

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	1493200131	事業の開始年月日	平成20年4月1日
		指定年月日	平成20年4月1日
法人名	株式会社 エイジサービス		
事業所名	グループホームあさひ別荘		
所在地	(241-0025) 神奈川県横浜市旭区四季美台68-45		
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1月18日	評価結果 市町村受理日	令和6年4月30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）】

閑静な住宅地内にあり夜間も静かに過ごせる場所にあります。日当たりもよく玄関前のベンチでは太陽の光を背に浴びながらゆったりと過ごせます。認知症でもその方の性格や生き立ちなど把握したうえでその方らしくいつまでも過ごせるよう職員一人一人心がけケアに望んでいます。 ”介助” に特化するのではなくその方一人一人の出来ない事を支援し今出来ることを少しでも維持できるように心がけています。 また月1回のペースで行事計画を作成し 季節ごとの行事や入居者のリクエストを伺った催しを企画しております。日々の生活が穏やかに、そして笑顔と笑いが自然と出て来るような場所を目指しているのが ”あさひ別荘” です。

【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6年2月27日	評価機関 評価決定日	令和6年4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）】

事業所は相鉄本線「二俣川」駅「鶴ヶ峰」駅から徒歩20分程の所にあります。周りは閑静な住宅街で、公園も近くにあります。日当たりも良く静かな環境で入居者は別荘のように寛いで穏やかに過ごせるように支援に努めています。

<優れている点>

入居者がその人らしく過ごせるように、出来ないことを支援し、出来ることは少しでも長く維持出来るように一人ひとりに合わせたケアで自立支援を目指しています。各入居者の生活ペースに合わせて支援し、起床時間も入居者に合わせた時間になり、10時や11時に起床する人もいます。食欲が落ち、食事が採りづらい人には、好きな蕎麦を用意するなどその人に合わせた個々の対応もしています。また、行事の計画は、入居者の要望を聞き企画しています。誕生会では、入居者の食べたいものを確認し、実施しています。歯科医、歯科衛生士が週に1回訪問し診療をしています。いつまでも自分の歯や、自分にあった義歯で口から食べられるように口腔ケアに力を入れています。

<工夫点>

「観察記録用紙」を用いて入居者が話したことや行動など、どんな小さなことも記録に残しています。記録により、入居者の状態や気持ちの変化などを読み取り、ケアに活かしています。食事を手間のかからない湯煎に変えることで、職員のケアに専念する時間を確保するなどの業務改善を行っています。

【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	グループホームあさひ別荘
ユニット名	つる

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。	会社の理念や事業所の目的は、玄関前やスタッフルームに掲示して、職員が常に意識して行動が出来る様にしています。新人研修でも会社の理念、事業所の目的についての説明をしています。	理念等は玄関や事務室に掲示し、職員の意識づけをしています。昨年11月の管理者変更を機に、新しい理念作成をしています。職員全員にアンケート用紙を配布し、現在考案中です。職員の方向性を位置づけた理念に基づいて、月間目標を立てる予定です。	
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。	コロナ禍により地域のイベント参加には至ってませんが 近隣の方とお会いした際には挨拶を交わしています。運営推進会議でも地域の方との関わり合いを深めようと努めています。	以前はボランティアや中学校の職業体験、幼稚園との交流がありましたが、コロナ禍により、休止しています。3月より家族等の面会の制限の緩和をし、以前のような交流の復活を検討中です。高齢者メイクアップの講習を予定して取り組んでいます。	コロナ禍により中断していたボランティアや幼稚園との交流、中学生の職業体験の受け入れなどの再開が期待されます。運営推進会議などで地域の情報を得てイベントや出張認知症カフェへの参加なども期待されます。
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。	運営推進会議時や町会長様とお話しの中で、認知症の方のご理解や支援などお伝えしています。また地域の方に認知症対応型グループホームがあるという認知に努めています。		
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。	運営推進会議を通しいろんな立場の方からご意見や提案など伺っています。感染症の問題で実施できることが限られますが今後につなげていきたいと思っております。	運営推進会議はケアプラザ職員、町内会長、大家、家族、利用者の参加を得て、2ヶ月に1回開催しています。活動状況に対する出席者の意見や要望を聞き、ホームの考えや取り組みを伝えています。地域情報も提供してもらっています。家族全員に議事録を送っています。	
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。	運営推進会議での参加の際に現状をお伝えしたり、他の情報を得ています。不明点などあった際は直接連絡し問い合わせをしたりしています。	旭区の高齢・障害支援課が介護保険の認定調査にホームに来訪した際は、ホームの現状を伝えています。また、直接連絡をして相談や問い合わせをしたり、協力関係を築くようにしています。横浜市や旭区の研修参加や、横浜高齢グループホーム連絡会にも参加予定です。	

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。	身体拘束の研修をユニット会議で定期的に行っております。具体的にどのようなことが身体拘束にあたるのかなどユニット会議に参加されていない職員も含め全職員にレジュメを配布しました。身体拘束等廃止委員会は、2カ月に1度、開催をしています。	全職員に身体拘束のレジュメを配布しています。毎月のユニット会議の中で管理者がレジュメを基に研修をし、職員の理解を深めています。管理者、ケアマネジャー、リーダーをメンバーとする身体拘束廃止委員会は2ヶ月に1回開催し、家族にも身体拘束をしないケアに取り組んでいることを伝えていきます。	
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。	虐待の外部研修に参加しそれをユニット会議にて周知に努めています。施設内で虐待が行われないようケアで困りごとがあれば相談できるような体制作りや環境づくりに努めています。	ユニット会議で、虐待の外部研修の報告会を行い職員に周知徹底しています。ユニット会議は職員が意見を出し合える環境になるように留意しています。ケアの困りごとなど一人で考え込まず、みんなで一緒に対応策などを考えたり、相談できる体制を整えるようにしています。	
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。	成年後見制度を实际利用されている方が何人かいらしゃり実際にどういう時に活用するかを学べていますが制度自体の研修を今後取り入れようとしています。		
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。	契約日前に重要事項について説明をさせていただきます。また契約時は本社、管理者またはケアマネが同席し専門的なことも含め詳しくお伝えできるよう配慮、説明を行っています。またご不明点があればいつでも問い合わせしていただいとさせていただきます。		
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、関係者の方がご来訪時は管理者自身が声をかけさせていただいたり利用者様よりご意見を伺ったりしています。ご意見箱を設置し匿名で投書できるようにもしております。利用者様のご意見より行事企画や誕生日会を行うこともあります。	家族には面会時や電話で意見を聞いています。3月からは、家族の希望により制限を設けず面会を実施する予定です。誕生日会は入居者の希望の食べ物を用意しています。入居者の意見で、鯉節を削り器で削って豚汁を作るなど、運営に反映しています。	

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。	管理者は職員とコミュニケーションをとりホーム行事や運営に関する意見や提案をホーム長会議で代表者やそれに準ずる役員に報告、相談、提案をし反映に努めています。	管理者は普段から職員とコミュニケーションを取るようにしています。毎月のユニット会議では職員同士が意見や困ったことを言えるような環境を整えています。法人社長や建物オーナーもホームに訪し、職員とのコミュニケーションを図っています。職員の意見より、雇用契約書が早く届くようになった事例もあります。	
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。	代表も勤務表を確認しており、個々の労働時間に注意を払っています。管理者は、各職員の生活背景等を考慮して、職員の希望を第一に勤務体系を整えています。	管理者は職員の希望を考慮して勤務のシフト調整をしています。各職員の業務量に配慮し、残業ゼロを目指しています。法人では資格手当を設けています。介護福祉士を目指すなど職員が向上心を持って働けるような環境の整備に努めています。	
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。	資格手当を設け、スキル、働き方により給料のランク付けをし意識向上をめざしている。また外部での研修の機会を促したりユニット会議での研修や個別のOJTも行えるよう努めている。	ユニット会議では、内部研修を取り入れて職員の介護技術のスキルアップを目指しています。常勤、非常勤に関わらず外部研修に参加し、勤務時間とみなし交通費の支給もあります。先輩職員が後輩に現場の仕事を通じて指導し、知識や技術を伝えています。	
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。	外部研修を受けそれをホームで研修する機会と、報告する機会と内部研修の研修をそれに基づいてユニット会議内で内部研修を行っています。技術面に関しては個別に指導を行っています。GH連絡会にも所属しており情報交換等に努めている。		
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。	サービスを開始する際に直接、ご本人様と対話出来る機会を作り、困っている事や要望に耳を傾けてニーズを把握、その情報を職員間で共有して安心して施設生活が送れる様に準備しています。		

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
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。	サービスを開始する際に、ご家族にこれまでの生活歴を伺い、ご家族の不安や、要望を把握できるよう努めています。またその内容をケアプランに反映し職員と共有しホーム間で信頼関係が構築出来る様に努めています。		
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。	ご家族、ご本人が何をこのホームで必要としているのか、不安に思われているかを初期の段階で把握し ホーム内でどんなケアが出来るか検討、状況に応じ歯科、医療等にも相談しながらケアに繋げています。		
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。	ご本人の生活の場として他者との関わり合いを持てるよう配慮、お互いに関係を築いていけるようケアに望んでいます。また生活場の役割が持てるよう心がけています。		
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。	ご家族との絆が保てるよう定期的にご連絡させていただいたり来訪時に普段の様子などお伝えしています。またご本人との電話での支援や手紙のやり取りなどその方とご家族に合わせて関係性を保てるようにしています。		
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。	馴染みの方の来訪、連絡のやり取りが保てるようご家族と相談し対応しております。またお手紙のやり取りや電話のやり取り、来訪での面会などにも支援しております。	家族や友人と手紙や年賀状、電話のやり取りが出来るように支援しています。入居前から受けていた看護マッサージを入居後も継続して受けている入居者もいます。今まで、自宅でやっていた洗濯物干しや食器拭きなど、残存能力を活かし、役割を担って貰う声掛けをしています。	

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。	個々の性格に合わせ食席を配置し利用者同士が関わり合えるよう努めている。またご利用者同士で会話ができるよう職員が間に入って話題を提供したり、楽しみを一緒に共有できるよう関係づくりに努めています。		
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。	他の事業所に移られる場合、支援状況、ケアプランと提供するだけでなく相談員、家族と連携をとり利用者が環境の変化に戸惑わないよう努めています。また利用終了後も様子を伺うなど連携を図っています。		
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。	1人ひとりの生活習慣、変化を情報共有し職員は利用者の立場に立ちケアについて話し合っています。またその情報をもとに家族と相談し家族の思いも汲み取り出来る範囲で対応しています。	入居前の面談や家族が記載する「個人情報シート」により、本人の生活歴、性格、趣味や行動の特徴などの情報を職員間で共有して支援しています。入居後は生活の中での会話や表情、行動などには常に気を付けています。	
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。	入居時にこれまでの生活歴を伺い職員間で情報を共有しています。また生活の中から新たな情報を伺った時には記録に残したり必要に応じて以前利用していた在宅サービスなどに様子を聞き取っています。		
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。	生活パターンや排泄リズム、その方の癖や心身状態を把握に努め職員間で共有し生活スタイルを崩さないよう努めています。		

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
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。	その方のケア、課題について介護計画作成前に医療チームや日頃関わっている介護職員、家族からの意見をもとに支援方針や課題を反映させています。	本人の生活の意向を汲み取った計画を立て、本人、家族、職員で確認して支援しています。入居時は職員が本人の思いや行動の意味を汲み取る為に「観察記録用紙」に、本人が話した内容や行動など、どんなに小さな事でも気付いた事をなんでも書くようにしています。	
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。	タブレットが導入され排泄、水分、バイタル等ひと月分表で見ることが出来変化が捉えやすくなりました。気づきなどには個人記録に記録し内容により数日間申し送りされるようになっていたため職員はいつでも確認でき介護計画の見直しにも活かされています。		
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。	ご本人とご家族のニーズを把握し訪問診療や看護や歯科等の医療機関と連携を図っています。ご本人の状態や家族への配慮をしながらチームで取り組んでいます。		
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。	感染症拡大防止のため積極的な関わり合いは自粛しているが 近隣の神社に初詣やお祭りなど地域資源を活かし四季の移り変わりを楽しめるよう努めています。		
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。	入居時ご納得されれば事業所が提携しているかかりつけ医へと移行していただいておりますが なじみのかかりつけ医での受診も可能です。また専門医の受診継続もしています。外来受診された際は担当医に報告、受診内容を薬剤師にも共有しています。	入居前のかかりつけ医を継続する事もできますが、入居者は24時間対応の往診医を選択しています。訪問看護師は、週1回入居者の健康管理をしています。歯科医・歯科衛生士も週1回訪問し、診療と口腔ケアを行い、食事が食べやすいように義歯の調整や噛み合わせもすぐに確認しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	体調の変化や気づきを書面に残し週に1回看護師が健康管理をしています。それ以外でも体調などの相談も気軽に行っています。必要時は担当医所属の看護師にも状況をお伝えし状況に応じ担当医に指示を仰ぎ対応できるようになっています。		
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、入院中、退院時ご家族、医療機関と密に連絡を取り合い状況の把握に努めています。また早期退院できるよう病院に関係者にヒアリングし退院時にスムーズにホーム生活が送れるよう関係づくりを行っています。		
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。	体調不良やレベルの低下が現れた際にはご家族、医療、職員間で連携を図り今後の方針を確認出来るよう話し合いを設けます。その後もご本人、ご家族のご意向を踏まえ常に医師確認をしながら安心できる最期の場を提供するよう取り組みしています。	看取りに関しては入居時に「看取り介護実施の定義」「指針」「同意書」「延命措置に関する指示」の説明をして同意を得ています。重度化した時は医師が状態を説明して、家族に看取りの意向を確認して看取り体制で支援しています。	
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。	緊急時の対応、連絡先を全ての職員が把握できるよう開示しております。避難訓練などは定期的に行い実践に供えられるようにしております。		
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。	避難訓練を実施し振り返りをしています。なるべく全員に参加を促しますが参加されない職員にも分かるよう努めユニット会議で備蓄の場所を再確認しています。緊急時ホーム内にて連絡が取り合える体制と近隣職員にも協力体制を作り災害時に心がけています。	年に2回の避難訓練を行っています。夜間想定避難訓練は、夜勤を担当する職員が夜勤帯の体制と同様に1人で対応します。他の職員はその様子の観察をして、課題の抽出を行っています。備蓄品のリスト作成もできています。職員緊急連絡網も整備してあります。	災害時に職員誰もがわかりやすい備品、備蓄品の管理方法の整備が期待されます。

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。	1人ひとりの人格を尊重し今出来る事を支えられるようなケアに臨んでいます。認知症が進行しても誇りやプライバシーが保持できるようユニット会議でケアの振り返りをしています。個人の情報管理にも配慮し管理の仕方を見直しに努めています。	本人の性格や生活歴などを入居前に確認し、自宅にいた時の対応の様子などを参考にしています。認知症が進行しても、声掛けや歩行介助など、ホームでできることに努め、生活の不安を軽減できるように支援しています。名前の記載がある薬包などの個人情報の取り扱いにも留意しています。	
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。	日々の生活の中で認知症が進行しても選択できるような支援を行っています。また食べたいものややりたいことをヒアリングし出来ることはホームの行事やその方の誕生日会で行える様に心がけています。		
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、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。	だいたいのホーム生活の流れはありますがご本人の意思を伺いながら起床時間や離床時間をその方に合わせています。日中もリビングで過ごされたり居室で過ごされたりと強制するのではなくご本人の希望にそっての支援を行っています。		
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。	訪問美容時はその方のご要望をききカットをし希望時は毛染めも行っています。その方のお好きな洋服を更衣時きていただいたり 整容できるよう支援を行っています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	ご本人が食べやすいようADLを配慮しながら盛り付け配膳しています。季節ごとの催しの際は皆さんと食事作りをしたりリクエストを伺い企画することもあります。3食の食事の前には食事のメニューをお伝えし食欲増進に繋げています。	入居者に食の希望を聞いて、イベントで鰻などのお弁当を提供しています。おはぎ、お好み焼き、らっきょう漬け、ケーキ作りなども行っています。鯉節は削り器で削っています。入居者が職員に削り方を教えてくれています。	

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
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。	栄養バランスは外部の栄養士が管理を行っています。個々の体重や検査結果から医師より水分に関する助言を頂くこともありそれに応じて対応しています。1日の摂取量など出勤職員全員が把握し少ない場合はご本人がお好きなの飲み物を提供しています。		
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。	食後職員が一人ひとりのADL、口腔状態に応じて口腔ケアを行っています。歯ブラシだけではなくスポンジや部分ブラシ、歯間ブラシなども使用し個々に応じ対応しています。また口腔ケア加算をとっており歯科衛生士より助言も頂き反映しています。		
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る。	1人ひとりの排泄パターンを把握しパッド内の失禁ではなくトイレでの排泄が行えるよう声掛け誘導を行い状態に応じリハパン、布パンツに変更。立位が可能な方はなるべくトイレで排泄できるよう援助を心がけています。	立位が取れる人はトイレでの排泄を基本とし、タブレットで管理している排泄表を確認しながら声掛けを行っています。羞恥心に配慮した排泄の声掛けや誘導を行っています。退院した人の排泄間隔を確認しながら、小まめにトイレの声掛けを行った事で、布のパンツに改善した事例もあります。	
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。	薬剤に頼らないよう心がけています。個々にあった水分を提供し便秘がちなご利用者には牛乳やオリゴ糖の提供をしております。また運動レクを取り入れ便秘予防改善に努めています。		
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。	1週間に最低2回は入浴しますが便失禁時などは考慮し入浴することもあります。ご利用者の生活習慣、体質によりシャンプーなど個別にしたり入浴剤や季節ごとにゆずや菖蒲など入れ入浴を楽しめるよう工夫をしています。浴槽に入れない方は足浴も行っています。	週に2回の入浴を行い、同性介助を行っています。難しい時は曜日を変えての対応もしています。事業所でシャンプーを用意していますが、体質や好みにより変更している人もいます。浴槽に入る事が難しい人は、足浴で足を温めながら、シャワー浴を行っています。	

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
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。	1人ひとりの生活習慣に合わせ入床していただき、その方に合わせた温度調整を行います。布団はホームで用意されていますが個々で毛布やタオルケットを用意される方もいらっしゃいます。		
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。	与薬時はダブルチェックをし誤薬防止に努める。錠剤が飲み込めない方は粉にし服薬しやすいようトロミを使用し嚥下しやすくしています。用途や副作用など全職員が分かるようファイリングをし新しい薬があった際は申し送りをし全員周知出来るよう努めている。		
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。	個々で出来ることを生活に生かし役割を持ってやっていただけるよう家事支援に繋がっています。月ごと行事計画を立てたり楽しみの機会を設けています。またおやつが足りない場合は個別対応したり気分転換に外気浴や散歩に行ったりと支援に繋がっています。		
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。	感染症対策のため外出支援は現在行えていませんが 今後緩和し外出支援に努めていく予定です。日々の生活では外気浴や散歩、花見や初詣など四季を感じられるような支援を車いすの方も楽しめるよう行っています。	建物敷地内の植えた花を眺めるなど、外気浴をしています。車いす利用の人も含めて近隣の散歩をしています。散歩時に眺める花などを見て季節を感じています。車で初詣にも出かけています。	
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、お金の所持したり使えるように支援している。	金銭は基本的に施設で管理、立替しております。ご本人のご希望があればご家族に購入して頂くようにもお伝えしています。お金を所有し安心を得られる方はご家族了承の上所有されることもあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の携帯を使用しご家族とお話できるような支援をしています。施設の電話を使用しお話しすることも可能です。ご友人やご家族からの手紙のやり取りもしており繋がりが切れないよう支援しています。		
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。	季節感が感じられるようリビング、玄関等配慮しております。食席以外にもくつろげるソファを配置し傾眠される方もいらっしゃいます。温度、湿度、換気などに配慮し心地よく過ごせるよう工夫しております。	吹き抜けの玄関は、ステンドグラスを使った窓が明るい雰囲気です。リビングには、干支や季節の飾りを制作して飾っています。テレビやソファで、ゆっくり寛げるリビングになっています。毎日ラジオ体操を行って健康に気を付けています。事業所内清掃にも配慮しています。特に温度、湿度、換気にも気を付けています。	
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。	食席が離れていても食事以外ご利用者が集まりお話ししたりレクをされたり出来る様環境作りに努めています。またお一人でゆっくりくつろげるようソファも用意しております。		
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。	入居時に馴染みのある、好みの家具の搬入をお伝えしております。ベッド、カーテン、エアコン、照明、クローゼットがついており 壁紙も居室ごと少し違います。居室担当制を導入し掃除や足りないものなどご家族にお伝えできるよう努めています。	居室は自分の部屋として馴染みの家具の持ち込みをお願いしています。介護ベッドを設置し、動線にも配慮しています。立ち上がり不安定な人には、センサーを設定して、転倒防止に努めています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	1人ひとりのADLを把握し安全な環境づくりに常に配慮しております。トイレや居室が分かりやすいよう文字の大きさ、位置など工夫し環境作りを行っています。		

事業所名	グループホームあさひ別荘
ユニット名	かめ

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。	会社の理念や事業所の目的は、玄関前やスタッフルームに掲示して、職員が常に意識して行動が出来る様にしています。新人研修でも会社の理念、事業所の目的についての説明をしています。		
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。	コロナ禍により地域のイベント参加には至ってませんが 近隣の方とお会いした際には挨拶を交わしています。 運営推進会議でも地域の方との関わり合いを深めようと努めています。		
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。	運営推進会議時や町会長様とお話しの中で、認知症の方のご理解や支援などお伝えしています。また地域の方に認知症対応型グループホームがあるという認知に努めています。		
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。	運営推進会議を通しいろんな立場の方からご意見や提案など伺っています。感染症の問題で実施できることが限られますが今後につなげていきたいと思っています。		
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。	運営推進会議での参加の際に現状をお伝えしたり、他の情報を得ています。不明点などあった際は直接連絡し問い合わせをしたりしています。		

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。	身体拘束の研修をユニット会議で定期的に行っております。具体的にどのようなことが身体拘束にあたるのかなどユニット会議に参加されていない職員も含め全職員にレジュメを配布しました。身体拘束等廃止委員会は、2カ月に1度、開催をしています。		
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。	虐待の外部研修に参加しそれをユニット会議にて周知に努めています。施設内で虐待が行われないようケアで困りごとがあれば相談できるような体制作りや環境づくりに努めています。		
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。	成年後見制度を实际利用されている方が何人かいらしゃり実際にどういう時に活用するかを学べていますが制度自体の研修を今後取り入れようとしています。		
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。	契約日前に重要事項について説明をさせていただきます。また契約時は本社、管理者またはケアマネが同席し専門的なことも含め詳しくお伝えできるよう配慮、説明を行っています。またご不明点があればいつでも問い合わせしていただいとのお伝えしております。		
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、関係者の方がご来訪時は管理者自身が声をかけさせていただいたり利用者様よりご意見を伺ったりしています。ご意見箱を設置し匿名で投書できるようなもしております。利用者様のご意見より行事企画や誕生日会を行うこともあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	管理者は職員とコミュニケーションをとりホーム行事や運営に関する意見や提案をホーム長会議で代表者やそれに準ずる役員に報告、相談、提案をし反映に努めています。		
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。	代表も勤務表を確認しており、個々の労働時間に注意を払っています。管理者は、各職員の生活背景等を考慮して、職員の希望を第一に勤務体系を整えています。		
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。	資格手当を設け、スキル、働き方により給料のランク付けをし意識向上をめざしている。また外部での研修の機会を促したりユニット会議での研修や個別のOJTも行えるよう努めている。		
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。	外部研修を受けそれをホームで研修する機会と、報告する機会と内部研修の研修をそれに基づいてユニット会議内で内部研修を行っています。技術面に関しては個別に指導を行っています。GH連絡会にも所属しており情報交換等に努めている。		
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。	サービスを開始する際に直接、ご本人様と対話出来る機会を作り、困っている事や要望に耳を傾けてニーズを把握、その情報を職員間で共有して安心して施設生活を送れる様に準備しています。		

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
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。	サービスを開始する際に、ご家族にこれまでの生活歴を伺い、ご家族の不安や、要望を把握できるよう努めています。またその内容をケアプランに反映し職員と共有しホーム間で信頼関係が構築出来る様に努めています。		
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。	ご家族、ご本人が何をこのホームで必要としているのか、不安に思われているかを初期の段階で把握し ホーム内でどんなケアが出来るか検討、状況に応じ歯科、医療等にも相談しながらケアに繋がっています。		
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。	ご本人の生活の場として他者との関わり合いを持てるよう配慮、お互いに関係を築いていけるようケアに望んでいます。また生活場の役割が持てるよう心がけています。		
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。	ご家族との絆が保てるよう定期的にご連絡させていただいたり来訪時に普段の様子などお伝えしています。またご本人との電話での支援や手紙のやり取りなどその方とご家族に合わせて関係性を保てるようにしています。		
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。	馴染みの方の来訪、連絡のやり取りが保てるようご家族と相談し対応しております。またお手紙のやり取りや電話のやり取り、来訪での面会などにも支援しております。		

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。	個々の性格に合わせ食席を配置し利用者同士が関わり合えるよう努めている。またご利用者同士で会話ができるよう職員が間に入って話題を提供したり、楽しみを一緒に共有できるように関係づくりに努めています。		
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。	他の事業所に移られる場合、支援状況、ケアプランと提供するだけではなく相談員、家族と連携をとり利用者が環境の変化に戸惑わないよう努めています。また利用終了後も様子を伺うなど連携を図っています。		
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。	1人ひとりの生活習慣、変化を情報共有し職員は利用者の立場に立ちケアについて話し合っています。またその情報をもとに家族と相談し家族の思いも汲み取り出来る範囲で対応しています。		
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。	入居時にこれまでの生活歴を伺い職員間で情報を共有しています。また生活の中から新たな情報を伺った時には記録に残したり必要に応じて以前利用していた在宅サービスなどに様子を聞き取っています。		
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。	生活パターンや排泄リズム、その方の癖や心身状態を把握に努め職員間で共有し生活スタイルを崩さないよう努めています。		

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
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。	その方のケア、課題について介護計画作成前に医療チームや日頃関わっている介護職員、家族からの意見をもとに支援方針や課題を反映させています。		
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。	タブレットが導入され排泄、水分、バイタル等ひと月分表で見ることが出来変化が捉えやすくなりました。気づきなどには個人記録に記録し内容により数日間申し送りされるようになっていたため職員はいつでも確認でき介護計画の見直しにも活かされています。		
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。	ご本人とご家族のニーズを把握し訪問診療や看護や歯科等の医療機関と連携を図っています。ご本人の状態や家族への配慮をしながらチームで取り組んでいます。		
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。	感染症拡大防止のため積極的な関わり合いは自粛しているが 近隣の神社に初詣やお祭りなど地域資源を活かし四季の移り変わりを楽しめるよう努めています。		
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。	入居時ご納得されれば事業所が提携しているかかりつけ医へと移行していただいています。なじみのかかりつけ医での受診も可能です。また専門医の受診継続もしています。外来受診された際は担当医に報告、受診内容を薬剤師にも共有しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	体調の変化や気づきを書面に残し週に1回看護師が健康管理をしています。それ以外でも体調などの相談も気軽に行っています。必要時は担当医所属の看護師にも状況をお伝えし状況に応じ担当医に指示を仰ぎ対応できるようになっています。		
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、入院中、退院時ご家族、医療機関と密に連絡を取り合い状況の把握に努めています。また早期退院できるよう病院に関係者にヒアリングし退院時にスムーズにホーム生活が送れるよう関係づくりを行っています。		
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。	体調不良やレベルの低下が現れた際にはご家族、医療、職員間で連携を図り今後の方針を確認出来るよう話し合いを設けます。その後もご本人、ご家族のご意向を踏まえ常に医師確認をしながら安心して最期の場を提供するよう取り組みしています。		
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。	緊急時の対応、連絡先を全ての職員が把握できるよう開示しております。避難訓練などは定期的に行い実践に供えられるようにしております。		
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。	避難訓練を実施し振り返りをしていきます。なるべく全員に参加を促しますが参加されない職員にも分かるよう努めユニット会議で備蓄の場所を再確認しています。緊急時ホーム内にて連絡が取り合える体制と近隣職員にも協力体制を作り災害時に心がけています。		

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。	1人ひとりの人格を尊重し今出来る事を支えられるようなケアに臨んでいます。認知症が進行しても誇りやプライバシーが保持できるようユニット会議でケアの振り返りをしています。個人の情報管理にも配慮し管理の仕方を見直しに努めています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日々の生活の中で認知症が進行しても選択できるような支援を行っています。また食べたいものややりたいことをヒアリングし出来ることはホームの行事やその方の誕生日会で行える様に心がけています。		
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、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。	だいたいのホーム生活の流れはありますがご本人の意思を伺いながら起床時間や離床時間をその方に合わせています。日中もリビングで過ごされたり居室で過ごされたりと強制するのではなくなるべくご本人の希望にそっての支援を行っています。		
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。	訪問美容時はその方のご要望をききカットをし希望時は毛染めも行っています。その方のお好きな洋服を更衣時きいていただいたり 整容できるよう支援を行っています。		
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。	ご本人が食べやすいようADLを配慮しながら盛り付け配膳しています。季節ごとの催しの際は皆さんと食事作りをしたりリクエストを伺い企画することもあります。3食の食事の前には食事のメニューをお伝えし食欲増進に繋げています。		

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。	栄養バランスは外部の栄養士が管理を行っています。個々の体重や検査結果から医師より水分に関する助言を頂くこともありそれに応じて対応しています。1日の摂取量など出勤職員全員が把握し少ない場合はご本人がお好きなの飲み物を提供しています。		
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。	食後職員が一人ひとりのADL、口腔状態に応じて口腔ケアを行っています。歯ブラシだけではなくスポンジや部分ブラシ、歯間ブラシなども使用もし個々に応じ対応しています。また口腔ケア加算をとっており歯科衛生士より助言も頂き反映しています。		
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る。	1人ひとりの排泄パターンを把握しパッド内の失禁ではなくトイレでの排泄が行えるよう声掛け誘導を行い状態に応じリハパン、布パンツに変更。立位が可能な方はなるべくトイレで排泄できるよう援助を心がけています。		
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。	薬剤に頼らないよう心がけています。個々にあった水分を提供し便秘がちなご利用者には牛乳やオリゴ糖の提供をしております。また運動レクを取り入れ便秘予防改善に努めています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	1週間に最低2回は入浴しますが便失禁時などは考慮し入浴することもあります。ご利用者の生活習慣、体質によりシャンプーなど個別にしたり入浴剤や季節ごとにゆずや菖蒲など入れ入浴を楽しめるよう工夫をしています。浴槽に入れない方は足浴も行っています。		

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
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。	1人ひとりの生活習慣に合わせて入床していただき、その方に合わせた温度調整を行います。布団はホームで用意されていますが個々で毛布やタオルケットを用意される方もいらっしゃいます。		
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。	与薬時はダブルチェックをし誤薬防止に努める。錠剤が飲み込めない方は粉にし服薬しやすいようトロミを使用し嚥下しやすくしています。用途や副作用など全職員が分かるようファイリングをし新しい薬があった際は申し送りをし全員周知出来るよう努めている。		
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。	個々で出来ることを生活に生かし役割を持ってやっていただけるよう家事支援に繋がっています。月ごと行事計画を立てたり楽しみの機会を設けています。またおやつが足りない場合は個別対応したり気分転換に外気浴や散歩に行ったりと支援に繋がっています。		
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。	感染症対策のため外出支援は現在行えていませんが 今後緩和し外出支援に努めていく予定です。日々の生活では外気浴や散歩、花見や初詣など四季を感じられるような支援を車いすの方も楽しめるよう行っています。		
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。	金銭は基本的に施設で管理、立替しております。ご本人のご希望があればご家族に購入して頂くようにもお伝えしています。お金を所有し安心を得られる方はご家族了承の上所有されることもあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の携帯を使用しご家族とお話できるような支援をしています。施設の電話を使用しお話しすることも可能です。ご友人やご家族からの手紙のやり取りもしており 繋がりが切れないよう支援しています。		
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。	季節感が感じられるようリビング、玄関等配慮しております。食席以外にもくつろがれるソファを配置し傾眠される方もいらっしゃいます。温度、湿度、換気などに配慮し心地よく過ごせるよう工夫をしております。		
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。	食席が離れていても食事以外ご利用者が集まりお話ししたりレクをされたり出来る様環境作りに努めています。またお一人でゆっくりくつろがれるようソファも用意しております。		
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。	入居時に馴染みのある、好みの家具の搬入をお伝えしております。ベッド、カーテン、エアコン、照明、クローゼットがついており 壁紙も居室ごと少し違います。居室担当制を導入し掃除や足りないものなどご家族にお伝えできるよう努めています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	1人ひとりのADLを把握し安全な環境づくりに常に配慮しております。トイレや居室が分かりやすいよう文字の大きさ、位置など工夫し環境作りを行っています。		

2023年度

事業所名 グループホーム あさひ別荘
 作成日： 2024 年 4 月 24 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	ケアプラン作成時ご家族、ご本人の意向をその都度反映されていない	ケアプラン作成時 ご家族、ご本人にホーム生活への希望や要望を取り入れたケアプラン作成を目指す。	ケアプラン作成時 ご家族やご本人にホーム生活の希望や要望を伺う機会を作り反映する。	12ヶ月
2	10	職員のケアのレベルに差がある	スキルアップ、職員のケアの向上に努めケアの質をあげる。	ユニット会議にて知識の向上を図る。	12ヶ月
3	13	コロナ感染予防のため閉鎖的になっていた。地域の連携もあまりとれていない。	地域に根ざしたグループホームにするために地域に開けた機会を作る。	ケアプラザさんと協力し認知症カフェを実施。近隣の方にホームの認識と開けた環境づくりを行う。	6ヶ月
4					
5					ヶ月