画作成担当者が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。	複数台のタブレットを用いて介護記録をおこなうことでリアルタイムでの情報共有とケアの振り返りをしている。写真や動画を活用して、視認性のある記録、報告に努めている。より個別な記録については紙媒体のチェック表を作成して情報共有している。		
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、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	協力医療機関外の病院受診であってもご家族同行が難しくければ施設職員が同行している。大人数での面会希望があれば地域交流室を開放して対応している。在宅復帰希望がある方にはそこに向けた環境整備をおこなう等、柔軟な対応に努めている。		
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。	外出行事では地域の公園や神社仏閣などに出かけている。そこで出会う人たちと交流したりして楽しんでいただいている。近隣のスーパーマーケットで職員と入居者が一緒に買い出しをおこなう等している。		
30	14	○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。	入居時に協力医療機関の説明をおこない同意を頂いている。例えば専門外来の必要性など特別な事情がある場合には従前のかかりつけ医に継続通院していただいている。協力医療機関外はご家族同行を基本としながら、希望があれば施設職員が対応している。		

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。	訪問看護ステーションと協定を結び、24時間の連絡体制を確保している。 事故や急変時だけでなく、少なくとも週に3回は看護師が施設訪問を実施して処置や受診対応をしている。都度、報告や相談をおこない日常的な介護の助言、指導を受けている。		
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。	入院が必要な場合、症状にもよるが第一選択先として協力医療機関のベッドが確保されている。入居者の体調異変が予測されるか否か訪問診療で常に協議している。それ以外の医療機関であっても、入時時から施設復帰を想定して、相談員と連絡を取っている。		
33	15	○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。	入居契約時に重度化対応に関する指針の説明を行い、訪問医からも改めて重度化対応の確認を取っている。体調変化の度に管理者や医師から家族に意向の確認をおこない方針を定めている。 ご本人に苦痛が無い限りは看取り対応をおこない、その実績もある。		
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。	急変や事故発生時の対応、連絡体制についてフローチャートを作成して各ユニットの事務所に掲示している。入職時には必ずオリエンテーションで指導している。日常から管理者や訪問看護師への連絡、報告を各職員が実践してフローチャートを理解できている。		
35	16	○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。	入居者にも参加してもらい年2回の避難訓練を実施している。火災避難訓練を主として被災想定を変えた訓練を積んでいる。災害時用備蓄品は職員数に加え数名の余剰分を備蓄している。地域との協力体制について検討している段階。		

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	17	○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。	入居者に対しては日頃から丁寧語とやや砕けた言葉を環境に応じて使い分けて対応している。介護記録で使用するタブレットはパスワードを設定して職員以外が観覧できないようにしている。個人情報に繋がる書類は鍵付き書庫に保管している。		
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。	生活の中で入居者自らの意思決定ができるように、選択肢のある声のかけ方に努めている。例えば「宜しいですか？どちらにしますか？」等。言語で希望を表出できない場合には、表情や仕草から本人の意向を汲み取って支援している。		
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。	施設の1日のスケジュールは設定されているが、個人の希望に応じて、起床、食事、入浴等の時間の前後や日程調整をしている。レクリエーションは強制参加でなく、入居者同士の関係性や、個人の希望によって選択できるようにしている。		
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。	日中着と寝衣の着替えをおこない、メリハリのある生活が送れるように支援支援している。個人の能力に応じた整容介助を実践している。訪問理美容でヘアカットやカラーをおこない、おしゃれを楽しんでいたくようにしている。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	日常の食事は外部委託で栄養管理が行き渡った物を湯煎提供している。パン食や麺食も用意して飽きのないようにしている。各月で行事食の機会を設けて、食でも季節を感じ取れるように工夫している。入居者には、能力に応じて、後片付等に参加して頂いている。		

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
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。	介護記録をおこない、一人ひとりの食事摂取量や水分量を把握している。摂取不足の場合には、提供時間や場所の変更、食形態や食器具の工夫、ご家族にも協力いただき嗜好品の準備をする等している。医療にも適宜相談して栄養補助食品の処方等で対応している。		
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。	食事前に口腔体操を行い咀嚼・嚥下機能の低下予防に努めている。毎食後の口腔ケアを個人の能力に合わせた介助方法で実施している。訪問歯科医及び歯科衛生士に、口腔ケアに係る助言と指導を頂いて実践している。		
43	19	○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。	個人の能力に合わせて介助内容を選択している。日中はトイレで夜間はオムツの方も居れば、終日オムツの方も居る。排泄の自立支援のため車椅子の自走訓練や物品を事前準備しておく等の環境調整をおこない、要介助から自立まで改善されたケースがある。		
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。	水分摂取量を確保するために、お茶だけでなく、牛乳や豆乳、ジュースやスポーツドリンク等、個人の嗜好を取り入れて提供している。体操や掃除を日課としておこない身体運動を促している。便秘症の方は医療職と相談して排便コントロールをおこなっている。		
45	20	○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。	週に2回入浴できるスケジュールを組んでいる。個人の体調や希望に応じて適宜スケジュール調整している。能力に応じた介助をおこない、過干渉を避けて、プライベートな空間づくりに努めている。		

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
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。	見守り支援システムを活用して、 unnecessary 訪室を避けて入眠を妨げない工夫をしている。睡眠データを数値化して、看護師や医師に情報提供おこない、睡眠状況の改善に努めている。起床時間は個別に応じて幅を持たせることで、良質な睡眠を確保している。		
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。	持参薬、処方薬について、その内容と目的について介護・診療記録、薬状の確認をおこない、わからないことは看護師、薬剤師に相談して、服薬支援をおこなっている。服薬時には間違いの無いようにダブルチェックを実施している。		
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。	掃除、食事の盛付や後片付け、リネンや洗濯物をたたむなど、IADLの維持とやりがいを目的に、個人の能力に合わせて参加いただいている。ご家族に嗜好品を用意していただき、楽しく、美味しく食事ができるように工夫している。		
49	21	○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。	感染症の罹患など体調管理に十分配慮しながら外出行事をおこなっている。行事でなくても、職員の付き添い、または家族に付き添っていただいて、個人のADLに合わせて近隣の散歩も実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出外泊も実施している。		
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。	施設として預り金の設定はない。認知症状を理由として特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。レクリエーションの一環として職員と地域のスーパーマーケットで買い物を共におこない、社会的な交流、認知機能の賦活に繋がる様に支援している。		

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。	電話やLINE面会（ビデオ通話）の取次ぎを実施している。手紙のやり取りについても、届いた手紙が読めない方には代読するなど能力に応じた支援をおこなっている。携帯電話をお持ちの方には使用方法をレクチャーするなどの支援をおこなっている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共用部分は機械式24時間換気と排煙口の開放で適宜換気をおこなっている。業務フローに共用部の清掃・消毒を定めて清潔で居心地の良い空間を保つように実施している。入居者の能力に応じて清掃に参加して頂いている。調光は入居者の生活リズムに合わせて職員が管理している。		
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。	介護度、認知症のレベル、入居者間の関係性に応じて食席を設定している。一人でゆっくりしたい方には居室で休む時間を設け、決して集団行動を強要しない。積極的な交流を望む方には複数名で楽しめるレクや場所を提供するなど個別対応に努めている。		
54	23	○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。	危険物や衛生管理が困難な物を除いて持ち込みは可能。照明・A/C・介護ベッドは標準装備。ご家族ご本人と相談しながら室内のレイアウトを決めている。職員は定期清掃をおこないますが、できる範囲でご本人にも参加いただきます。		
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。	一人でも迷わないように居室には表札、トイレはピクトグラムや張り紙で場所を示している。食堂や廊下等の共有スペースには手摺を設置して、1人でも安全に移動できるように工夫している。		

事業所名	ラポール菅生
ユニット名	ユニット3

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、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。	事業所の理念を毎日の朝礼で唱和をおこない、事務所に掲示することで意識づけをしている。利用者のケア方針について話し合う際には「その人らしく自由に」という理念に沿って話し合うことが出来ている。		
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。	地域町内会の準会員に継続加入している。感染症があり夏祭りには参加できなかったが、菅生神社例大祭では子供太鼓連の練り歩きがあり、施設前の駐車所を休憩所として立ち寄っていただき貴重な交流をおこなうことができた。		
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。	運営推進会議で事業所の取り組み内容を報告、会議内容と議事録はホームページに掲載している。地域交流室を活用して社会情勢を踏まえた講習会を宮前警察署から出張で開催していただくなど地域の方への情報発信に努めている。		
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。	5月.7月.9月.11月.1月.3月（予定）と運営基準に定められた通りに地域交流室で会議を開催しています。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族が委員となっています。施設からの報告だけでなく、委員からアドバイスや情報提供をいただいています。		
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。	令和6年度の下半期は川崎市介護サービス相談員派遣事業を活用してサービスの質向上に取り組んでいる。宮前区地域見守り支援センター衛生課主催の感染症研修に参加して学びを深めている。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束指針に基づき、身体拘束廃止委員会を3か月に1回開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。介護内容に変更が生じる時にはご家族にも報告、相談をしている。		
7	6	○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。	虐待防止のための指針に基づき、身体拘束廃止委員会を年に2回以上開催している。職員は日々の介護の中で疑問に思うこと、自身行動は勿論、他介護職の言動で気になったことについて上長に相談して解決策を話し合うことができている。		
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に支援している。	プライバシー保護に関する研修にて、要介護者であっても人としての尊厳が失われることが無いように注意を払う必要性を学び、実践することができている。日常生活自立支援事業や成年後見制度について話し合う機会はなかった。		
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。	初回問い合わせは電話にて、施設見学や入居契約は対面にて説明する時間を設けている。資料を用いた説明だけでなく、施設内の各所を回覧していただいて、施設の実態をご覧いただき、生活の様子を感じていただけるように努めている。		
10	7	○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。	意見箱を玄関に常時設置している。ご家族と施設間のLINE登録を勧めていてスピード間を持った連絡体制に努めている。電話やeメール、面会の際など利用者や家族からのご意見、ニーズを伺え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
11	8	○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。	職員個別の意見については、少なくとも正社員については年2回以上、非常勤についても年1回以上の面談機会を設けている。他、適宜個別面談の時間を設けている。ユニット会議で、ユニット単位のまとまった意見を集めている。		
12	9	○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。	法人の人事評価制度に基づき、個々の評価をおこない、個々の努力に応じて、賞与及び処遇改善の分配に繋げている。法人として、福利厚生、メンタル相談の窓口を整備して、職場の衛生管理に努めている。		
13	10	○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。	新入職員は管理者からのオリエンテーションの後、配属ユニットでOJTを受けて独り立ちします。正社員については法人として資格取得支援制度を設けており、介護福祉士資格だけでなく、認知症に係る資格取得を勧め、個人の育成を進めています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	法人グループ内での会議、研修や交流会を通して、管理者のネットワークづくりや、情報交換をおこない、サービスの質の向上に努めている。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居検討に至る経緯、困っていること、不安なことをヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。疑問について丁寧な説明に努めている。		

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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、入居検討に至る経緯、困っていること、不安なこと、グループホームについての疑問などについて、ご家族にヒアリングをおこない、疑問について丁寧な説明に努めている。		
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。	入居問い合わせ、施設見学、入居前アセスメントの各段階で、利用者とその家族のニーズを聞き取るようにしている。グループホームで出来ること出来ないことを明確に説明して、サービスのミスマッチが内容に努めている。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、過剰な介護によって有する力を失わないように努めている。個別の能力に応じて掃除や洗濯などの家事を役割として担っていただいている。行事ごとでは、盛り上げ役として参加していただくこともある。		
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。	特変時には勿論、面会に来られた際には近況報告をおこない、ご家族からもご自宅でおこなっていたケアや生活の様子を伺い、アドバイスを頂いている。日用品や、嗜好品の準備に協力いただき、本人が気持ちよく生活できるように共に支援している。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	入居前のアセスメントでは、ご本人、ご家族、ケアマネージャーなどから、今までの人間関係や習慣をヒアリングしている。入居後もご家族から継続して情報を集め、ご友人との手紙のやり取り、面会をする等、関係性の継続支援に努めている。		

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。	個人の性格、認知症の進行度合い、交流の様子などを考慮して食席を配置するなど、皆が気持ちよく過ごせる共用空間づくりを意識している。行事やレクリエーション、日課等の行動を共にして、他者との繋がり、関わり合いを持てるように工夫している。		
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。	病院への転院、他施設への転居、お看取りなど様々な契約終了ケースがあった。契約終了後も役所手続きのために書類作成をして欲しい等の求めがあった場合には対応している。お看取りの後にはグリーフケアの一つとして、施設生活の写真をお渡しする等している		
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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に対する意向をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者からも話を聞き、これまでのご本人の思い、家族の思いを把握している。		
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。	入居前のアセスメントでは、主にご家族から入居に至る経過をヒアリングしているが、必ずご本人とも面談をして思いの把握に努めている。ケアマネージャー、施設や病院の担当者にもサマリーの提供を求めて、生活歴、病歴等、これまでの経過を把握している。		
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。	ご本人ができない所を支援する姿勢で介護をおこない、できる能力の把握に努めている。見守り支援システムを活用して就寝時の身体状況をデータ化して生活ペースを把握している。バイタルサインや体重、食事量などを記録に残し、平常値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	13	○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。	日々の生活や介護の中から本人のニーズをみつけている。ご家族からは、体調変化時は勿論、面会時などにも意向やアドバイスを聞き取っている。看護師や医師にも意見をもらい、担当者会議で協議して計画作成担当者が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。	複数台のタブレットを用いて介護記録をおこなうことでリアルタイムでの情報共有とケアの振り返りをしている。写真や動画を活用して、視認性のある記録、報告に努めている。より個別な記録については紙媒体のチェック表を作成して情報共有している。		
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、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	協力医療機関外の病院受診であってもご家族同行が難しくければ施設職員が同行している。大人数での面会希望があれば地域交流室を開放して対応している。在宅復帰希望がある方にはそこに向けた環境整備をおこなう等、柔軟な対応に努めている。		
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。	外出行事では地域の公園や神社仏閣などに出かけている。そこで出会う人たちと交流したりして楽しんでいただいている。近隣のスーパーマーケットで職員と入居者が一緒に買い出しをおこなう等している。		
30	14	○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。	入居時に協力医療機関の説明をおこない同意を頂いている。例えば専門外来の必要性など特別な事情がある場合には従前のかかりつけ医に継続通院していただいている。協力医療機関外はご家族同行を基本としながら、希望があれば施設職員が対応している。		

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。	訪問看護ステーションと協定を結び、24時間の連絡体制を確保している。 事故や急変時だけでなく、少なくとも週に3回は看護師が施設訪問を実施して処置や受診対応をしている。都度、報告や相談をおこない日常的な介護の助言、指導を受けている。		
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。	入院が必要な場合、症状にもよるが第一選択先として協力医療機関のベッドが確保されている。入居者の体調異変が予測されるか否か訪問診療で常に協議している。それ以外の医療機関であっても、入時時から施設復帰を想定して、相談員と連絡を取っている。		
33	15	○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。	入居契約時に重度化対応に関する指針の説明を行い、訪問医からも改めて重度化対応の確認を取っている。体調変化の度に管理者や医師から家族に意向の確認をおこない方針を定めている。 ご本人に苦痛が無い限りは看取り対応をおこない、その実績もある。		
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。	急変や事故発生時の対応、連絡体制についてフローチャートを作成して各ユニットの事務所に掲示している。入職時には必ずオリエンテーションで指導している。日常から管理者や訪問看護師への連絡、報告を各職員が実践してフローチャートを理解できている。		
35	16	○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。	入居者にも参加してもらい年2回の避難訓練を実施している。火災避難訓練を主として被災想定を変えた訓練を積んでいる。災害時用備蓄品は職員数に加え数名の余剰分を備蓄している。地域との協力体制について検討している段階。		

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	17	○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。	入居者に対しては日頃から丁寧語とやや砕けた言葉を環境に応じて使い分けて対応している。介護記録で使用するタブレットはパスワードを設定して職員以外が観覧できないようにしている。個人情報に繋がる書類は鍵付き書庫に保管している。		
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。	生活の中で入居者自らの意思決定ができるように、選択肢のある声のかけ方に努めている。例えば「宜しいですか？どちらにしますか？」等。言語で希望を表出できない場合には、表情や仕草から本人の意向を汲み取って支援している。		
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。	施設の1日のスケジュールは設定されているが、個人の希望に応じて、起床、食事、入浴等の時間の前後や日程調整をしている。レクリエーションは強制参加でなく、入居者同士の関係性や、個人の希望によって選択できるようにしている。		
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。	日中着と寝衣の着替えをおこない、メリハリのある生活が送れるように支援支援している。個人の能力に応じた整容介助を実践している。訪問理美容でヘアカットやカラーをおこない、おしゃれを楽しんでいたくようにしている。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	日常の食事は外部委託で栄養管理が行き渡った物を湯煎提供している。パン食や麺食も用意して飽きのないようにしている。各月で行事食の機会を設けて、食でも季節を感じ取れるように工夫している。入居者には、能力に応じて、後片付等に参加して頂いている。		

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
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。	介護記録をおこない、一人ひとりの食事摂取量や水分量を把握している。摂取不足の場合には、提供時間や場所の変更、食形態や食器具の工夫、ご家族にも協力いただき嗜好品の準備をする等している。医療にも適宜相談して栄養補助食品の処方等で対応している。		
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。	食事前に口腔体操を行い咀嚼・嚥下機能の低下予防に努めている。毎食後の口腔ケアを個人の能力に合わせた介助方法で実施している。訪問歯科医及び歯科衛生士に、口腔ケアに係る助言と指導を頂いて実践している。		
43	19	○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。	個人の能力に合わせて介助内容を選択している。日中はトイレで夜間はオムツの方も居れば、終日オムツの方も居る。排泄の自立支援のため車椅子の自走訓練や物品を事前準備しておく等の環境調整をおこない、要介助から自立まで改善されたケースがある。		
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。	水分摂取量を確保するために、お茶だけでなく、牛乳や豆乳、ジュースやスポーツドリンク等、個人の嗜好を取り入れて提供している。体操や掃除を日課としておこない身体運動を促している。便秘症の方は医療職と相談して排便コントロールをおこなっている。		
45	20	○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。	週に2回入浴できるスケジュールを組んでいる。個人の体調や希望に応じて適宜スケジュール調整している。能力に応じた介助をおこない、過干渉を避けて、プライベートな空間づくりに努めている。		

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
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。	見守り支援システムを活用して、 unnecessary 訪室を避けて入眠を妨げない工夫をしている。睡眠データを数値化して、看護師や医師に情報提供おこない、睡眠状況の改善に努めている。起床時間は個別に応じて幅を持たせることで、良質な睡眠を確保している。		
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。	持参薬、処方薬について、その内容と目的について介護・診療記録、薬状の確認をおこない、わからないことは看護師、薬剤師に相談して、服薬支援をおこなっている。服薬時には間違いの無いようにダブルチェックを実施している。		
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。	掃除、食事の盛付や後片付け、リネンや洗濯物をたたむなど、IADLの維持とやりがいを目的に、個人の能力に合わせて参加いただいている。ご家族に嗜好品を用意していただき、楽しく、美味しく食事ができるように工夫している。		
49	21	○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。	感染症の罹患など体調管理に十分配慮しながら外出行事をおこなっている。行事でなくても、職員の付き添い、または家族に付き添っていただいて、個人のADLに合わせて近隣の散歩も実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出外泊も実施している。		
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。	施設として預り金の設定はない。認知症状を理由として特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。レクリエーションの一環として職員と地域のスーパーマーケットで買い物を共におこない、社会的な交流、認知機能の賦活に繋がる様に支援している。		

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。	電話やLINE面会（ビデオ通話）の取次ぎを実施している。手紙のやり取りについても、届いた手紙が読めない方には代読するなど能力に応じた支援をおこなっている。携帯電話をお持ちの方には使用方法をレクチャーするなどの支援をおこなっている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共用部分は機械式24時間換気と排煙口の開放で適宜換気をおこなっている。業務フローに共用部の清掃・消毒を定めて清潔で居心地の良い空間を保つように実施している。入居者の能力に応じて清掃に参加して頂いている。調光は入居者の生活リズムに合わせて職員が管理している。		
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。	介護度、認知症のレベル、入居者間の関係性に応じて食席を設定している。一人でゆっくりしたい方には居室で休む時間を設け、決して集団行動を強要しない。積極的な交流を望む方には複数名で楽しめるレクや場所を提供するなど個別対応に努めている。		
54	23	○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。	危険物や衛生管理が困難な物を除いて持ち込みは可能。照明・A/C・介護ベッドは標準装備。ご家族ご本人と相談しながら室内のレイアウトを決めている。職員は定期清掃をおこないますが、できる範囲でご本人にも参加いただきます。		
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。	一人でも迷わないように居室には表札、トイレはピクトグラムや張り紙で場所を示している。食堂や廊下等の共有スペースには手摺を設置して、1人でも安全に移動できるように工夫している。		

2024年度

事業所名 ラポール菅生
作成日： 令和7年4月21日

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	2	今後ボランティア団体などの事業所訪問をより進めることが期待されます。	新たなボランティアを受け入れ地域との付き合いを広げる。	現在来ていただいているボランティアからの横繋がりを広げる。社会福祉協議会の福祉情報サイトや川崎市のポータルサイトを活用して企画に合ったボランティアを見つける。適切なSNSをみつけ自社発信する。	6ヶ月
2	49	日中は1フロア2人体制であり、近隣の散歩もなかなか実施しづらい状況です。外出ボランティアを活用するなど地域資源の活用が期待されます。	全ての入居者を対象に近隣の散歩、外気浴の頻度が向上する。	日頃からご家族が定期的に訪れたり、外出外泊をされたりしている方についてはご家族協力を継続して頂く。新規職員の確保をおこない、フロアに余裕を持たせる。企画に合ったボランティアを見つける。	6ヶ月
3	4	市役所の担当者や民生委員などを委員として委嘱し、外部の意見を広く収集することが期待されます。	地域包括支援センター職員や、自治会長様などの委員が欠席された場合でも、知見者や地域の代表者が代理出席できるような状態をつくる。	委員の一人である自治会長様が会長職を退任されるため運営推進会議委員も退任される。後任の自治会長様が委員を引き継いで下さるため、今後の会議運営、新たに民生委員の構成員参加について相談していく。	6ヶ月
4	35	地域との関係性は始まったばかりであり、災害時の協力体制はまだ具体化されていません。手始めとして事業所と地域、双方の防災訓練に参加し合い、現状の防災体制を確認することが期待されます。	事業所と地域、双方の防災訓練に参加し合い、現状の防災体制を確認する。	運営推進会議等で情報収集、相談をおこない、宮前区総合防災訓練等に参加して地域の防災体制について確認する。施設の防災避難訓練、BCPの災害訓練等に外部の方にも参加して貰えるよう計画する。	12ヶ月
5	49	今後、川崎市の福利厚生制度などの導入も検討し、職員満足度を高めることが期待されます。	安定した職員数で事業運営をおこない、法人の福利厚生を活用できる時間や環境を作り職員満足度を高める。	法人がおこなっている福利厚生について改めて職員に説明して周知する。開催するイベント等に参加できる時間を作るため、新規職員を確保する。どんな福利厚生があるとよいのか職員からヒアリングして法人本部に共有する。	4ヶ月