

<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	1491400055
法人名	セントケア神奈川株式会社
事業所名	セントケアホームあしがら
訪問調査日	2015年1月21日
評価確定日	2015年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

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

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

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

平成 26 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	1491400055	事業の開始年月日	平成24年2月1日	
		指定年月日	平成24年2月1日	
法人名	セントケア神奈川株式会社			
事業所名	セントケアホームあしがら			
所在地	(258-0004) 神奈川県足柄上郡松田町松田庶子373-1			
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 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27年1月5日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月8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)】

当ホームは、「スタッフの笑顔でお客様が笑顔に、お客様の笑顔でスタッフが笑顔」にを理念に掲げている。その人らしく活動的に過ごして頂くために残存能力を生かし、レクリエーションやイベントに力を入れている。夏祭り、秋祭り、陶芸教室、習字、誕生日会、外食など季節に合わせたイベントを計画的に行っている。食事面は、法人内の栄養士によるメニューを基に専属のキッチンスタッフが調理し栄養バランスの配慮が出来ている。その為、お客様の調理の機会が少ないが、盛りつけや配膳、食事レクを計画し買い物・調理・洗い物などの機会を持てるよう努力している。地域との関わりは、イベントの開催と共に新聞を配布し認知症の方の理解に繋げている。

【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3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成27年1月21日	評価機関 評価決定日	平成27年3月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

①このホームの経営母体は、セントケア神奈川株式会社です。この法人は、セントケア・ホールディング株式会社を持ち株会社とするセントケアグループの1社として神奈川県全域を管轄しています。このグループは、JASDAQの上場会社であり、介護事業を訪問系サービス・施設系サービス・レンタルリフォームの3部門を中心に全国展開をしている介護業界最大手の一社です。神奈川県下では、グループホームを11事業所運営しています。その中で、このホームは10番目に開所された新しい事業所です。JR御殿場線の松田駅から徒歩10分であり、ホームはバス道に面しているものの、前面に広い駐車場を持ち、道路からは奥まり、静かな環境にあります。駐車場の一角には、大きな桜の古木があり、春の満開の桜が楽しみです。さらに、洒落た作りの木造の東屋もあり、地域住民や一般のハイカーの休憩場として提供されています。

②法人の方針書は、年度毎に提示され、それに応じてホームの年度方針も作成され、朝礼・夕礼時に復唱しています。このホームの理念「スタッフの笑顔でお客様が笑顔に、お客様の笑顔でスタッフが笑顔」を事業者内に掲示し、職員はホスピタリティと接遇の大切さを共通認識しています。理念に沿って、利用者が活動的に過ごせるよう、敷地内の野菜畑のお世話や、種々のボランティアの活用・食事レク・アニマルセラピー・カラオケ・夏祭り等の様々なレクリエーションやイベントを企画し、実行しています。

③セントケアあしがらは、地域への情報発信に力を入れています。地方独特の地域性を加味し、このホームを地域の方々に周知できるよう、開所以来、ホームの広報誌「ホームあしがら新聞」を毎月発行し、近隣住民にポスティングすると共に関係機関を通して地域に配布しています。更に、今年から周辺2市5町まで配布するエリアを広げました。ホームへの知名度を上げる手段として、来所延べ人数の増加というユニークな目標を掲げ、今年度は700名を年間目標にしています。松田町役場がすぐ近くにあることもあり、町役場とは密に連携しています。地域の社協主催の「福祉あったかフェスタ」に毎年、出店したり、準備のお手伝いをする等、協力関係にあります。

【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	セントケアホームあしがら
ユニット名	1F

V アウトカム項目	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 4, ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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している。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 4, ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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	方針書およびホームの方針理念を年度毎作成し、朝礼時・夕礼時・申し送り時に朗読している。	法人の年間方針書及びホームの方針理念を年度毎に作成し、朝礼時・夕礼時に読み合わせを行なっています。「スタッフの笑顔でお客様が笑顔に、お客様の笑顔でスタッフの笑顔」をホームの理念として事業所内に掲示し、各職員が利用者への笑顔での接遇に努めています。		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	毎月イベントの開催と共に「ホームあしがら新聞」として地域に発信する事で近隣の方にご来所頂いている。また、ボランティアの受け入れを積極的に行っている。	「ホームあしがら新聞」を毎月発行し、地域に発信することで近隣の方に、ホームを知ってもらえるように努めています。ホームへの来所者人数700名を本年度の目標に掲げています。ボランティアの受け入れも積極的に取組んでおり、習字・百人一首・コーラスグループ3組等に来ていただいています。		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	認知症家族の会に開催月は参加し、事例の提示やご相談・お悩みなどお伺いしている。			
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回の運営推進会議を行い、ご意見・ご要望をカンファレンス等で職員に伝えサービス向上に努めている。	2カ月に1回の運営推進会議を開催しています。包括支援センター・民生委員等の参加を頂き、ホームの取組みや地域の行事等を話し合い、要望・意見をカンファレンスで職員に伝え、サービス向上に努めています。ホーム駐車場の災害時の避難所への提供等、災害時対策等も話し合われています。		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	約2週間に1回のペースで訪問、連絡を取り合い情報共有に努め「報告・連絡・相談」の徹底を行っている。	町役場が、徒歩5分程度の場所にあり、約2週間に1回のペースで、訪問し、連絡を取り合っています。ホーム東屋を一般のハイカーの休憩場として提供することや近隣住民の訪問販売者の車をホームの駐車場を利用することなど具体的な事例検討も行い、町役場とは、「報告・連絡・相談」の関係維持が出来ています。		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	原則、日中は玄関の施錠を行っていない。熟練研修やカンファレンスを通し、身体拘束をしないケアを学び、話し合うことで理解を深めている。緊急やむを得ない場合が発生する時はカンファレンス等で対応策について話し合い、ご家族様に相談したうえで諸手続きを行い対応する。	法人本部より毎月の研修計画の中に、身体拘束の研修が毎年必ず盛り込まれ、ホーム内の熟練研修やカンファレンスで取り上げ、理解を深めています。緊急止むえない場合が発生する際の対応策もカンファレンスで話し合っていますが、現在まで身体拘束のケースは、ありません。日中は、玄関の施錠も行なっていません。	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	虐待防止については、必ず採用時研修で受講し、管理者は市町村開催の講習会へ参加。また、ホーム内で熟練研修を開催している。		
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	研修会を受講し、理解を深めている。		
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	契約には、蛍光マーカーや付箋などを活用し見やすく分かりやすいものとなるよう工夫し、十分な時間を取り重要事項説明書・利用者契約書の説明を行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご意見・ご要望は、計画作成担当者が主となり、計画作成時に確認する。運営推進会議内でも毎回要望をお伺いし、カンファレンス等で職員に伝えている。	ご家族の来所は多く、半分以上の方が毎月1回は来所されます。その際にご家族の意見・要望に傾聴し、必要な場合は、カンファレンス等で職員に伝え、対応しています。「あしがら新聞」は、毎月送付すると共に、節目や何かあった場合には、お便りを添え、状況を伝えています。	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	カンファレンスやミーティング、熟練研修を通し、意見を出してもらい反映出来るよう心がけている。意見が出ない時は、個々に声掛けを行い把握するよう努めている。	カンファレンスやミーティング、熟練研修を通し、職員から意見を抽出し、ホームの運営に反映できるよう心がけています。意見が出ない場合は、管理者より個々に声かけを行い、意見を把握した上で、一緒に考え、改善提案に繋がるよう向上に努めています。	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	勤務状況に関しては、シフトを作成しているため把握している。個々の仕事へのやりがいや姿勢などコミュニケーションを取りながら把握に努め、年に1回評価を行なう。			
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	社内では、初任者研修の開催、認知症ケア研修、熟練研修を行っている。市町村の研修なども、声掛けを行っている。			
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	地域のグループホームを訪問、管理者やスタッフの方と話す機会を作るよう努め情報交換を行っている。			
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	必ず、ご本人様・ご家族様にホームに来所して頂きご意見・ご要望をお伺いしている。また、より細かい内容を知るためご自宅へお伺いし現状の把握を行うようにしている。			

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
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	受付からお申込までに見学や面接等を納得するまでして頂き、十分にお話を伺える環境作りを心がけている。また、ご家族様の協力体制についても話をさせて頂く。		
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	特に行っていません。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご自分の出来る事は出来るだけ行って頂いている。掃除・洗濯・おやつ作り・ワゴンの上げ下げ・ゴミ捨て・新聞取り・庭の手入れなどスタッフも介入しながら皆様で行って頂いている。		
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	ご家族様には、毎月お手紙やお電話、新聞などで活動状況をご報告し、お客様の生活状況を理解して頂く。また、イベントには積極的にお声かけを行いご家族様も共に楽しんで頂けるよう努力している。		
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	手紙や電話の取次ぎは制限せず、外部との関わりを保てるよう支援に努めている。	ご家族・親戚や友人の来所が多く、歓迎しています。ご家族と実家で外泊される方もあり、お正月には4名の方が実家で過ごされました。手紙や電話の取次ぎも制限せず、外部との関わりを保てるよう積極的に支援しています。ドライブでは、秦野等の馴染みの場所を訪ねることもあります。	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
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	様子を見守りながら、スタッフが間に入り声掛けを行なっている。特に、難聴の方への支援など。月に2回は両フロアの交流関係が持てるよう、一緒に食事をしたり外出したりと工夫している。		
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	ご退居されたお客様のご家族様から連絡があれば、ご相談をお受けし様子をお伺いすることもある。		
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。	入居前にご家族様およびご本人様にも確認を取りメモリーブックを作成して頂き、ご希望を確認する。入居後に関しても、介護計画書をご説明しご希望・ご要望の把握に努めている。	入居前にご家族及び本人からも確認を取り、法人のメモリーブックを作成し、思いや意向の把握の参考にしています。メモリーブックで詳細な情報が得られない場合は、利用者の状況を見て、落ち着いた時間に聴く等の工夫を行なっています。親戚や友人からの情報も活用しています。	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	ご入居時、ご家族様に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をメモリーブックに記入して頂き把握に努めている。		
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	メモリーブックやアセスメント表、申し送り内容などをスタッフみんなで共有できるよう努めている。		

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	まずは、お客様・ご家族様のご希望・ご要望をお伺いし、お客様の取り巻く資源を探し作成している。	基本的には、6カ月に1度の介護計画の見直しを行います。まずは、利用者・ご家族のご希望・ご要望をお伺いし、計画作成者が中心となり、カンファレンス時、職員の意見も集約し、介護計画書が作成され、最終的にご家族の確認を得ています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認できるようにしている。また、日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催により確認をしている。		
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	状況に応じて、いつでも柔軟に対応できるようホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	状況に応じて、ホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医等と連携し、適切な医療を受けて頂けるよう支援している。	協力医療機関を主治医として、毎月2回の往診を受診しています。同じ医療機関の看護師と訪問看護の契約を結び、毎週1回来訪してもらい利用者の健康管理を支援しています。歯科医は、毎週水曜日に往診してもらい利用者は受診しています。	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	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	往診の看護師と密に連絡を取り合い、お客様の情報や変化などを相談し連携している。			
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。	入院された時は、医療ソーシャルワーカー等に相談し医療連携を図る。随時、ご家族様にも連絡を行なう。また、2週間に1回は入院先の病院にお伺いし、お客様の病状の経過や現状を把握するよう努めている。			
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まずは契約時に、重度化の対応についてご説明させて頂き、状況に応じてご家族様および主治医、看護師と連携をとり、今後の方針を決定している。	契約時に、重度化の対応について説明し、状況に応じて、ご家族・主治医・看護師と連携を取り、看取り介護も含めて今後の方針を決定しています。昨年、ホームでは初めての看取り介護を行い、ご家族に感謝されると共に職員にも達成感を体験する結果となり、今後の介護サービスの向上につなげています。		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	緊急時の対応については、採用時研修・CPR研修・熟練研修の実施、またカンファレンス時での確認をしている。緊急連絡先を作成し、必要種類を揃えて事務所に保管している。			
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年3回避難訓練を行い、スタッフの熟練研修を実施している。スタッフの緊急連絡先を作成し、広域避難所についても説明を行なう。	夜間対応・火事・地震対応に分けて年3回の避難訓練を実施しています。職員の熟練研修においても緊急時の対応の研修を実施しています。職員の緊急連絡先を作成し、広域の避難所についても説明しています。CPRの研修も、全職員が新入社員の研修の際に受講しています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	尊厳を守り、その方にあった声掛け、言動を心がけている。	利用者の尊厳を守り、その方に合った声かけ、言動を心がけています。法人の方針である「低音・短文・ゆっくり・敬語」を全員認識しながら、利用者によって丁寧な言い方、ザックパランな言い方などを使い分けたり、利用者の呼び方も、本人の要望を聞き、名字と名前のどちらかにして対応しています。	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	ご本人様の意向を確認し、希望に添えるよう配慮している。意思疎通が困難な方には、過去の生活歴等を見てご本人様にあった支援を行っている。	/		/
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	ご本人様の意向を確認しながら、計画作成担当者と相談し外出支援やレクリエーション等を行っている。			
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	ご家族様に確認し、訪問理美容を利用して頂いている。女性のお客様は、入浴後の肌のお手入れや起床時、食後に口紅を塗って頂けるよう声掛けをしている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備については、お客様のIADLに合わせて、盛り付け・お茶入れ・テーブル拭き等に参加して頂いている。得意なことは積極的に行って頂く。	食事の準備は、キッチンスタッフが行うため、利用者のIADLに合わせて、盛り付け・お茶入れ・テーブル拭き等に参加してもらっています。食事レクは、毎月1～3回行い、手作りや、お寿司の出前、肉どんのテイクアウト等、個々の利用者の希望に応じて提供しています。ファミレスでのおやつ外食も行われます。お誕生日会もケーキを食し、楽しんでいきます。	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	法人内の栄養士によるメニューがあり、栄養バランスが整っている。毎食後、個々での摂取量を確認している。また、召し上がれないものがある場合は代替メニューを検討し対応している。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの実施およびお声かけを行っている。義歯については、それぞれの残存能力に応じた支援を行い、夜間は洗浄しお預かりしている。			
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	夜間と日中の着替え等での履き替え、時間によるお声掛け等をを行っている。日中はオムツの使用を減らしている。	排泄記録表により、利用者毎に時間による声かけでトイレ誘導し、トイレでの排泄に取り組んでいます。夜間オムツ使用の方も日中はリハパンに替え、トイレでの排泄を心掛けています。夜間でも利用者によっては、時間による声掛けをする方と睡眠を優先し、声かけをしない方に分けて個々に配慮して支援しています。		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	食事は、栄養が整っており摂取量等を管理している。便秘への対応は、薬だけでなく水分摂取・運動・腹部マッサージ等で取り組んでいる。			
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の意向を確認している。基本的な時間帯を決めているため、夜の入浴希望があれば検討していく。	基本的には週2～3回の入浴支援を行なっています。基本的な時間帯は定めていますが、利用者の意向に沿って午前・午後に分けて入浴してもらっています。一番風呂を好む利用者や、最後のお風呂を望む利用者等の要望にも応えています。季節のゆず湯や菖蒲湯等も利用しています。ご家族や近隣住民からゆずを頂く事もあります。		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
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	状況に応じて居室で休憩して頂いている。不眠症状などある場合は記録をとり、ご家族様へ相談し主治医等へ連携をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬・外用薬のファイルを作成し、いつでも確認できるようにしている。薬の変更や頓服が処方された時は申し送りノートに記入し周知徹底している。		
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	個々での役割は、全員ではないがアセスメントを行い、家事や庭のお手入れ等役割を持って頂いている。		
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	日々の散歩や買い物等を行っている。軽度の方には、畑仕事を本人の都合に合わせて行って頂いている。四季折々を感じて頂ける場所へドライブにも出かけている。	利用者には、日々の散歩や買い物で出かける機会をつくっています。軽度の方には、敷地内の野菜畑での畑仕事（水やり・草取り）等、本人の都合や意向に合わせて行なっています。四季折々を感じていただける場所へドライブに出かけたり、敷地内の東屋でのティパーティー、敷地内の桜見物等も行う等の支援もしています。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的には事務所で管理している。必要な場合は、スタッフに伝えて頂き、お渡しし買い物に出かけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話使用のご希望があるときは時間を指定せず使用して頂いている。		
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	お客様に作って頂いたものを展示したり、四季折々を感じていただけるよう飾り付けを工夫している。トイレ等の場所が分かるように張り紙をするなど工夫している。	ビングや通路の壁には、利用者が制作した作品の展示や、お正月には全利用者の願いごとを描いた絵馬を飾るなど、四季を表す飾り付けに工夫して、和やかで居心地空間づくりがされています。清掃は、朝や昼に利用者と共に、トイレは1日3回行い、清潔を維持しています。リトイレ・お風呂場等が分かりやすいように張り紙をして示す工夫もしています。	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	ソファを活用し、共有空間の中でも独りになれる場所の配慮を行っている。		
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	家具等はご家族様に普段お使いのもの等を用意して頂いている。表札をつけるなど、ご本人様の居室であることを認識して頂いている。	居室内の家具や備品は、ご家族に普段使い慣れた物を持ち込んでもらい、本人の好みの居室作りに配慮しています。また、表札を付けて本人の居室であることを認識できる工夫をしています。各部屋には、洗面所が設置されているだけでなく、冬場は、加湿器が全室に用意され、健康維持に配慮しています。	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を送れるように工夫している	お客様の残存能力を最大限に生かせるよう環境作りを心がけている。できること・わかることに繋がるように支援するよう努力している。		

目標達成計画

事業所

セントケアホームあしがら

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	セントケアホームあしがら
ユニット名	2F

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	方針書およびホームの方針理念を年度毎作成し、朝礼時・夕礼時・申し送り時に朗読している。		
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	毎月イベントの開催と共に「ホームあしがら新聞」として地域に発信する事で近隣の方にご来所頂いている。また、ボランティアの受け入れを積極的に行っている。		
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	認知症家族の会に開催月は参加し、事例の提示やご相談・お悩みなどお伺いしている。		
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回の運営推進会議を行い、ご意見・ご要望をカンファレンス等で職員に伝えサービス向上に努めている。		
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	約2週間に1回のペースで訪問、連絡を取り合い情報共有に努め「報告・連絡・相談」の徹底を行っている。		

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
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	原則、日中は玄関の施錠を行っていない。熟練研修やカンファレンスを通し、身体拘束をしないケアを学び、話し合うことで理解を深めている。緊急やむを得ない場合が発生する時はカンファレンス等で対応策について話し合い、ご家族様に相談したうえで諸手続きを行い対応する。		
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	虐待防止については、必ず採用時研修で受講し、管理者は市町村開催の講習会へ参加。また、ホーム内で熟練研修を開催している。		
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	研修会を受講し、理解を深めている。		
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	契約には、蛍光マーカーや付箋などを活用し見やすく分かりやすいものとなるよう工夫し、十分な時間を取り重要事項説明書・利用者契約書の説明を行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	ご意見・ご要望は、計画作成担当者が主となり、計画作成時に確認する。運営推進会議内でも毎回要望をお伺いし、カンファレンス等で職員に伝えている。		

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	カンファレンスやミーティング、熟練研修を通し、意見を出してもらい反映出来るよう心がけている。意見が出ない時は、個々に声掛けを行い把握するよう努めている。			
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	勤務状況に関しては、シフトを作成しているため把握している。個々の仕事へのやりがいや姿勢などコミュニケーションを取りながら把握に努め、年に1回評価を行なう。			
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	社内では、初任者研修の開催、認知症ケア研修、熟練研修を行っている。市町村の研修なども、声掛けを行っている。			
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	地域のグループホームを訪問、管理者やスタッフの方と話す機会を作るよう努め情報交換を行っている。			
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	必ず、ご本人様・ご家族様にホームに来所して頂きご意見・ご要望をお伺いしている。また、より細かい内容を知るためご自宅へお伺いし現状の把握を行うようにしている。			

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
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	受付からお申込までに見学や面接等を納得するまでして頂き、十分にお話を伺える環境作りを心がけている。また、ご家族様の協力体制についても話をさせて頂く。		
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	特に行っていません。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	ご自分の出来る事は出来るだけ行って頂いている。掃除・洗濯・おやつ作り・ワゴンの上げ下げ・ゴミ捨て・新聞取り・庭の手入れなどスタッフも介入しながら皆様で行って頂いている。		
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	ご家族様には、毎月お手紙やお電話、新聞などで活動状況をご報告し、お客様の生活状況を理解して頂く。また、イベントには積極的にお声かけを行いご家族様も共に楽しんで頂けるよう努力している。		
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う、支援に努めている	手紙や電話の取次ぎは制限せず、外部との関わりを保てるよう支援に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	様子を見守りながら、スタッフが間に入り声掛けを行なっている。特に、難聴の方への支援など。月に2回は両フロアの交流関係が持てるよう、一緒に食事をしたり外出したりと工夫している。		
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	ご退居されたお客様のご家族様から連絡があれば、ご相談をお受けし様子をお伺いすることもある。		
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。	入居前にご家族様およびご本人様にも確認を取りメモリーブックを作成して頂き、ご希望を確認する。入居後に関しても、介護計画書をご説明しご希望・ご要望の把握に努めている。		
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	ご入居時、ご家族様に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をメモリーブックに記入して頂き把握に努めている。		
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	メモリーブックやアセスメント表、申し送り内容などをスタッフみんなでも共有できるよう努めている。		

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	まずは、お客様・ご家族様のご希望・ご要望をお伺いし、お客様の取り巻く資源を探し作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認できるようにしている。また、日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催により確認をしている。		
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	状況に応じて、いつでも柔軟に対応できるようホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	状況に応じて、ホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医等と連携し、適切な医療を受けて頂けるよう支援している。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	往診の看護師と密に連絡を取り合い、お客様の情報や変化などを相談し連携している。		
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。	入院された時は、医療ソーシャルワーカー等に相談し医療連携を図る。随時、ご家族様にも連絡を行なう。また、2週間に1回は入院先の病院にお伺いし、お客様の病状の経過や現状を把握するよう努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まずは契約時に、重度化の対応についてご説明させて頂き、状況に応じてご家族様および主治医、看護師と連携をとり、今後の方針を決定している。		
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	緊急時の対応については、採用時研修・CPR研修・熟練研修の実施、またカンファレンス時での確認をしている。緊急連絡先を作成し、必要種類を揃えて事務所に保管している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年3回避難訓練を行い、スタッフの熟練研修を実施している。スタッフの緊急連絡先を作成し、広域避難所についても説明を行なう。		

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	尊厳を守り、その方にあった声掛け、言動を心がけている。			
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	ご本人様の意向を確認し、希望に添えるよう配慮している。意思疎通が困難な方には、過去の生活歴等を見てご本人様にあった支援を行っている。			
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	ご本人様の意向を確認しながら、計画作成担当者と相談し外出支援やレクリエーション等を行っている。			
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	ご家族様に確認し、訪問理美容を利用して頂いている。女性のお客様は、入浴後の肌のお手入れや起床時、食後に口紅を塗って頂けるよう声掛けをしている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備については、お客様のIADLに合わせて、盛り付け・お茶入れ・テーブル拭き等に参加して頂いている。得意なことは積極的に行って頂く。			

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
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	法人内の栄養士によるメニューがあり、栄養バランスが整っている。毎食後、個々での摂取量を確認している。また、召し上がれないものがある場合は代替メニューを検討し対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの実施およびお声かけを行っている。義歯については、それぞれの残存能力に応じた支援を行い、夜間は洗浄しお預かりしている。		
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	夜間と日中の着替え等での履き替え、時間によるお声掛け等をを行っている。日中はオムツの使用を減らしている。		
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	食事は、栄養が整っており摂取量等を管理している。便秘への対応は、薬だけでなく水分摂取・運動・腹部マッサージ等で取り組んでいる。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の意向を確認している。基本的な時間帯を決めているため、夜の入浴希望があれば検討していく。		

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
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	状況に応じて居室で休憩して頂いている。不眠症状などある場合は記録をとり、ご家族様へ相談し主治医等へ連携をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬・外用薬のファイルを作成し、いつでも確認できるようにしている。薬の変更や頓服が処方された時は申し送りノートに記入し周知徹底している。		
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	個々での役割は、全員ではないがアセスメントを行い、家事や庭のお手入れ等役割を持って頂いている。		
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	日々の散歩や買い物等を行っている。軽度の方には、畑仕事を本人の都合に合わせて行って頂いている。四季折々を感じて頂ける場所へドライブにも出かけている。		
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	基本的には事務所で管理している。必要な場合は、スタッフに伝えて頂き、お渡しし買い物に出かけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話使用のご希望があるときは時間を指定せず使用して頂いている。		
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	お客様に作って頂いたものを展示したり、四季折々を感じていただけるよう飾り付けを工夫している。トイレ等の場所が分かるように張り紙をするなど工夫している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファを活用し、共有空間の中でも独りになれる場所の配慮を行っている。		
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を活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具等のご家族様に普段お使いのもの等を用意して頂いている。表札をつけるなど、ご本人様の居室であることを認識して頂いている。		
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を送れるように工夫している	お客様の残存能力を最大限に生かせるよう環境作りを心がけている。できること・わかることに繋がるように支援するよう努力している。		

目標達成計画

事業所

セントケアホームあしがら

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。