

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	1493700130	事業の開始年月日	平成21年12月1日
		指定年月日	平成21年12月1日
法人名	ALSOK介護株式会社		
事業所名	グループホームみんなの家・横浜市ヶ尾		
所在地	(〒225 -0025) 神奈川県横浜市青葉区鉄町1224		
サービス種別 定員等	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和 5年 9月 4日	評価結果 市町村受理日	令和5年11月6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)】

・当事業所ではボランティア活動に力を入れており、鉄太鼓など近隣の住民のボランティア活動を積極的に受け入れております。
・地域交流の機会を増やしており、認知症キャラバンメイトとして、近隣の住民や職員向けに講義をする時間を設けていく予定です。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	令和5年10月11日	評価機関 評価決定日	令和5年10月20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)】

【事業所の優れている点】

◇利用者の健康促進のための体操プログラムの継続的な実施
・事業所には、トレーニング・タオル体操、あんしんヨガ、ノーア（脳と足）エクササイズの3つを柱とした運営法人の体操プログラムがあり、利用者の体力維持・健康促進のため、youtubeやDVDで継続的に実施している。管理者自らが、体操プログラムのインストラクター資格を保持し、利用者は、インストラクター（管理者）の指導のもと、健康促進体操を行っている。
◇事業所の万全なセキュリティ体制
・運営法人がセキュリティの大手会社であるため、事業所内に緊急通報装置や防犯カメラなどを設置し、いざというときには直ちに系列の警備会社が駆けつけてくる体制が出来上がっている。
◇運営に関する職員意見の積極的採用
・職員より入浴に関しての提案、「早番職員と遅番がオーバーラップする時間帯を30分早めたらどうか」があり、これを取り入れ午後の介護に余裕を持って臨んでいる。

【事業所が工夫している点】

◇家庭への情報提供
・事業所は各利用者の写真をブログにコメント入りで掲載し、週2回更新している。さらに月1回個人の写真入りの「一言通信」と、事業所全体の様子がわかる「市ヶ尾だより」を発行し、家族に喜ばれている。

【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	グループホームみんなの家・横浜市ヶ尾
ユニット名	1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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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 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	職員全員で理念を考え、ホーム内に掲示して意識付けをしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・2019年の開設10周年時に、職員の総意で「こころで聴き、こころで話し、笑顔で共に歩む」を新理念として打ち出し、介護にあたっている。 ・理念の実現に向け、職員は明るく穏やかな利用者との対応に努めている。 	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 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	地域包括センターに毎月挨拶に行き、運営推進会議にも参加している。町内会長とのやり取りもあり、地域の情報を得ている。今年度から積極的に顔を出す事で認知は高まっており、求人のご協力なども得られている。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域には、様々な趣味のボランティア団体があり、事業所はコロナ以前には親密な関係を築き上げていた。コロナ禍で、現在も施設への受け入れは中断している。又、地域行事の盆踊り、川の清掃、例大祭、どんと焼への参加も中断している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ終息が見えた現在、改めて「鉄（クロガネ）太鼓」「津軽三味線」などのボランティア団体との関係再掘り起こしを期待いたします。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	町会行事などの交流時に認知症についての質問に答えたり、運営推進会議の際に民生委員の方にお話するなどしている。近隣に在住の職員も多い為、職員を通して情報発信することで地域貢献も少なからず行っていると考えている。	/	
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	2ヵ月に1回開催し、ご利用者様の状態やイベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスなど頂き改善や疑問点の解消に繋げている。今年は家族の出席率が低い為、出席して頂けるよう、お声かけをしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議は、町内会長、地域包括支援センター職員、利用者家族、横浜総合病院職員と事業所職員で構成され、2か月ごとに開催している。参加者からの提案で、事業所周りの町内会掲示板に事業所情報を貼出している。 	
5	4	○市町村との連携 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	運営推進会の報告書を開催するたびに、持参し交流を持てる機会を作っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・行政とは定期的にグループホーム運営上の「運営推進会議開催報告書」を持参して協力関係を維持している。 ・地域包括支援センターとは「オレンジ（認知症）カフェ」の復活などで相談に乗ってもらっている。 	

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 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。	身体拘束をしないケアについて、定期的に身体拘束廃止委員会を開催し身体拘束をしないケアについて取り組んでいる。	<ul style="list-style-type: none"> 職員は、3か月ごとに「身体拘束廃止のための指針」の理解度テストを受け、2か月ごとの身体拘束廃止委員会で、身体拘束廃止の意識を再確認しケアに取り組んでいる。 職員は入職時にも「身体拘束廃止」の研修を受けている。 	
7	6	○虐待の防止の徹底 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	定期的に虐待防止委員会を開催し、どのような行為・声かけが虐待につながるかを話し合っている。またグレーゾーンや不適切な介護が後々虐待につながる可能性もある為、虐待になりうる行為についても勉強している。	<ul style="list-style-type: none"> 「虐待防止委員会」は「身体拘束廃止委員会」と交互に2か月に1回開催している。 職員は高齢者虐待防止法を学習し、「高齢者虐待防止のためのセルフチェック表」を利用し、自らの介護を見直し虐待防止に努めている。 	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	会社内通達にて成年後見制度について学ぶ機会を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 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	契約書の説明には時間をかけ利用者様やご家族様の心配が解消されるよう努めている。また転倒リスクや緊急時の協力についても同意頂いている。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	家族会や面会時の聞き取りなどから、ご家族の意見・要望を得てホームの運営に反映させている。問題がある場合はすぐに管理者・職員と話し合い、改善案を練り対応している。	<ul style="list-style-type: none"> 家族の意見を聞く「家族会」はコロナ禍で中断していたが、コロナ終息に伴い、再開する予定である。 すでに再開している家族面会の機会に意見を聞き、電話でもコミュニケーションを取り、意見はケアプランに反映させている。 	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○運営に関する職員意見の反映 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	毎月の会議やカンファレンスで、業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。管理者は職員とコミュニケーションを日常的に取り、思いを引き出す様にしている。	・管理者は年2回の個人面談や毎月のフロア会議の際に職員意見を聞き、可能な意見は取上げている。 ・職員の「早番職員と遅番がオーバーラップする時間帯を30分早めたら」との意見で、午後の介護に余裕を得たケースがある。	
12	9	○就業環境の整備 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	コミュニケーションを良く取ることでも不満や悩みがないか確認している。フロア長とも情報を共有することでメンタルヘルスケアの管理に繋がっている。	・管理者は年2回の個人面談、人事考課などを通じて職員とのコミュニケーションを図っている。 また、健康診断などで心身の健康状態を把握し、職員にとってやりがいのある職場環境の整備に努めている。	
13	10	○職員を育てる取組み 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	新入職員研修や初任者研修を学ぶ機会を設けており、他の研修も通達が来るたびに、受講の有無を確認しており、積極的な参加を促している。	・運営法人には、「ケアリーダー研修」「中堅職員研修」「新人研修」などの職員育成プログラムがあり、管理者は参加を促している。 また、「初任者研修」「実務者研修」などの資格取得支援制度があり、職員育成に努めている。	
14		○同業者との交流を通じた向上 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	同業者の繋がりはオレンジカフェや認知症オレンジリングをホームで開催し、職員の交流が持てる機会を増やそうと考えている。		
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 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	入居前の面談でご本人やご家族の話、利用していた介護サービスでのご様子などを伺い、入居時の介護計画書に反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前にご家族の話をお聞きして、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。利用者様を施設でみていくためには、ご家族様のご協力が必要不可欠だということ、ご家族のケアも必要だと言う風に理解している。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	その方にあったサービスを提供できるようアセスメントをしっかりと取っている。訪問看護やリハビリマッサージ、シニアセラピー等必要時は提案し、ご家族の要望や同意の元サービス提供に繋げている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	職員が利用者に対して介護するだけでなく、職員と利用者が一緒に家事や手伝いを行い、感謝の気持ちを伝えることで、ここに居て良いんだという気持ちやお互い助け合う信頼関係を築いている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	電話にて面会の機会を作ったり、通院対応や緊急時などにご家族様の協力を得ている。過去の生活を伺うことで、ケアに活かせるようにもしている。ご自宅で使っていた物品やアルバムなど思い出の品物は持って来て頂くようお願いしている。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	近隣に住んでいた利用者様も多いので、外出レクで出かける機会を設けている。ご家族様にもご協力をお願いしていきたい。	<ul style="list-style-type: none"> ・入居前の馴染みの人や場などの様子は、アセスメントの趣味や特記事項の項目で調べ、可能な限り関係継続を支援している。 ・コロナも終息し、2階のエレベーターホールや居室などで家族を迎え入れ、湯茶で接待している。 	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 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	生活の中で家事やお手伝い、レクレーションを皆で行うことで助け合える関係を作っている。出来ないことを他者が助ける事で笑いがあふれる明るいホームへ繋がっている。		
22		○関係を断ち切らない取組み 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	退去後もご家族にイベント参加をして頂くなど交流がある。グループ内の他事業所に転居された方もおり、面会に伺ったり、ケアについて必要な情報を伝えるなど行っている。		
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 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。	ケアプランの更新時に聞き取りを行っている。その利用者様が望まれる生活が送れるように意向を把握し、自己実現が出来る用個別ケアをしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアプラン作成時には必ず、家族と電話連絡を取り、意向を聞き出し、プランに反映している。 ・意思表示のできる利用者の思いは取り入れ、意思表示できない利用者からは、態度、表情、雰囲気から類推してプランに生かしている。 	
24		○これまでの暮らしの把握 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	まずはご家族から生活歴を伺うことのほか、ホームでのご様子やコミュニケーションの内容から情報を集めて記録に残し、情報共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 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	日々の生活がアセスメントだと捉え、そこで得られた情報をカンファレンスやフロア会議で話し合い、ケアの内容や方向性に活かしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	カンファレンスでは、居室担当者が中心となって話し合っている。退院後など状態が大きく変わった際は、新しく介護計画を作り直し、現状に沿ったものとしている。医療関係者として看護師にも出席して頂くこともある。	・カンファレンスはフロア別に、居室担当者、管理者で行い、6か月ごとにモニタリングを行い、ケアプランを見直している。 ・ケアプランは居室担当職員が立案し、医療関係者の意見や家族要望などを入れて作成している。	
27		○個別の記録と実践への反映 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	利用者様の様子・気づきを生活記録やヒヤリハット、申し送りノートに記入し情報共有してケアに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	必要に応じて皮膚科や整形外科の受診をしている。		
29		○地域資源との協働 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	散歩に出ると近所の方から声をかけて下さることも多く、利用者ひとりひとりが地域の一員として一定の役割を果たしている。近隣の農家の人からお野菜を頂いたりしている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 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	入居時にご本人及びご家族へ説明し、原則ホームの往診医をかかりつけ医としている。以前からの病院に受診する時も往診医と連携してデータの共有を図っている。	・協力内科医が月2回訪問診療、看護師が毎週訪看し体調チェックを受けている。歯科医が月2回、歯科衛生士が毎週訪れ口腔ケアをしている。 ・従来のかかりつけ医(内科、整形外科等)への訪問は家族が付添っている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週に一度の医療連携看護師との間で個々の健康に関する訪問看護記録用紙を用い、適切な看護を受けられる様になっている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 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。	入院時には介護サマリーを提供する事で現状を報告したり、電話や面会を行う事で相手先機関との情報交換を行っている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	主治医、ご家族立会いのもと、ご家族に説明をし、意向をふまえた上、看取り介護計画を作成し、職員にも終末期に向けた話し合いを行いチームで支援している。今年度は2名お看取りすることが出来た。	・入居時に「重度化した場合の対応指針」を説明している。 ・重度化に至った時点で医師、家族、事業所で連携し、職員に介護方法を指示して適切に対応している。	
34		○急変や事故発生時の備え 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	夜間想定避難訓練、救急手当てや搬送法などの講習会を実施している。定期的に行うことを目指している。緊急時の対応もマニュアル化をしている。		
35	16	○災害対策 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回の避難訓練を行っている。ホーム内に非常食などの備蓄品も備えている。	・夜間対応を含めて年2回、利用者参加の下で避難訓練を実施している。消防署員から、大声を出すこと及び人数確認の2点を指導されている。 ・3日分の水、食糧の備蓄と防災用品を常備している。	

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 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	年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉がけをしている。言葉がけ、声かけに関してはフロア会議でも話し合う事で意識向上に努めている。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊厳を傷つけないように言葉かけやケアに気を配っている。排泄、入浴の際に特に気を付けている。 ・職員の不適切な言動を見受けたら、その場で注意し合っている。 	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人が気兼ねなく希望等、意思表示出来る様に傾聴する事で信頼関係を築いている。意思表示の難しい方には、選択方法にする等、可能な方法を探したり、表情や仕草等から希望の支援が出来る様に努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 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	入浴や外出、レクレーション等、その時の状況と利用者との話し合いの中で、その日の支援を行っている。散歩が好きな方、手作業が好きな方など違いが分かれるので、それぞれ利用者様の希望が出来るだけ叶う様にお聞きしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	3ヶ月に一度の訪問理容で、身だしなみに気を掛けている。ご本人の好きな服を着られる様に選んで頂いている。夏物冬物などの整理も職員が行っており、足りないもの等があればご家族にもご協力をお願いしている。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 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	準備や片付けはその方の能力に合った作業を職員と共に行っている。食事も職員と共に食べる事で会話を楽しみながら行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・外注業者がメニュー、食材を用意し、事業所職員は湯煎、加工（きざみ、トロミ等）を行っている。利用者は食器拭き、盛付け補助などに参加している。 ・利用者の好みは誕生会の際に反映している。 	

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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、水分量を個々の状態に合わせた形態でお出ししている。水分制限糖質制限などがある方については、主治医の指示のもと職員が厳密に管理している。		
42		○口腔内の清潔保持 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	毎食後必ず声かけを行い口腔ケアを行っている。能力に応じ、見守り、介助等を行っている。義歯や残存歯等の問題が出てきた時は、歯科医に繋げている。		
43	19	○排泄の自立支援 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	排泄チェック表を使用し各利用者のパターンを把握している。おむつ任せにせず、トイレでの排泄を大切にしながら、声かけ、又は誘導を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表に沿って排泄誘導し、自立に向けて支援している。 ・夜間は2時間ごとに巡回し、必要に応じて排泄を支援している。 ・トイレは車椅子で動けるように広いスペースを確保している。 	
44		○便秘の予防と対応 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	入浴や体操などで胃腸が動くように取り組んでいる。張りがあるときなどは往診医や医療連携看護師にチェックしてもらっている。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 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2～3回の入浴の機会を作っているが、乾燥肌だったり入浴が好きな方にはなるべく入ってもらえる様にしている。入浴拒否がある方には、人を変えたり声かけに工夫したりしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・機械浴、入浴用可動車椅子、赤外線暖房装置を備えている。 ・入浴拒否者には日、時間、職員を変えて対応している。 ・職員との会話や歌を楽しむ利用者もいる。入浴剤を使う場合もある。 	

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
46		○安眠や休息の支援 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	自由に休息して頂いているが、夜間不眠にならない様にパターンを把握し管理している。臀部に褥創が出来やすい方は、毎日横になる時間を作り、圧迫から褥創が出来るのを予防している。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	往診医・薬剤師から副作用については説明を受けている。薬情ファイルを保管しており、副作用を疑った時はすぐ照らし合わせられるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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	役割を持ち自身を持って動かれている方、レクレーションに参加され楽しまれている方、のんびり過ごすのが好きな方など、自由に過ごしている。職員側から好みに応じたレクや手伝い等提案している。		
49	21	○日常的な外出支援 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	天候に合わせて、週1～2回は外出出来るように心がけている。利用者様の状態に合わせて、外気浴から長めの散歩まで、なるべく外の空気が吸えるようにしている。人員が足りないとなかなか行けない時がある。	<ul style="list-style-type: none"> ・玄関前のベンチで外気浴を楽しみ、隣接した農園の隣人との会話を楽しんでいる。 ・事業所内で一日数回の体操を奨励している。 ・車を使う遠出は家族が行っている。 	体力維持や気分転換を目的に、室内体操、外気浴を今後も継続することが期待されます。
50		○お金の所持や使うことの支援 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	現金に関してはホームの管理となっている。買い物に行き、本人に買いたいものを選んでもらう、選択するという機会は作っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 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	利用者様から要望があれば、事務所内の電話を利用出来る様になっている。ご家族からの電話の取次ぎも行っている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 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	トイレや浴室等分かりやすい様に手作りの目印を貼っている。レクレーションにて季節感を取り入れた作品を制作し、季節毎に展示している。冷暖房はホームが管理し、最適な温度になる様にしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・リビング等の共用空間は明るく清潔に保たれており、不快な臭いや騒音はない。温湿度管理、換気は職員がコントロールしている。 ・季節や時間の見当識障がいを防止するために、カレンダーの掲示、季節の飾りつけをしている。 	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	フロアテーブルだけでなく、フロアソファなど、好きな場所で寛げるようになっている。天気の良い時は外気浴などを行っている。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人が手作りした作品や、好きな写真等を飾る事で心地よく過ごせる様に配慮している。安全にも配慮し、クッションマットを敷いたりしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の備品（カーテン、ベッド、クローゼット等）があり、利用者は使い慣れた机やTV、家族の写真、仏壇などを持ち込んで居心地の良い居室にしている。 ・季節の衣替えは家族と職員が行っている。 	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	何でも介助するのではなく、ご利用者の残存機能に合わせた介助を行っている。車椅子歩行だが自分で運転したい利用者様などは自走して頂いている。そのため動線確保や席配置などには留意している。		

事業所名	グループホームみんなの家・横浜市ヶ尾
ユニット名	2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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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 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	職員全員で理念を考え、ホーム内に掲示して意識付けをしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 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	地域包括センターに毎月挨拶に行き、運営推進会議にも参加していただいている。町内会長とのやり取りもあり、地域の情報を得ている。今年度から積極的に顔を出す事で認知は高まっており、求人のご協力なども得られている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 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	町会行事などの交流時に認知症についての質問に答えたり、運営推進会議の際に民生委員の方にお話しするなどしている。近隣に在住の職員も多い為、職員を通して情報発信することで地域貢献も少なからず行っていると考えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	2ヵ月に1回開催し、ご利用者様の状態やイベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスなど頂き改善や疑問点の解消に繋げている。今年は家族の出席率が低い為、出席して頂けるよう、お声かけをしている。		
5	4	○市町村との連携 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	運営推進会の報告書を開催するたびに、持参し交流を持てる機会を作っている。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 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。	身体拘束をしないケアについて、定期的に身体拘束廃止委員会を開催し身体拘束をしないケアについて取り組んでいる。		
7	6	○虐待の防止の徹底 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	定期的に虐待防止委員会を開催し、どのような行為・声かけが虐待につながるかを話し合っている。またグレーゾーンや不適切な介護が後々虐待に地流可能性もある為、虐待になりうる行為についても勉強している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 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	会社内通達にて成年後見制度について学ぶ機会を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 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	契約書の説明には時間をかけ利用者様やご家族様の心配が解消されるよう努めている。また転倒リスクや緊急時の協力についても同意頂いている。		
10	7	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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	家族会や面会時の聞き取りなどから、ご家族の意見・要望を得てホームの運営に反映させている。問題がある場合はすぐに管理者・職員と話し合い、改善案を練り対応している。		

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
11	8	○運営に関する職員意見の反映 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	毎月の会議やカンファレンスで、業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。管理者は職員とコミュニケーションを日常的に取り、思いを引き出す様になっている。		
12	9	○就業環境の整備 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	コミュニケーションを良く取ることで不満や悩みがないか確認している。フロア長とも情報を共有することでメンタルヘルスケアの管理に繋げている。		
13	10	○職員を育てる取組み 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	新入職員研修や初任者研修を学ぶ機会を設けており、他の研修も通達が来るたびに、受講の有無を確認しており、積極的な参加を促している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 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	同業者の繋がりはオレンジカフェや認知症オレンジリングをホームで開催し、職員の交流が持てる機会を増やそうと考えている。		
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 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	入居前の面談でご本人やご家族の話、利用していた介護サービスでのご様子などを伺い、入居時の介護計画書に反映させている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居前にご家族の話をお聞きして、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。利用者様を施設でみていくためには、ご家族様のご協力が必要不可欠だということ、ご家族のケアも必要だと言う風に理解している。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	その方にあったサービスを提供できるようアセスメントをしっかりと取っている。訪問看護やリハビリマッサージ、シニアセラピー等必要時は提案し、ご家族の要望や同意の元サービス提供に繋げている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 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	職員が利用者に対して介護するだけではなく、職員と利用者が一緒に家事や手伝いを行い、感謝の気持ちを伝えることで、ここに居て良いんだという気持ちやお互い助け合う信頼関係を築いている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 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	電話にて面会の機会を作ったり、通院対応や緊急時などにご家族様の協力を得ている。過去の生活を伺うことで、ケアに活かせるようにもしている。ご自宅で使っていた物品やアルバムなど思い出の品物は持って来て頂くようお願いしている。		
20	11	○馴染みの人や場との関係継続の支援 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	近隣に住んでいた利用者様も多いので、外出レクで出かける機会を設けている。ご家族様にもご協力をお願いしていきたい。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 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	生活の中で家事やお手伝い、レクリエーションを皆で行うことで助け合える関係を作っている。出来ないことを他者が助ける事で笑いがあふれる明るいホームへ繋がっている。		
22		○関係を断ち切らない取組み 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	退去後もご家族にイベント参加をして頂くなど交流がある。グループ内の他事業所に転居された方もおり、面会に伺ったり、ケアについて必要な情報を伝えるなど行っている。		
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 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。	ケアプランの更新時に聞き取りを行っている。その利用者様が望まれる生活が送れるように意向を把握し、自己実現が出来る用個別ケアをしている。		
24		○これまでの暮らしの把握 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	まずはご家族から生活歴を伺うことのほか、ホームでのご様子やコミュニケーションの内容から情報を集めて記録に残し、情報共有している。		
25		○暮らしの現状の把握 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	日々の生活がアセスメントだと捉え、そこで得られた情報をカンファレンスやフロア会議で話し合い、ケアの内容や方向性に活かしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	13	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	カンファレンスでは、居室担当者が中心となって話し合っている。退院後など状態が大きく変わった際は、新しく介護計画を作り直し、現状に沿ったものとしている。医療関係者として看護師にも出席して頂くこともある。		
27		○個別の記録と実践への反映 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	利用者様の様子・気づきを生活記録やヒヤリハット、申し送りノートに記入し情報共有してケアに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	必要に応じて皮膚科や整形外科の受診をしている。		
29		○地域資源との協働 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	散歩に出ると近所の方から声をかけて下さることも多く、利用者ひとりひとりが地域の一員として一定の役割を果たしている。近隣の農家の人からお野菜を頂いたりしている。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 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	入居時にご本人及びご家族へ説明し、原則ホームの往診医をかかりつけ医としている。以前からの病院に受診する時も往診医と連携してデータの共有を図っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週に一度の医療連携看護師との間で個々の健康に関する訪問看護記録用紙を用い、適切な看護を受けられる様にしている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 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。	入院時には介護サマリーを提供する事で現状を報告したり、電話や面会を行う事で相手先機関との情報交換を行っている。		
33	15	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	主治医、ご家族立会いのもと、ご家族に説明をし、意向をふまえた上、看取り介護計画を作成し、職員にも終末期に向けた話し合いを行いチームで支援している。今年度は2名お看取りすることが出来た。		
34		○急変や事故発生時の備え 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	夜間想定避難訓練、救急手当てや搬送法などの講習会を実施している。定期的開催していきたい。緊急時の対応もマニュアル化をしている。		
35	16	○災害対策 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回の避難訓練を行っている。ホーム内に非常食などの備蓄品も備えている。		

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
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 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	年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉がけをしている。言葉がけ、声かけに関してはフロア会議でも話し合う事で意識向上に努めている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	ご本人が気兼ねなく希望等意思表示出来る様に傾聴する事で信頼関係を築いている。意思表示の難しい方には、選択方法にする等、可能な方法を探したり、表情や仕草等から希望の支援が出来る様に努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 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	入浴や外出、レクリエーション等、その時の状況と利用者との話し合いの中で、その日の支援を行っている。散歩が好きな方、手作業が好きな方など違いが分かれるので、それぞれ利用者様の希望が出来るだけ叶う様にお聞きしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 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	3ヶ月に一度の訪問理容で、身だしなみに気を掛けている。ご本人の好きな服を着られる様に選んで頂いている。夏物冬物などの整理も職員が行っており、足りないもの等があればご家族にもご協力をお願いしている。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 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	準備や片付けはその方の能力に合った作業を職員と共に行っている。食事も職員と共に食べる事で会話を楽しみながら行っている。		

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 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、水分量を個々の状態に合わせた形態でお出ししている。水分制限糖質制限などがある方については、主治医の指示のもと職員が厳密に管理している。		
42		○口腔内の清潔保持 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	毎食後必ず声かけを行い口腔ケアを行っている。能力に応じ、見守り、介助等を行っている。義歯や残存歯等の問題が出てきた時は、歯科医に繋げている。		
43	19	○排泄の自立支援 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	排泄チェック表を使用し各利用者のパターンを把握している。おむつ任せにせず、トイレでの排泄を大切にしながら、声かけ、又は誘導を行っている。		
44		○便秘の予防と対応 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	入浴や体操などで胃腸が動くように取り組んでいる。張りがあるときなどは往診医や医療連携看護師にチェックしてもらっている。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 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2～3回の入浴の機会を作っているが、乾燥肌だったり入浴が好きな方にはなるべく入ってもらえる様になっている。入浴拒否がある方には、人を変えたり声かけに工夫したりしている。		

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
46		○安眠や休息の支援 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	自由に休息して頂いているが、夜間不眠にならない様にパターンを把握し管理している。臀部に褥創が出来やすい方は、毎日横になる時間を作り、圧迫から褥創が出来るのを予防している。		
47		○服薬支援 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	往診医・薬剤師から副作用については説明を受けている。薬情ファイルを保管しており、副作用を疑った時はすぐ照らし合わせられるようにしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 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	役割を持ち自身を持って動かれている方、レクレーションに参加され楽しまれている方、のんびり過ごすのが好きな方など、自由に過ごしている。職員側から好みに応じたレクや手伝い等提案している。		
49	21	○日常的な外出支援 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	天候に合わせ、週1～2回は外出出来るように心がけている。利用者様の状態に合わせ、外気浴から長めの散歩まで、なるべく外の空気が吸えるようにしている。人員が足りないとなかなか行けない時がある。		
50		○お金の所持や使うことの支援 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	現金に関してはホームの管理となっている。買い物に行き、本人に買いたいものを選んでもらう、選択するという機会は作っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 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	利用者様から要望があれば、事務所内の電話を利用出来る様になっている。ご家族からの電話の取次ぎも行っている。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 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	トイレや浴室等分かりやすい様に手作りの目印を貼っている。レクリエーションにて季節感を取り入れた作品を制作し、季節毎に展示している。冷暖房はホームが管理し、最適な温度になる様にしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	フロアテーブルだけでなく、フロアソファなど、好きな場所で寛げるようになっている。天気が良い時は外気浴などを行っている。		
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	ご本人が手作りした作品や、好きな写真等を飾る事で心地よく過ごせる様に配慮している。安全にも配慮し、クッションマットを敷いたりしている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	何でも介助するのではなく、ご利用者の残存機能に合わせた介助を行っている。車椅子歩行だが自分で運転したい利用者様などは自走して頂いている。そのため動線確保や席配置などには留意している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム
みんなの家・横浜市ヶ尾

作成日 令和5年10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	2	・地域には、様々な趣味のボランティア団体があり、事業所はコロナ以前には親密な関係を築き上げていたがコロナ禍で、現在も施設への受け入れは中断している。	ボランティア活動の再導入。	地域ケアプラザの職員から地域のボランティア活動の情報を取り入れ実施する。	6か月
2	14	・オレンジカフェの実施ができておらず、他の施設職員の来訪や近隣住民の来訪がない。	オレンジカフェを再開し、当職員を含め認知症への理解を深める。	地域運営推進会議でオレンジカフェの実施の際は協力していただく。 近隣住民に告知もする。	6か月
3					
4					
5					

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。