

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	1493200263	事業の開始年月日	平成23年4月1日	
		指定年月日	平成23年4月1日	
法人名	医療法人 長啓会			
事業所名	グループホーム 横浜旭の家			
所在地	(241-0005) 横浜市旭区白根5-42-11			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		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9月15日	評価結果 市町村受理日	令和1年7月2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	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)】

グループホーム横浜旭の家では、家族の方や近隣住民と交流をはかり、近隣住民と一緒に避難訓練を行っている。
旭の家では、バス旅行を行い、非日常的な体験をして頂き、その中で利用者さんと職員とのコミュニケーションを一層深める事に努めている。
年頭にその年の行事の概要計画を立てて、季節に応じた行事を多く行っている。
合わせて、季節ごとに玄関やフロアを飾る作品を利用者が中心となって作成して、季節移り変わりを意識して頂いています。地域ボランティアさんに協力して頂き、折紙教室や腹話術、傾聴ボランティアなども定期的に招き、利用者さんと共に楽しく充実した時間を過ごして頂いている。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年12月2日	評価機関 評価決定日	平成31年4月9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)】

事業所は相鉄線鶴ヶ峰駅バスターミナルからバスで「鶴ヶ峰中学校入口」下車、坂道を約10分ほど登った高台にあります。近所には公園や中学校があります。
<優れている点>
事業開始から7年目に入り、地域との関係や連携は、行事への参加、避難訓練、各種ボランティアの受け入れなど、日常化した状態で行われています。また、グループ法人の下、職員への研修、講習も定期的、内容別に体系的に行われています。利用者の日常生活では、食事、排泄、入浴、外出にきめ細かい配慮をおこなっています。入浴は浴槽が3方から介助ができる浴槽を使用しているゆず湯入浴や、食事面ではイベント食の実施、利用者参加の食事づくり、片付け、家庭菜園からの野菜収穫、回転寿司での外食など、職員が生活相手になって暮らしています。「ゆったりと楽しく」「自由にありのまま」「仲間と一緒に」というホーム理念に沿った運営をしています。年2回のバス旅行も恒例行事となり、利用者と家族に喜ばれています。
<工夫点>
年に2度遠方へのバス旅行を行っています。一度に全員の旅行とせず、フロアごとに、1階の利用者は5月、2階の利用者は6月、と分けて実施しています。また運営推進会議でバス旅行の様子をDVDで紹介しています。

【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	グループホーム 横浜旭の家
ユニット名	1号館

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、活き活きと働けている。 (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。	地域密着型サービスとして、地域の中で穏やかにゆったりと暮らすという理念を踏まえ、全体会議やフロア会議を利用してその理念を共有して実践につなげている。	「ゆったりと楽しく」「自由にありのまま」「仲間と一緒に暮らす」の理念に沿って、職員は共同生活の仲間としての意識で取り組んでいます。フロア会議で、法人からの伝達事項がある際に、管理者は職員に理念、運営目標を説明しています。	
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。	地域とのつながりを作る為に、地域防災訓練や自治会の排水溝掃除、草刈りに積極的に参加し、利用者と散歩に出た際、地域の住民とあいさつを交わしている。	運営推進会議に自治会役員の出席があります。自治会による避難訓練への参加があり、また、地元ボランティアによる日本舞踏、折り紙教室、紙芝居会、腹話術会などとの交流を行っています。利用者の散歩の際には地域の人々と挨拶を交わしています。	
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。	散歩を通じて、地域の方々に理解と安心して頂ける様に努めている。施設で行われる行事や避難訓練の参加も呼び掛けて交流を深め貢献している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	運営推進委員会を隔月で行い、地域ケアプラザ相談員、自治会の方、ご家族出席により、意見を聞き、出来る限りケアやサービス向上に活かしている。また、実際に行事を見て頂いたり、行事報告を写真やビデオにて具体的に報告している。	運営推進会議では利用者の近況報告や活動報告、健康管理関係の報告、事故・ヒヤリハット報告、行事報告などを行っています。今年度5月、6月に実施したバス旅行で撮影したDVDの鑑賞と報告をしています。	
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に取り組んでいる。	区の生活保護担当課職員、地域ケアプラザ職員とは連絡を密に取り、空室の情報状況の交換をし、連携を取り、ケアプラからは、傾聴ボランティアを紹介して頂いて、定期的に来館して貰っている。	区の高齢福祉課といつでも連絡がとれる体制で、運営推進会議への出席もあります。生活保護の利用者は定期的に区担当者と面談を行っています。	

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
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。	会議やミーティング等で研修を行い身体拘束の禁止の対象となる具体的な行為を勉強して、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束防止委員会を3ヶ月に1回開催して職員に周知徹底を図っています。定期開催の社内研修のテーマでもあり、研修状況を区に報告しています。市への届出書や誓約書の提出も義務となり、更なる拘束防止への取り組みを行っています。	
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。	会議やミーティングで社内研修を行い、専門意識を持ち、ケアを行っている。また、そのような場面が無い様に注意し、皆で話し合いを行っている。		
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。	社内研修で権利擁護を学び、成年後見人制度を活用されている方がおり、研修の内容を活かして関わり、他職員と情報を共有している。		
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。	契約時に契約事項を読み上げ説明し、その際、疑問点を尋ね、十分な説明を行い、理解、納得して頂き入所して頂いている。		
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。	意見箱を設置しており、利用者や家族の方が気軽に意見が言える様に図っています。	家族会は設けていませんが、毎月「旭通信」で健康・服薬状況や家族への依頼事項、事業所行事への参加の案内などを伝えています。運営推進会議へは数家族の出席があり、運営情報を伝えると共に、意見を言う機会になっています。	

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回のフロア会議や全体会議で職員の意見を話し合う機会を設け、職員間の意見交換の手段として、申し送りノートを活用しています。	日常の運営情報、利用者情報は毎日のフロアミーティングで伝達すると共に、職員の意見や要望などを聞いています。管理者はエリア会議で職員からの運営課題を討議しています。	
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。	働きやすい環境の為に休み希望をとり、個々の職員に有ったシフトを考え、利用者の急変時に突発的な救急車対応などあった場合も柔軟なシフトの調整を行い、就業環境を整備している。		
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。	月給正社員に対して研修を行い、月給正社員を中心にスキルアップを図っている。		
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。	館長会議で他の施設と情報交換を行い、より良いサービスが提供出来るように取り組んでいる。 また、同じグループ内の他の施設に手伝いに行き、施設間の良いところを吸収して、サービス向上に努めている。		
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。	入所前のアセスメントで、本人得意不得意な事を把握して安心して生活して頂ける様に関係を作っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入所希望の家族や利用者様からこれまでの生活履歴を伺い、どんな生活をしたいか希望を聞き、希望に合った介護をしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	ホームに早く慣れて頂く事を考えながら、支援内容を前もって計画し、入居してから、必要なサービスが有れば随時には、見直しや追加をして要望に出来る様にしている。		
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。	日々の暮らしの中で、一緒に家事や作品づくりを行い、1日の生活の中で、楽しみややりがいを感じて頂ける様に努めている。		
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。	隔月の運営推進委員会や紙芝居、腹話術などの行事に参加して、共に生活をしている意識を持って頂いて、職員と共に本人を支える立場になって頂いている。		
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。	ご家族との外出や外泊の為に連絡や準備を行い、また知人との面会を支援して、これまでの関係を継続する様に支援している。	利用者の知人が面会に来る際は前もって連絡をして、日時などの調整をしています。面会は利用者の居室やリビングで行っています。	

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
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。	利用者様が孤立しない様に、常に席替えを行い、一人になりがちな利用者様も参加できるようなレクリエーション、食事前の口腔体操を行っている。食器洗いなどの家事も利用者同士が協力し合っている。		
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。	他の施設に移られた後も家族に連絡を取り、新しい所での様子を伺い、必要なら、相談や支援に努めている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	利用者様の日々の変化を申し送りノートや介護詳細記録、ミーティングなどで、情報を共有している。把握が困難な方には、家族とも話し合い、その方に何が必要か考え、本人の思いに一番そう得るようなサービスを提供している。	利用者の思いや希望は介護計画に反映しています。把握が難しい場合は家族と話し合い、利用者にとって最善になるような計画作成を行っています。日々での食事、排泄、入浴などでは一人ひとりの思いを大切にしています。	
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。	面会時、本人やご家族からライフスタイル、生活歴の詳細を聞きフェイスシートを作成してそれらを基に、今までの経緯に把握に努めている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	毎朝行うバイタルチェックで体調管理、夜間の申し送りなどを徹底して日々の現状を職員同士が情報を共有する様にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	日頃の申し送りノート、介護詳細記録などを元にミーティングで利用者様の情報収集を行い、ケアプランを作成している。	モニタリングは3ヶ月に1回行っています。介護支援経過記録を基に3ヶ月に1回モニタリングを行い、サービス担当者会議で家族、本人などと介護計画の見直しを行っています。計画作成→実施→チェック→作成のサイクルが回っています。	
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。	職員間で統一した介護を行えるように気づきが合った場合はすぐに試し、申し送りノート、介護詳細記録へ記入して実践するようにしている。		
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。	ご利用者様、ご家族の状況やニーズに柔軟に対応出来る様に常に話し合いや意見を聞き入れ、支援、サービスに努めている。		
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。	地域の方々とは散歩中に会話させて頂いたり、お花を頂く事もある。防災訓練では、案内状を配り、多くの方に参加して頂き、交流の機会、またグループホームを知って頂くきっかけになっている。		
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。	当ホームのかかりつけ医による月2回の訪問診療により、利用者様に特変があれば報告を行い、ご家族の希望によっては、病院の変更にも対応している。	利用者全員が事業所の協力医の定期往診（内科月2回、歯科週1回）を受けています。看護師が毎週健康管理に訪れています。また、認知症は外部の専門医に受診しています。職員が毎月「旭通信」で家族に健康状況を伝えています。	

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。	日々の利用者の体調の変化に留意し、職員同士情報を共有し医療連携している訪問医に報告し、適切な支援を受けられる様にする		
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。	医療連携との連絡を密にとり、入退院時の情報を病院から貰い伝える		
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。	終末期の支援はご家族の意見を伺い、医療連携に伝え、どのような支援が出来るか話し合いを行う	重度化や終末期の対応について、入居時に本人と家族に支援方法を説明しています。利用者が重篤になる前に本人・家族、医師、事業所との連携により、入院または介護保険施設に退去支援をしています。フロア会議で急変・事故対策の研修を実施しています。	
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。	常に急変、事故の対応が出来るようにマニュアルを頭に入れて準備して救急救命の知識を持つ		
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。	避難訓練を地域の方も参加して頂き実施している。	年に2回、地域住民の協力を得て、夜間想定による消火・避難訓練（内1回は消防署立ち会い）を実施して、終了後に反省会をしています。粥や五目飯などの食料と飲料水を備蓄しています。	災害に備え、3日分程度の食料の備蓄と防災用品（カセットコンロ、燃料など）を在庫管理することも期待されます。

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
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。	一人ひとりの話を傾聴して、人格無視の無い様に職員同士が心掛けている。居室、トイレに入る際は必ず声掛けを行い、了承を得てから入室している。	言葉遣いやスピーチロックについては職員間で常時気遣い、人格の尊重に配慮しています。排泄の促しは耳元で行い、トイレの扉は必ず閉めています。また、居室へ入室の際は必ず声かけして了解を得ています。個人情報に係る重要書類は事務室書棚に保管しています。	
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。	生活の中で何を希望して生活しているか伺い、利用者様に寄り添う支援をする		
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。	何を今されたいか、職員優先ではなく、利用者様を第一に考えて支援している		
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。	訪問理美容の支援、定期的な入浴、日常の身だしなみの支援、洋服、下着も季節に応じたものを着用指定頂く		
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。	各利用者様の嚥下の状態に応じたメニューの提供、利用者様と食事を準備して楽しんで頂く、外食、特別メニューの提供をする。	嗜好調査で献立を選び、職員が調理し検食簿で確認しています。利用者は出来ることを手伝い、職員と一緒に食事をしています。家庭菜園でとれた野菜も食卓に上がっています。四季の行事食や、希望に応じて回転寿司に出かけることもあります。	

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
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。	個人の状態により経腸栄養剤など提供している。水分を積極的に摂取できない方には家族の協力を得て好きな飲み物を提供している。		
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。	定期的に訪問歯科医師より、指導されている。職員も毎食後の口腔ケアは声掛け、見守り、直接介助を行い義歯の毎日の消毒洗浄を行い、また歯磨きセットの定期的消毒も行っている。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握する様に努め、トイレ案内、声掛けなどを行い、失敗の回数を減らすように努めている。尿取パット、リハパン、声掛けの時間帯等、個々に合わせた対応を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを認識し、声かけ誘導によりトイレでの排泄を支援しています。早めの誘導効果で、日中、リハビリパンツから布パンツに改善した人もいます。夜間は2時間ごとに巡回しています。排泄コントロールに向けて水分補給や運動を促しています。	
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。	一人一人の排便チェックをおこたる事なく毎日の記録をチェックし訪問医に相談し、処方薬を出してもらっている。便秘予防の為に水分補給、運動を行って頂いている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	体調や希望、外出、外部医療機関受診を考慮して、長時間の入浴で本人の負担にならない様に、30分を目安に入浴して頂いている。	利用者の希望を確認し、週に2回入浴しています。安全確保のため職員が誘導介助しています。3方向介助の浴槽が設置され、湯はかけ流しです。ゆず湯が好まれています。脱衣所には電気ストーブ、浴室は温水シャワーで温め、ヒートショックの防止対策をしています。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	一人ひとりの生活状況を把握し、体調や希望に応じ自由に休息して頂いている。日中に散歩など適度な活動を行い、生活リズムを作ることで安眠できるように支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬の内容は職員が把握し、いつでも確認出来る様にファイルに保管している。服薬内容に変更があった場合は、情報を共有し、服薬後の観察も記録している。本人の症状に変化が見られた場合は、主治医に連絡し指示を仰ぐ。		
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。	それぞれの生活歴や得意な事を把握し、その方らしく過ごせる役割が持てる場を作り出せるよう努めている。外出、行事等に参加することで気分転換となるように支援している		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	天気や気温湿度を顧みて、可能な限り散歩に行けるように配慮して、歩行が困難な利用者には、マンツーマンで対応したり、シルバーカー、車椅子を使用し歩行時間を短くしたりして支援している。	近くの今宿東公園などに週2回散歩に出かけています。前庭の家庭菜園での外気浴や白根神社への初詣、回転寿司店にも出かけています。恒例になった年2回のバス旅行では、川越や小田原まで遠出し、名物の食べ歩きを楽しんでいます。	
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。	利用者にはご自身の小口現金が有る事を知らせ、使える様にしている。例えばバス旅行の際に、食べ切れる範囲で、好きなお菓子等を購入出来る様に支援している。		

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
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。	本人の希望に応じて対応している。 家族への手紙も支援している。		
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。	利用者と一緒に共有空間のトイレ、フロア、キッチンの掃除を一人一人に合った事をしていただいている。その日の気温湿度に合わせてカーテンの開閉を行い通気、換気を心掛けている。	居間・食堂にはテレビやソファが置かれ、エアコンや空気清浄機、加湿器などで温度・湿度の管理をしています。また、リビング・ダイニング・キッチンが建物の中央にあり、職員が見守りやすくなっています。壁面には利用者と職員の共同作品の行事の飾りつけなどで季節感や生活感を創出しています。	
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。	食事をするテーブル席の席替えを時々行い、変化を楽しんでいただいている。食器拭き、飾り付け作品づくりなどを通じて、利用者同士の交流を助け、静かに過ごしたい時は、居室で過ごして頂いて、職員が見守っている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	使い慣れた家具を持参して頂き、使い易い様に家具を配置している。布団干し、リネンの洗濯も管理表を用いて行い、心地良い空間になる様に心掛けている。	居室にはエアコン、照明器具、防炎カーテン、クローゼット、ハンガーラックなどが備えられています。利用者はテレビや家族の写真などを持ち込み、好みの飾りつけで居心地よく暮らしています。職員は家具の配置や室内清掃を支援しています。	
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。	トイレが分かり易い様に大文字、色を付けて標示している。共有空間には、不要なものを置かないようにし、転倒防止に努めている。 個人の出来る事を踏まえて、配膳準備や食器拭きをして頂いている。		

事業所名	グループホーム 横浜旭の家
ユニット名	2号館

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。	地域との関わりを重視した理念の共有を施設全体で行っている。その理念を踏まえた施設運営を、どの様に行っていくのかを管理者、職員が日々の介護に繋げられる様に常に試して解決を図っている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	自治会に加入し、町内総会への参加している。また、地域行事、地域防災訓練に参加して交流を図っている。自治会長のご理解の下、近隣の住民の方に避難訓練の参加を依頼している。地域のボランティアを積極的に受け入れている。		
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。	自治会長のご理解の下、回覧板で、施設に来て頂ける様に案内をしている。避難訓練等で、地域の方に来て頂いた時は、認知症や、グループホームについての説明を行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	運営推進委員会に町内会長や民生委員、ケアプラザ相談員を招いて、会議形式だけでなく、踊りの鑑賞等の行事への参加をして頂いている。幅広く施設の状況を理解して頂く機会として利用している。		
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に取り組んでいる。	町内会長、民生委員、ケアプラザ相談員を運営推進委員会に招いて情報を共有し、ボランティア、避難訓練の協力、入所者希望者の情報をお願いしている。ケアプラザから、ボランティアの紹介をして頂き定期的に招いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	本部からの朝礼をはじめ、会議やミーティング等で研修を行い身体拘束の禁止の対象となる具体的な行為を学び、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。	会議やミーティングで社内研修を行い、専門意識を持ち、ケアを行っている。また、そのような場面が無い様に注意し、職員間で話し合いを行っている。		
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に支援している。	社内研修で権利擁護について定期的に学び、利用者の自己決定を最大限に尊重し、認知症で自分の意見が主張できない時は、利用者の代弁者となって望みをかなえる様、他職種の関係者と連携して支援している。		
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。	契約の締結は、キーパーソン（家族や後見人）にしっかりと説明を行い、十分に施設の特性などを理解して頂いている。契約事項に変更があった際は速やかにキーパーソンに説明を行い、理解した上で再度契約して頂いている。		
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。	運営推進委員会を始め、新しいケアプランの作成時などで、ご意見やご要望を聞き、運営に反映出来る様にしている。 その他、日常から利用者、家族等からの意見を聞く様に努めている。		

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。	普段から現場職員とコミュニケーションをはかり、話を聞き、フロア会議であがった意見、提案を業務改善や備品の整備に活かしている。		
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。	職員の家庭環境、本人の希望があればパートから正社員への登用を行ったり、柔軟なシフトの調整を行い、働きやすい就業環境を整備している。法人全体で給与面で待遇改善を図っている。		
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。	職員各自の適性を考慮して、レベルアップが図れるように積極的に資格の取得や市の事業管理者研修、実践者研修を受ける機会を作って、職員のキャリアとモチベーション向上に努めている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	同法人の神奈川地域内施設の管理者会議や、月給正社員を対象とした研修で、地域内の他施設職員との情報交換の機会を設けている。		
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。	入居前や入居当初の面接で、今迄の生活で困っていた事、不安だった事や生活の仕方等をお聞きし、入居後の生活で、出来る事や様子を見て、不安等を払拭できる様にしている。		

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
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。	入居前の家族との面接でリラックスして話せる様に雰囲気を作り、施設が出来る事、家族に協力頂く事、そして、家族が困っている事を遠慮なく話せるように努めている。		
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、家族からのヒアリングから職員全体が共通認識を持つ。 そして必要な環境整備、介護用具の準備やケアを行うと共に、必要であれば柔軟に訪問歯科等、他のサービスも利用して行く様にしている。		
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。	共に生活をしている者同士として、出来る家事は本人に行って頂いている。 介護者は出来ない事を手助けし、利用者の出来る事を探していく姿勢でケアにあたっている。		
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。	良好な関係の継続が、利用者、家族双方の為であり、面会、衣替えや、通院など、出来るだけ家族との関わりを持ち続けていける様に、家族との外出、旅行等の外泊を支援し、本人の変化に関心を持って頂ける様に努めている。		
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。	ご家族や知人に面会に来て頂き、散歩や外食、正月には自宅で宿泊し、利用者の現状を家族に把握して頂く。 また、年賀状をはじめとした手紙でのやり取りの支援も行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者同士の関係を考慮して、レクリエーションを行っている。		
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。	サービス終了後も、他の介護サービスの紹介、相談を可能な限り行っている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	定期的なアセスメント及び日常の会話などから各利用者の思いをくみ取り、それをサービスに反映している。意思表示の困難な利用者に対しては、家族の意向を踏まえながら、本人に寄り添ったケアを行っている。		
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。	入居前の面接や本人との会話や家族との話し合いの中で、生活状況を把握し、入居後の生活に反映し、利用者本位の支援に努めている。家族への生活歴の聴き取りも積極的に行い、それらの情報共有にも力を入れている。		
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。	各利用者ごとに一日の過ごし方を把握し、心身の変化を記録に残し、情報共有している。毎月のミーティングでは職員間で、各利用者の現状を話し合っている。		

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
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。	毎月のミーティングで、各利用者のカンファレンスをフロアスタッフ全体で行っている。 本人や家族の意向、そして医療機関の意見も取り入れて介護計画を作成し、定期的な介護計画への見直しをフロアスタッフ全体で行っている。		
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。	利用者の特記すべき内容や気づきは介護詳細記録に記載し、申し送りノートを通じて共有して、ケアを見直す様になっている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	本人、家族の希望など、必要であれば訪問歯科や、訪問マッサージ、訪問理美容等のサービスを取り入れる様になっている。また、家族対応困難時の病院受診を行っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	近隣の公園を散歩し、四季を通じて季節を感じて頂いている。腹話術、紙芝居、折紙教室などの近隣のボランティアを受け入れている。		
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。	隔週の訪問診療を基本とした医療連携。 各利用者の必要としている場合は、紹介状の用意を行い、専門医療機関への受診支援を家族の協力の下行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	訪問診療、訪問看護共に連絡票などで、各利用者の状況を相談し、利用者の健康維持や疾病予防に努めている。特変時はナースコールや適時報告により適切な対応を行っている。		
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。	施設・医療機関相互の情報提供により、入退院時の体制づくりに努めている。また、提携医療機関への報告・連絡・相談により、その後の利用者の生活がスムーズに行われるような体制を作っている。		
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。	早い段階から各利用者に合わせて、当事業所で対応可能な範囲を家族に丁寧に説明し、今後の利用者に応じた選択が最善かを地域・医療等の様々な視点から検討を行っている。		
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。	救命救急の講習を年一回行い、マニュアルに基づいた対応を職員に徹底している。それと共に、避難訓練の際に地域消防署の指導の下、応急救護の訓練を行っている。職員間の緊急連絡網を整備している。会議の際に事例の再検討を行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	地域の防災訓練にも参加して地域との協力体制を築いている。町内会長の協力の下、施設の避難訓練に地域の方への参加もしている。その他に散歩コースに避難経路を取り入れるなど、普段から防災意識を高めている。災害時の飲料・食糧・備品を確保している。		

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	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。	プライバシーの保護及び個人情報の守秘義務を守る様に全職員に徹底している。 研修による意識向上を図っている。 利用者のプライバシーに配慮して声掛けをするように注意している。		
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。	本人が選択、自己決定が出来る様に、日々の利用者とのコミュニケーションの中で、利用者の意見やニーズを聞き、可能な限り支援している。 利用者様が希望や、思いを言いやすい雰囲気作りをしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	利用者のADL、その日の体調や気分に合わせて、希望する生活を送って頂ける様、レクや家政参加、散歩等が行える様に職員が支援して、充実した暮らしが行える様にしている。		
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。	利用者が自ら選ぶことを基本とし、自分で選択が困難な利用者には、その人に合う洋服選びを心掛けている。 家族ひ季節に合った衣替えをして頂いている。		
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。	季節に応じたイベント食でのおはぎ作り、外食や餃子、お好み焼きパーティー等の食事作りをしている。利用者が範囲で配膳、片付けを行っている。また希望があれば、家族に好みの物を購入して頂いている。		

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
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。	バランスが取れ、カロリー計算のされた食材業者を利用している。毎月体重測定をして、利用者の健康状態に応じて、食事量を調整したり、水分は水分チェック表に基づいて、水分が少ない利用者にはスポーツドリンクゼリー等で、水分量を確保している。		
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。	毎食後の口腔ケアと義歯の衛生管理をしている。 各利用者に合わせて、口腔ケアに付き添い、介助を行っている。 訪問歯科時に、適切なケアの方法を指示して頂き、実践している。		
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、排便チェック表を基に、利用者の排泄パターンを把握している。又、個々の自立度に合わせて、見守りやトイレ誘導を行い、可能な限りご本人の排泄能力を重視して支援を行っている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	利用者のADLに応じて適度な運動(散歩、足上げ運動、エアロバイク等)とこまめな水分補給をして頂いている。 慢性的な便秘の利用者には牛乳や飲むヨーグルト等を家族の協力の下、提供している。 便秘など、排便状況に応じて、主治医への報告や便秘薬の服用などの指示を仰いでいる。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴剤の使用や、季節に合わせてゆず湯や蜜柑の皮を入れるな、入浴を楽しんでもらう環境を作っている。 利用者の好みに応じて、石鹸や、化粧水の用意を行っている。 入浴拒否のある利用者には、職員同士の連携によって、入浴を促している。		

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。	日中の活動を促し生活リズムを整え、その日の体調に合わせて休息・安眠をして頂いている。また、常に快適な睡眠が取れる様に、利用者の希望や健康状態に合わせて加湿器の使用など、室温・温度・明るさ等を調整している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	主治医の指示の下、適切な用法や用量を服薬して頂いている。また、変化が見られた場合はその都度、主治医に報告し、指示を仰いでいる。服薬の変更時には、利用者の体調変化等に特に注意を払っている。		
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。	本人、家族に聴き取りを行い、編み物・庭仕事等その人らしい楽しみを持ち生活して頂ける様に支援している。定期の行事参加で生活にリズムが生まれるようにしている。またADLに合わせて、家事などの役割を持って頂いている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	順番に散歩へ行ける様に声掛けをし、歩行が困難な利用者には、1人対応や車いすを使いなるべく戸外へ出掛けられる様に支援している。その他、バス旅行、買物同行や、家族との外食、外出、旅行への支援を行っている。		
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。	利用者には、ご自身の小口現金が有る事を知らせ、必要な物を購入出来る様にしている。買物同行の際には、実際に支払いを行って頂いている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	毎年の希望の利用者と家族との年賀状のやり取りをしている。 本人の希望があれば、手紙を出したり、電話を使用してもらっている。		
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。	フロアには利用者と共に季節に合った飾り付けを行っている。 利用者に馴染みの有る音楽を流している。 年2回の清掃業者による床清掃・ワックス掛けがある。 エアコン、加湿器を使用し室温、湿度は適切になる様に努めている。		
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。	食事の席は決めて有るが、その他の時間は思い思いに過ごせるように大きなソファを設置し、雑誌や新聞を置いている。 気の合った利用者同士を隣の席にするなどの席替えも適宜行っている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入居時に以前使っていた物を持ち込んで頂いたり、利用者自身が選んで購入した物を使って頂き、馴染みの有る物に囲まれて生活して頂いている。 危険防止のための居室内環境整備は、本人と家族の同意の下行っている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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。	視力低下の利用者の行動が制限されない様に各場所に目印を付けたり、危険箇所に安全カバーを付けている。 その他、高さの調節できる電動ベッド、すべり止め、見やすい表示等の導入など リスク管理と利用者の自立との難しいバランスをミーティング等で、常に話し合いを設けて、より良い環境作りに繋げている。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム 横浜旭の家

作成日： 平成 31 年 4 月 24 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間
1	34	事故発生時の対応をどの様に行うかの判断が職員により、差異があり適切に行えない可能性がある。	管理者の指示が無くても、統一した対応がユニットに関係なく、施設全体で対応出来るようにする。	再度、職員ミーティングで対応内容や緊急ナースコール先を明確にして、利用者の急変時や事故の対応を過去の事例を交えて学ぶ機会を作る。ユニット内だけでなく、インシデント・事故を施設全体で情報共有し、対策を考える。	6ヶ月
2	13	職員の定着率が良く、勤務年数が長い職員が多いが、今まで事務的な事は管理者が行う事が多く、管理者以外の職員は分からない事があった。	管理者が不在でも通常の事務的な対応や入所に関する家族や本部からの問い合わせに対応できる様にする。	正社員を中心に、介護保険の仕組みや、入所に関する確認事項、見学対応に対して職員が対応出来るようにマニュアルや職員ミーティングで学ぶ機会を作る。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月