

<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	2019年3月5日
評価確定日	2019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。

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	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39-7			
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	6名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成31年2月20日	評価結果 市町村受理日	令和1年8月6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)】

当事業所は横浜駅から徒歩15分程で、近隣には緑や公園が多い住宅地に立地しております。1ユニット6名で家庭的な雰囲気の中で、一人ひとりと寄り添いながら関わりを持つ事を大切にしております。たとえ認知症の症状が進行しても、人格を尊重し、その人らしい生活が継続出来るよう支援しています。小規模多機能事業所と併設しており、合同で行事を企画したり、研修を行う等連携体制を整えています。食事は栄養バランスを考え、利用者のニーズに合わせて提供しています。健康管理では、事業所内での毎日の体調管理と24時間対応の医療機関との提携で健康面へのサポートも充実しております。

【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	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成31年3月5日	評価機関 評価決定日	平成31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)】

●この事業所の経営は、有限会社ライフ・フレンドです。同法人は横浜市内で、小規模多機能型居宅介護事業所を3ヶ所、居宅介護支援事業所、有料老人ホーム等の介護事業を展開しています。ここ「グループホーム地域の絆横浜」は1階に介護支援センター、2階に小規模多機能事業所、3階がグループホームの複合型の事業所です。1ユニット6名の少人数の良さを活かし、職員と利用者の関りを多く持つことでアットホームな雰囲気づくりの中、利用者1人ひとりに寄り添った支援が行われています。場所は「横浜駅」から三ツ沢方面へ徒歩20分程の沢渡交差点の先にあり、公園や緑の多い静かな住宅地の中にあります。

●ケアについては、医療機関と連携しながら、認知症ケアと医療面ケアの両方面から利用者の支援に注力しています。職員が様々な認知症について勉強して理解を深め、職員同士で話し合いながら、利用者への対応方法を検討することで、安全に生活して頂く環境の提供を第一とし、楽しく過ごしていただけるように支援しています。利用者のADLが低下し一緒に出来る事が少なくなってきた中で、室内のレクリエーションに力を入れ、玉転がし等の運動会を企画したり、併設している小規模多機能に來ているボランティアへ参加する等、楽しい時間併設している利点を生かしながら活動の幅を広げられるように取り組んでいます。

●地域との交流では、自治会に加入しており、運営推進会議に参加して頂いている地域の方からも情報を頂き、防災訓練や行事に参加しています。また、地域では、独居の高齢者の方が災害時孤立しないよう、地域で見守り活動も行われており、事業所でもできる範囲内で協力しています。更に、ケアプラザ主催の「オレンジカフェ」で開催される演奏会やカフェに参加したり、月1回が多職種勉強会に職員が参加し、情報の共有を行っています。

【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	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	理念を事業所に掲げ、職員全員で共有し実践に繋がっています。誰もが人間の尊厳を持ち、住み慣れた地域において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るよう支援しています。	法人の理念を事業所に掲げています。年1回の社内研修の際には、代表から「地域の福祉の向上の為に・地域の人のより良い働く場に」等の法人の理念についての話があり、職員は理解し共有して実践に繋がっています。		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、地域の方々から情報を収集し、積極的に参加しています。ボランティアの来訪もあり、併設している小規模多機能事業所と合同で交流を楽しむ事を大切にしています。	自治会に加入し、回覧板を通じて地域の情報を頂き、地域の行事や防災訓練にも参加しています。ボランティアバンクから併設している小規模多機能にボランティアの来訪があり、マジック・パルーンアート・コーラス等を一緒に楽しんでいます。ケアプラザ主催の「オレンジカフェ」にも可能な限り参加していく予定としています。		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	入居相談時や施設見学の際に、認知症の人の理解や支援方法の説明等行なっています。			
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	利用者、自治会会長、民生委員、地域包括支援センターの職員、事業所職員で構成されている運営推進会議を2ヶ月に一回開催しています。業務報告や話し合いを行い、そこでの助言をサービス向上に活かしています。	2か月に1回、自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員の参加を得て、小規模多機能と合同で開催しています。活動報告、行事報告、事故報告等を行い、民生委員や自治会長からは地域の情報を頂いている他、地域の高齢者への協力体制についても話し合っています。		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取り組んでいる	議事録、実地指導等の取り組み報告や窓口相談など、協力関係を築いています。生活支援課の担当者とも連携して、入居されている利用者の支援を行なっています。	議事録の提出、実地指導の取り組み報告や相談など、協力関係を築いています。生活支援課の担当者とは、受け入れしている生活保護受給者についての相談等で連携を取っています。研修の案内は郵送やメールでいただき、積極的に参加しています。市の集団指導講習会にも管理者が参加して、情報を収集しています。		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
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	社内外研修や勉強会で学び、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。日々の業務の中で疑問を感じた時は、話し合いを設け正しく理解出来るよう努めています。。必要に応じて、家族に弊害等の説明も行なっています。	身体拘束については、社内外研修や勉強会でも学び、理解を深めています。また、日々の業務の中でも状況に応じて話し合うことで、身体拘束の無いケアに取り組んでいます。業務の中でも、言葉や声掛けについてはお互いに注意をし合い、代替えの言葉について話し合っています。必要に応じて、家族には拘束の弊害等の説明も行っています。	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	高齢者虐待防止法についても学ぶ機会を設け、職員全員が注意を払い防止に努めています。		
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、個々の必要性に関係者と話し合い、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、必要性を判断した時は、地域包括支援センター等と連携を図りながら支援しています。利用者の成年後見人と権利擁護について、話し合うこともあります。		
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を行ない、理解し納得し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	家族の来訪は、多くその際、近況報告や要望等話し合う機会を設けています。月に1回のお便りでも近況を報告しています。	意見箱を設置していますが、面会時に直接話を伺うようにしています。家族の来訪は多く、遠方の方でも来て下さっています。家族との関係も良好で、意見や要望を頂いた時は連絡ノートに記載して、職員間で共有しています。月1回のお便りでは、日頃の様子や体調等を職員が記入し報告しています。	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	
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	定期的を開催する職員会議で意見や提案を話し合い、業務に反映させています。必要に応じて個人面談も行ない、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。	3ヶ月毎の職員会議で、意見や提案を話し合う機会を設けています。会議では事前に議題を作り話し合い、参加出来なかった職員は連絡ノートで確認する等、共有漏れが無いように努めています。必要に応じて代表との個人面談も実施しています。職員の定着率は良く、日頃からコミュニケーションも取れています。	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	代表者は職員一人ひとりの業務の力量を把握し、レベルに見合った法人内外の研修の提案を行なっています。新入社員のOJTにも力をいれています。			
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	代表者は職員一人ひとりの努力や勤務状況を把握し、給与水準、職場環境等の整備に努めています。			
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	近隣のグループホームの管理者と交流する機会があり、相談や情報交換を行ない、サービスの質の向上につなげています。			
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	契約前の段階で、本人が困っている事、要望等を話し合い、不安を解消し安心してから、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	サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っている事、要望等を話し合いながら、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	本人と家族等の生活課題を把握し、まず必要としている支援やサービスを見極め、柔軟に対応しています。		
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	職員は、利用者の尊厳を守り、信頼関係を大切にし、共に支え合う関係を築いています。		
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	職員は家族と連携を図りながら、共に関わり合い、本人を支えていく関係を築いています。		
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	事業所は、本人と家族や友人の絆を大切にしています。馴染みの人との関係が途切れないよう、支援に努めています。	利用者は近隣に住んでいた方も多く、家族や友人の面会もあります。小規模多機能から入居した方もおり、小規模多機能の職員とも顔馴染みの関係を継続出来ています。年賀状が届く方もおり、関係が途切れないよう支援に努めています。	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
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	利用者同士の関係や相性を把握し、利用者全員が関わり合い、支え合えるような施設を目指しています。		
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	サービスの利用が終了しても、これまで築いた関係を大切にしながら、必要に応じて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。	毎日の会話の中から、希望や意向の把握に努めています。困難な方からは、表情から思いを汲み取り、本人本位に検討しています。	小規模多機能から入居した方の希望や意向は事前に把握できていますが、入居時のアセスメントで本人や家族の思いや意向を把握し、ケアプランに反映させています。自身で希望を言える方もいますが、話せない方は、声かけした際の表情等から希望や意向を察知するように努めています。	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	本人、家族からの情報や今まで利用されていた事業所からの情報提供をもとに、これまでの暮らし方やサービス利用の経過の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	毎日の様子観察や観察記録の分析を行ない、一人ひとりの現状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、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。	入居時に暫定的な介護計画を作成し、変化がなければ継続しています。3ヶ月毎のカンファレンスで意見を出し合い、課題を抽出したうえで、現状に即した介護計画を作成しています。6ヶ月毎に見直しを行い、変化がなければ継続しています。	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	毎日の健康管理や気づきを個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら、ケアの見直しにいかしています。			
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、その時々生まれるニーズに対して、柔軟に支援しています。			
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、行事への参加やボランティアの受け入れを行なっています。			
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、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	事前に本人及び家族が主治医と面談を行い、納得が得られた上で契約を結び、月2回の往診と緊急時24時間体制で適切な医療を受けられるよう支援しています。	入居時に、家族及び本人の希望を確認した上で、主治医を決めています。現在は、利用者全員が事業所の提携医から月2回の訪問診療を受けています。主治医とは緊急時24時間のオンコールで、適切な医療を受けられる体制が整っています。訪問歯科は必要な方のみ週1回の治療と口腔ケアを受けています。週3回看護師が勤務し、利用者の健康状態の管理を行っています。	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
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	職場内の看護師や訪問診療の看護師と常に連携を図りながら、利用者一人ひとりに合った適切な医療が受けられるよう支援しています。		
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。	利用者が入院する際は、主治医に紹介状や情報提供を依頼し安心して治療が受けられるよう支援しています。必要に応じて病院関係者とカンファレンスを開催し、早期退院に向けた取り組みも行なっています。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	事業所は、本人が重度化した場合やターミナルケアについて、事前に本人、家族等に話し合いを行い、十分説明し文書で合意を交わしています。合意書は医療機関と共有し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について」指針に沿って説明し、文書で合意を交わしています。事業所での看取りを希望される家族も多く、家族の意向を尊重し、状態の変化が生じた際には医師・家族・事業所の3者で繰り返し話し合い、方向性を決めています。	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	事業所は、利用者の急変時や事故発生時に備え、緊急時対応マニュアルと緊急連絡網がフロアに掲示してあります。夜間等、一人では判断が困難な場合には24時間体制で管理者に連絡が出来るよう環境が整っています。		
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2回、昼夜想定消防自主訓練を実施し、消防署に事前連絡と実施結果報告書を提出しています。地域の防災訓練に参加し、協力体制も築いています。災害時の備蓄品は、防災キットを3日分準備しています。普段使用のお米なども少し多めに発注するよう心掛けています。	年2回、小規模多機能と合同で昼夜の火災想定で自主訓練を実施し、消防署に事前連絡と実施結果報告書を提出しています。また、地域の防災訓練に参加して、災害時における協力体制についても確立されています。防災設備の点検については、業者に委託して年2回の点検も実施されています。備蓄は防災キット(水・缶詰等)を3日分準備しています。	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	認知症の症状が進行し、人格が変わってしまっても、一人ひとりの人格を尊重し誇りやプライバシーを損なわない声かけやケアを心掛けています。	人格の尊重については、研修でも学び、職員が認知症の正しい理解をと知識を身に付け、どのような支援を行えば、利用者が安心して生活を送れるのか、日々話し合っています。職員の言葉遣い等が気になった時には、管理者やケアマネージャーが注意しています。また、声かけする際には声の大きさやトーンにも留意しています。	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	利用者一人ひとりが自己決定出来るよう働きかけています。認知症の症状の進行に伴い、自分の思いを表現できなくなってしまった方は、思いを汲み取ったり、家族に相談して対応しています。		
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、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	起床時間、就寝時間、食事や入浴など、一人ひとりのペースに合わせて、その日の体調も考慮しながら、支援しています。		
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	整容など本人が出来るところは行なって頂き、出来ないところや仕上げは職員と一緒にいき、自立支援につなげています。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	ADL低下に伴い、一緒に準備や片付けが出来ることがありませんが、食事が楽しみなものになるよう考えています。普段は配食サービスを利用していますが、季節の献立やホットプレートなど活用して飽きがこないよう工夫しています。	食材は配食サービスを利用し、小規模多機能の職員と一緒に調理しています。日曜日は小規模多機能が休みの為、朝はパン食、昼夜は、利用者のリクエストも取り入れながら、グループホームの職員が調理しています。誕生日やクリスマスは、数種類のケーキを買ってきて選んで貰うなど、自己選択して頂いた物を食べて頂くようにする等の工夫もしています。	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
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	一人ひとりの状態の把握に努め、食事量や水分量が一日を通じて確保出来るよう支援しています。嚥下状態が低下してきた方は、本人、家族に相談し、歯科医師による嚥下テストを行なって、評価に基づき、食事形態を決める場合もあります。		
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、一人ひとりの口腔状態や本人の能力に応じた口腔ケアを行なっています。定期的に訪問歯科による受診や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	排泄は、自尊心に配慮しながら、自立に向けた支援を行なっています。日中は排泄パターンの把握に努め、定時誘導と声掛け誘導を行い、夜間もトイレを利用する方と睡眠を優先してパット交換を行う方がいます。	日中の排泄支援は、排泄チェック表を基に、一人ひとりのパターンを把握した声かけと誘導で、トイレでの排泄に繋げるように支援しています。夜間は、トイレを利用する方と睡眠を優先してパット交換を行う方等、その方に合った対応を行っています。	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	便秘の原因や及ぼす影響の理解に努めています。バランスの良い食事の提供と運動をする事で便秘対策を行なっています。主治医から下剤を処方されコントロールしている方や家族からの差し入れで、ヨーグルトやお茶を毎日飲んでいる方もいます。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	現在は、入浴拒否の方は、おらずスムーズに入浴を楽しむ事ができています。ゆず湯等をご用意して季節感も大切にしています。	浴室は1階のフロアーにあり、エレベーターで移動しながら1日2名ずつの対応で、週2回は入浴して頂くように支援しています。その日の体調や気分も配慮しながら、無理強いすることなく、気持ちよく入浴して頂けるように心がけています。湯船に入れる方・シャワー浴の方など、一人ひとりに合わせた支援を行っています。ゆず湯・菖蒲湯も行い、季節感も大切にしています。	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	利用者の生活習慣や就寝パターンの把握に努め、一人ひとりのペースに合わせて、支援しています。帰宅願望のある方や昼夜逆転をされている方には、定刻通りの就寝ではなく寄り添いながら対応しています。		
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、職員2人体制で確認し合い、飲み過ぎや飲み忘れがないよう注意を払い支援しています。症状に変化があった場合は、家族、主治医に報告しています。		
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。家族からの要望でお預かりした嗜好品の提供も行なっています。		
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	現在は、外出をおっくうと感じている方が多くなっていますが、声掛けを行い、短時間でも季節を感じて頂いたり、日光をあびてもらえるよう支援しています。定期的に家族等と外食を楽しまれている方もいます。	利用者のADLが低下してきたため、遠出の外出は難しくなっていますが、天気や体調を考慮しながら近隣の散歩を実施しています。個別対応で、喫茶店にお連れしたり、花見や買い物等へお連れすることもあります。中には、家族と一緒に外出されている方もいます。	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	本人、家族から希望があれば、お金を所持したり使えるよう支援しています。現在は、事業所がいったん立替、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	事業所は、家族や大切な人との絆を大切にしています。いつでも電話をしたり、手紙のやり取りが出来るよう支援しています。		
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	共用空間は、職員が分担して毎日掃除を行なっています。室温や湿度などにも配慮し、心地よく過ごせるよう支援しています。リビングには、皆様方と作成した季節ごとの作品やイベントの写真が飾っており、家族にも好評です。	共用空間は、職員が分担して毎日掃除を行い、加湿器やタオルで乾燥にも配慮しながら、居心地良く過ごせる空間作りを心がけています。リビングの壁には利用者と一緒に作成した、季節毎の貼り絵や、ハロウィンや節分等のイベントの写真等が飾られ、来訪時に行事の様子が分かるようにしたり、季節感を大切にしています。	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	気の合った利用者同士と一緒に過ごせるよう、食席の配置を工夫したり、居室とリビングは自由に行き来ができ、ひとりになれる時間も大切にしています。		
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	居室には、備え付けのクローゼットや介護用ベッド等があります。本人や家族と相談しながら、たんす、いす、時計など使い慣れた品々を持ち込んで頂き、心地よく過ごせるよう支援しています。	居室には、備え付けのクローゼット・介護用ベッド・エアコン・カーテンが完備されています。入居時に、家族や本人と相談しながら、タンスや家族の写真、縫いぐるみ等の使い慣れた家具や、好みの物を持ち込んで頂き、居心地良く過ごせる居室作りがされています。	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、バリアフリー構造になっていて、フロアの壁には隅々まで手すりが設置しており、安全に歩行が出来る環境にあります。一人ひとりの出来る事、できない事を見極め、生活リハビリにも力を入れております。		

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

平成31年3月5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	49	一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出掛けられていない。	一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出掛けられる事を目指す。	普段のコミュニケーションの中で、希望を確認し実際にプランを立て、家族にも協力出来るか確認する。	3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。