

<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	1495600122
法人名	セントケア神奈川株式会社
事業所名	セントケアホームゆりがおか
訪問調査日	2018年12月18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	1495600122	事業の開始年月日	平成22年5月1日	
		指定年月日	平成22年5月1日	
法人名	セントケア神奈川株式会社			
事業所名	セントケアホームゆりがおか			
所在地	(2 1 5 - 0 0 0 3)			
	神奈川県川崎市麻生区高石 2 - 2 0 - 1 5			
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	
定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名	
		定員計	18 名	
自己評価作成日	平成29年12月18日	評価結果	市町村受理日	
		ユニット数	2 ユニット	

※ 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)】

・小田急百合ヶ丘駅より徒歩10分ンピチにあります。近隣には高石神社や潮音寺などが有り散歩を行っております。少し車を走らせると、よみうりランドやバラ園等があり外出の機会も多く取り入れています。必要に応じて1対1での散歩も行っております。現在は、ホームゆりがおかをお客様にとって安心できる「第2の家族の様な環境づくり」と考え、1日1日を笑顔の絶えない明るいホームを作っております。お客様にとって、かけがえのない人生の1ページを作れるよう行っております。

【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28年3月1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。場所は小田急線「百合ヶ丘駅」から徒歩10分程で、「もみじヶ丘公園」東側に位置し、隣接するかたちで小規模多機能が建っています。

●利用者にとって、安心できる「第2の家族の様な環境づくり」に力を入れ、1日1日笑顔が絶えない明るい事業所を目指しています。事業所の経営目標に「にやる・出来る・徹底する」を設定し、スローガんに「世のため、人のため、スタッフのため」を掲げています。1人ひとりの残された能力に見合った張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、掃除、洗濯物畳み、食事前のテーブル拭き、配膳、下膳等出来る範囲で、役割を果たす事で達成感を感じ、生き甲斐に繋げながら、ADLの維持に注力した支援に取り組んでいます。

●地域交流では、日頃の散歩時に挨拶を交わしたり、自治会主催の諸行事への参加や隣接している小規模多機能にボランティアの方が来られた際には、一緒に参加するなどして交流を図っています。職員の子供が小学校のコーラスに入っているので、披露しに来てもらえるように交渉中です。

【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	セントケアホームゆりがおか
ユニット名	百合の花

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、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	「笑顔の創造」を理念に掲げ、管理者と職員はその人らしい笑顔が見られるように支えあう体制を作ることを、朝礼で方針書朗読をし、夕礼でお客様情報の申し送りを徹底するようにしている。	「笑顔の創造」とした理念の下に、管理者をはじめ全職員で朝礼で方針書の読み上げを行って理解共有して、「その人らしい笑顔が見られる」とした目標と共にそれぞれの利用者が生き甲斐の感じられる日々が送られるように、夕礼時にも利用者の情報交換を行い、理念に沿ったケアの実践に向けて取り組んでいます。	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	散歩の際に地域の方に挨拶したりコミュニケーションを取るようにしている。また、隣接している小規模多機能にボランティアで歌などに合同で参加させて頂いている。スタッフの子どもが小学校のコーラスに入っているので依頼中。	日頃の散歩時に挨拶を交わしたり、自治会主催の諸行事への参加や隣接している小規模多機能にボランティアの方が来られた際には、一緒に参加するなどして交流を図っています。職員の子供が小学校のコーラスに入っているので、披露しに来てもらえるように交渉中です。	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	隣接している小規模多機能ご利用されているお客様にも、GHの内容を伝えている。		
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	運営推進会議は2～3か月ごとに行っている。ホームの現状や行事について話し、小規模多機能のご利用されているご家族と合同で行い、GHと小規模多機能ご利用されているご家族同士の話し合いを行っている	2～3ヶ月に1回隣の小規模多機能と合同で自治会長、地域包括支援センター職員、利用者家族、事業所関係者の参加で開催しています行われています。事業所の運営状況と今後の行事予定などを報告し、参加者からの質問、意見、助言、提案等もいただくようにしています。また、小規模多機能を利用している家族とも顔なじみの関係を構築しています。内容については、議事録にて全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	地域包括支援センターとの話し合いはあるも、市の担当者とは行き来する関係までは至っていない。	地域包括センター職員は、運営推進会議に2カ月に1回参加していただき、用件に応じて不明点・疑問点について相談に乗っていただく等、良好な関係を構築出来ています。また、地域包括職員からの入所照会も受けています。市の担当者とは生保受給者の関係で定期的に連絡を取り合っています。	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	身体拘束は虐待であることを管理者はスタッフに常に伝えている。玄関施錠はやむを得ないが閉じ込めないホームであることを管理者はご家族及びスタッフにくり返し伝えるようにしている。身体拘束が必要なお客様についてはご家族にないお用を伝えて了解をいただいている。	管理者は、職員に対して常に虐待と身体拘束について周知徹底しています。身体拘束・虐待禁止についてのマニュアルや事例に基づいた職員への研修も行き、日頃の言葉かけや、禁止行為を共有認識して身体拘束・虐待の廃止に繋げています。玄関は施錠していますが、閉塞感を感じないよう臨機応変に対応しています。	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逃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	定例研修で年1回以上は必ず虐待防止について取り上げている。利用者のあざ等に気付いた場合は申し送り時情報をスタッフ間で共有し、話し合える雰囲気を作るようにしている。			
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	ホーム内研修で取り上げ、権利擁護の制度について理解し、活用できるようにしている。			
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	管理者が契約を行っている。十分に説明し、利用者・家族に不安がないよう、理解して頂けるようにしている。			
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し、入居時に説明している。家族会では家族同士が話し合えるような場を作っている。運営推進会議時も話し合える環境を作っている。	利用契約時に重要事項25条に記された苦情相談窓口と、その対応の流れについての説明を行っています。家族とは面会時や電話連絡時などに、利用者の生活状況の報告を始めコミュニケーションを取りながら、意見を伺うようにしています。また、運営推進会議時にも率直な意見を伺い、意見等は記録に残しています。いただいた意見等については、職員会議で検討した後に、運営に反映させています。法人では、毎年1回利用者満足度調査を実施し、改善に繋げています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月1回の全体ミーティングや毎日の朝礼・夕礼時、スタッフの意見や提案を出せる機会を作っている。並びに週1回各階カンファレンスを行っている。現在カンファレンスはできていないので、今後もっと意識を高めに行い、働きやすくお客様のために行う。	事業所では毎月1回のミーティング時や朝・夕会時にスタッフから意見などを聴く機会が設けています。ユニット会議でも職員の意見提案を聞ける体制になっていますが、現在ユニット会議が行われていません。働きやすい職場環境の整備やサービスの質向上を目指して今後、早急を実施する計画をしています。	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	毎年契約更新時に面談を行い、各自の1年間の目標を立てたり、評価を伝えたりしている。必要時、随時面談を行うようにしている。		
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	法人の採用時研修。所内の毎月の定例研修を計画的に行っている。ヘルパー2級講習を希望する職員には法人の補助がある。法人の研修を100%受けられるように進めている。		
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	管理者・計画作成担当者・ケアマネージャーが家族会等に参加、同業者と交流している。		
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	契約前に本人・家族に来所してもらい入居者や職員とお茶を飲んでお話ししたり、レクに参加したりする時間を設けている。本人とお話しし、困っていること、希望していること等伺っている。		

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
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	先ず家族が困っていることをお聞きし、悩み・不安を否定せずに受け止めるようにしている。本人も家族もお互いを思って安心して暮らせるように支援していることをお伝えしている。		
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	入居相談を受けた時点で、本人・家族が困っていることをお聞きしている。グループホームの利用が適切でない場合、他のサービスを説明、相談窓口をお知らせしている。現在は隣接している小規模の話も織り込んでいる。		
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	生活の中で、掃除・洗濯物たみ・庭仕事等、職員と一緒に楽しみながら行っている。職員は、子育ての相談をしたり、料理を教えてもらったりすることがある。		
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	毎日の生活はホームで過ごしながらも本人の家族への思いは強く忘れることがないことを家族へ伝え、できるだけホームに来院していただき、一緒にいる時間を作ってもらうようにしている。		
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	本人のなじみの場所の写真等から話題を作ったり、いろいろな場所にドライブに出かけたりしている。なじみの人においていただいたり、電話・手紙を希望される方には支援するようにしています。	入居者がこれまでに大切にして来た馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、家族をはじめ、友人や知人等の訪問時は歓迎しています。また、利用者の営での楽しかった場所や出来事の「今の思いを知って」出来るだけ思に沿った支援が出来るよう、色々な場所へドライブに出かけたり家族の協力を得ながら支援しています。	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	病気の症状の具合、性格等を考慮し、落ち着く席順にする。一緒に楽しくレク・行事を提案するようにしている。お互いに挨拶できるよう職員が配慮している。一人入院すると、みんなで心配している。		
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	退去された方、家族からの相談には親身に応じている。必要な相談に応じたり、相談窓口を紹介したりしている。1名自宅に戻られた奥様と月に1、2回連絡取り合い相談を受けている。		
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。	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。意向の把握が困難な人は態度や様子から判断している。	「メモリーブック」から生活歴などの把握し、日々の会話や仕草・表情からも、本人本位に検討しています。また、家族等からの情報も加味しながら支援計画を作成して、本人本位を第一として想いに適う支援に努めています。モニタリングでは、本人の思いに沿った支援が実践できているかの確認も行っています。	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	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		
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	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		

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
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	本人、家族の様子を見て、職員間で話し合い計画作成担当者が介護計画を作成している。必要に応じて、医師・看護師と話し合い意見を反映させている。	先ず初期計画で3ヶ月様子を見て、変化がある場合には都度見直しを前提として通常は6ヶ月を目途に見直しを行っています。職員の日々の観察を基に意見を出し合い、計画作成者を中心に家族の要望も踏まえて検討し、その方の現状に沿った介護計画を作成していますが、必要に応じて医師看護師にも相談しています。モニタリングでは、現状の介護計画とのズレが生じていないかの確認も行っています。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子は日常生活記録に記入している。職員は出勤時に目を通し、情報を共有している。申し送りノートも活用し、休んでいるスタッフが出勤時、対応方法がすぐわかるようにしている。		
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	同一法人の訪問看護を受け入れている。隣接する小規模多機能から車を借りて全員で外出する事もある。家族の都合の悪い時は、職員が付き添い通院することもある。		
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	スタッフの知人がボラティアで日本舞踊をやってくださったり、散歩のボランティアに来てくださる。今後は地域のコーラスを招き入れる予定。スタッフより、音楽交流サロンというのがある情報を聴き、月2回発表会があるので参加していく予定。		
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	利用者家族の希望により、協力医療機関の訪問診療を受けられる。法人の訪問看護ステーションから看護師が月2回来訪し、健康管理を行っている。	事業所では、3医療機関を協力医療機関としています。その人に合った医療機関を主治医として月2回の往診に来ていただいています。また、法人の介護ステーションの看護師の訪問も週1回あり、利用者1人ひとりの健康管理が行われています。従来のかかりつけ医での受診を希望される方は、家族対応をお願いしていますが、必要情報の提供や受診結果を共有することで、適切な医療支援が受けられるように支援しています。	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
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	月に2回の看護師訪問時、職員は毎日の生活の中での気付いたことを相談している。夜間は電話での相談に応じてもらっている。		
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。	入院時は病院に訪問し様子を把握し、医師・、看護師と情報交換し、退院後の計画を立てるようにしている。		
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	通常の介護が困難になった場合、家族、医療機関ホームが相談して他施設への移動・入院も含めた対処することになっている。場合によっては看取りを行う可能性もある。入居時に家族に説明している。	重度化時の方針について入居契約時に重度化・終末期ケアについて、事業所の出来ること、出来ない事を家族・後見人に説明しています。医師または看護師が終末期と判断した時点で、希望を伺い、家族・事業所責任者・医師との繰り返しての話し合いで、種々選択肢（他施設への移動・入院）を示し最善の方法を見出して支援を行うとしています。事業所では看取り介護の体制も整えており、場合によっては看取りを行う方針としています。	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	全職員が急変時マニュアルに沿った対応が速やかにできるよう研修を行っている。毎日の朝礼時、CPRの訓練を行っている。		
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	非常災害時の対応については、定例研修で年2回実施している。消防避難訓練は、年4回実施している。うち2回は麻生消防署の方も出席できるよう対応している。	非常災害時の訓練については、年4回の消防訓練を実施し、内2回は所轄消防署立ち合いの基で行っています。また、法人本部に消防OBの防災担当がおり、訓練の立ち合いと備蓄品等の管理を行っています。非常用備蓄は食料・水・乾電池・オムツなどを準備しています。地域との（隣接の小規模多機能）協力体制も構築されています。	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	日々のケアの中で、居室には無断で入らないこと、トイレ使用時は戸を閉めること、幼稚な言葉かけをしないこと、入浴を一人で入るとの希望があった際は5～10分おきに声掛け対応する等、管理者は繰り返し指導するようにしている。	入居者の身になり誇りやプライバシーを損ねる事の無い言葉遣いと態度に心がけ、居室に入るときには声をかけて承諾を得てから入室するようにしています。トイレ誘導には声の大きさに留意し、使用時には必ず扉を閉めることを徹底しています。呼称は「さん」付けを基本としていますが、時には親しみをもった本人の希望も取り入れて呼ぶ場合もあります。1人での入浴を希望する方には数分ごとの確認を徹底して対応をしています。	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	生活の中で職員が決めるのではなく、本人が決定する機会を作るようにしている。言葉に出せない方は、表情・態度で推し量る。	/		
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、その目をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	食事時間を基本として大まかな流れはあるが、それぞれ利用者のペースで、自室でテレビを見たり、手紙を書いたり、電話を掛けたり、庭仕事したり家族と外出したり・・・職員はその人らしい生活ができるように支援している。			
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	希望者は毎月訪問理美容を第1火曜日に呼んでいて受けている。短くするだけでなく、それぞれの好みのヘアスタイルにしている。今後はマニキュアなども行っていきたい。			
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	専任の調理担当者が食事を作る。利用者は能力に応じてテーブル拭き、配膳、下膳等を手伝っている。月に何回か「食レク」を行っている。お客様とメニューを決め一緒に買い物に行く。おやつやレクを随時行っている。	時には趣を変えて「食レク」として好みのメニューで食材調達と共に調理をして楽しんでいます。通常は専任の調理担当者による食事作りで、1人ひとりの能力に応じて食卓拭き、下膳、片付けなどの手伝いを頂き、役割をこなす事で達成感を感じてもらいながら、能力の維持と食欲の維持に繋がっています。「おやつレク」は随時行っています。	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
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	法人が得管理した献立をもとに食事を作っている。1日1600カロリー、水分1500ccを目安にしている。個人ごとの食事・水分摂取量は記録・管理している。		
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、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	本人の能力に応じて、洗面所または席で毎食後口腔ケアを行っている。不十分なところは職員が支援する。技師の管理が困難な方は、職員が行っている。		
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	出来るだけトイレでの排泄ができるように支援している。排泄票を記録しパターンを把握し役立てるようにしている。夜間は転倒の危険がないように配慮している。現在は2時間か3時間おきに声掛け誘導を行っている。	水分摂取量の記録と排泄チェック表を利用し、その人に合った声かけ・見守りで定期的なトイレ誘導を行って支援をしています。体調の変化や入院などでリハビリパンやオムツになった方も、トイレでの排泄を支援することで、出切るだけ外せるように心がけた支援を行っています。夜間は転倒の危険がないように配慮しながら、2時間～3時間おきに声掛け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	食事・水分をしっかりと摂り運動することにより、便秘を予防するようにしている。医師と相談しながら、スムーズな排便を進めている。必要に応じて下剤仕様している方もいる。		
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	週2～3回入浴している。職員と話しながらの入浴は楽しんでいる。希望により同性介助に努めている。菖蒲湯・ゆず湯等季節を感じてもらえるようにしている。	週2～3回を基本とし、曜日や時間などに捕らわれず柔軟に対応しながら入浴支援を行っています。入浴時には、打ち身・あざ・湿疹などの発見にも繋がる事を踏まえ、決して無理強いはいませんが、誘い方を変えながら入浴を促しています。季節にはゆず湯、菖蒲湯なども取り入れています。家族、本人からの希望があれば、同性介助での対応も行うようにしています。	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	夜間はフロアーの照明を少し落とし、居室は豆球にし、エアコンで快適な温度に調節し、落ち着いて気持ちよく眠れるようにしている。		
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	薬の情報はいつでも確認できるようにファイルし、薬は複数の職員が確認の上セットしている。服薬時には、名前日付時間を声を出して読み上げ本人にも確認していただき、確実に飲み込むまで見守りしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	楽しみになるように、掃除・洗濯たたみ・テーブル拭き等生活の中で役割をもってもらっている。習字、手芸をしたり、ボランティアによる歌や踊りを鑑賞している。		
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	近くの散歩、買い物、ドライブ。花見、外食等外出に機会を多く作るようにしている。隣接している小規模多機能に車を借りて、車いすの方にも外出の機会を設けている。歩行不安定や、車いす使用の方はマンツーマンで行っている。	日々の外出希望にはできるだけ対応し、天気の良い日には近くの散歩コースに出かけたり買いに物に行くこともあります。隣接の小規模多機能から車を借りての遠出外出も計画して行っています。その他、季節に合わせて花見、外食等の企画を立案して季節を感じる外出機会を作るようにしています。	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	お小遣いは事務所の金庫で預かっている。古坊によっては、外出時に本人に財布をお渡しする。		

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	希望される方にはホームの電話を貸している。教室での携帯電話の使用は、他の方の迷惑にならないようにという条件付きで可。			
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	ベランダに花壇がありお客様と一緒に花を育てる事が出来る。リビングにはお客様が作った季節感のあるものが貼られている。リビングは明るく気持ちが良い。	玄関を入るとスタッフルーム・和室と共にキッチンに接した居間・食堂があり続く廊下の左右に居室が並ぶ造りになっています。館内は清掃が行き届き騒音や異臭も無く適度な湿度・温度管理が行われ、リビングには、テーブルやソファが置かれ、食事準備風景等も見られるようになっています。また、季節の花等も飾り、安らぎと寛が感じられるように空間作りが行われています。壁面には皆で作成した季節感のある装飾が掲示され、行事時の写真が全体バランスを考慮して飾られています。		今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングにはソファを置き、気分を変えて寛いだり、他のお客様と歓談できるコーナーになっている。			
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	教室には洗面台があり、手を洗ったりできる。利用者好みのベット、タンス、椅子などを持ち込み、家族の写真や化粧道具があつて、その人にあつた安らげる場所になっている。	入居時に使い慣れた家具などを持ち込んでいただくことを勧めています。馴染みの物に囲まれることで、自宅と同様な雰囲気を感じられるように、これまで大切にしてきた、ベットやタンス、椅子等の他、思い出の写真などが持ち込まれ、各々落ち着いて過ごせる空間作りがされています。居室はエアコン、クローゼット、洗面台が完備されています。		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	共有スペースであるトイレや風呂には手すりがあり、安全に移動ができる。部屋の入り口には表札があり自分の部屋とわかりやすい。			

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホームゆりがおか

作成日

平成29年12月18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	地域との関係性	地域の行事に参加し、ホームにて行事がある場合は、地域の方にも参加して頂く。	ホーム内でイベントを実施するだけでなく、地域のイベントにも参加させ。て頂く。	H29. 12. 18～H 30. 11. 31
2	12	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	ホームとして最後の時までご利用者様とご家族を支えていけるようにする。	ご家族様と密なる関係を作る、研修や医療連携をとることでスタッフが安心して取り組める環境を作る。	H29. 12. 18～H 30. 11. 31

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	セントケアホームゆりがおか
ユニット名	ひまわり

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、生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	「笑顔の創造」を理念に掲げ、管理者と職員はその人らしい笑顔が見られるように支えあう体制を作ることを、朝礼で方針書朗読をし、夕礼でお客様情報の申し送りを徹底するようにしている。		
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	散歩の際に地域の方に挨拶したりコミュニケーションを取るようにしている。また、隣接している小規模多機能にボランティアで歌などに合同で参加させて頂いている。スタッフの子どもが小学校のコーラスに入っているので依頼中。		
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	隣接している小規模多機能ご利用されているお客様にも、GHの内容を伝えている。		
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	運営推進会議は2～3か月ごとに行っている。ホームの現状や行事について話をし、小規模多機能のご利用されているご家族と合同で行い、GHと小規模多機能ご利用されているご家族同士の話し合いを行っている		
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	地域包括支援センターとの話し合いはあるも、市の担当者とは行き来する関係までは至っていない。		

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
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	身体拘束は虐待であることを管理者はスタッフに常に伝えている。玄関施錠はやむを得ないが閉じ込めないホームであることを管理者はご家族及びスタッフにくり返し伝えるようにしている。身体拘束が必要なお客様についてはご家族にないお用を伝えて了解をいただいている。		
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	定例研修で年1回以上は必ず虐待防止について取り上げている。利用者のあざ等に気付いた場合は申し送り時情報をスタッフ間で共有し、話し合える雰囲気を作るようにしている。		
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	ホーム内研修で取り上げ、権利擁護の制度について理解し、活用できるようにしている。		
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	管理者が契約を行っている。十分に説明し、利用者・家族に不安がないよう、理解して頂けるようにしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し、入居時に説明している。家族会では家族同士が話し合えるような場を作っている。運営推進会議時も話し合える環境を作っている。		

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
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	月1回の全体ミーティングや毎日の朝礼・夕礼時、スタッフの意見や提案を出せる機会を作っている。並びに週1回各階カンファレンスを行っている。現在カンファレンスはできていないので、今後もっと意識を高めに行い、働きやすくお客様のために行う。		
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	毎年契約更新時に面談を行い、各自の1年間の目標を立てたり、評価を伝えたりしている。必要時、随時面談を行うようにしている。		
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	法人の採用時研修。所内の毎月の定例研修を計画的に行っている。ヘルパー2級講習を希望する職員には法人の補助がある。法人の研修を100%受けられるように進めている。		
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	管理者・計画作成担当者・ケアマネージャーが家族会等に参加、同業者と交流している。		
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	契約前に本人・家族に来所してもらい入居者や職員とお茶を飲んでお話ししたり、レクに参加したりする時間を設けている。本人とお話しし、困っていること、希望していること等伺っている。		

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
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	先ず家族が困っていることをお聞きし、悩み・不安を否定せずに受け止めるようにしている。本人も家族もお互いを思って安心して暮らせるように支援していることをお伝えしている。		
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	入居相談を受けた時点で、本人・家族が困っていることをお聞きしている。グループホームの利用が適切でない場合、他のサービスを説明、相談窓口をお知らせしている。現在は隣接している小規模の話も織り込んでいる。		
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	生活の中で、掃除・洗濯物たみ・庭仕事等、職員と一緒に楽しみながら行っている。職員は、子育ての相談をしたり、料理を教えてもらったりすることがある。		
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	毎日の生活はホームで過ごしながらも本人の家族への思いは強く忘れることがないことを家族へ伝え、できるだけホームに来院していただき、一緒にいる時間を作ってもらっているようにしている。		
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	本人のなじみの場所の写真等から話題を作ったり、いろいろな場所にドライブに出かけたりしている。なじみの人においでいただいたり、電話・手紙を希望される方には支援するようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	病気の症状の具合、性格等を考慮し、落ち着く席順にする。一緒に楽しくレク・行事を提案するようにしている。お互いに挨拶できるよう職員が配慮している。一人入院すると、みんなで心配している。		
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	退去された方、家族からの相談には親身に応じている。必要な相談に応じたり、相談窓口を紹介したりしている。1名自宅に戻られた奥様と月に1、2回連絡取り合い相談を受けている。		
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。	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。意向の把握が困難な人は態度や様子から判断している。		
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	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		
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	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。		

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
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	本人、家族の様子を見て、職員間で話し合い計画作成担当者が介護計画を作成している。必要に応じて、医師・看護師と話し合い意見を反映させている。		
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	日々の様子は日常生活記録に記入している。職員は出勤時に目を通し、情報を共有している。申し送りノートも活用し、休んでいるスタッフが出勤時、対応方法がすぐわかるようにしている。		
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	同一法人の訪問看護を受け入れている。隣接する小規模多機能から車を借りて全員で外出する事もある。家族の都合の悪い時は、職員が付き添い通院することもある。		
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	スタッフの知人がボラティアで日本舞踊をやってくださったり、散歩のボランティアに来てくださる。今後は地域のコーラスを招き入れる予定。スタッフより、音楽交流サロンというのがある情報を聴き、月2回発表会があるので参加していく予定。		
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	利用者家族の希望により、協力医療機関の訪問診療を受けられる。法人の訪問看護ステーションから看護師が月2回来訪し、健康管理を行っている。		

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
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	月に2回の看護師訪問時、職員は毎日の生活の中での気付いたことを相談している。夜間は電話での相談に応じてもらっている。		
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。	入院時は病院に訪問し様子を把握し、医師・、看護師と情報交換し、退院後の計画を立てるようにしている。		
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	通常の介護が困難になった場合、家族、医療機関ホームが相談して他施設への移動・入院も含めた対処をすることになっている。場合によっては看取りを行う可能性もある。入居時に家族に説明している。		
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	全職員が急変時マニュアルに沿った対応が速やかにできるよう研修を行っている。毎日の朝礼時、CPRの訓練を行っている。		
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	非常災害時の対応については、定例研修で年2回実施している。消防避難訓練は、年4回実施している。うち2回は麻生消防署の方も出席できるよう対応している。		

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	日々のケアの中で、居室には無断で入らないこと、トイレ使用時は戸を閉めること、幼稚な言葉かけをしないこと、入浴を一人で入るとの希望があった際は5～10分おきに声掛け対応する等、管理者は繰り返し指導するようにしている。		
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	生活の中で職員が決めるのではなく、本人が決定する機会を作るようにしている。言葉に出せない方は、表情・態度で推し量る。		
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	食事時間を基本として大まかな流れはあるが、それぞれ利用者のペースで、自室でテレビを見たり、手紙を書いたり、電話を掛けたり、庭仕事したり家族と外出したり・・・職員はその人らしい生活ができるように支援している。		
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	希望者は毎月訪問理美容を第1火曜日に呼んでいるので受けている。短くするだけでなく、それぞれの好みのヘアスタイルにしてもらっている。今後はマニキュアなども行っていきたい。		
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	専任の調理担当者が食事を作る。利用者は能力に応じてテーブル拭き、配膳、下膳等を手伝っている。月に何回か「食レク」を行っている。お客様とメニューを決め一緒に買い物に行く。おやつやレクを随時行っている。		

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
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	法人が得管理した献立をもとに食事を作っている。1日1600カロリー、水分1500ccを目安にしている。個人ごとの食事・水分摂取量は記録・管理している。		
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、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	本人の能力に応じて、洗面所または席で毎食後口腔ケアを行っている。不十分なところは職員が支援する。技師の管理が困難な方は、職員が行っている。		
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	出来るだけトイレでの排泄ができるように支援している。排泄票を記録しパターンを把握し役立てるようにしている。夜間は転倒の危険がないように配慮している。現在は2時間か3時間おきに声掛け誘導を行っている。		
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	食事・水分をしっかりと摂り運動することにより、便秘を予防するようにしている。医師と相談しながら、スムーズな排便を進めている。必要に応じて下剤仕様している方もいる。		
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	週2～3回入浴している。職員と話しながらの入浴は楽しみになっている。希望により同性介助に努めている。菖蒲湯・ゆず湯等季節を感じてもらえるようにしている。		

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
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	夜間はフロアーの照明を少し落とし、居室は豆球にし、エアコンで快適な温度に調節し、落ち着いて気持ちよく眠れるようにしている。		
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	薬の情報はいつでも確認できるようにファイルし、薬は複数の職員が確認の上セットしている。服薬時には、名前日付時間を声を出して読み上げ本人にも確認していただき、確実に飲み込むまで見守りしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	楽しみになるように、掃除・洗濯たたみ・テーブル拭き等生活の中で役割をもってもらっている。習字、手芸をしたり、ボランティアによる歌や踊りを鑑賞している。		
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	近くの散歩、買い物、ドライブ。花見、外食等外出に機会を多く作るようにしている。隣接している小規模多機能に車を借りて、車いすの方にも外出の機会を設けている。歩行不安定や、車いす使用の方はマンツーマンで行っている。		
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	お小遣いは事務所の金庫で預かっている。古坊によっては、外出時に本人に財布をお渡しする。		

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	希望される方にはホームの電話を貸している。教室での携帯電話の使用は、他の方の迷惑にならないようにという条件付きで可。		
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	ベランダに花壇がありお客様と一緒に花を育てる事が出来る。リビングにはお客様が作った季節感のあるものが貼られている。リビングは明るく気持ちが良い。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングにはソファを置き、気分を変えて寛いだり、他のお客様と歓談できるコーナーになっている。		
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	教室には洗面台があり、手を洗ったりできる。利用者好みのベット、タンス、椅子などを持ち込み、家族の写真や化粧道具があって、その人にあった安らげる場所になっている。		
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	共有スペースであるトイレや風呂には手すりがあり、安全に移動ができる。部屋の入り口には表札があり自分の部屋とわかりやすい。		

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホームゆりがおか

作成日

平成29年12月18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	地域との関係性	地域の行事に参加し、ホームにて行事がある場合は、地域の方にも参加して頂く。	ホーム内でイベントを実施するだけでなく、地域のイベントにも参加させ。て頂く。	H29. 12. 18～H 30. 11. 31
2	12	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	ホームとして最後の時までご利用者様とご家族を支えていけるようにする。	ご家族様と密なる関係を作る、研修や医療連携をとることでスタッフが安心して取り組める環境を作る。	H29. 12. 18～H 30. 11. 31

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。