

<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

	項目数
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	1495400051
法人名	セントケア神奈川株式会社
事業所名	セントケアホーム川崎多摩
訪問調査日	平成28年12月15日
評価確定日	平成29年3月29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28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	1495400051	事業の開始年月日	平成19年4月1日	
		指定年月日	平成19年4月1日	
法人名	セントケア神奈川株式会社			
事業所名	セントケアホーム川崎多摩			
所在地	(214-0021) 神奈川県川崎市多摩区宿河原2-21-7			
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28年2月25日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月31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.saint-k.com
----------	---

【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)】

小田急線、JR南武線の登戸から10分の位置にあり、住宅街に位置しております。平地ということもあり、お散歩等の外出は気軽に行なえるといった環境です。「笑顔の創造」を理念に掲げ、お客様にとって心地よいケアをめざすために、「相手を尊重した声かけ」等を行なっています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	(株) R-CORPORATION		
所在地	横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 SYビル2F		
訪問調査日	平成28年12月15日	評価機関 評価決定日	平成29年3月29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この事業所の運営母体は、セントケア神奈川株式会社です。同法人は「福祉の創造・生きが甲斐の創造・ケア産業の創造」の3つをコンセプトとして掲げており、神奈川県内で訪問看護・デイサービス・グループホーム・小規模多機能事業所などの施設運営から、訪問・居宅支援・福祉用具の取り扱いまで福祉事業を幅広く展開しています。この事業所は、小田急線、JR南武線「登戸」駅南口より徒歩10分の住宅街の中に位置しています。

②事業所の理念は「笑顔の創造」です。この理念に加えて毎年作成されるセントケアグループの経営方針書に沿ったケア目標を作成しています。今年のケア目標は、「地域とのつながりを深める」「医療機関との連携でお客様が元気に生活」です。朝礼や夕礼で経営方針書を読み、毎月のミーティングで理念、ケア目標を話し合うことで日々のケアに繋がっています。

③ケアについては、管理者は利用者の重度化を防ぐ取り組みに力を注いでいます。月日を重ねる毎に少しずつ重度化が進行していくため、回想法や歌唱による認知症の進行を防止、ラジオ体操等身体アクティビティの促進によって身体機能の維持に努め、職員、看護師、医師との連携を取りながら、利用者の僅かな変化も見逃さず重度化する前に治療するなど介護職・医療連携携チームとしてのケアが行われています。

④職員の教育について、法人の採用時研修では、部門毎研修で経営方針、社員規律、倫理、接遇マナー、介護技術、心肺蘇生などについて教育が行われています。また、事業所内研修は現任者と一緒に毎月、身体拘束・虐待、薬の管理、災害時対応、感染症、緊急時対応、認知症、コミュニケーションなどの実務研修を行っています。

【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	セントケアホーム川崎多摩
ユニット名	大空 (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	「笑顔の創造」を理念に掲げ、管理者と職員はその人らしい笑顔が見れるように支えあう体制を作ることを、朝礼や夕礼で方針書を読むことで徹底するようにしている。	事業所の理念は「笑顔の創造」です。この理念に加えて毎年作成されるセントケアグループの経営方針書に沿って、事業所のケア目標を作成しています。今年のケア目標は、「地域とのつながりを深める」「医療機関との連携でお客様が元気に生活」です。そして、朝礼や夕礼で経営方針書を読み、毎月のミーティングで理念、ケア目標を話し合うことで日々のケアに繋がっています。	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	地域の橋本町会に参加している。お祭りの際にホーム前におみこしが来てくれて、入居者様と見学をしたこともある。また、散歩の際に地域の方に挨拶をしたり、コミュニケーションをとるようにしている。	地域の自治会に加入しています。近隣への散歩で挨拶を交わしたり、日常的に良好な地域との交流が継続されています。夏祭りの際に事業所の前にお御輿が来てくれて、利用者で見学を楽しむこともあります。また、ボランティアによるピアノ演奏、ギター演奏、津軽三味線、日本舞踊があります。小学5、6年生の職業体験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	同じ敷地内に訪問介護の事業所が併設であるので、地域の方からの相談に受けたりしている。			
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	運営推進会議は2～3ヶ月ごとに行なっている。ほとんどがご家族の参加だが、ホームの現状や行事について話し、認知症の勉強会も今後行なう予定。	運営推進会議は2,3か月に1回実施しています。区役所、包括、地域住民の方々にも案内状は出しますが、現状では主に家族と民生委員の参加に留まっています。事業所の状況報告、介護保険の更新、緊急搬送、事故報告、インフルエンザ予防接種、避難訓練など、行事の実施状況及び予定について話をしています。	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	地域包括支援センターとの話し合いはあるも、市の担当者とは行き来する関係までは至っていない。	地域・行政の要請もあり、今年4月より生保の方も受け入れています。グループホーム連絡会は管理者が麻生区・多摩区の幹事をしており、2か月に1回開催しています。管理者は、キャラバンメイトの促進活動、川崎市のチーム多摩多職種連携の活動、川崎市いきいきフェアへの参加など行政との取り組みにも力を入れています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	身体拘束は虐待であることを管理者はスタッフに常に伝えている。玄関施錠はやむをえないが閉じ込めないホームでありたいことを管理者はご家族及びスタッフに繰り返し伝えるようにしている。	職員全員で、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。身体拘束廃止マニュアルがあり、今年5月と12月にホーム内研修（熟練研修）虐待防止・身体拘束の廃止について学んでいます。また、法人から品質管理担当者が来所し、身体拘束をしないケアについて様々な指導を行うなど、職員の資質向上に繋がっています。	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	定例研修で年1回以上は必ず虐待防止について取り上げている。利用者の体のあざ等に気付いた場合は申し送り時情報をスタッフ間で共有し、話し合える雰囲気を作るようにしている。			
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	ホーム内研修で取り上げ、権利擁護の制度について理解し、活用できるように努めている。			
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	管理者が契約を行っている。十分に説明し、利用者・家族に不安がないよう、理解していただけるようにしている。			
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	苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し、入居時に説明している。家族会では家族同士が話し合えるような場を作っている。法人は年1回家族アンケートを行い、要望があれば運営に反映させている。	事業所では、運営推進会議に合わせて家族会を開催しています。新入居者の家族も加わり懇親会形式での家族会では、現入居の家族から、事業所での状況を新入居者の家族に様々な伝え情報交換をする等、和やかな家族会を開催しています。また、運営に関する意見・要望等は、年1回グループ全体に法人からアンケートを実施し、意見・要望があれば運営に反映される仕組みになっています。	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
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	月1回のフロアミーティングや毎日の夕礼時、スタッフの意見や提案を出せる機会を作っている。	管理者は、年1回の契約更新時に個別に面談を行ない、運営に関する個々の職員の意見・要望・提案等を聞く機会を作っています。また、フロアミーティング、朝礼、夕礼時、日々の業務の中でも聞く機会を設けています。法人では自己評価制度があり、個人面談時に前回の自己目標・自己評価を基に管理者と話し合い、新しい自己目標を立てるようにしています。	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	毎年契約更新時に面談を行い、各自の1年間の目標を立てたり、評価を伝えたりしている。必要時、随時面談を行うようにしている。		
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	法人の採用時研修。所内の毎月の定例研修を計画的に行っている。ヘルパー2級講習を希望する職員には法人の補助がある。法人の研修を100%受けられるように進めている。		
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	管理者・計画作成担当者が家族会等に参加、同業者と交流している。		
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	契約前に本人・家族に来所してもらい、入居者や職員とお茶を飲んでお話ししたり、レクに参加したりする時間を設けている。本人とお話しし、困っていること、希望していること等伺っている。		

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	
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	まず家族が困っていることをお聞きし、悩み・不安を否定せずに受け止めるようにしている。本人も家族もお互いを思って安心して暮らせるように支援することをお伝えしている。			
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	入居相談を受けた時点で、本人・家族が困っていることをお聞きしている。グループホームの利用が適切でない場合、他のサービスを説明、相談窓口をお知らせしている。			
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	生活の中で、掃除・洗濯物たたみ・庭仕事等、職員と一緒に楽しみながら行っている。職員は、子育ての相談をしたり、料理を教えるもったりすることがある。			
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	毎日の生活はホームで過ごしながらも、本人の家族への思いは強く忘れることがないことを家族へ伝え、週末・年末年始等できるだけ一緒にいる時間を作ってもらっているようにしている。			
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	本人のなじみの場所の地図・写真等から話題を作ったり、その場所へドライブに出かけたりしている。なじみの人においでいただいたり、電話・手紙を希望される方には支援するようにしている。	入居前に行った花見、公園など馴染みの場所の写真を用いて会話をしたり、実際にその場所にドライブへ行ったりしています。また、年賀状の来る人、家族・親戚等から電話がある人などには、手紙の宛名書きや電話の取次ぎなどの支援を行い、馴染みの関係が継続出来るように努めています。		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	病気の症状の具合、性格等考慮し、落ち着く席順にする。一緒に楽しめるレク・行事を提案するようにしている。お互いに挨拶できるよう職員が配慮している。一人入院すると、みなで心配している。		
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	退居された方・家族からの相談には親身に応じている。必要な相談に応じたり、相談窓口を紹介したりしている。		
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	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。意向の把握が困難な人は態度や様子から判断している。	入居以前の情報について、入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握しています。入居後は、日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、ケアのヒント工夫などの出来事を日常経過記録に記入しています。特に変化があった事象、ケアプランのモニタリング、家族の意見等に関しては申し送りして全ての職員が共有できるようにしています。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		
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	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		

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	
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	本人、家族の様子を見て、職員間で話し合い、計画作成担当者が介護計画を作成している。必要に応じて、医師・看護師と話し合い意見を反映させている。	入所時は、事前に得られたアセスメントにより初回ケアプランを作成します。その後は、日々の日常経過記録、連絡ノート、3か月毎のモニタリング、医療連携資料を基にカンファレンスシートを作成します。このシートにより、毎月のケアカンファレンスの中で期限の来た方のケアカンファレンスを行っています。ケアプランの見直しは、症状の急激な変化が無ければ、標準で6ヶ月にしています。	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	日々の様子は日常生活経過記録に記入している。職員は出勤時に目を通し、情報を共有している。			
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	同一法人の訪問看護を受け入れている。隣接するデイサービスから車を借りて全員で外出することもある。家族の都合の悪い時は、職員が付き添い通院することもある。			
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	地域の方がボランティアでピアノ演奏、ギター演奏などをしてくださっている。			
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	利用者・家族の希望により、協力医療機関の訪問診療を受けられる。法人の訪問看護ステーションから看護師が月に2回来訪し、健康管理を行っている。	協力医療機関は、清泉メディカルクリニック（毎週月曜日往診）、青葉さいわい病院（緊急時）、日航ビル歯科室（毎週水曜日）です。医療連携体制としては、清泉メディカルクリニックが訪問診療医で、24時間対応になっていること及び、法人の訪問看護ステーションから看護師が月に2回利用者の健康管理に来てくれています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	毎週1回の看護師訪問時、職員は毎日の生活の中での気付いたことを相談している。夜間は電話での相談に応じてもらっている。		
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。	入院時は病院に訪問しご様子を把握し、医師・看護師と情報交換し、退院後の計画を立てるようにしている。		
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	通常の介護が困難になった場合、家族・医療機関・ホームが相談して他施設への移動・入院も含めた対処をすることになっている。場合によっては看取りを行う可能性もある。入居時に家族に説明してある。	重度化や終末期に向けた方針は、重要事項説明書に重度化の方針「事業所での生活の継続を図る」、看取り指針「家族、医療機関等と協力して実現する機会を設ける」と記述しています。看取りに対する研修も毎年行っています。職員は、長く勤務している者が多く看取り介護の経験が豊富になっています。今年度は、5月、6月、10月に各1名の看取りを行いました。	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	全職員が急変時マニュアルに沿った対応が速やかにできるよう研修を行っている。毎日の夕礼時、CPRの訓練を行っている。		
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	非常災害時の対応については、定例研修で年2回実施している。消防避難訓練は、年2回実施している。	避難訓練は年2回、火災・地震等を想定し、実施しています。1回は消防署員立会いの下、消火器の取り扱い、避難経路等の確認、避難に要する時間を図りながら実施しています。備蓄品は、飲料水・食料品の他に発電機・カセットコンロ、ヘルメット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	日々のケアの中で、居室には無断で入らないこと、トイレ使用時は戸を閉めること、幼稚な言葉かけをしないこと、同性の入浴介助希望の方にはできる限り対応すること等、管理者は繰り返し指導するようにしている。	倫理、接遇マナー、プライバシー・個人情報保護についての研修が毎年行われており、管理者は日々のケアの中で折に触れて話をしていますので職員はしっかり身に着けています。居室の無断立ち入りや、トイレ使用時に戸が開いていたら閉める等の配慮をしています。また、入浴時に同性介助希望の方には、同性での入浴介助を行っています。	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	生活の中で、職員が決めるのではなく、本人が決定する機会を作るようにしている。言葉に出せない方は、表情・態度で推し量る。	/		/
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	食事時間を基本として大まかな流れはあるが、それぞれ利用者のペースで、自室でテレビを見たり、手紙を書いたり、電話をかけたたり、庭仕事をしたり、家族と外出したり・・・職員はその人らしい生活ができるように支援している。			
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	お化粧する方、スカーフを巻く方等のお手伝いをしている。希望者は2ヶ月に1度訪問理容を受けている。短くするだけでなく、それぞれの好みのヘアスタイルにしてもらっている。			
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	専任の調理担当者が食事を作る。利用者は能力に応じてテーブル拭き、下膳等を手伝っている。月2回程度「食レク」でどら焼き、白玉団子等のおやつを楽しく作っている。	食事は、朝、昼、夕の三食すべて専任の調理担当者が食事を作ります。最近、真空適温調理法を試験的に実施しています。調理時間の短縮が目的ですが利用者の反応を確認しています。利用者は能力に応じてテーブル拭き、下膳等を手伝っています。月2回程度「食レク」でどら焼き、白玉団子等のおやつを利用者と一緒に作っています。	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	法人が栄養管理した献立をもとに食事を作っている。1日1600キロカロリー、水分は1500ccを目安にしている。個人ごとの食事・水分摂取量は記録・管理している。		
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	本人の能力に応じて、洗面所または席で毎食後口腔ケアを行っている。不十分なところは職員が支援する。義歯の管理が困難な方は、職員が行っている。		
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	できるだけトイレでの排泄ができるように支援している。排泄表を記録しパターンを把握し役立てるようにしている。夜間は転倒の危険がないように配慮している。	できるだけトイレでの自立排泄ができるように支援しています。各ユニットにトイレが4ヶ所あり、タイミングが重なっても対応できるようになっています。排泄表を活用しながら、個々の排泄パターンに合わせた支援を行っています。利用者の表情や、行動を見ながら、さり気ない誘導をしています。排泄は、トイレのドアを必ず閉めるようにしています。	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・水分をしっかり摂り運動することにより、便秘を予防するようにしている。医師と相談しながら、スムーズな排便を進めている。		
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	週2～3回入浴している。職員と話をしながらの入浴は楽しみになっている。希望により、同性介助に努めている。菖蒲湯・ゆず湯等季節を感じてもらえるようにしている。	入浴は、週2～3回を基本としています。現在は同性介助を希望する方はいませんが、希望に応じて同性介助を行うようにしています。入浴時に職員との会話を楽しみにしている方もいます。季節の菖蒲湯・ゆず湯等も取り入れています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	夜間はフロアの照明を少し落とし、居室は豆球にし、エアコンで快適な温度に調整し、落ち着いて気持ちよく眠れるように支援している。			
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	薬の情報はいつでも確認できるようにファイルし、薬は複数の職員が確認の上セットしている。服薬時には、名前日付時間を声に出して読み上げ本人にも確認していただき、確実にのみ込むまで見守りしている。			
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	楽しみになるように、掃除・洗濯物たたみ・テーブル拭き等生活の中で役割を持っていただいている。習字、手芸をしたり、ボランティアによる歌や踊りを鑑賞したりしている。			
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	近くのお寺への散歩、買い物、ドライブ。花見、外食等外出の機会を多く作るようにしている。近隣のデイサービスに車を借りて、車椅子の方も外出の機会をもうけている。	日常の散歩は、近くの住宅内にある龍安寺までのコースや近くの商店への買い物を兼ねて出掛けています。散歩が難しい方は、ベランダで外気浴をすることもあります。外出行事の際には、法人の宮前野川デイサービスの車を借りて花見、バラ園、二賀用水等へ出かけることもあります。利用者の中には、お墓参りに毎週火曜日、土曜日に家族と出かけている方もいます。		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	お小遣いは事務所の金庫で預かっている。希望によっては、外出時に本人にお財布をお渡しする。			

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	手紙を書かれる方には、投函を手伝っている。希望される方には、ホームの電話を貸している。居室での携帯電話使用は、他の方の迷惑にならないようにという条件付きで可。			
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	玄関脇に花壇があり、ボランティアの方と一緒に花をめでることができる。リビングには利用者が作った季節感のあるものが貼られている。隣にアパートがあるもののリビングは明るく、居心地がよい。加湿器・空気清浄機で空気をきれいに保っている。	インテリアは、簡素で季節感のある普通の家庭の雰囲気になるように心がけています。リビングは、掃除が行き届き、日差しが入り、明るく、居心地良い空間になっています。空気清浄器・加湿器も設置されており、室温等の調節にも留意し、リビングではBGMにクラシックの音楽を流すことで穏やかに、過ごせるように配慮しています。	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	リビングのテレビの前にはソファを置き、気分を変えて寛いだり、おしゃべりしたりできるコーナーになっている。			
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	居室には洗面台があり、手を洗ったりできる。利用者好みのベッド、タンス、椅子等を持ち込み、家族の写真や化粧道具があつて、その人にあつた安らげる場所になっている。	エアコン、洗面台、押入れ、照明器具は備え付けとして設置されていますが、ケアプランに位置付けられ必要な方には、介護用ベッドを事業所で準備しています。利用者には、入居時に使い慣れたタンス、鏡台、椅子、テーブル等を持ち込んで頂き、本人と家族で配置を考え、設置の際は職員が手伝い、利用者が居心地良く過ごせるよう支援しています。		
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	共有スペースであるトイレやお風呂には手すりがあり、安全に移動できる。居室の入り口には表札があり自分の部屋とわかりやすい。玄関の靴箱には名前を付け自分で出せる方は出しやすくしている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム川崎多摩

作成日

平成28年12月15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	31	看護職員との協働	ちょっとした、変化に気づき、報告をし協力をし、大きなことにならないようにする。	他職種との連携で、入院の手前で、治療し完治して頂く。	H28. 12～H29. 11
2	30	かかりつけ医の受診診断	入院者0人	他職種との連携で、入院の手前で、治療し完治して頂く。	H28. 12～H29. 11

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

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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	「笑顔の創造」を理念に掲げ、管理者と職員はその人らしい笑顔が見れるように支えあう体制を作ることを、朝礼や夕礼で方針書を読むことで徹底するようにしている。		
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	地域の橋本町会に参加している。お祭りの際にホーム前におみこしが来てくれて、入居者様と見学をしたこともある。また、散歩の際に地域の方に挨拶をしたり、コミュニケーションをとるようにしている。		
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	同じ敷地内に訪問介護の事業所が併設であるので、地域の方からの相談に受けたりしている。		
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	運営推進会議は2～3ヶ月ごとに行なっている。ほとんどがご家族の参加だが、ホームの現状や行事について話し、認知症の勉強会も今後行なう予定。		
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	地域包括支援センターとの話し合いはあるも、市の担当者とは行き来する関係までは至っていない。		

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
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	身体拘束は虐待であることを管理者はスタッフに常に伝えている。玄関施錠はやむをえないが閉じ込めないホームでありたいことを管理者はご家族及びスタッフに繰り返し伝えるようにしている。		
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	定例研修で年1回以上は必ず虐待防止について取り上げている。利用者の体のあざ等に気付いた場合は申し送り時情報をスタッフ間で共有し、話し合える雰囲気を作るようにしている。		
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	ホーム内研修で取り上げ、権利擁護の制度について理解し、活用できるように努めている。		
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	管理者が契約を行っている。十分に説明し、利用者・家族に不安がないよう、理解していただけるようにしている。		
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	苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し、入居時に説明している。家族会では家族同士が話し合えるような場を作っている。法人は年1回家族アンケートを行い、要望があれば運営に反映させている。		

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	月1回のフロアミーティングや毎日の夕礼時、スタッフの意見や提案を出せる機会を作っている。		
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	毎年契約更新時に面談を行い、各自の1年間の目標を立てたり、評価を伝えたりしている。必要時、随時面談を行うようにしている。		
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	法人の採用時研修。所内の毎月の定例研修を計画的に行っている。ヘルパー2級講習を希望する職員には法人の補助がある。法人の研修を100%受けられるように進めている。		
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	管理者・計画作成担当者が家族会等に参加、同業者と交流している。		
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	契約前に本人・家族に来所してもらい、入居者や職員とお茶を飲んでお話ししたり、レクに参加したりする時間を設けている。本人とお話しし、困っていること、希望していること等伺っている。		

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
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	まず家族が困っていることをお聞きし、悩み・不安を否定せずに受け止めるようにしている。本人も家族もお互いを思って安心して暮らせるように支援することをお伝えしている。		
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	入居相談を受けた時点で、本人・家族が困っていることをお聞きしている。グループホームの利用が適切でない場合、他のサービスを説明、相談窓口をお知らせしている。		
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	生活の中で、掃除・洗濯物たたみ・庭仕事等、職員と一緒に楽しみながら行っている。職員は、子育ての相談をしたり、料理を教えてもらったりすることがある。		
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	毎日の生活はホームで過ごしながらも、本人の家族への思いは強く忘れることがないことを家族へ伝え、週末・年末年始等できるだけ一緒にいる時間を作ってもらっているようにしている。		
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	本人のなじみの場所の地図・写真等から話題を作ったり、その場所へドライブに出かけたりしている。なじみの人においでいただいたり、電話・手紙を希望される方には支援するようにしている。		

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	病気の症状の具合、性格等考慮し、落ち着く席順にする。一緒に楽しめるレク・行事を提案するようにしている。お互いに挨拶できるよう職員が配慮している。一人入院すると、みなで心配している。		
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	退居された方・家族からの相談には親身に応じている。必要な相談に応じたり、相談窓口を紹介したりしている。		
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	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。意向の把握が困難な人は態度や様子から判断している。		
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	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		
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	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		

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
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	本人、家族の様子を見て、職員間で話し合い、計画作成担当者が介護計画を作成している。必要に応じて、医師・看護師と話し合い意見を反映させている。		
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	日々の様子は日常生活経過記録に記入している。職員は出勤時に目を通し、情報を共有している。		
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	同一法人の訪問看護を受け入れている。隣接するデイサービスから車を借りて全員で外出することもある。家族の都合の悪い時は、職員が付き添い通院することもある。		
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	地域の方がボランティアでピアノ演奏、ギター演奏などをしてくださっている。		
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	利用者・家族の希望により、協力医療機関の訪問診療を受けられる。法人の訪問看護ステーションから看護師が月に2回来訪し、健康管理を行っている。		

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
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	毎週1回の看護師訪問時、職員は毎日の生活の中での気付いたことを相談している。夜間は電話での相談に応じてもらっている。		
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。	入院時は病院に訪問しご様子を把握し、医師・看護師と情報交換し、退院後の計画を立てるようにしている。		
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	通常の介護が困難になった場合、家族・医療機関・ホームが相談して他施設への移動・入院も含めた対処をすることになっている。場合によっては看取りを行う可能性もある。入居時に家族に説明してある。		
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	全職員が急変時マニュアルに沿った対応が速やかにできるよう研修を行っている。毎日の夕礼時、CPRの訓練を行っている。		
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	非常災害時の対応については、定例研修で年2回実施している。消防避難訓練は、年2回実施している。		

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
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	日々のケアの中で、居室には無断で入らないこと、トイレ使用時は戸を閉めること、幼稚な言葉かけをしないこと、同性の入浴介助希望の方にはできる限り対応すること等、管理者は繰り返し指導するようにしている。		
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	生活の中で、職員が決めるのではなく、本人が決断する機会を作るようにしている。言葉に出せない方は、表情・態度で推し量る。		
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	食事時間を基本として大まかな流れはあるが、それぞれ利用者のペースで、自室でテレビを見たり、手紙を書いたり、電話をかけたり、庭仕事をしたり、家族と外出したり・・・職員はその人らしい生活ができるように支援している。		
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	お化粧する方、スカーフを巻く方等のお手伝いをしている。希望者は2ヶ月に1度訪問理容を受けている。短くするだけでなく、それぞれの好みのヘアスタイルにしてもらっている。		
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	専任の調理担当者が食事を作る。利用者は能力に応じてテーブル拭き、下膳等を手伝っている。月2回程度「食レク」でどら焼き、白玉団子等のおやつを楽しく作っている。		

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	法人が栄養管理した献立をもとに食事を作っている。1日1600キロカロリー、水分は1500ccを目安にしている。個人ごとの食事・水分摂取量は記録・管理している。		
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	本人の能力に応じて、洗面所または席で毎食後口腔ケアを行っている。不十分なところは職員が支援する。義歯の管理が困難な方は、職員が行っている。		
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	できるだけトイレでの排泄ができるように支援している。排泄表を記録しパターンを把握し役立てるようにしている。夜間は転倒の危険がないように配慮している。		
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・水分をしっかり摂り運動することにより、便秘を予防するようにしている。医師と相談しながら、スムーズな排便を進めている。		
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	週2～3回入浴している。職員と話をしながらの入浴は楽しみになっている。希望により、同性介助に努めている。菖蒲湯・ゆず湯等季節を感じてもら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
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	夜間はフロアの照明を少し落とし、居室は豆球にし、エアコンで快適な温度に調整し、落ち着いて気持ちよく眠れるように支援している。		
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	薬の情報はいつでも確認できるようにファイルし、薬は複数の職員が確認の上セットしている。服薬時には、名前日付時間を声に出して読み上げ本人にも確認していただき、確実にのみ込むまで見守りしている。		
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	楽しみになるように、掃除・洗濯物たたみ・テーブル拭き等生活の中で役割を持っていただいている。習字、手芸をしたり、ボランティアによる歌や踊りを鑑賞したりしている。		
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	近くのお寺への散歩、買い物、ドライブ。花見、外食等外出の機会を多く作るようにしている。近隣のデイサービスに車を借りて、車椅子の方も外出の機会をもうけている。		
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	お小遣いは事務所の金庫で預かっている。希望によっては、外出時に本人にお財布をお渡しする。		

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	手紙を書かれる方には、投函を手伝っている。希望される方には、ホームの電話を貸している。居室での携帯電話使用は、他の方の迷惑にならないようにという条件付きで可。		
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	玄関脇に花壇があり、ボランティアの方と一緒に花をめでることができる。リビングには利用者が作った季節感のあるものが貼られている。隣にアパートがあるもののリビングは明るく、居心地がよい。加湿器・空気清浄機で空気をきれいに保っている。		
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	リビングのテレビの前にはソファを置き、気分を変えて寛いだり、おしゃべりしたりできるコーナーになっている。		
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	居室には洗面台があり、手を洗ったりできる。利用者好みのベッド、タンス、椅子等を持ち込み、家族の写真や化粧道具があつて、その人にあつた安らげる場所になっている。		
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	共有スペースであるトイレやお風呂には手すりがあり、安全に移動できる。居室の入り口には表札があり自分の部屋とわかりやすい。玄関の靴箱には名前を付け自分で出せる方は出しやすくしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム川崎多摩

作成日

平成28年12月15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	31	看護職員との協働	ちょっとした、変化に気づき、報告をし協力をし、大きなことにならないようにする。	他職種との連携で、入院の手前で、治療し完治して頂く。	H28. 12～H29. 11
2	30	かかりつけ医の受診診断	入院者0人	他職種との連携で、入院の手前で、治療し完治して頂く。	H28. 12～H29. 11

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。