

令和7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	1492500150	事業の開始年月日	令和2年9月3日
		指定年月日	令和2年9月3日
法人名	医療法人社団 景翠会		
事業所名	けいすいグループホームみるいろ		
所在地	(〒249-0005) 神奈川県逗子市桜山4-5-21		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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7年12月31日	評価結果 市町村受理日	令和8年7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)】

医療法人のため、病院や訪問看護ステーションと連携を確保しており、医療に強いグループホームとして看取りまで行っている。
IOT設備も充実しており、眠りスキャンや見守りセンサー、Wi-Fi等を活用し入居者の安全とスタッフの負担軽減につながっている。
立地はJR東逗子から徒歩5分で、近隣にはスーパーやドラッグストア、川沿いの遊歩道があり、気軽に入居者と買い物や散歩に出かけることができる。
入居者と一緒に工作や料理を楽しみ、家庭的な雰囲気を作っている。季節ごとにイベントを開催している。できることはご自分でしていただき、スタッフはサポートに徹している。最近では町内会の行事にも積極的に参加し、地域交流を深めている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23 日土地山下町ビル9F		
訪問調査日	令和8年1月27日	評価機関 評価決定日	令和8年3月6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)】

【事業所の概要】
事業所は、JR横須賀線「東逗子」駅から徒歩3分、ドラッグストアやスーパーマーケットが隣接する利便性の良い住宅地に位置している。鉄骨造3階建ての建物の2階と3階に当事業所、1階には同一法人の通所介護事業所が併設されている。通所介護事業所とは協力関係を築いている。近くを流れる田越川に沿って遊歩道があり、近隣の中里公園と合わせ、利用者は職員と一緒に気軽に散歩に出かけている。

【地域との連携強化を目指す取り組み】
事業所は町内会にも加入し、日頃から地域行事（お祭りや避難訓練）に積極的に参加し、地域住民と交流している。グループホームとしての更なるサービスの質の確保と向上を図る事は基より、地域連携の一層の強化を今後の目標としている。管理者は、事業所側から地域に働きかけ、BCP（事業継続計画）での連携や災害時の一時避難場所としての役割を担うなど、より緊密な協力体制を構築するための話し合いを行いたいと考えている。また地域で認知症をより理解し認識して頂くための勉強会・相談会などを開催し、「地域に開かれた事業所」としての活動を行ないたいと考えている。

【医療面での強みを生かした取り組み】
事業所を運営している医療法人は、病院を母体として多様な事業を展開している。当事業所も法人との医療面での連携が図られており、強力なバックアップ体制を得られている。当事業所の開設にあたり、地域からは、医療法人の強みを生かした看取り対応への期待を受け、重度の方の入居問い合わせにも対応している。病院の往診医及び訪問看護ステーションの看護師によって24時間対応の体制を構築している。また併設の通所介護事業所とは協力体制を整えており、平日の日中ならび緊急時には、通所介護事業所の看護師が対応している。医療法人ならではの強みは、利用者ならび家族等の安心感につながっている。

【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	けいすいグループホームみるいろ
ユニット名	2F

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

事業所名	けいすいグループホームみるいろ
ユニット名	3F

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	「そのままの自分でいられる家を目指します。」という事業所の理念をスタッフ全員が心掛けており、入居者にとって心地よい家となるよう日々支援している。	理念に沿って、利用者が自宅での生活に近い過ごせるように配慮し、最期まで安心して過ごせる「家」を目指している。たとえ手間が掛かっても、利用者一人ひとりが家事全般にわたり「自分の役割」を持って、生活が出来るように配慮している。理念は事務室内に掲示して全職員に周知している。また新入職員には入職時に理念研修をしている。		
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	町内会に入会し1年が立ち、町内会の方にも名前を憶えてもらえる関係になりつつある。 夏祭りや餅つき大会等にも参加している。	開設以来「桜山四丁目町内会」に加入している。町内会長が定期的に届けてくれる通信文で情報を得ている。事業所の目の前にある「中里公園」で開催された夏祭りに、車いすの方も含めた利用者5～6名と職員が参加した。自治会主催の津波想定避難訓練に参加している。訓練では広域避難場所まで徒歩で移動した。認知症の啓発イベント「RUN伴＋三浦半島」（タスキリレー）に参加している。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	認知症についての理解を深めたり、地域の防災活動にも参加して、みるいろとしての役割を作っていきたい。			

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
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	参加者のタイミングが合わず、運営 推進会議を開催できていなかった が、1月に開催を予定している。対 面にて多くの意見を聞き、サービス の質の向上を図っておく。	今年度の運営推進会議は、メンバーに声掛 けしているが日程が合わなかったこともあ り、対面での開催は1度も行えなかった。 会議では、運営状況や活動報告、利用者の 状態・事故報告等を行い、メンバーと話し 合って意見をもらっている。家族から要望 があり、生活の様子を撮影した写真入り で、利用者の状況を記載したお便りを郵送 している。このお便りは、電話や面会時の 意見交換に役立っている。近隣の方の紹介 や飛び込みで事業所を訪れた入居を希望す る家族に事業所の説明や認知症に関する解 説をして、サービスの利用に繋げている。	コロナ禍が収束した後も対面 での運営推進会議が開催され ておらず、今年度は文書の作 成のみとなっています。運営 推進会議は、各委員に事業所 の運営状況や提供している サービス内容を知って頂き、 地域との連携を深めるため に重要な役割を持っています。 参加メンバーへの働き掛け を強化して、定期的に対面 の会議を行って頂くことを 期待します。また運営推進 会議が介護サービスのより 一層の向上に繋がることを 期待します。
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	事故報告の連絡や運営に関すること について積極的に逗子市に相談して いる。勉強会にも参加して、他事業 所とも交流を図っている。	逗子市高齢介護課と連携しており、運営推 進会議の報告書を提出している。日常では 電話により、各種の相談や介護保険に関す る質問をしている。また事故報告や介護保 険要介護認定調査の調整等で連携を取っ ている。逗子市と葉山町が合同で開催する 研修会に参加している。12月にはBCP（事業 継続計画）の合同勉強会が開催された。勉 強会では、現在、活動を休止している逗子 市グループホーム連絡会の代わりとして、 他事業所との情報交換や連携交流の機会と なった。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる	身体拘束についての勉強会や検討会を継続的に実施してる。過去の身体拘束を行った経験を忘れず、研修を実施したり、日頃の不適切ケアについて話し合う機会を行っている。	「身体拘束適正化のための指針」を定めて、運営規定で家族にも説明している。身体拘束適正化委員会を3カ月に1回開催している。委員会には、当日勤務の非常勤職員も含めた職員と管理者および計画作成担当者が出席している。出席出来ない職員には事前に意見を聴取している。また職員は委員会実施後に、会議の内容を記録したファイルを確認している。身体拘束に関する研修は、年間研修計画に組み込まれており、年に1回「eラーニング」で行われ、職員全員が受講している。	
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	高齢者虐待についての勉強会を実施し、事業所内でもスタッフ通しで不適切な発言があった場合はお互いに注意し合えるようにしている。	「高齢者虐待防止・高齢者の擁護者に対する支援等に関する指針」を定めている。高齢者虐待防止委員会を身体拘束適正化委員会と同時に3カ月に一度開催し、議事録を別に作成している。虐待に該当する事案は無いが、職員間で利用者に対する言葉が強くなっているのではとの話があり、管理者が口頭で注意すると共に委員会の中で話し合っている。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	権利擁護と成年後見制度についての勉強会を実施している。スタッフ一人ひとりが理解し、説明できるようにしていきたい。		
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	見学や相談の段階で十分に説明を行い、家族や本人の不安や疑問を汲み取れるような話しかけを心掛けている。		

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
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	家族と密に連絡を取り合う関係を築いている。面会や電話連絡の際も家族と話す機会を多く取り入れている。それによって気軽に相談できる関係が構築出来ていた。	家族の面会は、事前予約制と定めて、実施している（時間等の制限はない）。家族からは、面会で来所した際や電話でのやり取りの際に希望や意向を聞き取り、介護記録と申し送りノートに記入して情報共有している。家族との連絡手段として、生活の様子を撮影した写真入りで、利用者の状況を記載したお便りを郵送している。お便りを通して、運営推進会議や事業所への家族の理解が深まると共に、利用者の現状に対する意見も寄せられている。	
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	毎月の職員会議でそれぞれ意見を出し合っている。半年に1回管理者と職員面談実施している。会議以外でも個別に意見を発言できる関係が出来ている。	毎月1回、非常勤も含めた全員参加型の職員会議を行なっている。会議は、職員が意見を発言する機会となっている。当日は職員の配置を多めにして、職員会議、身体拘束廃止委員会、高齢者虐待防止委員会を連続開催して効率化を図っている。管理者は年に2回の賞与時に職員との個別面談を実施している。管理者は話し易い雰囲気を中心がけている。日頃から職員間でのコミュニケーションも取れており、自由に話し合いが行われ、様々な事柄について職員同士で話し合い、改善している。	
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	人事評価制度を活用して、公平にスタッフを評価するしている。本人の意向や現在おかれている環境等を聞き、働きやすい環境整備に努めている。	法人は、キャリアアップ制度を導入している。人事評価制度があり、常勤職員は設定した目標に対する自己評価を行い、管理者および法人が公平に評価して目標管理をしている。健康診断は年1回実施している（夜勤に従事する職員は年2回）。職員は、有給休暇を、ほぼ希望通りに取得している。年5日以上の有給休暇取得のほか、夏季期間には2日間のリフレッシュ休暇も付与される。	

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
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	年間の研修計画を立てており、研修をeランニングで行うことにより、スタッフ全員が空いている時間に研修を受けることができる。 中途採用のスタッフは法人研修に参加している。	年間研修計画は「eラーニング」の研修項目の中から管理者がメニューを選定して作成している。認知症実践者研修、介護支援専門員更新研修、認知症対応型サービス事業管理者研修の受講にあたっては、申し出により出勤扱いとなる。業務に必要な資格取得にかかる費用は、法人が全額を負担している。法人では新入職員時研修を行なっている（1日間）。その後、事業所で概ね1ヶ月間のOJTを行なっている（夜勤帯勤務を含めた場合は2か月間）。	
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	入居相談を通じて同業者と交流し、次の入居の方を紹介してもらえる関係を築いている。 また、勉強会にて交流する機会を作っている。		
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	入居前に面談を実施し、生活歴、入居希望に至る経緯、入居の不安やホームに期待することを本人や家族に聞いている。入居後のフォロー体制を説明して安心を促し等、関係づくりに努めている。		

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
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	入居後1週間はほぼ毎日、状況を家族に知らせている。その後もほぼ1カ月になるまでの間、本人への確認、家族への状況報告を行い、要望があれば支援の方向を見直す等、関係づくりに取り組んでいる。		
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	入居経緯や環境変化に伴うリスクをアセスメントしてケアプランに盛り込む。生活様式の変化に伴う介護の変化をスタッフと共有している。		
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	本人の意向、家族の希望を確認し、自分の身の回りやホームへの手伝いの機会を作る等、余剰介護とならないように努めている。		
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	家族や友人との交流も増えてきている。本人の状況を理解して頂くことで、家族に協力にも協力してもらい、一緒に支援していく関係が出来ている。		
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う、支援に努めている	長年住み慣れた地域の中にあるため、近隣の散歩や買い物、ドライブ、地域の行事に参加している。1階のデイサービスの方も入居されており、時折、友人会いに行かれることもある。	近所に住んでいる友人が面会に来ることも多く、家族に確認の上で、もてなしている。以前、1階の通所介護事業所に通っていた利用者が、1階に遊びに行き馴染みの通所友達と挨拶を交わし会話を楽しむことがある。家族との外出や外泊を支援している。ドライブを兼ねた外出時に家族と料理店や墓参りに行ったり、自宅に立ち寄って食事を楽しむ方もいる。	

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	利用者同士が関係を築けるようにスタッフが間に入りフォローしている。話がしやすいようにフロアの席を検討している。		
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	入院時や退居の際も本人の状態にあった行先を探したり、相談できるよう努めている。同法人内の他の事業所を紹介することもある。		
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。	入居者への聞き取り、家族への意向調査、日常業務を通して意向の把握に努めている。意思疎通が困難な場合であっても、生活歴や家族への確認を行う等、本人本位の支援となるように努めている。	入居時のアセスメントは自宅や病院に行って本人や家族の意向を聴取すると共に、担当のケアマネジャーに情報を確認している。日頃の何気ない会話の中から利用者の希望や意向を聞き取ってケアに繋げている。家族や利用者から聞き取った内容は、口頭報告、連絡ノート記入、介護ソフトの「申し送り」へ入力して、全職員が共有している。	
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	入居の際の面談時に本人の生活歴や仕事・趣味・習慣等を聞き、入居後も反映できるよう努めている。		
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	本人の心身の状況や有する能力を把握するため介護記録や連絡ノートに記載し、情報共有を図っている。		

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
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	計画作成担当者は意思表示が可能な入居者には直接聞き取るように努めている。家族には面接や手紙を通じて意向を確認している。その内容をスタッフと共有して意見を確認し、現状に即した介護計画となるよう努めている。	利用者本人や家族から生活や嗜好などを聞き取り、初回のケアプランは3ヶ月で見直している。専任の計画作成担当者は、タブレットの記録と介護職員からの3ヶ月毎のモニタリングを行なっている。計画作成担当者が医師や家族の意向を加味して、作成したケアプランを家族に提示し、その後は短期6カ月、長期12カ月、必要に応じて適宜見直しを行っている。計画作成担当は専任のため、タブレットの介護記録を毎日チェックして、適宜修正や見直しを行なっている。	
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	タブレットを使用した介護ソフトや申し送りノートを活用し、スタッフ間で共有を図り介護計画の見直しに反映している。		
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	本人の環境変化によるニーズ変化対応できるように努めている。前例がない対応であっても医療関係者等を含めて協議を行うよう努めている。		
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	近隣のスーパーの買い物や川沿いの遊歩道、公園への散歩へ行ったり、町内会の行事等に積極的に参加するように心がけている。		

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
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	法人の協力医療機関がある事を説明し勧めているが、かかりつけ医が良い場合はそのまま継続することも可能としている。月2回の定期往診の他に、特変時は臨時に往診してもらっている。	利用者全員が、看護師と薬剤師を帯同した協力医療機関の内科医の訪問診療を受診している（医師はユニット毎に月2回来所）。訪問歯科医が、月2回来所し、必要な治療や健診を行なっている（金曜日）。同一法人の訪問看護ステーションの看護師が、毎週金曜日に来所している。薬剤師が処方箋に従って一包化した薬剤を持参し、利用者毎に配薬している。往診医は平日の日中に限り、オンコール対応が可能である。訪問看護師とは夜間ならびに日曜日・年末年始につき、24時間オンコール体制となっている。	
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	契約している同法人の訪問看護ステーションの看護師が週1回来訪している。夜間もオンコール対応とし、緊急時に対応している。また、退院時のカンファレンスも参加し協力体制ができている。		
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。	入院された際は医療機関と連絡を密に取り合い、退院に向けて担当看護師と情報交換を密に行っている。退院カンファレンスにも参加している。		
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	契約時に重度化した場合の指針を十分に説明し理解を得ている。普段より心身の変化についてこまめに報告し、最終的に看取り行う際は改めて医師・家族・看護師を交えて話し合い、それぞれの役割や方向性を決めている。	入居時に指針を説明して、家族は同意書を提出している。入居後、重度化の診断があった場合は主治医・管理者が家族に説明し、家族はターミナルケアについての同意書を提出している。入院中、大きな褥瘡ができてしまった利用者が、退院時には食欲もなく、看取り期と診断されたが、病院との連携体制による丁寧な医療処置と介護支援の結果、食欲が回復し褥瘡も改善した実績がある。	

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
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	緊急時の対応のマニュアルを備え、常に閲覧できるようにしている。定期的に研修も行っている。急変時はまずどこへ連絡するか分かるところに掲示している。		
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	年2回の避難訓練を実施しており、そのうち1回は逗子消防署立ち合いのもと行っている。 町内会の津波避難訓練にも参加している。 棚の上に物を置かないように対応している。	5月には消防署と連携した夜間の火災を想定した通報・消火・避難訓練を、11月には日中の火災を想定した避難訓練を行った。防災用の備蓄品として、利用者と職員分を合わせた3日分以上を、事務室の棚に常備している。法人では半年毎に「BCP委員会」を開催している。災害時には逗子市内の同一法人の事業所が連携して対応することになっている。	
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	個々の意志及び尊厳を尊重し、一人で過ごしたい方はお部屋で過ごす時間を設けている。 声掛け等にも注意している。	利用者に関する職員同士の会話は、出来るだけ利用者の居る場所で行わないように配慮している。また申し送りの場合でも、利用者から離れた場所で行うようにしている。トイレへの誘導時の声掛けは、利用者によって反応が異なるので場面毎に判断し対応している。プライバシー保護や法令順守に関するeラーニング研修を行なっている。書類等の廃棄時には、名前を消したり、シュレッダーを使用している。	
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	自己決定ができるような言葉かけを心掛けている。普段からおやつ飲み物をメニューから選んでもらったり、ご自分で洋服を選んでもらえ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
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	個々の生活習慣やペースに合わせた対応を行うようにしている。本人の希望をできる限り尊重している。お部屋で休みたいときは休んでいただいている。		
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	月に1回の訪問理美容やイベントの際の化粧を行っている。 普段の身だしなみにも配慮し、髭剃りや朝ホットタオルで顔を拭いてもらったりと促している。		
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	可能な限り食事作りや後片づけに参加している。毎週土曜日にお楽しみメニューを提供したり、入居者の希望でお寿司を提供している。また大きなイベントの時も特別メニューやお弁当を提供している。	朝昼夕の3食を職員が手作りしている。行事では特別食を提供し、行事委員が考えた海苔巻きや手巻きずしを利用者と手作りすることもある。月に3～4回程度は洋風メニューに合わせて、主食を御飯から自家製パンに替えたり、土曜日の昼食では「お楽しみメニュー」を提供している。また月2回「おやつレク」などを行っている。利用者は簡単な下準備、また盛り付けや配膳、下膳、食器洗い等を行ない、職員を手伝っている。	

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	個々の状態に合わせた食事形態を提供している。食事・水分チェック表に記録し、摂取量が少ない場合はその都度声掛けをしている。可能な限り自立して食事が摂取できるよう支援している。		
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	毎食後に必ず口腔ケアを実施し、口腔内の清潔保持を行っている。必要があれば訪問歯科にて治療や義歯の修理、クリーニングを行っている。		
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	排泄チェック表にて個々の排泄のパターンを把握し、声掛けや誘導を行っている。オムツ対応やバルーンカテーテルの方もいるが、できる限りトイレでの排泄を促している。	車いすの方も含めて利用者全員がトイレで排泄している。紙の排泄チェックメモやタブレットに入力している排泄記録で排泄パターンを把握して、2～3時間を目安にトイレに誘導している。夜間は睡眠優先としているが、必要に応じて定時にトイレ誘導したり、パッド交換を行っている。入居時に、リハビリパンツにパッドを使用している利用者で、ほとんど失禁の無い方2名について、布パンツ使用への変更を検討している。	
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	排泄チェック表にて毎日の排便の有無を確認している。3日以上排便がない場合は、薬で調整を行っている。なるべく自然に排便があるように水分を多く摂取してもらったり、オリゴ糖を活用している。		

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
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	週に2回の入浴支援を行っている。 曜日は決まっているが、本人の状況に応じて時間や曜日を変更することがある。 なるべく同性介助になるよう心掛けている。	取り外し可能なリフトを1台配備し、各ユニット間で交代で使用して、車いすの利用者数人についても浴槽に浸かれるように配慮している。入浴は原則週2回、1日3～4名で午前中に実施している。浴槽には自動洗浄・湯はり機能がついており、ひとりずつの入浴毎に湯の入れ替えを行っている。同性介助を希望する利用者も多く、火曜日と金曜日の入浴介助は女性職員が対応している。	
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	体調や生活習慣に合わせて自室で休息する時間を促している。各ベッドに眠りスキャンを設置しており、個々の睡眠パターンを把握できるようになっている。		
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	薬は薬局の薬剤師に届けてもらい、薬に変更があった際は説明を受けている。個々の薬情報のファイルがあり、その都度確認できるようにしている。服薬のミスが起こらないようチェック体制を徹底している。		
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	家事や掃除等、それぞれの得意なことを生かして役割ができている。レクリエーションでも工作や手芸、運動等に参加して頂き、気分転換を図っている。		

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
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	近隣の公園や川沿いの遊歩道を散歩している。また、季節のドライブに参加したり、家族も積極的に外出に連れ出してくれている。	天候の良い日には、近くの公園や川沿いの遊歩道を散歩しながら、鯉や鴨を見て楽しんでいる。玄関前やベランダでの日光浴・外気浴をしたり、階段での昇降訓練で簡単な運動を行っている。家族と一緒にドライブを兼ねて外出し、外食や墓参りに行ったり、自宅に立ち寄る方もいる。通所介護事業所の送迎車を借りて、行事計画に組み込まれたお花見ドライブを実施している。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	紛失の恐れがあるため、基本的に金銭の持ち込みは禁止している。どうしてもないと不安になってしまう方は少量の金額を持参している。お金を使う機会はほとんどない。		

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
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	面会禁止の撤廃から1年が経ち、家族や友人の面会も増えている。携帯電話を持ち込まれる方もおり、家族や知人に連絡を取っている。		
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	一日の大半を共用のフロアで過ごす方が多い。フロアを囲むように居室があるため死角なく見守りができる。季節の掲示物を飾ったり、天気の良い日はバルコニー付近で日光浴をされている。	アイランドキッチンを中心として、リビング、その周りを囲むように居室が配置されている。すべてを見渡せるため、利用者を常に見守ることが出来る。リビングにはソファや六角のテーブルがゆったりと配置され、定期的に席順を変えている。各階のリビングに続くベランダでは、外気浴の他、お月見や逗子の花火大会を楽しむことができる。リビングの壁面には、利用者の書初め作品や行事の写真が掲示され、季節に合わせた飾り付けもされている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共用のフロアでは席が決まっているが、食事以外では自らテレビの近くに移動したり、仲の良い方同士で集まって会話を楽しんでいる。ソファに座って過ごされることもある。		
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	入居時になるべくなじみのある家具や身の回りの道具を持ってきていただくよう促している。趣味の作品を飾っている方もいる。歩行が不安定な方は、スタッフが家具の配置を検討している。	全居室のベッドには、IoT活用センサーが設置され、熟睡、覚醒、離床等を検知して事故防止や職員の負担軽減に役立っている。利用者は、使い慣れた馴染みの家具やテレビ、仏壇、ノートパソコン、太鼓などの楽器を持ち込んでいる。居室の出入り口にはIoT活用センサーに連動したランプが設置されている。利用者名のプレートと一緒に季節の飾りプレートを取り付けて、各々の利用者の部屋が分かり易いように配慮している。	

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
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	フロア内には手すりが設置され、安全に歩行ができるようにしている。 また、わかりやすく新たにトイレの表示を付けたり、各居室にはネームプレートが付いている。		

目標達成計画

8.7.10
高齢介護課

事業所名 けいすいグループホームみるいろ

作成日 令和8年6月11日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1		運営推進会議に家族が参加していない。（意見が反映されていない） 地域包括支援センターとの連携不足。	運営推進会議を対面開催し、外部評価の内容等を報告し、連携を図っていく。	今まで書面開催だった運営推進会議を対面開催へと移行していく。家族の参加を得られるように説明していく。	1年
2					
3					
4					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。