

<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	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2年1月22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	1472500477	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丁目1326番地			
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30日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月20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2年1月22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、医療法人社団柏信会の経営です。同法人は青木病院、1施設で3種類のサービスを提供しているグリーンハウス逗子(入所療養介護、短期療養介護、通所リハビリ)を中核とし、東部地域包括支援センター、在宅支援センター、グループホームを経営しています。ここグループホーム櫻は、隣接して、この事業所「グループホーム櫻」は横須賀線「逗子駅」から京急バスで「才戸坂上」停留所下車して徒歩3分の丘の上にあるため、眺望が良く、四季折々に移り変わる山並みを一望できる場所にあります。また、同敷地内に法人が経営している病院とグリーンハウス逗子(入所療養介護、短期療養介護、通所リハビリ)が隣接しており、医療面やリハビリの連携が、スムーズに行える点が、利用者や家族にとって安心につながっており、事業所の特長の一つでもあります。

●事業所の開設から15年目を迎え、年々利用者の介護度も上がっていますが、管理者は「グループホームの原点への回帰」をテーマとし、今年は、室内でのレクリエーションの充実、おやつ作り活動、外出行事、家族懇談会の再開などを実施しました。初めての試みとして、地域の運動公園で開催されるミニ音楽会にも利用者や3回参加するなど、目先を変えた外出支援も取り入れるなど、アクティビティの充実を図っています。

●職員の教育については、年間研修計画に基づき、毎月順番に職員1名が外部の研修に参加し、研修内容を職員に伝達研修する「機会教育」と称する研修形態で、知識や情報を共有しながら職員全体のスキルアップに取り組んでいます。さらに、事業計画を一覧表にして、運営推進会議、防災訓練計画、季節行事、外出行事、研修計画等の要点が組み込まれ、職員のみならず、第三者が見ても分かりやすい事業計画になっています。この事業計画や運営推進会議の議事録、毎月の事業所の活動内容を豊富な写真で紹介する会報「さくら」などは、法人のホームページで公開され、情報公開にも積極的に取り組むなど、開かれた運営を実現しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム 「櫻」
ユニット名	Aユニット

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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。地域住民との交流は運営推進会議等を通じ其の実現を図っている。	職員自ら作成した理念「その人らしさと地域とのつながりを大切に」から始まる文言を見やすい場所に掲示し、会議や朝の申し送り、必要に応じて理念を思い起こして話し合う機会を設けるなど、理念の再認識を促し、日々のケアが理念に基づいたものとなるよう取組んでいます。		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	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。地域コミュニティーが催すミニコンサート等に参加し近隣住民との交流を図る。	「地域とのつながりを大切に」と理念にも掲げており、職員は理念を念頭に置き、運営推進会議などで地域の情報を得て、様々な地域行事に参加しています。初めての試みとして、地域の公園で開催されるミニコンサート「ちょこっとライブ」に利用者に参加し、近隣住民との交流を図りました。昨年の台風を踏まえ、地域との防災協力の必要性を痛感し、今後新たに、災害時協力に向けての取組みを検討しています。		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	ホームページにて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。	逗子市の職員、自治会役員、民生委員、家族などをメンバーとして、定期的に運営推進会議を開催しています。利用者の現状報告や行事などの活動報告について、参加者から意見や提案を伺い、運営に生かしています。昨年秋の台風で、事業所も停電の被害を蒙り、災害時の対策や地域との協力などについて改善策が話し合われました。運営推進会議の資料・議事録は、事業所のホームページでも一般公表しています。		今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	業務上、必要の都度往来し、担当者と相談しながらサービスの向上を図っている。運営推進会議には市の担当課長が委員として運営に参加している。運営推進会議に担当課長が欠席する場合は代理で高齢介護課職員が出席する。	運営推進会議に、市の担当課長にも参加いただいております。事業所の実情の把握や、情報交換の機会としています。また、日頃から業務上、相談が必要な事案が生じた場合には、電話連絡か直接出向くなどして、協力関係を構築すると共に、助言をいただくなど、常に連携を取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
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	運営推進会議内に、身体拘束適正化委員会を設置する。身体拘束適正化委員会にて身体拘束適正化についての取り組みを協議して、協議内容及び決定事項をミーティングのさいに各職員へ通知。また身体拘束に至る可能性が発生した場合は身体拘束適正化委員会を招集し協議を行う。身体拘束への理解について自己評価及び面談を行う。	運営推進会議のなかで、身体拘束適正化委員会を設け、3ヶ月に1回協議を行っています。現在は、身体拘束の必要な方や家族からの要望もなく、身体拘束を行わないケアが実践されています。身体拘束の必要が生じた場合には委員会にて協議を行うとしています。研修の他にも、身体拘束に関する職員の自己評価チェックシートを用いて自己点検を実施し、結果を見ながらの管理者との面談で身体拘束によって起こりうる弊害などについても理解を促しています。	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	行政の通達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。前項回答と同様に指導徹底の結果、本事業所ないにおける拘束及び虐待は皆無である。		
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	職員に機会教育を実施及び個々のご家族様の相談に応じて支援している。		
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	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。問題が生じての解約は惹起していない。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	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	利用者については、其の場面場面で対応している。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。運営推進会議にも家族代表で参加して頂き全般的な意見等を出して頂いている。	家族からの意見・要望などは、年1回の家族懇談会や面会時に伺い、家族からの意見や要望は可能な限り反映するように努めています。主要な行事や利用者のお誕生日会には、家族にも来所を促しています。月報「さくら」を家族へ送り、事業所の活動を報告し、家族の関心を高めています。	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	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。	月例会議では、事前に「議題に取り上げて欲しいことについて」を職員に提出してもらい、会議が円滑に進むよう工夫しています。管理者は、ホーム長(事務長)と職員のつなぎ役も担っており、職員とは、何でも言える関係も構築出来ています。業務改善提案書により、職員が業務の改善提案を出せる仕組みも整えています。	今後の継続
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	知識技能を見極め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		○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	逗葉地区グループホーム連絡会において、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	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	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。	面会時間を設けていますが、家族、友人、知人が来所した際には職員から声を掛けるなどして歓迎し、気兼ねなく来ていただける雰囲気作りを心がけています。入居前の友人、牧師さんなどが来られる方もおり、馴染みの関係を継続できるように支援しています。家族の協力の下、お正月に実家に帰られたり、馴染みのレストランで外食したり、馴染みの美容院に出掛けている方もいます。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	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	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。	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。	入居時のアセスメント表や入居後の生活から本人の思いや意向の把握に努め、可能な限り叶えられるように支援しています。本人と家族の希望にギャップがある場合は、家族にもきちんと理由を説明しています。本人からの意思確認が困難な場合には、個々の課題として、職員全員が情報を共有しながら、思いや意向に沿った対応が出来るように努めています。	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受け、個々の健康状態を把握している。		

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	
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	計画作成に当たっては、日々の記録（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。	入所当初は、暫定の介護計画書を作成し、生活の様子やADL・IADLなどの情報を細かく収集したうえで、正式な介護計画書に移行します。計画書の見直しに当たっては、日々の生活記録、職員とのミーティングによる意見聴取、家族の意見要望も考慮し、現状に即した介護計画を作成せいでいます。利用者に変化が生じた際には、即時見直しを行い、適正なサービス提供が行えるように努めています。	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	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	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。	利用者、家族の希望や意向を尊重して主治医を決めていただくようにしています。現在は、隣接している同法人の青木病院を主治医にされています。毎月1回の主治医の訪問診療と同病院の看護師が週2回来て、健康管理を行っています。訪問歯科は、協力歯科医とは違う歯科医の毎週1回の往診があり、口腔ケアを含めて受診している利用者もいます。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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経由する等、連携は保たれている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	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で対応している。重度化が進む過程において、本人の意思確認が困難になるため家族と今後の方針について十分に話し合いを持つ。終末期における介護については医療連携の下、個々の事案に対処しつつある。	隣に医療療養病床ベッドを持つ青木病院が隣接していることから、重度化が進行した過程で、家族及び主治医と十分に話し合い、家族の希望を尊重し、ケースバイケースで対応しています。終末期における介護については、医療連携の下、個々の事案に適切に対応出来る環境が設定されていることは、家族にとって安心につながっています。	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	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	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、消火設備についてもスプリンクラーを設置している。	毎年2回の避難訓練を行っています。昨秋の台風時、誤作動による火災報知器が発動し、各居室のロックが外れたことを踏まえ、12月には、通報訓練も実行しました。土砂災害の危険もあることから、土砂災害のマニュアルも作成しています。地域との防災協力の具体化を今後の課題としています。	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	利用者の生活暦を把握し、個々にあった言葉掛けをしプライバシーにも配慮している。また個人情報の取り扱いにも注意している。特に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。	利用者個々にあった言葉掛けを行い、プライバシーにも配慮しています。「介護現場の接遇マナー」の教育も実施し、言葉掛けには特に留意しています。利用者との距離が近いのが、この事業所の特長でもあります。言葉遣いや対応にぞんざいな部分が見受けられた時には、会議などで注意喚起を行い、接遇や対応について再度認識を促しています。	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	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、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。			
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、毎月1度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	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	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。	利用者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ます。本人の手伝える範囲で食器の準備や片付けをお願いしています。食事は、利用者の楽しみでもあることから、利用者の意向を汲んで、納豆やヨーグルトをメニューに入れる改善も行われました。おやつは、利用者と一緒にピザ、おはぎ、ホットケーキなどを作ることもあります。朝食にパン食を取り入れるなどの工夫もしています。	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
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拌領する。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	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	記録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。	排泄記録により、利用者個々の排泄パターンを把握したうえで、サインを見逃さず、適切なトイレ誘導で排泄支援を行っています。オムツを使用することは排泄の自立低下につながることもあることから、使用軽減に取り組んでいます。夜間も利用者の状況に応じてポータブルトイレの使用や鈴を鳴らしてもらい、トイレ誘導するなどの工夫も行っていきます。	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	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	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。	毎朝のバイタルチェックだけでなく、入浴前にバイタルチェックで健康状態を確認した後に入浴支援を行っています。必ず週2回は、入浴出来るように入浴表も作成しています。入浴拒否のある方には、無理強いせず、時間や日にちを変えたりして、対応しています。同性介助の希望を口に出さなくとも、予め察知し、同性で対応しています。	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	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。服薬後の症状変化等その兆候が見られた場合は医療連携看護師のアドバイスを受ける等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。			
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	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。	家族の協力を得ながら、外出や買い物に出掛けるなどの機会を提供しています。隣の通所リハビリの車を借り、初詣、桜、つつじ、菖蒲園などへの季節感を味わう外出行事も毎年計画しています。今年からはじめて、地域の運動公園で開催される「ちょこっとライブ」に参加するなど、活発的に外出支援を行っています。2階の眺望の良いテラスでのお茶会などの外気浴も行われています。利用者の中には、懇意な介護タクシーを利用しての通院も楽しい外出の機会になっている方もいます。		今後の継続
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	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。手紙、年賀状など個々の希望があればそれを支援する。		
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	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。	生活空間は、設計段階から配慮され、快適な居住空間を提供しています。リビングの広いガラス窓からは、緑豊かな山並みが臨め、中央にはオープンキッチンもあり、利用者はゆったりと過ごされています。壁には、行事の写真や季節の作品が飾られています。リビングには床暖房も設置され、快適に過ごせる空間になっています。2階にある広いテラスは、展望台の如く、見晴らしが良く、季節の良い時期には、憩いの場所として活用しています。	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	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	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	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、13.5㎡の広さが確保され、窓からは、緑豊かな風景が見られます。床暖房と洗面台も設置されています。使い慣れた家具や生活用品を持ち込み、本人と家族の希望により配置し、本人が居心地の良い環境作りをしてもらっています。	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

医療法人社団柏信会
グループホーム「櫻」

作成日

令和2年1月22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	2	事業所と地域の繋がり	近隣地域との繋がりを持つ機会をつくる	災害時の協力体制の仕組みを構築できるように自治会との協議を持つ	2020/1/1 ～ 2020/12/31

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

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 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。 地域住民との交流は運営推進会議等を通じ其の実現を図っている。		
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	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。 地域コミュニティーが催すミニコンサート等に参加し近隣住民との交流を図る。		
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	ホームページにて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。		
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	業務上、必要の都度往来し、担当者と相談しながらサービスの向上を図っている。 運営推進会議には市の担当課長が委員として運営に参加している。運営推進会議に担当課長が欠席する場合は代理で高齢介護課職員が出席する。		

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
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	運営推進会議内に、身体拘束適正化委員会を設置する。身体拘束適正化委員会にて身体拘束適正化についての取り組みを協議して、協議内容及び決定事項をミーティングのさいに各職員へ通知。また身体拘束に至る可能性が発生した場合は身体拘束適正化委員会を招集し協議を行う。身体拘束への理解について自己評価及び面談を行う。		
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	行政の通達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。前項回答と同様に指導徹底の結果、本事業所ないにおける拘束及び虐待は皆無である。		
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	職員に機会教育を実施及び個々のご家族様の相談に応じて支援している。		
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	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。問題が生じての解約は惹起していない。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	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	利用者については、其の場面場面で対応している。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。運営推進会議にも家族代表で参加して頂き全般的な意見等を出して頂いている。		

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	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		○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	知識技能を見極め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		○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	逗葉地区グループホーム連絡会において、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	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	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。		

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	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。	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受け、個々の健康状態を把握している。		

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
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	計画作成に当たっては、日々の記録（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	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	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経由する等、連携は保たれている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	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で対応している。重度化が進む過程において、本人の意思確認が困難になるため家族と今後の方針について十分に話し合いを持つ。終末期における介護については医療連携の下、個々の事案に対処しつつある。		
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	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	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、消火設備についてもスプリンクラーを設置している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	利用者の生活暦を把握し、個々にあった言葉掛けをしプライバシーにも配慮している。また個人情報の取り扱いにも注意している。特に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。		
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。		
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、毎月1度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	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	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拌領する。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	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	記録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。		
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	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	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。服薬後の症状変化等その兆候が見られた場合は医療連携看護師のアドバイスを受ける等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。		
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	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。手紙、年賀状など個々の希望があればそれを支援する。		
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	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	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	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

医療法人社団柏信会
グループホーム「櫻」

作成日

令和2年1月22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	2	事業所と地域の繋がり	近隣地域との繋がりを持つ機会をつくる	災害時の協力体制の仕組みを構築できるように自治会との協議を持つ	2020/1/1 ～ 2020/12/31

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。