

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 | 1490900055 | 事業の開始年月日 | 平成19年7月1日 | |
| | | 指定年月日 | 平成19年7月1日 | |
| 法人名 | 株式会社 ウイズネット | | | |
| 事業所名 | グループホーム みんなの家 横浜小机 | | | |
| 所在地 | (〒222-0036) 神奈川県横浜市港北区小机町2170 045-473-6667 | | | |
| 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26年11月5日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成27年1月8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)】

地域の中に根差したホーム運営を心掛けております。ホームの行事に地域の方達をお招きし、入居者・家族・職員と親しく交流を行いこのホームを良く理解して下さるよう積極的に働きかけています。地域包括支援センターから紹介いただいたボランティアも活用しています。日常の業務では継続して誤薬を防ぐ取り組みを実施し、転倒骨折予防にフロアシートを敷いたり、歩行が不安定な方にはパット入りのガードルを装着して頂き安全に配慮しております。開設して7年が過ぎ入居されている方も体力など低下されてきていますので、その方一人一人に合った対応を行い毎日を穏やかに過ごして頂ける様心掛けております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-----------------------|---------------|-------------|
| 評価機関名 | ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部 | | |
| 所在地 | 神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年11月27日 | 評価機関 評価決定日 | 平成26年12月24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)】

| |
|---|
| <p>【事業所の優れている点】 ◇地域に密着した理念の見直しと共有 ・事業所の環境を考慮し、5年前に全職員による理念の見直しを行い、事業所独自の理念「近隣住民との交流を大切にし、アットホームで笑顔のあふれるホームづくり」を作成している。一日3回の申し送りの際に唱和し、理念の周知を図ると共に職員は理念を反映した実践を心がけている。 ◇地域との密接な交流 ・散歩時には近隣の方へ声掛けを行ない友好関係を構築し、今では地域農家から野菜の提供を受けている。利用者の地域の行事への参加、地域住民による事業所の行事への参加、運営推進会議での地域委員からの適切なアドバイス、地域住民による手品、紙芝居などのボランティアの受入れ、また、災害訓練への地域住民の参加、地域防災協定書の締結などがあり、事業所自体が地域の一員として交流している。</p> <p>【事業所が工夫している点】 ◇利用者ごとの居宅担当者の配置 ・各職員が原則1名の利用者を担当し、居室の整理・整頓、衣類の入れ替え、消耗品の補充などの居室管理を行っている。同時に担当する利用者のアセスメント、モニタリングを行い、ケア会議に参加し利用者の現状に即した介護計画につなげている。</p> |
|---|

【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 横浜小机 |
| 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 |
| | | | 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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (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、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 | 会社の理念とホームの理念を毎回の申し送りの時に斉唱し、理念の意味を全員で認識して実践に努めている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・事業所独自の理念「近隣住民との交流を大切にし、アットホームで笑顔のあふれるホームづくりを」を5年前に全職員参加で作った。 ・職員は地域住民との会話、利用者と笑顔で寄り添い理念の実践につなげている。 | |
| 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 | 町内会に加入して地域の情報を得るようにしている。地域の行事に参加したり、ホームの行事や避難訓練に協力して頂いている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・町内会に入会し、地域の行事に参加している。また、事業所の行事に地域の人々を招待し、地域住民との交流を深めている。 ・地域住民による手品や紙芝居など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 | 行事や訓練・会議でホームに来設されたとき、入居者様と接する機会があり生活の様子などからご理解頂いている。地域の民生委員20名が見学に見え、その内数名がホーム行事に参加して下さり、入居者の面倒を見ていただきました。 | / | / |
| 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 | 隔月に開催している運営推進会議では、毎回活発に意見交換が行われ、ホーム運営や入居者の介護についてアドバイスを頂き、業務に反映させている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・2ヶ月毎に開催し、家族、地域の住民、域地域包括支援センター職員などが参加し、事業所の現状報告などを行っている。 ・参加者から、盆踊りや秋祭りのお誘い、横浜スタジアムでの行事開催時のごみに注意することのアドバイスなどを受けている。 | |
| 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取り組んでいる | 介護保険や生活保護に関する相談や連絡を密に行っている。生活保護者の医療相談、介護保険更新時には認定調査員と詳しく意見交換が出来ている。横浜市高齢者グループホーム連絡会の会議が区役所であり、関係部署の方達と意見交換が出来た。 | <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険認定更新時などに担当者との話し合い、港北区の介護相談員が3ヶ月毎に来訪し利用者の相談相手になったり、事業所の実態を把握してもらっている。 ・運営推進会議の議事録を担当部署に送付し関係協力を繋げている。 | |

| 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 | 身体拘束の研修に職員が順番に受講できるようシフト調整をしている。毎月身体拘束廃止委員会を開き、職員全員で拘束に関する情報や意見交換を行い、理解と実践を求めている。 | ・身体拘束禁止となる具体的な行為、身体拘束廃止に向けてまずなすべきこと、身体拘束せずに行うケアを明記した文書「身体拘束ゼロ推進」を玄関に掲げ周知を図っている。 ・緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合は、家族又は利用者の同意の文書を得るようにしている。 | |
| 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 | 研修で学んだ知識を持ち帰り、委員会の時に伝達研修として職員全員で学ぶようにしている。 | | |
| 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 | 成年後見人制度について研修の機会があれば受講して知識を得るようにしている。ホームにも制度を使われている方が入居されているので、身近の問題として理解されている。 | | |
| 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 | 契約時に契約に関する説明と解約に関する事項について詳しく説明している。契約日前にコピーの契約書を送付し、事前に疑問点や不明事項など質問できるよう用意して頂いている。 | | |
| 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 | 運営推進会議の委員や家族会に出席した家族から率直な意見を頂いている。又話し易い環境に心掛けている。貴重なご意見は後日結果をお知らせするようにしている。 | ・職員は、利用者に寄り添い日常の会話の中で、また、家族の来訪時や家族会、運営推進会議などでそれぞれの意見・要望を聴くようにしている。 ・誤薬防止や外出などに関する提案がありそれらを運営に取り入れている。 | |

| 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 |
| 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 | 毎月全体会議とフロア別の会議を行って意見交換と、管理者会議の伝達事項を通知している。会議で話された事は共通の情報として全員に認識させている。 | ・管理者は、毎月の全体会議、フロア会議や職員との日常会話などで職員の意見を引き出すようにしている。職員からの意見や要望はその都度検討して運営に反映させている。 ・職員からは、非常災害時における安否確認に関する提案があり運営に反映させている。 | |
| 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 | 就業状況は人事担当者が管理している。毎年人事委評価を行い、職員自身で自らを評価し目標を持ち、その努力を評価している。 | | |
| 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 | 定期的な研修を設け、だれでも参加出来るようにしている。資格取得の為の研修も充実していて学びやすい環境を得ている。 | | |
| 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 | 横浜市高齢者グループホーム連絡会に入会して、連絡会や研修に参加している。小机地域のグループホームとの連絡会にも参加して情報共有を図っている。 | | |
| 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 | 御家族から本人の状況を良く伺い、問題点を把握した上で本人からの気持ちや希望を時間をかけて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 | 入居前の御家族の相談の中から、心配事・不安なことなどをしっかり聞き取り、家族の要望に出来るだけ沿えるよう対応している。 | | |
| 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 | 入居前の本人からの聞き取り調査で必要とする支援を探り出し、プランに繋げている。 | | |
| 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 | 尊敬の念を忘れず、自立支援を中心とした介護を行い、共に支え合う関係づくりを意識している。 | | |
| 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 | 入居時にご家族の存在の大切さを伝え、精神面で本人を支えてくれることをお願いしている。問題を常に共有し共に支え合う事を築いている。 | | |
| 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 | 御家族との外出や外泊等は自由に行っている。面会も本人の気持ちを優先に行っている。電話の取次ぎや手紙の投函などの支援も行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・契約前の面接の段階で、利用者、家族から馴染みの人や場所を聞いている。 ・馴染みの店での買い物、美容室などに行けるように支援している。また、家族との連携で墓参りなど行っている利用者もいる。 | |

| 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 | フロアで過される時、会話をされたりレクリエーションを通して一緒に生活を楽しむ仲間作りを支援している。家事のお手伝いも仲間でされたり、食事の初めと終わりも一緒に挨拶をしているなど一体感を持つて頂いている。 | | |
| 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 | 退居後も連絡や相談がある時は丁寧に対応している。特養に移られた方をご家族の了解を得て面会に伺う事もある。5年以上経ってから裁判で必要な書類を依頼されたときも出来るだけ協力して提出している。 | | |
| 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。 | 各入居者には担当者を付けて居室内の整理整頓や日用品の不足品に注意し、不自由の無いよう配慮している。ケアプランに繋げる事案についてはカンファレンスで検討している。 | ・職員は、利用者との日々の生活の中で信頼関係を深め、散歩時や入浴時の会話などで思いや意向を把握し、得た情報は全体・フロア会議で共有している。 ・意思疎通が困難な利用者には、家族からの情報や日々の行動や仕草から思いや意向を把握している。 | |
| 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、入居後でも家族から情報を得るようにし、本人の生活ぶりからも理解しながら支援を心掛けている。 | | |
| 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 | 入居後の生活記録から一日の生活状態や心身状態を把握し、問題点をだしカンファレンスに繋げ、問題解決に結び付けられる様努めている。 | | |

| 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 | 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 | 定期的にあセスメントをとり、モニタリングとカンファレンスを各フロア職員会議で行い、家族と本人の希望を半年ごとに取り入れて計画を見直している。モニタリングは3か月ごとに行っている。 | ・居室担当者による6ヶ月毎のあセスメント、3ヶ月毎のモニタリングで利用者の様子を把握している。 ・利用者、家族の意向を踏まえ、毎月のケース会議で関係職員間で意見交換を行い、現状に即した介護計画を原則6ヶ月ごとに作成している。 | |
| 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 | 生活記録には出来るだけ詳細に記録を行い、ケアプランが生活に反映されているか職員自身で検証している。問題点が出てくれば情報を共有し、次のプラン見直しに繋げている。 | | |
| 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 | 本人の状態に応じて必要なサービスが居ると判断した時、医療関係者とも相談してそれぞれに合ったサービスを提供している。訪問リハビリのマッサージや治療院の歩行訓練、シニアセラピーのオイルマッサージなど利用している。 | | |
| 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 | 地域のボランティアが来てくれて手品や紙芝居、お話し相手など利用させて頂いている。町内の美容院やコンビニにヘアカラーに行ったり、買い物をしたりしている。 | | |
| 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 | 入居者全員が訪問診療を受けている。月2回の内科医と歯科医の診察。月4回の歯科衛生士による口腔ケア。月2回の薬剤師による処方薬の服薬指導があります。個人的な通院は家族にお願いするか、往診をお願いしている。 | ・事業所では入居時に家族の同意を得て協力医（内科、歯科など）を主治医として契約している。 ・かかりつけ医から協力医への変更の際には診療情報提供書で引き継いでいる。 ・皮膚科などかかりつけ医の通院介助は、原則家族が行なっている。 | |

| 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 |
| 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 | 医療連携室の看護師による週1回の訪問で健康管理を受けている。連絡ノートがありお互いに状態を把握する為記入して、相談をしたり看護師から指導を受け場合によっては看護師から直接担当医に連絡して受診に繋がったり、指示を受けている。 | | |
| 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。 | 入院された方のお見舞い時、病棟の看護師から治療方針を聞くことが出来れば情報を得て、退院の時期を把握している。病院とのムンテラにも出来るだけ参加している。 | | |
| 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 | 主治医から重度化の恐れがある方の情報を得た時は、主治医から家族に説明をして頂き、ホームとしての対応をホームと家族とで話しあっている。その際に看取りに向けての話し合いも行っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・契約時に「重度化した場合の対応に係る指針」の文書に基づき説明している。事業所での生活を希望される場合、訪問診療医、看護師、介護スタッフが連携し必要なケアを行っている。 ・職員は法人研修や協力医による研修に参加し学習している。 | |
| 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 | 急変・事故発生時のマニュアルを備え、いつでも全職員が対応できるようにしている。応急手当の指導は今年秋の避難訓練時に消防隊から指導を受ける予定です。 | | |
| 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 | 定期的に訓練を実施している。夜間一人体制の場合に重点を置き、地域の方達の協力を得る為、訓練に参加して頂いている。災害備蓄品も買い足しと期限切れに注意している。 | <ul style="list-style-type: none"> ・年2回非常災害に備え避難訓練を行っている。訓練には夜間を想定した訓練も含まれている。 ・訓練には地域の人々も参加し、また、地域とは防災協定書を締結している。 ・備蓄リストを作成し、食料・水・簡易トイレ・防寒具など備蓄している。 | |

| 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 | 接遇の大切さを繰り返し指導している。日々の忙しい業務の中で言葉かけや態度が雑になりかねないを防ぐため、常に職員が互いに注意し合う事が大切と思う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・敬意を持って利用者に接し、誇りを損ねない丁寧な言葉づかいや、さりげない支援に努めている。 ・職員はチェックリストを使って接遇の自己確認を行い、職員の対応によっては、管理者がその場で注意し、職員間でも確認し合っている。 | |
| 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 | 自由に過ごせる環境と自由に話せる環境づくりに努めている。自己表現出来なくなった方でも表情などから読み取れる様、見守っている。 | | |
| 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 | 食事時間や体操の時間など一日の中で決まっている期間もあるが、その他の時間は個人の自由にして頂いているが、共同生活の大事さもお話している。 | | |
| 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 | 毎日着る洋服は自分で選んでもらっている。訪問美容のカットも自分でどうするか美容師さんに伝えるようにしている。 | | |
| 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 | 食事のメニューを貼りだし、パタカラ体操の後「今日のお昼は・・・」という様に伝えている。テーブル拭きから箸並べなど支度から食事前・後に声を合わせて挨拶をするなど一緒に食事を楽しむようにしている。隔月でおやつ作りを楽しんでいる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・職員も談笑しながら利用者と同じ食事をとり、食が進まないときには梅干しや佃煮を勧め、食事を楽しめるよう配慮している。 ・利用者に、食事の支度や後片付けを手伝ってもらっている。 ・おやつ作りなど、利用者が調理に参加する機会を設けている。 | |

| 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 |
| 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 | 食事量や水分量はチェック表を活用して不足にならないよう注意している。食事量が落ちた方には主治医と相談して栄養剤を処方している。 | | |
| 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 | 食後の歯磨きは自立している方にもよく磨く様声かえを行い、介助が必要な方には、まず自分で磨くことをして頂いてから仕上げを介助している。週1回の口腔ケアで指摘されたことは次回までに改善されているよう努めている。 | | |
| 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 | 排泄感覚の無い方は時間でトイレにお連れして出来るだけトイレでの排泄を心掛けている。自分でトイレに行かれる方でも始末が出来ない方には、そっとついていき言葉かけに注意して介助を行っている。 | ・排泄チェック表を活用して、また、様子を観察してさりげない声掛けやトイレ誘導で、排泄の自立を支援している。 ・夜間には、必要に応じてポータブルトイレを使用し、巡回やセンサーによる、見守りや介助を行っている。 | |
| 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 | 便秘にならないよう毎日の排便のチェックをしている。個人によっては、毎日牛乳を飲んで頂いたり、運動で排便を促すようにしている。 | | |
| 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 | 可能な限り希望をお聞きしているが難しい時もある。同性の介助を希望される方には希望に沿い、入浴して頂いている。気分よく入浴できるよう入浴剤など使用したり、洗身するタオルは綿を使うなど配慮している。 | ・週に2~3回の入浴のほか、要望に応じてシャワー浴を行っている。状況に応じ、リフト浴を行っている。 ・入浴拒否があれば、無理強いせず、日程を変更している。 ・刺激の少ない綿タオルや入浴剤を使用し、寛いで入浴ができるよう配慮している。 | |

| 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 | 個人に合わせて自由に休息をとって頂いている。下肢の浮腫みで一定の時間足を拳上しなければならない方は休めるよう配慮している。就寝時間は自由なのですぐ休んだり、テレビを観たりされている。 | | |
| 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 | 薬剤師からの薬の情報や指導を連絡帳に記入し、共有の情報として持ち薬に対する知識を持つようにしている。見やすいように個人の服用薬の種類と副作用と一覧表にまとめてある。 | | |
| 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 | 個人のやりたいことを把握して希望に沿えるよう支援している。家事の手伝いや散歩、カラオケなど個人によっては異なるが、気分転換になるよう心掛けている。 | | |
| 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 | 外泊や遠出は家族が協力してくれている。買い物外出も希望されなくなり、近隣の散歩や外気浴等を行っている。外出支援には民生委員の方から協力の言葉を掛けて頂いている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・週1～2回、車椅子使用の利用者も、鶴見川流域センターなど、自然豊かな周辺の散歩に出かけている。一人で散歩したい利用者には、目立たないよう見守っている。 ・家族との外出を支援のために介護タクシーの手配をしている。 | |
| 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 | お金を管理できる方は自分で外出時買い物をされている。週1回来てくれる移動パン屋では自分で支払いはしないが、お財布と一緒に持ってパンを選び買い物の気分を味わって頂いている。 | | |

| 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 | 御家族や友人との手紙のやり取りや電話の取次ぎなどの支援を行っている。自分で携帯を持っていた方も使い方が分からなくなり、事務所の電話を利用して頂いている。便箋や切手購入の支援も行っている。 | | |
| 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 | 玄関・フロアには季節に合わせたレイアウトをしている。入居者の似顔絵に季節の衣装を着せ、壁に貼りだし皆さんで楽しんで頂いている。毎月の手作りカレンダーは各自で色塗りし居室に貼っている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・段差の無い、明るく広々とした共有空間には、利用者の作品や季節の装飾品をさりげなく飾り、落ち着いた生活の場としている。 ・毎日の清掃や温湿度管理、定期的な大掃除で、清潔で居心地の良い空間づくりに努めている。 | |
| 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 | 病気の症状は其々異なる為、それが元でトラブルになりそうな時もある。出来るだけ避ける為、席替えを行い様子を見ている。 | | |
| 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 | 昔から持っているものは極力持参して頂くようにしている。居室には家族の写真など置き、いつ見ても懐かしい・楽しい気分になれるようにしている。仏壇を置き、お水をあげたり拝んだりの習慣を続けられる様にしている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・エアコンや洗面台が設置され、毎日の清掃や、原則週1回のシーツ交換が行われている。床面は転倒骨折予防のフロアマットとなっている。 ・利用者ごとに居室担当職員を配置し、居心地よく過ごせるよう、日用品の補充などの居室管理を支援している。 | |
| 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 | 居室には名前を掲示し、トイレや浴室にも表示をだし迷わないようにしている。トイレや浴室、居室にコールを設置し用がある時は職員を呼べるようにしている。 | | |

| | |
|-------|---------------|
| 事業所名 | GH みんなの家 横浜小机 |
| 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 |
| | | | 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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (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、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 | 毎日の申し送り時にホームの理念を斉唱し、実践につながる様意識を新たにしている。 | | |
| 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 | 避難訓練やホームの行事に参加して頂いたり、近隣の散歩の時地域住民と挨拶を交わしたり、お花を分けて頂く事もあります。 | | |
| 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 | 運営推進会議やホーム行事を通して地域の方達と交流することにより、認知症の方への理解を深めて頂いています。 | | |
| 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 | 隔月に会議を開き、地域住民の代表者やケアプラザのケアマネにホーム状況の説明と報告を行って、意見交換をしている。皆さんの意見はホームのサービス向上に役立っている。 | | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 介護保険担当者に制度上難しいことを電話で相談・説明して頂いている。生活保護の相談にも応じて頂いている。 | | |

| 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 |
| 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 | 毎月の全体会議の時に拘束について話し合い、どのような事が拘束になるのか又拘束するにはどのような条件が必要かを繰り返し学んでいる。玄関の施錠は外からの不審者侵入防止のためにも行っている。定期的にチェック表を使い意識を高めている | | |
| 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 | 研修に参加したり虐待についての問題意識を職員間で共有している。 | | |
| 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 | 研修で学んでいる。実際に成年後見人制度を利用されている入居者もいる。 | | |
| 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 | 契約、解約などは管理者が行い、十分な説明を行っている。 | | |
| 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 | 隔月に運営推進会議と家族会を開催し、家族の意見や要望を伺い、運営に反映させるようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 全体会議の際や日常的にも意見や提案があれば聞いてもらっている。 | | |
| 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 | 高齢者雇用促進への取り組み、休憩をきちんと取る事、夜勤の日数を限定する等、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 | 各種研修にそれぞれ自由に参加出来る機会がある。 | | |
| 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 | ウイズネット間では他の事業所の見学や手伝いに行く機会がある。 | | |
| 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 | 本人、ご家族の要望を良く聞き不安なく生活できるよう、項目をケアプランに挙げて職員で共有した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 |
| 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 | 実態調査の段階で管理者、職員が本人・家族から良く話を聞き、入居後も不安なく過ごせる様ケアプランにも対応を挙げて職員間で共有した援助が出来るよう努めている。 | | |
| 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 | 本人家族の話を良く聞き、暫定プランにニーズを盛り込み、職員が共通した対応が出来るよう努めている。又必要に応じ、マツサージやセラピ等の利用の説明も行っている。 | | |
| 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 | 出来る事は出来るだけ本人にやって頂く様声掛けし、お手伝いや会話を通じて生活を共に出来るようにしている。 | | |
| 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 | 家族との交流を深め、本人家族職員が理解し合って、相互に協力し合える様努めている。毎月の一言通信でも本人の様子を正確に伝え、協力を得るようにしている。 | | |
| 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う、支援に努めている | 友人との外出、親類との外食、日帰り帰宅等を支援している。外出できない方は面会の機会が多く持てる様に働きかける。 | | |

| 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 | 気の合うもの同士を隣の席にしたり、会話が出来るよう間に入って橋渡しをしたり、居室にいる方におやつや、レクの声掛けをして下さる入居者の存在を大事にしている。 | | |
| 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 | 必要とされる相談には誠意を持って対応している。 | | |
| 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。 | 言動や会話から本人の思いを理解し不安の解消に努め、必要時は家族に伝え協力を仰いでいる。 | | |
| 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 | 入居前の生活環境、家族環境等を把握し、ケアプランに繋げていく。 | | |
| 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 | 毎日の生活記録は正しく情報を記入し、それを職員が把握することによって、個別に対応できるようにする。 | | |

| 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 | ケアプラン更新時、モニタリングやアセスメント、職員間でカンファレンスを行い、家族・本人の希望を聞き取り新たなニーズを引き出すことにより、生活に即したケアプランを作成している。 | | |
| 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 | 生活記録や医療などの連絡帳に記載した情報を共有し、実践からみえてくる事項をケアプランの見直しに活かしている。 | | |
| 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 | 利用者のニーズに合わせ、訪問リハビリや治療院のマッサージの検討を行い、主治医に相談して実施に繋げている。 | | |
| 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 | ボランティアの活用や地域ケアプラザの協力を得たり、可能な時は地域の行事に参加させて頂いている。散歩しながらコンビニなどで買い物もすることがある。 | | |
| 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 | 訪問診療を受けているので月2回は内科、歯科の診察がある。異変時には24時間オンコールが可能なので適切な相談や指示が受けられる。 | | |

| 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 | 医療連携室の看護師から週1回健康管理を受けている。入居者個人の連絡ノートに互いに情報を記載し、問題があれば看護師から受診のアドバイスや直接主治医に報告もしてくれている。 | | |
| 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。 | 入院時は担当医から医療情報、ホームからはサマリーを提出し、治療に役立てて頂いている。お見舞い時病院側から情報がもらえる時は退院の相談も行えている。退院時は入院中のサマリーを頂きホームでの生活に役立てている。 | | |
| 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 | 看取り介護を希望されるかどうか折に触れて個別に、又は家族会で話している。希望される家族とは承諾書を交わしている。 | | |
| 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 | 火災避難訓練は定期的に行っている。急変時の対応についてはマニュアル化されている。蘇生術の講習は消防署から指導を計画している。 | | |
| 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 | 定期的に訓練を実施している。火災避難訓練は主に夜間の職員が手薄の時間を想定して行っている。水害や地震の訓練は実施していない。訓練には地域住民が参加協力してくれている。 | | |

| 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 |
| 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 | 接遇の大切さを折に触れ認識し直している。言葉遣い、態度など常に自覚するよう努めている。 | | |
| 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 | 言葉に出さなくても訴えを察知したり、話しかけられたら傾聴する心のゆとりを持つ努力をしなければならない。 | | |
| 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 | 一人一人の訴えや希望は違うので出来るだけ良く傾聴し、理解し、沿えることには応えて支援している。 | | |
| 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 | 自分で出来る方は好きなようにして頂き、出来ない方はこちらで支援している。チグハグな服装に鳴らないよう注意している。 | | |
| 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 | カレーでも一皿に盛るのが嫌いな方には別皿にしたり、食の細かい方には補食として佃煮やふりかけをご用意している。下膳や食器拭きを手伝ってもらっている。 | | |

| 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 |
| 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・水分量をチェック表で確認し、不足の無いよう注意している。各人に合った食事形態を提供し、誤嚥や咽込みを防いでいる。 | | |
| 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、自立の方には声掛けし介助の必要な方には職員が行っている。週1回歯科衛生士による口腔ケアを受けて指導受けている。 | | |
| 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 | 夜間オムツの方も昼間はリハビリパンツを使用し、出来るだけトイレで排泄されるよう支援している。 | | |
| 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 | 下剤を調整したり、ヨーグルトや水分摂取で便秘しないように注意している。 | | |
| 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 | 無理強いしないよう拒否が強い時は別の日に変更する等臨機応変の対応をしている。入浴中は1対1の介護なのでゆっくりお話ししたり、歌を唄って楽しむようにしている。 | | |

| 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 |
| 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 | 本人の意思を尊重して対応している。昼夜逆転しないよう注意しながら休息を取って頂いている。 | | |
| 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 | 薬剤師から処方薬の説明など受けている。服薬管理表を基に個人の服薬の種類や副作用などすぐ分かるようにしてある。異常があればすぐ医師に連絡している。 | | |
| 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 | 外に出るのが好きな方、家事が好きな方、パズルなど頭を使ってゲームをするのが好きな方など其々違うので個人別に支援するようにしている。 | | |
| 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 | 外を歩くのが好きな方には出来るだけ天気が良い日はお連れし、友人との外出を楽しむ方には外出できるよう支援している。遠出はご家族がお連れするので薬の準備など支援している。 | | |
| 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 | 自己管理できる方は少ないが、外出時買い物をされている。使わなくても自分のお財布に小銭を入れて安心されている方もいる。 | | |

| 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 | 希望されればいつでも家族に電話を取り次いでいる。携帯電話で自由に連絡を取りあっている方もいる。 | | |
| 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 | 掃除を行い、清潔な居室や共有空間を保つよう努めている。適切な室温の管理や居室の陽射しなどにも気を配り、皆が集まるフロアには写真や貼り絵を壁に貼り、楽しめ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 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 | フロアのソファを自由に使用して頂いている。一人でテレビを眺めたり、おしゃべりしたり、洗濯物を畳んだりされて過ごされている。 | | |
| 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 | 持参した椅子やテーブルを置いたり壁に写真を貼ったり、花を飾ったり好きなように居室を変えられている。フロアでなく自室でテレビを観られる事もある。 | | |
| 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 | 手摺の設置や居室の表札、トイレ風呂場の表示など分からなくならないようにしたり、廊下に障害物を置かないようにして安全な環境を整えている。 | | |

目標達成計画

事業所名 みんなの家 横浜小机

作成日 平成26年12月23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 | 35 | ・災害対策 火災の避難訓練は実施しているが、地震と水害の対策が出来ていない。備蓄品は一応揃えている。 | ・地震が起きた時の心構えと避難場所の確認。 水害が起きた時の避難場所の確保。 | 1. 地震体験の為に起震車を消防署からお借りして体験する。 2. 水害の訓練は無理なので、行政の情報を基にマニュアルを作成する。 | 6カ月から1年 |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |