

2019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	1493600017	事業の開始年月日	平成18年4月1日
		指定年月日	平成30年4月1日
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	みんなの家横浜いずみ野		
所在地	〒245-0016 横浜市泉区和泉町7591-18		
サービス種別 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1年10月7日	評価結果 市町村受理日	令和2年3月4日

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)】

いずみ野は、緑が多くまた四季折々の風景はホームにいながら季節を感じる事ができます。春の桜も近所に花見に行きましたが、利用者様は「ここが一番」と口々におっしゃっていました。そんな中でも冬の富士山は絶景です。今年度は「健康増進活動」の一環として「いきいき体操」「NoAエクササイズ」「あんしんヨガ」すべて生活の中で脳と身体(足)を鍛える体操です。いつまでも元気でいずみ野で過して欲しい…との思いで取り組んでいます。地域の方の参加も徐々に増え地域交流のスタートになりました。利用者様はそれぞれ役割をもちご自分でできることを決め、やりがいを感じながら過ごしていただき、日本の伝統行事を大切にしながら利用者様がそれぞれ懐かしい気持ちや昔を思い出していただけるように行事を行っています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
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1年11月9日	評価機関 評価決定日	令和2年2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)】

事業所は、相鉄線「いずみ野駅」よりバスに乗り、「ひなたやま第一」停留所下車、徒歩9分のところ。大通りから少し入り、車の通過のない奥まった突き当りの場所にある、2階建て2ユニットのグループホームです。周囲にはまだ農地や桜などの樹木、豊かな森の見える原風景が残っています。階上からは遠く丹沢や富士山が望める眺望の良いところです。

#### <優れている点>

法人の理念と事業所の理念を合わせ、利用者一人ひとりに寄り添いながら、利用者の笑顔の暮らしを支援しています。開設以来の管理者を中心に、ベテラン職員を揃え、多くの終末期のケアに取り組んでいます。行政の「介護相談員制度」を積極的に受け入れ、利用者のニーズを把握し、サービスの向上に繋げています。事務所は厨房や食堂・リビングに隣接しており、居室や廊下、階段、エレベーターの入り口などを見渡すことができます。利用者の動線の配慮や、利用者の見守りが容易にできる構造になっています。

#### <工夫点>

事業所の理念である「笑顔のある毎日」が送れるよう、玄関に笑顔いっぱいの利用者、職員の大きな写真を掲げ、日々の支援の実践に取り組んでいます。

### 【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 ~ 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	みんなの家横浜いずみ野
ユニット名	1 U

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、安全面で不安なく過ごせている。 (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	玄関やスタッフルームに理念を貼っている。地域密着型サービスの意義を職員皆で確認している。カンファレンスや職員会議では理念を確認し合い職員皆で話し合い具体的な支援に繋げケアの方向性の統一をしている。	法人の理念を基に職員と相談して独自の理念を作り上げています。玄関に利用者や職員の笑顔いっぱい大きな写真を掲げ、「笑顔のある毎日」をモットーに理念の実践に努めています。	
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。	自治会（夏祭り）子供会（リトル）（子供神輿）等長年の関係で招待を受けたり、子供神輿の立寄り場になったりしている。最近では健康増進プログラムの取り組みに地域の方にも声をかけ参加していただいている。	自治会に加入しています。地域の夏祭りで子供神輿が立ち寄り、駐車場が子供神輿の休憩所となって利用者とふれあっています。子供会に不要な段ボールを提供し、資源のリサイクルに貢献しています。健康増進プログラムには地域の人達も参加し、交流をしています。	入居後の経年により活力の減退と共に外出や地域の行事の参加機会減少はやむを得ないところです。ボランティアの来訪や事業所の行事、イベントに地域の人達との交流の場を広げることも期待されます。
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。	地域のボランティアさん等の訪問時また月1回の体操…地域のかたの参加があったとき、認知症についての質問にお答えしたり、認知症予防や対応等ざっくばらんな雰囲気の際に話題にしたりしている。	/	/
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。	毎回具体的な取り組みや利用者様の現状を理解して頂き、どう地域と関わっていけるか等地域の情報を提供、また助言やアイデアをいただき事業所のサービス向上に活かしている。	2ヶ月ごと年6回開催しています。主なメンバーは現・前自治会々長、民生委員2名、家族、地域包括支援センター職員です。活動状況や外部評価報告の他、地域の情報や生き生きリズム体操などの意見交換をしています。	
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。	泉区役所の保護課、高齢・障害支援課の担当者とも顔の見える関係を築けるように役所に訪問している。地域包括にも事業所の健康増進プログラムの取り組みの案内等、訪問して協力関係を築くよう取り組んでいる。	困難事例の相談、ケースワーカーの定期訪問などで連携しています。市やブロックのグループホーム連絡会に参加しています。連絡会では事業所間の情報交換や空き情報など事業所の運営に活かしています。法人内の食中毒研修、消防署の防災などの研修に参加しています。	

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
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	玄関の施錠は防犯のためしている。「月1回の身体拘束廃止委員会」を開催。年2回は事業所内での研修を行いまた外部の研修にも参加している。毎月身体拘束廃止委員会を開催することで身体拘束をしないケアに取り組んでいる、また意識を高めている	定期研修やコンプライアンス、行動指針を事務所に掲げ、周知しています。不適切な言葉の事例があれば「身体拘束廃止委員会」で取り上げ、啓蒙に努めています。玄関は防犯上施錠をしていますが、利用者に外出の気配があれば見守り同行しています。	
7		○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。	「虐待0の行動指針」を読み勤務する。月1回「虐待防止委員会」を開催し「事例検討」や研修を実施、外部研修にも参加。日常では入浴時・更衣時にアザを発見した際「外傷確認報告書」を記入し虐待が見過ごされないよう注意・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。	後見人・保佐人を利用している入居者様が増えています。必要な方には情報提供をして支援している。職員に関しては機会があるごとに説明を行っているが日常生活自立支援事業に関する学びは不足している。		
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・重要事項説明書の内容は事前に読んでいただき契約日には疑問点等に関してお答えし、重度化・看取り・医療連携体制等加算に関して変更時は同意書を再度いただいている。また状態の変化等により契約解除に至るまで家族様と相談し納得得られるように努めています。		
10	6	○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。	家族会や面会時には利用者様の状態や家族様の要望は個別に聞いている。それに対して職員会議やカフェリスで頂いた意見を共有し利用者様の対応や事業所運営に反映させている。	玄関にレター箱を備え、意見があれば自由に投函できるようになっています。家族会や面会時にも要望や意見を聞いています。毎月家族あての便りを発行し、コミュニケーションを図っています。衣類の紛失防止や外出希望、おやつなどの意見や要望に対応しています。	

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
11	7	○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。	月1回の職員会議やユニットごとのカンファレンスを行い、ケアや業務に関しての話し合いをしています。また毎朝の申し送りは1F/2F合同で行い情報の共有をし職員の思い（夜間時対応・利用者様対応）を聞く場面を作るようにしている。	職員会議やユニット会議で職員の意見や要望を聞いています。年1～2回の個人面談の機会にも聞いています。管理者は日頃から職員が自由に意見や要望が言える雰囲気を作っています。シフトの作成や行事、イベントなど要望、意見、提案は運営に活かしています。	
12		○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。	資格取得に向けては法人内外の研修案内をして支援を行っている。年2回の個人面談の際、目標や振り返りを行ないまた管理者は個々の努力や実績を把握し、向上心を持って働けるように、職場環境・条件の整備に努めている。また法人上司には職員の意見や希望等伝えている。		
13		○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。	新人職員には法人内の基本的な知識を学ぶ研修・機会があります。他の職員に関しては経験や力量に応じ法人内・行政・GH連絡会等の研修案内をアナウンスし参加しやすい環境・シフト調整を行っている。		
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。	県GH協議会・市GH連絡会やブロック会等の研修参加や意見交換会を行っているので参加し交流をしている。グループホーム連絡会に参加することでネットワークができ勉強会等ではスムーズに意見交換ができ自事業所の気付きができ質の向上に繋がっている。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	事前の面談でどのような生活を送られていたのかを自宅へ訪問しご本人様に会って状態を把握し少しでもご本人の思いに向き合い安心して頂けるような関係作りに努めています。また直接ホームを見学していただき数時間でも過ごして頂く場合もあります。		

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
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。	家族様の今までのご苦労や今後何を求めているのか、これまでの経緯等事前に十分な話し合いができるようしています。またホームを見て頂き、どのように皆様が過ごされているかを感じて頂き、ご本人様が望む所かを見極め安心して頂ける関係作りに努めています。		
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。	利用者や家族様が今どんなことに困っており、どのような事を望んでいるのかを十分話し合い、グループホームの選択がベストか等見極め支援していくよう努めています。		
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。	ご家族様から今までの暮らしの情報をできる限りお聞きしご本人が今までどのように暮らしてこられたのか、またどんな暮らしを望まれているのかを知り、自分でできることをやり共に助け合いながら暮らしを共にする関係を築いている。		
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。	利用者の様子や職員からの報告等は毎月送る一言通信で伝えている。また日常生活での出来事や様子は面会時・家族会・電話等機会があるごとにお伝えし家族様と職員がご利用者様に対して同じ思いになり本人を支えていく関係を築いている。		
20	8	○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。	娘・息子・孫・姉妹家族等が家にいた時と同じ頻度でご本人に会いにきたり、定期的に面会をされ、おやつを持参して一緒に召し上がったたり、外食のため家族と外出したり継続的な交流ができています。回数は多くはないがご近所様数名で利用者様に会いに来られる事もあります。	知人や友人の来訪があり、居室で湯茶の接待をしています。墓参りや一時帰宅など、家族の協力で継続の支援をしています。利用者によっては在宅時からの趣味や嗜好などの継続を支援しています。	

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
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。	長い期間隣同士で座っておられる利用者様は故郷の話、家族の話等をされたり若い頃の話もしています。また他の利用者様の体調を気遣い言葉をかける場面もあります。またテーブルの上のごみを他の利用者様のも捨ててくれたりする場面もあり支え合えるように支援しています		
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。	契約が終了した方への訪問、またこちらから訪問する対象者がいませんが近隣に住んでいるご家族様は契約が終了してもホームに立ち寄って下さいます。また親戚や家族の介護の相談等があればその支援にも努めています。事業所のイベントにお誘いすることもある。		
<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	9	○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。	日常会話や世間話の中らご本人の思いを汲み取るように努めている。また困難な場合は顔の表情等（笑顔、悲しい顔、つらい顔）を見落とさないように努めています。ご本人の思いや希望はケアプランに繋げ定期的に職員間で話し合いをしています。	アセスメントや日常の会話を通して把握しています。意思表示の困難な利用者は態度や表情、目つきなどのサインの表示を汲み取るようにしています。把握した内容は記録に残し共有しています。生活歴や家族の協力で把握することもあります。	
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。	入居時の事前面接等で生活歴や馴染みの暮らし方の十分な聞き取りをしています。利用者様のこれからの暮らしをひもとく大切なことなので面接時や暮らしが始まってからも丁寧に働きかけをして情報を得られるように取り組みをしています。		
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。	できることが徐々にできなくなってきた方も数人おりますが、利用者様一人ひとりのその日の状態を把握し、できること等行動や動作で感じ取るようにしている。月1回のカンファレンスで情報の共有をし本人の有する力等現状の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○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。	医師・医療連携の看護師からは医療面での注意事項を聞いています。歯科医師・衛生士さんとは食事形態や口腔内の清掃等の情報提供をしていただきまた家族様からも提供していただき、アセスメントしています。意見や提案をケアプランに反映し作成しています。	モニタリングは3ヶ月、6ヶ月で実施しています。通常、計画の見直しは半年ごとに行っています。モニタリングや見直しの際は職員や計画担当者、管理者が参加しています。計画書には利用者や家族の意見、医療情報も反映されています。	
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。	様子や会話・特記等は生活記録に記録。また大きなエピソードは申し送りノートで職員間の情報共有をしている。介護計画の実践は、実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。月1回のカンファレンスで情報の共有・意見交換をしている。		
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。	家族様の状況や要望により緊急外出や面会は臨機応変に対応しています。誕生日には本人の望むことを出来る限り実現できるように対応しています。今は自分の思いを伝えることができない方が多く好みの食べ物を希望した際提供している。		
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。	自治会や、民生委員さんや地域包括のケアマネさんから地域(自治会)での行事・ボランティアさんの情報提供を頂いております。また地域の将棋ボランティアさんが利用者様相手に真剣に将棋をやりに来てくださっているように利用者様が暮らしを楽しむことができるよう支援している。		
30	11	○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。	必要時には、かかりつけ医の訪問日時的情報を家族に伝え医師と家族との間に入り連携をとるようにしています。基本的に受診は家族対応となっていますが職員と一緒に同行しています。また家族対応が不可能な時には職員が対応するよう支援している。	入居時に本人、家族の同意を得て協力医療機関の往診を月2回受診しています。医療センターや眼科は家族対応で受診しています。月2回、歯科医の往診、週1回、歯科衛生士の口腔ケアと医療連携看護師の来訪により健康管理をしています。24時間緊急対応の体制が整えられています。	

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 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。	訪問看護ステーションとの契約により医療連携看護師が週1回の訪問があります。利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果など連携記録に記入して連携をとっています。また訪問看護の指示書が出た時は訪問看護師に情報提供し適切な看護を受けられるように支援している。		
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。	入退院時には病院関係者との話し合いに同席、入院目的・期間を聞き早期退院できるように話し合いをしています。また介護サマリーや利用者の支援方法や特徴を提供しています。定期的な病床訪問も行い病院関係者との関係作りを行っている。		
33	12	○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。	入居時・家族会などで話し合いの場を作っています。事業所のできることで、ご家族の思いを常に話題にしています。利用者の状態によりご家族・事業所・医師と話し合い、情報の共有をし随時意思を確認しながら支援に取り組んでいます。	契約時「重度化した場合の対応に係る指針」で説明し、同意を得ています。看取りの際は主治医や家族と協議して計画書を作成し、家族の同意の下に実施しています。職員は、研修や勉強会、振り返りでスキルアップに努めています。看取り体験も多くあり、最期を大切にしています。	
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。	事業所内には緊急時対応マニュアルが貼ってある。また応急手当等の初期対応の訓練は消防署や法人内の研修を毎年受け、事業所内での伝達研修を行っています。		
35	13	○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回の避難訓練実施予定。 地域の方との協力体制は運営推進会議などで協力依頼をした。今年度はまだ消防署同席や地域の協力体制のものの訓練はできていません。	年2回避難訓練を実施しています。消防署の指導を受け、火元を変えるなど工夫しています。夜間想定は今後実施する予定です。緊急時にはすぐに駆け付けられる近隣の職員もいます。備蓄は3日分の食料、飲料水とコンロ、トイレ、懐中電灯などを備えています。	

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	14	○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。	日常的に職員同士の会話を利用者の前で大きな声で話したり、義歯装着時の配慮。また不適切な言葉に気がついた時はその都度管理者や職員間で注意しあっています。事務所の中には「利用者様に対するタブー例」を貼って言葉かけや対応に注意している。	個人情報の取り扱いについては重要事項説明書に記載しています。往診医の診察、衛生士による口腔ケアは居室で行っています。入浴や排泄時の声かけでは尊厳や羞恥心に配慮をしています。事務所入口扉に15のタブー例を掲げ、職員に周知徹底しています。	
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。	日常生活の中で小さなことでも自己決定できる場面を作っています。食事時は醤油・ソース・ドレッシング・マヨネーズなど調味料を選んでもらえるような環境を整備。一人ひとりの状態に合わせて曖昧な声かけでなく選びやすく答えやすく自己決定できるように働きかけている。		
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。	食事時間がゆっくりの方など一人一人のペースに合わせた生活リズムを大切にしています。基本的な1日の流れはありますが、見たいテレビの関係で体操を午後に行ったり、また休息場面など利用者のサインや体調変化などを把握し個別に対応しています。		
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。	訪問美容の定期的な訪問があります。利用できるよう日時の調整を行っています。化粧品購入の希望時は、居室担当が購入する支援をしている。		
40	15	○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。	献立記入・片付け等をしています。食器拭きは水切りカゴを一人に一つ用意し座ったまま食器拭きをしています。食事介助の際ミキサー食であっても献立が何かがわかるように声をかけながら介助をしている。	可能な利用者は盛り付けや食器拭き、下膳の際には同じ器ごとに重ねてワゴンに置くなど、脳への働きかけも心がけています。癒しの音楽が流れ、職員も皆一緒に食卓を囲んでいます。誕生日は一人ずつ当日に祝い、特別な喜びとなっています。	

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
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・水分量はチェック表をつけ把握している。食事形態はミキサー・スライス状など、歯科医師・かかりつけ医師の指示を仰ぎながら、また職員は食事形態の研修に何度も参加し、摂食・嚥下の低下がみられる利用者一人ひとりの状態に応じた支援をしている。		
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。	口腔ケアの重要性を職員は認識している。歯科医・歯科衛生士と連携をとりながら、利用者の状態によって口腔ガーゼ・スポンジ・舌苔ブラシを使用し口腔ケアを行っている。		
43	16	○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。	排泄記録をつけ排泄のパターンを把握し、定時誘導またはサインを見逃さないようにしてトイレでの自立した排泄ができるように支援しています。紙パンツやパット類を使用していても定時誘導を行ないトイレでの排泄ができるように支援しています。	排泄チェック表を活用し、定時、随時、食事前後の声かけでトイレ誘導し、自立に向けた支援をしています。退院後におむつからリハビリパンツやパットに改善しています。便秘対策として水分管理、歩行、毎日N o A（ノーア）体操で脳と脚を鍛えています。	
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。	排泄記録をつけ、排泄状況・パターンの把握をし、排泄サインを見逃さず不穏回避に努めています。便秘薬の調整を医師や連携看護師と連携しながら、また乳製品などを取り入れたり、体を動かし体操をしたり、便秘の予防に取り組んでいる。		
45	17	○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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	希望がある際はいつでも入浴できるように毎日準備をしている。入浴表を参考にして間隔を空けず入浴をしている、また入浴をしたがらない方は職員を交代したり工夫をしたり、同性介助を希望する利用者様には同性の職員が対応等個々に応じた支援をしている。	入浴は週2～3回で、時間帯は本人のペース、要望に合わせ、同性介助にも配慮しています。1階浴室にはリフトがあり、浴槽の三方から介助出来るので、座位の取れない利用者は1階で入浴しています。季節のゆず湯、菖蒲湯もあります。入浴時、顔のマッサージを楽しんでいる人もいます。	

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
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。	ご本人の希望により寝具は薄めの物・厚めの物等好みを把握して安眠に繋げています。また日中の活動・レクの働きかけを行い夜間安眠できるよう支援している。座位困難・休息が必要な利用者は休んで頂いていますが日中はフロアの声があえて聞こえるようにカーテンにしている。		
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。	薬の情報は、薬剤師・往診記録等で情報の共有をしている。薬情は常にみられるようにファイルし副作用等の把握ができるようにしている。服薬時にはダブルチェックのマニュアルで実施している。服用困難な利用者には薬の形態や水の形態、容器の工夫をしている。		
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。	家事のできることをやりたいことを自分で決め、もっている力を活かし役割がもて張り合いある日々を過ごしている。また買い物・外食・趣味（将棋）・化粧品・お酒落など望んでいる事を実現し楽しみや喜びのある生活が送れるように支援している外の		
49	18	○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。	外の空気が吸いたいと希望があれば玄関先に出たり、法要に出席したり（職員同行）、家族（息子夫婦・孫）と外出し食事を楽しんだりできるように外出前の準備をしたり等支援している。	介護度の進行により日常の外出は難しくなり、家族同行で外出しています。誕生日は希望の所へ出かけるなど支援しています。ベランダや玄関前の広い駐車場、畑で外気浴が出来ます。花見や自治会の夏祭りに出かけています。駐車場は子供神輿の休憩所となっています。	
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。	重度の方は買い物をすることがありません。お元気な利用者は自分で欲しい物の希望を伝えることはできますがお金を所持したり支払いをする支援はできていない。		

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
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。	手紙を書ける利用者は少なくなった。兄妹・友人・姪など希望があれば電話ができるように支援している。		
52	19	○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。	利用者と一緒に壁画を作成し季節を感じていただけるように支援している。玄関には花や装飾品を飾り居心地のよい共有空間づくりまた季節感・生活感を採り入れる工夫をしている。時間帯によっては明るさを変えたり食事時は音楽を流している。	事業所周辺は自然が多く、リビング、居室は終日陽が差して明るい環境です。玄関にはオシャレなベンチ、利用者の大きな笑顔の写真、廊下の壁面には誕生会、花見、夏祭りなど行事の写真を、リビングには利用者で作成したコスモスや紅葉の切り絵を掲示し、季節が感じられます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	気の合った利用者同士で会話ができたりテレビを見たりできるように食席を決めている。玄関内に椅子がありフロアから離れてひとりになったりできるように居場所の工夫をしている。		
54	20	○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。	夫婦や家族の昔の思い出の写真や最近の孫さんの写真などを飾り本人が居心地良く過ごせるように工夫している。使い慣れた物や馴染みの物があることで混乱することがあるので家族と相談する場合もある。	居室には、ベット、エアコン、カーテン、クローゼット、チェスト、洗面台が備えられています。テレビ、テーブル、写真や装飾品など好みの物を置き、個性豊かに居心地よい暮らしを楽しんでいます。床はクッション性のマットで、家具の角にカバーをしてケガの防止に配慮しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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。	ご本人の部屋には表札をつけ、トイレや浴室の表示もして場所がわかるようにしている。また利用者が自分のことが少しでもひとりできるように動線の工夫をしています。		

事業所名	みんなの家横浜いずみ野
ユニット名	2U

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、安全面で不安なく過ごせている。 (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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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近づけている。	玄関やスタッフルームに理念を貼っている。地域密着型サービスの意義を職員皆で確認している。カンファレンスや職員会議では理念を確認し合い職員皆で話し合い具体的な支援に繋げケアの方向性の統一をしている。		
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。	自治会に加入しリサイクル活動には継続的に協力している。運営推進会議で提案を受け声をかけていただき夏祭りの盆踊りや子ども神輿のホーム訪問が実現し子ども達との交流ができています。ご近所様のコスモス畑の観賞訪問をさせて頂いている。		
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。	地域のボランティアさん等の訪問時認知症についての質問に答えたりしている。RUN伴等のイベントで近隣を利用者様と走り（歩き）近隣の方に認知症の啓発活動を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	事業所の現状・具体的な取り組みについて報告している。現状を理解して頂き、利用者がどう地域と関わっていきけるかなど助言を頂いている。地域の情報を提供して頂き事業所との橋渡しをして頂いています。		
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。	泉区役所の保護課・高齢支援課を定期的に訪問して顔の見える関係を築いています。横浜市の担当の方とも定期的に会う機会を作っています。（市GH連絡会・ブロック会）また地域包括も訪問し協力関係を築くよう取り組んでいます。		

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 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	玄関は防犯のため家族からの希望もあり、施錠はしている。「月1回の身体拘束廃止委員会」では「これって拘束？虐待？」と意見を出し合い、職員皆で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
7		○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。	「虐待0の行動指針」を読み勤務に入る。「虐待防止委員会」月1回の会議で日常のケアについてそのケアって虐待ではないのか…と皆で話し合い意見交換をしている。法人内では職員全員対象に虐待アンケートを実施している。		
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。	青年後見制度を利用している入居者様もいます。必要な方には情報提供をして支援しています。職員に関しては機会があるごとに説明を行っているが日常生活自立支援事業に関しての学びは不足している。		
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・重要事項説明書の内容は事前に読んでいただき契約日には疑問点などに関して答え、事業所のケアの方針や取組・重度化・看取り・医療連携体制等加算に関してまた状態の変化などにより契約解除に至るまで家族と相談し納得得られるように努めている。		
10	6	○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。	2カ月に1回家族会を実施している。利用者の状態・事業所の運営について報告している。それに対して家族から意見をいただき事業所の運営に活かしている。出席できない家族には電話や面会時などに意見を頂いたり話しをしている。意見は運営に反映させるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○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。	月1回の職員会議やユニットごとのカンファレンスを行い、ケアや業務に関しての話し合いをしている。業務に関しては職員皆が意見を出しやすいようにフロア長が中心となって行っている。年2回職員面談を実施、意見や悩みを話せる場を設けている。		
12		○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。	資格取得に向けては法人内外の研修案内をして支援を行っている。年2回の個人面談の際、目標や振り返りを行ないまた管理者は個々の努力や実績を把握し、向上心を持って働けるように、職場環境・条件の整備に努めている。また法人上司には職員の意見や希望など伝えている。		
13		○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。	新人職員（最近は少ない）には法人内の基本的な知識を学ぶ研修・機会があります。他の職員に関しては経験や力量に応じ毎月、行政・法人内・GH連絡会等の研修案内をアナウンスし参加しやすい環境・シフト調整を行っている。		
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。	市GH連絡会やブロック会等の研修参加や意見交換会をしている。グループホーム連絡会に参加することでネットワークができ勉強会などではスムーズに意見交換ができ自ホームの気付きができ質の向上に繋がっています。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	事前の面談でどのような生活を送られていたのかを自宅へ訪問し本人に会って状態を把握し少しでも本人の思いに向き合い安心して頂けるような関係作りに努めています。また直接ホームを見学して数時間でも過ごして頂く場合もあります。		

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
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。	家族の今までの苦労や今後何を求めているのか、これまでの経緯など事前に十分な話し合いができるようしている。またホームを見て頂き、どのように利用者が過ごしているかを感じて頂き、本人が望む所かを見極め安心して頂ける関係作りに努めています。		
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。	利用者や家族様が今どんなことに困っており、どのような事を望んでいるのかを十分話し合い、グループホームの選択がベストか等見極め支援していくよう努めています。		
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。	まずご家族が今一番困っていることや望まれていることなど、話をゆっくりとお聞きし事業所としてどのような支援ができるか事前に話し合い、また本人が少しでも不安がなく安心できるような関係作りに努めています。		
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。	利用者の様子や職員からの報告等は毎月送る一言通信で伝えている。また日常生活での出来事や様子は面会時・家族会・電話など機会があるごとに伝え家族と職員がご利用者に対して同じ思いになり本人を支えていく関係を築いている。		
20	8	○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。	本人の娘・孫・姉・妹など家族が、家にいた時と同じ頻度、また定期的に面会に来られ、おやつを持参して一緒に召し上がり時間を過ごし継続的な交流ができている。たまには一緒に外出し食事をしたりお墓参りに行っている。関係が途切れないように支援している。		

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
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。	長い期間隣同士で座っている利用者はおしゃれや美容の話、男性は外の景色の話をしている。またテーブルの上の他の利用者のごみも一緒に捨ててくれます。利用者同士の安心できる関わり場面もあり支え合えるように支援しています		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約が終了した方への訪問、またこちらから訪問する対象者がいませんが近隣に住んでいるご家族様は契約が終了してもホームに立ち寄って下さいます。また親戚や家族の介護の相談等があればその支援にも努めています。		
<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	9	○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。	日常会話や世間話の中からご本人の思いを汲み取るように努めています。また困難な場合は顔の表情等（笑顔、悲しい顔、つらい顔）を見落とさないように努めています。ご本人の思いや希望はケアプランに繋げ定期的に職員間で話し合いをしています。		
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。	入居時の事前面接等で生活歴や馴染みの暮らし方の十分な聞き取りをしています。利用者様のこれからの暮らしをひもとく大切なことなので面接時や暮らしが始まってからも丁寧に働きかけをして情報を得られるように取り組みをしています。		
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。	できることが徐々にできなくなってきた方も数人おられますが、利用者様一人ひとりのその日の状態を把握し、できること等行動や動作で感じ取りながら現状の把握に努めています。月1回のカンファレンスで情報の共有・意見交換をしています。		

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	10	○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。	医師・医療連携の看護師からは医療面での注意事項を聞いています。歯科医師・衛生士さんとは食事形態や口腔内の清掃等の情報提供をしていただきまた家族様からも提供していただき、アセスメントしています。意見や提案をケアプランに反映し作成しています。		
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。	様子や会話・特記等は生活記録に記録。また大きなエピソードは申し送りノートで職員間の情報共有をしている。介護計画の実践は、実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。月1回のカンファレンスで情報の共有・意見交換をしている。		
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。	家族様の状況や要望により緊急外出や面会は臨機応変に対応しています。誕生日には本人の望むことを出来る限り実現できるように対応しています。今は自分の思いを伝えることができない方が多く好みの食べ物を希望した際提供している。		
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。	地域の自治会役員、民生委員さんや地域包括のケアマネさんから地域(自治会)での行事・ボランティアさんの情報提供を頂いております。また地域の方から庭に咲いている花をいただいたり庭のコスモス観賞に招待していただいたりしている。		
30	11	○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。	必要時には、かかりつけ医の訪問日時情報を家族に伝え医師と家族との間に入り連携をとるようにしています。基本的に受診は家族対応となっておりますが職員と一緒に同行しています。また家族対応が不可能な時には職員が対応す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
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。	訪問看護ステーションとの契約により医療連携看護師が週1回の訪問があります。利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果など連携記録に記入して連携をとっています。また訪問看護の指示書が出た時は訪問看護師に情報提供し適切な看護を受けられるように支援している。		
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。	入退院時には病院関係者との話し合いに同席、入院目的・期間を聞き早期退院できるように話し合いをしています。また介護サマリーや利用者の支援方法や特徴を提供しています。定期的な病床訪問も行い病院関係者との関係作りを行っている。		
33	12	○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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時・家族会などで話し合いの場を作っています。事業所のできること、ご家族の思いを常に話題にしています。利用者の状態によりご家族・事業所・医師と話し合い、情報の共有をし随時意思を確認しながら支援に取り組んでいます。		
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。	事業所内には緊急時対応マニュアルが貼ってある。また応急手当等の初期対応の訓練は消防署や法人内の研修を毎年受け、事業所内での伝達研修を行っています。		
35	13	○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回の避難訓練実施予定。 地域の方との協力体制は運営推進会議などで協力依頼をした。。今年度はまだ消防署同席や地域の協力体制のものと訓練はできていません。		

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	14	○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。	日常的に職員同士の会話を利用者の前で大きな声で話したり、義歯装着時の配慮。また不適切な言葉に気がついた時はその都度管理者や職員間で注意しています。事務所の中には「利用者様に対するタブー例」を貼って言葉かけや対応に注意している。		
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。	日常生活の中で小さなことでも自己決定できる場面を作っています。食事時は醤油・ソース・ドレッシング・マヨネーズなど調味料を選んでもらえるような環境を整備。一人ひとりの状態に合わせて曖昧な声かけでなく選びやすく答えやすく自己決定できるように働きかけている。		
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。	食事時間がゆっくりの方など一人一人のペースに合わせた生活リズムを大切にしています。基本的な1日の流れはありますが、見たいテレビの関係で体操を午後にしたり、また休息場面など利用者のサインや体調変化などを把握し個別に対応しています。		
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。	訪問美容の定期的な訪問があります。利用できるよう日時の調整を行っています。化粧品購入の希望時は、居室担当が購入したりの支援をしている。		
40	15	○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。	献立記入・片付け等をしています。食器拭きは水切りカゴを一人に一つ用意し座ったまま食器拭きをしています。食事介助の際ミキサー食であっても献立が何か分かるように声をかけながら介助をしている。		

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
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・水分量はチェック表をつけ把握している。食事形態はミキサー・スライス状など、歯科医師・かかりつけ医師の指示を仰ぎながら、また職員は食事形態の研修に何度も参加し、摂食・嚥下の低下がみられる利用者一人ひとりの状態に応じた支援をしている。		
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。	口腔ケアの重要性を職員は認識し研修に参加しています。歯科医・歯科衛生士と連携をとりながら、利用者の状態によって口腔ガーゼ・スポンジ・舌苔ブラシを使用し口腔ケアを行っている。		
43	16	○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。	排泄記録をつけ排泄のパターンを把握し、定時誘導またはサインを見逃さないようにしてトイレでの自立した排泄ができるように支援しています。紙パンツやパット類を使用していても定時誘導を行ないトイレでの排泄ができるように支援しています。		
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。	排泄記録をつけ、排泄状況・パターンの把握をし、排泄サインを見逃さず不穏回避に努めています。便秘薬の調整を医師や連携看護師と連携しながら、また乳製品などを取り入れたり、体を動かし体操をしたり、便秘の予防に取り組んでいる。		
45	17	○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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	希望がある際はいつでも入浴できるように毎日準備をしています。希望のない方は入浴表を参考にして間隔を空けず入浴をして頂けるように入浴の支援をしています。入浴が理解できない方は職員を交代したりの工夫をしながら支援しています。朝希望する方もいて朝入浴します。		

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 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。	ご本人の希望により寝具は薄めの物・厚めの物等好みを把握して安眠に繋げています。また日中の活動・レクの働きかけを行い夜間安眠できるよう支援している 座位困難・休息が必要な利用者は休んで頂いていますが日中はフロアの声があえて聞こえるようにカーテンにしています		
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。	薬の情報は、薬剤師・往診記録等で情報の共有をしている。薬情は常にみられるようにファイルし副作用等の把握ができるようにしている。服薬時にはダブルチェックのマニュアルで実施しています。服用困難な利用者には薬の形態や水の形態、容器の工夫をしている。		
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。	家事のできることややりたいこと決め自分のもっている力を活かし役割がもて張り合いある日々を過ごしている。また買い物・外食・趣味(将棋)・化粧・お洒落など望んでいる事を実現し楽しみや喜びのある生活が送れるように支援している外の		
49	18	○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。	外の空気が吸いたいと玄関先に出たり、洋服を買いたいとブティックに行ったりしている。「RUN伴」イベントで(認知症の当事者が地域を走りたすきを繋ぐ)走りたいと参加する。法要に出席した後親戚の方からドライブに連れて行きたいと申し出があり、外出できる様支援している		
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。	重度の方は買い物をする機会がありません。お元気な利用者は自分で欲しい物(服・ヘアバンド・化粧品)を買いに行きレジでの支払いをしてもらう…の個別支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	手紙を書ける利用者は少なくなった。兄妹・友人・姪など希望があれば電話ができるように支援している。		
52	19	○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。	利用者と一緒に壁画を作成し季節を感じていただけるように支援している。玄関には花や装飾品を飾り居心地のよい共有空間づくりまた季節感・生活感を採り入れる工夫をしている。時間帯によっては明るさを変えたり食事時は音楽を流している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	気の合った利用者同士で会話ができたりテレビを見たりできるように食席を決めている。玄関や玄関の外に椅子やテーブルを置き外でお茶を飲んだりフロアから離れてひとりになったりできるように居場所の工夫をしている。		
54	20	○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。	夫婦や家族の昔の思い出の写真や最近の孫さんの写真などを飾り本人が居心地良く過ごせるように工夫している。使い慣れた物や馴染みの物があることで混乱することがあるので家族と相談する場合もある。		
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。	ご本人の部屋には表札をつけ、トイレや浴室の表示もして場所がわかるようにしています。また利用者が自分のことが少しでもひとりでできるように動線の工夫をしています。		

令和元年度

### 目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家 横浜いずみ野

作成日: 令和2年3月3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
1	2	入居者様の高齢と重度化で外出の機会が少なかったり地域での交流は少ない。	小人数のボランティアさんの来訪はありますがもう少し幅を広げてボランティアさんの来訪が多くできるようにする。	・社会福祉協議会等でボランティアさんの情報を得る。また運営推進会議で再度助言を求める。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月