

<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	1473400370
法人名	有限会社 優心会
事業所名	グループホーム サロン・ド・せや
訪問調査日	令和2年3月6日
評価確定日	令和2年3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。

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	1473400370	事業の開始年月日	平成16年4月1日	
		指定年月日	平成16年4月1日	
法人名	有限会社 優心会			
事業所名	グループホーム サロン・ド・せや			
所在地	( 246-0004 ) 神奈川県横浜市瀬谷区中屋敷1-37-8			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input 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13日	評価結果 市町村受理日	令和2年2月27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)】

利用者さんの外出支援を増やし、各フロアでの季節イベントの取り組みで、ドライブや花見など外に出る機会を増やして行きたい。

## 【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3月6日	評価機関 評価決定日	令和2年3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)】

●この事業所は有限会社優心会の経営です。同法人は横浜市瀬谷区に本社を構え、グループホーム2ヶ所、小規模多機能型居宅介護事業所1ヶ所、介護タクシーなどの高齢者福祉事業を瀬谷区を中心に展開しています。ここグループホーム「サロン・ド・せや」は相鉄線「瀬谷駅」からバスで4つ目、「中屋敷」停留所で下車して、徒歩10分程度の境川の近くにあります。事業所は畑と森に囲まれた長閑な環境下にあり、「サロン・ド・せや」のコンセプトでもある、田と畑と木々が繁る豊かな田園の中で、高齢者が自分のリズムでその人らしく生活を営めるよう、利用者の残存能力を維持しながらサポートするケアに注力しています。

●新しいホーム長が赴任し、新体制でスタートして1年が過ぎ、組織改革を図る中で、開設当初から「センター方式」を継続し、事業所のケア方針である「利用者のその人らしいあり方、尊厳を支え、出来ること、やりたいことを叶えるお手伝いをする」に沿って、職員は利用者一人ひとりの残存能力を共有し、残存能力を活かしたケアを行うことで、グループホームに入所後も、自立した生活が送れるよう支援に心がけています。職員の質の向上の取り組みとして、横浜市等の外部研修への参加、外部研修の資料を基に内部研修を開催し、事業所内での勉強会も行っています。今後は、職員に外部研修への参加を積極的に促し、情報を共有しながら、ケアの向上に繋げていきたいと考えています。

●町内会に加入し、町内会長から様々な地域の情報をいただき、町内の行事参加をはじめ、語り部、紙芝居、ちぎり絵、絵手紙、フラダンスなどの様々なボランティアの方の来訪もあります。また、ケアプラザと協同で開催している「認知症カフェ」も定期的に開催しており、毎回数十名の方々が参加するなど、関心も高く、地域との交流も活発に行われています。事業所に設置しているAEDを、緊急時に利用していただけるよう周知するなど、地域財産としての繋がりも図っています。

## 【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	グループホーム サロン・ド・せや
ユニット名	全体

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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	玄関、フロアに提示して周知している。新入職員には入職時に説明しており、理念に基づいた支援をしています。長文で覚えにくいとの意見があり、理念の重点内容を短縮。	開設時に作成された理念がありますが、浸透しやすいよう職員間で話し合い、3項目にまとめ、玄関、フロアに掲示しています。職員一人ひとりがこの理念を携帯し、利用者が出来ることを皆で共有し、笑顔のあふれる環境をつくり、「その人らしく」暮らせる事業所作りを目指しています。	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	町内会へ加入。会長と定期的に擦り合わせを行い、町内のイベント（夏祭り等）などに参加し交流を深めています。また、ホームの行事を回覧でお知らせし参加していただいています。	中屋敷町内会に加入し、町内会長から定期的に情報をいただき、様々な地域行事に利用者に参加し、交流を図っています。2ヶ月に1回、ケアプラザと協同で認知症カフェを開催しており、毎回数十名の方が参加するなど、地域の関心も高く、地域の方との交流を深めています。ボランティアでは、語り部、紙芝居、ちぎり絵、絵手紙、フラダンスなどの様々な方の来訪があり、地域の養護学校の生徒の訪問もあります。	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	地域の人々に向けて認知カフェを開催し、認知症の人の支援の方法や、理解に活かしていただけるように努めています。また、相談にも応じています。		
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	ご利用者様やご家族にも参加していただき、現状の報告や話し合いを行い、サービスの向上に活かせるように努めています。	運営推進会議は、町内会会長、看護師、中屋敷地域ケアプラザ、各ユニットから1家族ずつの参加を得て、年6回開催しています。事業所の現状や活動報告を中心に、地域の情報や質疑応答の時間を設け、意見交換を行い、サービスの向上につなげています。職員には議事録で内容を周知しています。	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	瀬谷区主催の各研修に参加し、情報交換をしています。頻りに状況報告をして、ご指導・ご助言を受けています。市・区と頻りに情報報告をしています。	瀬谷区主催の各研修に参加しています。地域密着型サービス連絡会、グループホーム連絡会にも加入し、区の担当者や他法人の事業所とも情報交換を行っています。地域ケアプラザとは、イベントの紹介や事業所の空き情報の報告、2ヶ月に1回の認知症カフェ開催などで連携しています。	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	身体的拘束の勉強会を行い、それぞれの意識向上を促しています。また、身体拘束の三つの原則を守るようにホーム長から指導されています。夜間のみ物騒なため、施錠しています。	身体拘束について、定期的に勉強会を行うことで意識の向上を促しています。また、身体拘束の三つの原則（切迫性、非代替性、一時性）を守るようホーム長から周知徹底しています。身体拘束・虐待防止委員会も、2ヶ月に1回開催しており、市作成のDVDを聴取しての勉強会も取り入れて実施しています。	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注意を払い、防止に努めている	虐待防止に外部の研修に参加し、学ぶ機会を設けてまいります。また、新聞記事などを回覧し、再確認する機会を作り虐待防止に努めています。勉強会を行い、全職員に意識向上を促しています。		
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	研修には職員が順番に参加し、研修記録の回覧や理解できない時は、ホーム長で質疑応答をしています。		
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	入所契約時、契約書必要事項の説明を行い、質疑応答を行っています。また、解約や改定時にも説明をしております。		
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	ご意見ノートの設置や面会時に意見を頂いたり、家族会や、運営推進会議でも意見を頂き反映させています。また、要望があった際には、迅速に対応出来るように心掛けています。	家族からの意見や要望は、面会時に近況報告と併せて、経過記録を見ていただき、ケアの共有と状態を把握していただくようにしています。また、3ヶ月に1回の行事に合わせた家族会や、運営推進会議でも意見や要望を聞く機会を設けています。	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	介護については、職員の意見や提供を反映させているが、意見や提案を聞く機会を増やしてより一層反映して行きます。	管理者は、日頃から職員とコミュニケーションを図り、気兼ねなく意見や提案を表出できる雰囲気作りを心がけています。毎朝の朝礼時にも、ケアや業務に関する意見や提案は出るので、管理者は、職員が向上心を持って働けるよう環境整備に努めています。	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	代表者は管理者や職員個々と話す機会を設けたり、現場を見たりして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ます。		
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	代表者は職員一人一人のケアの実際と力量を把握し、研修を受ける機会を確保しています。		
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	現在は交流研修は行っていませんが、イベント等に参加しています。今後研修等に参加出来るよう調整中です。		
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	事前面接・入居前訪問を行い情報収集すると共に、本人が困っていること、不安なこと、要望などを聞き関係づくりに努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接・入居前訪問を行い情報収集をすると共に家族等が困っていること、不安なこと要望などを聞き、関係作りに努めています。入居後は来訪時に個々の状態を報告し、情報共有するように努めています。		
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	事前面接・入居前訪問の際の情報を基に、何を必要としているのかを早い時期に見付けて、快適な生活への手助けをする。また集団生活に慣れるまで時間がかかることをご家族に説明し、生活に慣れるまでご家族の頻繁な来訪をお願いします。		
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	一つの家であり、家族のような気持ちで接することで支え合って生活している。また、暮らしを共にする同士の関係を築くことによって、相手の気持ちを察するよう心掛けています。出来る方には料理の下処理などをお願いします。		
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	御家族様が来訪された際には、ご本人の日常の暮らしや具体的支援についての報告を行い、経過記録を見て頂き、ご家族からの声をホームと共有しながら相互の関りを支援しています。		
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	ご家族の要望によりホームで出来る範囲での対応をしているが、知人・友人の方にお尋ねいただいた際、今後度々訪問くださるようお願いする。	友人、知人の訪問は、家族と一緒に来訪するケースもありますが、年々少なくなってきています。家族の協力を得て、定期的にお墓参りに行かれています方もいます。利用者によっては、携帯電話を持っている方もおり、家族と連絡を取り合っている方もいます。	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	定期的にご利用様のリフレッシュを考え、席替えをしたり、レクリエーションなどで、他者との交流する時間を設けています。時折、他者への配慮に欠ける態度を取られることもありますが、必要に応じてお話して見守りをするよう努めています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後も相談・尋ねたい事がある時には、今までと同様に相談や支援を受けるようにしています。		
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。	ケース会議や日々の申し送り時に、一人一人が今何に困っているのか常に意見交換をして検討しています。 ご家族からも希望を聞き、プランに反映している。	入居時のアセスメントを基に、家族や本人から日々の生活から意向や希望の把握に努めています。寡黙な方でも散歩や入浴時のゆったりとした時間の中で、ふと漏らした言葉などは記録に残し、情報を共有しながら、可能な範囲で叶えるようにしています。	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	家族から生活歴。馴染みの地。友人を知り暮らしの中に取り入れていく。 又、新しく得た情報は随時追加し共有している。趣味等を聞き出し、出来る範囲内で楽しんでもらっています。		
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	ケアプラン・ケース会議・日々の申し送り等で細かい事でも見逃さないように努め、事態を共有し、体調管理・心のケアが出来るように努めています。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	センター方式を中心に話し合い、抜粋して使用しています。モニタリングで現状に即した計画を作成したり、ケアプランに沿ったサービスを行ったりしていますが、今後学習が必要だと思います。	開所時からセンター方式を用いて、ケアプランを作成しています。毎月のケア会議は、フロアごとに行い、居室担当からのモニタリングで現状に即した計画を作成し、ケアプランに沿ったサービスを行っています。経過記録を家族に見ていただき、家族の要望も加味しながら介護計画を作成します。	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	個別の経過記録や業務日誌を活用、申し送りにより職員間で情報を共有している。個々の体調や心身の変化について把握し、必要時には介護計画を見直ししています。		
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	一人一人のその時の状況合ったケアを実践している。また、急な受診、家族が対応出来ない時等状況に応じた対応を、家族と連絡を取り合うことで行っています。 本人の希望家族の要望に出来るよう支援出来るよう、多機能に取り組んでいる。行政・医療・買い物ドライブ。		
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	定期的に地域の方々のボランティアの来訪を受け入れ、暮らしを豊かにするよう努めています。町内会の行事への参加をし、交流を深め楽しみながら暮らせるように努めています。		
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	内科2回/月・歯科2回/月・神経内科2回/月廻診を実施しています。ご家族や本人の要望で馴染みの病院へ行ってる方も居ます。尚、緊急時でもご家族の要望を優先出来るよう支援しております。 ①内科・歯科⇔協力医療機関②精神内科⇔個人契約	入居時に、かかりつけ医の有無を確認し、事業所の協力医と共に主治医を決めています。従来のかかりつけ医を継続して受診している方は3名いますが、主治医との情報交換は密に行い、情報の共有に努めています。協力医の内科と神経内科は月2回、歯科も月2回の往診があります。歯科では、全員が口腔ケアを受けています。	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	看護師が常勤であることから、常に適切な指示を受かれるので、小さな変化でも見逃す事が少ない。		
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。	入居者が入院した日からユニット職員と共に、ご家族や病院関係者との情報交換を共有し、早期退院が出来るように連携を取っています。		
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	安心して最期を迎えられるよう、職員の理解を得て勤務体制や医療連携等ターミナル体制を整えていく。看取りの同意書・看取りの看護計画・看取り介護加算等の体制を整え、南町田ペンギン在宅診療所・めぐみ在宅クリニックと連携しチームで取り組む支援をしています。	入居時に、重度化や終末期における事業所での指針を説明し、口頭にて確認しています。重度化や変化があった場合、医師、看護師、家族、職員で話し合いの場を設け、今後の方針を決めています。事業所での終末期を迎えるに当たっては、終末期の指針を取りかわし、安心した最期を迎えられるよう、医療連携を取りターミナルケア体制を整えています。	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	急変や事故発生時に備え、地区担当の消防士さんにお願ひし、応急救護指導を定期的に受けています。また、病気対応については看護師のアドバイスや、日頃からマニュアルを確認しております。		
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	ホームでの初期消火・避難訓練の確認や、地区担当の消防士さんの指導の下で1回/年行っています。境川氾濫時の避難訓練マニュアル等もあり、すでに避難場所も決まっているため、避難場所への訓練も2回/年行っています。尚、一時避難所として特養と協力しています	年2回の避難訓練は、地区担当の消防士の指導下で、夜勤者全員参加での夜間想定訓練、初期消火、避難場所の確認などを行っています。境川氾濫時の水害対応マニュアルも整備し、一時避難場所として近隣の愛成苑（特別養護老人ホーム）と協定しています。備蓄については、水、食料品の用意があり、法人内の「六町目のつどい」と共有しています。	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	
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	職員は日常生活を送る上で、常に本人の自尊心を傷つけないように配慮し対応しています。本人の情報等は、経過記録や申し送り日誌等を活用して伝達しており、個人情報の管理も徹底しています。	職員は、日常生活を送る上で、本人の自尊心を傷つけることなく、生活歴を把握した本人主体のケアを行っています。本人の情報などは、経過記録や申し送り日誌を活用して職員で共有しています。呼称については、名字でお呼びしていますが、家族からの希望で名前でお呼びする場合があります。	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	ご本人の意見を尊重しながら、散歩・買い物・レク・ドライブ・外食会等に参加していただいています。歌を楽しむ時間も定期的に開いております。	/		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	ご本人の希望を考慮し（体調も考慮しながら）散歩・買い物・レク・ドライブ・等を実施しています。外食会では、ご本人の好きな飲食を楽しんでいただいたりもしています。			
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	訪問理美容が隔月にあり、好みの髪型にしています。ご本人の希望があれば化粧やマニキュアをしたり、季節に合った洋服を職員が選んだり、購入したりと常に身だしなみのおしゃれを支援しております。近隣から寄付していただいた洋服を着たりもしています。			
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	下膳・食器洗いをしていただいています。年に数回外食会を開催し、好きな物を飲食していただく機会を設けてます。季節を感じられる食事（メニュー）を心掛けています。	食事については、一週間分のメニューを各フロア毎に作り、月、水、金曜日に食材の買い出しに行き、手作りで食事の提供をしています。残存能力を活かしたケアの基本に沿って、食器洗い、下膳、食器拭き等手伝っていただいています。3ヶ月に1回、昼食時に、ご飯、うどん、パンなどのメニューから選んでいただく「喫茶店」を開催する予定です。	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	一人一人の食事・水分・排泄状況をチェックし、栄養バランスを考えた献立を立てています。状態が変化した場合は、その方の状態に合わせた形態やメニューに変更しています。 水分1600cc			
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、就寝前にうがいや歯磨きの声掛け介助をしています。また、歯科医の訪問で歯肉炎、歯垢、磨きにくい方の歯磨き指導があります。2回/年口腔の定期検診を行っております。口腔衛生管理加算-歯科医の協力を得て。			
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	記録から排泄パターンを全職員が把握し、さりげない支援を行っています。	排泄チェック表にて、1人ひとりの排泄パターンの把握に努めています。自立している方には見守り、声掛けが必要な方には、さりげない声掛けや定時誘導にて、トイレでの排泄を促しています。水分補給は、1日1600ccを目標に摂取していただくようにしています。		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	牛乳・エンシュア等、その方に応じた対応をし、排便がスムーズに行えるように取り組んでいます。また、ラジオ体操・荒川体操・はまちゃん体操や散歩等、適度な運動をしています。必要に応じ緩下剤など服用しています。			
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	その日の体調を確認し、順番を工夫して入浴していただいています。入浴剤を入れて気分転換もしていただいています。	入浴は週3回、火、木、土曜日に行っています。時間は、10時～17時の間で、利用者全員が入浴出来るようにしていますが、拒否のある方は無理強いせず、本人の意向に合わせて日を変えて入浴を促しています。入浴前にはバイタルチェックを行い、体調を確認したうえで入浴していただいています。		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	食後・入浴後・外出後・受診後等には個別に休息をとっていただいています。また、日々の活動で心地良いリズムのある生活を過ごしていただいております。日光浴や散歩も行っています。			
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	薬の管理については、看護師の指示により（主治医の処方時にアドバイスを受けている）用法、用量をきちんと把握、症状の変化は些細な事でも看護師に連絡しています。症状に変化がある時、神経科DrにはFAX・内科Drにはラインにて指示やアドバイスを受けています。			
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	日々の生活の中でお手伝いして頂ける事、又それをご自分の役割と考え、喜びに感じていただくよう支援している。又散歩、各行事等本人の意見を尊重し、楽しみながら参加して頂いている。			
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	地域行事やホーム内行事等の参加、職員と一緒に買い物に出掛けたりしています。また、ご家族が来訪された際には、散歩や外食等されております。	天気や気候の良い日には、外に出掛けることを心がけ、川沿いの散歩コースに出掛けたり、外気浴を行っています。事業所の周辺には田園風景が広がっており、散歩に出掛けない方でも、ベランダに出て季節感を感じていただけるよう支援しています。毎週水曜日は、お買い物デーとして、車で利用者の希望の買い物に出掛けています。家族と外食や買い物に行っている方もいます。		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	紛失を予防する為にホームで金銭管理させていただいています。買い物デーや、ホーム内喫茶等で支援しておりますが、認知症状の進行やADLの低下により、お金の所持や使う事が困難になってきております。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	居室専用電話・携帯電話の持ち込み可能となっています。 2名携帯持ち込み、その内1名は使用されています。			
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	写真・カレンダー・習字等を貼ったり、季節感溢れる装飾や花等を活かしています。 温度や照明は適宜調整しています。	玄関には、季節や行事の花を飾り、時には職員が持参した花を飾って季節を感じていただけるように心がけています。壁にはイベントの写真、利用者の絵手紙や習字の作品を飾り、月毎に替えて変化のある居心地良い空間作りをしています。10時や3時のおやつ迄には、歌やゲーム、体操をして、生活にメリハリをつけるようにしています。		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	庭に長椅子があり、天気の良い日は日光浴しながら語らう場所があります。			
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	入居時に今まで使用していた家具・テレビ・生活用品をご家族と相談し持って来ていただき、配置等工夫して不安等に配慮した環境作りをしています。	入居時に今まで使用していた家具・テレビ・生活用品を家族と相談して持って来ていただき、動線を配慮しながら、個々の生活に合わせた安心出来る空間作りをしていただいています。本人が希望する模様替えや、重度化した祭の家具配置換えなど、ニーズに合わせた支援に努めています。		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	全館バリアフリーで車椅子も使用できるようになっております。 居室入り口には表札、食事時には各自のおぼん、テーブル、洗濯カゴにも記名しています。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
サロン・ド・せや

作成日

令和2年5月15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
	6	身体拘束勉強会等行っているが、戸惑ってしまっている事がある。	個人の状態・行動を観察する力を身に付け、状態に合わせた行動が出来る。	観察して気が付いた事は記録にし、共有する。拘束チェックリストをしようし、安全に努める。	1年
	36	ケア・介護が統一されない部分がある。	一人一人のケアを統一して行えるように、介護方法記録を再確認し、再教育を行う。	ケアプランに詳しく記入し、スタッフ同士で声掛けを行う。一人一人の声掛けの工夫をする。	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。

事業所名	グループホーム サロン・ド・せや
ユニット名	千寿

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	玄関、フロアに提示して周知している。新入職員には入職時に説明しており、理念に基づいた支援をしています。長文で覚えにくいとの意見があり、理念の重点内容に短縮。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会へ加入。会長と定期的に擦り合わせを行い、町内のイベント（夏祭り等）などに参加し交流を深めています。また、ホームの行事を回覧でお知らせし参加していただいています。		
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	地域の人々に向けて認知カフェを開催し、認知症の人の支援の方法や、理解に活かしていただけるように努めています。また、相談にも応じています。		
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	ご利用者様やご家族にも参加していただき、現状の報告や話し合いを行い、サービスの向上に活かせるように努めています。		
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	瀬谷区主催の各研修に参加し、情報交換をしています。頻りに状況報告をして、ご指導・ご助言を受けています。市・区と頻りに情報報告をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	身体的拘束の勉強会を行い、それぞれの意識向上を促しています。また、身体拘束の三つの原則を守るようにホーム長から指導されています。夜間のみ物騒なため、施錠しています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止に外部の研修に参加し、学ぶ機会を設けてまいります。また、新聞記事などを回覧し、再確認する機会を作り虐待防止に努めています。勉強会を行い、全職員に意識向上を促しています。		
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	研修には職員が順番に参加し、研修記録の回覧や理解できない時は、ホーム長で質疑応答をしています。		
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	入所契約時、契約書必要事項の説明を行い、質疑応答を行っています。また、解約や改定時にも説明をしています。		
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	ご意見ノートの設置や面会時に意見を頂いたり、家族会や、運営推進会議でも意見を頂き反映させています。また、要望があった際には、迅速に対応出来るように心掛けています。ご家族には経過記録見て頂き、不安のないように説明を行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	介護については、職員の意見や提供を反映させているが、意見や提案を聞く機会を多くしてより一層反映して行きます。		
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	代表者は管理者や職員個々と話す機会を設けたり、現場を見たりして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ます。		
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	代表者は職員一人一人のケアの実際と力量を把握し、研修を受ける機会を確保しています。		
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	現在は交流研修等は行っておらず、今後参加できるように調整しています。		
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	事前面接・入居前訪問を行い情報収集すると共に、本人が困っていること、不安なこと、要望などを聞き関係作りに努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接・入居前訪問を行い情報収集をすると共に家族等が困っていること、不安なこと要望などを聞き、関係作りに努めています。入居後は来訪時に個々の状態を報告し、情報共有するように努めています。		
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	事前面接・入居前訪問の際の情報を基に、何を必要としているのかを早い時期に見付けて、快適な生活への手助けをする。また集団生活に慣れるまで時間がかかることをご家族に説明し、生活に慣れるまでご家族の頻繁な来訪をお願いしています。		
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	一つの家であり、家族のような気持ちで接することで支え合って生活している。また、暮らしを共にする同士の関係を築くことによって、相手の気持ちを察するよう心掛けています。		
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	御家族様が来訪された際には、ご本人の日常の暮らしや具体的支援についての報告を行い、ご家族からの声をホームと共有しながら相互の関りを支援しています。		
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	ご家族の要望によりホームで出来る範囲での対応をしているが、知人・友人の方にお尋ねいただいた際、今後度々訪問くださるようお願いする。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	定期的に利用者様のリフレッシュを考え、席替えをしたり、レクリエーションなどで、他者との交流する時間を設けています。時折、他者への配慮に欠ける態度を取られることもありますが、必要に応じてお話して見守りをするよう努めています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退所後も相談・尋ねたい事がある時には、今までと同様に相談や支援を受けるようにしています。		
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。	ケース会議や日々の申し送り時に、一人一人が今何に困っているのか常に意見交換をして検討しています。 ご家族からも希望を聞き、プランに反映している。		
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	家族から生活歴。馴染みの地。友人を知り暮らしの中に取り入れていく。 又、新しく得た情報は随時追加し共有している。		
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	ケアプラン・ケース会議・日々の申し送り等で細かい事でも見逃さないように努め、事態を共有し、体調管理・心のケアが出来るように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	センター方式を中心に話し合い、抜粋して使用しています。モニタリングで現状に即した計画を作成したり、ケアプランに沿ったサービスを行ったりしていますが、今後学習が必要だと思います。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別の経過記録や業務日誌を活用、申し送りにより職員間で情報を共有している。個々の体調や心身の変化について把握し、必要時には介護計画を見直ししています。		
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	一人一人のその時の状況合ったケアを実践している。また、急な受診、家族が対応出来ない時等状況に応じた対応を、家族と連絡を取り合うことで行っています。 本人の希望家族の要望に出来るよう支援出来るよう、多機能に取り組んでいる。行政・医療・買い物ドライブ。		
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	定期的に地域の方々のボランティアの来訪を受け入れ、暮らしを豊かにするよう努めています。町内会の行事への参加をし、交流を深め楽しみながら暮らせるように努めています。		
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	内科2回/月・歯科2回/月・神経内科2回/月廻診を実施しています。ご家族や本人の要望で馴染みの病院へ行ってる方も居ます。尚、緊急時でもご家族の要望を優先出来るよう支援しております。 ①内科・歯科⇔協力医療機関②精神内科⇔個人契約		

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	看護師が常勤であることから、常に適切な指示を受かれるので、小さな変化でも見逃す事が少ない。		
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。	入居者が入院した日からユニット職員と共に、ご家族や病院関係者との情報交換を共有し、早期退院が出来るように連携を取っています。		
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	安心して最期を迎えられるよう、職員の理解を得て勤務体制や医療連携等ターミナル体制を整えていく。看取りの同意書・看取りの看護計画・看取り介護加算等の体制を整え、南町田ペンギン在宅診療所・めぐみ在宅クリニックと連携しチームで取り組む支援をしています。		
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	急変や事故発生時に備え、地区担当の消防士さんをお願いし、応急救護指導を定期的を受けています。また、病気対応については看護師のアドバイスや、日頃からマニュアルを確認しております。		
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	ホームでの初期消火・避難訓練の確認や、地区担当の消防士さんの指導の下で1回/年行っています。境川氾濫時の避難訓練マニュアル等もあり、すでに避難場所も決まっているため、避難場所への訓練も2回/年行っています。尚、一時避難所として特養と協力しています		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	職員は日常生活を送る上で、常に本人の自尊心を傷つけないように配慮し対応しています。本人の情報等は、経過記録や申し送り日誌等を活用して伝達しており、個人情報の管理も徹底しています。 場合により、利用者様の氏名をイニシャルで報告しています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人の意見を尊重しながら、散歩・買い物・レク・ドライブ・外食会等に参加していただいています。歌を楽しむ時間も定期的に行っています。レクの不参加に対しては、希望通りにしています。		
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	ご本人の希望を考慮し（体調も考慮しながら）散歩・買い物・レク・ドライブ・等を実施しています。外食会では、ご本人の好きな飲食を楽しんでいただいたりもしています。		
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	訪問理美容が隔月にあり、好みの髪型にしています。ご本人の希望があれば化粧やマニキュアをしたり、季節に合った洋服を職員が選んだり、購入したりと常に身だしなみのおしゃれを支援しております。近隣から寄付していただいた洋服を着たりもしています。朝の整容声掛け、介助行っています。		
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	配膳・下膳・食器洗いをしていただいています。年に数回外食会を開催し、好きな物を飲食していただく機会を設けてます。 季節を感じられる食事（メニュー）を心掛けています。 健康を考え減塩を心掛けています。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人一人の食事・水分・排泄状況をチェックし、栄養バランスを考えた献立を立てています。状態が変化した場合は、その方の状態に合わせた形態やメニューに変更しています。		
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、就寝前にうがいや歯磨き・舌ブラシ使用の声掛け介助をしています。また、歯科医の訪問で歯肉炎、歯垢、磨きにくい方の歯磨き指導があります。2回/年口腔の定期検診を行っております。口腔衛生管理加算-歯科医の協力を得て。		
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	記録から排泄パターンを全職員が把握し、さりげない支援を行っています。歩行困難な方にもトイレ誘導行い、トイレでの排泄を行っています。		
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	牛乳・エンシュア等、その方に応じた対応をし、排便がスムーズに行えるように取り組んでいます。また、ラジオ体操・荒川体操・はまちゃん体操や散歩等、適度な運動をしています。		
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	その日の体調を確認し、順番を工夫して入浴していただいています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食後・入浴後・外出後・受診後等には個別に休息をとっていただいています。また、日々の活動で心地良いリズムのある生活を過ごしていただいております。日光浴や散歩も行っています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	薬の管理については、看護師の指示により（主治医の処方時にアドバイスを受けている）用法、用量をきちんと把握、症状の変化は些細な事でも看護師に連絡しています。症状に変化がある時、神経科DrにはFAX・内科Drにはラインにて指示やアドバイスを受けています。		
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	日々の生活の中でお手伝いして頂ける事（もやしのヒゲ取り・新聞の折り畳み）、又それをご自分の役割と考え、喜びに感じていただくよう支援している。又散歩、各行事等本人の意見を尊重し、楽しみながら参加して頂いている。		
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	地域行事やホーム内行事等の参加、職員と一緒に買い物に出掛けたりしています。また、ご家族が来訪された際には、散歩や外食等されております。		
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	紛失を予防する為にホームで金銭管理させていただきます。買い物デーや、ホーム内喫茶等で支援しておりますが、認知症状の進行やADLの低下により、お金の所持や使う事が困難になってきております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	居室専用電話・携帯電話の持ち込み可能となっています。 2名携帯持ち込み、その内1名は使用されています。		
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	写真・カレンダー・習字等を貼ったり、季節感溢れる装飾や花等を活かしています。 温度や照明は適宜調整しています。 定期的に室内掃除を行っています。		
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	庭に長椅子があり、天気のいい日は日光浴しながら語らう場所があります。		
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	入居時に今まで使用していた家具・テレビ・生活用品をご家族と相談し持って来ていただき、配置等工夫して不安等に配慮した環境作りをしています。		
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	全館バリアフリーで車椅子も使用できるようになっております。 居室入り口には表札、食事時には各自のおぼん、洗濯カゴにも記名しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
サロン・ド・せや

作成日

令和2年5月15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
	6	身体拘束勉強会等行っているが、戸惑ってしまっている事がある。	個人の状態・行動を観察する力を身に付け、状態に合わせた行動が出来る。	観察して気が付いた事は記録にし、共有する。拘束チェックリストをしようし、安全に努める。	1年
	36	ケア・介護が統一されない部分がある。	一人一人のケアを統一して行えるように、介護方法記録を再確認し、再教育を行う。	ケアプランに詳しく記入し、スタッフ同士で声掛けを行う。一人一人の声掛けの工夫をする。	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。

事業所名	グループホーム サロン・ド・せや
ユニット名	万寿

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	玄関、フロアに提示して周知している。 新入職員には入職時に説明しており、理念に基づいた支援をしています。 長文で覚えにくいとの意見があり、理念の重点内容に短縮。		今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会へ加入。会長と定期的に擦り合わせを行い、町内のイベント（夏祭り等）などに参加し交流を深めています。また、ホームの行事を回覧でお知らせし参加し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	地域の人々に向けて認知カフェを開催し、認知症の人の支援の方法や、理解に活かしていただけるように努めています。 また、相談にも応じています。		
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	ご利用者様やご家族にも参加していただき、現状の報告や話し合いを行い、サービスの向上に活かせるように努めています。		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	瀬谷区主催の各研修に参加し、情報交換をしています。 頻繁に状況報告をして、ご指導・ご助言を受けています。市・区と頻繁に情報報告をしています。		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	身体的拘束の勉強会を行い、それぞれの意識向上を促しています。また、身体拘束の三つの原則を守るようにホーム長から指導されています。夜間のみ物騒なため、施錠しています。		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	虐待防止に外部の研修に参加し、学ぶ機会を設けてまいります。また、新聞記事などを回覧し、再確認する機会を作り虐待防止に努めています。勉強会を行い、全職員に意識向上を促しています。		
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	研修には職員が順番に参加し、研修記録の回覧や理解できない時は、ホーム長で質疑応答をしています。		
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	入所契約時、契約書必要事項の説明を行い、質疑応答を行っています。また、解約や改定時にも説明をしております。		
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	ご意見ノートの設定や面会時に意見を頂いたり、家族会や、運営推進会議でも意見を頂き反映させています。また、要望があった際には、迅速に対応出来るように心掛けています。		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	介護については、職員の意見や提供を反映させているが、意見や提案を聞く機会を多くしてより一層反映して行きます。		
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	代表者は管理者や職員個々と話す機会を設けたり、現場を見たりして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ます。		
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	代表者は職員一人一人のケアの実際と力量を把握し、研修を受ける機会を確保しています。		
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	現在は交流研修等は行っておらず、今後参加出来るように調整しております。		
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	事前面接・入居前訪問を行い情報収集すると共に、本人が困っていること、不安なこと要望などを聞き関係づくりに努めています。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	事前面接・入居前訪問を行い情報収集をすると共に家族等が困っていること、不安なこと要望などを聞き、関係作りに努めています。入居後は来訪時に個々の状態を報告し、情報共有するように努めています。		
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	事前面接・入居前訪問の際の情報を基に、何を必要としているのかを早い時期に見付けて、快適な生活への手助けをする。また集団生活に慣れるまで時間がかかることをご家族に説明し、生活に慣れるまでご家族の頻繁な来訪をお願いします。		
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	一つの家であり、家族のような気持ちで接することで支え合って生活している。また、暮らしを共にする同士の関係を築くことによって、相手の気持ちを察するよう心掛けています。		
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	御家族様が来訪された際には、ご本人の日常の暮らしや具体的支援についての報告を行い、ご家族からの声をホームと共有しながら相互の関りを支援しています。		
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	ご家族の要望によりホームで出来る範囲での対応をしているが、知人・友人の方にお尋ねいただいた際、今後度々訪問くださるようお願いする。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	定期的利用者様のリフレッシュを考え、席替えをしたり、レクリエーションなどで、他者との交流する時間を設けています。時折、他者への配慮に欠ける態度を取られることもありますが、必要に応じてお話して見守りをするよう努めています。		
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	退所後も相談・尋ねたい事がある時には、今までと同様に相談や支援を受けるようにしています。		
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。	ケース会議や日々の申し送り時に、一人一人が今何に困っているのか常に意見交換をして検討しています。 ご家族からも希望を聞き、プランに反映している。		
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	家族から生活歴。馴染みの地。友人を知り暮らしの中に取り入れていく。 又、新しく得た情報は随時追加し共有している。		
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	ケアプラン・ケース会議・日々の申し送り等で細かい事でも見逃さないように努め、事態を共有し、体調管理・心のケアが出来るように努めています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	センター方式を中心に話し合い、抜粋して使用しています。モニタリングで現状に即した計画を作成したり、ケアプランに沿ったサービスを行ったりしていますが、今後学習が必要だと思います。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個別の経過記録や業務日誌を活用、申し送りにより職員間で情報を共有している。個々の体調や心身の変化について把握し、必要時には介護計画を見直ししています。		
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	一人一人のその時の状況合ったケアを実践している。また、急な受診、家族が対応出来ない時等状況に応じた対応を、家族と連絡を取り合うことで行っています。 本人の希望家族の要望に出来るよう支援出来るよう、多機能に取り組んでいる。行政・医療・買い物ドライブ。		
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	定期的に地域の方々のボランティアの来訪を受け入れ、暮らしを豊かにするよう努めています。町内会の行事への参加をし、交流を深め楽しみながら暮らせるように努めています。		
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	内科2回/月・歯科2回/月・神経内科2回/月廻診を実施しています。ご家族や本人の要望で馴染みの病院へ行ってる方も居ます。尚、緊急時でもご家族の要望を優先出来るよう支援しております。 ①内科・歯科⇄協力医療機関 ②精神内科⇄個人契約		

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	看護師が常勤であることから、常に適切な指示を受かれるので、小さな変化でも見逃す事が少ない。		
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。	入居者が入院した日からユニット職員と共に、ご家族や病院関係者との情報交換を共有し、早期退院が出来るように連携を取っています。		
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	安心して最期を迎えられるよう、職員の了解を得て勤務体制や医療連携等ターミナル体制を整えていく。看取りの同意書・看取りの看護計画・看取り介護加算等の体制を整え、南町田ペンギン在宅診療所・めぐみ在宅クリニックと連携しチームで取り組む支援をしています。		
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	急変や事故発生時に備え、地区担当の消防士さんをお願いし、応急救護指導を定期的に受けています。また、病気対応については看護師のアドバイスや、日頃からマニュアルを確認しております。		
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	ホームでの初期消火・避難訓練の確認や、地区担当の消防士さんの指導の下で1回/年行っています。 境川氾濫時の避難訓練マニュアル等もあり、すでに避難場所も決まっているため、避難場所への訓練も2回/年行っています。 尚、一時避難所として特養と協力しています		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	職員は日常生活を送る上で、常に本人の自尊心を傷つけないように配慮し対応しています。本人の情報等は、経過記録や申し送り日誌等を活用して伝達しており、個人情報の管理も徹底しています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人の意見を尊重しながら、散歩・買い物・レク・ドライブ・外食会等に参加していただいています。歌を楽しむ時間も定期的にかけております。		
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	ご本人の希望を考慮し（体調も考慮しながら）散歩・買い物・レク・ドライブ・等を実施しています。外食会では、ご本人の好きな飲食を楽しんでいただいたりもしています。		
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	訪問理美容が隔月にあり、好みの髪型にさせていただいています。ご本人の希望があれば化粧やマニキュアをしたり、季節に合った洋服を職員が選んだり、購入したりと常に身だしなみのおしゃれを支援しております。近隣から寄付していただいた洋服を着たりもしています。		
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	下膳・食器洗いをしていただいています。年に数回外食会を開催し、好きな物を飲食していただく機会を設けてます。季節を感じられる食事（メニュー）を心掛けています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人一人の食事・水分・排泄状況をチェックし、栄養バランスを考えた献立を立てています。状態が変化した場合は、その方の状態に合わせた形態やメニューに変更しています。 水分1600cc		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、就寝前とうがいや歯磨きの声掛け介助をしています。また、歯科医の訪問で歯肉炎、歯垢、磨きにくい方の歯磨き指導があります。2回/年口腔の定期検診を行っております。口腔衛生管理加算-歯科医の協力を得て。		
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	記録から排泄パターンを全職員が把握し、さりげない支援を行っています。		
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	牛乳・エンシュア等、その方に応じた対応をし、排便がスムーズに行えるように取り組んでいます。また、ラジオ体操・荒川体操・はまちゃん体操や散歩等、適度な運動をしています。		
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	その日の体調を確認し、順番を工夫して入浴していただいています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食後・入浴後・外出後・受診後等には個別に休息をとっていただいています。また、日々の活動で心地良いリズムのある生活を過ごしていただいております。日光浴や散歩も行っています。		
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	薬の管理については「看護師の指示により（主治医の処方時にアドバイスを受けている）用法、用量をきちんと把握、症状の変化は些細な事でも看護師に連絡しています。症状に変化がある時、神経科DrにはFAX・内科Drにはラインにて指示やアドバイスを受けています。		
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	日々の生活の中でお手伝いして頂ける事、又それをご自分の役割と考え、喜びに感じていただくよう支援している。又散歩、各行事等本人の意見を尊重し、楽しみながら参加して頂いている。		
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	地域行事やホーム内行事等の参加、職員と一緒に買い物に出掛けたりしています。また、ご家族が来訪された際には、散歩や外食等されております。		
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	紛失を予防する為にホームで金銭管理させていただいています。買い物デーや、ホーム内喫茶等で支援しておりますが、認知症状の進行やADLの低下により、お金の所持や使う事が困難になってきております。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	居室専用電話・携帯電話の持ち込み可能となっています。 2名携帯持ち込み、その内1名は使用されています。		
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	写真・カレンダー・習字等を貼ったり、季節感溢れる装飾や花等を活かしています。 温度や照明は適宜調整しています。		
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	庭に長椅子があり、天気の良い日は日光浴しながら語らう場所があります。		
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	入居時に今まで使用していた家具・テレビ・生活用品をご家族と相談し持って来ていただき、配置等工夫して不安等に配慮した環境作りをしています。		
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	全館バリアフリーで車椅子も使用できるようになっております。 居室入り口には表札、食事時には各自のおぼん、洗濯カゴにも記名しています。		



目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
サロン・ド・せや

作成日

令和2年5月15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
	6	身体拘束勉強会等行っているが、戸惑ってしまっている事がある。	個人の状態・行動を観察する力を身に付け、状態に合わせた行動が出来る。	観察して気が付いた事は記録にし、共有する。拘束チェックリストをしようし、安全に努める。	1年
	36	ケア・介護が統一されない部分がある。	一人一人のケアを統一して行えるように、介護方法記録を再確認し、再教育を行う。	ケアプランに詳しく記入し、スタッフ同士で声掛けを行う。一人一人の声掛けの工夫をする。	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。