

令和7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	1473800256	事業の開始年月日	平成14年3月1日		
		指定年月日	平成14年3月1日		
法人名	医療法人 活人会				
事業所名	高齢者グループホーム 横浜はつらつ（つづき）				
所在地	（ 〒224-0027 神奈川県横浜市都筑区大圃町74-10				
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護		登録定員	名	
			通い定員	名	
			宿泊定員	名	
		☒ 認知症対応型共同生活介護		定員 計	27 名
			ユニット数	3 ユニット	
自己評価作成日	令和7年12月1日		評価結果 市町村受理日		令和8年4月28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)】

高齢者グループホーム「横浜はつらつ」は介護老人保健施設『都筑ハートフルステーション』を母体とした併設型グループホームとして横浜市ではじめて誕生し開設からまる23年になります。①認知症になってもその方らし豊かで明るい生活を最期まで送れること②その方の「個性」「尊厳」「生命」を守り活力ある日々の生活を支え寄り添うようなケアをすること。③地域に開かれ共に歩むグループホームであること。の3つを理念にかかげ同法人の水野クリニック・都筑ハートフルステーションと連携し家庭的な雰囲気の中で安心して、その方らしい生活を最期まで送れるよう、認知症に関する専門的知識と技術を持つスタッフが一緒に生活しています。(開設から看取りケアの実践60例以上)
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23 日土地山下町ビル9F		
訪問調査日	令和7年12月23日	評価機関 評価決定日	令和8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)】

【事業所の概要】 当事業所は、市営地下鉄4号線東山田駅から徒歩13分、または市営地下鉄3号線のセンター南駅からバス便で10分、最寄りのバス停から徒歩3分ほどの場所に位置している。すぐそばを早淵川が流れ、畑や小高い里山の風景が広がるのどかな住宅地にある3ユニットのグループホームである。広い敷地内には、事業所の他に、法人の介護老人保健施設と法人理事長が運営する保育園があり、園児の遊ぶ姿や元気な声が、利用者をなごませている。 【理念に基づいたケアの実践】 事業所は理念のひとつに「認知症になってもその方らしい、豊かで明るい生活を最期まで送れること」を掲げている。介護計画に、「できることに挑戦してもらう」「役割を持ってもらう」等を組み入れ、利用者一人ひとりがやりがいのある生活を送れるよう支援している。重度化した利用者にも二人介助での排泄、入浴支援を行ない、自立につなげている。 【地域にひらかれたグループホームの実現】 「地域に開かれ、共に歩むグループホームであること」との理念に則り、6年前から継続して「認知症カフェ」を町内会と協力して開催している。地域の商店街との交流や消防団員との連携も活発に行い、運営推進会議の際には、メンバーから、町内会・地域の情報や消防団からの意見を得ている。年1回の事業所の「ふれあい祭り」には法人内の他事業所の利用者のほか、保育園児や町内会の人々も参加して盛大に行われている。

【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	高齢者グループホーム 横浜はつらつ
ユニット名	つづき

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	最期まで地域の中で、その人らしく豊かで明るい生活をしていただくという理念を、柱に開設から実践につなげている。利用者一人一人の力を存分に活用できる様、管理者・職員は日々の申し送り、ケア会議等で話し合い共有している。	事業所は23年前に設立時より「認知症になってもその方らしい、豊かで明るい生活を最期まで送れること」「地域にひらかれ、共に歩むグループホームであること」を理念として掲げている。理念を玄関前に掲示し、日々の申し送りやケア会議で話し合う等して共有している。		
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	月1回のボランティアの来訪(音楽療法、フットケア等)や、訪問マッサージ・訪問リハビリ・地域の商店(食料品店、電気屋等)との繋がりが常にある。又、月一回のふれあいカフェを町内会と協力し、開催している。	大棚町内会に所属している。6年前より、町内会と協力し「ふれあいカフェ」を開催し、利用者も参加している。6月の「ふれあい祭り」には、法人内の他の事業所の利用者や、隣接の保育園児も参加し、地域住民と交流している。地域の商店街や消防団との交流もあり、正月には町内会の獅子舞が立ち寄っている。コロナ禍前から現在まで、継続してボランティアが来所している。		
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	毎月1回のふれあいカフェ等を開催、行ける方には参加していただき、認知症の人の理解や支援方法等を、地域の人々に向けて発信している。			
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	運営推進会議を、2ヶ月に1回開催し、運営推進委員の方の意見を聞き一緒に企画したりサービスの向上に努めている。退居した入居者家族の方も残って下さり、長年運営推進委員として活躍して下さっている。	運営推進会議は2ヶ月1回の開催で、10名ほどの家族、町内会長、消防団員等の地域代表、退所された利用者家族が参加している。会議内では「認知症サポーター養成講座」を開催しており、今年度も実施した。利用者と職員が接する時間を増やす目的の為、湯せん食の導入を検討した際、運営推進会メンバーで試食をし、9月からの食事形態の変更と食事代の値上げを決定した。		

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
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	区担当者には、運営推進会議に参加して頂くよう呼びかけているが、忙しい為中々参加して下さらない現状がある。認知症フォーラムの開催時期には、区と連携し利用者の作品等を展示して貰い認知症の啓発活動に努めている。グループホーム連絡会等に参加し情報共有等を行いながら協力関係を築いている。	区の高齢・障害支援課に運営推進会議の議事録を提出している。都筑区の認知症フォーラムには、区と連携し利用者の作品展示という形で参加している。管理者が横浜市のグループホーム連絡会では役員を務め、行政の研修にも積極的に参加している。グループホーム全国大会に今期は2名参加した。「認知症サポーター養成講座」開催時には、区から提供を受けたオレンジリングを配布した。	
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	身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催して身体拘束をしないケアについて話し合い、ケア会議にて拘束等が無いことを確認している。又、職員年1回自己点検チェックリストを記入し再確認をしている。玄関は日中開鍵している。新人職員には、研修に参加してもらっている。	身体拘束廃止の指針と方針を整備している。身体拘束適正化委員会を3ヶ月に一度開催するほか、毎月のケア会議でも身体拘束につながりやすい不適切ケアの事例を基に話し合っている。帰宅願望の強い利用者2名には、介護計画に午前、午後2回の散歩を組み込み対応している。転倒の危険がある利用者には家族の同意の下、モニターを設置している。	
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	虐待に相当する事は無いが不適切な対応が全くないとは言えない為、虐待防止委員会を立ち上げ、ケア会議等で常に不適切なケアを行っていないか話し合い、防止に努めている。新職員には、研修に参加してもらったりその都度、計画作成、先輩職員が指導している	虐待防止のマニュアルと指針を整備し、3ヶ月に1回、虐待防止委員会を身体拘束適正化委員会と同日に開催している。月1回のケア会議でも虐待につながる不適切ケアについて話し合っている。虐待防止の研修は身体拘束適正化とともに、職員が、関連の外部研修を受講し、伝達研修を行っている。	
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	統括部長・管理者・職員(計画作成、虐待防止委員・身体拘束適正化委員会)は研修を受け、実際に成年後見制度を受けている利用者の弁護士とも対応している。新しい職員も増え、全職員が理解するようにしていきたい。		
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	管理者・計画作成は契約前からご家族と面談を行い、十分な説明をし双方が納得した上で契約している。契約時に重要事項の説明を再度行う。何か疑問等があった場合その都度、説明を行っている。		

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
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	家族の面会時に面会簿に意見を記入して頂いたり、電話等で話しを聞き要望があった場合は、計画会議等で話し合い改善できる事はすぐに改善するよう努めている。	家族の意見や要望は面会時や電話・メール等で聞き取っている。内容は、申し送りノートに記入して共有し、ケア会議で話し合っ、ケアプランに反映させている。事業所からは毎月の便りの他、3ヶ月に1回、担当職員より利用者個別の様子を、家族に報告している。来所の際は家族に記録を見てもらっているが、似たような文章が並んでいると指摘があり、記録の仕方を改善した。	
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	職員会議等で出た意見や要望は、法人全体の企画会議に報告し、代表者の意見をもらい改善できる点はすぐに改善するよう努めている。又、定期的に面接や日々の申しおくりでも気づいたことは、提案や意見として出せるようになっている。	職員の要望や意見は、月1回ユニット毎に行われるケア会議で聞き取り、法人の企画会議につなげている。また月2回の計画作成担当者会議や、日々の申し送りでも業務改善の提案や意見があれば、申し送りノートに記載している。午後3時に行われるケア会議は全員参加となっているが、夜勤者の勤務時間と合わないとの意見があり、現在、開催時間を検討している。	
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	月1回の企画会議にて統括部長・管理者は代表者に常に職員の努力や勤務状況を報告し、改善できる所は改善し、やりがいのある職場をめざし努力している。	管理者は月1回の法人の企画会議で法人の代表者に職員の努力や成果を報告している。年1回10月に面談を行い、4月の昇給に反映している。年1回の健康診断と、ワクチン接種、ストレスチェックを実施している。現在、夜勤に従事しない非常勤者を常勤登用できるように規定を検討をしている。	
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	研修参加、勉強会を法人内で行い学べる機会を持っている。又、新職員は新人教育として入職後マニュアルに沿った研修を受講する体制が出来ている。働きながら資格等を取れる体制が出来ている。	年間計画に基づいた研修を全職員参加のうえ実施している。職員には、外部研修の受講を奨めており、受講者による伝達研修も行なっている。介護職員初任者研修や介護福祉士実務者研修及び介護福祉士・ケアマネジャーの有資格者には資格手当を支給している。介護福祉士の取得を特に奨励し、資格奨励金を支給しており、職員の8割が取得済である。	
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	横浜市グループホーム連絡会に加入し、ブロック会の勉強に参加したり、相互現場研修を行ったりと同業者と交流する機会を作り、相互にサービスの向上に努めている。		

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
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	センター方式によるアセスメントをしっかりと入居の時にご家族に書いてもらい、各職員が情報を共有し会議等に利用者も参加し、本人からも意見を聞いている。利用者の困っている事や要望に耳を傾けながら常に安心できるよう関係作りに努めている。		

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	入居前より、面談等で不安や家族が困っていることの相談を受けたり、疑問点がある場合はその都度話をし、出来る限り希望に添った対応をしながら、関係づくりに努めている。		
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	面談時、契約時にご本人、ご家族に聞き取りを行っている。又、その時点でセンター方式によるアセスメントを渡し、記入してもらっている。その情報をもとに申し送りや会議にて、各職員が情報を有し初期介護計画を立て本人と家族が必要としている支援サービスに努めている。		
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	利用者の得意なこと好きなことを披露する場面を作り、役割を持って頂いている。又重度になられ自分から言えない。自分ではできない利用者の方にも一緒に行う事で、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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	いつでも気軽に面会ができるようにしたり、ご家族にも協力して頂きながら行事を行ったり、出来るだけ本人の希望がかなえられる様に、ご家族と一緒に本人を支えていける関係を築いている。		
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	外出等で馴染みの人達と会う機会を作ったり、ご自分から外出が出来ない方などは、いつでも面会等が出来るように支援している。又、手紙や年賀状の返信のお手伝いをしたり、関係の継続に努めている。	電話や手紙の取り次ぎ、年賀状の投函支援を行っている。テレビ電話で海外の家族との会話を楽しむ方もいる。家族対応で、従前からのかかりつけ医の受診や美容院へ通う方がいる。また家族との外出時に外食を楽しむ方もいる。習慣の継続として、「天声人語」の書写や、塗り絵を楽しむ方がいる。自分の役割と決めて調理を手伝う方がいて、包丁を握って、朝のスープの野菜を刻んでいる。	

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
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	以前よりは少なくなったが、居間にくつろげる場所を作り、気の合う利用者同士が会話のできる場面を設定している。常に職員は、良い関係が築けるよう気を配っている。重度の方にも、離床して頂きフロアで過ごす時間を作ったりいつも誰かがいるように工夫し、孤立しないように心がけている。		
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	電話で相談がきたりする時は相談に乗ったりしながら関係が途絶えない様にしている。又、退去されたご家族に運営推進委員になって頂き現在もはつらつの為にお手伝いをして下さっている。退去されたご家族の紹介で新しい利用者に繋がっているケースも多くある		
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。	「ウナギが食べたい」等日常の会話から皆で鰻を食べたり、利用者の希望を聞き個別の外出支援を行ったりと思いに沿った支援をしている。又、会話が困難な利用者には表情や様子を観察し「どうして欲しいか」などを会議で話し合い本人本位に出来るだけ近づけるように努めている。	入居時に、センター方式のアセスメントを活用し、思いや意向などを家族から聞き取っている。日々の会話から、利用者の希望や要望を聞き、自己決定の場面を作り、思いの実現を支援している。職員の気づきや利用者の思いは申し送りノートに記入し共有している。ソフト食の方に希望のネギトロ丼を提供したことがきっかけになり、食が進んだ事例がある。	
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	入居時、本人の生活歴などをアセスメントシートに書いて頂き職員間で共有している。又、利用者との会話の中から情報を収集し本人の言葉を大切に申し送りや会議にて検討している。それらを、日々の場面で生かせるよう支援している。		
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	毎朝のミーティングで利用者に関わる一日の目標を決め実践している。個人の申し送りノート、月一回のケア会議等で職員は、常に現状を把握し、毎朝の顔色、状態を観察し変化を見逃さない様に努めている。重度になられた方が出来る事を介護計画に取り入れ、毎日継続的に行えるように支援している。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	生活援助計画表に目標や経過状況、今の様子、評価を記入し、ケア会議で話し合い、基本的に介護目標を3か月ごとに見直している。変化があった時には随時見直して対応している。毎月のケア会議で職員の意見を出し合い、医師や看護師、作業療法士の意見も介護計画に反映しご家族にも確認して頂いている。	センター方式によるアセスメントを家族に記入して貰い、ケア会議等で初回のケアプランを作成している。介護目標は、基本的に3か月毎とし、変化があった時には都度見直している。計画作成者は生活援助計画表に目標や経過状況及び利用者の様子・評価を記入し、ケア会議でモニタリングを実施している。介護計画では利用者に役割を作っており、天気表の記入などできることに挑戦してもらっている。	
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	日々の様子や変化を細かく記録して、毎朝申し送りを行い、変化があった場合は職員間で話し合い実践につなげている。又、必要時に経過観察記録シートを利用し情報を共有し実践している。変化があった場合はすぐに介護計画を見直している		
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	法人のクリニックを利用したり、すくすく保育園との交流、老健施設と緊急時の対応に関する連携や歯科、他クリニックの柔軟な支援サービスを行っている。また、フットケア、音楽療法などのボランティアや家族が希望すれば、訪問マッサージも個別に行っている。		
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	夏祭りや地域イベントに参加したりしている。地域の電気屋が修理にきたり、商店の配達などは継続している。町内会館にて毎月開催されるふれあいカフェにも参加し地域住民との交流を支援している。防災訓練等には地域の消防団の方が常に参加して下さり安全で豊かな暮らしを支えてくれている。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	法人のクリニックの医師が1人に対し月2回往診に来て利用者の健康状態を診ている。必要に応じて受診も行っている。又、24時間の連絡がとれる体制になって、何でも相談できる関係が出来ている。。歯科や皮膚科などの専門医も往診に来る体制が取れている。	全員が、法人のクリニックの医師をかかりつけ医とし月2回の訪問診療を受診している。24時間のオンコール体制である。看護師である統括部長が利用者の体調相談を受けている。医療情報は往診記録で共有している。紹介状での他科の受診には職員が立ち会っている。利用者は、皮膚科の訪問診療の他、訪問歯科医による治療や歯科衛生士による口腔ケアが受けられる。	

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	統括部長は看護師であり、変化があった利用者の状態を常に把握している。また同法人のクリニックと24時間の医療連携が整っている為、相談・看護がすぐに受けられ、受診に繋がる連携体制が出来ている。		
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。	統括部長・管理者や計画作成は病院に赴きご家族・病院関係者と情報交換を行い、早期の退院に努めている。又、当クリニックの医師に状態を常に報告している。		
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	契約時には、医療連携と看取りについて口頭で説明してる。入居後生活に慣れて落ち着いた時期に、ご家族と医師・看護師・介護士と終末期対応について話し合い同意書を取り交わし、意向を確認している。変化があった場合はすぐに支援体制を作りチームで支援に取り組んでいる。	入居時に指針と方針を説明し、入居後時間をおいてから「急変時・終末期における対応についての同意書」を交わしている。終末期と診断された際は、医師・看護師・介護士が、終末期対応について家族と話し合い、意向を再確認している。医療関係者と介護職員が一丸となり、チームで看取りを行っている。逝去後には職員と利用者でお別れをし、職員は振り返りを行っている。今年度5名の看取り実績がある。	
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	全ての職員が実践力を身に付けてるとは言えないが、日々のケアの中や研修などで職員にはリスクマネジメント・急変時対応についての指導や助言を行っている。又、看護師からは急変時の対応や、いつもと違うチェックポイントなどの指導が常にある。		

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
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	消防署や地域の方を交えた夜間想定避難訓練と水害訓練、BCP(自然災害)を年各2回行っている。運営推進委員、地域の消防団の人たちからも意見をもらい活かしている。新しい職員も増えてきている為その都度、ケア会議等で話し合い全職員が身につけるよう努めている。	年2回、4月と9月に夜間想定避難訓練と水害訓練想定垂直避難訓練を実施している。消防署職員と地域の消防団、運営推進会メンバー・家族などの参加がある。災害用備蓄として、ユニット毎に米20kgをローリングストック、非常用食料と飲料水を利用者と職員の3日分を倉庫に保管している。他に、カセットコンロや保護シート、予備の介護用品を準備している。BCP（事業継続計画）については月1回の防災会議と年1回の訓練を実施しており、10月に机上訓練を行った。	
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	入浴前の脱衣時には腰にタオルをかけたり、トイレ誘導ではさりげなく声をかけ羞恥心に配慮している。接遇面など気になる場面があれば計画作成・管理者がその場で指導している。夜間転倒するリスクのある利用者には本人・ご家族に了解を得てモニターを設置している。	利用者の呼称は、家族の了承の下、名字や名前に「さん」付けとしている。職員間の会話では、イニシャルとしている。トイレの扉の内側にカーテンを取り付けて、プライバシー保護に配慮している。また安全の確認の際にも利用している。個人情報を含む書類は、事務所の鍵が掛かるキャビネットに保管している。タブレットとパソコンにはパスワードを設定して個人情報の保護に努めている。	
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	日々の生活の中で自己決定の場面を作ったり、希望や要望を必ず聞くことで本人の思いを実現するように働きかけている。又、重度になられた方達には、場面場面でお話をし本人の表情を見ながら自己決定できるように働きかけている。		
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	常に利用者のペースにあわせた生活のリズムを作り、その人の出来る能力に合わせたケアを行っているが、ご自分で出来ない利用者等は夜勤一人に対応するので、状況によってはどうしても職員のペースしなければならない時もある。		

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
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	まだ自分で選べる方には聞きながら洋服を選んでもらったりしている。自己決定が難しくなっている方などは、職員が声をかけ表情を見て選んでいる。毎朝顔拭き後、保湿クリームを塗るなどその人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食器の下膳や食器拭き等は本人の役割と思って下さっているの出来るだけ行っていただくよう、スタッフと利用者が一緒に行える環境を作っている。個々にあった食事形態の工夫による個別支援をしている。それぞれの力を生かせるよう食器、介助具などを工夫している。	朝食は夜勤職員が手作りしている。昼食と夕食では主菜は湯せん調理品、汁物とご飯は職員が作っている。ユニット毎に企画しているイベント時には、業者の食事を止め、利用者が希望する寿司やうなぎを行事食として提供している。誕生日にはケーキを購入し提供している。ホットケーキやたこ焼きを作って楽しむこともある。食事の際は、利用者にも野菜の皮むきや盛り付け、下膳や食器洗い・拭き等、それぞれに役割を担ってもらっている。	
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	アルブミン数値や必要な栄養状態の数値を確認したり2ヶ月に一度の体重測定を行い変化のあった利用者の方などは医師や栄養士に報告・相談をし一人ひとりの状態に合わせた食事形態や水分の確保・補助食品等を工夫している。		
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	歯科医師・歯科衛生士に指導を受けたりし、口腔衛生の重要性を職員全員が理解し、毎食後一人ひとりの口腔状態に応じた口腔ケアを行っている。入れ歯の方は、夜間洗浄液につけておき清潔を保っている。		

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
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	排泄チェック表を記入し利用者の排泄パターンを把握し重度の方でも日中はトイレに座れる方は、トイレに座って頂き排泄を促している。	介助なしで排泄ができる3名以外の方は、排泄記録で把握した排泄パターンに基づく定時誘導や、利用者の様子や仕草に基づく随時誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。夜間はオムツを使用している方にも、日中は職員2人介助でトイレでの排泄を促している。退院時はオムツを使用していたが、事業所にて自立支援に向けたケアを続けて、リハビリパンツ使用に改善した事例が3名ある。	
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	ヨーグルトやファイバーを使用したり、体操を取り入れたり、その方に合った薬剤を医療と連携し工夫している。また、排便は排泄表により毎朝、排便状態を確認し各利用者に合わせて-3日 or -4日を減らせるようトイレに座って頂き排便できるようにしている。		
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むように、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	最低週2回以上入浴できるよう支援しているが希望があれば回数や時間帯などにも対応している。重度の方には職員が二人で介助しゆつたりと入浴が出来るよう支援をしている。入浴時の会話も大切にしている。しょうぶ湯やゆず湯など季節の湯を楽しんでいる。	入浴は、週2回を基本としているが、2回以上の回数や時間帯などの希望にも適宜対応している。車いすや浴槽を跨げない重度の方には、職員が2人体制で介助し、利用者全員が浴槽で入浴が出来るよう支援している。湯は毎回交換している。浴室暖房とヒーターを設置して、ヒートショック対策をしている。季節の「ゆず湯」や「菖蒲湯」を楽しんでいる。	
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	自立している入居者の方は、自分から居室に戻られ横になられている。昼寝が習慣になっている方は声かけを行い休んで頂いている。ゆっくりと起きたいと思っている方などは無理に起きて頂く事はしていない。又眠れない利用者などは職員が話を聞いたり飲み物を提供し安心して眠れるよう支援している。		
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	医師の指導、指示、薬局の配薬表等により服薬の支援を行い、職員間で症状の変化を確認し医師に報告している。またこの薬の処方状況の情報を申し送り時や申し送り帳に記入し共有している。		

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
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	1人1人の生活歴や得意なものなど、その方の力を生かし、介護計画に沿って家事、歌、散歩、作品作りなどに参加することで楽しみ事や気分転換などの支援を行っている。ご家族との外出や外食するなどの支援や個別の外出支援を企画して行っている。		
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	個別の散歩はほぼ毎日行っている。散歩が困難な方は車イス・ティルト車イスで、はつらつ周りを散歩するなどの工夫をしている。家族の要望があった方には、外食等外出支援を行っている。全体での外出支援をもっと定期的に増やしていきたい。	希望する利用者は、ほぼ毎日事業所の周辺を散歩している。また1階の庭園や2階のベランダで、お茶会を行ない外気浴をしている。毎月行われる「認知症カフェ」に参加するため、公民館に出かけ地域住民との交流を楽しむ方もいる。家族との外出、外食、墓参りなどを支援している。	日常の外出支援に力をいれられていますが、コロナ禍前のようにドライブなど、利用者の気分転換となるような外出イベントの再開を期待します。
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	自己管理は、ほとんどの利用者が出来なくなってきた。買い物等の時は自分で使えるように支援している。		
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	入居者様の要望があれば職員が電話をかけて会話をされている。中々面会にこれない家族から手紙やはがきが来た時には、職員が読んで差し上げている。手紙が掛ける方には、年賀状などの支援をしている。		
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	季節ごとに装飾品をかえたりすることで、春夏秋冬を感じられる工夫をしている。又、壁には、皆様の作品を飾ったりと温かみを感じられる様に工夫をしている。日中身体を休めなければならない入居者の方などには室温調整・陽射しが当たらない様その都度カーテン等で調整している	リビングが大きな吹き抜けとなっているユニットもあり、エアコン、床暖房器具の他にシーリングファンを用いて、温度を調節している。また加湿器も利用して温度・湿度も管理している。リビングの窓越しに隣接する保育園の子供達の声が聞こえ利用者を和ませている。季節毎に工夫した飾りを施し、季節感をとりいれている。区の「認知症フォーラム」にも出展した折り鶴の作品も飾られている。	

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
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	居間等にソファやイスを置いたりすることで、気の合った入居者同士がくつろげるスペースを作っている。自分で動けない方などは、お部屋で過ごせる時間を作ることでそれぞれの方が一人になれる日中の時間を作っている。		
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	居室はそれぞれのご家族が本人が住みやすいように、使い慣れた家具や、テレビ、時計等馴染みの品を持ち込んで居心地よく過ごせるようにしている。レクで作った作品や家族の写真なども飾っている部屋もある。居室の清掃や整理整頓は定期的に実施している。	居室は和室・洋室。エアコンと洗面台、クローゼット、介護用ベッド、温度計を常備している。照明器具とカーテンは以前の利用者の物を使用することも出来る。本人が居心地よく過ごせるように、使い慣れた家具やテレビの他、時計等の馴染みの品、仏壇や以前使っていた楽器（ピアノ・オカリナ）などを持ち込む方もいる。	
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	居室の入り口に名前を書いたりトイレは「便所」「トイレ」と表示することで本人が自立した生活を送れるよう工夫している。居室は1階と2階にあるため、一人でも夜間トイレに行けるように歩く動線の確保や照明を付け危なくないように、常に安全に配慮しながら支援している。		

事業所名	高齢者グループホーム 横浜はつらつ
ユニット名	たちばな家

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	理念の中でも、特に「最期までその人らしく豊かで明るい日常生活を送る」に着目し利用者一人一人が最期まで自分らしく生活を送れように日々の中で共有し実践に繋げている。		
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	地域の商店、電気屋さんが開設から日常的に生活を支えてくれている。消防訓練や地域のお祭り、ふれあいカフェ（認知症カフェ）の開催、ふれあい祭りなど地域の方と触れ合う機会を設けている。		
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	都筑区の認知症フォーラムでは、入居者さんの作品を展示し地域の方とふれあう機会を設けている。地元中学生の職業体験を受け入れている。		
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	定期的に会議は行われている。現在の委員には、元入居者家族の方が多いため、気軽に意見を出し合える環境にあるそこで出た意見については、周知され、サービス向上につなげている。		
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	今年度、運営推進会議への参加は一度もないが、報告書を提出し取り組みへの理解はあると思っている。相談事があった場合は、相談しやすい環境はできている。		

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	毎月のケア会議で、身体拘束が行われていない事の確認をしている。また、研修に参加したり3か月に1回の委員会で不適切ケアについて等の話し合いを行い、全職員への周知徹底をしている。		
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	虐待防止委員会がある。毎月のケア会議では、事例について話したり、入居者さんへの言葉遣いや職員同士のやり取りなどについても、より良い方法を話し合っている。		
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	成年後見制度を利用している人が2名いるが、全職員が権利擁護等を完全に理解することは難しく感じているが、勉強会等で理解を深めていきたい。		
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	契約時には管理者が説明を行い同意をいただいている。また、料金改定などがあつた場合には、その都度十分な説明を行い同意書をいただいている。		
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	面会時や電話など、要望、意見があつた時には、管理者に報告し会議で改善に向けた話し合いを行っている。決定事項は、全職員に周知し実施している。（記録の仕方についてご家族から意見があつた）		

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	月2回の計画作成担当者会議にて、職員の要望を話合う機会がある。また、計画作成担当者は職員の意見がある時にはすぐに上司に伝え面談の機会を設けるようにしている。		
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	計画作成担当者会議で問題提起されたことは、管理者が企画会議にて代表者に報告し改善できるところは改善できるように努めている。		
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	新人研修、勤務年数に応じた法人内研修、職員の能力に合わせた外部研修の機会を作ってもらっている。今年度は全国グループホーム大会に2名が参加する。		
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	全国、県、市それぞれのグループホーム連絡会に加入し、研修会など交流する機会はある。職員に発表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	入居初期には、その方のケアに最優先で当たれるよう、職員全員に周知している。職員それぞれが、その方の表情、しぐさなど観察し、本人の意見を聞くようにしている。		

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
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	入居初期には、管理者、計画作成担当者が主に行っている。入居前にも家族に電話相談や面談を行い不安なことや要望に耳を傾けている。		
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	ご家族と話し合い、職員間の情報共有も密に行い、必要とされているケアを提供できるよう努力している。		
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	入居者と職員は常に対等な立場にあり、支え合う関係を築くよう心がけているが、時に「してあげる」等の言葉が出てしまうことがあるため、ケア会議等で話し合いをしている。		
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	面会や行事等の参加を促し、入居者と家族の絆を大切にしている。何か変化があった場合にはすぐに連絡し家族と共に考え、支援する体制を築いている。		
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	ご本人やご家族が持参された写真やお手紙などを、一緒に見ながら話したりしている。面会やご家族との外出も対応している。		

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
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	職員が間に入る事で、入居者同士の会話が弾むように支援したり、レクリエーションを通して重度の方も参加していただき、孤立する人などが出ないように努めている。		
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	入居されていたご本人が亡くなられても、そのご家族が来訪されたり、交流が続いているご家族もいる。（今も運営推進委員として全体で5名いらっしゃる）		
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。	ご本人の日々の言動、職員の気づきなどを連絡ノートを活用し、情報共有して、毎月のケア会議で検討している。		
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	入居時にご家族にアセスメントを記入してもらい、職員間で情報共有している。また、生活の場面でご本人からのお話や新たに得た情報などは申し送りノートなど記入し情報共有している。		
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	毎朝夕の申し送り時に入居者の状態や一日の様子を職員は共有している。個人ノートを活用し現状の把握に努めている。		

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
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	居室担当者が介護支援専門員と共に介護計画を作成し、家族の意見も取り入れながらそれを元に毎月のケア会議で話し合い、モニタリング、評価を行っている。		
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	日々の様子はIpadに記録し、特別なエピソード等があるときにはノートに記入し、職員全員が把握できるようにしている。統一したケアが必要な場合には、ケア会議で話し合っている。		
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	ムース食しか食べられない方でも、嚥下の状態をよく観察したうえで希望に応じてネギトロ丼や鰻丼などご本人の好きな物を可能な限り提供している。		
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	認知症カフェの主催と参加、認知症フォーラムにて作品の展示等に参加し、自身の力を発揮している。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	内科、歯科、皮膚科はかかりつけ医がおり、何かあったらすぐに往診対応してもらえるシステムができています。		

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	クリニックや職場内の看護師に入居者の些細な変化を報告し、適切な受診や看護を受けられるようになっている。		
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。	法人の医師を通じて、大学病院等に情報提供し入院できるようになっている。また、早期に退院ができるように、病院関係者との情報交換に努めている。		
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	入居後早い段階で、主治医と今後起こりうる経過や、治療への希望など話し合う機会を持っている。また、身体状況、精神状態の変化に合わせ、起こりうるリスクについて、ご家族へ説明を行っている。また、リハや歯科等とも協力しながら終末期の支援を行っている。		
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	毎月のケア会議でAED、吸引機、酸素ボンベの場所の確認を行っている。入居者個々の、病状に関しての対応については、行っているが、基本的な応急手当については、しばらくしていないため、今後行っていきたい。		
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	夜間想定避難訓練には、地域の消防団の方も多数参加してくれている。火災、地震、水害等災害時の対応についてはケア会議で防災委員から話があり、皆で訓練等を行っている。		

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	
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	トイレ誘導時にはさりげない声掛けを行い、のれんやカーテン、タオル等でプライバシー保護に配慮しながらケアを行っている。			
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	押しつけにならないように、選択肢の中から自ら選んでもらったり、好きな物を食べていただいている。なかなか言葉が出てこない方には、待つことを大切にし、自己決定を尊重する声掛けを行っている。			
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	起床時などは人手も少ないため、職員のペースになってしまうこともあるが、できるだけ本人のペースで過ごせるよう心がけている。			
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	洋服を選べる人には選んでもらっている。重度の方には声をかけ、表情等で判断している。行事等の時には、本人に確認しながらメイクやネイルを施し楽しんでいただけるよう支援している。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	個人の嚥下力に合わせた食事を提供している。ソフト食までの対応が可能。希望があれば日常的にメニュー以外の本人の好きなものを提供している。			

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	入居後1 か月は飲水量を記録し、その方がどの程度飲まれる方なのか把握するようにしている。健康診断の血液検査結果をもとに、医師とも相談し例えば高脂血症の方には脂質の多い補助食品を豆腐に替えるなど工夫している。		
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	歯科医師の指導を受け、歯ブラシ、歯間ブラシ、口腔ケアスポンジ等その方に合わせた物を使用している。起床時、毎食後口腔ケアを行っている。		
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	排泄表をつけ、次の誘導の時間の把握に努めている。夜間オムツ対応の方も、日中は職員2人介助でトイレに座り、トイレでの排泄を促している。		
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	毎朝ヨーグルトを提供している。毎食時お茶にファイバーを入れ、食物繊維を摂れるようにしている。排便がすっきりと出るように、緩くなりすぎないように、一人一人に合わせた排便コントロールを行っている。		
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	重度化により、職員2人介助でないと入浴できない方が何名かいるため、その方たちは、入浴日が決められている。同性介助を希望されている人には、同性の職員がいる日に入浴してもらっている。		

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
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	夜間覚醒してしまう方には、日中に日光浴を行い夜間の安眠に繋がるよう努めている。また、不安等で起きて来る方には安心できるような声掛けを行い、入眠を促している。		
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	個別の服薬情報ファイルがあり、服薬表を利用しすぐに確認できるようになっている。状態により薬の変更があった場合は、体調の変化などないか申し送っている。		
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	洗濯量などが得意な方には、日々の中で役割として行っていていただき生活の中で役立っている感覚を持てるよう支援している。お茶時間には本人の好みに合わせて提供している。		
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	毎日玄関から外を眺める人、外気浴に出かける人、気候の良い日には外に出られるよう支援している。また、毎月25日のふれあいカフェに毎回参加し、地域の人と交流する場面もある。		
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	現在お金の自己管理をする入居者がいないため、職員側が管理しているがいつでも使えるような体制になっている。		

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
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	ご家族から電話があった時には、本人にも出てもらい話してもらうこともある。海外にご家族がいる方は、ご家族がテレビ電話を用意してくれ、通話を楽しんでいる。		
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	季節によって、太陽の光がまぶしい時があり、日中でもカーテンを引くなどしている時もある。トイレで排便があった時など、フロアの換気扇も使用し、臭いを取っている。季節に合わせた装飾をするよう心掛けている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	テレビが観たい方はテーブル席からソファ席に移動したり、車椅子の方も夕食後にはテレビ前に移動し、テレビを見る時間を作るなどしている。また、離れた場所に座りたい方は一人で座っている。		
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	家族との写真等思い思いの物を持ち込んでもらっている。使い慣れた椅子を使っている方や以前使っていた楽器などを置いている方もいる。		
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	居室のドアには自身の名前が書いてあり、トイレや浴室にはわかりやすい表示をしている。		

事業所名	高齢者グループホーム 横浜はつらつ
ユニット名	くらき

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	地域の中で、その人らしく豊かで明るい生活を最期までおくれる事という理念のもと、開設から実践につなげている。新人職員にもわかるように利用者一人一人の力を存分に活用できる様、管理者・職員は日々の申し送り、ケア会議等で話し合い共有している。		
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	地域ボランティア月1回の訪問（音楽療法フットケア等）がある。夏まつりには保育園や地域の人々の参加があり、避難訓練には管轄の消防署員や地域の消防団の参加がある。又地域の商店（八百屋、電気屋、米屋等）にも長		
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	毎月1回25日にふれあいカフェを開催したり、今回は11月の運営推進会議にて、認知症サポーター養成講座を開催し認知症の人の理解や支援方法等を地域の人々に向けて発信した。		
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か月に1回開催し今回、職員の負担や利用者に関わる時間を作るために、委員の方の意見を取り入れ9月から食事を湯せん食に変更した。		
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	区担当者には、運営推進会議や夜間想定避難訓練等に呼び掛けているが、忙しい為中々参加して下さない現状があるので運営推進会議の報告書を提出している。何か相談事等があった時には連絡し協力し合える関係が築けている。		

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
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	身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催し、ユニットへフィードバックをしている。又、事例検討やグループワーク等を通し正しく理解する機会を持ち拘束等をしないケアに取り組んでいる。新人職員には、研修に参加してもらっている。年1回の自己点検チェックリストを記入し再確認をしている。		
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	虐待防止委員会を3ヶ月に1回開催し、委員中心に勉強会や事例検討会を行っている。事業所内での虐待や身体拘束に相当する行為が無いか毎月のケア会議で確認を行い、虐待防止に対するお互いの意識を高め合っている。		
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	統括部長・管理者・職員（計画作成）は研修を受け、実際に成年後見制度を受けている2名の利用者の弁護士とも対応している。新しい職員も増え、権利擁護を理解していない職員もいる為、全職員が理解するようにして行きたい。各スタッフは成年後見制度については知っており、関係者の対応もしているものの、しっかりと理解していないスタッフもいる。		
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	管理者・計画作成は契約前からご家族と面談を行い、十分な説明をし双方が納得した上で契約している。契約時に重要事項の説明を再度行う。何か疑問等があった場合その都度、説明を行っている。		

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
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	利用者はケア会議やケアプラン作成の際に意見や要望を言うことが出来ている。家族には、ケアプランの説明時や、面会表のご意見欄に随時意見や要望を言うことが出来るようにし運営に反映させている。また家族から体操や散歩など希望があれば、スタッフ不足ではあるが、現在のスタッフの人数で行えることを取り入れている。		
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	ケア会議を月に1回行い、意見を吸い上げ法人全体の企画会議に報告し、代表者の意見をもらい職員の要望や改善できる点は改善するよう努めている。又、定期的に面接や毎月の職員会議や日々の申しおくりでも気づいたことなどは、提案や意見として出せるようになっている。		
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	企画会議にて統括部長・管理者は代表者に常に職員の努力や勤務状況を報告し、やりがいのある職場をめざし努力している。又、永年勤続賞を設け長きに働いている職員には、お祝い金が支給される。		
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	管理者は認知症介護の取り組みを積極的にを行い内外の研修の機会を多く取り入れている。重度化する認知症の人へのケアに対する能力向上につなげ前向きで尊厳を持って業務に励んでいる。		

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
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	横浜市グループホーム連絡会に加入し、同業者と交流する機会を作っている。交流研修にも職員も参加している。又、研修等の定期的な勉強会を開催しサービスの質の向上に努めている。		
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	センター方式によるアセスメントをご家族に書いてもらい、各職員が情報を共有し会議等で、本人からも意見を聞いている。入居時に、センター方式による暫定ケアプランを作成し、入居後の様子観察や聞き取りをしながら、本人が安心して暮らせるよう関係づくりに努めている。		
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	入居前より、面談等で家族の不安や困りごとの相談を受けたり、疑問点がある場合はその都度話をしている。都度、疑問や要望などを聞きながら、関係づくりに努めている。		
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	面談時、契約時にご本人、ご家族に聞き取りを行っている。又、その時点でセンター方式によるアセスメントを渡し、記入してもらっている。その情報をもとに、関連機関と連携を取りながら各職員が情報を共有し、初期介護計画を立て本人と家族が必要としている支援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
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	日々の生活の中で、残された能力を生かしながら、職員と一緒にお手伝いをしてもらっている。重度の方にも、手が動く方であれば、お盆をふいていただいたり、スタッフと一緒に清拭をたんで頂いたりしている。		
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	面会や行事などへの参加を呼びかけ、いつでも家族が来れる環境を作っている。また必要なときはケアプランに組み込み、面会時のお散歩や外出などご家族にも協力して頂いている。		
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	これまでは本人持ちの携帯電話の使用や、手紙の投函代行等行っていたが、現在は無い。ご家族からのお手紙が頻繁な方には、取次行っている。		
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	スタッフそれぞれが利用者同士の関係を観察し、状況に応じて誰かが孤立しないように対応している。トラブルが起きた際には、柔軟に座席の変更をしたり、トラブルになる前にスタッフが介入したりしている。重度の方でも孤立しないよう、スタッフと一緒に交流できるようにしている。		
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	退去されたご家族が運営推進委員になっており現在もはつらつの為にお手伝いをして下さっている。		

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
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。	日頃の会話などから想いや希望などを聞いたり、ケア会議で要望を聞いたりしている。困難な場合は、キーパーソンなどとも相談し、本人本位に検討できるようにしている。		
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	面談時、入居時、センター方式のアセスメントシートにご家族に情報を記入してもらい職員はその情報を共有している。また日々の利用者の会話の中から情報収集し個々の状態を把握している。		
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	毎朝のミーティングで利用者に関わる一日の目標を決め実践している。個人の申し送りノート、月一回のケア会議等で職員は、常に現状を把握し、変化を見逃さないように努め、必要あれば医師にも相談している。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	生活援助計画表に目標や経過状況、今の様子、評価を記入し、ケア会議で話し合い、基本的に介護目標を3か月ごとに見直している。変化のあった時には随時、本人・家族・関係者と話し合いを持ち、現状を介護計画に反映させている。		

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
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	日々の様子やケアの実践、結果、気づきなどは随時個別に記入し朝夕の申し送りやケア会議等で相談し介護計画にとりいれている。変化があった場合はまず試行しその結果をケア会議で話し合い反映させている。		
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	法人のクリニックを利用したりすぐく保育園との交流、歯科、他クリニックの柔軟な支援サービスを行っている。家族が希望すれば、訪問マッサージも個別に行っている。		
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	入居者家族の紹介による八百屋の利用や、地域の電気屋が修理に来たり、商店の配達などが行われている。又、町内会館にて開催されるふれあいカフェにも参加し地域との交流を図っている。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	母体がクリニックであり、医師とはすぐに連絡が取れ必要時には相談や、往診に来てもらう事が出来る。統括部長も看護師であるため本人や家族の希望には柔軟に対応出来る希望する病院があれば紹介状も書いてもらう事ができる。受診への職員付き添いも可能である。歯科や皮膚科などの専門医も往診に来る体制が取れている。		

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	統括部長が看護師であるため、適切なタイミングで相談や報告ができる状態である。同一法人のクリニックや老健の看護師にも相談でき、すぐに受診等の対応が出来ている。		
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。	統括部長・管理者や計画作成は病院に赴きご家族・病院関係者と情報交換を行い、早期の退院に努めている。又、情報は速やかに当クリニックの医師や家族職員に共有されている。		
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	入居後暫く経ち生活に慣れて落ち着かれた時期に、医師、看護師、ご家族と終末期対応について説明し「同意書」を取り交わしている。医師の診断で終末期の状態と判断されたら医師から家族に状況経過の説明をして意向を再確認する。又、チームで支援に取り組んでいる。		
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	一年未満の職員が増えてきている為、新しい職員には急変時対応の研修を法人として行っている。応急手当や初期対応の研修、勉強会などを行っているが、実践力に個人差があるため、これから新人職員に対しては、勉強会を行って行きたい。		

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
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2回の避難訓練、夜間想定避難訓練の実施、水害訓練の実施を行っている。毎年消防署、地域の消防団、運営推進委員、家族など多くの参加を得ている。反省会などを通し消防団や地域の方とも交流し協力体制を築けるよう努力している。又、防災委員会を立ち上げ、BCP計画を作成し、月1回の防災会議、年一回の訓練を開いている。		
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	1人1人の人格を尊重しプライバシーを損ねない言葉かけで対応しているが時々職員本位の声掛けをしてしまう事がある。常に気になる場面があれば計画作成、管理者がその場で指導している。又、身体拘束委員会・虐待防止委員会を立ち上げ、不適切ケアの研修、勉強会を行い周知徹底している。		
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	できるだけ希望に沿うよう働きかけてはいるが、全て実現できているわけではない。日々の会話やケアなどで思いや希望を表す機会を持ったり、自身で決定できるように働きかけている。意思疎通が困難な方でも、表情などを観察しながら思いをくみ取れるよう努力している。		

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
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	その方の心身の状況や職員の人数の都合上、職員ペースで行ってしまう事もあるが常に利用者のペースにあわせた生活のリズムを作り、その人の出来る能力に合わせたケアを行っている。		
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	まだ自分で選べる方には洋服を選んでもらっているが、自己決定が難しくなっている方などは、職員が声をかけ表情を見て着て頂いたりしている。毎朝保湿クリームを塗るなどその人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	野菜の皮むき、盛り付け、食器の下膳や洗い、拭き等は本人の役割と思って下さっているので出来るだけ行っていたくよう、スタッフと利用者が一緒に行える環境を作っている。個々にあった食事形態の工夫による個別支援をしている。		
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	アルブミン数値の確認や2ヶ月に一度の体重測定を行い変化のあった利用者の方などは医師や栄養士に報告・相談をし一人ひとりの状態に合わせて食事形態を工夫している。水分量は必要に応じてチェック表や観察記録に記入し職員が共有できるようにしている。		

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
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、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	口腔ケアは毎食後歯科往診医とも連携し本人の口腔状態に応じた物品を使用し行っている。歯磨きが出来る方には行って頂き仕上げ磨きや歯間ブラシ、義歯洗浄をスタッフが行っている。又、歯科衛生士に指導を受けた内容を介護計画に取り入れ実施している。		
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	排泄パターンを観察し下着やリハパンなど検討しトイレ誘導を行っている。重度の方の排泄も、すぐにオムツにするのではなく日中は介助でトイレに座って頂き排泄の自立に向けた支援を行っている。		
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	排泄表により毎朝、排便状態を確認し-3日以上にならないようにしている。座薬や下剤を使用しなるべく失禁を減らし、トイレに座って頂き排泄している。腸閉塞の病気を持っている利用者の方には、排便の観察を行い医師と連携し排便のコントロールを行っている。		
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	限られた職員の中ですべての希望に添う事は出来ないが入浴が好きな方には週3回以上入浴してゆっくり入って頂けるよう支援している。		

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	寛げるソファを用意しいつでも休息出来るようにしてあり、希望する方にはお昼寝の対応をしている。自立度の高い方は自由に居室に戻り休まっている。又、夜間眠れない利用者等は職員が話を聞いたりし、ホットミルクなどを提供し安心して眠れるよう支援している。		
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	医師の指導、指示、薬局の配薬表等により服薬の支援を行い、職員間で症状の変化を確認し医師に報告している。またこの薬の処方状況を、申し送り帳に記入し、しっかりと申し送るよう努めている。		
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	それぞれの生活歴や残存機能を生かした役割を持っていただき、野菜の皮むき、お天気表の記入などをお願いし、終わったら必ずお礼を伝えている。		
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	散歩が困難な方はベランダ周りを歩いて頂いたり外気浴をしている。「帰りたい」と言われる時には、一緒に外を歩きながら本人の思いを聞いている。家族との外出、外食は定期的に行っている方もいる。計画的に全体での外出支援を増やしていきたい。		

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
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	自己管理は、ほとんどの利用者が出来なくなっている。お金を所持したいと言う希望があれば所持したり、使えるように支援していく。		
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	好きな時に電話が出来るようになってはいるが、今の所希望はない。又、便せんや切手の希望があれば購入し投函する等の支援を行っているが、希望される方はいない。希望されれば対応できる。		
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	季節ごとに装飾品をかえたりして、春夏秋冬を感じられる工夫をしている。又、防火扉などの無機質な扉にはのれんを掛け温かみを感じられる様に工夫をしている。日中身体を休めなければならぬ入居者の方などには室温調整・陽射しが当たらない様その都度カーテン等で調整している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	玄関や居間等にソファを置いたりすることで、気の合った入居者同士がくつろげるスペースを作っている。フロアでは完全に一人になれる場所はないが、歩ける方は自由にお部屋とリビングを行き来されている。自分で動けない方などは、お部屋で過ごせる時間を作ることでそれぞれの方が一人になれる日中の時間を作っている。		

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
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	入居時に使い慣れた家具などを持ってきていただき、出来る限り居心地よく安心して過ごせる様に努めている。ご家族面会時にご本人の好みそうな飾りを持参され、お部屋に飾られている人もいる。		
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	居室の入り口に表札を掲示し、居室がわかる工夫をしている。またトイレは「便所」「トイレ」と表示し、風呂場には暖簾をかけるなどし、自立した生活を送れるよう工夫している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名

高齢者グループホーム 横浜はつらつ

作成日

令和8年3月31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	21	個別ではできているが、全体での外出支援を定期定期に増やしていきたい。	ユニット毎の外出支援を増やす	年間計画の元、年に2回の外出計画を立て実施する。	一年
2	9	日勤帯のみ週5日間勤務のリーダーとしての資質を持つ職員がいても常勤にはなれないという現状がある。	資質のある非常勤は、条件が合えばリーダーになれることで本人のモチベーションアップにつながる。	法人全体の会議に議題としてあげ、承認をもらう。	3カ月
3					
4					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。