

2023（令和5）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	142601651	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5年11月7日	評価結果 市町村受理日	令和6年3月7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。
・お天気の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、地域の大凧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。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和5年12月8日	評価機関 評価決定日	令和6年2月22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、小田急線「相武台前」駅北口から神奈中バス乗車「新磯まちづくりセンター前」下車徒歩3分、または、JR相模線「相武台下」駅から徒歩20分程の自然に恵まれた閑静な場所にあります。木造2階建ての2階に2ユニットがあり、1階には「デイサービス すずの家」を併設すると共に地域交流室を設置しています。

<優れている点>

身体拘束廃止委員会、高齢者虐待防止委員会、研修を定期的に行い、職員の理解を深め、その防止に取り組んでいます。身体拘束について、職員が理解しやすいようにマンガ化した本をを読んで貰うなどの工夫をしています。アンガーマネジメント（仕事中にイライラしてしまうこと、そのような「怒り」の感情をコントロールするスキル）研修を実施し、職員間で共有し、虐待が起こらないように注意しています。また、事業所で起こりそうな虐待事例に基づいて職員同士が当事者になり演習を行い、意見交換・話し合いを行い職員の理解を深めています。ユニット会議で「やりたいケア、ケアで困っていること、業務で困っていること」の課題を抽出し、リーダーを決め、職員主体で改善シートを作成し、課題に取り組み、評価し業務改善に繋げています。

<工夫点>

新入居者のサービス開始時から1ヶ月間、日別・時間ごとに利用者に対するサービス実施項目とその内容を「新入居者日常生活記録」に記録し、利用者の心身状況や生活状況等を把握、共有し必要な支援を話し合う工夫をしています。

【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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	理念を事業所内に掲示し職員の理解を得、「笑顔いっぱい。笑い声の絶えない『すずの家』」の実現のため職員は、職員間でも利用者にも明るい声で笑顔で挨拶し、また、レクリエーションを楽しくし、笑い声が聞こえるような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。	毎年行われている自治会の草むしりに参加している。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。	自治会が行う子ども広場の草刈りに参加し、地域の人々と交流しています。コロナが5類へ移行し、自治会活動も復活しつつあり、積極的に参加し交流していくことにしています。管理者は「新磯地区まちづくり会議」に参加し地域との交流を深めています。	自治会活動が復活しつつあり、地域からの案内も来ています。今後積極的に地域行事に参加し、交流を深めて行かれることが期待されます。	
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。	管理者が地域の自治体が主催する地域まちづくり会議や地域ケア会議へ参加し、地域の一員として地域の方々との交流を図っている。			
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。	2ヵ月に1回、運営推進会議を開催している。民生委員、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。第2回目は初めて対面での会議開催を実施。グループホームの内容や運営推進会議の目的なども説明した。	コロナが5類に移行し、書面開催であった運営推進会議を7月から対面で開催し、改めてメンバーの自己紹介、事業所紹介、運営推進会議目的の説明を行っています。事業所状況報告後に質疑応答、意見交換、情報交換を活発に行い、実のある会議としています。		
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。	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。	介護認定更新書類や事故報告書、運営推進会議議事録を行政の担当者へ送付し連携を取っています。新磯地区地域ケア会議地域づくり部会に管理者が新磯地区介護保険事業者等連絡会会長として参加し、また、新磯地区まちづくり会議に参加し、協力関係を築いています。		

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
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。5月にはアンガーマネジメントの研修を実施。職員のイライラしてしまう内容などを職員同士で共有し、対応について話し合いを行った。	身体拘束廃止委員会、研修を定期的の実施すると共に、分かりやすい身体拘束の漫画本を活用し職員の理解を深め、身体拘束等をしないケアに努めています。また、職員から情報収集した身体拘束に対しての疑問点を共有し、研修に反映しています。スピーチロック（言葉の拘束）になりがちな言葉の言い換えを検討し防止に取り組んでいます。	
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。	3カ月に1回、高齢者虐待防止委員会を実施している。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掲示している。	高齢者虐待防止委員会、研修を定期的の実施しています。事業所で起こりそうな虐待事例に基づいて職員同士が当事者になり演習を行い、意見交換・話し合いを行い職員の理解を深めています。自己点検シート（チェックリスト）を活用し虐待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。	職員研修を実施している。成年後見制度については学ぶ機会は持っていない。		
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家族の意見を伺い反映するよう努めている。又、玄関へ意見箱を設置している。	家族の面会時や電話対応時に意見や要望を聞いています。面会はコロナが5類に移行後予約制で再開しています。居室の普通のベッドでよく寝ることが出来ない利用者について、家族と相談しリクライニングベッドを導入することで解決しています。	

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。不定期ではあるが、リーダー会議、ユニット会議を開催し、職員が意見を提案できる機会を設けている。	管理者は日頃から職員とコミュニケーションを取り、意見や要望を聞いています。年2回、職員との個人面談でも聞く機会を持ち、運営に反映させています。ユニット会議では業務の課題を抽出し、業務改善を検討し、3ヶ月で終了できることを優先して取り組んでいます。	
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。	年2回、評価基準に基づき人事考課を実施し、職員面談を行っています。法人の役員が月に数回来訪し、管理者と話し合いや職員や利用者へ気を配り、事業所をサポートをしています。資格支援制度があり、管理者は職員に資格取得を推奨しています。	
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。	定期的な内部研修（リモート）を実施している。又、階級（新人、中堅、ベテラン、リーダー、管理者）にあわせたリモート研修を実施している。その他に管理者・リーダーで、個々の能力にあわせた指導方法話し合い、その職員のレベルにあった個別指導を行っている。	全職員受講の共通研修計画と新人・中堅・ベテラン・リーダー・管理者の研修を計画に基づきeラーニングで実施しています。受講者は研修報告書を提出しています。未受講者には受講を指導しています。新職員は育成マニュアルに基づき、約1ヶ月のOJTで育成しています。	共通研修以外の研修受講者による2次研修を実施し、職員のスキルアップを図られることが期待されます。
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に努めている。		
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。	入居後1~2カ月は「新入居者生活記録」ファイルへご本人が出来る事や不安に思っている事、ADL情報を記録し、職員全員で情報を共有し、申し送り時などに必要な支援の話合いを行っている。入所される方の認知症状のレベルや性格を踏まえ、仲良くなれそうな方と席が近くなるようにしている。		
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。	コロナが5類に移行後、相談室で行う15分の面会を再開しています。馴染みの人の面会も再開しています。近所の友人や習い事のお弟子さんなどが来訪しています。職員はオンラインを活用し、馴染みの場所の動画で見て貰うなど、利用者の思いに沿った支援をしています。	

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。	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、入居者様同士が関わり合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、家族へ昔ほ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。	アセスメントや日々の生活などから利用者の意向を聞けるよう努めています。日本芸能に造詣の深い利用者にはオンラインで歌舞伎や能などを視聴する機会を設けています。本人の解説に職員も耳を傾けています。思いの把握が困難な場合は、家族への再確認や利用者の表情の変化を読み取り意向を検討し支援しています。	
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。	3ヶ月ごとにモニタリングを行い、介護計画を見直しています。日々の様子やケアの実践を確認し医師などの関係者の意見も取り入れて介護計画を作成しています。個別支援は電子記録のほか「散歩一覧」などを作成して介護計画に沿ったケアが実施できているかを確認しています。入居時は「新入居者生活記録」で情報共有し必要な支援を話し合っています。	
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。		
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。		
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く。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。	利用者全員が月2回（内科）月1回（歯科）の協力医療機関の訪問診療を受診しています。希望のかかりつけ医の受診は可能ですが、家族が同行することが基本です。家族が同行した受診の結果は「外部受診記録」に残し、情報共有しています。週1回看護師が来訪して健康観察をしています。看護師と24時間365日連絡が取れる体制を取っています。	

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
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る事もある。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。	契約時に重度化に関する指針を家族等に説明し確認しています。医師が終末期と判断した際は、医師の説明のもと家族等と事業所の三者で方針を共有しています。事業所で出来ること、できないことを家族に説明し実施しています。研修を行い振り返りも行っています。特に新任の職員には、管理者が個別に話を聞き心のケアをしています。	
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。	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。	職員・入居者様で避難訓練を年に2回（昼・夜間想定）実施している。近隣の他事業所や地域会議に参加し、災害時に地域の中での施設の役割などの話し合いを行った。災害備品は事務所に管理している。	年2回、併設の通所介護事業所と合同で避難訓練をしています。管理者が業務継続計画の研修を受講し災害に備えています。備蓄品に賞味期限を分かりやすく明示し管理しています。事業所はコロナ禍中の開設で、地域との協力体制は進んでいませんが参加している介護事業所連絡会を通して進める意向でいます。	

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。	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。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。	「個人情報取扱ガイドライン」での確認や「プライバシー保護の取り組みに関する研修」で理解を深めています。「トイレ誘導時の声掛けは大きい声を出さない、更衣室などの扉は開けっ放しにしない」などに注意を払い職員間で確認し、プライバシーを損ねないようにしています。	
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。	支援する前に必ず声かけ、承認をいただいでからケアしている。無理強いはず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、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1日の過ごし方を考え、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。	宅配業者から配送される食材を職員が調理し食事を提供しています。利用者の食事形態に合わせミキサー食などに対応しています。利用者が盛付などに関わるよう支援しています。誕生日会の昼食に皆が好む「寿司」を注文したり母の日に「どら焼き」を手作りする等して食事を楽しめ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
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呑み込み状態、食べやすい食器などを確認し対応している。月に1度体重を回り、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。	利用者の排泄パターンを把握しトイレでの排泄に繋げています。コロナ禍で認知機能が低下した人が増え、布パンツを使用していた数人がパッドを使用するようになりました。落ち着かない様子などの行動を捉えてトイレ誘導し、布パンツの使用が維持できるよう支援しています。	
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ず、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、職員の対応を変えたり、入浴前に楽しい気分になるよう会話を楽しんだり工夫している。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。	1階の浴室に機械浴の設備があります。入浴を拒む人には強要せず、声掛けの工夫や時間を変えて入浴を促しています。リラックスした中での職員との会話やしょうぶ湯などで色や香りを楽しみながら入浴できるよう支援しています。空調設備を整え更衣室と浴室の温度差に配慮してヒートショック対策をしています。	

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
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。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を実施している。コロナ感染やインフルエンザの感染予防から、家族との外出は行っていない。	業務改革で毎日の散歩に取り組んでいます。希望する利用者が散歩や外気浴を行っています。足元が不安定な人も車いすを使用し出かけています。年間行事計画を作成し大風祭りや紫陽花、ざる菊見学に出かけています。家族と葬儀や美容室に出かけた人もいます。	
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。	毎月、職員より家族あての手紙を郵送している。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。	共用空間は台所から居間や居室、トイレなどを見渡せる設計で作業をしながら利用者の様子を確認することができ、職員は事故防止に配慮しています。夏は27度冬は24度の快適な温度の設定をし温度管理をしています。空気清浄機付き加湿器などを備え換気に注意しています。テーブルに名前を貼って自席が混乱しないようにしています。	
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、ダンス、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。居室は担当制で季節の変わり目などの入れ替えや写真を飾って部屋の模様替えなどを行っている。	居室の環境を入居前と変わらないよう近づけることにより、認知症のダメージを軽減できることを家族などに伝えていきます。利用者は、テーブル、テレビ、自身が出版した絵本、写真などを持ち込んでいます。居室にWi-Fiをつなぎ家族とテレビ電話をする人もいます。	
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。スムーズに移動ができるように、整理整頓し導線を確保している。個々のできる事を理解し、歩行不安定な方も見守り、付添いを行い安全に移動ができるよう支援している。		

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。	毎年行われている自治会の草むしりに参加している。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。		
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。	管理者が地域の自治体が主催する地域まちづくり会議や地域ケア会議へ参加し、地域の一員として地域の方々との交流を図っている。		
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カ月に1回、運営推進会議を開催している。民生委員、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。第2回目は初めて対面での会議開催を実施。グループホームの内容や運営推進会議の目的なども説明した。		
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カ月に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。		

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員への研修を実施し、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。5月にはアンガーマネジメントの研修を実施。職員のイライラしてしまう内容などを職員同士で共有し、対応について話し合いを行った。		
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。	3カ月に1回、高齢者虐待防止委員会を実施している。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掲示している。		
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。成年後見制度については学ぶ機会を持っていない。		
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家族の意見を伺い反映するよう努めている。又、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。不定期ではあるが、リーダー会議、ユニット会議を開催し、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。	定期的に内部研修（リモート）を実施している。又、階級（新人、中堅、ベテラン、リーダー、管理者）にあわせたリモート研修を実施している。その他に管理者・リーダーで、個々の能力にあわせた指導方法を活かして、その職員のレベルにあった個別指導を行っている。		
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。	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に努めている。		
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。	入居後1～2カ月は「新入居者生活記録」ファイルへご本人が出来る事や不安に思っている事、ADL情報を記録し、職員全員で情報を共有し、申し送り時などに必要な支援の話合いを行っている。入所される方の認知症状のレベルや性格を踏まえ、仲良くなれそうな方と席が近くなるようにしている。		
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。		
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。		
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。		
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。	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る事もある。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。	職員・入居者様で避難訓練を年に2回（昼・夜間想定）実施している。近隣の他事業所や地域会議に参加し、災害時に地域の中での施設の役割などの話し合いを行った。災害備品は事務所に管理している。		

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。	入居者様に対しては目上の方として敬意を持って接している。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。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。		
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、承認をいただいでからケアしている。無理強いはずせず意向を聞くようにしている。できるだけ選択肢を作り、本人に選択していただいている。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、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1日の過ごし方を考え、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。本人の好む洋服を家族へ準備して頂いている。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。献立を説明している。食べたい物を確認し、時々お寿司やお弁当など提供している。お正月には年越しそばやおせち料理を提供している。		

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呑み込み状態、食べやすい食器などを確認し対応している。肉禁の方には違う食材で対応している。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。座位で歯磨きが困難な方には臥床して行っている。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。失禁のない入居者様に布パンツ使用へ変更している。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。色々と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、職員の対応を変えたり、入浴前に楽しい気分になるよう会話を楽しんだり工夫している。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（家事や力仕事）を職員と一緒にやっている。一人一人の好きな事や得意な事を踏まえながら、個々の楽しめる方法を考え支援している（俳句、塗り絵、脳トレ、日本芸能、歌、掲示物など）		
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。散歩のコースも変更している。外出計画では近所公園への紫陽花見学、近くの河原の大凧祭り見学を実施している。コロナ感染やインフルエンザの感染予防から、家族との外出は行っていない。		
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。	毎月、職員より家族あての手紙を郵送している。友人からの手紙が届いたら、返事を書く支援をしている。友人や家族からの電話連絡時には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。自席が混乱しないように名札を貼っている。		
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。居室は担当制で季節の変わり目などの入れ替えや写真を飾って部屋の模様替えなどを行っている。		
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。スムーズに移動ができるように、整理整頓し導線を確認している。個々のできる事を理解し、歩行不安定な方も見守り、付添いを行い安全に移動ができるよう支援している。		

2023年度

事業所名 グループホームすずの家さがみはら
 作成日：令和 6年 3月 2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	運営推進会議の内容に参加されていないご家族や職員へ周知できていない。	運営推進会議の内容をご家族様、職員全員に周知する。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議のレジュメと議事録をご家族へ郵送する。 ・レジュメと議事録を職員がいつでも閲覧できる場所へ設置。会議後は連絡ノートで職員全員に閲覧してもらうよう声かけをする。 	4ヶ月
2	8	ユニット会議やリーダー会議の開催時期が少なく、不定期的なため、職員の意見や提案を聞く機会が少ない。	ユニット会議、リーダー会議を定期的に開催する。	<ul style="list-style-type: none"> ・会議の年間予定を立て、実施する・参加できない職員には、事前に意見収集を行う。 	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月