

<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	1492400369
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ
事業所名	茅ヶ崎松尾グループホームそよ風
訪問調査日	令和2年1月10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	1492400369	事業の開始年月日	平成31年4月1日	
		指定年月日	平成31年4月1日	
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ			
事業所名	茅ヶ崎松尾グループホームそよ風			
所在地	( 253-0065 ) 神奈川県茅ヶ崎市松尾6-34			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	令和1年12月25日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月14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)】

自立支援 入居様が、その方らしく生活できるよう、できることはご自身で、できないところは支援させて頂き、寄り添う介護を目標としています。
------------------------------------------------------------------------

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和2年1月10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)】

●この事業所は株式会社ユニマツリタイアメント・コミュニティの経営です。昨年4月に経営母体が株式会社ホームライク湘南から、現法人に代わり両法人のノウハウを統合して事業所の運営を行っています。新たに事業所の理念を一新し、業務等についても段階を踏みながら、移行を進めています。経営母体の変更に伴い、ハード面においても2階ユニットに浴室を増設し、記録面ではiPadを導入するなど、業務の効率化を図っています。ここ「茅ヶ崎松尾グループホームそよ風」はJR茅ヶ崎駅から「浜見平団地」行きのバスに乗り、「浜見平団地中央」下車して徒歩4分程の静かな住宅地の中にあり、近くには大規模賃貸住宅団地である浜見平団地もあります。

●事業所では、センター長、管理者、ユニットリーダー、一般職員、事務職員の中で各担当業務を割り振り、各々が責任を持って業務を遂行する体制を取っています。業務を分散することで、一人の職員に掛かる負担を軽減するとともに、仕事に対するモチベーションを維持しながら業務につけるように工夫して取り組んでいます。ケアについては、ユニットリーダーを中心に職員間で話し合いながら、ユニットごとに利用者の状況に合わせた支援方法を模索し、ケアに当たっています。ユニットリーダーは、身体拘束適正化・虐待防止検討委員会、感染症対策委員会の委員長でもあり、自ら率先して学びユニット職員に啓発することで、全体の資質向上に取り組んでいます。

●地域との交流については、平成25年にこの地域に移転し、町内会への加入、町内会の行事参加をはじめ、地元の中学・高校の体験学習は毎年の恒例行事として継続しており、昨年は3校から体験学習を受け入れるなど、経営母体が変わる以前から長く地域との交流があります。さらに、自治会長の計らいで「町力協議会」(まちちからきょうぎかい)から災害時安否を知らせるカードが配布され、有事の際には玄関に貼ってくださいと声掛けしていただいております。地域の方々にも支えていただきながら、地域の一員として事業所運営がされています。

## 【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	茅ヶ崎松尾グループホームそよ風
ユニット名	A

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	会社の理念を共有し、常にカンファレンス・全体会議などで話し合っている。	法人の理念を玄関とフロアーに掲示しています。入職時のオリエンテーションや研修の中で、理念について職員に周知しています。また、法人では期ごとに取り組み目標を掲げており、今期は「自立支援への取り組み」とし、計画目標達成に向けた5カ条を掲げています。事業所独自として、今後はユニットごとに目標を作成して、ケアに取り組むことを検討しています。	今後の継続	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の中学校(市立西浜中学)の研修(職場体験)を受け入れている。	自治会に加入しており、回覧板を通して地域の情報を頂いています。ハマオリ祭りでは、事業所の前まで神輿を担いで来ていただいている他、地域の防災訓練や神社のお掃除に参加しています。去年は中学・高校合わせて計3校から生徒の受け入れを行いました。ボランティアでは、フラダンスを受け入れています。	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	認知症やグループホームについて、電話や訪問者に対して質問等に対応している。何時でも見学できる態勢ができています。必要に応じて地域包括センターを紹介する事が出来る。			
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	運営推進会議年6回開催の方向で実施している。事故報告時などに皆様からの質問やアドバイスをして頂く事により事故防止に役立させて頂いている。また、今後台風などにおける自然災害についてもご意見を頂きたいと思っている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。市役所職員、地域包括、民生委員、自治会長、家族(各ユニットから1名ずつ)の参加で奇数月に開催しています。事業所の現状や活動報告、地域の情報、行政の動向などの情報交換を行っています。今後は、災害時における協力体制を課題とした話し合いも行っていきたいと考えています。	今後の継続	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	茅ヶ崎市の高齢福祉介護課の方に相談にのって頂いている。重度化するご利用者様のニーズに対して都度相談している。毎月相談員の方に入居者様とコミュニケーションを持って頂いたりしている。市の施設部会に参加している。	高齢介護課の職員には、毎回運営推進会議に参加頂いており、情報交換や事業所の実情も理解して頂いています。重度化する利用者のニーズなどについても都度相談に乗っていただいています。さらに、毎月介護相談員の受け入れも行っており、介護相談員を通して利用者のニーズの把握に努めています。茅ヶ崎市の地域密着部会にも参加しており、2ヶ月に1回研修会にも出席しています。	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	身体拘束排除マニュアルを作成し実施している。3か月に一回会議を行い、年2回身体拘束の研修を行っている。夜間以外は玄関の施錠は行っていない。	3ヶ月に1回身体拘束適正化委員会を開催し、事例検討会やマニュアルに沿って研修を行い、身体拘束の無いケアに取り組んでいます。現在、対応方法に苦慮している利用者があり、職員間で話し合いながら対応方法を模索しています。身体拘束や虐待のチェックリストを用いて全職員に自己チェックも実施しています。	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	虐待の事実はありません。高齢者虐待の研修を行い職員全員が理解を高める機会を作っている。		
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	成年後見人制度を利用した入居者を受け入れている。問い合わせにはケアマネが対応している。制度について職員全員の理解を高めるため、勉強の機会を作っている。		
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、ケアマネ、事務長、センター長で対応している。		
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	ご家族の来所時に要望等がある場合は聞き取り、必要に応じて都度対応したり、カンファレンスで話し合い対応している。家族会や行事開催時にも意見等を聞いて対応している。	家族からの意見や要望は日頃の来訪時や、敬老の日・クリスマス会などの行事で来訪された際に、家族とのコミュニケーションをはかり、意見や要望を伺っています。来訪時の家族からの意見・要望があった場合は、管理者、ケアマネジャーに報告し、情報を共有するとともに、管理者やケアマネジャーから返答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	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	カンファレンスや全体会議で意見の交換・対応について積極的に話し合い、改善を図ってる。	職員からの意見や提案は日々の業務時間内や月1回のケア会議(ユニットごと)に上がった意見を全体会議の議題にも取り上げて検討した後に、業務改善につなげています。利用者の様子やケア方法については、朝の申し送り時に話し合っています。また、センター長が随時職員から話を聞くなどして、風通しの良い職場作りに努めています。	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	就労条件の改善に努めている。市の介護職員処遇改善加算を活用している。		
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	年間の研修報告を作成し、内部研修、外部研修など積極的に参加できるよう努めている。		
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	茅ヶ崎市介護サービス事業者連絡協議会に登録している。協議会の中の地域密着型サービス部会に参加している。		
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	ケアマネが聞き取りをし、その情報を職員と共有し、その方の歴史や背景を知ること、その方の気持ちを考えるようにし、不安を少なくするようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ケアマネージャー・リーダーを中心に常に持てる時間を作って対応している。随時電話等でもご家族が納得できるような取り組みをしている。		
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	入所時に、生い立ちから現在までの流れをお聞きし、今後の対応法など見出している。常に必要な支援をあげ対応するようにしている。		
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	共に家族の一員としてとらえ、不安感を持たせないようにしている。出来ることがあれば生活習慣としてやってもらっている。		
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	常に健康状態を見極めて早めの対応をしています。家族と連絡を取りながら適切な介護を行っている。		
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	ご家族・親類の方々の来所は見受けられますが、ご高齢に伴いご友人の来所や習い事にでかけられるようなことは殆ど無くなりました。	友人や知人の来訪は年々少なくなっていますが、家族や親類の来訪はあり、その際一緒に外出される方もいます。正月には年賀状が届く方もおり、その方に応じて馴染みの方との関係が途切れないように支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	かるた・トランプなど入居者同士行っている。皆で歌を歌ったり、体操、ボール遊びなどをして連携している。また貼り絵など文化祭に出品している。		
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	最近ではご逝去で退去される方が多いため、ご遺族様によりそのようなお声かけをしている。		
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。	各人の特色を把握し個別対応を行っている。本人が納得するまで、「苑」行動を見守っている。	入居前に家族・本人とのアセスメントで過去の生活歴や既往歴、事業所での暮らし方の希望を伺っています。入居後は、日々の様子や会話などから今現在の思いや意向の把握に努め、新たに得られた情報や職員の気づきを共有しています。極力本人の思いや意向を実現できるよう、本人のADLなども考慮しながら、可能なものについては対応しています。	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	聞き取りをした情報は、個人記録にファイルし職員がいつでも見れる状況にある。		
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	経過観察記録を記入し、申し送りを手直し、カンファ時に話し合っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	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	カンファ時の話し合いや提案を、ケアプランに反映させている。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に初回の介護計画を作成し、日々支援を行っている中で変更点があれば、その都度、支援内容に変更をかけています。毎月のカンファレンスで個人記録等を用いて数名ずつモニタリングを実施し、3ヶ月ごとにアセスメントと見直しを行いながら、現状に即した介護計画を作成しています。	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	個人記録に、特記事項記入欄を設けている。申し送りノートで情報の共有、確認を行っている。			
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	訪問医療、訪問看護、訪問歯科、訪問利用など他の職種の方々に取り組んでもらっている。			
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	徒歩圏の商業施設「ハマミーナ」の店舗で食事や買い物などをしてたのしんでいる。日々の食材購入を近くのスーパーを利用しているので、買い物に			
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	医療連携を組んでいる訪問医療が月2回の往診となっており、24時間連絡及び指示がもらえる体制になっています。	入居時に医療連携を取っている往診医について説明した後に、主治医を決めていただいています。入居前からのかかりつけ医を継続されている方も2名います。内科の訪問診療は月2回、歯科は2医院から月2回の口腔ケアと治療に来て頂いており、個々に契約している歯科医に対応をお願いしています。週2回は、訪問看護師による健康管理も行われています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	医療連携を組んでいる近隣の訪問看護が週2回の訪問。24時間連絡が取れる体制で、陰洗や褥瘡などの方法から看取りの内容までのアドバイスやサポートをしてもらっています。		
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。	クローバーホスピタル及び湘南東部総合病院と医療協力契約をとっています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居者の高齢化により毎年6件程度終末期を迎えています。入所時から終末期の指針の契約を取り交わし、ご家族と話し合う機会を設けています。ターミナルケアを行った場合に訪問看護師主導でデスカンファも行っていきます。	入居時に重度化や終末期における指針に沿って、事業所で出来ること出来ないことについて説明し同意書を取り交わしています。その際、気持ちの変化も考慮して都度、意向を確認する機会を設けることも伝えています。医師の判断により、重度化したと認められた場合は、3者で話し合い方針を共有しながら、支援に取り組むとしています。	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	緊急時は事業所として、報告フローがあります。また主治医に連絡し、指示を仰ぎ訪問看護師と連携して対応を行います。		
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	年2回実施の防災訓練に加えて、浸水想定区域となっているので、水害に対する避難計画も準備しています。自治会長参加の運営推進会議を利用して地域との協力体制をつくっています。	年2回、夜間想定も含めて訓練を実施しています。自立歩行が可能な利用者にも参加していただき、初動対応・避難誘導の流れを確認しています。自治会長の協力もあり、災害時には近隣の施設「ハマミーナ」へ避難することも承諾を得られています。また、自治会の自主防災会では「安否確認カード」を玄関に掲げ、地域の方に内部情報の提供方法についても確認しています。	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	「認知症ケア」研修で一人一人の人格の尊重や「接遇マナー」研修で接し方の理解をしています。OJTの中で先輩職員が指導を行っています。	年間研修計画の中に「認知症ケア」や「接遇マナー」について取り上げ、繰り返し学ぶことで「認知症ケア」の理解を深め、一人の人として受容し、否定しないケアの大切さを身につけています。フローでの申し送りはイニシャルを使ったり、名前を呼ぶときには「さん」づけを徹底し、人格を尊重したケアに努めています。	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	出来るだけ本人が決定できるように声かけをしている。	/		/
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	1日の生活は本人の希望に合わせている。ただ、リクレーションや運動などは個別内容に対応するには職員数から困難なのである。散歩やお話相手などでご家族のご協力なども得られている。			
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	季節に応じたの衣替えなどのご協力をご家族にお願いしている。毎月、訪問理容にきてもらいカットや毛染めを行っています。			
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	毎食のメニューから作成し、職員の手作りの料理を提供しています。食材も近隣のスーパーにて購入しており、利用者と一緒に買い物を行う機会もあります。洗い物などをお手伝いしてもらいます。	管理者がメニューを作成し、食材等は生協へ注文しています。不足分の食材や調味料については、近隣のスーパーで購入しており、その際に利用者をお連れすることもあります。クリスマス等の行事の際には出前を活用したり、お正月にはお重に盛り付けして提供するなど、季節感を取り入れた食事で楽しめるように工夫しています。	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	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	タブレット端末を利用して個人記録を記入している。施設内のみならず本社においても摂取回数や量など内容が確認できるシステムとなっています。		
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	職員が声かけしたりお手伝いしながら、毎食後、口腔ケアをしている。週に1回訪問歯科の衛生士による確認と指導があります。		
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	時間による排泄の声かけをしている。個々の排泄のサインを職員が見逃さないように注意している。カンファを通じて情報を共有しています。	排泄チェック表にて個々の排泄パターンの把握に努め、時間やタイミングを見計らって声掛けをすることで、トイレでの排泄につなげています。自立している方についても声かけしてトイレまではお連れし、ご自分で出来ることについては、見守りで対応しています。夜間は個々に応じて対応しています。	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	水分摂取を心掛け、摂取量を個人記録に記入している。根菜類や寒天などを食材に取り入れている。		
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	今年度、2階にも浴室を設けられたので、ユニットごとの浴室となり入浴の対応が安定した。最低でも週2回利用者の状況に応じて入浴頂ける様になりました。	入浴は週2回、午後からを基本として支援を行っています。今年度から新たに2回にも浴室スペースが設けられたことにより、入浴の効率化も良くなりました。重度化した方はかけ湯をしながらのシャワー浴対応で身体を冷やさないように留意しています。季節のゆず湯や菖蒲湯も行い、季節感を感じていただけ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	食事の時間は決まっているが、ご本人の状態に合わせて、食事の時間をずらしたりしている。眠そうな時は、お部屋に行って休んでいただく。夕食はその方のペースに合わせてナイトケアをし、各居室やリビングで自由に過ごしていただいています。		
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	薬局の居宅管理指導の下、間違いのないように投薬をしている。薬情報のファイルを職員の見やすい所に置き、すぐに調べられるようにしている。変化があった場合、申し送りノートで情報の共有をしている。		
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	個人のお好きな事をやっていただくようにしている。掃除の手伝いも個人の能力や体調を考え、それに合った事をやっていただいている。地元のお祭りや行事に参加している。		
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	近隣に広い公園があるので、気候の良いときは職員と散歩をしていただいている。そばの商業施設の飲食店にご家族が外出させていただいている。外食イベントを年に数回開催している。	日常的な外出支援は、天気や気候を考慮しながら近隣の公園まで散歩に出かけています。事業所は住宅街にあることから、車通りも少なく、外出しやすい環境下にあります。また、近隣に商業施設もあり、家族の来訪時に飲食店に行かれている方もいます。季節の外出行事で、花見・寒川の菊祭りにも出かけています。	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	認知症のため、お金の自己管理は難しいので、お小遣いを預かり、そのお金で買い物したりしている。		

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	
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	電話は希望があれば、いつでもかけれる。ご家族様の手紙も希望があればご家族につないでいる。手紙のやり取りは状況に応じて代筆したりしている。			
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	レクリエーションで作ったもので、季節に合った飾りつけをしている。トイレの場所が判るように張り紙等している。室温時計をリビングに設置してある。	リビングは殺風景にならないように、レクで作った作品や季節の花などを飾っています。2階の床にはテープで歩行訓練用のトラックを作り、リハビリを行っています。加湿器や空気清浄機も設置して湿度と乾燥にも留意しています。机は4つの島に分けて、利用者同士の相性にも配慮し、全員が快適に過ごせる空間作りを心がけています。リビングの掃除は、出来る方に手伝っていただいています。		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	食堂兼居間は自由に使えるので、ほとんどの方はそこで過ごしている。1人になりたい時や眠い時などは、居室で過ごしている。			
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	自宅で使っていた家具を」居室に設置したり、写真や絵を飾っている。	各居室にはベッド、ローボード、カーテン、吊り棚が完備されています。入居時には自宅で使っていた物を極力持ち込んでいただくをお願いし、家具等の配置については、動線に配慮しながら、自宅に近い雰囲気となるように心がけています。テレビ、仏壇、アルバム、椅子などが持ち込まれ、思い思いの居室作りがされています。		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	手すりを設置し、安全に1人で歩行できるようにしている。トイレはドアではなくアコーディオンカーテンにし1人でも出入りできるようにしている。居室には名札を付け自分の部屋が分かるようにしている。			

# 目 標 達 成 計 画

事業所

茅ヶ崎松尾グループホーム  
そよ風

作成日

令和2年4月7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	12	入居者様の高齢化が進んでいる為、終末期の在り方について職員の意識を深める必要がある。	職員全員が、終末期ケアを意識できる体制づくり。	社内研修にて意識を高める。 医療関係者、家族との話し合いをする。	令和2年4月より1年間
2	16	排泄の自立支援職員都合で、排泄の誘導などが行われていないか見直す必要がある。	入居者様の排泄の失敗をなくす。 ご自分で排泄ができる。	時間やタイミングにする声かけ。 排泄チェック表によるデータの把握。	令和2年4月より1年間

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	茅ヶ崎松尾グループホームそよ風
ユニット名	B

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	会社の理念を共有し、常にカンファレンス・全体会議などで話し合っている。		
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	地域の中学校(市立西浜中学)の研修(職場体験)を受け入れている。		
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	認知症やグループホームについて、電話や訪問者に対して質問等に対応している。何時でも見学できる態勢ができています。必要に応じて地域包括センターを紹介する事が出来る。		
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	運営推進会議年6回開催の方向で実施している。事故報告時などに皆様からの質問やアドバイスをして頂く事により事故防止に役立たせて頂いている。また、今後台風などにおける自然災害についてもご意見を頂きたいと思っている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	茅ヶ崎市の高齢福祉介護課の方に相談にのって頂いている。重度化するご利用者様のニーズに対して都度相談している。毎月相談員の方に入居者様とコミュニケーションを持って頂いたりしている。市の施設部会に参加している。		

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
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	身体拘束排除マニュアルを作成し実施している。3か月に一回会議を行い、年2回身体拘束の研修を行っている。夜間以外は玄関の施錠は行っていない。		
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	虐待の事実はありません。高齢者虐待の研修を行い職員全員が理解を高める機会を作っている。		
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	成年後見人制度を利用した入居者を受け入れている。問い合わせにはケアマネが対応している。制度について職員全員の理解を高めるため、勉強の機会を作っている。		
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、ケアマネ、事務長、センター長で対応している。		
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	ご家族の来所時に要望等がある場合は聞き取り、必要に応じて都度対応したり、カンファレンスで話し合い対応している。家族会や行事開催時にも意見等を聞いて対応している。		

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
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	カンファレンスや全体会議で意見の交換・対応について積極的に話し合い、改善を図ってる。		
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	就労条件の改善に努めている。市の介護職員処遇改善加算を活用している。		
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	年間の研修報告を作成し、内部研修、外部研修など積極的に参加できるよう努めている。		
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	茅ヶ崎市介護サービス事業者連絡協議会に登録している。協議会の中の地域密着型サービス部会に参加している。		
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	ケアマネが聞き取りをし、その情報を職員と共有し、その方の歴史や背景を知ること、その方の気持ちを考えるようにし、不安を少なくするようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	ケアマネジャー・リーダーを中心に常に持てる時間を作って対応している。随時電話等でもご家族が納得できるような取り組みをしている。		
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	入所時に、生い立ちから現在までの流れをお聞きし、今後の対応法など見出している。常に必要な支援をあげ対応するようにしている。		
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	共に家族の一員としてとらえ、不安感を持たせないようにしている。出来ることがあれば生活習慣としてやってもらっている。		
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	常に健康状態を見極めて早めの対応をしています。家族と連絡を取りながら適切な介護を行っている。		
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	ご家族・親類の方々の来所は見受けられますが、ご高齢に伴いご友人の来所や習い事にでかけられるようなことは殆ど無くなりました。		

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	かるた・トランプなど入居者同士行っている。皆で歌を歌ったり、体操、ボール遊びなどをして連携している。また貼り絵など文化祭に出品している。		
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	最近ではご逝去で退去される方が多いため、ご遺族様によりそのようなお声かけをしている。		
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。	各人の特色を把握し個別対応を行っている。本人が納得するまで、「苑」行動を見守っている。		
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	聞き取りをした情報は、個人記録にファイルし職員がいつでも見れる状況にある。		
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	経過観察記録を記入し、申し送りを手直し、カンファ時に話し合っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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	カンファ時の話し合いや提案を、ケアプランに反映させている。		
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	個人記録に、特記事項記入欄を設けている。申し送りノートで情報の共有、確認を行っている。		
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	訪問医療、訪問看護、訪問歯科、訪問利用など他の職種の方々に取り組んでもらっている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	徒歩圏の商業施設「ハマミーナ」の店舗で食事や買い物などをしたのしんでいる。日々の食材購入を近くのスーパーを利用しているので、買い物に		
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	医療連携を組んでいる訪問医療が月2回の往診となっており、24時間連絡及び指示がもらえる体制になっています。		

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
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	医療連携を組んでいる近隣の訪問看護が週2回の訪問。24時間連絡が取れる体制で、陰洗や褥瘡などの方法から看取りの内容までのアドバイスやサポートをしてもらっています。		
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。	クローバーホスピタル及び湘南東部総合病院と医療協力契約をとっています。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居者の高齢化により毎年6件程度終末期を迎えています。入所時から終末期の指針の契約を取り交わし、ご家族と話し合う機会を設けています。ターミナルケアを行った場合に訪問看護師主導でデスカンファも行っていきます。		
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	緊急時は事業所として、報告フローがあります。また主治医に連絡し、指示を仰ぎ訪問看護師と連携して対応を行います。		
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	年2回実施の防災訓練に加えて、浸水想定区域となっているので、水害に対する避難計画も準備しています。自治会長参加の運営推進会議を利用して地域との協力体制をつくっています。		

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
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	「認知症ケア」研修で一人一人の人格の尊重や「接遇マナー」研修で接し方の理解をしています。OJTの中で先輩職員が指導を行っています。			
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	出来るだけ本人が決定できるように声かけをしている。			
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	1日の生活は本人の希望に合わせている。ただ、リクレーションや運動などは個別内容に対応するには職員数から困難なのである。散歩やお話相手などでご家族のご協力なども得られている。			
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	季節に応じた衣替えなどのご協力をご家族にお願いしている。毎月、訪問理容にきてもらいカットや毛染めを行っています。			
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	毎食のメニューから作成し、職員の手作りの料理を提供しています。食材も近隣のスーパーにて購入しており、利用者と一緒に買い物を行う機会もあります。洗い物などをお手伝いしてもらいます。			

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	タブレット端末を利用して個人記録を記入している。施設内のみならず本社においても摂取回数や量など内容が確認できるシステムとなっています。		
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	職員が声かけしたりお手伝いしながら、毎食後、口腔ケアをしている。週に1回訪問歯科の衛生士による確認と指導があります。		
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	時間による排泄の声かけをしている。個々の排泄のサインを職員が見逃さないように注意している。カンファを通じて情報を共有しています。		
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	水分摂取を心掛け、摂取量を個人記録に記入している。根菜類や寒天などを食材に取り入れている。		
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	今年度、2階にも浴室を設けられたので、ユニットごとの浴室となり入浴の対応が安定した。最低でも週2回利用者の状況に応じて入浴頂ける様になりました。		

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	食事の時間は決まっているが、ご本人の状態に合わせて、食事の時間をずらしたりしている。眠そうな時は、お部屋に行って休んでいただく。夕食はその方のペースに合わせてナイトケアをし、各居室やリビングで自由に過ごしていただいています。		
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	薬局の居宅管理指導の下、間違いのないように投薬をしている。薬情報のファイルを職員の見やすい所に置き、すぐに調べられるようにしている。変化があった場合、申し送りノートで情報の共有をしている。		
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	個人のお好きな事をやっていただくようにしている。掃除の手伝いも個人の能力や体調を考え、それに合った事をやっていただいている。地元のお祭りや行事に参加している。		
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	近隣に広い公園があるので、気候の良いときは職員と散歩をしていただいている。そばの商業施設の飲食店にご家族が外出させていただいている。外食イベントを年に数回開催している。		
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	認知症のため、お金の自己管理は難しいので、お小遣いを預かり、そのお金で買い物したりしている。		

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
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	電話は希望があれば、いつでもかけれる。ご家族様の手紙も希望があればご家族につないでいる。手紙のやり取りは状況に応じて代筆したりしている。		
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	レクリエーションで作ったもので、季節に合った飾りつけをしている。トイレの場所が判るように張り紙等している。室温時計をリビングに設置してある。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	食堂兼居間は自由に使えるので、ほとんどの方はそこで過ごしている。1人になりたい時や眠い時などは、居室で過ごしている。		
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	自宅で使っていた家具を」居室に設置したり、写真や絵を飾っている。		
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	手すりを設置し、安全に1人で歩行できるようにしている。トイレはドアではなくアコーディオンカーテンにし1人でも出入りできるようにしている。居室には名札を付け自分の部屋が分かるようにしている。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所

茅ヶ崎松尾グループホーム  
そよ風

作成日

令和2年4月7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
		入居者様の高齢化が進んでいる為、終末期の在り方について職員の意識を深める必要がある。	職員全員が、終末期ケアを意識できる体制づくり。	社内研修にて意識を高める。 医療関係者、家族との話し合いをする。	令和2年4月より1年間
		排泄の自立支援職員都合で、排泄の誘導などが行われていないか見直す必要がある。	入居者様の排泄の失敗をなくす。 ご自分で排泄ができる。	時間やタイミングにする声かけ。 排泄チェック表によるデータの把握。	令和2年4月より1年間

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。