

2024（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	1492601651	事業の開始年月日	r2/4/1
		指定年月日	r2/4/1
法人名	社会福祉法人 三栄会		
事業所名	グループホーム すずの家 さがみはら		
所在地	(252-0327) 神奈川県相模原市南区磯部1082-1		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員 計 18 名 ユニット数 2 ユニット	
自己評価作成日	令和6年10月25日	評価結果 市町村受理日	令和7年2月25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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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）】

・入居者様の出来る事に着目し、できる限り自身の事は自分で行えるよう職員がサポートしています。自宅で行っていた家事や趣味なども職員と一緒に会話を楽しみながら行う事で活気のある日常生活を送る事ができるよう努めています。

・毎日のレクリエーションも入居者様の認知症状にあわせて皆さんが参加できるよう工夫しています。体操などは身体状況にあわせ、個々に対応する事で身体機能低下の予防に努めています。

・お天気が良い時はできる限りお散歩へでかけています。屋外へ出かける事で歩行状態の維持や気分転換が図れるよう努めています。

・毎月、行事の計画を立て、美味しい物を食べる楽しみ、地域の大風祭りや近くの公園へ行きお花見学など日常生活とは違う楽しみを感じていただけるよう努めています。

・面会や外出の制限を緩和し、ご家族様や地域の方々と交流を持つことで入居者様の健康維持に努めています。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル 3 階		
訪問調査日	令和6年11月26日	評価機関 評価決定日	令和7年2月7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）】

JR相模線「相武台下」から徒歩10分の、住宅が立ち並ぶ一角にあり、相模線の線路向かいには田畑が広がり、遠く丹沢山系を望むことができます。

<優れている点>

1階は同一法人が営むデイサービスで、2階は平面に階段ホールと事務所を挟んで両サイドに分かれた2つのユニットがあります。互いに階段を使わず往来が可能です。建物の道路向かいを走る線路沿いに桜並木があり、花見の季節には「れんげ」ユニットのリビングに「さくら」ユニットの利用者も集まり、室内から桜の花を楽しめます。1階のデイサービスが休日となる日曜日は、事業所の利用者が機能訓練の各機器を使い、体力維持や向上を図っています。両サイドに個室が配置される居間スペースは広く、かつ床から2m程のテラス窓があり、開放的な雰囲気です。個室の入口の表札には氏名の他に利用者が長年親しんだ仕事や趣味を描いた図柄を入れ、視覚的にも自室が判るようにしています。浴室は洒落たカラーコーディネートが目を引きます。左右に動く浴槽があり、利用者の身体機能に合わせて移動ができます。パントリーや災害時用品備蓄室など収納スペースが確保され、事業所全体が整理整頓されています。階下には地域開放のためのコミュニティスペースが用意しており、地元に着した交流を展開することができます。

<工夫点>

職員のアイデアや意見を気軽に出示してもらうために、「お試しノート」を用意し、まずは試してみることが大事との主旨を周知しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	11
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	12 ～ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	17 ～ 23
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	グループホーム すずの家 さがみはら
ユニット名	れんげ

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
		○	2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)		1, 毎日ある
		○	2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ全ての家族と
		○	2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
		○	3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生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。	入職時のオリエンテーションにて事業所理念を説明している。事務所内へ法人の経営理念とグループホームすずの家独自の理念を掲示し、職員がいつでも確認できるようにしている。	理念は、利用者・家族・地域のことに触れ、環境や職員の目指す方向について優しい言葉で表現しています。職員は利用者のペースを考えたケアを念頭に、理念を生かした実践を進めており、管理者は、理念が浸透している場面と捉えています。		
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。	介護事業所連絡会の主催しているAKP48（地域を歩いて健康づくり）に協力事業所として参加しており、地域の方々と交流している。地域在住の方に週1回傾聴ボランティアをお願いしている。	地域のイベントの「大風まつり」があり、利用者の楽しみの一つとして参加しています。地域の介護事業所と協働で地域を歩いてポイントを貯めようという活動を推進しています。傾聴ボランティアを受け入れ、利用者の安心に繋がっています。		
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。	多くの方が当施設での入居者様の日常の過ごし方や支援方法が理解できるよう定期的にインスタグラムを投稿している。			
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。	2ヵ月に1回、運営推進会議を開催している。地域包括職員、ご家族が参加している。利用状況、入居者様の様子や行事の報告、事故報告を行っている。BCP訓練の実施報告や面会や外出の緩和についてなど話しあっている。地域包括職員より、新磯地区で行われている活動を報告している。	運営推進会議メンバーから暮らしの中のリアルな気づきや期待が込められた意見があります。コロナ禍での面会制限緩和の要望や意見があり、緩和を拡大しそれに応えています。管理者はこの会議の参加メンバーの窓口をさらに広めたいとの意向があります。	認知症に関連した地域に密着した事業の社会資源としての存在を活かし、介護予防や認知症の人への心理的理解や心理的行動への初期対応などについて、運営推進会議から地域へ発信していくことが期待されます。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	社会福祉協議会と地域包括支援センターが主体となり実施している、介護保険事業所連絡会の会員となり、2ヵ月に1回の会議に参加し、事業所の取組みなどを近隣事業所と情報共有し、協力関係を築いている。近隣事業所と合同防災訓練を実施している。	地域の7ヶ所の介護事業所が集まり「介護事業所連絡会」の活動をしています。そこでは情報共有や意見交換の他、初めて合同防災訓練を実施し、新たな課題を共有しています。今後も定期的な継続を申し合わせています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	3カ月に1回身体拘束委員会を開催し、現在の身体拘束の有無の確認、センサー対応者の必要の有無の確認を行っている。定期的に身体拘束の研修を実施、報告書を提出してもらい職員が理解できているか確認している。現在は「薬に頼りすぎないケア」の研修を計画している。	身体拘束適正化のための委員会では、夜間の移動時にすぐ対応できるよう利用者家族の了解の下、移動センサーを使用しています。「魔の3ロック」の1つであるドラッグロックについて、管理者は多剤服用による副作用を軽減することを目的に、減薬や、薬に頼りすぎない介護を目指したいとしています。	
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	職員へ高齢者虐待防止点検シートを配布し、現状把握を行い、高齢者虐待防止委員会（3か月に1回）で話し合いを実施している。定期的に職員研修を実施している。職員がいつでも目を通すことができるように、高齢者虐待防止に関する指針を事務所へ設置している。	研修では虐待する側と、される側の心理を模擬体験する「ロールプレイング」を行っています。こうされたらどんな気持ちになるかなど演習を通して認識を深めています。不適切ケアに関するアンケートを活用し、虐待の芽の早期対応を心がけています。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	職員研修を実施している。成年後見制度に関しては、管理者は理解できているが、他職員は理解できていないため、支援が必要な時に体制が万全とはいえない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居時に重要事項の説明だけではなく、重度化における指針や緊急時の対応について丁寧に説明している。説明時にも都度、家族へ疑問点をたずね、返答する事で理解、納得を図っている。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	重要事項説明書へ相談窓口を記載し、いつでも意見や要望を受け付けている事を説明している。来所持や電話対応時にご家族へ個々に伺う事で意見を伝えやすい関係づくりに努めている。又、直接伝えるくい意見に関しては玄関へ意見箱を設置している。	外出や面会、行事参加に関する緩和の意見が家族からあり、希望に沿って緩和をしています。事業所開設が新型コロナの感染初期の頃で、地域展開や利用者の外出が自粛されていましたが、今後は目指す姿に向け進めていくことを考えています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	1年に2回個人面談を実施している。その他にも日頃から職員へ声かけを行っている。定期的にフロア会議、業務改善会議を開催し、職員が意見を提案できる機会を設けている。	「業務改善委員会」では、職員から得られた意見を検討したり、試験的に取り組んで評価をするなど、職員の意見を主体に改善に向けた活動をしています。個人面談を実施し、管理者は各自の目標について話し合い、達成に向けた支援をしています。	
12	9	○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	代表者は定期的に来訪し、職員の体調や精神面に気を配っている。就業規則、ハラスメント対策マニュアルを職員がいつでも目を通すことができる場所へ設置している。	個別の業務に関する目標をもってもらうことで本人のスキルの向上を図っています。外部研修は内容や研修メニューによって費用は法人で負担し、勤務扱いとしています。ハラスメント防止対策については法人の基本方針を整備しています。	
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人全体で行う研修を実施している。定期的に内部研修（リモート）を実施している。職員の力量にあわせて現場にて、リーダー又は管理者が中心となり個別に指導している。	月1回、オンラインによるリモート研修を実施しています。介護業務に初めて就く人にも解りやすい内容になっています。他にも車いすの操作や介助の基本、認知症の理解に関することなどが網羅されており、各自の要求レベルに合った研修内容になっています。	
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。	管理者が相模原市グループホーム連絡会の会員となり、定期的に会議に参加し情報交換を行い、サービスの質の向上に努めている。管理者が毎月、同法人の会議へ参加し、情報共有とサービスの質の向上に取り組んでいる。		
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。	入所前に本人と面談を行い、今不安に感じている思いや要望などを傾聴し、安心して入所ができるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入所前に家族と数回面談を行い、家族の不安な気持ちや要望を傾聴し、いつでも連絡できる環境である事を伝え、家族が安心できるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入所前に本人のバックグラウンドや心身状況、現在不安に思っている事や、今後どのように生活をしていきたいかなど本人、家族の要望を確認後、職員全員と情報共有し、本人、家族に必要な支援の話し合いを行っている。		
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。	日頃から、できる家事や得意な事を積極的に行っていただき、職員からも感謝の気持ちを伝えている。		
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。	日用品の購入や外部受診は家族へ依頼している。家族から電話連絡があった時には本人へかわり、直接要望を確認してもらっている。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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。	ご家族以外の方（ご近所の方や友人、親戚、お弟子さんなど）とも面会できる時間を作っている。入居前からよく電話で話していたお友達からの電話もつないでいる。お手紙がきたら、返事がかけるよう支援している。	現在も行きつけの美容室に通ったり、日本舞踊を教えていた当時の弟子が面会に来たり、俳句を長年嗜んでいた人は、季節に合わせた句を詠んだりしています。この他、伝統芸能を舞う動画を見て、当時を思い出してもらおうこともあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	申し送り時カンファレンスなどで個々の入居者様の性格などを把握し、職員が間に入り、共通の話題作りをしている。レクリエーションや行事を行い、入居者様同士が関りあいを持つ機会を作っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス終了後でも介護について相談がある時にはいつでも受け付けている事を家族へ伝えている。		
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 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。	本人の意向は直接本人へ確認したり、日常の何気ない会話などからくみ取るようにしている。意向をうまく伝える事ができない方は、家族へ昔はどのような生活を送っていたのか、どのような暮らしを求めているのか、趣味や仕事などを確認し、本人の意向の把握に努めている。確認した内容はカンファレンスにて職員間で情報共有している。	職員は日常の豊富な話題から話を焦点化したり、あえて2択から選んでもらうなど、思いや意向の把握に努めています。昔の話題や思い出深い行事などを引き出し、ヒントを出しながら利用者の思いや考えの視点がどこにあるかを確認するようにしています。得られた情報は「連絡ノート」に記載し、周知しています。	
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。	入所前に本人・家族・介護支援専門員・現在利用しているサービス事業所などへ生活歴や日常の様子などを確認し、内容をまとめた資料を「新入居者生活記録」へファイルし職員全員で情報共有している。		
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。	日々の心身状態は個別に記録し、申し送りにて現状の把握に努めている。食事摂取量や水分摂取量が減少してきている方や排泄状況などは職員がすぐに把握できるよう別紙に記入している。職員間で共有したい内容については連絡ノートを活用している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイディアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	日々のコミュニケーションと健康観察、家族から情報収集・往診医、看護師の意見を取り入れ、3カ月に1回カンファレンス会議を開催している。介護支援専門員、職員が参加し、会議に参加できない職員は事前に書面にて気づきを提出している。前回の計画書の評価、見直し、新たなニーズを話し合い介護計画書を作成している。	ケアプランは、長期を6ヶ月、短期を3ヶ月として目標を定め、医師とのインフォームド・コンセント、家族の要望、職員の意見をまとめ、管理者とケアマネジャーが作成しています。利用者の身体状況の変化により、期間を問わず都度話し合いを行い、ケアプランを見直してADL向上に努めています。	
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。	日々の様子やケアの実践は電子記録している。個別記録も一覧でき、情報共有している。申し送り時などに話しあい変更になったサービス内容などは連絡ノートや入居者様お試し連絡ノートを活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	日々のケアから、本人の心身機能の変化などが見られる時はつど、職員間で話し合い柔軟にサービス内容を変更している。変更した内容は各フロアの連絡ノートにて情報共有している。		
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。	地域で行われた大風祭りへの見学や近所の公園へ紫陽花見学に行くなど日常とは違う外出を楽しむ事で、心身共に豊かな暮らしが行えるよう支援している。又、地域の方に傾聴ボランティアをお願いしている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居時に家族、本人へ往診（内科・歯科）の説明を行い、今まで利用していた医療機関も家族の付添いで継続できる事を伝えている。内科往診は月に2回。歯科往診は月に1回実施している。外来受診は家族対応をお願いしているが、付添い希望であれば管理者も付添う事が可能である事を伝えている。受診後に往診と情報共有している。	月2回の内科医の訪問診療、週1回の訪問看護、月1回希望者のみ訪問歯科を受診しています。夜間は主治医が電話でのオンコール対応をしており、状況に応じて直接往診することもあります。整形外科・眼科・耳鼻科などの専門外来は家族対応で通院しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	週に1度看護師が来所し、健康管理を行っている。医療機関（往診）の看護師と24時間365日連絡ができる体勢を構築している。		
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。	入院時には病院関係者へ必要な情報を伝えている。（介護サマリーを配布）退院時にも必要であれば家族、主治医、看護師による退院時のカンファレンスへ同席し、退院後の過ごし方や気をつける点などの確認を行っている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に重度化における対応（看取り）指針を家族へ説明し同意を得ている。主治医より終末期と判断された場合、家族、医師、看護師、管理者、ユニットリーダーで今後の対応を確認し、実践している。施設での看取りの決断をされるまで何度も話し合いを重ねたり、他施設へご家族と見学へ行く事もあった。職員が不安なく看取りケアが実践できるよう研修を行い、適宜声かけをしている。	重度化や終末期は、状況が変化するごとに医師・看護師・家族・職員で都度話し合っ て対応しています。終末期に近い利用者が職員同行で一時帰省し、最期の数時間を自宅で家族と過ごした例や、遠方からの親戚が深夜に訪問した際に受け入れ、最期を看取った例があります。利用者や家族に寄り添った支援を心掛けています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変時、事後発生時の対応の職員研修を実施している。事故発生時に落ち着いて対応ができるよう、救急搬送持ち出し書類へ対応手順を添付し、実際に急変時や救急要請も職員が実践し、全員が対応できるようにしている。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	BCPを作成。職員・入居者様で避難訓練とBCP訓練を年に2回（昼・夜間想定）実施している。介護事業所等連絡会にて近隣の事業所と協力し、合同防災訓練を実施した。災害備品は事務所、1階倉庫に管理している。防災訓練、BCP訓練にて保管場所を確認している。	避難訓練と感染症対策のBCP訓練を実施しています。地域や法人の他事業所と合同防災訓練を実施し、近隣との協力体制を築いています。備蓄品リストは、非常食の保管棚に貼り付け、緊急時に速やかに対応できるよう備えています。非常食のメニューも明示しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
Ⅳ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	17	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	プライバシー・人権擁護に関する研修を行っている。個人情報に記載されている書類は鍵のかかる棚へ保管している。入居者様に対しては目上の方に接する態度で接している。排泄や更衣の介助時には扉を閉めて行うなど、プライバシーの確保に努めている。	職員は利用者を人生の先輩として尊重する事を研修で学び、実践に繋がっています。友達口調にならないよう配慮しています。トイレや入浴介助時には扉を開け放さないよう配慮し、プライバシーの確保に努めています。		
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。	支援する前に必ず声かけ、承認をいただいてからケアしている。無理強いせず意向を聞くようにしている。自己決定が困難な方に対しては、表情などから気持ちをくみ取り職員で話し合いながらケアしている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	その日の入居者様の体調や気分にあわせて、一人一人のペースで過ごせるよう心がけている。色々な場面で本人の希望を確認し、支援している。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	受診する時など外出着を着て外出している。体調や季節にあわせて洋服を変えている。本人の好む髪型にしたり、洋服も選べる方には選んでいただいている。いつも同じ洋服やちぐはぐな洋服にならないように、選ぶのが困難な方も職員がコーディネートしている。			
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事はタイヘイ（宅配業者）を利用している。メニューは決まっているが、食材のみが配達されるので調理、盛り付け、片付けなどは職員と一緒にしている。食べたい物を確認し、時々お寿司やお弁当、ピザなど提供している。お正月には年越しそばやおせち料理を提供している。食欲が低下している方などにはご家族へ相談し、好みの食べ物を準備し提供している。	通常の食事は宅配食でメニューが決まっていますが、職員がこまめにアレンジして食べやすいように工夫しています。片付けや盛り付けは利用者と一緒にしています。レクリエーションで焼きそば、誕生日ケーキ、どら焼きなどを作り楽しんでもらえるようにしています。ほぼ食べられない利用者に、本人の好きな寿司を個別に用意し、食べることができた例があります。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	食事、水分摂取量を記録している。食事摂取量や水分摂取量が減少している方には、食事形態の見直しや吞み込み状態、食べやすい食器などを確認し対応している。月に1度体重を図り、体重減少が激しい方は往診医へ相談し栄養バランスが維持できるよう対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後口腔ケアの声かけや対応を実施している。歯ブラシが困難な入居者様には口腔スポンジを使用しケアしている。月に一度歯科往診にて口腔内の点検、嚥下の確認、治療を実施している。毎日、口腔体操を行い、嚥下機能低下の予防に努めている		
43	19	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄表を確認し、個々の排泄パターンを把握し個別で声かけ、ケアを行っている。トイレの場所がわかるように、トイレの扉に名札を表示している。落ち着きがない行動が見られる時にもトイレの声かけをし誘導している。日中は全員トイレにて排泄を行っている。	職員は排泄表に排泄状況を記録し情報共有して、個々に合わせた支援を行っています。日中利用者は全員トイレで排泄しており、職員2名で介助する事もあります。声かけのタイミングなどを配慮した結果、紙パンツから布パンツに変更した利用者がいます。	
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。	毎日水分を多めに摂取し、体操や散歩を行っている。便秘傾向の方にはトイレでの腹部マッサージや屋内歩行を多めに行うなど腸の動きが良くなるよう支援している。色々対応しても便秘が継続している場合は往診医へ相談し対応している。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	週に2回入浴している。入浴拒否がみられる方には、声かけする時間を変更したり、声かけする職員を変更したりと工夫している。職員1人対応では暴れてしまう入居者様には職員2人で声かけしながら対応している。しょうぶ湯やゆず湯など季節を感じる入浴を提供している。マンツーマンでの対応なので、ゆっくりと会話を楽しみながら入浴している。	浴室には機械浴と、スライド式で左右に動く浴槽を備え、利用者の身体状況に合わせて入浴支援を行っています。職員と1対1で会話ができるため、昔話に花を咲かせながらリラックスした入浴を楽しんでいます。柚子湯では、普通の柚子の10倍ほど大きい縁起物の鬼柚子を入れ、利用者を驚かせて楽しむこともあります。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日中、活動や体操、散歩で身体を動かし、夜にぐっすりと眠れるよう支援している。日中も本人の訴えや表情で休息する時間を作っている。個々に眠りやすい環境づくり（温度や照明）を行っている。不眠の方には傾聴し、穏やかに眠りにつけるよう対応している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	入居前に全職員へ情報提供している。内服薬や軟膏の変更時には連絡ノートへ変更や追加理由、用法、用量を記載し職員全員で情報共有し、本人の心身状態を確認。異変時にはすぐに往診へ相談している。嚥下機能が低下している方には飲みやすいようにトロミをつけて提供している。		
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。	自宅で過ごしていた時に行っていた事（家事や花の水やり、ゴミ出しなど）を職員と一緒にやっている。一人一人できる事が異なるので、個々の楽しめる方法を考え支援している。（掲示物の制作や散歩、外気浴、談笑、リズム体操、ゲームなど）		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	天候の良い時はできる限り散歩や外気浴を実施している。歩行困難な方も車いすを使用し外出している。外出計画では近所の公園への紫陽花見学、近くの河原の大風祭り見学も継続している。ご家族との外出も始めている。外出拒否の方は屋外でおやつを食べるレクレーションを企画し、声かけ対応している。	日常的に桜並木やれんげ畑沿いの道など近所を散歩しています。外出が難しい日は日光浴や外気浴を行い、ADLの維持に努めています。季節ごとに花見、紫陽花鑑賞、大風祭見学を楽しんでいます。家族との外出も可能で、家族と一緒にぎる菊鑑賞を楽しむ利用者がいます。	
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。	認知症状により、本人が金銭管理を行う事は困難であり、金銭管理は家族と施設で行っている。		

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 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。	職員から家族あてに手紙を送っている（写真付き）。家族との電話連絡時にはできる限り本人とかわり話ができるよう支援している。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	毎月、季節にあった掲示物を一緒に作成し掲示している。時間帯にあわせた、明るさ、温度、音の調整をしている。季節に応じた温度、湿度管理を行っている。	共有空間はとても広く、南側の窓からはJR線や桜並木、丹沢が眺められ、解放感があります。リビングは暖色系の照明と自然光で落ち着いて過ごせる空間となっています。レクリエーション時に職員と利用者で合作した四季の折り紙作品を飾り、季節を感じられるようにしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リクライニングチェアを設置し、ゆったりとした気持ちで過ごせる空間づくりをしている。食席の配置や散歩のメンバーなど気の合う方同士の組み合わせを工夫している。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	照明、エアコン、ベッド、タンス、クローゼット、カーテンは備わっている。入居時にできれば本人が使用していた物を持参していただくようお願いしている。本人が過ごしやすい家具の設置、安全に移動ができる導線をつくっている。又、居室担当者が季節の変わり目には衣替えを行っている。	居室に入るものであれば持ち込みは自由で、テレビや運動器具、利用者が詠んだ俳句、ぬり絵、家族の写真などを飾り、それぞれ過ごしやすい居室になるようにしています。冬は乾燥しないよう水に浸したタオル入りたらいをベッド下に配置し、湿度を調整して利用者の健康管理に努めています。	
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。	トイレやお風呂、居室など、他者へ確認しなくても自由に移動ができるよう名札をつけている。日頃から本人のできる事確認した時には申し送り時や、連絡ノートを活用し全員で共通したケアを実践している。		

事業所名	グループホーム すずの家 さがみはら
ユニット名	さくら

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
		○	2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)		1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
		○	3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生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。	入職時のオリエンテーションにて事業所理念を説明している。事務所内へ法人の経営理念とグループホームすずの家独自の理念を掲示し、職員がいつでも確認できるようにしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	介護事業所連絡会の主催しているAKP48（地域を歩いて健康づくり）に協力事業所として参加しており、地域の方々と交流している。地域在住の方に週1回傾聴ボランティアをお願いしている。		
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。	多くの方が当施設での入居者様の日常の過ごし方や支援方法が理解できるよう定期的にインスタグラムを投稿している。		
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。	2ヵ月に1回、運営推進会議を開催している。地域包括職員、ご家族が参加している。利用状況、入居者様の様子や行事の報告、事故報告を行っている。BCP訓練の実施報告や面会や外出の緩和についてなど話しあっている。地域包括職員より、新磯地区で行われている活動を報告している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	社会福祉協議会と地域包括支援センターが主体となり実施している、介護保険事業所連絡会の会員となり、2ヵ月に1回の会議に参加し、事業所の取組みなどを近隣事業所と情報共有し、協力関係を築いている。近隣事業所と合同防災訓練を実施している。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	3カ月に1回身体拘束委員会を開催し、現在の身体拘束の有無の確認、センサー対応者の必要の有無の確認を行っている。定期的に身体拘束の研修を実施、報告書を提出してもらい職員が理解できているか確認している。現在は「薬に頼りすぎないケア」の研修を計画している。		
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	職員へ高齢者虐待防止点検シートを配布し、現状把握を行い、高齢者虐待防止委員会（3か月に1回）で話し合いを実施している。定期的に職員研修を実施している。職員がいつでも目を通すことができるように、高齢者虐待防止に関する指針を事務所へ設置している。		
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。	職員研修を実施している。成年後見制度に関しては、管理者は理解できているが、他職員は理解できていないため、支援が必要な時に体制が万全とはいえない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居時に重要事項の説明だけではなく、重度化における指針や緊急時の対応について丁寧に説明している。説明時にも都度、家族へ疑問点をたずね、返答する事で理解、納得を図っている。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	重要事項説明書へ相談窓口を記載し、いつでも意見や要望を受け付けている事を説明している。来所持や電話対応時にご家族へ個々に伺う事で意見を伝えやすい関係づくりに努めている。又、直接伝えにくい意見に関しては玄関へ意見箱を設置している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	1年に2回個人面談を実施している。その他にも日頃から職員へ声かけを行っている。定期的にフロア会議、業務改善会議を開催し、職員が意見を提案できる機会を設けている。		
12	9	○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	代表者は定期的に来訪し、職員の体調や精神面に気を配っている。就業規則、ハラスメント対策マニュアルを職員がいつでも目を通すことができる場所へ設置している。		
13	10	○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、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。	法人全体で行う研修を実施している。定期的に内部研修（リモート）を実施している。職員の力量にあわせて現場にて、リーダー又は管理者が中心となり個別に指導している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	管理者が相模原市グループホーム連絡会の会員となり、定期的に会議に参加し情報交換を行い、サービスの質の向上に努めている。管理者が毎月、同法人の会議へ参加し、情報共有とサービスの質の向上に取り組んでいる。		
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。	入所前に本人と面談を行い、今不安に感じている思いや要望などを傾聴し、安心して入所ができるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入所前に家族と数回面談を行い、家族の不安な気持ちや要望を傾聴し、いつでも連絡できる環境である事を伝え、家族が安心できるよう努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入所前に本人のバックグラウンドや心身状況、現在不安に思っている事や、今後どのように生活をしていきたいかなど本人、家族の要望を確認後、職員全員と情報共有し、本人、家族に必要な支援の話し合いを行っている。		
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。	日頃から、できる家事や得意な事を積極的に行っていただき、職員からも感謝の気持ちを伝えている。		
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。	日用品の購入や外部受診は家族へ依頼している。家族から電話連絡があった時には本人へかわり、直接要望を確認してもらっている。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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。	ご家族以外の方（ご近所の方や友人、親戚、お弟子さんなど）とも面会できる時間を作っている。入居前からよく電話で話していたお友達からの電話もつないでいる。お手紙がきたら、返事がかけ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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	申し送り時カンファレンスなどで個々の入居者様の性格などを把握し、職員が間に入り、共通の話題作りをしている。レクレーションや行事を行い、入居者様同士が関りあいを持つ機会を作っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス終了後でも介護について相談がある時にはいつでも受け付けている事を家族へ伝えている。		
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 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。	本人の意向は直接本人へ確認したり、日常の何気ない会話などからくみ取るようにしている。意向をうまく伝える事ができない方は、家族へ昔はどのような生活を送っていたのか、どのような暮らしを求めていたのか、趣味や仕事などを確認し、本人の意向の把握に努めている。確認した内容はカンファレンスにて職員間で情報共有している。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入所前に本人・家族・介護支援専門員・現在利用しているサービス事業所などへ生活歴や日常の様子などを確認し、内容をまとめた資料を「新入居者生活記録」へファイルし職員全員で情報共有している。		
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。	日々の心身状態は個別に記録し、申し送りにて現状の把握に努めている。食事摂取量や水分摂取量が減少してきている方や排泄状況などは職員がすぐに把握できるよう別紙に記入している。職員間で共有したい内容については連絡ノートを活用している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	日々のコミュニケーションと健康観察、家族から情報収集・往診医、看護師の意見を取り入れ、3カ月に1回カンファレンス会議を開催している。介護支援専門員、職員が参加し、会議に参加できない職員は事前に書面にて気づきを提出している。前回の計画書の評価、見直し、新たなニーズを話し合い介護計画書を作成している。		
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。	日々の様子やケアの実践は電子記録している。個別記録も一覧でき、情報共有している。申し送り時などに話しあい変更になったサービス内容などは連絡ノートや入居者様お試し連絡ノートを活用している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	日々のケアから、本人の心身機能の変化などが見られる時はつど、職員間で話し合い柔軟にサービス内容を変更している。変更した内容は各フロアの連絡ノートにて情報共有している。		
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。	地域で行われた大風祭りへの見学や近所の公園へ紫陽花見学に行くなど日常とは違う外出を楽しむ事で、心身共に豊かな暮らしが行えるよう支援している。又、地域の方に傾聴ボランティアをお願いしている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居時に家族、本人へ往診（内科・歯科）の説明を行い、今まで利用していた医療機関も家族の付添いで継続できる事を伝えている。内科往診は月に2回。歯科往診は月に1回実施している。外来受診は家族対応をお願いしているが、付添い希望であれば管理者も付添う事が可能である事を伝えている。受診後に往診と情報共有している。		

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 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。	週に1度看護師が来所し、健康管理を行っている。医療機関（往診）の看護師と24時間365日連絡ができる体制を構築している。		
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。	入院時には病院関係者へ必要な情報を伝えている。（介護サマリーを配布）退院時も必要であれば家族、主治医、看護師による退院時のカンファレンスへ同席し、退院後の過ごし方や気をつける点などの確認を行っている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に重度化における対応（看取り）指針を家族へ説明し同意を得ている。主治医より終末期と判断された場合、家族、医師、看護師、管理者、ユニットリーダーで今後の対応を確認し、実践している。施設での看取りの決断をされるまで何度も話し合いを重ねたり、他施設へご家族と見学へ行く事もあった。職員が不安なく看取りケアが実践できるよう研修を行い、適宜声かけをしている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変時、事後発生時の対応の職員研修を実施している。事故発生時に落ち着いて対応ができるよう、救急搬送持ち出し書類へ対応手順を添付し、実際に急変時や救急要請も職員が実践し、全員が対応できるようにしている。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	BCPを作成。職員・入居者様で避難訓練とBCP訓練を年に2回（昼・夜間想定）実施している。介護事業所等連絡会にて近隣の事業所と協力し、合同防災訓練を実施した。災害備品は事務所、1階倉庫に管理している。防災訓練、BCP訓練にて保管場所を確認している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	プライバシー・人権擁護に関する研修を行っている。個人情報記載されている書類は鍵のかかる棚へ保管している。入居者様に対しては目上の方に接する態度で接している。排泄や更衣の介助時には扉を閉めて行うなど、プライバシーの確保に努めている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	支援する前に必ず声かけ、承認をいただいてからケアしている。無理強いはずずに意向を聞くようにしている。自己決定が困難な方に対しては、表情などから気持ちをくみ取り職員で話し合いながらケアしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	その日の入居者様の体調や気分にあわせて、一人一人のペースで過ごせるよう心がけている。色々な場面で本人の希望を確認し、支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	受診する時など外出着を着て外出している。体調や季節にあわせて洋服を変えている。本人の好む髪型にしたり、洋服も選べる方には選んでいただいている。いつも同じ洋服やちぐはぐな洋服にならないように、選ぶのが困難な方も職員がコーディネートしている。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事はタイヘイ（宅配業者）を利用している。メニューは決まっているが、食材のみが配達されるので調理、盛り付け、片付けなどは職員と一緒にやっている。食べたい物を確認し、時々お寿司やお弁当、ピザなど提供している。お正月には年越しそばやおせち料理を提供している。食欲が低下している方などにはご家族へ相談し、好みの食べ物を準備し提供している。		

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。	食事、水分摂取量を記録している。食事摂取量や水分摂取量が減少している方には、食事形態の見直しや吞み込み状態、食べやすい食器などを確認し対応している。月に1度体重を図り、体重減少が激しい方は往診医へ相談し栄養バランスが維持できるよう対応している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後口腔ケアの声かけや対応を実施している。歯ブラシが困難な入居者様には口腔スポンジを使用しケアしている。月に一度歯科往診にて口腔内の点検、嚥下の確認、治療を実施している。毎日、口腔体操を行い、嚥下機能低下の予防に努めている		
43	19	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄表を確認し、個々の排泄パターンを把握し個別で声かけ、ケアを行っている。トイレの場所がわかるように、トイレの扉に名札を表示している。落ち着きがない行動が見られる時にもトイレの声かけをし誘導している。日中は全員トイレにて排泄を行っている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	毎日水分を多めに摂取し、体操や散歩を行っている。便秘傾向の方にはトイレでの腹部マッサージや屋内歩行を多めに行うなど腸の動きが良くなるよう支援している。色々対応しても便秘が継続している場合は往診医へ相談し対応している。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	週に2回入浴している。入浴拒否がみられる方には、声かけする時間を変更したり、声かけする職員を変更したりと工夫している。職員1人対応では暴れてしまう入居者様には職員2人で声かけしながら対応している。しょうぶ湯やゆず湯など季節を感じる入浴を提供している。マンツーマンでの対応なので、ゆっくりと会話を楽しみながら入浴している。		

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。	日中、活動や体操、散歩で身体を動かし、夜にぐっすり眠れるよう支援している。日中も本人の訴えや表情で休息する時間を作っている。個々に眠りやすい環境づくり（温度や照明）を行っている。不眠の方には傾聴し、穏やかに眠りにつけるよう対応している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	入居前に全職員へ情報提供している。内服薬や軟膏の変更時には連絡ノートへ変更や追加理由、用法、用量を記載し職員全員で情報共有し、本人の心身状態を確認。異変時にはすぐに往診へ相談している。嚥下機能が低下している方には飲み込みやすいようにトロミをつけて提供している。		
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。	自宅で過ごしていた時に行っていた事（家事や花の水やり、ゴミ出しなど）を職員と一緒にやっている。一人一人できる事が異なるので、個々の楽しめる方法を考え支援している。（掲示物の制作や散歩、外気浴、談笑、リズム体操、ゲームなど）		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	天候の良い時はできる限り散歩や外気浴を実施している。歩行困難な方も車いすを使用し外出している。外出計画では近所の公園への紫陽花見学、近くの河原の大風祭り見学も継続している。ご家族との外出も始めている。外出拒否の方は屋外でおやつを食べるレクレーションを企画し、声かけ対応している。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	認知症状により、本人が金銭管理を行う事は困難であり、金銭管理は家族と施設で行っている。		

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 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。	職員から家族あてに手紙を送っている（写真付き）。家族との電話連絡時にはできる限り本人とかわり話ができるよう支援している。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	毎月、季節にあった掲示物を一緒に作成し掲示している。時間帯にあわせた、明るさ、温度、音の調整をしている。季節に応じた温度、湿度管理を行っている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リクライニングチェアを設置し、ゆったりとした気持ちで過ごせる空間づくりをしている。食席の配置や散歩のメンバーなど気の合う方同士の組み合わせを工夫している。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	照明、エアコン、ベッド、タンス、クローゼット、カーテンは備わっている。入居時にできれば本人が使用していた物を持参していただくようお願いしている。本人が過ごしやすい家具の設置、安全に移動ができる導線をつくっている。又、居室担当者が季節の変わり目には衣替え行っている。		
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。	トイレやお風呂、居室など、他者へ確認しなくても自由に移動ができるよう名札をつけている。日頃から本人のできる事確認した時には申し送り時や、連絡ノートを活用し全員で共通したケアを実践している。		

2024年度

事業所名
作成日： 7年 2月 20日

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	3	コロナ禍での開所という事もあり、地域との交流を深める事ができていない	施設の持っている社会資源を地域へ還元する。	利用時のルールを決める。チラシを作成し、地域へ配布。地域の会議などで情報を発信。地域交流室（施設内）の解放	12ヶ月
2		家族アンケートを行えていない	家族へアンケートを実施する。（年2回）	リーダー会議にてアンケート内容を決める。アンケート実施。アンケートの統計を出し、ご家族、職員と内容共有する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月