

<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	1492800139
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 桃の木原
訪問調査日	令和2年6月5日 (令和2年3月17日)コロナウィルスの影響に伴い日延べ
評価確定日	令和2年8月6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。

令和1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	1492800139	事業の開始年月日	平成22年8月1日	
		指定年月日		
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	令和2年2月9日	評価結果 市町村受理日	令和2年8月26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)】

地域密着、昨年度から自治会に加入。近隣住民との関係性を大切にしています。またお客様にたいして快適に暮らせるように、不必要な決まり事や制限を作らないようにしています。

【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	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和2年6月5日	評価機関 評価決定日	令和2年8月6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の経営です。同法人は、介護事業で全国展開している親会社「セントケア・ホールディング株式会社」の中核を担い、神奈川県内で訪問介護・訪問入浴・訪問看護・デイサービスなどの在宅介護や、グループホーム・小規模多機能型居宅介護・ショートスティなどの施設介護と、住宅リフォーム・福祉用具レンタル・販売などを含む、総合福祉サービスを事業展開しています。ここ「セントケアホーム桃の木原」は小田急線「渋沢駅」からバスに乗り、バス停から徒歩10分程の住宅や工場、畑などが混在した地域にあり、事業所の直ぐ前には大きな桃の木原公園や畑などもある、静かで穏やかに生活できる環境下にあります。

●事業所では、毎月のミーティングの中で研修を実施しており、特に虐待に関する知識や日頃のケアについて振り返る機会を多く持ち、より質の高いケアサービスを提供できるよう研鑽しています。また、直接職員の声を聴くことで職員とのコミュニケーションを深め、情報の共有を図ると共に全職員が統一したケアを行えるように注力しています。

●地域との交流については、昨年から自治会に加入することができ、回覧板を通じて地域の行事情報をいただき、参加できる行事には積極的に参加し、交流を深めていきたいと考えています。また事業所主催の「桃の木原祭り」ではポスティングなども行いましたが、昨年は、ほとんど参加が得られていない状況だったので、自治会の行事などに積極的に参加して交流を深め、事業所主催の行事にも、多くの方々に参加していただけるような関係を構築していきたいと考えています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	セントケアホーム ホーム桃の木原
ユニット名	

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。という事業理念をもとに、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。	毎夕礼時に経営方針書を輪番制で読み上げながら、事業所の目標を確認し合い、共有しながらケアに当たっています。毎年5月に実施している職員面談時に、経営方針書の目標に対する想いなどを伝え、意識の統一を図りながら目標達成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	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。という事業理念をもとに、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。自治会の加入はオープン当初は断られていたが、昨年度加入することができた。	昨年度から自治会に加入することができ、回覧板を廻していただくなど、これまで以上に地域の情報を得ることもできるようになり、積極的に行事へ参加するなど、交流を図っています。事業所主催の「桃の木原祭り」を開催する際には、近隣の方々にポスティングを行ったり、地域の掲示板に掲示させていただき、良好な関係を構築できています。ボランティアの受け入れでは、民謡ボランティアの方々に来訪していただき、演奏を披露していただきました。	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	今年度納涼祭を行うと同時に、介護の施設見学会や、福祉用具展示ブースを作成し、介護に対する理解を深めて頂いたり、学んで頂いた。	/		/	
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	運営推進会議により、利用者の方へのアルバム作りや、管理者、計画作成以外のスタッフにも運営推進会議に参加して貰い、意見をより反映できるようにしている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、事業所の現状や活動報告を行っています。いただいた意見に対しては、極力その場で回答するようにしています。現在は地域の方の参加が得られていないので、今後は自治会長をはじめ、地域の方との交流を増やし、参加をえられるようにしていきたいと考えています。	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取り組んでいる	事故報告や、入退去情報をその都度提出。年に1回のセンターフェスティバルの会議などで、役所に来所する機会を増やして頂いている。	秦野市の担当者とは、事故報告や必要に応じて連絡を取り合い相談に乗っていただくなど、良好な関係を構築しています。また、年1回秦野市で開催されている「センターフェスティバル」では、市内の事業所が一堂に介して介護相談ブースを設けたり、来場者に対して事業所の情報を発信しています。	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
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。ご家族様や入居者様にご説明しており、定例研修での職員の教育も実施。また扉や玄関の施錠もせず、防犯の意味での夜間の施錠のみ実施している。	重要事項説明書に身体拘束に関する記述を記載しており、契約時に身体拘束についても説明しています。また、運営推進会議後には身体拘束などの適正化を図るための委員会を開催し、身体拘束についての知識を深めるとともに情報の共有を図っています。定例研修も実施していますが、シフトの都合などで参加出来なかった職員へは、議事録の回覧及び所長やリーダーから補足説明を行い、理解を促すようにしています。さらに、身体拘束・虐待等が無いが自己点検も実施し、身体拘束・虐待の無いケアに努めています。	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	定例研修を実施。高齢者虐待防止法をもとに虐待とそれを発見した際の対応を確認している。		
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	定例研修を実施。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	契約の際、全て読み合わせの確認を行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議の実施。苦情相談窓口の設置。	法人では、より顧客の満足度を高めるため、毎年利用者顧客満足度アンケートを実施しており、アンケート結果は本社で集計され、各事業所にフィードバックされ、職員間で情報を共有すると共に運営推進会議などで、家族に取り組み内容や結果を報告しています。日頃の面会時や電話連絡した際には、近況報告を行うと共に、話を聞くようにしています。また、事業所内で判断や対応出来ないことについては上長に相談して、解決に向けて取り組んでいます。	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	ミーティング、カンファレンスの開催。	所長は、積極的に職員とのコミュニケーションを取るよう心がけ、毎夕礼時や日々の業務中にも職員からの意見や提案を聞くようにしています。月1回のミーティングではケアに関することや勉強会も開催し、資質向上につなげています。また、直接言いつらい職員でも意見や提案を表出しやすいよう、目安箱を更衣室に設置しています。	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	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	定例研修や採用時に研修を行っている。		
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の会議、見学会を実施。また年に1回のセンターフェスティバルにおいて、同業他社のグループホームとの交流もある。		
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	メモリーブックを作成して頂き、入居前の生活状況を把握するよう努めている。また他施設からの移転の場合、最低2回以上施設に伺い生活状況を把握するようにしている。		

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
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	メモリーブックの作成や、電話や契約時の連絡だけでなく、メールでのやりとりを通じてご家族との信頼関係の構築に努めている。		
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	メモリーブックの作成や、電話や契約時の連絡だけでなく、メールでのやりとりを通じてご本人との信頼関係の構築に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様が生活の中で役割を持ち、心身共に充実できるようにケアプランを作成し実践している。		
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、状況報告を月に一回桃の木たよりという形で写真つきの便りを送っている。また夏祭りなどのイベントの告知を行い参加して頂いている。		
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	年賀状や手紙のやりとりのお手伝いや、なじみのクリーニング店や床屋さんなど継続して通えるように支援している。	入居後も馴染みの人や場所との関係を継続できるよう、サロンにお連れしたりしながら、馴染みの関係を継続できるようにしたり、事業所の行事案内を手紙として送付したり、家族経由で友人や知人に連絡していただくなど、馴染みの関係を継続でき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
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	職員は入居者同士の関わり合いが増えるように支援している。1階と2階合同でのレクや演奏会なども積極的に行なっている。		
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	退去時における医療機関との連絡調整をおこない、情報提供を支援している。		
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。	言葉だけでなく、身振りや表情のような非言語コミュニケーションも重視。その方のこれまでの生活や嗜好なども尊重し対応している。（タバコ等の嗜好品の継続等）	入居契約時に「メモリーブック」を家族に配布し、過去の生活歴や既往歴などの情報を記入していただき、その方の嗜好品や思い、暮らし方の希望などについて情報を収集しています。入居後は、日々の係わりや本人から発せられた言葉や職員の気づきを連絡ノートに記入し、情報を共有しています。誕生日にはケーキを準備し、お寿司などの出前や外食の機会を設けています。また、利用者のなかには、たばこやお酒などの嗜好品を好まれる方もおり、医師と相談しながら薬の飲み合わせなども考慮しながら支援しています。	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	メモリーブックやパーソナルデータを作成情報の共有を行っている。		
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	ケアプラン作成時にスタッフと意見を出し合うとともに、ご家族様への説明等に気になる点やご要望を確認。また入院時に変化があった場合には見直しを行っている。	入居時に家族に記入していただいた「メモリーブック」の情報を基に初回の介護計画を作成し、1週間から10日程様子を見ながら、暮らしぶりやADL・IADLの状態が、得られていた情報と相違する部分が無いか確認しています。ミーティングに合わせて、ケアカンファレンスを開催し、気になる点やケアの方針について話し合っています。介護計画の見直しは介護保険の更新時期に合わせて行うことを基本としていますが、入退院や状態の変化が生じた際に、都度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	法人内の日常生活記録に日々の様子を約1時間ごとに一回記入している。またそれを元にケアプランを作成している。		
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	全体としての動きだけでなく、個別の外出支援等も支援できるようにしている。また入浴や食事に対しても明確な時間を決めずに入居者様のペースを尊重してケアを行っている。		
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	ボランティアの受け入れを実施。自治会の活動に参加させて頂いてる。		
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	入居時に当ホームと提携している訪問診療への申込希望の有無を確認。希望が無い場合には、これまでのかかりつけの病院の利用となる。	契約時に事業所の協力医療機関について説明し、その際に家族や本人の希望で従来のかかりつけ医での受診を継続されている方もいます。入居と同時に主治医を切り替えている方は、月2回秦野寿町クリニックからの訪問診療があり、歯科は必要な方のみ契約して口腔ケアと必要に応じて治療などを受けています。看護師の訪問も月2回あり、うち1回は主治医と同行で来ています。	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
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	24時間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（最低1週間に一回のお見舞い）に努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重要事項説明書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をする。	入居時に、重要事項説明書の中に盛り込まれている「重度化した場合の対応に係る指針」に沿って説明を行い、事業所で出来ること出来ないことについて理解していただいたうえで同意書を交わしています。状態の変化があった際には、所長・往診医・家族の3者による話し合いの場を設け、家族の意向を尊重して今後の方針を決めています。看取りを希望される場合は、医療関係者や家族と連携を取りながら、穏やかな終末期を迎えられるよう支援しています。	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	定例研修を実施。緊急時の対応についての研修を行っている。また朝礼や夕礼の時にCPRなどの資料に目を通して頂いている。		
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	定例研修を実施している。	事業所では年2回の避難訓練に加え、災害時などにおける定例研修も実施し、地域のハザードマップを用いて、危険個所の確認も行っています。訓練は消防にも立ち合いを依頼し、利用者にも参加していただきながら避難経路などを確認しています。現在は、地域に災害時における協力体制、事業所として地域に貢献できることについてまでは話が来ていないので、今後の課題としています。備蓄品については、数日分の食料や水の他、懐中電灯、ラジオ、発電機などがあり、本社にて管理されています。	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	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、共感的な態度や声掛けををこころがけるようにしている。	入職時の採用時研修で介護に関する知識や技術と合わせて職業倫理からマナー、業務上の基礎知識について学び、社員としての心構えを身に付けています。入職後の定例研修でも、接遇マナー、個人情報保護法などに関する研修を実施している他、ミーティングや夕礼時にも確認し合うなど、常に利用者の人格を尊重し、ありのままを受容することで、誇りやプライバシーを損なうことのないよう留意してケアに当たっています。	今後の継続	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	声掛けの際に、ご本人が決定権があるように選択肢を提示できるような声掛けや誘導を心掛けている。	/		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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	入浴や食事、就寝時間など、明確な時間を設定せず、ご本人の都合を重視して対応している。			
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	散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ている。また食事レクの際にご参加頂いている。2～3ヵ月に1度回転寿司やファミリーレストランに外出し、外食を楽しまれている。	法人では介護ケアと食事ケアの両面からQOLの向上を目指しており、管理栄養士が作成したメニューを基に、キッチン専任職員によって盛り付けや彩りに工夫された食事が提供されています。日常的に調理などに携わっていただくことはありませんが、食事レクの際には調理に参加いただくようにしています。誕生日にはケーキを用意し、希望があれば出前を取ることもあります。入居時にはアレルギーの有無も確認し、安心して食事が取れるよう支援しています。	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
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	毎日の水分のチェックを行っている。		
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	出来る方は自身で、介助が必要な方は一部介助させて頂いている。		
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	排泄のチェックシートを記録しおむつやリハビリパンツの必要、不必要を検討している。トイレに行く際に出来る限り車椅子を使わず、自身の足で歩行介助しながらトイレに行っている。	利用者全員の排泄状況をチェックシートに記録し、こまめな声かけやトイレ誘導を行い、オムツやリハビリパンツを極力使用せず、自立排泄に向けた支援を心がけています。また、トイレ誘導を行う際には車椅子の使用を極力控え、歩行介助しながらトイレにお連れすることでADLの維持につなげています。散歩や体操などを行うことで、便秘防止に努めています。	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	水分の摂取に気を配り、運動を促すように支援している。		
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	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、ご本人の希望に沿うように柔軟な対応を心掛けている。	週2回の入浴を基本とし、時間や日時は決めています。時間や日時に拘らず、利用者の体調や気分を考量しながら柔軟に対応しています。入浴拒否のある方には、声の掛け方や入浴剤などを使用するなどして気持ちよく入浴できるよう支援しています。また、同性による入浴介助を希望される方には同性職員で対応するなど、羞恥心にも配慮しています。重度化して寝たきり状態の方には、同法人の訪問入浴を利用して入浴でき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	就寝の時間や昼寝の時間など個々の生活習慣を尊重し、時間を明確にしないで支援している。			
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、医師や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	食事の配膳や、新聞を取りに行くなど、各自状態に沿ったホームでの役割を持てるように支援している。			
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	個別の外出要望に、出来る限り対応できるように努めている。	外出の時間は特に定めず、天気や気候の良い日にはタイミングを見計らって散歩等にお連れし、日光や外気に触れていただくように支援しています。また、外出頻度に偏りが生じないように職員の配置を増やすなどしながら、平等に外出できるように工夫しています。家族の来訪時に一緒に外出される方もおり、家族の協力も得ながら外出支援を行っています。		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	基本的にはホームで金銭を預らせて頂いているが、外出時や買い物時に、状態に応じてレジを支払ったりして頂いている。			

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	
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できるように支援。また年賀状のやりとり等出来る限り支援させて頂いている。			
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	ご自宅で使用されていたなじみの家具をお持ち頂き、トイレや浴室などは清潔を保てるように努めている。	共有空間には極力家具などの物を置かず、利用者の動線を確保すると共に職員が介助しやすい空間作りを心掛けています。リビングにはレクで作成した作品や書道をされた方の作品を飾ったり、季節の装飾品を飾り、殺風景な空間にならないよう留意しています。また、ソファも設置し、寛げるスペースも確保しています。		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	テラスや和室を利用できるように支援している。			
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をお持ち頂き、配置を検討して頂いている。	入居時には使い慣れた家具や調度品を持ち込んでいただくことを薦め、家族写真や馴染みの物に囲まれた空間の中で生活していただけるよう支援しています。家具などの配置については、利用者のADL等を配慮しながら、安心・安全に過ごせる居室作りを行っています。		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	バリアフリーや手すりの設置、居室やトイレには表札をつけている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム桃の木原

作成日

令和2年5月27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
		介護スタッフの充足	介護スタッフの人数を充足することにより、より細かい個別支援ができるようになる	法人内での合同の会社説明会や、見学を随時受け入れ、開かれたホームを作り、就業しやすい環境を作る。	3か月
		地域密着への取り組み	自治会の活動の参加だけでなく、お手伝いもできるような体制作り。	お祭りや自治会の活動を通じて、スタッフや入居者様の顔を覚えて頂く。管理者だけでなく、自治会担当のスタッフにも協力して頂く。	

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 桃の木原
ユニット名	

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	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。という事業理念をもとに、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。という事業理念をもとに、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。自治会の加入はオープン当初は断られていたが、昨年度加入することができた。		
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	今年度納涼祭を行うと同時に、介護の施設見学会や、福祉用具展示ブースを作成し、介護に対する理解を深めて頂いたり、学んで頂いた。		
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	運営推進会議により、利用者の方へのアルバム作りや、管理者、計画作成以外のスタッフにも運営推進会議に参加して貰い、意見をより反映できるようにしている。		
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	事故報告や、入退去情報をその都度提出。年に1回のセンターフェスティバルの会議などで、役所に来所する機会を増やして頂いている。		

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	重要事項説明書に身体拘束に関して記載。ご家族様や入居者様にご説明しており、定例研修での職員の教育も実施。また扉や玄関の施錠もせず、防犯の意味での夜間の施錠のみ実施している。		
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	定例研修を実施。高齢者虐待防止法をもとに虐待とそれを発見した際の対応を確認している。		
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	定例研修を実施。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	契約の際、全て読み合わせの確認を行っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	運営推進会議の実施。苦情相談窓口の設置。		

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	ミーティング、カンファレンスの開催。		
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	定例研修や採用時に研修を行っている。		
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の会議、見学会を実施。また年に1回のセンターフェスティバルにおいて、同業他社のグループホームとの交流もある。		
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	メモリーブックを作成して頂き、入居前の生活状況を把握するよう努めている。また他施設からの移転の場合、最低2回以上施設に伺い生活状況を把握するようにしている。		

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
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	メモリーブックの作成や、電話や契約時の連絡だけでなく、メールでのやりとりを通じてご家族との信頼関係の構築に努めている。		
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	メモリーブックの作成や、電話や契約時の連絡だけでなく、メールでのやりとりを通じてご本人との信頼関係の構築に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者様が生活の中で役割を持ち、心身共に充実できるようにケアプランを作成し実践している。		
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、状況報告を月に一回桃の木たよりという形で写真つきの便りを送っている。また夏祭りなどのイベントの告知を行い参加して頂いている。		
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	年賀状や手紙のやりとりのお手伝いや、なじみのクリーニング店や床屋さんなど継続して通えるように支援している。		

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
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	職員は入居者同士の関わり合いが増えるように支援している。1階と2階合同でのレクや演奏会なども積極的に行なっている。		
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	退去時における医療機関との連絡調整をおこない、情報提供を支援している。		
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。	言葉だけでなく、身振りや表情のような非言語コミュニケーションも重視。その方のこれまでの生活や嗜好なども尊重し対応している。（タバコ等の嗜好品の継続等）		
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	メモリーブックやパーソナルデータを作成情報の共有を行っている。		
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	ケアプラン作成時時にスタッフと意見を出し合うとともに、ご家族様への説明等に気になる点やご要望を確認。また入院時に変化があった場合には見直しを行っている。		
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	法人内の日常生活記録に日々の様子を約1時間ごとに一回記入している。またそれを元にケアプランを作成している。		
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	全体としての動きだけでなく、個別の外出支援等も支援できるようにしている。また入浴や食事に対しても明確な時間を決めずに入居者様のペースを尊重してケアを行っている。		
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	ボランティアの受け入れを実施。自治会の活動に参加させて頂いてる。		
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	入居時に当ホームと提携している訪問診療への申込希望の有無を確認。希望が無い場合には、これまでのかかりつけの病院の利用となる。		

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	24時間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（最低1週間に一回のお見舞い）に努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重要事項説明書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をする。		
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	定例研修を実施。緊急時の対応についての研修を行っている。また朝礼や夕礼の時にCPRなどの資料に目を通して頂いている。		
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
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、共感的な態度や声掛けををこころがけるようにしている。		
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	声掛けの際に、ご本人が決定権があるように選択肢を提示できるような声掛けや誘導を心掛けている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	入浴や食事、就寝時間など、明確な時間を設定せず、ご本人の都合を重視して対応している。		
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	散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ている。また食事レクの際にご参加頂いている。2～3ヵ月に1度回転寿司やファミリーレストランに外出し、外食を楽しまれている。		

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	毎日の水分のチェックを行っている。		
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	出来る方は自身で、介助が必要な方は一部介助させて頂いている。		
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	排泄のチェックシートを記録しおむつやリハビリパンツの必要、不必要を検討している。トイレに行く際に出来る限り車椅子を使わず、自身の足で歩行介助しながらトイレに行っている。		
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	水分の摂取に気を配り、運動を促すように支援している。		
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	基本の時間やローテーションは決まっているが、それにとらわれずに、ご本人の希望に沿うように柔軟な対応を心掛けている。		

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
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	就寝の時間や昼寝の時間など個々の生活習慣を尊重し、時間を明確にしないで支援している。		
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、医師や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	食事の配膳や、新聞を取りに行くなど、各自状態に沿ったホームでの役割を持てるように支援している。		
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	個別の外出要望に、出来る限り対応できるように努めている。		
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	基本的にはホームで金銭を預らせて頂いているが、外出時や買い物時に、状態に応じてレジを支払ったりして頂いている。		

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
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できるように支援。また年賀状のやりとり等出来る限り支援させて頂いている。		
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	ご自宅で使用されていたなじみの家具をお持ち頂き、トイレや浴室などは清潔を保てるように努めている。		
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	テラスや和室を利用できるように支援している。		
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をお持ち頂き、配置を検討して頂いている。		
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	バリアフリーや手すりの設置、居室やトイレには表札をつけている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム桃の木原

作成日

令和2年5月27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
		介護スタッフの充足	介護スタッフの人数を充足することにより、より細かい個別支援ができるようになる	法人内での合同の会社説明会や、見学を随時受け入れ、開かれたホームを作り、就業しやすい環境を作る。	3か月
		地域密着への取り組み	自治会の活動の参加だけでなく、お手伝いもできるような体制作り。	お祭りや自治会の活動を通じて、スタッフや入居者様の顔を覚えて頂く。管理者だけでなく、自治会担当のスタッフにも協力して頂く。	

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。