

2025（令和7）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	1473700258	事業の開始年月日	平成9年11月27日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	医療法人社団 三喜会		
事業所名	グループホーム青葉台		
所在地	(227-0054) 横浜市青葉区しらとり台3-9		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員 計 9 名 ユニット数 1 ユニット	
自己評価作成日	令和7年5月5日	評価結果 市町村受理日	令和7年7月16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）】

青葉台の地で26年、地域に根ざした認知症介護に取り組んできました。建物は決して新しいとは言えませんが、温もりのある家庭的な環境の中で、ご自分らしくゆったりと暮らしていらっしゃいます。また利用者様がお望みであれば最期まで青葉台で安心して暮らせるよう、主治医、看護師等と連携協力し 最大限の支援をさせていただきます。日々の生活の様子を広報誌ファミリーやFacebookにて紹介しています。

【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7年6月27日	評価機関 評価決定日	令和7年7月9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> 受け入れが難しいとされる困難事例を積極的に受け入れています。「困っている人を助けたい」という強い意思に基づき、支援に取り組むことで職員の達成感や成長を重視しています。職員間で「医学モデルと社会モデル」の概念を共有し、適切な薬の処方が行われない場合、9割の介護が無駄になる可能性があることを認識しています。適切な治療とケア、そして環境の重要性に基づき、支援に努めています。特に、レビー小体型認知症患者に対する風邪薬の影響や、認知症に効果的とされる薬が逆に興奮を招くケースなど、薬の副作用に関する専門的な知識を持ち、医師との密な相談を通じて、受け入れが困難とされたケースの受け入れも可能となっています。3年間入浴拒否があった利用者が、入居から3ヶ月で入浴できるようになったケースや、薬の誤った配合などが原因で大きな奇声を上げていたため他施設を1日で退居になった利用者が、適切なケアによって落ち着いた事例もあります。夜間せん妄により気持ちが落ち着かない利用者に対しては、無理に居室に向かうような促しはせず、安心できるリビングでくつろいでもらい自室で休めるよう支援をしています。 <工夫点> 事業所ホームページに「介護ワンポイントアドバイス」や、広報誌「ファミリー」を掲載し、認知症のある人とのコミュニケーションや介護についてのアドバイスを紹介し、事業所の専門的知識を開示しています。認知症介護で悩んでいる人や関係各所に公開することで、社会全体の認知症介護の底上げと知識の伝承を目指しています。
--

【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	グループホーム青葉台
ユニット名	

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
		○	2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)		1, ほぼ全ての利用者が
		○	2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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。	事業所独自の理念を創り、玄関、事務所、台所等に掲示しています。カンファレンスでは職員全員で理念を振り返り、実現にむけて、日々取り組んでいます。	毎月のカンファレンスの冒頭で読み合わせを行い、その月の振り返りをしています。職員ごとに「どこの部分を大事にしたか」「どこの部分が足りなかったか」理念と実際のサービス提供の結びつきを確認し、改善につなげています。新しい理念の提案も設け、より良いサービス提供へつなげています。		
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。	日々、外気浴や散歩に出かけています。そのお写真をご家族にお送りすることもあり喜ばれています。自治会にも加入し、役員の方とは散歩の際によくご挨拶をします。	介護学生実習の受け入れを行っています。介護福祉士を目指す学生を対象とした正式な実習であり、レクリエーションや傾聴などの交流の機会を通じて、利用者への良い刺激となっています。	利用者の重度化で外出が難しい状況ですが、ホームを認知症の情報発信拠点とし、地域住民の受け入れを期待しています。	
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。	管理者は、地域の介護者の集いに参加したり、認知症サポーター講座に関わりながら、認知症ケアの啓発に努めています。季刊誌のファミリーでは、認知症ケアのアドバイスも紹介しています。			
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。	会議において委員の方々から頂いた貴重な意見を真摯に受け止め、サービスの質の向上に役立てています。	運営推進会議には、地域ケアプラザ職員や、薬局薬剤師の参加を得ています。地域における感染症の動向、ジェネリック医薬品の使用状況、および先発医薬品との成分比較など、医療に関する有益な情報を得ています。定期的に発行している広報誌「ファミリー」の紹介も行い、認知症介護の専門的知識を伝えています。	運営の透明性の観点から構成員の参加の促進及び、オブザーバーの参加の促進が期待されます。	
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。	横浜市の青葉区担当職員、保険福祉センター職員の方と面識があり制度のことを教えて頂いたり、協力し合える関係が出来ています。	川崎市の認知症介護実践者研修や現任研修の講師を務めるなど、市町村が主導する介護人材育成の場に積極的に貢献しています。認知症ケアの専門知識や経験を地域全体に還元し、地域の介護レベル向上に寄与しています。川崎市社会福祉協議会との連携に努めています。		

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。	月一回の業務カンファレンスの際には必ず、虐待を取り上げ、早期発見、事前防止に努めています。又、身体拘束防止のポスターを廊下に掲示し、職員が日頃から目にするようにしています。	利用者本位の支援に努めています。経験のない支援困難な症状でも、必ず一人ひとりに合った支援方法があると考え、過去の文献や新聞記事から情報収集を行い、医療連携に努めるなど、外部からの情報を取り込みより良い改善策を試しています。適切な薬の処方と、適切な介護についての話し合いを常に行っています。	
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注意を払い、防止に努めている。	毎月のカンファレンスや研修等を通じて、虐待防止に対するお互いの意識を高めあい、早期発見、事前防止に努めています。職員の過重労働がストレスになるので、業務マニュアルを見直している。	実際に言葉による虐待が原因で事業所が行政処分を受けた事例を共有し、「言葉でも虐待になる」という意識を忘れないようにしています。自律神経のバランスを整え、リラックス効果を高めるための「5秒吸って5秒止めて6秒で吐く」呼吸法を指導し、困った時にはその場から離れるよう伝えています。	
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。	管理者や副主任が研修に参加しており、利用者に必要が生じれば、市の担当者の協力を得て、制度を活用する準備が出来ている。		
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。	単に契約を結ぶという姿勢でなく、不安を抱えている家族の話をしっかり傾聴し、こちら側に話が聴ける状態になった上で、わかりやすく、理解できたかを確認しながら行っています。		
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。	ご家族の訪問の際に何でも話して頂いています。また苦情等の窓口（内部、外部）は契約時において重要事項の中で説明しています。又、運営会議でのご家族からの意見も反映させています。	家族からの「外気浴・外出」について、介護度の高い利用者に対しても、短時間でも実施できるよう担当制を敷き、職員が時間を捻出して対応するよう促しています。重度化により、外出が難しい状態の人にも、ほんの数分でも外気に触れることができるようにしていきたいと検討しています。	

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。	毎月のカンファレンスにおいて、様々な意見や提案を出してもらっています。認知症介護においてはチームケアが基本である為、職員の意見を積極的に聞くようにしています。	職員が萎縮せずに意見を出しやすい、自分の意見が聞いてもらえると感じる、積極的に発言できる環境を育んでいます。職員意見は基本的に肯定的に受け入れ「これやったらどうだろう」という提案があれば、まず試してみることを促しています。職員自身の提案が実際にケアに反映される経験を積むことで、職員の自己効力感につなげています。	
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。	職員の努力、取り組んできたことに対して適切な評価をしてくれています。また、スタッフ各々が自己研鑽できる研修等に理解を示してくれています。	職員にあった研修を促しています。中堅職員の役割やマネジメントに関するキャリアパス研修に参加した職員もいます。自身の仕事が終わった後も他のスタッフを手伝うなど、チームの一員としての行動や、「チームと集団の違い」を理解し、互いを補い合う意識を持つことを学んでいます。	
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。	スタッフまた事業所全体のレベルアップの為、様々な研修への参加の機会を与えてくれます。	職員の介護の専門性を高めるために、利用者の症状にあった新聞記事や文献を活用した研修を実施しています。苦手な介助や困難事例には、どうやれば上手くいくか具体的な介助方法を見せて伝えています。「やればできる」成功体験を感じてもらえるような機会を増やしています。	
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。	敷地内の訪問看護ステーションや小規模多機能型居宅介護事業所の管理者とは常に連絡、相談し、さまざまな情報の共有に努めています。		
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。	初期の関係作りは特に大切なので、職員はリロケーションダメージを理解しています。普段から職員は笑顔を絶やさず、不安そうであれば、こちらから声をかけるようにしています。		

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
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。	ご家族との関係もとても大切にしています。電話で相談事を聞いたり、見学時にもお話を聴いています。またグループホームの歴史や役割も丁寧に説明しています。		
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。	相談を受けた際は、利用者と家族の状況を第一に考え、事業所だけで解決しようとせず、関連機関と連携を取り、他のサービスも視野に入れた検討をしています。入居時には、リロケーションダメージを軽減する為、足浴を行います。		
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。	「共に生きる」を合言葉にしており、「して下さって」ありがとうございますを大切にしています。ホームの主役は利用者様です。スタッフは脇役として出来ない部分をそっと手助けをさせて頂いています。		
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。	面会時にはお茶を居室に運び気兼ねなく家族団らんのひと時となるようにしている。また毎月、心身の状況がわかる家族連絡表を送付している。誕生会等を通じて利用者を共に支える関係も出来ている。		
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。	馴染みの人が、ホームを利用者様の家だと思って気軽に来られるよう配慮しています。また、年末年始等、ご希望の方にはご家族の住む自宅に帰ることが出来る為の相談・支援を行なっています。	利用者が家族や友人と面会する際、直接本人に連絡するのではなく、職員が把握し、調整しています。直接本人に連絡することで生じる「いつ来るんだろう」という不安や期待を軽減するため、直前に伝えるなどの配慮をしながら、馴染みの関係が継続できる工夫をしています。	

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。	利用者同士の関係を見極め、場面設定したり、座る席を考慮して円滑な交流が図れるよう支援しトラブルになりそうな場合は介入しています。レクリエーションや散歩等では利用者同士のコミュニケーションも視野に入れています。		
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。	一度、利用が中止になった方であっても、相談を受けたり、または その方が必要としている支援が受けられるようお手伝いしていきます。		
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。	重度化により本人の意向が掴めない時は、その利用者が認知症でなかったらどう判断するかが重要になるので発症前の生活の様子を再アセスメントしたり、ご家族から本人の意向を伺っています。	利用者の帰宅願望について、「ここにいたくない」という感情からなのか、家に帰らねばなどの「帰巢本能」によるものなのか、その思いを把握することに努め寄り添っています。「家に帰りたい」との言葉は否定せず、肯定的な対応を心がけています。また、利用者の欲求を理解し、適切な対応を取るための知識を身に付けることにも努めています。	
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。	可能な限りの情報を収集し、しっかりと生活歴を把握し、能力が最大限に発揮できる生活が送られるように（自分らしく生きる）、できること、できないことを見極めケアに活かしている。		
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。	のんびり、ゆったりを基本に心地良い疲労感、活動ができるように必要に応じて計画をたてており、その場の状況にあわせて柔軟にアクティビティを提供しています。脳トレとして「誤りなし学習」を取り入れています。		

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
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。	介護計画にあたっては、視点が片寄らないように、さまざまな意見を取り入れられている。利用者の心身に変化が現れた際は家族、関係者等と話し合い、本人の負担を考慮し、新しい計画を作成している。	利用者にあわせた質の高いケアを提供するため多面的な意見を取り入れています。利用者の拒否する言葉をそのまま受け取らず、記憶障害や理解・判断力の低下といった認知機能の低下によるものかもしれないと判断し、「その人が認知症でなかったらどう判断したか」を基準に支援しています。	
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。	利用者の様子を個別ケア記録に記入し申し送りやカンファレンスにて情報の共有を図り6ヶ月に1度又は状態の変化に応じてケアプランの評価をし、変更内容は申し送り連絡帳等を通じて伝えています。		
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。	利用者、ご家族のご要望に最大限応じるために柔軟な対応を行っており、夜間の面会も受け入れている。医療連携加算を受けており、1週間に1度、看護師が訪問して利用者の健康維持に努めている。パーキンソン症状の方には訪問看護のPTによる訓練も行います。		
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。	運営推進会議の地域包括支援センターの職員と連携を密に、情報交換や協力関係を築いている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	協力医の先生がいますが、他にご希望の先生がいれば、その先生の往診が出来るよう調整します。通院が困難な利用者は往診を含めて協力医と情報交換をしながら、利用者の健康維持に努めています。	適切な薬の処方が行われない場合、9割の介護が無駄になる可能性があるかと認識しています。入居間もない利用者の症状を細かく観察し、減薬や中止、漸減など、利用者の状態を慎重に見極めながら、医師に相談し決定しています。薬の誤った配合などが原因で大きな奇声をあげていた利用者が、改善した事例があります。	

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
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。	医療連携の契約をしている訪問看護ステーションとはこまめに連携をとっています。何かあれば気軽に相談出来る関係が来ています。今年は理学療法士による勉強会を行いました。		
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。	利用者が入院した際は、病院の担当医師、看護師、ソーシャルワーカーとの情報交換に努め、本人、ご家族の意向を大切にしながら早期退院に向けた働きかけを行っています。		
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。	重度化した場合や終末期には、利用者にとって一番良いと思われる方法を家族や協力医等の関係者と相談して決めています。その上で、医師、看護師等の協力の下出来る事を最大限行っています。	利用者自身が口から最期まで食べ続けられることを重視しています。最期の食事における適切な姿勢に注目し、利用者が口から食べられる状態であれば、「顔を起こしてきちんと座って」の食事介助を徹底しています。たとえ身体が弱っていても、食べる意欲がある限りは、誤嚥を防ぎ、安全に食事を楽しめる姿勢を保つよう、職員に指導しています。	
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。	事務所の目に付く所に緊急時対応マニュアル、緊急連絡網を掲示しています。利用者の急変、事故発生時には管理者や協力医に報告し、指示をあおいで対応しています。		
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。	定期的に防災訓練を行い、消防署にも報告しています。万一災害が起きた時には利用者を毛布にくるんで外に出すなど確認しました。自主FIG訓練も行っています。	災害への備えとして、総合的な訓練を徹底しています。消防署による立ち入り検査の前には、自主防災点検も実施しています。万が一の事態に備え、全職員と利用者を対象とした避難訓練を実施し、緊急時のスムーズな行動が取れるようにしています。机上FIG訓練（仮想訓練）と、実際に体を動かす実地訓練を組み合わせることで、より実践的な対応ができるようにしています。	

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	
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。	利用者様を一人の人として尊重しています。常に相手の立場に立ち、誇りやプライバシーを損ねる言動は慎んでいます。また、そのような言動があった場合はカンファレンスで話し合います。	入浴拒否のある人の介助時に羞恥心に配慮し、ポンチョをかけて介助をするなどの工夫をしています。行動前の声かけを徹底し、利用者の反応を待ってから行動に移すことで、利用者を驚かせずに安心してもらえるように配慮しています。		
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。	アクティビティの参加等でも自己決定の場面を設けています。また、夕食の際は好みの食材をお聞きして調理していますし、おやつも好みのものを提供しています。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	その人らしさを出す為には持てる力を最大限に発揮出来るように又あくまで主役は利用者であるようにしています。利用者が社会参加、尊厳され愛されていることを実感出来るように常に接しています。			
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。	一日の始まりのモーニングケアでは鏡に向かい、洗顔、整髪、を行っています。衣類は季節感のある物を職員と一緒に選び、行事等には化粧、お洒落をして参加して頂いています。			
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。	出来る方には、調理（皮をむく、切る、炒める等）、配膳、片付け等声掛けをして、手伝っていただいております。今年はラッキョウを漬けました。	「口から食べる」ことにこだわり、食事の姿勢に気を付けています。テーブルで食べる時の姿勢保持や、重度化しても自身で食べたいと意思がある際には、車いすに移乗し安全に食べてもらえるようにしています。日々、誤嚥防止のため、咀嚼と嚥下をしっかりと確認しながら食事を提供し焦らせることなく、十分な時間を確保し介助を行っています。		

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。	食事量のチェック、栄養バランスを考慮した献立。ティータイム、食事の際のお茶で1日の水分を取って頂いています。水分不足や嚥下不良の方には声かけや形態を変えたりトロミにて対応しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	歯科医師、歯科衛生士の指導の下、口腔内のケアを行っております。夜間は義歯をお預かりして、洗浄剤にて消毒もしています。		
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ます。	家族からの情報、利用者様の入居後のデータを有効に活用し、一人ひとりの排泄リズムを把握。声掛けや誘導等を行い、できるだけトイレで排泄出来るように自立に向けた支援を行っています。	尿が溜まると大声を発する状態に対し、適切なタイミングを見計らいトイレ誘導しています。放尿時に立ち上がってしまう対処法として意識をそらすために壁の文章を読み上げるなど、トイレで排泄できるように試行錯誤しながら支援に努めています。介助を無理強いせず、利用者の気持ちに寄り添うことを大事に支援に努めています。	
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。	便秘の原因や、及ぼす影響を理解し、水分補給、運動、ヨーグルトの摂取、服薬等様々な取り組みを行っています。、トイレでは、必要に応じて腹部マッサージをして排便を促しています。		
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。	要介護度の高い方は職員が2人体制で支援しており、ゆず湯などのお楽しみの日もあります。体調や気分を考慮し、その方に適したタイミングで入浴していただきます。	入居前に3年間入浴拒否があった人が入居後3ヶ月で入浴できるようになっています。利用者の気持ちに寄り添い、信頼関係ができるまでのプロセスを大事にしています。フロアでの足浴や足のマッサージから、風呂場で足浴、ポンチョをまとったままでの入浴へと段階的に進めるなど、無理強いせずに支援しています。ここが安心できる場所であると、信頼関係を築くことを重視しています。今では、安心してホームで入浴しています。	

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。	夜は温度、照明から体調面まで気を配り安眠できるよう支援しています。またTVやCDを楽しみながら就寝に入る方もおり生活習慣を大切にしています。足が冷えて眠れない方には温枕を使用します。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	薬説明書をファイルし、必要時確認している。与薬を間違えないよう日勤と遅番で2重チェックを行っています。 ※薬のセットは薬剤師に依頼しています。		
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。	ご本人の日々の様子や、ご家族から聞いた生活歴、興味、関心等の情報を活用し、アクティビティ、役割活動を通し張り合いや喜びのある日々を過ごせるよう支援しています。		
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。	天気や体調、気分等を考慮し安全を確保した上で外出できるよう心掛けています。天気の良い日は外気浴で散歩に出掛けたり、ご家族もお墓参りや外食、散歩などに行かれ、外出にとっても協力的です。	利用者のエネルギー発散や、気分転換のために台風の日も散歩の外出支援を行っていた事例があります。現在は、重度化により、外出支援が難しい状況になっていますが、テーブル拭きや、室内で行う園芸など、多面的な支援を行っています。安眠できるように夕方のレクリエーションはくつろげる内容にしています。	
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。	普段の管理はホームでしていますが、家族との話合いで少ない金額ですが、安心感の為、お金を自分で持っている方もいられます。必要があれば、職員と一緒に買い物に行き、自分の好きな物を買っています。		

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
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。	ご希望があった時には、職員がお手伝いをして、ご家族とお電話でお話しをして頂いています。手紙が届いた際は、ご本人に直接、読んで差し上げています。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	リビングは、利用者様にとって馴染みのある懐かしいものを配置し、居心地良く過ごしていただく為の様々な配慮をしています。あえてソファを置き一休みする場にしています。	安心して寛げる環境となるように配慮しています。気持ちが落ち着いてから食事の配席についてももらえるようにソファを用意しています。「ぬいぐるみ」が好きな人の、認知症によるBPSDの「収集癖」に対しては、山ほどの「ぬいぐるみ」を用意し、気持ちが落ち着くまで自由に運べるようにした事例もあります。	
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。	デイルームにソファを3つ設置し、一人、もしくは気の合った仲間とゆったりと過ごせる空間を作っています。		
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。	居室は本人、ご家族と話し合い、家具等の配置を決めています。各自たんすや時計、写真などを持ち込み安住の場になっています。少しでも安心して過ごしていただけるよう新しい物よりも使い慣れたものをお持ち頂いております。	安心して自分の居室と認識してもらえるように、入居時に家族写真や、利用者がホームに来てもらった経緯を記したメッセージの持参をお願いしています。不安な時にメッセージを読み上げ利用者の安心につなげています。「パジャマに着替えて下さい」といった施設長からのメッセージを掲示することで、利用者の意思で行動できる機会を創出し、自己肯定感の維持につなげる工夫もしています。	
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。	利用者様の身体機能を安全に活かせるよう廊下トイレ浴室には手すりがあり歩行不安定な方にも、安心して歩けるようにしてあります。トイレの場所が分からない方には矢印、目印等を置くようにしています。		

2025年度

事業所名：グループホーム青葉台
作成日：R7年 7月 14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	2	利用者の重度化で外出が難しい状況ですが、ホームを認知症の情報発信拠点とし、地域住民の受け入れを期待しています。	傾聴ボランティアや、簡単なレクリエーションを利用者と一緒にして頂ける方をホームに受け入れる。	地域包括支援センターを通して、ボランティア活動等の受け入れを行う。	12ヶ月
2	3	運営の透明性の観点から構成員の参加の促進及び、オブザーバーの参加の促進が期待されます。	コロナ前のように、運営推進会議に様々な立場の方に、ご参加頂く。	コロナにより、構成員の参加が遠のいてしまったが、外出時に地域の自治会や商店会の方に、直接、運営推進会議の参加の呼びかけを行う。	12ヶ月