

2023（令和5）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 | 1493200222 | 事業の開始年月日 | 平成22年8月1日 |
| | | 指定年月日 | 平成22年8月1日 |
| 法人名 | ALSOK介護株式会社 | | |
| 事業所名 | グループホームみんなの家・横浜今宿 | | |
| 所在地 | (241-0817) 神奈川県横浜市旭区今宿 1-36-25 | | |
| サービス種別 定員等 | ■ 認知症対応型共同生活介護 | 定員計 | 18名 ユニット数 2 ユニット |
| 自己評価作成日 | 令和5年11月1日 | 評価結果 市町村受理日 | 令和6年4月3日 |

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

「笑顔の溢れるホーム作りを」という理念に基づき、普段から、レクリエーション活動やイベントを元に笑顔の溢れる用に心掛けています。2023年になり、コロナも落ち着き、ボランティア活動や外部との交流も少しずつ増えています。又毎月、金が谷主催のオレンジカフェにも参加し、ご利用者様の健康面・安全面に留意しながら、ホーム運営を行っていきたくと考えています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階 | | |
| 訪問調査日 | 令和6年1月17日 | 評価機関 評価決定日 | 令和6年3月19日 |

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

事業所は、相鉄線「二俣川」駅北口から相鉄バス乗車し、ニュータウン第五バス停車し徒歩4分程の閑静な住宅地の奥にある2階建ての建物です。周りにミカンの木やビニールハウスがあり高台にあるホームからは見晴らしがよく大山や富士山が遠望できます。

<優れている点>

事業所の理念「笑顔あふれるホーム作りを」を具現化するため、職員は日々創意工夫しながら支援に取り組んでいます。事業所内で行う運動会や、ゲーム、貼り絵、クラフト工作、おやつ作りなど多彩なレクリエーションを企画実施しています。地域交流も活発に行い、町内夏祭りへの誘いを受けています。神輿の神酒所となり、敷地内練り歩きや、獅子舞の披露、小学生のジュニアボランティアの来訪、ボランティアによるクリスマス演奏会など積極的な地域との連携に努めています。外出が難しいコロナ禍にあっても、リモートを駆使した、オレンジカフェや、タオル体操、ALSOKあんしんヨガなど利用者が楽しんで体を動かすことができるよう取り組んでいます。移動パン屋や移動スーパーの来訪もあり、外出ができない利用者も好きな物を購入することが可能となっています。職員は常に明るく振舞いアットホームな雰囲気を出し、理念を実践しています。

<工夫点>

介護計画で作成した利用者一人ひとりのプランを介護記録システムを活用しタブレットに入力することで、実行状況が一目で確認出来るようになっています。玄関には、家族や来訪者に親しんでもらえるよう、職員のカラーの顔写真を張った職員紹介パネルを掲示しています。

【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 | 1～10 |
| II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援 | 15～22 | 11 |
| 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 | 12～16 |
| IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | 36～55 | 17～23 |
| V アウトカム項目 | 56～68 | |

| | |
|-------|-------------------|
| 事業所名 | グループホームみんなの家・横浜今宿 |
| ユニット名 | 1U |

| 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。 | 理念は今年から変更し、玄関に掲示してあり、月2回の会議にて理念の共有・実践に努め、常に確認している。 | 新しい理念は「笑顔あふれるホームづくりを」です。職員は利用者の笑顔を引き出すために多彩なレクリエーションを企画実施しています。ゲームやおやつレクリエーション、各種ボランティアの来訪などを提案しています。職員は常に明るく家族のように振る舞うことを意識しアットホームな雰囲気を実践しています。 | |
| 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、夏祭りの時、施設に子供神輿が来て下さり、子供・親との交流もあり、ボランティア活動も再開しました。 | 自治会の回覧板で地域の情報を得て町内のイベントの誘いを受けています。夏祭りの神輿の来訪や、正月の獅子舞の披露、ボランティアによるクリスマス演奏会、小学生によるジュニアボランティアの来訪など多岐にわたり活動しています。地域交流を活発に行い地域と強い繋がりを築いています。 | |
| 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。 | 現時点では、積極的に行っているものはないが、町内会や地域の方々との相談等がある場合には、お話しを伺ったうえで関連部署につないでいる。 | | |
| 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。 | 2ヵ月に1回、金が谷と合同で、運営推進会議を行い、民生委員や地域ケアプラザとの交流を続けています。 | 年6回開催しています。うち3回は同一法人のグループホームとの合同開催をしています。自治会役員や民生委員、ケアプラザ職員、介護相談員などの出席を得ています。事業所の現況や今後の計画予定など報告し、出席者からは、町内イベントへの参加要請や、高齢者詐欺注意などの発言があります。 | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。 | 運営推進会議の際、地域包括支援センター、民生委員、町内会の方々にお越し頂いており、当施設の状況をお伝えしている。 | 旭区役所へ運営推進会議の実施報告や生活保護の手続きなどで随時連絡しています。また、運営推進会議に区の介護相談員の参加があり、情報交換を図っています。区内のグループホーム連絡会に所属し、情報共有の機会を得ています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 6 | 5 | ○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、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員への研修を実施し、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。 | 社内の身体拘束廃止委員会を中心に、意識的な身体拘束、無意識のうちに身体拘束と思われる行為や環境を作らないなど、職員全員で取り組んでいます。会議にて、社員全体で意識し取り組んでいる。会議録を読んで捺印している。 | 所要の指針を設け身体拘束廃止委員会を年4回、研修を年2回実施しています。研修の受講者や、参加できない職員もレポートを提出し理解度を確認しています。実際に職員が拘束具を身に着けて、いかに身体の自由が制限されるかを身をもって体験する実践の研修も実施し、身体拘束による弊害を学んでいます。身体拘束の事例はありません。 | |
| 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。 | 社内での虐待防止委員会を中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。職員のストレスについては、日頃の面談含め、虐待行為を発見したら、マニュアルを元に対応方法の徹底を行う。 | 虐待防止委員会を年4回開催し、研修も実施しています。法人からの統一議題もあり話し合いをしています。受講後レポートを提出し理解度を確認しています。玄関に虐待ゼロの行動指針を掲示し、職員が理解しやすいように言動・行動について、やってはいけない事、やらなければいけない事を具体的に明示しています。 | |
| 8 | | ○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性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。 | 必要に応じて制度を利用出来るよう、社内外の研修には便宜参加している。現在該当者はいないものの、以前は成年後見人のついた方もいらっしゃったため、その都度便宜情報を得るようにしている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。 | 契約時にご利用者様・ご家族様が不安や疑問に感じていらっしゃる場合には、安心して利用頂ける様充分な説明を行っています。 | | |
| 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。 | 面会等でご家族様から運営に関する意見・不満を聞いた場合は、ホーム長に伝えカンファレンス等で話し合い対応を考えています。 | 毎月の家族に送るホーム便りの「一言通信」に利用者個人の生活状況を添えて郵送しています。また、スタッフブログでも日常の様子を発信しています。家族の訪問時やイベント参加時にも会話を交わしています。利用者本人が点眼薬の処方を見逃すのではなどの家族の不安に対して適切に対処しています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 外部評価 | | |
|-----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 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。 | 会議や面談等にて、職員から意見を吸い上げています。普段からコミュニケーションを大切にし、意見の言いやすい環境を作るよう努力している。 | 職員会議やフロア会議、申し送りノートなどにより業務の改善点や意見を日常的に把握しています。職員からはレクリエーションの企画やアイデアについて、活発な提案があり、運動会、おやつレク、クリスマスの飾り作成など具体的なイベントの実施内容に反映しています。 | |
| 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。 | 半年に1回の割合で職員面談を行っています。現状の問題や今後の目標など伺い、意欲的に働いていける様に努めています。研修にも積極的に参加出来るよう支援を行っています。 | 定期的にホーム長と職員の面談があり、所定の面談項目表に基づき、自己目標の設定や日頃の職務について話し合いをしています。客観的な評価を行うことにより職員のモチベーションの維持に繋がっています。その他にもストレスを溜めないよう必要に応じて面談を行っています。 | |
| 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。 | 社内の研修に積極的に参加し、経験・役割・知識に合わせた研修に取り組んでいます。又、資格取得に関して、出来る限りの支援を行っています。 | 法人の年間研修計画や事業所の年間研修計画に基づき、職員はスキルアップを図っています。毎月、法人からくる研修案内で適宜職員に受講を促しています。新規入職者に対しては1ヶ月に亘りオリエンテーションを行っています。資格取得時のお祝い金制度もあります | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | 近隣事業所との、毎月1回のオレンジカフェを通じ、交流を深めています。外部の研修にも参加する機会を作り、より良いサービスを行っていくように努めています。 | | |
| 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。 | ご家族様と連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の回りの環境など聞き取りを行っています。又面会等などで、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししています。 | | |

| 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 | |
| 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。 | ご家族様との連絡を密に取り、安心して頂ける様努めています。面会時や毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っています。 | | | |
| 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。 | 居宅介護支援専門員と連携を図り、ケアプランを送って頂き、在宅での生活の様子を伺っています。その上で初回面談を行い、面談時の様子と事前に得た情報を元にケアプランを作成している。 | | | |
| 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。 | 朝の掃除や、毎食後の片づけ後のお手伝いを積極的に参加して頂いています。ご利用者様は普段から、役割を持って頂く事で、張りのある生活を送って頂くように努めています。 | | | |
| 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。 | 日々の電話や手紙や一言通信などで、近況を適宜報告しています。医療連携への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様をお願いしています。ホームに入居しても、ご家族様と共に介護を行っていると考えています。 | | | |
| 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。 | 現在面会は玄関のみとなっています。人数・時間の制限は設けていません。終末期等特別な事情のある方については、検温・アルコール消毒・体調確認の上、居室にて面会をしています。 | 感染症のクラスター発生を未然防止するため、現時点では家族や知人の来訪は玄関での面談に制限しています。居室面会は自粛し、家族との外食や外出などは制限することなく支援しています。地元の移動パン屋や移動スーパーの来訪があり、利用者の楽しみとなっています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 日々のレクリエーション等の機会を通じて、皆様と楽しんで頂ける機会を作っています。耳が遠い方、集団の中で孤立する恐れの方に対して、会話の取り持ちを行うなど支援を行っています。 | | |
| 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。 | 入院や他施設への転居などで退居される方に対しては各関係機関への情報提供を便宜行っています。 | | |
| 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 | 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。 | 言葉だけでなく表情や行動等で表す意向、これまでの経緯から推し量る意向等を情報として、カンファレンス・会議・申し送りで検討している。 | 日々の関わりの中で一人ひとりの把握に努めています。表情で好きな事、嫌いな事、拒否をするなどの仕草から汲み取っています。意思疎通が困難な利用者には家族からの情報を得るようにしています。申し送りノートに記載し職員会議でも検討しています。 | |
| 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。 | 入居の際の面談において生活歴を伺い、職員間で情報共有を図っている。また、居宅のケアマネジャーと連携し、事前にケアプランを頂いたり、担当者会議に参加するなどして、生活環境や経過の把握を行っている。 | | |
| 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。 | 安全の範囲内で自由に生活して頂き、その中でご本人様の状況を把握する事に努めています。カンファレンスや申し送りなどで、日勤帯・夜勤帯の様子を集め、状態の把握に努めています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 26 | 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。 | ご本人様の意向・ご家族様の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取り、モニタリングや計画の見直しを行い、必要事項を本人・家族・職員・医療関係者等と連携して、介護計画を作成しています。 | アセスメントを含め職員で意見交換とモニタリングや計画の見直しを定期的に行っています。最近の家族の新たな要望では、好きな食べ物を食べさせて欲しい、昼間あまり寝かせないで欲しい、リハビリを行って欲しいなどの内容を介護計画の中に反映しています。 | |
| 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。 | 日々の記録を共有し、新しい情報として介護計画の見直しにいかしている。心理面では生活全般の情報・状況を参考にカンファレンス等で検討し、介護計画に生かしている。 | | |
| 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。 | 地域包括等を通じて社会資源の情報収集に努め、ご利用者様の経済状況やニーズ等を考慮し、多様なサービスに対応出来る様努めています。 | | |
| 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。 | ボランティア・包括等からの協力を得ており、介護相談員にお越し頂いている。インフォーマルなサービス（オムツ給付・移動パン屋・移動スーパー等）も活用し、支援を行っています。 | | |
| 30 | 14 | ○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。 | 事業所指定のかかりつけ医が居るが、ご本人様・ご家族様の希望を尊重し、従来のかかりつけ医の受診をされる場合には継続出来るように支援している。 | 事業所のかかりつけ医の他、以前からのかかりつけ医や、希望の医療機関に受診出来るように対応しています。基本的には家族同行の受診となっていますが、不可能な時は職員が対応しています。受診結果は「通院報告書」を提出してもらい情報を共有しています。 | |

| 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。 | 普段の生活の中で、普段と違う点など、連絡記録に記入し、訪問診療時や医療連携看護師の訪問に相談したり、指示を仰いだり質問に答えて頂いている。 | | |
| 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。 | かかりつけ医との連携を密にし、他の医療機関に掛かる際には主治医から、情報書類を頂いている。又、退院時にも入院先から情報書類を頂く事で、退院後の連携を図っている。 | | |
| 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。 | ご家族様に重度化した場合の対応を入居時に説明している。実際に看取り対応の経験もあり、普段から説明をし、その時が来た時に選択して頂ける環境を作っている。 | 看取りに関するケアが必要な場合医療機関と職員の連携の基、利用者の症状や提供可能なサービス内容について計画作成し、利用者と家族に説明、同意を得ています。「看取り介護マニュアル」「人生最終章のために」を基に安心して納得のいく最期が迎えられるように努めています。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。 | 急変や事故に対しては速やかにかかりつけ医療機関・ご家族様に・上司に連絡・報告すると共に、適切な対応処置や初期対応に努めています。 | | |
| 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回の定期的な避難訓練を行っており、訓練の際には消防署にも協力を仰いでいる。又、土砂災害警戒区域である為、近隣特養に避難出来るようお話ししている。火災時備蓄品は倉庫にて保管している。 | 昼、夜想定避難訓練を消防署立合いの下、年に各1回行っています。地域の人の支援も得て、利用者の見守りをお願いしています。災害BCP（業務継続計画）見直し会議を年1回行っています。非常食、備品の準備や点検は定期的に運営本部より交換品が届いています。 | 土砂災害警戒区域に関して、避難所である特別養護老人ホームと具体的な対策を検討し、安心、安全に繋がっていく事が期待されます。 |

| 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 | 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。 | 入浴や排泄等、羞恥心を感じる場面では特に言葉や態度に気を付けている。拒否等見られる時には時間を置いたり、人を替えるなどして、出来るだけプライバシー配慮して対応している。 | 日頃より本人の気持ちを大切にしたり、さりげないケアを心がけています。本人の意向を聞きながら希望に添えるような言葉かけをするように努めています。特に入浴や排泄の場面では配慮を行っています。 | |
| 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。 | 言葉だけでなく行動・感情等見逃さないよう気を配っている。移動パン屋や出前等の際には、自分で選択し自己決定出来る環境づくりに努めている。 | | |
| 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。 | 特に決まったスケジュールはないが、その日の流れによって、柔軟に対応している。 | | |
| 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。 | 2ヶ月に1回訪問理美容に来て頂き、本人の希望に沿ったカットをしている。外の店を希望される方は、ご家族様の協力を得て希望に沿った対応をしている。 | | |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。 | 食事はチルド食になっていて、湯せんして、盛り付けしています。おやつに関しては、毎月出前レクやおやつレクを交互に行っています。季節に合わせた食事なども提供しています。 | 食事は、どの職員でも準備可能なチルド食を提供しています。好みの違いに応じてアレンジも行っています。献立に行事食や郷土料理の日も取り入れています。月ごとに前出食とおやつ作りを交互に行い、サツマ芋のモンブランケーキを職員と一緒に作るなど食事が楽しめる工夫をしています。 | |

| 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。 | 栄養バランスの摂れた献立を提供している。ホームでは、食事形態・摂取量・水分量・体重、又は排泄のチェックを行い、多目的に把握する様努めており、必要時は協力機関（内科・歯科・看護）の指示を仰いでいる。 | | |
| 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。 | 毎食後の口腔ケアの声掛け・介助を行っています。又、週に1回歯科往診にて、口腔内を診て頂いており、ご本人様・介護スタッフへのアドバイスを頂いています。 | | |
| 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。 | 排泄表を使用して、ご利用者様の排泄パターンを把握し、訴えのない方に対しては、定時の誘導を行っています。ご自身でトイレに行く事が出来るが汚してしまう方等には、その人にあったパット選びを行い、出来るだけご自身で出来るよう支援を行っています。 | 排泄表の記録から排泄パターンを振り返り、一人ひとりに合わせた声掛けや誘導を行っています。排泄の訴えを仕草で感じるなど非言語でも把握し、布パンツに改善した利用者もいます。自立に向けた支援を大切にしながら、紙パンツやパット類も本人に合わせてながら検討しています。 | |
| 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。 | 排泄のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を把握しながら、便宜医療機関に相談している。又、牛乳等の乳製品を摂る事で、排泄がスムーズに行かれる方には、個別に注文し、支援を行っています。 | | |
| 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。 | 週に2回以上の入浴の機会を提供している。その上で入浴時間やタイミングは出来るだけ利用者様の希望に沿って行っています。拒否のある方に対しては、羞恥心に配慮し同性介助を行ったり、時間を置いて再度声掛けする等して対応している。 | リフト浴も設置し、浴槽が跨げなくなった場合にも安心して入浴できるような設備となっています。週に2回の入浴の他3回入浴希望の利用者にも対応しています。入浴のタイミングは本人の希望に添えるように声掛けや職員の対応で工夫をしています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。 | 出来る限りご本人様の生活習慣や意向に沿うようにしている。ご本人様が穏やかに生活できるような環境づくりに努めている。 | | |
| 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。 | 服薬ミス防止を目的として、昨年9月より服薬くんを導入し、一人で服薬するように行っています。また、ご利用者様の状況に応じ、医師・薬剤師と連携を図りながら、薬のパッケージを適宜変更している。 | | |
| 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。 | ご本人様の趣味・意向またはアセスメント等からカンファレンスで検討をし、日常生活の中で個別に支援を行っています。また、食器拭きや洗濯量など出来ることはやって頂き、役割を持って張りのある生活になるよう努めている。 | | |
| 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。 | 花に水をあげたり、外の物干し竿に洗濯物を干して頂いたり、外気浴をするなど楽しんで頂けるよう努めている。 | 高台にある見晴らしが良い事業所の周り一周を散歩コースにしています。月に2回訪れる移動パン屋や移動スーパーで買い物も可能としています。家族の支援で外出の他、最近では盆踊りや子ども神輿など地域交流が復活して外出の機会が増えていきます。 | |
| 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。 | 基本的にホームにて、金銭管理を行っているが、ご利用者様の希望に合わせて使用できるよう対応している。 | | |

| 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 |
| 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。 | ご利用様が手紙を書かれた場合には、職員がポストに投函している。ご家族様の電話は便宜お取次ぎしています。 | | |
| 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。 | フロアや廊下・玄関など塗り絵やレクの作品や写真等を掲示しています。季節感をもたらす為、装飾品においても、随時変更しています。また、温湿度計を設置し、出来るだけ快適に生活していただけるようにしている。 | 事業所は高台に立地し、どの部屋も日当たりが良く心地良い空間です。居間はゆったりと過ごせるスペースでほとんどの利用者が一日を過ごしています。利用者と職員と一緒に作った装飾品を季節ごとに飾り、1月は正月飾りや絵馬などを制作し、正月らしい過ごし方ができるようにしています。湿度、温度の管理も行っています。 | |
| 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。 | フロアにソファを設置し、皆さんで過ごせる空間・一人で過ごせる空間、一人でいても周りに皆がいるような空間などの環境づくりに努めている。 | | |
| 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。 | ご家族様やご本人様と相談して、使い慣れた家具や物を使用して頂いています。ご自分で描いた絵・写真を貼っている方もいらっしゃる。 | 居室には備え付けのベッド、洗面所、チェスト、クローゼットがあります。管理は担当制となっており、出来る利用者は職員と一緒に清掃や衣類の入れ替えなどを行っています。馴染みの調度品やテレビなどを持ち込んだり、飾り付けをして居心地のよい工夫をしています。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。 | トイレや浴室にはイラストを使用し、視覚にて場所を理解して頂ける様配慮している。又ご利用様様の認知度に合わせて、必要な方には居室内に掲示を行い、理解しやすい環境づくりを行っています。 | | |

| | |
|-------|-------------------|
| 事業所名 | グループホームみんなの家・横浜今宿 |
| 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, 毎日ある <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。 | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。 | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。 | 理念は今年から変更し、玄関に掲示してあり、月2回の会議にて理念の共有・実践に努め、常に確認している。 | | |
| 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、夏祭りの時、施設に子供神輿が来て下さり、子供・親との交流もあり、ボランティア活動も再開しました。 | | |
| 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。 | 現時点では、積極的に行っているものはないが、町内会や地域の方々の相談等がある場合には、お話しを伺ったうえで関連部署につないでいる。 | | |
| 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。 | 2ヵ月に1回、金が谷と合同で、運営推進会議を行い、民生委員や地域ケアプラザとの交流を続けています。 | | |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。 | 運営推進会議の際、地域包括支援センター、民生委員、町内会の方々にお越し頂いており、当施設の状況をお伝えしている。 | | |

| 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 |
| 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。 | 社内の身体拘束廃止委員会を中心に、意識的な身体拘束、無意識のうちに身体拘束と思われる行為や環境を作らないなど、職員全員で取り組んでいます。会議にて、社員全体で意識し取り組んでいる。会議録を読んで捺印している。 | | |
| 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。 | 社内での虐待防止委員会を中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。職員のストレスについては、日頃の面談含め、虐待行為を発見したら、マニュアルを元に対処方法の徹底を行う。 | | |
| 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。 | 必要に応じて制度を利用出来るよう、社内外の研修には便宜参加している。現在該当者はいないものの、以前は成年後見人のついた方もいらっしゃったため、その都度便宜情報を得るようにしている。 | | |
| 9 | | ○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。 | 契約時にご利用者様・ご家族様が不安や疑問に感じていらっしゃる場合には、安心して利用頂ける様十分な説明を行っています。 | | |
| 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。 | 面会等でご家族様から運営に関する意見・不満を聞いた場合は、ホーム長に伝えカンファレンス等で話し合い対応を考えています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 会議や面談等にて、職員から意見を吸い上げています。普段からコミュニケーションを大切にし、意見の言いやすい環境を作るよう努力している。 | | |
| 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。 | 半年に1回の割合で職員面談を行っています。現状の問題や今後の目標など伺い、意欲的に働いていける様に努めています。研修にも積極的に参加出来るよう支援を行っています。 | | |
| 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。 | 社内の研修に積極的に参加し、経験・役割・知識に合わせた研修に取り組んでいます。又、資格取得に関して、出来る限りの支援を行っています。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | 近隣事業所との、毎月1回のオレンジカフェを通じ、交流を深めています。外部の研修にも参加する機会を作り、より良いサービスを行っていけるように努めています。 | | |
| 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。 | ご家族様と連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の回りの環境など聞き取りを行っています。又面会等などで、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししています。 | | |

| 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 |
| 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。 | ご家族様との連絡を密に取り、安心して頂ける様努めています。面会時や毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っています。 | | |
| 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。 | 居宅介護支援専門員と連携を図り、ケアプランを送って頂き、在宅での生活の様子を伺っています。その上で初回面談を行い、面談時の様子と事前に得た情報を元にケアプランを作成している。 | | |
| 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。 | 朝の掃除や、毎食後の片づけ後のお手伝いを積極的に参加して頂いています。ご利用者様は普段から、役割を持って頂く事で、張りのある生活を送って頂くように努めています。 | | |
| 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。 | 日々の電話や手紙や一言通信などで、近況を適宜報告しています。医療連携への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様にお願いしています。ホームに入居しても、ご家族様と共に介護を行っていると考えています。 | | |
| 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。 | 現在面会は玄関のみとなっています。人数・時間の制限は設けていません。終末期等特別な事情のある方については、検温・アルコール消毒・体調確認の上、居室にて面会をしています。 | | |

| 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 |
| 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。 | 日々のレクリエーション等の機会を通じて、皆様と楽しんで頂ける機会を作っています。耳が遠い方、集団の中で孤立する恐れの方に対して、会話の取り持ちを行うなど支援を行っています。 | | |
| 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。 | 入院や他施設への転居などで退居される方に対しては各関係機関への情報提供を便宜行っています。 | | |
| 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 | 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。 | 言葉だけでなく表情や行動等で表す意向、これまでの経緯から推し量る意向等を情報として、カンファレンス・会議・申し送りで検討している。 | | |
| 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。 | 入居の際の面談において生活歴を伺い、職員間で情報共有を図っている。また、居宅のケアマネージャーと連携し、事前にケアプランを頂いたり、担当者会議に参加するなどして、生活環境や経過の把握を行っている。 | | |
| 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。 | 安全の範囲内で自由に生活して頂き、その中でご本人様の状況を把握する事に努めています。カンファレンスや申し送りなどで、日勤帯・夜勤帯の様子情報を集め、状態の把握に努めています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 26 | 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。 | ご本人様の意向・ご家族様の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取り、モニタリングや計画の見直しを行い、必要事項を本人・家族・職員・医療関係者等と連携して、介護計画を作成しています。 | | |
| 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。 | 日々の記録を共有し、新しい情報として介護計画の見直しにいかしている。心理面では生活全般の情報・状況を参考にカンファレンス等で検討し、介護計画に生かしている。 | | |
| 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。 | 地域包括等を通じて社会資源の情報収集に努め、ご利用者様の経済状況やニーズ等を考慮し、多様なサービスに対応出来る様努めています。 | | |
| 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。 | ボランティア・包括等からの協力を得ており、介護相談員にお越し頂いている。インフォーマルなサービス（オムツ給付・移動パン屋・移動スーパー等）も活用し、支援を行っています。 | | |
| 30 | 14 | ○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。 | 事業所指定のかかりつけ医が居るが、ご本人様・ご家族様の希望を尊重し、従来のかかりつけ医の受診をされる場合には継続出来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 |
| 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。 | 普段の生活の中で、普段と違う点など、連絡記録に記入し、訪問診療時や医療連携看護師の訪問に相談したり、指示を仰いだり質問に答えている。 | | |
| 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。 | かかりつけ医との連携を密にし、他の医療機関に掛かる際には主治医から、情報書類を頂いている。又、退院時にも入院先から情報書類を頂く事で、退院後の連携を図っている。 | | |
| 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。 | ご家族様に重度化した場合の対応を入居時に説明している。実際に看取り対応の経験もあり、普段から説明をし、その時が来た時に選択して頂ける環境を作っている。 | | |
| 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。 | 急変や事故に対しては速やかにかかりつけ医療機関・ご家族様に・上司に連絡・報告すると共に、適切な対応処置や初期対応に努めています。 | | |
| 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回の定期的な避難訓練を行っており、訓練の際には消防署にも協力を仰いでいる。又、土砂災害警戒区域である為、近隣特養に避難出来るようお話ししている。火災時備蓄品は倉庫にて保管している。 | | |

| 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 | 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。 | 入浴や排泄等、羞恥心を感じる場面では特に言葉や態度に気を付けている。拒否等見られる時には時間を置いたり、人を替えるなどして、出来るだけプライバシー配慮して対応している。 | | |
| 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。 | 言葉だけでなく行動・感情等見逃さないよう気を配っている。移動パン屋や出前等の際には、自分で選択し自己決定出来る環境づくりに努めている。 | | |
| 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。 | 特に決まったスケジュールはないが、その日の流れによって、柔軟に対応している。 | | |
| 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。 | 2ヶ月に1回訪問理美容に来て頂き、本人の希望に沿ったカットをしている。外の店を希望される方は、ご家族様の協力を得て希望に沿った対応をしている。 | | |
| 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。 | 食事はチルド食になっていて、湯せんして、盛り付けしています。おやつに関しては、毎月出前レクやおやつレクを交互に行っています。季節に合わせた食事なども提供しています。 | | |

| 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。 | 栄養バランスの摂れた献立を提供している。ホームでは、食事形態・摂取量・水分量・体重、又は排泄のチェックを行い、多目的に把握する様努めており、必要時は協力機関（内科・歯科・看護）の指示を仰いでいる。 | | |
| 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。 | 毎食後の口腔ケアの声掛け・介助を行っています。又、週に1回歯科往診にて、口腔内を診て頂いており、ご本人様・介護スタッフへのアドバイスを頂いています。 | | |
| 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。 | 排泄表を使用して、ご利用者様の排泄パターンを把握し、訴えない方に対しては、定時の誘導を行っています。ご自身でトイレに行く事が出来るが汚してしまう方等には、その人にあったパット選びを行い、出来るだけご自身で出来るよう支援を行っています。 | | |
| 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。 | 排泄のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を把握しながら、便宜医療機関に相談している。又、牛乳等の乳製品を摂る事で、排泄がスムーズに行かれる方には、個別に注文し、支援を行っています。 | | |
| 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。 | 週に2回以上の入浴の機会を提供している。その上で入浴時間やタイミングは出来るだけ利用者様の希望に沿って行っています。拒否のある方に対しては、羞恥心に配慮し同性介助を行ったり、時間を置いて再度声掛けする等して対応している。 | | |

| 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 |
| 46 | | ○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。 | 出来る限りご本人様の生活習慣や意向に沿うようにしている。ご本人様が穏やかに生活できるような環境づくりに努めている。 | | |
| 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。 | 服薬ミスを防止する為、昨年9月より服やっくんを導入し、一人で服薬するように行っています。また、ご利用者様の状況に応じ、医師・薬剤師と連携を図りながら、薬のパッケージを適宜変更している。 | | |
| 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。 | ご本人様の趣味・意向またはアセスメント等からカンファレンスで検討をし、日常生活の中で個別に支援を行っています。また、食器拭きや洗濯量など出来ることはやって頂き、役割を持って張りのある生活になるよう努めている。 | | |
| 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。 | 花に水をあげたり、外の物干し竿に洗濯物を干して頂いたり、外気浴をするなど楽しんで頂けるよう努めている。 | | |
| 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。 | 基本的にホームにて、金銭管理を行っているが、ご利用者様の希望に合わせて使用できるよう対応している。 | | |

| 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 |
| 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。 | ご利用者様が手紙を書かれた場合には、職員がポストに投函しています。ご家族様の電話は便宜お取次ぎしています。 | | |
| 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。 | フロアや廊下・玄関など塗り絵やレクの作品や写真等を掲示しています。季節感をもたらす為、装飾品においても、随時変更しています。また、温湿度計を設置し、出来るだけ快適に生活していただけるようにしている。 | | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。 | フロアにソファを設置し、皆さんで過ごせる空間・一人で過ごせる空間、一人でいても周りに皆がいるような空間などの環境づくりに努めている。 | | |
| 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。 | ご家族様やご本人様と相談して、使い慣れた家具や物を使用して頂いています。ご自分で描いた絵・写真を貼っている方もいらっしゃる。 | | |
| 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。 | トイレや浴室にはイラストを使用し、視覚にて場所を理解して頂ける様配慮している。又ご利用者様の認知度に合わせて、必要な方には居室内に掲示を行い、理解しやすい環境づくりを行っています。 | | |

2023年度

事業所名 グループホームみんなの家・横浜今宿
作成日：2024年3月31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 | 16 | 災害対策 土砂災害警戒区域に関して、避難場所である特別養護老人ホームと対策が検討されていない。 | 土砂災害警戒区域の特別養護老人ホームとの関わりを持って、協力体制を明確にする。 | 特別養護老人ホームと連携を取り、お互い役割分担を決め、土砂災害に備える。必要な備蓄品も明確にする。 | 6ヶ月 |
| 2 | | | | | ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |