

令和6年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|                 |                                                  |                   |              |
|-----------------|--------------------------------------------------|-------------------|--------------|
| 事業所番号           | 1493700130号                                      | 事業の開始年月日          | 平成21年 12月 1日 |
|                 |                                                  | 指 定 年 月 日         | 平成21年 12月 1日 |
| 法人名             | ALSOK介護株式会社                                      |                   |              |
| 事業所名            | グループホームみんなの家・横浜市ヶ尾                               |                   |              |
| 所在地             | ( 225-0025 )<br>神奈川県横浜市青葉区鉄町1224番地               |                   |              |
| サービス種別<br>定 員 等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護             | 登録定員              | 名            |
|                 |                                                  | 通い定員              | 名            |
|                 | <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 宿泊定員              | 名            |
|                 |                                                  | 定員 計              | 18 名         |
|                 |                                                  | ユニット数             | 2 ユニット       |
| 自己評価作成日         | 令和6年10月29日                                       | 評 価 結 果<br>市町村受理日 | 令和7年4月14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)】

|                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所が特に力をいれている点は2つあります。<br>1つ目はオレンジカフェです。2020年のコロナ前には行っていましたが、コロナ渦で開催を断念していました。2024年8月からオレンジカフェを再開し、今後も継続していく予定です。<br>2つ目はキャラバンメイト活動で認知症を地域に普及していることです。<br>開かれたホーム作りをたく、地域の多くの人々に認知症及び当施設を知って頂けるように務めております。 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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2 3 日土地山下町ビル9 F |                      |           |
| 訪 問 調 査 日 | 令和6年11月12日              | 評 価 機 関<br>評 価 決 定 日 | 令和7年2月21日 |

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業所の概要】<br>当事業所は、東急田園都市線の市が尾駅からバスで7分、最寄りバス停から徒歩5分程の住宅と農耕地に囲まれたのどかな環境に立地している。木造2階建て2ユニットの事業所で、グループホームのほか、訪問介護事業所や通所介護事業所など多くの福祉事業を展開している、大手警備会社傘下の株式会社が運営している。<br>【事業所の専門性を活かした地域交流と地域貢献】<br>事業所は、専門性を活かした認知症の啓発活動として、オレンジカフェの開催や、認知症サポーター養成講座への講師派遣を行うなど、地域との交流や地域に貢献する取り組みを行っている。こうした取り組みは、地域包括支援センターや行政も評価しており、イベントのチラシを掲示するなどの協力の申し出を受けている。<br>【安心して生活できる医療・看取り体制】<br>利用者全員が、協力医療機関である内科医、歯科医の月2回の訪問診療を受けている。かかりつけ医の内科医は、24時間オンコール対応である。かかりつけ医とは、病歴などの情報共有や急変時の対応の確認をしているほか、訪問診療時に定期的な会議を行っている。その他の専門医の通院は家族が付き添っている。事業所では必要があれば、介護タクシーの手配などの支援をしている。また、週1回系列の訪問看護師が、来所して健康管理を行うなど、グループ内の医療機関と連携した、利用者が安心して生活できる医療体制となっている。看取りを行う場合は、家族、医師、看護師と職員が連携し方針を共有して、支援する体制を整備している。 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【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  | GHみんなの家横浜市ヶ尾 |
| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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     |

|       |              |
|-------|--------------|
| 事業所名  | GHみんなの家横浜市ヶ尾 |
| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている                      | 職員全員で理念を考え、ホーム内に掲示して意識付けをしている。                                                                      | 事業所の理念は「地域交流を深めるとともに職員が笑顔で入居者様に共感と傾聴を」で、今年度、職員が話し合って作成したものである。理念は、事務所のタイムレコーダーの上に掲示して、職員に周知している。事業所では理念の実現に向け、オレンジカフェ、キャラバン・メイト活動（認知症サポーター養成講座への講師派遣）での地域との交流や、職員にやりたいことをやってもらうことによる笑顔の絶えない職場づくり、利用者の話には否定しないで耳を傾けるなどの取り組みを行っている。 |                   |  |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している                      | 地域包括センターに毎月挨拶に行き、運営推進会議にも参加していたっている。<br>今年度よりオレンジカフェの再開をしている。                                       | 事業所は、鉄町内会に加入して、回覧板で地域の情報を得ている。散歩の際に、地域住民と挨拶して交流している。8月から事業所主催のオレンジカフェを再開して、地域ケアプラザの職員や利用者、家族などが参加した。チラシをケアプラザに掲示し、地域住民の参加を募ったが、天候の関係もあり参加者は得られなかった。次回は12月に開催する予定である。町内会の回覧板にチラシを入れてもらい、参加を呼び掛ける予定である。                             |                   |  |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | キャラバンメイトを通じて、あざみ野地域、すすきの地域の人々に認知症の普及活動をしている。                                                        |                                                                                                                                                                                                                                   |                   |  |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 2ヵ月に1回開催し、ご利用者様の状態やイベント行事などの報告を行っている。質問やアドバイスなど頂き改善や疑問点の解消に繋げている。今年は家族の出席率が低い為、出席して頂けるよう、お声かけをしている。 | 運営推進会議は、2ヶ月ごとに利用者・家族の代表、地域包括支援センターの職員をメンバーとして対面で開催している。町内会長と民生委員は、昨年度は参加していたが今年度は未参加となっており、次回から参加要請を行う予定である。地域包括支援センター職員からは、オレンジカフェの運営などのイベントに関するアドバイスがあった。また、折り紙のボランティアを紹介してもらった。                                                |                   |  |

| 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 |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br>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                                                                | 運営推進会の報告書を開催するたびに、持参し交流を持てる機会を作っている。<br>また、オレンジカフェやキャラバンメイトつながりもあり。 | 区の高齢・障害支援課には、運営推進会議の報告書を持参している。訪問時に、助言や指導を受けている。生活支援課とは、関係書類を持参した際や区役所の担当者が来所した際などに、生活保護費を受給している利用者の状況に関する情報共有や相談をしている。行政主催の感染症予防の研修に参加している。区役所で開催されたキャラバン・メイト活動の会議に、管理者が参加している。                               |                   |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる | 身体拘束をしないケアについて、定期的に身体拘束廃止委員会を開催し身体拘束をしないケアについて取り組んでいる。              | 身体拘束禁止等の適正化ための指針を定め、身体拘束適正化検討委員会を年4回、身体拘束等の適正化のための研修を年4回開催している。委員会は、毎回法人から提示されるテーマに基づき、外部業者作成の動画を見て、話し合う形式で実施している。テーマは、身体拘束の理由・原因、身体拘束をしないで済むケア、身体拘束とは何か、などである。帰宅願望の強い利用者には、一緒に体操をしたり、歌を歌ったりして落ち着いてもらうようにしている。 |                   |
| 7    | 6    | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                                      | 定期的に虐待防止委員会を開催し、どのような行為・声かけが虐待につながるかを話し合っている。                       | 高齢者虐待防止のための指針を定め、高齢者虐待防止委員会を年4回以上、高齢者虐待防止のための研修を年2回開催している。職員は、研修で心理的虐待や介護放棄なども含めた高齢者虐待防止法等について学んでいる。不適切なケアについては、研修やフロア会議などで話し合っている。管理者が「粉の薬をご飯にかけて提供する方法を見直すように」と会議で指示をした事例がある。                                |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している                                                 | 会社内通達にて成年後見制度について学ぶ機会を設けている。                                        |                                                                                                                                                                                                                |                   |

| 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 |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                    | 契約書の説明には時間をかけ利用者様やご家族様の心配が解消されるよう努めている。また転倒リスクや緊急時の協力についても同意を頂いている。           |                                                                                                                                                                                                                      |                   |
| 10   | 7    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                 | 家族会や面会時の聞き取りなどから、ご家族様の意見・要望を得てホームの運営に反映させている。問題がある場合はすぐに職員と話し合い、改善案を練り対応している。 | 家族の意見・要望は、来所時や運営推進会議、電話連絡などで把握して、運営に活かしている。また、運営推進会議の時にを行う家族会や、オレンジカフェなどの家族が参加するイベントでも意見・要望を聞いている。家族から、利用者が習慣にしているペディキュア(足の爪の長さを整えマニキュアを塗る)の実施依頼があり、週1回職員が実施している。                                                    |                   |
| 11   | 8    | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                 | 毎月の会議やカンファレンスで、業務やケアの見直しを含め意見交換の場としている。管理者は職員とコミュニケーションを日常的に取り、思いを引き出す様にしている。 | 職員の意見・提案は、管理者が、日々の会話を中心に、毎月のフロア会議や、個人面談などで把握し、運営に反映している。個人面談は、年2回、人事評価を兼ねて実施している。また、法人の担当者が来所した際に、職員が相談できる機会を設けている。職員から「午前中が忙しいので、遅番職員の出勤時間を11:00から10:00に1時間早めたらどうか」という提案や「利用者に楽しんでもらえるよう、熱帯魚を飼ったらどうか」という提案があり、実施した。 |                   |
| 12   | 9    | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている | コミュニケーションを良く取ること<br>で不満や悩みがないか確認している。フロア長とも情報を共有することでメンタルヘルスケアの管理に繋げている。      | 法人は、人事評価制度を採用して、公平な評価を行っている。勤続年数や人事評価で努力を認められた職員に対する表彰制度がある。生産性の向上にむけ、タブレットと介護記録システムの導入や外国人人材の採用を行っている。事業所では、年4回、生産性向上委員会を開催して「その業務は本当に必要か」といったテーマで話し合っている。法人にハラスメントの相談窓口があり、事業所では、職員に連絡先を周知している。                    |                   |

| 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 |
| 13                  | 10   | ○職員を育てる取組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている          | 新入職員研修や初任者研修を学ぶ機会を設けており、他の研修も通達が来るたびに、受講の有無を確認しており、積極的な参加を促している。                    | 法人は、研修年間計画を策定して、役職や資格などに応じた研修を実施している。また、介護福祉士や介護支援専門員の資格試験対策の研修を実施している。事業所では、身体拘束・虐待防止や、看取りなどのテーマで研修を実施している。また、外部研修では、認知症介護実践者研修などの受講を奨励するなど計画的な人材育成を行っている。新入社員には、事業所でリーダーを中心にOJTを実施している。 |                   |
| 14                  |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている | 同業者の繋がりにはキャラバンメイトやグループホーム連絡会を通じて情報を得ている。                                            |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 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<br>サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている        | 入居前の面談でご本人やご家族様の話、利用していた介護サービスでのご様子などを伺い、入居時の介護計画書に反映させている。                         |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 16                  |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている                   | 入居前にご家族の話をお聞きし、これまでの介護で困っていることや不安な事、要望等伺っている。                                       |                                                                                                                                                                                           |                   |
| 17                  |      | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている               | その方にあったサービスを提供できるようヒアリングをし行っている。リハビリマッサージ、シニアセラピー等必要時は提案し、ご家族様の要望や同意の元サービス提供に繋げている。 |                                                                                                                                                                                           |                   |

| 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 |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                       | 職員が利用者に対して介護するだけでなく、職員と利用者が一緒に家事や手伝いを行い、感謝の気持ちを伝えることで、ここに居て良いんだという気持ちやお互い助け合う信頼関係を築いている。                      |                                                                                                                                                                                                       |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている        | 電話にて面会の機会を作ったり、通院対応や緊急時などにご家族様の協力を得ている。過去の生活を伺うことで、ケアに活かせるようにもしている。ご自宅で使っていた物品やアルバムなど思い出の品物は持って来て頂くようお願いしている。 |                                                                                                                                                                                                       |                   |
| 20   | 11   | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                    | 一番馴染みのあるご家族様の縁が途切れないよう、電話が掛かった際は本人にも話せるように心がけている。                                                             | 事業所では、入居時のアセスメントや家族からの情報で、利用者の馴染みの関係を把握している。友人や知人の来所時には、居室に案内のうえ、椅子とテーブルを用意して湯茶でもてなしている。電話や手紙の取り次ぎ支援なども行っている。利用者が愛読している新聞の購読、家族が持参する馴染みのおやつや、茶わん蒸し・赤飯などの料理、ジュースなどの取り次ぎを支援している。趣味の編み物や将棋を継続している利用者もいる。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                | 生活の中で家事やお手伝い、レクレーションを皆で行うことで助け合える関係を作っている。                                                                    |                                                                                                                                                                                                       |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 入院からの退去の際の経過を追うように心がけている。                                                                                     |                                                                                                                                                                                                       |                   |

| 自己評価                       | 外部評価 | 項<br>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                         | 12   | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。                                          | ケアプランの更新時に聞き取りを行っている。その利用者様が望まれる生活が送れるように意向を把握し、自己実現が出来るように個別ケアをしている。 | 入居時に、利用者・家族から暮らし方の希望や意向を聞いているほか、利用者の当時のケアマネジャーにも利用者に関する情報を確認している。入居後は、日常の会話などで意向や要望を確認している。意思疎通が困難な利用者が数名おり、その思いや意向の把握は、利用者の行動や表情、家族からの情報などから推測して支援に繋げている。把握した利用者の意向は、申し送りノートに記載して職員間で共有している。          |                                                                                                                  |  |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | まずはご家族様から生活歴を伺うことのほか、ホームでのご様子やコミュニケーションの内容から情報を集めている。                 |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  |  |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                     | フロア会議で話し合い、ケアの内容や方向性に活かしている。                                          |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  |  |
| 26                         | 13   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | フロア会議ではフロア長が中心となって話している。退院後など状態が大きく変わった際は、新しく介護計画を作り直し、現状に沿ったものとしている。 | 介護計画は、アセスメントとモニタリングを基に、フロア会議でカンファレンスを行い作成している。モニタリングは、計画作成担当者がカンファレンスで職員の意見を聴いて、6ヶ月ごとに行っている。介護計画も6ヶ月ごとに見直しているが、状態により随時見直している。見直しに際し、家族には電話連絡や来所でのヒアリングで意見や要望を聴いている。介護計画には、レクリエーションや散歩への参加を盛り込むようにしている。 | 以前は、生活記録と介護計画と一緒にファイルしていましたが、生活記録を電子化したために、介護計画を確認する機会が減っています。介護計画と支援内容の連動性を高めるため、介護計画を確認する機会を増やす仕組み作りなどが期待されます。 |  |
| 27                         |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 利用者様の様子・気づきを生活記録や申し送りノートに記入し情報共有してケアに活かしている。                          |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  |  |

| 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 |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる                           | 必要に応じてシニアセラピー、皮膚科や整形外科の受診等をしている。                                                |                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                     | 散歩に出ると近所の方から声をかけて下さることも多く、利用者ひとりひとりが地域の一員として一定の役割を果たしている。近隣の農家の人からお野菜を頂いたりしている。 |                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 30   | 14   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                | 入居時にご本人及びご家族様へ説明し、原則ホームの往診医をかかりつけ医としている。                                        | 利用者全員が、24時間オンコール体制の協力医療機関の内科をかかりつけ医とし、月2回の訪問診療を受診している。かかりつけ医とは、病歴などの情報共有や急変時の対応の確認をしているほか、訪問診療時に定期的な会議を行っている。また、利用者全員が、協力医療機関の歯科と契約して訪問診療を受けている。皮膚科や整形外科などの専門医への通院は、家族が付き添っている。事業所では必要があれば、介護タクシーの手配などの支援をしている。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                      | 週に一度の医療連携看護師との間で個々の健康に関する訪問看護記録用紙を用いて、適切な看護を受けられるようにしている。                       |                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時には介護サマリーを提供する事で現状を報告したり、病院やご家族様に電話を行う事で情報交換を行っている。                           |                                                                                                                                                                                                                 |                   |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項<br>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 |
| 33                       | 15   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 主治医、ご家族様立会いのもと、ご家族様に説明をし、意向をふまえた上、看取り介護計画を作成している。          | 事業所では、入居時に「重度化対応及び看取りに関する指針」「看取り介護指針」を説明して、同意を得ている。看取りを行う場合は、看取りの同意書を取り交わしたうえで看取り介護計画を作成して支援している。年1回看取り研修を実施している。今年度は4名の看取りを行った。看取り後は、会議で看取りの報告をして反省点などを話し合っている。また、家族には希望に応じて利用者の日常生活や行事の時の写真を提供している。    |                   |
| 34                       |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている                                             | 夜間想定避難訓練、搬送法などの講習会を実施している。定期的に開催していきたい。緊急時の対応もマニュアル化をしている。 |                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 35                       | 16   | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている                                             | 年2回の避難訓練を行っている。<br>ホーム内に非常食などの備蓄品も備えている。                   | 事業所は、夜間想定訓練も含め、火災や地震を想定した避難訓練を年2回実施している。また、水災リスクは低いものの、万が一に備え垂直避難の訓練も実施している。事業所のBCP(事業継続計画)は策定済で、研修や訓練（シミュレーション）も実施している。災害用備蓄品はリストを作成し、食料と飲料水を3日程度確保している。また、カセットコンロ・ボンベなどの熱源も整備している。                     |                   |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 |      |                                                                                                                    |                                                            |                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 36                       | 17   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                                                  | 年長者である事を念頭に置き、自尊心に配慮した言葉かけをしている。                           | 事業所では、接遇や個人情報保護の研修を実施している。利用者は、原則、名字に「さん」付けで呼ぶこととしている。職員間の会話では、利用者の名前が分からないように小声やジェスチャーで話している。記録の際は、利用者から見えないように入力するなど、周辺に十分配慮して行っている。居室は、内側から鍵がかかるようになっており、鍵をかけている利用者もいる。パソコンとタブレットのログインは、パスワードで管理している。 |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項<br>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<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                      | ご本人が気兼ねなく希望等意思表示出来る様に傾聴する事で信頼関係を築いている。                      |                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 38   |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 入浴や外出、レクレーション等、その時の状況と利用者との話し合いの中で、その日の支援を行っている。            |                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                   | 3ヶ月に一度の訪問理容で、身だしなみに気を掛けている。ご本人の好きな服を着られる様に選んで頂いている。         |                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 40   | 18   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている      | 準備や片付けはその方の能力に合った作業を職員と共に行っている。食事も職員と共に食べる事で会話を楽しみながら行っている。 | 主菜と副菜は、食材業者の配食サービスを利用している。ご飯は事業所で炊き、汁物は、味噌汁サーバーで作ったものを提供している。利用者は、下膳や、食器・テーブル拭きなどの後片付けを手伝っている。利用者の状況に合わせ、刻み、ミキサーといった形態食を提供している。誕生日会にはケーキを提供している。食事レクリエーションでは、ホットケーキやサンドイッチを作ったり、カップラーメンを提供したりして、利用者が食事を楽しむことのできる支援をしている。 |                   |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている           | 食事量、水分量を個々の状態に合わせた形態でお出ししている。                               |                                                                                                                                                                                                                          |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項<br>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<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                           | 毎食後必ず声かけを行い口腔ケアを行っている。能力に応じ、見守り、介助等を行っている。                                            |                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 43   | 19   | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている           | 排泄チェック表を使用し各利用者様のパターンを把握している。おむつ任せにせず、トイレでの排泄を大切にしながら、声かけ、又は誘導を行っている。                 | 支援を受けずにトイレで排泄できる利用者が2～3名いる。他の利用者は、排泄パターンに基づく定時誘導や随時誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。誘導の際は小声で話しかけるなど羞恥心に配慮している。夜間は、2時間ごとに巡回して定時誘導やパッド交換を行うなど特性に合わせた支援をしている。介護老人保健施設から転居してきた利用者が、入居時には、リハビリパンツを使用していたが、支援の結果、布パンツの使用に改善した事例がある。 |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                           | 入浴や体操などで胃腸が動くように取り組んでいる。張りがあるときなどは往診医や医療連携看護師にチェックしてもらっている。                           |                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 45   | 20   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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、しまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている | 週2～3回の入浴の機会を作っているが、乾燥肌だったり入浴が好きな方にはなるべく入ってもらえる様にしている。入浴拒否がある方には、人を変えたり声かけに工夫したりしている。  | 事業所では、週2～3回、午前中の入浴を基本としている。1週間分の入浴者の予定を仮決めし、当日体調などを考慮して入浴者や順番を決めている。1階にはリフト浴があり重篤な利用者でも入浴が可能である。体調の悪い利用者は、日時の変更や清拭などで対応している。リラックスして歌を歌う利用者がある。また、家族が持参した好みのシャンプーを使用する利用者もいるなど、入浴を楽しめるよう支援している。                    |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している                            | 自由に休息して頂いているが、夜間不眠にならない様にパターンを把握し管理している。臀部に褥創が出来やすい方は、毎日横になる時間を作り、圧迫から褥創が出来るのを予防している。 |                                                                                                                                                                                                                   |                   |

| 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<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている                                           | 往診医・薬剤師から副作用については説明を受けている。薬情ファイルを保管しており、副作用を疑った時はすぐ照らし合わせられるようにしている。                           |                                                                                                                                                             |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                              | 役割を持ち自身を持って動かれている方、レクリエーションに参加され楽しまれている方、のんびり過ごすのが好きな方など、自由に過ごしている。                            |                                                                                                                                                             |                   |
| 49   | 21   | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 天候に合わせ、週1～2回は外出出来るように心がけている。利用者様の状態に合わせ、外気浴から長めの散歩まで、なるべく外の空気が吸えるようにしている。人員が足りないとなかなか行けない時がある。 | 週1～2回天気の良い日には事業所の周りを散歩している。また、日常的に玄関前の椅子に座り日光浴や外気浴をしている。近郊の川沿いの花見には、車椅子の利用者も参加している。家族の支援で、外食や通院、買い物などに出かける利用者がいる。また、正月に帰宅する利用者もいる。利用者の外出歴は、生活記録に記載して管理している。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している                              | 現金に関してはホームの管理となっている。                                                                           |                                                                                                                                                             |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている                                                       | 利用者様から要望があれば、事務所内の電話を利用出来る様になっている。ご家族様からの電話の取次ぎも行っている。                                         |                                                                                                                                                             |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項<br>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 |
| 52   | 22   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | トイレや浴室等分かりやすい様に手作りの目印を貼っている。レクレーションにて季節感を取り入れた作品を制作し、季節毎に展示している。   | リビングは、大きな窓があり、採光もよく明るい。眩しい時は、カーテンで明るさを調整している。ホワイトボードに大きく日付を記載したり、トイレをピクトグラムで表示したりして見当識に配慮している。温度・湿度管理は、エアコンと加湿器で行っている。換気は、適宜窓を開けて行っている。掃除と消毒は、夜勤者が行っている。壁には、干支にちなんだ龍の大きな飾りや、利用者と職員が作った季節ごとの切り絵や折り紙、行事の写真などを飾っている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている                                                      | フロアテーブルだけではなく、フロアソファなど、好きな場所で寛げるようになっている。天気が良い時は外気浴などを行っている。       |                                                                                                                                                                                                                   |                   |
| 54   | 23   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている                                          | ご本人が手作りの作品や、好きな写真等を飾る事で心地よく過ごせる様に配慮している。安全にも配慮し、クッションマットを敷いたりしている。 | 居室には、エアコン、照明器具、ベッド、洗面台、クローゼット、タンス、カーテン、ナースコールを備え付けている。また、安全対策として、クッションマットや人感センサーを使用している利用者がある。利用者は、椅子、机、テレビ、カレンダー、家族の写真などの馴染みの品や思い出の品を持ち込んでいる。清掃やリネン交換は、週1回職員が行っている。居室担当者が、家族への情報提供、衣替え、備品の管理などを行っている。            |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している                                            | 何でも介助するのではなく、ご利用者の残存機能に合わせた介助を行っている。                               |                                                                                                                                                                                                                   |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名      みんなの家・横浜市ヶ尾1U

作成日          令和7年   4月   9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    | 10   | 職員が仕事をしながらだと、研修やトレーニングを受ける機会が少ない。時間の確保が難しい。 | 職員が余裕をもって、研修やトレーニングを受けられるようにする時間の確保。 | 人員の確保、及び職員の離職の防止に努める。<br>離職防止のために早めに問題を解決する。                | 6か月        |
| 2    | 29   | 地域資源の活用が少ない。                                | ボランティアやオレンジカフェを通じて、地域との関りを深めていく。     | 地域に開かれたホームを作るために、ボランティアやオレンジカフェを取入れ、交流を増やしていく。              | 6か月        |
| 3    | 16   | 災害対策として、消防訓練において、消火器を用いた訓練が少ない。             | 消火器を用いた消防訓練を実施する。                    | 近くの消防署で消火器を借りる手配をする                                         | 6か月        |
| 4    | 49   | 業務に追われて、中々外出する機会が少ない。                       | 外出する機会を増やす。                          | 現在早番と遅番しかいないため、週に一回は日勤を入れ、外出も業務に取り入れる。<br>余剰職員の確保が必要になってくる。 | 6か月        |
| 5    |      |                                             |                                      |                                                             |            |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

# 目 標 達 成 計 画

事業所名      みんなの家・横浜市ヶ尾2U

作成日          令和7年   4月   9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    | 49   | 業務に追われて、中々外出する機会が少ない。<br>2階から一階に入居者を連れてくるのが難しい。 | 外出する機会を増やす。<br>外気浴でも可。               | 時間の確保に努める為業務内容を改善していく必要がある。<br>勤務時間帯の調整が必要か要検討。                        | 6か月        |
| 2    | 29   | 地域資源の活用が少ない。                                    | ボランティアやオレンジカフェを通じて、地域との関りを深めていく。     | 以前はボランティアの人が2か月に1回来ていただいていたので、ボランティアの受け入れを強化したい。他の事業所から紹介していただけるか手配する。 | 6か月        |
| 3    | 16   | 災害対策として、消防訓練において、消火器を用いた訓練が少ない。                 | 消火器を用いた消防訓練を実施する。                    | 近くの消防署で消火器を借りる手配をする。                                                   | 6か月        |
| 4    | 10   | 職員が仕事をしながらだと、研修やトレーニングを受ける機会が少ない。<br>時間の確保が難しい。 | 職員が余裕をもって、研修やトレーニングを受けられるようにする時間の確保。 | 人員の確保、及び職員の離職の防止に努める。<br>離職防止のために早めに問題を解決する。                           | 6か月        |
| 5    |      |                                                 |                                      |                                                                        | ¥          |

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。