

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	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	1472603214
法人名	社会福祉法人上溝緑寿会
事業所名	グループホーム秋桜
訪問調査日	令和1年12月13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	1472603214	事業の開始年月日	平成18年3月1日	
		指定年月日	平成18年3月1日	
法人名	相模原市中央区上溝3172-1			
事業所名	グループホーム秋桜			
所在地	(252-0243)			
	相模原市中央区上溝3172-1			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	令和1年11月30日	評価結果 市町村受理日	令和2年4月21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)】

身近に、駅や商店街があり、地域に密着した暮らしができる。様々なボランティアの協力や、近隣のかたと行事を通して交流があり地域に開かれた施設である。また、リビングやキッチンを囲むように個人の居室があり、個室から出ると、他のご利用者や職員の顔がすぐ見られ、安心感を得やすい。居住スペースの真ん中にあるキッチンカウンターでは、ご利用者がカウンターを囲み毎食料理を楽しむことができる。同じ建物内に認知症対応型通所介護事業を運営しており、グループホーム入居を視野に入れ通所介護を利用していくことも可能である。

【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1年12月13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)】

●グループホーム秋桜の経営は社会福祉法人上溝緑寿会です。同法人は相模原市内を中心に特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム・ケアハウス、グループホーム等の入居系介護サービスから、デイサービス、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問介護、居宅介護支援事業所等の在宅系介護サービス、地域包括支援センター、高齢者専用住宅への生活援助員派遣、訪問給食調理事業まで、多岐に亘る福祉事業を展開し、地域の高齢者が住み慣れた場所で、その人らしく生活できるよう寄与しています。ここグループホーム秋桜はJR相模線「上溝駅」から徒歩1、2分と利便性の良い場所にあります。事業所は車通りの多い場所に面していますが、車数台を止められる程の十分な敷地が確保され、玄関も道路から奥まった場所にあり、安全面に配慮されています。また、玄関までのアプローチには数種類の花が植えられ、玄関先でも四季を感じられるよう工夫されています。

●ケアについては、法人の基本理念「人生はいつもあなたが主役です。住み慣れたところでその人らしく生活することをお手伝いします。」を踏まえて作成した事業所独自の7項目から理念をケアの方針としています。特に「1人ひとりの価値観と個性を尊重した支援」「あるがままのその人を受け止める」に重点をおき、利用者がやりたいこと・やろうとしていることを危ないからという理由で止めるのではなく、利用者の意思や意向を尊重することで一人ひとりの出来ること出来ないことを見極めながら、自立支援に注力しています。

●事業所の理念「地域の方とのふれ合いを大切にします」に基づき、利用者が住み慣れた地域の中で地域の方との係わりを維持できるよう、年2回の地域交流事業(納涼祭や餅つき)、地域行事(サロン、盆踊りなど)への参加、ボランティア(演芸、書道、写真、傾聴、大正琴、手芸)の受け入れなどを積極的に行っています。また、事業所主催の納涼祭にはボランティアの方が20名程手伝いに来ていただいたり、外出行事の際に手伝いで参加していただくなど、好意的に尽力して下さっており、地域の方々にも支えていただきながら事業所の運営が行われています。

【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	グループホーム秋桜
ユニット名	1F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)	○	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聞いており、信頼関係ができています。	○	1. ほぼすべての家族と
			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	開設当初に職員全員で理念「地域の方とのふれあいを大切にします」を作成している。その理念に基づき、年2回の地域交流事業の開催、地域の行事への参加、様々なボランティアのかたとの交流等日ごろから開かれた施設運営に努めている。理念は、職員の見えるところに貼り出し、日々確認しています。また、相模原市の事業である「高齢者安心相談」の窓口にもなっている。	法人の基本理念「人生はいつもあなたが主役です。住み慣れたところでその人らしく生活することをお手伝いします。」を踏まえて、開設時に職員で話し合っ作成した事業所独自の7項目から理念を玄関に掲示しています。事業所の理念の1つでもある「地域の方とのふれあいを大切にします」に基づき、年2回の地域交流事業や地域行事への参加、ボランティアの受け入れなど、地域に開かれた事業所運営を実践しています。	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	自治会の加入、地域のサロンに出かける、近隣の商店街への買い物、年2回の地域交流事業の開催で近隣の方との交流をしている。	上溝田中地域自治会に加入しており、地域サロンの夏祭りの参加をはじめ、近隣商店街に買い物に行くことで地域の方との交流をはかっています。毎年恒例としている地域交流事業は年2回開催しており、夕涼み会や餅つき大会には多くの地域の方に参加いただき、盛大に交流が行われています。また、ボランティアでは園芸・書道・写真・傾聴・大正琴など多岐に亘る方々が来てくださっています。上溝祭りには法人の特養を休憩所として提供しています。	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	相模原市の事業である「高齢者安心相談」の窓口になり、24時間対応している。		
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	サービスの実際や、運営状況のほかに、年間の事業計画、事業報告や運営推進会議ごとに「事故報告」「身体拘束」等々テーマを決めて意見交換し、運営に生かしている。	市の担当職員、自治会長、民生委員、ボランティアの方、家族、法人の理事の参加で年6回開催しています。事業所の現状や活動報告を中心に、月毎に様々なテーマを決めて意見交換を行い、事業所の運営に生かしています。数回は行事と合わせて開催し、参加者の方に利用者や触れ合っただけようになっています。	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	運営推進会議に、市の担当者が出席しているので事業所の課題等伝えている。また、防災訓練や年2回の地域交流事業へも参加してもらっている。	運営推進会議に市の担当者に出席していただいております。高齢者支援センターとも福祉用具の申請をはじめ、情報交換を密に行っています。また、高齢者社会福祉連絡会による、事例検討会や研修会にも3ヶ月に1回参加しています。事業所が、相模原市の事業である「高齢者安心相談窓口」にもなっており、相談を受けた際には市や高齢者支援センターにも報告するなど、連携を取っています。	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	身体拘束適正化のマニュアルを作成し、年2回の身体拘束でどのようなことが、身体拘束にあたるか等、繰り返し研修を行い身体拘束について理解を深め、身体拘束をしないケアに努めている。また身体拘束適正化のための委員会を年4回開催している。玄関の施錠は夜間のみ行っている。利用者は自由に出入りしている。	年に2回は身体拘束についての研修をマニュアルに沿って実施し、どのような対応や声かけが身体拘束に該当するかなど、繰り返し研修を行うことで職員の理解を深め、身体拘束の無いケアを実践しています。身体拘束適正化委員会を年4回開催し、事例を持ちよって話し合うとともに声掛け時の言葉遣いについても確認し合っています。ユニットの出入口扉は常時開錠し、玄関の施錠も夜間を除き行わず、チャイムと職員の見守りで対応しています。	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	上記同様毎年研修を行っている。ご利用者及び家族が、不快な思いをされる不適切なケアについても、身体拘束適正化の委員会時に話題にし、虐待防止に努めている。特に職員の言葉使いや、声の大きさなどのスピーチロックは気を付けていくよう話し合っている。		
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	会議でとりあげ、学ぶ機会をもっている。個々の利用者の必要性を把握し、制度の紹介に努めている。現在成年後見制度ご利用の利用者は2名おられます。また、相模原市社会福祉協議会の市民後見人養成の実習をうけいれている。		
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	契約時には、必ず説明の時間をとってもらい、不安や疑問に答え、同意を得ている、また制度等の改定時には、懇談会を開催し説明の機会を持ち、理解・納得に努めている。		
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	運営推進会議への参加、家族懇談会の開催、来訪時やケアプランの説明の時などで、意見や要望、など聴くように努めている。来訪時や、声をかけ最近の様子を伝えるだけでなく「気になること」がないか聞くようにしている。	契約時に重要事項説明書に明記している苦情相談窓口についての説明を行い、玄関にも掲示しています。家族からの意見や要望は面会時や運営推進会議をはじめ、ケアプラン説明時にもお聴きしています。また、年1回の家族懇談会時には15～16家族が参加しており、管理者は1家族ずつ話を聴く機会を設けています。3ヶ月間隔で発行しているお便りは、利用者の写真とともに担当職員から日頃の様子などのコメントを添えて郵送しています。	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
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	毎月の会議で、運営上の課題をとりあげる機会を設けている。毎年各ユニットのリーダーが職員と面接し、各自の目標や、運営上の意見等聞く機会を設けている。リーダーは集約し、管理者と面談し様々な意見を聞く機会を設けている。	毎月のユニット会議で職員から運営上の課題や業務に関する意見や提案を抽出する機会を設けています。内容によっては、管理者の一存で決められないこともあるので、その際は理事に報告したうえで回答を職員に伝えています。日々の業務やケアに関することについては、各ユニットのリーダーが意見を集約し、管理者と話し合って検討しています。法人としてキャリアパス制度を導入しており、年1回キャリアパスシートに基づいた面談も実施されています。	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	キャリアパスに法人全体でとりくみ、職員が目標をもって仕事にとりくめる仕組みになっている。また、休日がしっかりとれるように配慮している。資格手当も導入され給与アップに努めている。		
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。	年4回市内の法人系のグループホームの集まりに参加し事例検討に参加しちえいる。外部研修にもっと積極的に参加していきたいが、勤務体制上難しい状態である。毎月の会議のなかで今年度はひもときシートを活用し、利用者を知らするための研修に取り組んでいます。		
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	上記の集まり以外に、市内のグループホーム全体に呼びかけられたグループホーム連絡会に参加し、施設見学会や情報交換などに取り組んでいる。		
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	ご本人とご家族に事前面接を行い、本人の暮らしぶりや、心身の状態の把握に努めている。事前面接は、2人で行い、入居時には事前面接したものが出迎えるようにしている。		

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
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	上記同様事前面接の段階から家族とコミュニケーションを図り関係づくりに努めている。		
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	事前面接での身体面、精神面等アセスメントと、要望、不安などから、必要な支援を検討して対応している。また、将来的な状態の変化に対応できるよう、特養への申し込みなど勧めている。		
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	暮らしの主人公は利用者であるという理念を職員が共有し実践に努めている。日々の暮らしなかで、喜怒哀楽を共にし、利用者の知恵と経験から学ぶ姿勢で、利用者の力が発揮できるよう努めている。		
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	家族が参加する行事も多く開催している。衣替えや月の外出行事、バス旅行など他にもグループホームに来る機会をつくり、利用者や家族の絆を大切にし、家族と一緒に支えていくというメッセージを伝えていくようにしている。		
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	利用者も高齢になり、馴染みのかたも高齢になっていくため交流が難しくなっているが、地域にあるスーパーに買い物にいくと、馴染みのかたに声をかけられることもある。また、在宅時交流のあったかたの訪問なども積極的にお願している。	利用者が高齢に伴い、馴染みの方も高齢になるため、交流が難しくなっていますが、馴染みの方で併設しているデイサービスを利用している方、買い物に行った際に声を掛けてもらうこともあり、限られた範囲の中で馴染みの方との関係を継続できるように支援しています。また、ボランティアで来てくださっている方は長い年数継続して来てくれており、馴染みの関係になっています。	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
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ご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	気があったり、合わなかったり様々な利用者同士の関係性を把握し、職員が間に入って、気が合う人同士ばかりの繋がりではなく、様々な繋がりを持つよう配慮している。居室で一人で過ごすことを希望されているかたも、閉じこみがちにならないように様々な活動に誘っている。		
22		関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	法人内の特養に移動することが一番多い状況です。特養へ、情報伝達行い、移乗介助や排せつ介助方法など実際に特養で介助場面を見てもらっている。また、特養での催し物の時には、移動されたご利用者をお誘いしている。		
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。	サービス担当者会議の場にご本人にも参加していただき、暮らし方の希望や、意向の把握に努めている。ご本人からの表明が難しい場合は、職員間で情報を共有しご本人本位の立場で考えて把握に努めている。	入居前に家族・本人と面談を行い、生活歴や趣味嗜好、暮らし方の希望などについて話しを伺い、基本情報シートを作成して情報を共有しています。入居時に得られた情報を基に、日々の関りの中で本人の言葉、表情、仕草などをヒモときシートに記入していき、職員間で検討しながら、今の思いや意向の把握に努めています。	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	入居時に、生活歴、入居前までの暮らしぶり、など聞き取っている。また家族にも記述してもらっている。入居後もご本人との会話するなかで、把握している。		
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	グループホーム秋桜独自のアセスメント表を作成し、現状の把握に努めている。「できる事やりたいことしーと」を活用しご本人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	ケアプラン振り返り表を作成し、職員全体で取り組んでいる。2か月毎にケアプラン会議を開催し、ケアプランに基づいて実践されているか振り返り、改めて課題を整理し、ケアプランに繋げている。またケアプラン説明時都度、ご本人と家族の希望を聞くようにしている。	アセスメントで得られた情報を基に暫定のケアプランを作成し、1ヶ月～3ヶ月経過を観察しながら情報や課題を収集しています。その後、1ヶ月毎にケアプラン振り返り表を作成し、職員持ち回りで視点を変えながら、モニタリングを行い、ケアプランに沿った支援が実施できているか課題を整理し、経過記録や職員の気づきを基にケア会議を開催して現状に即したケアプランを作成しています。	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	記録システムを活用することで、日々の実践の要点や、統計的な資料等職員間で情報の共有がしやすく、介護計画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	家族との外出の支援や、髪染め、お墓参り等々個別のニーズに対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	庭の手入れ、花壇の整備、フラダンス、大正琴、ハーモニカなど多様な形で地域のボランティアの協力を得ている。		
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	基本的には、かかりつけ医に往診してもらっている。ご本人やご家族の希望の主治医になっている方もいる。現在内科、精神科、眼科、歯科、皮膚科の往診医に関わりがある。	入居時に事業所の協力医療機関について説明したうえで、家族と本人の希望を尊重して主治医を決めていただいています。現在は山川内科と相模原東クリニックの2ヶ所から月1回の訪問診療があります。精神科と歯科は月1回の往診があり、眼科は必要に応じて往診に来ていただいています。これまでのかかりつけ医での受診を希望される方は、家族対応での通院をお願いしています。看護師は相模原東クリニックの訪問時に同行しています。	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
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	看護職の配置がないため、かかりつけ医の場合は、FAX、電話で相談、報告につとめている。また、他の往診医の場合も窓口の看護師に電話、FAXで相談できる体制になっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際は、日頃の状態や支援方法など医療機関に伝え、グループホームでの状態をサマリーにして病院に提供している。また、できる限り見舞いに行くなど、入院時のダメージを防ぐことに努めている。退院時のご家族に対する説明には、同席し、グループホームの暮らしでのリスクは無いかなど検討し、安心して退院できるよう支援している。		
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	基本的に終末期ケアを行わない方針を、本人とご家族には、説明し、重度になる前から、看取りについて伝えている。重度期には、ご家族の意向をくみながら、ご本人にとってより良いケアを受けられる場への移動への支援や、状況によって看取り支援をおこなっている。	事業所では、看取りの終末期ケアを行わない方針であることを契約時に説明しています。医師の判断に基づき重度化したと認められた際には、家族、主治医、管理者による話し合いの場を設け、家族の意向を汲み取りながら、本人にとって最善の支援に努めています。重度化した場合には、法人内の特養もあることから、特養の入所を薦めています。	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	毎年繰り返し、事故及び急変時の対応について研修会を行っている。		
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回防災訓練に取り組んでいます。駐車場が土砂災害の警戒区域に入っているため、土砂災害時の避難できる体制等についてマニュアル作成にとりこんでいます。防災訓練には、運営推進会議のメンバーにも参加してもらっている。	年2回の防災訓練を実施しています。駐車場が土砂災害警戒区域に入っているため、地震や火災時における対応マニュアルに加えて土砂災害対応マニュアルも作成しています。訓練は主に夜間の火災想定で実施し、運営推進会議のメンバーにも参加していただいています。また、運営推進会議の中で、参加者の方から地域の防災サポーターを作ってみてはどうか？などの意見も上がり、防災サポーターとしての登録も行いました。	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	法人全体で、丁寧語を基本に利用者の人格や誇りを大切にしたい、言葉かけや対応に努めている。ご利用者がやりたいことは基本的に止めないで見守っていく姿勢に努め、ご利用者への声かけは大きな声にならないように職員がご利用者に近づき、小声で伝えるよう努めている、	法人全体で丁寧語を基本とし、利用者の人格や誇りを大切にしたい言葉掛けを心掛けています。事業所の理念にも「1人ひとりの価値観と個性を尊重した支援」「あるがままのその人を受け止める」と掲げており、利用者がやりたいこと・やろうとしていることは見守り、声掛けにおいても声の大きさやトーンに配慮しています。	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	食材の買い物など、食べたいものなど選んでもらったり、入浴、外出、趣味活動等暮しの場面ご本人の思いや希望を表明できるよう支援しています。	/		/
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	自ら、一日の暮しをイメージし過ごすことができる方が少なくなっています。さりげない支援で生活リズムが崩れないようにしながらも、ご本人のペースを大切にしたい支援に努めている。起床時間や、昼の臥床の時間など一人ひとりのペースに合わせている。			
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	理念に「おしゃれを楽しむ」を掲げその人の好みの服装ができるなど支援に努めている。時々お買いものツワーにとりくみ、好みのものを替えるように努めている。			
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	一日3回繰り広げられる、料理に多くのご利用者に関われるように支援している。そのために、リビングのほぼ中央に皆で囲めるキッチンカウンターを設け、ご利用者が食事作りできるよう様支援している。キッチンにはこられなくても、ごますり、玉ねぎの皮むき等々、能力に応じてやっている。片づけは、基本的にできる方はご本人がやれるよう支援している。	食事のメニューは職員が考え、特養の管理栄養士に確認してもらい、アドバイスをもらっています。キッチンはアイランド式になっており、シンクも2ヶ所あることから、利用者も職員と一緒にキッチンに立って調理や盛り付け、食器洗いに参加しています。食材は原則毎日買い出しに行き、季節や旬の食材も取り入れながら、季節感なども感じていただけるよう工夫しています。	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	一ヶ月分毎に、法人の管理栄養にメニュー表を見てもらい、アドバイスを受けている。水分摂取がなかなか進まない方には、目標を決めチェック表をつけ、こまめに水分を取ってもらうようにしている。また、そのかたの状態にあった形や量で提供している。		
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	毎食後口腔ケアの支援を行っている。往診歯科の往診日には、治療だけでなく、口腔内よごれなども診てもらっている		
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	常時おむつを使用しているかたでも、日中は基本的には、トイレで排泄できるよう支援している。必要に応じ排泄チェック表をつけ、日昼は、布パンツとパットでなるべく対応している。また、水分をきちんと摂取することで、尿意を促し、トイレでの排尿がスムーズにできるよう支援している。	日中はトイレでの排泄を基本とし、常時オムツを使用している方でもトイレ誘導を行っています。声掛けや介助の必要な方のみ、排泄チェック表をつけ、リズムやパターンを把握しています。また、一日の水分摂取量を定め、水分摂取をとっていただくことで、尿意を促し、トイレでの排尿がスムーズに行えるように支援しています。	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	運動と水分摂取を進めている。起床時の牛乳の摂取や、ヤクルトやヨーグルトなども摂取できるよう支援している。		
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	入浴の曜日や時間は決まっていない。毎日入浴されている方もいる。入浴が進まない方には、誘いかたの工夫や、タイミングなどはかり、嫌な気持が残らないよう支援している。	入浴の曜日や時間は決めず、利用者の気分や意向を尊重しながら、週2回の入浴を基本としています。入浴拒否のある方は、職員を代えたり、時間を空けるなどタイミングを見計らった声掛けで入浴を促しています。季節のゆず湯や菖蒲湯、ユニットによっては入浴剤も使用しています。	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	一人ひとりの習慣や、体力など考慮して、お部屋で休息していただいたり、お昼寝を進めている。夜間安眠ができるように日中を活動的に過ごしていただいている。		
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	誤薬や飲み忘れが無いように、チェック表など活用している。薬のファイルはひとまとめにし、利用者の服用している薬の種類と効能、副作用について情報共有できるようにしている。一般的には副作用がなくても、高齢者は薬が変わったり追加されることで食欲が落ちるなど副作用があるかもしれないので薬が変わった時は注意している。		
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	縫い物、歌、書道、料理、草むしり等々、一人ひとりの得意なことに力が発揮できる機会を作ることに努めている。一人で近隣を散歩したり買い物をしてもらっている方もいる。		
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	毎日買い物に行くなど、戸外に出る機会を設けている、また、計画的に紅葉など季節の花々を見に行ったり普段出かけられないところ出かけている。年1回バスをレンタルし日帰りバス旅行を行っている、今年度は、「ホテル雅叙園東京」に出かけた。近隣は自由に散歩されている方もいる。	天気や気候の良い日には、散歩にお連れしたり、駐車場に椅子を置いて外気浴も行っています。玄関までのアプローチには数種類もの花が植えられており、散歩に行くのが困難な方でも玄関先で十分楽しめるように工夫されています。年間行事計画に花見、紅葉見学などの四季を感じられる行事を計画したり、年1回はバスをレンタルして日帰りバス旅行も実行し、今年度はホテル雅叙園東京に出かけました。	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	自分でお金をもって、使用できる方は、限られてきているが、近隣の店で、衣類などご自分で購入されている方もいる。また買い物ツワー時にはご自分のお財布持参し買い物を他の新れている方もいる。		

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
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	電話を使って自らご家族と連絡を取っているかたは少ない。電話を掛ける機会を工夫していきたい。		
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	家具は、リサイクル品中心に設えて、生活感が持てるようにしている。また、季節の花、ご利用者の作品の張り出し、写真ボランティアの季節感のある写真、ご利用者の外出時の写真などで安らぎと生活感が感じられるようにしている。	リビングに使用している家具はリサイクル品を中心に設えてることで、生活感が持てるようにしています。椅子も介護用の椅子でなく、普通の椅子を使用するウことで家庭に近い雰囲気を演出しています。家具などは、利用者の動線に配慮して配置され、利用者の生活空間であることを前提とした空間になっています。が壁には季節の写真などを飾り、やすらぎと生活感を感じられるようにしています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用の空間の中で、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。	家具の配置でそれぞれの居場所の工夫や、玄関ホール、エレベーターホールなどで独りになったりなどしている。		
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	なるべく使い慣れた家具を持ち込んでいただいている。ベッドの頭の向きなども、自宅と同じ方向に向けて置くなどして、自宅にいた時と同じような動きができるように支援している。また、ご本人の写真や作品などでご本人が居心地よく過ごせるよう支援している。	クローゼット、エアコンは備え付けとして完備されており、それ以外に必要な家具などを持ち込んでいただくよう入居時に伝えています。ベッド、タンス、テレビ、机、イス、位牌、家族写真などが持ち込まれています。自宅で生活していた頃の雰囲気に近づけるために、ベッドの向きや家具などの配置も自宅と同じような位置に配置していただくように支援しています。	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	リビングからご利用者の居室や、キッチン、トイレなどが分かるようになっているため、自由で自立的な過ごし方ができるようになっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム秋桜

作成日

令和1年12月13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	33	契約書上のかかり付け医のもとで看取りケアは難しい状況である。利用者の高齢化にともない看取りを視野に入れていくことがもためられている。	かかり付け医の変更とう体制の見直し	①看取りの対象の条件の整理 ②高齢化や重度時の移動時期の基準を考える。	令和2年12月
2	35	土砂災害警戒区域になっている。	土砂災害や地震、火災などの緊急時の安全の確保	①土砂災害時の避難体制のマニュアル作成 ②非常時の食料、水、トイレなど物資の準備	令和2年 6月
3	50	高齢化、重度化に伴い外出の頻度が減ってきている。	日常的に外気に触れる機会を作る。	①外出行事の継続 ②買い物、日光浴等様ざまなちょっとした時間で機会を増やす。	令和2年12月
4	13	職員の研修が不十分	職員一人ひとりが認知症ケアについて自ら学ぶ姿勢を持つ	①外部研修の機会を持つ ②内部研修の充実	令和2年12月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	グループホーム秋桜
ユニット名	2F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)	○	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聞いており、信頼関係ができています。	○	1. ほぼすべての家族と
			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	開設当初に職員全員で理念「地域の方とのふれあいを大切にします」を作成している。その理念に基づき、年2回の地域交流事業の開催、地域の行事への参加、様々なボランティアのかたとの交流等日ごろから開かれた施設運営に努めている。理念は、職員の見えるところに貼り出し、日々確認しています。また、相模原市の事業である「高齢者安心相談」の窓口にもなっている。		
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	自治会の加入、地域のサロンに出かける、近隣の商店街への買い物、年2回の地域交流事業の開催で近隣の方との交流をしている。		
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	相模原市の事業である「高齢者安心相談」の窓口になり、24時間対応している。		
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	サービスの実際や、運営状況のほかに、年間の事業計画、事業報告や運営推進会議ごとに「事故報告」「身体拘束」等々テーマを決めて意見交換し、運営に生かしている。		
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取り組んでいる	運営推進会議に、市の担当者が出席しているので事業所の課題等伝えている。また、防災訓練や年2回の地域交流事業へも参加してもらっている。		

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「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	身体拘束適正化のマニュアルを作成し、年2回の身体拘束でどのようなことが、身体拘束にあたるか等、繰り返し研修を行い身体拘束について理解を深め、身体拘束をしないケアに努めている。また身体拘束適正化のための委員会を年4回開催している。玄関の施錠は夜間のみ行っている。利用者は自由に出入りしている。		
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	上記同様毎年研修を行っている。ご利用者及び家族が、不快な思いをされる不適切なケアについても、身体拘束適正化の委員会時に話題にし、虐待防止に努めている。特に職員の言葉使いや、声の大きさなどのスピーチロックは気を付けていくよう話し合っている。		
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	会議でとりあげ、学ぶ機会をもっている。個々の利用者の必要性を把握し、制度の紹介に努めている。現在成年後見制度ご利用の利用者は2名おられます。また、相模原市社会福祉協議会の市民後見人養成の実習をうけいれている。		
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	契約時には、必ず説明の時間をとってもらい、不安や疑問に答え、同意を得ている、また制度等の改定時には、懇談会を開催し説明の機会を持ち、理解・納得に努めている。		
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	運営推進会議への参加、家族懇談会の開催、来訪時やケアプランの説明の時などで、意見や要望、など聴くように努めている。来訪時や、声をかけ最近の様子を伝えるだけでなく「気になること」がないか聞くようにしている。		

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
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	毎月の会議で、運営上の課題をとりあげる機会を設けている。毎年各ユニットのリーダーが職員と面接し、各自の目標や、運営上の意見等聞く機会を設けている。リーダーは集約し、管理者と面談し様々な意見を聞く機会を設けている。		
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	キャリアパスに法人全体でとりくみ、職員が目標をもって仕事にとりくめる仕組みになっている。また、休日がしっかりとれるように配慮している。資格手当も導入され給与アップに努めている。		
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。	年4回市内の法人系のグループホームの集まりに参加し事例検討に参加しちえいる。外部研修にもっと積極的に参加していきたいが、勤務体制上難しい状態である。毎月の会議のなかで今年度はひもときシートを活用し、利用者を育てるための研修に取り組んでいます。		
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	上記の集まり以外に、市内のグループホーム全体に呼びかけられたグループホーム連絡会に参加し、施設見学会や情報交換などに取り組んでいる。		
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	ご本人とご家族に事前面接面接を行い、本人の暮らしぶりや、心身の状態の把握に努めている。事前面接は、2人で行い、入居時には事前面接したものが出迎えるようにしている。		

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
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	上記同様事前面接の段階から家族とコミュニケーションを図り関係づくりに努めている。		
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	事前面接での身体面、精神面等アセスメントと、要望、不安などから、必要な支援を検討して対応している。また、将来的な状態の変化に対応できるよう、特養への申し込みなど勧めている。		
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	暮らしの主人公は利用者であるという理念を職員が共有し実践に努めている。日々の暮らしなかで、喜怒哀楽を共にし、利用者の知恵と経験から学ぶ姿勢で、利用者の力が発揮できるよう努めている。		
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	家族が参加する行事も多く開催している。衣替えや月の外出行事、バス旅行など他にもグループホームに来る機会をつくり、利用者や家族の絆を大切にし、家族と一緒に支えていくというメッセージを伝えていくようにしている。		
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	利用者も高齢になり、馴染みのかたも高齢になっていくため交流が難しくなっているが、地域にあるスーパーに買い物にいくと、馴染みのかたに声をかけられることもある。また、在宅時交流のあったかたの訪問なども積極的にお願いしている。		

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ご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	気があったり、合わなかったり様々な利用者同士の関係性を把握し、職員が間に入って、気が合う人同士ばかりの繋がりではなく、様々な繋がりを持つよう配慮している。居室で一人で過ごすことを希望されているかたも、閉じこみがちにならないように様々な活動に誘っている。		
22		関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	法人内の特養に移動することが一番多い状況です。特養へ、情報伝達行い、移乗介助や排せつ介助方法など実際に特養で介助場面を見てもらっている。また、特養での催し物の時には、移動されたご利用者をお誘いしている。		
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。	サービス担当者会議の場にご本人にも参加していただき、暮らし方の希望や、意向の把握に努めている。ご本人からの表明が難しい場合は、職員間で情報を共有しご本人本位の立場で考えて把握に努めている。		
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	入居時に、生活歴、入居前までの暮らしぶり、など聞き取っている。また家族にも記述してもらっている。入居後もご本人との会話するなかで、把握している。		
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	グループホーム秋桜独自のアセスメント表を作成し、現状の把握に努めている。「できる事やりたいことシート」を活用しご本人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	ケアプラン振り返り表を作成し、職員全体で取り組んでいる。2か月毎にケアプラン会議を開催し、ケアプランに基づいて実践されているか振り返り、改めて課題を整理し、ケアプランに繋げている。またケアプラン説明時都度、ご本人と家族の希望を聞くようにしている。			
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	記録システムを活用することで、日々の実践の要点や、統計的な資料等職員間で情報の共有がしやすく、介護計画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	家族との外出の支援や、髪染め、お墓参り等々個別のニーズに対応している。			
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	庭の手入れ、花壇の整備、フラダンス、大正琴、ハーモニカなど多様な形で地域のボランティアの協力を得ている。			
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	基本的には、かかりつけ医に往診してもらっている。ご本人やご家族の希望の主治医になっている方もいる。現在内科、精神科、眼科、歯科、皮膚科の往診医に関わりがある。			

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	看護職の配置がないため、かかりつけ医の場合は、FAX、電話で相談、報告につとめている。また、他の往診医の場合も窓口の看護師に電話、FAXで相談できる体制になっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際は、日頃の状態や支援方法など医療機関に伝え、グループホームでの状態をサマリーにして病院に提供している。また、できる限り見舞いに行くなど、入院時のダメージを防ぐことに努めている。退院時のご家族に対する説明には、同席し、グループホームの暮しでのリスクは無いかなど検討し、安心して退院できるよう支援している。		
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	基本的に終末期ケアを行わない方針を、本人とご家族には、説明し、重度になる前から、看取りについて伝えている。重度期には、ご家族の意向をくみながら、ご本人にとってより良いケアを受けられる場への移動への支援や、状況によって看取り支援をおこなっている。		
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	毎年繰り返し、事故及び急変時の対応について研修会を行っている。		
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回防災訓練に取り組んでいます。駐車場が土砂災害の警戒区域に入っているため、土砂災害時の避難できる体制等についてマニュアル作成にとりこんでいます。防災訓練には、運営推進会議のメンバーにも参加してもらっている。		

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	法人全体で、丁寧語を基本に利用者の人格や誇りを大切にした、言葉かけや対応に努めている。ご利用者がやりたいことは基本的に止めないで見守っていく姿勢に努め、ご利用者への声かけは大きな声にならないように職員がご利用者に近づき、小声で伝えるよう努めている、		
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	食材の買い物など、食べたいものなど選んでもらったり、入浴、外出、趣味活動等暮しの場面ご本人の思いや希望を表明できるよう支援しています。		
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	自ら、一日の暮らしをイメージし過ごすことができる方が少なくなっています。さりげない支援で生活リズムが崩れないようにしながらも、ご本人のペースを大切にした支援に努めている。起床時間や、昼の臥床の時間など一人ひとりのペースに合わせている。		
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	理念に「おしゃれを楽しむ」を掲げその人の好みの服装ができるなど支援に努めている。時々お買いものツワーにとりくみ、好みのものを替えるように努めている。		
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	一日3回繰り返し広げられる、料理に多くのご利用者に関われるように支援している。そのために、リビングのほぼ中央に皆で囲めるキッチンカウンターを設け、ご利用者が食事作りできるよう支援している。キッチンにはこられなくても、ごますり、玉ねぎの皮むき等々、能力に応じてやっている。片づけは、基本的にできる方はご本人がや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
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	一ヶ月分毎に、法人の管理栄養にメニュー表を見てもらい、アドバイスを受けている。水分摂取がなかなか進まない方には、目標を決めチェック表をつけ、こまめに水分を取ってもらうようにしている。また、そのかたの状態にあった形や量で提供している。		
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	毎食後口腔ケアの支援を行っている。往診歯科の往診日には、治療だけでなく、口腔内よごれなども診てもらっている		
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	常時おむつを使用しているかたでも、日中は基本的には、トイレで排泄できるよう支援している。必要に応じ排泄チェック表をつけ、日昼は、布パンツとパットでなるべく対応している。また、水分をきちんと摂取することで、尿意を促し、トイレでの排尿がスムーズにできるよう支援している。		
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	運動と水分摂取を進めている。起床時の牛乳の摂取や、ヤクルトやヨーグルトなども摂取できるよう支援している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の曜日や時間は決まっていない。毎日入浴されている方もいる。入浴が進まない方には、誘いかたの工夫や、タイミングなどはかり、嫌な気持ちが残らないよう支援している。		

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
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	一人ひとりの習慣や、体力など考慮して、お部屋で休息していただいたり、お昼寝を進めている。夜間安眠ができるように日中を活動的に過ごしていただいている。		
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	誤薬や飲み忘れが無いように、チェック表など活用している。薬のファイルはひとまとめにし、利用者の服用している薬の種類と効能、副作用について情報共有できるようにしている。一般的には副作用がなくても、高齢者は薬が変わったり追加されることで食欲が落ちるなど副作用があるかもしれないので薬が変わった時は注意している。		
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	縫い物、歌、書道、料理、草むしり等々、一人ひとりの得意なことに力が発揮できる機会を作ることに努めている。一人で近隣を散歩したり買い物をしてもらっている方もいる。		
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	毎日買い物に行くなど、戸外に出る機会を設けている、また、計画的に紅葉など季節の花々を見に行ったり普段出かけられないところ出かけている。年1回バスをレンタルし日帰りバス旅行を行っている、今年度は、「ホテル雅叙園東京」に出かけた。近隣は自由に散歩されている方もいる。		
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	自分でお金をもって、使用できる方は、限られてきているが、近隣の店で、衣類などご自分で購入されている方もいる。また買い物ツワー時にはご自分のお財布持参し買い物を他の新れている方もいる。		

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
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	電話を使って自らご家族と連絡を取っているかたは少ない。電話を掛ける機会を工夫していきたい。		
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	家具は、リサイクル品中心に設えて、生活感が持てるようにしている。また、季節の花、ご利用者の作品の張り出し、写真ボランティアの季節感のある写真、ご利用者の外出時の写真などで安らぎと生活感が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 共用の空間の中で、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。	家具の配置でそれぞれの居場所の工夫や、玄関ホール、エレベーターホールなどで独りになったりなどしている。		
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	なるべく使い慣れた家具を持ち込んでいただいている。ベッドの頭の向きなども、自宅と同じ方向に向けて置くなどして、自宅にいた時と同じような動きができるように支援している。また、ご本人の写真や作品などでご本人が居心地よく過ごせるよう支援している。		
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	リビングからご利用者の居室や、キッチン、トイレなどが分かるようになっているため、自由で自立的な過ごし方ができるようになっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム秋桜

作成日

令和1年12月13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	33	契約書上のかかり付け医のもとで看取りケアは難しい状況である。利用者の高齢化にともない看取りを視野に入れていくことがもためられている。	かかり付け医の変更とう体制の見直し	①看取りの対象の条件の整理 ②高齢化や重度時の移動時期の基準を考える。	令和2年12月
2	35	土砂災害警戒区域になっている。	土砂災害や地震、火災などの緊急時の安全の確保	①土砂災害時の避難体制のマニュアル作成 ②非常時の食料、水、トイレなど物資の準備	令和2年 6月
3	50	高齢化、重度化に伴い外出の頻度が減ってきている。	日常的に外気に触れる機会を作る。	①外出行事の継続 ②買い物、日光浴等様ざまなちょっとした時間で機会を増やす。	令和2年12月
4	13	職員の研修が不十分	職員一人ひとりが認知症ケアについて自ら学ぶ姿勢を持つ	①外部研修の機会を持つ ②内部研修の充実	令和2年12月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。