

<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

	項目数
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
<b>合計</b>	<b>20</b>

事業所番号	1495600023
法人名	セントケア神奈川株式会社
事業所名	セントケアホーム新百合ヶ丘
訪問調査日	平成22年11月26日
評価確定日	平成22年12月27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。

## 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18年2月1日	
		指定年月日	平成19年4月1日	
法人名	セントケア神奈川株式会社			
事業所名	セントケアホーム新百合ヶ丘			
所在地	( 215-0006 )			
	神奈川県川崎市麻生区金程1-38-20			
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22年10月31日	評価結果 市町村受理日	平成23年1月29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)】

<p>当ホームは、入居者様とその人らしく活動的に生活して頂くために残存能力を理解し、レクリエーションやプログラムに力を入れている。主にプログラムとして、ボランティアさんを受け入れ回想法や音楽レクリエーションを計画的に行っている。</p> <p>食事面は、法人内の栄養士によるメニューを基に専属のキッチンスタッフが調理し、栄養バランスの配慮が出来ている。キッチンスタッフが専属しているため入居者様の調理の機会が少ないが、盛り付けや配膳、食事レクリエーションを計画し、買い物・調理・洗い物などの機会を持てるよう努力している。また、おやつも入居者様と介護スタッフで手作りのものを作るなど工夫し積極的に活動している。</p> <p>地域との関わりは、毎月近隣の会館で行われる老人会のサロンに参加し地域の方と食事をしたりレクリエーションを行ったり、認知症の方の理解や入居者様の楽しみの機会に繋げている。</p>
--

## 【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 SYビル2F		
訪問調査日	平成22年11月26日	評価機関 評価決定日	平成22年12月27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)】

<p><b>このホームの特徴</b></p> <p>①このホームはセントケア神奈川株式会社の経営である。セントケアは2007年4月に総合福祉会社として企業グループを再編成し、全国9エリアを6つの独立した地域会社に再編成し、統括として持株会社のセントケア・ホールディング株式会社が纏める形態となりました。セントケア・ホールディング株式会社の傘下には6社の他に関連10余社が所属し、6000名弱の社員を擁した一大総合福祉会社である。セントケアは理想を福祉社会の創造に置き、「生き甲斐の創造」を理念とし、3つの規律(高い思想と謙虚な姿勢、損得より役立ちの優先、ケアの本質の追及)を設け全職員一丸となって福祉に取り組んでいる。毎年、企業の経営方針書が作成されるので、それに沿ったホームの理念方針を作成し、毎朝の朝礼時に唱和し周知・徹底している。地理的には新百合ヶ丘の高台に造成された住宅地にあり、新百合ヶ丘駅から徒歩で15～6分のところにある。坂道なので帰りの徒歩時間はかなり短くなる。見晴らしの良い、落ち着いた住宅地である。</p> <p>②地域との関係については町内会に加入し、お祭りなど行事に参加している。また、地域の老人会活動にも参加し、老人会主催の昼食(300円)と一緒に食べるサロンにも6名程度が参加している。お隣が大家さんであるが、非常に好意的であり、畑の作物を頂く他、地域との連携に協力してくれている。また、ホームでは心停止対応用にAEDを設置し、そのAEDの地域貸し出しも念頭に置き、ご近所の方を対象に使用法の説明会なども行い、門柱にAED有りのステッカーを貼り、地域にお知らせしている。</p> <p>③介護計画についてはセントケア独自の方式で展開している。考え方の基調はICFに近い形であると思っている。パーソン・センタードケアについては職員個々がそれぞれ勉強し、少しずつ取り入れて行こうと考えているが、職員の実力が伴うのと並行して考えていきたい。職員の年齢構成は20代～30代が大半であり、教育が大切と考えている。ホームとしては、スタッフ、利用者の区別の無い、家庭的な雰囲気醸成することに重点を置いている。</p>
---

## 【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	セントケアホーム新百合ヶ丘
ユニット名	すずらん

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理念を年度毎作成し、朝礼時・申し送り時に朗読している。認知症ケア10カ条を事務所に掲示し、ケアの心得を共有している。	経営方針書及びホームの方針・理念を年度毎作成し、朝礼時・申し送り時に声を出して朗読している。認知症ケア10カ条を事務所に掲示し、ケアの心得を共有している。ホームの方針には地域密着に関する文言が取り上げられており、地域との協調に努めている。	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	町内会に入り、毎月老人会に参加させて頂いている。また散歩や買い物により近隣住民と交流を持てるよう心がけている。	大家さんの協力もあって町内会に加入し、毎月老人会のふれあいサロンに6名程度参加している。（昼食：300円出して一緒に食べることも含んだサロンである）また散歩や買い物により近隣住民と交流を持てるよう心がけている。ボランティアでは麻生区民の演奏団体がイベントに協力してくれている。また、AEDを設置し、ご近所の方へ使用法の説明と貸し出しもすることをお知らせしている。	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	地域包括支援センターの主催するネットワーク会議に参加し、話し合いの機会を持たせて頂いている。老人会などでも認知症の人の理解を深められるよう話す機会を持っている。		
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カ月に1回の運営推進会議を行い、ご意見・ご要望をカンファレンス等で職員に伝えサービス向上に活かしている。	運営推進会議は地域代表（大家さん）、ご家族、地域包括支援センターの方、それにホーム関係者で2カ月に1回実施し、そのご意見・ご要望をカンファレンス等で職員に伝えサービス向上に活かしている。テーマは状況報告、項目を決めたものを中心とし勉強会（例えば在宅支援の重要性などのテーマで）などを併設して行なっている。	
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が主催するネットワーク会議に参加して地域の状況を把握している。	地域包括支援センターが主催するネットワーク会議に参加して地域の状況を把握している。市・区の保健センターとの連携もある。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	原則、日中は玄関の施錠を行っていない。定例研修やカンファレンスを通し、身体拘束をしないケアを話し合い、理解を深めている。やむを得ない場合など発生する時は、カンファレンス等で対応策について話し合い、ご家族様に相談し諸手続きを行い対応する。 H22.5より虐待・身体拘束会議を毎月開催しスタッフから意見を貰っている。	全ての職員は定例研修やカンファレンスを通し、身体拘束をしないケアを話し合い、理解を深めている。原則、日中は玄関の施錠を行っていない。身体拘束についてやむを得ない場合など発生する時は、カンファレンス等で対応策について話し合い、ご家族に相談し諸手続きを行い対応するようにしている。H22.5より虐待・身体拘束会議を毎月開催しスタッフから意見をもらい、身体拘束をしないケアに活かしている。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止については、必ず採用時研修で行い、管理者は市町村の講習会へ参加、ホーム内で定例研修会の開催している。		
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	市町村の研修会に参加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		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	意見・要望は、計画作成者が主となり、計画作成時確認する。運営推進会議内でも毎回要望を伺い、カンファレンス等で職員に伝えている。	利用者、家族等の意見・要望は、計画作成者が主となり、計画作成時確認する。運営推進会議内でも毎回要望を伺い、カンファレンス等で職員に伝え改善等に努めている。	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し、意見を出してもらい反映出来るよう努力している。	職員にはカンファレンスや定例研修を通し、意見を出してもらい反映出来るよう努めている。研修会への参加を促す全社体制があり、契約社員についてもチャレンジシートがあり、資格取得で昇給に繋がる体制も制度化している。(2級ヘルパー、介護福祉士、普通自動車免許等)	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	勤務状況は、シフト作成しているため把握している。個々の仕事へのやりがいや姿勢などコミュニケーションを取りながら把握に努め、年に一回評価を行う。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内では、初心者研修の開催、定例研修を行っている。市町村の研修なども声をかけている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	地域の連絡会や実践者研修会に参加し、交流の機会があり情報交換など行っている。		
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	必ず、ご本人様にホームに来所して頂き、希望・要望をお伺いし、時間をかけて話をする。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	受付から申込までに見学や面接等を納得するまでして頂き、十分に話を伺っている。また、ご家族様の協力体制についても話しをさせて頂く。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	特に行っていません。		
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	入居者様にも家事に参加して頂き、ご自分の出来ることは出来るだけ行って頂いている。掃除・洗濯・おやつ作り・ワゴンの上げ下げ・新聞取り・庭の手入れスタッフも介入しながら皆様で行って頂いている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族様には、毎月の活動状況を報告し、入居者様の生活状況を理解して頂く。また、イベントには積極的に声をかけご家族様も共に楽しんで頂けるよう努力している。		
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	手紙や電話の取り次ぎは制限をせず、外との関係を保てるようにしている。年賀状は入居者様に書いて頂き、毎年ご挨拶している。	手紙や電話の取り次ぎは制限をせず、外との関係を保てるようにしている。年賀状は入居者に書いて頂き、毎年ご挨拶している。このホームが第2の自宅になるよう地域とのコミュニケーションを深めるよう努めている。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	様子を見ながらスタッフが間に入り声掛けを行っている。特に、難聴への方への支援など。自立されている方は、両フロアを行き来して頂き、交流関係を持っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去された方のご家族様から連絡があれば相談を受け、様子を見に行くこともある。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入所前にご家族及びご本人様にも確認を取りメモリーブックを記入していただき希望を確認する。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。	入所前にご家族及びご本人にも確認を取りメモリーブックを記入して頂き、希望を確認している。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。日頃の発言を記録、申し送りで伝え、記録記入担当者が日常の生活記録に記録して残し悔悟計画に反映している。殆んどが契約社員であり、居室担当は決めず、全員でモニタリングする体制としている。	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、ご家族様に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等をメモリーブックに記入していただ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	メモリーブックやアセスメント表などスタッフみんなで共有できるよう努めている。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	まず入居者様・ご家族様の希望・要望を伺い、入居者様の取り巻く資源を探し、作成している。	まず入居者・ご家族の希望・要望を伺い、入居者の取り巻く資源を探した上、日常生活記録の他、長谷川式スケール、阻害リスクチェック表、3ヶ月に1回のモニタリングにより具体的な援助内容を記載した介護計画を作成し、活用している。介護計画はICFに近い形で作成しているが、スタッフに実力を付けてパーソンセンタードケアも取り入れていきたいと考えている。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認できるようにしている。また日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催により確認をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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よう、ホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	状況に応じて、ホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医等と連携し、適切な医療を受けられるよう支援している。	主治医等と連携し、適切な医療を受けられるよう支援している。医療連携の看護師については、セントケアの訪問看護を活用し24H対応を実現している。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	往診の看護師と訪問看護師に情報や変化などを相談し連携している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した時は、医療ソーシャルワーカー等に相談し医療連携を図る。随時、ご家族にも連絡をする。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まず契約時に、重度化の対応について話しをさせて頂き、状況に応じてご家族及び主治医、訪問看護師と連携を取り、今後の方針を決定している。	重度化や終末期に向けた方針のあり方としては、まず契約時に、重度化の対応について充分せつめいし、状況に応じてご家族及び主治医、訪問看護師と連携を取り、今後の方針を決定している。重度化・終末期に近づいた時点で、再度、ご家族及び主治医、訪問看護師、ホームで話し合い最終的な方針を決めることにしている。	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している。 緊急連絡先を作成し、必要書類を揃えて事務所に保管している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回避難訓練を行い、スタッフの定例研修を実施している。 スタッフの緊急連絡先を作成している。広域避難所についても説明を行う。	年2回避難訓練を行い、スタッフの定例研修を実施している。（うち、1回は麻生消防署が来てくれている）ご家族やスタッフの緊急連絡先が分かるようにしている。広域避難所についても説明を行っている。今後、地震対策の研修も行って行きたい。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	尊厳を守り、その方にあった声かけ、言動を支援をしている。	尊厳を守り、その方にあった声かけ、言動を支援をしている。人格の尊重とプライバシーの確保には充分配慮している。	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	ご本人の意向を確認し、希望に添えるよう配慮している。意思疎通が難しい方には、過去の生活歴等を見てご本人にあった支援を行っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご本人の意向を確認しながら計画作成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いる。 女性は、入浴後の肌のお手入れや起床時、食後に口紅を塗って頂けるよう声かけしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備は入居者様のIADLに合わせて、盛り付け、お茶入れ等に参加して頂いている。得意なことは積極的に行っていただく。	食事の準備は入居者のIADLに合わせて、盛り付け、お茶入れ等に参加して頂いている。得意なことは積極的に行っている。このホームでは食事専任のスタッフがいる。レシピは本社から管理栄養士が作成した献立表が1ヶ月毎に送られてくるので活用している。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	法人内の栄養士によるメニューがあり、栄養バランスが整っている。毎食後、個々での摂取量のチェックを行っている。 また、召し上がれないものがある場合は代替メニューを検討し対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの実施及び声かけを行っている。 義歯については、それぞれの残存能力に応じた支援を行い、夜間は洗浄しお預かりしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	夜間と日中の着替え等での履き替え、時間による声かけ等を行っている。日中はオムツの使用を減らしている。	夜間と日中の着替え等での履き替え時の声かけ、時間による声かけ等を行っている。日中はオムツの使用を減らすように努めている。利用者のしぐさ、言葉、態度などで尿意、便意を気付くよう職員は努めている。	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、栄養が整っており摂取量など管理している。 便秘は、薬だけではなく水分摂取、運動、腹部マッサージ等で取り組んでいる		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の意向を確認している。基本的な時間帯を決めているため、夜の入浴希望があれば検討していく。	入浴は2～3日に1回のペースで、マンツーマン対応で、入浴の意向を確認して援助している。基本的な時間帯を決めている。夜の入浴は、現状、希望者はいないが、夜の入浴希望があれば検討して行きたい。柚子湯、菖蒲湯等季節感のある配慮を大切にしている。	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休憩していただいている。不眠症状などある場合は記録をとり、ご家族様へ相談し主治医等へ連携をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬・外用薬のファイルを作成し、いつでも確認できるようにしている。薬の変更や頓服が処方された時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、家事や庭のお手入れ等役割を持っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日々の散歩や買い物等を行っている。軽度の方には、畑仕事を本人の都合に合わせて行っている。四季折々を感じて頂ける場所へドライブにも出かけている。	日々の散歩（お天気ならほぼ毎日）や買い物等を行っている。軽度の方には、畑仕事を本人の都合に合わせて行っている。四季折々を感じて頂ける場所（よみうりランドのお花見等）へドライブにも出かけている。レクの買い物も行っている。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的には事務所で管理している。必要な場合は、スタッフに伝えて頂き、お渡しし買い物に出掛けている。		

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
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使用していただいている。手紙もはがきなど一緒に買いに行き、郵送していただいている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居者様に作っていただいたものを展示したり、四季折々を感じていただけるよう飾りつけを工夫している。トイレの場所がわかるように張り紙をするなど工夫している。	生活の場であるのでキンキラにならないよう配慮し、入居者に作っていただいたものを展示したり（ドアギャラリー）、四季折々を感じていただけるよう飾りつけを工夫している。品の良いディスプレイを心がけている。トイレの場所がわかるように張り紙をするなど工夫している。	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	特に場所の配慮はしていないが、気のあった入居者様同士思い思いに過ごせるような居場所が出来ている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具等のご家族様に普段お使いのもの等を用意していただいている。表札を付けるなど、ご本人様の居室であることを認識して頂いている。	居室には専用の洗面台が付いている。家具等のご家族に普段使っていたもの等を用意して頂いている。表札を付けるなど、ご本人の居室であることを認識して頂いている。	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ます。できること・わかることに繋がるよう支援するよう努力している。		

事業所名	セントケアホーム新百合ヶ丘
ユニット名	はなみずき

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理念を年度毎作成し、朝礼時・申し送り時に朗読している。認知症ケア10カ条を事務所に掲示し、ケアの心得を共有している。		
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	町内会に入り、毎月老人会に参加させて頂いている。また散歩や買い物により近隣住民と交流を持てるよう心がけている。		
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	地域包括支援センターの主催するネットワーク会議に参加し、話し合いの機会を持たせて頂いている。老人会などでも認知症の人の理解を深められるよう話す機会を持っている。		
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カ月に1回の運営推進会議を行い、ご意見・ご要望をカンファレンス等で職員に伝えサービス向上に活かしている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	地域包括支援センターが主催するネットワーク会議に参加して地域の状況を把握している。		



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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	原則、日中は玄関の施錠を行っていない。定例研修やカンファレンスを通し、身体拘束をしないケアを話し合い、理解を深めている。やむを得ない場合など発生する時は、カンファレンス等で対応策について話し合い、ご家族様に相談し諸手続きを行い対応する。 H22.5より虐待・身体拘束会議を毎月開催しスタッフから意見を貰っている。		
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	虐待防止については、必ず採用時研修で行い、管理者は市町村の講習会へ参加、ホーム内で定例研修会の開催している。		
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	市町村の研修会に参加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		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	意見・要望は、計画作成者が主となり、計画作成時確認する。運営推進会議内でも毎回要望を伺い、カンファレンス等で職員に伝えている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	カンファレンスや定例研修を通し、意見を出してもらい反映出来るよう努力している。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	勤務状況は、シフト作成しているため把握している。個々の仕事へのやりがいや姿勢などコミュニケーションを取りながら把握に努め、年に一回評価を行う。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内では、初心者研修の開催、定例研修を行っている。市町村の研修なども声をかけている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	地域の連絡会や実践者研修会に参加し、交流の機会があり情報交換など行っている。		
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	必ず、ご本人様にホームに来所して頂き、希望・要望をお伺いし、時間をかけて話をします。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	受付から申込までに見学や面接等を納得するまでして頂き、十分に話を伺っている。また、ご家族様の協力体制についても話しをさせて頂く。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	特に行っていません。		
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	入居者様にも家事に参加して頂き、ご自分の出来ることは出来るだけ行って頂いている。掃除・洗濯・おやつ作り・ワゴンの上げ下げ・新聞取り・庭の手入れスタッフも介入しながら皆様で行って頂いている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご家族様には、毎月の活動状況を報告し、入居者様の生活状況を理解して頂く。また、イベントには積極的に声をかけご家族様も共に楽しんで頂けるよう努力している。		
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	手紙や電話の取り次ぎは制限をせず、外との関係を保てるようにしている。年賀状は入居者様に書いて頂き、毎年ご挨拶している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	様子を見ながらスタッフが間に入り声掛けを行っている。特に、難聴への方への支援など。自立されている方は、両フロアを行き来して頂き、交流関係を持っている。		
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	退去された方のご家族様から連絡があれば相談を受け、様子を見に行くこともある。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入所前にご家族及びご本人様にも確認を取りメモリーブックを記入していただき希望を確認する。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	入居時、ご家族様に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等をメモリーブックに記入していただ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	メモリーブックやアセスメント表などスタッフみんなで共有できるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	まず入居者様・ご家族様の希望・要望を伺い、入居者様の取り巻く資源を探し、作成している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個々に記録をとり、スタッフがいつでも確認できるようにしている。また日々の申し送りの実施やカンファレンスの開催により確認をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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よう、ホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	状況に応じて、ホーム内外問わず地域の資源を探し、サービス向上に努めている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	主治医等と連携し、適切な医療を受けられるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	往診の看護師と訪問看護師に情報や変化などを相談し連携している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した時は、医療ソーシャルワーカー等に相談し医療連携を図る。随時、ご家族にも連絡をする。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	まず契約時に、重度化の対応について話しをさせて頂き、状況に応じてご家族及び主治医、訪問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している。 緊急連絡先を作成し、必要書類を揃えて事務所に保管している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回避難訓練を行い、スタッフの定例研修を実施している。 スタッフの緊急連絡先を作成している。広域避難所についても説明を行う。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	尊厳を守り、その方にあった声かけ、言動を支援をしている。		
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	ご本人の意向を確認し、希望に添えるよう配慮している。意思疎通が難しい方には、過去の生活歴等を見てご本人にあった支援を行っている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご本人の意向を確認しながら計画作成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いる。 女性は、入浴後の肌のお手入れや起床時、食後に口紅を塗って頂けるよう声かけしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事の準備は入居者様のIADLに合わせて、盛り付け、お茶入れ等に参加して頂いている。得意なことは積極的に行っていただく。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	法人内の栄養士によるメニューがあり、栄養バランスが整っている。毎食後、個々での摂取量のチェックを行っている。 また、召し上がれないものがある場合は代替メニューを検討し対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	食後の口腔ケアの実施及び声かけを行っている。 義歯については、それぞれの残存能力に応じた支援を行い、夜間は洗浄しお預かりしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	夜間と日中の着替え等での履き替え、時間による声かけ等を行っている。日中はオムツの使用を減らしている。		
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、栄養が整っており摂取量など管理している。 便秘は、薬だけではなく水分摂取、運動、腹部マッサージ等で取り組んでいる		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の意向を確認している。基本的な時間帯を決めているため、夜の入浴希望があれば検討していく。		



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休憩していただいている。不眠症状などある場合は記録をとり、ご家族様へ相談し主治医等へ連携をしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服薬・外用薬のファイルを作成し、いつでも確認できるようにしている。薬の変更や頓服が処方された時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、家事や庭のお手入れ等役割を持っている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日々の散歩や買い物等を行っている。軽度の方には、畑仕事を本人の都合に合わせて行っている。四季折々を感じて頂ける場所へドライブにも出かけている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的には事務所で管理している。必要な場合は、スタッフに伝えて頂き、お渡しし買い物に出掛けている。		

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
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使用していただいている。手紙もはがきなど一緒に買いに行き、郵送していただいている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居者様に作っていただいたものを展示したり、四季折々を感じていただけるよう飾りつけを工夫している。トイレの場所がわかるように張り紙をするなど工夫している。		
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	特に場所の配慮はしていないが、気のあった入居者様同士思い思いに過ごせるような居場所が出来ている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具等のご家族様に普段お使いのもの等を用意していただいている。表札を付けるなど、ご本人様の居室であることを認識して頂いている。		
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ます。できること・わかることに繋がるよう支援するよう努力している。		

# 目標達成計画

事業所

セントケアホーム新百合ヶ丘

作成日

平成23年1月28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
3	49	外出支援は、近隣のドライブや散歩は出来ているが遠方に出掛け機会が減っている。 重度化していく中で、軽度の方のご希望に添えていない。	月1回、お客様の要望に沿える外出を計画する。	レクリエーション担当と話し合いお客様の行きたい場所を伺い、計画を立てる。	3ヶ月
1	36	一人ひとりの人格の尊重、プライバシーの確保、尊厳を守り、その方にあった声かけ対応が実践されているかどうか。	入居者様の立場から物事を考える。	社内研修 カンファレンスでの話し合い。 社内のひもときシートの活用。	6ヶ月
4	26 27	介護計画に基づく介護が徹底されていない。 日々の記録が実践に生かされていない。	スタッフ間で情報の共有をし、実践、計画に生かすことが出来る。	カンファレンスを活用し介護計画を周知する。 記録の書き方の研修を行う。	3ヶ月
5	4	運営推進会議の重要性をご家族様、地域の方に周知出来ていないため参加人数が反映しない。	より多くのご家族様、地域の皆様に参加していただけるような開かれた会議にしていく。	ご家族様には、ご案内をお送りし出席を取りご出席出来ない方には後日内容報告をする。連絡が無い方には電話での対等も行う。 地域の方には、町内会長様を始め民生委員の方にも声をかけ参加して頂けるよう関係を築く。	6ヶ月
2	18	入居者様の家事参加が少なく暮らしを共にする者同志の関係を築けていない。	入居者様の健康状態を見極めた上で、積極的に家事参加をしていただき、共に生活する関係を築く。	社内のできることシートの活用。 スタッフだけで仕事を片付けてしまうことのないよう入居者様の出来る事を把握する。	3ヶ月

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。