

<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	1491400055
法人名	セントケア神奈川株式会社
事業所名	セントケアホームあしがら
訪問調査日	2017年11月16日
評価確定日	2018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 29 年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1491400055	事業の開始年月日	平成24年2月1日	
		指定年月日	平成24年2月1日	
法人名	セントケア神奈川株式会社			
事業所名	セントケアホームあしがら			
所在地	(258-0004) 神奈川県足柄上郡松田町松田庶子373-1			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <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29年11月6日	評価結果 市町村受理日		

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

当ホームでは、お客様のその人らしさを発揮しながら明るく元気に日々の生活を楽しみながら過ごして頂けるようにスタッフがお客様の出来る事と出来ないことに合わせながらケアを行いレクリエーションやイベントに力を入れている。お誕生日会や季節の行事等のホーム内イベントから買い物、外食等の外出レクを計画的に行っている。食事については管理栄養士によるメニューを専属キッチンスタッフが調理し栄養バランスの配慮が出来ている。コーラス、民謡等のボランティアさんを積極的に受け入れご家族や地域の方々にもご参加いただきコミュニケーションの輪を広げている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成29年11月16日	評価機関 評価決定日	平成30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「福祉コミュニティの創造」「生き甲斐の創造」「ケア産業の創造」をコンセプトに掲げ、神奈川県内で、居宅支援・訪問介護・訪問看護・デイサービス・グループホーム・小規模多機能からリフォーム、福祉用具まで幅広い分野で福祉事業を展開しています。また、法人として食事にも力を入れ「すべての健康は食事から」を掲げ、バランスの良い献立、三食すべて手づくり、その人に合った食事形態を提供することで、介護ケアと食事ケアの両面から利用者のQOL向上を目指しています。セントケアホームあしがらはJR御殿場線「松田駅」から徒歩10分程の場所にあり、事業所の敷地は道路に面していますが、敷地内には広い駐車場が設けられ、玄関は奥まった所にある為、車の騒音とも気にならないように配慮されています。また、駐車場の一角には、大きな桜の古木があり、春には敷地内にある木造の東屋からお茶を飲みながら花見をしています。この東屋は利用者だけでなく、地域住民や一般のハイカーの休憩場として提供する等の地域貢献も行っています。

●ホームの理念・ケアについて、毎年法人の経営方針書が各事業所に提示され、これに基づき毎年事業所の理念を作成しています。今年度の理念は、「お客様の、お客様による、お客様のためのホームを目指す」「低音・短文・ゆっくり・敬語を基本に認知症ケアに取り組みます」の2つを掲げています。理念を夕礼時に朗読し、低く聞き取りやすい言葉、ゆっくりと優しく声をかけて利用者の残存能力を活かし、出来ることはご自分で行うケアに取り組んでいます。

●職員の教育について、法人の採用時研修、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学びます。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が行われています。

【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	セントケアホームあしがら
ユニット名	1F

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	方針書およびホームの方針理念を年度毎作成し、夕礼時に朗読している。	理念に「お客様の、お客様による、お客様のためのホームを目指す」「低音・短文・ゆっくり・敬語を基本に認知症ケアに取り組みます」の2つを掲げています。この理念を夕礼時に朗読し、低く聞き取りやすい言葉、ゆっくりと優しく声をかけて利用者の残存能力を活かし、出来ることはご自分で行うケアに取り組んでいます。		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	イベントの開催と共にホーム新聞を発行し、地域に発信している。近隣の方にもご来所頂くきっかけとなっている。また、ボランティアさんの受け入れを積極的に行っている。	毎年、事業所の入口にある桜の開花時に近隣の方が、花見に来られています。地域の社協主催の「福祉あったかフェスタ」に毎年、模擬店のお手伝いを兼ねて参加しています。ボランティアの受け入れも積極的に取組んでおり、民謡、コーラスグループ2組等に来ていただいている他、看護学校の実習生の受け入れも行っています。1市5町医療・福祉連携連絡会への出席をしています。		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	松田町以外の地域で開催している認知症家族の会にも出来るだけ出席し、事例の提示や各種相談を受け付けている。			
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	約2ヶ月に1回の運営推進会議を行い、ご意見・ご要望をカンファレンス等で職員に伝えサービス向上に活かしている。	約2カ月に1回の運営推進会議を開催しています。包括支援センター・民生委員・家族等の参加を頂き、事業所の取組みや地域の行事等を話し合い、要望・意見をカンファレンスで職員に伝えて共有し、サービス向上に努めています。不審者侵入対策として、人感センサーの設置、駐車場の災害時の避難所としての提供等、災害時対策等も話し合われています。		今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	約週1回のペースで連絡を取りあう、又は訪問し情報の共有に努めている。	集団指導講習会に出席して、運営に関する行政の指示を確認しています。町役場が、徒歩5分程度の近場にあり、良く連絡を取り合っています。地域包括支援センターは、役場の保険課の中にあり良好な関係にあります。そして、敷地内にある東屋を一般のハイカーの休憩場として提供するチラシを役場に置いています。また、1名の生活保護の受け入れも行っています。		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	原則、日中は玄関の施錠を行っていない。熟練研修やカンファレンスを通し、身体拘束をしないケアを話し合い、理解を深めている。やむを得ない場合などが発生する時は、カンファレンス等で対応策について話し合い、ご家族様に相談し諸手続きを行い対応する。	内部研修に、虐待・身体拘束の研修が毎年必ず盛り込まれています。緊急止むえない場合が発生する際の対応策もカンファレンスで話し合っています。身体拘束をしないケアを実践する為に、利用者から話をよく聞き、行動背景や原因を検討しながら、利用者の不安を取り除くケアを心がけています。	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	虐待防止については、必ず採用時研修、毎年の熟練研修で行ない、管理者は市町村の講習会へ参加している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修会を受講し理解を深めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約には十分に時間をとり、重要事項や契約書の説明を行なっている。よく理解していただけるよう蛍光マーカーを使用するなど、分かりやすい契約書作りを心がけている。		
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	意見・要望は、計画作成者が主となり計画作成時に確認をする。運営推進会議内でも毎回要望等あれば伺いカンファレンスやミーティング等でスタッフへ伝えている。	半分以上の家族の方が毎月1回以上は面会に来ているので、その際に家族の意見・要望を傾聴し、必要に応じてカンファレンス等で検討し、対応しています。家族会は、多くの家族の参加を得られるように行事に合わせて開催しています。家族からは、何かあった時の対応の仕方フォローが良いとの評価をいただいています。家族の意見で、利用者の足のむくみ改善のために足を載せる台を作っています。	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
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	カンファレンスや研修を通し、意見を出してもらうことで反映できるよう努めている。	カンファレンスや事業所内研修を通し、職員から意見を抽出し、運営に反映できるよう心がけています。意見が出ない場合は、管理者より個々に声かけを行い、意見を把握した上で、一緒に考え、改善提案に繋がるよう向上に努めています。個人面談を年1回更新時に行います。個人目標評価制度があり、個人面談で話し合われています。	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	勤務状況は、シフトを作成しているため把握している。個々の仕事へのやりがいや姿勢などコミュニケーションをとりながら把握に努め、年に1回評価を行なう。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内では、初任者研修の開催や熟練研修等を行なっている。市町村の研修なども声を掛け希望があれば参加している。		
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	地域のグループホームを訪問することで交流の機会とし、情報交換等を行なっている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	必ず、ご本人とご本人を取り巻くご家族や関係者にホームへ来所して頂くかご自宅へ訪問し、希望・要望をお伺いし、時間をかけて話をしよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	受付から申込みまでに見学や面接等を納得するまでして頂き、十分に話を伺っている。また、頻繁に連絡をとるよう心掛けている。		
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	特に行なっていない。		
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	お客様にも家事に参加して頂き、ご自分の出来ることは出来るだけ行なって頂いている。掃除・洗濯・おやつ作り・食事の配膳・庭の手入れ等スタッフも介入しながら行なっている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族様には毎月の活動状況等を報告し、お客様の生活状況を理解していただく。また、イベントには声をかけご家族様にも楽しんで頂けるよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	手紙や電話の取次ぎは制限せず、外との関係を保てるようにしている。	家族・親戚や友人の来所が多く、歓迎しています。家族と実家で外泊される方もおり、正月には1名の方が実家で過ごされました。踊りの弟子の面会、馴染みの美容院に行かれる方、個別対応であしらがモールに化粧品などを買いに行かれる方もいます。手紙や電話の取り次ぎも制限せず、外部との関わりを保てるよう積極的に支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	様子を見ながらスタッフが間に入り、声掛けを行なっている。特に、難聴の方や入居間もない方への支援など。自立されている方に関しては積極的に両フロアを行き来していただき交流関係を持っている。		
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	退居された方のご家族様よりご連絡を頂けば、相談を受けお会いすることもある。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入所前にご家族及びご本人様にも確認を取り、メモリーブックを記入して頂くことで希望を確認する。入居後も介護計画書を説明し、希望・要望の把握に努めている。	入居時にメモリーブック、基本情報シート、アセスメントシートに思いや意向、起居動作、生活歴などを記録しています。入所後は、日常のケアの中で意向、ケア、家族、医療情報などを日常経過記録します。そして、毎月のアセスメント、3ヶ月に1回のモニタリング記録を継続していきます。	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	入居時にご家族様及びご本人に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等をメモリーブックに記入いただき把握している。		
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	入居時にいただくメモリーブックやアセスメント表などをスタッフみんなで共有できるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	まずはお客様・ご家族様の希望や要望をお伺いし、お客様の取り巻く資源を掘り下げ、作成している。	入居時に得られた情報により初回ケアプランを作成します。入居後1ヶ月間初回ケアプランにより、ケアする中で得られる日常経過記録、アセスメント、モニタリング、医師・看護師の意見が記載された医療連携記録、職員のカンファレンスをもって見直しケアプランを作成します。ケアプランの定期見直しは、6ヶ月ごとに行っています。	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	個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認できるようにしている。また日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催により確認をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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	状況に応じて、いつでも柔軟に対応できるようにホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ホーム内外問わず、地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医等と連携し、適切な医療を受けられるよう支援している。	協力医療機関を主治医として、2週間に1回の往診を受診しています。往診医師同行看護師、契約看護師が2週間に1回来訪するので、週1回は看護師の健康管理を受けています。歯科医は、毎週火曜日に往診があります。医療連携のオンコールは、8時30分～17時30分は訪問看護師、17時30分～8時30分がコールセンター（医療法人湘南中央会）対応になっています。	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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	往診の看護師に情報や変化などを相談し、連携している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した時は、医療ソーシャルワーカー等に相談し医療連携を図る。随時、ご家族とも連絡をとっている。		
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	まずは契約時に重度化の対応について、しっかりと話をさせて頂き、状況に応じてご家族・主治医・関係先と連携を取った上で今後の方針を決定している。	重度化した場合の対応に関わる指針があります。この指針に基づいて、契約時に、重度化の対応について説明し、状況に応じて、家族・主治医・看護師と連携を取り、看取り介護も含めて今後の方針を決定しています。事業所では開所以来2名の看取り介護の実績があります。	今後の継続
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時の対応については、採用時研修・CPR研修・熟練研修の実施、またはカンファレンス時での確認をしている。緊急連絡先を作成し、必要種類をそろえて保管している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年3回の避難訓練を行い、スタッフの研修を実施している。広域避難所についても役場等と連携をとりながら、随時確認している。	夜間対応・火事・地震対応に分けて年3回の避難訓練を実施しています。そのうち1回は、消防署の指導の下に行い水消火器の取り扱い訓練も行っています。また、毎朝防災呼称とCPR(心肺蘇生)呼称を行い、日常的にも訓練をしています。職員の緊急連絡先を作成し、避難所についても説明しています。備蓄品は、水・非常食・トイレ・ランプなど各ユニット1セットずつ用意しています。	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	尊厳を守り、その方にあった声かけや言動を支援している。	利用者の尊厳を守り、その方に合った声かけ、言動を心がけています。理念「低音・短文・ゆっくり・敬語」を全員認識しながら、利用者によって丁寧な言い方、ザックバランな言い方などを使い分けたり、利用者の呼び方も、本人の要望で、名字と名前のいずれかに対応しています。トイレへの誘導など接遇マナーは研修で学んでおり、全職員が徹底しています。	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	意向を確認し、希望に添えるよう配慮している。意思疎通が難しい方には、過去の生活歴等を参考にしながら本人にあった支援をしている。			
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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご本人の意向を確認しながら、計画作成担当者やスタッフと相談し外出支援やレクリエーション等を行なっている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	ご家族に確認し、訪問理美容を利用して頂いている。女性は、入浴後の肌のお手入れや起床時の整容など工夫している。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備についてはお客様の残存能力等に合わせ、盛り付けやお茶入れ、テーブル拭きなどに参加していただき得意なことは積極的に行っていただいている。	昼食、夕食についてキッチンスタッフがを行い、朝食は職員が行います。食材は町内の八百屋さんから取り寄せています。利用者のADLに合わせて、盛り付け・お茶入れ・テーブル拭き等に参加してもらっています。食事レクは毎月1～3回行い、手作りや、テイクアウト等、個々の利用者の希望に応じて提供しています。ファミレスでのおやつ外食も実施しています。	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	法人内の栄養士によるメニューがあり、栄養バランスが整っている。毎食後、個々での摂取量チェックを行っており、また、召し上がれないものに関しては代替メニューを検討し対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの実施、及びお声掛けを行なっている。義歯については、それぞれの残存能力に応じた支援を行い、夜間は洗浄のためお預かりしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	日中はおむつを使用せず、夜間や日中の着替え等での履き替え、時間による声かけ等を行なっている。	排泄記録表を基に個々の排泄パターンを把握し、利用者毎に時間による声かけや仕草による声掛けでトイレ誘導を行い、トイレでの排泄に向けた支援に取り組んでいます。夜間オムツ使用の方も日中はリハパンに替え、トイレでの排泄を心掛けています。夜間でも利用者によっては、時間による声掛けをする方と睡眠を優先し、声かけをしない方に分けて個々に配慮して支援しています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘に関しては、薬だけでなく食べ物や飲み物にも工夫をしている。また、水分摂取量の管理や運動、腹部マッサージ等で取り組んでいる。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	必ず入浴の意向を確認している。基本的には、時間帯を決めているため、夜の入浴希望があれば検討している。	基本的には週2~3回の入浴支援を行なっています。基本的な時間帯は決めています。利用者の意向に沿って午前・午後に分け、浴槽の湯はひとり一人入れ替えながら入浴してもらっています。家族や近隣住民の方からゆずを頂く事もあるので、季節のゆず湯や菖蒲湯等も行っています。大家さんから頂くレモン風呂や入浴剤も利用することもあります。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	状況や希望に応じて居室で休憩して頂いている。不眠症状などある場合は、しっかりと記録に残し、ご家族様や医療連携先と相談しながら支援している。		
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	内服薬・外用薬のファイルや用紙を作成し、いつでも確認できるようにしている。薬の変更や頓服が処方された時等は、スタッフ全員が閲覧する申し送りノートへ記載し周知徹底を心がけている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々での役割は、全員ではないがアセスメントを行ったうえで家事や庭のお手入れ等役割を持って頂いている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日々の散歩や買い物等を行なっている。軽度の方には、畑仕事を本人の都合に合わせて行なって頂いている。四季折々を感じていただける場所へドライブに出かけるなど工夫もしている。	日常の外出は、前庭・駐車場広場でのボール遊び、野菜畑での畑仕事等、本人の都合や意向に合わせて行なっています。敷地内の東屋でのティパーティー、敷地内の桜見物等も行う等の支援もしています。遠出外出として、事業所の車2台で、開成町の紫陽花、秦野の戸川公園の河津桜など四季折々を感じていただける場所へドライブにも出かけています。	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	基本的には事務所で管理しているが、必要な場合と感じた時や要望があった場合は一緒に買い物へ行く等してお手伝いしながら使用して頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話の希望がある時は、時間を指定せず使用していただいている。手紙に関しても、要望がある際はスタッフも一緒に書く等して郵送して頂いている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	お客様に作っていただいたものを展示したり、出掛けた際やイベントの際の写真等で四季を感じていただけるよう工夫している。また、トイレや事務所、台所や居室など場所が分かるよう張り紙をするなどしている。	高齢者の住まいとして相応しい簡素で清潔な共用空間になるように心がけています。リビングや通路の壁には、利用者が職員と製作した大きな富士山・紅葉の張り絵などの作品が展示され、和やかで居心地良い空間づくりがされています。清掃は、朝から夕方にかけて利用者と共に行い、トイレは1日3回行い、清潔を維持しています。個室の入り口に名字・名前を明示し、トイレ・お風呂場等が分かりやすいように張り紙をして行き先に迷わない工夫もしています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファであったり、窓際の椅子であったり、居場所を作るよう努めている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具等のご家族様に普段お使いの物や思い入れのあるものを用意して頂いている。また、表札をつけたり写真を飾ったり等本人様の居室であることを認識していただけるよう工夫している。	備え付けは、洗面所、エアコン、クローゼット、カーテン、照明、加湿器です。家具や調度品については、家族に普段使い慣れた物を持ち込んでいただくことを勧め、整理ダンス、ベッド、家族写真、ぬいぐるみなどが持ち込まれ、本人の好みの居室作りがされています。冬場は加湿器を全室に用意しています。	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	お客様の残存能力を最大限に生かせるよう環境作りを心がけている。できること・わかることに繋がるよう支援するが、できないこと・わからないことにも着目しできるだけ自立した生活が送れるよう努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

作成日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	セントケアホームあしがら
ユニット名	2F

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	方針書およびホームの方針理念を年度毎作成し、夕礼時に朗読している。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	イベントの開催と共にホーム新聞を発行し、地域に発信している。近隣の方にもご来所頂くきっかけとなっている。また、ボランティアさんの受け入れを積極的に行っている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	松田町以外の地域で開催している認知症家族の会にも出来るだけ出席し、事例の提示や各種相談を受け付けている。		
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	約2ヶ月に1回の運営推進会議を行い、ご意見・ご要望をカンファレンス等で職員に伝えサービス向上に活かしている。		
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に取り組んでいる	約週1回のペースで連絡を取りあう、又は訪問し情報の共有に努めている。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	原則、日中は玄関の施錠を行っていない。熟練研修やカンファレンスを通し、身体拘束をしないケアを話し合い、理解を深めている。やむを得ない場合などが発生する時は、カンファレンス等に対応策について話し合い、ご家族様に相談し諸手続きを行い対応する。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止については、必ず採用時研修、毎年の熟練研修で行ない、管理者は市町村の講習会へ参加している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修会を受講し理解を深めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約には十分に時間をとり、重要事項や契約書の説明を行なっている。よく理解していただけるよう蛍光マーカーを使用するなど、分かりやすい契約書作りを心がけている。		
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	意見・要望は、計画作成者が主となり計画作成時に確認をする。運営推進会議内でも毎回要望等あれば伺いカンファレンスやミーティング等でスタッフへ伝えている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	カンファレンスや研修を通し、意見を出してもらうことで反映できるよう努めている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	勤務状況は、シフトを作成しているため把握している。個々の仕事へのやりがいや姿勢などコミュニケーションをとりながら把握に努め、年に1回評価を行なう。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内では、初任者研修の開催や熟練研修等を行なっている。市町村の研修なども声を掛け希望があれば参加している。		
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	地域のグループホームを訪問することで交流の機会とし、情報交換等を行なっている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	必ず、ご本人とご本人を取り巻くご家族や関係者にホームへ来所して頂くかご自宅へ訪問し、希望・要望をお伺いし、時間をかけて話をしよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	受付から申込みまでに見学や面接等を納得するまでして頂き、十分に話を伺っている。また、頻繁に連絡をとるよう心掛けている。		
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	特に行なっていない。		
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	お客様にも家事に参加して頂き、ご自分の出来ることは出来るだけ行なって頂いている。掃除・洗濯・おやつ作り・食事の配膳・庭の手入れ等スタッフも介入しながら行なっている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族様には毎月の活動状況等を報告し、お客様の生活状況を理解していただく。また、イベントには声をかけご家族様にも楽しんで頂けるよう努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	手紙や電話の取次ぎは制限せず、外との関係を保てるようにしている。		

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	様子を見ながらスタッフが間に入り、声掛けを行なっている。特に、難聴の方や入居間もない方への支援など。自立されている方に関しては積極的に両フロアを行き来していただき交流関係を持っている。		
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	退居された方のご家族様よりご連絡を頂けば、相談を受けお会いすることもある。		
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入所前にご家族及びご本人様にも確認を取り、メモリーブックを記入して頂くことで希望を確認する。入居後も介護計画書を説明し、希望・要望の把握に努めている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時にご家族様及びご本人に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等をメモリーブックに記入いただき把握している。		
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	入居時にいただくメモリーブックやアセスメント表などをスタッフみんなで共有できるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	まずはお客様・ご家族様の希望や要望をお伺いし、お客様の取り巻く資源を掘り下げ、作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認できるようにしている。また日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催により確認をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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	状況に応じて、いつでも柔軟に対応できるようにホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ホーム内外問わず、地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医等と連携し、適切な医療を受け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	往診の看護師に情報や変化などを相談し、連携している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した時は、医療ソーシャルワーカー等に相談し医療連携を図る。随時、ご家族とも連絡をとっている。		
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	まずは契約時に重度化の対応について、しっかりと話をさせて頂き、状況に応じてご家族・主治医・関係先と連携を取った上で今後の方針を決定している。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時の対応については、採用時研修・CPR研修・熟練研修の実施、またはカンファレンス時での確認をしている。緊急連絡先を作成し、必要種類をそろえて保管している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年3回の避難訓練を行い、スタッフの研修を実施している。広域避難所についても役場等と連携をとりながら、随時確認している。		

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	尊厳を守り、その方にあった声かけや言動を支援している。		
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	意向を確認し、希望に添えるよう配慮している。意思疎通が難しい方には、過去の生活歴等を参考にしながら本人にあった支援をしている。		
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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご本人の意向を確認しながら、計画作成担当者やスタッフと相談し外出支援やレクリエーション等を行なっている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	ご家族に確認し、訪問理美容を利用して頂いている。女性は、入浴後の肌のお手入れや起床時の整容など工夫している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備についてはお客様の残存能力等に合わせ、盛り付けやお茶入れ、テーブル拭きなどに参加していただき得意なことは積極的に行っていただいている。		

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	法人内の栄養士によるメニューがあり、栄養バランスが整っている。毎食後、個々での摂取量チェックを行っており、また、召し上がれないものに関しては代替メニューを検討し対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの実施、及びお声掛けを行なっている。義歯については、それぞれの残存能力に応じた支援を行い、夜間は洗浄のためお預かりしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	日中はおむつを使用せず、夜間や日中の着替え等での履き替え、時間による声かけ等を行なっている。		
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	便秘に関しては、薬だけでなく食べ物や飲み物にも工夫をしている。また、水分摂取量の管理や運動、腹部マッサージ等で取り組んでいる。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	必ず入浴の意向を確認している。基本的には、時間帯を決めているため、夜の入浴希望があれば検討している。		

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	状況や希望に応じて居室で休憩して頂いている。不眠症状などある場合は、しっかりと記録に残し、ご家族様や医療連携先と相談しながら支援している。		
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	内服薬・外用薬のファイルや用紙を作成し、いつでも確認できるようにしている。薬の変更や頓服が処方された時等は、スタッフ全員が閲覧する申し送りノートへ記載し周知徹底を心がけている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々での役割は、全員ではないがアセスメントを行ったうえで家事や庭のお手入れ等役割を持って頂いている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日々の散歩や買い物等を行なっている。軽度の方には、畑仕事を本人の都合に合わせて行なって頂いている。四季折々を感じていただける場所へドライブに出かけるなど工夫もしている。		
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	基本的には事務所で管理しているが、必要な場合と感じた時や要望があった場合は一緒に買い物へ行く等してお手伝いしながら使用して頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話の希望がある時は、時間を指定せず使用していただいている。手紙に関しても、要望がある際はスタッフも一緒に書く等して郵送して頂いている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	お客様に作っていただいたものを展示したり、出掛けた際やイベントの際の写真等で四季を感じていただけるよう工夫している。また、トイレや事務所、台所や居室など場所が分かるよう張り紙をするなどしている。		
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	ソファであったり、窓際の椅子であったり、居場所を作るよう努めている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具等はご家族様に普段お使いの物や思い出のあるものを用意して頂いている。また、表札をつけたり写真を飾ったり等本人様の居室であることを認識していただけるよう工夫している。		
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	お客様の残存能力を最大限に生かせるよう環境作りを心がけている。できること・わかることに繋がるよう支援するが、できないこと・わからないことにも着目しできるだけ自立した生活が送れるよう努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

作成日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における 問題点、課題	目 標	目標達成に向けた 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。