

平成26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	1493400129	事業の開始年月日	平成19年6月1日
		指定年月日	平成25年6月1日
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家・横浜宮沢3		
所在地	( 246-0038 ) 神奈川県横浜市瀬谷区宮沢4-28-8		
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	平成25年12月24日	評価結果 市町村受理日	平成27年5月26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/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1493400129&SVCD=320&THN0=14100>

### 【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)】

ホームの周りには自然が多く、公園などもあり、外気浴や散歩などで季節の移り変わりを感じています。  
体操やレクリエーション、定期的なボランティアさんの訪問などで楽しみを持てる時間を作っています。  
今まで出来ていた事が出来なくなってしまう等、ご利用者様の身体状態にも変化がみられてきています。  
ご利用者様が今、「何を望んでいるのか」「何が必要なのか」を見極め、穏やかに過ごして頂けるよう、その方にあった支援を行なっています。

### 【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年1月27日	評価機関 評価決定日	平成27年4月29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「いづみ野」駅からバスで7分、バス停、「ひなた山バザール前」から徒歩5分の所にあります。閑静な住宅街を抜けて、駐車場と畑に囲まれた所に事業所があります。すぐ近くに桜がきれいな公園やコンビニがあり、交通量は比較的少なく、散歩や買い物には安全で便利な場所です。

<優れている点>

薬の管理や服薬、安全・健康管理に細心の注意を払っています。服薬は職員2人態勢で確認し、「服薬3秒ルール」を守り、誤薬のないように取り組んでいます。利用者一人ひとりの薬を間違えないように、かつ、薬がよく見えるように、職員の意見で薬入れのトレーを黒色に変えています。転倒の危険のある利用者の部屋には、家族の同意のもと転倒防止マットを敷き、ベッドの足もと人感センサーを設置し、起き出した時反応するようになっていました。その結果、職員の早めな察知と介助により転倒を予防しています。また各居室はリビングに面しており、職員が目が行き届き見守りがしやすい構造です。年1回巡回検診車が来て、職員と利用者が一緒に健康診断を受けています。利用者の健康・安全を支援する取り組みが充実しています。

<工夫点>

2ヶ月に1回の運営推進会議では、同じ町内会に同一運営法人のグループホームが3ヶ所あるため、町内会の負担を考えて、3つの事業所が少しづつ時間をずらして同じ日に同じ場所で報告を行っています。

### 【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 ~ 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・横浜宮沢3
ユニット名	1U

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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	ステーション内に掲示しています。ご利用様が明るく楽しく過ごして頂ける様、その方のお気持ちを汲み取りケアに繋げております。	事業所理念は玄関ホールや事務所に掲示しています。利用者が明るく穏やかに過ごせるように、理念を念頭に笑顔で思いやりを持って利用者に接しています。新しい理念を作ろうという意見が出ており、職員全員で話し合い検討する予定です。	
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。	散歩や買い物等で地域の方とお会いした際は挨拶を交わしております。定期的に地域ボランティアの方をお招きし、地域交流を図っております。	地域の音楽ボランティアが定期的に訪れ、ギターやフルート、ハーモニカの演奏や歌を披露しています。利用者は一緒に歌を歌うのを楽しみにしています。散歩や近くのコンビニへの買い物の折には、近所の方とあいさつを交わしています。	
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。	町内会への加入。 キャラバンメイトへの参加。 運営推進会議を通じ認知症の方々への支援やホームでの取り組みなどをお伝えしております。	/	/
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ヶ月に1度開催し、出席されている方々（町内会長・民生委員・ケアプラザ職員など）からの様々なご意見、ご要望を伺い実践に向け取り組み、サービスの向上に努めております。	運営推進会議は2ヶ月に1回、町内会長や民生委員、地域ケアプラザ職員の出席を得て開催しています。事業所の活動状況報告の後、参加者から質問や意見が出され話し合いをしています。インフルエンザ予防接種についての質問に回答しています。	
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。	必要時には区役所に出向き必要なアドバイスを受け、保護を受給されている方については状況に合わせ担当者と連絡を取っております。 また、市や区で行っている研修へ参加したり、定期的に行なわれている区の連絡会へも参加しております。	区主催の地域密着型連絡会に参加し、他グループホーム職員と情報交換をしたり勉強会をしています。その際、区職員とも話し合いをもっています。保護課とは連絡を密にし状況報告をしています。地域ケアプラザ職員とも連携を取っています。	

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
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。	事業所内で「身体拘束廃止委員会」を設け、月1回開催。身体拘束を行なう事による弊害を理解しています。玄関など施錠している箇所もありますがご希望の際には、直ぐに開錠できるようになっています。	マニュアルの理解と11項目のチェックリストで確認しています。毎月の身体拘束廃止委員会では、身体拘束による弊害や、拘束をせずに安全確保する方法などを検討しています。法人の神奈川本部の安全対策委員会では事例検討をしています。	
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。	「身体拘束廃止委員会」の中でも虐待についての勉強会を行ない、虐待防止に向け取り組んでいます。		
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。	必要がある際には、いつでも対応できる体制をとっています。		
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。	契約には十分な時間を取り丁寧に説明を行っています。疑問点や不安に思っている事をお尋ねし、可能な範囲でお答えし、ご理解、ご納得を得ています。		
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。	家族会では、ご家族様からのご意見や要望を伺い、できる範囲で事業所運営に反映させています。玄関にはご意見箱を設置し、苦情相談窓口も明確にしています。	2ヶ月に1回、事業所のイベントの後などに家族会を開催しています。利用者の事業所内での生活を知ってもらい、職員も家族に積極的に声掛けをすることでコミュニケーションを取っています。そこでの会話の中で家族の不安を払拭しています。	

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。	職員会議では参加者が意見を出しやすい環境作りや、コミュニケーションを図るよう心掛け、多くの意見や要望・提案を聞き事業所運営に反映しています。	管理者は職員一人ひとりに声を掛ける努力をし、小さなことでもお礼の言葉を忘れずにコミュニケーションを図っています。日常の何気ない会話の中からも意見や要望を吸い上げ、職員の提案で、薬を確認しやすいように黒いトレイに変えています。	
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。	会話の中より、個々の状況を把握し、給与、身体面等なるべく希望に沿った勤務や環境の調整を行なっています。		
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。	月1回送られてくる法人内研修のお知らせを掲示しています。 ホーム内でも研修を来ない知識の向上に努めております。 日々のケアについては、その都度分かりやすいよう指導・アドバイスを行っています。		
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。	区で行なわれる研修や連絡会などに参加し同業者との交流や情報交換を行っています。		
<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。	入居前に、ご本人様とお話する時間を作り、不安や心配事などを伺い安心して頂けるよう配慮しています。 入居後は、コミュニケーションを図り、ご本人お気持ちを尊重し、安心して過ごして頂ける様支援しています。		

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
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。	入居前面談では、ご家族様に入居の経緯や心配や不安、要望などを伺っています。 面談後も、いつでも連絡が取れるような体制になっています。		
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。	入居して暫くの間は、不安や心配、周囲に対する遠慮など精神面の配慮が必要な為、お声掛けを行ない対応しています。		
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。	日々の生活の中での係わりを大切にしてお気持ちを知る事により共感・理解が出来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 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1回「一言通信」にて生活の様子を報告を行なっています。 家族会や面会時や電話を利用し、様子をお伝えし、ご家族様と情報の共有を図っています。		
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。	手紙が届いた場合は、ご本人様に返事の希望をお聞きしています。 電話のご希望があった場合は事業所の電話を利用して頂いています。 携帯電話を所持している方もいます。	月に何回か友人が訪ねてくる利用者がいます。お茶を出しゆっくり話ができるように支援しています。職員と一緒に、入院している家族の見舞いに行くこともあります。出来る限り、以前からの馴染みの関係を継続できるように努めています。	

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。	ご利用者様の心身の状態、相性などを考慮し食席を検討しています。レクリエーションなど、皆が参加するものに関しては、ご利用者様同士の関係が崩れないよう職員が間に入り対応しています。		
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。	今まで同様の生活が送れるよう必要に応じた対応を行なっています。		
<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。	コミュニケーションを図り、想いや願いを汲み取っています。意思を伝えるににくい方については、表情や仕草などから汲み取り、カンファレンスやフロア会議などで情報共有しています。	普段の会話から利用者の思いや要望を聞いています。困難な方は、家族から聞いたり、表情やしぐさ、行動などを観察し、くみ取っています。得られた情報は職員間で共有し支援に役立てています。日常生活では、自己決定出来る場面を作っています。	
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。	入居前面談で、ご本人様、ご家族様からお聞きし調査表などで職員間の情報共有を行っています。		
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。	健康管理表や生活記録から様子や状況の把握を行ない、日々の状況の変化などに築ける様、申し送りで情報提供をし共有・把握に努めています。		

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。	定期的カンファレンスを開催し、状態把握や今ケアの方向性を話し合い、介護計画作成時には、ご本人様のご意向を大切に、ご家族様からのご意向も踏まえた計画書を作成しています。心身の状況変化が見られた際は都度見直しをしています。	利用者、家族の意向を大切に、居室担当者や医療関係者の意見を取り入れて、介護計画作成担当者がケアプランを作っています。6ヶ月に1回作成し、モニタリングは3ヶ月に1回行っています。変化がある時は、その都度作成しています。	
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。	日々の様子は生活記録、健康状態は健康管理表、その他については申し送りノートに記載し、職員間で情報を共有し、状況に応じて介護計画書の見直しを行っています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	法人内のシニアセラピーやリハビリマッサージの利用など、ご要望に応じ出来る範囲で対応しています。		
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。	宅配牛乳サービス、訪問理美容、介護タクシーなどを利用しています。		
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。	契約時に、かかりつけ医について説明を行ない納得・同意の上、事業所の訪問診療を利用して頂いています。外部受診については、ご利用者様、ご家族様のご意向に沿って行ない、必要に応じて医療機関の案内も行っています。	協力医療機関の医師がかかりつけ医になっています。皮膚科などの通院には家族に代わり事業所の対応もしています。年1回敷地内で巡回バス健診による健康診断の支援を行なっています。歯科医の往診、看護師の訪問もあります。	



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
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1回の医療連携看護師の訪問時に、ご利用様の個々の様子をお伝えし、健康管理を行っています。必要に応じて往診医へ連絡し対応を行っています。		
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。	入院時にはご家族様、病院と連携を図り必要な情報を提供しています。面会に伺い入院時の様子をお聞きしたり、必要に応じて面談などを行い退院後も安心して生活できるような体制を整えています。		
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。	契約時に「重度化した場合の対応に係わる指針」の説明を行なっています。状況に応じて担当医とご家族様との話し合いを行ない、充分納得された上、ご本人様・ご家族様のご意向を踏まえ医療関係者・ご家族様・職員と連携し支援して参ります。	重度化ならびに看取りについて契約時に説明しています。事業所としてはまだ看取りはありませんが、経験のある職員も在籍していることから利用者・家族の希望があった場合に応えられるよう研修や体制の充実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。	普通救命講習を取得の講習会へ順次参加しています。マニュアルを整備し職員に周知徹底しています。急変や搬送時の対応については職員会議で伝達しています。		
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。	消防署の協力を得て、年2回の日中、夜間を想定した避難訓練を行っています。その際には消火器の使用法、初期消火訓練なども行っています。	年2回の避難訓練では、署員の指導で消防署への通報訓練や水消火器による消火訓練を実践しています。避難経路はフロアごとの入口付近にわかりやすく掲示し、備蓄品は食料や水など3日分と、コンロや炭などの備品も準備しています。	災害にそなえて食料品などは必要日数分を保管していますが、事業所内の数か所に収納しています。品目・数量・収納場所などを含めた備蓄品リストの作成と職員への情報共有が期待されます。

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
<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。	ご利用者様のお気持ちを優先し、その方に合わせたお声掛けを行っています。	利用者の気持ちを尊重し穏やかに接するよう努め、声掛けは優しくはっきりと伝えています。同姓の利用者には家族の了解を得て名前を呼ぶようにしています。法人のスタンダードマニュアルの接遇マナーは内部勉強会を行い共有しています。	
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。	職員が決めるのではなく、ご利用者様が「どうしたいか」を決めて頂けるよう、日常生活の中で、その方に合った自己決定ができる場面を作っています。		
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。	その日の体調やお気持ちなどを把握しながら、無理なく、ご自分のペースで過ごして頂ける様支援しています。		
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。	更衣する際には、ご自分で洋服を選んで頂いています。 化粧品等を利用されている方は継続して使用して頂いています。 お好みの衣類の購入もしています。		
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。	楽しく食事を食べて頂けるよう談話などで和やかな雰囲気作りを行っています。 その方のできる範囲で、食器拭きなどを職員と行っています。 行事の際は食事のメニューをご利用者様と考えています。	栄養士がメニューを作成し調理は給食部の専任者が行っています。メニューの変更も可能です。行事では、希望が多いラーメンや出前なども取り入れています。新年の食事会ではレストランに出掛け、好みの品を注文し皆で食事を楽しむ機会もあります。	

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
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。	食事や水分の摂取量は記録に記入し、確認、把握を行なっています。 食事形態や食器などは、身体状態・状況に合わせて変えさせて頂いています。		
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、ご利用者様の状態に合わせたケアを行なっています。ご自分で出来ない方などは介助させて頂き、口腔内の清潔を保っています。 週1回歯科衛生士が口腔内の状態観察をし、必要に応じて医師が治療、義歯の調整などを行っています。		
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。	排泄表にて個々の排泄パターンを把握・確認し、ご利用者様のお気持ちを配慮しながら、その方にあった排泄ケアを行なっています。 出来る限りトイレで排泄が出来る様、定期的なお声掛け、排泄誘導等の支援を行なっています。	排泄表は1時間ごとの回数と時刻を記録して、利用者全員を一覧表にまとめ、排泄の傾向をつかみやすくしています。排泄パターンや様子を観察し、声掛け誘導などにより改善した事例があります。失敗した時にも十分な配慮を心掛けています。	
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。	排泄表にて排便日の確認を行なっています。 自然排便を促す為、水分を多く摂取して頂くよう心掛けています。 必要に応じてかかりつけ医に相談し下剤なども処方して頂いています。		
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。	毎日入浴できるようになっており、体調や安全面に配慮し、その方にあわせた入浴の支援をしています。	利用者は曜日にかかわらず入浴が可能です。週に2～3回が中心ですが、希望に浴えるよう対応しています。好みのシャンプーや化粧水を使い、会話を楽しみながら安心して入浴できるよう支援しています。一般浴槽とリフト浴槽を備えています。	

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
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。	生活リズムを大切にし、無理なく、ゆっくりと休んで頂けるよう照明や温度管理にも配慮しています。		
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。	個別にファイルを作成し、職員が把握できるようになっています。不明点などがある場合は、医師、看護師、薬剤師等連絡が取れる体制が出来ています。		
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。	その人のできる事、得意な事を見出し把握し、日常生活に取り入れたり、好きな事を聞きレクリエーションを行ったりしています。入居前から喫煙していた方は、入居後も継続して喫煙して頂いています。		
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。	外出のご希望があった際には、その方に合った支援を行ないます。また、ご家族様の協力を得て外出される方もいます。天気の良い日は、近所への散歩や敷地内で外気浴を行っています。	近くの樹木が生い茂る公園やコンビニでの買い物を兼ねて散歩しています。また、全員で出掛けるレストランでの外食や花見の機会もあります。プランターでの野菜の栽培や土いじりなど、外気浴も支援しています。墓参りなどは家族の協力で出掛けています。	
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。	ご自分で現金を所持されている方はいませんが、買い物など必要時はいつでも購入できる体制をとっています。		

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
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。	ご希望に応じて、いつでも電話をしよう出来る様支援を行なっています。手紙や葉書のやり取りをご希望される場合は、ご用意させていただきます。		
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。	フロアの壁面は季節に合わせた飾り付けをご利用者様と作成しています。季節に合わせた、ご利用者様の作品も飾らせて頂いています。	リビング兼食堂は、十分な広さと窓からの自然光により、明るい雰囲気のかつろぎの場となっています。リビングと居室は、利用者の交流が生まれやすい配置を取り入れ、テーブルを囲んでトランプに興じたり会話を楽しむ団らんの間となっています。	
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。	フロアにソファを設置し、テレビ鑑賞やひなたぼっこをしたり、くつろぎのスペースとなっています。		
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。	入居時に寝具や写真、仏壇など使い慣れた物をお持ち頂き、入居前と変わらず安心して居心地良く過ごして頂ける様配慮しています。	居室はエアコンやベッド、チェスト、洗面台などを備えています。利用者は写真や装飾品など、思い思いの品を持ち込み自宅の様に過ごしています。転倒や転落に配慮し床にコルクマットを敷いたりセンサーによる安全確保などの工夫も行っています。	
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。	居室入り口の名札や「トイレ」の表示また、小窓のカーテンなど、分かりやすい工夫をしています。その方にとって危険と思われる箇所にはクッション材などを利用し安全・安心して過ごして頂ける様配慮しています。		

事業所名	グループホームみんなの家・横浜宮沢3
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。	ステーション内に掲示しています。ご利用様が明るく楽しく過ごして頂ける様、その方のお気持ちを汲み取りケアに繋げております。		
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。	散歩や買い物等で地域の方とお会いした際は挨拶を交わしております。定期的に地域ボランティアの方をお招きし、地域交流を図っております。		
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。	町内会への加入。 キャラバンメイトへの参加。 運営推進会議を通じ認知症の方々への支援やホームでの取り組みなどをお伝えしております。		
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ヶ月に1度開催し、出席されている方々（町内会長・民生委員・ケアプラザ職員など）からの様々なご意見、ご要望を伺い実践に向け取り組み、サービスの向上に努めております。		
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。	必要時には区役所に出向き必要なアドバイスを受け、保護を受給されている方については状況に合わせ担当者と連絡を取っております。 また、市や区で行っている研修へ参加したり、定期的に行なわれている区の連絡会へも参加しております。		

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
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。	事業所内で「身体拘束廃止委員会」を設け、月1回会開催。身体拘束を行なう事による弊害を理解しています。玄関など施錠している箇所もありますがご希望の際には、直ぐに開錠できるようになっています。		
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。	「身体拘束廃止委員会」の中でも虐待についての勉強会を行ない、虐待防止に向け取り組んでいます。		
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。	必要がある際には、いつでも対応できる体制をとっています。		
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。	契約には十分な時間を取り丁寧に説明を行っています。疑問点や不安に思っている事をお尋ねし、可能な範囲でお答えし、ご理解、ご納得を得ています。		
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。	家族会では、ご家族様からのご意見や要望を伺い、できる範囲で事業所運営に反映させています。玄関にはご意見箱を設置し、苦情相談窓口も明確にしています。		



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	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。	職員会議では参加者が意見を出しやすい環境作りや、コミュニケーションを図るよう心掛け、多くの意見や要望・提案を聞き事業所運営に反映しています。		
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。	会話の中より、個々の状況を把握し、給与、身体面等なるべく希望に沿った勤務や環境の調整を行なっています。		
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。	月1回送られてくる法人内研修のお知らせを掲示しています。 ホーム内でも研修を来ない知識の向上に努めております。 日々のケアについては、その都度分りやすいよう指導・アドバイスを行っています。		
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。	区で行なわれる研修や連絡会などに参加し同業者との交流や情報交換を行っています。		
<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。	入居前に、ご本人様とお話する時間を作り、不安や心配事などを伺い安心して頂けるよう配慮しています。 入居後は、コミュニケーションを図り、ご本人お気持ちを尊重し、安心して過ごして頂ける様支援しています。		

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
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。	入居前面談では、ご家族様に入居の経緯や心配や不安、要望などを伺っています。 面談後も、いつでも連絡が取れるような体制になっています。		
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。	入居して暫くの間は、不安や心配、周囲に対する遠慮など精神面の配慮が必要な為、お声掛けを行ない対応しています。		
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。	日々の生活の中での係わりを大切にしてお気持ちを知る事により共感・理解が出来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 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1回「一言通信」にて生活の様子の報告を行なっています。 家族会や面会時や電話を利用し、様子をお伝えし、ご家族様と情報の共有を図っています。		
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。	手紙が届いた場合は、ご本人様に返事の希望をお聞きしています。 電話のご希望があった場合は事業所の電話を利用して頂いています。 入居前に親交があった方が面会に来られる事もあり、その際はゆっくり過ごして頂ける様配慮しています。		

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 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。	ご利用者様の心身の状態、相性などを考慮し食席を検討しています。レクリエーションなど、皆が参加するものに関しては、ご利用者様同士の関係が崩れないよう職員が間に入り対応しています。		
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。	今まで同様の生活が送れるよう必要に応じた対応を行なっています。		
<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。	コミュニケーションを図り、想いや願いを汲み取っています。意思を伝えるに難しい方については、表情や仕草などから汲み取り、カンファレンスやフロア会議などで情報共有しています。		
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。	入居前面談で、ご本人様、ご家族様からお聞きし調査表などで職員間の情報共有を行っています。		
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。	健康管理表や生活記録から様子や状況の把握を行ない、日々の状況の変化などに築ける様、申し送りで情報提供をし共有・把握に努めています。		

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。	定期的カンファレンスを開催し、状態把握や今ケアの方向性を話し合い、介護計画作成時には、ご本人様のご意向を大切に、ご家族様からのご意向も踏まえた計画書を作成しています。心身の状況変化が見られた際は都度見直しをしています。		
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。	日々の様子は生活記録、健康状態は健康管理表、その他については申し送りノートに記載し、職員間で情報を共有し、状況に応じて介護計画書の見直しを行っています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	法人内のシニアセラピーやリハビリマッサージの利用など、ご要望に応じ出来る範囲で対応しています。		
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。	宅配牛乳サービス、訪問理美容、介護タクシーなどを利用しています。		
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。	契約時に、かかりつけ医について説明を行ない納得・同意の上、事業所の訪問診療を利用して頂いています。外部受診については、ご利用者様、ご家族様のご意向に沿って行ない、必要に応じて医療機関の案内も行っています。		

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 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1回の医療連携看護師の訪問時に、ご利用者様の個々の様子をお伝えし、健康管理を行っています。必要に応じて往診医へ連絡し対応を行っています。		
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。	入院時にはご家族様、病院と連携を図り必要な情報を提供しています。面会に伺い入院時の様子をお聞きしたり、必要に応じて面談などを行い退院後も安心して生活できるような体制を整えています。		
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、事業所の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。	契約時に「重度化した場合の対応に係わる指針」の説明を行なっています。状況に応じて担当医とご家族様との話し合いを行ない、充分納得された上、ご本人様・ご家族様のご意向を踏まえ医療関係者・ご家族様・職員と連携し支援して参ります。		
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。	普通救命講習を取得の講習会へ順次参加しています。マニュアルを整備し職員に周知徹底しています。急変や搬送時の対応については職員会議で伝達しています。		
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。	消防署の協力を得て、年2回の日中、夜間を想定した避難訓練を行っています。その際には消火器の使用法、初期消火訓練なども行っています。		

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
<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。	ご利用者様のお気持ちを優先し、その方に合わせたお声掛けを行っています。		
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。	職員が決めるのではなく、ご利用者様が「どうしたいか」を決めて頂けるよう、日常生活の中で、その方に合った自己決定ができる場面を作っています。		
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。	その日の体調やお気持ちなどを把握しながら、無理なく、ご自分のペースで過ごして頂ける様支援しています。		
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。	更衣する際には、ご自分で洋服を選んで頂いています。 化粧品等を利用されている方は継続して使用して頂いています。 お好みの衣類の購入もしています。		
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。	楽しく食事を食べて頂けるよう談話などで和やかな雰囲気作りを行っています。 行事の際は食事のメニューをご利用者様と考えています。		

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
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。	食事や水分の摂取量は記録に記入し、確認、把握を行なっています。 食事形態や食器などは、身体状態・状況に合わせて変えさせて頂いています。		
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、ご利用者様の状態に合わせたケアを行なっています。ご自分で出来ない方などは介助させて頂き、口腔内の清潔を保っています。 週1回歯科衛生士が口腔内の状態観察をし、必要に応じて医師が治療、義歯の調整などを行っています。		
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。	排泄表にて個々の排泄パターンを把握・確認し、ご利用者様のお気持ちを配慮しながら、その方にあった排泄ケアを行なっています。 出来る限りトイレで排泄が出来る様、定期的なお声掛け、排泄誘導等の支援を行なっています。		
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。	排泄表にて排便日の確認を行なっています。 自然排便を促す為、水分を多く摂取して頂くよう心掛けています。 必要に応じてかかりつけ医に相談し下剤なども処方して頂いています。		
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。	毎日入浴できるようになっており、体調や安全面に配慮し、その方にあわせた入浴の支援をしています。		

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
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。	生活リズムを大切にし、無理なく、ゆっくりと休んで頂けるよう照明や温度管理にも配慮しています。		
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。	個別にファイルを作成し、職員が把握できるようになっています。不明点などがある場合は、医師、看護師、薬剤師等連絡が取れる体制が出来ています。		
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。	その人のできる事、得意な事を見出し把握し、日常生活に取り入れたり、好きな事を聞きレクリエーションを行ったりしています。入居前から喫煙していた方は、入居後も継続して喫煙して頂いています。		
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。	外出のご希望があった際には、その方に合った支援を行ないます。また、ご家族様の協力を得て外出される方もいます。天気の良い日は、近所への散歩や敷地内で外気浴を行っています。		
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。	ご自分で現金を所持されている方はいませんが、買い物など必要時はいつでも購入できる体制をとっています。		



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
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。	ご希望に応じて、いつでも電話をしよう出来る様支援を行なっています。手紙や葉書のやり取りをご希望される場合は、ご用意させていただきます。		
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。	フロアの壁面は季節に合わせた飾り付けをご利用者と作成しています。季節に合わせた、ご利用者様の作品も飾らせて頂いています。		
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。	フロアにソファを設置し、テレビ鑑賞やひなたぼっこをしたり、また、気の合う方と談話をしたりと、くつろぎのスペースとなっています。		
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。	入居時に寝具や写真、仏壇など使い慣れた物をお持ち頂き、入居前と変わらず安心して居心地良く過ごして頂ける様配慮しています。		
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を送れるように工夫している。	居室入り口の名札や「トイレ」の表示また、小窓のカーテンなど、分かりやすい工夫をしています。その方にとって危険と思われる箇所にはクッション材などを利用し安全・安心して過ごして頂ける様配慮しています。		

平成26年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家 横浜宮沢3

作成日： 平成 27年 5月 22日

### 【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	災害時に備えた食料はあるが、食料の内容や期間を示したリストが作成出来ていない。また、職員全員への周知も出来ていない。	職員全員が備蓄品の把握が出来るような体制づくりを目指す。	備蓄リストを作成し、会議にて報告。各フロアにリストを掲示し全職員に周知徹底を図る。	3ヶ月
2	33	年々年を重ねる毎に入居者様の身体状況にも変化が見られてきている。「重度化した場合」や「終末期に向けたケアの取り組み」などは今後の大きな課題となる。	重度化・終末期に関する理解・知識を持つ。	重度化・終末期に向けた研修を行う。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月