

令和 5 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	1490900055	事業の開始年月日	平成19年7月1日
		指定年月日	平成19年7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・横浜小机		
所在地	(〒222-0036) 神奈川県横浜市港北区小机町2170		
サービス種別 定員等	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和5年10月10日	評価結果 市町村受理日	令和5年11月20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)】

月2回位、健康増進課より指導者が来ていただき「あんしんヨガ教室」「NŌAエクササイズ」「リズム体操」の指導を受けて、身体を動かしています。それと別にリモート運動教室に参加して、月2回以上の指導を受け身体を動かしています。施設では午前午後にラジオ体操、アルソック体操、下肢体操を毎日行い、スクワットも取り入れることにより、筋力強化の成果が出てきています。
今年より面会や外出ができるようになり家族も参加できる行事を予定しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	令和5年10月27日	評価機関 評価決定日	令和5年11月13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)】

【事業所の優れている点】 ◇体操やスクワットで健康増進・筋力強化 健康増進のため、利用者は毎日、ラジオ体操やアルソック体操、下肢体操を行い、また定期的に、法人の健康増進課の指導者から「あんしんヨガ教室」「NŌAエクササイズ」「リズム体操」の指導を受けている。スクワットを毎日行うことで、利用者の筋力が維持強化され、立位保持が確かなものとなってきた。トイレやフロでは、職員2人介助から1人介助になった利用者もいる。 ◇近隣住民との交流 事業所の理念にあるように「近隣住民との交流を大切に」し、事業所から徒歩圏内にある城郷小机地区センターと地域包括支援センターを利用して、近隣住民との交流に努めている。職員は、利用者がお祭りや体操教室、オレンジカフェに参加するのを支援し、千羽鶴を利用者と作成したり、認知症セミナーに参加することもある。 【事業所が工夫している点】 ◇タブレットパソコンの活用による作業効率化 職員は排泄や食事、入浴などのケア記録をパソコンに入力している。手書きに比べ文章の作成や検索の作業効率上がり、その時間を利用者のケアに使っている。
--

【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	グループホームみんなの家・横浜小机
ユニット名	1階

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

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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事務所に掲示して、毎日の申し送り時にホームの理念を読み上げることによって、理念の意味を確認し実践に繋げている。	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の理念「近隣住民との交流を大切にシアットホームで笑顔のあふれるホーム作り」を各階入口と事務室に掲示し、職員は毎日の申し送り時に唱和している。 ・城郷小机地区センターを利用して近隣住民との交流に努めている。 	
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	町内会に加入し地域の情報を得ている。オレンジカフェや体操教室等近隣の方々が徐々に参加できるようにしてきている。	<ul style="list-style-type: none"> ・地区センターの情報で、お祭りや体操教室に参加している。千羽鶴作成の依頼があり、職員と利用者で鶴を折り、糸に通して持参した。 ・ウクレレやマジックショーのボランティアが訪問している。 ・オレンジカフェを準備中である。 	
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	ブログなど掲載して認知症の理解に活かしている。オレンジカフェも再開を計画している。ボランティアの方に来ていただいている。		
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	本年度より再開して、2か月に1回情報を郵送し、意見や情報を交換している。	<ul style="list-style-type: none"> ・対面での運営推進会議を2か月に1度開催している。地域包括支援センター職員、町内会長、家族代表2名が参加している。認知症についての相談があり、わかりやすく説明した。 	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議の開催からあまり日を開けずに議事録を作成し、区担当課へ提出することが望まれます。
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	生活保護担当者とは、利用者が受診の時に医療関係者との連絡をお願いしている。毎月地域包括支援センターから案内などが届き参加することもある。	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターからの案内でオレンジカフェや認知症セミナーに参加している。 ・区的生活支援担当が来訪し、生活保護受給者と面会している。 ・グループホーム協議会のリモート会議に出席している。 	

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
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、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	年に6回、身体拘束廃止委員会を開き研修を行い理解を深めている。職員同士、声を掛け合い拘束をしないケアに取り組んでいる。	・身体拘束廃止委員会を年6回行い、議事録を職員に回覧し、周知を図っている。 ・研修では、車椅子に座り声を出さずにトイレを訴える体験や身体拘束の理解度テストを行っている。	
7	6	○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	年に5回虐待防止委員会を開催し、研修会を行って各フロアの問題の解決に向けて話し合っている。「虐待ゼロへの行動指針」を事務所に掲示し申し送り時に読み上げ、常に虐待への意識を持ち続けるようにしている。	・虐待防止委員会では、研修を定期的に行い、虐待防止について話し合い、利用者への接遇のあり方を確認している。 ・申し送り時には、「虐待ゼロへの行動指針」を読み上げ、虐待防止に努めている。	
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	成年後見人制度を利用されている方がいるので一応理解はしている。研修の機会があれば勉強したいです。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時に契約に関する説明を管理者が行っている。入居後の流れから退居に関する説明も行い、疑問や質問などはホーム長又は本部の担当者が対応している。		
10	7	○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	コロナ禍のため面会も中止し家族会も開催できない状況のとき、情報を郵送して意見を返信していただき、運営に反映させるようにしていた。介護計画作成更新の際は家族の意見を聴きその意向を取り入れている。	・家族からは面会時や介護計画の更新時に意見や要望を聞いている。家族会も再開した。家族の意見や要望は、会議やその議事録により職員間で共有している。 ・散歩や行事を増やして欲しいという要望にできるだけ対応している。	

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	8	○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	毎月の全体会議で、本部で開催されている事業所会議での内容は職員に伝えるべき事柄は周知徹底するようにしている。全体会議や各フロア会議で意見交換をし良い提案は運営に反映させるようにしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・全体会議やフロア会議で出た職員の意見や要望は職員全員で議論し、その結果を運営に反映させている。 ・管理者は、職員との個別面談を年2回行い、意見・提案を収集して業務の見直しを図っている。 	
12	9	○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	無駄な残業廃止など実践するよう努めている。定期的に人事評価を行い職員の努力や勤務年数の表彰する制度もあり、やりがいに繋げている。	<ul style="list-style-type: none"> ・努力や成果の表彰制度があり、対象者には表彰状が授与されている。 ・介護福祉士の資格取得には費用の補助があり、必要な実務者研修は法人の研修で取得できる。 	
13	10	○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	認知症研修は順番に受講するようシフト調整をしています。各自あった研修に受講できるようシフト調整をしている。研修予定表を事務所に貼り、希望があれば参加できるようシフト調整をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・新入職員には1か月間、講義と実務の研修がある。実務の研修ではベテラン職員からOJTでケア技術の指導を受けている。 ・職員のステップアップのため、機会ある度に法人の研修や外部研修、また資格取得を勧めている。 	
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	横浜市高齢者グループホーム連絡会に加入して、連絡会や研修に参加している。小机地域のグループホームとの連絡会にも参加して情報共有を図っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居前に面接を行いご家族と本人と直接話しをして、ご意見を伺いプランにも反映させ安心し生活出来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
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	入居前の面談でご家族が困っている事、不安な気持ちに寄り添い聞き取りを行い問題点をケアプランに上げるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	入居後1か月は実調や資料により暫定プランで支援し、その後問題点を見極め必要に応じてリハビリなどサービスを行っている。		
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	自立支援の観点から出来ることは自分でやって頂く。お手伝いをしたり会話を楽しむことで仲良く生活を共有できるよう努めている。		
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	毎月様子を「一言通信」で家族に郵送したり、電話や来設時に伝え、定期的にホームのブログを更新し安心していただいている。		
20	11	○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	ご家族の面会を続けて頂けるようホームから連絡を取るようになっている。行事に参加して頂けるようになっている。	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナの感染状況が落ち着いてきたので、家族との外出、外食、外泊を許可している。墓参りに行ったり、暮れから正月を家族と過ごす利用者が予想される。 ・利用者が年賀状の返事を書いたり出したりするのを支援している。 	

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	定期的に席替えをして皆様と交流できるようにしています。トラブルがないように注意をしている。リモートによる体操教室は1階、2階合同で行い合流している。月に2回1階、2階合同レクを行っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居後に家族から相談や連絡がある時は、対応してこれまでの関係を大切にしている。		
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	12	○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。	本人の気持ちや希望を察知して、月1回カンファレンスをして困った事はその都度検討をしている。日頃の生活から本音を言われることが多いので察知するように努めている。	・利用者とのコミュニケーションを重視し、要望や意向を把握している。把握した内容は会議や議事録により職員間で共有し、また一度は試してみるようにしている。テレビを見て「食べたい」というものをおやつに提供することがある。	
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	本人やご家族から情報を得て把握して、できるだけ好みに合った生活ができるよう支援をしている。		
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	毎日の生活記録や健康管理表など1人1人の状態を申し送りして共有し把握している。		

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	13	○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	それぞれ担当者がつき、1ヶ月に1回にカンファレンス、モニタリングを行い本人の状態を把握し、本人家族の意向を伺い結果をケアプランに反映させている。	<ul style="list-style-type: none"> ・モニタリングを3か月に1度、カンファレンスを毎月行い、利用者の状態を把握している。これらの結果に家族の意向を反映させて、6ヶ月ごとに介護計画を更新している。 ・入退院など変化があった場合は、その都度見直している。 	
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	生活記録や連絡帳に記入された情報を共有し実践やプランの見直しに活かしている。		
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	利用者の状況の変化により医療機関と相談しリハビリやマッサージなど利用者様にあったサービスを取り入れている。		
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	ボランティアの方に来て頂いてお話やゲーム等で楽しめるよう支援しています。		
30	14	○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	毎月2回ずつの内科、歯科の訪問診療と月4回の歯科衛生士の口腔ケアを受けています。月4回薬剤師から処方薬の説明と服薬指導を受けています。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者全員が事業所の協力医をかかりつけ医としており、月2回内科と歯科の訪問診療がある。 ・通院は原則として家族が同行しているが、利用者の体調等で職員が随行することもある。診療結果の報告を受けている。 	

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
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	医療連携室の看護師が週1回健康管理に来て下さる。連絡ノートに情報を記載し共通の情報を交換している。緊急性の時は、看護師から医師に直接連絡相談を行っている。		
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。	入院後は今は面会が出来ない為こまめにご家族、病院と連絡を取り合い状態を把握している。		
33	15	○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	入居時に重度化した時の対応を説明をしている。担当医師からご家族に説明がありホームでの対応をご家族に話し終末に向けてのケアプランを作成しスタッフ一同支援に取り組んでいます。	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」に基づき家族等に説明し、同意を得ている。 ・急性期には、家族、医師、看護師等医療機関との連携体制を図っている。看取りは「介護マニュアル」により行っている。 	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時や事故発生時はマニュアルに沿って皆が同じ対応を出来るようにしている。玄関にAEDを置き、年に1回消防署員により心肺蘇生法、AEDの使い方の訓練があり身につけるようにしている。		
35	16	○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	年に2回夜間火災と日中火災の避難訓練を消防署員から指導を受けています。	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間を想定した訓練を含め年2回避難訓練を行っている。また鶴見川氾濫で浸水が想定されている地域なので、ミニ水害訓練を行っている。 ・飲料水・食料品の備蓄はリストにより保管・管理している。 	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	毎日の申し送り時に「やってはいけない行動・言動」「やらなければならない行動・言動」を読み上げて互いに確認をしあっている。毎月行っている虐待防止委員会で接遇の大切さを話し合っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は全体会議で介護の仕方や接遇について話し合い、人格を尊重し丁寧な言葉かけや対応に努めている。 ・管理者は、気になる対応が見られたときは、その都度注意指導している。 	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	日常の行動の中から思いや気持ちを理解し、信頼関係を築き気持ちを引き出すよう努めている。		
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	個々の利用者のペースを大切に職員の都合を優先にならない様心掛けている。1人1人の生活のペースや、個性を理解してできるだけ希望に沿った生活を送れるように支援している。		
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	同じ服や汚れた物を身につけない様に、本人に選んで頂いている。1日に何回も着替える方もいらっしゃる。		
40	18	○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	食事前後の挨拶は当番制で行い、メニューをフロアに掲げている。年2回ほど「お弁当の会」を開催して、利用者に希望を聞いたりして、出前を提供している。季節感のおやつ作りを行い、楽しさも提供している。	<ul style="list-style-type: none"> ・食事は、専門業者に委託し、ご飯とみそ汁を職員が作っている。 ・利用者の咀嚼力に応じて料理の刻み方を変えて提供している。 ・おやつにおはぎを利用者と一緒に作ったり、敬老の日にマグロ丼や紅白饅頭を提供している。 	

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	利用者各人にあった食事形態を提供して、摂取量をわかるようにチェック表で管理して過不足にならないようにしている。		
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	歯科衛生士から口腔ケアを週1回受けている。毎食後歯磨きの声掛けをして見守り、磨けてない人は仕上げ介助し、出来ない方には介助してきちんと磨いて頂いている。		
43	19	○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	排泄チェック表で管理して、排泄パターンや便秘の状態を把握して声かけしたり誘導している。	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレでの排泄を基本としている。排泄チェック表で、排泄パターンを把握しトイレ誘導している。日中はおむつの利用者はいない。 ・毎日、体操・スクワットを行い筋力低下を防ぎ、トイレの立上り時の安定度が増すよう支援している。 	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	便秘日数を記録し医師から下剤や便を柔らかくする薬を処方をして頂いたり、スクワット行い運動不足や水分不足に注意し、牛乳を摂取して自然の排泄を心掛けている。		
45	20	○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	本人の意思や体調を確認して週2~3回気持ちよく入浴できるよう支援している、出来るところは自分で洗身洗髪して頂き自立心を失わないようにしている。足が跨げない人はリフト浴を行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は週2回を基本とし、利用者の希望により柔軟に対応している。また、リフト付き浴槽があり車椅子利用者等も安全に入浴している。 ・昔話や利用者の好きな歌を唄い、気分を和らげよう支援している。 	

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
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	個人のペースに合わせて、午前午後の休息を設けている。昼夜逆転ならないように配慮をしている。		
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	月4回薬剤師から服薬指導を受けている。管理表を作り、薬の目的、副作用をスタッフ間で共有をしている。誤薬をしない、マニュアルの基本を守り、薬セット、服薬する時は服薬支援システムを使用し、ダブルで行っている。		
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	家事の手伝いや塗り絵、歌、計算ドリル等個々に支援をしたりレクリエーションに取り入れている。天気の良い日はお散歩にいき外気浴を行っている。		
49	21	○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	天候や体調管理を考え、近隣の散歩に行くようにしている。外泊や遠出には家族にお願いしている。	・11月は「外気浴をしよう」を目標にして、プランターの水やり、施設周辺の散歩を増やし心身のリフレッシュに取り組むことにしている。 ・今は、外出・外泊を認め、利用者は家族との外食や墓参りを行っている。	
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	ホームの生活の中でお金を自分で使うことがない。普段の買い物は代行で職員が行ったり、ネットで購入している。		

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	電話の掛けたい方や家族からのかかってきた電話に取り次ぐよう支援をしている。家族や親戚から手紙や葉書が届くことがあり、喜ばれるが返事を書くことはなさない。		
52	22	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	フロアの室温と湿度、換気に注意し、テレビの音量調整や照明の明るさを調整して居心地の良い空間づくりを行っている。壁には季節の飾りや写真を貼って楽しめるよう空間をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・運動会等の行事写真や利用者が作った作品を居間、廊下に展示して、日頃の会話につなげている。 ・居間では食事中、ゆったり過ごせるようクラシック音楽を流している。 	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居室で過ごされたり、1人であるのが苦手な方はフロアでおしゃべりしたりテレビを見たりして時間を過ごしている。		
54	23	○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	各自の居室には昔の写真や家族の写真を飾り、忘れないようにして頂いている。家族が持参した懐かしい物やテレビなどをタンスの上に置いて居心地よい環境を作るように工夫している。	<ul style="list-style-type: none"> ・居室にはベッド、エアコン、洗面台、クローゼットを備え付けている。利用者は、家族写真や趣味の作品、仏壇等馴染みの物を持ち込んでいる。 ・床には、転倒時の安全のため、ゴム製のフロアマットを敷いている。 	
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	手すりの設置があり、居室の横に表札を掲げ自分の部屋をわかるようにしている。トイレや浴室の表示をし安全に自立出来るような環境作りを配慮している。		

事業所名	グループホームみんなの家・横浜小机
ユニット名	2 階

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

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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎日の申し送り時にホームの理念を斉唱し実践に繋がるようにしている。		
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	町内会に加入して地域の情報を得るようにしています。		
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	ブログなど掲載して認知症の理解に活かしている。オレンジカフェも再開を計画をしている。ボランティアの方に来ていただいている。		
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	本年度より再開して、2か月に1回情報を郵送し、意見や情報を交換している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	生活保護担当者の訪問（面接）や受診時の相談、連絡を取っている。		

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、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。	2ヶ月に1回身体拘束廃止委員会を開き研修を行い、理解を深めている。		
7	6	○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	2ヶ月に1回虐待防止委員会を開いて研修を行ない皆で意見を言い合い理解を深めている。又申し送りの時に虐待ゼロへの行動指針を読み上げて意味を理解している。		
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	成年後見人制度を利用されてる方がいらっしゃり、実践で学ぶ機会が多い。		
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・解約は管理者が行い、十分な説明を行っている。		
10	7	○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	隔月に運営推進会議と家族会を開催し、家族の意見や要望を伺い、運営に反映させるようにしている。		

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
11	8	○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	全体会議の際や日常的にも意見や提案があれば聞いてもらっている。		
12	9	○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	定期的に人事評価を行い職員の努力や勤務状態を把握している。		
13	10	○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	定期的に研修を設け、誰でも参加できるようにしている。外部の研修も回覧でまわし、学びやすい環境を得ている。		
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	横浜市高齢者グループホーム連絡会に入会して、連絡会や研修に参加している。小机地域のグループホームとも情報共有を図っている。		
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	本人、ご家族の要望を良く聞き、不安なく生活できる様項目をケアプランに挙げ、職員で共有したサービスに努めている。		

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	実態調査の段階で管理者、職員が本人・家族から良く話を聞き、入居後も不安なく過ごせる様ケアプランにも対策を挙げて職員間で共有した援助が出来るよう努めている。		
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	本人家族の話を良く聞き、暫定プランにニーズを盛り込み、職員が共通した対応が出来るよう努めている。必要に応じ治療院のマッサージやリハビリなどを利用している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	出来る事は出来るだけ自分でやって頂く様声掛けし、お手伝いや会話を通じて生活を共に出来るようにしている。		
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	家族との交流を深め、本人・家族・職員が理解し合い、相互に協力し合える様努めている。毎月の一言通信でも本人の様子を正確に伝え、協力をえる様にしている。		
20	11	○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	親類との外出や日帰り帰宅、遠方旅行などを支援している。外出できない方は面会の機会が多く持てる様家族に働きかける。		

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	入居者同士が仲良く生活できる様フロアの席を時々かえたり、同じ趣味の方と一緒に作品を作り上げる事が出来るよう支援している。		
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	必要とされる相談には誠意を持って対応している。		
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	12	○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。	本人の思いを理解し、不安の解消に努め、必要な時は家族に伝えて協力を得ている。		
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	入居前の生活環境、家族環境などを把握し、ケアプランに繋げていく。		
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	毎日の生活記録は詳しく記載し、その情報を職員が把握することによって、個別ケアに繋げていく。又申し送りによって一日の情報を把握し継続した対応に努める。		

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	13	○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	ケアプラン更新時、モニタリングやアセスメント、職員間のカンファレンスを行い、本人・家族の希望を聞き取り新たなニーズを引き出す様にする。その結果生活に即したプランを立てる事が出来ている。		
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	生活記録や医療連絡帳等に記載されている情報を共有し、実践から見えてくる事項をケアプランの見直しに活かしている。		
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	本人のニーズに合わせて、訪問リハビリや治療院のマッサージなどを利用している。		
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	ボランティアの方に来て頂いてお話やゲーム等で楽しめるよう支援しています。		
30	14	○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	訪問診療は全入居者が利用している。内科医と歯科医の診察が月2回あり、異変時には24時間オンコールが可能なので、適切な相談と指示が受けられる。		

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	医療連携室の看護師が週1回健康管理を行い、入居者の状態を診てくれている。連絡ノートに看護師・職員が状態を記入し互いに情報を共有できるようにしている。看護師の判断で医療関係者に連絡、相談も行えている。		
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。	入院時はホーム主治医から情報提供書を、ホームからはサマリーを提供し、入院中の治療に役立てている。見舞い時病院側からの情報がもらえる時は退院の時期などの相談や、退院後の相談など頂く様にしている。		
33	15	○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	看取り介護を希望されるかどうか家族会などで度々取り上げて、重度化した場合の家族の考えをお聞きしている。看取り介護に入られた方の家族とは同意書を取り交わしている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	急変時や事故発生時の対応はマニュアル化されていて、職員全員が理解している。		
35	16	○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	年に2回避難訓練を行っています。毎月1回水害に備えてミニ水害訓練を行い、物品や持ち物等の確認をしている。		

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
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 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	会議などの時に、接遇の大切さを認識し直している。言葉遣いや態度など、常に自覚し職員が互いに注意し合える様努めている。		
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	行動や会話やお互いの信頼関係の中から気持ちを理解できるように支援しています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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	1人一人のペースを大切にし、傾聴することで理解を深め、沿える事には応じて支援していく。		
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	自分で出来る方は好きなようにして頂き、出来ない方は職員が支援している。		
40	18	○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	1人一人の食事内容を大事にして見た目や、食べ易さ等プランに挙げて行く。年齢が進むにつれ、口腔内の状態も変化していくため、注意していかなければならない。食器拭き等家事手伝いも協力して頂く。		

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
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	食事量や水分量はチェック表で確認し、一日分の不足が無いようにする。食べる力が低下した方にはミキサー食など適した食事形態で提供している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後歯磨きは必ず行う様になっている。自立している方以外は介助して口腔内の清潔保持に努めている。歯科衛生士による口腔ケアで指摘されたことは改善する様努めている。		
43	19	○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	夜間オムツの方も昼間は出来るだけリハパンを使用し、トイレでの排泄を心掛けている。		
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	水分不足や運動不足に気を付けそれでも難しい時は医師と相談し処方薬を頂いています。牛乳を毎日飲んで頂いてなるべく自然の排便を務めている。		
45	20	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	ご自分で出抑来ることはして頂き、週2～3回入浴されている。入浴中は1対1の介護なので、ゆつくりとお話しながらリラックスして頂いている。		

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	昼夜逆転しないよう注意しながら本人の希望で休んで頂いている。		
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	薬剤師から各入居者の処方薬について説明と服薬指導を受けている。連絡帳等に注意事項を書き入れ、職員全員が情報を共有している。誤薬をしないよう与薬管理マニュアルの基本を必ず守っている。		
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	外出が好きな方や脳トレのようなパズルを解くのが好きな方等、個別に対応している。月1回趣味のクラブを開催し、1階2階の方達の交流を図りながら楽しみを増やす様に支援している。		
49	21	○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	天気の良いときは散歩に少しの時間ですが出ています。		
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	ほとんどの方は自己管理できていません。		

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
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	希望されればいつでも家族に電話をかけて取り次いでいる。		
52	22	○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	清潔を重視し、居室や共有部は毎日掃除を行っている。適切な室温の管理に努め、空気の入替えにも注意している。トイレの臭いや汚れにも気を配り、気持ち良い環境づくりに努めている。季節感あるフロアにするようにしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	居室で過ごしたい方は自由に過ごして頂いている。フロアで仲いい方とお話ししたりテレビを見たり歌を唄われて過ごされています。		
54	23	○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	昔の写真や置物などを居室に飾り、椅子やテーブル、テレビを居室に置いて好みのお部屋にされています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	居室を間違えない様にドアの所に名前を付け、トイレやふろ場にも印をつけて場所が分かるようにしている。廊下には障害物を置かないよう安全にも配慮している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム
みんなの家・横浜小机

作成日 令和5年11月13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	2	事業所と地域との付き合いでオレンジカフェの開催ができていなく、今準備をしている段階。	来年の春までにはオレンジカフェを開催をしたい。	町会長さんや地域包括支援センターの職員に協力して頂き地域の皆さんに参加できるようにしていきたいです。	6か月
2					
3					
4					
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。