

<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	1492400054
法人名	セントケア神奈川株式会社
事業所名	セントケアホーム茅ヶ崎
訪問調査日	2018年11月15日
評価確定日	2019年2月22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	1495600023	事業の開始年月日	平成19年9月1日	
		指定年月日	平成19年9月1日	
法人名	セントケア神奈川株式会社			
事業所名	セントケアホーム茅ヶ崎			
所在地	() 神奈川県茅ヶ崎市平和町1-39			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成30年11月1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)】

当ホームは、お客様がその人らしく活動的に生活して頂く為に残存能力を活かし日々の生活に生き甲斐を持って頂ける環境を提供しています。

天気の良い日には積極的にお散歩やドライブをレクリエーションとして取り入れ季節を感じて頂き、心身のリフレッシュを目的に行っています。

ボランティアを受け入れ、音楽レクリエーションを計画的に行っています。

食事面では管理栄養士が作成した献立をキッチンスタッフが調理致します。

キッチンスタッフは人員基準とは別の配置になっている為、ケアスタッフは日勤帯3人となり、お客様一人ひとりに手厚い介護をする事が出来ます。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Y ビル2F		
訪問調査日	平成30年11月15日	評価機関 評価決定日	平成31年2月22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)】

●この事業所の経営母体は、セントケア神奈川株式会社です。この法人は、介護事業で全国展開をしている親会社セントケアホールディング株式会社の中核を担い、神奈川県内でグループホームを、11事業所を運営しています。同法人は、食事の大切さを認識し、調理専門のキッチン職員を配置し、質の高い食事を提供すると共に、介護職員が、介護サービスに専念できる環境を整えています。ここ「セントケアホーム茅ヶ崎」はJR「茅ヶ崎駅」から「辻堂駅行き」のバスに乗り7分程の「平和町」で下車して、徒歩5分程の、平和公園から程近い静かな住宅地の一角に位置しています。

●管理者は昨年11月に着任し、同法人の他事業所の立ち上げから管理者業務の実績もあり、経験も豊富です。管理者は「介護施設ではなく、集合住宅として考えてもらいたい。今までしてきた当たり前の生活を続けてほしい」との思いから、職員と日々話し合いながら、利用者の生活を支援しています。今後は、更なる質の高いケアを提供する為に、「職員の採用・教育」に力を入れていきたいと考えています。同法人内の他事業所を利用された方が本事業所に入居する事も多く、情報を共有化する事で利用者・家族は安心して過ごす事が出来ています。

●地域との関係については、開設から12年が経ち、民生委員の紹介で週1回、口腔体操・唄等、毎回内容を変えて下さるボランティアの方や、音楽ボランティアの方も2ヶ月に1回の来訪、運営推進会議には自治会の方にも参加頂く等、地域の方の出入りも多くなってきてことで、利用者にとって良い刺激になると共に、職員は良い意味で緊張感を持って仕事に取り組んでいます。また、地域の方から認知症や介護に関する相談も増えてきており、地域資源として、情報提供を行っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
フロアスタッフ 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	セントケアホーム茅ヶ崎
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させている。 (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	方針書及びホームの方針を年度毎に作成し、朝・夕礼時に方針書・ホーム目標を読み合わせを行っている。認知症ケア10ヶ条は掲示も行いケアの心得としてスタッフ間で共有している。	毎年、本部より提示される経営方針書に基づき、各事業所で独自の目標を作成しています。今年度の目標は「お客様サービスの向上」「チーム力を高める」とし、朝礼時に職員全員で唱和しています。また、「認知症ケア10ヶ条」も掲示し、職員は自分のケアのレベルを一段階上げ、更なる質の高いケアを提供出来るよう努めています。今後は、毎月職員各自で目標を立て、玄関に掲示する事を検討しています。	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	自治会に入り、運営推進会議にて地域の方より忌憚のないご意見を頂いている。また地域の方を招いたイベントを開き、つながりを深めている。防災訓練等もお誘い頂いている。	自治会に加入し、回覧板等から情報を頂いています。民生委員の紹介で週1回、口腔体操・唄等、毎回内容を変えて下さるボランティアの来訪や、音楽ボランティアの方も2ヶ月に1回の来訪があります。事業所の開設から12年が経ち、地域の方から認知症の相談を受ける事もあり、情報提供も行っています。また、職業体験の受入れも行なっており、今年度は6名の専門学生の受け入れ実績があります。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の小・中学校からの職業体験の依頼を積極的に受入れ、認知症の方への理解を深めて頂けるよう努力している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	年々参加する方が固定されてしまっている。身体拘束廃止委員会を運営推進会議と一緒に日に行っている。	2ヶ月に1回、市の高齢福祉介護課職員・民生委員・地域包括・家族・ボランティア・自治会の方にも参加頂き、事業所の状況を報告しています。4月からは事前にテーマを決めて話し合いを行っています。直近では法人のマニュアルを用いて、身体拘束について事業所での事例を参考に、意見交換をしました。地域包括の方からは地域のイベント・他の事業所の情報を頂いています。	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	サービスの取り組みや入居者さまへの対応について日頃から相談を行っている。また市町村担当者様の勧めにより介護相談員制度を申し込み、御来所頂いている。	市の高齢福祉介護課の職員が毎回、運営推進会議に参加しており、研修会等の情報を提供してもらっています。また、介護相談員が月1回訪問し、気が付いた点を指摘して頂いています。事業所としても、外部の目が入る事で程よい緊張感を持つ事が出来ています。	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	定例研修にて身体拘束についての研修を開催し、スタッフが身体拘束について正しい知識を持てるよう指導を行っている。また運営推進会議と同日、身体拘束廃止委員会を設置、開催し議事録をスタッフ全員に読んでいただいている。	法人の年間研修で、全職員が年2回毎年、身体拘束・虐待に関する研修を受けています。繰り返し研修を受ける事で、確実に浸透するようにしています。身体拘束委員会を運営推進会議の後に開催しています。委員会の内容は職員に報告し、身体拘束の無いケアの実践に努めています。玄関は安全の為、施錠しています。	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	定例研修にて身体拘束についての研修を開催し、スタッフが虐待防止について正しい知識を持てるよう指導を行っている。		
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	社内の研修に管理者が出席し、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	契約には十分な時間を取り重要事項・契約書の説明を行っている。契約書式も説明に漏れが内容充実した内容となっている。		
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	運営推進会議は、全家族に出席を呼びかけるようにし多くの意見を集約できるよう努めている。	面会時や運営推進会議の時に、意見や要望を聞いている他、電話やメールでも情報交換を行っています。利用者からも外食や外出の要望を聞き、反映させています。1ヶ月半位に1度、事業所の報告の他、利用者それぞれの様子を載せたお手紙を家族に郵送しています。また、法人でも年1回の利用者満足度調査を実施しています。	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	
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	カンファレンスや定例研修を通じ、スタッフより意見を出してもらい反映できるよう努めている。	毎月1回開催されるユニット会議や、朝礼・申し送り時に職員から意見や提案を聞いています。年1回、3月に管理者と面談の機会を設け、意見や要望を聞く他、自己評価表を元に今後の目標・キャリアアップについて話し合っています。日頃から管理者もケアに入っており、職員の意見を聞くようにしています。	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	勤務のシフトについては管理者が作成し、代表者に提出している。管理者はスタッフと年一回の契約更新時に面談を行うこととし今後の取り組みについて話し合いを持っている。			
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	入社時は初任者研修を行い、現任者には定例研修の機会を設け人材育成に努めている。			
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	市役所の主催により事業者向けの集まりがあり情報交換を行っている。			
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	入居前に必ず、御本人様に来所頂くようにし、御本人さまの要望に耳を傾ける場を設けている。			

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	メモリーブックにて御本人様の今までの経過について理解を深めると共に、ご家族の要望を記入する欄を設け、ご意見を伺うようにしている。		
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	御本人様、ご家族様との間の話合いの上、希望に応じて往診医や訪問歯科治療の紹介などを行っている。		
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	御本人様の能力に応じ、掃除、洗濯物たたみ、食器の下膳、カーテン閉めなどの家事を行って頂ける様促している。		
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	ご家族の訪問は積極的にすすめている。運営推進会議については全家族へ出席を促し、同じ御本人様を取り巻く介護者としてご意見を頂けるようお願いをしている。		
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をせず、外との関係を保てるようにしている。	家族の来訪は多く、毎日来られている家族や週1回友人が訪ねて来る方もいます。タブレット端末を使用して、海外に住む家族と連絡を取り合っている方もいます。また、手紙や年賀状のやり取りをしたり、家族の協力を得ながら、馴染みの美容院や外食に出掛けている方もいます。	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	共通の趣味や能力に応じた席の配置や、レクリエーションを持つ様にし、入居者様間の交流が多くもてるよう取り組んでいる。		
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	現在の所、特にご相談などを頂いていないが、必要に応じ情報を提供出来るよう情報収集に努めている。		
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。	入所前にご家族及び御本人様にも確認を取りメモリーブックを記入して頂き、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。	入居時に家族に今までの利用者の生活歴を「メモリーブック」に記入して頂いています。細かい事まで記入して頂いているので、入居当初時のケアの参考としています。新たに気が付いた事は、ユニットリーダーが個人記録表に記入し、職員で情報を共有しています。日頃から会話・表情・仕草から思いを汲み取り、要望を実現出来るよう、支援しています。	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	メモリーブックには、生活歴やなじみの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等を記入して頂き、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居時に作成して頂いたメモリーブックや入居後のアセスメントなどスタッフ全員で御本人様の理解に努めている。		

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	入居に当たってはメモリーブックを確認しながら、ご家族と話し合いを持ち、ホームでの役割、可能性などを加味しながら介護計画の作成に当たっている。	入居前にケアマネジャー又は管理者が利用者・家族と面談をして、暫定的な介護計画書を作成して1ヶ月間様子を見ています。基本的には3ヶ月毎、変化が無ければ6ヶ月毎に見直しています。毎月のユニット会議での利用者についての話し合い・医療関係者の意見を参考に、必要に応じて介護計画の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	入居者様個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認出来るようにしている。また日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催時に確認をしている。			
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出来る様、ホーム内外を問わず地域の資源を探し、サービスの向上に努めている。			
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	地域の資源については、現在の入居者様それぞれに合っていると考えられるボランティアなどを開拓、選定し依頼を掛けている。			
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	受診については御本人様、ご家族様に意見を尊重し決定している。また必要に応じ、将来などを見据えた提案などもすすめている。	4月から協力医療機関が3ヶ所に増えました。利用者・家族の希望を尊重して、かかりつけ医を選んで頂いています。それぞれ月2回の往診があります。その他の専門医の受診は家族に対応をお願いしています。歯科医は必要な方のみ月1回往診があります。訪問看護ステーションから週1回来訪があり、利用者の健康チェックをしています。訪問マッサージを受けている利用者もいます。	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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	医療連携先である訪問看護ステーション職員への相談により利用者が適切な受診が出来るよう支援をすすめている。		
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。また医療連携先である訪問看護ステーションにも連絡し退院に当たっての相談にのって頂いている。		
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、事業所で行え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	まず契約時に重度化の対応についてお話をさせて頂き、状況に応じてご家族及び主治医、看護師と連携を取り、今後の方針を決定している。	入居契約時に「看取りに関する指針」を利用者・家族に説明し、同意を得ています。重症化した場合には、改めて家族・医師・看護師・管理者の4者会議で、今後の方針を話し合います。医療面については医師から説明してもらうようにしています。医療側から事業所をお願いする事、事業所から医療側をお願いする事を話し合いながら、利用者に最適なケアを考えています。職員は入社時にCPR研修を受けている他、管理者が今までの看取りの経験を職員に話し、看取りの心得を伝えています。	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	緊急時の対応については採用時研修・CPR研修・定例研修の実施、またカンファレンス時での確認をしている。		
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回の防災訓練と共に、定例研修を実施し広域避難場所の説明、災害時の手順などの確認を行っている。地域の防災訓練にも申し込みをして協力を依頼している。	年3回(2・5・11月)、火災・地震・夜間を想定した防災訓練を行っています。利用者も参加出来る方は一緒に参加しています。水消火器を使用した消火訓練も実施しています。法人では、OBの消防職員が防災担当者がおり、訓練の実施・備蓄品の管理をチェックしています。水・食料品・衛生用品・防災キットを各フロア毎に備蓄しています。地域の防災訓練には計画作成者が参加しています。	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	
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	認知症ケア10ヶ条を基本に尊厳を守り、その方に合った声掛けや対応が出来るよう支援している。	法人の年間研修の「接遇・マナー研修」を全員毎年受けています。また、必要に応じて管理者と個別の話し合いも行っています。「認知症ケア10ヶ条」を下に、利用者1人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねない対応を心がけています。管理者は「家族の前でも使える言葉遣い」「特に初対面の方への丁寧な言葉遣い」を重視し、職員に周知しています。	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	御本人様の意向を確認し、希望添えるように配慮している。意志疎通の難しい方は、過去の生活歴等を確認し御本人様に合った支援を心がけている。	/		/
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	御本人の意向を確認しながら計画作成者と相談し外出支援やレクリエーション等を行っている。			
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。			
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	入居者様の可能な内容に合わせ片付けなどのお願いをしている。	食事は法人本部の管理栄養士が決めた献立に沿って、専任のキッチン職員が作っています。ミキサー食でも彩りや盛り付けを考え、食事が楽しめるように工夫しています。食材は出来る限り地元の商店で調達するようにしています。足りない食材を利用者と一緒に行きに行く時もあります。ホットプレートやたこ焼き器を使って、おやつを作ったり、誕生日にはケーキを用意しています。月1回の外出レクが外食になる事もあり、近所の喫茶店でお茶を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
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	法人内の管理栄養士によるメニューに沿ってすすめ、バランス良いものとなっている。個々の食事摂取量は毎回確認している。		
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(必要な方は食前も)の実施声掛けを行っている。義歯についてはそれぞれの能力に応じた支援を行っている。		
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	定期的に声掛け、誘導を行うことで、失敗を減らすように心がけている。排泄の時間についてはチェックを行い、スタッフ全体で情報を共有している。	排泄チェック表を活用して、利用者1人ひとりの間隔を把握しています。声掛けによる誘導で、出来るだけトイレで排泄出来るよう支援しています。夜間、ポータブルトイレを利用している方もいますが、基本的には睡眠を重視しながら、個々に合わせて対応しています。	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	食事は繊維質を意識し、極力自然な排便を促している。便秘は薬だけではなく水分摂取や運動なども促すようにしている。		
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	入浴は意向を確認しながらすすめる様になっている。一度拒否された方も、暫くしてから再度声掛けを試みるなどの取り組みを行っている。	週2回、午後からの入浴を基本としています。体調や気分に合わせて、曜日・順番は臨機応変に対応しています。医師の指示で、毎日足浴を行っている方もいます。同法人の介護ヘルパーが週3日来訪し、入浴介助を援助しています。入浴剤を使ったり、ゆず湯・菖蒲湯で季節を感じて頂けるようにしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	状況に応じて居室での休憩を促している。不眠症状などがある場合は記録をとり、ご家族と相談の上、主治医へ連携をすすめている。		
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	処方薬のファイルを作成し、いつでも確認出来るようにしている。薬の変更や頓服が処方された時は申し送りノートに記入し周知徹底する。		
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い、役割を持って生活して頂けるよう努めている。		
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	日々のお散歩や買い物等を行っている。四季折々を感じて頂ける様、ドライブなども行っている。	買い物に利用者が一緒に行ったり、公園等に出る限り散歩に行くよう心掛けています。喫茶店にお茶を飲みに行ったり、近くの松が丘のショートステイまで、散歩がてら行く事もあります。ウッドデッキで、外気浴を日常的に行っています。	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	基本的には事務所にて管理している。入居者様にもその旨を伝え、希望を聞くようにしている。		

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	
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	電話の希望があるときは時間を指定せずに使用して頂いている。手紙は今のところ希望される方がいないが、希望を確認しつつ意向に合わせるよう取り組む。			
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	入居様に作って頂いたものを展示したり、日頃の生活風景を写した写真を掲示するなどくつろげる空間作りに取り組んでいる。	リビングの壁には利用者と一緒に行った折り紙の作品を飾っていますが、子どもっぽい飾り付けにならないよう留意しています。清掃については、利用者にモップ掛け等を手伝って頂き、清潔な空間を保持しています。加湿器・空気清浄機を使い、環境に配慮しています。職員は出勤時に体温を計り、うがい・手洗いを出入りする時に必ず行う等、感染症に気を付けています。		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	食事を除いては席を固定せず、居心地の良い場所で過ごして頂くよう努めている。			
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頂いているものを用意して頂いている。お部屋は名札を付けるなど御本人様の居室であることが認識できるように努めている。	備え付けとして、エアコン・クローゼット・洗面台が設置されています。利用者が居心地良く過ごせるよう、テレビ・タンス・位牌等、利用者が使い慣れた物を持ち込んで頂いています。机や本を持ち込み、居室でゆっくり読書をされる方やタブレット海外に住んでいる家族と連絡を取り合っている方もいます。		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	入居者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。出来ること・わかることに繋がるよう支援するよう努めている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム茅ヶ崎

作成日

平成30年11月15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	13	ケアが介護スタッフ目線になり、お客様第一から離れている時がある。	ケアの質の向上	毎月、短期目標を全スタッフに考えていただき、玄関横に掲示する	今年度

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	セントケアホーム茅ヶ崎
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	方針書及びホームの方針を年度毎に作成し、朝・夕礼時に方針書・ホーム目標を読み合わせを行っている。認知症ケア10ヶ条は掲示もを行いケアの心得としてスタッフ間で共有している。		
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	自治会に入り、運営推進会議にて地域の方より忌憚のないご意見を頂いている。また地域の方を招いたイベントを開き、つながりを深めている。防災訓練等もお誘い頂いている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の小・中学校からの職業体験の依頼を積極的に受入れ、認知症の方への理解を深めて頂けるよう努力している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	年々参加する方が固定されてしまっている。身体拘束廃止委員会を運営推進会議と一緒に日に行っている。		
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取り組んでいる	サービスの取組みや入居者さまへの対応について日頃から相談を行っている。また市町村担当者様の勧めにより介護相談員制度を申し込み、御来所頂いている。		

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
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	定例研修にて身体拘束についての研修を開催し、スタッフが身体拘束について正しい知識を持てるよう指導を行っている。また運営推進会議と同日、身体拘束廃止委員会を設置、開催し議事録をスタッフ全員に読んでいただいている。		
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	定例研修にて身体拘束についての研修を開催し、スタッフが虐待防止について正しい知識を持てるよう指導を行っている。		
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	社内の研修に管理者が出席し、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	契約には十分な時間を取り重要事項・契約書の説明を行っている。契約書式も説明に漏れが内容充実した内容となっている。		
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	運営推進会議は、全家族に出席を呼びかけるようにし多くの意見を集約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
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	カンファレンスや定例研修を通じ、スタッフより意見を出してもらい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	勤務のシフトについては管理者が作成し、代表者に提出している。管理者はスタッフと年一回の契約更新時に面談を行うこととし今後の取り組みについて話し合いを持っている。		
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	入社時は初任者研修を行い、現任者には定例研修の機会を設け人材育成に努めている。		
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	市役所の主催により事業者向けの集まりがあり情報交換を行っている。		
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	入居前に必ず、御本人様に来所頂くようにし、御本人さまの要望に耳を傾ける場を設けている。		

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	メモリーブックにて御本人様の今までの経過について理解を深めると共に、ご家族の要望を記入する欄を設け、ご意見を伺うようにしている。		
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	御本人様、ご家族様との間の話合いの上、希望に応じて往診医や訪問歯科治療の紹介などを行っている。		
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	御本人様の能力に応じ、掃除、洗濯物たたみ、食器の下膳、カーテン閉めなどの家事を行って頂ける様促している。		
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	ご家族の訪問は積極的にすすめている。運営推進会議については全家族へ出席を促し、同じ御本人様を取り巻く介護者としてご意見を頂けるようお願いをしている。		
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をせず、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	共通の趣味や能力に応じた席の配置や、レクリエーションを持つ様にし、入居者様間の交流が多くもてるよう取り組んでいる。		
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	現在の所、特にご相談などを頂いていないが、必要に応じ情報を提供出来るよう情報収集に努めている。		
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。	入所前にご家族及び御本人様にも確認を取りメモリーブックを記入して頂き、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	メモリーブックには、生活歴やなじみの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等を記入して頂き、把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	入居時に作成して頂いたメモリーブックや入居後のアセスメントなどスタッフ全員で御本人様の理解に努めている。		

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	入居に当たってはメモリーブックを確認しながら、ご家族と話し合いを持ち、ホームでの役割、可能性などを加味しながら介護計画の作成に当たっている。		
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	入居者様個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認出来るようにしている。また日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催時に確認をしている。		
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出来る様、ホーム内外を問わず地域の資源を探し、サービスの向上に努めている。		
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	地域の資源については、現在の入居者様それぞれに合っていると考えられるボランティアなどを開拓、選定し依頼を掛けている。		
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	受診については御本人様、ご家族様に意見を尊重し決定している。また必要に応じ、将来などを見据えた提案などもすすめている。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	医療連携先である訪問看護ステーション職員への相談により利用者が適切な受診が出来るよう支援をすすめている。		
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。また医療連携先である訪問看護ステーションにも連絡し退院に当たっての相談にのって頂いている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まず契約時に重度化の対応についてお話をさせて頂き、状況に応じてご家族及び主治医、看護師と連携を取り、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・定例研修の実施、またカンファレンス時での確認をしている。		
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回の防災訓練と共に、定例研修を実施し広域避難場所の説明、災害時の手順などの確認を行っている。地域の防災訓練にも申し込みをして協力を依頼している。		

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	認知症ケア10ヶ条を基本に尊厳を守り、その方に合った声掛けや対応が出来るよう支援している。		
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	御本人様の意向を確認し、希望添えるように配慮している。意志疎通の難しい方は、過去の生活歴等を確認し御本人様に合った支援を心がけている。		
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	御本人の意向を確認しながら計画作成者と相談し外出支援やレクリエーション等を行っている。		
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。		
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	入居者様の可能な内容に合わせ片付けなどのお願いをしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	法人内の管理栄養士によるメニューに沿ってすすめ、バランス良いものとなっている。個々の食事摂取量は毎回確認している。		
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(必要な方は食前も)の実施声掛けを行っている。義歯についてはそれぞれの能力に応じた支援を行っている。		
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	定期的に声掛け、誘導を行うことで、失敗を減らすように心がけている。排泄の時間についてはチェックを行い、スタッフ全体で情報を共有している。		
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	食事は繊維質を意識し、極力自然な排便を促している。便秘は薬だけではなく水分摂取や運動なども促すようにしている。		
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	入浴は意向を確認しながらすすめる様にしている。一度拒否された方も、暫くしてから再度声掛けを試みるなどの取り組みを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	状況に応じて居室での休憩を促している。不眠症状などがある場合は記録をとり、ご家族と相談の上、主治医へ連携をすすめている。		
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	処方薬のファイルを作成し、いつでも確認出来るようにしている。薬の変更や頓服が処方された時は申し送りノートに記入し周知徹底する。		
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い、役割を持って生活して頂けるよう努めている。		
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	日々のお散歩や買い物等を行っている。四季折々を感じて頂ける様、ドライブなども行っている。		
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	基本的には事務所にて管理している。入居者様にもその旨を伝え、希望を聞くようにしている。		

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
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	電話の希望があるときは時間を指定せずに使用して頂いている。手紙は今のところ希望される方がいないが、希望を確認しつつ意向に合わせるよう取り組む。		
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	入居様によって頂いたものを展示したり、日頃の生活風景を写した写真を掲示するなどくつろげる空間作りに取り組んでいる。		
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	食事を除いては席を固定せず、居心地の良い場所で過ごして頂くよう努めている。		
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頂いているものを用意して頂いている。お部屋は名札を付けるなど御本人様の居室であることが認識できるように努めている。		
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	入居者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。出来ること・わかることに繋がるよう支援するよう努めている。		

目標達成計画

事業所

セントケアホーム茅ヶ崎

作成日

平成30年11月15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	13	ケアが介護スタッフ目線になり、お客様第一から離れている時がある。	ケアの質の向上	毎月、短期目標を全スタッフに考えていただき、玄関横に掲示する	今年度

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。