

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	1490800222	事業の開始年月日	平成25年4月1日
		指定年月日	平成25年4月1日
法人名	医療法人社団柴健会		
事業所名	グループホーム つくしの家		
所在地	(236-0057) 神奈川県横浜市金沢区能見台6-50-1		
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6月10日	評価結果 市町村受理日	令和6年11月14日

【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橘1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和6年8月6日	評価機関 評価決定日	令和6年11月11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）】

事業所は京急「金沢文庫」駅からバスに乗車し「市民の森」下車徒歩3分、金沢自然公園傍の2ユニットのグループホームです。庭には桜、金木犀などの木々や井戸、菜園があります。建物のフロアには温かみのある杉板が使われ、広縁や図書コーナーもあります。法人は複数の診療科を持つクリニックで介護事業も展開しています。

<優れている点>
事業所理念「生きる喜び」の体現に努めています。「つくしの家」の生活の中で利用者が「生きる喜び」を感じてもらえるように様々な取り組みを行っています。障害サービスから移行した利用者の買い物支援や、書道師範の利用者がメニューや歌詞を毛筆で書いてもらうこと、障子貼りや扇風機の修理などをお願いしています。感謝の言葉かけも忘れずに伝え利用者の自己肯定感や達成感につなげています。また、就寝時や起き上がりのポジショニングをイラスト入りで作成し居室に掲示しています。起き上がりの度に動作を確認できることで利用者の負担を軽減しています。内科医、神経内科医の訪問診療があり、訪問看護師と連携して、末期癌の人や、睡眠時凡用人工呼吸器を使用する人、装具の管理など医療依存度の高い困難な人の受け入れも行っています。

<工夫点>
体操や朝昼夕食前に唾液マッサージ、口腔体操などを行い、身体機能維持に努めています。食べたいもののリクエストや飲酒など入居前からの嗜好の継続支援もしています。日々の散歩や地域行事への参加、ボランティアの受け入れなど社会とのつながりも大事にしています。各種レクリエーションやクラブ活動、外出支援、行事など利用者が活動できる機会も多く取り入れ、生き甲斐が持てるようにしています。

【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	

株式会社フィールズ

※ 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）】

施設に入居すると社会との繋がりが途絶えてしまうと思われがちですが、今までの生活をできるだけ継続しながら、自分らしく生活するためには地域との繋がりが大切だと思います。つくしの家は、町内のお祭りに参加・出店したり、散歩コースの清掃、地域のコミュニティサロンで食事をしたり、馴染みの店への買い物など、繋がりが継続できるよう支援しています。また、月1回の外食はじめ、外出支援を積極的に行っています。図書館・博物館・本屋・釣り・結婚式の参列や展覧会の鑑賞など希望された個別支援の実現に力を入れています。季節行事やレクリエーションも盛んで、食べたい物を一緒に作る食事レク、おやつレクも入居者様との大切な時間となっています。また、趣味が継続できるよう家庭菜園・書道・茶道・卓球・コーラスなどの活動も行っています。入居者様に笑顔で過ごしていただけるよう、楽しみがもてる日常を提供できるよう取り組んでいます。つくしの家は医療法人が母体となっており、末期ガンの方や障がいのある方、お看取りのためのご入居など地域のニーズを広く受け止め、私たちができる支援をさせていただいております。

事業所名	グループホーム つくしの家
ユニット名	1F

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。	理念と理念に基づいた職員の心得をフロア、更衣室、廊下に掲示している。各フロアは心得に基づいたフロアテーマを決め、自己課題と共に朝礼で確認し、業務に入るようにしている。各自フロアテーマの達成度を出し振り返りをしている。	理念は開設時に職員間で話し合い「生きる喜び」を掲げ、達成に向けて7つのテーマと職員心得を作成しています。さらに各フロア目標、個人目標を立てて努めています。理念は事業所内に掲げ、管理者は家族会や運営推進会議で家族などに伝えています。		
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。	町内会の一員として、入居者と共に美化活動に参加したり、納涼祭に参加・出店したり、町内会のボランティアを受け入れたりしている。地域ケアプラザの催し物に参加し、地域との交流を図っている。認知症の理解の講座に出席し意見を話す機会もある。	地域に根付いたホームを目指し「つくしの家」を知ってもらうためにたくさんの活動をしています。近隣の祭りに参加したフランクフルト販売では利用者がケチャップ塗りで参加しています。いつもの散歩コースでは、月2回利用者が手作りタスキをかけ、トングを持ち美化活動を行っています。地域ケアプラザの「認知症理解の講座ではグループホームの生活を紹介しています。		
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。	地域の様々な行事に参加する中で、入居者の対応や接し方を見てもらい、認知症の理解や支援を身近に感じてもらえるよう努めている。地域包括が開催する認知症の理解の講座に出席し意見を話す機会もある。			
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。	運営推進会議には、地域包括支援センター、民生委員、町内会長、家族が参加し、近況報告や課題、取り組みを報告し意見を聞いている。地域に施設を知ってもらうための取り組みも相談し助言をもらい実践している。	運営推進会議は2ヶ月毎に利用者、家族、民生委員、町内会長、地域包括支援センター職員が出席して開催しています。利用者の状況や取り組み内容、事故・ヒヤリハット報告などを行い、意見交換しています。会議の中で納涼祭の誘いを受けて出店するなど積極的に交流しています。参加した家族から賞賛を受けています。		
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。	運営推進会議の議事録を行政に提出し取り組みを報告している。介護認定更新の機会等に市町村の担当者へ入居者の暮らしぶりを伝え連携を深めている。行政の担当者から入居の相談もあり、協力関係を築くように取り組んでいる。	横浜市金沢区の高齢福祉介護課、障害福祉課とは介護保険の更新時等に状況を伝える他、区から入居の要請を受け入れるなど連携・連絡に努めています。横浜グループホーム連絡会に所属し、積極的に連絡・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。	身体拘束等の適正化に関する内部研修を年2回行い理解浸透や厳守に向けた取り組みをしている。委員会の会議の中で該当があるかなど話し合い、議事録を通じて全職員に周知させている。安全面に配慮しすぎて、入居者の自由な言動に無意識に制限を与えていないかなど日頃から意識している。	「自分だったらして欲しくない」と常に身体拘束の弊害や、最善策を考え、利用者の症状について職員皆で話し合いをしています。身体拘束適正化の指針・マニュアルを整備し、研修を行い、共有しています。委員会は施設長と2階フロア長が参加して毎月開催し、議事録を回覧しています。	
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。	高齢者虐待防止に関する内部研修を年2回行い理解浸透や厳守に向けた取り組みをしている。不適切なケアがあった場合も委員会の会議の中で報告し、議事録を通して全員に周知させている。職員の疲労やストレスが入居者へ影響していないか把握に努めている。	高齢者虐待防止の指針を整備しています。職員の気になるケアにはタイムリーに伝え、未然に防ぐことが大事と捉え虐待防止のため毎月委員会を開催しています。年2回研修を開催しています。自己点検シートで不適切事例やスピーチロックの振り返りを行い、職員会議等で共有しています。	
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。	成年後見人制度を利用されている方はいるが、管理者が対応を行っているのではほかの職員は理解していない。そのため必要なときに支援できる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。	契約は理解度を確認しながら進めている。特に急変時の対応、終末期の対応方針や施設でできること、できないことなどは丁寧に説明している。利用料金の変更や加算の追加などがある場合は、一方的な通達にならないように努めている。		
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。	家族が気軽に要望や意見を言えるような雰囲気を作っている。家族アンケートも利用し、個別の希望や意見を聞き取りケアに反映させている。家族会などでは言いにくいこともアンケートだと記入してくださる方もいる。	意見箱を設置し、家族の面会時にも積極的に声掛けを行っています。家族会や運営推進会議に参加してもらい、コミュニケーションに努めています。5項目からなる家族アンケートを行っています。利用者や家族の思いを大切にし、運営に生かしています。	

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。	日頃から意識的に職員に話しかけるようにしている。月1回のカンファレンスの中で職員から意見や困り事などを聞く機会もあるが、普段から話しやすい環境を作っている。休憩時間の確保や記録ソフトの記載内容の短縮など提案があった。	管理者面談を年1回実施し、介護統括責任者の訪問も頻繁にあります。管理者、介護統括責任者は職員に気軽に声をかけるなど話しやすい雰囲気を心がけています。利用者の重度化に伴う業務量の棚卸しを行い、職員のオーバーフローの防止に努めています。	
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。	職員の疲労やストレスの要因について気を配り、ハラスメントがないか、業務の量は適切かなど普段から把握するよう努めている。健康診断や予防接種など健康面への配慮もある。連休取得など働きやすい環境作りも意識している。	管理者や介護統括責任者は職員の話を聞く機会を多く作っています。希望休や連休の希望にも応え、希望があれば1週間の夏休みにも対応しています。勤務日数の変更の希望にも応えています。健康診断や予防接種は法人負担です。	
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。	年間に行われる外部研修の案内を掲示し希望する研修に参加できている。職員の立場や勤続年数、経験、意欲に応じた外部研修も提案している。研修後は報告会を行い研修資料含め全員が閲覧できるようにしている。看護師による内部研修も毎月行っている。	ケアの根拠を説明し理解したうえで支援を行い、職員自身が考える習慣を大事にしています。内部研修では職員全員が受講し統一の意識が持てるように同じ講座を複数回を開催しています。利用者の病気や、職員がその時に知りたい内容を題材に看護師による研修も行っています。	
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。	神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会があり、その中で交流があったり、学びや親睦を深める機会がある。事例検討会や研修もあり、サービスの質の向上に励んでいる。		
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。	話を聞く時間をたくさん持ち、本人の困っていることや不安な気持ちを受け止めながら、本人が置かれている状況の確認に努めている。		

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
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。	これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況などを時間をかけて聞き取っている。施設に期待することや不安なことなどを言いやすい環境作りを心掛けている。		
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。	相談時、本人や家族の思い、利用しているサービス状況を確認し改善にむけた支援の提案をしている。早急な対応が必要な相談者には、可能な限り柔軟な対応を行いながら、場合によっては他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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。	支援する側、される側という意識は持たず、生活する中でお互いに感謝し共に支え合う関係が構築できている。調理や障子の張替えなど教えていただくことも多い。		
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。	面会や電話で入居者の様子や職員の思いを伝えることで、お互いに理解が深まり、ともに支えていく協力関係の構築ができている。		
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。	日々の会話から馴染みの場所などを把握し希望に沿った支援に努めている。入居前に住んでいた地域に食事に行ったり、手紙を書いたり電話をしたり、友人が来設されたりと継続的な交流ができるよう支援している。	馴染みの人の関係継続を大切に支援に努めています。親族の結婚式参列の希望には、事前に当日メニューを確認し、スプーンやトロミ剤、エプロンを持参してみんなと同じ食事でお祝いできるようにサポートしています。認知症状が出た場合にもすぐに支援が出来るように職員が別室で待機するなど、安心して結婚式に参列できるように支援した事例もあります。	

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。	入居者同士の関係性について情報共有し、全ての職員が把握している。感情が不安定になる方もいるが、職員が見守り時には調整役になっている。毎日の食事やお茶の時間は職員も一緒にはいり、入居者同士の関係が円滑になるような働き掛けをしている。		
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。	看取りでサービスが終了することが多いため、その後の継続したかわりは難しい。中にはその後も電話を下さったり、日用品や野菜を届けてくださる方もいる。買い物先でお会いすることもあり、入居者や職員のことを気にかけてくださる言葉をいただく。		
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。	日々のかかわりの中で、どのような暮らしを望んでいるか、何がしたいかなど希望や意向を把握し、生きがいや張り合いにつながるよう努めている。意思疎通が困難な方は家族から情報を得たり、表情や動作から把握するようにしている。	利用者の個別支援に努めています。職員が主体となり多種のクラブの活動を行い、一人ひとりの思いを実現しています。「書道クラブ」や、コーラス経験者のために発声から意識した「つくつくコーラス」、卓球部もあります。コーヒー好きな人のための「つくしcafé」では、生豆から焙煎しドリップする本格的なコーヒーを提供しています。入居前からの好きなことが継続できるよう利用者の思いの把握に努めています。	
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。	家族からこれまでの生活歴、病歴、人間関係、価値観や個性などを聞き取り、本人の全体像の把握につなげている。どのようなサービスを受けてきたかなどは事業所から情報をもらい把握するようにしている。		
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。	ひとりひとりの生活リズムを理解し、行動や小さな動作からも感じ取り、本人の全体像を把握している。できるかもしれないという視点を持ち、無理強いせずできることを支援しながら、本人のペースで暮らせるよう努めている。		

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
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。	月1回のカンファレンスで入居者全員のモニタリングを行っている。参加できない職員は事前に意見を提出している。ケアプランの更新時は全員で変更点を共有している。本人の思いを聞くことができない場合は日頃のかかわりの中で思いを汲み取り反映している。	ケアプランは、医師や訪問看護師、職員全員で、利用者が今出来る事を大切に張りのある生活を送ることを目標として作成しています。ケアプランは6ヶ月ごとに見直し、モニタリングは毎月実施しています。管理者はプランの実践に努めています。	
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。	個人記録や健康管理表・IN/OUT表などで日々の状態が確認できるようにしている。個人記録には本人の様子やエピソードも記録していて、全員が把握できるようにしている。それらの情報をもとにケアプランを見直し、実践している。		
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。	家族の状況に応じて通院の同行や送迎など、必要な支援に柔軟に対応し家族の不安や負担軽減に努めている。展覧会や結婚式などの外出の同行もおこない、臨機応変に対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	市事業による訪問理美容やオムツ券の活用など家族に伝えている。運営推進会議を通じて町内会長、民生委員、包括職員から地域の情報や支援に関する情報を伝えてもらい参加できる活動には入居者と参加。訪問歯科、訪問マッサージの社会資源も活用している。		
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。	月2回内科、心療内科の訪問診療がある。入居前からのかかりつけ医を受診される方もおり情報提供など、事業所と家族、医師と連携が図れている。訪問看護師も週2回健康管理をしており、日頃の状態を把握し、医療につなげている。	毎月、内科医と神経内科医の訪問診療があります。利用者の不眠・不安な気持ちからくるトイレ頻回など、生活の様子を相談しながら薬の調整や減薬を行い、少しずつホームでの生活に慣れるよう支援しています。希望があれば家族も診察に同席し主治医から直接話を聞いています。	

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2回の訪問看護時やそれ以外の日も24時間連絡が取れる体制ができており早期治療につながっている。機能訓練や入浴介助の指導もあり、信頼関係ができています。カンファレンスに参加することもあり医療面からの助言を受けている。月1回勉強会も行っている		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は同行し、必要な情報提供をおこなっている。入院中も家族と連絡をとりつつ退院に向けて協力体制がとられている。退院が決まれば、病院関係者との話し合いに出席し、情報をもとに退院後の支援の在り方を事前に話し合っている。		
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。	終末期ケアは指針に基づき家族の同意を得た上で行っている。主治医、家族、管理者が話し合い意向を確認しケアプランに反映している。ケアの内容はチーム内で話し合い方針を共有している。家族と職員の不安を受け止め、気持ちに寄り添えるよう努めている。	重度化・看取りケアの指針があり、入居時に同意書を交わしています。医師が看取りと判断した場合は医師から詳細を説明しています。訪問看護師による研修が行われ、常時連絡が出来る体制です。家族も看取りを希望しており、家族が付き添うことも出来ます。	
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。	マニュアルを整備し、対応方法は周知しているが、事業所として救急手当や蘇生の訓練はおこなっていない。消防士によるAEDを使用した蘇生法や窒息時の対応を年2回、実技を含め研修している。		
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。	消防署立ち会いのもと、年2回避難訓練、通報訓練、消火訓練をおこなっている。土砂災害時は一時避難場所として近隣の高校と協力体制ができています。同日に設備点検や土砂災害時の避難経路の確認をおこなっている。備蓄品リストは事務所に掲示している。	昼夜を想定した避難訓練を実施しています。窒息時対応、救急時対応、AED操作の手順を消防署指導のもと、学んでいます。事業所近隣の高校に依頼し、災害時にホームまで避難の手伝いに来てくれることや、教室の確保を取り決めしています。全職員が車いすの階段昇降、段差の昇降の研修を受講しています。	

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。	居室に入る時はノックと声かけをしている。ケアにおいて排泄、入浴時自尊心や羞恥心に配慮している。排泄物品が見えないよう掛け物をしたり、頭文字やイニシャル表記をしている。入居者の情報は守秘義務があることを十分理解し取り扱いと管理を徹底している	利用者をトイレに誘導する際は、他の利用者にはわからないように配慮しています。慣れからくる職員の不適切な言葉かけや言葉の乱れなどへ目配りし、車いすの人には介助時にバスタオルを使用するなど人格やプライバシーへの配慮をしています。		
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。	入居者の状態に合わせ、本人が答えやすく、選びやすいような働きかけをしている。意思疎通が困難な方には表情や反応から思いを読み取り自己決定につなげている。			
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。	基本的な1日の流れは決まっているが、その日の体調や気持ちを尊重し、個別性のある支援を行っている。図書館、本屋、ドラッグストアや駅まで歩きたいなど本人の希望がかなえられるよう努めている。			
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。	洋服を自分で決め、鏡を見ながら身だしなみを整えている方もおられる。希望される方にはネイルやオイルマッサージを行っている。本人や家族から希望の髪型がある場合は美容師に伝えている。おしゃれも今までの生活歴が継続できるよう支援している。			
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。	献立・食材は外部に委託しているが、調理・あじみ・盛り付け・片付けなど会話も楽しみながら一緒に行っている。外食レク、食事レク、おやつレクなど食べたい物を美味しく食べられる環境作りを心掛けています。家庭菜園で収穫した野菜が食卓に並ぶこともある	利用者全体の重度化により湯煎食にしていた仕入れを、利用者のADLの向上に応じて食材に変更し、力を発揮できるようにしています。調理や、味見、盛付、片付け、毎日のメニューを習字で書くなど、利用者一人ひとりが、自分の好きなこと得意なことで関わりを持ち食事が楽しいものになるよう支援しています。食事前に口腔体操、メニュー読み、歌を歌うことで誤嚥予防と食事の時間への気持ちの切り替えをしています。		

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
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。	献立をもとに入居者の状態に合わせた量や形態で提供し、残食量も把握している。主治医より栄養補助飲料が出されている方もいるが、これだけに頼らず嗜好品を利用も含め工夫している。嚥下機能に応じて水分もトロミ剤を使用し安全な水分補給に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	訪問歯科医師の指導を受けながら入居者の口腔状態に合わせた口腔ケアを支援している。義歯は毎日洗浄剤を使用し、使用する物品も検討し舌ブラシ、スポンジブラシ、ガーゼ、デンタルリンスなどを使用している。磨き残しがある方は仕上げ磨きをしている。		
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。	排泄パターンを把握し、in/out表に反映させている。おむつを使用している方もトイレでの排泄を支援している。トイレに行きたいサインを見逃さないように声掛けをおこない、自尊心や羞恥心に配慮した声の大きさと話しかけるよう注意している。	排泄はin/out表で管理しています。ズボンの上げ下げは出来るだけ自分で行うよう見守っています。2人介助でトイレに座ってもらい、排便を促すことでオムツ使用の利用者がトイレで排便できるようになった事例があります。	
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。	腸の動きを良くするために十分な水分補給と体操や散歩など積極的に身体を動かしてもらえるような声かけをしている。排便が無い場合は主治医の指導のもと下剤を使用している方もいるが、量や頻度は個々に合わせ調整している。		
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。	入浴は週2～3回で、2人介助や同性介助、シャワー浴など入居者の状態に合わせた支援をしている。個人のシャンプーや化粧品など使用されたり、入浴を希望されない方は無理強いせず、時間をずらしたり、翌日にするなど対応している。ゆず湯も楽しまれている。	入浴は週3回を基本にしています。片麻痺の利用者が容易に入浴できるよう左右に移動する浴槽やバスボードを備えています。安全に湯舟に浸かれるよう、必要に応じて2人介助をしています。失禁時すぐに対応できるよう、脱衣所の棚に着替えを準備しています。	

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。	日中の活動を促し、生活のリズムを整えるよう努めている。身体の状態に応じて静養時間を設けたり、入床前は照明を落とし、声のトーンを下げゆったりとした時間が流れるよう努めている眠剤を服用されている方は日中活動の妨げになっていないか確認している。		
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。	薬の変更があった場合は送りノートや薬情で全員が内容を把握している。状態の変化がみられた場合は主治医に報告している。服薬介助はダブルチェックを行い、誤薬がないように注意している。個々に合わせた服薬方法を決め確実な服薬に努めている。		
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。	食事作りや片付けなど食事全般をはじめ、障子張り替え、家庭菜園の土作りから苗植え、水やりなど入居者の経験を発揮する場面を作っている。書道、茶道、絵画、コーラス、卓球、読書など趣味が継続でき披露できる場を設け張り合いにつなげている。		
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。	ひとりひとりの希望に添い、個々に合った移動方法で外出の支援をしている。家族と散歩に行かれたり、車いすの方も含め、季節を感じていただけるよう支援している。外出ができない方はバルコニーで外気浴を行っている。家族の希望で同行支援もしている。	電車に乗りたい、絵を観に行きたい、一人で買い物に行きたいなど一人ひとりの希望を聞きながら、安全に配慮し、個別の外出を実施しています。職員が同行して孫の結婚式に出席するなど楽しい思い出作りなども支援しています。	
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。	家族よりお金を預かり事務所で管理しているが、買い物や外食時は自分で支払いが出来るよう支援している。自販機で飲み物を購入される方もいる。家族が少額を持たせることで、本人の安心や満足につながっている。		

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。	家族に電話したい時は居室でかけてもらっている。家族に手紙を書かれた時は投函し、送られてきたらいつでも見られるところに置いている。海外に住む家族とのLINE動画の交流を毎日支援している。職員が定期的に電話し、本人と話す機会も設けている。		
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。	縁側にソファがあり会話を楽しんだり家庭菜園や車の往来を眺めながらゆったり過ごせる空間となっている。午後からは陽射しが入り、昼寝をされる方もいる。リビングや廊下の照明は時間帯で調整し不安にならないようにしている。季節の花を摘んできて季節感を味わえるようにしている。	リビングには書道クラブの利用者が書いた作品や日々のメニュー、個別スケジュールなどを掲示し、日々生き生きと暮らせるよう支援しています。廊下に自動販売機があります。利用者は飲みたい時は職員に希望を伝えてジュースを購入することができ、ささやかな楽しみとなっています。	
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。	縁側のソファで一人お茶を飲んだり、リビングで気の合った方と昔話をしたり、一人テレビを観たり、思い思いにくつろぎながら過ごしている。廊下には書庫の隣りにベンチがあり、本を読まれる方もいる。		
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・ベッド・エアコンは備え付けだがそれ以外の持ち物は自由で、アルバムや家族からのプレゼント・ぬいぐるみ・鏡台やご位牌などもあり思い出の品に囲まれている。居室担当が衣替えやエアコンなどの掃除を行い、清潔で居心地の良く過ごせるよう努めている	パソコンで日記を書いたり、折り紙で小さな鶴を折ったりして自由に過ごしています。イベントの写真を集めた「思い出ノート」には楽しい思い出が詰まっています。転倒の恐れのある利用者には家族とも相談し、動線を短くして安全に配慮したレイアウトとしています。	
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。	身体状況に合わせ、ベッドの高さ、家具の配置など環境整備をおこない、自立支援につなげている。ADLに変化が見られた時は話し合い、本人の不安や混乱を取り除きつつ、必要な対策を立て、安全に自立した生活が送れるよう工夫している。		

事業所名	グループホーム つくしの家
ユニット名	2F

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。	理念と理念に基づいた職員の心得をフロア、更衣室、廊下に掲示している。各フロアは心得に基づいたフロアテーマを決め、自己課題と共に朝礼で確認し、業務に入るようにしている。各自フロアテーマの達成度を出し振り返りをしている。		
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。	町内会の一員として、入居者と共に美化活動に参加したり、納涼祭に参加・出店したり、町内会のボランティアを受け入れたりしている。地域ケアプラザの催し物に参加し、地域との交流を図っている。認知症の理解の講座に出席し意見を話す機会もある。		
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。	地域の様々な行事に参加する中で、入居者の対応や接し方を見てもらい、認知症の理解や支援を身近に感じてもらえるよう努めている。地域包括が開催する認知症の理解の講座に出席し意見を話す機会もある。		
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。	運営推進会議には、地域包括支援センター、民生委員、町内会長、家族が参加し、近況報告や課題、取り組みを報告し意見を聞いている。地域に施設を知ってもらうための取り組みも相談し助言をもらい実践している。		
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。	運営推進会議の議事録を行政に提出し取り組みを報告している。介護認定更新の機会等に市町村の担当者へ入居者の暮らしぶりを伝え連携を深めている。行政の担当者から入居の相談もあり、協力関係を築くように取り組んでいる。		

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。	身体拘束等の適正化に関する内部研修を年2回行い理解浸透や厳守に向けた取り組みをしている。委員会の会議の中で該当があるかなど話し合い、議事録を通じて全職員に周知させている。安全面に配慮しすぎて、入居者の自由な言動に無意識に制限を与えていないかなど日頃から意識している。		
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。	高齢者虐待防止に関する内部研修を年2回行い理解浸透や厳守に向けた取り組みをしている。不適切なケアがあった場合も委員会の会議の中で報告し、議事録を通して全員に周知させている。職員の疲労やストレスが入居者へ影響していないか把握に努めている。		
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。	成年後見人制度を利用されている方はいるが、管理者が対応を行っているのではほかの職員は理解していない。そのため必要ときに支援できる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。	契約は理解度を確認しながら進めている。特に急変時の対応、終末期の対応方針や施設でできること、できないことなどは丁寧に説明している。利用料金の変更や加算の追加などがある場合は、一方的な通達にならないように努めている。		
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。	家族が気軽に要望や意見を言えるような雰囲気を作っている。家族アンケートも利用し、個別の希望や意見を聞き取りケアに反映させている。家族会などでは言いにくいこともアンケートだと記入してくださる方もいる。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日頃から意識的に職員に話しかけるようにしている。月1回のカンファレンスの中で職員から意見や困り事などを聞く機会もあるが、普段から話しやすい環境を作っている。休憩時間の確保や記録ソフトの記載内容の短縮など提案があった。		
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。	職員の疲労やストレスの要因について気を配り、ハラスメントがないか、業務の量は適切かなど普段から把握するよう努めている。健康診断や予防接種など健康面への配慮もある。連休取得など働きやすい環境作りも意識している。		
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。	年間に行われる外部研修の案内を掲示し希望する研修に参加できている。職員の立場や勤続年数、経験、意欲に応じた外部研修も提案している。研修後は報告会を行い研修資料含め全員が閲覧できるようにしている。看護師による内部研修も毎月行っている。		
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。	神奈川県認知症高齢者グループホーム協議会があり、その中で交流があったり、学びや親睦を深める機会がある。事例検討会や研修もあり、サービスの質の向上に励んでいる。		
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。	話を聞く時間をたくさん持ち、本人の困っていることや不安な気持ちを受け止めながら、本人が置かれている状況の確認に努めている。		

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
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。	これまでの家族の苦労や今までのサービスの利用状況などを時間をかけて聞き取っている。施設に期待することや不安なことなどを言いやすい環境作りを心掛けている。		
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。	相談時、本人や家族の思い、利用しているサービス状況を確認し改善にむけた支援の提案をしている。早急な対応が必要な相談者には、可能な限り柔軟な対応を行いながら、場合によっては他の事業所のサービスにつなげるなどの対応をしている。		
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。	支援する側、される側という意識は持たず、生活する中でお互いに感謝し共に支え合う関係が構築できている。調理や障子の張替えなど教えていただくことも多い。		
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。	面会や電話で入居者の様子や職員の思いを伝えることで、お互いに理解が深まり、ともに支えていく協力関係の構築ができている。		
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。	日々の会話から馴染みの場所などを把握し希望に沿った支援に努めている。入居前に住んでいた地域に食事に行ったり、手紙を書いたり電話をしたり、友人が来設されたりと継続的な交流ができ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。	入居者同士の関係性について情報共有し、全ての職員が把握している。感情が不安定になる方もいるが、職員が見守り時には調整役になっている。毎日の食事やお茶の時間は職員も一緒にはいり、入居者同士の関係が円滑になるような働き掛けをしている。		
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。	看取りでサービスが終了することが多いため、その後の継続したかかわりは難しい。中にはその後も電話を下さったり、日用品や野菜を届けてくださる方もいる。買い物先でお会いすることもあり、入居者や職員のことを気にかけてくださる言葉をいただく。		
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。	日々のかかわりの中で、どのような暮らしを望んでいるか、何がしたいかなど希望や意向を把握し、生きがいや張り合いにつながるよう努めている。意思疎通が困難な方は家族から情報を得たり、表情や動作から把握するようにしている。		
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。	家族からこれまでの生活歴、病歴、人間関係、価値観や個性などを聞き取り、本人の全体像の把握につなげている。どのようなサービスを受けてきたかなどは事業所から情報をもらい把握するようにしている。		
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。	ひとりひとりの生活リズムを理解し、行動や小さな動作からも感じ取り、本人の全体像を把握している。できるかもしれないという視点を持ち、無理強いせずできることを支援しながら、本人のペースで暮らせるよう努めている。		

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
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。	月1回のカンファレンスで入居者全員のモニタリングを行っている。参加できない職員は事前に意見を提出している。ケアプランの更新時は全員で変更点を共有している。本人の思いを聞くことができない場合は日頃のかかわりの中で思いを汲み取り反映している。		
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。	個人記録や健康管理表・IN/OUT表などで日々の状態が確認できるようにしている。個人記録には本人の様子やエピソードも記録していて、全員が把握できるようにしている。それらの情報をもとにケアプランを見直し、実践している。		
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。	家族の状況に応じて通院の同行や送迎など、必要な支援に柔軟に対応し家族の不安や負担軽減に努めている。展覧会や結婚式などの外出の同行もおこない、臨機応変に対応している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	市事業による訪問理美容やオムツ券の活用など家族に伝えている。運営推進会議を通じて町内会長、民生委員、包括職員から地域の情報や支援に関する情報を伝えてもらい参加できる活動には入居者と参加。訪問歯科、訪問マッサージの社会資源も活用している。		
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。	月2回内科、心療内科の訪問診療がある。入居前からのかかりつけ医を受診される方もおり情報提供など、事業所と家族、医師と連携が図れている。訪問看護師も週2回健康管理をしており、日頃の状態を把握し、医療につなげている。		

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2回の訪問看護時やそれ以外の日も24時間連絡が取れる体制ができており早期治療につながっている。機能訓練や入浴介助の指導もあり、信頼関係ができています。カンファレンスに参加することもあり医療面からの助言を受けている。月1回勉強会も行っている		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は同行し、必要な情報提供をおこなっている。入院中も家族と連絡をとりつつ退院に向けて協力体制がとられている。退院が決まれば、病院関係者との話し合いに出席し、情報をもとに退院後の支援の在り方を事前に話し合っている。		
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。	終末期ケアは指針に基づき家族の同意を得た上で行っている。主治医、家族、管理者が話し合い意向を確認しケアプランに反映している。ケアの内容はチーム内で話し合い方針を共有している。家族と職員の不安を受け止め、気持ちに寄り添えるよう努めている。		
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。	マニュアルを整備し、対応方法は周知しているが、事業所として救急手当や蘇生の訓練はおこなっていない。消防士によるAEDを使用した蘇生法や窒息時の対応を年2回、実技を含め研修している。		
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。	消防署立ち会いのもと、年2回避難訓練、通報訓練、消火訓練をおこなっている。土砂災害時は一時避難場所として近隣の高校と協力体制ができています。同日に設備点検や土砂災害時の避難経路の確認をおこなっている。備蓄品リストは事務所に掲示している。		

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。	居室に入る時はノックと声かけをしている。ケアにおいて排泄、入浴時自尊心や羞恥心に配慮している。排泄物品が見えないよう掛け物をしたり、頭文字やイニシャル表記をしている。入居者の情報は守秘義務があることを十分理解し取り扱いと管理を徹底している		
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。	入居者の状態に合わせ、本人が答えやすく、選びやすいような働きかけをしている。意思疎通が困難な方には表情や反応から思いを読み取り自己決定につなげている。		
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。	基本的な1日の流れは決まっているが、その日の体調や気持ちを尊重し、個別性のある支援を行っている。図書館、本屋、ドラッグストアや駅まで歩きたいなど本人の希望がかなえられるよう強めている。		
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。	洋服を自分で決め、鏡を見ながら身だしなみを整えている方もおられる。外出時は着替えたりおしゃれを楽しまれている。本人や家族から希望の髪型がある場合は美容師に伝えている。化粧や毛染めなど今までの生活歴が継続できるよう支援している		
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。	献立・食材は外部に委託しているが、調理・あじみ・盛り付け・片付けなど会話も楽しみながら一緒に行っている。外食レク、食事レク、おやつレクなど食べたい物を美味しく食べられる環境作りを心掛けている。家庭菜園で収穫した野菜が食卓に並ぶこともある		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	献立をもとに入居者の状態に合わせた量や形態で提供し、残食量も把握している。主治医より栄養補助飲料が出されている方もいるが、これだけに頼らず嗜好品を利用も含め工夫している。嚥下機能に応じて水分もトロミ剤を使用し安全な水分補給に努めている。		
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。	訪問歯科医師の指導を受けながら入居者の口腔状態に合わせた口腔ケアを支援している。義歯は毎日洗浄剤を使用し、使用する物品も検討し舌ブラシ、スポンジブラシ、ガーゼ、デンタルリンスなどを使用している。磨き残しがある方は仕上げ磨きをしている。		
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。	排泄パターンを把握し、in/out表に反映させている。おむつを使用している方もトイレでの排泄を支援している。トイレに行きたいサインを見逃さないように声掛けをおこない、自尊心や羞恥心に配慮した声の大ききで話しかけるよう注意している。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	腸の動きを良くするために十分な水分補給と体操や散歩など積極的に身体を動かしてもらえよう声かけをしている。排便が無い場合は主治医の指導のもと下剤を使用している方もいるが、量や頻度は個々に合わせ調整している。		
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。	入浴は週2～3回で、2人介助や同性介助、シャワー浴など入居者の状態に合わせた支援をしている。個人のシャンプーや化粧品など使用されたり、入浴を希望されない方は無理強いせず、時間をずらしたり、翌日にするなど対応している。ゆず湯も楽しまれている。		

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。	日中の活動を促し、生活のリズムを整えるよう努めている。身体の状態に応じて静養時間を設けたり、入床前は照明を落とし、声のトーンを下げゆったりとした時間が流れるよう努めている眠剤を服用されている方は日中活動の妨げになっていないか確認している。		
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。	薬の変更があった場合は送りノートや薬情で全員が内容を把握している。状態の変化がみられた場合は主治医に報告している。服薬介助はダブルチェックを行い、誤薬がないように注意している。個々に合わせた服薬方法を決め確実な服薬に努めている。		
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。	食事作りや片付けなど食事全般をはじめ、障子張り替え、家庭菜園の土作りから苗植え、水やりなど入居者の経験を発揮する場面を作っている。書道、茶道、絵画、コーラス、卓球、読書など趣味が継続でき披露できる場を設け張り合いにつなげている。		
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。	ひとりひとりの希望に添い、個々に合った移動方法で外出の支援をしている。家族と散歩に行かれたり、車いすの方も含め、季節を感じていただけるよう支援している。外出ができない方はバルコニーで外気浴を行っている。家族の希望で同行支援もしている。		
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。	家族よりお金を預かり事務所で管理しているが、買い物や外食時は自分で支払いが出来るよう支援している。自販機で飲み物を購入される方もいる。家族が少額を持たせることで、本人の安心や満足につながっている。		

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。	家族に電話したい時は居室でかけてもらっている。家族に手紙を書かれた時は投函し、送られてきたらいつでも見られるところに置いている。家族に職員が定期的に電話し、本人と話す機会も設けている。		
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。	天井が高く開放感溢れる明るい空間となっている。廊下の照明は時間帯で調整し不安にならないようにしている。昔なじみの歌やビデオを流すといつの間にか集い一緒に歌っている。クラブ活動の作品を展示したり、ベランダに野菜の苗や花を置き季節や生活感が味わえるような空間となっている。		
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。	リビングで気の合った方と昔話をしたり、トランプやしりとりをしたり、同じテーブルにいても個々に読書や塗り絵をしたり、思い思いにくつろぎながら過ごせる場所となっている。		
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、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	照明・ベッド・エアコンは備え付けだがそれ以外の持ち物は自由で、アルバムや家族からのプレゼント・ぬいぐるみ・鏡台やご位牌などもあり思い出の品に囲まれている。居室担当が衣替えやエアコンなどの掃除を行い、清潔で居心地の良く過ごせるよう努めている		
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。	身体状況に合わせ、ベッドの高さ、家具の配置など環境整備をおこない、自立支援につなげている。ADLに変化が見られた時は話し合い、本人の不安や混乱を取り除きつつ、必要な対策を立て、安全に自立した生活が送れるよう工夫している。		

2024年度

事業所名：グループホーム つくしの家
作成日： 2024年 11 月 12 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	10	ケアプラン更新時、請求書と共に郵送しているのですが、手元に届く時には新ケアプラン移行しており、日付を遡って記入することに疑問を感じている方がいる。	家族が疑問に思ったり不透明感を与えない。	ケアプランの更新時は、記入日の日付を書いていただく。	6ヶ月
2	10	料金表の改定や自費の変更があった時に、請求書と共に郵送することが多く、日付を遡って記入することを疑問に思われている方がいる。	介護保険法に伴う料金表の改定や自費費用の変更があった時、日付を遡って記入しなければならないことを減らし、不透明感を与えない。	介護保険法に伴う料金の改定時は4月1日以降に発表となるので、日付を遡って記入して頂くことになるが、それ以外は事前に書類を郵送し記入日を書いていただく。	12ヶ月
3	26	入居しているからホームに任せていれば家族の役割はないと思われている家族がおり、任せきりで協力が得にくいことがある。	ケアプランの支援内容を説明し、家族の役割を伝え、理解していただき、協力体制が構築できる。	ケアプランの支援担当に家族の役割を記載し、対面で説明する。	1ヶ月
4	6.7	さまざまな会議があり、議事録はあるが、出席者が少なく、内容も薄くなっている。	介護部門、看護部門が出席することで、多職種の視点や意見を聞き、気づきが増えケアに反映することで、入居者様の生活の質が上がる。	看護師、職員も出席し、さまざまな角度から気づきや意見を出し合い、入居者の安心、安全のケアに反映する。	3ヶ月
5	19	家族の思いを受け止め切れしていない。	家族とのかかわりを増やし、日頃から家族も思いや考えていることなどを聴くことで、お互いの考え方のずれなどを早い段階ですり合わせできる。	家族がホームに来る頻度があがるような企画を増やす（家族会、敬老会の他に、誕生日会、外食レク、外出レクなどに参加の声をかける）。	12ヶ月