

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	1473800132	事業の開始年月日	平成9年3月24日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	社会福祉法人 緑峰会		
事業所名	高齢者グループホーム ちとせ		
所在地	(〒224 - 0041) 神奈川県横浜市都筑区仲町台1-12-31		
サービス種別 定員等	認知症対応型共同生活介護	定員 計 ユニット数	9 名 1 ユニット
自己評価作成日	令和 7年 3月 17日	評価結果 市町村受理日	令和7年5月2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)】

当事業所は、平成9年3月の開所からの長期にわたる実績を生かし、入居者様をご自分のペースで安心して生活できるよう環境を整えるとともに、経験豊かなスタッフによるなじみの関係性を生かした温かみのあるケアを実践しています。 令和4年に内外装のリニューアルや浴室改修を実施。誰もが安心して快適に生活できる環境づくりを進めています。また、協力医療機関や訪問看護ステーションとの連携により、重度化への対応や看取りについても取り組みを進めています。 事業所は横浜市営地下鉄仲町台駅の近くに立地し、日々、スタッフとともに、感染症対策を実施したうえで散歩や買い物を楽しんでおり、地域の人々との交流の機会にも恵まれています。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	令和7年3月28日	評価機関 評価決定日	令和7年4月21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)】

【事業所の優れている点】 ◇自己研鑽を行い寄り添う介護の実践 ・グループホーム連絡会の研修に職員が参加し、他の事業所を体験することで、ケアや支援を学び、事業所に戻ってから学びを生かして利用者の介護支援に生かしている。 ・事業所内の行事は、企画から実施の全てを職員が担当し、利用者に対して担当職員が決まっていることで、誕生日会等に利用者の要望に応えるようにしている。 ◇利用者の意向の支援 ・利用者は天気の良い日に職員と一緒に散歩しながら、自身の日用品や好きなお菓子を買いに、近くの商店に買い物に出かけ、店の人と交流して楽しんでいる。 ◇より快適な施設に ・内外装のリニューアルと浴室を改装後、今年度はリビングの空調機器を出力の大きいものに更新し快適に過ごせるように対応している。 【事業所が工夫している点】 ◇手厚い看取り介護支援 ・本人の状態を考えて2階の居室から1階のデイルームに移り、職員が即対応できるようにしている。1階には事務室、リビング等があり職員全員が対応できる体制になっている。

【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	高齢者グループホーム ちとせ
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
		○	2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	利用者の持っている力が発揮され、主体的に生活できるよう、事業所理念に沿った支援をしている。そして会議や申し送りノートでの情報共有により、理念の更なる浸透を図っている。	・玄関に事業所理念「ご本人に主体的な生活をしていただくために、残存機能を生かし職員が自立支援をしながら一緒に生活しています」を掲示し、会議や申し送りで情報を共有し、実践を深めている。 ・職員は担当制を取り、一人ひとりに応じた支援を行っている。	
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	・感染予防対策を講じた上で散歩や買物を日常的に実施している。また町内会に加入し、行事などの情報提供を受けている。今年度はさつまいも掘りや盆踊りに参加した。 ・地域のキャラバンメイトと連携し、オレンジガーデニングプロジェクトに参加した。	・町内会に加入し、今年度は芋ほりや盆踊りに参加した。 ・地域のキャラバンメイトと連携しオレンジガーデニングプロジェクト(認知症啓発月間)に参加した。利用者はオレンジの花を咲かせる花の種を仕分けして、袋に入れる作業に参加した。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	区の認知症フォーラムへの参加や認知症カフェでの講話など、地域に向けた認知症普及啓発の取り組みを行っている。		
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	家族や地域代表、地域包括支援センター職員より意見や情報提供をいただいている。身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会も併せて実施している。	・運営推進会議は3か月ごと町内会長(民生委員)、地域包括支援センター職員が参加して開催している。 ・身体的拘束等の適正化委員会では、地域包括支援センター職員から、センサーを利用しなくても寄り添う支援があればケアは可能とのアドバイスがあり、実践している。	
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に取り組んでいる	横浜高齢者グループホーム連絡会や都筑区認知症サポート連絡会に加入し、区担当者と定期的に情報交換を行っている。また毎年区役所で開催される認知症パネル展では、利用者の作品を展示している。	・生活支援課の職員は受給者の状況確認で来訪。高齢・障害支援課とは介護保険の更新申請等で情報交換している。 ・横浜高齢者グループホーム連絡会や都筑区認知症サポート連絡会に加入し、情報お交換を行っている。	

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
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。	身体的拘束等の適正化のための指針や委員会を設け、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。また外部・内部研修の機会も定期的に設け、職員の意識の向上を図っている。	・身体拘束適正化委員会を、運営推進会議と併せて開催し、拘束をしないケアに関して意見交換を行なっている。 ・内部研修を定期的に行い、身体拘束等をしないケアの実践に取り組んでいる。外部研修参加者は、職員に周知し、意識の向上に努めている。	
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	定期的な研修や自己点検シートの活用により、虐待防止に対する意識向上を図っている。また全体会議では、利用者への声掛けや接し方などを振り返り、「不適切なケア」への意識向上を図っている。	・虐待防止委員会は、年1回開催している。職員の研修は年2回開催している。 ・管理者は、全体会議の中で「不適切なケア」について、事例を挙げて虐待防止の徹底を図っている。	
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	外部研修に参加し、その学びをホーム内で共有するよう努めている。		
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	・入居時の契約においては、契約書・重要事項説明書の内容を十分な時間を設けて説明したうえで、了解を得ている。 ・利用料金の変更や介護報酬改定、加算変更時などは、各利用者・家族に説明の上、同意書を取り交わしている。		
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	・家族来訪時には、積極的に情報交換をするよう努めている。また第三者委員を法人で設置し、連絡先を掲示している。 ・利用者ごとに担当者を決め、利用者からの意見や要望を密に聞き取ったり、汲み取れるようにしている。	・家族の面会は自由となっている。極力家族の意見を来訪時に把握するよう努めている。 ・歌が好きな利用者のために家族が歌の録音テープを持参しラジカセで楽しんでいる。 ・利用者の要望で、職員と一緒に近隣の商店に買い物に出かけたりしている。	

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
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	・全体会議や業務のなかで職員からの意見や提案を聞き取っている。 ・行事の企画や実施にあたっては担当者を決め、意欲的に業務に取り組めるようにしている。	・管理者は職員とラインで繋がっているの、日々職員から意見や提案を受けている。 ・職員との面談は、年1回行っている。	
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	・勤務表は可能な範囲で希望日に公休が取れるようにしている。また非常勤職員については希望に応じて勤務時間を短く設定したり、意向に応じて担当業務を決めたりし、無理なく勤務できるようにしている。 ・介護福祉士資格手当の拡充や各種処遇改善加算を算定し、賃金の改善に取り組んでいる。	・管理者は職員の希望に沿うように休みが取れるよう対応している。 ・シフト調整を行い無理のない勤務が出来るようにしている。 ・資格取得を目指している職員に対しては、勉強のために集中して休日が取れるよう対応している。	
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実践と力量を把握し、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	・感染症対策等、重要なテーマについては事業所内での勉強会を実施。外部研修についても職員が希望に応じて受講している。オンライン研修の受講環境も確保している。 ・資格のない職員は認知症介護基礎研修を法人負担により受講できるようにしている。	・外部研修は、職員の受講希望を聞きeラーニングで活用している。 ・職員に対して、初任者研修を推奨したり、資格のない職員に対して認知症介護基礎研修を法人負担で支援している。	
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	管理者はGH連絡会のブロック会などに積極的に参加し、他のGH管理者と定期的に情報交換を行っている。近隣のGHと職員を相互派遣して実施する現場交流研修にも参加した。		
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	入居前には利用者のご自宅を訪問し、要望や暮らしの様子などの情報を得て、職員間で共有を図っている。なお体験入居の仕組みもあり、入居に伴う不安を軽減できるよう配慮している。		

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
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	入居相談時より段階的に、入居に至る経緯や本人・家族の思いなどを時間を掛けて聴くようにしている。またその結果をアセスメント表にまとめ、全職員で共有するようにしている。		
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	入居相談や施設見学の段階においても可能な限り、入居希望者の状況についての聞き取りを行い、状況に応じてケアマネジャーと連携し、他機関や他サービスの紹介も含めた助言を行うよう努めている。		
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	炊事や掃除、洗濯、買物など、利用者と職員が生活のなかで協働する場面が日常的にある。		
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	・行事や外出の際には家族に参加を呼び掛けている。 ・感染予防対策をした上での面会やオンライン面会を行えるようにしている。現在は時間などの制約なしに居室での面会も可能としている。		
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	・故郷に関連する品々を用意し、利用者に日常的に触れていただくことで、故郷とのつながりが途切れないようにしている。 ・携帯電話の所持者に対しては、発信・着信の支援をし、定期的に家族との会話を楽しめるようにしている。	・携帯電話所持者にはセキュリティ管理を行い家族との会話を支援している。 ・友人の訪問は家族の了解を得て対応している。年賀状や手紙の返信を手伝うよう支援している。	

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
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	・利用者にはそれぞれ役割を持っていただき、相互に尊重し、感謝し合える関係を築いていただいている。 ・誕生日には誕生会を催し、言葉を掛け合ったり歌ったりし、皆で祝福できるようにしている。		
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	看取りなどで契約が終了となった場合には、思い出の写真をアルバムなどに収めてお渡ししたり、利用者との思い出話をお伝えしたりし、家族のグリーフケアに取り組んでいる。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	12	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	定期的に利用者と家族から暮らしについての意向を確認している。意思疎通が困難な方については、生活歴や家族からの情報に加え、生活のなかで見せるしぐさや表情から思いや意向を読み取り、記録や申し送りにより職員間で共有を図っている。	・コロナ禍前まで、地区センターの習字教室に通っていた利用者が、習字を続けたい気持ちを受け、職員の支援で食事の献立表を記入し掲示している。 ・職員は日常の会話から何をしたいか、何が出来るかを利用者の表情から意向を汲み取るようにしている。	
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	入居前には自宅を訪問し、実際の生活の様子を観察している。必要に応じて在宅のケアマネジャーを交えた面談も実施している。		
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	年1回アセスメントを実施し、記録に残している。状態に変化があった際にはその都度実施している。情報は職員全体で把握できるようにしている。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	全体会議の場で個々の利用者に対するケア内容を振り返り、利用者・家族の思いや状態を踏まえた介護計画を作成している。通常6か月ごと介護計画を見直しているが、状態が変化したときはその都度見直しを行う。	・介護計画は長期が1年、短期を6か月とし全体会議でカンファレンスを行い6か月ごとのモニタリングで見直し検討している。 ・家族、医師、看護師、職員等意見を聞き計画に反映している。体調の変化があった場合は即見直ししている。	
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	利用者の生活の様子は生活記録に記載し、ケア方法等については送りノートにて情報共有している。他に、新規利用者の生活把握を目的としたシートを活用したりし、ケアの見直しにつなげている。		
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	・通院の付き添いは原則家族対応としているが、できる限りホームでも対応している。 ・日用品等については利用者とスーパーに出掛け、好みのものを選んで購入してもらっている。		
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	・利用者と一緒に近隣のスーパーやコンビニ、書店へ買物に出掛けている。 ・公園や温室では四季折々の花が楽しめ、外出の際には利用者の希望に応じて行先を決めている。		
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	・協力医療機関、歯科医療機関の訪問診療を利用できるが、契約は任意で利用者・家族に判断を委ねている。協力医へは24時間365日連絡が取れる体制となっている。 ・診療内容は、書面や電話で家族に報告し、状況に応じて直接医師より説明を受けている。	・現在、全利用者が事業所の協力医をかかりつけ医としているが、以前のかかりつけ医を併用し、家族の協力を得て定期的に通院をする場合もある。状況により、職員が同行することもある。 ・毎週の訪問看護は協力医療機関内の看護師なので医師との連携が図りやすく、医療面で安心感がある。	

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
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	提携先の訪問看護ステーションから週1回看護師の訪問があり、利用者の体調管理を行っている。担当の看護師が決まっており、利用者・職員とも顔なじみの関係を築いており、コミュニケーションを図りやすい。		
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。	緊急時に備え、入院可能な医療機関と協力体制を構築している。また希望者は在宅療養後方支援病院に患者登録できる仕組みがある。入退院時には職員も同行し、病院関係者と直接情報交換する場を持っている。		
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	・家族とは病状に応じて、協力医と連携のもと、治療方針等について話し合いの場を持っている。 ・重度化や看取りに関する指針については、入居時から段階的に利用者、家族に説明を行っている。 ・実際の看取りに際し、観察ポイントや対応方法については主治医や訪問看護師より助言を受け、介護計画に反映させている。	・「重度化・看取りについての指針」で入居時に説明をしている。その後も段階的に医師を交えた話し合いを行っている。 ・看取りケア実施の際は本人の状態により、2階の居室から1階デイルームに移り、職員対応が速やかにできるようにしている。協力医・訪問看護師の指導やアドバイスを得ながら本人の最期に寄り添っている。	
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	・急変時対応マニュアルに基づき、適切な対応がとれるようにしている。 ・定期的に消防隊員を招いて、救急法の講習会を実施し、知識・技術の習得に努めている。		
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	・消防訓練は、利用者も参加のうえ年2回実施。運営推進会議にて報告し助言を受けている。また地域防災訓練にも参加し、地域との連携を深めている。 ・災害時には近隣にある関連特養に応援を要請できる仕組みがある。	・夜間想定を含む年2回の自主避難訓練をしている。 ・地域防災訓練に職員が参加をしている。同法人の高齢者施設が近隣にあり、災害時対応協力を得ることができる。 ・備蓄一覧表がある。備蓄は事業所内に分散して保管管理をしている。	・「備蓄非常食・飲料水・その他在庫一覧」表を作成しています。分散保管をしている備蓄品の場所について全職員が周知できるよう、表に保管場所が分かるような記載の仕方の検討が望まれます。

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	・研修での学びのほか、全体会議では主に個別事例を取り上げ、接遇について継続的に取り組んでいる。 ・利用者の個人情報、事務室のロッカーにて施錠管理している。	・言葉遣い・声のボリューム・職員同士での話の内容の配慮等、全体会議で事例を基に話し合っている。 ・無意識な不適切ケアになっている場合は、管理者が職員に手本を見せ指導することもある。	
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	・生活の各場面で職員が利用者に寄り添い、思いを聞いたり、一緒に考えて選択したりできる環境を作っている。 ・意思表示が困難な利用者については、表情やしぐさ等から意向を読み取り、押し付けの支援になっていないか確認している。		
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	・就寝や起床、食事、入浴等の時間は利用者のその日の体調や希望、生活習慣に合わせ、柔軟に支援している。 ・傾眠がちな利用者については食事や起床の時間を一律に決めず、その時の状態に応じて柔軟に対応できるようにしている。		
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	・衣類等の購入に関しては、利用者を担当している職員が、嗜好やニーズを聞き取って家族に依頼したり、職員が利用者とともに出掛けて購入したりしている。 ・化粧をする方には、化粧品の管理を支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	・季節行事や誕生会では利用者の意向を伺い、寿司やケーキ、和菓子などを提供している。 ・調理や盛り付け、後片付けなど利用者ができる範囲で携われるよう支援している。 ・おやつは果物や煎餅、菓子などを取り揃え、好きなものを選んで提供している。	・今年度食事業者の変更をし、調理済み食品を湯煎して提供しているが、週1回の昼食は職員が手作りをしている。 ・盛り付け、食器拭き、おやつの果物の皮むき等利用者ができる範囲で手伝ってもらっている。 ・年中行事食、リクエストに応えた刺身の提供、デリバリー食等「食」を楽しめるようにしている。	

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
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	・納豆やご飯にかけるソース、ヨーグルトなど、嗜好や状態に応じて個別に提供し、栄養状態の維持・改善を図っている。 ・飲み物は、コーヒーや紅茶、牛乳、野菜ジュースなどが選べ、無理なく水分確保できるようにしている。		
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、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	・月2回の訪問歯科診療の際、医師、衛生士から、個別の援助方法について指導を受けている。 ・歯ブラシの選択や歯磨き用ジェルの活用、口腔マッサージなど、利用者の状態や能力に応じて個別にケアを行っている。		
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	・チェック表を作成し、個別のリズムを把握して排泄ケアを行っている。日中は多くの利用者が布パンツで過ごし、トイレで排泄している。 ・排泄の自立につながるよう、利用者ごとのアセスメントに基づき、尿パットのタイプやサイズを選択している。	・排泄チェック表を活用し、全職員が同じ排泄支援対応ができるようにしている。 ・日中はトイレでの排泄を基本としているが、夜間帯は、本人が自分でトイレに行く時に必要な援助をする、居室でポータブルトイレ使用をする、時間を見て起きてもらい職員がトイレに誘導する、安眠を優先するなどの個別対応をしている。	
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	便秘しがちな利用者にヨーグルトや牛乳を個別に提供したり、散歩の支援など運動量を確保したりし、できるだけ下剤に頼らないケアを目指している。また排便状況は訪問看護師と共有し、適切な処置につなげている。		
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	・週3日の入浴を目標に取り組んでいる。疾患により入浴できない利用者には清拭・足浴・洗髪を実施している。 ・お湯の温度や量の設定や洗顔フォームの使用など利用者の希望に合わせて準備している。	・希望がある場合は週3回、午前、午後を選んで入浴してもらっている。浴室をリフォームし、浴槽の位置を変更したので、本人が自力で浴槽に入りやすい動線の確保や職員の介助もしやすくなり、入浴時の快適性が増している。湯加減、湯量、洗顔フォーム使用等も個人の好みに合わせている。	

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
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	・就寝時間が遅い利用者に対しては、就寝までの時間を安心して過ごすことができるよう職員が寄り添うなどしている。 ・枕などの寝具の工夫や湯たんぽの活用など、安眠のための個別のアプローチを行っている。		
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	・現在の処方内容や薬の作用・副作用が利用者ごと一覧できるよう、服薬管理ファイルを作成している。 ・与薬手順についてはマニュアルを定め、定期的に見直しをしている。利用者ごとの個別手順も定めている。		
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	書道が趣味の利用者に毎食の献立を書いていただいたり、利用者の作成した布きんや座布団カバーを皆で使ったりし、生活に張り合いを感じていただけるよう支援している。		
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	・日用品の買出しや散歩など、一日一回は外出の機会を設けている。車イスの方も負担のない範囲で外出できるようにしている。 ・定期的に車で外出するようにしている。今年度は川和町に行き、菜の花畑を見て楽しんだ。	・散歩のほか、日用品の買い物にドラッグストアやスーパーマーケット等に行っている。定期的に書店を利用することもある。 ・川和町の菜の花見物にドライブを兼ね皆で出かけている。 ・家族との個別外出に関しても車イスを貸出するなどの支援をしている。	
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	一部ではあるが、小額の現金を自己管理し、地域の商店で買物をする利用者がいる。		

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	一部の利用者は携帯電話を所有し、職員の支援のもと使用している。利用者あての通話についてはその都度取り次ぎ、居室やデイルームなど気兼ねなく会話できるよう配慮している。		
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	・リビングには書初めの作品やひな人形、クリスマス飾り、七夕の笹など、季節感のある展示をしている。 ・今年度、リビングの空調機器を出力の大きいものに更新。室温の管理がしやすくなり、より快適に過ごせるようになった。	・リビングの窓から庭の植栽や道路向かいの桜を含む季節ごとの樹木や花を楽しむことができる。 ・利用者はキッチンで食器拭き、リビングで献立書き、布巾たたみ等行っている。本人のペースを大切にしているので、朝食を遅めの時間に摂ることも対応をしている。	
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	・デイルームは特に用途を定めず、利用者がピアノを楽しんだり、来客があった際には開放したりするなどしている。 ・リビングのテーブルには家族や友人からの手紙や写真、絵などを飾り、気分良く過ごせるようにしている。		
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	・入居時には馴染みの家具や思い出の品々を持ち込んで頂くよう、その意図の説明も踏まえてお願いしている。 ・居室は日々、利用者と職員が分担して清掃している。定期的に換気も実施している。	・仏壇・家族の写真・冷蔵庫・人形等居室に持ち込んでいる。仏壇に飲み物を供えることを日課にしている利用者もいる。 ・清掃は職員と利用者（自立度の高い人）が分担している。居室担当職員を中心に整理整頓・衣替え・不足品の確認等支援をしている。	
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	・台所は十分なスペースがあり、車椅子の利用者でも作業に参加できる環境となっている。 ・食卓で利用者の体型や状態に合わせ、サイズの異なるイスやクッションを個別に用意し、座位の安定を図っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名

高齢者グループホームちとせ

作成日

令和7年4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り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	備蓄品の保管場所が統一しておらず、職員間で情報共有が十分にされていない。	備蓄品の保管場所などの情報を職員間で共有し、非常災害時には一人ひとりの職員が迅速に対応できるようにする。	備蓄品ごとの保管場所を徹底し、リストに記載して職員全体で共有する。	3か月
2	33	ご入居者の重度化が進んでおり、特に身体介護のニーズが高まっているが、十分な対応ができていない。	職員のスキルアップを図ったり、福祉用具を取り入れたりすることで、ご入居者が重度化されてもできるだけ快適に生活できるようにする。	・内部研修の実施や外部研修の受講により、職員が必要に応じて身体介護のスキルアップを図る。 ・必要度に応じて福祉用具をリストアップし、介護環境の充実を図る。	12か月
3					
4					
5					

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。