

令和3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         | 1470901271                                       | 事業の開始年月日       | 平成17年4月1日 |
|               |  | 指定年月日          | 平成17年4月1日 |
| 法人名           | 社会福祉法人若竹大寿会                                      |                |           |
| 事業所名          | グループホームわかたけ小机                                    |                |           |
| 所在地           | ( 222-0035 )<br>横浜市港北区鳥山町1031                    |                |           |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護             | 登録定員           | 名         |
|               | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 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3年1月19日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和4年4月11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)】

「自分らしく輝いて暮らせるホームをめざす」という理念のもと、「マズローの5段階欲求」に照らし合わせながら、ご入居者一人一人の欲求を満たすことができるように支援している。ご入居者が、持っている力を十分に発揮し、意思を尊重され、輝いて暮らすことができる為にも、ご家族様との情報共有は必須であり、ご面会時やイベント配信時で積極的にコミュニケーションを取っている。理念に沿ってケアを継続する事で、行動・心理症状(BPSD)が軽減していき、穏やかに生活できるようになっていくプロセスを経験することで、職員もやりがいや喜びを感じ、前向きに取り組む姿勢が生まれている。

### 【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番地 日土地山下町ビル9階 |               |          |
| 訪問調査日 | 令和4年2月1日                | 評価機関<br>評価決定日 | 令和4年4月1日 |

※新型コロナウイルス感染予防の為、事業所訪問をせずにオンライン調査を行っております。

### 【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)】

**【事業所の概要】**  
グループホームわかたけ小机は、JR横浜線小机駅から徒歩7分程度の場所にある。周囲は畑や緑地、小さな工場や事業所の車置き場などが混在している。ホームのすぐ近くを鶴見川の支流の鳥山川が流れ、土手は散歩に適した場所になっている。日産スタジアムが近く、サッカーの試合がある時は歓声が聞こえる。ホームの広い敷地にある建物は、軽量鉄骨平屋建で、玄関を中心に、左右に各ユニットが配置され開放感のある造りになっている。

**【身体拘束防止と虐待防止の取り組み】**  
利用者の尊厳と主体性を尊重し、「身体拘束その他の行動制限」をケアに持ち込まないことを法人の基本方針としている。その観点から自分がケアを受けるようになったことを想定し、職員全員が利用者の疑似体験をした。疑似体験を踏まえ、今年度は職員の意見で自分達がしがちな不適切ケアの動画を制作した。仲間が演じる動画は、ともしれば自分もしがちなことと受け止め、「大丈夫だろう」と思ってしまわないよう日頃からの取り組みの大切さを学んでいる。

**【Zoomやメールを取り入れた家族との連携】**  
コロナの感染対策から家族会や面会の中止など家族と会える機会が少なくなり、寂しさを訴える方もいた。そのような時は、オンライン面会で家族と話すことで寂しさを紛らわしている。また、家族に利用者の元気な様子を届けるために行事の動画をZoom配信している。全家族からメールアドレスを受け取り、緊急時連絡にもメールを活用している。

### 【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  | グループホームわかたけ小机 |
| ユニット名 | 月ユニット         |

| 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)     | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者の<br>2, 利用者の2/3くらいの<br>3, 利用者の1/3くらいの<br>4, ほとんど掴んでいない |
| 57        | 利用者と職員と一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)             | <input type="radio"/> | 1, 毎日ある<br>2, 数日に1回程度ある<br>3, たまにある<br>4, ほとんどない                  |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36, 37)   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)        | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 62        | 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。<br>(参考項目：28) | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |

|    |  |                       |  |
|----|--|-----------------------|--|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている。<br>(参考項目：9, 10, 19)   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3, 家族の1/3くらいと<br>4, ほとんどできていない |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | <input type="radio"/> | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3, たまに<br>4, ほとんどない             |
| 65 | 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) | <input type="radio"/> | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3, あまり増えていない<br>4, 全くいない        |
| 66 | 職員は、活き活きと働けている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3, 職員の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない    |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3, 利用者の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | <input type="radio"/> | 1, ほぼ全ての家族等が<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3, 家族等の1/3くらいが<br>4, ほとんどいない |

| 自己評価       | 外部評価 | 項 目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------------|------|--|---|--|-------------------|
|            |      |  | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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   | 「自分らしく輝いて暮らすホームを目指す」理念を掲げている。事務所に掲示してある為、いつでも見れるようにしている | 法人が運営するグループホーム共通の理念を踏まえて、ホームで年度ごとに事業計画の目標を定めている。今年度は、職員のスキルアップと、1日1回利用者が笑顔になれるような取り組みを目標にしている。更に利用者が楽しめるように月1回のイベントを実施している。職員はマズローの法則を理解して自分ならどうしてほしいかと利用者の立場を慮っている。 |                   |
| 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   | 感染予防対策のため、外出や地域イベント等での交流する機会が減り関係作りの構築が難しい              | ホームの周辺は小さな工場や広い自動車置き場などがあり、民家はほとんどない為、地域の方とのふれあいは難しい。自治会長が会費を集めに立ち寄る時に会話をしている。コロナ前は地域のお祭りの案内を届けてくれた際にも話をしていた。  |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている | 近隣住民のみの交流でとどまっている                                       |  |                   |

| 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   |
| 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   | 運営推進会議のオンライン化・実施が出来ていない。<br>家族の会議への参加が難しく、メンバーの選出（決定）が滞っている           | 運営推進会議は今年度は実施していない。書面開催もできていない。家族のメンバーがなかなか決まらないことや、コロナ以降は地域包括支援センターとのかかわりも少なくなり、区の担当者と直接顔を合わせる機会も減っている。  | 家族や今までのメンバーに事業所の活動状況報告書を作成して郵送されることを提案します。また、行政や地域包括支援センターの担当職員に協力を仰ぎ、民生委員や介護相談員等、新しいメンバーの参加を要請されることを期待します。 |
| 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  | 感染予防対策でグループホーム連絡会開催への参加も難しく（開催も見合わせ状態）取組みが途中で終わっている                   | 以前は地域包括支援センターが月1回開催していた地域交流のカフェに利用者数名が散歩がてら参加していたが、現在は特に交流もない。行政から研修案内があり、必要な研修は受講することになっている。横浜市から、感染予防対策用のマスクや消毒液の追加支給のメール案内を受け、物品を支給してもらった。グループホーム連絡会はZoom開催になり、参加し易くなった面もある。 |   |
| 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 | 身体拘束や虐待は、法人の理念、ホームの理念に反する事であることを理解し、取り組んでいる。委員会の立ち上げ、動画による研修なども行っている。 | 身体拘束防止委員会は、各ユニットからリーダー、常勤職員各1名、管理者の計5名の構成で3か月ごとに開催している。「飲まない部屋に帰れない」という前提で、無理に飲むことを体験した。更によりリアル感が出るように職員が動画を作成した。仲間が演じるものを見ることで、自分に置き換えて考え、気づきに繋がっている。                          |   |

| 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 |
| 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      | 高齢者虐待防止法についての資料はいつでも閲覧出来るようになっている。不適切なケアの見本として、自主動画を撮り研修材料として使用し理解を深めている | 身体拘束防止委員会で虐待防止についても取り上げている。研修は年2回、神奈川県で作成した不適切ケアチェックリストを活用している。利用者同士の暴力的な行為は、距離をとりながら職員がフォローして対応している。入居したばかりの方が落ち着かず職員に対して手が出るようなこともあるが、担当を男性職員にしたり、うまく行ったことを共有して対応している。   |                   |
| 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 | 制度の知識を深める努力をしている。また事務所に地域権利擁護事業や成年後見人制度の資料を職員がいつでも見られるようにしている            |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                      | 入居の事前説明を必ず行い契約書、重要事項説明書を渡している。ホームの理念等を理解して頂いてからの契約としている。                 |  |                   |
| 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                   | 感染予防対策で家族会開催など直接のご意見を聞く機会は少ないが、お電話やオンライン、メールなどで意見を伺い改善に繋げている             | コロナ前は2か月に1回親睦を兼ね、家族会を行っていた。家族との連絡は電話の他、全員のメールアドレスを伺い、メールを活用している。希望される方には、行事の様子も写真を添付し送っている。また、1年分の写真を年度の終わりにデータで送っている。現在対面での面会を制限しているため、オンラインの面会を推奨して、数組の方が活用している。今年度は、系列の西菅田のグループホームを見学した家族から、「西菅田にはお花がいっぱいありますね」という言葉があり、2週間に1回業者に花を植え替えてもらうことにした。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|---|--|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11   | 8    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                 | 常に意見を聞いてもらえる環境が整っており、必要に応じてカンファレンスを実施している。                                     | 月1回のリーダー会議やユニット会議で意見交換や情報交換している。管理者は同席するが、口を挟まず職員の自主性を重んじている。職員が提案した時には、それを実現するにはどうしたらよいかと逆に投げかけることで職員が自ら考えるようになってきた。「レクの時間がない」、「お昼の休憩が取りにくい」という相談には、職員が話し合いで時間配分を工夫して時間を確保した。                                   |                   |
| 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 | 定期的な面接の他、半年に1回職員の成果を評価し管理者と面談を行う取り組みがある。また職員の事情に極力配慮した勤務を組むようにしている             | 年2回ストレスチェックを実施して法人で取りまとめ、法人委員会や、ホームの安全委員会で検討し、ストレスのない職場環境に努めている。また、法人の取り組みで60歳定年後の再雇用制度や、産休・育休で復職した後の働きやすい環境が整っている。常勤職員は半年ごとの人事考課で自己評価を行い、それに沿って管理者が面談し、意向確認をしている。永年勤続者には法人から祝い金などが贈られ、全職員にリフレッシュ休暇、誕生日休暇が付与される。 |                   |
| 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     | 人材育成には法人全体で力を入れている。管理者・リーダー・中堅・新人等段階別での研修を実施している。スキルアップを目指した外部研修への参加も積極的に行っている | 介護福祉士やケアマネの資格取得にはテキスト代割引や講習会受講料の立替、合格者への祝い金等の支援をしている。研修参加時間は勤務扱い、参加日はシフトを調整している。外部研修も必要なものは勤務扱いで費用も会社が負担している。介護福祉士、ケアマネとして勤務している場合は資格手当が支給される。シフト作成前に希望を聞くことで有休を取りやすい環境にしている。                                    |                   |

| 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 |
| 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り組みをしている | 法人内外の研修の場や、他のホームとの交換研修、専門学校実習生の受け入れを行い、サービス向上に取り組んでいる                        |      |                   |
| 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         | 入居前には必ず本人との面談を設定しており、本人の希望や不安、何を必要とされているか伺っている。本人や家族の意見、意思はケアプランに反映している。     |      |                   |
| 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                    | 電話相談、見学や入居相談時から家族の意見をしっかり聴くことに努めている。家族に合わせて、個別に対応している。                       |      |                   |
| 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                | その方の現在の状態や環境、経済面も含め、どのような支援をすればよいかを考えながら応じている。                               |      |                   |
| 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                                   | ホームの理念に沿って、ご入居者主体の支援を行っている。特に様々な心理行動症状を認知症が原因と決めつけず、どのような要因があるのか理解するよう努めている。 |      |                   |
| 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                    | 接遇に注意し、専門的な立場や求められているスキルを発揮しながら、家族と喜びを共に共有できる関係作りを行っている。                     |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 面会可能時には飛沫防止シートを使用・その他はオンライン面会を行うなどの環境づくりを行っている                                    | 以前からの知人や友人との関係が途切れないように電話を取り次いだり、年賀状を出す支援をしている。携帯を持参している方には自由にかけてもらっている。オンラインでの面会や行事の動画配信に慣れてきた方もいる。動画撮影の時には、眉を引いておしゃれをする方もいる。利用者同士が馴染みになり居室でお茶飲みをしたり、「帰らなくては」という利用者に、別の方が部屋に呼んで慰めることもある。アルコールをたしなむ方には時折提供したり、食後に菓子や飲み物など好みの物を出している。また、正月には毎年ホームに飾る花を活ける方もいる。 |                   |
| 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                | 個人の過ごしやすい環境を整えると共に、食事の席や日々の生活空間にストレスがかからないよう努めている。                                |   |                   |
| 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 | 近隣にお住まいの方などは、日常的に挨拶や世間話などを行いながら、状況に応じご相談にのっているが、ホームでの看取りによる退居が多く、件数としては多くない状況である。 |   |                   |



| 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 |
| 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。  | 理念に沿って、家族様等からの事前確認に加え、日常の関わりの中から思いや意向を把握できるよう努めている。困難な場合は理念に立ち返り、本人様の立場となりケアを実施している。 | 職員と1対1になれる夜間帯などに、家族の話や、他の利用者に対する思いなどを聞き取れることが多く、その中で意向把握のヒントを得ている。良かれと思って対応したことが、その方の気持ちに沿っていないこともあり、そのような時には職員間で話したり、家族に聞いている。重度化が進むと意向を汲み取ることも少しずつ難しくなるため、家族の意向も確認しながら対応している。汲み取った思いや意向は申し送ノートやミーティング等で共有している。 |                   |
| 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                                       | ご本人やご家族から、安心して生活出来るよう生活歴やサービス利用の経緯等の情報収集を行っている。                                      |  |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 食事・排泄・睡眠・入浴状況等を個別に記録し、そこから得た情報をアセスメントすることで現状の把握をしている。                                |  |                   |
| 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 | 理念のもと、日々職員で入居者主体の生活について話し合いをしている。家族とも相談しながらケアプランを作成している。                             | ケアプランや週間サービス実績表はユニット全員分をまとめ、常に職員が見えるようにしている。ケアプランの目標については週間サービス実績表の中で日々できたことを確認している。職員は常にケアプランを念頭にケアに当たり、カンファレンスで振り返り、プランが達成できるように取り組んでいる。ケアプランの短期目標は3か月、長期目標は6か月で見直しをしている。                                      |                   |

| 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 |
| 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          | 日々の記録は個別に記載している。職員は記録と申し送りやカンファレンスで情報を共有し、実践につなげている。                         |  |                   |
| 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 | 法人内との連携を持ち、入居者の生活が困らないように対応している。   |  |                   |
| 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           | 外部来訪が難しいので、DVDや動画サイトなどを活用し余暇活動を行っている。また、毎月イベントを企画し、一緒に準備をしたりして参加する楽しみを工夫している |  |                   |
| 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       | ご本人のかかりつけ医を継続して利用できる支援以外に、利用したい医療や往診利用の支援を行っている。                             | 2か所の医療機関にユニット毎の往診を依頼している。いずれの往診医も利用者本位の対応や、24時間オンコールに応じている。整形外科や皮膚科など専門科への通院は、家族が対応しているが、時には職員が同行することもある。家族が対応する際は、協力医から情報提供がある。受診情報は家族から聞き取り、介護記録に記載している。訪問歯科は必要や希望により個別契約をして、治療や口腔ケアを受けている。法人の理学療法士が3か月毎に訪れ、利用者の動作や関節可動域を確認して、リハビリを生活の中に取り入れる提案をして、ケアプランに反映させることもある。 |                   |

| 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 |
| 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                      | 看護師と連携をはかり、医療連携体制加算を算定している。   |  |                   |
| 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。 | 入院時には、情報提供書を使用して情報提供を行っている。また、家族と連絡を取ることや、感染症対策があるが、可能な限り病院へ面会を行い状態の把握に努めている。 |  |                   |
| 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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 入居時に重度化・終末期対応指針をご家族に説明している。また本人の変化に合わせて家族、かかりつけ医と話し合いの場を持っている                 | 契約時に「重度化・終末期の対応指針」を説明して同意書を交わしている。医師が終末期と判断した時に、再度医師を交えて話し合い、家族に意思確認している。昨年度から今年度にかけて6名の方の看取りをしている。当初は戸惑っていた職員も何度かの経験から、看取り時の対応に戸惑うことなく対応し、看取り後は必ず振り返りを行っている。看取りが生じた際には管理者が職員に研修を行っているが、今年度は協力医が受け持つ予定がある。 |                   |
| 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   | 管理者、看護師に連絡をし、対応指示を仰いでいる   |  |                   |

| 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 |
| 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 | 災害マニュアルに沿って対策に取り組んでいる。地域の防災訓練にも参加をしている。今後、地域住民協力による避難訓練実施のため自治会担当者の方と相談を進めている。 | 今年度は10月2日に利用者も参加して避難訓練を行った。訓練で火災通報機の使用方法和避難経路の確認を行っている。もう1回は自治会長や消防団に参加を要請して実施する予定にしている。また、昨年度の外部評価結果から目標にした災害時対応のマニュアルの見直しを行っている。ホーム周辺が浸水想定区域のため、地域や地域周辺に居住する法人職員への協力要請なども考慮している。                           |                   |
| 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      | その方だけに聞こえる程度の声量で声を掛けるなどプライバシーへの配慮を意識している。受け止めやすい言葉掛けや不快に繋がっていないかをアセスメントしている    | 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮して日々の記録は利用者の目につかないところに置いている。トイレ誘導の場合は、「あちらに行きましょう」などの間接的な言い方や、直接伝える時は耳元で小声にしている。職員が配慮のない声掛けをした時には管理者やリーダーが注意を促すこともある。個人情報の入ったパソコンは事務所内に置かれ職員も使用できるが、パスワードを設定することで、特定の職員が必要な情報にアクセス可能となっている。 |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている           | 「はい」「いいえ」で答えられる言葉掛けなど、認知症状がすすんだ方でも自己決定がしやすいケアに取り組んでいる                          |  |                   |

| 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 |
| 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 | 起床、就寝時間などに決定事項はなく、体調や気分に合わせて日々の生活を送って頂けるよう支援をしている。リハビリ機器を導入したり、3ヶ月に1度、リハビリ評価を受けている。   |   |                   |
| 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                                  | 着替える時はご本人に服を選んでもらえるよう支援をしている。また、汚れてしまった場合、早めに着替えられるよう支援している                           |   |                   |
| 40   | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 入居者一人々に合わせて盛り付け、調理方法などを考えている。手伝って頂けることは職員と一緒にいき、力の発揮をして頂いている。定期的に食事イベントを開催する機会を設けている。 | 食事は業者委託で調理済みの物が届き、湯煎にし、ご飯、汁物は職員が調理して提供している。食事がマンネリ化しないように、1週間に1回、パンや麺類の日を設けたり、定期的に利用者の希望を聞いて、出前やテイクアウトのものを取り入れている。また、市販のパン等を取り入れ、目先を変えて食が進むように支援している。誕生日はケーキを購入して皆で祝っている。簡単な調理ができ、包丁で野菜を刻んでくれる方や、下ごしらえや、盛り付けを手伝う方もいる。 |                   |
| 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          | 食事、水分量を毎日記録し変化がないか観察している。食事、水分摂取が少ない場合にはお好みの補食や飲み物を提供し出来るだけ適正量を目指している。                |   |                   |
| 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、口腔ケアができるよう支援している。また口腔衛生士の利用がある。口腔衛生士より職員への指導もして頂いている                              |   |                   |

| 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 |
| 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     | 無理の無い範囲で出来るだけオムツを使用せず、トイレでの排泄を維持出来るよう努めている。排泄チェック表を利用し、一人ひとりに合わせた言葉かけ、誘導方法を実践している。             | 布パンツを使用して自立でトイレに行く方が2名、リハビリパンツを使用して自立でトイレに行く方が5～6名、全介助の方が4名いる。その他の方はリハビリパンツにパッドを使用して、定時誘導や個々の排泄のリズムに応じてトイレ誘導している。夜間はその方に合わせてトイレ誘導したり、ポータブルトイレを使用したりと、できるだけ利用者の負担が少ない支援を心掛けている。                                  |                   |
| 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                     | 出来るだけ下剤が不要となるように食生活でのアプローチを行っている。乳製品（ヨーグルトやカルピス、牛乳など）を積極的に提供し、排便コントロールを実践している                  |   |                   |
| 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | 原則として週2回を基準としているが無理強いせず意向に合わせている。ご希望者には夕方を中心にお誘いしている。時間を設定せず支援している。ADL低下に沿った支援ができるよう機器を活用している。 | 入浴回数や時間などは、できるだけ利用者が負担に感じないように配慮した対応をしている。皮膚の状態などから医師の指示があった場合は、週2回以上の入浴を勧めている。入浴を好まない方には毎日声掛けをし、タイミングを見て入浴をしてもらっている。浴槽の湯や足ふきマットは1人ずつ交換して、清潔の保持に努めている。柚子湯の際には入浴剤で香りを足して楽しんでもらっている。脱衣場の床暖房、浴室暖房機でヒートショック対策をしている。 |                   |
| 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                      | 起床、入床を記録し状況の把握に努めている。疲労や眠気に合わせ日中での休息支援を行っている   |   |                   |
| 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                 | 飲み忘れや誤薬防止に、職員一人ひとり服薬の重要性を意識している。服薬のミスがないようチェック体制を整えている   |   |                   |

| 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 |
| 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                              | 何が好きで、何が得意でなど職員で共有した情報から支援を行っている。   |   |                   |
| 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 | その日の状態を考慮しながら、施設内外気浴を楽しめるように支援している。ご入居者からは外出の希望があまりないが、意欲を引き出す言葉かけなど工夫をしている | コロナ前は近くの川の土手付近や、近くの城郷地域ケアプラザに散歩に出掛けていたが、現在はホームの広い庭を周回して散歩している。今年の初詣は職員が庭に作った鳥居に参った。また、家族の声で植えられた庭のプランターの花々の手入れも、利用者の楽しみになっている。洗濯物を干したり、取り込んだりの手伝いも利用者の役割になっている。 |                   |
| 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                              | お金を利用する機会はほとんどないが、長年の習慣、経験から金銭を大切にしたい想いを大切に汲み取るケアを行っている                     |   |                   |
| 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   | 家族や友人、からの手紙は自由。これまでの関係性を継続出来る支援をしている。居室には電話が設置可能。必要があれば、事務室の電話もとっている。       |   |                   |

| 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 |
| 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 | テレビや音楽の音、職員の声が不快にならないよう意識を持っている。掃除の実施やリビングの明るさ温度、湿度にも気を配っている | 床暖房が施されたリビングは日当たりが良く暖かい。天気の良い日は窓辺に椅子を移動してお茶を楽しみながら日光浴をしている。フロアの中央辺りにアイランドキッチンがあり、職員は調理をしながら見守りをしている。利用者も職員の忙しそうに見えるため、洗い物や食器拭き等、自ら手伝ってくれる。リビングに空気清浄機付き加湿器を2台置き、小窓は常時開け、食後利用者が居室に戻った際に一斉に窓を開け換気をしている。アクリル板の設置や距離を置いた席の配置、こまめなアルコール消毒等感染症対策を施している。 |                   |
| 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  | リビング内でも、テレビ前、テラス、キッチン前と、個々に好きな場所で好きな事をしながら過ごせるよう行っている。       |  |                   |
| 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  | 入居以前に使用されていた馴染みの家具や大切にされてきた物を持参して頂いている。                      | 居室はエアコン、押し入れ収納、洗面台が備え付けられ、照明、カーテン、ベッドは利用者が持参している。タンスや椅子などの家具類やテレビ、仏壇等の他に、DVDや人形など好きなものを持ち込んでいる。洗面台があることで利用者が自ら身支度をしたり、整容に気を遣っている。昼間はリビングで過ごす方が多いが、居室のテレビでドラマや、国会中継などを見て過ごす方もいる。  |                   |
| 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  | ベッド柵や手すりなど、ご家族と話し合いその方にあった環境を整えている。                          |  |                   |



|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | グループホームわかたけ小机 |
| ユニット名 | 太陽ユニット        |

| 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        | 利用者と職員と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、安心して暮らしている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |

|    |  |   |                |
|----|--|---|----------------|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と    |
|    |  |   | 2, 家族の2/3くらいと  |
|    |  |   | 3, 家族の1/3くらいと  |
|    |  |   | 4, ほとんどできていない  |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |  |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |  |   | 3, たまに         |
|    |  |   | 4, ほとんどない      |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている    |
|    |  |   | 2, 少しずつ増えている   |
|    |  |   | 3, あまり増えていない   |
|    |  |   | 4, 全くいない       |
| 66 | 職員は、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                     | 「自分らしく輝いて暮らすホームを目指す」理念を掲げている。事務所に掲示してある為、いつでも見れるようにしている |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                     | 感染予防対策のため、外出や地域イベント等での交流する機会が減り関係作りの構築が難しい              |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている                   | 近隣住民のみの交流でとどまっている                                       |      |                   |
| 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 | 運営推進会議のオンライン化・実施が出来ていない。                                |      |                   |

| 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 |
| 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  | 感染予防対策でグループホーム連絡会開催への参加も難しく（開催も見合わせ状態）取り組みが途中で終わっている                     |      |                   |
| 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 | 身体拘束や虐待は、法人の理念、ホームの理念に反する事であることを理解し、取り組んでいる。委員会の立ち上げ、動画による研修なども行っている。    |      |                   |
| 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  | 高齢者虐待防止法についての資料はいつでも閲覧出来るようになっている。不適切なケアの見本として、自主動画を撮り研修材料として使用し理解を深めている |      |                   |
| 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   | 制度の知識を深める努力をしている。また事務所に地域権利擁護事業や成年後見人制度の資料を職員がいつでも見られるようにしている            |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている  | 入居の事前説明を必ず行い契約書、重要事項説明書を渡している。ホームの理念等を理解して頂いてからの契約としている。                 |      |                   |

| 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 |
| 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                      | 感染予防対策で家族会開催など直接のご意見を聞く機会は少ないが、お電話やオンライン、メールなどで意見を伺い改善に繋げている                   |      |                   |
| 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                                      | 常に意見を聞いてもらえる環境が整っており、必要に応じてカンファレンスを実施している。                                     |      |                   |
| 12   | 9    | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 定期的な面接の他、半年に1回職員の成果を評価し管理者と面談を行う取り組みがある。また職員の事情に極力配慮した勤務を組むようにしている             |      |                   |
| 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          | 人材育成には法人全体で力を入れている。管理者・リーダー・中堅・新人等段階別での研修を実施している。スキルアップを目指した外部研修への参加も積極的に行っている |      |                   |
| 14   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 法人内外の研修の場や、他のホームとの交換研修、専門学校実習生の受け入れを行い、サービス向上に取り組んでいる                          |      |                   |

| 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 |
| 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 | 入居前には必ず本人との面談を設定しており、本人の希望や不安、何を必要とされているか伺っている。本人や家族の意見、意図はケアプランに反映している。     |      |                   |
| 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            | 電話相談、見学や入居相談時から家族の意見をしっかり聴くことに努めている。家族に合わせて、個別に対応している。                       |      |                   |
| 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        | その方の現在の状態や環境、経済面も含め、どのような支援をすればよいかを考えながら応じている。                               |      |                   |
| 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                           | ホームの理念に沿って、ご入居者主体の支援を行っている。特に様々な心理行動症状を認知症が原因と決めつけず、どのような要因があるのか理解するよう努めている。 |      |                   |
| 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            | 接遇に注意し、専門的な立場や求められているスキルを發揮しながら、家族と喜びを共に共有できる関係作りを行っている。                     |      |                   |

| 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 |
| 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                    | 面会可能時には飛沫防止シートを使用・その他はオンライン面会を行うなどの環境づくりを行っている                                       |      |                   |
| 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                | 個人の過ごしやすい環境を整えると共に、食事の席や日々の生活空間にストレスがかからないよう努めている。                                   |      |                   |
| 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 | 近隣にお住まいの方などは、日常的に挨拶や世間話などを行いながら、状況に応じご相談にのっているが、ホームでの看取りによる退居が多く、件数としては多くない状況である。    |      |                   |
| 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。                       | 理念に沿って、家族様等からの事前確認に加え、日常の関わりの中から思いや意向を把握できるよう努めている。困難な場合は理念に立ち返り、本人様の立場となりケアを実施している。 |      |                   |
| 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                    | ご本人やご家族から、安心して生活出来るよう生活歴やサービス利用の経緯等の情報収集を行っている。                                      |      |                   |

| 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 |
| 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   | 食事・排泄・睡眠・入浴状況等を個別に記録し、そこから得た情報をアセスメントすることで現状の把握をしている。                        |      |                   |
| 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 | 理念のもと、日々職員で入居者主体の生活について話し合いをしている。家族とも相談しながらケアプランを作成している。                     |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 日々の記録は個別に記載している。職員は記録と申し送りやカンファレンスで情報を共有し、実践につなげている。                         |      |                   |
| 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               | 法人内との連携を持ち、入居者の生活が困らないように対応している。   |      |                   |
| 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                         | 外部来訪が難しいので、DVDや動画サイトなどを活用し余暇活動を行っている。また、毎月イベントを企画し、一緒に準備をしたりして参加する楽しみを工夫している |      |                   |

| 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 |
| 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                                 | ご本人のかかりつけ医を継続して利用できる支援以外に、利用したい医療や往診利用の支援を行っている。                              |      |                   |
| 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                      | 看護師と連携をはかり、医療連携体制加算を算定している。   |      |                   |
| 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。 | 入院時には、情報提供書を使用して情報提供を行っている。また、家族と連絡を取ることや、感染症対策があるが、可能な限り病院へ面会を行い状態の把握に努めている。 |      |                   |
| 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 | 入居時に重度化・終末期対応指針をご家族に説明している。また本人の変化に合わせて家族、かかりつけ医と話し合いの場を持っている                 |      |                   |
| 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   | 管理者、看護師に連絡をし、対応指示を仰いでる  |      |                   |



| 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 |
| 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            | 災害マニュアルに沿って対策に取り組んでいる。地域の防災訓練にも参加をしている。今後、地域住民協力による避難訓練実施のため自治会担当者の方と相談を進めている。      |      |                   |
| 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                 | その方だけに聞こえる程度の声量で声を掛けるなどプライバシーへの配慮を意識している。受け止めやすい言葉掛けや不快に繋がっていないかをアセスメントしている         |      |                   |
| 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                      | 「はい」「いいえ」で答えられる言葉掛けなど、認知症状がすすんだ方でも自己決定がしやすいケアに取り組んでいる                               |      |                   |
| 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 | 起床、就寝時間などに決定事項はなく、体調や気分に合わせて日々の生活を送って頂けるよう支援をしている。リハビリ機器を導入したり、3ヶ月に1度、リハビリ評価を受けている。 |      |                   |
| 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                                   | 着替える時はご本人に服を選んでもらえるよう支援をしている。また、汚れてしまった場合、早めに着替えられるよう支援している                         |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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   | 入居者一人々に合わせて盛り付け、調理方法などを考えている。手伝って頂けることは職員と一緒にいき、力の発揮をして頂いている。定期的に食事イベントを開催する機会を設けている。 |      |                   |
| 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        | 食事、水分量を毎日記録し変化がないか観察している。食事、水分摂取が少ない場合にはお好みの補食や飲み物を提供し出来るだけ適正量を目指している。                |      |                   |
| 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、口腔ケアができるよう支援している。また口腔衛生士の利用がある。口腔衛生士より職員への指導もして頂いている                              |      |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている | 無理の無い範囲で出来るだけオムツを使用せず、トイレでの排泄を維持出来るよう努めている。排泄チェック表を利用し、一人ひとりに合わせた言葉かけ、誘導方法を実践している。    |      |                   |
| 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                 | 出来るだけ下剤が不要となるように食生活でのアプローチを行っている。乳製品（ヨーグルトやカルピス、牛乳など）を積極的に提供し、排便コントロールを実践している         |      |                   |

| 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 |
| 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                           | 原則として週2回を基準としているが無理強いせず意向に合わせている。ご希望者には夕方を中心にお誘いしている。時間を設定せず支援している。ADL低下に沿った支援ができるよう機器を活用している。 |      |                   |
| 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  | 起床、入床を記録し状況の把握に努めている。疲労や眠気に合わせ日中での休息支援を行っている   |      |                   |
| 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   | 飲み忘れや誤薬防止に、職員一人ひとり服薬の重要性を意識している。服薬のミスがないようチェック体制を整えている   |      |                   |
| 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                              | 何が好きで、何が得意でなど職員で共有した情報から支援を行っている。  |      |                   |
| 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 | その日の状態を考慮しながら、施設内外気浴を楽しめるように支援している。ご入居者からは外出の希望があまりないが、意欲を引き出す言葉かけなど工夫をしている                    |      |                   |

| 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 |
| 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  | お金を利用する機会はほとんどないが、長年の習慣、経験から金銭を大切にしたい想いを大切に汲み取るケアを行っている               |      |                   |
| 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   | 家族や友人、からの手紙は自由。これまでの関係性を継続出来る支援をしている。居室には電話が設置可能。必要があれば、事務室の電話もとっている。 |      |                   |
| 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 | テレビや音楽の音、職員の声で不快にならないように意識を持っている。掃除の実施やリビングの明るさ温度、湿度にも気を配っている         |      |                   |
| 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  | リビング内でも、テレビ前、テラス、キッチン前と、個々に好きな場所で好きな事をしながら過ごせるよう行っている。                |      |                   |
| 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   | 入居以前に使用されていた馴染みの家具や大切にされてきた物を持参して頂いている。                               |      |                   |

| 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 |
| 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 | ベッド柵や手すりなど、ご家族と話し合いその方にあった環境を整えている。 |      |                   |

目標達成計画

事業所名 グループホームわかたけ小机

作成日 令和4年 4月 8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り組み内容  | 目標達成に要する期間 |
|------|--------|---|--|---|------------|
| 1    | 3      | 運営推進会議が参加者の都合が合わず、開催に至らない事が多々あった。<br>ホーム運営の中身が、ご家族に発信する機会が十分ではなく、不安を与えてしまい早急な改善が望まれる。 | 情報共有・関係の構築に向け、直接参加の他にオンライン開催の実施を行う。<br>① 不得意な方へはネット操作のレクチャーを実施<br>② 面会の機会を増やす      | ① 家族参加は月ごと持ちまわりとする<br>② 参加月スケジュールを作成し、メールや手紙、電話で参加確認を行う<br>③ 半期に一度見直し期間を設定し、実施していく。                       | 2ヶ月<br>随時  |
| 2    | 1<br>3 | 防災・水害などの災害知識・対策だけに留まらず、最新のマニュアルの作成も必要。  | 定期的な計画の実施<br>① 避難計画書の作成<br>② 自主避難の経験を活かした、避難誘導訓練の実施。<br>③ 地震に備えた準備・訓練実施の実施。        | ① 毎年作成し、職員へ配布<br>② 年度ごとに見直し・更新した計画書を基に訓練を実施。<br>③ 水消火器訓練など、年1回参加を必須。                                      | 6ヶ月<br>随時  |
| 3    |        | 生活のメリハリを目的としたイベントなど、適度な頻度で出来るような計画が必要。<br>(入居者参加型イベント)                                | 役割・楽しみごとの支援<br>① 年間スケジュールでイベントを開催。<br>② 役割を持った日常生活支援の実践。<br>③ 日常生活外のイベント時にも、役割を持つ。 | ① 年間スケジュールを作成し実施。<br>② 役割が持てる参加型イベントにする。<br>③ 役割実践が継続できるよう、ケアプランに反映する。<br>④ 食事は1ヶ月に1回<br>⑤ 大きなイベントは3カ月に1回 | 6ヶ月<br>随時  |
| 4    |        | 専門性に特化した、ケアの質の向上を目指す  | 入居対象者の年齢層の変化(団塊の世代)への理解とニーズに沿ったケア提供  | ① 認知症実践者研修取得者の増員<br>② 研究発表への参加<br>③ 他事業所での研修  | 6か月<br>随時  |

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。