

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1490200357
法人名	有限会社 ライフ・フレンド
事業所名	グループホーム 地域の絆 横浜
訪問調査日	令和2年3月24日
評価確定日	令和2年3月31日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和1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	1490200357	事業の開始年月日	平成27年2月1日	
		指定年月日	平成27年2月1日	
法人名	有限会社 ライフ・フレンド			
事業所名	グループホーム 地域の絆 横浜			
所在地	(221-0843) 神奈川県横浜市神奈川区松ヶ丘3-9-7			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 少規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	6名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	令和2年2月27日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月29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)】

当事業所は反町駅や横浜駅から徒歩で約15分と近いので、家族の面会も来やすくなっています。1ユニット6名で少人数で一人一人寄り添いながら、サービスができています。認知症が進行しても最後まで、人格を尊重して最後までケアをしています。往診医とも密に連絡を取りながら、一人一人にあったケアをしています。往診医も24時間対応なので、電話連絡や緊急の往診にも対応してくれます。食事の面でも配食サービスから食材を発注し、施設調理をして、バランスの取れた食事を提供しています。利用者様も喜んで毎日食べています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和2年3月24日	評価機関 評価決定日	令和2年3月31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)】

●この事業所は有限会社ライフ・フレンドの運営です。同法人は横浜市内で介護事業サービスを展開しており、入居系サービスでは(有料老人ホーム、グループホーム)、在宅系サービスとして(小規模多機能型居宅介護事業所、居宅介護支援事業所)を運営しています。ここ「グループホーム地域の絆」は1階が居宅介護支援事業所、2階が小規模多機能型居宅介護事業所、3階にグループホームがある、複合型の事業所になっています。小規模多機能が併設している利点を生かし、ボランティアの来訪時には相互に交流を図ったり、小規模多機能利用からそのままグループホームの入居につながることもあり、住み慣れた地域、通い慣れた場所、顔馴染みの関係を継続することが出来るのも、この事業所の特徴の1つです。また、定員6名という少人数であることから、職員と利用者の関りも密接であり、利用者1人ひとりに沿った支援が行われています。事業所はJR・東急東横線・京浜急行・横浜市営地下鉄の4路線が乗り入れている「横浜駅」から反町方面に向かって徒歩20分程の、沢渡交差点の先にあり、公園や緑も残る静かな住宅地の環境下にあります。

●ケアについては、医療機関と連携を取りながら、認知症や重度化が進行しても、住み慣れた地域の中で暮らしていただけるよう、介護と医療面の両方から利用者を支える支援に注力して取り組んでいます。管理者は今年で2年目を迎え、職員の介護技術・知識の向上を図るため、定期的な研修に加えて適宜勉強会も開催し、終の棲家として最期まで安心して生活を送っていただけるよう、職員の研鑽を図っています。

●地域との交流については、継続して地域の防災訓練や、地域の見守り活動に参加している他、新たに、事業所の入り口位にのぼり旗を立てるなど、これまで以上に地域の方が介護の相談などに訪ねて来やすいように取り組みを開始しました。今はまだ、それほどの反響はありませんが、今後、地域資源として更なる係わりが増えていくことが期待されます。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム 地域の絆 横浜
ユニット名	

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、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
		2, 職員の2/3くらいが
		3, 職員の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
		2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
	○	2, 家族等の2/3くらいが
		3, 家族等の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念を事業所で掲げ、職員一同で共有して実践しています。住み慣れた地域で生活して、自立出来るように支援しています。	法人の理念を継承して、事業所のフロアーに掲示しています。年に1回は、代表から事業所を立ち上げた思い、ケアの根幹、事業所の目指すべき姿などについて話しをしていただき、職員は代表の思いを継いで日々のケアに当たっています。		今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入し、地域の方と交流を持ち、情報提供をして頂いています。地域のイベントにも参加しています。	自治会に加入しており、回覧板にて地域行事などの情報をいただき、出来る限り参加して、交流を図っています。日常的に事業所周辺の散歩や近くのコンビニで買い物、沢渡公園まで散歩に行った際に挨拶を交わしたり、庭で栽培している花を見せていただいています。		今後の継続
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	入居者相談時や施設見学の際に、認知症の理解や支援方法等を説明しています。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に一度、利用者、自治会長、民生委員、地域包括支援センター、事業所職員で開催します。事業所の現在の報告や話をして、事業所以外の方から助言を頂き、サービス向上に活かしています。	開催日時は奇数月の平日開催とし、時間は13時30～14時30の間に設定しています。地域包括支援センター職員、自治会長、民生委員の方に参加いただき、事業所の現状や活動報告。地域の情報などについて意見交換を行っています。その際、介護についての相談会なども行っています。		今後の継続
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	議事録、実地指導等の取り組みや報告や窓口相談など、関係を築いています。生活支援課の担当者とも連携をとって、入居者の支援を行っています。	横浜市や神奈川区からはメールまたはFAXで研修や講習会の案内が来るので、案内を事務所に掲示し、職員の参加を促しています。運営推進会議をはじめ、必要書類の手続きなどは直接窓口に出向き情報交換を行い、協力関係の構築に努めています。グループホーム連絡会にも管理者とケアマネージャが参加し、情報収集に努めています。		今後の継続

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	社内外研修や定期的に勉強会を開き、身体拘束のないケアをしています。必要に応じては、家族に弊害等の説明も行っています。	身体拘束委員会を3ヶ月に1回開催し、身体拘束に該当する対応や言動などについて事例を取り上げながら話し合い、身体拘束を行わないケアに努めています。現在、離床センサーを使用して対応している方もいますが、職員に理由、根拠を説明し、センサーを使用することが「当たり前ではない」ことを伝えています。また、定期的に勉強会も実施し、拘束・虐待に関する知識と理解を深めています。家族から身体拘束の要望があった場合にも、身体拘束によって起こりうる弊害等を説明し、事業所では身体拘束を行わないことを理解していただいています。	今後の継続	
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	虐待行為を行わないように、勉強会などで学ぶ機会を設けて、全員が注意を払い、努力しています。			
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	権利擁護に関する制度の理解に努めています。地域包括支援センターや行政と連携を図りながら支援し、必要な時は活用しています。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に本人や家族に十分な説明して、理解や納得して頂いた上で、契約を結んでいます。			
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	家族が来訪した際に、近況報告や要望など話し合う場を設けてます。来られない家族もいるので、全員に月に一度、利用者様の近況報告等も手紙でしています。	家族の来訪頻度は人によって異なりますが、多い方は週に1回の頻度で来訪されています。グループホームは3階建ての3階部分にあることから、3階の入り口に意見箱を設置しています。来訪時には近況報告と併せて意見や要望をお聞きしていますが、それ以外の方は電話連絡や、月1回のお便りに管理者からの一言を添えて郵送し、気兼ねなく連絡下さいと伝えています。家族からの意見や要望が聞かれた際には、申し送りノートで共有し、職員会議で協議した後には運営に反映させています。	今後の継続	

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	定期的に職員会議を開催し、話し合いの場を設けています。日頃からも意見を言いやすい職場環境、づくりをしています。	職員からの意見や提案は日々の業務から話を聞いていますが、必要に応じて職員会議を都度開催し、職員から意見や提案を募って話し合い、業務改善につなげ、働きやすい環境作りに努めています。年1回は代表との面談も実施され、個人目標の設定と振り返りも行っています。	今後の継続
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	職員一人一人の仕事能力を把握し、職員全員が同じ仕事が出来るように努めています。レベルに見合った社内外研修も取り入れて行っています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	職員一人一人の努力や勤務状況を把握し、給与水準、職場環境等に努めています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	他事業所との交流は少ないですが、同じ会社の他事業所と交流を持ち、相談や情報提供などして頂き、サービス向上に努めています。		
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	契約前に本人が困っていることなどを本人や家族から聞いて、不安を解消した上で、入居して頂いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	契約前に家族が困っていることは家族から聞いて、お互いに話し合いながら、信頼関係づくりに努めています。		
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	本人と家族の生活課題を把握し、必要なサービスや支援を見極めて、提供していく。		
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	利用者様の尊厳を守った上で、信頼関係を築いていく。		
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	家族と連携を図りながら、絆を大切にして、信頼関係を築いていく。		
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	定期的に連絡を取ったり、家族と話をして、関係が途切れないように努めています。	近隣に住まわれていた方、併設している小規模多機能から入居された方もおり、住み慣れた地域・環境の中で入居してからも継続して生活できるよう外出や地域行事に参加するなどの支援を行っています。定期的に家族と外泊されている方や、食事に行かれている方もいます。	今後の継続

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	利用者様の関係や性格などを把握し、楽しく生活し、支え合える支援に努めています。		
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	サービスが終了しても、今のままでの絆を大切に、相談や支援に努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	毎日の生活の中で、行動や会話から引き出し、希望、意向の把握に努めています。必要に応じて、相談や支援をしています。	入居前の面談では、居宅ケアマネージャ、家族、施設にケアマネージャが出向き、様々な情報を聞き取り、基本情報シートにまとめています。基本情報シートの情報を基に、会話、表情や仕草か、現在の思いや意向の把握に努めています。本人の言葉や職員の気づきは、個人記録に記載し、申し送りで情報を共有しています。	今後の継続
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	家族から話を聞いたり、毎日の生活の中で話を聞いて、把握に努めています。		
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	家族から話を聞いたり、毎日の生活の中で、行動や会話、観察記録から心身状態の把握に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人と家族から生活上の課題を話し合ってから、カンファレンスを開催し、現状に即した介護計画を作成しています。	入居時のアセスメントで得られている情報を基に暫定の介護計画を作成し、数ヶ月間様子を見ながら、課題や情報を収集し、見直しの必要性の有無を判断しています。介護計画の見直しについては、基本的には認定更新期間に合わせて行っていますが、3ヶ月毎に実施しているサービス担当者会議で職員からの意見を集約して、カンファレンスを行い、計画作成担当者を中心に見直しを行っています。	今後の継続	
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	毎日の健康管理や毎日の様子を個別記録に記入し、職員で情報を共有しながら、ケアの見直しに活かしています。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	家族の状況は様々で、その時のニーズに応じて、柔軟に対応しています。			
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域の資源を活用し、行事の参加、ボランティアの受け入れを行っています。			
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	事前に本人と家族が主治医と話し合い、納得した上で、契約を結んでいます。月に2回と24時間対応なので、緊急に往診をして、適切な医療が受けられるように支援しています。	事前に、事業所の協力医の主治医と直接話をする機会を設け、医療面に対する不安などを取り除き、納得していただいたうえで事業所の協力医と契約を交わしていただいています。現在は全員が、事業所の協力医から月2回の訪問診療を受けており、歯科医は必要な方のみ口腔ケアや治療を受けています。2階の小規模多機能に看護師がおり、週1回利用者の健康管理と医療面の相談に乗っていただいています。訪問マッサージや理学療法士に来ていただいている方もいます。	今後の継続	

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	職場内の看護婦や訪問医療の看護婦と連携図りながら、利用者様一人一人に合った医療が受けられるように支援しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院する際に、主治医に紹介状や情報提供をいらいしてから、安心して入院出来るようにしています。病院関係者とも必要に応じて、カンファレンスを行い、早期退院に向けた取り組みにも努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合はターミナルケアについて、家族と十分に話をした上で、合意書を書いて頂いています。医療関係者にも共有して頂き、チームで支援しています。	入居時に重度化した場合における対応やターミナルケアについて説明し、同意書を取り交わしています。主治医から重篤化したと判断された際には、家族・医師・管理者における話し合いの場を設け、今後の方針を共有しながら、チームとして支援しています。看取りを希望される場合は、再度同意書を取り交わし、ターミナルケアについて職員に研修も行っていきます。	今後の継続
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	急変時や事故等に備えて、日頃から緊急対応マニュアルや連絡先をフロア内に設置しています。24時間対応で管理者やケアマネージャーに連絡して、指示を仰げる体制も整っています。		
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	年に2回、消防自主訓練を実施しています。消防署に事前連絡と実施結果報告書を提出しています。地域の防火訓練にも参加し、協力体制も築いています。防火キットを3日分と普段お米なども少し多めに用意しています。	建物は複合型施設ですが、年に2回の訓練はグループホーム単独で実施しています。近所の方にも参加いただいで、避難誘導訓練やAEDの取り扱い訓練も行っています。防災用キット、水、食糧、ヘルメットなどの他、衛生用品等も確保しています。今後は、夜間帯を想定した訓練を実施していく予定としています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援						
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	認知症が進行しても、一人一人の人格を尊重して、言葉かけや行動に気を配っています。	入職時には介護技術からコンプライアンスについても研修や勉強会を行っています。年間研修の中にも接遇マナーや個人情報の取り扱いについて学び、理解を深めています。横浜市や神奈川県主催の外部研修に参加した職員は、レポートを提出すると共に、他職員に情報を共有しています。	今後の継続	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本人の意見を聞いた上で、本人の出来ることは本人にして頂いています。自己決定できるように、職員も働き掛けています。			
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	体調なども考慮した上で、利用者様一人一人のペースに合わせて対応しています。			
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	本人の意見を聞いた上で、本人の出来ることは本人にして頂いています。自立支援につなげています。自分で出来ない方は、こちらで行っています。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ADL低下で、一緒に準備や片付けが出来る利用者様がいません。食べることを楽しみにしている方が多く、なるべく自分で食べられるように工夫して、提供しています。	食材はレシピ付きで業者から発注した物を、キッチン専属職員が調理して提供しています。現在は準備や片付けに携われる方はいませんが、利用者のADLを考慮しながら出来る範囲のことを手伝っていただいています。食事を完食できるよう、食事形態などを工夫しながら、食事支援を行っています。	今後の継続	

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	一人一人の食べる量や内容を把握して、栄養バランスが偏らないように努めています。栄養が足りない人は食事以外にも、栄養補助食品のドリンクを飲んで、栄養を補っています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、一人一人の口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしています。自分で出来ない方は職員が行っています。定期的に訪問歯科による受診で、口腔ケアを受けている方もいます。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	自尊心を配慮しながら行っています。自立支援も行いながら、無理のない範囲で、トイレにも行っています。オムツの使用を減らす為に、排泄パターンも把握して、職員で共有しています。	排泄チェック表を基に、1人ひとりの排泄パターンや状況を把握し、時間やタイミングを見計らった声掛けでトイレ誘導を行っています。現在は1名の方を除き、全員をトイレにお連れして、トイレで排泄できるよう支援しています。	今後の継続
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	便秘の原因を職員が理解し、便秘しないように努めています。食事や水分摂取で、解決出来れば試し、難しい時は、主治医と相談した上で、薬を処方してもらいます。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	一人一人のその時の状態に合わせて入浴しています。体調などで入れない場合は、入れる人を入れかえたりして、対応しています。本人の希望も分かる方は毎回お伺いしています。	浴室は1階にあり、エレベータを使用して行き来しながら入浴支援を行っています。日時や時間帯は決めています。入浴の予定表に捉われず、本人の希望や体調に配慮しながら柔軟な対応を心がけ、気持ち良く入浴していただけるように支援しています。	今後の継続

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	利用者様の生活習慣や睡眠パターンを把握出来るように努めています。夜眠れるように、昼間は昼寝以外はなるべく起きてもらい、昼夜逆転にならないように努めて、夜寝られるようにしています。安心して寝られるような声掛けもしています。		
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	服薬は、必ず2人で確認し合いながら飲ませて、飲ませ忘れや誤薬がないように努めています。処方箋はすぐに見られる所に保管し、誰がどんな薬を服用しているか分かるようにしています。必要に応じて、必要ない薬や増やして欲しい薬は、主治医と相談して、増やしたり減らしたりしています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	能力に応じた役割分担やレクリエーションなど、出来る事を中心に支援しています。家族からの頂いた嗜好品はおやつの時に提供しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	外に出るのがおっくうと感じている方もいます。声を掛けて、短時間の散歩をして、日光を浴びるように支援しています。定期的に家に帰って、気分転換をしている方もいます。	天気や気候の良い日には、週1、2回は散歩にお連れするようにしています。例え短時間であっても外気に触れて、日光を浴びていただくことを心がけ、季節感なども感じていただけるように支援しています。基本的には1対1での外出支援を行い、その方の歩行レベルなどに合わせたコースに出かけています。	今後の継続
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	現在は、本人がお金を持っていて、管理している人はいません。一人の家族からはクオカードを預かって、職員が管理しています。基本は事業所で立替で、後日請求する形をとっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	必要であれば、いつでも電話や手紙のやり取りも出来るように支援しています。			
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	居心地の良い空間を目指しています。イベントをやった時の写真を貼って、家族にも見て頂いただけのようにしたり、季節を感じていただけるように季節ごとの作品を展示しています。音楽も流し、リラックスしていただいています。	グループホームの入り口からリビングまで続く廊下には、レクリエーションで作成した季節の作品（貼り絵）、行事の写真などが飾られ、家族などが来訪された際に、目に留まりやすいように工夫されています。リビングには日本地図を拡大したものを貼り、全国の郷土料理や政令指定都市も書かれており、レクなどに活用することもあります。		今後の継続
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	居室とリビングは自由に行き来が出来るように、利用者様が自由に選択出来るようにしています。リビングにいる時は、なるべく気の合った利用者様と一緒に過ごせるように、食席の配置の工夫をしています。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	部屋はそれぞれ一人部屋で、テレビを設置している方もいます。本人や家族と話し合っ、居心地よく過ごせるように、使い慣れた好きな物を持ち込んでいます。	クローゼット、エアコン、防炎カーテン、介護用ベッドが備え付けとして完備されており、入居見学時には、それ以外で必要と思われる家具類や思い出の品を持ち込んでいただくことを伝えています。テレビ、カレンダー、桐ダンス、誕生日などのお祝いに職員からプレゼントした寄せ書きなども飾られています。		今後の継続
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	施設内は、バリアフリーになっていて、壁には手すりが付いています。安全に歩行が出来るようになっています。見守りをしながら、本人が出来ることはして頂いています。			

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム
地域の絆 横浜

作成日

令和2年3月24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	13	重度介護が増えて来ています。職員が重度介護に慣れていない人もいて、苦戦しています。	職員全員が重度介護が出来るようにしています。	出来る職員が教えていく。介護の資料を見て、勉強していく。職員会議を開き、勉強していく。	6ヶ月

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。