

<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	1492800139
法人名	セントケア神奈川(株)
事業所名	セントケアホーム桃の木原
訪問調査日	平成24年10月20日
評価確定日	平成25年1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。

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	1492800139	事業の開始年月日	平成24年8月1日	
		指定年月日	平成24年7月23日	
法人名	セントケア神奈川(株)			
事業所名	セントケアホーム桃の木原			
所在地	(259-1304) 神奈川県秦野市堀山下510			
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24年10月12日	評価結果 市町村受理日	平成25年4月1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)】

セントケア神奈川(株)の理念である“人のケア、街のケア、家族のケア”を目標に入居者様がその有する能力を最大限発揮できるよう、また家族や地域との交流が保たれるよう支援致します。

【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24年10月20日	評価機関 評価決定日	平成25年1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)】

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。セントケアは全国に6つの地域会社と統括の持株会社のセントケア・ホールディング株式会社と云う構成で、傘下に8,500名の社員を擁する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。このホームの目標は3年目に入ったので基本に戻って「ケアの質」、「環境整備力の向上」においている。ケアの質では研修、ミーティングの徹底による思いやりあるケアを、環境整備力の向上では礼節、整理整頓、安全衛生の徹底を図っている。運転についての安全については「運転に関する三つの原則」(自分、運転手、全ての第三者、何れも迷ったら止める)の徹底を図っている。ここは戸川公園の国立公園以降開けてきた地域であり、更に工業誘致を図り、関連の新興住宅地として発展しつつある。地理的には洪沢駅からバスで15分程度の所、丹沢山系の麓で、近くに水無川、古墳公園などの自然が残り、散歩にも適した環境の良い立地となっている。

②セントケアでは教育に力を入れており、セントケア神奈川では採用時の集合研修を横浜の本社で行う他、特に「認知症」の研修に力を入れており、I(PCC)、II、III(グループワーク)のコースを必ず受講する体制となっている。一般的な定期研修は月毎のプログラム、テキストは全ホーム統一で決まっており、営業所毎に同じプログラムで所内研修する体制となっている。これらの他、階層毎に本社での会議等があり、レベルの統一が図られている。外部の研修の参加では地区社協の研修、秦野市のケアマネ中心の研修などに参加する他、地域密着と採用を兼ねたホーム主催の「認知症の研修会」の開催、小田原の認知症家族の会への参加など、教育と地域交流を兼ねた活動を展開している。ボランティアについては来て行って頂く形ではなく、参加型を取っている。ゲートボールに参加する、各種大会、イベントに参加する事により、閉ざされた感じを払拭し、地域密着の開放感溢れるホームを目指している。

【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	セントケアホーム桃の木原
ユニット名	1階

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	”社会資源としてのホーム、地域との関係作りにつとめます”という当事業所の理念のもとに、地域住民を招いてのお祭りや地域のボランティアによるイベントを開催している。	セントケアの理念は「生き甲斐の創造」、仕事は「人のケア、家族のケア、街のケア」である。当事業所の理念は「社会資源としてのホーム、地域との関係作りにつとめます」であり、それに沿って地域住民の方を招いてのお祭りや地域のボランティアによるイベントを開催している。朝の唱和では「わが社の仕事」は毎日必ず、それ以外の方針・目標を順次読み合わせを行っている。大きな理念を分かり易い目標に置き換え、出来る目標として取り組んでいる。	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	”社会資源としてのホーム、地域との関係作りにつとめます”という当事業所の理念のもとに、地域住民を招いてのお祭りや地域のボランティアによるイベントを開催している。自治会への参加は営利法人という理由から見送られている。	「社会資源としてのホーム、地域との関係作りにつとめます」という事業所の理念のもとに、地域住民を招いてのホームの夏祭りや地域のボランティアによるイベントを開催している。ボランティアについては来て行うだけの形ではなく、参加型を図っている。また、ゲートボールに参加する、各種大会、イベントに参加することにより、閉ざされた感じを払拭したいと考えている。自治会への参加は営利法人という理由で現状まだ実現していない。	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	運営推進会議の場での認知症に対する勉強会や薬剤師を招いての相談会を開催。		
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カ月に一度開催し、ホームの活動状況の報告を行ない、ご家族様からのご意見・ご要望を頂いている。秦野市、包括職員の参加、また担当の往診医や薬剤師を招いての多方面からの参加を頂いている。	運営推進会議は2ヶ月毎に1回開催し、ホームの活動状況の報告を行い、ご家族様からのご意見・ご要望を頂いている。メンバーは地域代表（大家さん）、民生委員、地域包括支援センターの方、市役所の方、ご家族、施設担当課長、ホーム関係者で行っている。内容も報告だけでなく全員から意見を頂ける様促し、薬局の薬剤師による新薬の勉強なども織り交ぜている。	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	事故報告書の提出や入退居状況をその都度提出。運営推進会議を通して協力関係を築いている。また秦野市主催のセンターフェスティバルの毎年参加している。	秦野市とはサービスの取り組みや事故報告の提出、入退居状況をその都度提出している。運営推進会議にも参加して頂き、話し合い協力関係を築いている。また市主催のセンターフェスティバルにも参加している。センターフェスティバルは福祉事業所等が社協を中心として集結して行う福祉大会である。地域包括支援センターには運営推進会議にも参加して頂き、相談、入居紹介等を頂いている。	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
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	重要事項説明書に身体拘束に関して記載。ご家族様・入居者様に説明しており、また、定例研修での職員への教育も実施している。扉や玄関の施錠も行なっておらず、防犯の意味で夜間帯のみ玄関の施錠を行なっている。抑制的な声掛けはしないように取り組み、不適切な言葉遣いについてはその場で注意するようにしている。	重要事項説明書に身体拘束に関して記載。ご家族・入居者に説明し、全ての職員には定例研修（高齢者虐待も含めて）やカンファレンスを通じ、身体拘束をしないケアを話し合い、理解を深めている。扉や玄関の施錠は行なわず、見守り、職員の動きで対応している。（防犯の意味で夜間帯のみ玄関の施錠を行っている。）抑制的な声掛けはしないように取り組み、不適切な言葉遣いについてはその場で注意するようにしている。薬は極力避けるよう努めている。	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	定例研修の実施。緊急時の対応についての研修を行っている。高齢者虐待防止法をもとに虐待とそれを発見した時際の対応等を確認している。		
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	定例研修の実施。高齢者の権利侵害について学び、権利擁護への理解を深めている。		
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	契約書記載の項目を読み合わせ確認を行なっている。		
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	運営推進会議の設置。苦情相談窓口の設置。運営推進会議は全家族に呼びかけをし、多くの意見を集約できるよう努めている。法人により年一回お客様満足度調査を実施している。	運営推進会議は、全家族に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。スタッフはご家族の来訪時に、ご家族と話す時間を必ず取るようにしている。法人により年1回お客様満足度調査を行、本社で集計、事業所毎にフィードバックし、運営に反映させている。利用者の要望については、日頃、気付いたことを申し送り票に記載し、更にメモリーブックに記入・反映するようにしている。苦情相談窓口を設置している。	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
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	月一回のミーティング、カンファレンスの開催。スタッフの意見や提案を出せる機会を作っている。	月一回のミーティングやカンファレンスを通じ、スタッフの意見や提案を出せる機会を作っている。研修会への参加を促す全社体制があり、契約社員については3か月に1回チャレンジシートを基に面接し、資格取得で昇給に繋がる体制も制度化している。管理者は、パートの人は更新時期の3月にチャレンジシートの代わりに面談し、スタッフの悩み等を聞いている。	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	年一回、雇用契約更新時の昇給あり。研修を通してのスキルアップや資格取得バックアップ制度あり。		
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	月一回の定例研修や採用時研修、認知症ケア研修を通してスキルアップを支援している。		
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	法人内のグループホーム間での勉強会や見学会を実施。		
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	入居時用の短期ケアプランを作成し入居者様の状況を把握するようつとめている。また、メモリーブックを作成して頂きケアの参考にさせて頂く。		

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
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	ケアプラン作成時、メモリーブック作成時にご本人様、ご家族様の要望等を取り入れている。		
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	ケアプラン作成時、メモリーブック作成時にご本人様、ご家族様の要望等を取り入れている。		
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	入居者様が生活の中で役割を持ち心身ともに充実できるようケアプランを作成している。		
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	ご家族様への状況報告を毎月行ない、イベントなどを開催の場合は御参加頂いている。		
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	一時帰宅やご本人様が希望する外出が出来るようご家族様との協力関係を築くよう努めている。買い物やクリーニングに行く際はなじみの店舗に行く等関係が途切れないよう支援している。面会者が来客しやすい雰囲気作りにつとめる。	一時帰宅や本人が希望する外出が出来るようご家族との協力関係を築くよう努めている。地域との関係維持はご家族との関係維持が大切である。利用者は地元の人が多く、大山に登った方もいて、大山が見えるホームを選んで入所した方もいる。秦野駅の商店街、ジャスコ、病院など馴染みの場所にも近い。買い物やクリーニングに行く際は馴染みの店舗に行くなど、関係が途切れないよう支援している。駅前のシダックスへカラオケ歌いに行ったりしている。面会者が来所しやすい雰囲気作りにも努めている。	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	職員は入居者様どうしの関わりあいが増えるよう支援し、入居者様が主体であることを念頭に行動している。		
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	退居時における医療機関との連絡調整を行い、情報提供等を支援する。		
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。	入居者様の意向をくみ取るようつとめ、言葉だけでなく身振りや表情のような非言語的なコミュニケーションも重視する。その方のこれまでの生活や嗜好等にも注意を払い検討する。	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」（アセスメント）を記入して頂き、本人のこれまでの暮らしや意向を把握し、月次評価シートでその後を観察、評価している。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。入居者の意向を汲み取るよう努め、言葉だけでなく身振りや表情のようなノンバーバルコミュニケーションも重視し、その人の言葉を経過記録に記載し、申し送りでも伝えていく。入居者のこれまでの生活や嗜好等にも注意を払い検討している。	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	入居時に生活歴や既往歴当の情報を把握する為パーソナルデータやメモリーブックを作成、情報共有を行なっている。		
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	月次評価シートの作成により心身の状態を把握している。		

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	介護計画の作成にあたりスタッフと意見を出し合うとともに、ご家族様への説明時に気になる点やご要望を確認、その都度変更するようにする。また入院等で状態の変化があった場合には見直しを行う。	介護計画の作成にあたっては、「メモリーブック」、経過記録、センター方式のC-1-2などからモニタリングシートを作成し、スタッフと意見を出し合い、ご家族への説明時に気になる点やご要望を確認し、その都度変更しながら介護計画を作成するようにしている。また入院等で状態の変化があった場合には随時、見直しを行っている。色々な意見については職員のアンケートを実施し、これを集めて参考にし、バランスの良い介護に心がけている。	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	経過記録やモニタリングシートを作成しスタッフ間で共有、スタッフへのアンケートを実施し片寄った見方にならないように心がけている。		
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	全体としての動きだけではなく、個別の要望にたいしても外出支援等を支援できるようにしている。入植や食事に対しても時間や携帯にとらわれすぎないようニーズを把握するようにつとめる。		
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	ボランティアの受け入れを実施。		
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	入居時に当ホームと提携している訪問診療医への申し込み希望の有無を確認している。希望により申し込みが無い場合はこれまでのかかりつけ医当の利用となる。訪問診療は隔週、訪問看護は毎週で、24時間連絡・相談出来る体制である。	入居時に当ホームと提携している訪問診療医への申し込み希望の有無を確認している。希望により申し込みが無い場合はこれまでのかかりつけ医等の利用となる。訪問診療医(内科)は2週間に1回、看護師は訪問診療医の看護師と契約し週1回、24時間体制で対応してくれている。訪問歯科とも提携があり、利用者から希望があれば往診に来て頂けるよう連携がとられている。マッサージは医療保険利用で週2回来ている。	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	24Hの医療連携体制があり、看護師への相談が可能。		
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。	定期的な状態の把握につとめ、病院のソーシャルワーカーとの連絡調整をおこなう。		
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	重要事項説明書に記載の項目を読み合わせ確認を行っている。ホームで行えるケアの範囲（医療）についての確認を契約時や状態の変化があった際に確認する。	入居時に重要事項説明書記載の項目を読み合わせ確認を行っている。医療連携体制をとっているが、契約時に重度化の対応についてお話しをし、通常の介護が困難になった場合、家族・主治医、看護師・ホームが相談して今後の方針を決定している。セントケアではすべてのサービスが整っているため、それらも示しながら方向性を決めることができる。	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	定例研修の実施。緊急時の対応についての研修を行っている。		
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	定例研修の実施により、火災と地震を想定した防災訓練を実施している。また夜間を想定した訓練も実施。災害対策物品も整備している。	定例研修の実施により、火災と地震を想定した防災訓練を年3回実施している。（1回は消防署も参加）また、夜間を想定した訓練も実施している。災害対策物品（食料、消火設備・キット、水、カンパン、缶詰、防災用ウェットタオルなど）も整備し確保している。 3.11大震災では東北の応援に翌日参加した。	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	入居者様と接する際の基本的な姿勢としてありのままを受容し、共感的な態度や声かけを心がけるようにしている。認知症ケア10カ条を基本に尊厳を守り、その方に合った声掛け、対応が出来るよう支援している。	認知症ケア10ヶ条を基本に尊厳を守り、その方にあった声かけ、対応が出来るよう支援している。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。入居者と接する際の基本的な姿勢として、ありのままを受容し、共感的な態度や声かけを心がけている。個人情報保護、尊厳、ホスピタリティの研修も実施している。	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	声掛けの際にはご本人様に決定権があるよう、選択肢を提示できるような声掛けや誘導に心がける。		
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	食事や入浴時間の予定にとらわれず、本人の気分や体調、また希望を考慮し対応している。散歩やプライベートな時間に関してもご本人様の都合を重視し対応している。		
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	整髪等に気を配るとともに、化粧療法に取り組んでいる。		
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	管理栄養士により栄養面に考慮したレシピが作られ、食材や調味料にも工夫を凝らしている。調理への参加に関しては食事レクリエーションの際にご参加頂いている。(月2回程度)	専任のキッチンスタッフが本社の管理栄養士による栄養面、食材や調味料に考慮したレシピに沿って食事を作る体制をとっている。食材は本社フードサービス部が一括仕入れ、発送してくれている。専任スタッフの活用で厚いケアが実現出来ている。利用者調理への参加に関しては食事レクリエーション(月2回程度)の際にご参加頂いたり、能力に応じてテーブル拭き、配膳・下膳等を手伝って頂いている。外出レク(おにぎり持って)も月1回位、外出レク(おにぎり持って)も月1回位、バーベキューもやっている。	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	毎日の水分量のチェックを行っている。Drとの相談の上、各個人の水分量の目安などを確認し無理が無いよう水分補給して頂いている。		
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	出来る方はご自分で行き、介助が必要な方は一部解除させて頂く。		
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	排泄チェックシートの記録を元におむつやリハビリパンツ使用の必要・不必要を検討している。排泄機能が衰えないよう出来る限りトイレでの排泄を促すようにする。	排泄機能が衰えないよう出来るだけトイレでの排泄ができるように支援し、手引き歩行でトイレに案内している。排泄チェックシートを記録しおむつやリハビリパンツ使用の必要・不必要を検討している。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	便秘の傾向がある方には水分の摂取に気を配り、運動を促すように援助している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	基本の時間やローテーションは決まっているが、それにとらわれずご本人様の希望に沿うように柔軟な対応を心がけている。基本的に週2～3回の入浴。	入浴はご本人の意向を確認しながらすすめる様にし、基本的に週2～3回の入浴を行っている。基本の時間やローテーションは決まっている。自立の人も基本的に見守りをするように配慮している。着替えの際、裸を嫌がる人もいますので、すぐタオルを掛けるなど配慮して支援している。	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	就寝の時間やお昼寝の時間など個々の生活習慣を尊重するよう支援している。		
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	お薬ファイルにて薬の種類と内容を把握している。状態の変化に注意を払い、Dr、薬剤師と連携を取っている。		
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	掃除や庭の手入れなどその方が意欲を持って取り組めるような役割を持てるよう支援している。		
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	全体としての動きだけではなく、個別の要望にたいしても外出できるよう支援している。	全体としての動きだけではなく、個別の要望に対しても外出できるように支援している。基本的にはユニット別で、外出レクは月1回、9名で出かけている。個別の外出対応も併せて行っている。散歩は午前、午後各4～5人ずつ、車椅子での散歩も支援している。外出は多い方で1日1回は皆で外に出ている。個人別にも重点を置き、少人数、時には一人でも職員と一緒に出掛けている。	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	基本的に金銭はホームでお預かりさせて頂いているが外出や買い物の際にはお渡ししている。		

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	希望に応じて電話が出来るよう支援している。		
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	ご自宅で使用されていたなじみの家具等をお持ちいただき、トイレや浴室などは清潔を保つようつとめている。	リビングには季節感のあるものを飾るようにはしているが、あまり華美に飾りつけないよう心がけている。工作物を少し、手作りカレンダー、季節の工作物、スタッフ紹介など必要に応じ掲示している。家具等の配置については、動線に物を置かないよう心がけている。畳の部屋があり、ゴロツと横になる利用者も居て、個々に居心地よく過ごせるように工夫されている。掲示は主に掲示版に集中掲示し、程よい装飾に止めている。トイレ、浴室を始めとし清潔を保つよう努めている。	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	テラス席や和室を利用できるよう支援している。		
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	ご自宅で使用されていたなじみの家具等をお持ちいただき、配置を検討して頂く。	家具等はご家族に普段お使い頂いているものを持ち込んで頂いている。各々の居室にはクローゼット、洗面台、姿見、エアコン、ナースコールが設備されており、洗顔等のプラスチックが維持されていて良い。早番を居室の環境整備の担当と決めてある。	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	バリアフリーや手すりの設置、居室やトイレには表札を付けている。		

事業所名	セントケアホーム桃の木原
ユニット名	2階

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	”社会資源としてのホーム、地域との関係作りにつとめます”という当事業所の理念のもとに、地域住民を招いてのお祭りや地域のボランティアによるイベントを開催している。		
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	”社会資源としてのホーム、地域との関係作りにつとめます”という当事業所の理念のもとに、地域住民を招いてのお祭りや地域のボランティアによるイベントを開催している。自治会への参加は営利法人という理由から見送られている。		
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	運営推進会議の場での認知症に対する勉強会や薬剤師を招いての相談会を開催。		
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カ月に一度開催し、ホームの活動状況の報告を行ない、ご家族様からのご意見・ご要望を頂いている。秦野市、包括職員の参加、また担当の往診医や薬剤師を招いての多方面からの参加を頂いている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	事故報告書の提出や入退居状況をその都度提出。運営推進会議を通して協力関係を築いている。また秦野市主催のセンターフェスティバルの毎年参加している。		

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	重要事項説明書に身体拘束に関して記載。ご家族様・入居者様に説明しており、また、定例研修での職員への教育も実施している。扉や玄関の施錠も行なっておらず、防犯の意味で夜間帯のみ玄関の施錠を行なっている。抑制的な声掛けはしないように取り組み、不適切な言葉遣いについてはその場で注意するようにしている。		
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	定例研修の実施。緊急時の対応についての研修を行っている。高齢者虐待防止法をもとに虐待とそれを発見した時際の対応等を確認している。		
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	定例研修の実施。高齢者の権利侵害について学び、権利擁護への理解を深めている。		
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	契約書記載の項目を読み合わせ確認を行なっている。		
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	運営推進会議の設置。苦情相談窓口の設置。運営推進会議は全家族に呼びかけをし、多くの意見を集約できるよう努めている。法人により年一回お客様満足度調査を実施している。		

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	月一回のミーティング、カンファレンスの開催。スタッフの意見や提案を出せる機会を作っている。		
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	年一回、雇用契約更新時の昇給あり。研修を通してのスキルアップや資格取得バックアップ制度あり。		
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	月一回の定例研修や採用時研修、認知症ケア研修を通してスキルアップを支援している。		
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	法人内のグループホーム間での勉強会や見学会を実施。		
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	入居時用の短期ケアプランを作成し入居者様の状況を把握するようつとめている。また、メモリーブックを作成して頂きケアの参考にさせて頂く。		

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
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	ケアプラン作成時、メモリーブック作成時にご本人様、ご家族様の要望等を取り入れている。		
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	ケアプラン作成時、メモリーブック作成時にご本人様、ご家族様の要望等を取り入れている。		
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	入居者様が生活の中で役割を持ち心身ともに充実できるようケアプランを作成している。		
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	ご家族様への状況報告を毎月行ない、イベントなどを開催の場合は御参加頂いている。		
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	一時帰宅やご本人様が希望する外出が出来るようご家族様との協力関係を築くよう努めている。買い物やクリーニングに行く際はなじみの店舗に行く等関係が途切れないよう支援している。面会者が来客しやすい雰囲気作りにつとめる。		

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	職員は入居者様どうしの関わりあいが増えるよう支援し、入居者様が主体であることを念頭に行動している。		
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	退居時における医療機関との連絡調整を行い、情報提供等を支援する。		
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。	入居者様の意向をくみ取るようつとめ、言葉だけでなく身振りや表情のような非言語的なコミュニケーションも重視する。その方のこれまでの生活や嗜好等にも注意を払い検討する。		
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	入居時に生活歴や既往歴当の情報を把握する為パーソナルデータやメモリーブックを作成、情報共有を行なっている。		
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	月次評価シートを作成により心身の状態を把握している。		

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	介護計画の作成にあたりスタッフと意見を出し合うとともに、ご家族様への説明時に気になる点やご要望を確認、その都度変更するようにする。また入院等で状態の変化があった場合には見直しを行う。		
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	経過記録やモニタリングシートを作成しスタッフ間で共有、スタッフへのアンケートを実施し片寄った見方にならないように心がけている。		
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	全体としての動きだけではなく、個別の要望にたいしても外出支援等を支援できるようにしている。入植や食事に対しても時間や携帯にとらわれすぎないようニーズを把握するようにつとめる。		
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	ボランティアの受け入れを実施。		
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	入居時に当ホームと提携している訪問診療医への申し込み希望の有無を確認している。希望により申し込みが無い場合はこれまでのかかりつけ医当の利用となる。訪問診療は隔週、訪問看護は毎週で、24時間連絡・相談出来る体制である。		

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	24Hの医療連携体制があり、看護師への相談が可能。		
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。	定期的な状態の把握につとめ、病院のソーシャルワーカーとの連絡調整をおこなう。		
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	重要事項説明書に記載の項目を読み合わせ確認を行っている。ホームで行えるケアの範囲（医療）についての確認を契約時や状態の変化があった際に確認する。		
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	定例研修の実施。緊急時の対応についての研修を行っている。		
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	定例研修の実施により、火災と地震を想定した防災訓練を実施している。また夜間を想定した訓練も実施。災害対策物品も整備している。		

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	入居者様と接する際の基本的な姿勢としてありのままを受容し、共感的な態度や声かけを心がけるようにしている。認知症ケア10カ条を基本に尊厳を守り、その方に合った声掛け、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	声掛けの際にはご本人様に決定権があるよう、選択肢を提示できるような声掛けや誘導に心がける。		
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	食事や入浴時間の予定にとらわれず、本人の気分や体調、また希望を考慮し対応している。散歩やプライベートな時間に関してもご本人様の都合を重視し対応している。		
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	整髪等に気を配るとともに、化粧療法に取り組んでいる。		
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	管理栄養士により栄養面に考慮したレシピが作られ、食材や調味料にも工夫を凝らしている。調理への参加に関しては食事レクリエーションの際にご参加頂いている。(月2回程度)		

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	毎日の水分量のチェックを行っている。Drとの相談の上、各個人の水分量の目安などを確認し無理が無いよう水分補給して頂いている。		
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	出来る方はご自分で、介助が必要な方は一部解除させて頂く。		
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	排泄チェックシートの記録を元におむつやリハビリパンツ使用の必要・不必要を検討している。排泄機能が衰えないよう出来る限りトイレでの排泄を促すようにする。		
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	便秘の傾向がある方には水分の摂取に気を配り、運動を促すように援助している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	基本の時間やローテーションは決まっているが、それにとらわれずご本人様の希望に沿うように柔軟な対応を心がけている。基本的に週2～3回の入浴。		

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	就寝の時間やお昼寝の時間など個々の生活習慣を尊重するよう支援している。		
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	お薬ファイルにて薬の種類と内容を把握している。状態の変化に注意を払い、Dr、薬剤師と連携を取っている。		
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	掃除や庭の手入れなどその方が意欲を持って取り組めるような役割を持てるよう支援している。		
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	全体としての動きだけではなく、個別の要望にたいしても外出できるよう支援している。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	基本的に金銭はホームでお預かりさせて頂いているが外出や買い物の際にはお渡ししている。		

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	希望に応じて電話が出来るよう支援している。		
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	ご自宅で使用されていたなじみの家具等をお持ちいただき、トイレや浴室などは清潔を保つようつとめている。		
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	テラス席や和室を利用できるよう支援している。		
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	ご自宅で使用されていたなじみの家具等をお持ちいただき、配置を検討して頂く。		
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	バリアフリーや手すりの設置、居室やトイレには表札を付けている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム桃の木原

作成日

平成24年10月20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		地域密着への取り組み	地域に開かれたホームにする	地域住民に入居者の顔を覚えて頂けるようコミュニケーションの場を作る	1年
2		ボランティアの受け入れ	ボランティアの受け入れを継続的に行う	社協などのボランティア情報をチェックし継続的に受け入れていく	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。