

<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	1492200298
法人名	社会福祉法人 伸こう福祉会
事業所名	クロスハート円行・藤沢
訪問調査日	2018年2月13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	1492200298	事業の開始年月日	平成22年3月1日	
		指定年月日	平成22年3月1日	
法人名	社会福祉法人 伸こう福祉会			
事業所名	クロスハート円行・藤沢			
所在地	(252-0805) 神奈川県藤沢市円行2-13-1			
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30年1月9日	評価結果 市町村受理日	平成30年4月20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)】

事業所の基本方針 「たのしく きれいに いつまでも」をベースに、お一人ひとりの「喜怒哀楽」という感情を自由に表現できるよう環境を整える。また、日常生活に刺激・楽しみを持って頂く為、季節毎に様々な行事を行っている。

【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30年2月13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。同法人は神奈川県を中心に11カ所のグループホームをはじめ、特別養護老人ホーム・デイサービス・小規模多機能型居宅・保育園など多くの福祉事業所を運営し、多岐に亘る福祉サービスを展開しています。「クロスハート円行・藤沢」は小田急線・相鉄線・横浜市営地下鉄の3路線が開通している「湘南台駅」から徒歩10分程の、公園や幼稚園等を抜けた静かな住宅地の中にあります。近くを流れる引地川沿いは遊歩道になっており、桜並木も有名で、利用者の散歩コースになっています。徒歩5分程の所には、同法人の有料老人ホームが2施設あり、イベントに利用者も参加するなど、協力関係を築いています。

●管理者はこの1年、利用者に刺激や楽しみを持っていただく為に、イベントに力を入れてきました。4月から毎月イベント食を企画し、利用者の希望を伺いながら、冬には鍋やおでん、お寿司は板前さんの出張で、目の前で握ってもらう機会を設けたり、9月からはボランティアでヨガの先生に来ていただき、利用者に合わせて易しい動きに合わせてポーズをとるなど、利用者にとっての生活の楽しみや刺激を増やしたことで、元気の源に繋がっています。今後は音楽のイベントも計画しています。

●地域交流では、近くの幼稚園の運動会や地域のお祭りにも参加しました。灯籠流しでは、管理者が準備から地域の方と一緒にいき、事業所の存在を知っていただく良い機会になりました。3月の避難訓練には地域の方にも協力をいただく予定としています。

【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	クロスハート円行・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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	法人よりスタッフハンドブックが配布され、法人の基本的な考え方や業務の基準がかかわれている。事業所ミーティング時にスタッフハンドブックを用いて確認したり、勉強会を行っている。	毎年、全職員参加の法人のカレッジがあり、スタッフハンドブックが配布され、理念と法人の基本的な考え方、動向を理解する機会を設けています。年度初めには、ハンドブックを用いて、ミーティングを行い、理念の共有を図っています。	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	町内の自治会に入会している。お祭りなど積極的に参加しお手伝いもしている。また、運営推進会議には民生委員も参加している	自治会に加入しており、回覧板で地域の情報を得ています。散歩中に出会った近隣の方と挨拶を交わすのは勿論のこと、幼稚園の運動会に参加しています。今後はハロウィンでの交流も計画しています。夏祭りでは、一人ずつ利用者全員をお連れしました。灯籠流しのお手伝いをする事で、事業所を多くの方に認知していただく機会にもなり、今後も更なる交流が期待されます。	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	運営推進会議には、民生委員の参加もあり認知症に対する理解と協力を求めている。また、他のグループホームと協力して地域の方に向けて認知症の勉強会を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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ヶ月毎に運営推進会議を開催し施設の活動状況を報告している。地域のボランティアにご協力を頂いている。	民生委員・市役所介護保険課職員・地域包括支援センター・家族・職員の参加で2ヶ月に1回開催しています。今後は自治会の方にも参加いただくことを検討しています。民生委員の方から地域の情報をいただいたり、事業所の状況報告や行事報告、協力していただきたいこと等も伝えています。	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	毎月、介護相談員の来訪あり。市町村主催の研修や勉強会に積極的に参加している。	毎月市の介護相談員2名の訪問があります。市町村主催の感染症や認知症の研修会に積極的に参加し、職員会議で参加者がフィードバックし、情報を共有しています。市のグループホーム連絡会には参加していますが、今後は県の連絡会にも参加予定です。	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	年間で研修計画を立て実行している。また、スタッフハンドブックにも記載されている。	年間で研修計画を立て実行しています。今年の法人のテーマに「人権について」を掲げており、自分たちの行動を家族にも開示しています。何が拘束になるかを職員で話し合い、忙しい時・大変な時の声の掛け方を工夫しながら、スピーチロックを含めた身体拘束を行わないケアに注力しています。	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	施設内研修や市で行った研修にも参加している。		
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	研修を実施し、人権について施設の宣誓書を作成し玄関の入り口に掲示している。		
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	契約前に重要事項説明書にて説明・確認を行っている		
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	重要事項説明書に苦情処理対策を記載 また、ご意見ボックスや理事長ボックスを施設内に設置している	家族の来訪は多く、その際には利用者の近況を伝え、要望をお聞きしています。また何かあればその都度、電話でも近況報告を行っています。毎月のお便りでも、出来事や近況をお知らせしています。意見ボックスや理事長ボックスを設置し、家族から直接本部へ意見や要望を出す事が出来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
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	意見ボックスの設置やホームミーティングなどで機会を作っている。また、個人面談を行っている。必要があればエリア長との個人面談も行っている。	職員からの意見は日頃のケアや人間関係で困った時は、ストレスを溜めないようにエリア長や施設長へ伝える機会を設けています。個人面談を11月と12月に行い、悩みやキャリアアップへの思いなどを聞いています。管理者は現場に入っており、日頃から利用者の事も理解し、職員の話もよく聞いています。	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	会議・社内研修・個別面談などでも行っている。		
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	法人内で新入職・全スタッフカレッジを行っている。法人外の研修も計画して職員に参加してもらっている。資格を取りたい職員に対して、シフトづくりに工夫している。		
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GH連絡会に参加し情報交換している。また、勉強会など活動にも協力している。		
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	入居時、ご家族に暮らしの情報シートに記入をしてもらい、それを参照にご本人とのコミュニケーションを図り関係性を深めている。		

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	入居相談時からご家族が困っている事、心配されている事などを聞きだし、入居後も随時に連絡をとるようにしている。		
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	ご家族が一番心配されている事や困っている事をスタッフに情報共有し、どのようなサービスを求めているのかを見極めている。		
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	イベント時や日常生活の中でできる事は一緒に行い、できない事はお手伝い。そして、私たちが分からない事などご入居者から学んでいる。		
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	ご家族と常にコミュニケーションを図り、ご入居者の要望や望みことを一緒に考えている。		
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	ご家族の了解があれば、ご友人の方と手紙・電話or面会できるように環境を作っている。	事前に家族の了解を得た上で、友人との面会や手紙を出せるよう支援しています。家族と外食に行ったり、年末年始に家に帰られる方、2泊3日の外出をされる方もいます。同法人の有料老人ホームから入居された方もおり、イベント時に再会して会話を楽しんでいる方もいます。	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	スタッフが入居者同士の架け橋になれるよう務めている。トラブルなどにならないよう、席替えをしている。		
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	電話など通じて、ご相談を頂いていた際もできるだけの支援に努めている。		
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。	ご本人からのご意向が聞きだせない場合は、ご家族への聞き取りやユニットミーティングなどで、生活状況から見たご本人の意向は何かを話し合い、プランに反映させている。	直接本人から希望を開ける方もいますが、本人からの意向が聞き出せない場合には、家族への聞き取りや、ミーティング等で話し合い、本人本位に検討しながら、その方の思いや意向をケアプランに反映させています。職員が本人から要望を聞いた時には、ユニット長に報告して情報共有を行っています。	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	入居前に、ご家族から「暮らしの情報シート」に記載していただきケアの参考にしている。また、普段の会話から情報を探っている。		
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	できるだけ関わりを多く持ち、現状の把握とスタッフ間の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	
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	ケアカンファレンスにて現在のご様子やご本人・ご家族のご要望も取り入れ、必要なサービス計画を作成している	月1回のユニット会議の中でケア会議も行い、全員で話し合っって介護計画を作成しています。基本的には3ヶ月毎の見直しですが、何かあればその都度話し合っって情報を共有し、介護計画の見直しを行っています。家族には面会時に相談し、要望等を確認し、介護計画に取り入れています。	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	毎日のケアはケアプランに沿って行われており、ケアノートに記録も記載、その内容を元にカンファレンスが行われ、今後のケアプランに繋げている			
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	その時々生まれるニーズには、できる限り直ぐに対応する			
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	ボランティアの方々にも協力していただき、アクティビティーなども行っている。また、地域の行事にも積極的に参加している。			
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	協力医療機関として、ホームケアクリニック横浜・港南（内科・皮膚科、24時間コール対応）、ファミリークリニック（内科）小林クリニック（精神科）、湘南サポート（歯科）、六会眼科（眼科）の往診がある。	協力医療機関として、内科が2ヶ所、その他精神科・歯科・眼科の往診があります。内科は月2回の訪問診療、精神科は必要な方に応じて、歯科医は毎週1回、眼科は必要な方のみ往診に来ていただいています。法人の看護師が週1回来訪し、利用者の健康管理を行っていますが、何あれば随時電話相談に乗ってもらっています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	訪問看護記録に情報を記録、訪問看護日に申し送りし情報を共有、また、24時間コール対応にて報告・指示を受けている。必要に応じて臨時訪問もしている。			
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。	地域連携室の担当者と情報交換や連絡・相談を（ご家族も含め）密に行っている			
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	重要事項説明書に重度化やターミナルについて説明を行っている。看取りケアを計画を立てご家族に説明し、契約を交わしている。	契約時に重要事項説明書の中で、重度化について説明しています。家族の気持ちの変化もあるので、状態の変化に応じてその都度3者で話し合い、事業所で出来る事・出来ない事を説明し、同意書をいただいています。看取りケアについては研修を実施している他、連絡先の一覧表も作成しています。		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	「リスク対応マニュアル」を元に、社内研修を行っている。			
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	年に2回の防災訓練の実施。スタッフブックにも非常事態に備えてという項目があり、勉強会を行っている。	年2回の防災訓練を実施しています。消防署には報告書を提出しています。緊急連絡体制の一覧表を掲示して、勉強会も行っています。訓練には利用者も参加し、全員が事業所から避難する訓練を実施しています。地域の方に参加を要望する事・地域の訓練に参加する事を今後の課題としています。備蓄は倉庫に確保しています。		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	倫理についての勉強会を行っている。	毎年勉強会を実施し、スタッフブックにも規定があります。日頃のケアの中では、トイレではカーテンや扉を閉める、利用者を子ども扱いしない等を意識しています。お手伝いをしていただいた時には「有難うございます」とお礼を言い、利用者をちゃん付で呼ばない等を心がけて対応しています。		今後の継続
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	声かけの仕方を選択できる様な声かけを心掛けている。			
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	お一人ずつのペースに合わせお手伝いできるように、その都度入居者に確認できる事は確認してから実施するようにしている			
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	ご希望がお聞きできるときは、確認してからお手伝いしている			
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	個人の能力を把握し、無理をせずご本人の負担にならず、またご希望に沿うようお手伝いする。食事の時間もご本人のペースに合わせて提供している。	無理はせず誤嚥にならないように留意し、食事時間も本人のペースに合わせています。メニューと食材は、業者をお願いしていますが、ご当地メニューや麺類も多く、利用者からは好評です。盛り付け・配膳・下膳・皿洗い等は出来る方をお願いしています。おやつは手作りにすることで、利用者と一緒に作るなど工夫しています。		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
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・水分量を摂取の度に記録し、スタッフ間で共有し1日に必要な量を取れるよう支援している また、ご本人の身体状態や嗜好にも配慮し対応している		
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	毎食後、歯磨きのお声掛けや丁寧に口腔ケアを行っている。ご自身で歯磨きが出来る方でも、最終確認をし歯間ブラシなどでケアしている。週に1度の歯科往診でのケアも行っている		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、その方に合った支援を実行している	以前は定時誘導していましたが、現在は一人ひとりの排泄パターンを把握し、日頃のケアの中で表情や仕草を観察しながら、本人の意思を確認した、個別誘導で、トイレでの排泄に繋げる支援を行っています。日中、オムツを使用している方はおらず、夜間も必要な方にはトイレ誘導を行っています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	主治医や訪問看護の看護師への相談・指示により対応している また、薬だけではなく乳製品などでも対応している		
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	その日の体調やご本人の希望を元に、入浴日を決めている。また、入浴は最低でも週に2回となっているが、ご希望時にはそれ以外にも行う。	毎日バイタル・酸素濃度のチェックを行い、体調を考慮しながら入浴支援を行っています。最低でも週2回の入浴は心がけていますが、家族との外出の予定や汗をかいた時など、入浴時間も含め希望に沿えるよう支援しています。お湯は利用者ごとに入れ替え、気持ちよく入っていただけるように配慮しています。	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	個々の生活習慣や睡眠のリズムに沿った対応を取っている。外食なども実施している。			
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	往診時に出た処方箋を薬の納品時に届く薬情報で確認・理解に努めている また、状態の変化も記録し、訪問看護の看護師へコールし報告・指示を得ている			
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	お持ちの力を活かした役割をご本人の負担にならないよう配慮し支援している			
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	ご本人やご家族のご希望を出来る限り実施できるようにしている。外食なども実施している。	天気の良い日には毎日のように、川沿いの遊歩道や近隣の花を見ながら散歩しています。個別対応で、買い物に行ったり、電車に乗りたく希望する方には職員と一緒に乗ったりと、極力希望に沿えるような支援を心がけています。同法人の有料老人ホームの行事には全員で参加し、近隣の方や子供達と交流することで社会性を維持出来るように支援しています。		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	スタッフと一緒に買い物に出かけたりしている。			

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	ご家族の理解があれば、出来る限り対応している		
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	幼稚な飾りなどはせず、落ち着いた雰囲気・環境作りを心掛けている	法人の方針で、幼稚な飾りはせず、おしゃれな絵画等を飾り落ち着いた雰囲気作りを心がけています。環境整備担当者が掃除をチェックし、床暖房設備も備わっているため冬場でも快適に過ごせる造りになっています。また、乾燥対策としてタオルを干す等しながら対応しています。大きな窓からは紅梅・白梅が見ることが出来、ソファや椅子等を設置することで、思い思いに自由に過ごせる空間作りを心がけています。	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	ダイニングなどでの座席はなるべく固定しないよう勤め、1階と2階の行き来も自由になっている		
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	ご家族とも相談しながらなるべくご本人居心地よい環境を支援している。	居室にはトイレと洗面台が設置され、トイレの使用時にはカーテンでプライバシーに配慮しています。家族と相談しながら、使い慣れた整理ダンスや机・椅子等が持ち込まれ、居室には家族写真や絵を飾り、利用者が居心地良く過ごせるように支援しています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	ご家族からいただいた情報を元に本人が安全で自立できる環境を作っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

クロスハート円行・藤沢

作成日

平成30年2月13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	2	地域との関わり	地域の保育園、地域住民と定期的に交流できる	子供の運動会など参加する 地域行事に参加する	1年
2	1	認知症BPSD症状のケア仕方	認知症ケア困難者上手に対応できる	困難者を洗い出し、対応方法を探りだす	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	クロスハート円行・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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、生き活きと働けている。 (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	法人よりスタッフハンドブックが配布され、法人の基本的な考え方や業務の基準がかかされている。事業所ミーティング時にスタッフハンドブックを用いて確認したり、勉強会を行っている。		
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	町内の自治会に入会している。お祭りなど積極的に参加しお手伝いもしている。また、運営推進会議には民生委員も参加している		
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	運営推進会議には、民生委員の参加もあり認知症に対する理解と協力を求めている。また、他のグループホームと協力して地域の方に向けて認知症の勉強会を行っている。		
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ヶ月毎に運営推進会議を開催し施設の活動状況を報告している。地域のボランティアにご協力を頂いている。		
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	毎月、介護相談員の来訪あり。市町村主催の研修や勉強会に積極的に参加している。		

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	年間で研修計画を立て実行している。また、スタッフハンドブックにも記載されている。		
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	施設内研修や市で行った研修にも参加している。		
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	研修を実施し、人権について施設の宣誓書を作成し玄関の入り口に掲示している。		
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	契約前に重要事項説明書にて説明・確認を行っている		
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	重要事項説明書に苦情処理対策を記載 また、ご意見ボックスや理事長ボックスを施設内に設置している		

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	意見ボックスの設置やホームミーティングなどで機会を作っている。また、個人面談を行っている。必要があればエリア長との個人面談も行っている。		
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	会議・社内研修・個別面談などでも行っている。		
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	法人内で新入職・全スタッフカレッジを行っている。法人外の研修も計画して職員に参加してもらっている。資格を取りたい職員に対して、シフトづくりに工夫している。		
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GH連絡会に参加し情報交換している。また、勉強会など活動にも協力している。		
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	入居時、ご家族に暮らしの情報シートに記入をしてもらい、それを参照にご本人とのコミュニケーションを図り関係性を深めている。		

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	入居相談時からご家族が困っている事、心配されている事などを聞きだし、入居後も随時に連絡をとるようにしている。		
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	ご家族が一番心配されている事や困っている事をスタッフに情報共有し、どのようなサービスを求めているのかを見極めている。		
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	イベント時や日常生活の中でできる事は一緒に行い、できない事はお手伝い。そして、私たちが分からない事などご入居者から学んでいる。		
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	ご家族と常にコミュニケーションを図り、ご入居者の要望や望みことを一緒に考えている。		
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	ご家族の了解があれば、ご友人の方と手紙・電話or面会できるように環境を作っている。		

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
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	スタッフが入居者同士の架け橋になれるよう務めている。トラブルなどにならないよう、席替えをしている。		
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	電話など通じて、ご相談を頂いていた際もできるだけの支援に努めている。		
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。	ご本人からのご意向が聞きだせない場合は、ご家族への聞き取りやユニットミーティングなどで、生活状況から見たご本人の意向は何かを話し合い、プランに反映させている。		
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	入居前に、ご家族から「暮らしの情報シート」に記載していただきケアの参考になっている。また、普段の会話から情報を探っている。		
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	できるだけ関わりを多く持ち、現状の把握とスタッフ間の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
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	ケアカンファレンスにて現在のご様子やご本人・ご家族のご要望も取り入れ、必要なサービス計画を作成している		
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	毎日のケアはケアプランに沿って行われており、ケアノートに記録も記載、その内容を元にカンファレンスが行われ、今後のケアプランに繋げている		
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	その時々にも生まれるニーズには、できる限り直ぐに対応する		
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	ボランティアの方々にも協力していただき、アクティビティーなども行っている。また、地域の行事にも積極的に参加している。		
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	協力医療機関として、ホームケアクリニック横浜・港南（内科・皮膚科、24時間コール対応）、ファミリークリニック（内科）小林クリニック（精神科）、湘南サポート（歯科）、六会眼科（眼科）の往診がある。		

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
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	訪問看護記録に情報を記録、訪問看護日に申し送りし情報を共有、また、24時間コール対応にて報告・指示を受けている。必要に応じて臨時訪問もしている。		
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。	地域連携室の担当者と情報交換や連絡・相談を（ご家族も含め）密に行っている		
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	重要事項説明書に重度化やターミナルについて説明を行っている。看取りケアを計画を立てご家族に説明し、契約を交わしている。		
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	「リスク対応マニュアル」を元に、社内研修を行っている。		
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	年に2回の防災訓練の実施。スタッフブックにも非常事態に備えてという項目があり、勉強会を行っている。		

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	倫理についての勉強会を行っている。		
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	声かけの仕方を選択できる様な声かけを心掛けている。		
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	お一人ずつのペースに合わせてお手伝いできるように、その都度入居者に確認できる事は確認してから実施するようにしている		
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	ご希望がお聞きできるときは、確認してからお手伝いしている		
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	個人の能力を把握し、無理をせずご本人の負担にならず、またご希望に沿うようお手伝いする。食事の時間もご本人のペースに合わせて提供している。		

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
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・水分量を摂取の度に記録し、スタッフ間で共有し1日に必要な量を取れるよう支援している また、ご本人の身体状態や嗜好にも配慮し対応している		
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	毎食後、歯磨きのお声掛けや丁寧に口腔ケアを行っている。ご自身で歯磨きが出来る方でも、最終確認をし歯間ブラシなどでケアしている。週に1度の歯科往診でのケアも行っている		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、その方に合った支援を実行している		
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	主治医や訪問看護の看護師への相談・指示により対応している また、薬だけではなく乳製品などでも対応している		
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	その日の体調やご本人の希望を元に、入浴日を決めている。また、入浴は最低でも週に2回となっているが、ご希望時にはそれ以外にも行う。		

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	個々の生活習慣や睡眠のリズムに沿った対応を取っている。外食なども実施している。		
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	往診時に出た処方箋を薬の納品時に届く薬情報で確認・理解に努めている また、状態の変化も記録し、訪問看護の看護師へコールし報告・指示を得ている		
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	お持ちの力を活かした役割をご本人の負担にならないよう配慮し支援している		
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	ご本人やご家族のご希望を出来る限り実施できるようにしている。外食なども実施している。		
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	スタッフと一緒に買い物に出かけたりしている。		

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	ご家族の理解があれば、出来る限り対応している		
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	幼稚な飾りなどはせず、落ち着いた雰囲気・環境作りを心掛けている		
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	ダイニングなどでの座席はなるべく固定しないよう勤め、1階と2階の行き来も自由になっている		
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	ご家族とも相談しながらなるべくご本人居心地よい環境を支援している。		
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	ご家族からいただいた情報を元に本人が安全で自立できる環境を作っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

クロスハート円行・藤沢

作成日

平成30年2月13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	2	地域との関わり	地域の保育園、地域住民と定期的に交流できる	子供の運動会など参加する 地域行事に参加する	1年
2	1	認知症BPSD症状のケア仕方	認知症ケア困難者上手に対応できる	困難者を洗い出し、対応方法を探りだす	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。