

<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	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	2019年3月4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	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31年1月4日	評価結果 市町村受理日	令和元年5月23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31年3月4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。同法人は神奈川県を中心に11ヶ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介護事業所・保育園等、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。ここ「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「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、日頃の散歩コースにも取り入れています。事業所から徒歩5分程の所には、同法人の有料老人ホームが2施設あり、イベント時には利用者をお連れして参加する等、協力関係を築いています。

●法人の理念「すべての良きものを先輩たち、後輩たち、そして地域に捧ぐ」です。毎年、全職員参加の法人研修のカレッジがあり、理念や基本的な考え方、業務の基準が網羅されているスタッフハンドブックが配布され勉強しています。また、事業所の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、勉強会を行い資質向上を図っています。ケアについては、一人ひとりの個性や生活歴を理解して受け入れ「喜怒哀楽」を自由に表現できる環境を整え、様々な刺激・楽しみを感じて頂きながら生活を送れるよう、利用者の生き甲斐作りに取り組んでいます。また、その人の残存能力を活かすべく、1人ひとりの能力を見極めながら出来ることを模索し、行きたいところやりたい事を叶えられるように支援しています。

●今年度の法律改正で身体拘束の適正化が規定され、身体拘束の様態等の記録、対策を検討する委員会を3ヶ月に1回開催、指針の整備、定期的な研修が義務付けられました。事業所では、身体拘束防止委員会を立ち上げて身体拘束防止マニュアルの常備、身体拘束廃止計画を作成して定期的に会議を開き、チェックリストによるケアの検討をしています。また、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玄関に掲示しています。

【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。	法人の理念は「すべての良きものを先輩たち、後輩たち、そして地域に捧ぐ」です。毎年、全職員参加の法人研修のカレッジがあり、理念や基本的な考え方、業務の基準が網羅されているスタッフハンドブックが全職員に配布され、事業所の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、地域の夏祭り、灯籠流しに参加して交流を図っています。今年度は、事業所主催の夏祭りを開催し、利用者や地域の方を含めて90名が参加し、総勢20名のボランティアによるフラダンスの披露していただく等、盛大に行われました。また、他のグループホームと協同して地域の方に向けた認知症の勉強会も開催しています。	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	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績、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。民生委員の方から地域の情報をいただいたり、事業所の現状・活動報告を行い、その際に協力して頂きたいこと等も伝えていきます。会議の内容は議事録を通して職員に周知しています。	今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	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。	年度初めに行われる市の集団講習会に参加して情報を収集しています。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も参加し、他の事業者共情報交換を行っています。毎月2名の介護相談員の受け入れも行っており、気づき等の意見を頂くこともあります。	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
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。	身体拘束防止委員会を立ち上げて身体拘束防止マニュアルの常備、身体拘束廃止計画・身体拘束廃止宣言の作成をしています。年間研修の他、身体拘束防止委員会のメンバーを中心に、何が拘束になるかを職員で話し合いながら、スピーチロックを含めて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、基本的には家族の来訪時に利用者の近況報告と併せて、意見や要望を聞いていますが、電話連絡した際にも、意見や要望を聞いています。また、毎月発行している事業所便りでも、出来事や近況を報告しています。玄関に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も整えています。	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。	管理者自身も現場に入ること、利用者の状況を把握し、職員からの意見や提案を聞くようにしています。年2回実施している個人面談では、資格取得や健康状態、シフト編成、悩みやキャリアアップへの思いなどを聞くことで働きやすい環境整備に努めています。職員が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ようにエリア長や施設長へ伝える機会を設けています。	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。30人の方と手紙をやりとりしている方や、携帯電話で毎日話している人、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おり、その人に合わせて関係を継続出来るように支援しています。同法人の有料老人ホームから入居された方もおり、毎週体操に行ったりイベントに参加した際には交流しています。	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	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。	入所時には、日常生活動作などの基本事項が記入されている入居情報シートや初回アセスメントにより自立サポート表を作成します。自立サポート表には、病歴、服薬、ADL、IADL、健康状態、思いや暮らし方の希望、などが記載され、ケアプラン作成時に参考にしています。ケアプラン見直しの際のケアカンファレンス用には、相当期間の状態を記入したサービス担当者会議シートを作成しています。	今後の継続
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前に、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	入所時に、入居情報シート、自立サポート表等を基に初回ケアプランを作成しています。入所後1ヶ月間の事業所における経過記録、モニタリングでサービス担当者会議シートを作成してサービス担当者会議を開催しています。ケアカンファレンスで職員からの意見等を集約しながら現状に即したケアプランを作成しています。	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	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、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、歯科医は毎月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。何あれば24時間オンコール体制になっています。	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	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に沿って、重度化やターミナル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、事業所のできる事・出来ない事を説明し、同意書取り交わしています。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。看取り終了時には、デスクカンファレンスを開いて次回に繋げています。	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回防災訓練を実施しています。訓練は想定や内容を変えながら実施することでマンネリ化しないように工夫しています。今年度は、消防署指導の下に、煙から逃げる訓練とAEDの取り扱い要領について研修を行いました。消防署にはその都度、報告書を提出しています。備蓄は1週間分を倉庫に確保し、25年～35年保存可能な保存食を購入しています。	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。	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、玄関に掲示しています。過剰に手を出し過ぎず、出来ることはご自身でやって頂くようにし、手伝って頂いた時には「有難うございます」等、感謝の言葉を伝えるように心がけています。	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。	メニューと食材は業者に発注していますが、ご当地メニューや麺類も多く、利用者からは好評です。食事の時間は本人のペースに合わせて、誤嚥にならないように留意しながら対応しています。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、利用者と一緒に作ることもあります。	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
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ながらの個別誘導で、トイレでの排泄に繋げるよう支援しています。職員の提案で、日中は全員布パンに変えて対応しています。重度の人には、布パンにパットを付けています。夜間は睡眠を優先する方、トイレ誘導を行っている方等、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	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。便失禁をした方は、その都度シャワー浴をしています。	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。	散歩記録表で散歩に行く頻度に偏りが生じないように留意しながら、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にお連れしています。個別対応で買い物に行ったり、電車に乗りたいと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外出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		法人の方針で、高級・清楚な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、設置されているソファや椅子等で、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、クローゼット、エアコン、介護用ベッド、カーテンが完備されています。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、居室内には家族写真や絵を飾り、利用者が居心地良く過ごせる空間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31年3月4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	1	職員の仕事でのケガが多い	職員が怪我しない	介護技術の研修と職員の健康管理への意識を養う。	1年
2	2	利用者様の生きがいとやりがいが出ていない	利用者様の残存能力を利用し、できる事を探す。	法人の外出支援サービスを利用し、行きたいところ、やりたい事を支援する。野菜栽培など挑戦する。	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、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 市町村担当者とは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	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	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してている。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、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、お金の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			
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31年3月4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	1	職員の仕事でのケガが多い	職員が怪我しない	介護技術の研修と職員の健康管理への意識を養う。	1年
2	2	利用者様の生きがいとやりがいが出ていない	利用者様の残存能力を利用し、できる事を探す。	法人の外出支援サービスを利用し、行きたいところ、やりたい事を支援する。野菜栽培など挑戦する。	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。