

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         | 1475100838                         | 事業の開始年月日       | 平成17年11月1日  |      |
|               |                                    | 指定年月日          | 平成17年11月11日 |      |
| 法人名           | ALSOK介護株式会社                        |                |             |      |
| 事業所名          | グループホームみんなの家新川崎                    |                |             |      |
| 所在地           | ( 212-0054 )<br>神奈川県川崎市幸区小倉3丁目12-2 |                |             |      |
| サービス種別<br>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12月25日                         | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和6年5月13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）】

ご利用者様皆様が安心して暮らせる様な環境づくりを目指しています。ご利用者様の心情に寄り添い、不安を解消出来るようにまず傾聴することを第一としています。その上で毎日のレクリエーションや、外出・散歩・買い物などで好きな事ややりたいことを続けられる様な支援を行っています。特に2ヶ月に一度を目処に手作りおやつレクを開催し、ご利用者にも一部参加していただき、食生活にメリハリのある独自のイベントとしています。職員のペースで動いてもらうのではなく、ご自分で行動を選択し決定出来る様な余裕ある生活リズムを目指しています。感染症等での不安が解消できるようホーム内が笑顔でいられるよう明るいホームを心掛けています。

### 【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和6年1月15日                           | 評価機関<br>評価決定日 | 令和6年3月15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、JR「川崎」駅西口から臨港バスで約20分の「小倉」で下車、徒歩約5分の住工混在地にあります。JR「新川崎」駅からも徒歩約15分で行けます。鉄骨造2階建てに2ユニットが入っています。法人は全国で300近い福祉施設を運営しています。

<優れている点>

「地域密着、笑顔のホーム」の理念のもと、利用者の笑顔の為にまずは職員の笑顔からというホーム長の方針により、一日は笑顔の挨拶から始めることとしています。また、地域20事業所が参加する「地域交流会」に参加し、地元情報の収集に努めています。福祉専門講師の講演や、ボイストレーナーの話など、研修と共に地域の情報交換をしています。利用者支援には、利用者及び事業所に関する情報を全員が同時に共有することが必要と考え、利用者の状態変化による支援方法や、業務の変更時など、共有の漏れが無いようにSNSアプリを使用し、発信しています。毎月数回発信しているブログは利用者や事業所の様子が伝わり家族との状況にも努めています。

<工夫点>

法人のオンラインによる、NoAエクササイズ、ALSOKあんしん体操、いきいきリズム体操、タオル体操、ALSOKあんしんヨガ、シニアセラピーなどの企画を活用して身体運動をしています。正月には、柴又帝釈天の画像を背景にしたWEB初詣などもあり、利用者の飽きがこない支援に努めています。

### 【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  | グループホームみんなの家新川崎 |
| ユニット名 | 1階              |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19) | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                 | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>4. ほとんどない             |
| 65 | 2024/5/13   | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き生きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                      | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>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。                    | 職員全員で理念を考え集い共有している。   | 「地域密着・笑顔のホーム」の理念は5年前に職員と共に考えました。利用者の笑顔は、職員の笑顔からという行動指針の下に、朝は笑顔の挨拶から始めています。言葉だけでなく表情も明るくすることを基本動作とし、職員みんなで共有しています。       |  |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                    | 現在は、出来ていないに等しいですが、地域交流会には参加しているので、今後、機会あれば、地域のイベント等に参加していきたい。             | 幸区の20の福祉施設で作っている地域交流会に参加しています。福祉専門講師の講演や、ボイストレーナーの話など、研修と共に地域の情報交換をしています。コロナで途絶えた自治会活動や、地域包括支援センター・民生委員との繋がりも復活しつつあります。 |  |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                  | 地域交流会が2ヶ月に一度開催されており、参加させて頂いております。地域の仲間の皆様と情報共有し、今後は機会あれば、できる事を発信して行きたいです。 |   |  |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 毎月一回発行している一言通信と合わせて、運営推進会議を活かしていきたい。                                      | コロナ禍の間、中断していた運営推進会議は、従来の対面会議での開催を9月から再開しています。現状では事業所職員と家族の出席を得ています。今後は自治会・地域包括支援センター職員・民生委員などの参加を呼びかけ、地域との連携を図っていく予定です。 | コロナ禍で中断した、自治会・民生委員・地域包括支援センターとの連携の早期回復が期待されます。 |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。           | 町内会との交流はあるものの活かしきれていない現状です。   | 介護度の更新・変更の手続きを、家族に代わって幸区の高齢・障害課と折衝しています。生活保護関係では、保護第一課との連携があり、紙オムツ等介護用品給付の相談や申請などで、ケースワーカーとの連携があります。                    |  |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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。 | 定期的に会議を通じて話し合いを行っています。全職員と情報共有しています。年2回の研修を実施しています。                  | 身体拘束適正化について、年に6回法人によるオンライン研修を行っています。受講後は理解度テストで効果確認があります。日常支援の中で依頼の声掛けなどは、相手に不快感や威圧感を感じさせないような言葉遣いや話し方・表情に気配りをしています。       |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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。  | 定期的に会議を設けて話し合いの場で全職員との意見交換及び、情報共有を徹底しております。                          | 次年度からの虐待防止対策義務化に向けて、法人によるオンライン研修を年5回計画しています。虐待を防止するために大切な要素の一つである職員の身心状態の安定の為に、休憩時間の確保や休暇取得・シフトの組み方に気を配っています。              |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。   | 利用者様に成年後見制度の利用している方がおり、後見人の人と話し合い、支援が出来るよう努めている。                     |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。  | 契約書の説明には時間をかけ利用者様、ご家族の心配が解消されるよう努めている。また転倒リスクや緊急時の協力についても同意頂いている。    |  |                   |
| 10   | 7    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。   | 運営推進会議や面会時の聞き取りなどから、ご家族の意見・要望を得てホームの運営に反映させている。すぐに会議などで改善案を練り対応している。 | 運営推進会議の場や、月に数回発信するブログや、毎月の「一言通信」に対する反応から、家族の意見を取り入れています。散歩・着替え・薬に関する意見や希望が多く寄せられています。人気のパン屋の移動販売も復活し、利用者は自分の好きなパンを選んでいきます。 |                   |

| 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<br>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。                                      | 月に一度のフロア会議や日常的にコミュニケーションを取っている為運営に反映させている。                            | 毎月1時間程度のフロア会議で、職員からの意見を聴いています。日常業務の中で職員が気付く建物や什器の修繕に関する提案が多く出ています。毎月の所長会議や地域マネジャーの来訪時に申請し、改善に繋がっています。             |                   |
| 12                          | 9    | ○就業環境の整備<br>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。      | コミュニケーションを良く取ることで不満や悩みがないか確認している。ケアリーダーとも情報を共有することでメンタルヘルスの管理に繋がっている。 | 利用者の状態変化による支援方法や、業務の変更時など、共有の漏れが無いようにSNSアプリを使用し、発信しています。シフトの組み方でのトラブル防止にも、気を配っています。                               |                   |
| 13                          | 10   | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 法人内で認知症研修を行っており、それに参加することにより、ケアの向上に努めている。                             | 法人主催の多岐にわたるWEB研修を年間を通じて計画しています。資格取得の講習日の出勤扱いや、取得後の費用補填などの支援をしています。職員は半年ごとに目標設定を掲げ、ホーム長の個人面接で結果を査定し、昇級・昇進に繋がっています。 |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 地域包括センターが主催する勉強会やサロンに定期的に参加している。                                      |   |                   |
| <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<br>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。        | 入居前の面談でご本人やご家族の話、利用していた介護サービスでのご様子などを伺い、入居時の介護計画書に反映させている。            |   |                   |

| 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<br>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。     | 入居前にご家族の話をお聞きして、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。 |  |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | その方にあったサービスを提供できるようアセスメントをしっかり取っている。           |  |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 利用者様と一緒に家事等を行い、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。           |  |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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。     | 行事等で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。           |  |                   |
| 20   | 11   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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う、支援に努めている。                  | 家族、知人、友人など気軽に訪問しやすい様にいい関係を保てる場になっている。          | 昨年5月から、事前予約及び30分以内の条件で面会を再開しています。毎週1～3組の来訪があります。編物など入居前からの趣味を続けている利用者もいます。利用者の人気の昔懐かしい歌を歌う会を月に4～5回開催しています。ケアマネジャーがキーボードで伴奏しています。 |                   |

| 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<br>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。                | 利用者様のADLを考えコミュニケーションや、関わりを持てる様な座席（1階テラス）を考え触れ合えるようにしている。又、家事やレクリエーションなどで、支え合える関係を作っている。 |   |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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。 | 今現在は無いが、退去後も連絡を頂けるよう家族に話し、大切にしている。  |   |                   |
| <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<br>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。                        | 意向が伝えられる利用者様からは、耳を傾け把握に努めている。困難な方に関しては、その人にとってより良いケアを職員で話し合っている。                        | 思いは日常のケアや、会話の中で把握しています。意思表示の困難な人は表情や態度、行動、笑顔などで汲み取っています。要望に応え、油絵や塗り絵の準備、菜園でレタスやトマトなどを種から育て土に触れるなど、好きな活動に繋げるように努めています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。                    | 家族からの情報や、日々のコミュニケーションの中から、把握に努めている。   |   |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                  | 日々の生活、ケアの中からの気づきを大切にし、特に心身の状態には注意を払っている。  |   |                   |

| 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<br>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。 | 職員間でカンファレンスを実施し、個々に違う目から見た意見を取り入れている。                    | モニタリングは3ヶ月ごとに行い、長期目標の見直しは6ヶ月ごとに行っています。担当者会議で利用者の状態把握と課題の達成状況の検討をしています。短期目標が達成した場合は随時見直しをしています。本人の希望する自立目標を検討し、家族の意向を反映して現状に即した介護計画を作成しています。 |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                        | 気づきやいつもと違う状態等、生活記録や、申し送りノート等を使用し共有し反映している。               |   |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 必要に応じ実施している。   |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                         | 毎年2回消防訓練の参加や、近隣の神社にお参りに行く等、支援している。                       |   |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                    | ホームの往診医がかかりつけ医になっているが、利用者様によっては、眼科、歯科など自由に受けられるよう支援している。 | 提携内科医と歯科医は月2回訪問診療、歯科衛生士は月2回口腔ケアで訪問しています。緊急時には協力医療機関が対応する24時間オンコール体制を行っています。訪問看護師は週1回来訪し、投薬管理と健康管理を担っています。専門医の受診は家族対応とし、医療情報の共有をしています。       |                   |



| 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   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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。                      | 週に一度の医療連携看護師との間で個々の健康に関する訪問看護記録用紙を用い、適切な看護を受けられる様になっている。                     |  |   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 入院時には介護サマリーを提供する事で現状を報告したり、電話や面会を行う事で相手先機関との情報交換を行っている。                      |  |   |
| 33   | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 主治医、職員、ご家族立会いのもと、ご家族に説明をし、意向をふまえた上、看取り介護計画を作成し、職員にも終末期に向けた話し合いを行いチームで支援している。 | 契約時に「重度化対応及び看取りケアに関する指針」を説明し「意思確認書」の同意を得ています。重度化した場合は、医師が終末期の支援について説明、家族が希望すれば看取り介護計画書を作成し医師、看護師や職員の連携の下、家族が納得できる看取り支援に努めています。 |   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。   | 救急対応についてマニュアルを作成し他にも夜間想定避難訓練、AED取扱訓練、救急手当や搬送法などの講習会を実施している。                  |  |   |
| 35   | 16   | ○災害対策<br>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2回の避難訓練を行っている。水害時を想定した、訓練も実施された。ホーム内に備蓄品も備えている。                             | 消防・水害・避難訓練は年2回（1回は夜間想定）です。洪水の危険があるため、非常災害対策計画を作成し、情報入手方法、自治体・職員緊急連絡網、家族連絡表、医療情報シート、避難場所と経路など詳細にまとめたファイルを備えています。職員は研修で理解しています。  | 地域住民のかけつけ協力は必須です。町内会への協力要請、事業所内の行事や訓練時に近隣住宅へ通知するなど、利用者の理解を得るために、日頃から地道な働きかけが期待されます。 |

| 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<br>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。                | 年長者であることを念頭に置き入室する時はノック、声かけを必ず行い、利用者様の自尊心に配慮した言葉かけを行っている。 | 年間研修計画書があり実施しています。人格の尊重と権利の保障、プライバシー保護、接遇について法人研修会で学び具体的な対応方法を理解しています。年長者として敬う言葉かけの仕方、入浴や排泄介助の時には尊厳に配慮し、一人ひとりに寄り添うケアに努めています。         |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                     | 日常的に触れ合うことから信頼関係を築き、思いや、希望を表出できる支援をしている。                  |  |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 利用者様の要望をしっかりと聞くよう心掛けており、職員のペースにならず、個人のペースになる様努めている。       |  |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                  | 清潔に過ごせる様、洗濯をこまめに行い、訪問美容、化粧、好きな服など利用者様が気持ちよく過ごせる様支援している。   |  |                   |
| 40                              | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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。     | 準備から片付けまで一連の作業を職員と利用者様が一緒に行っている。又、能力に応じた担当分けをしている。        | 食材は外部に委託し、湯煎で提供しています。敬老の日、クリスマス、おせち料理の特別食、誕生日会は手作りケーキを作っています。レストランで食事を希望する方には家族への仲介、外出できるように支援しています。移動パン屋を再開し、好きなパンを購入できるように支援しています。 |                   |

| 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<br>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。                 | 水分量、食事量は個々に合わせた形態で提供し、バイタル表に摂取量を記入し把握している。           |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                          | 毎食後に口腔ケアを行っている。介助や見守り等その人にあつたケアをしている。                |  |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>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。          | 排泄チェック表を使用し個々の排泄パターンを把握している。トイレでの排泄を優先し、声かけ誘導を行っている。 | スムーズな排泄のために、起床時は麦茶、3時は緑茶、夜間はほうじ茶を提供するなど、水分摂取に飽きのこない工夫をしています。夜間は、ポータブルトイレを利用している人もいます。            |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。                          | ヨーグルトや牛乳等、乳製品を取り入れたり、腸を動かす様マッサージなども取り組んでいる。          |  |                   |
| 45   | 20   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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2回の入浴を基本とし、利用者様の入りたい時間帯等要望に答え、入浴が楽しいものとなる様支援していく。   | 入浴は週2回です。利用者の意向を尊重し、体調に応じて入浴日や時間の変更を行っています。1階は機械浴槽を設置しています。入浴への誘導は、本人の状態に応じて声かけのタイミングなどを工夫しています。 |                   |

| 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<br>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。  | 自由に休息して頂いている。車椅子の方は座りっぱなしにならない様、横になる時間を作っている。                         |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>一人ひとり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。  | 往診医、薬剤師と連携を取り、薬情ファイルを保管し職員で共有し個々の服薬を理解するよう努めている。                      |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | 役割を持ち自ら動かれる方もいる。毎日のレクリエーションで楽しんで頂けるようにしている。                           |   |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>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。 | 季節や天候に合わせ散歩等の外出を取り入れている。又家族との外出もして頂いている。散歩に行けない時は、玄関に出て外の空気を吸って頂いている。 | 近隣の散歩や建物の周りで外気浴を行っています。外食や買い物の希望者には、家族との同伴をお願いしています。初詣は、柴又の帝釈天の画像を観て、職員もはっぴ姿となり、事業所にいながらお参りをできるような工夫としています。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | 現金はホームで建て替えており、コンビニ等に一緒に買い物に出かけ、買いたいものを選んで購入してもらっている。                 |   |                   |

| 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<br>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。   | 利用者様から要望があれば、事務所内の電話を利用出来る様になっている。家族からの電話の取次ぎも行っている。         |  |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | 廊下の壁にイベント等の写真を貼り、テーブルの上に花を置く等、職員で季節感や生活感を出し楽しく過ごして頂けるようにしている | 加湿器を設置した居間の大きな窓からの採光は良く、換気と温度設定を適宜調節しています。大きなソファを置いて居場所作りの工夫をしています。利用者の作った折り紙や絵、季節を感じる作品を壁にはり、明るい雰囲気作りに努めています。居室のドアには大きな花の写真を貼り、自身の居室と分かり易い工夫をしています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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。   | 普段使用するテーブルのほかに、テーブルやいす、ソファを置き、自由に過ごせる空間を作っている。               |  |                   |
| 54   | 23   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。  | 写真やぬいぐるみなど、家族にも協力して頂き、本人が安心して過ごせる居室にしている。                    | 写真、テレビ、馴染みの物を持ち込み、居心地よく過ごせるように工夫してしています。安全な動線の確保や、緩衝マットや、転倒防止センサーの設置をしています。清掃、整理・整頓を行い、清潔な居室になるように支援しています。   |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | 個々の残存能力を活かした支援を行い、フロア、居室の導線を確保し出来ることはご自身でやっています。             |  |                   |

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 事業所名  | グループホームみんなの家新川崎 |
| ユニット名 | 2階              |

| 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。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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。<br>(参考項目：18, 38)           | <input type="radio"/> | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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。<br>(参考項目：38)                 | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：36, 37) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：49)                | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：30, 31)      | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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、安心して暮らしている。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)                 | <input type="radio"/> | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>4. ほとんどない             |
| 65 | 2024/5/13   | <input type="radio"/> | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き生きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                      | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>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。                    | 職員全員で理念を考え集い共有している。   |      |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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。                    | 現在は、出来ていないに等しいですが、地域交流会には参加しているので、今後、機会あれば、地域のイベント等に参加していきたい。             |      |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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。                  | 地域交流会が2ヶ月に一度開催されており、参加させて頂いております。地域の仲間の皆様と情報共有し、今後は機会あれば、できる事を発信して行きたいです。 |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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。 | 毎月一回発行している一言通信と合わせて、運営推進会議を活かしていきたい。                                      |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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。          | 町内会との交流はあるものの活かされていきにくい現状です。  |      |                   |

| 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<br>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。 | 定期的に会議を通じて話し合いを行っています。全職員と情報共有しています。年2回の研修を実施しています。                  |      |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>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。  | 定期的に会議を設けて話し合いの場で全職員との意見交換及び、情報共有を徹底しております。                          |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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。   | 利用者様に成年後見制度の利用している方がおり、後見人の人と話し合い、支援が出来るよう努めている。                     |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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。  | 契約書の説明には時間をかけ利用者様、ご家族の心配が解消されるよう努めている。また転倒リスクや緊急時の協力についても同意頂いている。    |      |                   |
| 10   | 7    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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。   | 運営推進会議や面会時の聞き取りなどから、ご家族の意見・要望を得てホームの運営に反映させている。すぐに会議などで改善案を練り対応している。 |      |                   |



| 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<br>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。                                      | 月に一度のフロア会議や日常的にコミュニケーションを取っている為運営に反映させている。                           |      |                   |
| 12                          | 9    | ○就業環境の整備<br>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。      | コミュニケーションを良く取ることで不満や悩みがないか確認している。ケアリーダーとも情報を共有することでメンタルヘルスの管理に繋げている。 |      |                   |
| 13                          | 10   | ○職員を育てる取組み<br>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。          | 法人内で認知症研修を行っており、それに参加することにより、ケアの向上に努めている。                            |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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。 | 地域包括センターが主催する勉強会やサロンに定期的に参加している。                                     |      |                   |
| <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<br>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。        | 入居前の面談でご本人やご家族の話、利用していた介護サービスでのご様子などを伺い、入居時の介護計画書に反映させている。           |      |                   |

| 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<br>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。     | 入居前にご家族の話をお聞きして、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。 |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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。 | その方にあつたサービスを提供できるようアセスメントをしっかりとっている。           |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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。                    | 利用者様と一緒に家事等を行い、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。           |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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。     | 行事等で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。           |      |                   |
| 20   | 11   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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う、支援に努めている。                  | 家族、知人、友人など気軽に訪問しやすい様にいい関係を保てる場になっている。          |      |                   |

| 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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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。                | 利用者様のADLを考えコミュニケーションや、関わりを持てる様な座席（1階テラス）を考え触れ合えるようにしている。又、家事やレクリエーションなどで、支え合える関係を作っている。 |      |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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。 | 今現在はないが、退去後も連絡を頂けるよう家族に話し、大切にしている。  |      |                   |
| <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<br>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。                        | 意向が伝えられる利用者様からは、耳を傾け把握に努めている。困難な方に関しては、その人にとってより良いケアを職員で話し合っている。                        |      |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。                    | 家族からの情報や、日々のコミュニケーションの中から、把握に努めている。   |      |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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。                                  | 日々の生活、ケアの中からの気づきを大切にし、特に心身の状態には注意を払っている。  |      |                   |

| 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<br>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。 | 職員間でカンファレンスを実施し、個々に違う目から見た意見を取り入れている。                    |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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。                        | 気づきやいつもと違う状態等、生活記録や、申し送りノート等を使用し共有し反映している。               |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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。               | 必要に応じ実施している。   |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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。                         | 毎年2回消防訓練の参加や、近隣の神社にお参りに行く等、支援している。                       |      |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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。                     | ホームの往診医がかかりつけ医になっているが、利用者様によっては、眼科、歯科など自由に受けられ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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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。                      | 週に一度の医療連携看護師との間で個々の健康に関する訪問看護記録用紙を用い、適切な看護を受けられる様になっている。                     |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。  | 入院時には介護サマリーを提供する事で現状を報告したり、電話や面会を行う事で相手先機関との情報交換を行っている。                      |      |                   |
| 33   | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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。 | 主治医、職員、ご家族立会いのもと、ご家族に説明をし、意向をふまえた上、看取り介護計画を作成し、職員にも終末期に向けた話し合いを行いチームで支援している。 |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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。   | 救急対応についてマニュアルを作成し他にも夜間想定避難訓練、AED取扱訓練、救急手当や搬送法などの講習会を実施している。                  |      |                   |
| 35   | 16   | ○災害対策<br>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2回の避難訓練を行っている。水害時を想定した、訓練も実施された。ホーム内に備蓄品も備えている。                             |      |                   |

| 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<br>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。                 | 年長者であることを念頭に置き入室する時はノック、声かけを必ず行い、利用者様の自尊心に配慮した言葉かけを行っている。 |      |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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。                      | 日常的に触れ合うことから信頼関係を築き、思いや、希望を表出できる支援をしている。                  |      |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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。 | 利用者様の要望をしっかりと聞くよう心掛けており、職員のペースにならず、個人のペースになる様努めている。       |      |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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。                                   | 清潔に過ごせる様、洗濯をこまめに行い、訪問美容、化粧、好きな服など利用者様が気持ちよく過ごせる様支援している。   |      |                   |
| 40                              | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。       | 準備から片付けまで一連の作業を職員と利用者様が一緒に行っている。又、能力に応じた担当分けをしている。        |      |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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。                 | 水分量、食事量は個々に合わせた形態で提供し、バイタル表に摂取量を記入し把握している。           |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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。                         | 毎食後に口腔ケアを行っている。介助や見守り等その人に応じたケアをしている。                |      |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>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。          | 排泄チェック表を使用し個々の排泄パターンを把握している。トイレでの排泄を優先し、声かけ誘導を行っている。 |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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。                          | ヨーグルトや牛乳等、乳製品を取り入れたり、腸を動かす様マッサージなども取り組んでいる。          |      |                   |
| 45   | 20   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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2回の入浴を基本とし、利用者様の入りたい時間帯等要望に答え、入浴が楽しいものとなる様支援していく。   |      |                   |

| 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<br>一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。   | 自由に休息して頂いている。車椅子の方は座りっぱなしにならない様、横になる時間を作っている。                         |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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。   | 往診医、薬剤師と連携を取り、薬情ファイルを保管し職員で共有し個々の服薬を理解するよう努めている。                      |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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。                              | 役割を持ち自ら動かれる方もいる。毎日のレクリエーションで楽しんで頂けるようにしている。                           |      |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>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。 | 季節や天候に合わせ散歩等の外出を取り入れている。又家族との外出もして頂いている。散歩に行けない時は、玄関に出て外の空気を吸って頂いている。 |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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。                              | 現金はホームで建て替えており、コンビニ等に一緒に買い物に出かけ、買いたいものを選んで購入してもらっている。                 |      |                   |



| 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<br>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。   | 利用者様から要望があれば、事務所内の電話を利用出来る様になっている。家族からの電話の取次ぎも行っている。         |      |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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。 | 廊下の壁にイベント等の写真を貼り、テーブルの上に花を置く等、職員で季節感や生活感を出し楽しく過ごして頂けるようにしている |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>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。   | 普段使用するテーブルのほかに、テーブルやいす、ソファを置き、自由に過ごせる空間を作っている。               |      |                   |
| 54   | 23   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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。  | 写真やぬいぐるみなど、家族にも協力して頂き、本人が安心して過ごせる居室にしている。                    |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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。  | 個々の残存能力を活かした支援を行い、フロア、居室の導線を確保し出来ることはご自身でやって頂いている。           |      |                   |

2023年度

事業所名 グループホームみんなの家・新川崎  
 作成日：2024年 5月 5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    | 事業所と地域とのつながりが希薄な状態であり、地域交流会には参加しているものの実践活動に繁栄されていない。 | 事業所自体が地域の一員として、町内会のイベント等にご利用者とともに参加していく事を目指す。 | 地域交流会を通じて、地域とのつながりを構築し、運営推進会議を通じて、ご家族、民生委員の協力を得ながら地道に働きかけを行う。 | 12ヶ月       |
| 2    | 35   | 災害時、避難誘導等の近隣住民及び町内会の協力体制が整っていない。                     | 近隣住民及び、町内会の参加協力を得た避難訓練の継続的な実施。                | 町内会及び民生委員を通じて参加協力を働き掛ける。                                      | 12ヶ月       |
| 3    | 49   | 日常的な外出支援が、ご利用者の個々の要望に乗っ取って、出来切れていない。                 | 定期的にご利用者本人の希望にのっとり、計画的な外気浴支援をしていく。            | ご利用者個々の要望を聴き取りし、外気浴実施計画表を作成し、それに準じて、無理なく実行できる時間帯の捻出及び環境を構築する。 | 6ヶ月        |
| 4    |      |  |   |   | ヶ月         |
| 5    |      |  |   |   | ヶ月         |