

2022（令和4）年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要（事業所記入）】

|               |                                  |                |                     |
|---------------|----------------------------------|----------------|---------------------|
| 事業所番号         | 1473400537                       | 事業の開始年月日       | 平成19年4月19日          |
|               |                                  | 指定年月日          | 平成19年4月19日          |
| 法人名           | 株式会社 アイシマ                        |                |                     |
| 事業所名          | グループホーム あいらんど                    |                |                     |
| 所在地           | ( 246-0026 )<br>横浜市瀬谷区阿久和南4-11-2 |                |                     |
| サービス種別<br>定員等 | ■ 認知症対応型共同生活介護                   | 定員計            | 18名<br>ユニット数 2 ユニット |
| 自己評価作成日       | 令和4年12月9日                        | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和5年3月2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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

「安」心できる生活の提供・「信」頼できる関係の構築・「感」じ取る力の養育を理念として、利用者様とご家族の意向を第一に、介護と医療が連携して利用者様の生活を支えます。一日のタイムスケジュールは決まっておらず、利用者様一人一人が好きな事を好きな時間に行えるようになっております。一日一回は外の空気を吸って頂く為に外気浴や散歩にお誘いしたり、清潔保持に力を入れているため、一日おきの入浴や、入浴しない方には足浴を行うなどしております。行事についても力を入れており、職員は行事担当を2か月間持ち回りで担当し、2ヶ月の内どちらかは必ず行事を企画するようにしております。

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

|       |                                     |               |           |
|-------|-------------------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ                           |               |           |
| 所在地   | 251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 |               |           |
| 訪問調査日 | 令和5年1月10日                           | 評価機関<br>評価決定日 | 令和5年2月13日 |

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

事業所は、相鉄線「三ツ境」駅、または、相鉄いずみ野線「いずみ野」駅から神奈中バス「新和入り口」バス停直ぐの自然が残る閑静な場所にあります。建物は鉄骨造り2階建てバリアフリー、2ユニットの事業所です。

<優れている点>

事業所は、令和3年度神奈川県の優良介護サービス事業所「神奈川認証」を受けています。サービスの質の向上や人材育成、職員の就業環境整備等について一定の水準を満たしているとして認定されたものです。職員の定着率が高く、介護経験の豊富な職員、介護資格取得者が多く、職員間のコミュニケーションも良く、意見や提案を話し合える風通しの良い職場で職員はチームワーク良く利用者の支援に当たっています。管理栄養士による食事への技術的助言や指導を受け、日々の食事に加え毎日の3時のおやつも職員が手作りしています。職員が作った食事の献立や写真を栄養士に送り、評価、助言を受け、栄養、味はもちろんの事、利用者が「食べる意欲が出るような彩り」にまで気を配り利用者が一番楽しみとなっている食事を大切に、日々の支援に努めています。

<工夫点>

利用者の急変時に備え「異変時の対応方法フローチャート」「119番通報の手順」等を事務室の電話付近に職員が分かるように掲示するとともに、緊急時持ち出し用「利用者救急医療情報ファイル」を備えています。

### 【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 あいらんど |
| ユニット名 | つき            |

| V アウトカム項目 |   |   |                |
|-----------|---|---|----------------|
| 56        | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。<br>(参考項目：23, 24, 25)   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者の   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいの |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいの |
|           |   |   | 4, ほとんど掴んでいない  |
| 57        | 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。<br>(参考項目：18, 38)           | ○ | 1, 毎日ある        |
|           |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|           |   |   | 3, たまにある       |
|           |   |   | 4, ほとんどない      |
| 58        | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。<br>(参考項目：38)                 | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 59        | 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。<br>(参考項目：36, 37) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 60        | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。<br>(参考項目：49)                | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 61        | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。<br>(参考項目：30, 31)      | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 62        | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。<br>(参考項目：28) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|           |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|           |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|           |   |   | 4, ほとんどいない     |

|    |   |   |                |
|----|---|---|----------------|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。<br>(参考項目：9, 10, 19)   | ○ | 1, ほぼ全ての家族と    |
|    |   |   | 2, 家族の2/3くらいと  |
|    |   |   | 3, 家族の1/3くらいと  |
|    |   |   | 4, ほとんどできていない  |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                   | ○ | 1, ほぼ毎日のように    |
|    |   |   | 2, 数日に1回程度ある   |
|    |   |   | 3, たまに         |
|    |   |   | 4, ほとんどない      |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている    |
|    |   |   | 2, 少しずつ増えている   |
|    |   |   | 3, あまり増えていない   |
|    |   |   | 4, 全くいない       |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)  | ○ | 1, ほぼ全ての職員が    |
|    |   |   | 2, 職員の2/3くらいが  |
|    |   |   | 3, 職員の1/3くらいが  |
|    |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。  | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|    |   |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|    |   |   | 3, 利用者の1/3くらいが |
|    |   |   | 4, ほとんどいない     |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                      | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|    |   |   | 2, 家族等の2/3くらいが |
|    |   |   | 3, 家族等の1/3くらいが |
|    |   |   | 4, ほとんどいない     |

| 自己評価              | 外部評価 | 項 目  | 自己評価   | 外部評価  |  |
|-------------------|------|--|--|---|--|
|                   |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |  |  |   |  |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。                    | 事業所理念は、業務日誌の表紙やフロア内に掲示し、いつでも目に入るようにしています。  | 事業所開設以来の理念を掲げ、事業所内に掲示すると共に、業務日誌にファイルし職員への周知を図っています。理念にある「信頼できる関係を築く」ため、日頃から利用者との触れ合いを大事にしています。管理者は、新たな理念の再構築を思案しています。   | 事業所開設以来の理念を掲げて来ましたが、地域や利用者ニーズ、事業所の状況の変化もあるので、地域密着型サービスの意義を踏まえ、現状に合った理念に作り変えていくことが期待されます。 |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。                    | 管理者が自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席し、催し物に利用者様に参加できるよう橋渡しの役割をしています。(現在は自治会の催し物は中止)   | 管理者が地域の福祉関係のアドバイザー的な役割で自治会の役員会等に参加し交流しています。コロナ禍以前は、地域の夏祭りを始めとした各種行事に参加しており、近隣の保育園や小学校の運動会の招待があり、また、傾聴ボランティアが来訪しています。    |  |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。                  | 定期的開催される運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。  |   |  |
| 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。 | 年6回奇数月に実施しています。自治会の回覧板を通じて、ホームと法人の活動報告をする許可を頂いているので、法人やホーム主催の行事の案内などを回覧して頂いています。自治会長は介護に精通している為、事故についても親身に相談に乗って下さいます。 | 運営推進会議は書面開催を含め、2ヶ月ごとに定期的開催し、議事録はメンバーを訪問し、手渡ししています。意見や要望は手渡し時や電話で受け対応しています。委員から、活動報告に記載の「救急救命講習の内容」について問い合わせがあり、回答しています。 |  |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。           | 市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いたり、運営推進会議のオブザーバーとして協働できる事を話したりしています。管理者がGH連絡会の役員をする事で、市町村の担当者との情報共有を行う場を持つ事が出来ています。       | 行政とは、介護認定更新手続きの代行や、困難事例の相談をしたり、生活保護利用者の件でケースワーカーと連携したりしています。また、管理者が横浜市グループホーム連絡会の役員を努め、行政との情報共有、協力関係を築いています。            |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項 目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。 | 法人で身体拘束適正化委員会を立ち上げております。独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。定期的に身体拘束に関するアンケートを行っており、集計結果を会議で話し合います。                         | 身体拘束適正化委員会を3ヶ月ごとに開催し、議事を職員に周知すると共に、年2回研修を実施し職員の理解を深めています。年1～2回、「自己点検シート」を実施し、確認、振り返りを行い、身体拘束等をしないケアに取り組んでいます。疑わしき行為があれば職員間で注意するようにしています。 |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。  | 法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。身体拘束・虐待チェックシートを活用したり、面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。虐待までいかなくても、接遇面として言葉使いに違和感を感じる職員へは個別に話をしています。 | 身体拘束適正委員会の中で虐待防止の検討も行い、定期的に研修も行っています。「身体拘束・虐待チェックシート」を活用し防止に取り組んでいます。管理者は、職員に不適切ケアがあった場合は、個別に面談し、説明して注意を促しています。                          |                   |
| 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。   | 職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には参加するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し制度を活用できるように支援します。                            |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。  | 契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を得ています。           |  |                   |
| 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。   | 利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にし、常時受付が出来るようにしています。                                 | 家族等の意見や要望は、家族の面会時や家族会で聞く機会を設けています。意見や要望には速やかに対応するようにしています。また、利用者の意見や要望は日常の会話や利用者同士の会話の中から把握するように努め、意向に応えるようにしています。                       |                   |

| 自己評価                        | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                     |
|-----------------------------|------|---|---|---|---------------------|
|                             |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| 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。                                      | 毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。また、管理者から細かく声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取るようにしています。状況に応じて課長・部長に相談しています。 | 管理者は日頃から職員とコミュニケーションを図り意見や提案を聞くように努めています。毎月の全体会議やユニット会議でも職員からの意見や提案を協議し、運営に反映させています。職員の物品修繕の要望に応え、事業所全体のエアコンを新品に取り替えています。 |                     |
| 12                          | 9    | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。      | 資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいにつながるシステムが整っています。                                   | 常勤職員に年2回人事考課を実施し、動機付けを行っています。年1回、管理者と主任が同席し職員との個別面談を実施し就業意欲の向上を図っています。介護職初任者研修の資格取得支援を行っています。勤務シフト、休日、休暇の取得は職員の要望に応じています。 | 1階職員用休憩室の整備が期待されます。 |
| 13                          | 10   | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。          | 管理者・主任は年一回会社の管理職研修に参加。社内には、教育委員会と施設部勉強会委員会が設置され、全職員に対しては、教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。       | 法人で研修計画を整備し、本部研修や事業所勉強会を通じて人材育成、実務知識、技能の向上を図っています。法人で年1回、各事業所での日々の取り組みをまとめて発表する事例発表会を実施し、職員のスキルアップに取り組んでいます。              |                     |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | 横浜高齢者グループホーム連絡会へは管理者が、瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会へは主任が参加し、管理者はグループホーム連絡会旭・瀬谷ブロック代表幹事として横の繋がりを切らさないようにしています。            |   |                     |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |   |   |                     |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。        | 入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面談を行い細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。         |   |                     |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。     | 上記の見学後は、必要に応じて連絡をとり、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。                          |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。 | ご本人と家族の要望を伺いながら協力機関のサービス利用も踏まえてカンファレンスを開催します。特に入居後約一ヶ月は環境の変化により不安定な状態が続く場合もある為、細かく観察して臨機応変に対応していきます。 |   |                   |
| 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。                    | 介護する側、される側という意識は持たず、利用者様が生活の主人公と捉え、何をしたいのか、何を食べたいのか等会話を通してお互いが信頼できる関係を築いています。                        |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。     | ご家族の面会時には、ご本人の最近の様子を伝え、体調面で特別な事があった時はその都度電話連絡し、受診に付き添いが可能であれば付き添って頂いています。（現在は面会自粛中）                  |   |                   |
| 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。                 | 職歴や趣味に合わせて、興味のある場所へお連れする時間を設けています。ご家族からのお手紙へは、利用者様にお話を聞きながら職員が返事を書くこともあり、気持ちの良い関係が続くよう配慮しています。       | 友人や知人の来訪時は本人と居室で過ごして貰っています。友人からの電話も取り次いでいます。ドライブがてら以前の住まいや馴染みの店を案内したり、本好きな人が図書館で本を借りるなど、入居前からの趣味の継続支援も行っています。 |                   |

| 自己評価                              | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|-----------------------------------|------|--|---|---|-------------------|
|                                   |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                | 利用者同士でトラブルがあった場合にはインシデントとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有をしています。利用者様の性格や好みを把握し、利用者同士で解決する事は職員が仲介せず自然に任せる事もあります。         |   |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。 | 退所され他の施設や病院に移られても、相談員やご家族を通じてその方の様子を伺ったり、時には面会に行ったりしています。退所後でも何か困った事や相談事がある場合には、管理者・主任、顔なじみの職員に相談が出来る環境があります。 |   |                   |
| <b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |   |                   |
| 23                                | 12   | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                        | 職員や利用者同士の日常的な会話からご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせて頂いています。これらが困難な方には生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。      | 利用者の「散歩に行きたいな」などの独り言にも職員間で共有し可能な限り支援しています。意思疎通困難な人には選択しやすいよう2択から選んでもらうなど本人の意思決定を大切にしています。また、利用者の行動や表情などからも汲み取るよう努めています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。                    | 入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していききたい事や改善したい事を伺いながら、個々のニーズに対応していきます。                                 |   |                   |
| 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。                                  | 日勤者と夜勤者で各利用者様の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医とは医療連携ノート、訪問看護とはパソコンのコミュニティで情報共有し、ケアの統一を図りながら日々の変化にも対応しています。       |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月一回のカンファレンスや日々の申し送りの中で話し合っています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて介護計画を作成しています。                         | ケアプランは3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、見直しを図っています。毎月のユニット会議でケアカンファレンスを行い、一人ひとりについて話し合っています。本人や家族の意向、医療関係者などの意見も取り入れ作成しています。               |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。                        | 介護ソフトを利用し、ケアプランと紐づけて電子記録を取り、月一回のカンファレンスでプランの見直しをしています。   |   |                   |
| 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。               | 協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用する事が出来ます。 |   |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。                         | 近隣に同法人の施設が二箇所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて施設間の関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。  |   |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                     | 利用契約時のご本人の状態から、内科か精神科の主治医を決めています。併せて協力医療機関の説明も行っています。  | 月2回往診があり、医師、精神衛生士、薬局と医療連携ノートで情報を共有しています。訪問看護師は緊急時には電話対応、それ以外はメールで症状を伝えアドバイスを貰うなど24時間体制となっています。歯科は月1回来訪し、口腔衛生管理の助言を貰っています。 |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                      | 訪問看護との契約に基づき、利用者様の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週一回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っている為、急変時にも的確な指示を受けることができます。           |   |                   |
| 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。  | 協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて適切なケアが行えるように努めています。              |   |                   |
| 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。 | 「重度化した場合における対応に係わる指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断でご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームで出来る事を明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。   | 入居時に看取りの指針を説明し同意を得ています。揺れ動く家族の思いを大切に家族が納得する支援に努めています。職員は看取りの経験があり、勉強会で知識を深め、緊急時の対応を統一しています。看取り後はカンファレンスで振り返りも行っています。  |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。   | 緊急時の対応マニュアルがあります。連絡手順や緊急対応方法を電話の近くに掲示してすぐに対応できるようにしています。また、利用者様の状態がどのようになったら救急車を呼ぶのか等、職員一人一人が同じ基準で対応できるようにしています。 |   |                   |
| 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。   | 年二回の消防訓練で、夜間や地震想定等の避難訓練を行っています。地域へ協力して欲しい事と、ホームが地域に協力出来ることを運営推進会議で伝えています。非常食は入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関に置いてあります。    | 利用者全員と殆どの職員が参加し実施しています。管理者不在時も想定し、職員がいざという時に判断できるように、訓練日の担当職員が想定、避難順序などを考え実施しています。管理者が評価をし、反省会で振り返りを行い、次の訓練に反映させています。 |                   |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|---------------------------------|------|---|---|--|-------------------|
|                                 |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |  |                   |
| 36                              | 17   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。                | 職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報記載されている書類は事務所に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。         | 職員は、本人の洗濯物を居室に置く際、利用者が居室にいない時にも必ず入室前に声掛けを行っています。申し送りの際は、利用者の名前を頭文字に変えるなどの配慮もしています。利用者同士で居室を間違えないように、大きく名前カードを掲示しています。  |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。                     | 一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせてご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。               |  |                   |
| 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。 | 一日のスケジュールは決めておらず、塗り絵や読書、居室でテレビ観賞等思い思いの生活をされ、その日の体調や気分に応じて希望に沿って活動をして頂いています。               |  |                   |
| 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。                                  | 二ヶ月に一回訪問理容で希望の髪型にカットをして頂きます。外出時には季節に合った服を職員と一緒に選びます。また、整容も鏡の前で行い、身なりをご自身で確認して頂いています。      |  |                   |
| 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。     | 食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。利用者様の役割として食器拭き、食器洗いもして下さいます。 | 食事は職員が毎日、3食の献立を立て、手作りしています。毎日のおやつも手作りしています。栄養改善計画書を栄養士に提出し、評価、助言を受け、よりおいしい食事になるよう努めています。毎食後、すべての食器、調理器具洗いなどをする利用者もいます。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。                 | 食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じたトロミ剤の使用や状態に合わせた介助の方法を検討しています。                         |   |                   |
| 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。                         | ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週一回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯制作や抜歯等の本格的な治療を行う事ができます。              |   |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。          | 排泄の時間は決まっておらず、排泄チェック表を参考に毎日の排泄パターンを把握する事で、時間に縛られずその都度トイレ誘導を行うようにしています。                            | 時間誘導はせず、本人の尿意を大切に支援しています。トイレに分かりやすい目印を付け、利用者が行きやすくする工夫をしています。全介助の人にも座位によるトイレでの排泄を大切にし支援しています。自立排泄に繋がる筋力アップに毎日の散歩もしています。 |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。                          | 適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時にはご家族に嗜好を伺ったり、飽きのこないよう都度違うものを提供したりしています。                      |   |                   |
| 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。 | 基本的には1日おきの入浴を行っておりますが、順番は個別にお聞きし、出来る限りご希望に合わせた時間帯に入る事が出来るようにしています。自立度が高い利用者様の中には毎日入られる方もいらっしゃいます。 | じょくそう予防や清潔保持、体を動かすリハビリのためにも1日おきの入浴支援をしています。毎日入浴する利用者もいます。1人で入浴する人には見守りで支援しています。全介助の人にも2人介助で安全に浴槽に浸かれるよう支援しています。         |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|---|---|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。  | 基本的にはご自身にお任せしておりますが、椅子で傾眠している時には居室にお連れする時もあります。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、薬の調整や安眠できる為のアドバイスを頂き実施しています。         |   |                   |
| 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。   | ケースファイルには最新の薬剤情報リストをファイリングしています。リストには作用と副作用が記載されており、全職員が確認することが出来ます。薬が変更となった場合には、必ず個人ファイルに記載し、周知できるようになっています。 |   |                   |
| 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。                              | 入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。仕事を生きがいとしていた利用者様には、都度声を掛け、行えることを一緒に行って頂いております。                                 |   |                   |
| 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。 | 天気が悪くない限り、散歩や外気浴は毎日行い、気温や天気等の自然を感じられるようにしています。ホームの畑で季節の野菜や果物を収穫することを楽しみにしている方もいます。                            | コロナ禍でも変わらず毎日散歩に出かけています。個々の状況に合わせて1時間散歩する人もいます。季節に変わりなく、利用者が散歩に行きたいと希望する時は希望に沿うよう心掛けています。広い事業所内の散歩や玄関先のベンチで外気浴する人もいます。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。                              | 基本的には通帳を会社で管理し、必要な物がある場合にはホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。   |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|------|------|---|---|--|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | ご本人の希望時に早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。ご家族からお手紙が来ても自身ではお返事が書けない方が多いので、その時には職員が代筆でお返事を書きます。                                     |  |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 入居者同士の関係を良好に保つ為に、食堂のテーブルの配置や席替えを必要な時に行っています。リビングにはCDラジカセを置き、利用者様の好きな音楽をかけられるようにしています。空調等で温度調整を行い、身体に負担が掛からないようにしています。 | リビングから繋がるベランダを自由に出入りし、朝の赤富士山を眺める利用者もいます。日頃から整理整頓、掃除を心掛けています。月に一度「掃除の日」を設け、カーテン洗いや、通常手をつけられない箇所などを重点的に掃除し、清潔な空間を保持するよう努めています。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。   | リビングのソファでは、会話やテレビを楽しむ方、うたた寝をする方がいます。個室完備の為、気分に合わせて自室でそろばんを使い計算をしたり、ボールペン字の練習をしている方もいます。                               |  |                   |
| 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。  | 入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。   | エアコン、クローゼット、照明は備え付けとなっています。今まで住んでいた部屋の物を全て持ち込み、そっくり再現している人や、好きな歌手のポスターや写真を飾る人もいます。ベッド経験が初めての人が安心のためセミダブルのベッドを持ち込んでいます。       |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。  | 大きなカレンダーがあり、毎日日にちの印を変えてくださる利用者様がいます。コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れが出来ます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者様と共に作成しています。      |  |                   |

|       |               |
|-------|---------------|
| 事業所名  | グループホーム あいらんど |
| ユニット名 | ほし            |

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

|    |  |   |  |
|----|--|---|--|
| 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | ○ | 1, ほぼ全ての家族と<br>2, 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない |
| 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。<br>(参考項目：9, 10, 19)                  | ○ | 1, ほぼ毎日のように<br>2, 数日に1回程度ある<br>3. たまに<br>4. ほとんどない             |
| 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。<br>(参考項目：4) | ○ | 1, 大いに増えている<br>2, 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない        |
| 66 | 職員は、生き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が<br>2, 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が<br>2, 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が<br>2, 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない |

| 自己評価              | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|-------------------|------|---|--|------|-------------------|
|                   |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |  |      |                   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。                     | 事業所理念は、業務日誌の表紙やフロア内に掲示し、いつでも目に入るようにしています。  |      |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。                     | 管理者が自治会の一員として、総会・役員会・行事・親睦会に出席し、催し物に利用者様に参加できるよう橋渡しの役割をしています。(現在は自治会の催し物は中止)                                       |      |                   |
| 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。                   | 定期的に関催される運営推進会議や自治会の役員会で、事業所の説明や活動内容の報告、支援方法をお伝えしています。   |      |                   |
| 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。 | 年6回奇数月に実施しています。参加して頂いている地域の民生委員さんは介護に精通している為、事故についても親身に相談に乗って下さります。特に季節  |      |                   |
| 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。           | 市町村担当者には、疎遠のご家族との間に立ち連絡を取って頂いたり、運営推進会議のオブザーバーとして協同できる事を話し合ったりしています。管理者がGH連絡会の役員をする事で、市町村の担当者との情報共有を行う場を持つ事が出来ています。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。 | 法人で身体拘束適正化委員会を立ち上げております。独自のマニュアルを作成し、職員には研修やカンファレンスを通じて周知を図っています。定期的に身体拘束に関するアンケートを行っており、集計結果を会議で話し合います。                         |      |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。  | 法人の勉強会や外部の研修に参加し、虐待について学ぶ機会を設けています。身体拘束・虐待チェックシートを活用したり、面談を行ったりして言動による虐待の防止にも努めています。虐待までいかなくても、接遇面として言葉使いに違和感を感じる職員へは個別に話をしています。 |      |                   |
| 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。   | 職員は市区町村やグループホーム協会等で開催する権利擁護に関する制度の研修には参加するよう心掛けて学習する機会を設けています。また、必要に応じて医療・市町村担当者と連携し制度を活用できるように支援します。                            |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。  | 契約時に利用者と家族の不安、疑問等を伺いながら説明すると共に、契約後においても随時質問を受け付け、その都度回答をしています。解約または料金改定等の契約内容に変更が生じた時には法人からのお知らせと管理者からの説明を行い、理解を得ています。           |      |                   |
| 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。   | 利用者の意見、要望は日常会話の中から聞くように心掛け、また利用者同士の会話から拾うこともあります。苦情に関しては入居契約書や掲示物等で苦情相談窓口を明確にし、常時受付が出来るようにしています。                                 |      |                   |



| 自己評価                        | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-----------------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                             |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                                      | 毎月ホーム会議とユニット会議を行い職員から業務に関する提案や要望も聞く機会を設けています。また、管理者から細かく声をかけ、何気ない日常会話の中から意見を汲み取るようにしています。状況に応じて課長・部長に相談しています。 |      |                   |
| 12                          | 9    | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。      | 資格取得中の受講生に対しては、受講日を休日に当てるよう勤務調整をして支援しています。取得後は資格手当がつき、やりがいにつながるシステムが整っています。                                   |      |                   |
| 13                          | 10   | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。          | 管理者・主任は年一回会社の管理職研修に参加。会社内には、教育委員会と施設部勉強会委員会が設置され、全職員に対しては、教育研修会や勉強会を開催し、日頃のケアの情報交換をする等のスキルアップの機会を設けています。      |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | 横浜高齢者グループホーム連絡会へは管理者が、瀬谷区地域密着型サービス事業所連絡会へは主任が参加し、管理者はグループホーム連絡会旭・瀬谷ブロック代表幹事として横の繋がりを切らさないようにしています。            |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |   |   |      |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。        | 入居前に、ご本人・ご家族等のキーパーソンと面談を行い細かい生活習慣や不安点などを伺い、解決に向けて話し合っています。ホーム見学は総合相談室を通じて随時受け付け、ご本人にとって最適か検討して頂いています。         |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。     | 上記の見学後は、必要に応じて連絡をとり、入居後の生活についての要望を伺いながら、ご本人が環境の変化に一日でも早く対応できるように最善の方法を考えます。                          |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。 | ご本人と家族の要望を伺いながら協力機関のサービス利用も踏まえてカンファレンスを開催します。特に入居後約一ヶ月は環境の変化により不安定な状態が続く場合もある為、細かく観察して臨機応変に対応していきます。 |      |                   |
| 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。                    | 介護する側、される側という意識は持たず、利用者様が生活の主人公と捉え、何をしたいのか、何を食べたいのか等会話を通してお互いが信頼できる関係を築いています。                        |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。     | ご家族の面会時には、ご本人の最近の様子を伝え、体調面で特別な事があった時はその都度電話連絡し、受診に付き添いが可能であれば付き添って頂いています。（現在は面会自粛中）                  |      |                   |
| 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。                 | 職歴や趣味に合わせて、興味のある場所へお連れする時間を設けています。ご家族からのお手紙へは、利用者様にお話を聞きながら職員が返事を書くこともあり、気持ちの良い関係が続くよう配慮しています。       |      |                   |

| 自己評価                              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|-----------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                                   |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。                | 利用者同士でトラブルがあった場合にはインシデントとして挙げ、事件や事故に発展しないよう情報共有をしています。利用者様の性格や好みを把握し、利用者同士で解決する事は職員が仲介せず自然に任せる事もあります。        |      |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。 | 退所され他の施設や病院に移られても、相談員やご家族を通じてその方の様子を伺ったり、時には面会に行ったりしています。退所後も何か困った事や相談事がある場合には、管理者・主任、顔なじみの職員に相談が出来る環境があります。 |      |                   |
| <b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |      |                   |
| 23                                | 12   | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                        | 職員や利用者同士の日常的な会話からご本人の望む生活を汲み取ります。ご家族の意向も大切にしつつ、別の方法があれば提案もさせて頂いています。これらが困難な方には生活歴から推測し、苦痛や不快がないよう努めています。     |      |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。                    | 入居前の生活環境を把握し、ご本人やご家族からアセスメントを取ります。今後も継続していきたい事や改善したい事を伺いながら、個々のニーズに対応していきます。                                 |      |                   |
| 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。                                  | 日勤者と夜勤者で各利用者様の健康状態や心身の状態、行動パターンを記録しています。主治医とは医療連携ノート、訪問看護とはパソコンのコミュニティで情報共有し、ケアの統一を図りながら日々の変化にも対応しています。      |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 日常生活の出来事の中からニーズや課題点を見つけ、月一回のカンファレンスや日々の申し送りの中で話し合っています。ご本人、ご家族の要望や協力医療機関の指示も反映させて介護計画を作成しています。                         |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。                        | 介護ソフトを利用し、ケアプランと紐づけて電子記録を取り、月一回のカンファレンスでプランの見直しをしています。   |      |                   |
| 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。               | 協力医療機関と連携をとっており、内科医、精神科医、歯科医、皮膚科医、看護師の定期的な訪問があります。状態悪化時には救急指定病院や関連医療機関への連絡・調整が可能となっています。利用者の状況に応じて、無償で訪問入浴を利用する事が出来ます。 |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。                         | 近隣に同法人の施設が二箇所あり、運営推進会議や利用者同士の趣味を通じて施設間の関係を構築し、有意義な生活が営めるようにしています。  |      |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診診断<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。                    | 利用契約時のご本人の状態から、内科か精神科の主治医を決めています。併せて協力医療機関の説明も行っています。  |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。                      | 訪問看護との契約に基づき、利用者様の日頃の健康管理や身体についての相談やアドバイスを受けることができます。週一回の定期訪問の他、24時間連絡体制を取っている為、急変時にも的確な指示を受けることができます。           |      |                   |
| 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。  | 協力医療機関と情報交換を行い、入院や退院の流れ・方法を統一し、スムーズに対処できるように連携を取っています。退院前にはカンファレンスを開き、利用者の変化に応じて適切なケアが行えるように努めています。              |      |                   |
| 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。 | 「重度化した場合における対応に係わる指針」の説明文と同意書があります。主治医の判断でご本人、ご家族、訪問看護、管理者で話し合いを行います。ホームで出来る事を明確に伝え、ご本人やご家族の要望も踏まえながら方針を共有します。   |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。   | 緊急時の対応マニュアルがあります。連絡手順や緊急対応方法を電話の近くに掲示してすぐに対応できるようにしています。また、利用者様の状態がどのようになったら救急車を呼ぶのか等、職員一人一人が同じ基準で対応できるようにしています。 |      |                   |
| 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。   | 年二回の消防訓練で、夜間や地震想定等の避難訓練を行っています。地域へ協力して欲しい事と、ホームが地域に協力出来ることを運営推進会議で伝えています。非常食は入居者18名分を3日分用意し、非常用物品は玄関に置いてあります。    |      |                   |

| 自己評価                            | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|---------------------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                                 |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |      |                   |
| 36                              | 17   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。                | 職員には入職前に、個人のプライバシーや個人情報保護について説明しています。個人情報記載されている書類は事務所に保管し、関係者以外の目に触れないよう指導しています。         |      |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。                     | 一人一人の生活リズムを尊重し、その日の動きも体調に合わせてご自身で決めて頂きます。散歩、入浴、趣味活動等、自発的に活動ができるように働きかけています。               |      |                   |
| 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。 | 一日のスケジュールは決めておらず、塗り絵や読書、居室でテレビ観賞等思い思いの生活をされ、その日の体調や気分に応じて希望に沿って活動をして頂いています。               |      |                   |
| 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。                                  | 二ヶ月に一回訪問理容で希望の髪型にカットをして頂きます。外出時には季節に合った服を職員と一緒に選びます。また、整容も鏡の前で行い、身なりをご自身で確認して頂いています。      |      |                   |
| 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。     | 食事形態は、咀嚼、嚥下機能や義歯の状態に合わせて変えています。極力好みに合った物を用意して食事が進むように支援しています。利用者様の役割として食器拭き、食器洗いもして下さいます。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。            | 食事量、水分摂取量のチェック表があり、一人一人の摂取量を把握しています。嚥下機能に応じたトロミ剤の使用や状態に合わせた介助の方法を検討しています。                         |      |                   |
| 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。                    | ご本人の習慣を中心に、毎食後口腔ケアの声掛けと必要に応じた介助を行っています。週一回の訪問歯科では、口腔内のチェックと義歯制作や抜歯等の本格的な治療を行う事ができます。              |      |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。     | 排泄の時間は決まっておらず、排泄チェック表を参考に毎日の排泄パターンを把握する事で、時間に縛られずその都度トイレ誘導を行うようにしています。                            |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。                     | 適度な運動や食物繊維の摂取を心掛けています。水分は摂取量を記録し、不足時にはご家族に嗜好を伺ったり、飽きのこないよう都度違うものを提供したりしています。                      |      |                   |
| 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1日おきの入浴を行っておりますが、順番は個別にお聞きし、出来る限りご希望に合わせた時間帯に入る事が出来るようにしています。自立度が高い利用者様の中には毎日入られる方もいらっしゃいます。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|---|--|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。  | 基本的にはご自身にお任せしておりますが、椅子で傾眠している時には居室にお連れする時もあります。また、身体の状態によっては、主治医と看護師に相談し、薬の調整や安眠できる為のアドバイスを頂き実施しています。        |      |                   |
| 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。   | ケースファイルには最新の薬剤情報リストをファイリングしています。リストには作用と副作用が記載されており、全職員が確認することが出来ます。薬が変更となった場合には、必ず個人ファイルに記載し、周知できるようにしています。 |      |                   |
| 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。                              | 入居前からの趣味や得意なことが継続できるように支援しています。仕事を生きがいとしていた利用者様には、都度声を掛け、行えることを一緒に行って頂いております。                                |      |                   |
| 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。 | 天気が悪くない限り、散歩や外気浴は毎日行い、気温や天気等の自然を感じられるようにしています。ホームの畑で季節の野菜や果物を収穫することを楽しみにしている方もいます。                           |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。                              | 基本的には通帳を会社で管理し、必要な物がある場合にはホームで一時立替払いをし、月々のサービス利用と共に請求しています。  |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|---|---|------|-------------------|
|      |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。   | ご本人の希望時に早朝深夜でなければ電話を掛けて頂いています。ご家族からお手紙が来ても自身ではお返事が書けない方が多いので、その時には職員が代筆でお返事を書きます。                                     |      |                   |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 入居者同士の関係を良好に保つ為に、食堂のテーブルの配置や席替えを必要な時に行っています。リビングにはCDラジカセを置き、利用者様の好きな音楽をかけられるようにしています。空調等で温度調整を行い、身体に負担が掛からないようにしています。 |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。   | リビングのソファでは、会話やテレビを楽しむ方、うたた寝をする方がいます。フロアのテレビではなく、自身の居室で好きな番組を見る方も居ます。  |      |                   |
| 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。  | 入居時には、自宅で使い続けている生活用品を持参して頂いています。馴染みの家具や写真を配置することにより、環境の変化に対応できるよう随時検討しています。   |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。  | コップは手の届く高さに収納して、お一人でも楽に出し入れが出来ます。壁面の飾りは季節ごとに変え、レクリエーションの一環として利用者様と共に作成しています。  |      |                   |

2022年度

事業所名 グループホームあいらんど  
 作成日： 令和5年 2月 27日

| 優先順位 | 項目番号 | 現状における問題点、課題   | 目標                                   | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容   | 目標達成に要する期間 |
|------|------|--|--------------------------------------|--|------------|
| 1    | 1    | 現在使用している理念は10年以上前に作られたものであり、現在の職員の意見や情勢を反映したものになっていない。 | 理念の変更(一部もしくは全部)を行う事で、理念の存在意義の見直しを図る。 | そもそもの理念の意味の伝達を行った上で、全職員から意見を聞き取り、試作・訂正を繰り返しながら最終的に新たな理念を考えていく。 | 6ヵ月        |
| 2    |      |  |                                      |  | ヶ月         |
| 3    |      |  |                                      |  | ヶ月         |
| 4    |      |  |                                      |  | ヶ月         |
| 5    |      |  |                                      |  | ヶ月         |