

令和5年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

|               |  |                |           |  |
|---------------|--|----------------|-----------|--|
| 事業所番号         | 1473600888   | 事業の開始年月日       | 平成18年3月1日 |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成18年3月1日 |  |
| 法人名           | 社会福祉法人 雄飛会   |                |           |  |
| 事業所名          | グループホームあいおい  |                |           |  |
| 所在地           | (〒246-0016)<br>神奈川県横浜市泉区和泉町7832-1  |                |           |  |
| 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            | 9名        |  |
|               |  | ユニット数          | 1ユニット     |  |
| 自己評価作成日       | 令和5年12月2日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和6年3月4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)】

身の回りのことは自分でできる方、生活全てに介助が必要な方と、大きくレベルが違う利用者があるが、利用者9人がそれぞれを認め合い、一人一人のペースで生活できるよう支援している。看取り介護に取り組んでおり、今まで13件お看取りをした。退所された方のご家族が来荘してくれることもある。また、退所家族の紹介で新規入所に繋がったケースが2件ある。職員の定着として5/9人が10年以上の勤続である。また5人が介護福祉士の資格を取得している。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                       |               |           |
|-------|-----------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 公益社団法人かながわ福祉サービス振興会   |               |           |
| 所在地   | 横浜市中区山下町23 日土地山下町ビル9F |               |           |
| 訪問調査日 | 令和5年12月22日            | 評価機関<br>評価決定日 | 令和6年1月18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>【事業所の概要】</b><br>事業所は、相鉄線いずみの駅から徒歩約7分の公園や畑のある緑豊かな田園地帯に立地している。平成18年3月に開設した木造平屋建ての1ユニットのグループホームで、グループホームのほか近隣に特別養護老人ホームや通所介護事業所など多くの福祉事業を展開している社会福祉法人が運営している。  |
| <b>【家族との信頼関係の構築】</b><br>家族の意見や要望は、来所時や家族面談、運営推進会議、電話連絡・メール・SNSのやり取りで把握している。管理者は、利用者ごとに家族とのメールや電話などのやり取りをノートに記録して、家族との信頼関係の構築に活用している。また、家族に、日常生活や行事での利用者の様子の写真をメールで送付している。こうした取り組みにより、退所家族からの紹介で新規入所につながったケースがあるなど、家族との信頼関係を構築している。         |
| <b>【充実した看取り体制】</b><br>事業所は、1ユニットながら開設以来13名の看取りを行っている。看取りを行う場合は、看取り介護計画を作成して家族に説明し、看取り介護の同意書を取り交わしたうえで支援している。看取り後は、振り返りを行い、良かった点や改善点などを話し合っている。家族には、看取り後のエンゼルケアの実施や服装について希望を聞き、対応している。また、利用者の日常生活や行事の時の写真をとりまとめたアルバムを提供している。事業所での見送りも行っている。 |

### 【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  | グループホームあいおい |
| ユニット名 |             |

| 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、活き活きと働けている。<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 |
| 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、難しい問題が起こった場合、理念に立ち返り解決に向け話し合う。                                      | 事業所は、「人格を尊重した思いやりのある温かいホームを目指す」を、理念として掲げている。職員は、理念に基づき、食事の手伝いやリビングの飾り付けなど、利用者の出来ることで、今やりたいことを手助けする、という考えでケアを実践している。理念に加え、「笑顔であふれるホーム」など4項目からなる運営方針も掲げている。職員は、運営方針に基づき、利用者を笑顔にするためには、何をしたら良いかを考えたうえで、利用者に接している。 |                   |
| 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   | 自治会に加入し、町内の清掃活動に参加している。コロナ禍以前は地域ケアプラザの行事に参加していた。今後はそのような活動を増やす予定である。          | 管理者が、和泉台自治会の役員として自治会活動に協力して、地域の情報を得ている。散歩などの外出時には、近隣の住民と挨拶を交わしている。また、2ヶ月に1回の町内清掃に参加して地域住民と交流している。コロナ禍以前は、地域ケアプラザの介護予防体操への参加や、ハーモニカ演奏のボランティアの受け入れ、保育園児との交流などを行っていたが、まだ再開には至っていない。今後、ボランティアの受け入れを再開する予定である。      |                   |
| 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 | 家族以外の面会の方には認知症のある利用者であると説明している。また、行方不明になり保護された時は保護してくれた方や警察等に認知症によるものと理解を求める。 |  |                   |

| 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 |
| 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   | 年6回開催し、特に地域での活動などの意見を参考にしている。今年より集合での開催を再開した。 | 運営推進会議は、2ヶ月ごとに家族の代表、自治会長、民生委員、区の担当職員、地域包括支援センターの職員をメンバーとして対面で開催している。会議では、事業所から活動報告、事故報告の説明などを行い、その後意見交換などを行っている。出席者からは、餅つきなどの事業所の行事についての「コロナ禍の中、良く工夫してやっている」との意見があった。会議報告は、区の高齢・障害支援課に郵送している。           |                   |
| 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に取り組んでいる  | 生活保護を受けている利用者があり、生活保護担当者に利用者の状態を伝えている。        | 区の高齢・障害支援課には、運営推進会議の報告書や事故報告を送付している。また、利用者の要介護認定申請代行で区役所を訪問した際や電話連絡で、助言や指導を受けている。生活支援課とは、担当者が来所した際などに、生活保護費を受給している利用者の状況に関する情報共有や相談をしている。行政主催の防災の研修に参加している。また、横浜市グループホーム連絡会に参加して、行政から介護保険に関する情報などを得ている。 |                   |
| 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 | 玄関の施錠はしないことを前提とし、指導し実践している。身体拘束廃止検討委員会で研修を行う。 | 事業所は、身体拘束廃止検討委員会を3ヶ月に1回、身体拘束廃止に向けた研修を年2回開催している。委員会や研修では、身体拘束と虐待・身体的虐待に関する考え方の説明や、身体拘束に関する動画の視聴などを行っている。事業所では、理念にある人格尊重の観点で、玄関の施錠をしないこととしている。過去1年間離設の実績はないが、利用者が離設する可能性もあるため、失踪時の対応をまとめ、職員に周知している。       |                   |

| 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   |
| 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      | 勉強会で取り上げ、研修を行い、全員で注意している。実際にはにはまだないが虐待が認められる場合は報告するよう指導している。 | 職員は、神奈川県「施設職員のための高齢者虐待防止の手引き」や、高齢者虐待防止に関する研修などで、心理的虐待や介護放棄なども含めた高齢者虐待防止法等について学んでいる。管理者は、虐待防止委員として法人の委員会に参加している。事業所でも虐待防止委員会を開催している。事業所では、不適切なケアについて、年に1回、身体拘束や虐待に関する自己点検を実施しているほか、月1回の職員会議で話し合っている。 | 事業所では、高齢者虐待防止の指針が未整備となっており、早期に整備されることが期待されます。また、高齢者虐待防止の取り組みが、身体拘束廃止の取り組みと一体的に行われています。高齢者虐待防止に向けた委員会の開催、研修の実施などは、身体拘束廃止の取り組みとは切り離して行うことが期待されます。 |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している | 入居者に成年後見制度をとられている方がいた。その意味を知っている。                            |   |   |
| 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                      | 入居前には事前に訪問し、分かり易い言葉を選び説明し、理解を得ている。                           |   |   |

| 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 |
| 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                 | 契約時に苦情に関する取り扱いを説明している。また面会時等に申し出があった要望はすぐさま対応するようにしている。コロナ禍以降、全家族とメールで相互のやり取りができる。 | 家族の意見や要望は、来所時や運営推進会議、電話連絡・メール・SNSのやり取りのほか、年に1回の家族面談でも把握している。家族面談では、介護計画の見直しや、業務運営に関する意見・要望などを聞いている。管理者は、利用者ごとに家族とのメールや電話などのやり取りをノートに記録して、家族との信頼関係の構築に活用している。家族から「車を売却したため、通院に立ち会えなくなったので、職員にお願いできないか」との要望があり、対応した。 |                   |
| 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                                 | 毎日の申し送り時などに職員からの意見などを聞き取っている。また連絡ノートを活用している。                                       | 職員の意見や提案は、管理者が、日々の会話や、毎日の申し送り、毎月の職員会議のほか、連絡ノートなどで把握して運営に反映している。法人の理事長が、職員の誕生日のプレゼントを持参して来所する時にも、職員から意見や提案を聞いている。エアコンが嫌いで、夏の暑い時期にリモコンを使ってエアコンを停止してしまう利用者に関して、職員から「カーテンを付けて入り口を空けたらどうか」との提案があり、採用した。                 |                   |
| 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 | 理事長には相談など話しやすい環境である。年2回の健康診断と1回のストレスチェックの実施が法人にはある。                                | 管理者は、職員の努力や成果を理事長が出席する法人の会議で報告している。法人は、スキルアップ支援策として、介護福祉士や介護支援専門員の資格取得者に資格手当を支給している。また、法人が業務として認める資格取得などの研修の受講は、業務扱いで受講料の補助をしている。法人では、理事長を責任者としたハラスメントなどの相談窓口を設置している。事業所では、相談窓口について、勉強会で職員に周知している。                 |                   |

| 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 |
| 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          | 全職員に対し資格取得支援制度がある。                                       | 職員は、事業所内の研修・勉強会で、身体拘束・虐待防止、感染症予防、倫理等を学んでいる。そのほか、法人の接遇・マナー研修や、外部の資格取得に関する研修などを受講している。こうした研修・勉強会には、非常勤職員も参加している。新入職員には、事業所が新入職員研修を実施して、その後、指導担当者を決めてOJT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に参加している。                                   |   |                   |
| 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        | 事前の情報収集で、本人の意向を確認し、入居後も言動から心情を理解するように努めている。              |   |                   |
| 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                   | 事前の情報収集で、家族の意向を確認している。入居後はまめに連絡を取り、本人が落ち着くことが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 |
| 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 | 入居申し込みの際、本人、家族の状況を聞き、他のサービスが適切と思われた場合は、そちらを勧めることもある。       |   |                   |
| 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                    | 調理や洗濯、買い物など出来ることを共に行い、生活することを目指している。                       |   |                   |
| 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     | コロナ渦より面会が再開されるようになり改善されてきた。家族、職員が共に利用者を支える関係ができています。       |   |                   |
| 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                 | 携帯電話を持参された利用者には電池が切れないようにしたり、操作の手伝いをしている。家族には受診同行を頼むことがある。 | 事業所では、入居時のアセスメントや家族からの情報で、利用者の馴染みの関係を把握している。電話や手紙の取り次ぎや、携帯電話の充電や操作の支援をしている。また、利用者が愛読しているスポーツ新聞の購入、家族が持参する馴染みの食べ物(ヨーグルト、おやつ、リンゴ等)や化粧品、口紅などの取り次ぎを支援している。趣味の読書を継続している利用者や、化粧をする利用者もいる。 |                   |

| 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                | リビングに出てくればいつでもなじみの顔が見られ安心できる環境になるよう努めている。          |   |                   |
| 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 | 同法人特養に入所した場合はフォロー継続している。退所後も他家族の介護に関する相談等も受け付けている。 |   |                   |
| 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。                       | 今までの生活歴を把握したうえで、本人の言動から意向を推測し、支援に努めている。            | 職員は、入居前に自宅や病院などを訪問して住環境や生活歴を確認している。また、利用者の当時のケアマネジャーにも利用者に関する情報を確認している。入居後は、日常の会話などで意向や要望を確認している。利用者から鰻が食べたいといった要望が寄せられ対応した。意思疎通が困難な利用者の思いや意向は、利用者の行動、表情から推測して支援に繋げている。把握した情報は、連絡ノートや勉強会で共有してケアに活かしている。 |                   |
| 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                    | 事前の面接時に今までの経緯を詳しく聞きとるようにしている。                      |   |                   |

| 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 |
| 25   |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 日常の変化に気づきケースに記録し、それにより職員全員が現状の把握ができる。  |   |                   |
| 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 | 状態の変化が見られた時は、随時ケース会議で検討する。医師、看護師からの助言も反映される。また家族面談を繰り返すことによって、新たな情報が出てくることもある。 | 介護計画は、アセスメントとモニタリングを基に、ケース会議を行い、利用者・家族の要望と医療関係者の意見を反映して作成している。モニタリングは、計画作成担当者が、職員が記載したケース記録の支援内容を介護計画のサービス内容に照らし合わせて行っている。介護計画は6か月ごとに見直しているが、状態により随時見直している。見直した介護計画は、見直した内容を業務日誌やケア記録に記載して、職員に周知している。 |                   |
| 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                        | ケース記録や「連絡ノート」に書かれたケアの提案で情報の共有ができる。またケース会議にて見直しを行っている。                          |   |                   |
| 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               | 同法人特養のデイサービスに参加できる。認知症の対応が難しい利用者には受診同行しフォローしている。                               |   |                   |
| 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                         | 自治会に加入しており、回覧板のお知らせから入居者ができるものを選び、体操教室やフラワーアレンジメントなどに参加することができる。再開の予定である。      |   |                   |

| 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 |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診支援<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                                 | 2週に1度の往診がある。24h対応となっている。また歯科往診により年に1度の歯科検診が受けられる。協力薬局で一包化の処方がある。また服薬に関しての相談もできる。 | 利用者全員が、24時間オンコール体制の協力医療機関（内科）をかかりつけ医とし、月2回の訪問診療を受診している。年1回歯科の無料検診があり、治療が必要な場合は訪問診療を受診している。週1回法人の看護師が来所して、利用者の体調管理や職員からの相談対応をしている。眼科や皮膚科などの専門医への通院は、原則家族が付き添っている。訪問診療や通院の受診情報は、往診記録やケース記録に記載して、職員間で情報共有している。 |                   |
| 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                      | 同法人特養の看護師が毎週訪問している。相談報告し、必要があれば受診する。   |   |                   |
| 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。 | 入院の際は職員が付き添い、サマリーにて情報提供行う。Drからの説明にも同席している。退院時も送迎などの援助を行う。                        |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 33   | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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 | 事前にターミナルケアの方針、理念を説明し、実際に取り組んだ事例を話している。その際本人、家族の意向を確認している。            | 事業所では、入居時に「看取りに関する指針」や過去の看取り事例を説明して、理解を得るとともに、「緊急時対応希望書」で緊急時の対応や延命治療に関する希望を聞いている。看取りを行う場合は、看取り介護計画を作成して家族に説明し、看取り介護の同意書を取り交わしたうえで支援している。開設以来、13名の看取りを行った。看取り後は、振り返りを行い、良かった点や改善点などを話し合っている。 |                   |
| 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   | 職員は救急法の講習を受け、普通救命講習を修了している。  |   |                   |
| 35   | 16   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている   | 年2回の火災の想定避難訓練を実施する。上半期は消防署立会いの下行う。本部に災害時の受け入れ態勢がある。今年度中にBCPの作成を予定する。 | 事業所は、8月に夜間想定、11月に日中想定火災の避難訓練を実施している。事業所のBCP(事業継続計画)は、現在策定中である。災害用備蓄品はリストを作成し、利用者と職員の食料と飲料水を3日分確保している。また、カセットコンロ・ボンベなどの熱源も整備している。車で10分程の法人の特別養護老人ホームでも災害用備蓄品を確保している。                         |                   |

| 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                 | 本人が気にしていることは、他者に聞こえない声掛けに配慮している。パソコンは職員それぞれのパスワードで管理している。個人情報を含む書類は鍵がかかる棚に保管している。 | 職員は、接遇・マナー研修を受講してプライバシー保護について学んでいる。事業所では、利用者を原則、名前に「さん」付けで呼ぶ、トイレの誘導は、さりげなく小声で行う、ケア記録の記載は、利用者のいない事務室で行うなど、プライバシーに配慮して支援している。管理者は、職員の会話や行動で気になったことは、会議で取り上げて注意喚起している。パソコンへのログインは、職員別のパスワードで管理している。 |                   |
| 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                      | 理解力に合わせた声掛けをする。散髪の希望があれば近所の床屋に同行する。   |  |                   |
| 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 | 入浴の順番、食事の時間は本人の状態、意向に添って変更している。   |  |                   |
| 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                                   | 本人の好みを把握したうえで、季節、気候に合った衣類の選択を支援する。また化粧品がなくならないように補充する。                            |  |                   |

| 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 |
| 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 | 調理、片付けは利用者と一緒に<br>行い、食事も会話をしながら楽しんでいる。                                       | 食事は、近隣のスーパーや宅配業者から購入した食材を職員が調理して提供している。クリスマスやお節などの行事食も提供している。利用者は、菜切りや食器洗い、食器・テーブル拭きなど出来ることを手伝っている。利用者の状況に合わせて、刻み・トロミ・ミキサー食を提供している。利用者ごとに実施する誕生日会では、ケーキを購入して祝っている。また、利用者のリクエストに応じて、鰻を提供したこともある。 |                   |
| 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      | 必要な方には水分、摂食量の記録を付けている。辛い物が苦手な方には別で作り、箸が使えない方にはスプーン、フォークで提供している。ミキサー食まで対応できる。 |   |                   |
| 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              | それぞれに応じた口腔ケアを実施している。歯科往診医の助言も反映している。   |   |                   |

| 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 |
| 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          | トイレの意思表示ができない利用者に対し、排せつパターンや行動を把握していることでトイレでの排せつができるようにしている。Pトイレが安全に使えるようセッティングしている。 | 支援を受けずにトイレで排泄できる利用者が2名いる。他の7名の利用者は、排泄パターンに基づく定時誘導や随時誘導を行いトイレでの排泄を支援している。夜間は、睡眠優先を基本に、定時誘導を含め、個人の特性に合わせて支援している。ポータブルトイレを使用している利用者がいる。ポータブルトイレは、動かないようにセッティングして安全対策を講じている。入居時には、リハビリパンツを使用していた利用者が、支援の結果、布パンツ使用に改善した事例がある。 |                   |
| 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                          | 飲水量、食事量のチェックや排便に良い食べ物（バナナ、ヨーグルト）を提供している。   |  |                   |
| 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 | 週2回を基本とするが、本人の希望があり、家族の同意があればいつでも入れるようにしている。状態によりリフト浴も可能である。                         | 入浴は、原則週2回、利用者が希望する入浴時間に入浴できるよう支援している。リフト浴があり重篤な利用者でも入浴が可能である。入浴を好まない利用者には、時間や曜日、担当者の変更で入浴を促し、無理強いせず自発的に入浴してもらうようにしている。体調の悪い利用者は、シャワー浴、足浴や清拭で対応している。利用者は、菖蒲湯や柚子湯の他、職員との会話を楽しんでいる。お気に入りの石鹸を使用する利用者もいる。                     |                   |
| 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                           | いつでも居室に戻れるようにしている。安眠の支障にならないように排せつ介助が必要な方には吸収量の多い夜用パッドも使用している。                       |  |                   |

| 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 |
| 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   | 薬の説明書をファイリングし、変更があればわかるようにケースに記録し、しばらくの間観察強化する。                            |  |                   |
| 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                              | 洗濯物たたみや工作など役割、楽しみがすぐに提供できるようにしている。   |  |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 玄関を施錠せず、一人でも戸外に出られるようにしている。本人の希望があったときは近隣の床屋などに出かけられるよう支援している。気分転換にもなっている。 | 天気の良い日には車椅子の利用者も一緒に、近隣の公園まで散歩している。庭で外気浴を楽しむことがある。玄関先にある家庭菜園でピーマンや小松菜などの野菜を収穫することもある。今年は、車を利用し、熊野神社に初詣に出かけた。また、近隣の公園に花見に出かけた。家族の支援で、外食やお墓参りなどに出かける利用者がいる。利用者の外出歴は、業務日誌やケア記録に記載して管理している。 |                   |
| 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                              | お金を持つことは制限していない。   |  |                   |
| 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   | 携帯電話を持つことは制限していない。また電話の取次ぎの支援をしている。  |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 椅子の足にフェルトを張り音が出ないようにしている。エアコンの風が直接当たらないように調整している。工作は季節感を意識して作成している。 | リビングは、木のぬくもりが感じられる造りで、大きな窓があり、採光もよく明るい。台所は、対面式となっており、利用者の様子を見守りながら調理ができる。温度・湿度管理は、温度・湿度計を参考に職員がエアコンと加湿器を調整して行っている。また、換気は、日中常時窓を開けて行っている。手すりは、午後と朝に次亜塩素酸で消毒している。壁には、利用者と職員が作った季節毎の切り絵や折り紙などを飾っている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<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  | 他の利用者の言動が不穏の原因となる方はゆっくりできよう一人席を用意した。                                |   |                   |
| 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  | 使い慣れたものを持ち込んでもらうようにしている。それは事前面接の際に本人、家族と相談している。                     | 居室の表札は、利用者の作品など利用者が、自分の部屋と認識できるものを使用している。居室には、エアコン、照明器具、クローゼットなどを備え付けている。利用者は、タンス、テレビ、加湿器、時計、ぬいぐるみ、カレンダーや家族の写真などの馴染みの品や思い出の品を持ち込んでいる。清掃は、職員が行っている。利用者が骨折した際に、安全対策として、人感センサーを使用したことがある。            |                   |
| 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  | 居室やトイレを間違わないよう札をつけ声かけし、習慣付けている。またトイレの自動照明は「自動で消えます」と書いてある。          |   |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名

グループホームあいおい

作成日

令和6年2月20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    | 7    | 高齢者虐待防止の指針が整備されていない。高齢者虐待防止と身体拘束廃止の取組みが一体的に行われているので、委員会や研修は切り離して行うことが良い。 | 高齢者虐待防止と身体拘束廃止の取組みをそれぞれ独立させて委員会や研修を行う | ①来年度の年間計画と研修計画に高齢者虐待防止と身体拘束廃止に向けた取組みを切り離しそれぞれを入れる。②また指針を整備する。 | ①令和6年度中<br>②令和6年3月31日 |
| 2    |      |  |                                       |   |                       |
| 3    |      |  |                                       |   |                       |
| 4    |      |  |                                       |   |                       |
|      |      |  |                                       |   |                       |

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。  
 注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。