

平成30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	1492600521	事業の開始年月日	平成25年7月1日
		指定年月日	平成25年7月1日
法人名	株式会社 まごころ介護サービス		
事業所名	まごころホーム*淵野辺		
所在地	(〒250-0206)		
	神奈川県相模原市中央区淵野辺4丁目1-19-2		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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31年2月27日	評価結果 市町村受理日	令和1年7月18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)】

「ひとりひとりの豊かな人間観の実現」を理念としており、ご利用者・ご家族・職員の思いや願いが実現できるように日々取り組んでいる。日常生活の家事（炊事、配膳、掃除、洗濯干し、洗濯たたみ等）やレクリエーション、おやつ作り、作品作り等、その方に合った役割を持って頂く事で、やりがいや笑顔を引き出し、誰にでも楽しんで頂ける様に日々検討・工夫しています。また誰かがそばにいるという安心感を持って生活して頂けるように、入居されている方々と寄り添っておしゃべりする時間や共同で作業する時間を確保して、馴染みの関係・信頼関係を作れるように意識しています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年3月27日	評価機関 評価決定日	令和1年6月28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、JR横浜線「淵野辺」駅北口から徒歩5分の住宅街にあります。4階建ての2階・3階で、定員18名2ユニットのグループホームです。4階は事務室や会議室があり、1階は同法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所となっています。

<優れている点>

「ひとりひとりの豊かな人間観の実現」という理念を職員間で共有し、実践に繋がっています。理念・介護方針・行動指針は各階に掲示し、職員証にも記載してあり、毎朝唱和しています。日常の何気ない会話から、利用者がどのような生活を望んでいるのかを把握し、一人ひとりの思いやこだわりが実現できるように支援しています。利用者の希望でダム見学に行き、名物のカレーを食べたり、和食レストランでの外食や、月に数回のおやつ作りなどを行っています。和服が好きな人が近隣の呉服屋さんに出かけたり、少人数で近くの居酒屋に行きビールを飲むこともあります。ドライブが人気で、利用者の希望を聞いて計画を立てています。「勉強会年間計画」に沿って、虐待・身体拘束、認知症、緊急時の対応などの勉強会を毎月行っています。職員は毎回「勉強会レポート」を作成して、勉強会の内容を日々の実践に活かすよう努めています。

<工夫点>

キャリアパスに基づいた人材育成を行い、介護技術の向上と職員のモチベーションの維持を図っています。職員は、都合の良い時に携帯電話でEラーニングの学習ができる体制となっています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	まごころホーム*淵野辺
ユニット名	ユニット1 2階

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	理念については、入社時グループの代表から直接伝える機会がある。パンフレットやカタログ・社員証にも掲載され、毎朝朝礼で唱和し全職員が共有している。	理念・介護方針・行動指針は、各フロアのスタッフコーナーに掲示しており、毎朝のミーティング時に唱和しています。職員は「ひとりひとりの豊かな人間観の実現」という理念を共有し、日々の実践に繋げる努力をしています。	
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。	散歩時に御近所様に挨拶を行ったり、地域の災害訓練へ参加している。	自治会に加入しています。地域の災害訓練には数名の職員と利用者が参加しています。認知症カフェを隔月に開催し、体操やゲームなどを行っています。散歩の時には、地域の人と積極的に触れ合っており、近隣の保育園の園児たちが訪問してくれることもあります。	
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。	認知症カフェを開催しており、地域の方に参加していただいている。また運営推進会議などで、グループで開発協力している製品などのお知らせを行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1度開催。参加者が固定され、ご家族の参加もなかなか難しいのが現状。主に地域密着型のサービスへの理解および事例を伝えている。	2ヶ月に1回、自治会々長・民生委員・地域包括支援センター職員が参加して開催しています。事業所の取り組みや課題について、報告や意見交換を行ない、地域の理解や支援を得られるように働きかけています。	運営推進会議に利用者と家族が参加できる方法を検討しています。利用者や家族の思いを会議で伝えることで、地域との連携が深まることも期待されます。
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。	運営推進会議への地域包括支援センターの方の出席、地域包括支援センターへの定期訪問、事故発生時の報告等を適時行っている。また生活保護の方については、生活支援課の担当者と定期的に連絡をとりあうようにしている。	地域包括支援センターの担当者と日頃から協力関係を築いており、運営推進会議などでアドバイスをもらったり、情報共有を行っています。市の高齢政策課や生活支援課と定期的に連絡を取っています。	

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
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。	ミーティングの度に身体拘束に関しての話を毎回行っている。身体拘束はしていないが、時として「スピーチロック」になってしまわないようにスタッフ同士声を掛け合うようにしている。	身体拘束をしないケアに取り組んでおり、勉強会やミーティングで「虐待・身体拘束」について取り上げています。夜間の病状急変に対応するために設置している居室のカメラは、利用者と家族の了解を得て使用しており、運営推進会議でも報告しています。	
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に注意を払い、防止に努めている。	導入研修やケア研修でアンガーマネジメントについて学び、関わり方、対応の仕方についてもミーティングで話し合っている。虐待が見られた時には施設長へ報告し、行政や包括支援センターに相談するように伝達している。		
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。	研修参加の機会は無いが、資料は常に閲覧できるようにしている。6名の方が成年後見人制度をご利用されている。後見人様と密に連絡をとり、利用者を通じて制度を学ぶ機会がある。		
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。	契約時には書面と口頭での説明をさせていただき御理解をいただいている。介護保険法の改正時等もご説明し同意を得ている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	要望や意見・何気ない発言は、申し送り時に職員間で共有しており、家族とは施設長・ケアマネが中心となってコミュニケーションを取り、話しやすい関係づくりを心掛けている。お客様の声シートを活用して記録に残しスタッフで共有している。	職員は、日々の会話から利用者の意見や要望を引き出し、申し送りやミーティングで共有しています。外出先や行事の内容は、利用者の意見を聞いて決めています。宮ヶ瀬ダムで名物のダムカレーを食べたいという利用者の意見からドライブが実現しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	朝夕の申し送り、月1回全職員参加のミーティングを通じて、職員の意見・提案から改善に努める様にしている。職員一人一人の夢や想いを書き込み、写真に撮って本部や役員も閲覧できるような機会を設けた。	職員は、ミーティングや勉強会で意見や提案を話し合い、行事の計画や業務改善を行っています。管理者は、日頃から職員とコミュニケーションを図り、個人面談で個々の職員の意見や思いを聴き取っています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	評価制度・ポイントカードを導入し、やりがいを持って取り組めるようにしている。また希望休、有休取得、長期休暇については出来る限り希望に沿うよう職員で協力し合い調整している。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	月1回の勉強会を実施。社内アセッサーの資格を持つ職員が中心にまごころキャリアパスのシステムを作成した。カリキュラムに沿って各施設で介護技術の向上ができ、試験に合格することで時給がアップする。やりがいにつながる仕組みがある。		
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。	介護事業者連絡会に加入し会議、研修会に積極的に参加し交流を深めている。また社内のグループホーム職員とも交流を重ね、互いの業務に活かせるよう意見交換を行っている。		
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。	ご本人の言葉に耳を傾け、要望を聞き出す事と、これまでの生活歴、家族構成、趣味・嗜好等の情報を積極的に得る努力をおこなう。認知症の方に対しては、施設への来所理由を共に考え、本人が気持ち良くサービス導入出来るよう工夫している。		

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。	ご家族の思いを聞き取り、ご本人との関係を汲み取る。ご家族の意向、ご本人様の自尊心を尊重し信頼関係の構築を図っている。		
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。	相談に来られる中で現状をお聞きし、自事業所が出来る内容を提案。ご本人様とご家族様の状況に応じて最も適したサービスを選択できるよう他事業所と連携を図っている		
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。	配膳、食器の片付け、買物、洗濯等を一緒に行っていただきながら人間関係を築いている。その方に合った役割を持って頂く事でやりがいや笑顔を引き出す様に日々検討・工夫している。		
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。	主に施設長やケアマネが窓口となり、連絡を取り合い近況をお伝えしている。ご家族も衣替え、季節の節目、記念日等含め面会にも定期的に来られている。また外食や一時帰宅なども提案している		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	アセスメントで利用者の関係は把握している。馴染みの方の来訪は職員は戸惑うことなく受け入れを歓迎している。定期的に外出し、昔を回想できる場所にも出かけたり、馴染みのお店へ外食へも出掛るようにしている。	入居までの生活歴や人間関係を把握し、馴染みの人や場所との関係継続を支援しています。毎年墓参りに出かける人や、馴染みの寿司屋に出かける人がいます。友人の来訪がある利用者は、居室で一緒に過ごしています。	

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。	ご利用者同士の関係が円滑になる様努めている。職員は調整役として、一緒に家事をしたり、歌ったりして共通の話題・個々の役割やキャラクターを提供し、一体感を作れる様に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	入院、退居後も面会や訪問をしご本人やご家族との関係を続けている。またご家族とも連絡を取り合い、絶えず相談を受け入れる体制にある。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常の中からご本人の望まれる暮らし方、過ごし方を汲み取るように努めている。知り得た事は職員同士で共有し、ミーティング等で検討し実践している	日常の会話や家族の情報から、どのような生活を望んでいるのかを把握しています。外出や買い物、食事、入浴などで、一人ひとりの思いやこだわりが実現できるように支援しています。思いを言葉にできない人は、表情や行動から気持ちを汲み取っています。	
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。	要介護になる前からの生活歴をご本人やご家族から聞き取りを行い、暮らしぶりをあまり変える事のないように支援している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎朝の申送りや経過記録、ミーティング等で情報を共有し状況の把握に努めている		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人・ご家族の想い、意見を聞き、ケアマネのモニタリング情報や職員ミーティングを通じて、検討・意見交換を実施している。	日頃のかかわりの中で、本人や家族の思いや意見を聞き、ケアプランに反映するようにしています。職員全員で意見交換を行っており、6ヶ月ごとの見直しの他、状況の変化が生じた場合はモニタリングに基づいた見直しを行っています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別の経過記録を作成し、気づきや変化などは申送りで口頭にて伝えている。口頭で伝えられない場合は申送りノートを活用している。		
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。	面会、外出、外泊等の機会を大切にし、そのつど柔軟に対応できるようにしている。		
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。	図書館に歩いて出掛けたり、市主催のコンサートなどに出掛けているが、地域資源の把握、活用がまだ十分に出来ておらず今後の課題。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居してもこれまでのかかりつけ医に受診される方がいる。それ以外の方は、隔週に往診。往診時以外でも電話・FAX等で相談をし、連携を密にして生活を支えている。急変時の受診は職員も同行している。	利用者の中には入居前からのかかりつけ医に家族同行で通っていますが、殆どの利用者は家族了解のもと、事業所の協力医をかかりつけ医として月2回の往診を受けています。看護師は往診医の立ち会いを含め週3日来所し、健康管理を行なっています。緊急時は協力医が24時間対応しています。	

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。	週2日看護職員は勤務しており、利用者に変化があれば相談し対応している。		
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。	入院中は施設長やケアマネが定期訪問を行い、回復状況の確認を行っている。退院時は必要に応じて退院調整会議への出席、カンファレンスを行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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。	利用者の症状の変化についてはこまめに報告を行っている。利用者、ご家族の意向を尊重しながら主治医と十分話し合い、不安なく生活出来る様に努めている。	入居時、利用者・家族に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明し、了解の上で「看取り介護についての同意書」をもらっています。実際に重度化した際には改めて家族の意向を確認し、主治医と相談して対応しています。	
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。	勉強会で救急対応の訓練を行なっている。急変もあったため、ミーティングでその振り返りを行なった。		
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。	地域の訓練には参加させていただいたが、実際の協力体制はまだ手探りな状態にある。また夜間土日などの手薄な時の災害対策が課題である。	年2回避難訓練と消火訓練を職員・利用者参加で行っています。そのうち1回は消防署が立ち会っています。事業所にAED（救命処置の為の医療機器）があり、消防署職員を講師にAEDの扱い方の勉強会を行っています。飲料水や食料の災害備蓄品は4階に保管しています。	自治会に加入し、運営推進会議に自治会々長が出席しています。夜間土日などを含め災害対策には地域の協力が不可欠です。今後、地域との協力体制づくりも期待されます。

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	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。	個人情報やプライバシーに対する認識及び向上を目標に、不適切な対応・ケアの検討を日々スタッフ同士が確認し合い、ひとり一人に配慮した声かけが出来るように心がけている。	食事の時の号令や家事、おやつ作りなど、日常でその人に合った役割を持ってもらったり、自己決定する機会を増やし、人格の尊重を心がけています。毎年接遇の研修を行っており、プライバシーに配慮した対応をしています。個人情報資料は鍵の掛かる書庫に保管しています。	
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。	入居様様が遠慮無く、要望を伝えられるような環境、空間、関係作りを意識している。選択肢の中から自己決定して頂けるような声掛けを心がけている。		
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。	ひとりひとりの暮らしが尊重でき、利用者全員の安全が確保出来るように創意工夫を行っている。		
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。	ご自分で着られる方はお任せするようになり、こだわりや希望に合った服を着ていただく。趣味、嗜好を優先しながら周りの方との信頼関係が損なわれないように支援させて頂いている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	炊飯、お味噌汁作りを一緒にして頂いたり、テーブル拭きや食器の片付けを一緒に行っている。おやつ作りも食べたいものをお伺いしながら一緒に作っている。	食後の食器拭きや食器の片付けを利用者も参加しています。月に3～4回白玉団子やたこ焼きなどのおやつ作りを、準備から利用者と一緒にしています。2ヶ月に1回ほど回転寿司や和食レストランに少人数で行っています。また、バーベキューやピヤガーデンを楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	社内の「飲んで歩く」という方針に基づき、1日1800ccの水分量を目標にしている。 日報などに食事量を記入し、必要時は看護師や主治医に報告している。		
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。	食後は歯磨きをして頂くように口腔ケアのお誘いをしている。必要な方には確認と介助で仕上げを行っている。必要時は訪問歯科診療へと繋げている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	定時の誘導に限らず、排泄チェック表を確認して声を掛ける時間を早めたり、自然な形でのお声掛けを意識している。	水分を含めた排泄チェック表で利用者の排泄パターンを把握しています。利用者の様子を見て、定時や必要時のトイレ誘導を行い、排泄の自立を支援しています。適切な支援から、リハビリパンツから布パンツなどになった利用者が何人かいます。	
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。	便秘にならないようにトイレ誘導時、前傾姿勢で座って頂くようにする。食事のメニューでは繊維度の高いイモ類なども出すようにしている。他便秘傾向の方には牛乳など積極的に摂取していただくようにしている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ほぼ午後から入浴時間となっているが、ご本人の希望によって夕食前に入られる方や毎日入られる方もいる。その方に合った方法を検討工夫してお手伝いしている。	週2回～3回の入浴を基本にしています。季節のゆず湯や、2種類の入浴剤から選んで使ったりして入浴を楽しんでいます。入りたくない人に対しては職員を変えたり、時間を変えたりして対応しています。利用者・職員は1対1の為、落ち着いて入れるよう工夫しています。	

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。	日中の活動を増やし、生活のリズムが出来る様に援助し、なるべく夜眠れるように支援している。また体に合わせた専用のクッションやタオル等を使用し快適な睡眠や褥瘡予防へとつなげている。		
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。	処方箋や薬情報をファイルに個人毎にまとめて職員が確認をしている。薬の変更時は申送り、申送りノートで情報を共有。服薬忘れが無いように日報にチェック欄を設けている。		
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。	利用者の認知度、身体状況、性格を考慮し、また一人一人が達成感や満足度が得られるような声掛け、レクリエーション・家事内容になるよう工夫し支援している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	体調を考慮しつつ、季節を感じられるよう定期的な外出、外食、買い物を行っている。散歩などは歩行状態や残存機能を確認する機会となっている。利用者に希望の行先を聞き、昔馴染みの場所へ出掛ける事もある。	数名の利用者は毎日のように散歩しています。他の人は週に数回散歩しています。ドライブで淵野辺公園へ花見に行ったり、津久井湖・相模原公園などへ行っています。回転寿司や和食レストランで外食したり、コンビニエンスストアへ買い物にも行っています。	
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。	ご家族と相談させて頂きながら、お客様の理解力に合わせて対応している。		

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
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。	必要に応じてご本人とご家族が連絡を取り合えるように支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共有スペースの片付け、清掃に気を配り快適な空間提供を心がけている。リビングは明るく開放的である。季節に応じた空間を作る努力をして、家庭的な温かな雰囲気を出している。	利用者も時々参加して朝の清掃を行い、清潔で明るい空間となっています。毎月、利用者・職員作の大きな季節の貼り絵・カレンダーを壁面に飾っています。台形のテーブルを組合わせて、2階は六角形に、3階では扇形のテーブル配置にしています。温度・湿度管理は職員が行っています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	ソファで馴染みの入居者同士ゆったりと会話出来るようになっている。4階のベランダや研修室もまた憩いの場となっている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	自分の枕や毛布の持ち込みや馴染みの家具の持ち込みを自由にして頂いている。フロア同様季節を感じられるような作品を掲示し、家族からの手紙などを張りだし、自宅で過ごしているような雰囲気になる様に工夫している。	エアコン、照明、クローゼット、カーテンが備えられています。大きな仏壇や椅子、クッションなどを持ち込んでいます。利用者・家族の了解の下、安全確認のため、各居室にカメラを設置しています。実際に、夜間、利用者の異常に職員が気づき、救急搬送で助かった事例もあります。	
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。	各所に手すりを設置し、デイルームは適度な機の配置をすることによって車椅子の移動経路も確保され、歩行者も机につかまりながら無理なく歩ける様な状態にある。		

事業所名	まごころホーム*淵野辺
ユニット名	ユニット2 3階

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (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。	理念については、入社時グループの代表から直接伝える機会がある。パンフレットやカタログ・社員証にも掲載され、毎朝朝礼で唱和し全職員が共有している。		
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。	散歩時に御近所様に挨拶を行ったり、地域の災害訓練へ参加している。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	認知症カフェを開催しており、地域の方に参加していただいている。また運営推進会議などで、グループで開発協力している製品などのお知らせを行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1度開催。参加者が固定され、ご家族の参加もなかなか難しいのが現状。主に地域密着型のサービスへの理解および事例を伝えている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	運営推進会議への地域包括支援センターの方の出席、地域包括支援センターへの定期訪問、事故発生時の報告等を適時行っている。また生活保護の方については、生活支援課の担当者と定期的に連絡をとりあうようにしている。		

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
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。	ミーティングの度に身体拘束に関しての話を毎回行っている。身体拘束はしていないが、時として「スピーチロック」になってしまわないようにスタッフ同士声を掛け合うようにしている。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	導入研修やケア研修でアンガーマネジメントについて学び、関わり方、対応の仕方についてもミーティングで話し合っている。虐待が見られた時には施設長へ報告し、行政や包括支援センターに相談するように伝達している。		
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。	研修参加の機会はないが、資料は常に閲覧できるようにしている。6名の方が成年後見人制度をご利用されている。後見人様と密に連絡をとり、利用者を通じて制度を学ぶ機会がある。		
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。	契約時には書面と口頭での説明をさせていただき御理解をいただいている。介護保険法の改正時等もご説明し同意を得ている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	要望や意見・何気ない発言は、申し送り時に職員間で共有しており、家族とは施設長・ケアマネが中心となってコミュニケーションを取り、話しやすい関係づくりを心掛けている。お客様の声シートを活用して記録に残しスタッフで共有している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	朝夕の申送りと、月1回全職員参加のミーティングを通じて、職員の意見・提案から改善に努める様にしている。職員一人一人の夢や想いを書き込み、写真に撮って本部や役員も閲覧できるような機会を設けた。		
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。	評価制度・ポイントカードを導入し、やりがいを持って取り組めるようにしている。また希望休、有休取得、長期休暇については出来る限り希望に沿うよう職員で協力し合い調整している。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	月1回の勉強会を実施。社内アセッサーの資格を持つ職員が中心にまごころキャリアパスのシステムを作成した。カリキュラムに沿って各施設で介護技術の向上ができ、試験に合格することで時給がアップする。やりがいにつながる仕組みがある。		
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。	介護事業者連絡会に加入し会議、研修会に積極的に参加し交流を深めている。また社内のグループホーム職員とも交流を重ね、互いの業務に活かせるよう意見交換を行っている。		
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。	ご本人の言葉に耳を傾け、要望を聞き出す事と、これまでの生活歴、家族構成、趣味・嗜好等の情報を積極的に得る努力をおこなう。認知症の方に対しては、施設への来所理由を共に考え、本人が気持ち良くサービス導入出来るよう工夫している。		

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。	ご家族の思いを聞き取り、ご本人との関係を汲み取る。ご家族の意向、ご本人様の自尊心を尊重し信頼関係の構築を図っている。		
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。	相談に来られる中で現状をお聞きし、自事業所が出来る内容を提案。ご本人様とご家族様の状況に応じて最も適したサービスを選択できるよう他事業所と連携を図っている		
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。	配膳、食器の片付け、買物、洗濯等を一緒に行っていただきながら人間関係を築いている。その方に合った役割を持って頂く事でやりがいや笑顔を引き出す様に日々検討・工夫している。		
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。	主に施設長やケアマネが窓口となり、連絡を取り合い近況をお伝えしている。ご家族も衣替え、季節の節目、記念日等含め面会にも定期的に来られている。また外食や一時帰宅なども提案している		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	アセスメントで利用者の関係は把握している。馴染みの方の来訪は職員は戸惑うことなく受け入れを歓迎している。定期的に外出し、昔を回想できる場所にも出かけたり、馴染みのお店へ外食へも出掛るようにしている。		

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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	ご利用者同士の関係が円滑になる様努めている。職員は調整役として、一緒に家事をしたり、歌ったりして共通の話題・個々の役割やキャラクターを提供し、一体感を作れる様に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	入院、退居後も面会や訪問をしご本人やご家族との関係を続けている。またご家族とも連絡を取り合い、絶えず相談を受け入れる体制にある。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常の中からお本人の望まれる暮らし方、過ごし方を汲み取るように努めている。知り得た事は職員同士で共有し、ミーティング等で検討し実践している		
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。	要介護になる前からの生活歴をご本人やご家族から聞き取りを行い、暮らしぶりをあまり変える事のないように支援している。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎朝の申送りや経過記録、ミーティング等で情報を共有し状況の把握に努めている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人・ご家族の想い、意見を聞き、ケアマネのモニタリング情報や職員ミーティングを通じて、検討・意見交換を実施している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別の経過記録を作成し、気付きや変化などは申送りで口頭にて伝えている。口頭で伝えられない場合は申送りノートを活用している。		
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。	面会、外出、外泊等の機会を大切に、そのつど柔軟に対応できるようにしている。		
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。	図書館に歩いて出掛けたり、市主催のコンサートなどに出掛けているが、地域資源の把握、活用がまだ十分に出来ておらず今後の課題。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居してもこれまでのかかりつけ医に受診される方がいる。それ以外の方は、隔週に往診。往診時以外でも電話・FAX等で相談をし、連携を密にして生活を支えている。急変時の受診は職員も同行している。		

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。	週2日看護職員は勤務しており、利用者に変化があれば相談し対応している。		
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。	入院中は施設長やケアマネが定期訪問を行い、回復状況の確認を行っている。退院時は必要に応じて退院調整会議への出席、カンファレンスを行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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。	利用者の症状の変化についてはこまめに報告を行っている。利用者、ご家族の意向を尊重しながら主治医と十分話し合い、不安なく生活出来る様に努めている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	勉強会で救急対応の訓練を行なっている。急変もあったため、ミーティングでその振り返りを行なった。		
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。	地域の訓練には参加させていただいたが、実際の協力体制はまだ手探りな状態にある。また夜間土日などの手薄な時の災害対策が課題である。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	個人情報やプライバシーに対する認識及び向上を目標に、不適切な対応・ケアの検討を日々スタッフ同士が確認し合い、ひとり一人に配慮した声かけが出来るように心がけている。		
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。	入居様様が遠慮無く、要望を伝えられるような環境、空間、関係作りを意識している。選択肢の中から自己決定して頂けるような声掛けを心がけている。		
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。	ひとりひとりの暮らしが尊重でき、利用者全員の安全が確保出来るように創意工夫を行っている。		
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。	ご自分で着られる方はお任せするようにしており、こだわりや希望に合った服を着ていただく。趣味、嗜好を優先しながら周りの方との信頼関係が損なわれないように支援させて頂いている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	炊飯、お味噌汁作りを一緒に行ったり、テーブル拭きや食器の片付けを一緒に行っている。おやつ作りも食べたいものをお伺いしながら一緒に作っている。		

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
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。	社内の「飲んで歩く」という方針に基づき、1日1800ccの水分量を目標にしている。 日報などに食事量を記入し、必要時は看護師や主治医に報告している。		
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。	食後は歯磨きをして頂くように口腔ケアのお誘いをしている。必要な方には確認と介助で仕上げを行っている。必要時は訪問歯科診療へと繋げている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	定時の誘導に限らず、排泄チェック表を確認して声を掛ける時間を早めたり、自然な形でのお声掛けを意識している。		
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。	便秘にならないようにトイレ誘導時、前傾姿勢で座って頂くようにする。食事のメニューでは繊維度の高いイモ類なども出すようにしている。他便秘傾向の方には牛乳など積極的に摂取していただくようにしている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	ほぼ午後から入浴時間となっているが、ご本人の希望によって夕食前に入られる方や毎日入られる方もいる。その方に合った方法を検討工夫してお手伝いしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	日中の活動を増やし、生活のリズムが出来る様に援助し、なるべく夜眠れるように支援している。また体に合わせた専用のクッションやタオル等を使用し快適な睡眠や褥瘡予防へとつなげている。		
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。	処方箋や薬情報をファイルに個人毎にまとめて職員が確認をしている。薬の変更時は申送り、申送りノートで情報を共有。服薬忘れが無いように日報にチェック欄を設けている。		
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。	利用者の認知度、身体状況、性格を考慮し、また一人一人が達成感や満足度が得られるような声掛け、レクリエーション・家事内容になるよう工夫し支援している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	体調を考慮しつつ、季節を感じられるよう定期的な外出、外食、買い物を行っている。散歩などは歩行状態や残存機能を確認する機会となっている。利用者に希望の行先を聞き、昔馴染みの場所へ出掛ける事もある。		
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。	ご家族と相談させて頂きながら、お客様の理解力に合わせて対応している。		

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
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。	必要に応じてご本人とご家族が連絡を取り合えるように支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	共有スペースの片付け、清掃に気を配り快適な空間提供を心がけている。リビングは明るく開放的である。季節に応じた空間を作る努力をして、家庭的な温かな雰囲気を出している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	ソファで馴染みの入居者同士ゆったりと会話出来るようになっている。4階のベランダや研修室もまた憩いの場となっている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	自分の枕や毛布の持ち込みや馴染みの家具の持ち込みを自由にして頂いている。フロア同様季節を感じられるような作品を掲示し、家族からの手紙などを張りだし、自宅で過ごしているような雰囲気になる様に工夫している。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	各所に手すりを設置し、ダイルームは適度な机の配置をすることによって車椅子の移動経路も確保され、歩行者も机につかまりながら無理なく歩ける様な状態にある。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 まごころホーム淵野辺

作成日： 令和元年 7月 15 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	4	運営推進会議におけるご家族様、ご利用者様の参加	ご家族様の参加	会議においてご利用者様の参加は少しずつ出来るようになってきたが、相変わらずご家族様様の参加が出来ていないので、お便りや連絡時に参加のお声がけを行う。	12ヶ月
2	35	地域との災害時の協力体制の構築	地域との災害時の協力体制の構築	①災害時に地域の方の受け入れ可能な人数 ②地域においての施設の役割③地域で行われる防災訓練の参加	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月