

<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	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	1475500813
法人名	株式会社 愛誠会
事業所名	はなまるホーム宮前
訪問調査日	2015年8月25日
評価確定日	2015年9月30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27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	1475500813	事業の開始年月日	平成16年2月1日
		指定年月日	平成23年7月1日
法人名	株式会社 愛誠会		
事業所名	はなまるホーム宮前		
所在地	(216-0002) 神奈川県川崎市宮前区東有馬3-8-7		
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27年7月21日	評価結果 市町村受理日	平成27年11月2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)】

看取りを行う事業所として、「重度化した場合に於ける指針」「事前緊急時同意依頼書」があります。終の住処として、一人一人に合ったケアを、出来る範囲で最後まで提供させて頂こうと考えております。また、地域密着型事業所として、町内会活動への参加は勿論、所在地の「有馬」「東有馬」の他事業所に声を掛け、9団体が集結し、啓発事業「みんなの福祉ネット」を発足し交流事業を毎月行っております。情報交換を密に取り合いながら、近隣だけでなく地域全体の、高齢者・障害者そして、それを支えるご家族の手助けが出来ればと取り組んでおります。最後に当事業所では生活保護受給者の方を、多少の条件が有りますが受け入れております。

【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8月25日	評価機関 評価決定日	平成27年9月30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ホームの経営はアイセイ薬局グループの(株)愛誠会です。アイセイ薬局グループは、薬局を全国展開し、首都圏に(株)愛誠会の運営する介護・福祉事業、社会福祉法人が運営する障がい者自立支援事業を展開しています。そして、(株)愛誠会は、有料老人ホーム、デイサービス、グループホーム等を展開し、神奈川県では川崎の宮前にこのホームと近くの有馬にグループホームを運営しています。この法人グループには社是・企業理念があり、年度方針に沿って事業所毎に展開して実施する体制が確立されています。このはなまるホーム宮前は、東急田園都市線鷺沼駅から徒歩10分程の市営有馬第二団地、戸建て住宅、マンションのある住宅地にあります。

②このホームの理念は、「愛をもってつかえる・親がされたい介護」です。法人が所属するアイセイ薬局グループの社是「奉仕の心・誠実な気持ちで他者愛する」を踏まえて創られました。介護を志す者は、利用者と共に心と心で向き合い、自らもこのホームで生活しても良いと思える誇りをもってもらう狙いがあります。理念は、玄関の良く見える位置に掲げられています。そして、ホームの定例会議で唱和し、日常の支援の中で起こる事例を挙げて話し合いをしています。

③ケアについては、法人では、入社時研修、従事者研修により法令遵守から介護技術のすべてについて教育を行っています。その中で利用者に対する接遇、人格尊重とプライバシーについてもしっかりと学んでいます。職員は利用者の自尊心を傷つけることなく、生活歴を把握した本人主体の個別ケアを実践しています。管理者は、認知症のすべてを受け入れること、なんでその行動になるのか？その人に寄り添い原因を探ることに重点を置き、認知症の周辺・心理症状によりリスクがある方に対してまず「なぜか？」を考え、課題を全職員で検討し解決に努めていきます。

【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	はなまるホーム宮前
ユニット名	1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	会議において、地域密着型事業所の意味を説明し、自分たちに出来ることを話し合い、理念を共有できるように努めています。	ホームの理念は、「愛をもってつかえる・親がされたい介護」です。法人が所属するアイセイ薬局グループの社は「奉仕の心・誠実な気持ちで他者愛する」を踏まえて創られました。介護を志す者は、利用者と心と心で向き合い、自らもこのホームで生活しても良いと思える誇りをもってもらう狙いがあります。理念は、玄関の良く見える位置に掲げられています。そして、ホームの定例会議で唱和し、日常の支援の中で起こる事例を挙げて話し合いをしています。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域交流の場でもある「みんなの福祉ネット」や、町内会議にも参加させて頂いている町内会主催の行事に参加し、地域とのつながりを大切にしながら交流を図っています。	職員の半数はホーム周辺の住人であり、地域情報に詳しい。町内会及び商店会両方の特別会員として行事（お祭り、防災訓練）に参加しています。近くの中学校の体験学習も受け入れています。また、近くのアリーノ（宮前区の福祉施設）を会場として行われる「みんなの福祉ネット」に参加し、行政、多方面の福祉施設との交流が進んでいます。その他、アリーノでは老人向けの体操や書初め展などもあり、参加しています。ホームの夏祭り等にはボランティアも受け入れています。	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	「みんなの福祉ネット」や町内会議、地域の方々に参加する行事等に於いて、認知症をお持ちの方の理解や支援方法を伝え、地域貢献に努めています。また、相談窓口であることの発信も行っています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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	包括支援センター、町内会長（役員）、高齢障害課といった有識者の方々や、ご家族やご利用者様代表から意見・ご指導を頂きながら、地域密着型事業者としてのサービスの向上に活かしていきます。	運営推進会議は2ヶ月に1回のペースで開催しています。メンバーは包括支援センター、町内会長、高齢障害課といった有識者の方々や、ご家族やご利用者様代表、ホーム職員で構成しています。ホームの大家さんには自治会についてご協力頂いています。議題は、介護保険状況特に変更内容、職員状況、災害対応、利用者状況、研修の受け入れ、行事などの報告と話し合いを行っています。	今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	「みんなの福祉ネット」のメンバーや、運営推進会議にご参加頂いている高齢障害課の方々との連携を図りながら情報共有を行っています。福祉事務所や社協安心センターとも協力関係にあります。	「みんなの福祉ネット」のメンバーや、運営推進会議参加者、高齢障害課、福祉事務所、社協安心センターの方々との情報共有を行っています。市、区、グループホーム連絡会などの主催する研修等には、積極的に参加するようにしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	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	身体拘束委員会が中心となり身体拘束による弊害を正確に認識し全体でケアに取り組んでいます。施錠についても、原則禁止としています。認知症の周辺・心理症状により、リスクがある方に対してもまず、「なぜか？」を考え課題の解決に努めています。	身体拘束委員会が中心となり身体拘束廃止マニュアルに基づき、身体拘束による弊害を認識しホーム全体でケアに取り組んでいます。施錠についても、原則禁止としています。認知症の周辺・心理症状により、リスクがある方に対してもまず、「なぜか？」を考え課題の解決に努めています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	県や市、会社の研修に参加することで、学ぶ機会を持ち、ユニット会議やカンファレンスによって、気づきを報告し話し合い、虐待の防止に努めています。		
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	県や市、会社の研修に参加することで、学ぶ機会を持ち必要に応じて関係機関へ相談をしています。生活保護者や独居からの入居者に対して、各種制度等を活用できるよう支援をしています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約については、十分な時間を取って読み合わせを行い、途中、質問事項の確認を行っています。署名、捺印の前に再度、理解・納得を頂いてからご署名頂いています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時や、定期的に行っている家族会にてご家族の意見を伺うようにしています。投函箱も設置し、ご意見ご要望については真摯に受け止め、家族会や運営推進会議等にて報告し、改善に努めることで、運営に反映させています。	家族会は年3回、花見・夏祭り・クリスマスなど家族参観の行事と併せて開催し、ご家族からの質疑応答や意見をいただいています。また、来訪時にも生活状況の報告と併せて個別に意見を聴くように努め、玄関に投函箱を設置し、意見・要望の聴取に努めています。いただいた意見・要望については真摯に受け止め、運営推進会議等でも報告し、助言などを受けながら業務改善に繋げています。	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	毎月、全体会議、ユニット会議、カンファレンスを行っており、その際に職員意見の聞き取りを行い、共有を図りチームケアに反映させています。	職員意見は基本的には全体会議・各ユニット会議・カンファレンスで常に意見を求め、検討し、チームケアに反映させています。事業所単独で決定出来ない事項に関しては、管理者経由で本社会議に提起し決定するようにしています。人事面では、業績目標、自己啓発目標、行動目標の3つの項目について半期毎に目標を設定し、成果・結果について自己採点を行い、管理者が面接・評価したものを本社に送っています。本社からの結果は本人に伝え、スキルアップや報酬に繋げています。	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	当社では年2回の職員評価制度を設けています。一方的な評価ではなく、まず自己評価を行い、次に上長・本社と評価を行います。職員の意見も反映されるよう配慮があり、職場環境・条件の整備に努めています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	事業所内での勉強会や年間を通して行われる研修制度があります。外部研修への受講を促すことで、機会の確保に努めています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	地域で展開している事業者が一箇所に集まり、勉強会を開催したり、他施設との交換研修を実施することで相互訪問活動を行っています。それを事業所に持ち帰りフィードバックを行う事で、サービスの質向上を目指しています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前からアセスメントを行い、ご本人の不安を受け止めプランを作成しています。また、ご家族と十分な話し合いの場を作り、心理的状況・生活歴等全てを理解し受けとめながら作成したプランを説明し同意を得て、ケアを実施しています。これによってご本人の意向を反映しながら、安心して過ごせるよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	電話または直接来所いただき相談受付を行います。お話を傾聴し、ご本人への思いを確認しながら、その上で出来ること、出来ないことを話し合い同意を受けながら入居前から信頼関係が構築できるよう努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人の状況（心身、生活歴等）を伺い、今後の意向をご家族にも伺いながら、暫定プランを作成。モニタリング、カンファレンスを行い修正部分を見極めながら本プランを作成し、ご本人に適したサービス提供が出来るよう対応しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	「はなまる」という第二のご自宅で、ご本人の全てを受け止めながら、その方の生活・暮らしを支援することで、関係性を築いている。		
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	アセスメントに於いて、ご本人は勿論ですが、ご家族は入居を考える上で、思い悩み必要に駆られた決断だったと考えます。ご家族の気持ち（本音・本心）を傾聴し、受け止め、それを職員に落とし込み絆を築くよう指導しています。		
20	8	○馴染みの人や場所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	馴染みの方や、場所との関係が途切れないよう、ご家族などの協力を得ながら、ご来訪して頂きながら支援に努めています。	来訪者の面会については特に制限を設けていませんが、個人情報の問題を考慮し、ご家族が認めた場合に限りとし、馴染みの方々に訪問していただいています。また、馴染みの場所に関しては、ご家族での対応をお願いしていますが、7割近くの方がご近所からの入居なので、外出など馴染んだ土地での生活が来ています。	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
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	利用者様個々の性格、関係、コミュニケーション能力を把握し、活動、環境づくりをすることで、より良い関係が築いていけるよう努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	様々な理由で契約が終了しますが、継続的な関わりを大切にし、何時でもご相談いただけるよう、声かけをしています。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	利用者様個々の思いや、意向の把握が困難な場合は、本人の生活歴やご家族からの情報をもとに、職員全員が本人本位に検討しています。	事業所における日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、家族の意見、職員の対応の中での気づき、などを時系列に介護記録に記入し、医師・看護師の医療情報については、居宅介護支援経過シートに記録しています。また、本人から聞かれた言葉については「やりとりノート」に記録し、思いを実現できるように努めています。状況の変化が見られた場合は家族、看護師、医師など関係者に連絡して早期の対応をします。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前のアセスメント、ご本人、ご家族からお話を伺い、個々の生活歴、生活環境を把握できるよう努めています。また、これまでサービス利用などのご本人状況を担当CMさんや利用事業所より、情報を収集し把握に努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ご利用者様と向き合い、小さな気付きを大切にしながら観察し記録を残しています。それを基に職員間で話し合い、ケアの方向性を決めさせていただきます。職員に周知し落としこむことで、新たな可能性と現状維持が図れると考えています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日々の介護において、気づいたことは即時情報を挙げ記録に残します。モニタリング、カンファレンスを実施し、また、ご本人・ご家族にもヒヤリングを行い、サービス内容を検討、見直ししながら、現状に即したプランを作成しています。今後の意向や、主治医、外部サービス機関からの意見も反映できるよう努めています。	事前に得られたアセスメントにより作成した暫定介護計画によりしばらく経過観察します。その後、介護記録、モニタリング表、居宅介護支援経過シートによりカンファレンスを行い、医師・看護師の意見及び家族の意見を加味して介護計画を作成しています。	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	日々の生活状況は、個人介護記録に残します。ケアプラン内容の実施・結果・気づきに関しては実施記録を活用しケアプランに反映させています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人、ご家族の意向・要望に応じて、外出・外泊、その他個別支援等に柔軟な対応に努めています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	町内会主催のお祭りや、地域包括支援センター主催の行事に参加し、地域の方々との交流に努めています。また、ボランティアの導入も行っており、笑顔を多く引き出せるよう生活の質向上に努めています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医の変更があり、内科だけでなく、皮膚科や精神科等、多角的な医療支援を受けられるようになっていきます。ご利用者様の状況に即した適切な医療支援を行っています。	提携病院から月2回の往診を受けています。通院は地元の診療所が利用出来ます。他科などで利用者のかかりつけの病院の受診が発生した場合は、出来る範囲内で通院介助も行なっています。訪問歯科は週1回、もと系列会社であった訪問マッサージの活用も行っています。看護師ははなまるホーム有馬と共用で1名採用し、週1回の巡回があります。	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
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	ご利用者様様の日常の状態変化を、看護師に報告・相談を行い、看護記録を活用した情報の共有と、適切な看護師による受診が受けられるよう24時間オンコール体制を実施しています。往診時等もかかりつけ医との情報交換に努めています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	かかりつけ医と連携しながら、優先的な受診、入院が可能となっています。退院時も担当医師や相談員、看護師とのインフォームドコンセントを行い、情報交換をしながら早期退院になるよう努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	当施設は契約時に看取りケアを行う施設として、ご本人、ご家族の意向を伺い、基本方針を設定し、それを基に医療関係者と話し合い決定していきます。同意を頂きながら、終末期に向けたチームケアを行っています。	このホームは契約時に看取りケアを行う施設と話しています。また、緩和ケアに於いても主治医・ご家族・事業所で話し合い、同意の基で終末期に向けた支援を行なっています。その時々々の状態に対応しながら、チームケアで対応できるように努めています。終末期に入る段階で医師、ご家族との3者で話し合っ方向を決めています。看取りを行う場合は、個別の看取り計画・エンゼルケアについてのマニュアルを作成して職員間で情報を共有しています。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時の対応について、職員間で話し合い、常にその手順を確認できるように、施設内に張り出しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に火災・防災訓練を行っています。また、地域協力体制は地域住民より協力の同意書を頂いています。	年2回の火災・防災訓練により災害時の対応、避難経路の把握、理解に努めています。うち1回は消防署による指導も受けています。施設のオーナーが町内支部長を担当しており、災害時に周辺地域の方から協力の同意をいただいています。備蓄品は本社に発注をかけ、水、缶詰などの食料品、バーベキューセット、ヘルメット等の防災用品等を用意しています。	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	ご本人の自尊心を傷つけることなく、生活歴を把握した本人主体のケアを行っています。幼児言葉や命令口調の声かけは厳禁と指導し、許可と同意を得られるような言葉遣いで支援しています。又、男女問わず羞恥心を損なわないよう対応しています。	法人では、入社時研修、従事者研修により法令遵守から介護技術のすべてについての教育を行なっています。その中で利用者に対する接遇、人格尊重とプライバシーについてもしっかりと学んでいます。職員は、利用者の自尊心を傷つけることなく、生活歴を把握したうえで本人主体のケアに取り組んでいます。幼児言葉や命令口調の声かけは厳禁とし、許可と同意を得られるような言葉遣いで支援しています。また、男女問わず羞恥心を損なわないよう対応しています。		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	ご利用者様の思いのまま行動し、自己選択、自己決定が出来るような支援に努めています。希望が引き出せなかった場合は、言動や行動等を観察した結果を、ご本人の思いとイメージし支援を行っています。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	起床時から、就寝時まで、ご利用者様個々の生活リズムを把握し、希望を伺いながら、できる限り希望にそった支援を心掛けています。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	起床時や、入浴時に衣類をご本人と一緒に選べるよう自己選択できるよう努めています。一つの例として、口紅がなくなったので個別支援として一緒に買いに行き、お店の人と一緒に決めて決めた。それをつけて町会のお祭りに行くと、口紅を選んで頂いた方が町会の方で驚いた。			
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	ご利用者様個々の嗜好、日常生活動作に合わせた食事となるよう工夫しています。また、可能な限り、ご利用者様と一緒に調理、片付けを行っています。畑で収穫した野菜を食べたり、外食したりと楽しんで頂けるよう努めています。	食事のメニューは職員が考え、個々の嗜好、ADLに合わせて食事が出来るように工夫して調理しています。食材の調達は、冷凍物の食材は業者から仕入れ、生鮮食料の肉、野菜、魚は近所の商店からの配達や、利用者と一緒に近くの商店街に買いに行っています。畑で栽培している季節野菜を収穫して食卓に出し、季節を感じられるようにしたり、月1回程度季節の行事に合わせて外食を行い楽しめるように工夫しています。出来る方には下膳やテーブル拭き、食器洗いを手伝ってもらっています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用者様個々に合わせた食事形態と食事を把握し提供しています。栄養バランスやカロリー計算を行ったメニューで、食事摂取量や水分摂取量の記録を行い、職員全員が把握できる状況で支援しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	週に1回の歯科往診の実施。治療が必要な方に対しては、その場での治療が可能となっております。また歯科衛生士からの指導をもとに、毎食後の口腔ケアはその方に適したケアを行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	可能な限りトイレで排泄を促し、自信回復、日常生活動作の向上に繋がるよう支援しています。また、個々の排泄間隔に適した支援を行う事で、尊厳の維持、生活の質向上と、広義に生活の支援を行っています。	可能な限りトイレで排泄を促し、自信回復、ADLの向上につながるよう支援しています。また、ご家族の金銭負担の軽減のためにも、排泄パターンを把握し、オムツの使用減少に努めています。自立の人も半分程度はいます。ADLの低下からリハパンにせざるを得ないケースもありますが、なるべくスパンを長く保てるよう誘導を続けています。便秘対策は散歩等で自然に誘うようにし、下剤は医師の指示に従っています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	歌やレクリエーションを取り入れながら、毎日昼食前に体操を行っています。嚥下訓練・口腔体操も兼ねており、出きるだけ楽しく笑顔で参加して頂けるよう努めています。また、定期的に食後にヤクルトを飲んで頂いています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	ご利用者様の、その日の状態に寄り添い、入浴が気持ち良く楽しめるようなケア、声かけを工夫し支援しています。	利用者の、その日の状態に寄り添い、入浴が気持ち良く楽しめるようなケア、声かけを工夫し支援しています。ある程度入浴日は設定していますが、利用者の体調や様子を考慮しながら、本人の意思を尊重した支援を行っています。自分で入浴できる方もいて、個々に応じて支援をしています。季節感も大切に、菖蒲湯、柚子湯なども楽しんでもらっています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	生活歴や現在の状態と希望等から、安心して休息が出来るよう支援しています。また、1日を通して考察し、個々に適した入眠への支援に努めています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	月2回の訪問診療では、職員や看護師が医師に付き添い、日々の状況を伝えながら、診察を受けて頂いています。薬の変更等あれば業務日誌の連絡事項に記載し周知を図っています。また、変更した薬による体調の変化があれば、医師や薬剤師へ連絡し早期対応に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活歴や日々の状態などから個々に応じた支援に努めています。 嗜好や楽しみ、気分転換の為、また、社会参加等の為、外出支援やレクリエーション、音楽体操、個別機能訓練を実施しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出支援は毎月、季節を感じていただけるような場所へ行き、全ての方に提供しています。また、普段行けないような場所でも、ご家族に協力を得ながら支援できるよう努めています。	全ての方への外出支援を行い、毎日の散歩やドライブ、外食、外気浴など、個々のADLに合わせて対応しています。普段行けない場所の場合は、職員の配置の問題もあり、ご家族の協力を得ながら支援しています。また、外出の際は体調を考慮し、散歩前後には水分の補給に留意し健康面においても考慮しています。車を利用したドライブでの外出は、外食を含めて月1回程度は出かけています。	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	金銭管理は職員が行っているが、買い物の際はご利用者様個々の能力に応じて支払いや、お金を使えるような支援をしています。		

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
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	電話が主だが、ご家族や大切な人とのやりとりが出来るよう努めています。手紙、年賀状等も手伝い作成し、やり取りが出来るよう支援しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有空間で気持ちよく過ごせるよう、生活感、衛生面に配慮しています。また、季節ごとの花を活けたり、月ごとに模様替えをして季節を感じ取って頂いています。	共用空間は、生活感、衛生面に配慮し、気持ちよく過ごせるようになっていきます。このホームの特徴の一つとして、開閉可能な2階の天窗や、吹き抜けもあり、採光がよく明るい雰囲気のある共有スペースになっています。また、共用空間の飾りつけは歩行の妨げに成らないように派手な装飾等は行っていませんが、利用者と一緒に作った作品を飾っています。リビング等にはご家族や地域の方から頂いた季節の花を飾り、季節を感じれるようにしています。また、季節のイベントを中心に、職員も手伝いながら、利用者主導で飾り付けを行い、楽しみながら行っています。	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	共同生活において、ご利用者様の関係性を重視し大切にしています。1人でいたい方も居れば、会話を楽しみたい方と色々です。普段からの様子を観察しながら、その時々に合わせて工夫をしています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人様、ご家族と相談しながら、個々の生活に合わせた安心できる空間を作っています。また、ご本人希望の模様替えや、重度化した際の家具等配置換えなど、ニーズに合わせた支援に努めています。	備え付けとして洗面台、クローゼット、エアコン、ベッド、スプリンクラー、カーテンが完備され、本人やご家族と相談しながら、自宅から使い慣れた物を持ち込んでもらっています。筆筒、家族写真、テレビ、行事写真を飾っている方もおり、本人の好みに合わせた空間になっています。また、本人の希望や重度化に合わせた模様替など、利用者のニーズに合わせて適宜支援しています。	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が送れるように工夫している	ご利用者様個々に合わせた自立支援に努めています。「出来ること」「わかること」を見極めながら、それが安全に行える環境となるよう工夫しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

はなまるホーム宮前

作成日

2015年8月25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り組み内容	目標達成に要する期間
1	13	職員を育てる	資格の取得・スキルアップ。	自己啓発を促したり、行政主催の研修への参加。	半年～1年
2	26	介護計画書をチームで計画し、実践していく。	職員一人ひとりが正しい知識を持ち、その方に合ったサービスを提供する必要性を認識する。	日々の会議の場での落とし込み。一人ひとりの知識、技術の向上を目指し、根拠にもとづいたサービス提供ができる。	1年

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	はなまるホーム宮前
ユニット名	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	会議において、地域密着型事業所の意味を説明し、自分たちに出来ることを話し合い、理念を共有できるよう努めています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域交流の場でもある「みんなの福祉ネット」や、町内会議にも参加させて頂いている町内会主催の行事に参加し、地域とのつながりを大切にしながら交流を図っています。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	「みんなの福祉ネット」や町内会議、地域の方々が参加する行事等に於いて、認知症をお持ちの方の理解や支援方法を伝え、地域貢献に努めています。また、相談窓口であることの発信も行っています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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	包括支援センター、町内会長（役員）、高齢障害課といった有識者の方々や、ご家族やご利用者様代表から意見・ご指導を頂きながら、地域密着型事業者としてのサービスの向上に活かしていきます。		
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に取り組んでいる	「みんなの福祉ネット」のメンバーや、運営推進会議にご参加頂いている高齢障害課の方々と連携を図りながら情報共有を行っています。福祉事務所や社協安心センターとも協力関係にあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	身体拘束委員会が中心となり身体拘束による弊害を正確に認識し全体でケアに取り組んでいます。施錠についても、原則禁止としています。認知症の周辺・心理症状により、リスクがある方に対してもまず、「なぜか？」を考え課題の解決に努めています。		
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	県や市、会社の研修に参加することで、学ぶ機会を持ち、ユニット会議やカンファレンスによって、気づきを報告し話し合い、虐待の防止に努めています。		
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	県や市、会社の研修に参加することで、学ぶ機会を持ち必要に応じて関係機関へ相談をしています。生活保護者や独居からの入居者に対して、各種制度等を活用できるよう支援をしています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約については、十分な時間を取って読み合わせを行い、途中、質問事項の確認を行っています。署名、捺印の前に再度、理解・納得を頂いてからご署名頂いています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時や、定期的に行っている家族会にてご家族の意見を伺うようにしています。投函箱も設置し、ご意見ご要望については真摯に受けとめ、家族会や運営推進会議等にて報告し、改善に努めることで、運営に反映させています。		

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	毎月、全体会議、ユニット会議、カンファレンスを行っており、その際に職員意見の聞き取りを行い、共有を図りチームケアに反映させています。		
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	当社では年2回の職員評価制度を設けています。一方的な評価ではなく、まず自己評価を行い、次に上長・本社と評価を行います。職員の意見も反映されるよう配慮があり、職場環境・条件の整備に努めています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	事業所内での勉強会や年間を通して行われる研修制度があります。外部研修への受講を促すことで、機会の確保に努めています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	地域で展開している事業者が一箇所に集まり、勉強会を開催したり、他施設との交換研修を実施することで相互訪問活動を行っています。それを事業所に持ち帰りフィードバックを行う事で、サービスの質向上を目指しています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前からアセスメントを行い、ご本人の不安を受け止めプランを作成しています。また、ご家族と十分な話し合いの場を作り、心理的状況・生活歴等全てを理解し受けとめながら作成したプランを説明し同意を得て、ケアを実施しています。これによってご本人の意向を反映しながら、安心して過ごせるよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	電話または直接来所いただき相談受付を行います。お話しを傾聴し、ご本人への思いを確認しながら、その上で出来ること、出来ないことを話し合い同意を受けながら入居前から信頼関係が構築できるよう努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	ご本人の状況（心身、生活歴等）を伺い、今後の意向をご家族にも伺いながら、暫定プランを作成。モニタリング、カンファレンスを行い修正部分を見極めながら本プランを作成し、ご本人に適したサービス提供が出来るよう対応しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	「はなまる」という第二のご自宅で、ご本人の全てを受け止めながら、その方の生活・暮らしを支援することで、関係性を築いている。		
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	アセスメントに於いて、ご本人は勿論ですが、ご家族は入居を考える上で、思い悩み必要に駆られた決断だったと考えます。ご家族の気持ち（本音・本心）を傾聴し、受け止め、それを職員に落とし込み絆を築くよう指導しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	馴染みの方や、場所との関係が途切れないよう、ご家族などの協力を得ながら、ご来訪して頂きながら支援に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者様個々の性格、関係、コミュニケーション能力を把握し、活動、環境づくりをすることで、より良い関係が築いていけるよう努めています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	様々な理由で契約が終了しますが、継続的な関わりを大切に、何時でもご相談いただけるよう、声かけをしています。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	利用者様個々の思いや、意向の把握が困難な場合は、本人の生活歴やご家族からの情報をもとに、職員全員が本人本位に検討しています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前のアセスメント、ご本人、ご家族からお話を伺い、個々の生活歴、生活環境を把握できるように努めています。また、これまでサービス利用などのご本人状況を担当CMさんや利用事業所より、情報を収集し把握に努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ご利用者様と向き合い、小さな気付きを大切にしながら観察し記録を残しています。それを基に職員間で話し合い、ケアの方向性を決めさせて頂きます。職員に周知し落としこむことで、新たな可能性と現状維持が図れると考えています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日々の介護において、気づいたことは即時情報を挙げ記録に残します。モニタリング、カンファレンスを実施し、また、ご本人・ご家族にもヒヤリングを行い、サービス内容を検討、見直しながら、現状に即したプランを作成しています。今後の意向や、主治医、外部サービス機関からの意見も反映できるよう努めています。		
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	日々の生活状況は、個人介護記録に残します。ケアプラン内容の実施・結果・気づきに関しては実施記録を活用しケアプランに反映させています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	ご本人、ご家族の意向・要望に応じて、外出・外泊、その他個別支援等に柔軟な対応に努めています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	町内会主催のお祭りや、地域包括支援センター主催の行事に参加し、地域の方々との交流に努めています。また、ボランティアの導入も行っており、笑顔を多く引き出せるよう生活の質向上に努めています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	かかりつけ医の変更があり、内科だけでなく、皮膚科や精神科等、多角的な医療支援を受けられるようになっていきます。ご利用者様の状況に即した適切な医療支援を行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用者様様の日常の状態変化を、看護師に報告・相談を行い、看護記録を活用した情報の共有と、適切な看護師による受診が受けられるよう24時間オンコール体制を実施しています。往診時等もかかりつけ医との情報交換に努めています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	かかりつけ医と連携しながら、優先的な受診、入院が可能となっています。退院時も担当医師や相談員、看護師とのインフォームドコンセントを行い、情報交換をしながら早期退院になるよう努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所で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	当施設は契約時に看取りケアを行う施設として、ご本人、ご家族の意向を伺い、基本方針を設定し、それを基に医療関係者と話し合い決定していきます。同意を頂きながら、終末期に向けたチームケアを行っています。		
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	緊急時の対応について、職員間で話し合い、常にその手順を確認できるように、施設内に張り出しています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に火災・防災訓練を行っています。また、地域協力体制は地域住民より協力の同意書を頂いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	ご本人の自尊心を傷つけることなく、生活歴を把握した本人主体のケアを行っています。幼児言葉や命令口調の声かけは厳禁と指導し、許可と同意を得られるような言葉遣いで支援しています。又、男女問わず羞恥心を損なわないよう対応しています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご利用者様の思いのまま行動し、自己選択、自己決定が出来るような支援に努めています。希望が引き出せなかった場合は、言動や行動等を観察した結果を、ご本人の思いとイメージし支援を行っています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	起床時から、就寝時まで、ご利用者様個々の生活リズムを把握し、希望を伺いながら、できる限り希望にそった支援を心掛けています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	起床時や、入浴時に衣類をご本人と一緒に選べるよう自己選択できるよう努めています。一つの例として、口紅がなくなったので個別支援として一緒に買いに行き、お店の人と一緒に選んで決めた。それをつけて町会のお祭りに行くと、口紅を選んで頂いた方が町会の方で驚いた。		
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	ご利用者様個々の嗜好、日常生活動作に合わせた食事となるよう工夫しています。また、可能な限り、ご利用者様と一緒に調理、片付けを行っています。畑で収穫した野菜を食べたり、外食したりと楽しんで頂けるよう努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご利用者様個々に合わせた食事形態と食事量を把握し提供しています。栄養バランスやカロリー計算を行ったメニューで、食事摂取量や水分摂取量の記録を行い、職員全員が把握できる状況で支援しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	週に1回の歯科往診の実施。治療が必要な方に対しては、その場での治療が可能となっております。また歯科衛生士からの指導をもとに、毎食後の口腔ケアはその方に適したケアを行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	可能な限りトイレで排泄を促し、自信回復、日常生活動作の向上に繋がるよう支援しています。また、個々の排泄間隔に適した支援を行う事で、尊厳の維持、生活の質向上と、広義に生活の支援を行っています。		
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	歌やレクリエーションを取り入れながら、毎日昼食前に体操を行っています。嚥下訓練・口腔体操も兼ねており、出きるだけ楽しく笑顔で参加して頂けるよう努めています。また、定期的に食後にヤクルトを飲んで頂いています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	ご利用者様の、その日の状態に寄り添い、入浴が気持ち良く楽しめるようなケア、声かけを工夫し支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	生活歴や現在の状態と希望等から、安心して休息が出来るよう支援しています。また、1日を通して考察し、個々に適した入眠への支援に努めています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	月2回の訪問診療では、職員や看護師が医師に付き添い、日々の状況を伝えながら、診察を受けて頂いています。薬の変更等あれば業務日誌の連絡事項に記載し周知を図っています。また、変更した薬による体調の変化があれば、医師や薬剤師へ連絡し早期対応に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活歴や日々の状態などから個々に応じた支援に努めています。 嗜好や楽しみ、気分転換の為、また、社会参加等の為、外出支援やレクリエーション、音楽体操、個別機能訓練を実施しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外出支援は毎月、季節を感じていただけるような場所へ行き、全ての方に提供しています。また、普段行けないような場所でも、ご家族に協力を得ながら支援できるよう努めています。		
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	金銭管理は職員が行っているが、買い物の際はご利用者様個々の能力に応じて支払いや、お金を使えるような支援をしています。		

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
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	電話が主だが、ご家族や大切な人とのやりとりが出来るよう努めています。手紙、年賀状等も手伝い作成し、やり取りが出来るよう支援しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	共有空間で気持ちよく過ごせるよう、生活感、衛生面に配慮しています。また、季節ごとの花を活けたり、月ごとに模様替えをして季節を感じ取って頂いています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共同生活において、ご利用者様の関係性を重視し大切にしています。1人でいたい方も居れば、会話を楽しみたい方と色々です。普段からの様子を観察しながら、その時々に合わせて工夫をしています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人様、ご家族と相談しながら、個々の生活に合わせた安心できる空間を作っています。また、ご本人希望の模様替えや、重度化した際の家具等配置換えなど、ニーズに合わせた支援に努めています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	ご利用者様個々に合わせた自立支援に努めています。「出来ること」「わかること」を見極めながら、それが安全に行える環境となるよう工夫しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

はなまるホーム宮前

作成日

2015年8月25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
1	13	職員を育てる	資格の取得・スキルアップ。	自己啓発を促したり、行政主催の研修への参加。	半年～1年
2	26	介護計画書をチームで計画し、実践していく。	職員一人ひとりが正しい知識を持ち、その方に合ったサービスを提供する必要性を認識する。	日々の会議の場での落とし込み。一人ひとりの知識、技術の向上を目指し、根拠にもとづいたサービス提供ができる。	1年

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。