

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

## 評価結果報告書

### 地域密着型サービスの外部評価項目構成

|                                | 項目数 |
|--------------------------------|-----|
| I. 理念に基づく運営                    | 10  |
| 1. 理念の共有                       | 1   |
| 2. 地域との支えあい                    | 1   |
| 3. 理念を実践するための制度の理解と活用          | 4   |
| 4. 理念を実践するための体制                | 3   |
| 5. 人材の育成と支援                    | 1   |
| II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援          | 1   |
| 1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応      | 0   |
| 2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援      | 1   |
| 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  | 5   |
| 1. 一人ひとりの把握                    | 1   |
| 2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し | 1   |
| 3. 多機能性を活かした柔軟な支援              | 0   |
| 4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働    | 3   |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援      | 7   |
| 1. その人らしい暮らしの支援                | 5   |
| 2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり        | 2   |
| 合計                             | 23  |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所番号 | 1472300480         |
| 法人名   | 有限会社 あしすと          |
| 事業所名  | グループホーム はーもにー      |
| 訪問調査日 | 令和5年3月22日          |
| 評価確定日 | 令和5年4月12日          |
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION |

#### ○項目番号について

外部評価は23項目です。

「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。

「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

#### ○記入方法

[取り組みの事実]

ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。

[次ステップに向けて期待したい内容]

次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

#### ○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。

家族 = 家族に限定しています。

運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。

職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

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         | 1472300480   | 事業の開始年月日       | 平成14年3月12日 |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成14年9月1日  |  |
| 法人名           | 有限会社 あしすと  |                |            |  |
| 事業所名          | グループホーム はーもにー  |                |            |  |
| 所在地           | ( 250-0051 )<br>神奈川県小田原市北ノ窪395-1   |                |            |  |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名          |  |
|               |  | 通い定員           | 名          |  |
|               |  | 宿泊定員           | 名          |  |
|               |  | 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3月13日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和5年4月14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)】

日常生活能力が低下しても、住み慣れた環境の中で、ご利用者の方々がいつまでも安心して生活を送っていただけるよう、スタッフ一同「介護の力」を信じ、医療機関や地域ご理解、ご協力の下、理念の「諦めない介護」を開所以来実践しています。日々変化のご利用者の状態に合わせ、環境や支援方法を都度スタッフと検討し改善に努めています。身体拘束廃止推進モデル施設としての取り組みを継続すると共に「その人がその人らしく」過ごしていただけるよう、常にスキルアップや意識向上を図り、ケアの質の向上につなげ、ご利用者の日常生活支援を実践し続けます。また、加盟団体の小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会の活動を通じて、地域の方々への情報発信、多職種との連携による認知症の啓発活動にも力を入れています。

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                 |               |           |
|-------|---------------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 株式会社 R-CORPORATION              |               |           |
| 所在地   | 〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F |               |           |
| 訪問調査日 | 令和5年3月22日                       | 評価機関<br>評価決定日 | 令和5年4月12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)】

●この事業所は有限会社あしとでの経営です。同法人は、小田原市内でグループホーム2ヶ所、サービス付き高齢者住宅1ヶ所、ロコモ予防型(ロコモティブシンドローム)デイサービス1ヶ所、居宅介護支援事業所1ヶ所を経営しています。法人の経営している事業所名の由来は「ハーモニー・メロディー・リズム」は音楽の3大要素であり、法人もまた、小田原市内の地域包括ケアの一端を担っていくうえで必要不可欠な存在となるようにとの想いから、「はーもにー・めろでいー・りずむ」と名づけられました。ここ「グループホームはーもにー」は大雄山線「相模沼田駅」から徒歩3分程と駅から近い立地にありながらも、余裕のある敷地が確保されており、玄関までのアプローチを歩くだけでも気分転換になるため、有効的に活用しています。また、事業所のすぐ隣には協力歯科医である北ノ窪歯科医院が隣接しています。

●事業所では、法人の理念である「あきらめない介護」の基に、住み慣れた環境の中で「その人らしく」安心のできる日常生活を送れるよう「①利用者一人ひとりの状態に応じた自律支援②ニーズに応じた介護計画を作成し、求められている支援を提供する」ことに注力しています。身体的自立のみだけでなく、利用者自身の意思で行動や生活を送っていただくことも、安心した生活を送っていただくことに通じることから、利用者自身の自己選択を尊重した本人本位の支援を大切にケアを行っています。また、ニーズに応じた支援を行うにあたり、ケアの根幹としている「聴いてみよう、観てみよう」に基づき、利用者との関わりから得られた情報や気づきなどを定期的開催している全体会議の中で共有し、意見交換しながら本人の思いを推し量り、介護計画に反映させ「その人がその人らしく」生活を継続できるよう支援を行っています。

●コロナ禍になって以降、事業所内及び外部研修の実施や参加が困難な状況にある中で、管理者は職員とのコミュニケーションや情報共有機会を多く持つように心がけ、定期的に開催している会議に加え、随時ショートカンファレンスの場を設け、チームとして利用者本位のケアを実践できるよう研鑽を図っています。

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

| 評価項目の領域                      | 自己評価項目  | 外部評価項目  |
|------------------------------|---------|---------|
| I 理念に基づく運営                   | 1 ~ 14  | 1 ~ 10  |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援         | 15 ~ 22 | 11      |
| III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | 23 ~ 35 | 12 ~ 16 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援     | 36 ~ 55 | 17 ~ 23 |
| V アウトカム項目                    | 56 ~ 68 |         |

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | グループホーム はーもにー |
| ユニット名 | # (シャープ)      |

| 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   |
|           |   |   | 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、活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                      | ご利用者一人ひとりが地域の中で「その人らしく」安心のできる日常生活を送れるよう、法人理念の「諦めない介護」の基、ご利用者個々に合わせた支援が実践できるよう、事業所及び法人内で情報共有を行い取り組んでいる。  | 法人理念の「あきらめない介護」に基づき、住み慣れた環境の中で「その人らしく」安心のできる日常生活を送れるよう「①利用者一人ひとりの状態に応じた自律支援②ニーズに応じた介護計画を作成し、求められている支援を提供する」個別ケアに注力して取り組んでいます。理念やケア方針は、オリエンテーションやミーティングなどでも、職員に伝えていきます。                               | 今後の継続             |
| 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                      | 自治会行事や活動には積極的に参加し交流に取り組んでいる。地域ボランティアの方の訪問も10数年継続している。小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会（以下、連絡会とする）の活動へ参加するなど、自治会の枠を越えた取り組みも継続している。<br>※現状、新型コロナウイルス感染症対策において、外部との交流を制限している状況。感染状況により制限を解除し参加をする予定。 | 自治会に加入しており、回覧板や運営推進会議時に地域行事のお知らせをいただいた際には、積極的に参加して交流を図るなど、地域に開かれた事業所運営を心がけています。また、ボランティアとも10年来的関係性が継続しています。現在は地域交流をはじめ、ボランティアの受け入れも自粛していますが、5月以降はコロナの分類も引き下げられることから、感染者の推移や社会情勢を考慮しながら、再開したいと考えています。 | 今後の継続             |
| 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                    | 地域の多職種、行政機関と協働による「認知症をにんちしよう会」の認知症啓発イベントで連絡会の取り組みの発表、ご利用者との参加。また、連絡会主催の地域版RUN TOMO+等の活動を継続的に行っている。<br>※現状、新型コロナウイルス感染症対策において、外部との交流を制限している状況。感染状況により制限を解除し参加をする予定。                    |  |                   |
| 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 | 平成19年11月～定期的開催。事業所の活動や取り組みの報告を行い、委員の方々からの意見を積極的に取り入れている。また、地域の情報交換も行いながら、自治会行事へ参加した際の情報のフィードバックを受け、行事企画等の検討を行っている。<br>※今年度は書面会議にて行うが、感染状況により施設での会議を定期開催予定。                            | 自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員・利用者・家族をメンバーとして、現在も引続き書面開催という形で事業所の現状や活動状況、受診状況について報告しています。5月以降はコロナの分類も引き下げられることから、感染者の推移や社会情勢を考慮しながら、対面にて開催予定としています。  | 今後の継続             |
| 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            | 行政機関には事業所の課題や法改正への対応等の相談を日頃より行っている。また、連絡会を通じて、行政から依頼の認知症サポーターの出前講座、介護相談員研修の講師や、その担当者からの相談、認知症啓発イベントを協働するなどの関りを継続している。   | 不明点や事業所で判断に迷う時は小田原市の担当者課に連絡し、相談にのっていただいたり、助言を求めするなどして、協力関係を構築できています。また、小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会にも加入し、活動にも精力的に参加するなど、事業所間のつながりも大切にしています。   | 今後の継続             |

| 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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | H23年度より、神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として取り組みを継続している。事業所に委員会を設置し3カ月に一度開催をしている。   | 神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として、身体拘束を行わないケアに継続して取り組んでいます。年1回以上は身体拘束について研修を行い、拘束の種類や定義について理解と知識を深めています。身体拘束防止マニュアルを整備し、いつでも閲覧できるよう事務所に置いている他、身体拘束適正化委員会を3ヶ月に1回開催し、日々のケアにおいて身体拘束につながる対応が行われていないかなどを討議しています。 | 今後の継続             |  |
| 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                                      | 身体拘束及び虐待について、全体会議にて3カ月に一度開催し、虐待防止の重要性や正しい理解が周知できるよう取り組んでいる。また、事業所内で発生した事例、行政からの指導内容等を法人全体で共有し、取り組み生かしている。               | 3ヶ月に1回開催している身体拘束適正化委員会で、日頃のケアにおいて虐待につながり兼ねないケースや事例などを取り上げた検討会を実施することもあります。また、法定研修に定められており、事業所でも年1回以上は虐待に関する研修を実施し、虐待の種類や定義について学び、知識と理解を深め、虐待を行わないケアに取り組んでいます。                                  | 今後の継続             |  |
| 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                                 | 法人内の居宅介護支援事業所では、成年後見人制度を支援できる体制を整えている。また、行政主催の研修への参加や社内研修により学ぶ機会を持っている。行政に対し単身の生活保護受給者の方への、成年後見人制度活用の相談も行っている。          |  |                   |  |
| 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  | 契約の際は、説明に対しての質問を聴き取りながら、わかりやすい対応を行っている。また、解約の際にも医師や関係者と協議し、都度かみくみ内容の文章を加え説明をしている。法改正があった際にも情報発信を行い、説明と同意をいただける体制を整えている。 |  |                   |  |
| 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   | ご利用者や家族の想いを汲み取れるよう、日頃からの関りを大切にし、御家族の来園時には声掛けにより意見を伺うなどをして、その情報を事業所で共有し想いを反映できるよう取り組んでいる。                                | 重要事項説明書に明記している苦情相談について、契約時に家族へ説明し、苦情申立て機関などについて周知しています。基本的には来訪時や電話・メールなどで連絡した際に何うようになっています。意見や要望が聴かれた際には、記録に残すと共に申し送りでも情報を共有し、迅速な対応を心がけています。利用者からの意見や要望は日々の関わりから聴き取り、ケアに反映させています。              | 今後の継続             |  |

| 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                                      | ミーティング等により情報発信を行い、意見交換や提案を聴く機会を設け反映できるようにしている。また、日頃から些細な事でも提案や相談のできる関係性と環境を築けるよう努めている。随時、個別面談を行っている。 | 管理者は日頃から職員とのコミュニケーションを密にし、風通しの良い職場環境作りを意識しています。職員からの意見や提案は、ミーティングの議題に上げ、他の職員からの意見を集約したうえで業務やケアに反映できるようにしています。また、定期的な面談に加え、職員の様子を見ながら随時話を聴く機会を設け、意見や提案が言いやすく、相談しやすい関係性作りを努めています。                    | 今後の継続             |
| 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      | 資格取得や積極的に研修へ参加できるようアドバイスをを行い、向上心を持って働けるようサポートしている。また、資格等に応じた手当の支給する制度、個々の希望に応じた勤務形態等の環境や条件の整備に努めている。 | 入職時には就業規則に基づき、勤務・服務・休暇などに関する規則や規定について説明し、変更があれば随時、職員に周知しています。法人では資格取得支援制度や資格などに応じた手当の支給もあり、職員が向上心を持って勤務できる環境も整備されています。シフト作成においても、職員の希望に応じて休暇を取れるよう配慮や、有給休暇取得も促しています。また、職員の希望に応じた勤務形態などの配慮も行われています。 | 今後の継続             |
| 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          | 職員やご利用者の状態による対応へ、個々の能力に応じたアドバイスを日常的に行い、スキルアップが図れるよう努めている。<br><br>オンライン研修の参加                          | 入職時のオリエンテーションで、法人の理念・ケア方針について話し、介護の基礎的な技術や知識に関する研修も行っています。その後は、早番・日勤・遅番・夜勤の業務の流れや利用者者の情報についてOJTで指導しています。管理者は面談や日々の業務から職員の能力などを把握し、事業所内研修のテーマに取り入れたり、必要に応じて外部研修への参加を促し、資質向上につなげています。                | 今後の継続             |
| 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 | 県GH協議会や市内連絡会の活動を通じてネットワークを広げると共に、行政や地域の多職種と協働の団体にて、認知症啓発イベントの企画・開催を行う活動を通して顔と顔で繋がる関係性の構築ができています。     |  |                   |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |  |  |  |                   |
| 15                   |      | ○初期に築く本人との信頼関係<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        | 施設利用のご相談から、入居に至る前のインテークの段階から、必ずご本人とお会いして要望等を伺いながら現在置かれている状況の確認を行ない、個々の状態に合わせた安心を確保できる環境整備等の対応に努めている。 |  |                   |

| 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 |
| 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     | 入居相談の段階から、状況の確認を行ない想定される対応等の内容や情報を提供し、ご家族に安心していただけるよう努めている。   |  |                   |
| 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 | しっかりと聴き取りを行い、専門職としての情報提供をし、ご理解、納得をしていただける話し合いをした上で、ケアプラン等の反映している。   |  |                   |
| 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                    | 過去の生活歴や日々コミュニケーションの中から、生活習慣や希望を考察しながら、日常生活に必要な事が行えるよう、個々の能力に合わせた環境を整えるように努めている。また、行事等も準備段階から協同して行えるよう企画検討を行えるよう努めている。 |  |                   |
| 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     | 状況に応じた相談や近況報告を行い、ご家族の意見を汲み取りながら、ご本人を支援していける関係を築くよう努めている。  |  |                   |
| 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                 | 日常会話の中から個々の希望や想いを汲み取り外出支援等を行っている。また、個別行事でもご家族の協力が得られるよう相談を行っている。日頃より馴染みの方の面会が家族等との外出も定着している。                          | 入居前面談で本人を取り巻く人間関係や馴染みの場所に関する情報を聴き取り、入居後も馴染みの人や場所との関係性を継続できるよう支援しています。現在も感染症拡大防止の観点から、面会は制限しており、電話や手紙でのやり取りでお願いしています。基本的には面会は自由にいただけるよう対応しています。 | 今後の継続             |

| 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                | 個々の状態に応じて、プライバシーに配慮しながら、日常生活の中で利用者同士が支え合える関係作りができるよう支援している。   |  |                   |
| 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 | 契約終了後も必要に応じて相談等を受けるなど、関係性が保てるよう努めている。   |  |                   |
| 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。                       | 「まず聴いてみよう観てみよう」「笑顔で挨拶」を継続している。自立から自律に繋がる支援ができるよう、カンファレンスやミーティングで都度検討し、個々の生活に合わせたケアで実践できるよう努めている。また、行事等の内容にも反映させている。 | 入居前のアセスメントで、本人や家族、介護支援専門員から、過去の生活歴や既往歴、趣味嗜好品、暮らし方の希望について聴き取りながら基本情報シートを作成しています。入居後は、事業所の基本方針としている「聴いてみよう観てみよう」を実践しながら本人と関わり、今現在の思いや意向の把握に努めています。 | 今後の継続             |
| 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                    | 入居前サービス事業者やご家族からの情報収集、入居後の生活状況から、生活歴・個性・価値観など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                                  | 毎日の申し送り、ケースカンファレンス。日々の状態観察や健康チェックを実施。情報共有の上、個々のご利用者に対し統一した支援が行えるよう努めている。  |  |                   |



| 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 |
| 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 | ご利用者個人の状態変化に合わせ、可能な限り当事者参加のケースカンファレンスや、ご家族、医療機関への相談等を行い、アドバイスなどの情報提供を受けながら、介護計画の作成を行っている。  | 初回の介護計画は、入居時のアセスメントで得られた情報を基に作成し、1ヶ月間はADLや暮らし方について様子を見ています。その後、計画作成担当者を中心に、個別記録や連絡ノート、職員の気づきを基に、利用者個人の状態変化に合わせ、可能な限り当事者参加のケースカンファレンスや、ご家族、医療機関への相談等を行い、アドバイスなど、情報提供を受けながら、介護計画の作成しています。常に「自立から自律」につなげられる介護計画となるよう心がけています。 | 今後の継続             |
| 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                        | 個別記録及び個人別の連絡ノートにより、連絡事項等の情報共有ができる体制を整えており、カンファレンスやミーティングなどで活用し、計画の見直しに活かしている。  |   |                   |
| 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               | ご利用者の状態やニーズに合わせ、他のサービス機関との連携を図り、自費サービスの利用など、柔軟なサービス提供が行えるよう努めている。  |   |                   |
| 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                         | 自治会行事等への参加、近隣ボランティアや行政事業のアクティブシニアボランティアなどの活用。また、小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会のイベントにより、ご利用者の活躍できる環境をつくり活用している。<br>※現状、新型コロナウイルス感染症対策において、外部との交流を制限している状況。感染状況により制限を解除し、イベントへの参加を予定している。 |   |                   |
| 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                    | 入居前の段階から情報収集を行い、出来る限り本人やご家族の希望に沿った、かかりつけ医や専門医、往診医への受診ができるよう支援し、通院援助等も行っている。<br>また、24時間対応可能な医療連携体制も整えている。   | 入居時に事業所の協力医療機関について説明したうえで、本人と家族の希望を尊重して主治医を決めていただいています。内科の往診は月1回ですが、協力医とは24時間のオンコール体制を整えており、急変時や夜間帯でも対応が可能になっています。歯科は隣接しているため、必要に応じてお連れしています。看護師による健康管理も週1回行われています。   | 今後の継続             |

| 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                       | 医療連携先の看護師とは、昼夜問わず日常的に相談や24時間緊急時対応ができる体制にあり、専門的なアドバイスを受けている。   |  |                   |
| 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。  | ご利用者の入院時には、定期的なお見舞いと共に病状確認を行なっている。入院先の相談員や医療連携室との情報交換を行い、連携先の医療機関とも情報共有している。                          |  |                   |
| 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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 入居時に、本人や家族の意思確認を行なっている。また、状態に応じて、都度、医師とのムンテラを実施し、本人や家族の希望の確認を行ない、医師の指示書を基にプラン作成し、説明・同意を得て、支援に取り組んでいる。 | 契約時に「重度化や終末期の指針」を説明し、家族の意思確認を行っています。重度化したと判断された際には、家族、医師、管理者の3者による話し合いの場を設け、改めて事業所で行えること出来ないことを説明した後に方向性を決めていきます。事業所での看取り希望される場合には、医師の指示書を下に看取りの介護計画を作成し、家族、医師、職員間で情報共有しながらチームとして支援しています。                          | 今後の継続             |
| 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  | 緊急時マニュアルの整備と周知。ミーティング等による訓練の実施。オンコール体制の確立等、随時対応のできる態勢を整えている。  |  |                   |
| 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  | 昼夜を想定した避難・消火訓練を、所轄消防及び防災設備会社立ち合いのもと、定期的に行なう。緊急時対応マニュアルの整備。自治会への入居者名簿の定期提出や防災訓練への参加。                   | 防災訓練は年2回、うち1回は消防署職員に立ち合いを依頼していましたが、現在は職員のみでの実施となっています。水消火器を使用した消火、通報、避難誘導訓練を実施し、有事の際に備えています。火災や地震発生時のマニュアルに加え、水害マニュアルも作成しています。災害時を想定して、自治会へ入居者名簿を提出している他、地域の防災訓練にも参加しています。備蓄品は5日分の水や食糧の他、カセットコンロ、救急箱、衛生用品を確保しています。 | 今後の継続             |

| 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                 | 認知症になっても、一人の「人」として生活が営めるよう、プライバシーや自尊心に配慮し、一人ひとりの状態に合わせた言葉掛けや、気持ちを尊重した対応に努めている。                      | 入職時研修や入職後も定期的な研修を行うとともに、申し送りやユニット会議などで、接遇・マナー・倫理について話し合う機会も設けています。認知症になっても、一人の「人」として生活が営めるよう、利用者一人ひとりの人格や個性を尊重し、尊厳や自尊心を傷つけることのないよう、言動や対応に十分留意しています。また、個人情報や守秘義務についても周知徹底しています。居室への入室、排泄支援を行う際にはプライバシーや羞恥心に配慮して対応しています。 | 今後の継続             |
| 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                      | ご本人の意思を尊重できる働きかけや、個々の言葉や想いを受け止め、希望等が表現できるような人的環境がつけられるよう努めている。                                      |  |                   |
| 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 | 個々の想いや希望を表現できる環境をつくり、それぞれに合わせたペースを尊重しながら過ごしていただくよう努めている。「まず聴いてみよう・観てみよう」の目標を掲げ、職員の意識統一ができるよう努力している。 |  |                   |
| 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                                   | 衣類等が単調にならないよう、個々の好みに合わせ選択ができるよう支援している。必要に応じて、家族への相談も行っている。  |  |                   |
| 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      | 可能な範囲で食事に関する家事への参加や、自主的に行ってもらえるよう支援するとともに、行事等では好みの食材や料理を提供できるよう努めている。                               | 食材はレシピ付きで業者に委託していますが、可能な範囲で食事に関する家事を手伝っていただきながら、残存能力の維持につなげています。現在は外食支援は中止していますが、行事の際には、利用者の希望を取り入れた食事を提供するなどして、食事を楽しんでいただけるよう支援しています。   | 今後の継続             |

| 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            | 食事は外部業者へ委託し、カロリー計算のされた献立を提供している。水分摂取は意識的に提供するとともに、個々の希望に合わせて対応している。個々の状態に合わせた形態による提供と、必要時応じ医療機関より栄養補助剤等による医療面からのサポートを行っている。 |  |                   |
| 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                    | 個々の状態に合わせた、毎食後の口腔ケアが行えるよう支援している。必要に応じ連携先の歯科受診や訪問歯科による対応をしている。口腔衛生の研修への参加によりスキルアップが図れるよう努めている。                               |  |                   |
| 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     | 個々の状態に合わせた誘導や声掛けや一部介助を行い、可能な限りトイレでの排泄が継続できるよう支援している。立位が困難になってもトイレが使用できるようリフトを設置している。  | 利用者全員の排泄表をつけ、一人一人の排泄パターンの把握に努めています。可能な限りトイレで排泄できるよう、時間やタイミングを見計らった声掛けや誘導を行っています。ユニット会議やカンファレンスで適した排泄支援方法を検討し、トイレでの排泄につなげられるよう支援しています。事業所では立位が困難になってもトイレで排泄できるよう、リフトを設置しています。       | 今後の継続             |
| 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                     | 体操や散歩以外に、日常生活動作の中で身体を動かすことができるよう支援している。また、運動のできない方に対し、医療機関と連携の上、排便状況の確認や下剤の調整による便秘改善に努めている。                                 |  |                   |
| 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 | 基本的には入浴日を設定しているが、個々の希望や回数を考慮し、時間や順番等の配慮をしている。また、状況や希望に応じ職員の変更なども行っている。浴室にリフトを設置することで、個々の身体状況に合わせた対応も可能になっている。               | 入浴日は設定してありますが、個々の希望や回数を考慮し、時間や順番などを決めて対応しています。週2回、午前中を基本とし、3人ずつ入浴支援を行っています。浴室にはリフトが設置されており、個々の身体状況に応じた対応が可能になっています。安全かつ安心して入浴していただくためにも、本人の意向を第一として入浴を促しています。また、季節のゆず湯や菖蒲湯も行っています。 | 今後の継続             |

| 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  | 個々の状態や習慣に合わせ、休息が取っていただけるよう支援している。夜間の定時巡回や排泄状況に合わせた支援をしている。空調機器等の調整による環境整備も行っている。  |   |                   |
| 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   | 個々の服用している薬の用法、用量、副作用について、往診時や連絡帳、薬剤情報にて確認、理解できる体制を整えている。個々の状態変化に伴い、主治医や薬剤師に相談を行っている。誤薬防止のための管理確認体制の整備。ご利用者の能力に応じた服薬方法の支援を行っている。 |   |                   |
| 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                              | 日々の生活の中で、能力に応じ役割を持った生活が送れるよう支援すると共に、「自立」から「自律」へ繋がる支援に努めている。また、個々の趣味や目的を持った共同作業ができるよう支援している。                                     |   |                   |
| 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 | 個別行事では、個々の希望を考慮し、ご家族等の協力を得ながら外出できるよう支援している。また、自治会や施設行事、連絡会の活動を通し、地域等への社会参加や関りが持てるよう努めている。随時、個々の買い物へ同行するなども行っている。                | 個別行事では、居室担当者が個々の希望を考慮しながら個別外出を立案し、家族にも協力を得ながら外出できるよう支援しています。日常的な外出支援では、周辺を散歩したり、コンビニや近隣スーパーに買い物にお連れしていましたが、現在は自粛しています。5月以降はコロナの分類も引き下げられることから、感染者の推移や社会情勢を考慮しながら、外出支援の再開する方針としています。 | 今後の継続             |
| 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                              | 個々の状況や希望により所持していただいたり、ご家族との相談にてお小遣いをお預りし、希望時に使えるようにしている。また、買い物の際には、ご自身で支払いを行ってもらえ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 |       |
| 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   | 各居室に電話が設置できる環境にあるため、希望に応じて対応している。希望に応じ、常時、電話が使える状態にあり、連絡先を教えるなども行っている。また、手紙等の代筆や発送も行っている。  |  |                   |       |
| 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 | 広めの共用空間で安らぎや潤いをもたらすよう工夫し、不快や混乱を招かない配慮をしている。常に清潔を保ち排泄処理も出来るだけ臭いが出ない工夫や空気清浄機の設置、快適に過ごしていただけるよう、室温・湿度管理を小まめに行っている。季節に合わせた飾り付けなども行い、居心地良く暮らして頂ける環境整備を心掛けている。 | リビング兼ダイニングの中央には仕切りがあり、リビングとダイニングスペースを分けて使用することも可能な造りになっていますが、普段は仕切りを使わず、広々と開放的なリビング兼ダイニングスペースとしています。内装は落ち着いた色合いになっており、壁には季節の装飾や利用者と一緒に作成した作品が飾られています。快適に過ごせるよう、室温や湿度、採光の調整は職員によって管理されています。 |                   | 今後の継続 |
| 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  | 居室や食堂は開放的に利用出来るが、仕切りなどで個別に利用する事も可能になっている。また、その時の状況に合わせて都度テーブルやソファの配置を検討し対応している。  |  |                   |       |
| 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  | 個人の物品の持ち込みや、入居前に使用していた使い慣れた好みの家具など、本人が安心して居心地良く過ごせるよう配慮している。ご本人の希望や状況に応じ、必要な物品が有れば、家族へ相談をし対応している。  | 居室は広く、元々全室畳敷きでしたが、車椅子の利用者が増えたことで、半分はフローリング床に変更しました。生活環境の変化から入居者が不安や混乱を招くことのないように、使い慣れた家具や調度品を持ち込んでいただくように伝えています。ダンス、家族写真、ぬいぐるみ、仏壇等を持ち込んでいる方もおり、馴染みの物に囲まれながら落ち着いて生活できる空間作りがされています。          |                   | 今後の継続 |
| 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  | 個々の理解力に応じた場所の表示や目印、手すり等により、自立や事故防止に配慮した工夫している。利用者の状態時に応じた自立した生活が送れるよう、設備機器を積極的に導入している。時計やカレンダーなど、ご利用者の見やすい位置に設置し、利用者自身が把握できるよう工夫もしている。                   |  |                   |       |

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム はーもにー

作成日 令和5年3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    | 13<br>23 | 専門職としての認知症の理解と対応。 | 専門職として認知症の理解を深め、ご利用者個々の能力に合わせ、誤介護・過介護せず、小さな自律に目を向けた支援ができる。 | 研修会の実施。<br>日常的にコミュニケーションを図り、個々の状態に合わせた支援により、誤介護・過介護を無くし自律を引き出す。 | 1年         |
| 2    | 35       | 非常災害時の対応の周知。      | 全職員が各種災害時の対応を身につけると共に、防災機器の取り扱いと設置場所の把握ができる。               | 定期的な防災訓練の実施。<br>防災設備の自主点検及び、職員に対し防災時の初期動作の確認、指導を実施。             | 1年         |
| 3    | 2<br>3   | 地域とのつながり。         | 自治会行事や活動に積極的に参加し、交流を深め、地域とのつながりを持つ。                        | 自治会行事・活動への参加。<br>グループホーム連絡会のイベント参加。<br>外出行事の実施。                 | 1年         |
|      |          |                   |  |   |            |
|      |          |                   |  |   |            |

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。

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | グループホーム はーもにー |
| ユニット名 | b (フラット)      |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<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   |
|           |   |   | 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、活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                      | ご利用者一人ひとりが地域の中で「その人らしく」安心のできる日常生活を送れるよう、法人理念の「諦めない介護」の基、ご利用者個々に合わせた支援が実践できるよう、事業所及び法人内で情報共有を行い取り組んでいる。  |      |                   |
| 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                      | 自治会行事や活動には積極的に参加し交流に取り組んでいる。地域ボランティアの方の訪問も10数年継続している。小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会（以下、連絡会とする）の活動へ参加するなど、自治会の枠を越えた取り組みも継続している。<br>※現状、新型コロナウイルス感染症対策において、外部との交流を制限している状況。感染状況により制限を解除し参加をする予定。 |      |                   |
| 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                    | 地域の多職種、行政機関と協働による「認知症をにんちしよう会」の認知症啓発イベントで連絡会の取り組みの発表、ご利用者との参加。また、連絡会主催の地域版RUNTOMO+等の活動を継続的に行っている。<br>※現状、新型コロナウイルス感染症対策において、外部との交流を制限している状況。感染状況により制限を解除し参加をする予定。                     |      |                   |
| 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 | 平成19年11月～定期的開催。事業所の活動や取り組みの報告を行い、委員の方々からの意見を積極的に取り入れている。また、地域の情報交換も行いながら、自治会行事へ参加した際の情報のフィードバックを受け、行事企画等の検討を行っている。<br>※今年度は書面会議にて行うが、感染状況により施設での会議を定期開催予定。                            |      |                   |
| 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             | 行政機関には事業所の課題や法改正への対応等の相談を日頃より行っている。また、連絡会を通じて、行政から依頼の認知症サポーターの出前講座、介護相談員研修の講師や、その担当者からの相談、認知症啓発イベントを協働するなどの関りを継続している。   |      |                   |

| 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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | H23年度より、神奈川県身体拘束廃止推進モデル施設として取り組みを継続している。事業所に委員会を設置し3カ月に一度開催をしている。   |      |                   |
| 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                                      | 身体拘束及び虐待について、全体会議にて3カ月に一度開催し、虐待防止の重要性や正しい理解が周知できるよう取り組んでいる。また、事業所内で発生した事例、行政からの指導内容等を法人全体で共有し、取り組み生かしている。                 |      |                   |
| 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                                 | 法人内の居宅介護支援事業所では、成年後見人制度を支援できる体制を整えている。また、行政主催の研修への参加や社内研修により学ぶ機会を持っている。行政に対し単身の生活保護受給者の方への、成年後見人制度活用の相談も行っている。            |      |                   |
| 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  | 契約の際は、説明に対しての質問を聴き取りながら、わかりやすい対応を行っている。また、解約の際にも医師や関係者と協議し、都度かみくだいた内容の文章を加え説明をしている。法改正があった際にも情報発信を行い、説明と同意をいただける体制を整えている。 |      |                   |
| 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   | ご利用者や家族の想いを汲み取れるよう、日頃からの関りを大切にし、御家族の来園時には声掛けにより意見を伺うなどをして、その情報を事業所で共有し想いを反映できるよう取り組んでいる。                                  |      |                   |

| 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                                      | ミーティング等により情報発信を行い、意見交換や提案を聴く機会を設け反映できるようにしている。また、日頃から些細な事でも提案や相談のできる関係性と環境を築けるよう努めている。随時、個別面談を行っている。 |      |                   |
| 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      | 資格取得や積極的に研修へ参加できるようアドバイスを行い、向上心を持って働けるようサポートしている。また、資格等に応じた手当の支給する制度、個々の希望に応じた勤務形態等の環境や条件の整備に努めている。  |      |                   |
| 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          | 職員やご利用者の状態による対応へ、個々の能力に応じたアドバイスを日常的に行い、スキルアップが図れるよう努めている。<br><br>オンライン研修の参加                          |      |                   |
| 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 | 県GH協議会や市内連絡会の活動を通じてネットワークを広げると共に、行政や地域の多職種と協働の団体にて、認知症啓発イベントの企画・開催を行う活動を通して顔と顔で繋がる関係性の構築ができている。      |      |                   |
| 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        | 施設利用のご相談から、入居に至る前のインテークの段階から、必ずご本人とお会いして要望等を伺いながら現在置かれている状況の確認を行ない、個々の状態に合わせた安心を確保できる環境整備等の対応に努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 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     | 入居相談の段階から、状況の確認を行ない想定される対応等の内容や情報を提供し、ご家族に安心していただけるよう努めている。   |      |                   |
| 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 | しっかりと聴き取りを行い、専門職としての情報提供をし、ご理解、納得をしていただける話し合いをした上で、ケアプラン等の反映している。   |      |                   |
| 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                    | 過去の生活歴や日々コミュニケーションの中から、生活習慣や希望を考察しながら、日常生活に必要な事が行えるよう、個々の能力に合わせた環境を整えるように努めている。また、行事等も準備段階から協同行えるよう企画検討を行えるよう努めている。 |      |                   |
| 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     | 状況に応じた相談や近況報告を行い、ご家族の意見を汲み取りながら、ご本人を支援していける関係を築くよう努めている。  |      |                   |
| 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                 | 日常会話の中から個々の希望や想いを汲み取り外出支援等を行っている。また、個別行事でもご家族の協力が得られるよう相談を行っている。日頃より馴染みの方の面会が家族等との外出も定着している。                        |      |                   |

| 自己評価                         | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------------------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                              |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 21                           |      | ○利用者同士の関係の支援<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                | 個々の状態に応じて、プライバシーに配慮しながら、日常生活の中で利用者同士が支え合える関係作りができるよう支援している。   |      |                   |
| 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 | 契約終了後も必要に応じて相談等を受けるなど、関係性が保てるよう努めている。   |      |                   |
| 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。                       | 「まず聴いてみよう観てみよう」「笑顔で挨拶」を継続している。自立から自律に繋がる支援ができるよう、カンファレンスやミーティングで都度検討し、個々の生活に合わせたケアで実践できるよう努めている。また、行事等の内容にも反映させている。 |      |                   |
| 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                    | 入居前サービス事業者やご家族からの情報収集、入居後の生活状況から、生活歴・個性・価値観など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                                  | 毎日の申し送り、ケースカンファレンス。日々の状態観察や健康チェックを実施。<br>情報共有の上、個々のご利用者に対し統一した支援が行えるよう努めている。  |      |                   |

| 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 |
| 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 | ご利用者個人の状態変化に合わせ、可能な限り当事者参加のケースカンファレンスや、ご家族、医療機関への相談等を行い、アドバイスなどの情報提供を受けながら、介護計画の作成を行っている。  |      |                   |
| 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                        | 個別記録及び個人別の連絡ノートにより、連絡事項等の情報共有ができる体制を整えており、カンファレンスやミーティングなどで活用し、計画の見直しに活かしている。  |      |                   |
| 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               | ご利用者の状態やニーズに合わせ、他のサービス機関との連携を図り、自費サービスの利用など、柔軟なサービス提供が行えるよう努めている。  |      |                   |
| 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                         | 自治会行事等への参加、近隣ボランティアや行政事業のアクティブシニアボランティアなどの活用。また、小田原市グループホーム・小規模多機能連絡会のイベントにより、ご利用者の活躍できる環境をつくり活用している。<br>※現状、新型コロナウイルス感染症対策において、外部との交流を制限している状況。感染状況により制限を解除し、イベントへの参加を予定している。 |      |                   |
| 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                    | 入居前の段階から情報収集を行い、出来る限り本人やご家族の希望に沿った、かかりつけ医や専門医、往診医への受診ができるよう支援し、通院援助等もを行っている。<br>また、24時間対応可能な医療連携体制も整えている。  |      |                   |

| 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 |
| 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                      | 医療連携先の看護師とは、昼夜問わず日常的に相談や24時間緊急時対応ができる体制にあり、専門的なアドバイスを受けている。   |      |                   |
| 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。 | ご利用者の入院時には、定期的なお見舞いと共に病状確認を行なっている。入院先の相談員や医療連携室との情報交換を行い、連携先の医療機関とも情報共有している。                          |      |                   |
| 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、事業所の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 | 入居時に、本人や家族の意思確認を行なっている。また、状態に応じて、都度、医師とのムンテラを実施し、本人や家族の希望の確認を行ない、医師の指示書を基にプラン作成し、説明・同意を得て、支援に取り組んでいる。 |      |                   |
| 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   | 緊急時マニュアルの整備と周知。ミーティング等による訓練の実施。オンコール体制の確立等、随時対応のできる態勢を整えている。  |      |                   |
| 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   | 昼夜を想定した避難・消火訓練を、所轄消防及び防災設備会社立ち合いのもと、定期的実施。緊急時対応マニュアルの整備。自治会への入居者名簿の定期提出や防災訓練への参加。                     |      |                   |

| 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                | 認知症になっても、一人の「人」として生活が営めるよう、プライバシーや自尊心に配慮し、一人ひとりの状態に合わせた言葉掛けや、気持ちを尊重した対応に努めている。                      |      |                   |
| 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                     | ご本人の意思を尊重できる働きかけや、個々の言葉や想いを受け止め、希望等が表現できるような人的環境がつかれるよう努めている。                                       |      |                   |
| 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 | 個々の想いや希望を表現できる環境をつくり、それぞれに合わせたペースを尊重しながら過ごしていただくよう努めている。「まず聴いてみよう・観てみよう」の目標を掲げ、職員の意識統一ができるよう努力している。 |      |                   |
| 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                                  | 衣類等が単調にならないよう、個々の好みに合わせ選択ができるよう支援している。必要に応じて、家族への相談も行っている。  |      |                   |
| 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     | 可能な範囲で食事に関する家事への参加や、自主的に行ってもらえるよう支援するとともに、行事等では好みの食材や料理を提供できるよう努めている。                               |      |                   |



| 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 |
| 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            | 食事は外部業者へ委託し、カロリー計算のされた献立を提供している。水分摂取は意識的に提供するとともに、個々の希望に合わせて対応している。個々の状態に合わせた形態による提供と、必要時応じ医療機関より栄養補助剤等による医療面からのサポートを行っている。 |      |                   |
| 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                    | 個々の状態に合わせた、毎食後の口腔ケアが行えるよう支援している。必要に応じ連携先の歯科受診や訪問歯科による対応をしている。口腔衛生の研修への参加によりスキルアップが図れるよう努めている。                               |      |                   |
| 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     | 個々の状態に合わせた誘導や声掛けや一部介助を行い、可能な限りトイレでの排泄が継続できるよう支援している。立位が困難になってもトイレが使用できるようリフトを設置している。  |      |                   |
| 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                     | 体操や散歩以外に、日常生活動作の中で身体を動かすことができるよう支援している。また、運動のできない方に対し、医療機関と連携の上、排便状況の確認や下剤の調整による便秘改善に努めている。                                 |      |                   |
| 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 | 基本的には入浴日を設定しているが、個々の希望や回数を考慮し、時間や順番等の配慮をしている。また、状況や希望に応じ職員の変更なども行っている。浴室にリフトを設置することで、個々の身体状況に合わせた対応も可能になっている。               |      |                   |

| 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 |
| 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  | 個々の状態や習慣に合わせ、休息が取っていただけるよう支援している。夜間の定時巡回や排泄状況に合わせた支援をしている。空調機器等の調整による環境整備も行っている。  |      |                   |
| 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   | 個々の服用している薬の用法、用量、副作用について、往診時や連絡帳、薬剤情報にて確認、理解できる体制を整えている。個々の状態変化に伴い、主治医や薬剤師に相談を行っている。誤薬防止のための管理確認体制の整備。ご利用者の能力に応じた服薬方法の支援を行っている。 |      |                   |
| 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                              | 日々の生活の中で、能力に応じ役割を持った生活を送れるよう支援すると共に、「自立」から「自律」へ繋がる支援に努めている。また、個々の趣味や目的を持った共同作業ができるよう支援している。                                     |      |                   |
| 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 | 個別行事では、個々の希望を考慮し、ご家族等の協力を得ながら外出できるよう支援している。また、自治会や施設行事、連絡会の活動を通し、地域等への社会参加や関りが持てるよう努めている。随時、個々の買い物へ同行するなど行っている。                 |      |                   |
| 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                              | 個々の状況や希望により所持していただいたり、ご家族との相談にてお小遣いをお預りし、希望時に使えるようにしている。また、買い物際には、ご自身で支払いを行ってもらえ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 |
| 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   | 各居室に電話が設置できる環境にあるため、希望に応じて対応している。希望に応じ、常時、電話が使える状態にあり、連絡先を教えるなども行っている。また、手紙等の代筆や発送も行っている。  |      |                   |
| 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 | 広めの共用空間で安らぎや潤いをもたらすよう工夫し、不快や混乱を招かない配慮をしている。常に清潔を保ち排泄処理も出来るだけ臭いが出ない工夫や空気清浄機の設置、快適に過ごしていただけるよう、室温・湿度管理を小まめに行っている。季節に合わせた飾り付けなども行い、居心地良く暮らして頂ける環境整備を心掛けている。 |      |                   |
| 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  | 居室や食堂は開放的に利用出来るが、仕切りなどで個別に利用する事も可能になっている。また、その時の状況に合わせて都度テーブルやソファの配置を検討し対応している。  |      |                   |
| 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  | 個人の物品の持ち込みや、入居前に使用していた使い慣れた好みの家具など、本人が安心し居心地良く過ごせるよう配慮している。<br>ご本人の希望や状況に応じ、必要な物品が有れば、家族へ相談をし対応している。   |      |                   |
| 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  | 個々の理解力に応じた場所の表示や目印、手すり等により、自立や事故防止に配慮した工夫している。利用者の状態時に応じ自立した生活が送れるよう、設備機器を積極的に導入している。時計やカレンダーなど、ご利用者の見やすい位置に設置し、利用者自身が把握できるよう工夫もしている。                    |      |                   |

目 標 達 成 計 画

事業所 グループホーム はーもにー

作成日 令和5年3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    | 13<br>23 | 専門職としての認知症の理解と対応。 | 専門職として認知症の理解を深め、ご利用者個々の能力に合わせ、誤介護・過介護せず、小さな自律に目を向けた支援ができる。 | 研修会の実施。<br>日常的にコミュニケーションを図り、個々の状態に合わせた支援により、誤介護・過介護を無くし自律を引き出す。 | 1年         |
| 2    | 35       | 非常災害時の対応の周知。      | 全職員が各種災害時の対応を身につけると共に、防災機器の取り扱いと設置場所の把握ができる。               | 定期的な防災訓練の実施。<br>防災設備の自主点検及び、職員に対し防災時の初期動作の確認、指導を実施。             | 1年         |
| 3    | 2<br>3   | 地域とのつながり。         | 自治会行事や活動に積極的に参加し、交流を深め、地域とのつながりを持つ。                        | 自治会行事・活動への参加。<br>グループホーム連絡会のイベント参加。<br>外出行事の実施。                 | 1年         |
|      |          |                   |  |   |            |
|      |          |                   |  |   |            |

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。