

<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	1472202223
法人名	社会福祉法人 伸こう福祉会
事業所名	グループホーム クロスハート本鵜沼・藤沢
訪問調査日	2019年2月28日
評価確定日	2019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 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	1472202223	事業の開始年月日	平成17年10月1日	
		指定年月日	平成17年10月1日	
法人名	社会福祉法人 伸こう福祉会			
事業所名	グループホーム クロスハート本鶴沼・藤沢			
所在地	(251-0028) 神奈川県藤沢市本鶴沼3-11-39			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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10日	評価結果 市町村受理日	令和元年5月15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)】

「たくさんのおよきものを人生の先輩たち、後輩たち、そして地域に捧ぐ」を理念としています。「楽しく きれいに いつまでも」をグループホーム事業の理念を元にサービス提供を行っております。

【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3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成31年2月28日	評価機関 評価決定日	平成31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)】

●この事業所は社会福祉法人伸こう福祉会の経営です。同法人は神奈川県内で特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、グループホーム、デイサービス、ショートステイ、小規模多機能型居宅介護、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援、地域ケアプラザ、障がい者グループホーム、就労支援、保育園等の多岐に亘る福祉サービスを展開しています。ここ「クロスハート本鶴沼・藤沢」は小田急線「本鶴沼駅」から徒歩10分、「藤沢」駅から江ノ電バス「鶴沼車庫駅」行きに乗り10分「原」停留所下車して徒歩1分と交通の便も良い場所にあります。近くにはスーパーや薬局、食事処、商店等もあり、生活上の利便性に優れた環境下にあります。建物は3階建てで、1階にデイサービス、2～3階がグループホームになっています。

●法人では、職員一人ひとりが介護の専門職として「知識や資格」を身に付け、更なる質の高いケアサービスが提供出来るよう、職員の育成に注力して取り組んでいます。職員の階層別に合わせて様々なカリキュラム(研修)カリキュラムが組まれており、新入職員・一般職員・主任とリーダークラス・施設長等の役職や経験年数に関係なく、全職員が研修を受講することで、全職員の知識やケアの質の均一化を図っています。入職時には、法人の理念、方針、目標、職員としての心得等が網羅された「スタッフハンドブック」を全職員に配布され、クロスハートベーシックの7項目「①今を大切に②利用者から学ぶ③地域のお役に立つ ④背伸びをすれば背は伸びる(チャレンジをする)⑤福祉ばかりにならないで⑥おもてなしの心⑦ONEファミリー」を会議等で共有しながら日々の支援に繋げています。

●地域との関係については、町内会の一員として利用者と共に町内の清掃に参加や防災訓練に参加し、地域のお祭りではグループホーム前を神輿のコースとして飲み物を提供し、利用者が間近で神輿の迫力を感じられるように配慮して頂いています。また、事業所主催の秋の食事会ではボランティアの吹奏楽に来て頂き、家族や近所の方々も参加いただく等、地域の恒例行事となっています。

【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	グループホーム クロスハート本鵜沼・藤沢
ユニット名	A棟

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	年度毎に経営計画書や理念に基づき実行計画を作成している。 年度初めには、理念、年度方針などの共有を図っている。	法人の理念「たくさんのよきものを人生の先輩たち、後輩たち、そして地域に捧ぐ」と7つの項目「①今を大切に②利用者から学ぶ③地域のお役に立つ④背伸びをすれば背は伸びる（チャレンジをする）⑤福祉ばかりにならないで⑥おもてなしの心⑦ONEファミリー」のクロスハートベシックを記述した書類を名札と共に携帯しています。理念は全体会議等で共有しながら、日々の支援に繋げています。	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	自治会に加入している。 近隣のボランティアを受け入れしている。買い物や散歩に出かけ、挨拶や会話をする事により、地域の方と交流が持てている。	町内会に加入し、地域行事に参加しています。日常的にはスーパーへの買い物や公園に行った際に挨拶を交わしています。事業所主催の行事には、近隣の方にも声掛けして参加して頂く等、地域の恒例行事になっています。また、傾聴ボランティアや中学生の福祉体験、看護学校の実習生の受け入れ等を行っています。	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	地域の方々からの電話や訪問によるご相談にお答えしている。介護保険サービスの利用についてのご案内をしている。		
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度運営推進会議を実施し、ホームの状況や今後の報告を行っている。運営推進会議メンバーから、地域の行事や色々なご提案などをいただき話し合っている。	近所の代表、市の介護保険課職員、老人会会員、町内会会長、利用者家族の参加で2ヶ月に1回開催しています。事業所の現状や活動報告、地域行事等の情報提供や災害時におけるけいよう力体制についても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	藤沢市の介護相談員の受け入れをし、意見交換をしている。 グループホーム協議会からの案内で研修に参加する事ができるようになった。運営推進会議に出席していただける様、ご案内を行い報告をしている	市から研修や講習会の案内が来た際には他職員にも周知して参加を促しています。介護保険課とは必要に応じて連絡を取り合っており、その際に事業所の現状や課題、疑問点について相談に乗って頂いています。また、介護相談員の受け入れを行っており、介護相談員から得られた情報を支援の参考につなげています。2ヵ月毎に開催されているグループホーム連絡協議会にも出席して、他事業所とも情報交換を行っています	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
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	安全を最優先とし、エレベーター・階段室・玄関を施錠し、ご家族にも了承を得ている。定期的な行事を企画したり、散歩に出ることにより不自由さを感じないケアを心がけている。	身体拘束・虐待禁止のマニュアルや事例に基づき、職員へ研修を行っています。ミーティング等でも言葉や対応による禁止行為を共有認識し、拘束のないケアに繋がっています。玄関・エレベーターホール・階段室は、家族了解のもとに施錠していますが、様子を見ながら扉を開ける等の対応を行い、利用者が不快感や閉鎖感を感じないように対応しています。	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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	ミーティングやケアの中で情報共有し、意識向上に努めている		
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	地域密着型サービス管理者研修や認知症実践者研修で学び、個々の必要性を関係者と話し合い支援している。		
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	契約時に契約書の読み合わせを行っている。内容等で不明な点がないか、確認を必ず行っている。		
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	重要事項説明書及び、各棟に苦情処理体制のフローチャートを掲示し。意見や要望を受け付けている。上記内容について意見があった場合は体制に基づき迅速に対応し運営に反映させている。	契約時に重要事項説明書に記載している苦情相談窓口と、対応の流れについて説明しています。また、フローに苦情処理体制のフローチャートを掲示しています。家族からの意見や要望は、面会時や電話連絡した際に、近況報告と併せて伺っています。家族からの意見や要望は、記録に残すと共にミーティング等で検討し、迅速に対応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	
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	ホームミーティングやユニットミーティングでスタッフの提案を聞く機会を設けている。スタッフの意見を尊重し、ケアに関しての緊急時以外の決定事項はミーティングの中で行っている。	毎月のホームミーティングやユニットミーティングを通じて、職員の日々の観察に基づく気づきや意見・提案を聞く機会を設けています。管理者と職員間は日頃から気軽に話せる関係が構築されており、意見や提案は休憩時間等でも話を聞いています。更に、職員は管理者との面談で、「個人目標」の設定や振り返りを行い、職員の意欲向上につなげています。また、「理事長ボックス」を利用して、直接理事長に提案可能な制度も設けられています。	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	入職時や年1回の面接で、個々の職員の状況を把握している。福利厚生を充実させ、職場環境の整備に努めている。			
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	法人内外の研修参加をお積極的に行っている。新人スタッフへはOJT制度を導入している。			
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	藤沢市のグループホーム連絡会に所属する事により、近隣グループホームと情報共有が出来るようになった。			
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	利用開始時に、必ず訪問調査を実施し、不安や要望をお聞きしている。スタッフや他入居者との信頼関係、コミュニケーションが取れるように支援している。			

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
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	ご見学や、ご相談の段階でお困りの事やご要望等をうかがい、お答えしている。		
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	ご見学や、ご相談の時に現在の状況でお困りの事をうかがい、当ホームの支援や、デイサービス、ホームヘルパーなどの他サービスの情報共有を提供している。		
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	ご利用者様と日常生活の中で一緒に家事や買い物に出かけ、談話する事により、関係が深められている。		
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	訪問時にご入居者様とご家族様だけの時間を過ごしていただけるよう、居室へご案内している。常にご状態をご報告し支援についての相談をさせていただいている。		
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	ご自宅への外出やお墓参り、慣れ親しんだ方の訪問など大切にしてきた関係が途切れないようにしている。	家族の来訪時に、自宅への外出やお墓参りに行かれていた方もいます。友人や知人の面会については、トラブル防止のためにも、家族の了解を得た方のみ取り次ぐようにしています。なお、年賀状については、宛名書き等の支援を行い投函出来るようにしています。利用者がこれまで築き上げてきた馴染みの関係が途切れないよう支援しています。法人として、外出支援の対応を検討しています。(例：ドライブ、近隣への外出、少し遠方への外出等)	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	ご入居者様同士がコミュニケーションがとりやすい席の配置やレクリエーションなどで無理なくご利用者様同士の関係が築けるよう支援している。		
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	契約終了後も訪問していただけるようお声かけしている。来訪が途切れているご家族様へはお便りでお声かけをしている。		
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。	介護サービス計画書作成時にご本人・ご家族様の意向を確認し、ご希望に沿った支援が行えるようにしている。	入居前の面談時に十分なアセスメントを行い、過去の生活歴、思いや意向、暮らし方の希望等をアセスメントシートに記入して頂いています。また、入居後は職員の観察や会話のやり取りの中で得られた情報を「私の姿シート」に記入し、それらの情報も参考にしうえでその方のADLやIADLに応じて可能か否かを検討し、介護計画に反映させています。	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	入居時に「暮らしの情報シート」をご家族様にご記入していただき、生活歴や嗜好、生活の状況について把握するように努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居されてからの一定期は「24時間シート」を記入し、状態の把握、日常生活を通じて個々のご入居者様のご状態や有する力の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	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	3ヶ月に1度（必要時は適宜）ケアカンファレンスを実施し、ご入居者様やご家族様、職員、その他関係者の意見を参考に介護計画書を作成している。	全事業所で統一したアセスメントシートを用いて、1人ひとりのADL、食事、コミュニケーション、認知機能などを細かくチェックしています。これらの情報と自立サポート表、ケア対応表を集約して計画作成担当者が原案を作成しています。ケアカンファレンスでモニタリングを行いながらケアの課題を抽出して、その方の現状に即した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	「生活の記録」「健康状態の記録」「申し送りノート」などの記録を活用し、スタッフ間の情報共有や介護計画書の作成に活かしている。		
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	事業所の多機能化は不可能だが、個別ケアやレクリエーションなどできうる範囲での支援を行っている。		
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	目の前にある薬局やスーパーに買い物、公園への散歩に出かけることでショッピングや観賞を楽しんでいただけるよう支援している。		
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、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	協力医療機関の訪問診療が1ヶ月に2回あり、書面及び口頭での報告や話し合いを行い適切な医療が受けられるよう支援している。	入居時事業所の提携医について説明したうえで、本人と家族の意向を尊重して主治医を決めて頂くようにしています。内科は2医療機関から月2回の往診、精神科は月1回の訪問診療があります。歯科は週1回の往診があり、口腔ケアや義歯調整等の対応が可能です。看護師は週1回の訪問で、利用者の健康管理と医療面での相談に乗って頂いています。提携医以外の病院で受診する際は、ご家族の対応を原則とし、利用者の日常生活情報など必要情報の提供を行なうなど、適切な医療が受けられるよう支援しています。	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	医療連携により週1回の訪問看護がある。定期的に日常の様子を報告し、健康管理に役立てている。また24時間のオンコール体制をとっているのでご入居者様に変化があった場合は適宜相談・報告を行っている。		
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。	ご家族様を通して、またお見舞いに伺った時などに情報交換、状態把握をしている。退院時に必要であれば医師との話し合いを方針の共有に努めている。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に重要事項説明書内の「容態悪化時の施設対応についてのご説明」にて説明を行っている。状態の変化があった時は、訪問看護師、医師を交えて早い段階から話し合いを行い方針の共有に努めている。	入居契約時に「容態悪化時の施設対応についての説明」を行い、事業所で出来ること、出来ない事をご家族・後見人に説明しています。医師が終末期と判断した時点で、ご家族・事業所の責任者・医師と話し合いの場を設け、種々選択肢を示し、方針を共有しながら支援を行っています。新たに作成されたマニュアル「旅立ちのときを迎えて」には文章だけでなく、フローチャートも交えながら、看取りの流れが詳細に書かれており、職員への研修資料としての活用は勿論のこと、家族にも配布して説明しています。	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	ホームミーティングで研修を行い、訪問看護師の指導も受けている。		
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2回の消防訓練を行っている。	消防訓練は年2回、昼夜を想定して実施しています。非常用備蓄は、利用者が必要とする3日分の食料・水・乾電池・オムツ等の衛生用品も確保しています。年に2回のスプリンクラー、火災自動通報装置等の防災設備点検も業者に委託して実施し、その際に取り扱い方法についても確認しています。また、運営推進会議の中でも地域との協力体制について話し合いを行っております。災害時には1階に併設しているダイサービスとの連携も図られています。	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
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	職員に対して、ご家族様（ご入居者様）への個人情報の取り扱いについての説明をし、書面で誓約を行っている。個人的な内容についての話はご入居者様がいらっしゃる場所ではしない配慮をしている。	法人では、支援者として「尊厳を持って生きる人の生活を守ることに重点をおき、法人内研修で「人権」について学び・理解を深めると共に、利用者の人権を守るため「宣誓書」を事業所独自で作成しています。言葉の乱れは不適切支援につながる事を全職員で認識して、利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねる事の無いように心がけています。新人職員には、個人情報の取り扱いについて説明し、誓約書も取り交わしています。	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	自己決定がしやすいよう個々にあったお声かけをし、ご希望や意志を伺うようにしている。		
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	おおまかなタイムスケジュールはあるが、ご入居者様に押し付ける事のないようご自由に過ごしていただいている。		
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	買い物に同行し、好きな洋服を購入していただいたり、訪問理美容を受けていただくなどその方らしいおしゃれができるように支援している。		
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	週に2度フリーメニューの日を設け、ご入居者様のリクエストで献立を作成している。調理や片付けなどその日のご状態によって行っている。	メニュー付きで食材を業者から発注し、職員が調理しています。出来る方には、食卓拭きや下膳等を手伝って頂いています。週2回はフリーメニューの日を設け、利用者の希望を取り入れ、生野菜はこのフリーメニューの日に提供しています。なお、朝食にパンを提供することもあり、外出を兼ねて近くのスーパーで購入しています。また、外食支援も行っています。季節に合わせた料理や、誕生日にはケーキ等も提供し、食事を楽しめるように支援しています。	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
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	栄養士が作成した献立を基に食事提供を行っている。個々の状態に合った食事形態で提供している。水分摂取が少ない方へはゼリーなどで摂取していたできるように支援している。		
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	必要な方は食後に口腔ケアを行っている。毎週訪問歯科診療があり、歯科医師と連携を図り、口腔内の清潔保持に努めている。（ご希望者）		
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	必要な方は排泄表をつけ、排泄パターンの把握に努めている。その他の方は、適宜お声かけを行い確認している。	水分摂取量の記録と排泄チェック表を活用し、一人ひとりに合わせた声かけを行い、利用者の居室内にあるトイレで排泄支援を行っています。失敗した際には、他人の目に触れないよう配慮し、下着交換を行っています。トイレでの排泄を心がけることで、その方の残存能力を維持しながらオムツを使用しない生活を目指しています。	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	乳製品摂取や、水分補給をしていただき、排泄表で確認をとりながら、下剤や座薬の使用を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回以上は入浴していただけるようにしている。入浴の嫌いな方へはその方へあったお声かけを行っている。	週2回以上の入浴を基本とし、利用者の気分や体調を考慮しながら柔軟に対応しています。入浴は清潔保持のみならず、打ち身・あざ・湿疹などの発見につながることもあるので、視診で確認しています。季節のゆず湯、菖蒲湯なども取り入れ、一緒に話したり歌ったりと一人ひとりに合わせた支援を行い、楽しんで入浴していただけるように工夫しています。	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
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	ご入居者様の状態に応じて、居室やソファへご案内し、適宜休憩をとっていただけるよう支援している。		
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	職員がいつでも閲覧できるように、薬の情報ファイルを作成している。新しく処方された薬がある場合は、申し送りやミーティングで周知している。		
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	趣味や生活歴からその方の役割を持っていただけるよう支援している。外食やドライブ、イベント等で楽しみを持っていただけるよう支援している。		
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	ご入居者様のご希望に沿って外出支援を行い、近隣の外出以外にもご入居者様と相談しながら計画を立て出かけている。	天気の良い日は散歩や、近くのコンビニに買い物に行く等、利用者の外出希望に応じた外出支援を行っています。その他、季節に合わせた遠出企画を、利用者と一緒に相談しながら決めて実行しています。また、鮭屋が好きな人がおり、外出支援として回転寿司に行くこともあります。	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	ご家族様と話し合いをし、ご希望や力に応じて小額のお金を自己負担していただいている。個人管理が難しい方はスタッフが管理し、支払いを自分でいただくなど工夫している。		

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
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	ご希望があれば電話や手紙の支援をしている。受けるだけでなく、発信もでき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	ご入居様が不快に感じるような過度な刺激は排除している。季節に応じた装飾や、カレンダーを張るなどし、季節感を感じられるようにしている。	リビングの奥の廊下を挟んで両側に居室を配置した造りになっています。室内は清掃が行き届き、騒音や異臭も無く適度な湿度・温度管理が職員によって行われています。法人の方針でもあり、リビングは気品のある家具で統一され、壁には落ち着いた色のある絵画が飾られ、大人の品格を感じられる空間になっています。更に、玄関とリビング等に季節感のある花も飾られ、季節行事に合わせた装飾も行っています。	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	ソファやテーブルセットを置き、好きなところで過ごしていただけるようにしている。		
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	入居時に慣れ親しんだ家具を持ってきていただいたり、居室にご家族様の写真や花を飾るなど居心地よく過ごしていただけるようしている。	居室にトイレ・洗面台・エアコン・床暖房が完備されています。大方の方はベットを使用していますが、転落防止上からマットを使用している方もいます。入居時には使い慣れた家具や思い出の品を持ち込んで頂くことを勧め、家族写真、ぬいぐるみ、テレビ、整理筆筒、仏壇、机等の品が持ち込まれ、各々馴染みの物に囲まれながら、落ち着いて過ごせる居室作りがされています。	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	ご入居様お一人お一人の力を把握し、過度な支援はせず、極力出来ることはご自身で行っていただけるよう支援してる。		

目 標 達 成 計 画

事業所

クロスハート本鶴沼・藤沢

作成日

平成31年3月31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		年齢、介護度が高くなり、重度化して来ている。 外出アクティビティが難しくなっている。	重度の方も楽しむことができる。	外出アクティビティだけでなく、室内のレクリエーションを増やしていく。	令和2年3月まで

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	グループホーム クロスハート本鵜沼・藤沢
ユニット名	B棟

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	年度毎に経営計画書や理念に基づき実行計画を作成している。 年度初めには、理念、年度方針などの共有を図っている。		
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	自治会に加入している。 近隣のボランティアを受け入れしている。 買い物や散歩に出かけ、挨拶や会話をする事により、地域の方と交流が持てている。		
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	地域の方々からの電話や訪問によるご相談にお答えしている。介護保険サービスの利用についてのご案内をしている。		
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度運営推進会議を実施し、ホームの状況や今後の報告を行っている。 運営推進会議メンバーから、地域の行事や色々なご提案などをいただき話し合っている。		
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	藤沢市の介護相談員の受け入れをし、意見交換をしている。 グループホーム協議会からの案内で研修に参加する事ができるようになった。 運営推進会議に出席していただける様、ご案内を行い報告をしている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	安全を最優先とし、エレベーター・階段室・玄関を施錠し、ご家族にも了承を得ている。定期的な行事を企画したり、散歩に出ることにより不自由さを感じないケアを心がけている。		
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	ミーティングやケアの中で情報共有し、意識向上に努めている		
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	地域密着型サービス管理者研修や認知症実践者研修で学び、個々の必要性を関係者と話し合い支援している。		
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	契約時に契約書の読み合わせを行っている。内容等で不明な点がないか、確認を必ず行っている。		
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	重要事項説明書及び、各棟に苦情処理体制のフローチャートを掲示し、意見や要望を受け付けている。上記内容について意見があった場合は体制に基づき迅速に対応し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	ホームミーティングやユニットミーティングでスタッフの提案を聞く機会を設けている。スタッフの意見を尊重し、ケアに関しての緊急時以外の決定事項はミーティングの中で行っている。		
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	入職時や年1回の面接で、個々の職員の状況を把握している。福利厚生を充実させ、職場環境の整備に努めている。		
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	法人内外の研修参加をお積極的に行っている。新人スタッフへはOJT制度を導入している。		
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	藤沢市のグループホーム連絡会に所属する事により、近隣グループホームと情報共有が出来るようになった。		
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	利用開始時に、必ず訪問調査を実施し、不安や要望をお聞きしている。スタッフや他入居者との信頼関係、コミュニケーションが取れるように支援している。		

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
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	ご見学や、ご相談の段階でお困りの事やご要望等をうかがい、お答えしている。		
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	ご見学や、ご相談の時に現在の状況でお困りの事をうかがい、当ホームの支援や、デイサービス、ホームヘルパーなどの他サービスの情報共有を提供している。		
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	ご利用者様と日常生活の中で一緒に家事や買い物に出かけ、談話する事により、関係が深められている。		
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	訪問時にご入居者様とご家族様だけの時間を過ごしていただけるよう、居室へご案内している。常にご状態をご報告し支援についての相談をさせていただいている。		
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	ご自宅への外出やお墓参り、慣れ親しんだ方の訪問など大切にしてきた関係が途切れないようにしている。		

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	ご入居者様同士がコミュニケーションがとりやすい席の配置やレクリエーションなどで無理なくご利用者様同士の関係が築けるよう支援している。		
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	契約終了後も訪問していただけるようお声かけしている。来訪が途切れているご家族様へはお便りでお声かけをしている。		
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。	介護サービス計画書作成時にご本人・ご家族様の意向を確認し、ご希望に沿った支援が行えるようにしている。		
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	入居時に「暮らしの情報シート」をご家族様にご記入していただき、生活歴や嗜好、生活の状況について把握するように努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居されてからの一定期は「24時間シート」を記入し、状態の把握、日常生活を通じて個々のご入居者様のご状態や有する力の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	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	3ヶ月に1度（必要時は適宜）ケアカンファレンスを実施し、ご入居者様やご家族様、職員、その他関係者の意見を参考に介護計画書を作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	「生活の記録」「健康状態の記録」「申し送りノート」などの記録を活用し、スタッフ間の情報共有や介護計画書の作成に活かしている。		
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	事業所の多機能化は不可能だが、個別ケアやレクリエーションなどできる範囲での支援を行っている。		
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	目の前にある薬局やスーパーに買い物、公園への散歩に出かけることでショッピングや観賞を楽しんでいただけるよう支援している。		
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、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	協力医療機関の訪問診療が1ヶ月に2回あり、書面及び口頭での報告や話し合いを行い適切な医療が受けられ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	医療連携により週1回の訪問看護がある。定期的に日常の様子を報告し、健康管理に役立てている。また24時間のオンコール体制をとっているのでご入居者様に変化があった場合は適宜相談・報告を行っている。		
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。	ご家族様を通して、またお見舞いに伺った時などに情報交換、状態把握をしている。退院時に必要であれば医師との話し合いを方針の共有に努めている。		
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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に重要事項説明書内の「容態悪化時の施設対応についてのご説明」にて説明を行っている。状態の変化があった時は、訪問看護師、医師を交えて早い段階から話し合いを行い方針の共有に努めている。		
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	ホームミーティングで研修を行い、訪問看護師の指導も受けている。		
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2回の消防訓練を行っている。		

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
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	職員に対して、ご家族様（ご入居者様）への個人情報の取り扱いについての説明をし、書面で誓約を行っている。個人的な内容についての話はご入居者様がいらっしゃる場所ではしない配慮をしている。		
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	自己決定がしやすいよう個々にあったお声かけをし、ご希望や意志を伺うようにしている。		
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	おおまかなタイムスケジュールはあるが、ご入居者様に押し付ける事のないようご自由に過ごしていただいている。		
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	買い物に同行し、好きな洋服を購入していただいたり、訪問理美容を受けていただくなどその方らしいおしゃれができるように支援している。		
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	週に2度フリーメニューの日を設け、ご入居者様のリクエストで献立を作成している。調理や片付けなどその日のご状態によって行っている。		

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
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	栄養士が作成した献立を基に食事提供を行っている。個々の状態に合った食事形態で提供している。水分摂取が少ない方へはゼリーなどで摂取していたできるように支援している。		
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	必要な方は食後に口腔ケアを行っている。毎週訪問歯科診療があり、歯科医師と連携を図り、口腔内の清潔保持に努めている。（ご希望者）		
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	必要な方は排泄表をつけ、排泄パターンの把握に努めている。その他の方は、適宜お声かけを行い確認している。		
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	乳製品摂取や、水分補給をしていただき、排泄表で確認をとりながら、下剤や座薬の使用を行っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回以上は入浴していただけるようにしている。入浴の嫌いな方へはその方へあったお声かけを行っている。		

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
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	ご入居者様の状態に応じて、居室やソファへご案内し、適宜休憩をとっていただけるよう支援している。		
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	職員がいつでも閲覧できるように、薬の情報ファイルを作成している。新しく処方された薬がある場合は、申し送りやミーティングで周知している。		
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	趣味や生活歴からその方の役割を持っていただけるよう支援している。外食やドライブ、イベント等で楽しみを持っていただけるよう支援している。		
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	ご入居者様のご希望に沿って外出支援を行い、近隣の外出以外にもご入居者様と相談しながら計画を立て出かけている。		
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	ご家族様と話し合いをし、ご希望や力に応じて小額のお金を自己負担していただいている。個人管理が難しい方はスタッフが管理し、支払いを自分でいただくなど工夫している。		

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
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	ご希望があれば電話や手紙の支援をしている。受けるだけでなく、発信もでき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	ご入居者様が不快に感じるような過度な刺激は排除している。季節に応じた装飾や、カレンダーを張るなどし、季節感を感じられるようにしている。		
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	ソファーやテーブルセットを置き、好きなどころで過ごしていただけるようにしている。		
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	入居時に慣れ親しんだ家具を持ってきていただいたり、居室にご家族様の写真や花を飾るなど居心良く過ごしていただけるようしている。		
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	ご入居者様お一人お一人の力を把握し、過度な支援はせず、極力出来ることはご自身で行っていただけるよう支援してる。		

目 標 達 成 計 画

事業所

クロスハート本鶴沼・藤沢

作成日

平成31年3月31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		年齢、介護度が高くなり、重度化して来ている。 外出アクティビティが難しくなっている。	重度の方も楽しむことができる。	外出アクティビティだけでなく、室内のレクリエーションを増やしていく。	令和2年3月まで

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。