

<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	1495100180
法人名	株式会社 ユニマット リタイアメント・コミュニティ
事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風
訪問調査日	2018年1月23日
評価確定日	2018年3月23日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 29 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	1495100180	事業の開始年月日	平成24年9月1日	
		指定年月日	平成24年9月1日	
法人名	株式会社 ユニマット リタイアメント・コミュニティ			
事業所名	川崎ナーシングヴィラそよ風			
所在地	(212-0055)			
	川崎市幸区南加瀬五丁目18番12号			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成30年1月9日	評価結果 市町村受理日		

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>明るくゆったりとした居室、広々とした食堂など生活空間はすべてバリアフリーとなっております。展望の優れた屋上、和室を備えたラウンジも用意しております。有料老人ホーム、デイサービスとの複合施設の利点を活かし、イベントへの参加やボランティアとの交流が活発に行われています。</p> <p>今年度も川崎市の「かわさき健幸福寿プロジェクト」に参加しております。昨年度は「かわさき健幸福寿プロジェクト」で良い評価をいただくことができました。</p>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成30年1月23日	評価機関 評価決定日	平成30年3月23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>●この事業所の経営母体は株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティです。同法人はデイサービス、グループホーム、ショートステイ、訪問介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業、福祉用具のレンタル・販売、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の運営など、幅広く高齢者福祉事業を全国的に展開しています。ここ、「川崎ナーシングヴィラそよ風」は1階にデイサービス、2階にグループホーム、3～5階は有料老人ホームとなっている複合型の事業所です。立地は「JR川崎駅」から15分程バスに乗り「南加瀬交番前」で下車した徒歩6分程の住宅街の中に位置し、近くには鶴見川が流れ、コンビニや公園もあり、散歩に適した場所にあります。オーナーの好意で、毎年クリスマスには華やかなイルミネーションが建物に装飾され、地域のイルミネーションスポットとしても注目を集めています。</p> <p>●ケアについては、管理者が川崎市主催の自立支援介護の研修に参加し、講師を務めている国際医療福祉大学大学院竹内孝仁教授の「自立支援」の考え方に共感し、事業所でも同様の自立支援方法を取り入れています。利用者が「したい」「やりたい」をあきらめずに生活できるように、適切な運動や食事、マッサージ等をケアに取り入れながら、利用者のADLの維持、改善に繋げています。その結果、昨年度参加した「かわさき健幸福寿プロジェクト」で、対象利用者3名の要介護度が改善され、川崎市より金賞を受賞しました。この結果を受け、事業所では「自立支援」に向けた支援を継続して、利用者と職員が和気あいあいと明るく過ごせる事業所を継続していきたいと考えています。また、管理者は以前からアニマルセラピーを導入したいと考えていましたが、昨年ようやくアニマルセラピーの方に来ていただくことができ、今後も継続していきたいと考えています。</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	川崎ナーシングヴィラそよ風
ユニット名	やまゆり

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、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	それぞれのユニットの理念は変えず、理念が実践できるようミーティングなどで確認しています。	法人では「共感・共創・共生を実現する為に…」を理念とし、理念を具現化する為の行動指針として、5つの目標を掲げています。事業所では法人の理念を踏まえて、各ユニット毎に理念を作成しています。理念は事務所に掲示して職員に周知し、ミーティング等でも行動指針や、ユニットの理念に沿ったケアが実践できているか確認しています。	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	町内会に加入し、回覧板の閲覧をしています。御神輿や盆踊り、町内会の行事に参加。また古新聞などのリサイクル活動に協力しています。クリスマスシーズンは施設の建物にイルミネーションが装飾され、地域の方に楽しんでいただいています。	町内会の回覧板を通じて地域の情報を把握し、盆踊りやどんと焼き等の行事に参加しています。事業所主催の夏祭りには地域の方々にも声をかけて参加を呼びかけたり、クリスマスには近所の子供達にお菓子を配っています。また、オーナーの好意もあり、毎年12月には華やかなイルミネーションが建物に装飾され、クリスマスの風物詩として地域のイルミネーションスポットになっています。	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	地域に少しでも貢献できるよう地域包括と連携を取っています。地域包括が行っているゆめみサロンに管理者は参加し地域の勉強会にも協力しています。			
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	偶数月に運営推進会議、奇数月には家族会を開催し日々の生活状況を報告し、意見要望などをいただきサービス向上につなげています。	運営推進会議は家族、民生委員、元自治会長、地域包括支援センター職員等の参加で2ヶ月に1回開催しています。事業所の状況や活動報告、民生委員の方から地域の情報をいただきながら意見交換を行っています。	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	行政主催の研修への参加や、不明なことに関しては電話で指導いただくようにしています。昨年度に引き続き川崎市の「健幸福寿プロジェクト」に参加しています。	川崎市健康福祉プロジェクトに参加し、昨年は利用者の要介護度等の改善を達成したことで金賞や銀賞を受賞する等、日々のケアの取り組みについて表彰を受けました。また、地域包括支援センター主催で行われた地域の方向けの勉強会に管理者が講師として招待を受けて参加する等、良好な関係を構築できています。今年度も引き続き川崎市の健康福寿プロジェクトに参加しています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	年間計画をもとに毎月勉強会を実施。身体拘束に関しては、年2回行っています。研修に参加できない職員も、研修資料で学びレポートを記入し理解、認識するようにしています。グループホームのユニット間は自由に行き来ができるようにしています。	年間研修にも身体拘束や虐待に関する項目が組み込まれており、グループホーム、介護付き有料老人ホーム、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業所の職員を2名ずつ選出し、施設全体で身体拘束委員会を結成しています。身体拘束の研修に関しては年2回実施し、全職員が受講できる体制を整えています。不適切な声かけや対応が見られた際にはその都度注意しています。	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	身体拘束同様、高齢者虐待についても定期的に勉強会を実施し、職員が共通の意識を持てるようにしています。		
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	外部で学ぶ機会を管理者や計画作成、リーダーが持ち、個々の必要性に合わせて活用できるようにしています。		
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	契約の締結、解約の際には十分な説明を行い、疑問などに対しても理解、納得していただけるようにしています。		
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	運営推進会議のほかに、2ヶ月に一度家族会を開催し、広く意見要望を聞き反映できるようにしています。事故報告、ヒヤリハット、苦情などを報告しています。御家族の来訪時には声を掛け、日常の暮らしぶりや変化を伝えています。	2ヶ月毎に家族会を開催しています。家族会では、利用者の日頃の近況報告を良し悪し含め正直に伝えることで、現状を把握していただくようにしています。また、家族間の交流を深めることで家族同士の親睦を深め意見や要望が言いやすいようにも配慮しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	施設全体の会議、毎月行われるグループホームユニットごとの会議で職員の意見、要望を聞くことができるようにしています。それ以外でも随時、何かあったら意見や提案に耳を傾けています。	毎月のユニット会議で職員からの意見や要望を聞く機会を設けている他、日頃からも現場に入り職員とのコミュニケーションを図っています。職員は平均勤続年数が4～5年と長く、管理者と職員は何でも話し合える関係が構築できています。管理者はシフトを作成する際にも、職員の希望休が取れるように配慮する等、職員が働きやすい職場環境作りに努めています。	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	年に1～2回職員との面談話し合いを持ち、個々の思いを聞き問題があれば解決に努めます。		
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	施設内では毎月勉強会を行っており、正社員、契約社員、パート職員の区別なく参加していただいています。施設外での研修は希望者には受講する機会を与えています。本社での研修会もあり、職員には参加していただいています。		
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	地域包括支援センターと地域での同業者のネットワークを作り、2ヶ月に一度交流する機会を設けています。また、同業者が行っているセミナーにも参加させていただいています。		
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	入居前にはご本人に面談し、当施設で穏やかな生活ができるか確認しています。また入居時にはご家族様に協力していただき、ご本人の生活歴や生活状況を職員が把握し、ご本人が安心して生活する場を確保するようにしています。		

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
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	家族のニーズや家庭状況の把握に努め、充分対話をする中で良好な関係作りに努めています。		
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	相談時には家族の思いをうかがい、状況を確認させていただいています。現状でできる支援とできない支援を判断し、できない場合は他のサービスなどを紹介させていただいています。		
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	グループホームとはどういう場所なのかを職員は理解し、ご入居者のできることは一緒に行い、ご入居者にとっては生活の場であるということを忘れないよう配慮しています。		
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	ご入居者をご家族と職員が一緒に支えられるよう、日頃の様子を細かく隠さずに報告するように心掛けています。ご家族との外出や面会などは制限を設けず、ご家族の思いには答えるようにしています。		
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	入居前より行っている馴染みの場所への外出などには制限を設けず、出かけていただけるよう支援をしています。また面会に対しても制限を設けないよう心掛けています。	入居以前から信仰している宗教の方の来訪、近隣に住んでいた方の来訪がある方、馴染みの理美容院に行っている方も含め、各々に、これまで築きあげてきた馴染みの人や場所との関係が途切れることなく継続出来るように支援しています。お正月には5階の有料老人ホームのスペースを活用して一緒に泊まれた方もいます。	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	できるだけ食堂に集まっていただく時間を増やし、ご入居者同士や職員が歓談できる環境を作っています。また職員がいないところでも歓談ができるようスペースを設けています。		
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	契約終了後も必要に応じて連絡したりし、何かあった場合は支援するようにしています。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居時の情報をもとにご本人の希望や意向に添えるよう、また入居後はご入居者に寄り添いながら思いや意向を把握できるようにしています。	入居時は家族にアセスメントシートを記入していただき、その情報を基に日々の関わりの中で寄り添いながら一人ひとりの思いや意向の把握しています。意思表示や思いを伝えるのが困難な方は、本人本位に検討しながら思いや意向の実現に努めています。家族の意向も尊重しつつ、本人の気持ちを大切にしながら、思いや意向を叶えられるように支援しています。	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	入居前にはご自宅に伺うなどしてご本人と面接を行い、ご家族からは生活歴などを書面でいただきご本人のことを把握できるようにしています。		
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	朝夕の申し送りで職員はご入居者の日々の変化を伝え、職員全員が現状を把握するよう努めています。		

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	
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	ご本人には日頃のかかわりの中で、ご家族には来訪時や電話連絡の際に思いや意見を伺っています。毎月、ユニット会議を行い職員も認識を統一し反映するようにしています。	職員全員参加で行う月1回のミーティングの中でケア会議を開催しています。日々の経過記録を基にモニタリングを行い、現状における課題等を抽出しながら計画作成者を中心に介護計画を作成しています。介護計画の見直しについては、3ヶ月毎の見直しを基本としていますが、状態の変化が生じた際にはその都度見直しを行っています。医療面で必要なことについては、かかりつけ医の居宅療養管理指導書を介護計画に落とし込んでいます。	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	個人記録には食事・水分・排泄やバイタルなどの身体状況や生活状況を記録し、特変などは申し送りで伝え、職員が情報を共有できるようにしています。			
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	24年度から医療連携（訪問看護）を始めました。通院対応がご家族で難しい場合は、施設で行うようにしています。また、ご家族と一緒に食事を希望される場合は準備し一緒に召し上がっていただいています。			
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	ご入居者が災害時等の際、施設に孤立しないよう地域包括センターの職員や地域の他事業者と情報を交換し協力関係を築いています。			
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	入居時に主治医の変更は勧めず、馴染みのかかりつけ医に受診されている利用者もおります。内科嘱託医、歯科、眼科医療機関と訪問診療と密接に連絡を取り支援しています。	入居時にかかりつけ医について確認し、かかりつけ医がある場合には主治医の変更は勧めずに従来通りのかかりつけ医で受診していただくようにしています。協力医療機関による往診が月2回の往診があり、歯科は週1回、眼科は2～3ヶ月に1回来ていただいています。マッサージは身体の硬縮予防を兼ね受けている方もいます。訪問看護師は週1回、利用者の健康管理に来てくれています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	医療連携で訪問看護に週1回来ていただき健康管理や医療面で支援していただいています。また状況によっては併設の有料老人ホームやデイサービスの看護師に相談しています。		
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。	入院時には職員が付き添い、ご本人の生活状況などを医療機関に提供しています。また入院中は職員が見舞いに訪れ、施設で対応可能な状況になった場合は早めに退院できるよう医療機関に申し入れています。		
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、事業所です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	入居時や家族会などで施設でできることを説明しています。またご本人やご家族の意向を踏まえながら主治医と連携を取り、納得した最期を迎えられるよう取り組み、看取りまでさせていただきます。	入居時に重度化した場合における看取りの指針について説明しています。状況に応じて家族、医師、管理者、計画作成担当者の4者による話し合いの場を設け、家族の意向を確認し、家族の意向を踏まえながら主治医と連携を取り、納得した最期を迎えられるように支援しています。看取りケアに入る段階で、管理者から職員に看取りケアの流れを説明しています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルを整備し、確認するようにしています。		
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	消防署の協力を得て、年2回避難訓練を行い避難経路の確認や消火器の使い方を訓練しています。災害時に対し、3日分の備蓄も用意しており、AEDも設置しています。	年2回、避難訓練をグループホーム、介護付き有料老人ホーム、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業所と合同で実施し、1回は消防署に立会いをお願いしています。訓練時は利用者やオーナーにも参加いただき、水消火器を使用した訓練も取り入れながら、オーナーとは災害時における協力体制を確認しています。災害時における食事メニューも決めて、非常食を備蓄するようにしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価 実施状況	外部評価 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	ご入居者の人格を尊重し、プライバシーの確保についてミーティングでも話し合い、職員同士でも注意するようにしています。	グループホーム、介護付き有料老人ホーム、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業所から数名ずつを選任し、施設全体で接遇向上委員会を立ち上げており、委員会のメンバーを中心として研修を行っています。管理者は、利用者の入居年数が長くなることで、職員の言葉遣いも馴れ合いがちになることを危惧しており、ミーティングで職員に人格を尊重した声かけで接するように周知徹底しています。また、個人情報記載された書類は事務所からの持ち出しを禁止しています。	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	言葉で意思を表出できないご入居者に対しても、表情で読み取るように心掛け、職員の勝手な判断を押し付けないようにしています。		
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	一日の大きな流れは決まっていますが、時間で職員が仕事をこなすのではなく、ご入居者の体調に気を配りながら一人ひとりのペースに合わせた生活をしていただいています。		
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	2ヶ月に一度訪問理美容に来ていただいています。が、馴染みの理美容に出掛けられているご入居者もおります。朝の着替えの他にも食べこぼしなどがあった場合は随時交換し、清潔な身だしなみをしていただいています。		
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	重度化により日々の食事の準備をご入居者と一緒に行うことが難しくなっています。後片づけができるご入居者には継続して行っています。また旬の食材が話題になった時は、すぐに食卓に乗せるようにしています。	食事のメニューは職員が考え、食材はスーパーに買い出しに行っています。利用者の重度化に伴い、職員と共にキッチンに立って調理することは難しくなっていますが、手伝い出来る方には下膳等をお願いしています。メニューは自前で考えているので、旬の食材や利用者の希望も取り入れながら食事を楽しめるようにしています。ユニット毎で外食に出かけたり、ケンタッキーやお弁当を買いに行くこともあります。	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	食事摂取、水分量のチェック表で日々の状態を把握しています。食形態の変更が必要な場合は、食が進むように職員間でアイデアを出しながら摂取量を確保できるようにしています。		
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、口腔ケアを実施しています。うがいができないご入居者には、口腔ケアウェットシートなども活用しています。訪問歯科医とも連携しながらも、口腔内の清潔保持に努めています。		
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	川崎市の自立支援介護の研修に参加し学んだ自立支援の考え方を職員で共有し、一人ひとりにあった支援を行うようにしています。	川崎市の自立支援介護の研修に参加し、管理者は講師の自立支援の考え方に共感し、事業所でも同様の支援方法を取り入れるべく職員に共有して、服薬に頼らず、適切な運動や食事、マッサージ等で自然排泄に繋げています。1人ひとりの排泄パターンやリズムを把握することで、適切な排泄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	排泄チェック表で排便状態を把握しています。ヨーグルトやバナナ、プルーンを毎食召し上がっていたき、排便を促すように食事の工夫もしています。また水分摂取は個々に目標を定めて支援しています。		
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	週2回の入浴を基本としていますが、皮膚状態などでそれ以上の入浴が必要なご入居者には個々に対応しています。また、一般浴での入浴が難しいご入居者には機械浴で対応しています。	入浴は週に2回とし、時間は午前午後問わず、利用者の体調や気分を考慮しながら臨機応変に対応しています。皮膚の状態や個別で対応が必要な方には足浴や清拭で対応し、入浴拒否のある方には決して強いせずに、日にちや職員を代えながら入浴を促しています。一般浴での入浴が難しい方には、デイサービスの機械浴で対応しています。季節のゆず湯や菖蒲湯も行っています。	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
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	ご本人の生活リズムを大切にしています。毎日起きることが難しくなっているご入居者には、起きていただけるタイミングで支援し、日中ベッド休息が必要なご入居者には安心して休んでいただけるよう支援しています。		
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	ご入居者の薬の処方などの説明はファイルに保管し、職員がわかるようにしています。主治医と連携しできるだけ薬の量を減らし誤薬のないようにしています。		
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	お願いできる仕事を探し、一人ひとりに合った役割を見つけるようにしています。縫い物や編み物を行っているご入居者もいらっしゃいます。		
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	天気の良い日などは外出するようにしていますが、ご入居者のADL低下により（食事、水分摂取、排泄介助に時間を要しています）日常的に外出支援の時間が取りづらくなっています。遠出の外出ではイチゴ狩りやバラ苑に行き季節を感じたり、東京湾クルーズにも出かけました。	天気や気候の良い日には町内の公園や畑、近くにあるコンビニまで散歩に行き、コンビニのイートインコーナーで、職員と一緒にコーヒー等を飲みに行くこともあります。年間の外出行事として、毎年、花見、いちご狩り、生田緑地にも行き、季節感を感じてもらおうようにしています。今年度は初の試みで、介護付き有料老人ホームと合同でクラブツーリズムを活用して、東京湾クルーズにも行きました。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	個人的には金銭を所持しているご入居者は少ないです。ご家族の協力で小遣いを自由に使用できるご入居者は、職員一緒に買い物に行くこともあります。		

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	
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	携帯電話の所持は自由で、お持ちになって使用されている方もいらっしゃいます。手紙のやり取りについても職員が必要な支援をさせていただいています。			
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	共用の居間は南側に面して明るい空間になるようになっています。廊下やトイレには手すりを設け、バリアフリーのため車椅子でも安心して生活ができます。	共用空間は南側に面している為、窓からは陽の光が良く入り、明るい空間になっています。所々に観葉植物を置いたり、利用者の作品を飾ることで無機質な空間にならないように配慮しています。廊下は車椅子同士でもすれ違うことができる広さが確保されており、手摺りや椅子なども置かれ、他の人の視界に入らずに休めるようにも配慮されています。		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	居間のダイニングテーブルの他にも椅子などを配置し、他のご入居者から離れることのできる場所を設けています。			
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	入居時には家具や寝具は使い慣れた物を持ち込むようにお話しています。ご自宅で使っていた家具や仏壇を持ち込まれているご入居者もいらっしゃり、ご本人にとって落ち着いて過ごせる環境づくりに努めています。	備え付けとして、クローゼット、介護用ベット、エアコン、照明はありますが、入居時には家族に使い慣れた家具や思い出の調度品等を持って来ていただくように伝えています。机、タンス、コンポ、仏壇、ぬいぐるみ、家族写真等が持ち込まれ、各々が馴染みの物に囲まれて落ち着いて過ごせる環境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	施設内は安全に生活できるようにバリアフリーであり、手すりが設置されています。			

目 標 達 成 計 画

事業所

作成日

〔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組み内容	目標達成に要する期間

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	川崎ナーシングヴィラそよ風
ユニット名	つつじ

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	それぞれのユニットの理念は変えず、理念が実践できるようミーティングなどで確認しています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会に加入し、回覧板の閲覧をしています。御神輿や盆踊り、町内会の行事に参加。また古新聞などのリサイクル活動に協力しています。クリスマスシーズンは施設の建物にイルミネーションが装飾され、地域の方に楽しんでいただいています。		
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	地域に少しでも貢献できるよう地域包括と連携を取っています。地域包括が行っているゆめみサロンに管理者は参加し地域の勉強会にも協力しています。		
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	偶数月に運営推進会議、奇数月には家族会を開催し日々の生活状況を報告し、意見要望などをいただきサービス向上につなげています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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	行政主催の研修への参加や、不明なことに関しては電話で指導いただくようにしています。昨年度に引き続き川崎市の「健幸福寿プロジェクト」に参加しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	年間計画をもとに毎月勉強会を実施。身体拘束に関しては、年2回行っています。研修に参加できない職員も、研修資料で学びレポートを記入し理解、認識するようにしています。グループホームのユニット間は自由に行き来ができるようにしています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	身体拘束同様、高齢者虐待についても定期的に勉強会を実施し、職員が共通の意識を持てるようにしています。		
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	外部で学ぶ機会を管理者や計画作成、リーダーが持ち、個々の必要性に合わせて活用できるようにしています。		
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	契約の締結、解約の際には十分な説明を行い、疑問などに対しても理解、納得していただけるようにしています。		
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	運営推進会議のほかに、2ヶ月に一度家族会を開催し、広く意見要望を聞き反映できるようにしています。事故報告、ヒヤリハット、苦情などを報告しています。御家族の来訪時には声を掛け、日常の暮らしぶりや変化を伝えています。		

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	施設全体の会議、毎月行われるグループホームユニットごとの会議で職員の意見、要望を聞くことができるようにしています。それ以外でも随時、何かあったら意見や提案に耳を傾けています。		
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	年に1～2回職員との面談話し合いを持ち、個々の思いを聞き問題があれば解決に努めます。		
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	施設内では毎月勉強会を行っており、正社員、契約社員、パート職員の区別なく参加していただいています。施設外での研修は希望者には受講する機会を与えています。本社での研修会もあり、職員には参加していただいています。		
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	地域包括支援センターと地域での同業者のネットワークを作り、2ヶ月に一度交流する機会を設けています。また、同業者が行っているセミナーにも参加させていただいています。		
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	入居前にはご本人に面談し、当施設で穏やかな生活ができるか確認しています。また入居時にはご家族様に協力していただき、ご本人の生活歴や生活状況を職員が把握し、ご本人が安心して生活する場を確保するようにしています。		

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
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	家族のニーズや家庭状況の把握に努め、充分対話をする中で良好な関係作りに努めています。		
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	相談時には家族の思いをうかがい、状況を確認させていただいています。現状でできる支援とできない支援を判断し、できない場合は他のサービスなどを紹介させていただいています。		
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	グループホームとはどういう場所なのかを職員は理解し、ご入居者のできることは一緒に行い、ご入居者にとっては生活の場であるということを忘れないよう配慮しています。		
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	ご入居者をご家族と職員が一緒に支えられるよう、日頃の様子を細かく隠さずに報告するように心掛けています。ご家族との外出や面会などは制限を設けず、ご家族の思いには答えるようにしています。		
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	入居前より行っている馴染みの場所への外出などには制限を設けず、出かけていただけるよう支援をしています。また面会に対しても制限を設けないよう心掛けています。		

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	できるだけ食堂に集まっていただく時間を増やし、ご入居者同士や職員が歓談できる環境を作っています。また職員がいないところでも歓談ができるようスペースを設けています。		
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	契約終了後も必要に応じて連絡したりし、何かあった場合は支援するようにしています。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居時の情報をもとにご本人の希望や意向に添えるよう、また入居後はご入居者に寄り添いながら思いや意向を把握できるようにしています。		
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	入居前にはご自宅に伺うなどしてご本人と面接を行い、ご家族からは生活歴などを書面でいただきご本人のことを把握できるようにしています。		
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	朝夕の申し送りで職員はご入居者の日々の変化を伝え、職員全員が現状を把握するよう努めています。		

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
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	ご本人には日頃のかかわりの中で、ご家族には来訪時や電話連絡の際に思いや意見を伺っています。毎月、ユニット会議を行い職員も認識を統一し反映するようにしています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人記録には食事・水分・排泄やバイタルなどの身体状況や生活状況を記録し、特変などは申し送りで伝え、職員が情報を共有できるようにしています。		
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	24年度から医療連携（訪問看護）を始めました。通院対応がご家族で難しい場合は、施設で行うようにしています。また、ご家族と一緒に食事を希望される場合は準備し一緒に召し上がっていただいています。		
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	ご入居者が災害時等の際、施設に孤立しないよう地域包括センターの職員や地域の他事業者と情報を交換し協力関係を築いています。		
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	入居時に主治医の変更は勧めず、馴染みのかかりつけ医に受診されている利用者もおります。内科嘱託医、歯科、眼科医療機関と訪問診療と密接に連絡を取り支援しています。		

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	医療連携で訪問看護に週1回来ていただき健康管理や医療面で支援していただいています。また状況によっては併設の有料老人ホームやディサービスの看護師に相談しています。		
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。	入院時には職員が付き添い、ご本人の生活状況などを医療機関に提供しています。また入院中は職員が見舞いに訪れ、施設で対応可能な状況になった場合は早めに退院できるよう医療機関に申し入れています。		
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	入居時や家族会などで施設でできることを説明しています。またご本人やご家族の意向を踏まえながら主治医と連携を取り、納得した最期を迎えられるよう取り組み、看取りまでさせていただいています。		
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	マニュアルを整備し、確認するようにしています。		
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	消防署の協力を得て、年2回避難訓練を行い避難経路の確認や消火器の使い方を訓練しています。災害時に対し、3日分の備蓄も用意しており、AEDも設置しています。		

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
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	ご入居者の人格を尊重し、プライバシーの確保についてミーティングでも話し合い、職員同士でも注意するようにしています。		
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	言葉で意思を表出できないご入居者に対しても、表情で読み取るように心掛け、職員の勝手な判断を押し付けないようにしています。		
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	一日の大きな流れは決まっていますが、時間で職員が仕事をこなすのではなく、ご入居者の体調に気を配りながら一人ひとりのペースに合わせた生活をしていただいています。		
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	2ヶ月に一度訪問理美容に来ていただいています。が、馴染みの理美容に出掛けられているご入居者もおります。朝の着替えの他にも食べこぼしなどがあつた場合は随時交換し、清潔な身だしなみをいただいています。		
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	重度化により日々の食事の準備をご入居者と一緒に行うことが難しくなっています。後片づけができるご入居者には継続して行っています。また旬の食材が話題になった時は、すぐに食卓に乗せるようにしています。		

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	食事摂取、水分量のチェック表で日々の状態を把握しています。食形態の変更が必要な場合は、食が進むように職員間でアイデアを出しながら摂取量を確保できるようにしています。		
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、口腔ケアを実施しています。うがいができないご入居者には、口腔ケアウェットシートなども活用しています。訪問歯科医とも連携しながらも、口腔内の清潔保持に努めています。		
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	川崎市の自立支援介護の研修に参加し学んだ自立支援の考え方を職員で共有し、一人ひとりにあった支援を行うようにしています。		
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	排泄チェック表で排便状態を把握しています。ヨーグルトやバナナ、プルーンを毎食召し上がっていたき、排便を促すように食事の工夫もしています。また水分摂取は個々に目標を定めて支援しています。		
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	週2回の入浴を基本としていますが、皮膚状態などでそれ以上の入浴が必要なご入居者には個々に対応しています。また、一般浴での入浴が難しいご入居者には機械浴で対応しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	ご本人の生活リズムを大切にしています。毎日起きることが難しくなっているご入居者には、起きていただけるタイミングで支援し、日中ベッド休息が必要なご入居者には安心して休んでいただけるよう支援しています。		
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	ご入居者の薬の処方などの説明はファイルに保管し、職員がわかるようにしています。主治医と連携しできるだけ薬の量を減らし誤薬のないようにしています。		
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	お願いできる仕事を探し、一人ひとりに合った役割を見つけるようにしています。縫い物や編み物を行っているご入居者もいらっしゃいます。		
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	天気の良い日などは外出するようにしていますが、ご入居者のADL低下により（食事、水分摂取、排泄介助に時間を要しています）日常的に外出支援の時間が取りずらくなっています。遠出の外出ではイチゴ狩りやバラ苑に行き季節を感じたり、東京湾クルーズにも出かけました。		
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	個人的には金銭を所持しているご入居者は少ないです。ご家族の協力で小遣いを自由に使用できるご入居者は、職員一緒に買い物に行くこともあります。		

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
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	携帯電話の所持は自由で、お持ちになって使用されている方もいらっしゃいます。手紙のやり取りについても職員が必要な支援をさせていただいています。		
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	共用の居間は南側に面して明るい空間になるようになっています。廊下やトイレには手すりを設け、バリアフリーのため車椅子でも安心して生活ができます。		
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	居間のダイニングテーブルの他にも椅子などを配置し、他のご入居者から離れることのできる場所を設けています。		
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	入居時には家具や寝具は使い慣れた物を持ち込むようにお話しています。ご自宅で使っていた家具や仏壇を持ち込まれているご入居者もいらっしゃり、ご本人にとって落ち着いて過ごせる環境づくりに努めています。		
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	施設内は安全に生活できるようにバリアフリーであり、手すりが設置されています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

作成日

〔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 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間

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。