

2022（令和4）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		
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5年2月9日	評価結果 市町村受理日	令和5年6月5日

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

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

<ul style="list-style-type: none"> ・眠りスキャン・眠りスキャンアイを各居室に標準で用意。個々の睡眠状況、心拍数、呼吸数、ベットからの起き上がりなどの確認が可能。就寝時の状況を数値化することで、データに基づいた健康管理をおこなっています。また、カメラも設置されているため適切なタイミングでの訪室、転倒などの事故発生時の状況確認が分かりやすくなります。 ・通常の内科往診だけでなく、認知症専門医による往診を行っています。細かい薬の調整など専門的知見による判断が可能です。 ・訪問看護ステーションとは24時間365日連絡が取れる体制としています。施設に訪問して、健康管理や急変時の対応、往診医と調整、介護スタッフへの教育・指導・助言など行っています。 ・建物の配色や職員の制服に明るい色を取り入れ、見た目にも明るい施設です。建物の清潔感があります。 ・新型コロナウイルス等の感染症に係る社会情勢に気を配りながら、なるべく外出行事ができるよう取り組んでいます。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和5年3月14日	評価機関 評価決定日	令和5年5月24日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

<p>事業所は「溝の口」駅南口から川崎市営バス3番乗り場より乗車、「緑地バス停」下車徒歩6分です。鉄骨3階建ての3ユニット27名のホームです。事業所周辺には農地や果樹園が残ります。近隣にはスーパーマーケット、コーヒー店に川沿いには桜並木もあります。</p> <p><優れている点> 今年度は事業所理念の理解と浸透に全員で取り組んでいます。事業所の開設間もないこの時点で、改めて理念の掘り下げをしています。全体会議で話し合い、リーダー会議で検討するなどして「あなたらしく、過ごせる家」を目指し、そのためには「声のトーンを明るくすること」としています。コロナで外出もままならない中、年間行事外出計画ではドライブによる外出を実行しています。日常外出も職員は時間を作り、近隣へ散歩に向かっています。また、データによる利用者の健康管理にも十分な気遣いがみられます。ベッドに併設の眠りスキャンにより、個人の「眠りのパターン」「心拍数」をグラフで見える化し、眠りの深淺、熟睡の度合いなど、きめ細かに評価し、個人にあった対処法やケアを実施して健康管理に繋いでいます。</p> <p><工夫点> 「個人別緊急時連絡体制フロー図」を作成しています。「VS値」「症状」「即時救急要請」で具体案を示し、誰に、何時、どのように連絡、相談するかを明記し、まさに備えた内容が工夫されています。</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 ~ 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。	事業所の理念を作成し、館内に掲示している。毎日の朝礼で唱和をおこない意識づけている。事業所理念に紐づいたユニット目標を立てることで、具体的な行動を促し、実践につなげる工夫をしている。	事業所の設立準備室時からみんなで話し合っって理念をまとめています。各ユニットで理念に紐づけ「何ができるか必ず尋ね、選択できる関りを持つ」「十人十色を尊重したケアを」「一日一笑顔」とユニット別の行動目標を立てて日常支援に励んでいます。	
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。	コロナ状況下で交流は出来ていない。地域町内会の準会員に継続して加入しているため、社会情勢が落ち着いた際には交流を始めていきたい。	南菅生6丁目自治会に加入しています。自治会の会長とは親交があります。近くにはスポーツセンター、幼稚園、コンビニエンスストア、公園などがあります。ボランティアで傾聴の申し出があります。各種の地域資源が多く、交流の芽があります。	設立3年目、コロナとともに歩んだ苦労の道です。親交の深い地域の自治会長から民生委員などにも声掛けしてもらうことも良策です。ボランティアの参加の機会も今後期待されます。
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。	貢献できていない。コロナ下であってもSNSを利用した情報発信などができるのではないかと、運営推進会議にて意見を頂戴した。今後の課題として取り組んでいく。	/	/
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。	6月・8月・10月・12月・1月・2月（予定）に推進会議を開催。その内、6月と2月（予定）に対面開催した。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族をメンバーにしている。今後も継続的に開催し運営報告、地域交流につなげていきたい。	年6回中2回の運営推進会議はリモート会議です。運営推進会議は詳細に記録しています。月別報告は常に1月から毎回すべての行事を記載し、各種データをグラフ化し、書面開催の資料にしています。家族意見もあり、行政からの通知なども報告しています。	リモート運営推進会議には家族が参加できませんでした。リモート会議が今後も継続する場合には家族参加の道を検討することが今後期待されます。
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。	かわさき基準（KIS）認証福祉製品の認定に係る、調査や動画撮影に協力した。コロナ感染状況やワクチン接種状況など、逐一報告をおこなってきた。質問や確認事項があれば都度連絡をしている。	かわさき基準による福祉製品の認定では川崎市の依頼から当該企業の製品審査を行って、結果を報告して協力しています。コロナ感染時では危険ゾーンと安全ゾーンとの区分での苦労や人のシフトでの苦労などを報告しています。行政とのやり取りを適宜行い関係を構築しています。	

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。朝礼の時間を利用して、開催した内容を研修の一部として職員に周知している。職員の理解度は測れていないため、検証に努めていく。	身体拘束廃止委員会では毎回、身体拘束11項目と身体拘束3要件を読み上げています。委員会はリーダー会議に続いて年に4回開催しています。特殊な場合の居室窓の開閉について書面で川崎市に訊ね、市からは書面回答を受け取るなど相談しています。研修会は2回実施しセルフチェックの回答を集約しています。	
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。	個別の委員会としての活動実績はない。次年度は個別の委員会として開催を予定している。気になることがある場合は、管理者へ報告がおこなわれている。直接指導だけでなく、各会議などで話し合いを行い、施設全体の問題として周知している。	虐待防止委員会は身体拘束廃止委員会に含んで実施しています。日常の気になる言葉「スピーチロック」では「○○して!」を不適切とし、その場の指導と「心の余裕が無い」と不適切ケアが生まれやすいと説明しています。	
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。	プライバシー保護に関する研修を朝礼の時間を活用して開催したが、理解度について検証はできていない。権利擁護について、各種福祉サービスや制度を学ぶ機会が設けられていないため、学びの機会を提供できるように努める。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	初回問い合わせは電話にて、施設見学、入居前相談や入居時の契約は対面にて時間を設け、各資料を用いた説明だけでなく、極力、施設内の各所を回覧していただき、施設の実態を観て、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。	意見箱を常時設置している。対面、電話、eメール、LINE等の各種方法にて連絡を取り合い、利用者や家族のニーズを伺えるようにしている。	管理者と3名のリーダーによるリーダー会議を経て各ユニット会議を開催しています。法人や行政の周知事項を伝達し、家族意見も報告しています。この時期のSNSツールは相互の重要なコミュニケーション手段となっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	管理者から職員への日常的に声掛け、心身の状況、業務についてヒアリングを心掛けてしている。リーダー会議やユニット会議、朝礼など定期的に意見を聞く機会を設けている。	リーダー会議やユニット会議を利用して管理者は職員の意見を聞き取っています。利用者の衣替えなどで「私物確認表」の作成継続についての可否を検討するなど職員の意見を確認しています。日用品購入は指定様式にて管理者へ申請します。	
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がっている。法人として、福利厚生、メンタル相談の窓口を整備して、職員が働きやすい環境を整えている。	年2回の定期評価では管理者が所定の様式で評価を実施します。常勤者は賞与の査定に、非常勤者は処遇改善の分配評価の基礎資料となっています。福利厚生面ではテーマパークの優待券が配布され、産業医とのやり取りも可能です。有休はリーダーへ申請しています。	
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。	正社員・パートともに週4日以上勤務の実態がある職員には法人内で目標設定管理を行っている。新入職員には、入職時のオリエンテーションを組んで、トレーニングをおこなっている。	週4日以上勤務者は、毎年4月に2つ以上の目標を作成しています。提出した目標は法人で管理を行っています。会議で提案された「ケアの実技・知識」を感染症の面から研修を行い、エプロンの着脱の具体化を学んでいます。新人研修は事業所研修を管理者とリーダーが担当しています。	
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。	コロナ状況下もあり、他の施設と交流することはできていない。法人が属するグループ内での、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。	可能であれば施設見学、入居前アセスメントについては必ず実施して、本人の困りごと、要望をヒアリングしている。		

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
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。	特別な事情がない限り、施設に来ていただき、施設サービスの概要や施設内の様子を確認いただいている。 入居前アセスメントには同席頂き、家族の困りごと、要望をヒアリングしている。		
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。	利用者の能力に応じた介入方法を選択して、残存能力の維持に努めている。共同生活を送る中での関係性構築のため、掃除などに参加して貰ったり、行事作品を共同作成したり、絆が結べるような工夫をしている。		
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。	コロナ状況下のため、可能な範囲で対面面会をおこない交流の機会を保ち、本人が不安な時には。電話やオンライン面会にご協力いただいている。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支援いただいている。		
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。	コロナ状況下のため、いつでも、誰とでもという訳にはいかないが、対面での面会機会を設けている。その他にもオンライン面会や、電話の取次ぎ、手紙の受け取りなど支援している。	入居前の人間関係や習慣などを家族から管理者が聞き取っています。絵を描くことが好きな利用者には、職員から家族に話し、多色のカラー鉛筆を購入して、日々楽しみながら、鉛筆を走らせています。面会には子供（息子・娘）、孫や知人などが訪問しています。	

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。	利用者個々の性格、認知症の進行度合い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空間を意識している。行事やレクリエーションなどを通して共同作業をおこない、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。	当該年度の契約終了者は4名。その内、施設で初めてとなる看取り事例があった。サービス終了後にも、施設生活時の写真や動画を提供するなど、グリーンケアに繋がる支援がおこなえるように努めている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族のニーズ、意向をヒアリングしている。ユニットで書面及びカンファレンスをおこない、情報を共有している。その都度、本人と家族の意向を聞いて、ケアプランに反映させている。	居室で意向を聞いたり、入浴時の1対1のゆったりとした時間を利用して話を聞いています。職員は途中で自分の意見を入れなくて、傾聴に努めています。意思表示できない利用者には表情や雰囲気、行動履歴から察して会議で話し合っています。	
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族から、入居に至る経過をヒアリングしている。ユニットでは、書面や会議で情報を共有している。入居後もその都度、本人や家族から、お話を聞いて、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族から、生活状況のヒアリングや、心身の状況を対面で確認をおこなっている。ユニットでは、書面や会議で情報を共有している。モニタリングをおこない、有する力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。	アセスメント・モニタリングを繰り返し介護計画を作成している。体調変化時には随時、その他面会時等に家族の意向を聞き取り、担当者会議、ユニット会議等で協議おこない、できる限り利用者と家族のニーズに沿ったプランを作成している。	入居時は1ヶ月の暫定ケアプランを作成し、様子を見ながら修正して本プランを立てています。モニタリングで現状を把握し、担当者会議で協議しています。計画作成担当者が利用者のニーズを取り入れ現状に沿ったケアプランを作成しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	介護記録ソフトを使用、タブレットを用いて記録をおこない、リアルタイムでの情報共有に努めている。写真や動画を活用して、視認性のある情報共有に努めている。確認漏れが無いように、各種業務チェック表を紙媒体で管理している。		
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。	感染対策の為、一回の時間制限や場所や人数の制限は設けているが、施設内での対面面会をおこなっている。外出においても、一つ一つケースに応じて家族と協議して実施している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	運営推進会議にて地域町内会・包括支援センターと運営や周辺環境について話し合いを行っている。地域のスポーツセンターから出張で、鍼灸院からはオンラインで、それぞれ健康体操を提供して頂いた。		
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。	入居前に協力医療機関の説明をおこない、同意を頂いている。特別な事情がある場合には、従前のかかりつけ医に施設から通院頂いている。介助については、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。	納得の上で協力医療機関をかかりつけ医としています。認知症専門医が月に2回、内科が月1回、歯科が週1回の訪問診療があります。皮膚科も往診があります。眠りスキャンによる睡眠時の睡眠状態や心拍数などのデータに基づき健康管理をしています。	

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
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。	2カ所の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。緊急時だけでなく、日常的に施設訪問を実施、その都度、情報交換をおこない、受診の対応だけでなく、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。	入院検討先の病院の相談員との関係構築に努め、入院された場合には、適宜入院の状況を確認できる体制づくりに努めている。協力医療機関がグループ法人であるため、情報連携はしやすい環境である。		
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、同意を頂いている。開設後初の看取り実績あり。関係機関との連絡体制を再確認、家族と都度、情報交換おこない、職員とも書面及び直接の伝達で情報共有に徹した。	契約時に、終末期における事業所の対応について説明しています。実際に重度化した場合は、医師を交えて話し合い、医師、家族、看護師、職員が情報共有しチームとして支援に取り組んでいます。職員は看取りの前後に研修をしています。	
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。	入職時には必ず、急変時の対応、連絡体制について研修を行っている。フローチャートを作成し、その都度確認がおこなえる仕組みを整えている。		
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。	年2回の避難訓練を実施。職員だけでなく、利用者にも参加してもらい、回ごとに被災想定を変えて訓練を積んでいる。災害時用備蓄品を整備した。近隣住民の協力について、運営推進会議において情報を収集していく。	年2回、日中と夜間想定での避難訓練を実施しています。災害用備蓄品は水や食料、衛生用品、消耗品など3日分を用意しています。賞味期限などを記入したリストを作って管理しています。その備蓄を使った3日分の献立も作成しています。	備蓄に沿った3日分の献立を実際に作ってみて、災害時に適しているか検証されることも期待されます。また、地域との協力体制についても検討され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。	利用者への声のかけ方、傾聴について、朝礼やユニットおよびリーダ会議にて、振り返りと改善指導をおこなっている。介護記録のタブレットはパスワードを設定、職員以外の観覧制限、紙媒体は書庫に保管して、個人情報の保護に努めている。	プライバシーに関する研修を毎年行っています。理念にも「その人らしく自由に」とあるように人格の尊重については常に会議などで話し合っています。利用者の呼称は、さん付としています。傾聴には力を入れ、利用者の意見や意向の聴取に努めています。	
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。	日々の生活行動の中で、利用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。言語で希望を表出できない場合には、表情や複数の職員のアセスメントからの情報で、本人の意向を想定し支援を行う。		
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。	基本的な施設スケジュールを設定している。その中で、個人の希望に応じて、食事時間の前後、入浴時間の前後や別日設定等を調整している。レクリエーション等は強制参加でなく、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努めている。身だしなみついて、その人の能力に応じた介助を実践している。馴染みの化粧品などを家族に用意していただき、継続使用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	各月で行事食の機会を設け、季節を感じ取れるように工夫している。日常の食事は、栄養バランスと内容の偏りが無いように、外部業者委託としている。利用者には、能力に応じて、盛付や後片付けに参加して頂いている。	食事は栄養士監修のメニューと食材を外部委託し、ご飯と吸い物は事業所で作っています。毎月行事委員会が季節に合った行事食メニューを考えています。11月には出張握り寿司が登場し利用者に喜ばれています。食事中は音楽を流しています。	

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。	介護記録をおこない、一人一人の食事摂取量や水分量を把握している。摂取量が不足している場合には、医療職に相談、家族とも協議おこない、嗜好品の準備、食形態の工夫、栄養補助食品の提供を実施している。		
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実施、能力に応じた介助をおこなっている。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。	尊厳を守りながらも、清潔を保つため、個人の排泄状況を記録、カンファレンスやユニット会議で情報共有をおこない、介入の頻度・度合い、声のかけ方について、統一したケアに努めている。	トイレでの排泄を基本としています。排泄チェック表でパターンを把握して声掛けをしたり、様子を見てトイレ誘導をしています。適切な支援により失敗が少なくなったり、パットの枚数が減っています。	
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。	特別な事情が無い限り、毎朝牛乳を提供している。1日の摂取量が十分確保できるように水分摂取を促している。毎日のスケジュールに体操を取り入れている。個人の排便記録をおこない、必要時には医療職へ相談している。		
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。	基本的な入浴スケジュールを組んでいる。その中で個人の体調や希望に応じて、日程を調整している。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。	週2回の入浴が基本ですが、3回の利用者もいます。利用者が出来ないところを支援し、出来るところは自分でやってもらっています。自分専用のシャンプーを使用している利用者もいます。チェアー式の機械浴があり、座ったまま湯舟に入ることができます。	

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。	眠りスキャン及び眠りスキャンeyeを各居室に設置。画像、センサー確認にて動き出しを確認、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。		
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。	入居時、訪問診療時、処方変更時には、その内容と目的について記録をおこない、申し送りを実施して情報共有に努めている。薬局の薬情を管理して、経過が把握できるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	掃除や、食事の盛付、後片付け、リネンや洗濯物の畳など、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。家族に協力いただき嗜好品を用意して、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。	感染状況に十分に配慮しながら、行事で外出することを進めている。日常の散歩も、職員付き添いにて可能な限りで、または家族に付き添って頂き実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出や外泊も実施している。	天気が良く職員に余裕のある日は事業所の周りを散歩しています。また、お花見やアジサイ見学、紅葉散策、イルミネーション見学のドライブなど毎月行事を計画しています。利用者が季節を感じながら楽しめるように支援しています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	入居時アセスメントにおいて、能力を把握、家族とも金銭を扱うことの必要性を協議して、特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。希望があれば自動販売機で飲料購入を通して金銭管理をすることで、能力維持に繋がる支援をおこなっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	面会時だけでなく、希望があれば電話やLINEビデオ通話の取次ぎをしている。携帯電話を持参している方には、使用方法について困ったことがあればお手伝いしている。手紙のやり取りについても、能力に応じた個別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。	共用部分は機械式で24時間換気と、適宜窓の開放で換気をおこなっている。業務フローに清掃と消毒の実施を定め、清潔で居心地の良い空間を保つように努めている。清掃は利用者にも参加して貰えるように、声かけ、その方の能力に応じて、日課として役割を担っていただいている。	リビングは利用者の保有能力に応じて、利用者と一緒に清掃し、清潔に努めています。車いすや利用者の動線上に物を置かないように配慮しています。利用者はリビングで多色の色鉛筆を使った塗り絵を楽しんでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	食席は、認知症の進行度合い、入居者同士の関係性に応じて設定している。利用者からの要望があれば、制限することなく、その都度入れ替えを実施している。個人に合わせて、居室で休む時間を設けるなど、気分転換の場をつくっている。		
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、持ち込みを禁止することはせず、従前の生活スタイルが継続できるように努めている。物品が多く、利用者が混乱してしまわない様に、都度、家族と連絡をとり、物品の入れ替えに協力頂いている。	クローゼット、エアコン、ベッド、布団は備え付けです。毛布やタオルケットは個人持ちです。利用者は使い慣れたテレビや椅子、鏡を持ち込み、家族の写真を飾り、自分らしく居心地よく暮らしています。	
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。	1人でも迷わない様に、居室やトイレに張り紙で表記をおこなっている。共用ソファにはテープで目張りをおこない、視認性を向上している。共有スペース各所に手摺を設置。1人でも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)	○	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。	事業所の理念を作成し、館内に掲示している。毎日の朝礼で唱和をおこない意識づけている。事業所理念に紐づいたユニット目標を立てることで、具体的な行動を促し、実践につなげる工夫をしている。		
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。	コロナ状況下で交流は出来ていない。地域町内会の準会員に継続して加入しているため、社会情勢が落ち着いた際には交流を始めていきたい。		
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。	貢献できていない。コロナ下であってもSNSを利用した情報発信などができるのではないかと、運営推進会議にて意見を頂戴した。今後の課題として取り組んでいく。		
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。	6月・8月・10月・12月・1月・2月（予定）に推進会議を開催。その内、6月と2月（予定）に対面開催した。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族をメンバーにしている。今後も継続的に開催し運営報告、地域交流につなげていきたい。		
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。	かわさき基準（KIS）認証福祉製品の認定に係る、調査や動画撮影に協力した。コロナ感染状況やワクチン接種状況など、逐一報告をおこなってきた。質問や確認事項があれば都度連絡をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。朝礼の時間を利用して、開催した内容を研修の一部として職員に周知している。職員の理解度は測れていないため、検証に努めていく。		
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。	個別の委員会としての活動実績はない。次年度は個別の委員会として開催を予定している。気になることがある場合は、管理者へ報告がおこなわれている。直接指導だけでなく、各会議などで話し合いを行い、施設全体の問題として周知している。		
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。	プライバシー保護に関する研修を朝礼の時間を活用して開催したが、理解度について検証はできていない。権利擁護について、各種福祉サービスや制度を学ぶ機会が設けられていないため、学びの機会を提供できるように努める。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	初回問い合わせは電話にて、施設見学、入居前相談や入居時の契約は対面にて時間を設け、各資料を用いた説明だけでなく、極力、施設内の各所を回覧していただき、施設の実態を観て、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。	意見箱を常時設置している。対面、電話、eメール、LINE等の各種方法にて連絡を取り合い、利用者や家族のニーズを伺えるようにしている。		

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
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。	管理者から職員への日常的に声掛け、心身の状況、業務についてヒアリングを心掛けてしている。リーダー会議やユニット会議、朝礼など定期的に意見を聞く機会を設けている。		
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、職員が働きやすい環境を整えている。		
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。	正社員・パートともに週4日以上勤務実態がある職員には法人内で目標設定管理を行っている。新入職員には、入職時のオリエンテーションを組んで、トレーニングをおこなっている。		
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。	コロナ状況下もあり、他の施設と交流することはできていない。 法人が属するグループ内での、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。	可能であれば施設見学、入居前アセスメントについては必ず実施して、本人の困りごと、要望をヒアリングしている。		

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
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。	特別な事情がない限り、施設に来ていただき、施設サービスの概要や施設内の様子を確認いただいている。 入居前アセスメントには同席頂き、家族の困りごと、要望をヒアリングしている。		
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。	利用者の能力に応じた介入方法を選択して、残存能力の維持に努めている。 共同生活を送る中での関係性構築のため、掃除などに参加して貰ったり、行事作品を共同作成したり、絆が結べるような工夫をしている。		
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。	コロナ状況下のため、可能な範囲で対面面会をおこない交流の機会を保ち、本人が不安な時には、電話やオンライン面会にご協力いただいている。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支援いただいている。		
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。	コロナ状況下のため、いつでも、誰とでもという訳にはいかないが、対面での面会機会を設けている。その他にもオンライン面会や、電話の取次ぎ、手紙の受け取りなど支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者個々の性格、認知症の進行度合い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空間を意識している。行事やレクリエーションなどを通して共同作業をおこない、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。	当該年度の契約終了者は4名。その内、施設で初めてとなる看取り事例があった。サービス終了後にも、施設生活時の写真や動画を提供するなど、グリーフケアに繋がる支援がおこなえるように努めている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族のニーズ、意向をヒアリングしている。ユニットで書面及びカンファレンスをおこない、情報を共有している。その都度、本人と家族の意向を聞いて、ケアプランに反映させている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族から、入居に至る経過をヒアリングしている。ユニットでは、書面や会議で情報を共有している。入居後もその都度、本人や家族から、お話を聞いて、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族から、生活状況のヒアリングや、心身の状況を対面で確認をおこなっている。ユニットでは、書面や会議で情報を共有している。モニタリングをおこない、有する力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。	アセスメント・モニタリングを繰り返し介護計画を作成している。体調変化時には随時、その他面会時等に家族の意向を聞き取り、担当者会議、ユニット会議等で協議おこない、できる限り利用者と家族のニーズに沿ったプランを作成している。		
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。	介護記録ソフトを使用、タブレットを用いて記録をおこない、リアルタイムでの情報共有に努めている。写真や動画を活用して、視認性のある情報共有に努めている。確認漏れが無いように、各種業務チェック表を紙媒体で管理している。		
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。	感染対策の為、一回の時間制限や場所や人数の制限は設けているが、施設内での対面面会をおこなっている。外出においても、一つ一つケースに応じて家族と協議して実施している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	運営推進会議にて地域町内会・包括支援センターと運営や周辺環境について話し合いを行っている。地域のスポーツセンターから出張で、鍼灸院からはオンラインで、それぞれ健康体操を提供して頂いた。		
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。	入居前に協力医療機関の説明をおこない、同意を頂いている。特別な事情がある場合には、従前のかかりつけ医に施設から通院頂いている。介助については、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。	2カ所の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。緊急時だけでなく、日常的に施設訪問を実施、その都度、情報交換をおこない、受診の対応だけでなく、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。	入院検討先の病院の相談員との関係構築に努め、入院された場合には、適宜入院の状況を確認できる体制づくりに努めている。協力医療機関がグループ法人であるため、情報連携はしやすい環境である。		
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、同意を頂いている。開設後初の看取り実績あり。関係機関との連絡体制を再確認、家族と都度、情報交換おこない、職員とも書面及び直接の伝達で情報共有に徹した。		
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。	入職時には必ず、急変時の対応、連絡体制について研修を行っている。フローチャートを作成し、その都度確認がおこなえる仕組みを整えている。		
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。	年2回の避難訓練を実施。職員だけでなく、利用者にも参加してもらい、回ごとに被災想定を変えて訓練を積んでいる。災害時用備蓄品を整備した。近隣住民の協力について、運営推進会議において情報を収集していく。		

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。	利用者への声のかけ方、傾聴について、朝礼やユニットおよびリーダ会議にて、振り返りと改善指導をおこなっている。介護記録のタブレットはパスワードを設定、職員以外の観覧制限、紙媒体は書庫に保管して、個人情報の保護に努めている。		
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。	日々の生活行動の中で、利用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。言語で希望を表出できない場合には、表情や複数の職員のアセスメントからの情報で、本人の意向を想定し支援を行う。		
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。	基本的な施設スケジュールを設定している。その中で、個人の希望に応じて、食事時間の前後、入浴時間の前後や別日設定等を調整している。レクリエーション等は強制参加でなく、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努めている。身だしなみついて、その人の能力に応じた介助を実践している。馴染みの化粧品などを家族に用意していただき、継続使用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	各月で行事食の機会を設け、季節を感じ取れるように工夫している。日常の食事は、栄養バランスと内容の偏りが無いように、外部業者委託としている。利用者には、能力に応じて、盛付や後片付け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、一人一人の食事摂取量や水分量を把握している。摂取量が不足している場合には、医療職に相談、家族とも協議おこない、嗜好品の準備、食形態の工夫、栄養補助食品の提供を実施している。		
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実施、能力に応じた介助をおこなっている。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。	尊厳を守りながらも、清潔を保つため、個人の排泄状況を記録、カンファレンスやユニット会議で情報共有をおこない、介入の頻度・度合い、声のかけ方について、統一したケアに努めている。		
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。	特別な事情が無い限り、毎朝牛乳を提供している。1日の摂取量が十分確保できるように水分摂取を促している。毎日のスケジュールに体操を取り入れている。個人の排便記録をおこない、必要時には医療職へ相談している。		
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。	基本的な入浴スケジュールを組んでいる。その中で個人の体調や希望に応じて、日程を調整している。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。	眠りスキャン及び眠りスキャンeyeを各居室に設置。画像、センサー確認にて動き出しを確認、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。		
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。	入居時、訪問診療時、処方変更時には、その内容と目的について記録をおこない、申し送りを実施して情報共有に努めている。薬局の薬情を管理して、経過が把握できるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	掃除や、食事の盛付、後片付け、リネンや洗濯物の畳など、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。家族に協力いただき嗜好品を用意して、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。	感染状況に十分に配慮しながら、行事で外出することを進めている。日常の散歩も、職員付き添いにて可能な限りで、または家族に付き添って頂き実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出や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。	入居時アセスメントにおいて、能力を把握、家族とも金銭を扱うことの必要性を協議して、特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。希望があれば自動販売機で飲料購入を通して金銭管理をすることで、能力維持に繋がる支援をおこなっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	面会時だけでなく、希望があれば電話やLINEビデオ通話の取次ぎをしている。携帯電話を持参している方には、使用方法について困ったことがあればお手伝いしている。手紙のやり取りについても、能力に応じた個別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。	共用部分は機械式で24時間換気と、適宜窓の開放で換気をおこなっている。業務フローに清掃と消毒の実施を定め、清潔で居心地の良い空間を保つように努めている。清掃は利用者にも参加して貰えるように、声かけ、その方の能力に応じて、日課として役割を担っていただいている。		
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。	食席は、認知症の進行度合い、入居者同士の関係性に応じて設定している。利用者からの要望があれば、制限することなく、その都度入れ替えを実施している。個人に合わせて、居室で休む時間を設けるなど、気分転換の場をつくっている。		
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、持ち込みを禁止することはせず、従前の生活スタイルが継続できるように努めている。物品が多く、利用者が混乱してしまわない様に、都度、家族と連絡をとり、物品の入れ替えに協力頂いている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	1人でも迷わない様に、居室やトイレに張り紙で表記をおこなっている。共用ソファにはテープで目張りをおこない、視認性を向上している。共有スペース各所に手摺を設置。1人でも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、安心して暮らしている。 (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。	事業所の理念を作成し、館内に掲示している。毎日の朝礼で唱和をおこない意識づけている。事業所理念に紐づいたユニット目標を立てることで、具体的な行動を促し、実践につなげる工夫をしている。		
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。	コロナ状況下で交流は出来ていない。地域町内会の準会員に継続して加入しているため、社会情勢が落ち着いた際には交流を始めていきたい。		
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。	貢献できていない。コロナ下であってもSNSを利用した情報発信などができるのではないかと、運営推進会議にて意見を頂戴した。今後の課題として取り組んでいく。		
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。	6月・8月・10月・12月・1月・2月（予定）に推進会議を開催。その内、6月と2月（予定）に対面開催した。地域包括センター事業長、自治会長、利用者2家族をメンバーにしている。今後も継続的に開催し運営報告、地域交流につなげていきたい。		
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。	かわさき基準（KIS）認証福祉製品の認定に係る、調査や動画撮影に協力した。コロナ感染状況やワクチン接種状況など、逐一報告をおこなってきた。質問や確認事項があれば都度連絡をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。朝礼の時間を利用して、開催した内容を研修の一部として職員に周知している。職員の理解度は測れていないため、検証に努めていく。		
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。	個別の委員会としての活動実績はない。次年度は個別の委員会として開催を予定している。気になることがある場合は、管理者へ報告がおこなわれている。直接指導だけでなく、各会議などで話し合いを行い、施設全体の問題として周知している。		
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。	プライバシー保護に関する研修を朝礼の時間を活用して開催したが、理解度について検証はできていない。権利擁護について、各種福祉サービスや制度を学ぶ機会が設けられていないため、学びの機会を提供できるように努める。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	初回問い合わせは電話にて、施設見学、入居前相談や入居時の契約は対面にて時間を設け、各資料を用いた説明だけでなく、極力、施設内の各所を回覧していただき、施設の実態を観て、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。	意見箱を常時設置している。対面、電話、eメール、LINE等の各種方法にて連絡を取り合い、利用者や家族のニーズを伺えるようにしている。		

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
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。	管理者から職員への日常的に声掛け、心身の状況、業務についてヒアリングを心掛けてしている。リーダー会議やユニット会議、朝礼など定期的に意見を聞く機会を設けている。		
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、職員が働きやすい環境を整えている。		
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。	正社員・パートともに週4日以上勤務実態がある職員には法人内で目標設定管理を行っている。新入職員には、入職時のオリエンテーションを組んで、トレーニングをおこなっている。		
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。	コロナ状況下もあり、他の施設と交流することはできていない。 法人が属するグループ内での、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。	可能であれば施設見学、入居前アセスメントについては必ず実施して、本人の困りごと、要望をヒアリングしている。		

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
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。	特別な事情がない限り、施設に来ていただき、施設サービスの概要や施設内の様子を確認いただいている。 入居前アセスメントには同席頂き、家族の困りごと、要望をヒアリングしている。		
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。	利用者の能力に応じた介入方法を選択して、残存能力の維持に努めている。 共同生活を送る中での関係性構築のため、掃除などに参加して貰ったり、行事作品を共同作成したり、絆が結べるような工夫をしている。		
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。	コロナ状況下のため、可能な範囲で対面面会をおこない交流の機会を保ち、本人が不安な時には、電話やオンライン面会にご協力いただいている。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支援いただいている。		
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。	コロナ状況下のため、いつでも、誰とでもという訳にはいかないが、対面での面会機会を設けている。その他にもオンライン面会や、電話の取次ぎ、手紙の受け取りなど支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者個々の性格、認知症の進行度合い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空間を意識している。行事やレクリエーションなどを通して共同作業をおこない、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。	当該年度の契約終了者は4名。その内、施設で初めてとなる看取り事例があった。サービス終了後にも、施設生活時の写真や動画を提供するなど、グリーフケアに繋がる支援がおこなえるように努めている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族のニーズ、意向をヒアリングしている。ユニットで書面及びカンファレンスをおこない、情報を共有している。その都度、本人と家族の意向を聞いて、ケアプランに反映させている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族から、入居に至る経過をヒアリングしている。ユニットでは、書面や会議で情報を共有している。入居後もその都度、本人や家族から、お話を聞いて、これまでの暮らしの把握に努めている。		
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。	入居前アセスメントの段階から、本人と家族から、生活状況のヒアリングや、心身の状況を対面で確認をおこなっている。ユニットでは、書面や会議で情報を共有している。モニタリングをおこない、有する力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。	アセスメント・モニタリングを繰り返し介護計画を作成している。体調変化時には随時、その他面会時等に家族の意向を聞き取り、担当者会議、ユニット会議等で協議おこない、できる限り利用者と家族のニーズに沿ったプランを作成している。		
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。	介護記録ソフトを使用、タブレットを用いて記録をおこない、リアルタイムでの情報共有に努めている。写真や動画を活用して、視認性のある情報共有に努めている。確認漏れが無いように、各種業務チェック表を紙媒体で管理している。		
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。	感染対策の為、一回の時間制限や場所や人数の制限は設けているが、施設内での対面面会をおこなっている。外出においても、一つ一つケースに応じて家族と協議して実施している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	運営推進会議にて地域町内会・包括支援センターと運営や周辺環境について話し合いを行っている。地域のスポーツセンターから出張で、鍼灸院からはオンラインで、それぞれ健康体操を提供して頂いた。		
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。	入居前に協力医療機関の説明をおこない、同意を頂いている。特別な事情がある場合には、従前のかかりつけ医に施設から通院頂いている。介助については、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。	2カ所の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。緊急時だけでなく、日常的に施設訪問を実施、その都度、情報交換をおこない、受診の対応だけでなく、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。	入院検討先の病院の相談員との関係構築に努め、入院された場合には、適宜入院の状況を確認できる体制づくりに努めている。協力医療機関がグループ法人であるため、情報連携はしやすい環境である。		
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、同意を頂いている。開設後初の看取り実績あり。関係機関との連絡体制を再確認、家族と都度、情報交換おこない、職員とも書面及び直接の伝達で情報共有に徹した。		
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。	入職時には必ず、急変時の対応、連絡体制について研修を行っている。フローチャートを作成し、その都度確認がおこなえる仕組みを整えている。		
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。	年2回の避難訓練を実施。職員だけでなく、利用者にも参加してもらい、回ごとに被災想定を変えて訓練を積んでいる。災害時用備蓄品を整備した。近隣住民の協力について、運営推進会議において情報を収集していく。		

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。	利用者への声のかけ方、傾聴について、朝礼やユニットおよびリーダ会議にて、振り返りと改善指導をおこなっている。介護記録のタブレットはパスワードを設定、職員以外の観覧制限、紙媒体は書庫に保管して、個人情報の保護に努めている。		
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。	日々の生活行動の中で、利用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。言語で希望を表出できない場合には、表情や複数の職員のアセスメントからの情報で、本人の意向を想定し支援を行う。		
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。	基本的な施設スケジュールを設定している。その中で、個人の希望に応じて、食事時間の前後、入浴時間の前後や別日設定等を調整している。レクリエーション等は強制参加でなく、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努めている。身だしなみついて、その人の能力に応じた介助を実践している。馴染みの化粧品などを家族に用意していただき、継続使用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	各月で行事食の機会を設け、季節を感じ取れるように工夫している。日常の食事は、栄養バランスと内容の偏りが無いように、外部業者委託としている。利用者には、能力に応じて、盛付や後片付け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、一人一人の食事摂取量や水分量を把握している。摂取量が不足している場合には、医療職に相談、家族とも協議おこない、嗜好品の準備、食形態の工夫、栄養補助食品の提供を実施している。		
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実施、能力に応じた介助をおこなっている。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。	尊厳を守りながらも、清潔を保つため、個人の排泄状況を記録、カンファレンスやユニット会議で情報共有をおこない、介入の頻度・度合い、声のかけ方について、統一したケアに努めている。		
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。	特別な事情が無い限り、毎朝牛乳を提供している。1日の摂取量が十分確保できるように水分摂取を促している。毎日のスケジュールに体操を取り入れている。個人の排便記録をおこない、必要時には医療職へ相談している。		
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。	基本的な入浴スケジュールを組んでいる。その中で個人の体調や希望に応じて、日程を調整している。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。	眠りスキャン及び眠りスキャンeyeを各居室に設置。画像、センサー確認にて動き出しを確認、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。		
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。	入居時、訪問診療時、処方変更時には、その内容と目的について記録をおこない、申し送りを実施して情報共有に努めている。薬局の薬情を管理して、経過が把握できるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	掃除や、食事の盛付、後片付け、リネンや洗濯物の畳など、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。家族に協力いただき嗜好品を用意して、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。	感染状況に十分に配慮しながら、行事で外出することを進めている。日常の散歩も、職員付き添いにて可能な限りで、または家族に付き添って頂き実施している。家族の長期休暇の際には自宅への外出や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。	入居時アセスメントにおいて、能力を把握、家族とも金銭を扱うことの必要性を協議して、特別に希望がある方は金銭を持ち込んでいる。希望があれば自動販売機で飲料購入を通して金銭管理をすることで、能力維持に繋がる支援をおこなっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	面会時だけでなく、希望があれば電話やLINEビデオ通話の取次ぎをしている。携帯電話を持参している方には、使用方法について困ったことがあればお手伝いしている。手紙のやり取りについても、能力に応じた個別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。	共用部分は機械式で24時間換気と、適宜窓の開放で換気をおこなっている。業務フローに清掃と消毒の実施を定め、清潔で居心地の良い空間を保つように努めている。清掃は利用者にも参加して貰えるように、声かけ、その方の能力に応じて、日課として役割を担っていただいている。		
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。	食席は、認知症の進行度合い、入居者同士の関係性に応じて設定している。利用者からの要望があれば、制限することなく、その都度入れ替えを実施している。個人に合わせて、居室で休む時間を設けるなど、気分転換の場をつくっている。		
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、持ち込みを禁止することはせず、従前の生活スタイルが継続できるように努めている。物品が多く、利用者が混乱してしまわない様に、都度、家族と連絡をとり、物品の入れ替えに協力頂いている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	1人でも迷わない様に、居室やトイレに張り紙で表記をおこなっている。共用ソファにはテープで目張りをおこない、視認性を向上している。共有スペース各所に手摺を設置。1人でも移動できるように工夫している。		

2022年度

事業所名 ラポール菅生

作成日： 2023 年 6 月 1 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	地域との繋がり、交流の機会が少ないので拡大する必要がある。	地域の催し物に参加するだけでなく、ボランティアの受け入れをおこない地域交流スペースを活用していく。	運営推進会議委員の自治会長から地域情報を得ていく。家族や職員からの紹介、各種媒体から情報収集をおこない、企画に適したボランティアに協力していただく。	6ヶ月
2	16	防災備蓄品を使用する実施訓練をおこなう必要がある。	防災備蓄品を実際に使用して、非常災害時の調理訓練をおこなう。	防災の日になみ、9月行事の一環として防災食を調理して入居者と職員で食す。作成済みの献立が十分量なのか、物品に不足はないか、時間や人手はどれだけ必要か、検証をおこない記録に残す。	4ヶ月
3	1	ユニット単位の目標について、振り返り、自己評価、目標の再検討をおこなう必要がある。	施設理念に基づいたユニット単位の行動目標について、職員が実践できている状態。	PDCAサイクルについて勉強会を開催。まずはユニットリーダーが学びを深める。ユニット会議で目標について振り返りをおこない6月で目標立て、1月に評価とする。	7ヶ月
4	9	メンタルフォローのための相談窓口を活用していく必要がある。	職場では話せない、相談できない、知られたくないことでも、プライバシーが保護され気軽に相談できる環境を整える。	メンタルフォローのために相談窓口を設けていること、産業カウンセラーがいることを職員に周知徹底する。改めて朝礼や会議の場を機会に口頭で伝え、書面を再掲示してアクセス手段を周知する。	3ヶ月
5	17	利用者の意見や意向を引き出す、聴き出す力、傾聴力を向上させる必要がある。	職員一人一人が日常的に傾聴する姿勢を持って利用者のケアにあたっている。聴き出した内容を介護記録に残して共有することが出来ている。	傾聴についての研修を10月までに計画実施する。研修3カ月後にアンケート調査をおこない、気付きを得られたか、実行できているかのセルフチェックをおこなう。	7ヶ月