

2022（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         | 1473600706                     | 事業の開始年月日                  | 平成16年6月1日 |
|               |                                | 指定年月日                     | 平成16年6月1日 |
| 法人名           | 有限会社 松田メディカルサービス               |                           |           |
| 事業所名          | グループホーム しんばしの家                 |                           |           |
| 所在地           | ( 245-0009 )<br>横浜市泉区新橋町1515-2 |                           |           |
| 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<br>ユニット数 2 ユニット |           |
| 自己評価作成日       | 令和5年2月19日                      | 評価結果<br>市町村受理日            | 令和5年6月26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 | <a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a> |
|----------|---|

### 【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）】

職員とご利用者が“介護する人される人”という立場ではなく“共に暮らす仲間”として、日常生活にある様々なリスクと自立支援のバランスをとりながら、共に暮らしている仲間が炊事、洗濯等の家事や玄関周りの掃除、草花の手入れなどおこなっております。ご利用者にとって当たり前前の日常を当たり前前に過ごせるように支援をおこなっております。車いすの方もご自分で歩いている方も、外で気分転換ができる機会をつくっています。ご利用者の状態によってお部屋で過ごすことが多くなっても、部屋への訪問をこまめにおこない好きな音楽を流したり、お話をする機会をつくるよう努めています。

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                                     |               |           |
|-------|-------------------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ                           |               |           |
| 所在地   | 251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和5年3月16日                           | 評価機関<br>評価決定日 | 令和5年5月16日 |

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

事業所は相鉄線の「緑園都市」駅西口から西側高台に見える白い教会を目標に、整備された緩やかな坂道の住宅街の中にある木造二階建て和風の建物です。玄関先には梅の木や季節の花が咲き、野鳥のさえずりなど自然環境に恵まれた2ユニットのグループホームです。畳の部屋とリビングがつながり「おばあちゃんの家遊びに来た雰囲気施設の施設」です。

<優れている点>

介護する人・される人では無く、共に暮らす仲間として出来る限り自由に制限を無くし、散歩が好きなら1日に複数回でも行く、入浴は1日おきでも対応、煙草・お酒もルールを守れるならOK！と、利用者に分らしく生きてほしいと、職員はリスク回避に最大限の能力を使うように努めています。毎日の食事も手作りにこだわっています。「今日何食べたい？」と冷蔵庫の中を見て利用者職員と一緒に献立や買い出し、調理などを手分けしています。楽しんで食事を作っていることがやりがいや満足感・達成感につながっています。

<工夫点>

利用者が喜び・楽しめるもっといろんなことが出来るよう、散歩や地域イベントに積極的に参加し、利用者の交流仲間を増やせるように取り組んでいます。南側には広いテラスがあり、西側の外庭にはベンチとテーブルを置いて談笑出来るスペースを作る計画を進めています。畳の居間には冷蔵庫が配置され、お茶やラーメンも自由に飲食できる給茶機・イス・テーブルが整っています。囲碁将棋等のボランティアの再開や日帰り温泉も復活したいと、実現に向けて取り組んでいます。

### 【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 しんばしの家 |
| ユニット名 | 木の実            |

| 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、安全面で不安なく過ごせている。<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、安心して暮らせている。<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ます。<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   |  |
| <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。                     | 会社の理念と職員で決めた理念を事務所に掲示しており、一人ひとりが理念の意味を理解し、理念に基づいたサービス提供に努めている                               | 法人理念は事務所入口に掲示しています。事業所が目指す利用者への思いは「介護する人・される人ではなく、共に暮らす仲間」として、利用者一人ひとりが、その人らしく暮らせる支援にこだわり、管理者が率先し職員と共に理念の共有を日々実践しています。     |   |  |
| 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。                     | 買い物や散歩を通じて地域の方と交流する機会がある。積極的な挨拶を心がけて、地域の方からも声をかけていただいています。                                  | コロナ禍前に行っていた、スタッフによるフラダンスや食事介助のボランティアの受け入れ再開を予定しています。散歩で知り合った近隣の人や野菜を差し入れしてくれる人などを、招待し、居酒屋を開き、焼き鳥などで利用者が地域交流を図れる機会を計画しています。 | 事業所の個別ホームページを開設し、法人の強味「グループホーム3ヵ所、訪問介護・訪問看護・居宅支援事業など運営、連携したサービス提供が可能」を地域の人や求職者への情報発信を提案します。 |  |
| 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。                   | 以前は、地域行事の文化祭にご利用者の作品の展示をさせていただいていた。ご近所に回覧板やお届け物があった時はご利用者と一緒に伺っている。                         |  |   |  |
| 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。 | リモート会議が困難なため、現在は書面での活動報告をおこなっている。意見をいただきたい時は、別紙と返信用封筒を同封して、郵送させていただいている。次年度は集まっての会議も検討している。 | 運営推進会議は、現在は書面開催としていますが、返信用封筒を同封したことで貴重な提案など貰い、改善に繋がっています。泉区地域ケアプラザから「認知症を理解する講座」講師依頼に対しては職員不足が解消した後に、協力したいと管理者は考えています。     |   |  |
| 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に取り組んでいる。           | コロナに関する報告や助言、生活保護受給者に関する事等で連絡することが多い。書面で活動報告を2ヶ月に1回おこなっている                                  | 生活保護者を現在6名受け入れており横浜市や泉区地域ケアプラザ（地域包括支援センター）と、業務推進会議などで相互に協力関係にあります。また横浜市グループホーム連絡会の発表会や、ブロック会議への参加など、情報交換や連携強化を図っています。      |   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<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。 | 定期的な委員会の開催を実施し、研修をおこなっている。また月に1回おこなうフロア会議でも話し合いをもつこともあり、職員一人ひとりが身体拘束ゼロに向け日々のケアをおこなっている                             | 3ヶ月毎に3人の身体拘束適正委員会メンバーが定例会議を行い、毎月のフロア会議で全職員への周知を図ります。職員アンケートを毎年1回実施し、アンケート結果で誤った認識をしていないか「解っていたつもり」が無いように具体的な事例を説明をして、身体拘束のないケアに努めています。             |                   |
| 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。  | どのようなことが虐待につながるのかを勉強会で学び、また、職員アンケートを実施して職員同士、意識の把握に努めている。職員は入浴や着替えの時に、不自然なあざや傷はないかの確認に努めている                        | 虐待について、定期的に学ぶ機会を設けています。自己点検シートで身体拘束と虐待防止の研修を一体で行い、理解の確認をしています。アンケート結果を基に勉強会を行うことで、知識と理解を深めています。職員同士が入浴時に身体チェックを行い、虐待が無いかの確認もしています。昼間は玄関の施錠はしていません。 |                   |
| 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。   | インターネット配信の勉強会を利用し、勉強会に参加する。  |  |                   |
| 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。  | 契約は項目ごとに出来るだけわかりやすく説明するよう心がけている。疑問点も都度確認しながらおこなっている。料金の見直し、改定があった場合は書面にてお知らせし、同意書を返送していただいている。質問等のご連絡いただくよう記載している。 |  |                   |
| 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。   | ご利用者の意見、要望は日々の記録に残し、フロア会議や申し送り等で情報共有し、実現に努めている。ご家族には1ヶ月に1回写真付きの活動報告をおこない、ご意見、ご質問、運営に関するご問い合わせは随時おこなっている。           | 管理者は家族との連絡を、月1回を待たずに日常の起こったことを必要に応じて電話報告をしています。臨機応変にメールで連絡する場合があります。毎月写真付き活動報告「しんばし便り」+もう1枚利用者の生活の様子を添えることもあります。                                   |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|-----------------------------|------|---|--|--|-------------------|
|                             |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                                      | 管理者は職員の意見や提案は面談を実施したり、フロア会議や日常的に個別で聞く機会がある。代表者は重要な事項があった場合は個別に面談をおこなっている。会社や事業所の理念に基づき、反映させている | 管理者はフロア会議などで意見を聞くことは勿論、日頃から意思疎通を細やかにし、相談しやすい関係を築けるよう心がけています。代表者も来訪し、年2回程度、食事や旅行を個別に誘い、職員の働きを労っています。                      |                   |
| 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。      | 代表者は管理者、職員と直接話しをする機会が多く、管理者、職員の勤務状況や心情の把握に努めている。   | 看護師でもある代表者は、度々ホームに来訪し、利用者と職員の様子も把握しています。環境整備や上位資格挑戦者へ合格手当支給など整備しています。クリスマスには全利用者・職員へ個別にケーキのプレゼントがあり、モチベーションアップにも繋がっています。 |                   |
| 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。          | 代表者は事業所に訪問することが度々あり、職員の実際のケアを見る機会がある。法人外での研修は現在も自粛しており、法人内の研修や勉強会を実施している                       | 研修テーマを8項目計画し、スタッフ会議などと同時間開催しています。参加出来なかった職員には資料を配布しています。今後は同じ研修会を2回開催し、職員に講師を任せて、職員全体の習得度アップを図りたいと考えています。                |                   |
| 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。 | 管理者はグループホーム連絡会を通じて、区内、区外の同業者と交流する機会を持ち、そこで参考になった取り組みや課題等を職員に伝え、サービスの質を高めるよう努めている。              |  |                   |
| <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。        | 可能であれば利用開始前の段階でご本人にお会いして、直接お話しができるようにしている。現在、生活している上で困ったなと思うこと等を聞くようにしている。                     |  |                   |

| 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 |
| 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。     | 可能であれば利用開始の前の段階で直接お会いして、施設利用に関する心配やご利用者本人のこと等、お聞きするようにしている。               |   |                   |
| 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。 | ご本人とご家族から話しをお聞きし、何に困っているのか、何を必要としているのかを見極め、他職種のサービスの検討に努めている。             |   |                   |
| 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。                    | “共に暮らす”をモットーに、職員もご利用者も、お互いに協力し助け合って毎日を暮らしている。自ずと信頼関係ができています。              |   |                   |
| 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。     | 制限はあるが、面会を実施しご家族とご本人の関係を大切にしている。相談事や日々の状態は写真付きの手紙や電話、面会の時にお伝えしている。        |   |                   |
| 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。                 | 現在は制限付きではあるが、ご家族と外出をしたり、自宅に帰ったりできる体制をとっている。ご家族の他に友人の方と電話で話すことの支援もおこなっている。 | コロナ禍でも、家族との外出や自宅への一時帰宅は可能としています。年末年始の外泊は、コロナ・インフルエンザなどの感染症リスクを考え制限を設けていました。友人との電話の取り次ぎもしています。 |                   |

| 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。                | ご利用者同士が関り合い、支え合い生活できるように、日々の環境作りに努めている。                         |  |                   |
| 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。 | 管理者や職員が積極的に連絡することはないが、今までの関係性を大切に考え、ご家族やご本人から連絡があれば相談、支援に努めている。 |  |                   |
| <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。                        | 直接お聞きしたり、ご家族からの情報や生活歴、生活環境等を把握して、本人本位の支援に努めている                  | 「どのように暮らしたいか」を改めて聞くとなかなか話せないことから、日々の関わりの中で、思いや暮らし方の希望をくみ取っています。言葉で伝えられない人は、元気な頃の情報を基に、好きな事やうれしい事を読み取るようにしています。 |                   |
| 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。                    | ご本人やご家族に情報をいただきながら生活歴、生活環境の把握に努めている。                            |  |                   |
| 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。                                  | 朝の申し送りや介護記録を確認して、日々の変化、様子の情報収集、職員の情報共有に努めている。                   |  |                   |

| 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、ご家族の意向をもとにケアカンファレンスをおこない、介護計画の見直し、新たなニーズの取り入れをおこなっている。  | 本人や家族の思いを聞き、自宅の延長としての生活ができるよう1年間の長期プランを作ります。毎月のフロー会議で一人ひとりの課題を職員で話し合います。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、このプランの実施状況や方向性を評価し次のプランにつなげます。 |                   |
| 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。                        | 個人記録を活用して1日の出来事や気づき、ご本人の言葉等記録している。特記事項を赤字で書くことにより、読み落としがないようにしている。また申し送りやサービス担当者会議で情報の共有をおこなっている。 |  |                   |
| 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。               | 既存のサービスに捉われず、その時その時のニーズに対応できる柔軟性をもって対応している。   |  |                   |
| 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。                         | 「こども110番」の登録をおこない、表札を玄関横に掲示している。次年度は地域の一員として活躍し地域貢献につなげていきたい。                                     |  |                   |
| 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。                     | 定期的な往診の体制を整っている協力医療機関の利用はもちろん、かかりつけの病院等を継続していただくことも可能で、ご家族、ご本人に選択していただいている                        | 本人や家族の希望するかかりつけ医になっています。ほとんどの入居者は協力医療機関の訪問診療を月2回受けています。整形外科や精神科には、別の協力医療機関に、職員の介助で通院しています。受診報告や薬の変更などは、電話で家族に伝えています。   |                   |

| 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  |
| 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1回の訪問日以外にも、電話での相談が24時間可能となっている。急ぎでない場合は特記事項として個人記録に書きとめ、訪問日に報告している。                               |  |  |
| 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。  | 管理者、フロアリーダーが入院先のケースワーカーと連絡を取り合い、ご家族も含めて退院日の調整をおこなっている。   |  |  |
| 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。 | ご家族には、終末期における事前確認書を書いていただいている。事業所でできる終末期ケアをご家族にお伝えしている。ご本人が不安なく、苦痛なく終末期を過ごせるよう、介護と医療でより密に連携をとっている。 | 入居時に、看取りに関する指針を説明します。終末期には改めて、家族や本人の意向を確認しながら、主治医と話し合います。安心して最期が迎えられよう、医療と看護で連携して支援しています。急変時の救急搬送時の治療の意向も2年毎に見直ししています。 |  |
| 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。   | 事故や急変時のマニュアルを作成して事務所のみえる場所に張り出している。応急処置、対応の訓練は今後おこなっていく。   |  |  |
| 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。   | 年に2回、防災（地震）の訓練をおこなっている。地域の方や消防にも協力してもらい参加をいただいている。   | 夜勤職員1人になる夜勤帯を想定して消防訓練を行っています。自衛消防隊長（ホーム長）を設置し、火災・地震・警戒宣言に分けて、分かりやすい分担表を事務所に掲げています。3日分の水・衛生用品などを備蓄し、非常食は予めメニューを決めています。  | 1階の非常口からの安全な避難方法又、2階のベランダに設置してある、避難用救助袋の使用方法の確認など、万が一に備える事が期待されます。 |

| 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。                | ご利用者一人ひとりの人格を尊重し、その人に合った対応を心がけ、否定的な言動はしないということをスタッフ同士で気を付けあっている。                              | その人らしい生活を送るため、入居者の生活習慣や性格を理解し、みんなと共に、人生を謳歌してほしいと思っています。意思表示が困難な人には、食べたい物、好きな事など具体的な選択肢を用意して選んでもらえるよう努めています。       |                   |
| 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。                     | 職員がこれだと決めつけた言い方をせず、ご利用者本人が自己決定できるような、気軽に思いを伝えられる環境づくりに努めている。自己決定が難しい場合でも、選択肢を用意して自己決定につなげている。 |   |                   |
| 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。 | 自然な会話の中から、どのようなことをしたいかを聞き出せるよう心がけている。できるだけ、その人一人ひとりのペースで過ごせるよう努めている。                          |   |                   |
| 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。                                  | 服選びはスタッフが無造作に用意するのではなく、ご本人が着たい服を選んでいる。ネイルアートなどの美容系ボランティアも考えている。                               |   |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。     | 職員とご利用者が台所に立ち、野菜のカット、盛り付け、味見、食器の後片付けをおこなっている。皆のごはんをよそったり、配膳したり、一緒に楽しみながらおこなっている。              | 入居者は食材の買い物から調理まで、職員と一緒にしています。慣れた手つきでキャベツの千切り、玉ねぎのスライスを行い、男性はもやしのひげ根取りなどで参加しています。メニューは当日みんなで相談して決め、手作りの味を大切にしています。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                 | その方に合わせた食事形態でお出ししている。食事量が少ない方は高カロリーの飲み物をお出ししている。水分摂取量の確認が必要な方は記録に残し、医療につなげている。いつでも誰でも飲めるようにウォータージャグを設置している。   |   |                   |
| 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、口腔ケアを実施している。ご自分でおこなえる方は声かけをおこない、必要な方には介助をおこなっている。義歯使用している方は、就寝時、義歯洗浄剤つけている。                               |   |                   |
| 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。          | 排泄表を活用して、出来る限りトイレでスッキリ排泄ができるよう、ご利用者のADLに合わせて支援をおこなっている。   | 出来る限り歩いてトイレに行けるよう筋力低下に気を付けています。日課にしている、午前と午後の散歩や毎日の体操など、気持ちよい排泄につながるよう心がけています。夜間のみ、居室でポータブルトイレを利用するなど、入居者に合わせた支援をしています。 |                   |
| 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。                          | 日常的に散歩や体操をおこない、体を動かすようにしている。1日の水分量にも気を付け、必要な場合はこまめに水分をすすめている。排泄表を活用して排便の有無を記載し、必要な場合には医師の指導のもと、下剤の使用をおこなっている。 |   |                   |
| 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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。 | いつでも入浴ができるよう、毎日開放している。湯はご利用者ごとに交換し、その方の好みの温度で入ることができる。入浴剤の他に、菖蒲湯やゆず湯など、季節を感じ、また入浴が楽しみになるよう工夫をしている。            | 週に3~4回入浴しています。毎日入る風呂好きな入居者もいます。「風呂は面倒だ」と拒む人には、散歩で気分転換をした流れで、入浴に誘うなど工夫しています。立位の難しい入居者は、シャワー浴や職員2人介助にて行っています。             |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<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。  | 昼間は体調や気分に合わせて休息していただいている。また、お天気のよい日は陽にあたり散歩をして、適度な刺激を受けて夜間のよい眠りにつなげていけるよう努めている。           |   |                   |
| 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。   | 薬情報は個々にファイリングし、いつでも確認ができるようにしている。薬の変更があった場合やようすの変化は往診医、訪問看護師に状態の報告、相談をおこなっている。            |   |                   |
| 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。                              | これまでにやってきた仕事や生活環境を把握し、それぞれの得意分野で培ってきたことが発揮できる環境づくりに努めている。季節のイベントはご利用者と職員が一緒になって企画し実現している。 |   |                   |
| 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。 | 公共交通機関の利用は控えていたが、感染対策をとり、少人数での外出を企画している。車でピクニックに出かけたり、ご家族と外出できるよう支援している。                  | 玄関の施錠はせず、朝はホーム前の掃除、花壇の手入れ、日課の散歩など、日常的に外出の機会が沢山あります。犬の散歩をする人や、行きかう子供達など地域の人と、顔なじみになっています。以前のように家族を誘って江の島水族館や鎌倉散策などを待ち望んでいます。 |                   |
| 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。                              | 自己管理が可能な方はその都度お渡ししてご自分で支払いをしている。また、残金の確認もしていただいている。                                       |   |                   |

| 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 |
| 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。   | ご本人の希望とご家族の意向に配慮しながらホームの電話を利用しておこなっている。ご自分で携帯電話をお持ちになっている方もおり、自由に使用していただいている。          |   |                   |
| 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。 | 季節に合ったディスプレイを職員とご利用者で作成し飾ったり、ご近所の方からいただいたお花を飾っている。玄関には金魚を飼育しており、ご利用者の癒しになっている。         | 利用者が若かった昭和30年頃をイメージして、畳の和室や、懐かしいポスター、絵手紙の作品を飾っています。入居者は日当たりの良いベランダで洗濯物を干したり、喉が乾いたら自由に飲めるようポットや冷蔵庫を置いています。やってあげる介護ではなく、自分で出来る事はしてもらうよう支援しています。 |                   |
| 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。   | ご利用者個々の性格を把握し、“ひとり時間”も大切にしている。自由に思い思いに過ごせる場所として、和室やバルコニーにもソファやベンチ、テーブルを用意し利用していただいている。 |   |                   |
| 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。  | 家で使っていた物や家族の写真、大切な思い出の品や仏壇等、見慣れた物に囲まれて安心できる空間になるよう、入居の際はご家族やご本人にお願いして持ち込んでいただいています。    | 自宅から使い慣れた、ベッド・イス・趣味の手芸用品や小物を持ち込んでいます。使い慣れたミシンで雑巾を縫ったりしています。仏壇には、配偶者の遺影を置き、毎日綺麗に花を供えています。好きな物に囲まれ、居心地の良い部屋になります。                               |                   |
| 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。  | 安全面のリスクと自立支援のバランスをとりながら、ご利用者にとっての“家”を実現し、自由な環境でいつまでも自分らしく暮らせるよう支援していく。                 |   |                   |

|       |                |
|-------|----------------|
| 事業所名  | グループホーム しんばしの家 |
| ユニット名 | 木の花            |

| 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。<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 | 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<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、生き活きと働いている。<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。                    | 事務所の入り口に貼ってあり、フロアの職員全員周知している                                   |      |                   |
| 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。                    | コロナ禍の影響で機会は少なくなったが、散歩の時などは積極的に挨拶をしている                          |      |                   |
| 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。                  | 以前は、地域行事の文化祭には展示品を出させてもらったりして、ご利用者と地域の方が関りをもちつ機会が割とあったが、現在は難しい |      |                   |
| 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。 | 管理者が書面で作成した書類を自治体関係者宅に訪問し渡したり、郵送して近況の報告をおこなっている                |      |                   |
| 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。           | 介護保険の更新や認定調査員等、状を伝えている。相談等がある場合は連絡している                         |      |                   |

| 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 |
| 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。 | 身体拘束適正化委員を決め、位置づけている。身体拘束ゼロに向けた勉強会や自主点検（アンケート）の発信をおこなっている   |      |                   |
| 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。  | 明らかな虐待はないにしても、ご利用者に対する接し方や言葉遣いは、職員全員が気を付け、注意し合えるように努めている  |      |                   |
| 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。   | フロア会議等で話し合い、個々に寄り添ったケアに努めている  |      |                   |
| 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。  | 契約は項目ごと出来るだけわかりやすく説明するよう心がけている。疑問点も都度確認しながらおこなっている。料金の見直し、改定があった場合は書面にてお知らせし、同意書を返送していただいている。質問等のご連絡いただくよう記載している。 |      |                   |
| 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。   | 面会時等にご家族に近況をお伝えし、ご家族の要望や相談等をお聞きするよう心がけている   |      |                   |

| 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。                                      | 管理者は職員の意見や提案は面談を実施したり、フロア会議や日常的に個別で聞く機会がある。代表者は重要な事項があった場合は個別に面談をおこなっている。会社や事業所の理念に基づき、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。      | 代表者は管理者、職員と直接話しをする機会が多く、管理者、職員の勤務状況や心情の把握に努めている。   |      |                   |
| 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。          | 代表者は事業所に訪問することが度々あり、職員の実際のケアを見る機会がある。法人外での研修は現在も自粛しており、法人内の研修や勉強会を実施している                       |      |                   |
| 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。 | 管理者はグループホーム連絡会を通じて、区内、区外の同業者と交流する機会を持ち、そこで参考になった取り組みや課題等を職員に伝え、サービスの質を高めるよう努めている。              |      |                   |
| <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。        | 入居前にご本人にお会いして、お話をうかがうようにしている。入居後はしばらくは蜜にコミュニケーションや関りを増やすよう職員全員がおこなっている                         |      |                   |

| 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 |
| 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。     | ご家族やご本人の困りごと、要望を入念にうかがっている                         |      |                   |
| 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。 | ご本人やご家族に話しをうかがい、ケアマネジャーに相談をしながら初期のケアプランを作成してもらっている |      |                   |
| 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。                    | ご本人が出来ることややりたいことをお聞きして、出来る限りおこなえるよう支援している          |      |                   |
| 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。     | 面会時やお電話で相談したり毎月のお手紙で近況をお知らせしたり、ご家族も巻きこんでいくよう心がけている |      |                   |
| 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。                  | コロナ禍で難しいことが多いが、外出や面会の制限の見直しをおこないながらおこなってゆきたい       |      |                   |

| 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 |
| 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。                | 日課になっている体操やレクリエーション等で利用者同士が関わり合える支援をおこなっている  |      |                   |
| 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。 | 退居後直後はフォローしているが、長期間は難しい  |      |                   |
| <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。                        | 行動や会話で気づいたことを記録に残したり、職員からうかがうようにもしている。ご自分から希望や意見を表明できる方からは把握しやすいが、そうでない方については検討が遅れがちになってしまう。 |      |                   |
| 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。                    | ご家族やご本人にこれまでの生活をお聞きし、職員が周知できるよう努めている   |      |                   |
| 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。                                  | バイタルチェックや食事量、排泄等、申し送りや記録の確認で把握している。  |      |                   |

| 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 |
| 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。 | ケアの現状について、職員の声、看護師の声を含め記録等から把握するようにしているが、計画がマンネリ化しがちである             |      |                   |
| 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。                        | ご利用者一人ひとりの日常に目を向け、気づいたことを記録に残したり申し送りで伝えている。気づきや工夫が検証、実践されていることもある。  |      |                   |
| 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。               | その時々生まれるニーズに対して、既存のサービスに捉われない、よりその方に必要なケア方法を試している                   |      |                   |
| 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。                         | 近隣で育てている野菜や果物を購入したり、散歩で出会った子どもやご近所の方と挨拶を交わすことでご利用者本人が安心した暮らしにつなげている |      |                   |
| 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。                     | 月に2回、往診の先生が訪問して、法人内の訪問看護師の訪問も定期的であり、医療に関する相談等おこなっている                |      |                   |

| 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 |
| 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。                       | 同じ法人の看護職員の訪問が定期的にあるので、個々のご利用者の相談や報告、連絡等できている。また、夜間帯の緊急の連絡にも対応している |      |                   |
| 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。  | 入院先のケースワーカーと連絡を取り、様態の報告や退院の日程調整をおこなっている                           |      |                   |
| 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。 | 訪問看護師の協力も得て相談している。終末期の事前確認書でご家族の意向をうかがっている                        |      |                   |
| 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。   | フロア会議で対応の仕方等、話し合う機会を設けている。  |      |                   |
| 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。   | 消防署にも協力していただき、訓練をおこなっている  |      |                   |

| 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 |
| <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。                | 人格の尊重とプライバシーについては概ね出来ていると思うが、親密をこえた馴れ合いの言葉かけには常に注意が必要 |      |                   |
| 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。                     | 日常生活の中での会話や家事等を通じて思いや希望が表せていると思うが、自己決定迄には至っていない       |      |                   |
| 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。 | ご利用者一人ひとりが、自分の時間を自由につかえていると思うが、重度の方に対しては難しい点もある。      |      |                   |
| 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。                                  | 入浴や清拭、陰部洗浄で清潔は保たれている。その人らしさやおしゃれを楽しむということまでの支援に努めている  |      |                   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。     | 職員とご利用者が一緒になって調理をしたり、食器拭きをおこなっている                     |      |                   |

| 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 |
| 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。                 | 必要な方は食事量や水分量の管理をおこない、訪問看護師と連携ができています。一汁三菜で食事提供をおこなっている          |      |                   |
| 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。                         | 介助が必要な方にはお手伝いさせていただき、義歯をお預かりしてポリドントに消毒している。ご自分でできる方は声かけをおこなっている |      |                   |
| 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。          | 排泄が自立している方に関しては、声かけやさり気ない観察で支援をおこなっている                          |      |                   |
| 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。                          | なるべく飲食物や運動の働きかけにより、排便を促せるよう取り組んでいる。また、効果がない場合は下剤の使用をおこなっている。    |      |                   |
| 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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 個々のタイミングで入浴できているかは疑問が残るが、なるべく入浴に気がすすみ、気持ちよく入浴できるような声かけをおこなっている  |      |                   |

| 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 |
| 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。   | 日中はソファで休む方、自室で休む方、安心できる場所で休息していただいている                            |      |                   |
| 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。   | 薬の変更等があった場合は、申し送り、記録で伝えて職員全員が周知できるよう努めている                        |      |                   |
| 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。                              | 日々の生活の中で楽しくできることを見つけて気分転換や達成感等、役割や居場所があるように支援している                |      |                   |
| 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。 | コロナ禍であり、戸外への外出が難しくなっているが、人手に応じて散歩はおこなっている                        |      |                   |
| 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。                              | 自立している方には、お小遣いの管理をしていただき、必要に応じて職員と一緒に買い物に行っている。残金の確認も一緒におこなっている。 |      |                   |

| 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 |
| 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。   | 事業所の電話を利用いただいている。ご自分で携帯電話を持っている方もいらっしゃる                                     |      |                   |
| 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。 | 飾りで季節感ができるように工夫している。ご利用者が作った手芸品も飾っている。                                      |      |                   |
| 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。   | リビングや和室は自由に過ごしていただき、洗濯を畳んだり、テレビを観たりと自然と集まれる場所となっている。                        |      |                   |
| 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。  | ご利用者一人ひとりの部屋は個性があり、好みの物や家具が置かれている。  |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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。  | トイレのプレートを貼ったり、カレンダーを置いている。安全な環境整備を心がけているが、部屋の内部に関しては、状態や体調の変化に応じて変えていく必要がある |      |                   |

2022年度

事業所名 グループホームしんばしの家  
 作成日：令和 5 年 6 月 15 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    | 35   | 避難用救助袋が2階に3か所設置してあるが使用方法を周知していない     | 救助袋の使用方法がわかり、全職員が避難時に使用できるようにする                                   | 消防点検や避難訓練の時に消防署の指導のもと、実際に使用する                               | 6ヶ月        |
| 2    | 2    | しんばしの家の活動や暮らしを今よりもオープンに外部に向けて伝えていきたい | しんばしの家の活動やグループホームならではの暮らしを利用者家族や地域の方、求職者、福祉に興味がある方に向けてオープンに発信していく | ご家族に写真の掲載などの個人情報に関わることの下承を得後、ホームページの充実化（ブログや活動のようす等）を実現していく | 6ヶ月        |
| 3    |      |                                      |   |   | ヶ月         |
| 4    |      |                                      |   |   | ヶ月         |
| 5    |      |                                      |   |   | ヶ月         |