

<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	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	1472700325
法人名	株式会社 小林留次郎商店
事業所名	グループホーム チェリーホーム油壺
訪問調査日	令和6年3月21日
評価確定日	令和6年5月7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5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	1472700325	事業の開始年月日	平成15年11月1日	
		指定年月日	平成15年11月1日	
法人名	株式会社 小林留次郎商店			
事業所名	グループホーム チェリーホーム油壺			
所在地	( 238-0225 ) 三浦市三崎町小網代1331-1			
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	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	令和6年3月11日	評価結果 市町村受理日	令和6年5月10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)】

ホームの中庭で野菜作りと花の栽培に取り組んでおり収穫の楽しみ、運動不足の解消、筋力低下の予防、外出の機会の獲得、を考えている。参加できないご利用者にとっても土や水の匂いを感じていただき心地良い外気浴を感じていただける。2022年6月からiPadを導入して業務の効率を上げている。

## 【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6年3月21日	評価機関 評価決定日	令和6年5月7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、株式会社小林留次郎商店の経営です。同法人は横須賀市と三浦市でグループホームを3か所、デイサービスセンター、リハビリデイサービス、小規模多機能型居宅介護支援の事業所を各1箇所ずつ経営しています。ここ「グループホームチェリーホーム油壺」は、京浜急行「三崎口駅」駅からバスで15分程度の「シーボニア入口」停留所前にあります。周りは、ヨットハーバーやマンションが立ち並ぶリゾート地になっており、裏手は、広い三浦大根畑などが並ぶ日当たりの良い静かな散歩道になっています。建物は平屋建てで、中庭が整備され、梅の木や桜の木があり、梅・桜の花見やサクラランボの収穫などができ、花の栽培や野菜作りにも取り組んでいます。

●事業所の理念として「ゆっくり、楽しく、いっしょにを目指します。」を柱に5項目からなる指針を定め、玄関やフロアなど目につく場所に掲示しています。また事務所の出入りに、事業所独自の合言葉として「礼に始まり、礼に終わる」を掲げ、お互いを尊重し、ケアを行う際には急がさずにゆっくり利用者のペースを尊重し、利用者に寄り添った支援に取り組んでいます。

●事業所では、年度初めに年間研修計画を作成し、職員の資質向上のため教育と研修に注力しています。毎月の職員会議では、担当書記を毎回変えることで職員のモチベーションの向上を図り、研修時間を設け当該月項目の研修会を実施し、職員の資質向上に向けて研鑽しています。

## 【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 ~ 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 チェリーホーム油壺
ユニット名	

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	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	管理者は地域の中での関わりを大切に十分理解し、毎月の職員会議で確認し、理念の「ゆっくり、楽しく、一緒に」を共有し、日々実践に繋げる努力をしている。	事業所理念「ゆっくり、楽しく、いっしょに」を柱とした5項目の指針を玄関やフロアの目につく場所に掲示し、その意義を共有し実践しています。管理者は、地域の中での関りの大切さを理解し、「礼に始まり、礼に終わる」を合言葉に、利用者の立場に立ったサービス提供ができるよう取り組んでいます。		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	町内会に参加し町内の掃除当番等積極的に参加している。散歩の際は、近所の方々と挨拶を交わしたり花を頂いたりするなどのふれあいを持っている。	町内会に加入し、回覧板などで地域情報を収集しています。町内の掃除当番時には、ゴミ収集場所の掃除を利用者も参加し行っています。事業所中庭の掃除に、近隣の方が手伝ってくれます。散歩の際は近所の方と挨拶を交わしたり、傾聴ボランティアの受け入れを行うなど、地域の一員として交流しています。		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	地域での認知症専門施設としての貢献のあり方を、地域の民生委員の方を通し考え、地域の方々に役立てられるように取り組んでいる。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	委員の皆様には、施設の内容を十分ご理解頂けるように努力し、毎回活発な意見交換がなされ、大変貴重なご意見も頂き、サービス向上に活かしている。委員の方には、民生委員、地域代表・包括の方にも参加していただき、ホームの活動報告を通して色々なご意見、感想を頂いています。	運営推進会議は、市高齢介護課・民生委員・利用者家族・地域代表・包括支援センター・管理者などの出席で、2ヶ月に1回開催しています。事業所の活動報告・感染症などの衛生問題についても説明し話し合います。利用者の状況・今後の予定などを説明し、提案された意見は、運営・サービスの参考にしています。		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	業務に関する疑問などにも相談しやすい関係が築かれ、より良いケアサービスの向上に繋がっている。	市高齢介護課とは、運営推進会議の出席や事業所の現状報告など、日頃から連絡を密に取り協力関係を築いています。また生活保護受給者の受入れもあり、市福祉課とも定期的に情報交換を行っています。市のグループホーム連絡会にも加入し、3ヶ月に1回の会議に出席し積極的に情報収集を行っています。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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	県の主催の「身体拘束廃止推進モデル施設養成研修」を受講し、積極的に身体拘束廃止に取り組んでいる。また定期的に職員会議で研修を年4回行い職員全体の意識向上に努めている。	重要事項説明書に「身体拘束廃止に関する定義」を記載し、職員会議での3ヶ月に1回の「身体拘束廃止委員会」で認識を高め、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。身体拘束防止のマニュアルも完備され、自己点検も実施しています。ユニットの出入り口は安全上施錠していますが、玄関は施錠していません。	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	3か月に1回は職員会議で身体拘束＝虐待となることをホーム全体で理解し「身体拘束廃止推進委員会」を設け職員全員で認識し研修や自己点検シートを用いて介護に対応している。	虐待の防止については、年4回の「身体拘束廃止委員会」などで、該当する行為や虐待の定義について理解を深めるよう取り組んでいます。年2回職員全員が「基本姿勢チェックシート」で自己点検を実施し確認します。スピーチロックについては、日頃の業務の中で管理者が具体的に説明し職員の理解を促しています。	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	入居者の方でこの制度に該当する方がおられることもあり、制度の重要性も含め、職員会議等で研修を行い、理解を深めている。		
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	契約に関しては十分に説明し、月々の係る費用を概算で説明し、主治医の先生が月に2回往診してくれる事で健康面のサポートも十分にされている等納得した上で締結するようにしている。		
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	ご家族からは、来訪時または電話等で気軽に話ができる関係を築き常に意見・要望をくみ入れ運営に反映させるよう努力している。ご利用者様からは日々の生活の中で要望をくみとる努力をしている。	入居時に、重要事項説明書でサービスに対する相談・苦情・要望などの窓口と体制について説明しています。家族の面会は、1～2ヶ月に1回程度あります。毎月の事業所便りには、写真を添付し、利用者の状況などを連絡し、家族からの意見や要望を開ける体制になっており、それらを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	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	毎月の職員会議をもっとスタッフにも理解してもらうため司会と書記を毎月スタッフが交代で書記を行い職員会議を各自が身近に感じ意見や提案がだせる会議になるように考えている。	毎月の職員会議では、職員の意見や提案を聞く機会を設け、書記を職員が毎月交代で行うなど、運営に関する情報の共有化を図っています。連絡・引継ぎ事項を記載した申し送りノートの確認や毎月の業務目標を設定し、その経過報告や評価を実施することで意見や提案を出せるようにし、運営に反映させています。	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	職員の特技（歌・絵・お話等）を活かし利用者の生活に楽しみや潤いを与える事に貢献している。介護職員処遇加算も職員全員に支給しやりがいのある職場になるように努めている。6月よりiPadを導入し記録業務の効率化が行われている。	常勤職員が少ない職員体制の中で、必要に応じて話し合いを実施し、仕事にやりがいや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。希望休や有給休暇の取得を促し、それに基づいたシフト作成を管理者が行っています。導入したiPadの利用で、記録業務の効率化が図られています。	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	管理者・職員は個人の力量に見合った外部研修にも勤務を調整し、参加しており、施設内への普及研修に繋げ、介護のレベルアップに努めている。資格取得に関してもバックアップする体制を取っている。モチベーションを上げたりキャリアアップに繋げるために個人目標を設定し各自に達成するための努力をしてもらっている。	年間の内部研修計画があり、介護技術のレベルアップに努めています。三浦市の出前講習などに参加し、外部研修を受講した職員が職員会議などで報告会を行い、研修内容を全職員が共有します。職員を育てる仕組みとして年2回「基本姿勢チェックシート」を実施して確認を行います。居室担当制で、現場の仕事は、OJT研修により先輩職員が指導しています。	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	グループホーム連絡会や県主催の研修会、ネットワーク作りとともにサービスの質の向上の取組みをしている。		
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	本人や家族、担当ケアマネージャー等より、詳細にお話を伺い、特に本人が一番困っている事、不安に思っている事を引き出せるように傾聴し、そのことが少しでも解消され、安心を確保できる関係作りに繋げるよう努めている。		

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	
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	入居に際し、家族の不安を払拭する事に時間をかけている。特に家族の要望や、意向に対してはよく話し合い、信頼関係が築けるよう努めている。			
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	当施設の長所・短所を率直に説明し、ご理解を仰ぎ、「その時」まず必要としている支援を見極め、状況により他の施設を紹介する等、抱え込まない。			
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	認知症介護の大切な基礎ととらえ、一緒に過ごす事を前提に楽しみや悲しみ、苦しみや痛みを分かち合えるような信頼関係を築き、共に支え合えるような関係を築いている。			
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	毎月、近況報告のお便りと写真を送付しており、また家族の面会時には家族としての心配や不安等を気兼ねなく話して頂き、一緒に利用者を支え合う関係作りに努めている。			
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	住み慣れた町内、知人等より疎遠にならないように、ホームがどなたにとっても訪問しやすい所であるよう職員ひとりひとりが心がけることにより、利用者の方々も安心して今までの関係を維持することができる。	家族の面会はコロナ禍の中でも注意しながら実施し、家族は平均1~2ヶ月に1回の頻度で来訪されています。家族の協力も得て、一時帰宅や外食がてら外出し、馴染みの場所との関係が途切れないよう支援しています。届いた年賀状を読み上げたり、携帯電話を保有する利用者には家族と連絡がとり合えるよう支援しています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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	新しい方が入居された場合それぞれの人生を歩んでこられご縁あってグループホームで生活を共になさるにあたり今までホームにいらっしゃった方々との良い関係が築かれるように日々の生活での関わりあいを大切に支援させていただいている。		
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	他の施設へ移るような場合は、今後の生活に支障がないように、ホームでの生活状況を通知・共有して頂き、本人・家族が問題に遭遇した場合は、全面的に支援する。		
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。	職員が1人の利用者の方をそれぞれ4ヶ月受け持ち普段お世話している中での気づきを職員会議で発表し、皆で意見交換し1人ひとりの思いに繋がるように努力している。	入居時に、家族からこれまでの生活歴や趣味などの基本情報を聞き記録します。居室担当制で職員が4カ月毎の受け持ちとなっています。利用者から希望を聞いたり、普段の会話の中でその行動・表情・しぐさから「私の姿と気持ちシート」に記録することで思いや意向の把握に努め、職員間で情報共有します。	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	利用者個々の歴史や、経過を把握する事は重要である為、家族の協力を得るなどし、把握に努めている。		
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	自立支援の観点からも、利用者個々について把握する事は大切である為、日々の会話・行動・癖・心身の状態を注意深く観察する努力を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	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	本人がより良い暮らしの為に、どんな支援が必要か、本人又は家族等の意見を取り入れ、毎日の様子・今までの生活を参考にし、検討し、職員会議で意見を出し合いそれをもとにケアマネが計画を作成している。	入居時は、初回介護計画を作成し1カ月程度様子を見ます。毎月のカンファレンスで、居室担当者を中心に「介護日誌」や「気づきノート」などで利用者全員のモニタリングを行います。短期目標は3ヶ月、長期は6ヶ月で介護計画の見直しを行います。状態の変化によっては、その都度見直しもを行います。	今後の継続
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の様子は毎日、表情の変化・言葉・様子などの確に個別の介護日誌に記入し、それ以外に「気づきノート」を作り普段の様子で気になることを書き込み職員が情報を共有すると共に、介護計画に反映させている。		
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	現在は利用者の方々の重度化に伴い、一時帰宅などの要請はないが、通院などは家族の事情を考慮し、協力している。		
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	町内会には加入しているがコロナ禍もあり事業所として参加できるものがないか、定期的に情報の把握に努めている。		
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	かかりつけ医の受診を最優先させている。なお、医療連携については、本人・家族の了承を得ている。医療連携をしている内科の月2回の往診、週に1回の看護師訪問。24時間の連絡体制が基本となっている。	入居時にかかりつけ医の説明をし、利用者と家族の意向を確認します。協力医療機関「まつもと内科クリニック」の月2回の往診があり、職員の看護師は週1回巡回し利用者の健康管理を行います。歯科は、必要に応じて受診しています。医療支援はオンコールなど24時間体制で、日中・夜間とも連絡を取れるようになっています。	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	毎日の生活の中で、個別の健康管理を実施し、その情報を確実に看護職員に伝え、相談も密に行っている。夜間の急変時にも対応して来てくれるので夜勤職員はとても心強く思っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院者が発生した場合は、家族・病院と協議し、協同連携し、利用者が安心して治療できるように、また出来るだけ早期に退院出来るよう協力している。		
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	本人・家族と早い段階から話し合いを行い、事業所で出来ることを十分に説明している。重度の利用者に対しては、主治医の指導の下で適切に対応し、終末期に向けて家族との話し合いを、その都度設け緊急対応確認書（同意書）を取り交わし介護職員・看護師、主治医を含めたチームで対応するようにしている。	入居時、重度化や終末期の指針を説明し同意書をもらいます。終末期には医師から利用者家族に現状を説明し、家族・医師・管理者で今後について話し合い、緊急対応確認書の同意を取り交わします。看取りを行う場合、家族の意向に沿った支援に努めています。職員に対してグリーフケアなどを行っています。	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	急変時や事故発生時についての対応マニュアルを作成し職員会議などで実際の状況を想定して研修を行っている。		
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	防火管理者を選任し、毎年度火災や災害等の緊急時に備え、防災避難訓練を年2回以上行っている。特に夜間帯は、夜勤者1人になるため夜勤専門の職員にも参加してもらい災害時の避難経路や入居者の避難誘導の仕方を訓練して覚えてもらうようにしている。	防火管理者を選定し、年2回、日中・夜間想定で避難訓練を実施しています。消防署の立会いで指導を受け訓練して、利用者も参加し、避難手順などを記載したマニュアルも整備しています。避難誘導などでは地域との協力体制も築いています。備蓄として3日分の水・食料などや衛生用品・コンロなどを準備しています。	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	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	利用者個々の人格を尊重した上で、その方にあつた言葉かけやわかりやすい態度で対応している。また常に守秘義務を意識している。	事務室に「接遇マナーを守ることは、ご利用者様の人としての価値を守ることです」と掲示し、職員としての心構えが意識されています。理念に「人としての尊厳を大切にします」を掲げ、年2回「基本姿勢チェックシート」で自己点検を行い、利用者の人格の尊重とプライバシーに配慮した支援を心がけています。		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	利用者の方々との信頼関係を築きあげて毎日の生活の中で気軽に思いや希望を表せるような雰囲気作りを心がけている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	個々の生活のペースやリズムに合わせ、やりたいこと、希望に沿った支援を行う。			
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	訪問理容師を2ヶ月に1度、利用し本人の希望に沿った髪型にしてもらうなど、その人らしい身だしなみやお洒落の為の支援を行っている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事を楽しむことの重要性を職員全員が十分に理解しており利用者の方々美味しく楽しく食事が出来るように援助している。お誕生日にはご利用者様の好きな献立でお祝いし、季節の行事には旬のものを味わって頂くよう心がけている。ホームの庭で収穫した野菜も献立に入れている。月に1回パンの日を設けご利用者様に手伝って頂いています。	食材は食材提供会社を活用していますが、副食の3品中1品と汁物は自前料理です。米は栄養価も考慮し無洗米を使用しています。誕生日やイベント時などは利用者の意向に沿い、月に1回は副食を含めて職員の手作り料理を提供しています。利用者は当番制で食器拭きなど、出来る事は職員と一緒にします。希望に沿い楽しい食事ができるよう支援をします。		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	利用者1人1人の食事・水分の1日の摂取を把握し、介護日誌に記入し、バランスの良い食事と適切な量の水分が摂取出来るように支援している。重度化と共に、嚥下が困難になっている方には、主治医の指導の下、栄養補助剤を利用している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	歯科医の指導の下、歯磨き、義歯の手入れ、口腔内の汚れ、炎症などチェックし、利用者1人1人の力に応じた口腔ケアを支援している。市の歯科衛生士から「口腔ケア」の出前講習会を受講した。		
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	個々の利用者の排泄等を排泄チェック表に記録し排泄パターンの把握に努め、便秘などの時にはさりげない声かけ、トイレ誘導を行い、不快なく排泄出来るように支援している。	トイレでの自立排泄を目標に、利用者の様子を見た誘導で支援しています。排尿・排便を把握した排泄チェック表で、日中・夜間の利用者個々の排泄パターンを把握し、職員が共有します。夜間は個々の様子(睡眠重視)で対応します。便秘対応は、水分・食事や運動など生活の中で改善を図っています。	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	出来るだけ自然な排便を促す為、適切な水分量・バランスの良い食事及び運動等、毎日の生活の中で継続的に予防に取り組んでいるが、主治医との連携の下、重度化した利用者の方々の為、便秘薬も利用している。		
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	個々に応じた入浴支援を行い、ご利用者様に入浴を心から喜んでもらっている。基本週2回の入浴日を決め入浴を支援していますが、入浴する時間帯はご本人の希望に添えるよう務めている。入浴を拒否される方に対しては、対応職員を変えて声掛けをするなど工夫をしている。	週2回の入浴を基本に、午前・午後利用者の希望する時間帯で楽しむことができます。入浴時はバイタルチェックや皮膚チェックを行い、医者からの指示で保湿剤の塗布もします。シャワー浴・足浴の他、体調を見て清拭も行き、楽しい入浴のため季節に応じたゆず湯・菖蒲湯なども取り入れています。	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
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	薬に頼らないように、夜間眠れない利用者の方には日中の活動に配慮し、夜間の安眠に繋がるように支援し、成果を上げている。		
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	薬について職員はある程度理解しており、新しく処方される際には、主治医又は薬剤師により説明を受け、職員で共有し、日常の変化状況については細部にわたり、主治医・看護師に報告している。		
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	それぞれの利用者の特技、趣味を把握することで、生き甲斐に繋がるよう支援している。重度の認知症の方には色々な事を提供し、反応を見ながら楽しめることを見つけていけるように努めている。		
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	コロナ禍で外出に制限がある為、個々での散歩と庭での外気浴を実行している。ホームの庭では、生きがい作り、運動不足の解消。筋力低下の予防を行っている。	コロナ禍外出制限がありますが、個々で事業所周辺の散歩を天候や利用者の体調を考慮して行います。事業所の中庭には桜や梅の木が植えられ、畑で野菜作りや花の栽培に取り組み、長椅子もあり外気浴を楽しみます。日頃の運動不足や筋力低下の予防になり、車椅子の利用者も気分転換を図ることが出来ます。	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	利用者の重度化に伴い、自身でお金を所持する事、自己管理することは難しい状況だが、事業所でお金を管理して利用者の希望で買い物に行くことも支援してましたが、コロナ禍で行けてません。		

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	家族に電話をすることで、安心される利用者にはダイヤルを支援すれば会話が出来るので、状況を判断し、実施している。		
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	明るく居心地の良い空間を常に意識し、季節の飾り付けなどで季節感を味わってもらったり、台所は皆さんの集まる談話室と同空間である為、食事の支度風景や香りが利用者の方々へ届いている為家庭にいるような雰囲気で過ごしていただけている。感染防止対策も毎日実施している。	共有空間は明るく居心地の良い空間になっています。リビングの大きな窓から、庭の桜や梅の木、季節の花々や家庭菜園が見えます。畳の小上りにはお雛様や着物を飾り、壁には季節の飾りつけを行うなど、落ち着いた装飾で楽しく過ごせるよう工夫しています。空調や空気清浄機を使うことで生活環境に、台所はIHを使い安全にも配慮しています。	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	談話室の脇には、気軽に腰をかけられる大きなベンチが設けてあるので、自由に利用し思い思いに過ごせるような居場所になっている。		
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	本人の使い慣れた物、気に入った物やテレビ、ラジカセ等を持ち込んでもらい利用者それぞれの好みに応じた居室を作り、居心地良く過ごせるよう支援している。	各居室には、介護ベッド・エアコン・クローゼット・タンス・防火カーテン・洗面台などが完備されています。家具などの生活用品は馴染みの使い慣れたものを持ち込んでもらいます。テレビ・ラジカセ・家族写真などを置き、居心地よく過ごせるよう工夫しています。居室担当者が衣替えや掃除をします。	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	歩行が不自由な方も、トイレ・居室などへ自立で移動できる様に、手すりを取り付け、その方にあった介助の方法を職員で話し合い、安全で出来るだけ自立した生活が送れるように工夫している。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム チェリーホーム油壺

作成日

令和6年3月21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		職員の介護に対するスキルに個々の差がありすぎる。	全職員が介護に対するスキルアップに意欲的に取り組めるようにする。	・外部研修をZoomで参加できるように環境を作る。	12ヶ月

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。