

<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 | 10 |
| 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          |     | 4  |
| 4. 理念を実践するための体制                |     | 3  |
| 5. 人材の育成と支援                    |     | 1  |
| 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      |     | 7  |
| 1. その人らしい暮らしの支援                |     | 5  |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり        |     | 2  |
| 合計                             |     | 23 |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所番号 | 1472301025         |
| 法人名   | 有限会社サポートライフ西湘      |
| 事業所名  | グループホームローズハウス      |
| 訪問調査日 | 令和7年2月25日          |
| 評価確定日 | 令和7年4月23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23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6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             | 1472301025                           | 事業の開始年月日                                         | 平成17年6月1日    |        |
|                   |                                      | 指定年月日                                            | 令和5年6月1日（更新） |        |
| 法人名               | 有限会社サポートライフ西湘                        |                                                  |              |        |
| 事業所名              | グループホームローズハウス                        |                                                  |              |        |
| 所在地               | ( 250-0002 )<br>神奈川県小田原市寿町4-14-19    |                                                  |              |        |
| サービス種別<br><br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 |                                                  | 登録定員         | 名      |
|                   |                                      |                                                  | 通い定員         | 名      |
|                   |                                      |                                                  | 宿泊定員         | 名      |
|                   |                                      | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 |              | 定員 計   |
|                   |                                      |                                                  | ユニット数        | 2 ユニット |
| 自己評価作成日           | 令和7年2月17日                            | 評価結果<br>市町村受理日                                   | 令和7年5月9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)】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域福祉の拠点としての役割として運営推進会議で主催する地区高齢者サロンの活動や認知症カフェなど積極的に取り組むとともに、認知症サポーター養成講座の講師として近隣市町村の小中学校より依頼を受ける。また生活保護受給者の受け入れなど、行政との連携をいっそう深めている。防犯カメラや非常通報装置の設置により、グループホーム内の防犯対策は元より地域の防犯抑止力となるよう地域との連携を強化している。またICT化による生産性向上を推進していく。その他には薬剤師、訪問歯科による居宅療養管理指導の導入により適正な投薬治療、口腔衛生による誤嚥性肺炎などの予防につとめ、医療連携体制連携強化に取り組む。看取り介護では尊厳ある終末を迎えることが出来る施設としての研修や実績を重視している。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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7年2月25日                       | 評価機関<br>評価決定日 | 令和7年4月23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、有限会社サポートライフ西湘の運営です。ここ「グループホームローズハウス」は2005年に開所して18年間、小田原市寿町の地に根付き、地域の福祉相談をはじめ、認知症高齢者の暮らしを支えています。この度、M&Aにより大元の法人は変わりましたが、有限会社サポートライフ西湘、職員体制はそのままに、従来の場所で運営を続けています。事業所は「小田原駅」からバスで10分程の「今井」停留所下車して徒歩1分の場所にあります。<br>●事業所では食事支援に注力しており、現在も手作りの食事提供を継続しています。食材はスーパーで購入し、地元の食材を出来るだけ多く取り入れ、慣れ親しんだ食材の味を感じていただくことを意識し、一般家庭と同じように冷蔵庫の食材を見ながら職員が考案したり、時には利用者の希望も取り入れながら、職員が調理しています。食事は日常生活において、最大の楽しみであり、生活の質を高めたり、生きがいを創出するのに必要不可欠な要素であることから、盛り付け・彩りなども考慮し、五感で食事を楽しんでいただくことを大切にしています。行事の時には、出前、テイクアウト、ケーキなどを提供しています。<br>●今年度初めての試みとして「ローズハウス感謝祭」を開催しました。この行事では、地域の方と家族を招待し、事業所で食事を振る舞いながら利用者との交流や「Tickfortato」によるアコーディオン演奏を地域の方や家族の方に楽しんでいただきました。今後も継続して開催し、「交流の場」を提供したいと考えています。 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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  | グループホームローズハウス |
| ユニット名 | 1階ユニット        |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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、生き活きと働いている。<br>(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<br>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                      | その人なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に活用し地域にとけ込む取り組みをしている。地域の高齢者ケアカフェを実施するに当たり運営推進会議を活用し企画している。                                           | 「安心の場であること・生き甲斐を得られること・地域と共に歩むこと」の理念に基づき、日常生活の中で利用者一人ひとりの生活意欲を高めることを意識した支援に取り組んでいます。理念を具現化につなげる為、事業所内に掲示するとともに、ミーティングでも共有を図っています。                       | 今後の継続             |  |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 地域の行事にも参加し地域住民との交流を行い、施設行事にも住民の方が参加できる様な企画をする。また、ボランティア等の受け入れを行っている。初めての試みとしてローズハウス感謝祭を実施。自治会のメンバーや包括の職員、ご家族、ご友人などお呼びして入居者との交流の場を作る。 | 今年度初めての試みとして「ローズハウス感謝祭」を開催しました。この行事では、地域の方と家族を招待し、事業所で食事を振る舞いながら利用者との交流や「Tickfortato」によるアコーディオン演奏を地域の方や家族の方に楽しんでいただきました。今後も継続して開催し、「交流の場」を提供したいと考えています。 | 今後の継続             |  |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                    | 地域の防災について、自助、互助、公助の原則からまずは自らの防災に対する備えをし、それから地域の高齢者に対する援助を行うことを念頭に置き、備えをしている。また、防犯対策として防犯カメラを設置し地域の防犯の抑止力として情報発信を行っている。               |                                                                                                                                                         |                   |  |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 地域防災のあり方や、認知症になっても自分の町で暮らせる施設作り、また、介護のリスク管理等の取り組みなどについて報告や話し合いの機会としている。防犯対策にも地域との関わりを蜜にカフェ（フラットコトブキ）では独居高齢者の防災、防犯についてのレチャールを行っている。   | 自治会長・地域包括支援センター職員・民生委員・家族に声かけして、2ヶ月に1回開催しています。事業所の現状や活動状況報告、地域防災・防犯について等、様々なテーマで話し合いが行われています。運営推進会議は、事業所・参加者にとって有意義な意見交換の場となっています。                      | 今後の継続             |  |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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            | グループホーム連絡会でのイベント活動の市の後援をうけたり、その他のイベントでは市の職員と共に企画などに関わっている。地域の小中学校より認知症についての講話の依頼等も市から受けている。ラントモおだわらは、新しくスタッフとして実行委員会に加わった。           | 小田原市の担当者とは、不明点などがあれば直ぐに問い合わせるようにしています。また、グループホーム連絡会の活動には協力的に後援してくれており、良好な関係が構築できています。施設長は市からの依頼で学校で認知症の講話をするなど、啓蒙活動にも取り組んでいます。                          | 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<br>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 | 施設内研修を実施し指定基準等の周知徹底を行い、年に3回身体拘束廃止委員会を実施し自己点検やケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。                                  | 年2回の研修では、指針の読み合わせ、マニュアルの確認を行うなどして、身体拘束をしないケアに努めています。年3回身体拘束廃止委員会を開催し、言葉がけの確認・日々のケアの振り返り・事例を用いた検討会を行っています。委員会の内容は議事録に纏め、閲覧出来るようにしています。また、年2回自己チェックシートを使つての自己点検も行っています。 | 今後の継続             |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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注意を払い、防止に努めている                                       | 施設内研修を実施し指定基準等の周知徹底を行い、ケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。また、不適切な言葉遣いから介護の質が低下することを解し、指導している。年に1回（虐待）自己点検を実施している。 | 高齢者虐待防止の指針読み合わせ、マニュアル確認を含めた研修を年2回行いながら、虐待防止に努めています。虐待防止委員会は身体拘束と交互に開催しており、不適切ケア・虐待の種類や定義・事例検討を行っています。委員会の内容は議事録に纏め、閲覧するようにしています。また、年1回チェックシートを基に自己点検も行っています。          | 今後の継続             |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 人権擁護、虐待防止、後見人制度等の研修会に出席し内容を職員に伝達している。                                                                              |                                                                                                                                                                       |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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                                                      | 入居時には契約書、重要事項説明書の他に契約内容や入居時に予想される事柄を分かりやすくまとめた入居の手引きをもとに説明を行っている。                                                  |                                                                                                                                                                       |                   |
| 10   | 7    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                                                   | 日常の入居者の面会などにご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き取りを行い、スタッフ会議等で取り上げている。また、ケア記録などはいつでも閲覧できる様に対応をしている                              | 家族からの意見や要望は、面会に来られた際、電話連絡時の近況方向と併せて伺ったり、介護計画の内容を説明する際にも、直接伺うようにしています。家族とのコミュニケーションはケアマネジャーが密に取るようにしており、個人記録等への記入や、口頭でも情報を共有しています。                                     | 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                   | 8    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 個別ケアの方針や業務の効率化など、それぞれの職員の意見を尊重し改善に努めている。スタッフミーティングには必ず出席し、運営上の改善点など聞くようにしている。                                                                          | 毎月のフロアミーティングには、施設長も参加しており、ケアや業務内容に関する意見・提案の抽出に努めています。日常的には各フロアにいる管理者が、職員の話を聴くようにしています。内容によっては施設長に相談して、個別に結果を伝えたり、フロアミーティングで報告して情報の共有化を図っています。                                         | 今後の継続             |
| 12                   | 9    | ○就業環境の整備<br>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      | 賃金の引き上げや、介護の質の向上に関する研修会などを行い、処遇改善に努めている。                                                                                                               | 入職時に勤務・給与・休暇・服務規程などの就業規則について説明しています。事業所では、特別処遇改善加算・処遇改善加算を積極的に取り入れながら、職員の賃金面のベースアップを図り、職員の向上心につなげています。希望休や有給休暇は7割程度は希望通りの休暇を取得できています。また、勤務時間や出勤数も考慮しながらシフトを作成しながら、ライフワークバランスに配慮しています。 | 今後の継続             |
| 13                   | 10   | ○職員を育てる取組み<br>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          | ○J Tなどの充実の為、YouTubeなどを活用。また、対面での外部研修等の参加勧めていく。また、スキルアップに関しても働きながら学ぶ意欲が高まるような指導を行っていく。LINEを利用し職員同士の連絡や管理者からの連絡、また、内部研修のテーマに合わせyoutubeの動画を共有している。        | 入職時には、新人研修資料・業務マニュアルを配布して、OJTによる指導・教育を行っています。事業所内研修では、YouTubeの活用と作成した資料を使って研修を行い、研修後にレポート提出を義務付け、理解度を確認しています。その他、グループホーム連絡会の研修や、多職種合同研修会にも参加し、職員にも伝達研修で共有しています。                       | 今後の継続             |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 市内各グループホームとの連携を取り、各施設でのケアの状況の情報交換や他施設の空き状況なども市内全施設と情報の共有を行っている。また共に学べる研修の機会を設け、合同研修会を実施している。年1回の認知症啓発イベントRUNTOMOや認知症にんちしよう会などに積極的な参加をしている。他の施設の職員同士で寸劇 |                                                                                                                                                                                       |                   |
| 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<br>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        | 本人やご家族より、これまでの生活状況やするぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。                                                                   |                                                                                                                                                                                       |                   |

| 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<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている     | ご家族は入居者以上に不安を抱えている場合がある。じっくり時間を取り不安を解消しながら入居の調整を行っている。                                                      |                                                                                                                                                                   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 入居の申込みや相談の段階で待機中に今必要なサービスを見極め必要な情報の提供を行い、入居までの状況の確認をこまめに行うよう心がける。在宅支援のケアマネや地域包括より情報を共有したり、主治医の通院に同行し、情報をえる。 |                                                                                                                                                                   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 本人の要望に応じ、本人主体のサービス提供を心がけ、また他の入居者や職員と共に協調しあえるような雰囲気作りを心がけている。                                                |                                                                                                                                                                   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 施設行事などでご家族と共に参加できる企画を立て、ご家族との外出や外泊などの援助を行っている。感謝祭では、ナンとカレーをふるまい、入居者の方に配膳していただくなど、入居者の生き生きとした生活を見てもらっている。    |                                                                                                                                                                   |                   |
| 20   | 11   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 思い出の場所や良く通った店などの回想を通し本人らしさや自信を取り戻すことの有効性、また昔なじみの近所関係や職場の同僚などとの対話を通して自己回帰を図ることは認知症の緩和に大切な要素と認識し援助している。       | 家族・親戚・友人が来られている方もいますが、現在は2,3名までに制限して面会対応を行っています。また、馴染みの場所への支援は個別対応でお連れしています。今年度初めて開催した「ローズハウス感謝祭」では、家族を招待して、利用者と一緒に食事を食べたり、アコーディオン演奏を聴きながら一緒に過ごしていただき、家族からも好評でした。 | 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 |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 利用者同士の人間関係を常に把握し、時に見守り、間に入る事でより良い人間関係が出来るようフォローしていく。                                 |                                                                                                                                                                              |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取り組み<br>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 | 入院の見舞いや葬儀への出席など、退所後もそれまで築いた関係を維持するよう努力している。                                          |                                                                                                                                                                              |                   |
| 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                         | 12   | ○思いや意向の把握<br>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。                        | 本人の思いや過去のこだわりなどを良く傾聴し、個別に可能な限り対応している。                                                | 入居前面談で、本人・家族・介護支援専門員などから、過去の生活歴・既往歴・趣味・嗜好品・暮らし方の希望など、本人に関する情報を聴き取りながら、基本情報シートを作成しています。その後は、本人が発した言葉・表情・仕草などの情報を、基本情報シートや個人記録・日誌・口頭で申し送りしながら情報を共有し、検討しながら可能なことは反映させるようにしています。 | 今後の継続             |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                     | 本人やご家族より、これまでの生活状況やするぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。 |                                                                                                                                                                              |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                   | 個々の生活状況を把握することで、ある程度の心身の変化を予想することが出来る。サイクルの予期、不穏のきっかけとなる原因などを察知するよう心がけている。           |                                                                                                                                                                              |                   |

| 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 |
| 26   | 13   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ケース会議を開催しそれぞれの状況や方針についてスタッフ間で共有し家族との接点や本人の希望などを総合的に反映したケアプラン作りをしている。                                      | 入居時はアセスメントの情報を基に初回の介護計画を作成し、3ヶ月程度様子を見ながら身体状況や暮らしぶりなどの細かい情報を収集しています。フロア会議時にケース会議も併せて行い、モニタリングとカンファレンスを行い、支援方針について検討しています。1階はケアマネジャーが、2階は担当者が原案の作成や取り纏めを行い、家族からの意見等を集約した上で、現状に即した介護計画の作成につなげています。                    | 今後の継続             |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                         | 毎日のスタッフミーティングにて入居者の状況を共有しその日の適切な対応を検討する。また、ケア記録アプリを活用し職員間にもれなく情報が伝達できるように工夫している。                          |                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                | 家族や利用者のニーズに沿うよう柔軟に対応することが必要で、要望があればいろいろな社会資源を利用し対応していきたい。（訪問看護、訪問歯科、訪問マッサージ等）                             |                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                          | 包括支援センター、社協ボランティア（傾聴）との協力。また、訪問診療、訪問歯科衛生、また、地域の散髪などを利用し豊かな暮らしを確保している。                                     |                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                     | かかりつけ医とのコミュニケーションを大切にし状況に応じいつでも他の医療機関へスムーズに移行が出来るなど、連携を大切にしている。また、薬剤師による居宅療養管理指導を導入し薬の適正化と残薬の管理などを徹底している。 | 入居時に協力医療機関について説明を行い、家族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、3ヶ所のクリニックが訪問診療に来ており、主治医との相性を考慮しながら、紹介しています。ほとんどの方が主治医を切り替えており、月2回の訪問診療を受けています。主治医に同行している看護師とは別に、週1回訪問看護ステーションからも、健康管理や爪切などの処置に来ています。歯科医は必要な方のみ契約し、口腔ケアや治療を受けています。 | 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<br>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                      | 日常のケアの中で状態の変化等を把握し、看護師の訪問時や医療機関に適切に情報が伝わるよう、受診用伝達記録を用い活用している。                                                      |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 各病院の相談室にはこまめに連絡や訪問などを行い、関係づくりを行っている。また、入院時には面会を頻回に行い病院看護師等との連絡を密に行っている。医師のムンテラには家族、施設職員との三者で治療方針などの協議を行い連携を協調している。 |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 33   | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | 状態の変化が訪れる以前から、終末ケアに対する施設の方針を家族や関係医療機関には伝達している。また、終末期の際にはご家族とじっくりと話し合い個人のリビングウィルを尊重した終末が出来るよう取り組んでいる。               | 契約時に「重度化対応・終末ケア対応の指針」の説明と併せて、救急搬送や延命処置の意向を確認しています。重篤化が認められた際には、医師を交えて家族との話し合いの場を設け、今後の方針について共有を図っています。看取りを希望される場合には、穏やかな最期を迎えられるよう、医師・看護師・家族・事業所で連携しながら、チームとして最善の支援に努めています。                     | 今後の継続             |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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                                             | 個々に救急救命講習を受講。終末ケア時には急変に備えた指導を行い、利用者やご家族に安心して終末を迎えていただけるよう指導している。                                                   |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 35   | 16   | ○災害対策<br>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回の防災訓練の他、防災、防犯訓練を実施。防災用具や備蓄食糧等のチェックや使用の仕方などについて説明を行っている。また、防犯カメラや通報装置の運用を行い防犯意識を高めている。                           | 毎年、火災想定を2回、水害想定を1回の年3回の防災（避難）訓練を実施しています。訓練は運営推進会議の開催日と併せて実施するようにし、訓練の様子を見ていただくようにしています。運営推進会議でも災害時の協力体制について話し合われており、見守りや直ぐ近くのお寺までの避難誘導をお願いしています。備蓄品は、3日分の水・食糧・カセットコンロ・衛生用品・薬（一週間分）・発電機を準備しています。 | 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                       | 17   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                 | 過去の生活像や人間性を考慮しプライドを傷つけない言葉使いに注意し、なれなれしい態度にならないように配慮している。                            | 理念にも「安心の場であること」と掲げており、利用者が安心して生活を送っていただけるよう、利用者一人ひとりの個性・生活歴・人生観などを受容し、利用者の尊厳を尊重した対応を心がけています。研修でも、プライバシー保護・倫理・法令遵守・ハラスメント対策・認知症ケアについて学び、利用者の尊厳・人格否定・プライバシーを損なうことのない対応や言葉かけを徹底しています。 | 今後の継続             |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 個々の生活レベルに合わせその方の自立を促すケアを行っている。                                                      |                                                                                                                                                                                    |                   |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | あえて、業務のプログラムは最低限にとどめ、その日何が必要かを個々に対応するよう援助している。また、利用者の状況に合わせた業務の改善を行っている。            |                                                                                                                                                                                    |                   |  |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 希望の整髪、いつも清潔な身なりに気をつけている。また、希望に応じて化粧品の購入などの対応をしている。                                  |                                                                                                                                                                                    |                   |  |
| 40                       | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 好みの献立や味付け、季節感、栄養バランスなどを総合して美味しく食事が出来るよう配慮している。また、能力に応じて下ごしらえや、後片付けなど作業にも参加してもらっている。 | 食材はスーパーで購入しており、利用者の希望も取り入れながら、職員が調理しています。食事は日常生活において、最大の楽しみであり、生活の質を高めたり、生きがいを創出するのに必要不可欠な要素であることから、盛り付け・彩りなども考慮し、五感で食事を楽しんでいただくことを大切にしています。行事の時には、出前、テイクアウト、ケーキなどを提供しています。        | 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<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている                 | 栄養バランスや食事量、また水分摂取量などには十分な配慮をし、時には医師や看護師からのアドバイスを受けながら食事摂取を行っている。                         |                                                                                                                                          |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                          | 口腔衛生をしっかりと行うことが、日々の健康や疾患の予防に繋がることを理解し、毎食後の口腔ケアを個別に行い、毎週訪問歯科、口腔衛生を定期的に受けている。              |                                                                                                                                          |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>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          | ケア記録アプリを活用し排泄時期を管理。オムツの使用量は最小限にし、出来る限りトイレでの排泄を促している。また、昼用、夜用のオムツの形態など個々にあわせて排泄の援助を行っている。 | ケア記録アプリに利用者全員の排泄状況を記録し、タイミングや時間を見計らった声掛けと誘導にて、極力トイレで排泄できるよう促し、パット交換の回数を減らすよう努めています。失敗が続いた方はフロアミーティングで支援方法を検討し、失敗を減らせるように努めています。          | 今後の継続             |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 排便のサイクルをチェックしそれに応じた便秘薬や食事療法、また、腹部のマッサージなどの対応を行っている。                                      |                                                                                                                                          |                   |
| 45   | 20   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 気候や体調に留意した入浴介助、また、汚染時の急な対応にも備え個々にあわせて入浴方法をとっている。                                         | 週2回、午前中の中入浴を基本とし、事前にバイタルチェックと本人の意向を確認したうえで入浴を促しています。時間や曜日は拘らず、本人の意思を尊重しながら、利用者主体での入浴支援を心がけています。季節のゆず湯、菖蒲湯なども取り入れながら、季節感を感じていただくようにしています。 | 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<br>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                                                | 安眠を呼ぶ清潔な寝具の配慮や日中の活動量を増やし、夜間の睡眠の確保に環境を整えている。                                             |                                                                                                                                         |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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                                           | 処方時の薬の種類や効能、副作用について、情報の共有を行い、その用法や時間帯に注意しながら与薬を行っている。また、変化が生じたときには、医療機関や薬局への情報提供を迅速に行う。 |                                                                                                                                         |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 個々の趣味嗜好や健康状態、身体機能を把握し、一律のレクリエーションに陥ることなく個々への援助に心がけている。                                  |                                                                                                                                         |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>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 | 季節に応じた行楽や社会の空気に触れるようショッピングなどを実施している。（ソーシャルディスタンスに配慮して行っている）                             | 季節に応じた外出行事を企画し、梅、桜の花見、フラワーガーデンなどにお連れしています。玄関前のスペースにテーブルと椅子を用意して、天気の良い日にはお茶を楽しんでいただいたり、職員と一緒に日用品や嗜好品を買いに行くなどして、気分転換や社会性を維持できるように支援しています。 | 今後の継続             |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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<br>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                                                                           | 遠方の家族からの電話の取り次ぎや、年賀状などの対応を希望に応じている。Facebook で見たとご家族から連絡を頂いたこともある。                    |                                                                                                                                                          |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | ゆったりした時間が流れるような環境を作るため、だれも見えていないテレビの音が雑音にならないよう、静かなBGMを流したり、室内の気温、通気などに十分な気配りを行っている。 | 共用空間は利用者が快適に過ごせるよう、室温、湿度、採光などを調整しながら、職員によって管理されています。体操は午前中に、TV体操、YouTubeでの体操など毎日取り入れて行っています。昼食後は、リビングで寛いで過ごされる方も多く、ゆったりとした時間が流れるような環境作りを心掛けています。         | 今後の継続             |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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                                                          | 廊下やテラスなどにベンチを置き気分居合わせいつでも利用できるような空間を確保している。                                          |                                                                                                                                                          |                   |
| 54   | 23   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | 本人の好みの家具や愛着のある物を配置したり、又は情報の混乱をおこすような物や安全性には十分配慮しながら居室の環境づくりを行っている。                   | 居室には、使い慣れた家具や思い出のある写真などを置き、快適に過ごせるようにしています。入居時には、仏壇、ラジオ、テレビ、タンス、衣装ケース、家族写真など、様々な物が持ち込まれ、個性のある居室となっています。重度化した場合には介護しやすいようベッドや家具などの配置を家族の了承を得て変更することもあります。 | 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<br>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                                            | こじんまりした生活スペースならではの住環境を生かし、出来る限り車椅子を使用しないケアを目指している                                    |                                                                                                                                                          |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームローズハウス

作成日

令和7年2月25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    | 1    | 運営推進会議                                                        | 地域包括ケアシステムを意識し地域福祉の中核となるよう連携を深めて行きたい。         | 運営推進会議主宰による地域高齢者サロン（フラットコトブキ）の実施。地域防災、防犯についてグループホームで出来ることの提案。 | 1年         |
| 2    | 2    | ターミナルケアの需要が高まりつつある。このホームで終末まで住み続けて行くこと望んでいただけるようなケアを目指していきたい。 | ターミナルケアの充実看取り介護、安楽な介護、看取りに必要な知識を得るための学習を充実する。 | 看取りについての介護の方法、安楽な介護、医療的な知識や適切な医療との連携を研修で学ぶ。                   | 1年         |
| 3    | 3    | 地域参加を推進                                                       | 地域住民や利用者家族ぐるみの交流を活性化する。                       | 認知症予防啓発の為にイベントなどに積極的に参加する。認知症カフェなどの主催                         | 1年         |
|      |      |                                                               |                                               |                                                               |            |
|      |      |                                                               |                                               |                                                               |            |

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  | グループホームローズハウス |
| ユニット名 | 2階ユニット        |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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、生き活きと働いている。<br>(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<br>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                      | 理念を共有してケアを実践する。その人なりの生活意欲を高め、地域の豊かな自然環境や社会資源を有効に活用し地域にとけ込む取り組みをしている。地域の高齢者ケアカフェを実施するに当たり運営推進会議を活用し企画している。                          |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 地域の行事にも参加し地域住民との交流を行い、施設行事にも住民の方が参加できる様な企画をする。また、ボランティア等の受け入れを行っている。コロナ禍に中断していたボランティアの受入は9月より開始している。                               |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                    | 地域防災のあり方や、認知症になっても自分の町で暮らせる施設作り、また、介護のリスク管理等の取り組みなどについて報告や話し合いの機会としている。防犯対策にも地域との関わりを蜜にカフェ（フラットコトブキ）では独居高齢者の防災、防犯についてのレチャールを行っている。 |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | グループホーム連絡会でのイベント活動の市の後援をうけたり、その他のイベントでは市の職員と共に企画などに関わっているが、地域の小中学校より認知症についての講話の依頼等もコロナ禍において中止もある。ラントモおだわらもその一環。                    |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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            | グループホーム連絡会でのイベント活動の市の後援をうけたり、その他のイベントでは市の職員と共に企画などに関わっているが、地域の小中学校より認知症についての講話の依頼等もコロナ禍において中止もある。ラントモおだわらもその一環。                    |      |                   |

| 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<br>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 | 毎月ケース会議を実施。事故報告やヒヤリハット報告を確認その後の対応の再確認を行っている。そのほか年に2回（身体拘束）自己点検やケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。                               |      |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 施設内研修を実施し指定基準等の周知徹底を行い、ケアカンファレンス等で拘束や虐待につながるケアはないか検証を行っている。また、不適切な言葉遣いから介護の質が低下することを解し、指導している。年に1回（虐待）自己点検を実施している。                |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 人権擁護、虐待防止、後見人制度等の研修会に出席し内容を職員に伝達している。                                                                                             |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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                                                      | 入居時には契約書、重要事項説明書の他に契約内容や入居時に予想される事柄を分かりやすくまとめた入居の手引きをもとに説明を行っている。                                                                 |      |                   |
| 10   | 7    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                                                   | 面会時には利用者の生活状況を報告し、会話の内容やご家族の要望など細かく記録する。職員ともその内容を共有する。またご家族と対話を密にし、要望や不満についての聞き取りを行い、スタッフ会議等で取り上げている。また、ケア記録などはいつでも閲覧できる様に対応をしている |      |                   |

| 自己評価                | 外部評価 | 項 目                                                                                            | 自己評価                                                                                                                                            | 外部評価 |                   |
|---------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|                     |      |                                                                                                | 実施状況                                                                                                                                            | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11                  | 8    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 歩行困難者への車椅子への移乗、夜間のセンサーによる安全確保など、スタッフの役割分担や業務の改善により夜間帯や手薄になる時間帯の精神的肉体的な負担の軽減を図っている。                                                              |      |                   |
| 12                  | 9    | ○就業環境の整備<br>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      | 賃金の引き上げや、介護の質の向上に関する研修会などを処遇改善交付金等の利用などにより待遇面での改善を行う。                                                                                           |      |                   |
| 13                  | 10   | ○職員を育てる取組み<br>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          | ○J Tなどの充実の為、YouTubeなどを活用。また、対面での外部研修等の参加勧めていく。また、スキルアップに関しても働きながら学ぶ意欲が高まるような指導を行っていく。LINEを利用し職員同士の連絡や管理者からの連絡、また、内部研修のテーマに合わせyoutubeの動画を共有している。 |      |                   |
| 14                  |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 市内各グループホームとの連携を取り、各施設でのケアの状況の情報交換や他施設の空き状況なども市内全施設と情報の共有を行っている。また共に学べる研修の機会を設け、合同研修会を実施している。年1回の認知症啓発イベントRUNTOMOや認知症にんちしょう会などに積極的な参加をしている。      |      |                   |
| 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<br>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を努めている        | 本人やご家族より、これまでの生活状況やするぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。                                                            |      |                   |

| 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<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている     | ご家族は入居者以上に不安を抱えている場合がある。じっくり時間を取り不安を解消しながら入居の調整を行っている。                                                  |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 入居の申込みや相談の段階で待機中に今必要なサービスを見極め必要な情報の提供を行い、入居までの状況の確認をこまめに行うよう心がける。                                       |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 本人の要望に応じ、本人主体のサービス提供を心がけ、また他の入居者や職員と共に協調しあえるような雰囲気作りを心がけている。                                            |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 施設行事などでご家族と共に参加できる企画を立て、ご家族との外出や外泊などの援助を行っている。感謝祭では、ナンとカレーをふるまい、入居者の方に配膳していただくなど、入居者の生き生きした生活を見てもらっている。 |      |                   |
| 20   | 11   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | スマホアプリや地図（ストリートビュー）等を利用して、以前に住んでいた地域の様子をうかがうためのツールとして利用している。利用者も居ながらにして様子を知ることが出来るので有効な手段として利用している。     |      |                   |

| 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 |
| 21                         |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 利用者同士の人間関係を常に把握し、時に見守り、間に入る事でより良い人間関係が出来るようフォローしていく。                                 |      |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取り組み<br>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 | 入院の見舞いや葬儀への出席など、退所後もこれまで築いた関係を維持するよう努力している。                                          |      |                   |
| 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                         | 12   | ○思いや意向の把握<br>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。                        | 利用者の日常の会話から生活歴や病歴（入院歴、手術歴等）など知り得た情報を介護情報調査票に記載している。                                  |      |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                     | 本人やご家族より、これまでの生活状況やするぞれの思いを分析し、今後どう援助につなげていくかを職員と共有できるアセスメントを用い、ケアプランやサービス提供に役立てている。 |      |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                   | 個々の生活状況を把握することで、ある程度の心身の変化を予想することが出来る。サイクルの予期、不穏のきっかけとなる原因などを察知するよう心がけている。           |      |                   |

| 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 |
| 26   | 13   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎月ケース会議を開催する。特定のリーダーが発言していると、経験の浅いスタッフは発言しにくくなり、ケアが偏ってしまうため各居室担当者が司会を行う。それぞれの状況や方針についてスタッフ間で共有し家族との接点や本人の希望などを総合的に反映したケアプラン作りをしている。 |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                         | 毎日のスタッフミーティングにて入居者の状況を共有しその日の適切な対応を検討する。また、ケア記録アプリを活用し職員間にもれなく情報が伝達できるように工夫している。                                                    |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                | 家族や利用者のニーズに沿うよう柔軟に対応することが必要で、要望があればいろいろな社会資源を利用し対応していきたい。（訪問看護、訪問歯科、訪問マッサージ等）                                                       |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                          | 包括支援センター、社協ボランティア（傾聴）との協力。また、訪問診療、訪問歯科衛生、また、地域の散髪などを利用し豊かな暮らしを確保している。                                                               |      |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                     | 定期的に訪問医の診察をうける。その際に日常生活状況や変化などについても医師と情報の交換を行う。また、薬剤師による居宅療養管理指導を導入し薬の適正化と残薬の管理などを徹底している。                                           |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                                                                | 自己評価                                                                                                                                  | 外部評価 |                   |
|------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                                                    | 実施状況                                                                                                                                  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 日常のケアの中で状態の変化等を把握し、看護師の訪問時や医療機関に適切に情報が伝わるよう、受診用伝達記録を用い活用している。                                                                         |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 各病院の相談室にはこまめに連絡や訪問などを行い、関係づくりを行っている。また、入院時には面会を頻回に行い病院看護師等との連絡を密に行っている。医師のムンテラには家族、施設職員との三者で治療方針などの協議を行い連携を協調している。                    |      |                   |
| 33   | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | ターミナル期の終末ケアの際に利用者の要望やご家族の要望、医療機関の方針などをまとめ記載する。申し送りなどのスタッフミーティング時に共有し連絡先や医療機関との対応について共有を行っている。                                         |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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                                             | 個々に救急救命講習を受講。終末ケア時には急変に備えた指導を行い、利用者やご家族に安心して終末を迎えていただけるよう指導している。                                                                      |      |                   |
| 35   | 16   | ○災害対策<br>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回の防災訓練の他、防災、防犯訓練を実施。防災用具や備蓄食糧等のチェックや使用の仕方などについて説明を行っている。防犯カメラや通報装置の運用を行い防犯意識を高めている。夜間帯を想定しての訓練も行っている。また災害訓練時には行い扉の開放や落下物などの点検をおこなう。 |      |                   |

| 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<br>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                 | 過去の生活像や人間性を考慮しプライドを傷つけない言葉使いに注意し、なれなれしい態度にならないように配慮している。スタッフミーティング時には本人や周囲の利用者へ配慮しインシタルで伝えている。 |      |                   |  |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 個々の生活レベルに合わせその方の自立を促すケアを行っている。                                                                 |      |                   |  |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | あえて、業務のプログラムは最低限にとどめ、その日何が必要かを個々に対応するよう援助している。また、利用者の状況に合わせた業務の改善を行っている。                       |      |                   |  |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 希望の整髪、いつも清潔な身なりに気をつけている。また、希望に応じて化粧品の購入などの対応をしている。                                             |      |                   |  |
| 40                       | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 好みの献立や味付け、季節感、栄養バランスなどを総合して美味しく食事が出来るよう配慮している。また入居者が誤嚥を起こさず安全に食事が摂れるよう食事形態を工夫し提供をしている。         |      |                   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目                                                                                     | 自己評価                                                                                                             | 外部評価 |                   |
|------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
|      |      |                                                                                         | 実施状況                                                                                                             | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている                 | 栄養バランスや食事量、また水分摂取量などには十分な配慮をし、時には医師や看護師からのアドバイスを受けながら食事摂取を行っている。                                                 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                          | 口腔衛生をしっかりと行うことが、日々の健康や疾患の予防に繋がることを理解し、毎食後の口腔ケアを個別に行い、毎週訪問歯科、口腔衛生を定期的に受けている。                                      |      |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>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          | ケース会議では個々に会わせて排泄形態やパットの形状が適切か恒にチェックを行う。それによりオムツやパットなどの使用を最小限にするために排泄量や時間帯を把握する事でコスト面や本人の負担の軽減を図る。                |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                          | 排便のサイクルをチェックしそれに応じた便秘薬や食事療法、また、腹部のマッサージなどの対応を行っている。                                                              |      |                   |
| 45   | 20   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 気候や体調に留意した入浴介助、また、汚染時の急な対応にも備え個々にあわせた入浴方法をとっている。入浴時に信頼確認を行い皮膚疾患や身体の痣などの把握に努めている。オムツかぶれによる皮膚の状態を確認し塗布薬などの対応をおこなう。 |      |                   |

| 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<br>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                                                | 安眠を呼ぶ清潔な寝具の配慮や日中の活動量を増やし、夜間の睡眠の確保に環境を整えている。                                             |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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                                           | 処方時の薬の種類や効能、副作用について、情報の共有を行い、その用法や時間帯に注意しながら与薬を行っている。また、変化が生じたときには、医療機関や薬局への情報提供を迅速に行う。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 個々の趣味嗜好や健康状態、身体機能を把握し、一律のレクリエーションに陥ることなく個々への援助に心がけている。                                  |      |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>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 | 利用者の買い物などの付添を個々に行い、本人の希望や好みに合わせ買い物をを行っている。                                              |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 少額ながら、いつでも個別に必要なに応じて金銭の所持を認めている。また、個々の希望に応じてながら金銭の管理を行い、必要に応じて購買等の援助を行っている。             |      |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | 遠方の家族からの電話の取り次ぎや、年賀状などの対応を希望に応じている。                          |      |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 室温やかんきに気を配り入居者に今の温度が最適か確認の声かけをするなど配慮している。                    |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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                                                          | 廊下やテラスなどにベンチを置き気分居合わせいつでも利用できるような空間を確保している。                  |      |                   |
| 54   | 23   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | 本院が作成した塗り絵などご家族から頂いた手紙や似顔絵など個々の部屋に飾り自分らしさと穏やかに過ごされ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<br>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                                            | こじんまりした生活スペースならではの住環境を生かし、出来る限り車椅子を使用しないケアを目指している            |      |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所

グループホームローズハウス

作成日

令和7年2月25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    | 1    | 運営推進会議                                                        | 地域包括ケアシステムを意識し地域福祉の中核となるよう連携を深めて行きたい。         | 運営推進会議主宰による地域高齢者サロン（フラットコトブキ）の実施。地域防災、防犯についてグループホームで出来ることの提案。 | 1年         |
| 2    | 2    | ターミナルケアの需要が高まりつつある。このホームで終末まで住み続けて行くこと望んでいただけるようなケアを目指していきたい。 | ターミナルケアの充実看取り介護、安楽な介護、看取りに必要な知識を得るための学習を充実する。 | 看取りについての介護の方法、安楽な介護、医療的な知識や適切な医療との連携を研修で学ぶ。                   | 1年         |
| 3    | 3    | 地域参加を推進                                                       | 地域住民や利用者家族ぐるみの交流を活性化する。                       | 認知症予防啓発の為にイベントなどに積極的に参加する。認知症カフェなどの主催                         | 1年         |
|      |      |                                                               |                                               |                                                               |            |
|      |      |                                                               |                                               |                                                               |            |

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。