

平成28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24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			
	■ 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28年10月5日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月6日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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し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。利用者様は日常生活のなかで、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。ホームでは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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年11月5日	評価機関 評価決定日	平成29年1月10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)】

相鉄いずみ野線「いずみ野駅」からバスで「ひなた山第一」または「阿久和坂上」バス停下車、徒歩10分ほどの事業所です。周辺には住宅や小規模な工場があります。木々の緑や畑が残り、富士山を望むこともできます。

<優れている点>

地域との交流に力を入れています。これまでの夏祭りなど行事への参加、子ども会廃品回収など地域活動への協力や看護学校実習生の受け入れに加え、自治会の体操教室への参加も始めています。また、開所10周年の今年度は地域への貢献を目標に掲げ、認知症サポーター養成講座を開催しています。区制30周年記念事業や、認知症の人との共生を目指すイベント「RUN伴」への協力も実施しています。利用者一人ひとりの状態に応じた食事支援を行っています。職員は食事形態の研修に何度も参加し、歯科医師やかかりつけ医とも連携しながら、摂食・嚥下能力が低下した利用者でもしっかりと食事が摂れるケアに努めています。例えば、普通食からおかゆ食に変える時には、一般のおかゆに加え、ミキサーにかけてゼリー食の素を入れたものを用意するなどしています。

<工夫点>

ケアプランが日々の援助にどのように反映されているかを検証するため、「介護計画書」に記された各サービス内容にそれぞれ固有の番号を振り、「生活記録」の援助内容の中で対応するものにも同じ番号を付け記録しています。

【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	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 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 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
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。	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。	一日一度は利用者の笑顔を見ることができるようにとの思いから“輝いている時・笑顔のある毎日”という理念を職員全員で作成し、館内各所に掲示して共有化を図っています。理念を日々のケアに反映させるため、職員自身の笑顔も大切にしています。	
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。	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夏祭りの参加声をかけていただき盆踊りや子ども神輿がホームに来て子ども達の交流ができる。また月1回地域の方と一緒に体操教室に参加し交流ができています。	開所10周年の今年度は、地域との交流、地域への貢献を目標に掲げ、認知症サポーター養成講座を開催しています。自治会の体操教室への参加も始めています。また、子ども会の廃品回収など地域活動や、看護学校の実習生の受け入れなどにも協力しています。	
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。	管理者がキャラバンメイトになり事業所でサポーター講座を地域住民向けに開催をしている。		
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。	事業所の現状や具体的な取組みを報告しています。重度化してきた利用者様のアクティブな取組み、地域の活動参加等のアドバイスをいただき体操教室や夏祭りに参加し利用者様の外出支援ができるようになった。	地域包括支援センターの主任ケアマネジャー、自治会役員、民生委員、利用者家族などをメンバーに、2ヶ月に1回運営推進会議を開催しています。今年度は、利用者の事業所外での活動を勧める提案をもとに、自治会の体操教室への参加が実現しています。	
		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。			

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。	玄関は防犯のため施錠はしています。安全面を考え家族様からの要望もある事業所では「身体拘束廃止委員会」を設置し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者様が外に出たい…と希望があればいつでも外に出られる	月ごとの職員会議の最後に、身体拘束委員会が中心となって事例研究を行っています。言葉による拘束を防止するため、事務所に「利用者に対するタブー例」を掲示しています。家族の了解を得て玄関は施錠していますが、利用者の希望があれば開扉しています。	
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。	毎年高齢者虐待防止法の研修に参加し職員会議で伝達研修を行っている。また事業所では「虐待防止委員会」を設置し職員会議の中で…実施しているケアが虐待に当たらないか等の話し合いをして虐待に対しての意識を職員全員で意識をしている。		
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。必要な際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も報告しています。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いただいたりお話しをさせていただいています。	利用者の思いは、職員との会話などを通して表明できるほか、月1回事業所を訪れる介護相談員に伝えることも可能です。家族の意見などは、運営推進会議のほか、隔月開催の家族会を通して申し立てることができます。また、どの家族も月1回はホームを訪れており、職員は要望等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
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。	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。	管理者は、毎月開かれる職員会議やケアカンファレンスなどを通して職員意見の把握に努めており、利用者の受け入れなどには現場の考えも反映されています。また、会議を円滑に進行させるためのツールとして、職員が取り上げて欲しい内容や提案を前もって記して提出するシート作りを進めています。	
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回人事考課の際自己評価をし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、また休憩時の工夫やシフト作成等職場環境・条件の整備に努めている。		
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。	新人職員には法人内の新人6か月研修を6ヶ月継続して基本的な知識を学ぶ機会があります。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。グループホーム間での交換研修等で他のホームをみることで参考になったり自ホームの気付きができて質の向上に繋がっています。地域包括主催の勉強会にも参加しネットワーク作りをしています。		
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。	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いただけるような関係づくりに努めています。また直接ホームを見学して数時間でも過ごしていただく場合もあります。		

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労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。またホームをみていただき、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いただ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。馴染みの場所への関係は現状はできていません。	関係継続の為の生活歴の把握は、入居前の面談や日常会話などを通して行っています。利用者の中には、知人や以前利用していた施設の職員が訪ねて来る人もいます。利用者の書いた手紙を代わりに投函するなど、手紙での連絡を取り持つ支援も実施しています。	

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。	利用者同士が、季節の壁画作り等協働して作品を作りあげたり、また皆で達成感を感じたりに関わりがもて支え合えるような支援をするように努めています。利用者個々の状態や性格等職員同士で情報の共有をし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。	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・・・が家族様とは手紙や電話のやりとりをしています。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。		
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。	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	利用者がどのように暮らしたいか、何をしたいかなど、日常の会話や家族からの情報などで把握しています。折り紙の材料を買いに行きたい、季節のフルーツが食べたいなど、得られた情報は職員会議やケアカンファレンスで共有し、ケアに反映させています。	
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。	生活歴や馴染みの暮らし方は利用者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。夕方には状態を確認し申し送りをしたり記録をするようにしています。		

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等のアセスメントを一緒に行ない食事形態の確認をしています。ケアプラン作成時にご意向や思いを聞きプラン作成をしています。モニタリングやカンファレンスは毎月実施しています。	利用者・家族の介護計画に関する意向は、作成時に計画作成担当者が把握し、医療関係者からの注意事項も勘案しながらプランに反映させています。「介護計画書」の各援助内容にはそれぞれ番号を振り、「生活記録」の中の対応するケア内容に同じ番号を付けて実践の度合を記録しています。	
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。介護計画の実践はナンバーリングをし記録をしています。実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。また食事形態、排泄対応等表を作成しています。		
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、その時々にも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。緊急訪問時でも利用者様と一緒に食事を楽しんでいただけるように昼食の提供などの声かけをしています。また一緒に食事をされています。		
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。	地域のいろいろな役員、民生委員さんや自治会の役員さん地域包括のケアマネさんから地域(自治会)での行事・ボランティアさん情報提供等をいただいております。地域で行っている「体操教室」に参加ができ利用者様が楽しめるように支援ができています。		
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。	必要時には、かかりつけ医の訪問日時等の情報をご家族に伝え医師とご家族との間に入り連携をとるようになっています。基本的に受診は家族対応となっていますが職員が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。	ほとんどの人が、入所時にかかりつけ医を事業所の協力医療機関に切り替えており、内科は月2回、精神科は月1回、歯科は週1回の往診を利用することが出来ます。週1回の訪問看護師による健康管理を適切な受診につなげています。	

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看護師とは利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果等、連携看護師との記録に記入して連携をとっています。また協力医療機関の看護師とも連携がとれ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。		
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状を把握し、家族様とも病状の情報交換をし退院支援に繋げています。		
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。	入居時・家族会等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、随時意思を確認しながら取り組んでいます。	現在、病院の事情によりホームでの看取り対応が出来なくなってきています。延命はしないで自然を望んでいる利用者については、急変・異変が起きた際に病院に搬送するという事を本人・家族に了承を得て、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。更に「既往歴表」を作成し緊急対応がスムーズにいくような工夫を行っている。		
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。	マニュアルを作成し、利用者・地域住民と避難訓練を行っています。消火器、避難経路等は法定設備点検、消防署からの指導を受けています。避難訓練の際には他事業所や消防署に立ち会っていただきその後の意見交換会で意見をいただき改善に繋げている。	消火器、避難経路などは法定設備点検、消防署からの指導を受け、年2回点検しています。防災設備点検業者の協力のもと夜間想定を含む消防避難訓練を実施しています。備蓄品として3日分の水、食糧を管理しています。	責任者のみで備蓄品確認作業は行われています。リスト表を作り、賞味期限の管理は職員全員が行うことが期待されます。

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。	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、食事時のエプロン装着等に配慮。また気がついた時は都度管理者や職員同士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。	「利用者様に対するタブー例」が事務所に貼ってあり、それに沿って職員は学び、利用者個人の羞恥心・プライドを尊重し、不適切な対応にならないよう配慮することを心掛けています。	
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・マヨネーズ等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いように気をつけている。		
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たり、また休息場面等利用者のサインや体調変化等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。	毛染めやパーマの希望時には訪問美容等が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。マニキュアを塗りたいとの希望があった際はおしゃれができるように支援しています。		
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。	献立記入・片付け等を行っています。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ます。	日々の献立は利用者を書き、皆が目につくところに提示してあります。調理は職員が担当し盛り付けの見本を作ります。役割を決め、利用者が盛り付け・テーブル拭き・下膳・食器洗いに関わっています。	

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
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・スライス状等、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等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。	トイレでの排泄を基本として、排泄記録でそれぞれの状況を把握し、声掛けやトイレ誘導しています。布パンツ・リハビリパンツ使用など現状の維持に努めています。トイレ認識のない人には腹圧や声掛けによりトイレでの排泄を支援しています。	
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。牛乳やヨーグルト等取り入れ、また体を動かし体操をし、便秘の予防に取り組んでいます。立位困難な方もなるべくトイレでの排便ができるよう支援しています。		
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。	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。また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いただ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。	午後からの入浴を基本としています。午後から往診の場合は午前より入浴に対応しています。毎日入浴したい、一番風呂が良いなど個別の希望にできる限り対応しています。時には入浴剤で気分を変えたり、季節のゆず湯・しょうぶ湯を楽しんでいます。	

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
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ます。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ます。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、容器等の工夫をしている。		
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。	利用者がそれぞれ好きな事ができるようにトランプ・折り紙・絵画・読書ができるように、また食事の際はそれぞれその日の役割を決め（みそ汁盛り・お茶入れ副菜の盛り付け・テーブル拭き・食器拭き等）行っている		
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。	花壇の草取りや植え替え、自治会館の体操教室、ショッピング等希望されたかたは近隣のスーパーに買い物に行く支援をしている。「LON・伴」の応援のための外出。応援場所は地域のかたの協力でテニスコートの玄関先を提供していただいたりと外出ができる支援をしています。	タクシーで10分ほど行った所に公園があり、毎年、花見に行きます。そのほかに月1回の体操教室、個別に買い物や外食など支援しています。今年から「RUN伴」に参加し、今後続けて参加するよう取り組んでいきます。	
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（本・折り紙等）を買いにご自分でお金を持ち買い物に行く・・・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。	手紙が届いた際はご本人に手渡し、利用者が手紙を書いた際は代わりに投函する支援をしています。		
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。	利用者と一緒に壁画を作成したり、飾り付けをして季節を感じていただけるように支援しています。フロアは夏には懐かしさを感じていただけるようにすだれを かけたり食事時には音楽を流したり、また時間帯によっては明るさを変えたりの工夫をしています。	利用者が作った作品を季節の飾りつけにし、食事時にはテレビを消して音楽をかけたりしています。玄関にソファを置いて1人の空間をつくり、夜にかけて照明を徐々に暗くしていき、時間の感覚を与え居心地の良い空間づくりをしています。	
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。	玄関の外には椅子とテーブルのセットを置いています。陽気の良い時には外でお茶を飲んだり外気浴をしたりする工夫をしています。ソファや玄関にも椅子を置き好きな時に座れるような環境作りをしています。		
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。	昔から飾っていた飾りものや仏壇を置く事で安心して過ごせる。また昔の写真があることで混乱する利用者の部屋にはあえて何も置いていない事もあります。花や写真を思い通りに飾り居心地よく過ごせるようにしています。	エアコン・ベッド・タンス・照明器具は備え付けです。本人・家族の希望に合わせた部屋づくりをしています。人感センサー・転倒防止クッションを敷き、動線確保のために椅子を置くなど、安心できる部屋作りを支援しています。	
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。	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の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	2U

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 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 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
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。	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夏祭りの参加声をかけていただき盆踊りや子ども神輿がホームに来て子ども達の交流ができる。また月1回地域の方と一緒に体操教室に参加し交流ができています。		
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。	管理者がキャラバンメイトになり事業所でサポーター講座を地域住民向けに開催をしている。		
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。	事業所の現状や具体的な取組みを報告しています。重度化してきた利用者様のアクティブな取組み、地域の活動参加等のアドバイスをいただき体操教室や夏祭りに参加し利用者様の外出支援ができるようになった。		
		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。			

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。	玄関は防犯のため施錠はしています。安全面を考え家族様からの要望もある事業所では「身体拘束廃止委員会」を設置し身体拘束をしないケアに取り組んでいる。利用者様が外に出たい…と希望があればいつでも外に出られる。		
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。	毎年高齢者虐待防止法の研修に参加し職員会議で伝達研修を行っている。また事業所では「虐待防止委員会」を設置し職員会議の中で…実施しているケアが虐待に当たらないか等の話し合いをして虐待に対する意識を職員全員で意識をしている。		
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。必要な際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も報告しています。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いただいたりお話しをさせていただいています。		

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
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。	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。		
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回人事考課の際自己評価をし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、また休憩時の工夫やシフト作成等職場環境・条件の整備に努めている。		
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。	新人職員には法人内の新人6か月研修を6ヶ月継続して基本的な知識を学ぶ機会があります。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。グループホーム間での交換研修等で他のホームをみることで参考になったり自ホームの気付きができ質の向上に繋がっています。地域包括主催の勉強会にも参加しネットワーク作りをしています。		
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。	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いただ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いただく場合もあります。		

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労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。またホームをみていただき、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いただ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。馴染みの場所への関係は現状はできていません。		

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
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。	利用者同士が、季節の壁画作り等協働して作品を作りあげたり、また皆で達成感を感じたりの関わりがもて支え合えるような支援をするように努めています。利用者個々の状態や性格等職員同士で情報の共有をし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。	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・・・が家族様とは手紙や電話のやりとりをしています。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。		
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。	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		
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。	生活歴や馴染みの暮らし方は利用者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。夕方には状態を確認し申し送りをしたり記録をするようにしています。		

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等のアセスメントを一緒に行ない食事形態の確認をしています。ケアプラン作成時にご意向や思いを聞きプラン作成をしています。モニタリングやカンファレンスは毎月実施しています。		
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。介護計画の実践はナンバーリングをし記録をしています。実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。また食事形態、排泄対応等表を作成しています。		
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。	ご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。緊急訪問時でも利用者様と一緒に食事を楽しんでいただけるように昼食の提供などの声かけをしています。また一緒に食事をされています。		
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。	地域のいろいろな役員、民生委員さんや自治会の役員さん地域包括のケアマネさんから地域(自治会)での行事・ボランティアさん情報提供等をいただいております。地域で行っている「体操教室」に参加ができ利用者様が楽しめるように支援ができています。		
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。	必要時には、かかりつけ医の訪問日時の情報をご家族に伝え医師とご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看護師とは利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果等、連携看護師との記録に記入して連携をとっています。また協力医療機関の看護師とも連携がとれ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。		
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状を把握し、家族様とも病状の情報交換をし退院支援に繋がっています。		
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・家族会等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、随時意思を確認しながら取り組んでいます。		
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。更に「既往歴表」を作成し緊急対応がスムーズにいくような工夫を行っている。		
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。	マニュアルを作成し、利用者・地域住民と避難訓練を行っています。消火器、避難経路等は法定設備点検、消防署からの指導を受けています。消防立ち会いや地域住民との連携について継続できていない。		

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
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。	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、食事時のエプロン装着等に配慮。また気がついた時は都度管理者や職員同士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。食事等は醤油ソース・ドレッシング・マヨネーズ等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いように気をつけている。		
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ひとり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、また休息場面等利用者のサインや体調変化等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。	毛染めやパーマの希望時には訪問美容等が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。マニキュアを塗りたいとの希望があった際はおしゃれができるように支援しています。		
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。	献立記入・片付け等を行っています。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・スライス状等、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等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。牛乳やヨーグルト等取り入れ、また体を動かし体操をし、便秘の予防に取り組んでいます。立位困難な方もなるべくトイレでの排便ができるよう支援しています。		
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。	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。また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いただ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。		

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ます。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ます。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、容器等の工夫をしている。		
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。	利用者がそれぞれ好きな事ができるようにトランプ・折り紙・絵画・読書ができるように、また食事の際はそれぞれその日の役割を決め（みそ汁盛り・お茶入れ副菜の盛り付け・テーブル拭き・食器拭き等）行っている。		
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。	花壇の草取りや植え替え、自治会館の体操教室、ショッピング等希望されたかたは近隣のスーパーに買い物に行く支援をしている。「LON・伴」の応援のための外出。応援場所は地域のかたの協力でテニスコートの玄関先を提供していただいたりと外出ができる支援を		
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（本・折り紙等）を買いに自分でお金を持ち買い物に行く・・・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。	手紙が届いた際はご本人に手渡し、利用者が手紙を書いた際は代わりに投函する支援をしています。		
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。	利用者と一緒に壁画を作成したり、飾り付けをして季節を感じていただけるように支援しています。フロアは夏には懐かしさを感じていただけるようにすだれを かけたり食事時には音楽を流したり、また時間帯によっては明るさを変えたりの工夫をしています。		
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。	玄関の外には椅子とテーブルのセットを置いています。陽気の良い時には外でお茶を飲んだり外気浴をしたりする工夫をしています。ソファや玄関にも椅子を置き好きな時に座れるような環境作りをしています。		
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。	昔から飾っていた飾りものや仏壇を置く事で安心して過ごせる。また昔の写真があることで混乱する利用者の部屋にはあえて何も置いていない事もあります。花や写真を思い通りに飾り居心地よく過ごせるようにしています。		
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。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 みんなの家・横浜いずみ野

作成日： 平成 29年 2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間
1	13	《災害対策》 備蓄品確認作業を管理者と一部の職員しか把握しておらず職員全員の周知が必要ではないか、その方法を決める	2/6の職員会議の議題にし周知徹底をする。 3/8の職員会議までにリスト作成をする。	職員の中から災害備蓄のリスト作成と賞味期限の管理担当者を決める。担当者が決まったら定期的な確認方法等を決め、実施する。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月