

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

	項目数
I. 理念に基づく運営	10
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	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
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	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

事業所番号	1472500477
法人名	医療法人社団 柏信会
事業所名	グループホーム「櫻」
訪問調査日	令和5年3月24日
評価確定日	令和5年4月17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23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4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	□93400277	事業の開始年月日	平成17年5月1日
		指定年月日	平成17年5月1日
法人名	医療法人社団 柏信会		
事業所名	グループホーム「櫻」		
所在地	(249-0005) 神奈川県逗子市桜山6-1326		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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5年3月14日	評価結果 市町村受理日	令和5年4月21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)】

住宅街の一角にあり、緑豊かな環境で四季の変化が身近に感じられる。同敷地内に隣接する法人経営の病院及び老人保健施設と連携、近隣の歯科医院とも契約、利用者の健康管理、緊急時の対応等が容易で安心感がもてる。また、医療連携体制を病院と契約し看護師の派遣を得て日々の健康管理が行われている。
--

【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5年3月24日	評価機関 評価決定日	令和5年4月17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)】

<p>●この事業所は、医療法人社団柏信会の経営です。同法人は、医療型療養病床の入院施設や、理学療法士によるリハビリ器具も充実したりリハビリセンターを有する「青木病院」を中心に、近隣に「グリーンハウス逗子」（介護老人保健施設・短期療養介護・通所リハビリ）や、グループホーム「櫻」が有り、池子地区には東部地域包括支援センター及び、在宅支援事業所を運営しています。グループホーム「櫻」は、JR横須賀線「逗子駅」から葉桜行きのバスで「才戸坂上」で下車、徒歩3分程の青木病院の隣にあり、周囲は緑に囲まれ四季折々の自然を楽しめベランダからは、桜の花見も出来る環境にあります。</p> <p>●事業所の職員全員で話し合い作成した理念「その人らしさと地域のつながりを大切に、持てる力を発揮しながら安心して日々の生活が送れるよう、笑顔でお手伝いさせていただきます」をフロアに掲示し、折に触れ確認をしています。利用者は、職員と一緒に掃除や、シーツ交換、料理、裁縫等を手伝い、持てる力を発揮しながら残存能力の維持につなげています。</p> <p>●事業所の運営法人である「医療法人社団 柏信会」の運営する青木病院及び老人保健施設グリーンハウス逗子が同敷地内に隣接しています。青木病院とは医療連携体制を契約しており医師と看護師が毎月2回定期的に来て利用者の診断を行っています。看護師はそれ以外にも週2回の定期巡回があり、利用者の健康管理を実施しています。緊急時や夜間でも連携を取り早期対応が可能になっています。防災についても法人内で連携が取れ応援体制が確立されています。</p>

【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 ~ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	11
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	12 ~ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	17 ~ 23
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム「櫻」
ユニット名	Aユニット（2階）

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している。 (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、生き活きと働けている。 (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	職員自ら作成した理念の文言に親しみを感じながら、見やすい場所に掲示し日々の実践に努めている。	事業所理念「その人らしさと地域のつながりを大切に、持てる力を発揮しながら安心して日々の生活が送れるよう、笑顔でお手伝いさせていただきます」を作成してフロアに掲示し、折に触れ確認をしています。利用者は、掃除、シーツ交換、料理、裁縫等、職員と一緒に手伝い、持てる力を発揮しながら残存能力の維持につなげています。	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	運営推進会議にて、事業者の状況をお知らせするとともに、葉桜自治会役員より地域の情報を得え、事業所と自治会両者のつきあいかたを協議する。 新型コロナウイルス感染防止対策にて、外部との交流を自粛した。	葉桜自治会には、法人として青木病院と共に加入しています。自治会長や民生委員とは、運営推進会議の開催についての連絡を行い、その際に意見交換や、地域の情報なども聞いています。コロナ禍で地域行事などは中止になり交流が困難な状態でしたが、次年度からは再開の予定等聞いています。	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	運営推進会議等を通して認知症の方への取り組みを発信する。		
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	議案として利用者の現況報告を行い、サービスの実践の主だった事については、「さくら」より説明を行う。 自己評価及び外部評価の結果をとりあげサービスの向上に努めている。 感染症対策にて本年は資料を委員へ配布する方法をとる。	コロナ禍で運営推進会議は、3ヶ月に1回書面での開催としています。利用者の状況、活動報告やコロナ対策等を、月刊誌「さくら」を添付して地域包括支援センター、逗子市介護保険課には郵送して、家族は来訪時に見て頂き、自治会長、民生委員には電話で伝え意見等聞いています。次年度からは、対面での開催を予定しています。	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り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	基本的にはメールにて情報のやり取り及び相談連絡を行う。またメールでの解決が困難な場合においては直接担当部署に訪問し担当者と相談しながらサービスの向上を図っている。	逗子市介護保険課とは、基本的にメールで情報のやり取りを行いメールでの解決が困難な場合は、訪問して解決策を相談しています。コロナ感染時には、神奈川県からマスク、防護ガウン、消毒液等を頂いています。逗子市地域包括支援センター等運営協議会へは、5年に1度の認定更新に際し、打ち合わせの結果運営方針等新たに作成して提出しています。	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	身体拘束適正化委員会を設置する。身体拘束についての外部研修に職員を参加させて正しい理解の習得に努めている。全職員には研修内容を機会教育にて周知する。実例が発生した場合は身体拘束適正化委員会にて協議する。	身体拘束適正化委員会は、3ヶ月に1回開催の運営推進会議の後に開催しています。身体拘束が起こりそうな事例を取り上げ、参加者からの質問に答えています。検討課題等は、朝の申し送り時に職員と話し合っています。身体拘束の指針や、マニュアルも整備し、また、外部研修に職員を参加させ、正しい理解の習得に努めています。	今後の継続
7	6	○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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	行政の通達及び前項と同様に外部研修及び機会教育を通じ其の都度全員に周知教育、その徹底に努めている。また虐待に繋がる可能性がある状況があればすぐにミーティングへ掛けて迅速に対応する。	虐待防止については、身体拘束適正化委員会で一緒に話し合いを行っています。虐待につながるような言葉かけ等については、ミーティングで話し合い、迅速な対応をしています。虐待の防止の指針や、マニュアルの整備と共に、外部研修に職員を参加させ、研修資料を基に職員全員に周知教育しています。年1回は自己点検シートによるチェックを行っています。	今後の継続
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	成年後見制度について必要に応じて、家族及び関係者と協議を持つ。		
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	運営規定、重要事項説明書、契約書等により十分説明し理解のうえ署名捺印を頂いている。また家族相談会で日常的な不安や疑問等の理解を図っている。		
10	7	○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	利用者については、其の場面場面で対応もしくは、毎日の申し送りや、月例ミーティングにて解決を図る。家族の意見要望等は家族との懇談会又は面会等来所時に何うよう心がけ、可能な限り要望等に沿うよう努めている。運営推進会議おいても要望を出して頂く。	入居時に重要事項説明書に明記している苦情等相談窓口について説明しています。月刊誌「さくら」と個人の情報を添付して毎月家族へ送っています。家族の来訪時や、電話、メール等で近況報告と併せて意見、要望を聴いています。利用者の意見、要望等は、その都度や、申し送りで対応したり、月例ミーティングで検討して解決を図っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月例ミーティング、全体会議等において意見交換、可能な限り運営や計画に反映し共有化を図っている。また、業務改善提案書により、職員より業務における提案をできるようにしている。	毎朝の申し送りや、ユニット別ミーティング、常勤者会議等で職員の意見、提案を聴き可能な限り運営や計画に反映させています。ミーティング前に議題に上げて欲しい意見を出して貰い、効率の良い会議運営をしています。業務改善提案書により汚物の処理方法などの提案がされ、運営に反映されています。	今後の継続
12	9	○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	知識技能や勤務実績、取り組み姿勢等を総合的に評価し給料等に反映させている勤務割りも可能な限り希望を取り入れ勤務しやすい環境づくりに努めている。職場環境づくりは職員との共同作業、参加型運営を目指している。	職員との個人面談では、法人作成の評価表による評価や、個人の良い点、不足点などを話し合い、総合的な評価を給料等へ反映させています。職員の技能に応じて事業所の指示した外部研修の費用については事業所で全負担しています。年次有給休暇や希望休などは、可能な限り希望を取り入れ対応しています。	今後の継続
13	10	○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	職員のあるべき姿を追求し、必要に応じ研修に参加させると共に研修者はその結果を未受講者にフィードバックし相互のスキルアップにつなげている。また、機会教育、月例ミーティング時においてもその時々の問題等を教育、周知に努めている。	職員教育は、年間で予定を計画して内部研修や外部研修を実施しています。外部研修の受講者は感想文の提出や、研修資料の共有と必要な項目についてはミーティング時に発表しています。今後は、受講者を講師として、他の職員に伝達研修を実施し、職員全体の技能向上を目指したいと考えています。	今後の継続
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	必要の電話等で情報交換を行い業務に反映させている。又、社会福祉協議会の機関紙を通じ情報の発信収集を図っている。		
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	家族用のアセスメント表を作成し入所決定時に提出して頂きコミュニケーションの向上を図り不安の解消、信頼関係の醸成に努めている。入所後の家族からの情報を補足し対応している。		

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
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	入居相談に当たっては、電話相談以外は施設見学を進め、その際運営規定等必要な施設情報を提供。相談の内容によりケースバイケースで他施設の状況等、可能な限り相談に応じ初期の不安払拭をはかり信頼関係の醸成に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居相談時、入居者本人が同行された場合は前項によるほか、必要なサービスの種類や提供先等について情報を提供、家族が選びやすいように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	共同生活介護の施設であるが極力個を大切に、可能な範囲で一緒に過ごせる場面作りに努め、食事づくり、洗濯、買い物、催し物等、無理にならない範囲で参加して頂き話しをしながら実施。良好な関係維持に努めている。		
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	催し物への招待、面会の激励等、本人家族の接触機会を設け、コミュニケーションを密に、気軽に相談し合える雰囲気づくりをする等、サポートを図っている。		
20	11	○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	公共施設の催し物、散策等、体調を勘案しながら外出を行い話題としている。家族、友人知人の面会は、面会時間を設けオープン化を図り開かれた施設として信頼関係の醸成に努めている。また、家族にも協力を願い買い物や、馴染みの場所へお連れして頂く事もある。	コロナ禍で現在は、家族等の面会は居室で短時間で行っています。家族の協力で週1～2回散歩や、ドライブに行っている方もいます。コロナ感染状況にも拠りますが、混雑しない場所であれば、家族と一緒に外食をしていただくことも可能としています。家族の声を聞くと安心する利用者もおり、その場合は事務所の電話で話をさせていただく等の支援をしています。	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
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	個々の生活を重んじつつ共同生活介護の視点から常に関わり合える場面作りに努めている。日常生活における掃除、洗濯、食事の準備等について個人が出来る範囲内で関わりを持たせている。		
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	長期入院等においてサービスが提供できない状態であっても、退院等が見込まれるようであれば、約3ヶ月までは契約を維持し、それ以降でも可能な限り相談に応じ、関係を大切にしている。		
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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入所時における家族記載のアセスメント表や入所後における生活から本人の意向等を把握して、共同生活介護という難しい環境下であるが可能な限り支援している。本人の意思確認が困難な場合は個々の課題として職員全員が情報を共有し対応に努めている。	入居時に自宅や施設の訪問にて本人・家族から生活歴、既往歴、趣味、嗜好、暮らし方の希望など基本情報を聴きアセスメント表に記録しています。入居後には実際に利用者の出来ること、出来ないことを確認して、情報の違いなどを個人記録や、業務日誌に記録して職員間で共有しています。特記事項などがある場合には、申し送りで話し合いをしています。	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	上記同様、家族から提供される生活暦（アセスメント）により情報を提供して頂くほか、可能な限り本人から直接伺い、個々に能力を発揮できる場面づくりに努めている。また介護計画作成、ミーティング時において情報の共有化を図っている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	定時のバイタルチェック、問診等により心身の状態を把握し日々の生活が健康的に過ごせるように努めている。また、医療連携体制により看護師の訪問をうけ、個々の健康状態を把握している。 また、日々個人記録を作成し、一日の過ごし方、残存能力の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○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	計画作成に当たっては、日々の個人記録等（観察結果）、職員のミーティングによるほか、家族の意見要望等を考慮して作成し状況変化時は即時見直しを行いサービス提供に努めている。	入居時のアセスメント表を基にして、当面の介護計画を作成して暫くは様子を見て変化等が無ければ、6ヶ月後に介護計画の更新を行っています。介護計画の更新時にはサービス内容のモニタリングや、医療ナースの意見、家族の意見など聴き、ミーティング時にケアカンファレンスを行い介護計画を作成しています。更新した介護計画は、家族の来訪時や電話で説明後に郵送して確認印をいただいています。	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、業務日誌、ミーティング記録等により情報を共有し、計画の見直し、実践に努めている。		
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	認知症対応型共同生活介護事業所として、可能な限り利用者、家族のニーズに沿えるように柔軟な支援を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	訪問歯科や訪問理容、介護タクシーを利用して利用者の暮らしの支援に役立っている。		
30	14	○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	本人、家族の希望に沿った支援を実施している。現在は家族の意向で「かかりつけ医」は当施設と契約している青木病院に受診、他病院への入院等は当該病院宛の紹介状をもって医療が受けられるように支援する。	入居時に協力医療機関について説明し、本人や家族の希望に沿った医療機関を決めています。現在は、全員の方が協力医療機関の青木病院から月2回の訪問診療を受けています。該当外の専門科は、他の医療機関で受診しています。歯科は必要に応じた治療等や、口腔ケアで受診しています。看護師は青木病院の外来看護師が週2回来て、利用者の健康管理や職員の相談に対応しています。夜間等も青木病院の看護師が窓口になっています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	医療連携体制化で、看護師へ連絡・相談を行い利用者の状態を把握、職員と相談しながら個々の健康管理に努めている。また主治医の判断で外来の看護師による訪問看護も実施され、職員が必要な情報を伝達する。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療連携体制化において、入院先は主に青木病院であるが、他病院への受診、入院等は青木病院からの紹介状によりスムーズに行われている。他病院からの退院も青木病院を經由する等、連携は保たれている。また青木病院と常に連絡を取りあえる関係を構築して情報共有。		
33	15	○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	契約時に、重度化（医療処置を含む）と終末期への対応についての話し合いをもち、家族間での意志疎通を願う。重度化においては家族及び病院医師との話し合いによりケースバイケース（入院や他施設へ転所等、看取り）で対応している。家族の意志確認には、「終末期のご意向確認書」を用いる。	入居契約時に、重度化や終末期に向けた対応について事業所で出来ること、出来ないことを説明をしています。重度化が見られた場合には病院医師から家族へ説明を行っています。家族の意志確認には「終末期のご意向確認書」を用いています。医療関係者、家族、管理者で話し合いを重ね今後の方針を決めています。看取り介護を実施する場合には、医療行為はしない事と、家族の協力が必要不可欠であること伝えていきます。	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	急変時マニュアルをもとに、家族、医療、救急との連絡手順、通報等の対応を身につける。		
35	16	○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	火災、地震には防災マニュアルをもとに訓練を行うとともに、土砂災害については別にマニュアルを設けて、近隣のハザードマップをもとに避難場所を確保する。避難については各居室から避難ができる設計になっており、有事には法人敷地内の他施設にも応援を要請する。	防災訓練を年2回実施しています。火災想定での消火、避難誘導訓練と、地震や土砂災害想定での避難誘導訓練を行っています。火災や、地震の際の防災マニュアルと、土砂災害についてのマニュアルを整備しています。有事の際には、法人敷地内の他施設にも応援を要請する事になっています。備蓄品として食料、水など1週間分と懐中電灯、ガスコンロなどの用意があります。	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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	言葉掛けについては介護の基本でもあり、職員に対しては常に接遇に基づく介護サービスに徹するように教育に努めている。また、外部研修にて人格尊重・プライバシー保護に関わる研修へ職員が受講し、対応の向上を日々心掛ける。	入職時のオリエンテーションで、介護技術やプライバシー確保について研修を行っています。接遇などの外部研修へは、必要と思われる職員に受講を促し、内部で共有しています。話し方や、言葉かけについては日頃から注意し、言葉でプライバシーを損ねないようにしています。入浴や排泄介助では、特に女性利用者の場合は同姓介助を心掛けています。	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	共同生活の範疇ではあるが、可能な限り個々に話しかけ、自己決定を促すように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	前項と同様、難しい面もあるが可能な限り個人の希望、ペースに沿った生活支援に心がけている。入居以前の生活スタイルやをできるかぎり尊重する。		
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	近隣の理容師の協力を得て、施設内で理美容を実施。また普段から行き着けの美容室等外部での理美容を希望される方は、家族との連絡調整を行い、家族協力のもと実施する。服装等については、本人、家族の希望を取り入れ季節に配慮し支援する。		
40	18	○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	個人の健康状態を勘案しながら調理方法、盛り付けを配慮している。本人の手伝える範囲内で食器の準備や片付け、職員と協同し調理を行う。また利用者「の身体・精神状態に合わせて食事の席も柔軟に対応し職員も支援できる体制を持つ。	法人の管理栄養士によるメニュー付き食材を職員が調理しています。利用者で出来る方は野菜の下拵えや、盛り付け、食器拭きなど手伝っています。食事レクでは、天ぷらやビーフンチューなど作り食事を楽しんでいます。敬老会では出前でお寿司を取ったり、誕生日会には、好きな食べ物や、手作りケーキでお祝いしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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	管理栄養士の献立表に基づき食材の栄養バランスを確保しつつ、利用者の希望もできる限り叶えられるように押領する。摂取量は日々記録をとり、体調等により摂取が困難になっている利用者には細やかに食事（水分）摂取量表に記載、摂取水分量等を医療に報告。		
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、歯磨き等を自ら実施できるサポートして清潔保持に努めている。自力で清潔を保持が困難な利用者へは職員が口腔ケアを行い清潔を保持する。		
43	19	○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	記録及び観察により個々の排泄パターンを把握して事前の誘導等に努める、また利用者の言動の観察に努め、利用者のサインを見逃さずに排泄支援を行い、オムツ等利用の軽減を図っている。オムツ使用者についても、安全に配慮し、できるかぎりトイレでの排泄を行えるように支援している。	全員の排泄チェック表を記録して、排泄パターンを把握しています。夜間はオムツを使用する方でも昼間はリハビリパンツに変えてトイレで排泄をしています。排泄の失敗を減らすために表情や、身体の動きなど少しの変化を見逃さないように観察して、声掛けや誘導を行っています。	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	管理栄養士の献立による食物繊維等の摂取ほか水分補給の配慮。また、体操や散歩等を実施し、体を動かす事による予防も行う。排便記録や観察により便秘の兆候が見られた場合は医療連携による看護師に相談、アドバイスを受け、個々の事象に対応。		
45	20	○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	共同生活介護の中では多少その意に反する声掛けもあるが、健康状態、その日の気分等を考慮して希望に沿った楽しい入浴ができるよう努めている。	入浴は最低でも週2回、人によっては3回入浴されている方もいます。時間帯は基本は午後ですが、利用者の体調や気分等に合わせて午前中に行うこともあります。入浴時にはバイタルチェックと様子を確認して、脱衣後には全身の皮膚チェックを実施しています。季節のゆず湯や菖蒲湯も行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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の状況に応じて、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	個々の睡眠パターンを把握し、そのリズムを維持できるように努めている。休憩についても状況に応じ共用場所や個室など希望の場所に誘導している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の与薬状態を把握し、処方箋に従い与薬支援を行っている。薬の変更や服薬方法の変化等が必要な場合は看護師・薬剤師のアドバイスを受け必要な措置を講じている。また個々の事例により、主治医に直接状態を報告し、処方について指示をもらう。		
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	レクリエーション、お誕生日会等催し物、日常生活等において個々の特技・知識を生かし活躍できる場面づくりに努めるほか、気分転換の外出、外食など天候や体調を勘案して実施。特に日課としての役割（食事準備、掃除、たたみもの）から遣り甲斐を感じて頂く。		
49	21	○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	施設の立地条件、共同生活介護、スタッフの配置基準から個々の希望を満たすことは困難であるが、可能な限り希望を募り戸外の散策や買い物に出る機会を多く設けるように努めている。	コロナ禍で外出は自粛していますが、法人の敷地内は自由に散策しています。事業所の庭や、玄関前のプランターには季節の花々が植えられ、花の水遣りや、手入れ等は利用者も一緒に行っています。買い物など家族の協力で行っています。ドライブで横須賀の菖蒲園や葉山小学校のアジサイなど観に行っています。正月には森戸神社まで、初詣に行っています。	今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	現状における利用者自身の金銭管理は難しい状況にある。家族の同意を得て小口現金として事務方で管理している。個々に現金出納簿、財布を用紙し、お賽銭などを本人に任せるようにしている。		

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
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	家族からの電話の取次ぎは実施しているが、自らの電話は其の状況に応じて行っている。携帯電話の使い方等支援する。手紙、年賀状など個々の希望があればそれを支援し、郵送された郵便物については、本人又は家族にお渡しする。（場合によりメール添付等）		
52	22	○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	生活空間は設計の段階から配慮され、快適な居住環境を提供している。共用場所などには必要な設備。物品を配置して季節感を取り入れた花や装飾を施し家庭的な環境に努めている。	リビングは床暖房が完備され、温度や湿度は職員が定期的に確認して、利用者に合わせた設定にしています。壁面や天井には、季節や行事に合わせた飾り物を作り掲示しています。夏以外の季節には、法人から定期的に生花が届けられ利用者と一緒に生け花をして飾っています。食卓は利用者同士の関係性を配慮して位置を決めています。	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	共用空間には廊下スペースに特徴を持たせているほか、食堂や居間を状況にあわせ配置を工夫し場所の確保に努めている。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は個室で13.5㎡の広さを確保。家具、調度品、生活用品は慣れ親しんだ物を持ち込み、本人や家族の希望により配置して、本人が過ごしやすい環境づくりに努めている。	居室は広々としてエアコン、洗面台、鏡、照明、床暖房が完備され、洗面台ではお湯も使えるようになってきました。ベッドや防炎カーテンは基本的には持ち込みですが、前の方のを使用する方もいます。使い慣れたテレビ、整理ダンス、机、椅子、本棚、仏壇など持ち込まれ本人が落ち着いて過ごせる様に、自宅と同じような配置の支援をしています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	設計の段階で配慮し、完成後はその使い勝手により補完し環境づくりに努めている。個室のドアの配色及び大きな数字に特色を持たせ容易に識別できるようにして、混乱防止に努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム「櫻」

作成日 令和5年3月24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
1		・入居者の認知症の進行により、以前可能であったレクリエーションが困難になり、レクリエーションのマンネリ化が起き始めている。	・個別レクリエーションを充実を目指す。 ・多様なレクリエーションのアイデアを職員が率先して行えるようになる。	レクリエーションアイデアシートを新たに作成して、できる、できないを考えずに、「やってみよう、やってほしい」アイデアを募る。職員がレクリエーション（計画含む）への苦手意識を減少させる。よいアイデアには吟味を重ね、計画へと移行する。	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	グループホーム「櫻」
ユニット名	Bユニット（1階）

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している。 (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、生き活きと働けている。 (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	職員自ら作成した理念の文言に親しみを感じながら、見やすい場所に掲示し日々の実践に努めている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議にて、事業者の状況をお知らせするとともに、葉桜自治会役員より地域の情報を得え、事業所と自治会両者のつきあいかたを協議する。 新型コロナウイルス感染防止対策にて、外部との交流を自粛した。		
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	運営推進会議資料及び議事録を開示して、認知症の方への取り組みを発信する。 運営推進会議において法人が行う認知症についてのセミナーや、包括支援センターよりの同様の講義等の情報を地域で共有する。		
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	議案として利用者の現況報告を行い、サービスの実践の主だった事については、「さくら」より説明を行う。 自己評価及び外部評価の結果をとりあげサービスの向上に努めている。 感染症対策にて本年は資料を委員へ配布する方法をとる。		
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	基本的にはメールにて情報のやり取り及び相談連絡を行う。またメールでの解決が困難な場合においては直接担当部署に訪問し担当者と相談しながらサービスの向上を図っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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	身体拘束適正化委員会を設置する。身体拘束についての外部研修に職員を参加させて正しい理解の習得に努めている。全職員には研修内容を機会教育にて周知する。実例が発生した場合は身体拘束適正化委員会にて協議する。		
7	6	○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	行政の通達及び前項と同様に外部研修及び機会教育を通じ其の都度全員に周知教育、その徹底に努めている。またが虐待に繋がる可能性がある状況があればすぐにミーティングへ掛けて迅速に対応する。		
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	成年後見制度について必要に応じて、家族及び関係者と協議を持つ。		
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	運営規定、重要事項説明書、契約書等により十分説明し理解のうえ署名捺印を頂いている。また家族相談会で日常的な不安や疑問等の理解を図っている。		
10	7	○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	利用者については、其の場面場面で対応もしくは、毎日の申し送りや、月例ミーティングにて解決を図る。家族の意見要望等は家族との懇談会又は面会等来所時に何うよう心がけ、可能な限り要望等に沿うよう努めている。運営推進会議においても要望を出して頂く。		

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	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	月例ミーティング、全体会議等において意見交換、可能な限り運営や計画に反映し共有化を図っている。また、業務改善提案書により、職員より業務における提案をできるようにしている。		
12	9	○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	知識技能や勤務実績、取り組み姿勢等を総合的に評価し給料等に反映させている勤務割りも可能な限り希望を取り入れ勤務しやすい環境づくりに努めている。職場環境づくりは職員との共同作業、参加型運営を目指している。		
13	10	○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	職員のあるべき姿を追求し、必要に応じ研修に参加させると共に研修者はその結果を未受講者にフィードバックし相互のスキルアップにつなげている。また、機会教育、月例ミーティング時においてもその時々の問題等を教育、周知に努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	必要の電話等で情報交換を行い業務に反映させている。又、社会福祉協議会の機関紙を通じ情報の発信収集を図っている。		
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	家族用のアセスメント表を作成し入所決定時に提出して頂きコミュニケーションの向上を図り不安の解消、信頼関係の醸成に努めている。入所後の家族からの情報を補足し対応している。		

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
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	入居相談に当たっては、電話相談以外は施設見学を進め、その際運営規定等必要な施設情報を提供。相談の内容によりケースバイケースで他施設の状況等、可能な限り相談に応じ初期の不安払拭をはかり信頼関係の醸成に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居相談時、入居者本人が同行された場合は前項によるほか、必要なサービスの種類や提供先等について情報を提供、家族が選びやすいように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	共同生活介護の施設であるが極力個を大切に、可能な範囲で一緒に過ごせる場面作りに努め、食事づくり、洗濯、買い物、催し物等、無理にならない範囲で参加して頂き話しをしながら実施。良好な関係維持に努めている。		
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	催し物への招待、面会の激励等、本人家族の接触機会を設け、コミュニケーションを密に、気軽に相談し合える雰囲気づくりをする等、サポートを図っている。		
20	11	○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	公共施設の催し物、散策等、体調を勘案しながら外出を行い話題としている。家族、友人知人の面会は、面会時間を設けオープン化を図り開かれた施設として信頼関係の醸成に努めている。 また、家族にも協力を願い買い物や、馴染みの場所へお連れして頂く事もある。		

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	個々の生活を重んじつつ共同生活介護の視点から常に関わり合える場面作りに努めている。日常生活における掃除、洗濯、食事の準備等について個人が出来る範囲内で関わりを持たせている。		
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	長期入院等においてサービスが提供できない状態であっても、退院等が見込まれるようであれば、約3ヶ月までは契約を維持し、それ以降でも可能な限り相談に応じ、関係を大切にしている。		
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	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入所時における家族記載のアセスメント表や入所後における生活から本人の意向等を把握して、共同生活介護という難しい環境下であるが可能な限り支援している。本人の意思確認が困難な場合は個々の課題として職員全員が情報を共有し対応に努めている。		
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	上記同様、家族から提供される生活暦（アセスメント）により情報を提供して頂くほか、可能な限り本人から直接伺い、個々に能力を発揮できる場面づくりに努めている。また介護計画作成、ミーティング時において情報の共有化を図っている		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	定時のバイタルチェック、問診等により心身の状態を把握し日々の生活が健康的に過ごせるように努めている。また、医療連携体制により看護師の訪問をうけ、個々の健康状態を把握している。 また、日々個人記録を作成し、一日の過ごし方、残存能力の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○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	計画作成に当たっては、日々の個人記録等（観察結果）、職員のミーティングによるほか、家族の意見要望等を考慮して作成し状況変化時は即時見直しを行いサービス提供に努めている。		
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、業務日誌、ミーティング記録等により情報を共有し、計画の見直し、実践に努めている。		
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	認知症対応型共同生活介護事業所として、可能な限り利用者、家族のニーズに沿えるように柔軟な支援を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	訪問歯科や訪問理容、介護タクシーを利用して利用者の暮らしの支援に役立っている。		
30	14	○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	本人、家族の希望に沿った支援を実施している。現在は家族の意向で「かかりつけ医」は当施設と契約している青木病院に受診、他病院への入院等は当該病院宛の紹介状をもって医療が受けられるように支援する。		

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
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	医療連携体制化で、指定日に看護師が巡回し（緊急時は連絡）利用者の状態を把握、職員と相談しながら個々の健康管理に努めている。また主治医の判断で外来の看護師による訪問看護も実施され、職員が必要な情報を伝達する。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	医療連携体制化において、入院先は主に青木病院であるが、他病院への受診、入院等は青木病院からの紹介状によりスムーズに行われている。他病院からの退院も青木病院を經由する等、連携は保たれている。また青木病院と常に連絡を取りあえる関係を構築して情報共有		
33	15	○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	契約時に、重度化（医療処置を含む）と終末期への対応についての話し合いをもち、家族間での意志疎通を願う。重度化においては家族及び病院医師との話し合いによりケースバイケース（入院や他施設へ転所等、看取り）で対応している。家族の意志確認には、「終末期のご意向確認書」を用いる。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時マニュアルをもとに、家族、医療、救急との連絡手順、通報等の対応を身につける。		
35	16	○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	火災、地震には防災マニュアルをもとに訓練を行うとともに、土砂災害については別にマニュアルを設けて、近隣のハザードマップをもとに避難場所を確保する。避難については各居室から避難ができる設計になっており、有事には法人敷地内の他施設にも応援を要請する。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	言葉掛けについては介護の基本でもあり、職員に対しては常に接遇に基づく介護サービスに徹するように教育に努めている。また、外部研修にてに人格尊重・プライバシー保護に関わる研修へ職員が受講し、対応の向上を日々心掛ける。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	共同生活の範疇ではあるが、可能な限り個々に話しかけ、自己決定を促すように努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	前項と同様、難しい面もあるが可能な限り個人の希望、ペースに沿った生活支援に心がけている。入居以前の生活スタイルやをできるかぎり尊重する。		
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	近隣の理容師の協力を得て、施設内で理美容を実施。また普段から行き着けの美容室等外部での理美容を希望される方は、家族との連絡調整を行い、家族協力のもと実施する。服装等については、本人、家族の希望を取り入れ季節に配慮し支援する。		
40	18	○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	個人の健康状態を勘案しながら調理方法、盛り付けを配慮している。本人の手伝える範囲内で食器の準備や片付け、職員と協同し調理を行う。また利用者「の身体・精神状態に合わせて食事の席も柔軟に対応し職員も支援できる体制を持つ。		

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	管理栄養士の献立表に基づき食材の栄養バランスを確保しつつ、利用者の希望もできる限り叶えられるように拝領する。摂取量は日々記録をとり、体調等により摂取が困難になっている利用者には細やかに食事（水分）摂取量表に記載、摂取水分量等を医療に報告。		
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、歯磨き等を自ら実施できるサポートして清潔保持に努めている。自力で清潔を保持が困難な利用者へは職員が口腔ケアを行い清潔を保持する。		
43	19	○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	記録及び観察により個々の排泄パターンを把握して事前の誘導等に努める、また利用者の言動の観察に努め、利用者のサインを見逃さずに排泄支援を行い、オムツ等利用の軽減を図っている。オムツ使用者についても、安全に配慮し、できるかぎりトイレでの排泄を行えるように支援している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	管理栄養士の献立による食物繊維等の摂取ほか水分補給の配慮。また、体操や散歩等を実施し、体を動かす事による予防も行う。排便記録や観察により便秘の兆候が見られた場合は医療連携による看護師に相談、アドバイスを受け、個々の事象に対応。		
45	20	○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	共同生活介護の中では多少その意に反する声掛けもあるが、健康状態、その日の気分等を考慮して希望に沿った楽しい入浴ができるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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	個々の睡眠パターンを把握し、そのリズムを維持できるように努めている。休憩についても状況に応じ共用場所や個室など希望の場所に誘導している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の与薬状態を把握し、処方箋に従い与薬支援を行っている。薬の変更や服薬方法の変化等が必要な場合は看護師・薬剤師のアドバイスを受け必要な措置を講じている。また個々の事例により、主治医に直接状態を報告し、処方について指示をもらう。		
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	レクリエーション、お誕生日会等催し物、日常生活等において個々の特技・知識を生かし活躍できる場面づくりに努めるほか、気分転換の外出、外食など天候や体調を勘案して実施。特に日課としての役割（食事準備、掃除、たたみもの）から遣り甲斐を感じて頂く。		
49	21	○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	施設の立地条件、共同生活介護、スタッフの配置基準から個々の希望を満たすことは困難であるが、可能な限り希望を募り戸外の散策や買い物に出る機会を多く設けるように努めている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	現状における利用者自身の金銭管理は難しい状況にある。家族の同意を得て小口現金として事務方で管理している。個々に現金出納簿、財布を用紙し、お賽銭などを本人に任せるようにしている。		

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
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	家族からの電話の取次ぎは実施しているが、自らの電話は其の状況に応じて行っている。携帯電話の使い方等支援する。手紙、年賀状など個々の希望があればそれを支援し、郵送された郵便物については、本人又は家族にお渡しする。（場合によりメール添付等）		
52	22	○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	生活空間は設計の段階から配慮され、快適な居住環境を提供している。共用場所などには必要な設備。 物品を配置して季節感を取り入れた花や装飾を施し家庭的な環境に努めている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用空間には廊下スペースに特徴を持たせているほか、食堂や居間を状況にあわせ配置を工夫し場所の確保に努めている。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室は個室で13.5㎡の広さを確保。家具、調度品、生活用品は慣れ親しんだ物を持ち込み、本人や家族の希望により配置して、本人が過ごしやすい環境づくりに努めている。		
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	設計の段階で配慮し、完成後はその使い勝手により補完し環境づくりに努めている。個室のドアの配色及び大きな数字に特色を持たせ容易に識別できるようにして、混乱防止に努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム「櫻」

作成日 令和4年3月24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
1		・入居者の認知症の進行により、以前可能であったレクリエーションが困難になり、レクリエーションのマンネリ化が起き始めている。	・個別レクリエーションを充実を目指す。 ・多様なレクリエーションのアイデアを職員が率先して行えるようになる。	レクリエーションアイデアシートを新たに作成して、できる、できないを考えずに、「やってみよう、やってほしい」アイデアを募る。職員がレクリエーション（計画含む）への苦手意識を減少させる。よいアイデアには吟味を重ね、計画へと移行する。	令和5年4月 ～ 令和5年12月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。