

# 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	平成30年9月11日
評価確定日	平成30年12月21日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 30 年度

## 自己評価及び外部評価結果

## 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1492800139	事業の開始年月日	平成22年8月1日	
		指定年月日	平成22年8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	
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30年9月5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)】

地域密着。自治会の方や近隣住民との関係性を大切にしています。また、お客様へ快適にお過ごし頂けますよう、お一人お一人に合った個別の対応や季節ごとのレクリエーション活動のご提案をさせていただきます。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成30年9月11日	評価機関 評価決定日	平成30年12月21日

## 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

●この事業所の経営母体は、セントケア神奈川株式会社です。この法人は、介護事業で全国展開をしている親会社セントケアホールディング株式会社の中核を担い、神奈川県内でグループホームを、11事業所を運営しています。同法人は、食事の大切さを認識し、調理専門のキッチンスタッフを配置し、質の高い食事を提供すると共に、介護スタッフは、介護サービスに専念できる環境を整えています。ここ「セントケアホーム桃の木原」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公園や畑が広がり、静かで穏やかに生活できる環境下にあります。

●昨年からは着任した管理者は、全職員で話し合い、「①レクリエーション活動の強化②お客様サービスの向上③チーム力を高めます」の3つを新たな理念に掲げています。毎日の夕礼やミーティング時に唱和し、事業所の目標を確認しながら日々のケアに反映できるように努めています。また、地域密着型サービスの意義を踏まえ、事業所主催の「桃の木原祭り」、「認知症サポーター養成講座」などの実施、地域主催の「盆踊り」、「子供神輿」、「お囃子」、「どんど焼き」等の行事に積極的に参加し、自治会の方や、近隣住民の方々との交流を深め、地域に根ざした事業所を目指しています。

●すべての健康は「食事」からと、管理栄養士が「セントケア栄養管理マニュアル」により栄養面に考慮した1ヶ月分のメニューを作成して、キッチン専属スタッフが三食共すべて手作りをしています。栄養バランスの摂れた手作りの食事を提供することで、利用者の健康や体調を整え、職員の身体的なケアで利用者が快適な生活を送れるよう支援しています。

## 【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	地域社会とのコミュニケーションを通じ、ホスピタリティの創造を追求する事を目的に、自治会主催によるお祭りへの参加や地域のボランティア様にご協力頂いて、レクリエーション活動の充実に努めています。	昨年、管理者の交代があり、新たに「①レクリエーション活動の強化をします②お客様サービスの向上③チーム力を高めます」を職員で話し合い、事業所の理念として掲げています。毎日の夕礼やミーティング時に唱和し、日々のケアに活かしています。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域社会とのコミュニケーションを通じ、ホスピタリティの創造を追求する事を目的に、自治会主催によるお祭りへの参加や地域のボランティア様にご協力頂いて、レクリエーション活動の充実に努めています。	地域の自治会に加入し、定例会にも出席して事業所主催の行事案内や地域の情報をいただいています。事業所主催のお祭りや、自治会主催の盆踊り、どんど焼き、子供神輿・お囃子など相互に参加し合うことで交流を深めています。直ぐ前の公園では、清掃が3~4ヶ月に1度行われ、事業所からも積極的に参加しています。	今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	納涼祭を行なう事や、同社近隣施設との連携をはかり、お客様やご家族様同士の交流を目的に、認知症サポーター講座を行なうなど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	今年度より運営推進会議内にて身体拘束等の適正化をはかる委員会を設置し、当社で定めた身体拘束等に関する指針や、これまでにあった事例などをもとに検討をご一緒に行なって頂き、今後における課題の抽出なども行なっている。	運営推進会議は、偶数月の最終土曜日と決めて年6回開催しています。参加者は、家族や自治会役員、協力医療機関担当者が主で市役所、地域包括センター、民生委員の方にも声掛けをしています。事業所の活動状況、事故報告、ヒヤリハット等を伝え、参加所者からの意見や提案などを聞き参考にしています。	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取り組んでいる	毎月月初に入居者連絡票を提出することや事故報告など、また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。	市からの情報は通常メールで配信がありますが、重要事項などは電話で連絡があります。年1回社会福祉協議会にてセンターフェスティバルが開催されており、参加することで協力関係の構築に努めています。事前に市担当職員との打ち合わせも有り、今回はグループホームのブースにて、認知症の理解についての相談コーナーを設置しています。	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、定例研修で年2回職員の教育も実施。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。今年度より運営推進会議内にて身体拘束等の適正化を図る委員会を設置している。	今年度より身体拘束についての委員会を設置し、2ヶ月に1度委員会を開催しています。身体拘束に関するマニュアルを作成している他、年2回行われている研修は、全職員が受講して正しい理解と知識を身に付けています。言葉による拘束については、拘束に該当する言葉掛けにならないよう、別の言葉掛けで対応しています。	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	年2回の定例研修を必須受講とし、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。	運営推進会議や、会議後に行っている家族会で意見や要望を聞き、全体ミーティング時に家族からの声として報告しています。日頃の面会時にも、家族からの意見や要望は連絡ノートに記載して全職員に周知しています。月に1度は、利用者別の状況を1週間毎にまとめた「お知らせ」を郵送しています。法人対応の案件は、本部で行われるグループホーム連絡会で検討して運営に反映させています。	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	各フロア月2度のミーティング、カンファレンスの開催。月末に施設全体でのミーティングも開催。	毎月2回フロア別にミーティングとカンファレンスを開催し、月末には施設全体のミーティングで職員との意見交換を行っています。管理者との個人面談は、正規社員とは年2回、契約社員とは年1回行ない、自己評価による目標設定を実施しています。本部のエリア長が週1回来て、ミーティング等にも参加しています。	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回以上施設に伺い担当ケアマネージャ様から生活状況などお聞きし、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、メールやお手紙によるお報せなど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、メールやお手紙によるお報せなど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。			
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便りを送っている。また納涼祭やクリスマス会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、なじみの化粧品販売店や和菓子店、理容室など継続して通えるように支援している。	家族や友人の面会時には、居室や和室で談笑されたり、一緒に外出や外泊されている方もいます。馴染みの和菓子店で買い物や、理容室へお連れする等の支援も行っています。また、携帯電話や、事業所の電話を使用して連絡をとれるよう支援しての方もあります。年賀状は多数の方がやり取りをしており、宛名書き等を手伝い投函でき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
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。（タバコや雑誌の定期購読等の嗜好品の継続等）	これまでの生活状況や趣味などを本人や家族の話を参考にして、入居時にメモリーブックを作成しています。入居後の本人の言葉、身振り、表情などからの気付きの情報は、その都度追加や変更をかけて情報を更新しています。喫煙や、イベント時にノンアルコールビールを呑まれる方等もあり、嗜好品を継続できるよう、医師に相談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し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し、随時アセスメントを行ない更新。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。	介護計画の短期目標は3ヶ月、長期目標は6ヶ月の期間を設け、更新は特変などが無ければ6ヶ月毎に見直しを基本としています。ユニット別に期間対象の利用者を、モニタリングシートやアセスメント表などを参考に、カンファレンスで検討して介護計画を作成しています。都合の良い家族には、更新時のカンファレンスに出席していただくようにしています。	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	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。	入居時に本人及び、家族の希望を確認して、従前のかかりつけ医での受診、協力医療機関の往診かを決めていただいています。往診は内科が月2回、歯科は週に1度の口腔ケアと必要に応じて治療に来ていただいています。他科の受診は、協力医の紹介状にて受診しています。契約の看護師が週1度来て健康チェックや医療相談に対応しています。	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	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、事業所で行えることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	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。	入居時に重度化した場合の対応に係る指針を説明して確認を行っています。延命治療に関する確認は、入居時や状態の変化に伴い、その度ごとに確認しています。事業所では、過去に看取りの実績もあり、職員の看取り介護や、死生観についての研修も定期的に実施しています。	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	年2回の防災訓練とともに、定例研修を実施している。	防災訓練は、年2回消防署に届けて実施しています。夜間の火災想定訓練や非常災害（地震・水害など）の避難訓練を実施し、自治会役員の方にも参加いただいています。地域の防災訓練にも職員が参加しています。法人に防災担当職員が在籍しており、防災マニュアルの整備や非常災害時の研修も行われています。	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こころがけるようにしている。	社内の定例研修で、接遇マナーの研修が行われています。人格の尊重やプライバシーについて、不適切なケアが無い様に、事業所の全体ミーティング時には、事前にフロアリーダーや計画作成担当と話し合い、テーマを決めて研修を実施しています。個人情報が入った書類関係は、鍵の掛かるロッカーで保管しています。	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	声掛けの際に、ご本人へ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。	法人のフードサービス部の管理栄養士が、栄養面に考慮した1ヶ月分のメニューを作成しています。食材は配達業者に依頼し、専任のキッチンスタッフが調理しています。利用者は簡単な野菜の下拵えや、下膳、お盆やカップの洗い拭きなどの役割をお願いします。月に1度は出前を取ったり、2～3ヶ月に1度は外食に出かけています。食事レクでは、たこ焼き、ホットケーキ、白玉、かき氷などを利用者と一緒に作っています。	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	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	歯科衛生士の定期的な訪問を行なっている方や、日々の口腔ケアにおいては出来る方は自身で、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頂いている。	排泄のチェックシートを記録し、個別に排泄のパターンや習慣を把握しています。夜間にオムツを使用される方がいますが、日中はリハビリパンツに変えて、トイレ誘導をしています。他の方も、昼夜トイレで排泄が出来るように支援しています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	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。	午前午後問わず、週2回の入浴を基本としていますが、人によっては4~5回入浴している方もいます。入浴拒否がある場合は、声かけの仕方や職員を代えたり、入浴剤を使う等の工夫をしながら対応しています。重度化された方については、同法人内の訪問入浴のサービスを利用されています。	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	
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。	日常の散歩は、季節や天候が良ければ朝・夕に30分位のコースに出かけています。コース内には公園があり、ベンチに座って、沢山の遊具で遊ぶ子供達を眺めたり、会話をする事もあります。また、ドライブを兼ねて買い物に出かけたり、お花見、花火、初詣等の外出行事も設けています。遠出では、沼津港まで海鮮を食べに行ったこともあります。		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、外出時や買い物の時に、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。	リビングには、テーブル席とソファーも置かれています。壁には、季節や行事の折紙の貼り絵や、外出の際の写真と、習字の作品などが飾られています。ボランティアの方の民謡や、演奏会、フラダンス、紙芝居の際には、1,2階合同で楽しまれています。リビングから出られるテラスでは、外気浴を兼ねてお茶を飲んだりして談笑しています。		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。	居室にはエアコン、クローゼット、洗面台が備え付けられています。入居時に、自宅で使用されていた馴染みの家具や調度品を持ち込んでいただくよう伝え、整理箆笥、テレビ、机、椅子、仏壇等の使い慣れた家具や調度品を、家族と相談しながら好きな位置に配置していただいています。季節ごとに本人や家族の了解を得て、過ごし易い様にベッドの位置を移動しています。		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

平成30年9月11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		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ヶ月
2		地域密着への取り組み	自治会の活動の参加だけでなく、認知症についての相談などをお受けできる体制作り。	定期的な自治会活動の参加を軸に、認知症高齢者の方との距離を縮めて頂きながら認知症についてのご理解を深めて頂く。	

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	地域社会とのコミュニケーションを通じ、ホスピタリティの創造を追求する事を目的に、自治会主催によるお祭りへの参加や地域のボランティア様にご協力頂いて、レクリエーション活動の充実に努めています。		
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	地域社会とのコミュニケーションを通じ、ホスピタリティの創造を追求する事を目的に、自治会主催によるお祭りへの参加や地域のボランティア様にご協力頂いて、レクリエーション活動の充実に努めています。		
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	納涼祭を行なう事や、同社近隣施設との連携をはかり、お客様やご家族様同士の交流を目的に、認知症サポーター講座を行なうなど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	今年度より運営推進会議内にて身体拘束等の適正化をはかる委員会を設置し、当社で定めた身体拘束等に関する指針や、これまでにあった事例などをもとに検討をご一緒に行なって頂き、今後における課題の抽出なども行なっている。		
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	毎月月初に入居者連絡票を提出することや事故報告など、また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、定例研修で年2回職員の教育も実施。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。今年度より運営推進会議内にて身体拘束等の適正化を図る委員会を設置している。		
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	年2回の定例研修を必須受講とし、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	各フロア月2度のミーティング、カンファレンスの開催。月末に施設全体でのミーティングも開催。		
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回以上施設に伺い担当ケアマネージャ様から生活状況などお聞きし、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、メールやお手紙によるお報せなど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、メールやお手紙によるお報せなど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。		
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便りを送っている。また納涼祭やクリスマス会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、なじみの化粧品販売店や和菓子店、理容室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。（タバコや雑誌の定期購読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し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し、随時アセスメントを行ない更新。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、地域と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	年2回の防災訓練とともに、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、ご本人へ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	歯科衛生士の定期的な訪問を行なっている方や、日々の口腔ケアにおいては出来る方は自身で、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頂いている。		
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、外出時や買い物の際に、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

平成30年9月11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		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ヶ月
2		地域密着への取り組み	自治会の活動の参加だけでなく、認知症についての相談などをお受けできる体制作り。	定期的な自治会活動の参加を軸に、認知症高齢者の方との距離を縮めて頂きながら認知症についてのご理解を深めて頂く。	

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。