

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	1472612116	事業の開始年月日	令和6年3月1日
		指定年月日	令和6年3月1日
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム相模原下九沢		
所在地	(252-0134) 神奈川県相模原市緑区下九沢1485-26		
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7年2月7日	評価結果 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	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）】

認知症の方やご家族が住み慣れた地域で安心して生活を送れるよう、介護福祉士や看護師、ケアスタッフが一丸となりより良いケアの為に日々努めています。 認知症の進行を緩やかに遅らせるための独自の自立支援プログラム（水分や栄養、運動を中心としたプログラム）を実施し、 会話を中心としたコミュニケーションや体操、筋力維持のための毎日の外出を行っております。 また、管理職の職員が看護師及び保健師の資格を有しており、医療機関との連携も密に行い、疾病予防ケアも行っております。

【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7年3月7日	評価機関 評価決定日	令和7年4月28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）】

＜優れている点＞ 毎朝の散歩を日課にしています。バリアフリーの室内とは違い、傾斜がある道路を 一歩ずつしっかりと歩いて貰えるようにサポートしています。車いすの入居者も積極 的に外出し、外気に触れ気分転換することで脳に良い刺激になり、睡眠や認知症予 防に繋がっています。気持ちが落ち着かない時は職員と1対1で散歩や買い物に出かけ ることで、笑顔になることもあります。散歩の際は、近隣のみかんの木を見たり、 話をしながらスーパーマーケットに買い物に行くなど、外部との繋がりも大事にし ています。認知症状による傾眠の状態を改善するために、家事の参加など出来る事 をお願いし、本人の保有する能力を活かし「ともに笑顔、ともに想い、ともにつな がる」を理念とし実践しています。調理担当職員が毎食調理して温かい手作りの食 事を提供しています。認知症予防や便秘対策、体調を整えるために、喉が渇いてい る起床時に牛乳などの水分を提供し、水分をしっかりと摂れる工夫をしています。ま た、新しい環境に慣れてもらえるように、一人ひとりの対応を工夫しています。例 えば、家族と会うことで安心する人には、家族と相談し可能な限り面会を依頼して います。面会時の家族との外食を楽しみにしながら少しずつ気持ちが落ち着いてく るなど、その人に合った利用者本位の支援に努めています。 ＜工夫点＞ 職員の業務経験・職位などのキャリアパスを法人が定め、各職位グレードの基準が 具体的に明示されています。職員は自己評価とホーム長との面談結果で3ヶ月ごとに グレードアップ（昇給）の機会があります。職員のやりがいに繋がり、モラルアッ プにもなっています。
--

【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	愛の家グループホーム相模原下九沢
ユニット名	あじさい

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。	①法人としての介護理念があり毎朝朝礼にて読み上げているまた、各ホームの理念も独自に作成している②入社時研修の際に説明・ご家族様がわかるようにフロア内掲示③毎朝朝礼にて読み上げている・入社時や定期的な研修で意味について説明④「快適」で「穏やか」な生活を常に支援します・様々な機会を通じて地域の人々との触れ合いを大切にします・「心」を込めた親切なサービスに努めその姿勢を磨き続けます。	「ともに笑顔、ともに想い、ともにつながる」を理念として実践しています。外に出たいと強く思う入居者の思いを否定せず近隣の散歩やスーパーマーケットへの買い物などに行っています。傾眠しがちな入居者には家事の手伝いなど出来る家事参加をお願いして本人の保有能力を活かす支援に努めています。		
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。	①大沢自治会に加入②コロナ禍のため直接的な交流は実施できていないが、大沢包括とともに認知症カフェ定期開催の計画を打ち合わせ中③コロナ禍の為直接的な交流は中止にしている④夏祭りの際にご家族様等が浴衣の貸出と着付けのボランティア支援をしてくださった。	開設時に地域包括支援センターと相談し、自治会に加入しています。自治会長、民生委員などの地域との連携を構築し地域社会の一員としての活動がスタートし今も継続しています。入居者には出来るだけ外出してもらい、外の空気を五感で感じて脳を刺激することにより認知症の進行を遅らせるよう努めています。		
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。	運営推進会議にて認知症重度化した方への支援方法などを説明、困りごとがあればいつでも相談いただきたいこと伝えている。			
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	①1-2ユニットのご家族様及び知見を有する方として特養の統括介護支援専門員、包括支援センターセンター長が参加。 ②実績報告及びご家族様からの意見を頂き、牛丼を食べる会などを開催 ③ジャンクフードが好きという意見があるため牛丼やマクドナルドなど外食レク実施。	ホーム設立の翌月から自治会役員や民生委員、地域包括支援センター職員、入居者家族の参加を得て実施しています。2回目からは特別養護老人ホーム介護支援専門員も参加しています。ヒヤリハット報告に対する意見交換や食レクリエーションの提案などを運営に取り入れています。		
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。	①生活保護課の担当者や、福祉基盤課とは定期的に連絡を取り合っている。また、書類提出の際に顔が見える関係性作りのため持参できる場合は市役所へ伺い対面にて情報共有など実施。	相模原市生活支援課の職員とは生活保護の関連で連携し、緑区高齢障害者相談課とは報告や相談に訪問も交えて協力関係を築いています。今年度「相模原市介護事業者等連絡協議会」発足メンバーの一員として参加し、理事として活動を開始しています。		

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
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。	法定研修や入社時研修にて、資料配布し職員全体の理解習熟度確認。不適切ケアチェックシートを用いて現場スタッフ同士で相互に不適切な言動が無いか確認し合っている。 チェックシートもとに定期的に身体拘束廃止委員会実施している。	身体拘束のない介護に取り組み、声かけ・見守りなどに気を配り、ケアに取り組んでいます。身体拘束適正化委員会をホーム長やケアマネジャー、各フロア代表2名で構成し、課題を話し合い、対策を職員に周知しています。法人研修を毎月リモートで実施し、職員は研修日に受講し知識を深めています。	
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。	①不適切ケアについてチェックシート用いて確認し委員会実施。 ②日々管理者が現場ラウンドし、職員の言動や表情、家庭環境などアセスメント実施し必要時有給取得させるなどにて対応。 ③研修にて通報義務について都度説明。	虐待防止委員会は身体拘束適正化委員会と同時に実施しています。「虐待・不適切なケアチェックシート」は30項目あり、介護中イライラしてしまうことがある、などの課題が出されています。スピーチロック研修などを実施し理解を深め、防止に努めています。	
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。	入居者様の中でご家族様による経済的虐待につながる恐れある方は包括支援センターと共同で成年後見制度活用するよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	都度契約の際に読み上げつつ、不明点を確認し、契約終了後でも疑問点などあれば遠慮なくお申し付けください。と伝え、相互の理解納得をえている。		
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。	面会の際に管理者出勤時は必ずご家族様からの意見など伺うようにお声がけしている。 ・誕生日当日に生もの（寿司や刺身）がどうしても食べたいという本人の意見有、ご家族様に伝達し対応して頂くなど。	入居者と家族の思いを反映できるように努めています。毎週昼ご飯の外食や、外気浴をするなど、家族との面談を推奨しています。医師の了解を得て、アルコールを楽しむ入居者もいます。テレビの視聴時間など、入居前からの習慣を継続できるように家族からの要望も反映しています。	

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
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毎月のホーム会議にて業務フローの内容変更など現場の声を確認 ②年度内に4回ほど業務フロー改定 散歩の時間変更・職員の休憩時間帯変更など働きやすい職場づくりに努めている。	ホーム長を就任する前の職員としての視点を大事にしています。毎月開催するホーム会議では現場の意見や提案を大事にしています。話し合いにより人員体制を考慮して散歩の時間を遅番が出勤する10時からに変更し職員の繁忙感を緩和しています。エリアマネージャーが毎月4回ほど来訪して職員の声を聞く機会を設けています。	
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。	社内規定のキャリアパス制度実施 入社時に就業規則配布 離職防止の為に面談実施。 ②入社時に15の約束という書類用いてハラスメント防止文言に署名。 ③面談や日々のかかわりの中で状況に応じて有給取得やシフト調整など。 ④紙媒体の介護記録ではなく電子記録活用 情報の全体共有等実施。	職員は生き活きと活動できるように努めています。業務経験・職位のキャリアパスを法人が定め、各職位グレードの基準を具体的に明示しています。職員は3ヶ月ごとにグレードアップ（昇給）の機会があり、特に新入職員のやりがいに繋がり、モラルアップ（労働意欲）となっています。	
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。	①職員を経験年数別や、技術面で階層分けし担当ユニット定期で配置換え。 OJT担当固定化を行い、助言する人材の確保に努めています。（メンター）	法人が作成する職員育成の研修講座を年間計画に従ってリモートで実施しています。ホームでは研修日を決めて職員が受講し、自己研鑽しています。また、入居者の状況に対応して職員の担当ユニットを替えるなど工夫しています。各種資格取得に際しては合格後費用助成して支援しています。	
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。	毎月第4金曜日にて、相模原市内の介護職員や福祉用具会社等が集う会合に参加しネットワークづくりや勉強会等に参加している。		
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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居時や入居前アセスメントにて生活歴やどのように生活を送りたいかを聞き取りアセスメントシート作成し共有。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	上記同様。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入居初日～1週間程度記録を詳細に記入し、必要時外部のサービス利用ができるよう支援している。（訪問マッサージなど）		
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。	家庭的な雰囲気を重要視し、「できること」を実際に行っていただくよう支援している。 例：調理・食事の盛り付け・毎朝の掃除		
19		○本人を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。	認知症ゆえに発生する課題や問題行動に関してご家族様へ報告し、可能な限り面会に来ていただき、家族との絆をより強められるよう支援している。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族様以外の面会者（隣人、職場での同僚）等もご家族様に確認したうえで面会や外食同行などしていただいている。	家族との面会を大事にしています。入居時に入居者の生活歴や性格・馴染みの関係などをまとめたシートを作成し、把握するよう努めています。兄弟や友人が来訪することもあります。利用者が好きなものや、洋服を買いに行くなど、利用者の思いを大事にしています。	

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
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。	良好な関係性か、そうでないかを記録に記載しながら、レクや散歩のグループ分けなどを行っている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	退居された方々に関しては、医療的ケアが必要になった方が殆どであり、入院先からご逝去された旨の連絡など受けた場合ご家族様へお悔やみの一報を入れたり、お写真を郵送したりしている。		
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 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。	生活歴を詳細に聞き取りながら訴えを傾聴するようにつとめ、記録に記載し情報を繋いでいく。	新しい環境に慣れてもらえるように、一人ひとりの対応を工夫しています。家族と相談しながら本人が納得できる言葉をさがして伝えています。家族と会うことで安心する人は、可能な限り面会を依頼し、毎週家族との外食を楽しみにしながら少しずつ気持ちが落ち着いてもらえるように一人ひとりに寄り添った支援に努めています。	
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。	入居時のアセスメントにて共有。		
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。	上記同様。		

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。	施設CMが担当し、意見や思いを発言できる方からは直接、難しい方はご家族様や後見人様と密に連絡を取りながら計画作成を実施。	入居者がどんな生活を希望しているか、求めている姿を想像しその思いを汲み取りながらケアプランを作成しています。3ヶ月ごとに見直し、家族には生活の様子を分かりやすく丁寧に伝えています。理学療法士が作成した個別の「生活機能向上計画」を毎日実践することで脚力の維持などに努めています。	
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。	個別記録にて気づきや工夫店を記入し、職員全体で共有している。		
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。	パン食を好まれる利用者様の為にパンの訪問販売業者に駐車場開放し定期的に販売していただけないか。 また、地域住民にとっても訪問販売車の来訪はメリットがあると考え、依頼している最中。		
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。	入居系サービスであるため在宅的なサービス導入はしていないが、地域のボランティア団体と交流し認知症マップ作成等行っている。		
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。	①協力医療機関を2つ提示しご家族さまに直接選んでいただく。またなじみのかかりつけ医に関しても継続して受診できる事説明。 ②隔週で往診実施 看護師（管理者）が毎回同行し薬剤調整など実施。安定剤処方に関してはご家族様へ必ず説明している。	家族は希望するかかりつけ医を選んでいきます。協力医療機関は内科・外科・皮膚科などに対応し、病床を備えています。体調の急変時には主治医が勤務している病院に入院することもあります。ホーム長は看護師で入居者の日頃の心身状態を把握しているため、体調が変化した時は的確な判断や指導により医療に繋げることができています。	

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。	毎週1回訪問する看護師へ申し送り書類活用して共有、爪切りやスキンケア等実施していただいている。		
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。	往診医療機関へ直接入院する場合は殆どであり、往診時や電話、メール、書類のfaxなどで情報共有をしている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	往診時に合わせてご家族様ICを実施し、DNARの再確認などを定期的に実施している。	入居時に看取りの指針や事業所で出来る事出来ない事を説明しています。職員は勉強会でグループホームでおこなう看取りについての知識や考え方を学び、家族や本人が望む「終の棲家」として、家族、医療、介護がチームとなり安心して看取り介護を行うことが出来るよう努めています。	事業所の看取り介護の方針に沿い、体制を整えながら日常生活の延長線としての看取りに取り組む事が期待されます。
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。	VSデータの読み方や基準値、状態変化にまつわる観察等日々職員全体へ管理者より伝達。救命訓練を定期的実施している。		
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。	①昼想定・夜間想定の実施し記録書類作成。 ②管理職・CM・現場スタッフ等参加。（コロナ禍の為近隣住民不参加） ③職員連絡網の代替えとして大規模災害時でもメッセージ開封確認ができるグループライン活用。 ④備蓄品収納場所を設定し定期的に管理保管。	建物は耐震建築で、地震の揺れに耐えるような設計になっています。水害時は垂直避難で2階を避難場所としています。火災時は2階の入居者はリビングに面したベランダで救助を待つ訓練をしています。炎や煙が広がらないよう階段部分に防火ドアを設置し、居室のクローゼットは壁に固定して安全対策を行っています。水や食料の備蓄、ポータブル電源、ガソリン発電機を保管し、災害に備えています。	今後は、運営推進会議等を通じ、災害時の地域住民との具体的な協力体制について話し合うことが期待されます。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
Ⅳ その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	17	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	ユマニチュードケアを心がけながら実施している。	入居者の話をゆっくり聞き、何を望んでいるのか一人ひとりの思いに気持ちを傾けています。話すことが難しい状態になっても、わかりやすい言葉で話しかけます。入居者の言葉には理由があるので最後まで聞き、きちんと答えることで信頼関係を築くよう努めています。		
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。	日々のかかわりの中で、自己決定や選択肢を増やすように支援している 例：昨年の食事レク（牛井・マクドナルドレク）ではご本人様方にどれがいいか、何を食いたいかなど聞いて行っている。			
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。	メリハリのある生活を送っていただくため、ある一定の日常の流れは作成しているが、ご本人の気持ちや体調面を考慮して支援している。			
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。	ご家族様に乳液や化粧水、好みの服などを持参してもらっている。			
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。	食事に関しては毎食手作りのものを提供。調理員が日中おり、盛り付けや片付け（お皿洗い）など利用者様とともに行うようにしている。	食材を業者に委託し、調理担当職員が調理しています。喉が渇いている起床時に牛乳などの水分を提供しています。水分をしっかり摂ることで便秘対策、認知症予防や体調を整える事が出来るように支援しています。家族の提案で、普段とは違う食事として牛井をテイクアウトした時は、濃い味付けを味わうなど、いつもと違う表情や食欲を見ることが出来ています。		

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
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。	水分摂取量目標 1 日1500ml（達成できる方は少ないが）を目安に、日々支援している。 栄養士監修のもとで1日1500-1600Kcal摂取できるよう、また困難な場合は医療機関と連携して栄養剤の処方などで対応している。		
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。	毎食後口腔ケア実施を行っている 自力で行える方は自力で、介助が必要な方は状態に応じて口腔ケアスポンジや口腔用ティッシュ使用。 毎週水曜日に訪問歯科の健診がある。		
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。	日中は食前食後等に定時で誘導が必要な方へ支援し、夜間帯も排泄が自力で行える（放尿などが見受けられる方）方へは、決まった時間帯を考慮して声掛け、トイレ誘導実施。	トイレ介助は、自分で出来る事は本人に任せ、手を出しすぎないようにしています。安全に配慮しタイミングをみながら声かけをして、本人の意欲や機能の維持が出来るよう支援しています。排泄のパターンを把握し、夜間に声かけすることで失禁の頻度を減らしています。トイレでの排泄を支援しています。	
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。	毎日の散歩や運動の機会を設けながら、水分摂取を進め、便秘状態の予防に取り組んでいる。 体質や内服薬の影響にて便が硬い方へは適時医師から処方の有る下剤を活用している。		
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。	①週 2 回の入浴実施 毎回お湯を捨て、浴室清掃し実施。 ②夕方に入浴する習慣の方が多い為午前 1 名午後 2 名で実施 ③拒否が強い方の場合ご家族様面会などで協力して頂いたり、音楽を流したりして対応 ④入浴剤や●●の湯等温泉気分を楽しめるよう工夫	入浴者の身体特性に合わせて、浴槽の位置を変えられるスライド式を完備し、介護度が高い入居者も安全に浴槽に浸かってもらえるように介助をしています。入浴時間は午前と午後の好きな時間に入ることができます。拒否が強い場合は、家族の面会時に声かけしてもらうなど工夫しています。浴室の床は滑りやすいので、石鹸が残らないようきれいに流し、安全に配慮しています。	

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
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。	散歩や体操などの時間を提供しているが、ご本人様の体調や心理面を考慮しながらお誘いしている。 また、夜間帯に口喝訴える方やアイスノンがほしいと訴える方場合は個別に対応している。		
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。	薬剤情報を各フロア個人情報ファイルに挟んでおり、つど職員全体で確認できるように支援している。		
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。	各利用者様ごとに役割が持てるよう、食器洗いや洗濯物たたみ、掃除などADLや自宅での生活から推測し支援している。 毎食後にお誘いしなくとも利用者様がキッチンに寄ってくれている。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	①重度化していないフロアでは基本毎日散歩に出かけており、ご本人様の日常生活に必要な物品を買い物に出かけたりしている ②職員と1対1で外出することもあれば、ご家族様の強力にて実施 ③毎日の散歩 ④外出拒否の方に対してはベランダなどで外気浴を図っている	毎朝の散歩を日課にしています。バリアフリーの室内とは違い、道路は傾斜があるので一歩ずつしっかり歩く練習になります。車いすの入居者も外気に触れ気分転換することで脳に良い刺激になり、睡眠や認知症予防に繋がります。気持ちが落ち着かない時は職員と1対1で散歩や買い物に出かけることで、笑顔に繋がっています。	
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。	当施設では金銭トラブル回避の為、現金の持ち込みは許可していない。 入居後ご本人様の私物から現金が出てきた場合はご家族様や後見人様へ返却対応を取っている。 ・どうしても現金所有をしたいと希望の方へは、ご家族様同意のもとで 子供銀行券など似た物品を持たせるなどして不安の減少に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	携帯持参された方に関しては充電や操作方法の説明をし、活用できるように支援している。		
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。	1階と2階の家具の色をなるべく統一し混乱を招かないようにしている。 季節感のある行事や、レクにて作成した物品を壁に飾ったり、カレンダーを設置している。	事業所で行った「夏の納涼祭」では入居者の家族にボランティアとして浴衣の準備や着付けをしてもらい、盆踊りなど祭り気分を味わうことができています。認知機能の低下により、普段は介護拒否する入居者も浴衣を着せてもらおうと背筋が伸び、いつもと違う姿を見せてくれた事例もあります。リビングの上部の窓を1時間ごとに開けて換気を行い、感染症予防に努めています。	
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。	ソファを設置し、お互いに交流のある方々と触れ合ったり自由な時間を使えるよう支援している。		
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。	①エアコン、照明は備え付けだが、ベッドなどは持ちこみもしくは介護ベッドレンタルにて対応。 ②制限として危険物。（ハサミ、彫刻刀等の刃物、とがった棒状の物、紐類、生もの、管理が難しい飲食物） ③居室担当を以前は実施していたが担当の方だけに注力してしまうリスクもあるため今は早番と夜勤がラウンド、居室管理中 ④毎日早番が居室清掃、日曜日にエアコン清掃。	居室では自分の好きな色のカーテンを付け、自宅から持参した使い慣れたイスに座って趣味の読書をする入居者もいます。転倒の危険のある人は、床に衝撃を吸収するマットを敷き、ベッドの両脇にイスを置いて安全に立ち上がることが出来るよう工夫しています。	
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。	認知症発症しても、文字が読める方が多い為テプラなどで物品の位置明示し、エプロン着用してもらったりして家事手伝いに参加してもらうなど工夫をしている。		

事業所名	愛の家グループホーム相模原下九沢
ユニット名	ひばり

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。	①法人としての介護理念があり毎朝朝礼にて読み上げているまた、各ホームの理念も独自に作成している②入社時研修の際に説明・ご家族様がわかるようにフロア内掲示③毎朝朝礼にて読み上げている・入社時や定期的な研修で意味について説明④「快適」で「穏やか」な生活を常に支援します・様々な機会を通じて地域の人々との触れ合いを大切にします・「心」を込めた親切なサービスに努めその姿勢を磨き続けます。		
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。	①大沢自治会に加入②コロナ禍のため直接的な交流は実施できていないが、大沢包括とともに認知症カフェ定期開催の計画を打ち合わせ中③コロナ禍の為直接的な交流は中止にしている④夏祭りの際にご家族様等が浴衣の貸出と着付けのボランティア支援をしてくださった。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進会議にて認知症重度化した方への支援方法などを説明、困りごとがあればいつでも相談いただきたいこと伝えている。		
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。	①1-2ユニットのご家族様及び知見を有する方として特養の統括介護支援専門員、包括支援センターセンター長が参加。 ②実績報告及びご家族様からの意見を頂き、牛井を食べる会などを開催 ③ジャンクフードが好きという意見があるため牛井やマクドナルドなど外食レク実施。		
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。	①生活保護課の担当者や、福祉基盤課とは定期的に連絡を取り合っている。また、書類提出の際に顔が見える関係性作りのため持参できる場合は市役所へ伺い対面にて情報共有など実施。		

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。	法定研修や入社時研修にて、資料配布し職員全体の理解習熟度確認。不適切ケアチェックシートを用いて現場スタッフ同士で相互に不適切な言動が無いか確認し合っている。 チェックシートもとに定期的に身体拘束廃止委員会実施している。		
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。	①不適切ケアについてチェックシート用いて確認し委員会実施。 ②日々管理者が現場ラウンドし、職員の言動や表情、家庭環境などアセスメント実施し必要時有給取得させるなどにて対応。 ③研修にて通報義務について都度説明。		
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。	入居者様の中でご家族様による経済的虐待につながる恐れある方は包括支援センターと共同で成年後見制度活用するよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	都度契約の際に読み上げつつ、不明点を確認し、契約終了後でも疑問点などあれば遠慮なくお申し付けください。と伝え、相互の理解納得をえている。		
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。	面会の際に管理者出勤時は必ずご家族様からの意見など伺うようお声がけしている。 ・誕生日当日に生もの（寿司や刺身）がどうしても食べたいという本人の意見有、ご家族様に伝達し対応して頂くなど。		

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毎月のホーム会議にて業務フローの内容変更など現場の声を確認 ②年度内に4回ほど業務フロー改定 散歩の時間変更・職員の休憩時間帯変更など働きやすい職場づくりに努めている。		
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。	社内規定のキャリアパス制度実施 入社時に就業規則配布 離職防止の為に面談実施。 ②入社時に15の約束という書類用いてハラスメント防止文言に署名。 ③面談や日々のかかわりの中で状況に応じて有給取得やシフト調整など。 ④紙媒体の介護記録ではなく電子記録活用 情報の全体共有等実施。		
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。	①職員を経験年数別や、技術面で階層分けし担当ユニット定期で配置換え。 OJT担当固定化を行い、助言する人材の確保に努めています。（メンター）		
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。	毎月第4金曜日にて、相模原市内の介護職員や福祉用具会社等が集う会合に参加しネットワークづくりや勉強会等に参加している。		
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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居時や入居前アセスメントにて生活歴やどのように生活を送りたいかを聞き取りアセスメントシート作成し共有。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	上記同様。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	入居初日～1週間程度記録を詳細に記入し、必要時外部のサービス利用ができるよう支援している。（訪問マッサージなど）		
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。	家庭的な雰囲気を重要視し、「できること」を実際に行っていただくよう支援している。 例：調理・食事の盛り付け・毎朝の掃除		
19		○本人を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。	認知症ゆえに発生する課題や問題行動に関してご家族様へ報告し、可能な限り面会に来ていただき、家族との絆をより強められるよう支援している。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族様以外の面会者（隣人、職場での同僚）等もご家族様に確認したうえで面会や外食同行などしていただいている。		

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。	良好な関係性か、そうでないかを記録に記載しながら、レクや散歩のグループ分けなどを行っている。		
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。	退居された方々に関しては、医療的ケアが必要になった方が殆どであり、入院先からご逝去された旨の連絡など受けた場合ご家族様へお悔やみの一報を入れたり、お写真を郵送したりしている。		
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 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。	生活歴を詳細に聞き取りながら訴えを傾聴するようにつとめ、記録に記載し情報を繋いでいく。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時のアセスメントにて共有。		
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。	上記同様。		

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。	施設CMが担当し、意見や思いを発言できる方からは直接、難しい方はご家族様や後見人様と密に連絡を取りながら計画作成を実施。		
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。	個別記録にて気づきや工夫点を記入し、職員全体で共有している。		
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。	パン食を好まれる利用者様の為にパンの訪問販売業者に駐車場開放し定期的に販売していただけないか。 また、地域住民にとっても訪問販売車の来訪はメリットがあると考え、依頼している最中。		
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。	入居系サービスであるため在宅的なサービス導入はしていないが、地域のボランティア団体と交流し認知症マップ作成等行っている。		
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、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。	①協力医療機関を2つ提示しご家族さまに直接選んでいただく。またなじみのかかりつけ医に関しても継続して受診できる事説明。 ②隔週で往診実施 看護師（管理者）が毎回同行し薬剤調整など実施。安定剤処方に関してはご家族様へ必ず説明している。		

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。	毎週1回訪問する看護師へ申し送り書類活用して共有、爪切りやスキンケア等実施している。		
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。	往診医療機関へ直接入院する場合は殆どであり、往診時や電話、メール、書類のfaxなどで情報共有をしている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	往診時に合わせてご家族様ICを実施し、DNARの再確認などを定期的の実施している。		
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。	VSデータの読み方や基準値、状態変化にまつわる観察等日々職員全体へ管理者より伝達。救命訓練を定期的の実施している。		
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。	①昼想定・夜間想定の実施し記録書類作成。 ②管理職・CM・現場スタッフ等参加。（コロナ禍の為に近隣住民不参加） ③職員連絡網の代替えとして大規模災害時でもメッセージ開封確認ができるグループライン活用。 ④備蓄品収納場所を設定し定期的に管理保管。		

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。	ユマニチュードケアを心がけながら実施している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日々のかかわりの中で、自己決定や選択肢を増やすように支援している 例：昨年の食事レク（牛丼・マクドナルドレク）ではご本人様方にどれがいいか、何を食いたいかなど聞いて行っている。		
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、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。	メリハリのある生活を送っていただくため、ある一定の日常の流れは作成しているが、ご本人の気持ちや体調面を考慮して支援している。		
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。	ご家族様に乳液や化粧水、好みの服などを持参してもらっている。		
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。	食事に関しては毎食手作りのものを提供。調理員が日中おり、盛り付けや片付け（お皿洗い）など利用者様とともに行うようにしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	水分摂取量目標 1 日1500ml（達成できる方は少ないが）を目安に、日々支援している。 栄養士監修のもとで1日1500-1600Kcal摂取できるよう、また困難な場合は医療機関と連携して栄養剤の処方などで対応している。		
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。	毎食後口腔ケア実施を行っている 自力で行える方は自力で、介助が必要な方は状態に応じて口腔ケアスポンジや口腔用ティッシュ使用。 毎週水曜日に訪問歯科の健診がある。		
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。	日中は食前食後等に定時で誘導が必要な方へ支援し、夜間帯も排泄が自力で行える（放尿などが見受けられる方）方へは、決まった時間帯を考慮して声掛け、トイレ誘導実施。		
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。	毎日の散歩や運動の機会を設けながら、水分摂取を進め、便秘状態の予防に取り組んでいる。 体質や内服薬の影響にて便が硬い方へは適時医師から処方の有る下剤を活用している。		
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。	①週2回の入浴実施 毎回お湯を捨て、浴室清掃し実施。 ②夕方に入浴する習慣の方が多い為午前1名午後2名で実施 ③拒否が強い方の場合ご家族様面会などで協力して頂いたり、音楽を流したりして対応 ④入浴剤や●●の湯等温泉気分を楽しめるよう工夫		

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。	散歩や体操などの時間を提供しているが、ご本人様の体調や心理面を考慮しながらお誘いしている。 また、夜間帯に口喝訴える方やアイスノンがほしいと訴える方の場合には個別に対応している。		
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。	薬剤情報を各フロア個人情報ファイルに挟んでおり、つど職員全体で確認できるように支援している。		
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。	各利用者様ごとに役割が持てるよう、食器洗いや洗濯物たたみ、掃除などADLや自宅での生活から推測し支援している。 毎食後にお誘いしなくとも利用者様がキッチンに寄ってくれている。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	①重度化していないフロアでは基本毎日散歩に出かけており、ご本人様の日常生活に必要な物品を買い物に出かけたりしている ②職員と1対1で外出することもあれば、ご家族様の強力にて実施 ③毎日の散歩 ④外出拒否の方に対してはベランダなどで外気浴を図っている		
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。	当施設では金銭トラブル回避の為、現金の持ち込みは許可していない。 入居後ご本人様の私物から現金が出てきた場合はご家族様や後見人様へ返却対応を取っている。 ・どうしても現金所有をしたいと希望の方へは、ご家族様同意のもとで子供銀行券など似た物品を持たせるなどして不安の減少に努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	携帯持参された方に関しては充電や操作方法の説明をし、活用できるように支援している。		
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。	1階と2階の家具の色をなるべく統一し混乱を招かないようにしている。 季節感のある行事や、レクにて作成した物品を壁に飾ったり、カレンダーを設置している。		
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。	ソファを設置し、お互いに交流のある方々と触れ合ったり自由な時間を使えるよう支援している。		
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。	①エアコン、照明は備え付けだが、ベッドなどは持ちこみもしくは介護ベッドレンタルにて対応。 ②制限として危険物。（ハサミ、彫刻刀等の刃物、とがった棒状の物、紐類、生もの、管理が難しい飲食物） ③居室担当を以前は実施していたが担当の方だけに注力してしまうリスクもあるため今は早番と夜勤がラウンド、居室管理中 ④毎日早番が居室清掃、日曜日にエアコン清掃。		
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。	認知症発症しても、文字が読める方が多い為テプラなどで物品の位置明示し、エプロン着用してもらったりして家事手伝いに参加してもらうなど工夫をしている。		

2024年度

事業所名
作成日：2025年 5月 4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	33	開設以降、実際にお看取りを希望されて看取り介護を実施したご利用者様は おらず。 「住み慣れたホームで」「自分らしい 最期」を迎えられるように、看取り介 護・看護について教育・体制を整えて いく必要がある	終末期に向かい衰えていく利用者様の 身体状況を理解し、その人らしい最期 とは何かを職員全体で理解することが できる	定期研修に含まれている看取り介護に ついて研修・振り返りアンケートを設 ける 動画など目で見てわかりやすい研修機 会を設ける	6ヶ月
2	35	避難訓練を定期的に実施しているが、 地域住民との連携が取れていない	避難訓練時に、民生委員や自治会長、 施設オーナー様の参加を促し連携を 取っていく	避難訓練のお知らせを包括・民生委 員・施設オーナーへ送付 実施前に計画書作成しスタッフが混乱 しないように配慮する	6ヶ月
3					
4					
5					