

平成29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	1473800256	事業の開始年月日	平成14年3月1日	
		指定年月日	平成14年3月1日	
法人名	医療法人 活人会			
事業所名	高齢者グループホーム 横浜はつらつ			
所在地	(〒224-0027)			
	神奈川県横浜市都筑区大榎町74-10			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	名	
		定員計	27名	
自己評価作成日	平成29年11月21日	評価結果 市町村受理日	平成30年4月13日	
ユニット数	3 ユニット			

※ 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)】

<p>事業所として、開設時に確認した事項 1 すみよい家づくり 2 チームワークと笑顔 3 共に学び、育つ 4 地域と共に歩む地域づくりへの参加 5 家族にとっても安心できる場所であること 6 すべてにおいて真心と思いやりを持って 私たちは、以上の事柄をいつも忘れずに、グループホームケアを行っていきます。</p> <p>理念〇認知症になってもその方らしい、豊かで明るい生活を最期までおくれること(開設から現在までに看取りケアを23件行っています)〇その方の「個性」「尊厳」「生命」を守り、活力ある日々の生活を支え、寄り添うようなケアをすること 〇地域にひらかれ、共に歩むグループホームであること 主人公はご利用される方一人一人です。「はつらつ」「穏やかに」「ゆったりと」、この言葉は私たちが入居の方と暮らしを共にするときに心がけている三つの基本です。「はつらつ」の意味は、身体や顔つきに生気が満ち満ちている様子です。入居の方とはつらつとした生活、穏やかな日々を目指しています。窓から見える里山、川、畑、遠くに見える富士山、緑や木々も多く、併設された保育園の子供たちの笑顔等、心から安らぐ環境がある。</p>
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成29年12月13日	評価機関 評価決定日	平成30年3月28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)】

<p>【事業所の概要】 当事業所は、市営地下鉄東山田駅から徒歩で13分、またはセンター南駅からバス便で10分、中川中学校前下車徒歩3分ほどのアクセスの良い場所にある。すぐ横を早淵川が流れ、周囲は畑や小高い里山の風景が広がる住宅地である。広い敷地内に法人の介護老人保健施設と法人理事長が運営する保育園があり、園児の遊ぶ姿や元気な声が利用者の楽しみになっている。</p> <p>【理念に沿った3軒の家のそれぞれの暮らし】 2階建ての3つのユニットはそれぞれ独立した家として玄関を別にしている。利用者が、はつらつと元気にゆったりとリラックスして穏やかな生活が送れるように、職員はアセスメントで利用者の意見を聞き、その方のしたいことや得意なことが生かせるように家での役割をケアプランに反映させ、利用者本位の生活を支援をしている。</p> <p>【医療と介護の連携】 開所から15年が経過し、利用者の重度化に伴い37名を看取っている。横浜市初の介護老人保健施設の併設型グループホームで、法人クリニックも徒歩数分の場所にある。開所当時から利用者の将来の重度化を見越して看取りの研修を行い、心構えを持ち運営に当たってきた。最期をどのように迎えたいかを利用者に聞き取り、安心して最期の時を迎えるまで充実した医療体制のもと、チームケアに取り組んでいる。前管理者で看護師の統括部長と現管理者の指導のもと、職員は経験や研鑽を積み、医療依存度の高い末期がんの認知症利用者も受け入れ看取っている。</p>
--

【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	高齢者グループホーム 横浜 はつらつ
ユニット名	くらき

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (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. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 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 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、生き活きと働いている。 (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	地域密着型のサービスの意義を踏まえ、最後まで地域の中で、その人らしく豊かで明るい生活をしていただくよう理念に基づき利用者一人一人の力を存分に活用出来る様、日々の申し送り、ケア会議等で話し合い共有している。統括部長(看護師)・管理者・職員は実践につなげている。	地域の一員として利用者が自分らしく安心して生き生きと暮らせるように、職員は理念に沿って勤務の初めに「今日一日の目標」を立て、利用者のケアにあたり、達成度を確認して意識の向上を図っている。	
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	自治会に入り、盆踊り、お祭りに参加したり地域の商店から毎日の食品、雑貨を配達してもらっている。また月に一度、地域ボランティアの来訪、季節の野菜果物の差し入れ、小学生の来訪など日常的に交流を図っている。昨年度から「ふれあい大棚户カフェ」を立ち上げ、毎月25日に自治会と協力し交流を図っている。	今年1月から地域の町内会と老人会の協力を得て認知症カフェが始まり、毎月公民館で利用者も参加して地域の方や認知症の家族の方たちと交流をしている。利用者は地域の盆踊りや祭りの神輿、正月のお神楽や獅子舞を楽しんでいる。傾聴、音楽療法、フットケアの地域ボランティアの来訪や中学生の体験学習の受け入れ、隣接する保育園児との交流もある。	地域に根差した活動をさらに進めるために、近隣のグループホームへ認知症カフェへの参加や災害時の協力関係の構築などを呼びかけることを期待します。
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	視察、見学、地域ボランティア、中学生の受け入れや研修会を開催したり、計画作成はキャラバンメイトの研修を修了し、市勉強会に参加しながら地域(区のフォーラム、小中学校)など、認知症の人の理解や支援方法の啓発活動に努めている。認知症予防カフェに参加し、認知症の理解や支援方法の勉強会を開いている。		

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
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か月に1回の運営推進会議にて、防災訓練などを行ったりすることで、地域の消防団や地域ボランティアの方も参加して下さっている。色々な取り組み課題等を報告しながら話し合いを行い色々な立場の人から意見を聞きサービス向上に活かしている。はつらつを退居したご家族も多く参加して下さっている。	地域ボランティア、消防団長、商店会会長、退所した利用者の家族、地域包括支援センター職員など多彩なメンバーが参加する運営推進会議では、活動報告や提案があり、活発な意見交換をしている。今年の開設記念日を兼ねた運営推進会議では、利用者による本の読み聞かせや、ホームでの日々の生活の様子のお話などを披露している。	
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とり、事業所の実情やケアサービスの取り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	グループホーム連絡会に加入し市区主催の研修会に参加している。又、認知症サポート連絡会、認知症カフェ連絡会に参加し、事業所の担当者（計画作成）が市町村の担当者と日頃から連携を取りながら協力関係を築いている。	区が毎年行う認知症フォーラムへの協力や、市や区のグループホーム連絡会で他のグループホームと交換研修や勉強会を行っている。地域包括支援センターの協力で認知症カフェを立ち上げ今年1月から運営を始めている。行政とは顔の見える関係を構築している。	
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	身体拘束の禁止行為を全職員が理解し身体拘束をしないケアを行っている。転倒の危険がある利用者については、家族の了承を得て夜間のみセンサーマットを使用している。	身体拘束廃止の研修は内部だけではなく法人全体の委員会などにも参加して学んでいる。玄関、ユニットは日中は開錠しており、利用者は自由に庭やユニットを出入りできている。制止や行動制限をする言葉がけは行わないことなどを毎月のケース会議で話し合っている。	
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	虐待に相当する事は無く、見過ごさないよう防止に努めている。また利用者の身体の変異に気をつけている。虐待防止の研修にも職員は参加している。職員は常に言葉に注意しながら利用者に対応している。新職員が入職した為言葉遣い等、その都度、計画作成、先輩職員が指導している。		

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
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	統括部長・管理者・職員（計画作成）は、研修を受けているが、全職員権利擁護を理解できてはいないので研修に参加するようにし全職員が理解するようにしていきたい。ご家族から相談を受けることもあるのでその都度説明をし解決している。		
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	統括部長・管理者・計画作成は契約前からご家族と面談を何回も行い、十分な説明をし、双方が納得したうえで契約している。契約時に重要事項の説明を再度行う。		
		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	運営推進委員に各家から2名の家族代表を選び参加していただき、家族の意見、要望を聞き家族便りに掲載し全家族に報告している。訪問時に面会カードに意見や要望を書いてもらうようにしているがお礼の言葉が多く、なかなか意見等は書いてくださる家族は少ない。	面会時に家族に要望や意見を面会カードに書いてもらったり、メールを活用して要望などを言いやすい工夫をしている。利用者の希望する墓参りや法事への参加をかなえるため、家族の依頼で職員が同行したり、教会の出張ミサを居室で行ったりしている。	

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
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	統括部長・管理者は代表者に許可をもらい2時間の超勤をつけ全員が参加するよう徹底し定例の職員会議を月に1回行い運営状況を報告している。また定期的にアンケートや面接を行い職員の意見を反映している。	法人による福利厚生の充実や研修参加の励行、資格取得への支援などの環境がある。毎月の会議は段階別会議のほか、非常勤職員も全員出席するユニット毎の会議がある。職員アンケートや個別面談なども定期的に行い、意見や要望などを聞く機会を多く設け、運営に反映させている。	
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	企画会議にて統括部長・管理者は代表者に常に職員の努力や勤務状況を報告し、やりがいのある職場をめざし努力している。賃金条件等は介護業界は他職種に比べ、低いと全職員が感じている。国の考えが変わらない限り1事業所がどうすることもできないと職員は考えている。		
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	研修参加、勉強会を同法人内で行い学べる機会を持っている。また新職員は認知症の知識を持ってもらう為、外部研修に参加している。研修報告書を作成しフィードバックしている。部長・管理者は回覧等で常に認知症に対する情報を提供している。		
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	横浜市グループホーム連絡会に加入し、各月で情報交換や勉強会を行っている。交換研修を毎年、実施している。また日本認知症グループホーム協会の全国大会に参加するなど、同業者との活動の機会の場を与えてもらい、それらを職場に持ち帰りサービスの質の向上に努めている。部長・管理者は指導者として認知症実践者研修の講師を務め質を向上させていく取組を行っている。		

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
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	センター方式によるアセスメントをしっかり入居の時にご家族に書いてもらい、各職員が情報を共有し会議等に利用者も参加し、本人にも意見を聞いている。利用者の困っていることや要望に耳を傾けながら常に安心できるように心がけている。		
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	入居前に利用者本人にも来訪してもらい日中の様子を体験して頂いている。入居時「はつらつ」に希望する事を書面にて書いていただいたり、不安や疑問点がある場合はその都度話をし、出来る限り希望に添った対応をしている。ご家族・利用者と十分な話し合いをして、双方が納得した関係づくりをしている。		
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	面談時、契約時にご本人、ご家族に聞き取りを行っている。又、その時点でセンター方式によるアセスメントを渡し、記入してもらっている。その情報をもとに申し送りや会議にて、各職員が情報を共有し本人と家族が必要としている支援サービスに努めている。		
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	職員は人生の先輩である利用者を尊敬し、利用者の得意なこと好きなことを把握し、それらを披露する場面を作り、共に生活する者同士の関係を築いている。又、重度になられ自分から言えない利用者の方には出来る事を一つでも行なってもらよう介護計画を立て毎日実施している。		

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
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	面会時には、日誌等を見て頂き、日常の様子をお知らせしている。また催事等には積極的に参加して頂き、色々な場面で家族にも協力して頂き共に本人を支えていく関係を築いている。新利用者が増えご家族との関係が浅いので、連絡を密にに取り、本人を支えていく関係を築く努力をしている。		
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	入居時に家具や調度品を揃えて頂いたり、生活の場の環境を継続している。また本人が希望する、出張ミサを行ったり、地域の方も入居された為、馴染みの関係が途切れないように支援している。	知人や友人の来訪や信仰する教会の牧師の訪問などもある。現役時代看護師をしていた利用者が、他の利用者の健康状態を気遣い、脈をとったり、バイタルの記録を紙に書いたりしている。生活習慣や入居前の環境に配慮して風呂上りにノンアルコールのビールを飲む方もいた。家族や友人との関係が途切れないように手紙や年賀状、電話などの支援を積極的にしている。	
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	居間にくつろげる場所を作り会話ができる場面を設定している。常に職員は、良い関係が築けるよう気を配っている。重度の方には、いつも誰かがいるように工夫し、孤立しないように心がけている。		
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	電話で相談が来たりするときは常に支援に努めている。入院の為、サービス利用が終了したご家族とも、メールのやり取りをするなどの関係が出来ている。ご家族は元気になったら戻ってきたいと言われている。		

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
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。	センター方式のケアプランを使用し、本人の希望を取り入れたケアプランの作成している。会話が難しい方でも仕草や表情を観察し理解に努めている。日々の会話やケア会議での本人の言葉を記録に残し実現できるように努めている。	統括部長や管理者は、発語が困難で重度の利用者の思いの把握のために「目での訴えや小さな表情の変化も見逃さず機会をとらえるように」と職員に指導している。汲み取った思いや意向は、「個別の日中と夜間の記録」「個人申し送り」で共有してケアプランに反映させることもある。	
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	面談時、入居時、センター方式のアセスメントシートにご家族に情報を記入してもらい職員はその情報を共有している。また日々の利用者の会話の中から情報を収集している。個々の状態を把握し利用者も参加し、申し送りや会議にて検討している。日々の場面で活かせるよう支援している。		
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	毎朝のミーティングで、利用者と共に一日の目標を決め実践している。個人の申し送りノート、月一回のケア会議等で職員は、常に現状を把握し、毎朝の顔色、状態を観察し変化を見逃さないように努めている。重度になられた方が出来る事を毎日継続的に行える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
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	申し送り、ケア会議に利用者も参加し本人の思いなどを言える場を作っている。ご家族からの意見などを聞いた者が、申し送りノートに記入し職員全員が把握できるようにしている。毎月ケア会議を開くことで現状に即した介護計画を作成している。又、介護計画をご家族に見て頂き説明をし、希望等を聞き反映している。	センター方式を取り入れ、常勤の居室担当者がアセスメントからケアプランのたたき台を作り、利用者も参加してケア会議で話し合い、計画作成担当者が本プランを作成している。利用者のご飯茶碗を赤い器に変えたほうが食が進むという意見を取り入れ、効果が出た事例があった。毎月のケア会議でモニタリングを行い、状態変化や医療情報などに応じてプランの変更などにきめ細かく対応している。日々の記録はケアプランに沿った記載を心掛けている。	
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	日々の様子や変化を細かく記録して、毎朝申し送りを行っている。必要時に経過観察記録シートを利用し情報を共有し実践している。変化があった場合はすぐに介護計画を見直している。		
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	母体法人のクリニックを利用したり、すくすく保育園の交流、老健施設と緊急時の対応に関する連携や他クリニックの柔軟な支援サービスを行っている。家族が希望する出張マッサージや出張ミサなども個別に行っている。		
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	夏祭り、秋祭りの参加、地域の商店の利用や、地域の電気屋さんを利用し修理等を行って貰っている。保育園児の来訪、地域ボランティア（音楽療法、すこやかボランティア、フットケア、レクボランティア）が常に来訪し楽しむことが出来ている。		

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
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、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	母体が医療法人であり医師との連携を密にとり、変化があった場合はすぐに対応できるようにしている。また定期的な往診も行っている。ご家族の希望があればいつでも医師と会うことができる。重度化にともない家族だけでは、受診が困難な場合は職員も同行している。	利用者全員が運営法人のクリニックをかかりつけ医として、月2回の往診と年2回の健康診断を受けている。クリニックの医師に随時相談できる体制があり、急患にも迅速に対応できる。精神科の医師も月2回往診に訪れ、診察や薬の相談に応じている。地域の歯科医が治療や口腔ケアの往診に訪れている。訪問マッサージの来訪もある。	
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	統括部長は看護師であり、変化があった利用者の状態を報告している。また同法人施設のクリニック・老健の24時間の医療連携が整っているため情報や気づきを直ぐに相談できる、受診や看護がすぐに受けられるように支援出来ている。		
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。	統括部長・管理者や計画作成は常に病院に赴きご家族、病院関係者と情報交換を行い、早期の退院に努めている。又、当クリニックの医師に状態を報告している。		
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	ご本人が会話ができる場合は、本人の希望を聞き実現できるように努めている。「はつらつ」で最期までをご家族も希望しているため、早い段階から急変時の対応について医師、家族、統括部長・管理者、計画作成と話し合いの場を持ち同意書を頂いている。終末期については、利用者の状態に合わせ、その都度連携を取りながらチームで支援に取り組んでいる。	他の利用者の看取りの体験から、自分の終末期の希望を職員に伝える方もいる。できる限り本人の意思を尊重し、家族の希望も踏まえ看取りを行っていく方針を立てている。開設から16年間で37名を看取っており、市の医療連携相談室からの問い合わせや相談などにも対応している。職員は365日24時間対応してくれる医療体制との連携や多くの看取りの経験から自信をもって終末期のケアに当たっている。	

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
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	リスクマネジメント・急変時対応の研修を受け職員のレベルアップの向上に努めているが、新職員も増えてきている為、全員が実力を身に付けているとは言えない為、同法人のグループホームと一緒に勉強会を行う予定。また管理者、職員は、痰吸引の研修も修了している。	/	
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	夜間想定避難訓練を年に一回消防署の指導のもと、地域の消防団、運営推進委員、区職員、利用者が参加し行っている。また隣接する老健と共同の訓練にも参加している。法人内で「はつらつ」での地震災害時の対応のマニュアルも作り活動している。(月1回の会議を開催し取り組んでいる。) 今期から、各ユニットごとに防災担当を決め月一回の防災点検や話し合いを行い、マニュアルの作成を行っている。	年2回の防災訓練のうち1回は、すぐ横を流れる早淵川の増水を想定した避難訓練をしている。利用者も参加して隣接する老人保健施設と合同の訓練を行っている。法人に防災委員会を作り、地震災害対応計画の作成や飲料水確保のための施設も準備している。「職員行動マニュアル」、「サバイバルカード」を各ユニットの目に付くところに備えている。	
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	目上の人に対する言葉使いに注意し、一人一人の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応に注意するよう常に実践しているが、新職員も増えてきた為、気になる部分はその場で指導している。又、計画作成は、先輩職員は新職員の模範となる様に常に会議申し送り等で指導している。	利用者の人格や尊厳に配慮したケアの実現に向け、気になることや留意点を職員間で共有するために、統括部長が「認知症ケアいろいろ瓦版」を発行し指導している。利用者や家族の希望に沿った氏名の呼び方や、ケアプラン作成時のカンファレンスへの参加など利用者が希望を言える場を作り、自己決定を優先することで利用者との信頼関係を築いている。	

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
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	日々の生活の中で自己決定の場面を作ったり利用者にも毎朝の申し送り、ケア会議に参加して頂き自己決定や希望を実現するように働きかけている。重度の方にはお話しが出来る時の希望に沿って、毎日玄関に行き外の景色を見ながらお祈りの時間を作ったり、出張ミサに来て頂いたり希望を叶えている。		
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	常に利用者のペースにあわせた生活のリズムを作り、その人の出来る力に合わせてケアしているが、朝などは夜勤一人で対応するので、どうしても職員のペースでしなければならない事がでてきてしまう事がある。		
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	まだ自分で選べる方には聞きながら洋服を選んでもらったりしているが、自己決定が難しくなっている方などは、職員が声をかけ表情をみて着て頂いたりしている。毎朝重度の方にも鏡を見てもらい、保湿クリームを塗り肌を整えている。		
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	新利用者も増え食事作りや片付け等の場面でスタッフと利用者が一緒に行える環境を作っている。個々に合った食事形態の工夫による個別支援をしている。それぞれの力を活かせるよう食器、介助具などを工夫している。	食材調達は業者に委託しており、職員が利用者の食形態に合わせ調理をし最後まで口から食べることを支援している。ユニット毎や個別対応の夕食や、行事食、出前など食を楽しむ工夫をしている。利用者は、調理や下ごしらえ、食器洗いなどできる範囲で職員の助けを借りながら家事に参加している。	
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	一人ひとりの状態に合わせて食事形態を工夫したり好みの飲み物を飲んで頂き全量摂取を心がけている。水分量は必要に応じてチェック表や観察記録に記入し職員が共有できるようにしている。個々の介護計画により統一したケアを行っている。		

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
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	歯科医師より指導を受けたり研修に参加することで、口腔衛生の重要性を職員全員が理解し、毎食後一人ひとりの口腔状態に応じた口腔ケアを行っている。入れ歯の方は、夜間は洗浄液につけておく。		
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	重度の方でも排泄表により個々の排泄パターンを把握し二人介助にて、トイレに座って頂き自力にて排泄されている。リハビリパンツを使用していた新利用者が布パンツに変わった例もある。	日中は重度な方も職員2名介助でトイレで排泄をしている。重度な方も布パンツを使用して快適に過ごせる工夫をしている。夜間は安全面も考慮してポータブルトイレの使用やリハビリパンツの使用をすることもあがるが、できる限り布パンツを履き、トイレで排泄することを支援している。	
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	ヨーグルトやファイバーを使用している。排泄表により毎朝、排便状態を確認し3日以上にならないよう座薬を使用しなるべく失禁を減らし、トイレに座って頂き排泄している。いきむことが出来ない利用者には腹部のマッサージなどを行っている。腸閉塞の病気を持っている利用者の方には、病院と連携し排便のコントロールを行っている。		
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	自己決定の出来る方には声かけをし希望により入浴して頂いているが、重度の方は安心して入浴して頂くために曜日を決め職員2人対応で行い、機械浴はない為、介護度5の寝たきりの状態の方でも、しっかりと浴槽に入れるよう職員が技術を身に付け支援している。入浴剤や、ゆず湯などを使用して季節感を味わえるように取り入れている。	職員2名体制の介助で介護度の高い方も浴槽に浸かっている。入浴を好まない方には声掛けや時間帯を変えるなどして無理強いをしない対応をしている。利用者ごとに湯を交換して好みの入浴剤を入れるなど、入浴を楽しむ工夫をしている。	
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	一人ひとりの状態に応じて疲れた時は横になって頂いたり、その人の生活習慣や状態により入床、起床介助を行っている。また眠れない利用者などは職員が話を聞いたりし、安心して眠れるよう支援している。		

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
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	医師の指導、指示、薬局の配薬表などにより服薬の支援を行い、職員間で症状の変化を確認し医師に報告している。また個々の薬の処方状況の情報を申し送り時や申し送り帳に記入することで職員全員が把握するよう努めている。		
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	一人ひとりの生活歴や得意なものなど、その方の力を活かし、介護計画に沿って役割などを決めている。家事、歌、散歩、カレンダーめくりなどに参加することで楽しみ事や気分転換などの支援を行っているが全員での外出の機会が減っている。		
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	車イス対応の重度の方が多いため、外出する機会が減ってきているが、ボランティアさんと共に散歩に出かけたりと外に出られるよう支援している。また月一回のケア会議の日に職員体制をあつくし散歩や買物ツアーを企画し家族にも協力してもらっている。個別支援の外出支援も行っている。	天気の良い日には事業所周辺の川べりや畑の周辺に散歩に出ている。目の前に見える富士山も楽しみになっている。広い敷地には四季折々の花々や大きな桜の木があり、春の満開の桜を見ながら外気浴やカレーパーティーを楽しむこともある。職員が個別対応で利用者と買い物に出かけたり、食事に行くこともある。	
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	自己管理は、ほとんどの利用者が出来なくなって来ている。出来る人は買い物などの機会に本人にお金を渡し、選んで頂き、好きな物を購入して貰っている。		

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	自分から電話をかけられる人には職場の電話を使用して頂くようになっているが、電話をかけたいと言われる方がほとんどいない。はがきや、手紙は送られてくる時があるので自分で読めるかたにはお渡ししている。読めないかたには、職員が読んで差し上げる支援している。		
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	職員も環境の一部であり、大きな声を出さない事、静かに歩くことを心がけている。季節ごとの花を飾ったり装飾品を置いたりすることで春夏秋冬を感じられる工夫をしている。重度になられ自分で動かれることが難しくなって来た利用者さんには、毎朝職員と一緒に玄関に行き外の景色を眺めていただき、季節を味わえるような環境作りを行っている。	明るい日差しが入るリビングは、テレビを見たり本を読んだりできるようにソファを置いたコーナーと食卓用のテーブルが配置されたコーナーに分かれている。利用者は気分によってそれぞれの場所で自由な時間を過ごしている。訪問時、壁面にはクリスマスの飾りや利用者の作品、行事の写真が飾られ、温かな雰囲気だった。1階のリビングは隣接する保育園の園庭に面し、園児の遊ぶ姿が利用者を和ませている。	
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	玄関や居間などにソファを置いたりすることで、くつろげるスペースを作っている。自分で動けない方などは、お部屋で過ごせる時間を作ることでそれぞれの方が一人になれる日中の時間を、作っている。		
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	使い慣れた家具を使用したり、アルバムや写真などを飾って頂いたりし、本人が居心地の良い環境を工夫しているが、介助が必要な方はポジショニング用のクッションや介護用ベットがある。常に環境を整えるようにしている。	エアコン、クローゼットのほか各居室に洗面台が備え付けられている。利用者は使い慣れた家具や生活用品、家族の写真や置物などで居心地の良い居室作りをしている。冷蔵庫を置き職員の助けを借りながら自分で食品の管理をしている利用者もいる。	

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
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	居室の入り口に名前を書いたり、トイレは「便所」と表示し浴室には「湯」と書かれたのれんを飾ったりすることで本人が自立した生活を送れるよう工夫している。職員は歩く動線の確保や床の水滴などに気を配り常に安全に、配慮しながら支援している。		

事業所名	高齢者グループホーム 横浜はつらつ
ユニット名	たちばな

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. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 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、安心して暮らさせている。 (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
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	職員は理念を共有し、その人らしい生活を送る暮らしの場であるよう、はつらつと穏やかにゆったりとをモットーとし、法人目標、部門目標、部署目標を一年毎に設定し統一したケアを介護プランに沿って行っている。		
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、地域の商店が食品や、雑貨品を配達してくれたり、修理の依頼を行なったり、地域のボランティアが月一回来訪して下さったりと交流をはかっている。		
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	毎年開催されるふれあい祭りや、防災訓練には地域の消防団にも協力を仰ぎ頂いている。また、統括部長、管理者等がふれあい大柵カフェの設立に携わり、地域の方々に、事業所の発信をしている。		
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	家族、地域の方、ボランティア、市、区職員等が参加し2ヶ月に1回開催し活動報告をしている。それぞれの立場からの意見交換を行い、サービスの向上に努めている。		
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	区で行われる認知症カフェ・認知症サポート連絡会に参加したり、市区の活動や講演に参加し運営推進会議等の活動報告を行っている。		

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
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	たちばな家では、夜間防犯上施錠をしているが、日中は開放している。身体拘束は厳禁という事を、スタッフは十分理解し、また、見守りや、センサーをつける等、スタッフの努力で身体拘束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	入居者一人一人の身体状況を常に観察し、変化があった場合は朝夕の申し送りで報告し、職員間で情報を共有している。職員は虐待防止についての研修に参加し、常に言葉にも注意しながら防止に努めている。		
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	スタッフ全員権利擁護に関する制度の理解はできていないため、学ぶ機会を設けていきたい。個々の必要性については、管理者等に相談し指示を仰いでいる。		
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	契約時に重要事項の説明を行い、家族が納得した上で契約している。不安や疑問があれば、納得いくまで部長・管理者、計画作成が十分な説明を行い理解を得ている。		
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	家族からの意見や要望があれば、面会時に伺ったり、直接言いつらい方には、面会カードに記入していただき、統括部長、管理者に報告し、解決できるよう話し合い、運営推進会議等で提示、報告している。		

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	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	月一回スタッフ全員が参加するケア会議を行っており、スタッフは、部長、管理者に相談や意見、提案をし指示を仰ぎ、反映させている。		
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	法人内で行われる企画会議にて、統括部長・管理者から代表者に常に、職員の努力や勤務状況の報告をしているが、そもそも給与面の水準が低賃金なため、やりがい、向上心について、自らがどう上げていくかは常に課題である。		
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	統括部長・管理者は必要な研修について、理事長決済をもらい、研修が必要な事を理解し支援している。法人内外での研修について、新人スタッフ、従来スタッフ等個々に見合った研修を受けてもらい、ケアの向上に努めている。		
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	横浜市グループホーム連絡会に加入し、情報交換に努めている。都筑区内のグループホームと交換研修を毎年実施し、意見交換や、サービスの向上に向けて取り組んでいる。		
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	センター方式によるアセスメントをしっかり取り、各職員が情報を共有し、初期の不安を解消するよう徹底的に本人に向き合い、ここにおいて安心と思って頂けるよう信頼関係作りに努めている。		

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
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	契約の前に何回か本人・家族に来訪してもらい不安をなくすように努めている。デイサービスのように日中ホームで数日間過ごし、馴染みの関係を作り、安心して頂いてから入居となったケースがある		
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	バックグラウンドシートに必要な情報を家族に聴取し、職員で共有しケアに繋げながら、他のサービスが継続できるように努めている。		
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	暮らしの場として、共に過ごし学ぶことをモットーとし、よりよい環境作りを行い、お互いの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	年間予定表、毎月のお便りに行事のお知らせを載せ送付し、ご本人と家族の絆を深める様支援している。よく来訪される家族と、安心されているのか、そうでない家族がいる。		
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	入居前通っていた美容院、医療機関等、家族の協力を得ながら通って頂いている。また、近所に住んでいた知人の方等の来訪も受け入れている。		

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	フロアで過ごされたい時は居心地のいいよう気を配り、色々困詰めているような表情な時は、休んで頂くよう促したり、入居者同士でトラブルに発展しそうな時には職員が適切に介入している。		
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	お亡くなりになった方のお通夜、告別式に職員が参列したり、その方の写真を集め、お渡ししている。また、家族のご厚意で、運営推進会議に引き続き家族代表として参加していただいている。		
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	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。	日頃から、本人の思いはどこにあるのか、表情、出てくる言葉に耳を傾け、ケア会議等で話し合い、その人らしいケアを検討している。		
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	バックグラウンドシートを活用し、以前の暮らしについて聞き取りをし、これまで行ってきたことが継続してできるようケアに活かしている。		
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	毎朝の申し送り、連絡ノートの活用、月一回のケア会議等で、情報共有をし、日々の状態の変化を見逃さないようにし、気づきを大事にしている。		

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	面会時等に課題、ケアの在り方、介護計画について、ご家族に提示、報告し、要望があれば取り入れ、現状に即した介護計画を作成している。		
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	気付いた事は、申し送り等で報告、連絡、相談をし、個別連絡ノート等に記載をし、情報共有している。状態の変化に伴い、必要に応じて観察記録に記載したり臨機応変に対応している。変化があった場合は介護計画の見直しを行っている。		
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	母体法人のクリニックを利用し、他クリニックの受診同行など柔軟な支援サービスを行っている。家族が希望すれば歯科往診やマッサージも行っている。		
29		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	地域の商店が配達してくれたり、地域のボランティアや音楽療法、フットケア等専門的な知識を持った方たちが月一回来所し、豊かな暮らしを送ることができる様支援している。また、区の祭りやフォーラム等に作品を出展し、直接見に出かけたりしている。		
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、納得が得られたか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	母体が医療機関であり、定期的に往診が行われている。医療連携体制のため、家族の同意を得ている。精神科の往診もあり、適切な医療が行われている。また、以前から馴染みの先生を希望されている方については、継続して往診等行って頂いている。		

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
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	統括部長が看護師であり、母体のクリニックや老健の看護職員が常に近くにいるため、気になることがあれば、すぐ相談をしている。入居者が適切な受診や看護を受け入れ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。	統括部長・管理者・計画作成は、常に病院に行き、利用者が安心できるよう顔を見に行き、ご家族、病院関係者と情報交換を行い、早期の退院に努めている。		
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	家族の希望があり、早い段階から急変時の対応について医師、家族管理者、統括部長、計画作成と話し合いの場を持ち、同意書を交わしている。終末期においては、利用者の状態に合わせ、その都度連携を取りながら、チームで支援に取り組んでいる。		
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	定期的な研修に職員は参加し、また、急変時マニュアルがあり、随時対応はできているが、定期的な訓練はなかなか難しい面があるため、改善していきたい。		
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	防災マニュアルを整備し、年に二回、消防署の指導のもと、地域の消防団や、区職員や家族が参加し、夜間想定訓練（水害想定訓練）を行っている。毎朝スタッフで点検表により、防火チェックを行っている。		

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
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	入居者は、人生の先輩であり目上の人としての尊厳、人格を損ねないような言葉かけを行っている。また、プライバシーに配慮し、居室にのれんをしたり、トイレの際、バスタオルを掛け対応している。		
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	本人から出る言葉、表情をよく観察し、日常生活の中で自己決定出来る場面を作り「ありがとう」の気持ち伝え、職員は本人の思いや希望を表せる様、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、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	朝、遅く起きて頂く方や、ゆっくりと食事をする方など一人一人のペースに合わせた生活のリズムを大切に、その日の健康状態も配慮して、体調を鑑みながら支援している。		
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	自身で選択できる方はしていただき、そうでない方には、季節に合わせた服装や、好みの色の服を着ていただいたり起床時の整容を行っている。		
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	入居者と職員が会話を楽しみながら、必要最低限の介助を行い、召し上がって頂いてる。出来る方には野菜切りをお願いしたり、食後お盆拭き等して頂く。また、希望に沿ったメニューを作る事もある。		

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
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	毎食摂取量を把握し、栄養が足りないと思われる方は、栄養補給飲料を使用している。水分を摂って頂くため、水分が摂りづらい方には、ゼリーで対応したり、必要ならば観察記録を使用し、摂取状況の把握に努めている。		
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、個々に応じた口腔ケアを行っている。月2回、外部の歯科往診をする方もおり、常に口腔内の清潔を保持できるよう行っている。義歯の方は、夜間洗浄液につけている。		
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	排泄表を用い、一目でわかるよう一人一人の排泄のパターンを把握して、随時トイレ誘導をし、排泄の失敗を無くすようにしている。自立の方にも、必要時に声掛け、促している。		
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	朝食時、必ずヨーグルトを召し上がって頂き、また、お茶に食物繊維のパウダーを入れて便通を促すようにしている。毎朝の申し送り時排便チェックをし、-3、4ならば、その方に合った排便コントロールを行っている。		
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	重度の方は安心安全のため、曜日を決め、職員二人体制で行っている。また、自己決定ができる方で一番風呂を希望される方にはその意向に沿っている。入浴をしたくないと言う時は無理に行わない。入浴剤を使用し、リラックスして頂く。		

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	一人一人の表情、状態や状況によりフロアで休息したり、自室で昼寝を促したりしている。重度の方には、長時間の座位が保てない方がいるため、適度に臥床してもらっている。		
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	医師の指導指示、薬局の配薬表により、薬の目的や服作用、用法容量を理解して服薬の支援を行っている。新しい薬に変わった時などは、申し送りで職員で情報の共有を行っている。また、症状の変化を観察し、医師に報告している。		
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	センター方式によるアセスメントをご家族に記入してもらうことで、生活歴や、出来ることを見極め、役割を持っていただき、それを活かした暮らしの支援をしている。		
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	希望される方には、その都度外気浴をし、対応している。また、天気のいい日には陽に当たる事が大切なので、他の方も外気浴が出来るよう支援している。他、家族共連携し盆踊り等に行けるよう支援をしている。		
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	お金の自己管理が出来ない方が多いが、コンビニや、お肉屋さんでたまに買い物をした際、お金を払っていただいたりしている。		

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
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	届いたハガキや手紙は、ご本人に渡し確認して頂きました、自分で読めない方には職員が代読している。自身で電話が出来なくなってきている方がほとんどで、要望がある時は家族に連絡できるよう支援している。		
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	音、光、色は、落ち着く感じにし、季節を感じていただくよう装飾品や絵などを飾ったりし、環境の工夫をしている。室温、湿度は快適に過ごせるよう整えている。食事の際は、テレビを消し、食事に集中して頂く。（音楽は流す）		
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	玄関やフロアにソファや椅子を置き、一人になれる場所を作り、思い思い過ごして頂いている。長時間の座位が困難な方には、楽にすわって頂けるよう、リクライニングソファで休んでいただいている。		
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	入所前から使い慣れたものや、好みのものを持ってきていただくようにしているが、家族が新しい家具を置きたいという希望があり、新しい物を置いている方も中にはいる。写真等を飾りご本人が居心地良く過ごせるように支援している。		
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	トイレにはお手洗いと表示したり、居室の入り口や、自分の部屋だと解るように名前を書いたりしている。重度になられている方もおり、自立した生活が困難な方もいる。		

事業所名	高齢者グループホーム横浜はつらつ
ユニット名	つづき家

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、安心して暮らさせている。 (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、活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	理念に基づき、その人らしく地域の中で、生活し最期まで、出来る限り「はつらつ」で生活できるように、職員全員で理念を共有している。また利用者の個性と尊厳を重視しながら具体的な介護計画をたて実践につなげている。		
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、盆踊り、お祭りなどの行事に参加し交流を図っている。月に1度のボランティア、音楽療法、フットケア等の活動もある。又町内の商店から定期的に購入したり、年に1度の法人主催の祭りでは多くの方達の参加がある。休憩所に事業所のポスターを設置し、グループホーム紹介も行っている。H29.9からちいきの方で作品作りが得意な方に作品作りのボランティアを行ってもらうようになった。		
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	視察、見学、学生や地域のボランティアの受け入れや交流をはかっている。都筑区役所で開かれる認知症フォーラムに入居者の作品を展示、事業所の紹介をしている。また「大槻ふれあい認知症予防カフェ」に参加し地域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	2ヶ月に1回の運営推進会議では、家族・地域の方・ボランティア・市職員などが参加され、現状報告・活動報告(写真も含む)・課題等を、それぞれの立場から意見を聞き検討しサービス向上に努めている。		
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	グループホーム連絡会に加入、認知症カフェ連絡会・認知症サポート連絡会に参加して、連絡会及び市区の講演や研修に参加している。また統括部長・管理者は、地域担当者と連携して、協力関係を築いている。		

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	身体拘束してはいけない事を職員は理解し実践している。ただし家の構造上居室が1階と2階に分かれている為、転倒防止・立位不安定でのペットからの転落防止・頻繁に起きられる方の対応の為、家族・管理者と相談し、センサーを設置させて頂き、反応があれば居室へ向かい対応している。但しご本人の状態に合わせてセンサーは外していくよう努める。		
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	虐待防止の研修に参加したり、言葉の虐待、身体虐待の怖さの理解、見過ごさないよう努め、日々学びを深めている。また職員は常に言葉等にも気を付けて、ご利用者の日々の様子(身体も含む)に注意し、話し合いの中で注意しあい努めている。また統括部長・管理者も回覧で言葉の大切さを促し防止に努めている。		
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	講習会等があれば、参加して理解を深めるようにしている。成年後見人制度について家族からの相談を受け情報提供し利用される方が増えてきている。常に日常的に自立支援に向けて取り組んでいるが、管理者や計画作成は理解しているが、その他の職員はしっかりと理解できていない。		
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	契約前にご本人・ご家族と面談を行って不安や相談に十分にご説明し対応している。契約時は統括部長・管理者・計画作成担当者から説明し、疑問点等確認してから、お互い納得してから契約を交わしている。		
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	利用者や家族から意見要望があった場合は会議等で話し合い意見を反映するように努めている。また各家家族代表2名を選び運営推進会議に参加して頂き、家族からの意見や要望を聞き家族便りに掲載し全家族に報告している。		

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	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	毎月のケア会議で統括部長・管理者も参加し、運営状態も報告されている。その話し合いで職員の意見を聞く機会がある。また不定期だが面接時間を設けて話を聞くようにしている。今回職場環境を良くする為に職場から改善の為にアンケートを実施した。		
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	何かあれば管理者と面接やケア会議にて、環境・条件・様々な事について相談・意見できしており、職場環境は良好であるが、給与に関しては一事業所がどうにかできる問題ではないと思う。		
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	法人内の研修・勉強会や外部研修に参加し学ぶ機会を持っている。また研修に参加したものが研修報告書を作成しフィードバックしている。統括部長・管理者は回覧等で常に認知症に対する情報を提供している。		
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	研修生や実習生の受け入れを行っている。また横浜市グループホーム連絡会に加入し、他グループホームとの交換研修が年に1回行われており、職員は参加することで、話を聞き新しい発見を見つける事で勉強になり、サービス向上に繋げている。		
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	面談の段階で本人の不安が出来るだけ少なくなるよう相手の話をよく聞いて不安や希望を組み、職員間で情報の伝達・共有をしている。又、家族と連絡を取り相談する場合もある。職員、家族と双方で、本人の不安のないように努めている。		

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
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	初期の段階では、ご家族に不安な事等を聞き取りアセスメント等に要望等を書いて頂き、職員は情報を共有しそれに沿った支援を行うよう努めている。		
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	センター方式(アセスメント)を使用し、ご家族に情報を記入してもらいそれをもとに、ご利用者本人と直接お話しをしたりご家族とお話しをして、必要な事を見極め、状況によっては他のサービスが提供できるように努めている。		
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	人生の先輩として敬い話をする。ご利用者本人と会話する時間を大切に、したいことを把握し、実践できるよう協力し合う関係を深めて、時には教えて頂く関係を築くようにしている。またご利用者様の得意なことや好きな事と一緒にいたり、テレビをみたり、話をしたりと家で過ごしてる感覚を保ちここが安心出来る場所と思って頂けるよう努めている。		
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、FAXで連絡を取り合い、必要時は協力を依頼したり相談し合えるよう努めている。来訪時は記録類を閲覧して頂き、日々の様子を報告するとともに、毎月のお便りで、写真や様子を載せて報告している。またイベント(外出支援、誕生会、法人の祭り等)などがあれば、ご家族に連絡し参加して頂くようにしている。		
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	これまでの生活歴を家族から情報提供して頂き、職員は把握しケアに取り入れている。家族が面会に来られた時には、ゆっくりお話しできる場をつくる。またご利用者の家族へ書いた手紙を郵送やFAXで送ったりしている。		

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
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	ご利用者が狭い空間の中、気持ちよく過ごせるよう、気の合わない方々のトラブルに苦慮しているが、利用者同士の関係を把握し、座席の配置を工夫し無理ない関係で過ごせる様心がけている。		
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	看取りケア終了後、そのご家族に今までの写真をまとめてお渡しする。また催事のある時には、お便りで参加をして頂けるよう努めている。		
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	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。	日々関わっていく中で、ご利用者一人一人の希望・言葉・会話を日々の申し送りやケア会議等で報告し話し合うことで、希望に沿ったケアが出来るよう努めている。ご家族の協力が必要な時には、連絡・相談し協力を得ている。		
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	入居時に、ご家族にセンター方式の用紙をお渡しして情報を書き込んでいただいたり、ご利用者との会話や家族との面談から把握するよう努め、今までの暮らしに近づけるよう努めている。		
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	毎日の申し送り、日々のご様子等で変化を知り常に現状を把握できるように努め、申し送りノート記載やケア会議で、ケアプランをもとに話し合いし現状の変化を把握す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
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	ケア会議で介護計画を担当職員が職員の前で読み上げ確認し合っている。意見、アイデアについては、月1回ケア会議でまとめ3ヶ月に1回ケアプランの見直し、家族、医師等の意見を聞き、現状に即した介護計画を作成している。		
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	日常(日中・夜間)の記録を行っている。必要な方へは、経過観察シート等の個別記録を作成し活用している。ケアに対する変更等については、連絡ノートを使い情報を共有して対応している。		
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	母体法人のクリニックを利用したり、すくすく保育園の交流、老健施設と緊急時の対応に関する連携や他クリニックの柔軟な支援サービスを行っている。また往診以外に必要な場合、受診同行をしたり、家族が希望する出張美容や出張歯科なども個別に行い柔軟に対応している。		
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	音楽療法、フットケア、地域ボランティア、作品作りボランティアが来て下さる。避難訓練では、消防署指導のもと、地域消防団、地域包括職員、ボランティア、運営推進委員、ご家族の協力を頂いている。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	定期的に往診が行われている。必要ならば医師と家族の話し合いの場を調整する。また必要な方へは、月に2回精神科医師の往診も行っている。他病院にかかっている利用者は継続し連携を取りながら適切な医療を受けられる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
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	統括部長が看護師である。変化があれば、すぐ相談ができる。不在の時には法人内老健看護師・クリニック看護師が、24H備え、常に受けられる体制があり、その後指導をして頂いている。		
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。	管理者、統括部長、計画作成担当が、入院先医師、家族と常に連絡を取り合い、職員と情報を共有しながら退院後の受け入れ体制を整えている。		
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	急変時・終末期の対応について、医師、統括部長、管理者、計画作成担当者、ご家族と話し合いの場を持ち同意書を頂いている。終末期においては利用者の状態に合わせ、その都度医師、家族と連携を取りながらチームで支援に取り組んでいる。		
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	研修や勉強会等で学び、基本的な知識を得ている。またマニュアル等、準備し常に確認できるようにしている。また急な対応に慌てない様にケア会議や申し送り時にも定期的に確認するようにしている。		
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1回は、夜間想定避難・水害時避難訓練を実施し、有事があれば近隣の方が応援に来て頂けるようにしている。また法人内老健で行う消防訓練にも参加している。現在は火災・震災・水害の対応方法をマニュアル化、各家から1名防災担当を決め毎月防災の話し合いを作っている。		

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
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	ご利用者一人一人の個性・人格を尊重して、言葉や表情に目・耳を傾けて、その方にあう言葉掛けをしたり、入浴時等にタオルを掛けプライバシーを損ねない支援を行っている。		
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	ご利用者一人一人、思いや希望を出しやすいように、職員と1対1で話せる環境を作り、表情、言葉に注意している。また出来るだけ自己決定ができるような言葉かけをし自分で決定できるよう支援している。		
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	ご利用者一人一人のペースに合わせた生活リズムを把握し大切に、テレビ体操、歌、塗絵、折り紙等の活動・休憩時間のメリハリをつけて過ごして頂けるよう努めている。		
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	ご利用者の希望に沿って定期的な美容の利用をしている。また各更衣時には、一緒に選んだり行事の時には、お化粧・着物の着用等のおしゃれができるよう支援している。		
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	ご利用者一人一人に合わせ、ご飯をおにぎりしたり、キザミ、ミキサー食などの食事形態を工夫している。盛り付けを手伝って頂いたり、片付けの場面では洗ったお盆を拭いて頂いたり、ホットプレートを使ったホットケーキ作りを手伝って頂いたりしている。		

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
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・水分の確保が難しい利用者へは、別に観察記録を作成し栄養・水分不足がないよう対応している。また各ご利用者にあった食事形態に変え(刻み・トロミ、ミキサー)摂取量が不足しないよう支援し、栄養が不足している場合は、医師の診断のもと経口栄養剤を摂取して頂いている。		
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、口腔ケアをしている。ご利用者一人一人の状態に合わせてブラシを変えたり、モアブラシ・口腔ケアティッシュを使用するなど介助させて頂いています。(声掛け促す)		
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、日中・夜間の排泄パターンを把握し、一人一人に合った誘導を行っている。「トイレ、お便所」という単語では分からない方もいらつしやり、その方の分かりやすい言葉やジェスチャーを使い誘導を行っている。		
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	排泄表を作成して、各利用者の状態を把握に努めている。個別では食物繊維のファイバーや牛乳等、便通に良い物を摂取して自然排便して頂けるよう努めている。排便4日目以上になった方へは坐薬を使用したり、統括部長・管理者・医師に相談をしている。		
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	基本的には、3日に1回のペースで入浴して頂いてますが、ご利用者の希望、気分によってはその都度、時間を変更したり、日にちを変えたりして対応している。また入りたいと言われた時には、気持ちに配慮して優先的に入浴して頂いている。		

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
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	ご利用者の状態、様子を見ながら希望によって居室やソファで休んで頂けるように対応し、昼寝の時間を作り、気持ち良く体を休めるよう支援している。夜間眠れない利用者には、話を聞いたり暖かい飲み物を飲んで頂き安眠でき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	個々の薬内容をファイリングし把握に努めている。管理は職員が行い錠剤が飲めない方へは、医師、薬剤師に相談し粉状にして服用して頂いている。変更があった時には申し送りノートに記入し情報を職員間で共有している。		
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	散歩を毎日の日課にしたり、読書・折り紙・計算ドリル、お気に入りの人形と一緒に過ごして頂いたり工夫をして、それぞれが楽しめるよう心掛けている。また食器洗い・洗濯物たたみ・清拭巻き等のお手伝いをして頂いている。		
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	一人で外に出る事は難しくなっているが、希望により散歩を行っている。外出としては、花見・いちご狩り・外食や野外での食事を計画して実施している。また家族と散歩や外出をされることもある。玄関は常に開錠し庭を散歩する入居者もいる。		
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	自己管理は、難しくなっている。個々の小口現金を預かり、必要時に使用している。ただし、ご利用者・ご家族の希望によっては、少額のお金を所持されている方がいて、そのお金で外出支援時に好きな物を購入されることもある。		

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
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	電話使用が困難な方が殆どだが、希望があれば職員がかけて本人と代わる等で対応をしている。手紙の希望がある場合も、郵送・FAX対応している。		
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	季節毎にフロアの装飾品を変え、季節の変化がわかるよう工夫している。また物音や声のトーンに気をつけ、電気の色にも配慮している。温度や湿度に気をつけ、窓を開けて換気するように心がけている。脱衣所等、洗剤類は見えないよう、小さなカーテンで隠している。大きな窓は光が強くないようにレースのカーテンを日中は閉めている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共用空間（フロア、エレベーター前等）に、ゆっくりくつろげるよう、イス以外にソファを置きくつろげる場所を作り、いつでも各ご利用者思い思いの場所にて過ごせるよう配慮している。		
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	少しでも居心地良く過ごせるように、入居する前に使っていた家具等、持ってきて頂くように、家族にお願いをして、家具類の配置も出来るだけ入居前に近くなるようにしている。		
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	トイレや廊下等に手すりを設置しており、2階への移動にはエレベーターを利用して頂けるよう声掛け・誘導を心掛けている。入居者の各居室の扉、共有部分の「トイレ」「便所」の名前を貼る等で、それぞれ違うが安全に暮らせるよう心掛けている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 高齢者グループホーム横浜はつらつ

作成日 平成30年3月30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	18	出来るだけ個々の希望に添った外出支援を行っているが、各ユニットに5名ずつ全介助の利用者がいる為、全員参加の外出支援が中々出来ない現状がある	年間を通し外出計画を立て実施できるように取り組む	ご家族・地域ボランティア・運営推進委員の方達に呼びかけ、外出支援の実施を計画する	年間を通し対応する
2	2	災害時に近隣のグループホームとの連携体制が取れるようにしたいが、中々取り組む事が出来ていない	近隣のグループホームとの協力体制作りを行う	運営推進委員・地域消防団の協力を得ながら9月に防災訓練を実施している。その際に近隣のグループホームにも呼びかけ活動に参加してもらうを目標にし、最終的には災害時の協力関係を作る	1年(9月に実施)
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
 注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。