

平成30年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1493600017	事業の開始年月日	平成18年4月1日
		指定年月日	平成30年4月1日
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	みんなの家横浜いずみ野		
所在地	〒245-0016 横浜市泉区和泉町7591-18		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成30年11月3日	評価結果 市町村受理日	令和1年5月8日

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

いずみ野の近隣は緑が多くまた四季折々の風景はホームにいながら季節を感じる事ができます。そんな中でも冬の富士山は絶景です。利用者様は重度化した方でも食事形態や飲水等も工夫をしています。日常生活では、それぞれ役割をもちながらご自分でできることを決め、やりがいを感じながら過ごしていただいております。地域の方にホームに来て頂いたり、または訪問したりして交流をし沢山の笑顔が引き出せる様に力を入れています。日本の伝統行事を大切にしながら利用者様がそれぞれ懐かしい気持ちや昔を思い出していただけるように行事を行っています。利用者様・職員共に「輝いている時・笑顔のある毎日」の理念を目標にしています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成30年12月5日	評価機関 評価決定日	平成31年2月25日

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、相鉄いずみ野線「いずみ野駅」からバスで「ひなた山第一」バス停下車、徒歩10分のところにあります。周辺は、和泉川が流れ、野鳥が飛来する自然豊かな場所です。ホーム内のリビングの大きな窓から、春は桜、秋は紅葉、冬には富士山が望めます。

<優れている点>

理念である「輝いている時・笑顔のある毎日」の暮らしを実現するための支援に徹しています。認知症になっても、意思表示が難しい状態になっても、利用者は笑顔で、輝きのある毎日を送って欲しいという思いから、職員は接し方や言葉かけに配慮し、笑顔や輝きを引き出すように心がけています。利用者は、暮らしの中で役割を持ち、食事の盛り付けや食器拭き、掃除、洗濯たみなど、その人の得意分野で力を発揮しています。職員は常に感謝の気持ちを言葉に表していて、和やかな雰囲気です。

<工夫点>

薬は、事務室で厳重に管理しています。服薬管理手順チェック表に基づいて服薬を行っています。服薬の際には、専用の入れ物に薬を入れ、水の入ったコップと一緒にトレーに乗せるところまで事務室で準備してから、利用者一人ひとりの前まで持っていき、投薬しています。投薬介助の職員と、落葉した薬がこぼれたり、口腔内に残っていないかを見守る職員の2人で行っています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	みんなの家横浜いずみ野
ユニット名	1 U

V アウトカム項目		
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
	○	2, 利用者の2/3くらいの
		3, 利用者の1/3くらいの
		4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)		1, 毎日ある
	○	2, 数日に1回程度ある
		3, たまにある
		4, ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
	○	3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
		2, 家族の2/3くらいと
		3, 家族の1/3くらいと
		4, ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
	○	2, 数日に1回程度ある
	○	3, たまに
		4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
		2, 少しずつ増えている
		3, あまり増えていない
		4, 全くいない
66 職員は、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)		1, ほぼ全ての職員が
	○	2, 職員の2/3くらいが
		3, 職員の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が
	○	2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
	○	2, 家族等の2/3くらいが
		3, 家族等の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	玄関やスタッフルームに理念を貼っている。地域密着型サービスの意義を職員皆で確認している。カンファレンスや職員会議では理念を確認し合い職員皆で話し合い具体的な支援に繋げケアの方向性の統一をしている。	認知症で意思表示が難しい状態になっても、利用者が笑顔で、輝きのある毎日を送って欲しいという思いから「輝いている時、笑顔のある毎日」という理念を掲げています。職員は、接し方や言葉かけから笑顔や輝きを引き出すよう心がけています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会に加入しリサイクル活動には継続的に協力している。運営推進会議で提案を受け声をかけていただき夏祭りの盆踊りや子ども神輿のホーム訪問が実現し子ども達との交流ができています。ご近所様のコスモス畑の観賞訪問をさせて頂いている。	自治会に加入しています。地域や自治会の行事に参加し、地域との交流を深めています。社交ダンスや将棋、ウクレレの地域ボランティアの訪問があります。近所の方に招待され、湯茶を飲みながら庭のコスモス畑を鑑賞しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域のボランティアさん等の訪問時認知症についての質問にお答えしたりしている。RUN伴等のイベントで近隣の利用者様と走り（歩き）近隣の方に認知症の啓発活動を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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。	事業所の現状・具体的な取り組みについて報告しています。現状を理解して頂き、利用者様がどう地域と関わっていけるか等助言を頂いたりしています。地域の情報を提供して頂き事業所との橋渡しをして頂いています。	定期的に開催しています。主なメンバーは、家族、町内会役員、民生委員、地域包括支援センター主任ケアマネジャーです。メンバーの都合に合わせて、日程や時間を調整しているため出席率が高くなっています。活動報告と活発な意見交換の場になっています。	区役所に出向く回数が多く、管理者は行政の担当者に事業所の実情を伝えていきます。運営推進会議の内容を報告することによって、行政と更に連携を深めることも期待されます。
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組を積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	泉区役所の保護課・高齢支援課を定期的に訪問して顔の見える関係を築いています。横浜市の担当の方とも定期的に会う機会を作っています。（市GH連絡会・ブロック会）また地域包括も訪問し協力関係を築くよう取り組んでいます。	泉区役所高齢・障害支援課や生活保護課に出向き、日頃から連携を図っています。管理者は10年以上ホームに勤務しており、相談しやすい関係です。横浜市グループホーム連絡会に参加し、交流しています。市が主催する研修にも参加しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	玄関は防犯のため家族様からのご希望もあり、施錠はしています。「月1回の身体拘束廃止委員会」では「これって拘束？虐待？」と意見を出し合い、職員皆で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	法人本部が作成した身体拘束廃止に関する指針を基に毎月議題を設け、身体拘束廃止委員会で話し合っています。職員は、拘束のないケアの実践に努めています。玄関は施錠していますが、1階と2階の出入り口は施錠していません。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	「虐待0の行動指針」を読み勤務に入る。「虐待防止委員会」月1回の会議で日常のケアについてそのケアって虐待ではないのか…と皆で話し合い意見交換をしている。法人内では職員全員対象に虐待アンケートを実施している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	青年後見制度を利用している入居者様もいます。必要な方には情報提供をして支援しています。職員に関しては機会があるごとに説明を行っているが日常生活自立支援事業に関しての学びは不足している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約書・重要事項説明書の内容は事前に読んでいただき契約日には疑問点等に関してお答えし、事業所のケアの方針や取組・重度化・看取り・医療連携体制等加算に関してまた状態の変化等により契約解除に至るまで家族様と相談し納得得られるように努めています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	2カ月に1回家族会を実施しています。利用者様の状態・事業所の運営について報告しています。それに対して家族様から意見をいただき事業所の運営に活かしています。出席できない家族様には電話や面会時等にご意見を頂いたりお話しをさせて頂いています。	2ヶ月に一度開催する家族会は、本人の様子や事業所の活動を伝え、家族の意見や要望を聞く機会になっています。不参加の場合は電話で伝えていきます。毎月、職員が手書きの一言を添えて、行事案内と利用者の写真の「通信紙」を家族に送っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月1回の職員会議やユニットごとのカンファレンスを行い、ケアや業務に関しての話し合いをしています。業務に関しては職員皆が意見を出しやすいようにフロア長が中心となって行っている。年2回職員面談を実施意見や悩みを話せる場を設けています。	職員会議では、一人ひとりが意見を言うように努めています。現場職員から気付きやアイデアが出ると、安全が確認できることは運営に反映しています。新しい職員の意見も積極的に受け入れています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	資格取得に向けては法人内外の研修案内をして支援を行っている。年2回の個人面談の際、目標や振り返りを行ないまた管理者は個々の努力や実績を把握し、向上心を持って働けるように、職場環境・条件の整備に努めている。また法人上司には職員の意見や希望等伝えている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	新人職員（最近は少ない）には法人内の基本的な知識を学ぶ研修・機会があります。他の職員に関しては経験や力量に応じ毎月、行政・法人内・GH連絡会等の研修案内をアナウンスし参加しやすい環境・シフト調整を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	市GH連絡会やブロック会等の研修参加や意見交換会を行っています。グループホーム連絡会に参加することでネットワークができ勉強会とうではスムーズに意見交換ができ自ホームの気付きができ質の向上に繋がっています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	事前の面談でどのような生活を送られていたのかを自宅へ訪問しご本人様に会って状態を把握し少しでもご本人の思いに向き合い安心して頂けるような関係作りに努めています。また直接ホームを見学して数時間でも過ごして頂く場合もあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	家族様の今までのご苦勞や今後何を求めているのか、これまでの経緯等事前に十分な話し合いができるようしています。またホームを見て頂き、どのように皆様が過ごされているかを感じて頂き、ご本人様が望む所かを見極め安心して頂ける関係作りに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	利用者や家族様が今どんなことに困っており、どのような事を望んでいるのかを十分話し合い、グループホームの選択がベストか等見極め支援していくよう努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	まずご家族様が今一番困っていることや望まれていること等、話をゆっくりとお聞きし事業所としてどのような支援ができるか事前に話し合い、またご本人が少しでも不安がなく安心できるような関係作りに努めています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	利用者の様子や職員からの報告等は毎月送る一言通信で伝えています。また日常生活での出来事や様子は面会時・家族会・電話等機会があるごとにお伝えし家族様と職員がご利用者様に対して同じ思いになり本人を支えていく関係を築いている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	娘・息子・孫家族等が家にいた時と同じ頻度でご本人に会いにきたり、定期的に面会をされ、おやつを持参して一緒に召し上がったり継続的な交流ができています。回数は多くはありませんがご近所様数名で利用者様に会いに来られる事もあります。	馴染みの人が来訪した際は、湯茶を出し、居室でゆっくりと過ごしてもらっています。利用者が以前住んでいた街に出かけ、外食をしたりして馴染みの場所との関係継続に努めています。利用者の書いた手紙を代わりに投函しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	長い期間隣同士で座っておられる利用者様は故郷の話、家族の話等をされたり若い頃の話もしています。また他の利用者様の体調を気遣い言葉をかける場面もあります。またテーブルのうえのごみを他の利用者様のも捨ててくれたりする場面もあり支え合えるように支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約が終了した方への訪問、またこちらから訪問する対象者がいませんが近隣に住んでいるご家族様は契約が終了してもホームに立ち寄って下さいます。また親戚や家族の介護の相談等があればその支援にも努めています。		
<b>III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常会話や世間話の中からご本人の思いを汲み取るように努めています。また困難な場合は顔の表情等（笑顔、悲しい顔、つらい顔）を見落とさないように努めています。ご本人の思いや希望はケアプランに繋げ定期的に職員間で話し合いをしています。	職員は、日常の会話や普段の行動から注意深く利用者の思いを感じ取るよう心がけています。居室でじっくり話を聞くこともあります。勤務歴の長い職員が多く、一人ひとりの好みや価値観を把握しており、情報は新人職員とも共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時の事前面接等で生活歴や馴染みの暮らし方の十分な聞き取りをしています。利用者様のこれからの暮らしをひもとく大切なことなので面接時や暮らしが始まってからも丁寧に働きかけをして情報を得られるように取り組みをしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	できることが徐々にできなくなってきた方も数人おりますが、利用者様一人ひとりのその日の状態を把握し、できること等行動や動作で感じ取りながら現状の把握に努めています。月1回のカンファレンスで情報の共有・意見交換をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	医師・医療連携の看護師からは医療面での注意事項を聞いています。歯科医師・衛生士さんとは食事形態や口腔内の清掃等の情報提供をしていただきました。また家族様からも提供していただき、アセスメントしています。意見や提案をケアプランに反映し作成しています。	入居後は、ホームに慣れるための暫定の介護計画を作成しています。1ヶ月後に家族と本人の意向を反映した介護計画を作成し、3ヶ月ごとにモニタリングを行っています。毎月1回、カンファレンスを行い、本人の状況に即した計画かどうかを話し合っています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	様子や会話・特記等は生活記録に記録。また大きなエピソードは申し送りノートで職員間の情報共有をしている。介護計画の実践は、実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。月1回のカンファレンスで情報の共有・意見交換をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	家族様の状況や要望により緊急外出や面会は臨機応変に対応しています。誕生日には本人の望むことを出来る限り実現できるように対応しています。今は自分の思いを伝えることができない方が多く好みの食べ物を希望した際提供している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域の自治会役員、民生委員さんや地域包括のケアマネさんから地域(自治会)での行事・ボランティアさんの情報提供を頂いております。また地域の方から庭に咲いている花をいただいたり庭のコスモス観賞に招待していただいたりしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	必要時には、かかりつけ医の訪問日時の情報を家族に伝え医師と家族との間に入り連携をとるようにしています。基本的に受診は家族対応となっていますが職員と一緒に同行しています。また家族対応が不可能な時には職員が対応するよう支援しています。	かかりつけ医は、入居時に家族の同意を得て事業所の協力医へ切り替えています。切り替え時にはかかりつけ医から診療情報提供書をもらい、適切に引き継いでいます。協力医で診療科目のない眼科は近くの眼科医を紹介し、転院しています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	訪問看護ステーションとの契約により医療連携看護師が週1回の訪問があります。利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果など連携記録に記入して連携をとっています。また訪問看護の指示書が出た時は訪問看護師に情報提供し適切な看護を受けられるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入退院時には病院関係者との話し合いに同席、入院目的・期間を聞き早期退院できるように話し合いをしています。また介護サマリーや利用者の支援方法や特徴を提供しています。定期的な病床訪問も行い病院関係者との関係作りを行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時・家族会などで話し合いの場を作っています。事業所のできること、ご家族の思いを常に話題にしています。利用者の状態によりご家族・事業所・医師と話し合い、情報の共有をし随時意思を確認しながら支援に取り組んでいます。	事業所では、契約時に看取りに関する文書「重度化した場合の対応に係る指針」で方針を説明し、確認と同意を得ています。毎年、管理者とフロア長は法人の研修に参加し、それをベースに職員会議で勉強会を行い、職員に周知を図っています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	事業所内には緊急時対応マニュアルが貼ってある。また応急手当等の初期対応の訓練は消防署や法人内の研修を毎年受け、事業所内での伝達研修を行っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練実施予定。地域の方との協力体制は運営推進会議などで協力依頼をした。今年度はまだ消防署同席や地域の協力体制のものの訓練はできていません。	地域住民の参加は有りませんが、夜間を想定した訓練も含め年2回、避難訓練を行っています。緊急連絡網で5分以内で事業所に来られる職員が数名います。備蓄リストがあり、食料品・水を3日分の他、防寒具などを用意しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	日常的に職員同士の会話を利用者の前で大きな声で話したり、義歯装着時の配慮。また不適切な言葉に気がついた時はその都度管理者や職員間で注意しあっています。事務所の中には「利用者様に対するタブー例」を貼って言葉かけや対応に注意している。	職員は日常の支援の中で、15項目からなる、使ってはいけない言葉をまとめた「職員のご利用者様に対するタブー例」を毎日確認し、利用者の誇りやプライバシーを尊重して支援を行っています。入浴介助や排泄介助では利用者の尊厳や羞恥心に特に配慮しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日常生活の中で小さなことでも自己決定できる場面を作っています。食事時は醤油・ソース・ドレッシング・マヨネーズなど調味料を選んでもらえるような環境を整備。一人ひとりの状態に合わせて曖昧な声かけでなく選びやすく答えやすく自己決定できるように働きかけている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	食事時間がゆっくりの方など一人一人のペースに合わせた生活リズムを大切にしています。基本的な1日の流れはありますが、見たいテレビの関係で体操を午後にしたり、また休息場面など利用者のサインや体調変化などを把握し個別に対応しています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	訪問美容の定期的な訪問があります。利用できるよう日時の調整を行っています。化粧品購入の希望時は、居室担当が購入したりの支援をしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立記入・片付け等をしています。食器拭きは水切りカゴを一人に一つ用意し座ったまま食器拭きをしています。食事介助の際ミキサー食であっても献立が何かかわかるように声をかけながら介助をしている。	入居時に嗜好などを確認し、ミキサー食、食材のスライスカットなどをして食事を提供しています。一部の利用者は盛り付け、下膳、食器拭きなどを手伝っています。外食は家族と連携で個別対応しています。誕生会ではパースディーケーキを用意し、和やかな時間を過しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事量・水分量はチェック表をつけ把握している。食事形態はミキサー・スライス状など、歯科医師・かかりつけ医師の指示を仰ぎながら、また職員は食事形態の研修に何度も参加し、摂食・嚥下の低下がみられる利用者一人ひとりの状態に応じた支援をしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔ケアの重要性を職員は認識し研修に参加しています。歯科医・歯科衛生士と連携をとりながら、利用者の状態によって口腔ガーゼ・スポンジ・舌苔ブラシを使用し口腔ケアを行っている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄記録をつけ排泄のパターンを把握し、定時誘導またはサインを見逃さないようにしてトイレでの自立した排泄ができるように支援しています。紙パンツやパット類を使用している場合でも定時誘導を行ないトイレでの排泄ができるように支援しています。	利用者の排泄チェックを行い、排泄パターンを把握したり、身振りなどで様子を捉え、さりげないトイレ誘導で排泄の失敗を防ぐなどの支援を行っています。また、食事前にはトイレ誘導を行っています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	排泄記録をつけ、排泄状況・パターンの把握をし、排泄サインを見逃さず不穏回避に努めています。便秘薬の調整を医師や連携看護師と連携しながら、また乳製品などを取り入れたり、体を動かし体操をしたり、便秘の予防に取り組んでいる。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	希望がある際はいつでも入浴できるように毎日準備をしています。希望のない方は入浴表を参考にして間隔を空けず入浴をして頂けるように入浴の支援をしています。入浴が理解できない方は職員を交代したり工夫をしながら支援しています。朝希望する方もいて朝入浴します。	入浴時間は特に決めていません。利用者の状況に応じて対応し、週2回は入浴しています。1階には機械浴があり数名が利用しています。また、入浴を拒む人には声かけのタイミングや職員を変更するなどして対応しています。利用者の希望に沿った湯加減です。また、ゆず湯やしょうぶ湯なども行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	ご本人の希望により寝具は薄めの物・厚めの物等好みを把握して安眠に繋げています。また日中の活動・レクの働きかけを行い夜間安眠できるよう支援している 座位困難・休息が必要な利用者は休んで頂いていますが日中はフロアの声があえて聞こえるようにカーテンにしています		
47		○服薬支援 一人ひとりを使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬の情報は、薬剤師・往診記録等で情報の共有をしている。薬情報は常にみられるようにファイルし副作用等の把握ができるようにしている。服薬時にはダブルチェックのマニュアルで実施しています。服用困難な利用者には薬の形態や水の形態、容器の工夫をしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	家事のできることややりたいこと決め自分のもっている力を活かし役割がもて張り合いある日々を過ごしている。また買い物・外食・趣味（将棋）・化粧・お酒落など望んでいる事を実現し楽しみや喜びのある生活が送れるように支援している外の		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	外の空気が吸いたいと玄関先に出たり、洋服を買いたいとブティックに行ったりしている。「RUN伴」イベントで（認知症の当事者が地域を走りたすきを繋ぐ）走りたいと参加する。法要に出席した後親戚の方からドライブに連れて行きたいと申し出があり、外出できる様支援している。	天気の良い日は利用者の体調や体力を考慮し、散歩に出かけるようにしています。利用者の高齢化や介護度が進み、遠出の外出は厳しくなってきました。外気浴が中心となっています。家族との連携で墓参り、外食に出かける人もいます。地域の人のコスモス畑に行き、季節を感じています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	重度の方は買い物をする機会がありません。お元気な利用者は自分で欲しい物（服・ヘアバンド・化粧品）を買いに行きレジでの支払いをしてもらう…の個別支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	手紙を書ける利用者は少なくなった。兄妹・友人・姪など希望があれば電話ができるように支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	利用者と一緒に壁画を作成し季節を感じていただけるように支援している。玄関には花や装飾品を飾り居心地のよい共有空間づくりまた季節感・生活感を採り入れる工夫をしている。時間帯によっては明るさを変えたり食事時は音楽を流している。	玄関には利用者の笑顔の写真、シクラメンの花、廊下には誕生会、敬老会などの行事写真が掲示され、事業所内での生活の様子がうかがえます。食卓や椅子は木目調の落ち着いたものを使用しています。居間の壁には手作りカレンダー、季節を感じるクリスマスツリーの貼り絵があります。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	気の合った利用者同士で会話ができたりテレビを見たりできるように食席を決めている。玄関や玄関の外に椅子やテーブルを置き外でお茶を飲んだりフロアから離れてひとりになったりできるように居場所の工夫をしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	夫婦や家族の昔の思い出の写真や最近の孫さんの写真などを飾り本人が居心地良く過ごせるように工夫している。使い慣れた物や馴染みの物があることで混乱することがあるので家族と相談する場合もある。	居室のベッドやエアコン、カーテン、クローゼット、洗面台、チェストなどは備え付けです。馴染みのアルバム、家族の写真、テレビなどを持ち込み、誕生会の写真や色紙などを飾っています。利用者は安心して生活しています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	ご本人の部屋には表札をつけ、トイレや浴室の表示もして場所がわかるようにしています。また利用者が自分のことが少しでもひとりでできるように動線の工夫をしています。		

事業所名	みんなの家横浜いずみ野
ユニット名	2 U

V アウトカム項目		
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)		1, ほぼ全ての利用者の
	○	2, 利用者の2/3くらいの
		3, 利用者の1/3くらいの
		4, ほとんど掴んでいない
57 利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)		1, 毎日ある
	○	2, 数日に1回程度ある
		3, たまにある
		4, ほとんどない
58 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
	○	3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
62 利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
		2, 家族の2/3くらいと
		3, 家族の1/3くらいと
		4, ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
	○	2, 数日に1回程度ある
	○	3, たまに
		4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
		2, 少しずつ増えている
		3, あまり増えていない
		4, 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)		1, ほぼ全ての職員が
	○	2, 職員の2/3くらいが
		3, 職員の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が
	○	2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
	○	2, 家族等の2/3くらいが
		3, 家族等の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている。	玄関やスタッフルームに理念を貼っている。地域密着型サービスの意義を職員皆で確認している。カンファレンスや職員会議では理念を確認し合い職員皆で話し合い具体的な支援に繋げケアの方向性の統一をしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会に加入しリサイクル活動には継続的に協力している。運営推進会議で提案を受け声をかけていただき夏祭りの盆踊りや子ども神輿のホーム訪問が実現し子ども達との交流ができています。ご近所様のコスモス畑の観賞訪問をさせて頂いている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域のボランティアさん等の訪問時認知症についての質問に答えたりしている。RUN伴等のイベントで近隣を利用者様と走り（歩き）近隣の方に認知症の啓発活動を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	事業所の現状・具体的な取組みについて報告している。現状を理解して頂き、利用者がどう地域と関わっていけるかなど助言を頂いている。地域の情報を提供して頂き事業所との橋渡しをして頂いています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	泉区役所の保護課・高齢支援課を定期的に訪問して顔の見える関係を築いています。横浜市の担当の方とも定期的に会う機会を作っています。（市GH連絡会・ブロック会）また地域包括も訪問し協力関係を築くよう取り組んでいます。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	玄関は防犯のため家族からの希望もあり、施錠はしている。「月1回の身体拘束廃止委員会」では「これって拘束？虐待？」と意見を出し合い、職員皆で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	「虐待0の行動指針」を読み勤務に入る。「虐待防止委員会」月1回の会議で日常のケアについてそのケアって虐待ではないのか…と皆で話し合い意見交換をしている。法人内では職員全員対象に虐待アンケートを実施している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	青年後見制度を利用している入居者様もいます。必要な方には情報提供をして支援しています。職員に関しては機会があるごとに説明を行っているが日常生活自立支援事業についての学びは不足している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約書・重要事項説明書の内容は事前に読んでいただき契約日には疑問点などに関して答え、事業所のケアの方針や取組・重度化・看取り・医療連携体制等加算に関してまた状態の変化などにより契約解除に至るまで家族と相談し納得得られるように努めている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	2カ月に1回家族会を実施している。利用者の状態・事業所の運営について報告している。それに対して家族から意見をいただき事業所の運営に活かしている。出席できない家族には電話や面会時などに意見を頂いたり話しをしている。意見は運営に反映させるように努めている。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月1回の職員会議やユニットごとのカンファレンスを行い、ケアや業務に関しての話し合いをしている。業務に関しては職員皆が意見を出しやすいようにフロア長が中心となって行っている。年2回職員面談を実施、意見や悩みを話せる場を設けている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	資格取得に向けては法人内外の研修案内をして支援を行っている。年2回の個人面談の際、目標や振り返りを行ないまた管理者は個々の努力や実績を把握し、向上心を持って働けるように、職場環境・条件の整備に努めている。また法人上司には職員の意見や希望など伝えている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	新人職員（最近は少ない）には法人内の基本的な知識を学ぶ研修・機会があります。他の職員に関しては経験や力量に応じ毎月、行政・法人内・GH連絡会等の研修案内をアナウンスし参加しやすい環境・シフト調整を行っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	市GH連絡会やブロック会等の研修参加や意見交換会をしている。グループホーム連絡会に参加することでネットワークができ勉強会などではスムーズに意見交換ができ自ホームの気付きができ質の向上に繋がっています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	事前の面談でどのような生活を送られていたのかを自宅へ訪問し本人に会って状態を把握し少しでも本人の思いに向き合い安心して頂けるような関係作りに努めています。また直接ホームを見学して数時間でも過ごして頂く場合もあります。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	家族の今までの苦労や今後何を求めているのか、これまでの経緯など事前に十分な話し合いができるようしている。またホームを見て頂き、どのように利用者が過ごしているかを感じて頂き、本人が望む所かを見極め安心して頂ける関係作りに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	利用者や家族様が今どんなことに困っており、どのような事を望んでいるのかを十分話し合い、グループホームの選択がベストか等見極め支援していくよう努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	まずご家族が今一番困っていることや望まれていることなど、話をゆっくりとお聞きし事業所としてどのような支援ができるか事前に話し合い、また本人が少しでも不安がなく安心できるような関係作りに努めています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	利用者の様子や職員からの報告等は毎月送る一言通信で伝えている。また日常生活での出来事や様子は面会時・家族会・電話など機会があるごとに伝え家族と職員がご利用者に対して同じ思いになり本人を支えていく関係を築いている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	本人の娘・孫・姉・妹など家族が、家にいた時と同じ頻度、また定期的に面会に来られ、おやつを持参して一緒に召し上がり時間を過ごし継続的な交流ができている。たまには一緒に外出し食事をしたりお墓参りに行っている。関係が途切れないように支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	長い期間隣同士で座っている利用者はおしゃれや美容の話、男性は外の景色の話をしている。またテーブルの上の他の利用者のごみも一緒に捨ててくれます。利用者同士の安心できる関わり場面もあり支え合えるように支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約が終了した方への訪問、またこちらから訪問する対象者がいませんが近隣に住んでいるご家族様は契約が終了してもホームに立ち寄って下さいます。また親戚や家族の介護の相談等があればその支援にも努めています。		
<b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常会話や世間話の中からお本人の思いを汲み取るように努めています。また困難な場合は顔の表情等（笑顔、悲しい顔、つらい顔）を見落とさないように努めています。ご本人の思いや希望はケアプランに繋げ定期的に職員間で話し合いをしています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時の事前面接等で生活歴や馴染みの暮らし方の十分な聞き取りをしています。利用者様のこれからの暮らしをひもとく大切なことなので面接時や暮らしが始まってからも丁寧に働きかけをして情報を得られるように取り組みをしています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	できることが徐々にできなくなってきた方も数人おられますが、利用者様一人ひとりのその日の状態を把握し、できること等行動や動作で感じ取りながら現状の把握に努めています。月1回のカンファレンスで情報の共有・意見交換をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	医師・医療連携の看護師からは医療面での注意事項を聞いています。歯科医師・衛生士さんとは食事形態や口腔内の清掃等の情報提供をしていただきまた家族様からも提供していただき、アセスメントしています。意見や提案をケアプランに反映し作成しています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	様子や会話・特記等は生活記録に記録。また大きなエピソードは申し送りノートで職員間の情報共有をしている。介護計画の実践は、実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。月1回のカンファレンスで情報の共有・意見交換をしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	家族様の状況や要望により緊急外出や面会は臨機応変に対応しています。誕生日には本人の望むことを出来る限り実現できるように対応しています。今は自分の思いを伝えることができない方が多く好みの食べ物を希望した際提供している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域の自治会役員、民生委員さんや地域包括のケアマネさんから地域(自治会)での行事・ボランティアさんの情報提供を頂いております。また地域の方から庭に咲いている花をいただいたり庭のコスモス観賞に招待していただいたりしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	必要時には、かかりつけ医の訪問日時情報を家族に伝え医師と家族との間に入り連携をとるようにしています。基本的に受診は家族対応となっておりますが職員と一緒に同行しています。また家族対応が不可能な時には職員が対応するよう支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	訪問看護ステーションとの契約により医療連携看護師が週1回の訪問があります。利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果など連携記録に記入して連携をとっています。また訪問看護の指示書が出た時は訪問看護師に情報提供し適切な看護を受けられるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入退院時には病院関係者との話し合いに同席、入院目的・期間を聞き早期退院できるように話し合いをしています。また介護サマリーや利用者の支援方法や特徴を提供しています。定期的な病床訪問も行い病院関係者との関係作りを行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時・家族会などで話し合いの場を作っています。事業所のできることで、ご家族の思いを常に話題にしています。利用者の状態によりご家族・事業所・医師と話し合い、情報の共有をし随時意思を確認しながら支援に取り組んでいます。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	事業所内には緊急時対応マニュアルが貼ってある。また応急手当等の初期対応の訓練は消防署や法人内の研修を毎年受け、事業所内での伝達研修を行っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練実施予定。 地域の方との協力体制は運営推進会議などで協力依頼をした。今年度はまだ消防署同席や地域の協力体制のものと訓練はできていません。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	日常的に職員同士の会話を利用者の前で大きな声で話したり、義歯装着時の配慮。また不適切な言葉に気がついた時はその都度管理者や職員間で注意しあっています。事務所の中には「利用者様に対するタブー例」を貼って言葉かけや対応に注意している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日常生活の中で小さなことでも自己決定できる場面を作っています。食事時は醤油・ソース・ドレッシング・マヨネーズなど調味料を選んでもらえるような環境を整備。一人ひとりの状態に合わせて曖昧な声かけでなく選びやすく答えやすく自己決定できるように働きかけている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	食事時間がゆっくりの方など一人一人のペースに合わせた生活リズムを大切にしています。基本的な1日の流れはありますが、見たいテレビの関係で体操を午後にしたり、また休息場面など利用者のサインや体調変化などを把握し個別に対応しています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	訪問美容の定期的な訪問があります。利用できるよう日時の調整を行っています。化粧品購入の希望時は、居室担当が購入したりの支援をしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	献立記入・片付け等をしています。食器拭きは水切りカゴを一人に一つ用意し座ったまま食器拭きをしています。食事介助の際ミキサー食であっても献立が何かがわかるように声をかけながら介助をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事量・水分量はチェック表をつけ把握している。食事形態はミキサー・スライス状など、歯科医師・かかりつけ医師の指示を仰ぎながら、また職員は食事形態の研修に何度も参加し、摂食・嚥下の低下がみられる利用者一人ひとりの状態に応じた支援をしている。			
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔ケアの重要性を職員は認識し研修に参加しています。歯科医・歯科衛生士と連携をとりながら、利用者の状態によって口腔ガーゼ・スポンジ・舌苔ブラシを使用し口腔ケアを行っている。			
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄記録をつけ排泄のパターンを把握し、定時誘導またはサインを見逃さないようにしてトイレでの自立した排泄ができるように支援しています。紙パンツやパット類を使用していても定時誘導を行ないトイレでの排泄ができるように支援しています。			
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	排泄記録をつけ、排泄状況・パターンの把握をし、排泄サインを見逃さず不穏回避に努めています。便秘薬の調整を医師や連携看護師と連携しながら、また乳製品などを取り入れたり、体を動かし体操をしたり、便秘の予防に取り組んでいる。			
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	希望がある際はいつでも入浴できるように毎日準備をしています。希望のない方は入浴表を参考にして間隔を空けず入浴をして頂けるように入浴の支援をしています。入浴が理解できない方は職員を交代したりの工夫をしながら支援しています。朝希望する方もいて朝入浴します。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	ご本人の希望により寝具は薄めの物・厚めの物等好みを把握して安眠に繋げています。また日中の活動・レクの働きかけを行い夜間安眠できるよう支援している。座位困難・休息が必要な利用者は休んで頂いていますが日中はフロアの音があえて聞こえるようにカーテンにしています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬の情報は、薬剤師・往診記録等で情報の共有をしている。薬情は常にみられるようにファイルし副作用等の把握ができるようにしている。服薬時にはダブルチェックのマニュアルで実施しています。服用困難な利用者には薬の形態や水の形態、容器の工夫をしている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	家事のできることややりたいこと決め自分のもっている力を活かし役割がもて張り合いある日々を過ごしている。また買い物・外食・趣味(将棋)・化粧・お洒落など望んでいる事を実現し楽しみや喜びのある生活が送れるように支援している外の		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	外の空気が吸いたいと玄関先に出たり、洋服を買いたいとブティックに行ったりしている。「RUN伴」イベントで(認知症の当事者が地域を走りたすきを繋ぐ)走りたいと参加する。法要に出席した後親戚の方からドライブに連れて行きたいと申し出があり、外出できる様支援している。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	重度の方は買い物をする機会がありません。お元気な利用者は自分で欲しい物(服・ヘアバンド・化粧品)を買いに行きレジでの支払いをしてもらう…の個別支援をしている。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	手紙を書ける利用者は少なくなった。兄妹・友人・姪など希望があれば電話ができるように支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	利用者と一緒に壁画を作成し季節を感じていただけるように支援している。玄関には花や装飾品を飾り居心地のよい共有空間づくりまた季節感・生活感を採り入れる工夫をしている。時間帯によっては明るさを変えたり食事時は音楽を流している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	気の合った利用者同士で会話ができたりテレビを見たりできるように食席を決めている。玄関や玄関の外に椅子やテーブルを置き外でお茶を飲んだりフロアから離れてひとりになったりできるように居場所の工夫をしている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	夫婦や家族の昔の思い出の写真や最近の孫さんの写真などを飾り本人が居心地良く過ごせるように工夫している。使い慣れた物や馴染みの物があることで混乱することがあるので家族と相談する場合もある。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	ご本人の部屋には表札をつけ、トイレや浴室の表示もして場所がわかるようにしています。また利用者が自分のことが少しでもひとりでできるように動線の工夫をしています。		

平成30年度

### 目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家 横浜いばみ野

作成日: 平成31年4月1日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期
1	4	運営推進会議 年6回の開催は実施できていますがその報告を行政としていたがった。	事業所の取り組み等を報告とし行政との連携を深めていきたい。	運営推進会議本年度は奇数月に開催が決まっています。 開催後は報告書を作成して行政に提出する。	2ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月