

令和 4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         | 1493400087                         | 事業の開始年月日       | 平成19年2月1日          |
|               |                                    | 指定年月日          | 平成31年2月1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・横浜宮沢                  |                |                    |
| 所在地           | (〒246-0038)<br>神奈川県横浜市瀬谷区宮沢3-21-25 |                |                    |
| 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<br>ユニット数 2ユニット |
| 自己評価作成日       | 令和4年12月1日                          | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和5年3月6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 |  |
|----------|--|

### 【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)】

|   |
|---|
| 「安全・確実・快適な介護を実践します」というホーム理念を掲げている。職員がご利用者様に寄り添い、一人ひとりの立場に立った支援を行っている様、心掛けている。<br>2022年度は依然新型コロナウイルスの影響があり、従来行ってきたホーム運営が困難になっている。<br>その分、リモートを活用して体操を行う等、健康面・安全面に留意しながらコロナ禍を乗り越えようホーム運営を行っていきたいと考えている。 |
|---|

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |               |           |
|-------|-----------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部  |               |           |
| 所在地   | 神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和4年12月21日            | 評価機関<br>評価決定日 | 令和5年1月30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)】

|   |
|---|
| <b>【事業所の優れている点】</b><br>◇食を楽しむ支援<br>・利用者の好みや希望は、行事食、特別食、誕生会に反映して利用者を楽しませている。誕生日に、アイスクリームやどら焼き、カップラーメンなどを出すことがある。また、特別食の寿司の出前は大好評で、出前を増やすことを計画している。<br>・配送される食材を、法人共通の献立により調理するが、必要に応じて加工し、好きなものが食べられるよう支援している。<br>・利用者は、できる範囲で食器洗いや食器拭きなどを手伝っている。<br>◇健康の増進と維持の支援<br>・利用者は、毎朝のラジオ体操や毎週のALSOK体操で体を動かしている。<br>・オンライン盆踊りや運動会等利用者が楽しく体を動かす機会を提供し、また、可能な利用者には新聞紙たたみや掃除も任せ、健康の増進と機能の維持を支援している。<br><b>【事業所が工夫している点】</b><br>◇ICTの活用<br>・グループLINEを活用して、申し送りや意見等を全職員で共有している。出た意見に対する議論もLINEを使って行い、結論まで出す体制ができている。また、職員によっては言いにくいことを個別LINEで管理者に相談している。<br>・ヒヤリハット報告はタブレットで入力し報告している。報告書に手書きするより時間を短縮でき、業務の効率化が図られている。 |
|---|

### 【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   | 1～7    |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15～22  | 8      |
| 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  | 9～13   |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36～55  | 14～20  |
| 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・横浜宮沢 |
| ユニット名 | 1U                |

| 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   |
|           |   |   | 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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、安全面で不安な区過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 62        | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<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                      | 事業所理念を掲示し、職員に周知できるようにしている。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所理念「安心・確実・快適な介護の実践」とALSOK介護「お客様に寄り添い自分らしい暮らしをサポート」を各階に掲示して職員に周知し、実践している。</li> <li>・職員は利用者最優先を常に心がけ、ケアに取り組んでいる。</li> </ul> |  |
| 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                      | コロナ禍の為、最近実績は無いが、町内会行事等には参加していた。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・町内会に加入し、コロナ禍前は夏祭り等町内会の行事に参加していた。</li> <li>・近隣の介護老人保健施設「はなもも苑」とは日ごろから連絡を取り合い協定を結び、災害時の協力体制ができています。</li> </ul>                |  |
| 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                    | 現時点で積極的に行っているものはないが、地域の方々からの相談等がある場合にはお話を伺ったうえで関連部署につないでいる。                               | /   | /  |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<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 | 現在コロナ禍の為書面のみで行っている。2ヶ月に1回の運営推進会議で取り組み後の評価や評価後の改善について報告、それらに対して要望や助言をしていただき、サービス向上に活かしている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議はコロナ禍のため書面開催としている。</li> <li>・年6回瀬谷区と地域包括支援センターに活動状況報告書を送付して意見や助言を得て、議事録を作成するとともに運営に反映している。</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・活動状況報告書を家族や町内会長、民生委員にも送付し、意見や助言を求めることが期待されます。</li> </ul> |
| 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り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            | 区役所担当者・地域包括支援センターとは運営推進会議を通して事業所の問題を報告したりして連携しています。                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・瀬谷区高齢・障害支援課の職員とは、相談や報告などで頻りに電話連絡し、助言を得ている。</li> <li>・地域包括支援センターからは、発熱外来の受診に出向く熱の出た利用者が乗車可能なタクシー会社の情報を得た。</li> </ul>         |  |

| 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。 | 社内の身体拘束廃止委員会を中心に、意識的な身体拘束、無意識のうちに身体拘束と思われる行為や環境を作らないなど、社員全体で意識し取り組んでいる。転倒リスクの高い方に関してはリスクを説明した上で今後の方向性を検討している | ・身体拘束廃止委員会と研修を定期的<br>に開催し、拘束についての知識や理解<br>を深め、終了後には理解度テストを行<br>い確認している。<br>・管理者は、職員が利用者と慣れあい<br>にならないよう、職員の言葉遣いに常<br>に注意している。 |                   |
| 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   | 身体的虐待だけでなく、言葉による虐待にも留意している。<br>社内での虐待防止委員会が中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。                                      | ・虐待防止委員会を年6回開催し、虐待<br>のないケアに取り組んでいる。<br>・研修では法人が作成した「高齢者虐<br>待防止のためのセルフチェック」を使<br>い、虐待が見逃されていないか確認し<br>防止に努めている。              |                   |
| 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  | 必要に応じて制度を利用できるよう、社内外の研修には適宜参加している。<br>現在該当者は2名おり、その都度適宜情報を得るようにしている。   |   |                   |
| 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   | 契約時にご利用者様・ご家族様が不安や疑問に感じていらっしゃる場合には、安心して利用して頂ける様充分な説明を行っている。<br>特に金銭面・退居の要件に関しては入居契約の時点で詳しく説明をするようにしている。      |   |                   |
| 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  | 面会時や家族会を通じご要望を伺っている。また契約書等にも外部機関の連絡先をお伝えし、重要事項説明書に記載している。  | ・年2回の家族会で意見を聞いていた<br>が、コロナ禍では、アンケート用紙を<br>郵送し意見を把握している。<br>・利用者の状況をこまめに伝えて欲しいという家族の要望に対し、電子メールで近況を報告し、家族の不安を解消した。             |                   |

| 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 |
| 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                                      | 各フロア会議および全体会議の場で意見を聞き運営に反映しています。また、個人面談等を定期的に行うようにしている。  | ・管理者は会議や面談で職員の意見を聞くとともに、LINEを活用して意見を把握し、運営に反映している。<br>・職員意見は内容により会議で議論したり、法人のマネジャーを交えて話しあっている。職員の要望で回転モップを購入した。        |                   |
| 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      | 半年に1回の割合で職員面談を行っている。その際今後の方向性や労働条件等について聞き取りをし、意欲的に働いていける様努めている。また、研修や資格取得には出来る限りの支援を行っている。                       | ・管理者は職員との個別面談を年2回行い、努力や成果を評価し、将来の目標を話し合っている。<br>・認知症介護実践者研修の受講や介護福祉士等の資格取得に補助金を出し、また、資格取得者には手当を支給するなど人材育成に計画的に取り組んでいる。 |                   |
| 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          | 社内の職階別研修、委員会・新任研修等へ参加し、経験・役割・知識に合わせた研修への参加の機会を作っている。また、資格取得に関して出来る限りの支援を行っている。                                   | ・新入職員には法人による研修に加え、ベテラン職員がOJTによりケアの技術を指導している。<br>・ベテラン職員には資格取得によりステップアップが図れるよう、介護福祉士やケアマネジャーの資格取得を勧め、支援をしている。           |                   |
| 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 | 社内の研修や委員会活動等へ参加している。また、外部の研修にも参加する機会を作り、より良いサービスを行っていけるよう努めている。近隣事業所へ職員のヘルプ等もあり、連絡を密に運営を行っている。                   |  |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |  |  |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<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        | 連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の周りの環境などを聞き取りしている。また、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししたりしている。入居時には居宅ケアマネとも連携を図り、環境の変化を出来るだけ減らせるよう努めている。 |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<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     | ご家族様との連絡を密に取り、安心して頂ける様努めている。<br>面会時・家族会・毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っている。                                     |  |                   |
| 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 | 居宅介護支援専門員と連携を図り、ケアプランを送っていただき、在宅での生活の様子を伺っている。その上で初回面談を行い、面談時の様子と事前に得た情報、ご家族様からの情報を元にケアプランを作成している。 |  |                   |
| 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                    | 掃除や後片付け等、ご利用者様にも積極的にお手伝いに参加して頂いている。ご利用者様に役割を持っていただく事で、はりのある生活を送っていただけるよう努めている。                     |  |                   |
| 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     | 電話や手紙、一言通信などで近況を適宜報告している。医療機関への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様にお願いしている。ホームに入居してもご家族様と共に介護を行っていると考えている。         |  |                   |
| 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よう、支援に努めている                 | 現在面会は基本的に中止としているが、終末期等特別な事情のある方については検温・アルコール消毒・体調確認の上、短時間で面会をしていただいている。                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍であり、玄関先または屋外で短めにと制限した面会を支援している。</li> <li>・利用者の携帯電話の使用を認め、携帯電話を利用した通話での交流を支援している。</li> <li>・家族と墓参りに行く利用者もいる。</li> </ul> |                   |

| 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                | レクリエーション等の機会を通じて、皆様に楽しんでいただける機会を作っている。<br>耳が遠い等、集団の中で孤立する恐れのある方に対しては、会話の取り持ちを行うなどの支援を行っている。           |   |                   |
| 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 | 入院や他施設への転居などで退居される方に対しては各関係機関への情報提供を適宜行っている。  |   |                   |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |   |   |   |                   |
| 23                         | 12   | ○思いや意向の把握<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。                       | 言葉だけでなく表情や行動等で表す意向、これまでの経緯から推し量る意向等を情報としてカンファレンス・会議・申し送り等で検討している。                                     | ・利用者の思いや意向は、日々の会話や表情、仕草から把握している。必要に応じて家族からも情報を得ている。<br>・把握した内容はグループLINEを使い、全職員で共有している。<br>・利用者に好みのアイスやカップラーメン等を提供することがある。 |                   |
| 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                    | 入居の際の面談において生活歴を伺い、職員間で情報共有を図っている。<br>また、居宅のケアマネジャーと連携し、事前にケアプランをいただいたり担当者会議に参加するなどして生活環境や経過の把握を行っている。 |   |                   |
| 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                                  | 安全の範囲内で自由に生活していただき、その中でご本人様の状況を把握する事に努めている。カンファレンスや申し送りなどで日勤帯・夜間帯の様子の情報を集め、状態の把握に努めている。               |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | ご本人様の意向・ご家族様の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取り、本人・家族・職員・医療関係者等と連携して介護計画を作成している。                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者や家族の要望も取り入れて介護計画を作成している。</li> <li>・3か月ごとにモニタリングを行いカンファレンスで見直している。</li> <li>・介護計画の有効期間は1年で、転倒が続くなど状態変化時には都度見直している。</li> </ul>          |                   |
| 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                        | 記録を共有し、日々の新しい情報として介護計画の見直しにいかしている。<br>心理面では生活全般の情報・状況を参考にカンファレンス等で検討し、介護計画に生かしている。                     |  |                   |
| 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               | 地域包括等を通じて社会資源の情報収集に努め、ご利用者様の経済状況やニーズ等を考慮し、多様なサービスに対応出来る様努めている。<br>多様なサービスを使用する為に管理者を始め、職員の知識の向上を図っている。 |  |                   |
| 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                         | 今年度は地域の行事も中止の為未参加です。   |  |                   |
| 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                     | 事業所指定のかかりつけ医が居るがご本人様・ご家族様の希望を尊重し、従来のかかりつけ医の受診をされる場合には継続できるよう支援している。                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は全員、協力医をかかりつけ医とし、隔週で内科と歯科の訪問診療を受けている。</li> <li>・他科の受診は、家族が管理者が付き添い、家族からは結果の報告を受けている。</li> <li>・24時間体制のオンコールは、訪問看護師が対応している。</li> </ul> |                   |



| 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                      | 普段の生活の中で、ご利用者様のいつもと違う点などをノートに記入し、訪問診療時や医療連携看護師が来られた時に相談し指示を仰いだり質問に答えていただいている。           |  |  |
| 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。 | かかりつけ医との連絡を密にし、他の医療機関に掛かる際には主治医から情報書類を頂いている。また、退院時にも入院先から情報書類を頂く事で、退院後の連携を図っている。        |  |  |
| 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 | ご家族様に重度化した場合の対応を入居時に説明している。実際に看取り対応の経験もあり、家族会等においても普段から説明を行い、その時が来た時に選択していただける環境を作っている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時に、利用者と家族に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明し、方針を話し合っている。</li> <li>・重度化した場合は、再度、家族と話し合い、医療関係者、職員が情報共有して、看取りを支援している。</li> <li>・職員は看取り研修を受けている。</li> </ul> |  |
| 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   | 急変や事故に対しては速やかにかかりつけの医療機関・ご家族様・上司に連絡・報告すると共に、適切な対応処置や初期対応に努めている。                         |  |  |
| 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   | 避難訓練を定期的実施している。また地域のハザードマップを施設内に掲示している。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年に2回、夜間と火災を想定した避難訓練を実施している。</li> <li>・近隣の介護老人保健施設「はなもも苑」と、緊急時の協力と避難先提供の協定を結んでいる。</li> <li>・食料と飲料水を3日分備蓄している。</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・賞味期限を記載したリストを作成し、避難訓練等の機会に、定期的にチェックすることが期待されます。</li> </ul> |

| 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 |  |
| 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                | 入浴や排せつ等、羞恥心を感じる場面では特に言葉や態度に気を付けている。<br>拒否等見られるときには時間を置いたり人を替えるなどして、できるだけプライバシーに配慮して対応していく。 | ・職員は勉強会で人格の尊重とプライバシーの確保を学んでいる。<br>・入浴やおむつ交換時はドアを閉める、排泄の失敗は目立たないように対応するなどの配慮をしている。<br>・大きな声や配慮不足な言葉があれば、管理者が指導している。 |                   |  |
| 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                     | 入居者様本人がお好きな事をして頂ける様支援している。   |  |                   |  |
| 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 | 特に決まったスケジュールは無く、その日の流れによって柔軟に対応している。   |  |                   |  |
| 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                                  | 訪問理美容に定期的に来て頂き、本人の希望に添ったカットをしている。外の店を希望される場合にはご家族様の協力を得て希望に添った対応をしている。                     |  |                   |  |
| 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     | テーブルの配置にも一定の配慮をし、食事時のトラブルを防ぐようにしています。出来る方は職員と共に行っています。                                     | ・誕生日会には好物を提供して、利用者を楽しませている。<br>・行事食の寿司の出前は大好評で、出前を増やすことを計画している。<br>・利用者は、できる範囲で食器洗いや食器拭きなどを手伝っている。                 |                   |  |

| 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 |
| 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            | 食事量や水分摂取量は確認しています。食欲低下時や水分摂取困難時は個人の嗜好に応じたものを提供したり医療関係者・家族との情報共有化を図っています。高栄養ゼリーを購入し食べて頂いている方もいらっしゃる。          |  |                   |
| 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                    | 毎食後口腔ケアの声掛け・介助を行っている。また、週に1回歯科往診にて口腔内を診ていただいております、ご本人様・介護職員へのアドバイスを頂いている。                                    |  |                   |
| 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     | 排泄表を使用して排泄パターンを把握し、訴えない方に対しては定時の誘導を行っている。ご自身でトイレに行くことが出来るが汚してしまう方等にはその人にあったパッド選びを行い、出来るだけご自身で出来るような支援を行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄表で排泄パターンを把握して、声かけ誘導によりトイレでの排泄を支援している。</li> <li>・昼間はリハビリパンツ着用者が多い。</li> <li>・トイレへの誘導や、適切なパッド選びで、自宅での生活より快適な生活を送っている利用者がいる。</li> </ul> |                   |
| 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                     | 排便のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を確認しながら、適宜医療機関に相談している。また、ヤクルト等の乳製品を摂る事で排泄がスムーズに行かれる方には個別に宅配を頼む等の支援を行っている。      |  |                   |
| 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | 週に2回以上の入浴の機会を提供している。その上で入浴時間やタイミングは出来るだけ利用者の希望に沿って行っている。拒否のある方に対しては、羞恥心に配慮し同性介助を行ったり、時間を置いて再度声掛けする等して対応している。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ほとんどの利用者は、職員と昔話をしたり歌ったりして、ゆっくり入浴を楽しんでいる。</li> <li>・入浴を嫌がる利用者には、入浴時間や担当者を変えて対応している。</li> <li>・リフト浴が可能である。また、希望により同性介助に応じている。</li> </ul> |                   |

| 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  | 出来る限りご本人様の生活習慣や意向に沿うようにしている。<br>ご本人様が穏やかに生活できるような環境づくりに努めている。   |   |                   |
| 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   | 服薬ミス防止を為、「服やっくん」を用いている。<br>また、ご利用者様の状況に応じ、医師・薬剤師と連携を図りながら薬の形態やパッケージを適宜変更している。                         |   |                   |
| 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                              | ご本人様の趣味・意向・また、アセスメント等からカンファレンスで検討し、日常生活の中で個別に支援している。<br>また、食器拭きなどできることはやっただき、役割を持って張りのある生活になるよう努めている。 |   |                   |
| 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 | コロナ禍によりホームとしてはなかなか行えていませんが、ご家族様と出掛けられる際には、支援を行っています。  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・隣接の神社へ散歩に行ったり、玄関横の椅子で外気浴をしている。</li> <li>・家族の付き添いで、買い物や外食に出掛ける利用者もいる。</li> <li>・管理者が付き添う通院の際、タクシー待ちの時間にクリスマスツリーを見るなど楽しんでいる。</li> </ul> |                   |
| 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                              | 紛失のリスクもある為基本的にホームにて金銭管理を行っているが、ご利用者様の希望に合わせ使用できるよう対応している。   |   |                   |

| 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 |
| 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   | ご利用様が手紙を書かれた場合には、職員がポストに投函している。ご家族様からの電話は適宜お取次をしている。                 |  |                   |
| 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 | 入居者様が作成したものを貼ったりトイレなどは清潔が保持できるよう努めています。                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・共用の空間は、適度な明るさになるよう配慮している。</li> <li>・温湿度は職員が心地よく過ごせるよう調整している。</li> <li>・居間の壁や廊下に利用者が制作した季節の作品を飾り、職員も、利用者に喜んでもらおうと夜勤時などに飾り物を造り展示している。</li> </ul> |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<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  | フロアにソファを設置し、皆で過ごせる空間・一人で過ごせる空間・一人でいても周りに皆がいるよう感じられる空間などの環境づくりに努めている。 |  |                   |
| 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  | ご家族様には新しいものでなく使い慣れしんだ者を持って来て頂いている。                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室には、カーテン、タンス、クローゼット、ベッド、エアコン、洗面台が備え付けられている。</li> <li>・利用者は、使い慣れた家具や仏壇、テレビを持ち込み、写真や手芸品を飾って、居心地良く過ごせるよう工夫している。</li> </ul>                       |                   |
| 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  | トイレの場所がわかりやすいようにしたり、各居室前にはご本人の顔写真を掲示し迷ったりしないよう工夫しています。               |  |                   |

|       |                   |
|-------|-------------------|
| 事業所名  | グループホームみんなの家・横浜宮沢 |
| ユニット名 | 2U                |

| 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   |
|           |   |   | 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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、安全面で不安な区過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 62        | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<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                    | 事業所理念を掲示し、職員に周知できるようにしている。   |      |                   |
| 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                    | コロナ禍の為、最近の実績は無いが、町内会行事等には参加していた。   |      |                   |
| 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                  | 現時点で積極的に行っているものはないが、地域の方々からの相談等がある場合にはお話を伺ったうえで関連部署につないでいる。                              |      |                   |
| 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 | 現在コロナ禍の為書面のみで行っている。2ヶ月に1回の運営推進会議で取組み後の評価や評価後の改善について報告、それらに対して要望や助言をしていただき、サービス向上に活かしている。 |      |                   |
| 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           | 区役所担当者・地域包括支援センターとは運営推進会議を通して事業所の問題を報告したりして連携しています。                                      |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<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。 | 社内の身体拘束廃止委員会を中心に、意識的な身体拘束、無意識のうちに身体拘束と思われる行為や環境を作らないなど、社員全体で意識し取り組んでいる。転倒リスクの高い方に関してはリスクを説明した上で今後の方向性を検討している。 |      |                   |
| 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   | 身体的虐待だけでなく、言葉による虐待にも留意している。<br>社内での虐待防止委員会が中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。                                       |      |                   |
| 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  | 必要に応じて制度を利用できるよう、社内外の研修には適宜参加している。<br>現在該当者は2名おり、その都度適宜情報を得るようにしている。  |      |                   |
| 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   | 契約時にご利用者様・ご家族様が不安や疑問に感じていらっしゃる場合には、安心して利用して頂ける様十分な説明を行っている。<br>特に金銭面・退居の要件に関しては入居契約の時点で詳しく説明をするようにしている。       |      |                   |
| 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  | 面会時や家族会を通じご要望を伺っている。また契約書等にも外部機関の連絡先をお伝えし、重要事項説明書に記載している。   |      |                   |



| 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                                      | 各フロア会議および全体会議の場で意見を聞き運営に反映しています。また、個人面談等を定期的に行うようにしている。  |      |                   |
| 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      | 半年に1回の割合で職員面談を行っている。その際今後の方向性や労働条件等について聞き取りをし、意欲的に働いていける様努めている。また、研修や資格取得には出来る限りの支援を行っている。                       |      |                   |
| 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          | 社内の職階別研修、委員会・新任研修等へ参加し、経験・役割・知識に合わせた研修への参加の機会を作っている。また、資格取得に関して出来る限りの支援を行っている。                                   |      |                   |
| 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 | 社内の研修や委員会活動等へ参加している。また、外部の研修にも参加する機会を作り、より良いサービスを行っていけるよう努めている。近隣事業所へ職員のヘルプ等もあり、連絡を密に運営を行っている。                   |      |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |  |      |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<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        | 連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の周りの環境などを聞き取りしている。また、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししたりしている。入居時には居宅ケアマネとも連携を図り、環境の変化を出来るだけ減らせるよう努めている。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<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     | ご家族様との連絡を密に取り、安心して頂ける様努めている。<br>面会時・家族会・毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っている。                                     |      |                   |
| 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 | 居宅介護支援専門員と連携を図り、ケアプランを送っていただき、在宅での生活の様子を伺っている。その上で初回面談を行い、面談時の様子と事前に得た情報、ご家族様からの情報を元にケアプランを作成している。 |      |                   |
| 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                    | 掃除や後片付け等、ご利用者様にも積極的にお手伝いに参加して頂いている。ご利用者様に役割を持っていただく事で、はりのある生活を送っていただけよう努めている。                      |      |                   |
| 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     | 電話や手紙、一言通信などで近況を適宜報告している。医療機関への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様にお願いしている。ホームに入居してもご家族様と共に介護を行っていると考えている。         |      |                   |
| 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よう、支援に努めている                 | 現在面会は基本的に中止としているが、終末期等特別な事情のある方については検温・アルコール消毒・体調確認の上、短時間で面会をいただいている。                              |      |                   |

| 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 |
| 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                | レクリエーション等の機会を通じて、皆様に楽しんでいただける機会を作っている。<br>耳が遠い等、集団の中で孤立する恐れのある方に対しては、会話の取り持ちを行うなどの支援を行っている。           |      |                   |
| 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 | 入院や他施設への転居などで退居される方に対しては各関係機関への情報提供を適宜行っている。  |      |                   |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント |      |   |   |      |                   |
| 23                         | 12   | ○思いや意向の把握<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。                       | 言葉だけでなく表情や行動等で表す意向、これまでの経緯から推し量る意向等を情報としてカンファレンス・会議・申し送り等で検討している。                                     |      |                   |
| 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                    | 入居の際の面談において生活歴を伺い、職員間で情報共有を図っている。<br>また、居宅のケアマネジャーと連携し、事前にケアプランをいただいたり担当者会議に参加するなどして生活環境や経過の把握を行っている。 |      |                   |
| 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                                  | 安全の範囲内で自由に生活していただき、その中でご本人様の状況を把握する事に努めている。カンファレンスや申し送りなどで日勤帯・夜間帯の様子を集め、状態の把握に努めている。                  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | ご本人様の意向・ご家族様の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取り、本人・家族・職員・医療関係者等と連携して介護計画を作成している。                                |      |                   |
| 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                        | 記録を共有し、日々の新しい情報として介護計画の見直しにいかしている。<br>心理面では生活全般の情報・状況を参考にカンファレンス等で検討し、介護計画に生かしている。                     |      |                   |
| 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               | 地域包括等を通じて社会資源の情報収集に努め、ご利用者様の経済状況やニーズ等を考慮し、多様なサービスに対応出来る様努めている。<br>多様なサービスを使用する為に管理者を始め、職員の知識の向上を図っている。 |      |                   |
| 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                         | 今年度は地域の行事も中止の為未参加です。   |      |                   |
| 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                    | 事業所指定のかかりつけ医が居るがご本人様・ご家族様の希望を尊重し、従来のかかりつけ医の受診をされる場合には継続できるように支援している。                                   |      |                   |

| 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                      | 普段の生活の中で、ご利用者様のいつもと違う点などをノートに記入し、訪問診療時や医療連携看護師が来られた時に相談し指示を仰いだり質問に答えていただいている。           |      |                   |
| 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。 | かかりつけ医との連絡を密にし、他の医療機関に掛かる際には主治医から情報書類を頂いている。また、退院時にも入院先から情報書類を頂く事で、退院後の連携を図っている。        |      |                   |
| 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 | ご家族様に重度化した場合の対応を入居時に説明している。実際に看取り対応の経験もあり、家族会等においても普段から説明を行い、その時が来た時に選択していただける環境を作っている。 |      |                   |
| 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   | 急変や事故に対しては速やかにかかりつけの医療機関・ご家族様・上司に連絡・報告すると共に、適切な対応処置や初期対応に努めている。                         |      |                   |
| 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   | 避難訓練を定期的実施している。また地域のハザードマップを施設内に掲示している。   |      |                   |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|--------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                          |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |  |  |      |                   |
| 36                       | 17   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<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                | 入浴や排せつ等、羞恥心を感じる場面では特に言葉や態度に気を付けている。<br>拒否等見られるときには時間を置いたり人を替えるなどして、できるだけプライバシーに配慮して対応していく。 |      |                   |
| 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                     | 入居者様本人がお好きな事をして頂ける様支援している。   |      |                   |
| 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 | 特に決まったスケジュールは無く、その日の流れによって柔軟に対応している。   |      |                   |
| 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                                  | 訪問理美容に定期的に来て頂き、本人の希望に添ったカットをしている。外の店を希望される場合にはご家族様の協力を得て希望に添った対応をしている。                     |      |                   |
| 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     | テーブルの配置にも一定の配慮をし、食事時のトラブルを防ぐようになっています。出来る方は職員と共に行っています。                                    |      |                   |

| 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 |
| 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            | 食事量や水分摂取量は確認しています。食欲低下時や水分摂取困難時は個人の嗜好に応じたものを提供したり医療関係者・家族との情報共有化を図っています。高栄養ゼリーを購入し食べて頂いている方もいらっしゃる。          |      |                   |
| 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                    | 毎食後口腔ケアの声掛け・介助を行っている。また、週に1回歯科往診にて口腔内を診ていただきしており、ご本人様・介護職員へのアドバイスを頂いている。                                     |      |                   |
| 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     | 排泄表を使用して排泄パターンを把握し、訴えない方に対しては定時の誘導を行っている。ご自身でトイレに行くことが出来るが汚してしまう方等にはその人にあったパッド選びを行い、出来るだけご自身で出来るような支援を行っている。 |      |                   |
| 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                     | 排便のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を確認しながら、適宜医療機関に相談している。また、ヤクルト等の乳製品を摂る事で排泄がスムーズに行かれる方には個別に宅配を頼む等の支援を行っている。      |      |                   |
| 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | 週に2回以上の入浴の機会を提供している。その上で入浴時間やタイミングは出来るだけ利用者の希望に沿って行っている。拒否のある方に対しては、羞恥心に配慮し同性介助を行ったり、時間を置いて再度声掛けする等して対応している。 |      |                   |

| 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 |
| 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  | 出来る限りご本人様の生活習慣や意向に沿うようにしている。<br>ご本人様が穏やかに生活できるような環境づくりに努めている。   |      |                   |
| 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   | 服薬ミス防止を為、「服やっくん」を用いている。<br>また、ご利用者様の状況に応じ、医師・薬剤師と連携を図りながら薬の形態やパッケージを適宜変更している。                           |      |                   |
| 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                              | ご本人様の趣味・意向・また、アセスメント等からカンファレンスで検討し、日常生活の中で個別に支援している。<br>また、食器拭きなどできることはやっていただき、役割を持って張りのある生活になるよう努めている。 |      |                   |
| 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 | コロナ禍によりホームとしてはなかなか行えていませんが、ご家族様と出掛けられる際には、支援を行っています。  |      |                   |
| 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                              | 紛失のリスクもある為基本的にホームにて金銭管理を行っているが、ご利用者様の希望に合わせて使用できるよう対応している。  |      |                   |



| 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 |
| 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   | ご利用様が手紙を書かれた場合には、職員がポストに投函している。ご家族様からの電話は適宜お取次をしている。                 |      |                   |
| 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 | 入居者様が作成したものを貼ったりトイレなどは清潔が保持でき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<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  | フロアにソファを設置し、皆で過ごせる空間・一人で過ごせる空間・一人でいても周りに皆がいるよう感じられる空間などの環境づくりに努めている。 |      |                   |
| 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  | ご家族様には新しいものでなく使い慣れしんだ者を持って来て頂いている。                                   |      |                   |
| 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  | トイレの場所がわかりやすいようにしたり、各居室前にはご本人の顔写真を掲示し迷ったりしないよう工夫しています。               |      |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム  
みんなの家・横浜宮沢

作成日 令和 5 年 2 月 22 日

## 【目標達成計画】

| 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組み内容                               | 目標達成に要する期間 |
|------|------|---------------------------------------|--------------------------------------|---|------------|
| 1    | 4    | コロナ禍により運営推進会議を書面開催としており、一部の方にのみ報告している | 運営推進会議の際に幅広い関係者より助言・アドバイスをいただけるようになる | 地域包括支援センター・区役所以外の方（民生委員・ご家族など）へも情報提供を行い、助言をいただく | 3か月        |
| 2    | 35   | 災害時の備蓄品が賞味期限切れ等で補充やリスト作成ができていない       | 必要物品の補充とリスト作成                        | 本部とも連携を図り、必要物品を補充し、リスト作成を行っていく                  | 6か月        |
| 3    |      |                                       |                                      |   |            |
| 4    |      |                                       |                                      |   |            |
| 5    |      |                                       |                                      |   |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。