

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	1490100300	事業の開始年月日	平成27年8月1日
		指定年月日	平成27年8月1日
法人名	社会福祉法人よつば会		
事業所名	グループホーム オリーブの家		
所在地	(〒230-0077) 神奈川県横浜市鶴見区東寺尾6-33-24		
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8年1月10日	評価結果 市町村受理日	令和8年5月18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）】

H31.4に鶴見中央から東寺井へ2ユニットとなり移転をしました。スタッフも入居者も増えあっという間でした。感染予防に取り組みながらも一人一人の利用者様が力を発揮し楽しそうな表情で活躍できるよう、場面を捉えきっかけを作り役割を果たしながら生活できるよう支援を行っています。

### 【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8年2月19日	評価機関 評価決定日	令和8年4月26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> 日中スタッフ3名体制を必須条件とし、各ユニットに管理者兼ケアマネジャーを配置して利用者主体のケアを実践しています。特に食べる楽しみを大切に、調理の音やにおいを感じられる環境を整え、家事参加のきっかけとしています。職員はひと手間かけた工夫として、お花見弁当・年越しそば・嚥下食など季節感あるメニューや食器にも気を配っています。防災頭巾や簡易担架を各階に備えるなど危機意識を高く持ち、運営推進会議への薬局参加など地域連携も積極的に図っています。年1回の家族会では利用者と一緒に食事をする、主治医による認知症についての説明も行っていきます。
<工夫点> 根本的な解決に向け最適なケアに結びつける「ひもときシート」を作成しカンファレンスに活かしています。本人の困りごとを5つの課題に分けた視点で確認・整理し、独自のシート1枚にまとめる手法を活用し、チーム全体で情報を共有し表面的な対応ではなく根本的な原因を多角的にアプローチしています。また、1階の多目的スペース「なごやかサロン」は、運営推進会議・家族の面会・内部研修・リハビリに活用しています。冬は超音波式加湿器に次亜塩素酸水を使用し除菌・消臭など換気の徹底も図っています。

### 【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 オリーブの家
ユニット名	1丁目

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	職員は採用時研修と毎月のカンファレンスで理念をかみ砕いて、全員が深く理解できるように話し合っている。毎朝の申し送りの中で、理念を実践につなげるにはどうしたらよいかを検討して、共有している。	社会福祉法人よつば会として「オリーブの家」の開設は11年目を迎え、医療法人創業時に職員と管理者が掲げた理念を25年以上大切に継承しています。日々のケアに理念を反映させるため、毎朝と夕方の申し送り時・フロア会議などで振り返り、管理者と職員が共有と実践に努めています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 地域包括支援センターからお祭りや高齢者イベント情報の提供を受けるなど相互協力を図り、創業者は認知症介護指導者の講師として地域貢献に努めています。町内の防災訓練への職員参加や、中学校生徒との課外活動交流など多方面で地域と連携しています。現在は鶴見警察署との防犯カメラ設置を検討しています。	新型コロナ感染予防のために、地域とのつきあいは限定したものになっていた。横浜市老人健診をうける機会と地域包括支援センターとの交流事業は現在も取り組んでいる。	地域包括支援センターからお祭りや高齢者イベント情報の提供を受けるなど相互協力を図り、創業者は認知症介護指導者の講師として地域貢献に努めています。町内の防災訓練への職員参加や、中学校生徒との課外活動交流など多方面で地域と連携しています。現在は鶴見警察署との防犯カメラ設置を検討しています。	
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。	地域包括支援センターとの共同開催による認知症サポーターステップアップ研修では、入居者がゲスト講師になって理解を広める努力をしている。ほかに横浜市シニアボランティア養成講座でも理解を広める努力を続けている。	/	/
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。	毎回の運営推進会議では具体的な活動内容を報告している。認知症介護の実践では、利用者本人を大切にする日常生活を営むために、職員がふだん行う介護を続けることが大切なことを会議のメンバーから評価いただいている。	利用者支援の質を高めるため、2ヶ月に1回奇数月の第三水曜日に開催し、開催20日前に各メンバーへ開催通知を手渡すまたは郵送しています。町内会長・薬局の薬剤師・家族代表など多様な立場の知見者が集まることで幅広い視点から、利用者主体の活発な意見交換を行っています。	地域との結びつきという現在の実績を踏まえ、今後も地域から信頼される認知症ケアの拠点として、情報発信などを通じたさらなる地域貢献が期待されます。
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。	包括支援センター職員とは必要に応じて連絡している。年間行事のご協力や入居前の地域住民への働きかけの面で助言をいただいている。	寺尾地域包括支援センターとの相互協力を図り、オレンジカフェなど市との連携を図っています。おむつの支給などの相談は鶴見区の高齢・障害支援課に行っています。横浜高齢者グループホーム連絡会の総会と研修会に職員が参加するなど、情報交換を図っています。	

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
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。	日頃から職員は自分の介護をチェックシートを活用して振り返り、毎月のカンファレンスで互いに話し合って、拘束しない介護を実践している。疑問に思う介護は報告用紙に記録して、定期的な委員会に提出するが、今年度は具体例はない。関係者全員が重要性を理解して行っている。	身体的拘束適正化のための指針を整備しています。内部研修は現場の実情を熟知したリーダーが講師役を担うことで実践的な内容とし、法人内の指導力を育て研修の質を継続的に高めています。日々の介護実践の適切さを意識的に振り返るため、ヒヤリハット報告書を委員会へ提出し話し合える体制を整え、結果を全職員へ周知して拘束しないケアを確認しています。	
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。	虐待の理解を内部研修で学び、虐待行為がない実践を行っている。虐待の恐れがある前に、虐待の芽をつむための話し合いをカンファレンスで行っている。	虐待防止委員会を年1回開催しています。虐待の芽チェックリストを匿名で実施し、結果を各ユニットで共有して早期に問題を把握することを重視しています。「正解」を書くのではなく職員が日々のケアの中で実際に感じたことを正直に記入することを促し、自覚の有無や要因への気づきを促すことを最重要と考えています。	
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。	管理者とケアマネを中心にして、入居者一人一人が認知症になっても、人間としての権利が守られるように知識をもち、制度活用の範囲を調べて、成年後見制度を活用している場合もある。		
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。	入居契約の際には、丁寧な説明を行い、同意していただいている。その際に質問があれば時間をかけて説明している。		
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。	運営に関する家族の意見を聞く機会は特に設けていないが、この外部評価家族アンケートの結果を一つの機会と考えている。入居者には、日常生活の中でやりたいことや食べたい物の問いかけをして、意見を取り入れている。	事業所の運営を伝え家族とのつながりを深めるため、年1回食事会をメインに子どもも参加できる形で家族会を開催しています。主治医から認知症の状態や進行について医療的な視点で説明を受けることで家族が正確に理解できる機会としています。今年度は14名の家族の参加を得ています。家族から「歩ける力を維持してほしい・居室での面会と飲食をさせてほしい」との希望を受け、事業所の状況を説明しています。	

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。	すべての職員に運営に関する意見や提案を聞く機会は設けていない。この数年間の感染症対策等で経験したことの少ないほど、新たな要素の取り組みをもとめられ実践につなげている。	毎日の申し送りや月次カンファレンスを通じて各ユニットで職員の意見や提案を収集しています。防災備蓄品の保管場所を1ヶ所へ集約し、消費期限前の手配・ヘルメットの増設・ペダル式ゴミ箱の導入など、働く環境や業務改善に繋げるよう努めています。	
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。	限られた予算の中で、適正に費用を振り分けて給与と賞与を支払っている。また、職員の資格と向上心を生かして外部研修参加の機会を提案し、職場環境改善につとめている。	育休・親族介護・看護のための休暇・勤務時間の短縮など、職員の生活状況に合わせて柔軟に対応しています。理事長は月2回程度施設に立ち寄り、現場の職員に激励の声かけを行っています。昇給や賞与の際は直接手渡しをしています。	
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。	事業継続のためにも職員確保のうえでも職員を育てる仕組みの大切さを重視している。ケアの実際と力量の判断は難しいものがあり、十分には行えていない。	年1回の個人面談を実施し、気になることがあればその都度相談に対応しています。面談を通じて本人と管理者の認識のずれを確認し解消することで、良好な関係構築に努めています。外部講習受講の推薦や国家資格取得者への手当支給など、職員の成長を支援しています。	
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	横浜グループホーム連絡会に所属して管理者が参加している。また、日本認知症グループホーム協会と日本認知症ケア学会に参加して、必要な情報を得ている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居する前に自宅へ訪問して情報をとり、初めのケアプラン作成に生かしている。本人の困りごとをうけとめて、困りごとに寄り添うケアを実践し、笑顔が生まれる日常生活支援を行っている。		

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
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。	入居相談は家族から受けることが多い。入居前のアセスメントの中で、認知症の人の家族がどんな気持ちでいるかを受け止めて、入居者の支援を実践しながら具体的な日々の様子をつたえている。その中で家族との関係を深めている。		
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。	認知症状による生活の混乱のために入居する人が多い。まず必要される支援を提供して、ニーズに答えながら、本人と家族の生活が落ち着くような支援を行っている。		
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。	毎日の生活の中で、認知症の人が好きなことや得意なことに職員が気づくことが大切と考えている。本人が言い出したことはもちろんだが、言い出せない場合はきっかけを作って、得意なことの力を発揮できるように務めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	認知症であっても家族のことを心の中で思っている人が多い。家族の絆を深める具体的な機会は、感染症予防策のうえで実現することが少ないが、家族を思う本人の気持ちを汲んだ日常生活支援を行っている。		
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。	馴染みの人と一緒に過ごしたりなじみの場所への外出は、少しずつ増えてきた。職員は馴染みの人や場所の大切さを理解して、日頃の入居者の会話の中では取り上げて意識している。	周囲が静かで落ち着いた夜勤の時間帯は本音話を話してくれることが多いため、本人の困りごとや、行きたい場所などを引き出すよう努めています。自身が営んでいた飲食店に出かけ、お店のメニューのチーズやハンバーグを自ら作り食べるなど、以前の役割や記憶を呼び起こす体験を通じてその人らしさの維持を支援しています。	

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。	感染症蔓延の時期は、感染予防のための隔離対策として入居者に個室に入ってもらって過ごしていただいた。それが心理的な孤立感となってストレス症状が発生した。日頃の入居者同士の交流の価値を再認識した。		
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。	サービス利用の終了は約50%が看取り並びに入院して亡くなっている。50%は自宅または他施設へ行かれた。看取りの場合はもちろんのこと、自宅へ戻られた場合には、こちらからの働きかけではなく、相談が来た場合に応じている。		
<b>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</b>					
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。	認知症の人が言葉と表情で表す気持ちをセンター方式に記録して、職員が共有している。本人の気持ちを大切にしたいケアの方向性をケアプラン作成に生かして、ご家族の協力を得ている。	入居者の「帰りたい」などの気持ちを否定せず、思いに寄り添う支援をしています。夜間帯は入居者が寂しさや不安を感じやすいことを理解し、気持ちに寄り添いながら「自分の家ではないが、ここに居てもいいかな」と利用者を感じてもらえるよう、安心できる場所づくりを実践しています。	
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。	入居初期に本人と家族からの情報をアセスメントシートや記録にしている。本人が言葉と行動で気持ちを表す時期にも、行動の理解のうえで、情報を活用している。また、終末期にも本人の気持ちを理解するうえで活用している。		
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。	認知症と高齢化の進行のために、暮らしの現状が変化していくことな自然な成り行きと考えている。ケアプラン更新の時期には、現状を見直して、無理なくゆったりとした暮らしの支援を行っている。		

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
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。	本人が小さな声でつぶやく言葉の中に本当の気持ちが隠されていることが多い。認知症であっても職員に個性があることを理解しているので、複数の職員がとらえている情報を出し合ってモニタリング・ケアプラン更新している。	職員が考えている入居者の課題を本人主体の思考に転換し、多様な視点から考えることで理解を深めています。職員は意見を出し合いチームで入居者の暮らしを支えるケアを実践しています。日常生活でできることや好きなことを大切に、家族の思いも加え本人主体のプランを作成しています。	
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。	日々の様子は個別の生活記録への記入を通して整理されている。職員は申し送りの前に情報を得て、質問があれば申し送りで確認し、共有して実践している。必要な場合はケアプランを更新している。		
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。	認知症の人はそれぞれに个性的で、同じ提供方法では通用しない。その意味では、職員が認知症の人に育てていただいている状況。認知症の人の困りごとを抑え込むことでは解決せず、むしろ困りごとを一緒に解決する介護を行っている。		
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。	コロナも5類になり町内会のお祭りに参加をしたり、ボランティアの活動も増えている。地域からの支援を受けるだけでなく、町内会のに橋梁くしていただき消火栓の設置や散歩の時間を利用し可能な時は防犯パトロールを行うことを検討している。		
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。	入居時に協力医師のリストを家族に説明して、希望を確認し、同意のうえでかかりつけ医を決めている。かかりつけ医の往診は毎月および緊急時において、適切な医療を受けられる支援をしている。	事業所の協力医療機関をかかりつけ医として、日ごろの健康管理や認知症ケアについての相談を行います。薬に頼らず生活の質を大切に支援をしています。2ヶ所の歯科医と連携し、入居者が希望する歯科医を選択できる環境を整え、口腔ケアを通じて口から食べる力を維持することを大切にしています。	

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
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。	介護職員は入居者の心身における、いつもと違うことに気づき、気づいたことを訪問看護に伝えている。入居者はいつもと違う点を隠すことも多いが、馴染みの職員だから気づくことの大切さを理解している。		
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。	入居者の入院は緊急の場合が多い。認知症のために新たに発生した身体症状の苦しさを伝えることが困難なので、発症前の情報を病院に伝えて、早期退院と順調な回復のために連携する。		
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。	若いころからの本人の意向を家族が掴んでいることが多い。家族と連携しながら、本人の状況をふまえて、グループホームでできる支援を伝えている。その上で、大型施設希望の場合は申請を支援する。看取りの場合は機会をみて説明する。	終末期には医療・家族・介護が連携し、身体への負担を減らして安心して暮らせるよう努めています。ベッドで過ごす時間が長くなるため、精神的な安定と安心感を得られるよう声かけを基本的に好きな音楽をかけ、写真を飾り、手に触れるなどしています。家族の声を聞きたいのか、呼吸は苦しくないか、寝具は快適かなど身体的・精神的な苦痛を取り除くことを最期まで大切に、心地よい環境を整えています。	
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。	毎月の内部研修で、緊急時の対応の具体を学んでいる。内部研修は参加型で開催して、介護実践に結び付くように努めている。		
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。	年間4回の防災訓練とBCP実地訓練を計画して、行っている。日中と夜間を想定した内容にしているが、地域は坂道と階段道路のために入居者避難は難しい状況にある。地域の防災訓練にも毎回参加して、協力体制構築につとめている。	地震時の初期消火を迅速に行えるよう「初期消火セット」を事業所入口に設置し、自治会と共同で使い方の演習を行い相互理解を深めています。備蓄している保存食を実際に作り試食することで非常時の備えを確認しています。入居者と職員用のヘルメットも準備して災害に備えています。	日頃からの地域との関係を活かし、夜間の職員不足時の見守りや、一時的な避難場所の提供など、災害時に地域と具体的に協力し合える体制につなげるのが期待されます。

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	
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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。	認知症の人は、本人が思い込んでいる世界の中で自分の存在を把握している。本人が思い込んでいる世界を職員が受け入れて、そばにいる存在の介護者としての立場で支援している。	入居者の行動に細かい指示を出すのではなく、自然にそばに寄り添いできることを見つけ、その人らしい生活が送れるよう支援しています。良いところに着目し前向きな言葉をかけることで、入居者の表情や意欲の向上につながるよう関わっています。職員はその変化をみて対応方法を学び支援の質の向上に努めています。		
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。	認知症の人の思いを言葉と態度で理解して、希望を適切な言葉で表現できた場合には、職員は感激しながら受け止めている。自己決定できるように具体的な選択肢を見せるが、それでも難しいことが多い。			
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。	日々の暮らしを、本人の希望にそったものにするのは難しい。希望を言葉にできた場合には、むしろ願望のことが多い。その通りにやると躊躇されることが多い。観察しながら、本人のペースを尊重している。			
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。	本人の持ち物から、どんなおしゃれをする人か？を判断することが多い。誰でも年齢を重ねると風貌が変わるが、いつまでも健康で美しくあるように支援している。			
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。	口から美味しい食事がとれる生活を大切にしている。チラシ寿司やコロッケなどは入居者も調理に参加できるが、準備は職員がすることが多い。片付けをお手伝いする入居者も限定している。感染防止対策のために、一緒に食事はしていない。	キッチンからリビングがひと続きになり、調理の音やにおい・香りを感じられる家庭的な環境を整えています。脱水予防のこまめな水分補給を促すため、職員による「カンパニー」の声かけで利用者が楽しみながら行えるよう工夫しています。ミキサー食は副菜を別々の陶器の小皿に盛り付けるなど、見た目にも美しく食事を楽しめるよう支援しています。		

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。	入居者の食事量を把握して記録している。水分量は発熱などが見られた場合に摂取量を記録している。食事からとれる栄養を1600キロカロリー、タンパク質60gを平均としている。(おやつは別計算) 必要な場合は捕食している。		
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。	毎食後と寝る前に、職員が声掛けして口腔ケアを行っている。入居時に口腔の状態をアセスメントして、必要な場合は歯科医師の定期的な医療を受けている。年2回、口腔アセスメントをケアマネが行い、清潔保持に努めている。		
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。	トイレでの排泄を支援している。排泄支援の方法を職員が共有して、羞恥心を汲んだ介護を行い、排泄記録で確認している。排泄の失敗による不快感のない支援につとめているが、おむつ使用を減らすことはできていない。	自立してトイレに行く入居者の排便状況は、食欲低下・腹部の張り・排泄回数の変化など全体的な体調の変化から便秘のサインを読み取り、個々に応じた対応をしています。専門業者による「おむつの当て方研修」を受け、その人に合った実践的な技術を習得し快適に過ごせ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。	排便の様子は記録と申し送りで職員が共有している。日中の活動と飲食物によって排便間隔が空いた場合は、便座にゆっくりすわる支援を行い、水分量と腸を刺激する乳酸菌飲料をすすめるなど、状況に応じた支援を行っている。		
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。	入浴の声掛けに工夫して、本人が好きなタイミングと浴室窓から見える外の景色などをきっかけにしている。行事や往診など、さまざまな都合に左右される場合もある。	入居者の自立度に応じて、浴槽への安全な出入りを支援する入浴台や機械浴を使用して安全に浴槽に浸かり温まることができるよう支援しています。日頃からの信頼関係を土台に、入居者が不安なく介助に委ねられるよう関わり、自分のペースで心地よく入浴できるよう努めています。	

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
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。	夕食後に就寝準備をして、居室に入ってから、そのままベッドに入る入居者が多い。季節に応じた室温と寝具の調整と清潔な寝具を整えている。身体状況から、重度になると日中でもベッドで休息する時間をとる場合がある。		
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。	定期的な服薬は、医師の処方にもとづいて、連携する薬局の薬剤師が入居者ごとに届ける。入居者ごとに管理された薬箱から職員2名で確認をして、間違いのないように本人が服薬し記録する。飲みにくい場合は、その場で砕いている。		
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。	入居者が季節や気候に応じて、笑顔で過ごせるように様々な楽しみごとを備えている。体操のDVD、回想法のかるた、お手玉、ラップの芯、紅白の旗、早口言葉のボード、牛乳空き箱の積み重ねなどを、場面に応じて取り出して楽しんでいる。		
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。	その日の希望に応じて外出することは感染防止対策のためにも困難な時期を過ごした。代替え策として、ベランダでシャボン玉をとぼしたり、日向ぼっこをすることが多かった。最近外出を希望するとき、近所に買い物に行くこともある。	気分転換や社会参加を目的に、買い物やドライブなどの外出支援を積極的に行い、帰宅後はさまざまな話が広がるなど入居者の活気につながっています。地域のお祭りのカラオケ大会への参加など、日常とは異なる場や役割を経験することで入居者の潜在的な力を引き出す機会としています。社会参加を通じて地域とのつながりを感じ、自己肯定感の向上に努めています。	
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。	本人がお金を持つ場合はないが、欲しいものの希望があったときには、職員が現金で購入。後日、家族に報告して、レシートを示して立替分の振り込みをお願いしている。		

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
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。	本人が携帯電話でホームの電話でやり取りをする場合がある。そのほかには、手紙を書く支援を行っている。文字を読むのが難しい方には、本人の同意を得て開封し代読することもある。	/	
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。	リビングに続くトイレと浴室は、入り口にわかるような表示がある。リビングは季節に応じた飾り物と植物が飾られている。時には、入居者が作った作品やお習字が飾られる場合もある。	1階には季節の飾りや雛人形を置き、リビングに入居者の描いた油絵や和風の棚を配置するなど、懐かしさや視覚的な温かみを感じられるよう工夫し安心感につなげています。お気に入りのぬいぐるみとソファでくつろいだり、車いすで自由に移動できるなど、自宅の延長として居心地よく過ごせる空間づくりに努めています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	共有空間には、入居者それぞれの居場所がある。隣に座る人や日差しによって、表情と言動が変わるので、職員は相性を判断して座り位置を決めている。	/	
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。	居室のドアを開けたときに、本人が自分の部屋とわかる使い慣れたものを持ち込むように、家族にお願いしている。食器は壊れることもあるが、居室内の品々はひとりひとりの生活歴を物語るものが置かれている。	入居前に管理者が自宅を訪問し、生活の様子や家具の配置を参考に入居者・家族と何を持ち込むかを一緒に考えています。仏壇・位牌・ぬいぐるみ・家族写真など愛用品を持ち込めるよう支援し、地震の際の安全策としてベッドの頭まわりには物を置かないよう配慮しています。	
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。	日常生活の中で、できることは自分でやることをお願いしている。認知症の症状によっては、日によってできない場合もあるので、常に見守り支援を欠かさないように努めている。	/	

事業所名	グループホーム オリーブの家
ユニット名	2丁目

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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	職員は採用時研修と毎月のカンファレンスで理念をかみ砕いて、全員が深く理解できるように話し合っている。毎朝の申し送りの中で、理念を実践につなげるにはどうしたらよいかを検討して、共有している。		
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。	新型コロナウイルス感染予防のために、地域とのつきあいは限定したものになっていた。横浜市老人健診をうける機会と地域包括支援センターとの交流事業は現在も取り組んでいる。		
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。	地域包括支援センターとの共同開催による認知症サポーターステップアップ研修では、入居者がゲスト講師になって理解を広める努力をしている。ほかに横浜市シニアボランティア養成講座でも理解を広める努力を続けている。		
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。	毎回の運営推進会議では具体的な活動内容を報告している。認知症介護の実践では、利用者本人を大切にする日常生活を営むために、職員がふだん行う介護を続けることが大切なことを会議のメンバーから評価いただいている。		
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。	包括支援センター職員とは必要に応じて連絡している。年間行事のご協力や入居前の地域住民への働きかけの面で助言をいただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日頃から職員は自分の介護をチェックシートを活用して振り返り、毎月のカンファレンスで互いに話し合っており、拘束しない介護を実践している。疑問に思う介護は報告用紙に記録して、定期的な委員会に提出するが、今年度は具体例はない。関係者全員が重要性を理解して行っている。		
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。	虐待の理解を内部研修で学び、虐待行為がない実践を行っている。虐待の恐れがある前に、虐待の芽をつむための話し合いをカンファレンスで行っている。		
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。	管理者とケアマネを中心にして、入居者一人一人が認知症になっても、人間としての権利が守られるように知識をもち、制度活用の範囲を調べて、成年後見制度を活用している場合もある。		
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。	入居契約の際には、丁寧な説明を行い、同意していただいている。その際に質問があれば時間をかけて説明している。		
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。	運営に関する家族の意見を聞く機会には特に設けていないが、この外部評価家族アンケートの結果を一つの機会と考えている。入居者には、日常生活の中でやりたいことや食べたい物の問いかけをして、意見を取り入れている。		

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
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。	すべての職員に運営に関する意見や提案を聞く機会は設けていない。この数年間の感染症対策等で経験したことのないほど、新たな要素の取り組みをもとめられ実践につなげている。		
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。	限られた予算の中で、適正に費用を振り分けて給与と賞与を支払っている。また、職員の資格と向上心を生かして外部研修参加の機会を提案し、職場環境改善につとめている。		
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。	事業継続のためにも職員確保のうえでも職員を育てる仕組みの大切さを重視している。ケアの実際と力量の判断は難しいものがあり、十分には行えていない。		
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。	横浜グループホーム連絡会に所属して管理者が参加している。また、日本認知症グループホーム協会と日本認知症ケア学会に参加して、必要な情報を得ている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居する前に自宅へ訪問して情報をとり、初めのケアプラン作成に生かしている。本人の困りごとをうけとめて、困りごとに寄り添うケアを実践し、笑顔が生まれる日常生活支援を行っている。		

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
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。	入居相談は家族から受けることが多い。入居前のアセスメントの中で、認知症の人の家族がどんな気持ちでいるかを受け止めて、入居者の支援を実践しながら具体的な日々の様子をつたえている。その中で家族との関係を深めている。		
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。	認知症状による生活の混乱のために入居する場合が多い。まず必要される支援を提供して、ニーズに答えながら、本人と家族の生活が落ち着くような支援を行っている。		
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。	毎日の生活の中で、認知症の人が好きなことや得意なことに職員が気づくことが大切と考えている。本人が言い出したことはもちろんだが、言い出せない場合はきっかけを作って、得意なことの力を発揮できるように務めている。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	認知症であっても家族のことを心の中で思っている人が多い。家族の絆を深める具体的な機会は、感染症予防策のうで実現することが少ないが、家族を思う本人の気持ちを汲んだ日常生活支援を行っている。		
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。	馴染みの人と一緒に過ごしたりなじみの場所への外出は、少しずつ増えてきた。職員は馴染みの人や場所の大切さを理解して、日頃の入居者の会話の中では取り上げて意識している。		

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。	感染症蔓延の時期は、感染予防のための隔離対策として入居者に個室に入って過ごしていただいた。それが心理的な孤立感となってストレス症状が発生した。日頃の入居者同士の交流の価値を再認識した。		
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。	サービス利用の終了は約50%が看取り並びに入院して亡くなっている。50%は自宅または他施設へ行かれた。看取りの場合はもちろんのこと、自宅へ戻られた場合には、こちらからの働きかけではなく、相談が来た場合に応じている。		
<b>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</b>					
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。	認知症の人が言葉と表情で表す気持ちをセンター方式に記録して、職員が共有している。本人の気持ちを大切にしたいケアの方向性をケアプラン作成に生かして、ご家族の協力を得ている。		
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。	入居初期に本人と家族からの情報をアセスメントシートや記録にしている。本人が言葉と行動で気持ちを表す時期にも、行動の理解のうえで、情報を活用している。また、終末期にも本人の気持ちを理解するうえで活用している。		
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。	認知症と高齢化の進行のために、暮らしの現状が変化していくことな自然な成り行きと考えている。ケアプラン更新の時期には、現状を見直して、無理なくゆったりした暮らしの支援を行っている。		

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
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。	本人が小さな声でつぶやく言葉の中に本当の気持ちが隠されていることが多い。認知症であっても職員に個性があることを理解しているので、複数の職員がとらえている情報を出し合ってモニタリング・ケアプラン更新している。		
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。	日々の様子は個別の生活記録への記入を通して整理されている。職員は申し送りの前に情報を得て、質問があれば申し送りで確認し、共有して実践している。必要な場合はケアプランを更新している。		
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。	認知症の人はそれぞれに个性的で、同じ提供方法では通用しない。その意味では、職員が認知症の人に育てていただいている状況。認知症の人の困りごとを抑え込むことでは解決せず、むしろ困りごとと一緒に解決する介護を行っている。		
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。	コロナも5類になり町内会のお祭りに参加をしたり、ボランティアの活動も増えている。地域からの支援を受けるだけでなく、町内会のに橋梁くしていただき消火栓の設置や散歩の時間を利用し可能な時は防犯パトロールを行うことを検討している。		
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。	入居時に協力医師のリストを家族に説明して、希望を確認し、同意のうえでかかりつけ医を決めている。かかりつけ医の往診は毎月および緊急時において、適切な医療を受けられる支援をしている。		

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。	介護職員は入居者の心身における、いつもと違うことに気づき、気づいたことを訪問看護に伝えている。入居者はいつもと違う点を隠すことも多いが、馴染みの職員だから気づくことの大切さを理解している。		
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。	入居者の入院は緊急の場合が多い。認知症のために新たに発生した身体症状の苦しさを伝えることが困難なので、発症前の情報を病院に伝えて、早期退院と順調な回復のために連携する。		
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。	若いころからの本人の意向を家族が掴んでいることが多い。家族と連携しながら、本人の状況をふまえて、グループホームでできる支援を伝えている。その上で、大型施設希望の場合は申請を支援する。看取りの場合は機会をみて説明する。		
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。	毎月の内部研修で、緊急時の対応の具体を学んでいる。内部研修は参加型で開催して、介護実践に結び付くように努めている。		
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。	年間4回の防災訓練とBCP実地訓練を計画して、行っている。日中と夜間を想定した内容にしているが、地域は坂道と階段道路のために入居者避難は難しい状況にある。地域の防災訓練にも毎回参加して、協力体制構築につとめている。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	認知症の人は、本人が思い込んでいる世界の中で自分の存在を把握している。本人が思い込んでいる世界を職員が受け入れて、そばにいる存在の介護者としての立場で支援している。		
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。	認知症の人の思いを言葉と態度で理解して、希望を適切な言葉で表現できた場合には、職員は感激しながら受け止めている。自己決定できるように具体的な選択肢を見せるが、それでも難しいことが多い。		
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。	日々の暮らしを、本人の希望にそったものにすることは難しい。希望を言葉にできた場合には、むしろ願望のことが多い。観察しながら、本人のペースを尊重している。		
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。	本人の持ち物から、どんなおしゃれをする人か？を判断することが多い。誰でも年齢を重ねると風貌が変わるが、いつまでも健康で美しくあるように支援している。		
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。	口から美味しい食事がとれる生活を大切にしている。チラシ寿司やコロッケなどは入居者も調理に参加できるが、準備は職員がすることが多い。片付けをお手伝いする入居者も限定している。感染防止対策のために、一緒に食事はしていない。		

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
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。	入居者の食事量を把握して記録している。水分量は発熱などが見られた場合に摂取量を記録している。食事からとれる栄養を1600キロカロリー、タンパク質60gを平均としている。（おやつは別計算）必要な場合は捕食している。		
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。	毎食後と寝る前に、職員が声掛けして口腔ケアを行っている。入居時に口腔の状態をアセスメントして、必要な場合は歯科医師の定期的な医療を受けている。年2回、口腔アセスメントをケアマネが行い、清潔保持に努めている。		
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。	トイレでの排泄を支援している。排泄支援の方法を職員が共有して、羞恥心を汲んだ介護を行い、排泄記録で確認している。排泄の失敗による不快のない支援につとめているが、おむつ使用を減らすことはできていない。		
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。	排便の様子は記録と申し送りで職員が共有している。日中の活動と飲食物によって排便間隔が空いた場合は、便座にゆっくりすわる支援を行い、水分量と腸を刺激する乳酸菌飲料をすすめるなど、状況に応じた支援を行っている。		
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。	入浴の声掛けに工夫して、本人が好きなタイミングと浴室窓から見える外の景色などをきっかけにしている。行事や往診など、さまざまな都合に左右される場合もある。		

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
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。	夕食後に就寝準備をして、居室に入ってから、そのままベッドに入る入居者が多い。季節に応じた室温と寝具の調整と清潔な寝具を整えている。身体状況から、重度になると日中でもベッドで休息する時間をとる場合がある。		
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。	定期的な服薬は、医師の処方にもとづいて、連携する薬局の薬剤師が入居者ごとに届ける。入居者ごとに管理された薬箱から職員2名で確認をして、間違いのないように本人が服薬し記録する。飲みにくい場合は、その場で砕いている。		
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。	入居者が季節や気候に応じて、笑顔で過ごせるように様々な楽しみごとを備えている。体操のDVD、回想法のかるた、お手玉、ラップの芯、紅白の旗、早口言葉のボード、牛乳空き箱の積み重ねなどを、場面に応じて取り出して楽しんでいる。		
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。	その日の希望に応じて外出することは感染防止対策のためにも困難な時期を過ごした。代替え策として、ベランダでシャボン玉をとぼしたり、日向ぼっこをすることが多かった。最近では外出を希望するとき、近所に買い物に行くこともある。		
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。	本人がお金を持つ場合はないが、欲しいものの希望があったときには、職員が現金で購入。後日、家族に報告して、レシートを示して立替分の振り込みをお願いしている。		

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
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。	本人が携帯電話でホームの電話でやり取りをする場合がある。そのほかには、手紙を書く支援を行っている。文字を読むのが難しい方には、本人の同意を得て開封し代読することもある。		
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。	リビングに続くトイレと浴室は、入り口にわかるような表示がある。リビングは季節に応じた飾り物と植物が飾られている。時には、入居者が作った作品やお習字が飾られる場合もある。		
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。	共有空間には、入居者それぞれの居場所がある。隣に座る人や日差しによって、表情と言動が変わるので、職員は相性を判断して座り位置を決めている。		
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。	居室のドアを開けたときに、本人が自分の部屋とわかる使い慣れたものを持ち込むように、家族にお願いしている。食器は壊れることもあるが、居室内の品々はひとりひとりの生活歴を物語るものが置かれている。		
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。	日常生活の中で、できることは自分でやることをお願いしている。認知症の症状によっては、日によってできない場合もあるので、常に見守り支援を欠かさないように努めている。		

2025年度

事業所名 グループホーム オリーブの家  
作成日： 2026 年 5 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	3	地域との結びつきと地域貢献	町内とオリーブの家で顔の見える関係を築いていきます。	地域行事の参加やボランティアの受け入れなどを増やしていきます。カフェの開催など継続していきます。	12ヶ月
2	16	災害時に地域と具体的に協力し合える体制作り	防災訓練等に相互で参加をします。	地域の防災訓練、地域の方がホームの訓練に参加を引き続きしていきます。地域の方には実際の避難誘導より、避難後の見守り支援などを依頼します。	12ヶ月