

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	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	1472202223
法人名	社会福祉法人 伸こう福祉会
事業所名	グループホーム クロスハート本鵜沼・藤沢
訪問調査日	令和2年2月28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	1472202223	事業の開始年月日	平成17年10月1日	
		指定年月日	平成17年10月1日	
法人名	社会福祉法人 伸こう福祉会			
事業所名	グループホーム クロスハート本鶴沼・藤沢			
所在地	(251-0028)			
	神奈川県藤沢市本鶴沼3-11-39			
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2年2月10日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月30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)】

「たくさんのよきものを人生の先輩たち、後輩たち、そして地域に捧ぐ」を理念としています。「楽しく きれいに いつまでも」をグループホーム事業の理念のもとにサービス提供を行っております。

【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2月28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、社会福祉法人伸こう福祉会の経営です。同法人は、介護サービス、保育サービス、障がい者支援の福祉3分野にて横浜市を中心に川崎・鎌倉・藤沢地域で事業展開しています。グループホーム事業部門は、この事業所を含め11事業所あります。ここ「グループホームクロスハート本鶴沼・藤沢」は、JR「藤沢駅」からバスで10分、バス停からは徒歩1分のバス通り沿いに面し、近隣には、生鮮の野菜・魚屋、ドラッグストアなどもあり、生活に便利な場所にあります。

●法人のグループホーム事業部門の理念「楽しく、きれいに、いつまでも」を踏まえ、管理者は「相互に楽しむ」をモットーに掲げています。「利用者」と職員が楽しむだけでなく、本年度、力を入れているOJT教育のトレーナー研修でも、「教わる側と教える側」どちらも楽しみながら学ぶようにと伝えています。現在、利用者の重度化が進み、外出行事などが難しい環境の中でも、本部の外出支援サービス部を活用した外食支援、ボランティアを活用した室内で演奏会や生け花などの趣味活動を取り入れ、レクリエーションの充実を図り、理念・モットーである「楽しむ」を実践しています。

●地域との交流では、近隣の野菜・魚販売所やスーパーへの買い物時に、挨拶や会話を交わすなど、日常的な地域交流があります。事業所の1階にある、通所スペースを使用して開催する恒例の「秋の食事会」では、ボランティアによる和太鼓、ハーブ演奏、フラダンスなど、毎年演し物を変えた演芸があり、家族・地域住民をお招きし賑やかにこなされています。さらに、近隣幼稚園の年2回の交流会や看護学校の実習生、傾聴ボランティアの研修生の受け入れなど、地域に開かれた運営も実現されています。

【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	グループホーム クロスハート本鶴沼・藤沢
ユニット名	A棟

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	年度毎に経営計画書や理念に基づき実行計画を作成している。 年度初めには、理念、年度方針などの共有を図っている。	毎年の年度初めに、理念・年度方針について、スタッフ間で共有を図っています。法人のグループホーム事業部の理念に基づき、管理者は「どちらも楽しむ」をモットーとし、利用者と職員、今年度の重点目標としているOJTのトレーナーの養成研修でも、「教わる側も教える側」相互に楽しむことを伝えていきます。	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	自治会に加入している。 近隣のボランティアを受け入れしている。買い物や散歩に出かけ、挨拶や会話をする事により、地域の方と交流が持てている。	自治会に加入し、お祭りなどの行事に参加しています。隣の野菜兼魚屋や、スーパーに買い物や散歩時に、挨拶や会話を交わすなど、日常的な交流をしています。地域のウクレレ、オカリナ、三味線、生け花のボランティアの受け入れも行っています。同法人が運営している保育園との交流会も年2回あります。恒例となっている、秋の食事会でもボランティアによる演目を披露していただくなど、家族地域住民をお招きして、賑やかに開催されています。	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	地域の方々からの電話や訪問によるご相談にお答えしている。介護保険サービスの利用についてのご案内をしている。		
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	2ヶ月に1度運営推進会議を実施し、ホームの状況や今後の報告を行っている。運営推進会議メンバーから、地域の行事や色々ご提案などをいただき話し合っている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。この3月に今年度6回目の会議予定でしたが、コロナウィルスの影響により、特例で行政から開催しなくても、書面でのやり取りで良いと認められました。会議では、事業所の現状や活動報告、事故報告や、地域の行事や提案などをいただき、事業所の運営サービス改善につなげています。	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	藤沢市の介護相談員の受け入れをし、意見交換をしている。 グループホーム協議会からの案内で研修に参加する事ができるようになった。運営推進会議に出席していただける様、ご案内を行い報告をしている	行政と相談すべき課題が出た時には、電話にて市役所の担当者と相談し、助言をいただいています。運営推進会議にも年1、2回は、市の担当者に参加いただいております。また、藤沢市の介護相談員を受け入れも行っており、後日頂く報告書をケアの参考にしていきます。さらに、藤沢市グループホーム協議会の研修会に参加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
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	安全を最優先とし、エレベーター・階段室・玄関を施錠し、ご家族にも了承を得ている。定期的な行事を企画したり、散歩に出ることにより不自由さを感じないケアを心がけている。	毎月の全スタッフ会議にて、必ず、身体拘束について確認する時間を設け、利用者の対応について話し合っています。直近では、ベッドでの就寝では、転倒のリスクがあることから、床にマット敷いて対応する等、身体拘束のないケアを実践しています。安全の確保を最優先とし、エレベーター・階段室・玄関の施錠については、家族に了承を得たうえで実施しています。	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	ミーティングやケアの中で情報共有し、意識向上に努めている		
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	地域密着型サービス管理者研修や認知症実践者研修で学び、個々の必要性を関係者と話し合い支援している。		
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	契約時に契約書の読み合わせを行っている。内容等で不明な点がないか、確認を必ず行っている。		
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	重要事項説明書及び、各棟に苦情処理体制のフローチャートを掲示し、意見や要望を受け付けている。上記内容について意見があった場合は体制に基づき迅速に対応し運営に反映させている。	毎月、居室担当からのコメントを添えて、家族に近況報告を行っています。面会時や電話でも、近況報告と併せて意見や要望を聞いています。家族から意見・要望を受けた場合は、迅速な対応を心がけ、運営に反映させると共に、結果を家族に報告しています。玄関には、本部職員が管理している「理事長ボックス」も設置され、事業所を介さず、直接理事長へ申し出ること可能な仕組みもあります。	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	
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	ホームミーティングやユニットミーティングでスタッフの提案を聞く機会を設けている。スタッフの意見を尊重し、ケアに関しての緊急時以外の決定事項はミーティングの中で行っている。	毎月1回の全スタッフが参加するスタッフ会議、ユニット会議で、管理者は、スタッフの意見や提案を聞く機会を設けています。会議で決まった事項は、議事録に記載し、回覧して情報を共有しています。日頃の決まり事は連絡ノートで情報共有し、急を要する案件については、グループラインで連絡を取り合う仕組みになっています。	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	入職時や年2回の面談で、個々の職員の状況を把握している。福利厚生を充実させ、職場環境の整備に努めている。			
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	法人内外の研修参加えお積極的に行っている。新人スタッフへはOJT制度を導入している。			
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	藤沢市のグループホーム連絡会に所属する事により、近隣グループホームと情報共有が出来るようになった。			
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	利用開始時に、必ず訪問調査を実施し、不安や要望をお聞きしている。スタッフや他入居者との信頼関係、コミュニケーションが取れるように支援している。			

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	ご見学や、ご相談の時段階でお困りの事やご要望等をうかがい、お答えしている。			
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	ご見学や、ご相談の時に現在の状況でお困りの事をうかがい、当ホームの支援や、デイサービス、ホームヘルパーなどの他サービスの情報共有を提供している。			
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	ご利用者様と日常生活の中で一緒に家事や買い物に出かけ、談話する事により、関係が深められている。			
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	訪問時にご入居者様とご家族様だけの時間を過ごしていただけるよう、居室へご案内している。常にご状態をご報告し支援についての相談をさせていただいている。			
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	ご自宅への外出やお墓参り、慣れ親しんだ方の訪問など大切にしてきた関係が途切れないようにしている。	学生時代の友達が来訪し、談笑されている方もいます。家族と一緒に自宅に帰ったり、お正月に外泊される方もいます。家族が同伴し、お墓参りに出掛けたり、昔の美容院に通っている方もおり、個々に応じて馴染みの場所や人との関係を継続出来るように支援しています。管理者は、入居後も馴染みの関係継続を大切にさせていただきたいと考え、可能な限り支援しています。		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	ご入居者様同士がコミュニケーションがとりやすい席の配置やレクリエーションなどで無理なくご利用者様同士の関係が築けるよう支援している。		
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	契約終了後も訪問していただけるようお声かけしている。来訪が途切れているご家族様へはお便りで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。	介護サービス計画書作成時にご本人・ご家族様の意向を確認し、ご希望に沿った支援が行えるようにしている。	入居時の「暮らしの情報ノート」を参考にしながら、利用者との会話の中から思いや意向を汲み取り、可能な限り、本人の思いや意向に沿った支援を心がけています。会話の困難な方には、スタッフ間で話し合い、家族にも確認し、試行錯誤しながら、利用者の意向を探り、支援につなげています。	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	入居時に「暮らしの情報シート」をご家族様にご記入していただき、生活歴や嗜好、生活の状況について把握するように努めている。		
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	入居されてからの一定期は「24時間シート」を記入し、状態の把握、日常生活を通じて個々のご入居者様のご状態や有する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	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	3ヶ月に1度（必要時は適宜）ケアカンファレンスを実施し、ご入居者様やご家族様、職員、その他関係者の意見を参考に介護計画書を作成している。	基本的には、3ヶ月に1度、ケアカンファレンスを実施し、利用者、家族、スタッフ、必要に応じて、主治医・看護師の意見も加味しながら介護計画書の見直しを行っています。状態の変化に応じて、その都度、見直しを行い、現状に即した介護計画になるよう作成しています。	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	「生活の記録」「健康状態の記録」「申し送りノート」などの記録を活用し、スタッフ間の情報共有や介護計画書の作成に活かしている。		
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	事業所の多機能化は不可能だが、個別ケアやレクリエーションなどできうる範囲での支援を行っている。		
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	目の前にある薬局やスーパーに買い物、公園への散歩に出かけることでショッピングや観賞を楽しんでいただけるよう支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	協力医療機関の訪問診療が1ヶ月に2回あり、書面及び口頭での報告や話し合いを行い適切な医療が受けられるよう支援している。	協力医による訪問診療が月2回あり、書面・口頭で情報共有を密に行いながら、適切な医療が受けられるよう支援しています。入居前からの主治医を継続している方もいます。精神科は月1回の往診があり、必要な方は受診しています。歯科医は、週1回の往診で、嚥下機能の検査や義歯の調整を受けています。法人の看護師が週1回巡回し、利用者の健康管理を行っています。	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
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	医療連携により週1回の訪問看護がある。定期的にご様子をご報告し、健康管理に役立てている。また24時間のオンコール体制をとっているためご入居者様に変化があった場合は適宜相談・報告を行っている。		
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。	ご家族様を通して、またお見舞いに伺った時などに情報交換、状態把握をしている。退院時に必要であれば医師との話し合いを方針の共有に努めている。		
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	入居時に重要事項説明書内の「容態悪化時の施設対応についてのご説明」にて説明を行っている。状態の変化があった時は、訪問看護師、医師を交えて早い段階から話し合いを行い方針の共有に努めている。	入居時に、「重度化した場合の対応の指針」及び「看取りに関する指針」を説明し、同意書を取り交わしています。状態変化に伴い、看護師・医師を交えて早い段階から話し合いを重ねて方針を共有することで、いざと言うときにスムーズに対応できるようにしています。看取りとなった場合には、法人で作成した「旅立ちのときを迎えて」を研修で読み合わせ、家族にも今後の流れや状態を把握してもらえように渡しています。	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	ホームミーティングで研修を行い、訪問看護師の指導も受けている。		
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、地域との協体制を築いている	年2回の消防訓練を行っている。	年2回の避難訓練を実施しています。1回は、1Fの通所部門も含めた合同訓練で、消防署にも立ち合いをお願いしています。もう1回は、グループホーム単独で夜間想定で実施しています。藤沢市から水害の際の要配慮者の避難経路を作成するよう指示が出され、3階への垂直避難が良いか確認しています。地域の防災訓練にも参加し、災害時の役割や協体制について確認もしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	職員に対して、ご家族様（ご入居者様）への個人情報の取り扱いについての説明をし、書面で誓約を行っている。個人的な内容についての話はご入居者様がいらっしゃる場所ではしない配慮をしている。	利用者の人格尊重については、玄関に「安心を脅かす言動や上から目線での会話はしません」との宣誓書を掲げ、スタッフの言葉使いには、注意を払っています。プライバシーの確保についても、トイレ誘導や入浴時には、然るべく心遣いし、個人的な内容の話は、利用者のいる場所では話さないなど、徹底しています。	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	自己決定がしやすいよう個々にあったお声かけをし、ご希望や意志を伺うようにしている。	/		/
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	おおまかなタイムスケジュールはあるが、ご入居者様に押し付ける事のないようご自由に過ごしていただいている。			
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	買い物に同行し、好きな洋服を購入していただいたり、訪問理美容を受けていただくなどその方らしいおしゃれができるように支援している。			
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	週に2度フリーメニューの日を設け、ご入居者様のリクエストで献立を作成している。調理や片付けなどその日のご状態によって行っている。	メニューと食材は、業者に発注し、職員が調理しています。生野菜や果物は、法人からも届いています。朝食は、利用者の希望を受け、パン食とし、週2回の昼食は、フリーメニューの日を設け、利用者のリクエストに応じた食事を提供するなど、食事が楽しみなものとなるよう工夫しています。調理や片付けなどその日の状態によって手伝ってもらっています。誕生日には、外食したり、おやつに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	栄養士が作成した献立を基に食事提供を行っている。個々の状態に合った食事形態で提供している。水分摂取が少ない方へはゼリーなどで摂取していただけるように支援している。		
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	必要な方は食後に口腔ケアを行っている。毎週訪問歯科診療があり、歯科医師と連携を図り、口腔内の清潔保持に努めている。（ご希望者）		
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	必要な方は排泄表をつけ、排泄パターンの把握に努めている。その他の方は、適宜お声かけを行い確認している。	各居室にトイレが設置されているため、基本的には、自分の部屋のトイレを使用しています。必要な利用者には、排泄チェックをつけ、排泄パターンを把握し、トイレ誘導にて排泄支援を行っています。夜間は、睡眠を優先し、オムツ着用する方や巡回時のトイレ誘導する方など、個々の状況に合わせて対応しています。	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	乳製製品摂取や、水分補給をしていただき、排泄表で確認をとりながら、下剤や座薬の使用を行っている。		
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	最低週2回以上は入浴していただけるようにしている。入浴の嫌いな方へはその方へあったお声かけを行っている。皮膚疾患で大きなトラブルがない方には入浴剤を入れ、色や香りを楽しんでいただいている。冬至の日にはゆずを入れるなど、季節を楽しんでいただくようにしている。	最低でも週2回以上は、入浴していただくことを心がけて入浴支援を行っています。入浴拒否のある方は、スタッフを代えたり、声の掛け方を工夫しながら入浴を促しています。入浴を楽しめるよう、皮膚疾患のない方には、入浴剤を入れ、色合いや香りを楽しんだり、季節感味わうゆず湯や菖蒲湯も実施しています。	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	ご入居者様の状態に応じて、居室やソファへご案内し、適宜休憩をとっていただけるよう支援している。		
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	職員がいつでも閲覧できるように、薬の情報ファイルを作成している。新しく処方された薬がある場合は、申し送りやミーティングで周知している。		
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	趣味や生活歴からその方の役割を持っていただけるよう支援している。外食やドライブ、イベント等で楽しみを持っていただけるよう支援している。洗濯物たたみ、テーブルや食器拭き等お手伝いしていただける方にはお願いしている。		
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	ご入居者様のご希望に沿って外出支援を行い、近隣の外出以外にもご入居者様と相談しながら計画を立て出かけている。外出支援サービス部と連携し、外出等の機会をもうけている。	近隣の野菜・魚屋や、スーパーへの買い物に同行、散歩は日常的に行っています。車を使った外出行事は、毎月のように計画し、季節感を感じていただけるよう、初詣、お花見、ラベンダー、紫陽花などを観賞に出掛けています。その際には、通所の車を借りたり、本部の外出支援サービス部との連携により実現しています。	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	ご家族様と話し合いをし、ご希望や力に応じて小額のお金を自己負担していただいている。個人管理が難しい方はスタッフが管理し、支払いを自分でしていただくなど工夫している。		

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	ご希望があれば電話や手紙の支援をしている。受けるだけでなく、発信もできるように支援している。		
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	ご入居様が不快に感じるような過度な刺激は排除している。季節に応じた装飾や、カレンダーを張るなどし、季節感を感じられるようにしている。	リビングは、季節の装飾やカレンダー以外の物は極力控え、落ち着いた気品のある雰囲気作りを大切にしています。レクリエーションで作成した作品類は、原則居室に飾ってもらっています。毎月のように、ボランティアの演奏会や生け花教室なども開催され、2ユニット合同で楽しんでいただくようにしています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	ソファやテーブルセットを置き、好きなどころで過ごしていただけるようにしている。		
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	入居時に慣れ親しんだ家具を持ってきていただいたり、居室にご家族様の写真や花を飾るなど居心地良く過ごしていただけるようしている。	入居時に、慣れ親しんだ家具や備品を持ち込んでいただくことを薦めています。居室は、一人ひとりの個性や生活感が表現された空間となっています。仏壇を置いている方、家族の写真を飾る方、趣味のラグビーのフラッグを持ち込む方、花を飾る方など、利用者の個々の趣味・嗜好に合わせた空間を作り、居心地良く過ごしていただけるよう配慮しています。	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	ご入居者様お一人お一人の力を把握し、過度な支援はせず、極力出来ることはご自身で行っていただけるよう支援して居る。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
クロスハート本鵜沼・藤沢

作成日

令和2年3月31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
		この地区は川が近く、 台風時に洪水になる可能性が高い	洪水時の対応について 全職員が周知する。 運営推進会議にて参加 者と情報の共有	洪水時の避難確保計画 を作成する。年に2回の 防災訓練と共に洪水時 の避難訓練も施設で行 う。	2021年3月まで

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 クロスハート本鶴沼・藤沢
ユニット名	A棟

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

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

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	年度毎に経営計画書や理念に基づき実行計画を作成している。 年度初めには、理念、年度方針などの共有を図っている。		
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	自治会に加入している。 近隣のボランティアを受け入れしている。買い物や散歩に出かけ、挨拶や会話をする事により、地域の方と交流が持てている。		
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	地域の方々からの電話や訪問によるご相談にお答えしている。介護保険サービスの利用についてのご案内をしている。		
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	2ヶ月に1度運営推進会議を実施し、ホームの状況や今後の報告を行っている。運営推進会議メンバーから、地域の行事や色々なご提案などをいただき話し合っている。		
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	藤沢市の介護相談員の受け入れをし、意見交換をしている。 グループホーム協議会からの案内で研修に参加する事ができるようになった。運営推進会議に出席していただける様、ご案内を行い報告をしている		

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	安全を最優先とし、エレベーター・階段室・玄関を施錠し、ご家族にも了承を得ている。定期的な行事を企画したり、散歩に出ることにより不自由さを感じないケアを心がけている。		
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	ミーティングやケアの中で情報共有し、意識向上に努めている		
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	地域密着型サービス管理者研修や認知症実践者研修で学び、個々の必要性を関係者と話し合い支援している。		
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	契約時に契約書の読み合わせを行っている。内容等で不明な点がないか、確認を必ず行っている。		
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	重要事項説明書及び、各棟に苦情処理体制のフローチャートを掲示し。意見や要望を受け付けている。上記内容について意見があった場合は体制に基づき迅速に対応し運営に反映させている。		

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	ホームミーティングやユニットミーティングでスタッフの提案を聞く機会を設けている。スタッフの意見を尊重し、ケアに関しての緊急時以外の決定事項はミーティングの中で行っている。		
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	入職時や年2回の面談で、個々の職員の状況を把握している。福利厚生を充実させ、職場環境の整備に努めている。		
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	法人内外の研修参加をお積極的に行っている。新人スタッフへはOJT制度を導入している。		
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	藤沢市のグループホーム連絡会に所属する事により、近隣グループホームと情報共有が出来るようになった。		
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	利用開始時に、必ず訪問調査を実施し、不安や要望をお聞きしている。スタッフや他入居者との信頼関係、コミュニケーションが取れるように支援している。		

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	ご見学や、ご相談の時段階でお困りの事やご要望等をうかがい、お答えしている。		
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	ご見学や、ご相談の時に現在の状況でお困りの事をうかがい、当ホームの支援や、デイサービス、ホームヘルパーなどの他サービスの情報共有を提供している。		
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	ご利用者様と日常生活の中で一緒に家事や買い物に出かけ、談話する事により、関係が深められている。		
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	訪問時にご入居者様とご家族様だけの時間を過ごしていただけるよう、居室へご案内している。常にご状態をご報告し支援についての相談をさせていただいている。		
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	ご自宅への外出やお墓参り、慣れ親しんだ方の訪問など大切にしてきた関係が途切れないようにしている。		

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
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	ご入居者様同士がコミュニケーションがとりやすい席の配置やレクリエーションなどで無理なくご利用者様同士の関係が築けるよう支援している。		
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	契約終了後も訪問していただけるようお声かけしている。来訪が途切れているご家族様へはお便りで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。	介護サービス計画書作成時にご本人・ご家族様の意向を確認し、ご希望に沿った支援が行えるようにしている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居時に「暮らしの情報シート」をご家族様にご記入していただき、生活暦や嗜好、生活の状況について把握するように努めている。		
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	入居されてからの一定期は「24時間シート」を記入し、状態の把握、日常生活を通じて個々のご入居者様のご状態や有する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	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	3ヶ月に1度（必要時は適宜）ケアカンファレンスを実施し、ご入居者様やご家族様、職員、その他関係者の意見を参考に介護計画書を作成している。		
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	「生活の記録」「健康状態の記録」「申し送りノート」などの記録を活用し、スタッフ間の情報共有や介護計画書の作成に活かしている。		
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	事業所の多機能化は不可能だが、個別ケアやレクリエーションなどできる範囲での支援を行っている。		
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	目の前にある薬局やスーパーに買い物、公園への散歩に出かけることでショッピングや観賞を楽しんでいただけるよう支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	協力医療機関の訪問診療が1ヶ月に2回あり、書面及び口頭での報告や話し合いを行い適切な医療が受けられるよう支援している。		

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
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	医療連携により週1回の訪問看護がある。定期的にご様子をご報告し、健康管理に役立てている。また24時間のオンコール体制をとっているためご入居者様に変化があった場合は適宜相談・報告を行っている。		
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。	ご家族様を通して、またお見舞いに伺った時などに情報交換、状態把握をしている。退院時に必要であれば医師との話し合いを方針の共有に努めている。		
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、事業所です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	入居時に重要事項説明書内の「容態悪化時の施設対応についてのご説明」にて説明を行っている。状態の変化があった時は、訪問看護師、医師を交えて早い段階から話し合いを行い方針の共有に努めている。		
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	ホームミーティングで研修を行い、訪問看護師の指導も受けている。		
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回の消防訓練を行っている。		

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
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	職員に対して、ご家族様（ご入居者様）への個人情報の取り扱いについての説明をし、書面で誓約を行っている。個人的な内容についての話はご入居者様がいらっしゃる場所ではしない配慮をしている。		
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	自己決定がしやすいよう個々にあったお声かけをし、ご希望や意志を伺うようにしている。		
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	おおまかなタイムスケジュールはあるが、ご入居者様に押し付ける事のないようご自由に過ごしていただいている。		
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	買い物に同行し、好きな洋服を購入していただいたり、訪問理美容を受けていただくなどその方らしいおしゃれができるように支援している。		
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	週に2度フリーメニューの日を設け、ご入居者様のリクエストで献立を作成している。調理や片付けなどその日のご状態によって行っている。		

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
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	栄養士が作成した献立を基に食事提供を行っている。個々の状態に合った食事形態で提供している。水分摂取が少ない方へはゼリーなどで摂取していただけるように支援している。		
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	必要な方は食後に口腔ケアを行っている。毎週訪問歯科診療があり、歯科医師と連携を図り、口腔内の清潔保持に努めている。（ご希望者）		
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	必要な方は排泄表をつけ、排泄パターンの把握に努めている。その他の方は、適宜お声かけを行い確認している。		
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	乳製製品摂取や、水分補給をしていただき、排泄表で確認をとりながら、下剤や座薬の使用を行っている。		
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	最低週2回以上は入浴していただけるようにしている。入浴の嫌いな方へはその方へあったお声かけを行っている。皮膚疾患で大きなトラブルがない方には入浴剤を入れ、色や香りを楽しんでいただいている。冬至の日にはゆずを入れるなど、季節を楽しんでいただくようにしている。		

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
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	ご入居者様の状態に応じて、居室やソファへご案内し、適宜休憩をとっていただけるよう支援している。		
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	職員がいつでも閲覧できるように、薬の情報ファイルを作成している。新しく処方された薬がある場合は、申し送りやミーティングで周知している。		
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	趣味や生活歴からその方の役割を持っていただけるよう支援している。外食やドライブ、イベント等で楽しみを持っていただけるよう支援している。洗濯物たたみ、テーブルや食器拭き等お手伝いしていただける方にはお願いしている。		
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	ご入居者様のご希望に沿って外出支援を行い、近隣の外出以外にもご入居者様と相談しながら計画を立て出かけている。外出支援サービス部と連携し、外出等の機会をもうけている。		
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	ご家族様と話し合いをし、ご希望や力に応じて小額のお金を自己負担していただいている。個人管理が難しい方はスタッフが管理し、支払いを自分でしていただくなど工夫している。		

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	ご希望があれば電話や手紙の支援をしている。受けるだけでなく、発信もできるように支援している。		
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	ご入居様が不快に感じるような過度な刺激は排除している。季節に応じた装飾や、カレンダーを張るなどし、季節感を感じられるようにしている。		
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	ソファやテーブルセットを置き、好きなどころで過ごしていただけるようにしている。		
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	入居時に慣れ親しんだ家具を持ってきていただいたり、居室にご家族様の写真や花を飾るなど居心地良く過ごしていただけるようしている。		
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	ご入居者様お一人お一人の力を把握し、過度な支援はせず、極力出来ることはご自身で行っていただけるよう支援してる。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
クロスハート本鵠沼・藤沢

作成日

令和2年3月31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
		この地区は川が近く、 台風時に洪水になる可能性が高い	洪水時の対応について 全職員が周知する。 運営推進会議にて参加 者と情報の共有	洪水時の避難確保計画 を作成する。年に2回の 防災訓練と共に洪水時 の避難訓練も施設で行 う。	2021年3月まで

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。