

<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	1490600028
法人名	セントケア神奈川株式会社
事業所名	セントケアホーム保土ヶ谷
訪問調査日	2018年9月10日
評価確定日	2018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)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業の開始年月日, 指定年月日, 法人名, 事業所名, 所在地, サービス種別, 定員等, 自己評価作成日, 評価結果市町村受理日.

※ 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。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先, [Blank]

【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)】

保土ヶ谷の丘の上に位置し隣接する原っぱに気楽に散歩に出かけられる恵まれた環境にあります。ボランティアさんの定期的な訪問、外出レク、毎週日曜日には入居様とスタッフ一緒に昼食作りをし、楽しく過ごして頂けるようにしております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日, 評価機関評価決定日.

【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。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

Table with 3 columns: 評価項目の領域, 自己評価項目, 外部評価項目.

事業所名	セントケアホーム保土ヶ谷
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		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	ホームの理念「その人らしく」のもと、管理者とスタッフは入居者様一人一人が自分らしく生活し笑顔で過ごせるようにケアが行えるように努めている。	毎年、本部から提示される経営方針書に基づき、各事業所ごとに独自の目標を作成しています。今年度は「その人らしく」をテーマに掲げ、ユニット入口に掲示し、職員は利用者がその人らしく生活を送れるよう、念頭に置きながらケアに取り組んでいます。食事の時以外は、居室で過ごす方、編み物をする方、本を読んで過ごされる方など、それぞれの生活サイクルを尊重しながら家庭的な雰囲気の下、穏やかに過ごせるよう支援しています。	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	上星川町内会に加入している。入居者様との散歩の際は近所の方と挨拶を交わしている。地域の消防訓練などに参加している。	上星川町内会に加入しており、地域の消防訓練、アジサイカフェの参加や、散歩時に近所の方と挨拶を交わしています。町内会役員の方が運営推進会議に出席くださっており、地域の行事等の情報をいただいています。また、ボランティアの受け入れでは、書道、読書、百人一首、MMR（音楽療法）の方に来ていただいています。	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	近隣の方向けに認知症サポーター養成講座の呼びかけ、開催を地域包括と行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議は2ヶ月に1回行っている。家族代表、町内会副会長、民生委員、地域包括支援センター、オーナーさん、管理者、計画作成担当者の参加でホームの現状や行事などについて報告している。出された提案を取り入れて行くように努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、町内会役員、民生委員、地域包括支援センター、オーナー、利用者、管理者、計画作成担当者の参加で開催しています。事業所の運営状況、行事予定などを報告した後に、様々な議題で話し合っています。参加者から、利用者が若い時に親しんだ電話、ピアノ、ゲームなどに触れる機会を設けてはとの提案があり、その取り組みを実行しています。	今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	お客様の介護保険更新時にお客様の情報共有や地域の状況共有を図っている。	行政とは、利用者の介護保険更新、事故報告、医療連携に関する研修などの業務交流が行われています。地域包括支援センターとは、利用者の紹介や研修・行事などについて情報を共有し、連携が取れるように努めています。	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		次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束が虐待である事を管理者はスタッフに常々伝え、年2回は虐待研修を行っている。	身体的、言葉による拘束が虐待である事を管理者は職員に常々伝え、年2回は身体拘束・虐待研修を行っています。管理者は、日中玄関の施錠をしない事を家族及び職員に伝えています。また、外出願望のある入居者には、見守りと寄り添いで対応するようにしています。	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	定例研修にて年2回、虐待防止についてスタッフ全員が学ぶ機会を設けている。虐待に対する認識を持ち「虐待は絶対に行わない」「虐待を見つけたら知らせる事」を管理者はスタッフに指導している。		
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	月1回行っている定例研修の中で権利擁護について取り上げ、学ぶ機会を作っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	管理者は契約時等、家族に十分な説明をし、理解して頂けるように努めている。不明・不安な箇所は丁寧に説明している。後からでも質問して下さるようにお伝えしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情窓口を重要事項説明書に明記し、契約時に説明している。ホーム玄関に「意見箱」を置き、意見を言いやすくしている。家族会では家族同士が話し合えるような場を作っている。法人としては年1回「お客様満足度調査」を行い、要望があれば運営に反映させている。	苦情窓口を重要事項説明書に明記し、契約時に説明しています。日常的な家族の意見、要望は来訪時や随時連絡した際に伺っています。家族会では家族同士が話し合えるような場も提供しています。また、玄関に「意見箱」を設置し、意見を表出しやすくしています。法人では年一回「お客様満足度調査」を行い、要望等は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		次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回のミーティングや毎日の朝礼、夕礼時にスタッフが意見、提案が出来る機会を作っている。	月1回のフロアーミーティングや毎日の朝礼でスタッフの意見や提案を出せる機会を作っています。管理者とスタッフの間では、何事も気軽に話し合える関係が構築されています。また、目標設定自己申告制度があり、社員は半期に1回、契約社員は契約更新時に個人面接を実施しています。	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	スタッフ自身が健康でないと良いケアは出来ない事を伝えている。スタッフが目標を持って就業できるように年に1～2回程面談の機会を設けている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内研修の100%受講ができる体制作りと社外研修も可能な限り受講できるように努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	地域包括センター主催の研修などに参加している。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	利用開始時には、管理者・フロアリーダーを中心にゆっくりお話しをする機会を持ち、新しい環境の中で安心して暮らして頂けるように信頼関係を築くようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	利用開始時には、ご家族様が一番困っている事、不安な事を聞きとり、一緒に考えて行く事をお伝えして安心して頂けるように努めている。		
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	まず今困っている事、希望している事をお聞きしてグループホーム以外が相応しい場合は紹介するようになっている。		
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	本人の出来る事を知り、共に暮らす中、出来る事をやって頂けるようにしている。		
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	本人の家族への想いは深く、グループホーム側の支えだけでは不足な場合がある。ご家族様に理解して頂き、共に支えていく関係を築くように努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人の馴染みの場所の地図、写真などから話題を作ったり、その場所に行ったり、ドライブに出かけたりしている。知人の訪問も歓迎しており、電話、手紙を希望される方には支援するようにしている。	外出レクで思い出の場所へドライブに出かけることもあります。お墓参り、馴染みの美容院に行く方、訪問美容で馴染みの美容師の方にカットしてもらっている方、知人や友人が来訪される方もいます。電話、年賀状など手紙を希望される方には支援す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		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	話し合える人がいるような席順にしたり、同じ趣味の人が集まって活動したり、時や場所で利用者同士の関係に配慮している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去されてからも電話、手紙で様子を伺ったり、困っている事をお聞きしている。		
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。	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。意向の把握が困難な人は態度やご様子から判断している。	入居の際、メモリーブックを書いていただき、本人の生活歴をはじめ、意向や要望を把握しています。入所後は、日々の支援の中で気付いたことは日常生活経過記録に記録しています。医師や看護師からのコメントについては、医療連携記録に記録し情報を共有しています。	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	ご家族様に「メモリーブック」に記入して頂いたり、ご本人から聞き取りして、これまでの把握をするように努めている。また居宅のケアマネジャーから情報を貰う事もある。		
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」。健康診断書をもとに把握するように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、ご家族様の様子を見て、スタッフ同士がミーティングなどで話し合い、計画作成担当者が作成している。必要に応じて、医師・看護師と話し合い意見を反映させている。	入居時は、初回ケアプランによる支援で約1ヶ月経過観察し、見直しケアプランを作成しています。ケアプラン作成時には、家族の希望、医師や看護師の意見なども加味しながら、ケアカンファレンスで様々な角度から検討して現状に即したものとなるようにしています。利用者の症状によっては、医師、看護師と家族、職員が直接話し合い医療と介護の両面からより良く暮らせるための支援方法について話し合い検討しています。	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	日常生活記録に毎日の様子を記録している。スタッフ間では利用者様の個別連絡ノートがあり、情報が共有できるようになっている。		
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	デイサービスの活動を希望される方がいて隣接のデイサービスに時々参加される事があった。		
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	地域ケアプラザの催し物に参加した事がある。本が好きな方は時々図書館を利用している。		
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	利用者・ご家族様の希望により協力医療機関の訪問診療を受ける事ができる。法人の訪問看護ステーションから看護師が毎週訪問し、健康管理を行っている。	入居時にかかりつけ医の希望を確認して、従来のかかりつけ医を希望される場合は家族対応での受診をお願いしています。また、その場合には、事業所での生活の様子等の必要な情報提供を行い、診察情報を共有しながら適切な医療が受けられるように支援しています。協力医療機関の医院（内科・精神科・整形外科）の月2回の訪問診療と週1回の歯科医による訪問診察に加え同法人の訪問看護ステーションから週1回の看護師の来訪で利用者の健康管理を行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	週1回看護師訪問前に、スタッフは医療連携記録に利用者様の気になる情報を記入しておいている。また急ぎの時は電話し、利用者の受診の指示をもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した場合、病院関係者や家族と連絡を取り、病状の把握・退院へ向けての相談をしている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	通常の介護が困難になった場合、ご家族様、医療機関、ホームが相談して他の施設への移動、入院も含めた対処をする事になっている。ご本人様または利用者代理人様、身元引受人様のご希望により四者会議にて看取りに取り組みました。H28年度は2名様 の看取りをしました。	通常の介護が困難になった場合、家族、医療、ホームが相談して他の施設への移動、入院も含めた対処をします。希望により看取り介護をします。管理者は、介護の経験が長く看取りに対する知識経験が豊富なので、その適切な指示によりスタッフは安心してケアに当たることが出来てます。H28年度は2名、H29年度1名の看取りを実施しています。	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	スタッフは救急救命講習を受講している。（入社スタッフには講習を受講できるように努めている）毎日夕礼時にCPRの呼称を行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	非常災害時の対応については年2回、定例研修で行っている。消防避難訓練は年3回（うち1回は夜間想定）行っている。災害時の協力を町内会にお願いしている。	非常災害時の対応については年2回定例研修（熟練研修）で行っています。消防避難訓練は年3回（うち1回は夜間想定）行っています。消防訓練は、本社の消防担当者が立ち会って行われるものと、うち1回は消防署の署員の立会い指導の下で行っています。防災の備蓄についてはガスコンロや水、食料を準備しています。また、災害時における協力を町内会にお願いしています。	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			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	トイレの介助中は戸を閉める事。幼稚な声かけをしない事。同性の入浴介助を希望される方には出来る限り対応する事を管理者は繰り返し指導するようにしている。	日々のケアの中で、「居室に無断で入らないこと、トイレ使用時は戸を閉めること、幼稚な言葉かけはしないこと、同性の入浴介助希望者には同性で対応すること」等、利用者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について、職員に繰り返し指導しています。	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	毎日の生活支援の中でスタッフの意向で決めたり、介護し易さで決めたりする事ができるように出来るだけ本人が決定できるように心がけている。	/		/
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	毎日の生活がご本人のペースで本人中心で過ごせるように支援している。決して介護する側の都合にならないように努めている。			
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	今日着る服を選んだり、スタッフと洋服を買いに行ったり、訪問理容時に髪型を決めたり、自分らしいおしゃれができるように支援している。			
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	専任のキッチンスタッフが食事を作る。利用者はテーブルを拭き、配膳、下膳を手伝って下さる。月1回は「食レク」でカレー餃子・お好み焼きなどを作っている。	日常的な食事は、専任のキッチンスタッフが食事作りを行っているため、利用者には盛り付け、配膳、下膳、食器拭き等を手伝っていただいています。誕生日や行事日にはケーキや特別食等を提供して、お祝しています。また、週1回は「食レク」「おやつレク」と称して職員と入居者で好みの食事(カレー・餃子)・おやつ(白玉団子・ホットケーキ)等を作ったり、時には出前寿司等で食事が楽しめ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		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	個々の食事量・水分摂取量を記録している。それをもとに健康な生活を送れるように支援している。		
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	毎食後、個々に合わせて口腔ケアを行うように支援している。		
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	出来る限りトイレでの排泄出来るように支援している。排泄表に記録しパターンを把握し役立てるようにしている。転倒の危険が無いように配慮している。	一人ひとりの排泄パターンをチェック表等から把握し、全職員で共有しながら、できるだけトイレで排泄できるよう支援しています。夜間は転倒の危険がないよう配慮しながらトイレ誘導を行っています。また、自立している方は、転倒防止の為「センサー」（ナースコールを側座位にセット）の使用で危険が無いように留意しながら対応しています。	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	便秘気味の方には個々に応じて、水分を多めに摂る。朝に牛乳を飲む。野菜を残さない。運動する事を勧めている。		
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	週2～3回入浴している。スタッフと話しながらの入浴は楽しんでいる。希望により同性介助に努めている。菖蒲湯やゆず湯等、季節を感じてもらえるようにしている。	職員は清潔維持の他、観察による健康チェックの重要性を理解し、週2～3回のペースで入浴支援を行っています。利用者にとって、職員と会話をしながらの入浴は楽しんでいます。希望があれば、同性介助で対応するように努め、入浴拒否のある方には、入浴時間、日、入浴剤、支援者を替えることなどで対応をしています。また、菖蒲湯・ゆず湯等で、季節を感じていただけるよう工夫しています。	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		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	明るさ、室温、湿度、音、布団等に配慮し安心して休めるように支援している。		
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	服薬管理は間違いのないよう2重のチェックをしている。薬情報を確認し、不明な点は医師・薬剤師にすぐに確認している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人一人の生活の中で食事の準備・片づけ・洗濯干し・洗濯物を畳む等、役割や張り合いがある毎日を送れ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	近くの公園への散歩、買い物、ドライブ、花見、芋ほりなどの外出機会を作るようにしている。	利用者の高齢化に伴い外出頻度が少なくなっていますが、天気の良い日には近くの散歩コースに出かけたり、建物の外に出て外気に触れる等、気分転換も兼ねた外出支援を行っています。また、弁当をもって近くのあおぞら公園までドライブに行き、子どもが遊ぶ様子を見るのも外出の楽しみの1つになっています。	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	お小遣いは事務室金庫でお預かりしている。買い物時、希望される方にはお渡しし使えるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望される方には、電話を使って頂いたり、手紙を書く出す手伝いを支援している。		
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	玄関やフロアに花を飾ったり、フロアには利用者様が作った季節感のある貼り絵や行事の写真が貼られている。庭に面したフロアは明るく居心地が良い。	室内で過ごしていても季節感を感じられるような装飾を心がけています。館内は清掃が行き届き騒音や異臭なども無く、居間兼食堂の大きなガラス戸の向こうにはテラスが設けられ、明るく開放的な空間になっています。居間には、テーブルの他、ソファも置かれ、居室に続く廊下壁面には利用者の作品、季節の生け花を飾っています。	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	テレビの前にはソファがあり寛ぐ事ができる。1階廊下にはベンチがあり、気の合った同士、お話をされたりしている。庭にもベンチがあり、日向ぼっこをしたりしている。		
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	居室には洗面台があり、手洗い、洗面ができる。利用者が各自好みのベッド・タンス・椅子などを持ち込み、家族写真や化粧道具があり、その方にあった安らげる場になっている。	居室に洗面台が設置され、身だしなみを整えられるようになっています。入居時には、使い慣れた馴染みの品を持ち込んでいただくよう家族に伝えていません。馴染みの箆笥、椅子、仏壇、加湿器、テレビ、ピアノ、家族写真や化粧道具等、人によって様々な物が持ち込まれ、その人らしさを大切にした居室作りが行われています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	玄関からフロア全体がバリアフリーになっている。共用部の廊下、リビングには手すりがあり、安全な環境の中で持っている力を生かして出来るだけ自立して生活が送れる事が出来る様に支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム保土ヶ谷

作成日

平成30年12月30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	5	市町村や自治会などとの連携をとり、協力関係を築けるようにする	管理者として市や区の担当者と情報共有して協力関係を築いていく	グループホーム連絡会に出席、研修やイベントに参加して、情報共有しながら協力関係が築けるようにしていく	平成31年1月～令和1年12月
2	36	おひとりおひとりの人格を尊重しプライバシーを損ねない言葉かけをする	その人らしく過ごしていただけるようにする	おひとりおひとりの意向を聞きながら、お手伝いさせていただき心地よく過ごしていただく	平成31年1月～令和1年12月
3	35	火災や地震水害等の災害時に地域との協力体制がとれるようにする	ふだんより自治会のもよおしに参加したり防災訓練に参加する	自治会主催の行事（お祭りなど）に参加するグループホームの防災訓練に地域の方やご家族にも参加いただく	平成31年1月～令和1年12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。

事業所名	セントケアホーム保土ヶ谷
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		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	ホームの理念「その人らしく」のもと、管理者とスタッフは入居者様一人一人が自分らしく生活し笑顔で過ごせるようにケアが行えるように努めている。		
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	上星川町内会に加入している。入居者様との散歩の際は近所の方と挨拶を交わしている。地域の消防訓練などに参加している。		
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	近隣の方向けに認知症サポーター養成講座の呼びかけ、開催を地域包括と行っている。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1回行っている。家族代表、町内会副会長、民生委員、地域包括支援センター、オーナーさん、管理者、計画作成担当者の参加でホームの現状や行事などについて報告している。出された提案を取り入れて行くように努めている。		
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	お客様の介護保険更新時にお客様の情報共有や地域の状況共有を図っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束が虐待である事を管理者はスタッフに常々伝え、年2回は虐待研修を行っている。		
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	定例研修にて年2回、虐待防止についてスタッフ全員が学ぶ機会を設けている。虐待に対する認識を持ち「虐待は絶対に行わない」「虐待を見つけたら知らせる事」を管理者はスタッフに指導している。		
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	月1回行っている定例研修の中で権利擁護について取り上げ、学ぶ機会を作っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	管理者は契約時等、家族に十分な説明をし、理解して頂けるように努めている。不明・不安な箇所は丁寧に説明している。後からでも質問して下さるようにお伝えしている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情窓口を重要事項説明書に明記し、契約時に説明している。ホーム玄関に「意見箱」を置き、意見を言いやすくしている。家族会では家族同士が話し合えるような場を作っている。法人としては年1回「お客様満足度調査」を行い、要望があれば運営に反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月1回のミーティングや毎日の朝礼、夕礼時にスタッフが意見、提案が出来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	スタッフ自身が健康でないと良いケアは出来ない事を伝えている。スタッフが目標を持って就業できるように年に1～2回程面談の機会を設けている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	社内研修の100%受講ができる体制作りと社外研修も可能な限り受講できるように努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	地域包括センター主催の研修などに参加している。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	利用開始時には、管理者・フロアリーダーを中心にゆっくりお話しをする機会を持ち、新しい環境の中で安心して暮らして頂けるように信頼関係を築くようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	利用開始時には、ご家族様が一番困っている事、不安な事を聞きとり、一緒に考えて行く事をお伝えして安心して頂けるように努めている。		
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	まず今困っている事、希望している事をお聞きしてグループホーム以外が相応しい場合は紹介するようになっている。		
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	本人の出来る事を知り、共に暮らす中、出来る事をやってくれるようにしている。		
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	本人の家族への想いは深く、グループホーム側の支えだけでは不足な場合がある。ご家族様に理解して頂き、共に支えていく関係を築くように努めている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	本人の馴染みの場所の地図、写真などから話題を作ったり、その場所に行ったり、ドライブに出かけたりしている。知人の訪問も歓迎しており、電話、手紙を希望される方には支援するようになっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	話し合える人がいるような席順にしたり、同じ趣味の人が集まって活動したり、時や場所で利用者同士の関係に配慮している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去されてからも電話、手紙で様子を伺ったり、困っている事をお聞きしている。		
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。	入居時の「メモリーブック」（アセスメント）で本人の今までの暮らしや意向を把握している。意向の把握が困難な人は態度やご様子から判断している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	ご家族様に「メモリーブック」に記入して頂いたり、ご本人から聞き取りして、これまでの把握をするように努めている。また居宅のケアマネジャーから情報を貰う事もある。		
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」。健康診断書をもとに把握するように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人、ご家族様の様子を見て、スタッフ同士がミーティングなどで話し合い、計画作成担当者が作成している。必要に応じて、医師・看護師と話し合い意見を反映させている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日常生活記録に毎日の様子を記録している。スタッフ間では利用者様の個別連絡ノートがあり、情報が共有できるようになっている。		
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	デイサービスの活動を希望される方がいて隣接のデイサービスに時々参加される事があった。		
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	地域ケアプラザの催し物に参加した事がある。本が好きな方は時々図書館を利用している。		
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	利用者・ご家族様の希望により協力医療機関の訪問診療を受ける事ができる。法人の訪問看護ステーションから看護師が毎週訪問し、健康管理を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	週1回看護師訪問前に、スタッフは医療連携記録に利用者様の気になる情報を記入しておいている。また急ぎの時は電話し、利用者の受診の指示をもらっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した場合、病院関係者や家族と連絡を取り、病状の把握・退院へ向けての相談をしている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	通常の介護が困難になった場合、ご家族様、医療機関、ホームが相談して他の施設への移動、入院も含めた対処をする事になっている。ご本人様または利用者代理人様、身元引受人様のご希望により四者会議にて看取りに取り組みました。H28年度は2名様 の看取りをしました。		
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	スタッフは救急救命講習を受講している。（入社スタッフには講習を受講できるように努めている）毎日夕礼時にCPRの呼称を行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	非常災害時の対応については年2回、定例研修にて行っている。消防避難訓練は年3回（うち1回は夜間想定）行っている。災害時の協力を町内会にお願いしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	トイレの介助中は戸を閉める事。幼稚な声かけをしない事。同性の入浴介助を希望される方には出来る限り対応する事を管理者は繰り返し指導するようにしている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	毎日の生活支援の中でスタッフの意向で決めたり、介護し易さで決めたりする事が無いように出来るだけ本人が決定できるように心がけている。		
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	毎日の生活がご本人のペースで本人中心で過ごせるように支援している。決して介護する側の都合にならないように努めている。		
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	今日着る服を選んだり、スタッフと洋服を買いに行ったり、訪問理容時に髪型を決めたり、自分らしいおしゃれができるように支援している。		
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	専任のキッチンスタッフが食事を作る。利用者はテーブルを拭き、配膳、下膳を手伝って下さる。月1回は「食レク」でカレー餃子・お好み焼きなどを作っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	個々の食事量・水分摂取量を記録している。それをもとに健康な生活を送れるように支援している。		
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	毎食後、個々に合わせて口腔ケアを行うように支援している。		
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	出来る限りトイレでの排泄出来るように支援している。排泄表に記録しパターンを把握し役立てるようにしている。転倒の危険が無いように配慮している。		
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	便秘気味の方には個々に応じて、水分を多めに摂る。朝に牛乳を飲む。野菜を残さない。運動する事を勧めている。		
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	週2～3回入浴している。スタッフと話しながらの入浴は楽しんでいる。希望により同性介助に努めている。菖蒲湯やゆず湯等、季節を感じてもらえるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		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	明るさ、室温、湿度、音、布団等に配慮し安心して休めるように支援している。		
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	服薬管理は間違いのないよう2重のチェックをしている。薬情報を確認し、不明な点は医師・薬剤師にすぐに確認している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	一人一人の生活の中で食事の準備・片づけ・洗濯干し・洗濯物を畳む等、役割や張り合いがある毎日を送れ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	近くの公園への散歩、買い物、ドライブ、花見、芋ほりなどの外出機会を作るようにしている。		
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	お小遣いは事務室金庫でお預かりしている。買い物時、希望される方にはお渡しし使えるようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況		次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望される方には、電話を使って頂いたり、手紙を書く出す手伝いを支援している。		
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	玄関やフロアに花を飾ったり、フロアには利用者が作った季節感のある貼り絵や行事の写真が貼られている。庭に面したフロアは明るく居心地が良い。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	テレビの前にはソファがあり寛ぐ事ができる。1階廊下にはベンチがあり、気の合った同士、お話をされたりしている。庭にもベンチがあり、日向ぼっこをしたりしている。		
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	居室には洗面台があり、手洗い、洗面ができる。利用者が各自好みのベッド・タンス・椅子などを持ち込み、家族写真や化粧道具があり、その方にあった安らげる場になっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	玄関からフロア全体がバリアフリーになっている。共用部の廊下、リビングには手すりがあり、安全な環境の中で持っている力を生かして出来るだけ自立して生活が送れる事が出来る様に支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

セントケアホーム保土ヶ谷

作成日

平成30年12月30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	5	市町村や自治会などとの連携をとり、協力関係を築けるようにする	管理者として市や区の担当者と情報共有して協力関係を築いていく	グループホーム連絡会に出席、研修やイベントに参加して、情報共有しながら協力関係が築けるようにしていく	平成31年1月～令和1年12月
2	36	おひとりおひとりの人格を尊重しプライバシーを損ねない言葉かけをする	その人らしく過ごしていただけるようにする	おひとりおひとりの意向を聞きながら、お手伝いさせていただき心地よく過ごしていただく	平成31年1月～令和1年12月
3	35	火災や地震水害等の災害時に地域との協力体制がとれるようにする	ふだんより自治会のもよおしに参加したり防災訓練に参加する	自治会主催の行事（お祭りなど）に参加するグループホームの防災訓練に地域の方やご家族にも参加いただく	平成31年1月～令和1年12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。