

令和元年度

## 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	1494200072	事業の開始年月日	平成30年7月1日
		指定年月日	平成30年7月1日
法人名	SOMPOケア(株)		
事業所名	そんぼの家GH海老名		
所在地	(〒243-0424) 神奈川県海老名市社家77-1		
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1年9月24日	評価結果 市町村受理日	令和1年12月13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)】

私たちは、ご利用者様が楽しく過ごしていただきたいと考えています。今まで暮らしてこられたご自宅での生活を大切に、ごく普通の生活をしていただけるよう支援することで、一人ひとりの「自分らしさ」の実現のお手伝いをさせていただきます。

事業所では、「認知症カフェ」を開催し「ラン伴出場」などへの参加を通して、地域の認知症ケアの拠点となるように活動しております。

### 【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1年11月20日	評価機関 評価決定日	令和1年12月5日

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

<b>【事業所の優れている点】</b> ◇「そんぼの家GH海老名」としての運営方針の明確化 ・事業所としての経営理念に基づく「ビジョン」と「行動指針」を明確化し、利用者の人間尊重を基本に、サービスの向上に取り組んでいる。 ・事業所では「まるで自宅にいるような暮らしの実現」を掲げ、職員は、利用者が従来の生活・習慣を持続出来るよう支援している。 ◇「ケアサービス基本マニュアル」と「研修体制の充実」による人材育成 ・基本マニュアルは、職員の身だしなみ、倫理、介護技術と災害対応等を明確化しており、職員研修や会議で徹底して人材育成を図り、ケアサービスの向上に努めている。 ・人材の育成面では、人事評価制度（キャリアパス制度）を導入して、業務実績を評価するほか、施設長との話し合いで設定した個人年間目標の達成に取り組んでいる。 ◇認知症カフェの開催 ・事業所では、月1回認知症カフェを開催し近隣住民との交流を図っている。 <b>【事業所が工夫している点】</b> ◇外部からの侵入防止策によるセキュリティの強化 ・外部からの侵入を防止するため、開口部の施錠を日常的に実施すると共に、玄関入口に防犯カメラを設置してセキュリティを強化している。
--

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23～35	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	そんぼの家GH海老名
ユニット名	1階

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所理念「利用者が今迄暮らしてきた在宅のように、普通の生活で穏やかに楽しく過ごしてもらえるよう支援します」を掲げ、職員は会議等で共有している。</li> <li>・利用者は自分のことは自分で行い、出来ないところを職員が支援するケアを実践している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の方針を基に職員が話し合い、事業所の理念と方針、方針12箇条を設定した。</li> <li>・職員は理念・方針を、利用者支援の基本として会議等で共有し、各ユニット内に掲示して実践に繋げている。</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社家自治会に加入している。</li> <li>・市社会福祉協議会の「えびな元気お裾分けクラブ」から傾聴ボランティアが来ている。</li> <li>・大正琴やピアノのボランティアに来ていただいている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自治会に加入し、敬老会に参加している。月一回開催する認知症カフェで地域住民と交流しRUN伴海老名に参加し、地域連携を図っている。</li> <li>・市社会福祉協議会から傾聴、大正琴、ピアノ演奏のボランティアを受け入れている。</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議で地域の方からの意見等を聞き、認知症の方への理解を広めている。</li> <li>・認知症カフェを毎月開催している。近隣の住民にも参加していただいている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年6回偶数月の第3月曜日に開催。市職員、地域包括、民生委員、家族、入居者や事業所職員が参加し、ホームの行事や出来事を報告し、状況、問題点、方向性等を議論している。</li> <li>・出席者から採用や転倒対策等の意見を得、運営に活かしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議は、住民代表、市と地域包括支援センター職員、家族に利用者が参加し、年6回開催している。</li> <li>・会議では、認知症カフェの運営や利用者行方不明時の対応などについて討議し、結果を運営に活かしている。</li> </ul>	
		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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・メールや電話で、市役所へ報告や連絡し相談している。</li> <li>・個別の案件は市の担当者と直接やりとりをしている。運営推進会議にも参加していただいている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・市介護支援課の職員とは、ケアプランの点検、地域連携について連絡・相談等を実施している。</li> <li>・市のグループホーム連絡会や市主催の研修会に参加している。</li> </ul>	

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束は行っていない。研修や事業所会議で、身体拘束をしないケアを話し合っている。</li> <li>・4, 7, 10, 1月の年4回、身体拘束廃止委員会を開催している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアサービス基本マニュアル内の「虐待・身体拘束の項」に則り、虐待の防止と身体拘束をしないケアに取り組んでいる。</li> <li>・身体拘束廃止委員会は、年4回開催し、職員は、身体拘束の禁止に当たる行為を理解し、職員間で共有している。</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者虐待防止法について、入社時研修、事業所定例研修を行なっている。</li> <li>・日常ケアの中でもスタッフ間で気付いたことを指摘し合える関係づくりをしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会福祉協議会や地域包括と連携し、成年後見人制度やあんしんセンターの紹介や利用、カンファレンス等を行なっている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時にご入居者、代理人と読み合わせ、付け合いを行い、不明な点がない様に確認をし、ご理解、納得された上で契約を締結している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情窓口には、管理者と本社苦情窓口が対応し、事業所会議でスタッフと協議後、内容と経過は、運営推進会議でも報告している。</li> <li>・家族とは来訪時に、来訪されない家族には電話やメールで近況報告と合わせ、お話を伺っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の意見等は、来訪時や運営維新会議で聞いている。現状推進会議の主な議題は、家族の意見への事業所内検討結果の報告であり、結果は運営に反映している。</li> <li>・玄関に意見箱を設置するほか、苦情窓口を設定しているが、現在まで苦情はない。</li> </ul>	

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の事業所会議や管理者との面談などで意見を聞き、事業所の運営について話し合うなど、職員が意見を発言できる環境にある。</li> <li>・職員は年間個人目標を作り、目標に向けて具体的活動に対する管理者との面談もある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月職員会議、ケア会議を実施し職員との意見交換、情報を共有し、結果は運営に反映している。</li> <li>・個人目標については、年間目標を設定し設定段階、中間段階、最終段階で上司と職員で面談し確認している。</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人事評価制度（キャリアパス制度）を導入し、仕事の成果を適正に評価している。</li> <li>・新入社員はOJTシートを活用し、到達レベルを確認している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・法人での集合研修やクリップラインでの研修など、法人のケア方針を事業所のスタッフに教育している。</li> <li>・全職員に認知症基礎研修の取得を支援している。この他の外部研修に積極的に参加している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社内では集合研修や専門研修を通じて相互交流を図り、他の事業所のスタッフと意見交換をしている。社外では外部研修時に交流をしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、初回アセスメントを行いケアプランを作成している。</li> <li>・入居後はスタッフ間で常に情報交換し、アセスメントに役立てている。</li> </ul>		

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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居前にご自宅や入院先へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。</li> <li>・入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見学時に他のGHやGH以外の施設などの選択肢も十分に考慮して頂き、ご本人にとってより良い選択となるように支援している。</li> <li>・入居後はご本人の要望、ご家族の希望を聞き対応している。買い物、散歩出来るだけ在宅時と変わらない支援をしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調理、掃除、洗濯物関係等の日常生活の中で入居者とスタッフが一緒に物事に取り組み、ご入居者中心の支援を行っている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月のお手紙で普段の生活をお知らせしている。ご家族の訪問時にお話しをし、一緒に考えていくようにしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・手紙や電話での援助、一時帰宅など、これまでの関係維持に努めている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族、友人の来訪時は、リビングや居室で寛いでもらえるように努めている。</li> <li>・「認知症カフェ」に参加される近隣の皆さんとの、関係継続の支援にも取り組んでいる。</li> <li>・電話、手紙取次のほか、家族と買い物等で出かけることもある。</li> </ul>	

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	・日常生活の中で、入居者同士のコミュニケーションがスムーズに取れるようにスタッフはコーディネート役に徹するよう努めている。		
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	・退去時には担当介護支援専門員などと連携している。ご退去されたご家族がホームへ遊びに来ることもある。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	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。	・利用者の思いや意向は、入居時のアセスメントで把握している。入居後は、日々のケアでの表情や会話から把握して介護支援経過に記録し、次のケアプラン更新時に生かしている。 ・寡黙な方には入浴や夜間に意向をゆっくり聞いて把握している。	・入居時のアセスメントで利用者の希望・意向を把握し、ケアプランに反映している。 ・ケアサービス基本マニュアルに基づいて、認知症への理解・ケアの姿勢を共有し、利用者との日々の会話や表情、しぐさから意向の把握に努めている。	
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	・普段の生活の中でその方の生活歴をお伺いしたり、ご家族からお話を聞いたりしている。 ・カンファレンス等でスタッフ間で共有し、ケアプランに盛り込んでいる。		
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	・気付きをカンファレンス等で話し合い、アセスメントをしている。又朝、夕の申し送りで情報を共有しチームケアを実践している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時に1か月の暫定プランを作り、通常プランはご入居者様・御家族の意向や医師の意見にモニタリング結果を加えた原案を、職員間で意見交換して最終案とし、短期目標を6か月毎に見直している。</li> <li>・変化がある利用者は医師と連携し、その適宜見直している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画担当者と介護担当者間で協議し、入居時のアセスメントで1か月の介護計画を策定している。</li> <li>・モニタリングにより目標達成状況を確認し、短期目標を6か月毎に見直している。</li> <li>・必要に応じ、医師と連携して計画の見直しを行っている。</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活記録表、毎月のモニタリングを通じて見直しが必要となった場合は、ケアプランの修正をし、プランに沿ってケアを実践している。</li> <li>・スタッフの気づきは、その場で共有している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日の気付き、状態変化を毎日の申し送りと毎月のモニタリングによって共有している。又モニタリングによって必要に応じてプランの見直しを計画作成者が行なっている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「えびな元気お裾分けクラブ」に加入しており、傾聴ボランティアに来て頂いている。</li> <li>・自治会の敬老会や祭りなどにも参加している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者全員、月2回の訪問診療がある協力医を主治医としている。</li> <li>・利用者の体調不良や急変の場合は、SNSを利用して提携医に連絡し、直ちに情報の共有と指示を受けるシステムを採用している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者全員が24時間対応可能な協力医を主治医とし、必要に応じて他のかかりつけ医での診察にも通院している。</li> <li>・内科は月2回、歯科は必要に応じて訪問診療があり、他科は職員が付き添い、通院している。</li> </ul>	



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	・協力医療機関の看護師に相談できる体制にある。チャットを使用しタイムリーな連携ができています。		
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。	・入院時のサマリーによる情報提供や退院時の医師からの説明に出席している。継続的な介護が出来るようにしている。		
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	・対象の入居者のご家族と主治医と話し合う機会を設けて介護の方針を定めている。 ・終末期はホームで迎えたいと希望されている家族がいる場合は、看取りの同意書に同意していただく。	・入居時に重度化・終末期の方針を、本人や家族と話し合い決めている。重度化した場合は、医師・職員と連携し、家族の意向を入れて支援する体制を整えている。 ・看取りの同意書が用意され、重度化・終末期に備え、職員研修を実施している。	
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	・緊急時のマニュアルがある。緊急時は迅速な対応が出来るようにしている。		
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（春、秋）の消防、避難訓練をしている。又消防署が催している災害、その他の研修に参加している。	・年2回、内1回は消防署が立ち会い地震・火災・水害・夜間想定避難訓練を実施しており、災害に関する研修を受講している。避難時には、地域の協力実績がある。 ・水・食品は3日分、その他防寒具・発電機などを備蓄している。	災害時の備蓄品は、3日分が確保されています。今後は更に、リスト化し備蓄数量、賞味期限などを表示する”見える化”が望まれます。

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は入社時研修や事業所研修で人格の尊重・プライバシーの保護や接遇などの研修を受けている。</li> <li>・個人情報については、マニュアルに従った取り扱いを順守している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員は入職時に、人格の尊重、プライバシー保護、接遇の研修を受けている。個人情報はマニュアルに沿って取り扱っている。</li> <li>・日常のケアの中で、利用者への言葉かけや対応を、ベテランの職員が指導している。</li> </ul>	
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常のケアの中で、分かり易い言葉で話しをし、自己決定を行いやすい声掛けをしている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご入居者様の希望、要望を考えたケアプランを作成している。日常の中で、できるだけご入居者様に自己決定できる機会を設けている。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理美容は定期的に訪問で対応している。生活の中で毎朝整容を行っている。衣服の乱れや、頭髪の乱れ、髭が伸びていないかなどないように職員が適宜確認している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居者がテーブルを拭いたり、食器を拭いたり、お盆を並べたりしている。</li> <li>・入居者同士で事前に役割分担をされている。スタッフも入居者と同じテーブルで食べ、お話に加わっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は状態に応じて、お盆や食器を拭くなどを手伝っている。</li> <li>・職員は、利用者と一緒に食事しながら、食事を介助したり会話をしている。</li> <li>・利用者の要望に応じて、追加の食品を用意している。</li> </ul>	

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	・食事は配送食材で調理している。水分量のチェックも毎日行い、制限のない方は食事以外で1200ccの確保を目安としている。好みに応じた飲料を提供している。		
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	・ご自分で出来ない方はスタッフが口腔ケアしている。歯科医と連携し、定期的な健診もしている。		
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	・日常生活記録表に排泄を記録しその方の排泄パターンを把握し、スタッフで共有し適切な声掛け、お誘いを行い失敗が少なくなるよう支援している。	・記録表で排泄パターンを把握し、適切な声かけ・誘導をして、トイレでの排泄を支援している。 ・職員間で情報を共有し、リハビリパンツやパットは、検討した上でやむを得ない場合に、使用している。	
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	・便秘がちな方には水分を多めに摂取して頂いたり、運動を取り入れるなどの工夫をしている。 ・また主治医と連携し便秘にならないようにしている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	・ご本人の体調を第一に考えて決めている。基本的には週2回だが、ご家族が見えていたり、ご本人が入りたくない場合は日や時間を変更して入って頂いている。その方に合った声掛けも配慮している。	・入浴は週2回を基本に、希望や体調により、時間や日程を変更したり、シャワーや足湯にしている。 ・職員は言葉を工夫して、入浴に誘導し、入浴が楽しめるよう利用者に応じた話題に心がけ、会話している。	

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	・散歩に行ったり、いい天気にはベランダで日向ぼっこされたり、適度な運動、休息を取り入れ安眠に繋げるよう支援している。		
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	・医療情報提供書を個人ファイルに綴じて保管している。薬の変更の際は影響など薬剤師がノートへ記入しスタッフ全員が共有している。		
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	・入居者、ご家族へアセスメントをし、どのような事が出来るか、やりたいかを考慮してケアプランを作成し、それに沿って支援している。		
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	・散歩を日課に組み込み、全員が定期的に外出できるようにしている。 ・初詣や花見、外食など、年間の外出計画を立てて実施している。	・天気が良い日は、車椅子利用者も含め毎日散歩に出かけたりテラスで外気浴をしている。 ・初詣や花見など、行事での外出をしている。 ・家族に本人の要望を連絡し、墓参りなどの外出を支援している。	
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	・金銭管理は基本的に行っていない。		

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	・ご家族の了承を得て、電話や手紙のやり取りを支援している。		
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	・居間には季節に合わせたレイアウトをしている。行事の写真も壁に貼り、皆様と一緒に楽しんでもらうようにしている。 ・畳の部屋では洗濯物を畳みながらお話ししたり、横になり休めるようになっている。	・居間は利用者が職員と制作した切り絵を飾り、廊下の壁には利用者の習字を展示している。 ・居間やトイレの照明は暖色系にし、空間に刺激色を使用しないようにしている。室温度は職員が管理している。	
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	・思い思いに過ごせるよう、椅子の配置を工夫したり、テレビも見やすいような位置に置いている。		
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	・御入居者様には使い慣れたタンスや仏壇、テレビ、写真等の馴染の物品を持って来て頂き、落ち着いて過ごせるように、ご本人やご家族と相談して決めている。	・居室には、カーテン・エアコンやクローゼットを設置している。 ・利用者は好みの家具や仏壇、テレビ、写真、手芸品などを持ち込んでいる。利用者や家族と相談し、居心地よく過ごせるよう配置を工夫している。	
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	・自室入り口には表札をつけている。夜間は居室内のトイレの扉を少し開け、灯りを点け、安全にトイレに行けるよう配慮している。		

事業所名	そんぼの家GH海老名
ユニット名	2階

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働けている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の理念や方針に「利用者が今迄暮らしてきた在宅のように、普通の生活で穏やかに楽しく過ごしてもらえよう、支援します」を掲げ、職員には会議や掲示などを通じて共有している。</li> <li>・利用者は自分のことは自分で行き、出来ないところを職員が支援していくケアを実践している。</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社家自治会に加入している。</li> <li>・市社会福祉協議会の「えびな元気お裾分けクラブ」から傾聴ボランティアが来ている。</li> <li>・大正琴やピアノのボランティアに来ていただいている</li> </ul>		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議で地域の方からの意見等を聞き、認知症の方への理解を広めている。</li> <li>・認知症カフェを毎月開催している。近隣の住民にも参加していただいている。</li> </ul>		
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	年6回の偶数月の第3月曜日に開催。参加者は市職員、地域包括、民生委員、家族、ご入居者様、事業所職員。ホームの行事や出来事を報告したり、状況、問題点、方向性等を議論している。・出席者から採用や転倒対策などの意見を得て、運営に活かしている。		
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に取り組んでいる	メール、電話などで市役所へ報告、連絡、相談、確認をしている。個別の案件は市の担当者と直接やりとりをしている。運営推進会議にも参加していただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	身体拘束は行っていない。 研修や事業所会議で、身体拘束をしないケアを話し合っている。  4, 7, 10, 1月に身体拘束廃止委員会を開催している。		
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	高齢者虐待防止法について、入社時研修、事業所定例研修を行なっている。日常ケアの中でもスタッフ間で気付いたことを指摘し合える関係づくりをしている。		
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	社会福祉協議会や地域包括と連携し、成年後見人制度やあんしんセンターの紹介や利用、カンファレンス等を行なっている。		
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	入居時にご入居者、代理人と読み合わせ、付け合いを行い、不明な点がない様に確認をし、ご理解、納得された上で契約を締結している。		
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	苦情窓口として、管理者、本社苦情窓口が対応している。運営推進会議において報告し、事業所会議時にスタッフと協議を行っている。家族とは来訪時に、来訪されないご家族には電話やメールで近況報告と合わせてお話を伺っている。		



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
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	・毎月の事業所会議、管理者との面談などで意見交換をしている。事業所運営について話し合っている。積極的にスタッフが意見を発言できる環境がある。 ・職員は年間個人目標を作り、目標に向けて具体的活動に対する管理者との面談もある。		
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	人事評価制度（キャリアパス制度）を導入し、仕事の成果を適正に評価している。 新入社員はOJTシートを活用し、到達レベルを確認している。		
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	法人で行われる集合研修やクリップラインでの研修などで法人のケアの方針を事業所のスタッフに教育している。全職員に認知症基礎研修の取得を支援している。その他の外部研修に積極的に参加している。		
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	社内では集合研修や専門研修を通じて相互交流を図り、他の事業所のスタッフと意見交換をしている。社外では外部研修時に交流をしている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、初回アセスメントを行いケアプランを作成している。入居後はスタッフ間で常に情報交換し、アセスメントに役立っている。		

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
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	入居前にご自宅や入院先へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。		
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	見学時に他のGHやGH以外の施設などの選択肢も十分に考慮して頂き、ご本人にとってより良い選択となるように支援している。入居後はご本人の要望、ご家族の希望を聞き対応している。買い物、散歩出来るだけ在宅時と変わらない支援をしている。		
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	調理、掃除、洗濯物関係等の日常生活の中で入居者とスタッフが一緒に物事に取り組み、ご入居者中心の支援を行っている。		
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	毎月のお手紙で普段の生活をお知らせしている。ご家族の訪問時にお話をし、一緒に考えていくようにしている。		
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	手紙や電話での援助、一時帰宅など、これまでの関係維持に努めている。		

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
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	日常生活の中で、入居者同士のコミュニケーションがスムーズに取れるようにスタッフはコーディネート役に徹するよう努めている。		
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	退去時には担当介護支援専門員などと連携している。ご退去されたご家族がホームへ遊びに来ることもある。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	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。	・利用者の思いや意向は、入居時のアセスメントで把握している。入居後は、日々のケアでの表情や会話から把握して介護支援経過に記録し、次のケアプラン更新時に生かしている。 ・寡黙な利用者には入浴や夜間に意向をゆっくり聞いて把握している。		
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	普段の生活の中でその方の生活歴をお伺いしたり、ご家族からお話を聞いたりしている。カンファレンス等でスタッフ間で共有し、ケアプランに盛り込んでいる。		
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	気付きをカンファレンス等で話し合い、アセスメントをしている。又朝、夕の申し送りで情報を共有しチームケアを実践している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居時に1か月の暫定プランを作り、通常プランはご入居者様・御家族の意向や医師の意見にモニタリング結果を加えた原案を、職員間で意見交換して最終案とし、短期目標を6か月毎に見直している。</li> <li>変化がある利用者は医師と連携し、その適宜見直している。</li> </ul>		
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	日常生活記録表、毎月のモニタリングを通じて見直しが必要となった場合はケアプランの修正をし、プランに沿ってケアを実践している。スタッフの気づきは、その場で共有している。		
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	毎日の気付き、状態変化を毎日の申し送りと毎月のモニタリングによって共有している。又モニタリングによって必要に応じてプランの見直しを計画作成者が行なっている。		
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	えびな元気お裾分けクラブに加入し傾聴ボランティアに来て頂いている。自治会の敬老会や祭りなどに参加している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>入居者全員が、月2回の訪問診療がある協力医を主治医としている。</li> <li>利用者の体調不良や急変の場合は、SNSを利用して提携医に連絡し、直ちに情報の共有と指示を受けるシステムを採用している。</li> </ul>		

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	協力医療機関の看護師に相談できる体制にある。チャットを使用しタイムリーな連携ができています。		
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。	入院時のサマリーによる情報提供や退院時の医師からの説明に出席している。継続的な介護が出来るようにしている。		
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	対象の入居者のご家族と主治医と話し合う機会を設けて介護の方針を定めている。終末期はホームで迎えたいと希望されている家族がいる場合は、看取りの同意書に同意していただく。		
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	緊急時のマニュアルがある。緊急時は迅速な対応が出来るようにしている。		
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（春、秋）の消防、避難訓練をしている。又消防署が催している災害、その他の研修に参加している。		

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	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	・職員は入社時研修や事業所研修で人格の尊重・プライバシーの保護や接遇などの研修を受けている。 ・個人情報については、マニュアルに従った取り扱いを順守している。		
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	日常のケアの中で、分かり易い言葉で話しをし、自己決定を行いやすい声掛けをしている。		
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	ご入居者様の希望、要望を考えたケアプランを作成している。 日常の中で、できるだけご入居者様に自己決定できる機会を設けている。		
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	理美容は定期的に訪問で対応している。生活の中で毎朝整容を行っている。衣服の乱れや、頭髪の乱れ、髭が伸びていないかなどないように職員が適宜確認している。		
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	入居者がテーブルを拭いたり、食器を拭いたり、お盆を並べたりしている。入居者同士で事前に役割分担をされている。スタッフも入居者と同じテーブルで食べ、お話に加わっている。		

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	食事は配送食材で調理している。水分量のチェックも毎日行い、制限のない方は食事以外で1200ccの確保を目安としている。好みに応じた飲料を提供している。		
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	ご自分で出来ない方はスタッフが口腔ケアしている。歯科医と連携し、定期的な健診もしている。		
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	日常生活記録表に排泄を記録しその方の排泄パターンを把握し、スタッフで共有し適切な声掛け、お誘いを行い失敗が少なくなるよう支援している。		
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	便秘がちな方には水分を多めに摂取して頂いたり、運動を取り入れるなどの工夫をしている。また主治医と連携し便秘にならないようにしている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	ご本人の体調を第一に考えて決めている。基本的には週2回だが、ご家族が見えていたり、ご本人が入りたくない場合は日や時間を変更して入って頂いている。その方に合った声掛けも配慮している。		

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	散歩に行ったり、いい天気にはベランダで日向ぼっこされたり、適度な運動、休息を取り入れ安眠に繋げるよう支援している。		
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	医療情報提供書を個人ファイルに綴じて保管している。薬の変更の際は影響など薬剤師がノートへ記入しスタッフ全員が共有している。		
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	入居者、ご家族へアセスメントをし、どのような事が出来るか、やりたいかを考慮してケアプランを作成し、それに沿って支援している。		
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・散歩を日課に組み込み、全員が定期的に外出できるようにしている。</li> <li>・初詣や花見、外食など、年間の外出計画を立てて実施している。</li> </ul>		
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	金銭管理は基本的に行っていない。		



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	ご家族の了承を得て、電話や手紙のやり取りを支援している。		
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	居間には季節に合わせたレイアウトをしている。行事の写真も壁に貼り、皆様と一緒に楽しんでもらうようにしている。畳の部屋では洗濯物を畳みながらお話ししたり、横になり休めるようにもなっている。		
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	思い思いに過ごせるよう、椅子の配置を工夫したり、テレビも見やすいような位置に置いている。		
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	御入居者様には使い慣れたタンスや仏壇、テレビ、写真等の馴染みの物品を持って来て頂き、落ち着いて過ごせるように、ご本人やご家族と相談して決めている。		
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	自室入り口には表札をつけている。夜間は居室内のトイレの扉を少し開け、灯りを点け、安全にトイレに行けるよう配慮している。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所名        そんぼの家GH蛸名

作成日        令和1年12月6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	35-13	災害時の備蓄品は、3日分が確保されています。今後は更に、リスト化し備蓄数量、賞味期限などを表示する”見える化”が望まれます。	災害時の備蓄品はリスト化し備蓄数量、賞味期限などを表示する	災害時の備蓄品はリスト化し備蓄数量、賞味期限などを表示する	3か月
2					
3					
4					
5					