

<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	1475500821
法人名	株式会社 愛誠会
事業所名	はなまるホーム有馬
訪問調査日	令和1年11月5日
評価確定日	令和2年2月20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。

令和1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	1475500821	事業の開始年月日	平成17年7月1日	
		指定年月日	平成17年7月1日	
法人名	株式会社 愛誠会			
事業所名	はなまるホーム有馬			
所在地	(〒216-0002) 川崎市宮前区東有馬5-2-24			
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	名	
		ユニット数	ユニット	
自己評価作成日	令和1年9月25日	評価結果 市町村受理日	令和2年2月28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)】

はなまるホーム有馬は川崎市郊外の自然豊かで静かな環境の中で認知症を患った方が穏やかに生活できる環境にあります。近くに商店街のあり、施設に入居したので外部との交流を断つのではなく、はなまるホーム有馬の存在をアピールするためにも、利用者様と買い物に行き馴染みのお店で会話を楽しんだり、行き交う人との挨拶や会話で社会との関係性を築いています。利用者様のニーズに合わせた社会資源を活用し利用者様がその人らしく、楽しく、穏やかに生活していけるように支援しています。住み慣れた場所で最期の時を安心してその人らしく迎えらるるよう、利用者様、ご家族との信頼関係を築き、職員の看取りに関する教育も行っています。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和1年11月5日	評価機関 評価決定日	令和2年2月20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)】

●この事業所は株式会社愛誠会の運営です。同法人は「医療と介護の融合・連携」を掲げた調剤薬局や医療モール開発事業を全国展開しているアイセイ薬局グループの介護事業を担っています。(株)愛誠会は理念に『家族がされたい介護』『愛を持って支える』を掲げ、デイサービス、介護付き有料老人ホームやグループホーム、都市型軽費老人ホーム、小規模多機能などの福祉、介護施設の事業経営を東京都に16施設、神奈川県3施設、埼玉県6施設、千葉県2施設、静岡県4施設、山梨県1施設の展開しています。ここ「はなまるホーム有馬」は東急田園都市線「鷺沼」駅から徒歩10分程、バス停から徒歩10分程の団地に隣接した静かな住宅街の中にあります。

●法人の社は「奉仕のこころと誠実な気持で他者を愛する」と共に、3つの企業理念と行動指針があり、フロアに掲げ申し送りや会議等で共有しケアに繋がっています。施設理念「地域社会と良好な関係」に力を入れ、地域の夏祭りに参加したり、地域の小学校の文化祭(マロンフェスタ)にも声を掛けていただいた際には参加して交流を図っています。さらに、保育園児が来訪して利用者とのふれ合いや、卒園式には事業所から花を贈る等の親交もあります。地域包括主催で、地域ケアプラザで開催されている「あったかカフェ」にも利用者と一緒に出席し、社会性の維持できるように支援しています。

●職員は勤続年数の長い方が多く、辞めた職員も遊びに来るなど良好な関係を築いています。管理者は「職員に楽しく働いてもらいたい、それが利用者が楽しく過ごしていただけることに繋がる」との思いでチームケアを重視し、コミュニケーション不足にならない様、リーダーを介して職員との対話を大切にしています。

## 【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	はなまるホーム有馬
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	企業理念の中に「地域社会との間に良好な環境を作る」とあり運営推進会議では地域の民生委員や町内の自治会副会長も参加して頂き、協力体制を仰いだり、商店会の行事にも参加している	法人の社是「奉仕のこころ、誠実な気持で他者を愛する」と共に3つの企業理念、行動指針を事業所の目立つ所に掲示し、申し送りや会議で共有しています。企業理念「地域社会との間に良好な環境を作る」にも力を入れ、団地で困っている人がいたら、近くのデイサービス「リ・ケア」と共に貢献しています。		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	地域の社会資源を活用し利用者様のニーズの解決に取り組んでいる、おそばが食べたい、お寿司が食べたいの希望に商店会のお店へ外食、買物に出掛けている	企業理念「地域社会との間に良好な環境を作る」の下、地域との交流にも力を入れており、夏祭りには商店街として参加してラスクを売ったり、小学校の文化祭（マロンフェスタ）に声をかけていただいた際には参加しています。さらに、地域包括の認知症カフェ「あったかカフェ」に利用者と一緒に出席してお茶を飲む等、地域との交流を積極的に行っています。		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	地域に根差した施設作りのため、地域の高齢者の困った事案の情報収集や地域交流会に参加し事例検討会を行い地域のニーズにこたえる活動を行っている。団地にお住まいの認知症の方の保護を行った実績があり、実践に繋がった。			
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カ月に1回開催し現況報告、ご家族、利用者様のご意見をサービスの中に取り組んでいる。	運営推進会議は2ヶ月に1回、民生委員・自治会副会長・地域包括支援センター職員・リ・ケア（他法人のデイサービス）管理者、家族の参加を得て開催しています。事業所の状況報告、避難時の対応方法を議題に挙げ、様々な意見や提案をいただいています。事業所の秋祭りの、近隣の方への告知方法についてもアドバイスをいただき、実践しています。		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取り組んでいる	地域包括支援センター連携（運営推進会議出席）必要に応じての相談、確認、情報提供を行っています。地域包括支援センターや高齢障害課からの入居の相談を受けるなど良好な関係が築けています。	市の高齢障害課には制度の変更時等に足を運び、相談しています。生活保護受給者の方も多く、生活保護課や福祉事務所にも顔を出し、連携を取っています。市の年間研修の案内を頂き、積極的に参加しています。地域包括支援センターの認知症カフェにも利用者と一緒に参加しています。		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	随時身体拘束委員会を開催し身体拘束が利用者様に及ぼす影響や何が身体拘束にあたるのかを職員と勉強会を開催し声掛けの工夫や誤解を利用者様に与えない介護の在り方の検討会を行っています。信頼関係を築く介護を全職員へ周知徹底している。定期的なアンケートの実施	3ヶ月に1回「身体拘束適正化委員会」を開催しています。基本的には全員参加で行い、欠席者には資料を配布して目を通してもらうようにしています。また、定期的に職員へアンケートを実施し、何が拘束にあたるかを理解してもらっています。ユニット会議の中でも研修を行い、言葉については事例検討で共有しています。	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	ご利用者様、ご家族様へ安心、安全を提供する事を目的に3カ月に1回、虐待防止の取り組み、研修会を開催している。目標：高齢者虐待を未然に防止するために適切な対応に関する認識を確認し知識を身に付ける。定期的なアンケートの実施（虐待の芽）		
8	7	○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	外部研修（川崎市主催）参加や、施設研修にて後見人制度について学ぶ機会を設けている。活用事例もあり、職員間の意見交換にも知識が役立っている。		
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、契約書、重要事項説明書の読み合わせを行い、疑問点などあった場合、分かりやすく説明、質問などに応じ理解、納得して頂けるように対応している。		
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	ご家族来所時、利用者様の近況報告を行い、ご家族の意見、要望をお尋ねする。はなまる通信を月1回発行し、元気な様子を写真にしてご家族へ郵送している。	家族の来所時に、利用者の近況報告を行い、意見や要望も伺っています。家族からは、職員の名前を知りたいとの要望があり、ユニットの入り口に掲示しています。「はなまる通信」を月1回発行し、利用者の様子を写真にして家族へ郵送しています。	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	定例会の開催 月1回のフロアーミーティング・全体会議の開催の他に、必要に応じて緊急ミーティングの開催を行います。職員からの意見、提案はエリア会議（関東南地区）や本社会議で反映できるようにしています。	月1回のフロアーミーティング・全体会議の他に、必要に応じて緊急ミーティングを開催しています。法人では、今期から職員の声を聴きながら導入した「ありがとうポイント」があり、職員の働き方に応じてポイントが付くことで、職員のモチベーションアップに繋がっています。	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	実績に応じて評価している。研修や業績で各自意欲の向上を図っている。			
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	職員のスキルに見合った研修への参加の誘いや川崎市からの研修案内を掲示し職員の興味のある研修参加ができる環境を作っている。			
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	地域活動や、他施設訪問、他事業所施設長との交流をはかり、情報交換や知識の共有で利用者様のサービス向上に努めている			
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	入居前のアセスメントでご本人へ住居が変わる事、それに対する不安や、施設での取り組みなど（外出支援、外食）楽しみも持ってもらえる介護を行っていること、困ったことに早急に対応していく旨説明し早く施設生活に慣れて頂けるように取り組んでいる。			

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	入居前にご家族へ面会を行い、ご家族の入居に対する思いや、ご本人への注意点などの確認をしっかりと行い、入居することでご家族に代わってご本人に携わるが、ご家族の協力もご本人にとって一番の安心に繋がる旨伝え、信頼関係を築いている。		
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	サービス利用前、ケアカンファレンスを行い必要なニーズに対してのサービス対応の検討会を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	いつでも利用者様を優先し、利用者様の声に耳を傾け寄り添う関係、職員が楽しく働けなければ、利用者様に良い環境を提供できないをモットーに、利用者様が楽しく安心して笑顔で過ごせる環境を提供しています。		
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	ご家族へも関わって頂き、職員も一緒に支えていく体制を整えています。ご家族の面会時は日ごろの様子や、エピソードなどを職員全員が伝えられるようにしています。		
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	面会や、外出に制限を設けず、ご家族や知人への電話やお手紙、又知人の方へはなまら通信を送り利用者様個人の絆を大切にしています。又馴染みの場所への外出やご家族の協力で年に1回の帰省を行っています。	家族だけではなく、遠方からの知人の来訪がある方もおり、一緒に写真を撮ったり、手紙のやり取りの支援も行っています。家族と一緒に馴染みの場所へ外出をしたり、年に1回家族と一緒に飛行機で帰省する方もいる等、関係継続の支援に努めています。	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	利用者様関係が良好に行われるように職員が間に入り、会話の橋渡しや、レクや散歩、外出支援また、1階、2階の合同昼食会を定期的で開催してユニットごとの交流もはかっています。		
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	退去後も、ご家族と連絡を取り合い、他施設へ転移後もご本人と面会を行ったり、ご家族からの相談や必要に応じ支援していける体制を取っています。		
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。	アセスメントを行い、ご本人に今一番必要な支援を考えている。困難な場合は本人本意、生活歴や性格を踏まえて介護支援していく	アセスメントを行い、本人に今一番必要な支援を検討しながらケアに反映させています。困難な場合には生活歴・趣味や性格を踏まえて、本人本意に支援しています。日常的に一緒に飾りつけを行ったり、言葉を投げかけて「食べたい物」「やりたい事」等の把握に努めています。	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	本人の望む生活を重視し、馴染みの暮らしの継続や生活歴などを踏まえ、自宅での生活と変化が生じないように家事や趣味など積極的に行って頂く		
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	利用者様の日々の変化や時間毎の変化など申し送りを行い記録にも残し職員全員が把握できる状況にある。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ケアカンファの開催時、関係機関からの情報収集を行い、ご本人、ご家族からの意見を介護計画に反映できるように努めているまたケアカンファの開催もケアスタッフが疑問に感じてる事、利用者様に関する早期改善点を臨時で開催	ケアカンファレンスを開催し、職員や医療機関からの情報収集を行い、家族・本人の希望も参考に現状に即した介護計画を作成しています。チームケアを重視し、管理者が決めず、職員で話し合い、解決に向けて計画の作成に繋げています。短期で6ヶ月、特変があればその都度見直しを行っています。	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	日々の生活の様子を個別記録へ記入、特変などは口頭で申し送り情報の共有を行っている。ケアの実践で振り返りを行い、介護計画の見直しに活かしている。		
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	ご家族が対応困難な通院介助や、入居時の引越の手伝い、又ご家族の面会時の送迎など既存のサービスに捉われず、柔軟に対応しています。それにより、ご家族からの信頼も得られていると思います。		
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	地域の社会資源を活用し利用者様のニーズの解決に取り組んでいる、おそばが食べたい、お寿司が食べたいの希望に商店会のお店へ外食、買物に出掛けている、町内会のお祭りにも参加し、屋台をまわったり、盆踊りを踊っています。		
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、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	協力医療機関の往診医にて対応しています。外部受診の際は診療情報提供書をもらい、受診先医師へ情報提供することで円滑に外部受診ができています。入居後もかかりつけ医の要望があれば医療機関との関係を構築しています。	基本的には、協力医療機関からの月2回の訪問診療で対応しています。精神科へは3ヶ所の病院へ事業所対応で受診しています。週1回訪問歯科の往診があり、口腔ケアを受けています。看護師の巡回も週1回あり、利用者の健康管理と共に適切な医療支援が受けられる体制を整えています。	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
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	利用者様の身体の変化や、医療処置を聞き看護師が行っています。朝の申し送りや、バイタルチェックを行い、利用者様個別の適切な処置を行っています。		
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。	入院時、介護サマリーの提出、利用者様のADL、生活環境を伝えています。入院中は面会の頻度を多くして、認知症状が進行しないように努めている。又退院が長引かないように、医師や看護師から状態の確認を行い、施設での対応ができる体制、在宅医療機関との調整を行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時、終末期に向けたご家族やご本人の意向を聞き思いに添える支援を行い、入居後体調の変化や状態に応じて、往診医とご家族、施設側とで、カンファレンスを行い終末期に向けての意思確認、同意を得ている。その際施設で出来ること、出来ないことの説明を行っている。	入居時に、終末期に向けた指針を基に説明をしています。その際、事業所で出来る事・出来ない事の話もしています。体調の変化や状態に応じて、往診医と家族、事業所の三者で話し合いを重ね、家族や本人の意向に添った支援を行っています。「ここで良かった」と思ってもらえる支援を心がけています。	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	往診医や看護師の指示を仰ぎ迅速に対応している。喀痰吸引や救急救命士の講習会への参加も積極的に行い、職員の中には、資格所有者もいます。ミーティング開催時、スタッフへの周知を行っている。		
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	防災訓練、避難訓練を半年に1回行い、消防署立ち合いのもと、重度の方の安全な場所までの移動時間など把握、スタッフの意識向上に努めています。地域の方への災害時の協力体制の呼びかけを運営推進会議や町内会の集会などで行い、はなまるホームを皆さんへ周知する努力をしています。	年2回の訓練を行っています。消防署立ち合いの下、重度の方を抱えて移動する時間の把握などを実施し、アドバイスをいただいています。設備業者の点検も2ヶ月に1回あります。地域の防災訓練にも声掛けしていただいております。参加できる時に参加しています。備蓄は1週間分の水・食糧を法人で確保しています。	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	虐待防止委員会、身体拘束委員会にて、声掛けの工夫や言葉の制限が虐待、拘束に繋がる事を学び、利用者様の尊厳の保持に努めています。介護する側、される側の信頼関係にもつながる為利用者様との良好な関係を築く。	年間の研修計画にも組み込み、人格の尊重とプライバシーの確保に努めています。言葉遣いについては、拘束にも繋がることを学び、その都度話し合い、人格を損ねないよう配慮しています。上から目線ではなく、介護する側される側の信頼関係にも繋がる為、利用者との良好な関係に留意しています。	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	介護職主導の介護ではなく、利用者様主体の介護の実現を目指して取組んでいます。ご本人の希望、要望は叶えて差し上げるように努力しています。			
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	利用者様、一人ひとりの1日の生活スタイルに応じて、利用者様のペースで行っています。基本業務を行うのが優先ではなく、その日の利用者様の状況に応じ、利用者様に向き合う姿勢に重点を置いて介護しています			
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	ご本人へその日着る洋服を選んで頂いています。お化粧品もご本人で選び購入し身だしなみやおしゃれができる支援をしています。			
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	食べたいものを利用者様へ聞き、レシピを聞き作ったり、ホットプレートを使い、お好み焼き、焼きそば、たこ焼きなどを一緒に調理しています。毎食の食器洗いは利用者様へ行って頂いています。			

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
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	食事量、水分摂取量のチェックを行い、栄養バランスや脱水にならない取り組みを行っている。糖分、塩分制限のある利用者様や、体重管理など、一人一人に応じた支援を行っている。		
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	週に1回訪問歯科による、口腔内のケア、磨き残しの確認や職員へ口腔ケア重要性の周知や毎食後の歯磨きを実践し口腔内環境を整えている。		
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	排泄チェック表にて排泄リズムの確認を行い随時トイレ誘導や声掛け、見守りにて自立した排泄が行えるように支援しています。	排泄チェック表を基に排泄リズムの確認を行い、トイレ誘導や声掛け、見守りで自立した排泄が行えるよう支援しています。布パンツだけの方もいますが、失敗の無い様、声掛けと誘導を行い、トイレでの排泄に向けて支援しています。夜間は睡眠を優先し、様子を見ながら個別に対応しています。	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	水分、運動、必要に応じて下腹部マッサージ（NS対応）を行っています。KOT-3日で個々に応じた対応を行っています。ヨーグルトや牛乳、食物繊維を多く含む食事の提供で便秘予防の対応に取り組んでいます。		
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	入浴したいの要望に応えられるように努めています。拒否のある方へは、お風呂は良い、気持ちいいと思って頂けるように入浴剤を選んで頂き色や、香りを楽しんで頂いています。	基本的には週2~3回の入浴が出来るよう支援しています。時間は利用者の希望に合わせて対応しています。1階にはリフト浴の設備があり、2階の利用者も必要な方は利用しています。拒否のある方には、お風呂が気持ちいいと思っていただけるよう、入浴剤を選んでいただく等の工夫をしながら、入浴に繋げています。	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
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	昼寝をすることで、夜間の良眠に繋がったり、就寝時間も個人の生活習慣に合わせて対応しています。夜間の良眠に繋がれるように居室内の空調調整や、加湿器など設置しています。		
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	利用者様が服薬している薬の効果や副作用について職員が周知している、服薬後の様子観察や特変などは申し送り徹底し異変や転倒予防に対応している。		
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	居室に馴染みのものを置くことで安心した生活が送れるように支援している。季節ごとの飾り付けと一緒に作る事や、塗り絵、習字で気分転換を図っている。		
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	庭での外気浴、散歩、買い物（10/16は普段いくことのないIKEAへ行く）など利用者様に情報を提供しながら、行きたい気持ちになって頂き、ご家族のご理解を頂き実行している。	玄関先や庭のベンチで外気浴をしたり、近くの花の綺麗な寺まで散歩に出掛けたりと、外気を感じられる様支援しています。買い物に職員と一緒に出掛けることもあります。基本的には月に1回、イベントとしてドライブを兼ねての花見や、IKEAへの買い物など、普段は行かれない場所へも出かけています。	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	外出時や買い物の時は利用者様が欲しいものを自身で支払って頂いています。		

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	
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	ご家族了解の上で、制限することなく使用して頂いています。遠方に住む、友人へお手紙を書いて頂き（うまく書けない時は、伝えたい気持ちを代筆し、施設で撮った写真を添えて送っています。			
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	季節の飾り付けや、利用者に見やすいトイレの表示、居室のネームプレートは入居時好きな色を聞いて、お好みの色に名前を印刷しています。夕食時はダイニングの明かりもつけて、楽しく食事できる空間作りをしています。	玄関には花が飾られ、階段や壁には絵が掛かり、居心地の良さを感じられる空間になっています。季節に合わせた飾り付けを、利用者にも手伝っていただきながら行い、季節を感じられるようにしています。廊下は回廊式になっており、広がりを感じられ、畳のスペースも生活の一部として利用しています。設置されているソファでは、利用者が思い思いに寛いで過ごしています。		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	リビングにてソファに座り、談話やカラオケ、ビデオ鑑賞を楽しんで頂いています。			
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	極力、馴染みのものを居室に置いて頂くように、ご家族へ相談し持参して頂いています。馴染みのものがあることで、施設生活に早くなれて頂ける。	居室には、カーテン・クローゼット・エアコン・洗面台・ベッドが設置されています。家族と相談しながら、極力、馴染みの物、仏壇や筆筒、写真などを持参していただき、居心地良く過ごせる居室になるよう、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が送れるように工夫している	利用者の出来ること、食器洗い、洗濯物干し洗濯物たたみなど、自立した生活が送れるように、利用者様一人一人の出来ることを職員で話しあい、実践しています。			

目 標 達 成 計 画

事業所

はなまるホーム有馬

1階

作成日

令和1年11月5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		職員のモチベーションを上げるための取り組み	職員の経験に見合った研修参加への呼びかけ興味のある事を実行できる環境作り	年間研修予定表表示 外部研修予定の情報収集	通年
2		高齢利用者様の対応	生活環境の整備。 生きがいのある生活	その人らしく生活して頂くための 取組み。ケアカンファ、ご家族 本人の要望の把握	通年

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	はなまるホーム有馬
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	企業理念の中に「地域社会との間に良好な環境を作る」とあり運営推進会議では地域の民生委員や町内の自治会副会長も参加して頂き、協力体制を仰いだし、商店会の行事にも参加している		
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	地域の社会資源を活用し利用者様のニーズの解決に取り組んでいる、おそばが食べたい、お寿司が食べたいの希望に商店会のお店へ外食、買物に出掛けている		
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	地域に根差した施設作りのため、地域の高齢者の困った事案の情報収集や地域交流会に参加し事例検討会を行い地域のニーズにこたえる活動を行っている。団地にお住まいの認知症の方の保護を行った実績があり、実践に繋がった。		
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カ月に1回開催し現況報告、ご家族、利用者様のご意見をサービスの中に取り組んでいる。		
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に取り組んでいる	地域包括支援センター連携（運営推進会議出席）必要に応じての相談、確認、情報提供を行っています。地域包括支援センターや高齢障害課からの入居の相談を受けるなど良好な関係が築けています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	随時身体拘束委員会を開催し身体拘束が利用者様に及ぼす影響や何が身体拘束にあたるのかを職員と勉強会を開催し声掛けの工夫や誤解を利用者様に与えない介護の在り方の検討会を行っています。信頼関係を築く介護を全職員へ周知徹底している。定期的なアンケートの実施		
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	ご利用者様、ご家族様へ安心、安全を提供する事を目的に3か月に1回、虐待防止の取り組み、研修会を開催している。目標：高齢者虐待を未然に防止するために適切な対応に関する認識を確認し知識を身に付ける。定期的なアンケートの実施（虐待の芽）		
8	7	○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	外部研修（川崎市主催）参加や、施設研修にて後見人制度について学ぶ機会を設けている。活用事例もあり、職員間の意見交換にも知識が役立っている。		
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、契約書、重要事項説明書の読み合わせを行い、疑問点などあった場合、分かりやすく説明、質問などに応じ理解、納得して頂けるように対応している。		
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	ご家族来所時、利用者様の近況報告を行い、ご家族の意見、要望をお尋ねする。はなまる通信を月1回発行し、元気な様子を写真にしてご家族へ郵送している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	定例会の開催 月1回のフロアーミーティング・全体会議の開催の他に、必要に応じて緊急ミーティングの開催を行います。職員からの意見、提案はエリア会議（関東南地区）や本社会議で反映できるようにしています。		
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	実績に応じて評価している。研修や業績で各自意欲の向上を図っている。		
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	職員のスキルに見合った研修への参加の誘いや川崎市からの研修案内を掲示し職員の興味のある研修参加ができる環境を作っている。		
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	地域活動や、他施設訪問、他事業所施設長との交流をはかり、情報交換や知識の共有で利用者様のサービス向上に努めている		
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	入居前のアセスメントでご本人へ住居が変わる事、それに対する不安や、施設での取り組みなど（外出支援、外食）楽しみも持ってもらえる介護を行っていること、困ったことに早急に対応していく旨説明し早く施設生活に慣れて頂けるように取り組んでいる。		

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	入居前にご家族へ面会を行い、ご家族の入居に対する思いや、ご本人への注意点などの確認をしっかりと行い、入居することでご家族に代わってご本人に携わるが、ご家族の協力もご本人にとって一番の安心に繋がる旨伝え、信頼関係を築いている。		
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	サービス利用前、ケアカンファレンスを行い必要なニーズに対してのサービス対応の検討会を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	いつでも利用者様を優先し、利用者様の声に耳を傾け寄り添う関係、職員が楽しく働けなければ、利用者様に良い環境を提供できないをモットーに、利用者様が楽しく安心して笑顔で過ごせる環境を提供しています。		
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	ご家族へも関わって頂き、職員も一緒に支えていく体制を整えています。ご家族の面会時は日ごろの様子や、エピソードなどを職員全員が伝えられるようにしています。		
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	面会や、外出に制限を設けず、ご家族や知人への電話やお手紙、又知人の方へはなまる通信を送り利用者様個人の絆を大切にしています。又馴染みの場所への外出やご家族の協力で年に1回の帰省を行っています。		

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
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	利用者様関係が良好に行われるように職員が間に入り、会話の橋渡しや、レクや散歩、外出支援また、1階、2階の合同昼食会を定期的で開催してユニットごとの交流もはかっています。		
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	退去後も、ご家族と連絡を取り合い、他施設へ転移後もご本人と面会を行ったり、ご家族からの相談や必要に応じ支援していける体制を取っています。		
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。	アセスメントを行い、ご本人に今1番必要な支援を考えている。困難な場合は本人本意、生活歴や性格を踏まえて介護支援していく		
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	本人の望む生活を重視し、馴染みの暮らしの継続や生活歴などを踏まえ、自宅での生活と変化が生じないように家事や趣味など積極的に行って頂く		
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	利用者様の日々の変化や時間毎の変化など申し送りを行い記録にも残し職員全員が把握できる状況にある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ケアカンファの開催時、関係機関からの情報収集を行い、ご本人、ご家族からの意見を介護計画に反映できるように努めているまたケアカンファの開催もケアスタッフが疑問に感じて居る事、利用者様に関する早期改善点を臨時で開催		
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	日々の生活の様子を個別記録へ記入、特変などは口頭で申し送り情報の共有を行っている。ケアの実践で振り返りを行い、介護計画の見直しに活かしている。		
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	ご家族が対応困難な通院介助や、入居時の引越の手伝い、又ご家族の面会時の送迎など既存のサービスに捉われず、柔軟に対応しています。それにより、ご家族からの信頼も得られていると思います。		
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	地域の社会資源を活用し利用者様のニーズの解決に取り組んでいる、おそばが食べたい、お寿司が食べたいの希望に商店会のお店へ外食、買物に出掛けている、町内会のお祭りにも参加し、屋台をまわったり、盆踊りを踊っています。		
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、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	協力医療機関の往診医にて対応しています。外部受診の際は診療情報提供書をもらい、受診先医師へ情報提供することで円滑に外部受診ができています。入居後もかかりつけ医の要望があれば医療機関との関係を構築しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	利用者様の身体の変化や、医療処置を聞き看護師が行っています。朝の申し送りや、バイタルチェックを行い、利用者様個別の適切な処置を行っています。		
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。	入院時、介護サマリーの提出、利用者様のADL、生活環境を伝えています。入院中は面会の頻度を多くして、認知症状が進行しないように努めている。又退院が長引かないように、医師や看護師から状態の確認を行い、施設での対応ができる体制、在宅医療機関との調整を行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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	入居時、終末期に向けたご家族やご本人の意向を聞き思いに添える支援を行い、入居後体調の変化や状態に応じて、往診医とご家族、施設側とで、カンファレンスを行い終末期に向けての意思確認、同意を得ている。その際施設で出来ること、出来ないことの説明を行っている。		
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	往診医や看護師の指示を仰ぎ迅速に対応している。喀痰吸引や救急救命士の講習会への参加も積極的に行い、職員の中には、資格所有者もいます。ミーティング開催時、スタッフへの周知を行っている。		
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	防災訓練、避難訓練を半年に1回行い、消防署立ち合いのもと、重度の方の安全な場所までの移動時間など把握、スタッフの意識向上に努めています。地域の方への災害時の協力体制の呼びかけを運営推進会議や町内会の集会などで行い、はなまるホームを皆さんへ周知する努力をしています。		

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
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	虐待防止委員会、身体拘束委員会にて、声掛けの工夫や言葉の制限が虐待、拘束に繋がる事を学び、利用者様の尊厳の保持に努めています。介護する側、される側の信頼関係にもつながる為利用者様との良好な関係を築く。			
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	介護職主導の介護ではなく、利用者様主体の介護の実現を目指して取り組んでいます。ご本人の希望、要望は叶えて差し上げるように努力しています。			
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	利用者様、一人ひとりの1日の生活スタイルに応じて、利用者様のペースで行っています。基本業務を行うのが優先ではなく、その日の利用者様の状況に応じ、利用者様に向き合う姿勢に重点を置いて介護しています			
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	ご本人へその日着る洋服を選んで頂いています。お化粧品もご本人で選び購入し身だしなみやおしゃれができる支援をしています。			
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	食べたいものを利用者様へ聞き、レシピを聞き作ったり、ホットプレートを使い、お好み焼き、焼きそば、たこ焼きなどを一緒に調理しています。毎食の食器洗いは利用者様へ行って頂いています。			



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
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	食事量、水分摂取量のチェックを行い、栄養バランスや脱水にならない取り組みを行っている。糖分、塩分制限のある利用者様や、体重管理など、一人一人に応じた支援を行っている。		
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	週に1回訪問歯科による、口腔内のケア、磨き残しの確認や職員へ口腔ケア重要性の周知や毎食後の歯磨きを実践し口腔内環境を整えている。		
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	排泄チェック表にて排泄リズムの確認を行い随時トイレ誘導や声掛け、見守りにて自立した排泄が行えるように支援しています。		
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	水分、運動、必要に応じて下腹部マッサージ（NS対応）を行っています。KOT-3日で個々に応じた対応を行っています。ヨーグルトや牛乳、食物繊維を多く含む食事の提供で便秘予防の対応に取り組んでいます。		
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	入浴したいの要望に応えられるように努めています。拒否のある方へは、お風呂は良い、気持ちいいと思って頂けるように入浴剤を選んで頂き色や、香りを楽しんで頂いています。		

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
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	昼寝をすることで、夜間の良眠に繋がったり、就寝時間も個人の生活習慣に合わせて対応しています。夜間の良眠に繋がれるように居室内の空調調整や、加湿器など設置しています。		
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	利用者様が服薬している薬の効果や副作用について職員が周知している、服薬後の様子観察や特変などは申し送りで徹底し異変や転倒予防に対応している。		
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	居室に馴染みのものを置くことで安心した生活が送れるように支援している。季節ごとの飾り付けと一緒に作る事や、塗り絵、習字で気分転換を図っている。		
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	庭での外気浴、散歩、買い物（10/16は普段いくことのないIKEAへ行く）など利用者様に情報を提供しながら、行きたい気持ちになって頂き、ご家族のご理解を頂き実行している。		
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	外出時や買い物の時は利用者様が欲しいものを自身で支払って頂いています。		

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
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	ご家族了解の上で、制限することなく使用して頂いています。遠方に住む、友人へお手紙を書いて頂き（うまく書けない時は、伝えたい気持ちを代筆し、施設で撮った写真を添えて送っています。		
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	季節の飾り付けや、利用者に見やすいトイレの表示、居室のネームプレートは入居時好きな色を選んで、お好みの色に名前を印刷しています。夕食時はダイニングの明かりもつけて、楽しく食事できる空間作りをしています。		
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	リビングにてソファに座り、談話やカラオケ、ビデオ鑑賞を楽しんで頂いています。		
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	極力、馴染みのものを居室に置いて頂くように、ご家族へ相談し持参して頂いています。馴染みのものがあることで、施設生活に早くなれて頂ける。		
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	利用者の出来ること、食器洗い、洗濯物干し洗濯物たたみなど、自立した生活が送れるように、利用者様一人一人の出来ることを職員で話しあい、実践しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

はなまるホーム有馬

2階

作成日

令和1年11月5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		職員のモチベーションを上げるための取り組み	職員の経験に見合った研修参加への呼びかけ興味のある事を実行できる環境作り	年間研修予定表表示 外部研修予定の情報収集	通年
2		利用者様の自立に向けた取り組み	利用者様の出来ることやって頂く	ケアカンファレンスの開催 統一した介護の実施、申し送りの徹底、振り返りを行う。	通年

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。