

<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
<b>合計</b>		<b>20</b>

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	2018年10月23日
評価確定日	2019年3月1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	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 checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成30年9月28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。

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)】

1. ホームの基本理念を主眼として利用者が出来る限り自らの意思に基づき自立した生活が送れるよう支援
2. 個室と共有空間のバランスを保つ事への支援
3. 一人一人の役割がある中で自由にその人らしく生活が出来るよう支援
4. 介護計画サービス内容に沿った統一介護
5. 安心と安全を支える支援
6. 利用者同士が支え合う生活

## 【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 SYビル2F		
訪問調査日	平成30年10月23日	評価機関 評価決定日	平成31年3月1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タ心会の経営です。同法人は「グループホームサロン・ド・せや」及び「介護タクシーさくら」の他に、同じ瀬谷区で「小規模多機能型居宅介護事業所六丁目のつどい」、緑区に「グループホームあかり」を経営しています。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」停留所下車して、徒歩10分程度の境川の近くにありますが、周囲にはまだ森や畑が残るのどかな地域の中に位置しています。「サロン・ド・せや」は田と畑と樹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が続けられることをコンセプトとし、職員はそれをサポートするケアを続けています。
- 事業所では、開設当初から一貫して、認知症の人のための「センター方式」をケアマネジメントの手法として取り入れ、横浜市の介護を率先して推進し、現在も継続しています。ケアの方針に「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」を掲げ、利用者がグループホームに入所してもこれまでの家庭環境と変わらずに、粹にとられない生活環境の中で、自立して生活を営めるような支援を心がけています。
- 最近、管理者が体調を崩して退所したことにより、現在は新しいホーム長が赴任して組織再編成を図っていますが、ケアの質を落とさないために、代表、立ち上げ当初に携わっていたケアマネジャー、代表である社長（介護タクシーの責任者）のマネジメントの下、以前にも増した介護体制の確立を目指しています。新ホーム長は、ボランティアの協力や地域行事への積極的に参加する等、周辺力も活用しながら、益々の充実を期待しています。

## 【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	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	利用者と職員と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、生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、フロアに掲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。	開設時に作成していた理念を見直し、職員間で話し合い、3項目にまとめ直した理念を、玄関とフロアに掲示して周知しています。また、職員会議や内部研修の中でも理念について話すことで、共有化を図っています。新入職員には入職時に説明し、理念に基づいた支援に努めています。		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。	中屋敷町内会へ加入し、会長と定期的に連携を持ち、町内の夏祭り等の行事に参加しています。また、ホームの行事は回覧等でお知らせして、地域の方に参加を呼び掛けています。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に来て頂いています。さらに、中屋敷地域ケアプラザと共催で行っている認知症カフェにも参加しています。地域の養護学校の生徒の訪問や中屋敷保育園の子どもの訪問もあり、積極的に地域との交流を図っています。		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症カフェを開催し、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様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質の向上に活かせるよう努めています。	運営推進会議は年6回開催しています。メンバーは自治会長、中屋敷地域ケアプラザ職員、民生委員、家族1名、利用者1名、各ユニットの職員1名ずつ、看護師、管理者で実施しています。議題は事業所の活動・状況を報告が主で、参加者から地域の情報や緊急時の協力体制等についても協議しています。		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	瀬谷区主催の各研修に参加、地域密着型サービス連絡会やグループホーム連絡会に参加し情報交換をしています。 頻繁に近況報告をして、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。	瀬谷区主催の各研修には積極的に参加を促し、地域密着型サービス連絡会やグループホーム連絡会にも参加して情報交換を行っています。現任の研修では近隣のグループホーム間での交換研修を実施しています。横浜市、瀬谷区役所には、こまめに近況報告を行い、指導や相談にのっていただいています。市や区には頻繁に情報報告を行い、事業所の現状を理解して頂いています。		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
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	身体拘束の勉強会を全職員に行い、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ホーム長から指導されています。夜間のみ玄関は物騒なため施錠している。	身体拘束について勉強会を開催し、拘束に関する意識向上を促すと共に身体拘束を行わないケアに取り組んでいます。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が周知徹底しています。玄関の施錠については安全確保のために施錠しています。行政から虐待防止委員会を置くよう指導があり、委員会を設置し、2ヶ月に1回は委員会の開催と研修（前回11/19）も実施しています。	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に注意を払い、防止に努めている	外部の研修に参加し、学ぶ機会を設けています。また、新聞記事などを回覧し再認識する機会を作り虐待防止に努めています。身体拘束～委員会発足し職場に活用している。		
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	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ときは、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でき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伺ったり、意見ノートを設置して意見等を出しやすくしています。また、家族会や運営推進会議に出席して頂いた折にも意見や要望を聞く機会を設けています。家族からの意見や要望については、ユニット会議等で職員間で共有し、検討した後に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	介護については職員の意見や提案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。	職員からの意見や提案は、日々の業務や毎月の会議の中で聞き、検討した後に反映させています。現状では、ユニット会議等の開催が不定期になっているため、今後は定期的に行うことができるよう、新管理者の下、体制の改善を図って行きたいと考えています。	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	代表者は職員一人ひとり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	地域密着型サービス連絡会やグループホーム連絡会、交換研修や外部研修に参加することで同業者と交流する機会を設けています。その際の意見交換等を日頃の業務の参考にし、サービスの質の向上に努めています。		
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。 D33:D42D33:D44D33:D46D33:D48A33:F51A33:FD33:D48		

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次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、家族の様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	ご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。	友人や知人の来訪は、入所当時は近所の人や教え子などの訪問が多くありましたが、年々少なくなってきています。携帯電話を持ち込んでいる方も2名おり、家族と連絡を取り合っている方もいます。レク等で作成した絵手紙をご家族宛に送付することもあります。また、家族と一緒に墓参りに毎年行っている人もいます。	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。必要に応じてお話しし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ひとり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。	入居時のアセスメントを基に、日々の生活の中で思いや意向の把握に努めています。ケース会議や日々の申し送り時に、職員の気づきや本人が発した言葉を基に意見交換を行い、本人本位に検討しています。見守り及びアセスメントはADL表と日常生活状況表で分かるようになっており、本人のADL等も加味しながら、可能な範囲で思いや意向を叶えられるように支援しています。	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	家族から生活歴、なじみの地、友人を知り暮らしの中に取り入れていく。		
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・心のケアが出来る様に努めています。		

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おります。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。	開所時より一貫して、センター方式を用いてケアプランを作成しています。モニタリングで現状に即した計画を作成し、毎月ケア会議を開催し、職員の気づきや日々の記録を基に、ケアプランに沿った支援が実践できているか確認しています。短期目標の見直しは3ヶ月、長期は6ヶ月毎の見直しを基本としています。	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	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	一人ひとりのその時の状況に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できるよう支援でき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、コーヒー。		
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1回/週、神経内科2回/月、回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神経内科⇔個人契約	入居時にかかりつけ医の有無を確認し、本人・家族の意見を尊重して主治医を決めて頂くようにしています。協力医療機関の往診は、内科と神経内科が月2回、歯科は週1回来て頂いています。従来のかかりつけ医を継続して受診している方は、主治医との情報交換を密に行い、情報の共有に努めています。神経内科は必要な方のみ往診を受けています。	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けら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	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ケア体制を整えていく。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おります。	契約時に重度化や終末期における指針を説明し、口頭にて確認をとっています。重度化した場合は医師、看護師、職員で話し合った後に家族と話す機会を設け、方針を決めています。事業所では、安心して最期を迎えられるよう、勤務体制や医療連携等ターミナルケア体制を整えています。また、看取り計画・看取り加算等の体制も整えており、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、チームとして支援に取り組んでいます。	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が来て応急救護指導を定期的を受けております。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・避難場所の確認や、地区担当の消防士さん指導の下で2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おります避難場所への訓練も行っています。 なお一時避難所として特養と協定している。	年2回の避難訓練は、地区担当の消防士の指導の下で初期消火・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等も整備すると共に、避難場所も決まっています。一時避難場所として愛生園（特別養護老人ホーム）と協定し一時避難する体制も整っています。備蓄についてはサロン・ド・せや、六丁目のつどい共有で保有しています。	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	地域密着型サービス連絡会やグループホーム連絡会、交換研修や外部研修に参加することで同業者と交流する機会を設けています。その際の意見交換等を日頃の業務の参考にし、サービスの質の向上に努めています。	職員には、利用者一人ひとりの人格を尊重し、その人の能力を発揮を促すケア、言葉遣い等で人格を損なうことのないよう日頃から周知徹底しています。職員は、主体は利用者であることを念頭におきながら、利用者の自己決定を促す声かけ、待つことを心がけて支援しています。地域密着型サービス連絡会やグループホーム連絡会の交換研修や外部研修に参加することで同業者と交流する機会を設け、その際の意見交換等を日頃の業務の参考にし、サービスの質の向上に努めています。		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	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おります。また3ヶ月毎に軽食喫茶店を開催し好みの食事を楽しんでいただく支援もしております。カラオケDVDを使用し、歌を楽しむ時間も定期的に行っております。			
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・レク・買い物・ドライブ等を実施しています。ファミレス等へ出向いた際、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きます。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。近隣から寄付いただいた洋服を着ていただいたりもしています。			
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	もやしのヒゲ取り、配膳、下膳、食器洗いをしていただいております。 (可能な限り)年に数回、外食会・ホーム内喫茶を開催し、好きな物を飲食していただく機会を設けています。	食事については月水金に食材の買い出しに行き、手作りで各ユニットで別メニュー出食事を提供しています。利用者にも極力家事に参加してもらうことで、ADLの維持や食事を楽しめるようにしています。年に数回、外食会・ホーム内喫茶を開催し、好きな物を飲食していただく機会を設けています。また、バイキング形式で食事を提供することもあります。		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	一人一人の食事、小分、排泄状況をチェックし食事は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にメニューを変更しております。水分1500CC カロリー1400～1500			
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か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の指導が再々あります。2回/年、口腔の定期健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。	日常生活状況表に排泄状況を記録し、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めています。定時での声かけ、仕草などを注意深く観察してトイレ誘導を行うことで排泄の失敗を減らせるように注力しています。また、昼夜を問わずトイレ誘導を行うことで、自立排泄を促す支援を心がけています。水分が不足気味の人については水分を多く摂取してもらうようにし、トイレの回数も記録しています。		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、コーヒー等、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ず、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。	週3回、火木土曜日に入浴支援を行っています。時間は10時～17時の間とし、利用者全員が入浴出来るようにしていますが、拒否のある方には無理強いせず、本人の意向を尊重しながら入浴を促しています。また、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、順番を考慮しながら入浴して頂いています。入浴は清潔保持の他、体調変化の把握する重大な役割があると考え、拒否のある方には職員を代えたり時間を変えながら気持ち良く入浴出来るように支援しています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、日中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おります。		
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ことでも看護師に連絡し報告しています。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、近くの散歩コースに出かけています。事業所の周囲には境川や田園風景が広がっており、四季折々の作物や自然を見ながら季節感を感じて頂けるように支援しています。また、地域行事やホーム内行事などの参加、水曜日を中心にドライブで買い物(利用者自身の買い物)に出掛けることで、社会性を維持できるように支援しています。家族が来訪した際に、散歩や外食等に出かけている方もいます。	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にて金銭管理させていただいております。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おりますが、現在使用されている方はおりません。		
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。	リビング兼ダイニングは食事スペースとテレビを観ながら寛ぐ空間を分けることで、生活にメリハリをつけるようにしています。壁には写真・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すことで、季節感を感じれるようにしています。温度や室温等にも粒子ながら、居心地よく過ごせる空間づくりを心がけています。	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、天気の良い日には日光浴を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おります。また、ADL低下により転倒等に配慮し居室内を本人・ご家族了承の上で変更する時もあります。	入居時に今まで使用していた家具・テレビ・生活用品をご家族と相談しながら持ち込んで頂き、配置等は動線を考慮しながら、生活しやすい空間になるようにしています。また、ADLの低下に伴い、転倒等の事故防止の観点から、本人と家族に了承を得て配置を変更する場合があります。	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出来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使用しています。また、廊下の手摺りも使い歩行訓練をしています。		

## 目 標 達 成 計 画

事業所 有限会社 優心会

サロン・ド・せや

作成日

平成30年10月23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 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
	4	重度化に対するスタッフの言動、行動に対する心構え	個人の力の発揮を見極めて、1人1人のケアを全体的に理解、共有する再認識、再教育を目指す。虐待拘束の絶対禁止。	日常生活で本人の能力を把握し、個々に合った声掛けを行い、職場内における拘束虐待の研修を行い再確認をする。	1年
	33	看取りをするにあたって内部の体制をより一層整える	看取り事例が少ないため医療機関との体制を構築し実施体制を整える。	①職員の研修実施 ・職員の意思決定 ・職員への看取りに対する不安の解消 ・体験談の話しを聞く	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

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、安心して暮らしている。 (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、生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、フロアに掲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症カフェを開催し、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様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質の向上に活かせるよう努めています。		
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、地域密着型サービス連絡会やグループホーム連絡会に参加し情報交換をしています。 頻繁に近況報告をして、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。		

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	身体拘束の勉強会を全職員に行い、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ホーム長から指導されています。夜間のみ玄関は物騒なため施錠している。		
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	外部の研修に参加し、学ぶ機会を設けています。また、新聞記事などを回覧し再認識する機会を作り虐待防止に努めています。身体拘束～委員会発足し職場に活用している。		
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	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ときは、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できるように心掛けています。		

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
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案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	代表者は職員一人ひとり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	地域密着型サービス連絡会やグループホーム連絡会、交換研修や外部研修に参加することで同業者と交流する機会を設けています。その際の意見交換等を日頃の業務の参考にし、サービスの質の向上に努めています。		
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次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、家族の様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	ご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し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ひとり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。		
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、なじみの地、友人を知り暮らしの中に取り入れていく。		
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・心のケアが出来る様に努めています。		

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おります。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	一人ひとりのその時の状況に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できるよう支援でき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、コーヒー。		
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1回/週、神経内科2回/月、回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神経内科⇔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けら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	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ケア体制を整えていく。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おります。		
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あが来て応急救護指導を定期的を受けております。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・避難場所の確認や、地区担当の消防士さん指導の下で2回/年行っています。境川氾濫時の非難訓練マニュアル等もあり、すでに避難場所も決まっております避難場所への訓練も行っています。 なお一時避難所として特養と協定している。		

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	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おります。また3ヶ月毎に軽食喫茶店を開催し好みの食事を楽しんでいただく支援もしております。カラオケDVDを使用し、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、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・レク・買い物・ドライブ等を実施しています。ファミレス等へ出向いた際、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。近隣から寄付いただいた洋服を着ていただいたりもしています。		
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	もやしのヒゲ取り、配膳、下膳、食器洗いをしていただいております。 (可能な限り)年に数回、外食会・ホーム内喫茶を開催し、好きな物を飲食していただく機会を設けています。		

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、小分、排泄状況をチェックし食事は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にメニューを変更しております。 水分1500CC カロリー1400～1500		
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か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の指導が再々あります。2回/年、口腔の定期健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、コーヒー等、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むように、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	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、日中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おります。		
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ことでも看護師に連絡し報告しています。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にて金銭管理させていただいております。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おりますが、現在使用されている方はおりません。		
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、天気の良い日には日光浴を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おります。 また、ADL低下により転倒等に配慮し居室内を本人・ご家族了承の上で変更する時もあります。		
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出来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使用しています。 また、廊下の手摺りも使い歩行訓練をしています。		

## 目 標 達 成 計 画

事業所 有限会社 優心会

サロン・ド・せや

作成日

平成30年10月23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
	4	重度化に対するスタッフの言動、行動に対する心構え	個人の力の発揮を見極めて、1人1人のケアを全体的に理解、共有する再認識、再教育を目指す。虐待拘束の絶対禁止。	日常生活で本人の能力を把握し、個々に合った声掛けを行い、職場内における拘束虐待の研修を行い再確認をする。	1年
	33	看取りをするにあたって内部の体制をより一層整える	看取り事例が少ないため医療機関との体制を構築し実施体制を整える。	①職員の研修実施 ・職員の意思決定 ・職員への看取りに対する不安の解消 ・体験談の話しを聞く	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。