

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	1492900483	事業の開始年月日	平成17年12月1日
		指定年月日	平成29年12月1日
法人名	株式会社ツクイ		
事業所名	ツクイ厚木荻野グループホーム		
所在地	(243-0203)		
	神奈川県厚木市下荻野1110-1		
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7年11月7日	評価結果 市町村受理日	令和8年1月27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）】

特に力を入れている点は、ご入居者が幼少期から暮らしの一部としてきた年中行事などハレの日を多く設け、暮らしに彩りをつけている点です。そして、職員とご入居者だけでなく、ご家族や官学産民、地域の方々にも準備から一緒に関わって頂き、ただ施設のイベントに来てもらうのではなく、ともに作り上げる場所が特徴です。

また、ケの日である日常生活においても、一人一人の潜在能力を活かしながら掃除や洗濯、料理など暮らしの営みを一緒にやり、一方的に介護を受ける存在ではなく、一人の生活者として暮らせるよう心掛けて支援をしています。

それら日々の様子を毎月ホームページに掲載しておりますので、どうぞご覧ください。

【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7年11月21日	評価機関 評価決定日	令和8年1月19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>
職員の主体的な参画と徹底した情報共有を通じて、働きがい向上と利用者支援の質の向上を両立しています。ユニット合同の朝礼・夕礼では、職員未処理事項などの15項目や、ケア方法の変更など10項目、重要な事項を形式に沿って確認し、職員間の情報差と対応漏れのリスクを組織的に排除しています。この統一した情報基盤は「誰かに聞けばいい」という依存風土をなくし、職員の責任感と高いモチベーション維持に貢献しています。毎月、「利用者のこと」「設備備品物的環境について」の意見を全職員から徴収しています。職員からの改善提案を業務効率化に直結させ、創出した時間は、利用者との質の高い個別支援に充てています。特に、利用者の生活史の継続に力を入れ、五感を刺激する支援を重視しています。サラリーマン時代の記憶を回想する支援では、ホーム内でのアルコール提供ではなく、居酒屋特有の匂いを大切に作るアプローチを採用しています。記憶を感情と共に深く呼び起こし、過去の役割やアイデンティティの回復、認知症のある人の尊厳の回復につながっています。このきめ細やかな専門的個別支援への注力が、利用者の社会参加を促進する多数のイベント実施の活動の土台を構築しています。

<工夫点>
隣接の喫茶店で「認知症カフェ」を開催し、入居者がメニューを持ち、給仕や会計を担っています。近隣の福祉作業所が販売するシフォンケーキとお茶のセットを入居者がオーダーを取ります。世の中の認知症への偏見をなくし、認知症があっても、楽しく生活できることを実体験で地域に発信しています。

【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	ツクイ厚木荻野グループホーム
ユニット名	にじいろユニット

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、その時々々の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。	法人理念を玄関に掲示し、毎日朝礼にてGH理念の復唱及び具体的な行動について職員が目標発表を行っています。 また、上期下期毎に理念の共有にむけて、あるべき姿がパターンランゲージで示されているカードを用いて共有をしています。	理念の徹底共有により、ユニットを超えたケアの質の向上と一貫性を能動態で実現しています。ユニット合同の朝礼と夕礼において、全職員で社訓・法人理念・事業所理念の暗唱と復唱を行うことで、理念を行動指針として深く理解し、組織文化を強力に醸成しています。さらに、5つの理念に沿った具体的な本日ケア目標の発表は、職員一人ひとりが業務に目的意識を持ち、利用者への質の高い、一貫したケアの実践を能動態でおこなう機会を提供しています。	
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。	自治会や民生委員をはじめ、睦合中学、TOYOTA、イオン、近隣住民、他高齢者事業所、障害作業所など、官学産民さまざまな地域の方と繋がれるよう施設イベントや自治会行事の参加をとおして交流しています。	近隣商店、作業所、学校など多様な地域資源を活用した活動を通して生活基盤を構築しています。隣接の喫茶店で認知症カフェを実施しています。利用者が注文を担い給仕をしています。利用者の地域外出と地域の人々のホーム来訪が日常化し、多主体が一体となり交流を深めています。行事後のアンケート実施は、質の高い地域交流の継続と多角的な連携強化を生み出しています。	
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。	近隣の教会での認知症サポーター養成講座の開催や、隣の喫茶店でご入居者が店員を担う注文を間違える…イベント、職業体験や学生ボランティア受け入れなど、地域に住まう方が認知症の方への偏見をなくし正しい理解ができるよう活動しています。		

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
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。	運営推進会議は2か月に1回開催し、利用者家族、地域の方を含む30名程で実施する回、ご家族だけで深く掘り下げる回、近隣民間企業メインで外部意見を頂く回など参加者テーマを変え実施。頂いた意見は、都度職員に配布し情報共有をしています。	形にこだわらない多様な会議体を通じて、地域を結ぶ事業所としての役割を実践しています。医療従事者や一般企業の会など、目的に応じた多様な会議は、専門性の高い連携と地域資源の活用を強化しています。活動報告書にヒヤリハットや事故報告を明確に記載することは、運営に対する高い透明性と信頼感を証明しています。また、夏祭り時に行う大規模な会議は、幅広い地域の人々を巻き込み、地域共生社会の拠点としての役割を確立しています。	
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。	厚木市介護保険課、生活福祉課、地域包括ケア推進課、荻野地域包括支援センター、あゆサポ（社協）など、日頃から窓口に赴くことや、行政主幹の研修への参加、施設イベントへのお誘い、困りごとを相談するなど積極的に関わりを持っています。	行政職員の来訪や、イベント参加を常に促進し、事業所の実態の可視化と円滑な情報共有の促進を図っています。イベント協力や訪問を通じて、提供サービスと職員の熱意を直接伝えることで、行政側が現場情報を深く理解する連携基盤を構築しています。また、管理者は認知症の講師を担い、地域への理解促進を積極的に推進しています。事業所と行政は連携して地域貢献を実行し、地域の課題解決を進めると同時に、事業所の専門性と信頼性を行政・地域へ発信しています。	
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。	身体拘束禁止委員会を2か月に一回開催し、年2回（5月1月）に法定研修にて研修を実施しています。また、緊急やむを得ない場合を除き、センサーマットを含む身体拘束等をしないケアに取り組んでいます。	利用者主体の介護を徹底し、介護者都合の視点にならない支援方法の確立を行っています。転倒リスクのある利用者が自分の意志で居室から職員を呼ぶ仕組みを導入しています。特にリスクの高い人の夜間帯は、居室付近に記録機を設置し、利用者主体の見守り体制を構築しています。事故・ヒヤリハット報告は申し送りを2週間続けることで、漏れがなく全職員への周知を徹底しています。	

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
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。	虐待防止委員会を2か月に1回開催し、不適切なケアの疑義ある案件があがった際にはその都度、委員より面談を実施しています。また、アンガーマネジメント研修やストレスチェック、定期面談をとおして職員フォローを行い、クラウドカメラチェックをとおして虐待の芽をつむようにしています。そして職員のみならず管理者も本社より虐待研修を受けています。	利用者の尊重を徹底し、センサーマットの使用は「監視されている」「迷惑をかけている」という精神的苦痛を与え、心理的虐待のリスクと認識し、使用しない方針を徹底し同時に職員の精神的苦痛の軽減も行っています。管理者は年3回法人研修受講と講師活動を通じ、質の高い知識を職員へ周知しています。不適切ケアにつながる事案には虐待委員が当事者に面談を行うことで、迅速かつ公正な事実確認と透明性を確保しています。	
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。	厚木市主催の権利擁護研修に参加し、職員も荻野包括支援センター主催の研修に参加しております。また、施設でも身寄りのない方の成年後見を申請し、制度利用している方が2名いるため、日々後見人の方と連携し、制度理解に努めています。		
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。	契約の締結において、ご利用者に十分にご理解頂いているとは言い難いですが、ご家族等には文章または口頭でご説明しご理解を頂けるよう努めています。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	日頃からご利用者ご家族等の意見やご要望を管理者や職員へ言いやすいよう関係づくりに努めている他、企業としてCS調査を実施しています。また、外部評価機関によるアンケート結果で気になった事項は職員と共有し、改善策を講じています。	家族アンケートで満足度が8割に満たない項目については、利用者・家族の立場に立ち改善意見を出し合い、サービスの質の向上につなげています。運営推進会議はイベント時に実施し、法人方針や事業所運営の透明性を高め、改善を推進しています。居室担当者は便りや家族訪問を通じた積極的な意見収集を図り、情報を職員へ直接伝えています。さらに、各ユニット専属携帯を24時間リレーで保持し、家族が直接職員に連絡できる体制を整えています。	

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。	全職員から気づきのシートというタイトルの用紙を提出してもらい、①利用者のこと②環境のこと③その他事項について、気づいたこと、改善が必要だと思う事を挙げてもらい、リーダー会議で検討し、全内容にコメントをつけ全体会議前に配布しています。	職員一人ひとりの視点を活かし、主体的な運営参画を促しています。「改善提案シート」を毎月使用し、利用者のケアやホームの整備環境について、居室担当者の現場意見を聴取しています。聴取した意見と改善点を一覧化し、ユニット合同で周知しています。さらに、申し送り時に本日のケア目標をそれぞれが発表する仕組みが、職員の主体的な行動を可能にし、結果的に質の高い支援へと結びつけています。	
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。	年二回定期面談を実施し、職員個々の働き方の希望の聞き取りや業務フィードバックを実施しています。また、有給やリフレッシュ休暇の活用、職員が全員連休を取得できるようシフト調整を行っています。	職員の意見を積極的に取り入れる環境を構築し、無駄な業務の削減を通じてストレス軽減に努めています。業務の円滑化と成果創出により職員の達成感を高め、効率化で生まれた時間を利用者との質の高い関わりに充てることで、専門職としてのやりがいを促進しています。また、情報共有の徹底により職種間の連携強化と相互信頼を深める組織基盤を整備し、良好な就業環境の維持に努めています。	
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。	法人内では、Eケアラボというラーニングシステムを用いて、SD活動が行えるよう環境を整えています。また、階層別研修や社外研修のアナウンスに努めています。	職員の知識向上と相互理解を深めることで、高品質なケアを続けています。法定研修や外部研修に加え、内部勉強会を計画的に行っています。チームで認知症ケアの知識テストを続け、「良いケア」の理想を共有し、利用者の個別性を深く理解しています。また、職員同士の信頼関係を強め、個性を活かしながらも統一したケアを提供できる組織づくりを進めています。	
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。	厚木市医師会、介護事業者連絡会、県認知症グループホーム協議会、ケアマネ部会に加入し、市内他社グループホーム管理者らとの情報共有やそよ風、みのわホーム、ポポロなど近隣施設訪問、合同レクリエーションをとおして質向上に努めています。		

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
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。	サービス利用を開始する前に、必ずご本人との面談を行い、今までどのように過ごされてきたのか、何が好みで何が苦手かなど生活歴等を雑談をとおしてお聞きし、どのようなパーソナリティをお持ちの方なのか予め把握するように努めています。		
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。	サービス利用を開始する前に、ご本人ご家族になるべくご見学にお越し頂き、困りごと、不安ごと、ご要望などお聞きし、方針説明を行っています。また、施設でできることできないことを予めお示しすることで、信頼してもらえよう努めています。		
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。	サービス利用を開始する前に、在宅で担当されているケアマネジャーや病院のMSWと連絡をとり、サービス開始についてのご意見および情報提供をしてもらっています。また、保険外含め、必要なサービスについて検討し、導入しています。		
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。	職員は、ご利用者をただ一方的に介護を受けるだけの存在ではなく、一人の生活者として、お年寄りとして扱うように心掛けています。また、何よりもご利用者同士の互助を大切にしたいと考えています。		
19		○本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	職員は、ご家族をただの血縁やキーパーソンという立場でなく、誰よりもご入居者の幸せを願う人、大切に思っている人という認識をもち、ご家族レターや電話、面会時の対話で詳細な様子を伝え、協力して本人を支えていく姿勢を示すよう努めています。		

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
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。	今まで通ってきた教会へいまでも毎週日曜ご友人に迎えに来てもらい通っている方や長年のご友人を施設イベントへ招待すること、週1回息子さんが迎えに来て夕焼け市へでかけ長年営んできたお煎餅を売っている方など、関係性の継続に力を入れています。	「生活史の継続と役割」の理念に基づいて、入居前から行っている馴染みの継続を支援しています。荻野運動公園の週に1度の夕焼け市でお煎餅販売を継続し、利用者の長年の社会的役割の維持を実現しています。この活動は、送迎に携わる家族が子から孫へ世代を超えて関わりを継承する機会も提供しています。また、利用者の不安を少なくするため、外出の情報を提供するタイミングや方法を工夫しています。	
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。	日常生活において、利用者が利用者の車いすを押す、おやつを食べさせてあげる、お茶を入れる、おやつの時間を知らせにいくなど、共にここに住まう仲間としての関係性を大切にしています。また、看取りや臨終の際、積極的にお部屋に足を運んでもらっています。		
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。	ご逝去という形でご契約が終了し、その後、畑のじゃがいも堀りのお誘いをして下さり行かせて頂いた方はいらっしゃいました。また、特別な事由があり一時退去し、再度入居申し込みをされた方の相談支援は継続して行っております。		
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。	一人一人の思いや暮らし方の希望、意向の把握においては、長期目標更新の際、指定用紙にてご本人ご家族から直接聞き取りを行っている他、ひもときシートという写真入りのその方の全体像をまとめたシートを用いて、職員間の情報共有を行っています。	利用者や家族がどのような暮らしを望んでいるのか、本当に意図する本人の思いを会話の中から汲み取るよう努めています。言葉で言い表せない利用者の思いは、普段の生活の様子、表情や所作から把握しています。利用者の生活歴、してほしいケア、してほしいケアなどを記録している「ひもときシート」は新人職員、夜勤専従職員など全職員の情報の共有を行い利用者の視点に立った支援を行っています。	

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
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。	ご家族やケアマネジャーなどから生活歴や馴染みの暮らし方を聞き取り、どのようなサービスを利用してきたのか把握しています。また、可能な範囲で他サービス利用中にご本人の面談に赴き、他サービス介護職員からも情報を収集しています。		
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。	お部屋で過ごしたい方、フロアで過ごしたい方など、一人一人の一日の過ごし方の把握のほか、潜在能力を活かして生活動作が行えるよう努めています。		
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。	介護計画を作成する前に、計画作成担当者が、ご本人、ご家族、当該介護職員、医療職からそれぞれの立場からの意見をもらい指定用紙に記入し、それらを踏まえ、計画を作成しています。	入居後のケアプラン更新時には家族や本人と対面で話し合います。居室担当者は「気づきシート」にて利用者の体調の変化や生活の気になるところを伝え、ケアカンファレンスで職員みんなで話し合い、利用者が自分らしい暮らしができるよう見直しをしています。山登りが趣味だった利用者「夕方大山に日が沈む所を見られるように支援する」というプランをつくりました。その人の顔が浮かぶようなケアプランの作成に努めています。	利用者の生活の流れが分かる支援内容などを盛り込んだ、個別支援計画の作成が期待されます。
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。	計画書に明記されたサービス内容の実施について、計画作成担当者はモニタリング毎、そのタグを確認し、実施状況を把握、見直ししている。また、バイタルサイン測定や食事量、面会など一か月の状況をグラフ化し、数的把握を行っています。		
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。	ご本人やご家族の状況、その時々発生するニーズに対して、いままでやってきた既存ルールに捉われない、保険内外に関わらず、ニーズ解決にむけて柔軟な対応が行えるよう意識し取り組んでいます。		

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
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。	地域に住まう子育てママや職業体験をとおして知り合った中学生、週末だけ学校に通う高校生、傾聴ボランティア、近隣の介護サービスを使っていないお年寄りほか、官学産民含め、さまざまな方との交流機会が持てるよう支援しています。		
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。	訪問診療の際は、ご本人が医師や看護師により相談しやすいように、それぞれのお部屋で個別に診察を受けられるように配慮している。また、訪問診療毎、様々な職種の意見で適切な医療が提供されるよう計画作成担当者と管理薬剤師が同行しています。	毎月2回協力病院による内科と利用者の状況により、精神科・皮膚科などの専門医による訪問診療を受けるなど適切な医療が受けられるよう支援しています。診察の結果は既読付き通信アプリ、電話や居室担当者が毎月家族に送っている「担当者からのお知らせ」にて報告しています。家族が同席して治療方針を聞くこともあります。	
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。	職員は、日々の関わりの中でとらえた情報や気づき、不安なことを週一回訪問する看護師へ相談し、医療の視点からアドバイスをもらっている。また、その都度、ご利用者の要望を聞き取り、必要に応じて医療職に繋いでいます。		
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。	入院となる際の救急搬送には、ご家族が安心できるように、なるべく管理者が同乗している。ご利用者が入院した際はご家族と蜜に連絡をとり、必ず一度は顔を見に病院へ足を運んでいる。また、MSDや看護師に入院中の様子の確認を都度行い、ご家族と共有。出来る限り退院前カンファレンスやミーティングに参加しています。		

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
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。	認知症および疾病の悪化により、1年以内に体調変化がありそうなご利用者に対して、重度化するまえに予めご家族と今後の方針について話しあう機会をもち、医師より看取りの判断があった際は、指針含む説明同意を得て、職員へ研修を実施しています。	終末期になると利用者は居室で横になる時間が長くなるので、一人で寂しい思いをしないようみんなの声が聞こえるリビングにリクライニング車いすで過ごしています。臨終の際には部屋を訪問して言葉をかけたり、家族や共に暮らした仲間に見送られ、日常生活の中で穏やかに最期を迎えられるよう支援しています。	
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。	ご利用者の急変や事故発生時に備えて、法定研修において6月に食中毒8月に緊急時対応とAED、9月に事故予防と再発防止、12月に感染症BCP、2月に非常災害BCPの研修のほか、6月12月に防災訓練を実施しています。	/	
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	上記BCP（感染症および蔓延防止・非常災害時対応）の机上訓練、実施訓練と避難訓練（6月12月）の実施、備蓄品の確認のほか、毎月1日は防災食の日とし、毎月いざライフラインが停まった際の食事提供の訓練を実施している。そして、今年は隣マンションと近隣の方も参加くださった。	防災の日には近隣マンションの住民や家族の参加により避難訓練を行うなど協力体制を築いています。毎月の防災食の日には、限られた材料で温かい食事を作り災害に備えています。今年は家族の協力で水餃子作りを行いました。避難袋には、火災時に煙を吸い込まないようにマスクを準備しています。ガス器具のホース、電気器具の配線などチェック表を作成し、毎日安全の確認を行っています。	
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。	年一回10月の倫理、プライバシー保護の研修を実施している。また、日頃のケアでは、介護職員がご利用者の活動に対して「私がやるからいいです」「言うことを聞いてくれない」等、本人の誇りや自主性を蔑ろにする言葉かけのないよう注意しています。	認知症になり介護が必要になっても、一人の大人として敬意を持って接するよう心掛けています。「～してあげる」という上から目線と捉えられる声掛けはせず、自分が利用者の立場だったらと常に考え介助の前には「～しますね」と事前に声掛けしています。入浴介助では羞恥心に配慮して肩や膝にタオルをかけるなど、きめ細かい配慮が安心感につなが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
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。	集団生活上、ある程度決められたリズムの中で生活をする際、お風呂に入る日や寝る時間、朝ごはんを食べる時間、レクリエーションへの参加有無など、いまはしたくないという思いや希望など否定も含め、自己決定を大切にしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	ご本人がどのような一日を過ごしたいか明確に言語化できる場合は、希望にそって支援できていると思います。ただ、認知症が高度化し自分でも自分らしさがわからなくなった様にみえるご利用者に対して、言葉にならない言葉をじっくりと聞き、ゆっくりその希望を想像するまでには至っていないと反省します。		
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。	認知症の方の共通動作として、ボタンやチャックを終始触る癖があります。終始取れるボタンを職員と家族でその都度直し、その人らしいおしゃれが継続できるように支援しています。		
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。	食事が楽しめるよう肉が嫌いな方、魚が嫌いな方などそれぞれ代替料理を提供し、朝食の牛乳においてもホットの方、砂糖入りの方など好みを把握できている。また、ご利用者と職員と一緒に食事準備や片付けが行えています。	食事の準備は利用者の個々の力を活かし、キャベツの千切り、盛り付け、テーブル拭き、味見、皿洗いなど行っています。役割を持つことは生活の中でのリハビリと捉え日常生活に必要な身体機能の維持を図っています。毎年恒例になっている干し柿作りでは、職員は利用者が楽しみながら積極的に関われるような声掛けをし、利用者は毎日軒先に出して美味しく食べる日を待っています。	
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。	好き嫌い多く食事を残される方には、余っているあんドーナツやバナナなど臨機応変にお好きな甘いものをプラスでお出ししたり、水分があまり進まない方にはゼリーをお出しし、水分が摂取できるよう工夫したりしています。		

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
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。	職員により毎食後の口腔ケアのほか、毎週1日、歯科衛生士および歯科医師に来所してもらい、口腔内清潔保持および治療を行っています。		
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。	尿意、便意がある方に対しては、ご本人がトイレに入られた際に見守りで一緒に入室しています。尿意、便意がない方については、定時誘導を行っています。老健からおむつで入所した方を布パンに変更した事例もあります。	排泄が自立している利用者には過度な排便管理はせず、日頃の食事量や水分摂取量の確認、腹部の張り具合など看護師に診てもらい相談しています。また、安全にトイレで気持ちよく排泄出来るよう毎朝日課にしているラジオ体操は第一第二を立位で行い、意識して足の運動を取り入れるなど下肢筋力の維持に努めています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	なるべく刺激性下剤の使用をせず、食べ物で便通がよくなる努力をしています。便秘の方には毎食後にゼリーにオリゴ糖をかけて食してもらい便通を促しています。車いすを使用している方の廊下往復歩行までは至っておりません。		
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。	曜日時間など予め設定はあるものの、ご本人の希望や自己決定を踏まえ柔軟に変更対応しています。入浴を拒まれる方にはお好きな花の写真を用意し掲示したり、体重測定という理由をだし脱衣所まできてもらうなど様々なきっかけを作ってお誘いしています。また入浴剤やゆずなど四季が楽しめるよう工夫しています。	脱衣所には「転倒、ヒートショック、長風呂による熱中症」と注意事項を掲示し、浴室の入口にしっかりと立位がとれるよう縦型の手摺を設置し安全に配慮しています。着替えセットを袋で管理し一覽で確認することで準備不足を防ぎ、軟膏部位の可視化が処置を確実にして支援効率を上げています。手順の統一が新人を助け流れを滑らかにしています。情報共有が進み安心を広げ利用者の快適さと質の向上につなが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
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。	週一回のシーツ交換の際は、ふとん乾燥機を使用し清潔を保ち、安眠できる環境を整えています。また、フロアではソファなども用意し、椅子以外の休息場所を用意するほか、10時16時に体操を実施し身体を動かす機会を設け、安眠に繋げています。		
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。	タブレット記録に服薬内容を登録するほか、ペーパーでも服薬ファイルを作成し、広く職員が把握できるよう環境を整えています。また、計画作成担当者を中心に服薬内容、副作用把握を行い症状変化に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	一人一人の生活歴や潜在能力を活かした役割や嗜好品、過ごし方の支援をしています。日常生活上では、お茶入れやモップ掛け、料理手伝い、洗濯物干しなどがあり、イベントでは男性だけで居酒屋へ言ったり、様々な楽しみごとが作れるよう支援しています。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	季節ごとに春は桜、初夏はバラ、秋は紅葉などバスを借りてと外に出かけるよう努めています。また、ご家族に協力してもらいながら外出機会創出をしています。ただ、日々の中で散歩時間が十分に確保できないことが大きな課題です。	事業所の駐車場で洗濯物を干している時に近所の住民との会話や、自治会主催の祭りへの参加、近隣の障がい者施設への訪問など日常生活の中で外出する機会を作り、地域との交流機会を広げること、社会参加が進み自己肯定感が高まるよう努めています。入居前に長年営んでいた「煎餅屋」に家族の協力により毎週出かけてる利用者もいます。	
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。	ご利用者個人のお金の所持は、契約上禁止事項のため、所持して頂いておりません。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	ご利用者がご家族やご友人と時間を気にせずお電話ができるよう、ユニットごとに携帯を用意しています。また、ご利用者がご家族と手紙のやり取りができるようポスト投函まで一緒に付き添い、支援をしています。		
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。	施設内においても季節がより感じられるよう、玄関や扉、フロア、窓において季節の生花や造花、飾りつけを行っております。また、明るい雰囲気となるよう入口付近に補助電球を設置しております。	事業所の入口には毎月季節の花を飾り、階段やリビングの飾り棚に観葉植物や職員手作りの季節にあった衣装を着た人形の設置により、視覚的な潤い生まれ、安心感が高まるよう支援しています。生活用品を過度に片付けることなく、自宅の延長として生活感のある空間になり施設全体の居心地が向上するよう努めています。	
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。	一人になりたいときは居室で過ごし、気の合った方同士で過ごしたい時は決まった方の居室で話す姿があります。しかし、車いすを利用している方や感情を表出しづらい方が一人になりたい気持ちがあるかの確認を日々行えていないと反省しました。		
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。	入居の際、本人が使い慣れた家具や飾りもの、シーツや布団を持ってきてほしいことを伝えても、実際は新調される方がとても多い現状です。しかし、入居しながらご本人らしい部屋を作っていくという観点で、部屋の管理を行っています。	利用者は自分のこだわりの方法で寝具を整え、お気に入りのぬいぐるみ、家族写真を飾っています。長年通っている教会の礼拝に、オンラインで参加するためパソコンを置くなどそれぞれが自分らしく自由に過ごせるよう努めています。居室に温度湿度付き時計を設置することで熱中症の早期予防につながり安全性が高まり利用者が環境の変化を把握しやすくなるよう支援しています。	
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。	建物のトイレや居室、風呂場は、一目みてわかるようアイコンの表札にしました。また、給茶機を置き、24時間好きな時に飲み物を飲める環境を整えることやお茶入れ場や台拭き、炊飯器などご利用者が自主的に家事が行える様配置に工夫をしています。		

事業所名	ツクイ厚木荻野グループホーム
ユニット名	ハナミズキユニット

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、その時々々の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。	法人理念を玄関に掲示し、毎日朝礼にてGH理念の復唱及び具体的な行動について職員が目標発表を行っています。また、上期下期毎に理念の共有にむけて、あるべき姿がパターンランゲージで示されているカードを用いて共有をしています。		
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。	自治会や民生委員をはじめ、睦合中学、TOYOTA、イオン、近隣住民、他高齢者事業所、障害作業所など、官学産民さまざまな地域の方と繋がるよう施設イベントや自治会行事の参加をとおして交流しています。		
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。	近隣の教会での認知症サポーター養成講座の開催や、隣の喫茶店でご入居者が店員を担う注文を間違える…イベント、職業体験や学生ボランティア受け入れなど、地域に住まう方が認知症の方への偏見をなくし正しい理解ができるよう活動しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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。	運営推進会議は2か月に1回開催し、利用者家族、地域の方を含む30名程で実施する回、ご家族だけで深く掘り下げる回、近隣民間企業メインで外部意見を頂く回など参加者テーマを変え実施。頂いた意見は、都度職員に配布し情報共有をしています。		
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取り組んでいる。	厚木市介護保険課、生活福祉課、地域包括ケア推進課、荻野地域包括支援センター、あゆサポ（社協）など、日頃から窓口に行くことや、行政主幹の研修への参加、施設イベントへのお誘い、困りごとを相談するなど積極的に関わりを持っています。		

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。	身体拘束禁止委員会を2か月に一回開催し、年2回（5月1月）に法定研修にて研修を実施しています。また、緊急やむを得ない場合を除き、センサーマットを含む身体拘束等をしないケア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逃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。	虐待防止委員会を2か月に1回開催し、不適切なケアの疑義ある案件があった際はその都度、委員より面談を実施しています。また、アンガーマネジメント研修やストレスチェック、定期面談をとおして職員フォローを行い、クラウドカメラチェックをとおして虐待の芽をつむようにしています。そして職員のみならず管理者も本社より虐待研修を受けています。		
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。	厚木市主催の権利擁護研修に参加し、職員も荻野包括支援センター主催の研修に参加しております。また、施設でも身寄りのない方の成年後見を申請し、制度利用している方が2名いるため、日々後見人の方と連携し、制度理解に努めています。		
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。	契約の締結において、ご利用者に十分にご理解頂いているとは言い難いですが、ご家族等には文章または口頭でご説明しご理解を頂けるよう努めています。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	日頃からご利用者ご家族等の意見やご要望を管理者や職員へ言いやすいよう関係づくりに努めている他、企業としてCS調査を実施しています。また、外部評価機関によるアンケート結果で気になった事項は職員と共有し、改善策を講じています。		

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。	全職員から気づきのシートというタイトルの用紙を提出してもらい、①利用者のこと②環境のこと③その他事項について、気づいたこと、改善が必要だと思う事を挙げてもらい、リーダー会議で検討し、全内容にコメントをつけ全体会議前に配布しています。		
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。	年二回定期面談を実施し、職員個々の働き方の希望の聞き取りや業務フィードバックを実施しています。また、有給やリフレッシュ休暇の活用、職員が全員連休を取得しているようシフト調整を行っています。		
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。	法人内では、Eケアラボというラーニングシステムを用いて、SD活動が行えるよう環境を整えています。また、階層別研修や社外研修のアナウンスに努めています。		
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。	厚木市医師会、介護事業者連絡会、県認知症グループホーム協議会、ケアマネ部会に加入し、市内他社グループホーム管理者らとの情報共有やそよ風、みのわホーム、ポポロなど近隣施設訪問、合同レクリエーションをとおして質向上に努めています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	サービス利用を開始する前に、必ずご本人との面談を行い、今までどのように過ごされてきたのか、何が好みで何が苦手かなど生活歴等を雑談をとおしてお聞きし、どのようなパーソナリティをお持ちの方なのか予め把握するように努めています。		

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
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。	サービス利用を開始する前に、ご本人ご家族になるべくご見学にお越し頂き、困りごと、不安ごと、ご要望などお聞きし、方針説明を行っています。また、施設でできることできないことを予めお示しすることで、信頼してもらえるよう努めています。		
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。	サービス利用を開始する前に、在宅で担当されているケアマネジャーや病院のMSWと連絡をとり、サービス開始についてのご意見および情報提供をしてもらっています。また、保険外含め、必要なサービスについて検討し、導入しています。		
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。	職員は、ご利用者をただ一方的に介護を受けるだけの存在ではなく、一人の生活者として、お年寄りとして扱うように心掛けています。また、何よりもご利用者同士の互助を大切にしたいと考えています。		
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。	職員は、ご家族をただの血縁やキーパーソンという立場でなく、誰よりもご入居者の幸せを願う人、大切に思っている人という認識をもち、ご家族レターや電話、面会時の対話で詳細な様子を伝え、協力して本人を支えていく姿勢を示すよう努めています。		
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。	今まで通ってきた教会へいまも毎週日曜ご友人に迎えに来てもらい通っている方や長年のご友人を施設イベントへ招待すること、週1回息子さんが迎えに来て夕焼け市へでかけ長年営んできたお煎餅を売っている方など、関係性の継続に力を入れています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	日常生活において、利用者が利用者の車いすを押す、おやつを食べさせてあげる、お茶を入れる、おやつの時間を知らせにいくなど、共にここに住まう仲間としての関係性を大切にしています。また、看取りや臨終の際、積極的にお部屋に足を運んでもらっています。		
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。	ご逝去という形でご契約が終了し、その後、畑のじゃがいも堀りのお誘いをして下さり行かせて頂いた方はいらっしゃいました。また、特別な事由があり一時退去し、再度入居申し込みをされた方の相談支援は継続して行っております。		
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。	一人一人の思いや暮らし方の希望、意向の把握においては、長期目標更新の際、指定用紙にてご本人ご家族から直接聞き取りを行っている他、ひもときシートという写真入りのその方の全体像をまとめたシートを用いて、職員間の情報共有を行っています。		
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。	ご家族やケアマネジャーなどから生活歴や馴染みの暮らし方を聞き取り、どのようなサービスを利用してきたのか把握しています。また、可能な範囲で他サービス利用中にご本人の面談に赴き、他サービス介護職員からも情報を収集しています。		
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。	お部屋で過ごしたい方、フロアで過ごしたい方など、一人一人の一日の過ごし方の把握のほか、潜在能力を活かして生活動作が行え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
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。	介護計画を作成する前に、計画作成担当者が、ご本人、ご家族、当該介護職員、医療職からそれぞれの立場からの意見をもらい指定用紙に記入し、それらを踏まえ、計画を作成しています。		
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。	計画書に明記されたサービス内容の実施について、計画作成担当者はモニタリング毎、そのタグを確認し、実施状況を把握、見直ししている。また、バイタルサイン測定や食事量、面会など一か月の状況をグラフ化し、数的把握を行っています。		
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。	ご本人やご家族の状況、その時々発生するニーズに対して、いままでやってきた既存ルールに捉われず、保険内外に関わらず、ニーズ解決にむけて柔軟な対応が行えるよう意識し取り組んでいます。		
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。	地域に住まう子育てママや職業体験をとおして知り合った中学生、週末だけ学校に通う高校生、傾聴ボランティア、近隣の介護サービスを使っていないお年寄りほか、官学産民含め、さまざまな方との交流機会が持てるよう支援しています。		
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。	訪問診療の際は、ご本人が医師や看護師により相談しやすいように、それぞれのお部屋で個別に診察を受けられるように配慮している。また、訪問診療毎、様々な職種の意見で適切な医療が提供されるよう計画作成担当者と管理薬剤師が同行しています。		

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。	職員は、日々の関わりの中でとらえた情報や気づき、不安なことを週一回訪問する看護師へ相談し、医療の視点からアドバイスをもらっている。また、その都度、ご利用者の要望を聞き取り、必要に応じて医療職に繋いでいます。		
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。	入院となる際の救急搬送には、ご家族が安心できるよう、なるべく管理者が同乗している。ご利用者が入院した際はご家族と蜜に連絡をとり、必ず一度は顔を見に病院へ足を運んでいる。また、MSDや看護師に入院中の様子の確認を都度行い、ご家族と共有。出来る限り退院前カンファレンスやムンテラに参加しています。		
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。	認知症および疾病の悪化により、1年以内に体調変化がありそうなご利用者に対して、重度化するまえに予めご家族と今後の方針について話しあう機会をもち、医師より看取りの判断があった際は、指針含む説明同意を得て、職員へ研修を実施しています。		
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。	ご利用者の急変や事故発生時に備えて、法定研修において6月に食中毒8月に緊急時対応とAED、9月に事故予防と再発防止、12月に感染症BCP、2月に非常災害BCPの研修のほか、6月12月に防災訓練を実施しています。		
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	上記BCP（感染症および蔓延防止・非常災害時対応）の机上訓練、実施訓練と避難訓練（6月12月）の実施、備蓄品の確認のほか、毎月1日は防災食の日とし、毎月いざライフラインが停まった際の食事提供の訓練を実施している。そして、今年は隣マンションと近隣の方も参加くださった。		

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。	年一回10月の倫理、プライバシー保護の研修を実施している。また、日頃のケアでは、介護職員がご利用者の活動に対して「私がやるからいいです」「言うことを聞いてくれない」等、本人の誇りや自主性を蔑ろにする言葉かけのないよう注意しています。		
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。	集団生活上、ある程度決められたリズムの中で生活をする際、お風呂に入る日や寝る時間、朝ごはんを食べる時間、レクリエーションへの参加有無など、いまはしたくないという思いや希望など否定も含め、自己決定を大切にしています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	ご本人がどのような一日を過ごしたいか明確に言語化できる場合は、希望にそって支援できていると思います。ただ、認知症が高度化し自分でも自分らしさがわからなくなった様子にみえるご利用者に対して、言葉にならない言葉をじっくりと聞き、ゆっくりその希望を想像するまでには至っていないと反省します。		
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。	認知症の方の共通動作として、ボタンやチャックを終始触る癖があります。終始取れるボタンを職員と家族でその都度直し、その人らしいおしゃれが継続できるように支援しています。		
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。	食事が楽しめるよう肉が嫌いな方、魚が嫌いな方などそれぞれ代替料理を提供し、朝食の牛乳においてもホットの方、砂糖入りの方など好みを把握できている。また、ご利用者と職員と一緒に食事準備や片付けが行えています。		

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。	好き嫌い多く食事を残される方には、余っているあんドーナツやバナナなど臨機応変にお好きな甘いものをプラスでお出ししたり、水分があまり進まない方にはゼリーをお出しし、水分が摂取できるよう工夫したりしています。		
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。	職員により毎食後の口腔ケアのほか、毎週1日、歯科衛生士および歯科医師に來所してもらい、口腔内清潔保持および治療を行っています。		
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。	尿意、便意がある方に対しては、ご本人がトイレに入られた際に見守りで一緒に入室しています。尿意、便意がない方については、定時誘導を行っています。老健からおむつで入所した方を布パンに変更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。	なるべく刺激性下剤の使用をせず、食べ物で便通がよくなる努力をしています。便秘の方には毎食後にゼリーにオリゴ糖をかけて食してもらい便通を促しています。車いすを使用している方の廊下往復歩行までは至っておりません。		
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。	曜日時間など予め設定はあるものの、ご本人の希望や自己決定を踏まえ柔軟に変更対応しています。入浴を拒まれる方にはお好きな花の写真を用意し掲示したり、体重測定という理由をだし脱衣所まできてもらうなど様々なきっかけを作ってお誘いしています。また入浴剤やゆずなど四季が楽しめるよう工夫しています。		

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。	週一回のシーツ交換の際は、ふとん乾燥機を使用し清潔を保ち、安眠できる環境を整えています。また、フロアではソファなども用意し、椅子以外の休息場所を用意するほか、10時16時に体操を実施し身体を動かす機会を設け、安眠に繋げています。		
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。	タブレット記録に服薬内容を登録するほか、ペーパーでも服薬ファイルを作成し、広く職員が把握できるような環境を整えています。また、計画作成担当者を中心に服薬内容、副作用把握を行い症状変化に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	一人一人の生活歴や潜在能力を活かした役割や嗜好品、過ごし方の支援をしています。日常生活上では、お茶入れやモップ掛け、料理手伝い、洗濯物干しなどがあり、イベントでは男性だけで居酒屋へ言ったり、様々な楽しみごとが作れるよう支援しています。		
49	21	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	季節ごとに春は桜、初夏はバラ、秋は紅葉などバスを借りてと外に出かけるよう努めています。また、ご家族に協力してもらいながら外出機会創出をしています。ただ、日々の中で散歩時間が十分に確保できていないことが大きな課題です。		
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	ご利用者個人のお金の所持は、契約上禁止事項のため、所持して頂いておりません。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	ご利用者のご家族やご友人と時間を気にせずお電話ができるよう、ユニットごとに携帯を用意しています。また、ご利用者のご家族と手紙のやり取りができるようポスト投函まで一緒に付き添い、支援をしています。		
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。	施設内においても季節がより感じられるよう、玄関や扉、フロア、窓において季節の生花や造花、飾りつけを行っております。また、明るい雰囲気となるよう入口付近に補助電球を設置しております。		
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。	一人になりたいときは居室で過ごし、気の合った方同士で過ごしたい時は決まった方の居室で話す姿があります。しかし、車いすを利用している方や感情を表出しづらい方が一人になりたい気持ちがあるかの確認を日々行っていないと反省しました。		
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。	入居の際、本人が使い慣れた家具や飾りもの、シーツや布団を持ってきてほしいことを伝えても、実際は新調される方がとても多い現状です。しかし、入居しながらご本人らしい部屋を作っていくという観点で、部屋の管理を行っています。		
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。	建物のトイレや居室、風呂場は、一目みてわかるようアイコンの表札にしました。また、給茶機を置き、24時間好きな時に飲み物を飲める環境を整えることやお茶入れ場や台拭き、炊飯器などご利用者が自主的に家事が行える様配置に工夫をしています。		

2025年度

事業所名 ツクイ厚木荻野グループホーム
 作成日： 2026年 1 月 26 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	13	施設サービス計画書期間終了前に、各関係職種から予め意見を聞き取り、ご本人ご家族と日程調整したうえで担当者会議を行い、多様な視点でニーズ収集を行うというプロセスが円滑に回っていない現状がある。	ご家族の意見のみならず、ご本人の真のニーズや実際にケアを行う介護職、医療従事者の意見を集め、チームの思いが反映された施設サービス計画書を作成することができる。	①目標期間終了2か月前にご家族へ連絡し、担当者会議開催日を決める ②上記の会議前までに、ケアプラン作成に伴う意見聴取書（家族以外）を作成 ③担当者会議内容をプラン反映する	6ヶ月
2	13	個別支援計画書（施設サービス計画書の第4表日課計画表）が型通りになっている。	その方の顔が浮かぶ、実際のケアとリンクした日課計画表が作成できる。	①第4表である日課計画表（個別サービスや担当、主な日常生活上の活動）データをより詳細に入力する	3ヶ月
3			日課計画表を新人教育に活用することができる。	①その方の顔が浮かぶ日課計画表を個人ファイルに綴じ、新人職員のOJT時に活用する。 ②モニタリング実施月に日課計画表の内容と現状についてケアカンファレンス議題として再検討。3か月毎に日課計画表の見直しを行い、その内容を更新する	12ヶ月