

平成26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	1493800021	事業の開始年月日	平成18年9月1日	
		指定年月日	平成18年9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・横浜荏田東			
所在地	(224-0006)			
	神奈川県横浜市都筑区荏田東4-14-12			
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27年1月23日	評価結果 市町村受理日	平成27年9月16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/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1493800021&SVCD=320&THN0=14100
----------	---

【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)】

今年度は職員のスキルアップを目標に掲げ、自分自身の介護技術、知識、精神面と向き合えるよう取り組んできました。全職員が年間3回以上の研修参加を目標にし、長所や短所を理解し自主的に研修に参加出来る事ができています。設立から9年目を迎え利用者様も重度化、認知症が進行していく中、「今できるケア」を職員一人ひとりが考え実践していく事で、利用者様が安心して、穏やかな環境の中で生活出来るように取り組んでいます。今後も、利用者様の終の棲家として選んで頂けるホーム運営に取り組んで行きたいと思っております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成27年2月20日	評価機関 評価決定日	平成27年5月1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)】

事業所は地下鉄センター南駅から徒歩15分のところにあり、林や緑に囲まれた静かな環境で、平成18年9月に開所した2ユニットの2階建てです。
 <優れている点>
 食事の場面において利用者は自立的な活動を行なっています。多くの利用者は自分でご飯をよそい、全員のおかずの盛りつけをする人もおり、食器洗い・食器拭きも行なっています。利用者は自らの持つ力を発揮し、職員と一緒に楽しんでいます。自治会の行事への参加や民生委員との連携、ボランティアの受入れなど、地域との交流が充実しています。避難訓練では家族、民生委員、消防団と多数の参加を得て地域と連携した取り組みを行っています。消防団を除き協力者は利用者の見守りを分担しています。また消防団からは室内は常にきれいに整理することや、非常時の「笛による通報」が有効であることなどの助言が得られています。利用者の外出支援を通じ健康の増進や体調の維持に努めています。日常的な散歩は隣接する都築中央公園や川辺の遊歩道を利用します。毎日散歩する方も、1週間に数回の方もおり、外出の支援をしています。近くの都筑区の図書館へは草花の図鑑やチョコレート作りのレシピ本を借りに行き、楽しんでいる利用者もいます。
 <工夫点>
 事業所のイベントに合わせ毎月のように家族会を行い、会議での意見などに対応しています。区の認知症勉強会に家族も参加しています。毎月「一言通信」を送っています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23～35	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	グループホームみんなの家・横浜荏田東
ユニット名	1 F

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 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。	【みんなで元気に楽しく共に生きる】の理念の下、利用者本意の個別ケアを主体とした取り組みが出来るよう、日常生活の様子を記録に残し、カンファ等で話し合う場を作り、職員全員で共有し、実践へとつなげています。	7年前に職員と一緒に理念を作り、1階・2階入り口に掲示し職員・利用者家族が確認できるようにしています。職員は理念を実践できるようにいつも考え、申送り時、フロア会議時、必要な時に職員で確認し合っています。	
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、地域が行う行事へと積極的に参加しています。地域交流の中から、ボランティアを紹介して頂いたり、季節のお花を提供して頂いたり人と人から人への繋がりが広がっています。	自治会の秋祭りに利用者全員が参加し、おでんを食べたり、どんど焼きに利用者と家族で参加しています。毎年、管理者が講師で中学生に認知症を理解する“認知症サポーター”の勉強会を行っています。手品、詩吟、ギター、三味線とボランティアが多く来訪しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	行事案内を掲示版に展示、近隣への声掛けに挨拶回りやポスティングを行い、事業所に気軽に立ち寄って頂けるように声を掛けを行っています。又、地域の学校から依頼があった際には区役所と連携し地域の人々に向けて活かしています。	/	/
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。	概ね2ヶ月に1回の開催を目指し、事業所として、地域と共に出来る事を話し合い意見交換を行っています。夜間避難訓練の際には消防団を紹介して頂き、感染症発生時の情報共有、ボランティアの紹介等、サービスの向上に活かしています。	利用者家族、民生委員、区高齢支援課、地域包括支援センターなどがメンバーで、年6回の開催を目指しています。会議から消防団に事業所見学をして貰ったり、避難訓練に笛の活用提案から笛を購入しています。民生委員からボランティアの紹介をして貰っています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	GH連絡協議会や、認知症サポーター連絡会、研修、認定更新の機会等に、市町村へ足を運び情報提供をし、担当者との連携を深めています。	区高齢支援課とは運営推進会議の出席、研修会への参加、認知症サポーター連絡会の参加や認定更新の手続きなど連携を深めています。また生活保護の人もおり、保護課とも協力関係を築いています。市とはグループホーム連絡会の研修で連絡を取っています。	

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
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0（ゼロ）のマニュアルを配置し周知徹底しています。毎月の身体拘束廃止委員会の開催、3ヶ月毎に身体拘束チェックシートにて拘束の有無の確認し、新たに外傷確認報告書を作成し、発見に気付けるように取り組んでいます。	「身体拘束ゼロの推進」を壁に貼り、職員に周知徹底しています。身体拘束委員会を毎月開催しており、身体拘束チェックシートでの確認を3ヶ月毎に行っています。また怪我、傷などがあれば外傷報告書にまとめています。道路の交通量も多く、玄関の施錠を行っています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	会社での研修、GH連絡協議会での研修等に参加し、回覧や事例等をフロア会議等で話し合い、事例などから身近の問題だと職員間で理解し、日々の業務での観察、新たな気付き、発見、報告を実践し、職員全員で虐待防止に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性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。	会社での研修、GH連絡協議会や各研修に職員が参加できるよう掲示し、出来るがぎり希望に添えるようシフトの調整を行い参加しています。研修後は必ず回覧を行い、情報の共有をし活用しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居契約、解約時は施設側、家族側が納得の上契約される様十分な説明や話し合いの場を設け、利用者、家族の意向、問題点を確認し支援に反映しています。職員も内容を把握し、同じ方向性でケアが出来る様努めています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	会社、事業所にも苦情相談窓口を設けていると共に、投書箱の設置、市区町村へ案内の掲示をしています。又、職員全員が苦情相談員としての一端が担える様、家族会での意見交換等から反映し努めています。	ほぼ毎月家族会を行っています。会議での意見にはすぐ対応しています。フロアにほこりがたまる。では、掃除機を購入し毎日掃除をしています。また区の認知症勉強会に家族も参加しています。毎月個人の情報を含め「一言通信」も送っています。	

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
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。	月1回の定例フロア会議や、随時全体会議、正社員会議を開催し意見交換を行なっています。職員の個別対応、面談も随時行ない、意見、相談等話し合う場を設け、何でも話せる環境作りに努め反映させています。	毎月1、2階別のフロア会議や、必要な時の全体会議を行い意見交換を行っています。普段から職員の意見を聞き取っています。また、年1～2回、個人面談を行っています。意見交換から、休憩を取るようにしたり、夕食後、事業所で入れ歯の保管を管理する様にしました。	
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。	年2回の人事考課を実施し、勤務状況、仕事への意欲、取り組み姿勢等個別の評価をしています。又、やりがいをもち生き活きと働けるによう、常に自分自身で目標を掲げ、達成出来るように努めています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	会社やGH連絡協議会、市区町村での研修案内を掲示し、事前に希望や推薦を募り、勤務調整をし参加できるように対応しています。研修後はレポートを作成し、研修資料を回覧、職員全員で共有し現場へ活かせるようにしています。		
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。	GH連絡協議会や運営推進会議での交流の場を活かし、同業者との交流が図れるように努めています。近隣の同業者には、行事の案内や、お誘いの訪問をしながら相互の交流が出来る様に取り組んでいます。		
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。	実調やサマリーだけの情報に頼らず、職員全員で情報収集に努め、コミュニケーションの中から、本人の訴えや希望、意向、不安、悩み等を傾聴し、知りえた新情報を生活記録にて共有し、本人が安心出来る環境、関係作りに努めています。		

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
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。	相談や要望を傾聴し、迅速な対応を心がけています。面会時等で、職員の対応からも安心感を持って頂けるよう努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	【必要な人に必要なサービスの提供を】の会社理念の下、利用者と家族のニーズに添ったケアプランを作成し、モニタリングやカンファで話し合いを行い、ニーズに答えられる様に努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	事業所の理念の下、利用者も職員も、荏田東で共に暮らす仲間として、楽しみや悲しみを共感し合い、一緒に一つの事に皆で取り組み、互いに「ありがとう」と声を掛け合いながら信頼関係が築けるように取り組んでいます。		
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。	家族会や行事、面会時や電話を通じ、思いや要望等常に聞く体制で対応しています。居室担当を付け、利用者や家族と密に連携し信頼関係を築き、毎月1回発行する「一言通信」にて、日々の様子、健康状態や内服薬等の情報を共有しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族や友人がいつでも訪ねて頂けるように、事業所の雰囲気作りや、又利用者が家族と外泊、外出が出来る様にご家族様との連携に努めています。又、利用者様からの要望があれば、電話や手紙がにて馴染みの人との関係の継続に努めています。	美術学校出身の人が利用者の誕生日に似顔絵を描いたり、習字の有段者が利用者に習字を教えています。昔から刺繍をやっていた人も他の人に教えています。馴染みの美容室に数名の人が行ったり、携帯電話を使う人も複数いるなど、継続出来る支援をしています。	

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。	日頃のレクリエーションや、日常家事（掃除、洗濯、炊事）を通して互いに協力し、支え合いながら出来る事をして頂いています。又座る席や、散歩の時も利用者同士で会話出来る様にメンバー構成を考えて支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約終了後も、介護サマリーにて情報提供し、必要に応じては訪問し様子を伺う事で以前との変化について新しい施設側との情報交換を行い、利用者が安心して生活出来るよう支援に努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常での会話や、何気なく言った一言を拾い、どのような状況の中からも少しでも本人の思い、希望へと繋げていける様に、職員全員で把握できるよう話し合いを行なっています。	利用者とはコミュニケーションが密に出来ており、いつも職員は寄り添っています。利用者に昔の写真を見せてもらい話をしたり、レクリエーションの時や、着ている物の話題など、何にリアクションがあるかを確認しながら思いや意向を把握するようにしています。	
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。	入居前に実調や、本人や家族から生活歴、趣味や特技、生活環境等の情報収集に努め、これまでの生活、生き方、暮らし方を理解し、尊厳しこれからの生活に繋がられる様努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	バイタルの変化や食事量、顔色、表情、行動や会話から、少しの違いに気付く様、日々の観察、見守りを行い職員間の申し送りを徹底し、現状の把握、緊急時の対応にもいち早く対応出来る様に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ケアプランを元にモニタリング、カンファレンスを全員が月1度必ず実施しています。入院や怪我等その他精神的な変化も含め、家族、主治医や外来医師、看護師、歯科医等、その方に関わるすべての情報を合わせながら作成しています。	毎月のフロア会議で全員のモニタリング・カンファレンスを行っています。アセスメント・モニタリング・カンファレンスを経て居室担当者と計画作成担当でケアプランを作成しています。作成時に家族には極力来てもらい、了解をもらっています。	
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。	生活記録や、個別の記録の申し送りにより、常に利用者の現状、新情報を把握するよう努めています。カンファレンスやフロア会議で居室担当を中心に、個別の検討事項を話し合い意見交換しながら、実践に繋げられるよう取り組んでいます。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	居室担当を設ける事でいち早く本人、家族の現状や希望に近づける様に対応しています。食事や、入浴、排泄等、個人の希望や要望を重視し、全体的、また個別対応が出来る様に取り組んでいます。		
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。	外出レクを行なう際に、包括支援センターに車椅子をお借りしたり、図書館では、利用者の趣味の植物図鑑を借りては皆で調べたり、紙芝居をお借りしたりと地域資源を活用しながら暮らしを楽しめるよう支援しています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居前や入居後においても、受診が必要なかかりつけ医には、継続希望があれば家族付き添いで医療を受けています。受診後は事業所往診医への報告、引き継ぎを希望される場合は、本人、家族の希望に添って対応しています。	月2回の協力医療機関の医師による訪問診療を基本にしています。従来からのかかりつけ医の通院も支援しています。毎月「一言通信」により家族へ診療情報を伝えていきます。週1回の歯科衛生士の指導による口腔ケアなどにより肺炎予防の効果が表れています。	

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。	往診医は2週間に1回、医療連携看護師は1週間に1回の受診を受けています。両看護師共に、利用者の現状や変化、バイタル等情報提供し、異変時は直接電話で対応し指示を仰ぎ、相談、指導を受けています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時はサマリーにて情報提供し、病院関係者、家族との連携に努めています。入院途中経過や、退院に向けての話し合いにホーム側も参加させて頂き、医師、ケースワーカー、家族と共に情報交換しながら関係作りに努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	常に家族と情報交換を異行ない、必要に応じては、家族に往診に立ち会って頂き、本人、主治医、管理者にて話し合いの場を設け、今後の方向性や緊急時の対応等、重度化の対応や看取りへの思いを話し合い支援しています。	契約時に看取りの指針について説明をしています。事業所は数名の看取りの実績があります。本人・家族の意向や医師のアドバイス、事業所の力量などを見極め連携して対応を行っています。職員への研修、状況の共有なども行いながら取り組んでいます。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急時マニュアルの配置、拠点病院の一覧表の掲示、心肺蘇生法の講習のを行い、全職員が緊急時に迅速に対応出来るように訓練しています。実践力を身に付けられるよう、検討事例を会議で取り上げ話し合っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	夜間を想定した、夜間非難訓練や自主訓練を、地域や家族と一緒に連携し行っています。その後地域の方と意見交換を行い、近隣の方や協力者の方の連絡網の作成や、地域で火災が起こった時の協力体制等を築いています。	避難訓練は夜間を想定した3月と11月に行っています。家族、民生委員と新たに消防団の参加も得て地域と連携した取り組みを行っています。今後は煙を発生させた訓練も予定しています。災害時の備蓄品は水、米、おかゆなどの保管を行っています。	災害用の備蓄品を保管していますが賞味期限の把握や職員への保管情報の共有のため、備蓄品リストなどによる保管管理が期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	浴室、トイレ、居室等、人目を避けプライバシー保持の工夫や、排泄の促しの際の声の大きさ、排泄物の取り扱いにも注意を払い、対応しています。利用者、職員間の会話等も同様に個人情報には注意し行なっています。	理念の「みんなで元気に楽しく共に生きる」をより所に、日々互いに「ありがとう」と声を掛けあえる信頼関係を築けるよう心掛けています。利用者の名前は名字にさん付けを基本に接しています。個人に関する記録は事務所の書棚に鍵をかけ保管しています。	
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。	意向を本人自身で伝えられる方のみならず、思いや要望を選択し自己決定できる様工夫し、又実現出来る様に働きかけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	常に利用者の立場、目線に立ち対応出来る様、一日のスケジュールをなるべく決めずに、「今」を大切に考え、画一的な介護にならない様に、個人のペース、リズムに合わせて日々の流れを作るように心がけています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	地域の美容室や、なじみの美容室、訪問美容を利用し、身だしなみを行っています。又行事イベントに合わせて浴衣や法被を着たり、好きな服が選べ、買い物出来るよう買い物サロンを開催したりとおしゃれ出来るように支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	ご家族様と協力し、本人の希望が叶えられ、外食が楽しめるように支援しています。日々の食事は、職員と利用者様と共に準備や片付けを協力して行っています。又、看取り介護のケアの中で、目で見て楽しめるように食事形態に気を付けています。	メニューは栄養士が作成し給食部の専任者が調理を行っています。敷地内や近隣でとれた季節の食材を添えて味わうこともあります。多くの利用者は自分でご飯をよそい、全員のおかずの盛りつけする人など、自らの持つ力を発揮し職員と一緒に楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	栄養士による食事献立がなされ、カロリー計算がされています。摂取量の記録を基本に禁食、カロリーコントロール、嗜好の有無でバランスを考え、主治医の指示で他で栄養を補ったり等、低栄養、脱水のないよう支援しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	週1回の訪問歯科衛生士の指導を受け、食後の口腔ケアチェックを行っています。充分出来ない方には、個別の見守りや促し、介助を行い、義歯の方には毎晩洗浄剤を使用して、衛生管理を行い、3年間で肺炎での入院は0件です。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	個々の排泄パターンを把握し、入院後や、入所後も同様に1日でも早く、自立排泄が出来る様、情報を共有し職員が一丸となり出来る限りオムツを使用しない様に取り組んでいます。	排泄チェック表により排泄パターンを把握しタイミングの良い声掛け誘導を心掛けています。排泄表は職員からの提案で時間ごとにチェックを入れ傾向がつかみ易いよう改善しています。声掛け誘導とともに散歩や運動を取り入れて自立に向け支援しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいます。	毎日排泄チェックをし行い、日常生活の中では食前体操や散歩、運動、を多く取り入れ便秘予防に努めています。義歯の具合や体調面でも配慮し、水分補給や、食事形態を個別に考えて取り組んでいます。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	今までの生活環境や、入浴時間等を出来る限り本人の希望に添えるように支援しています。時には、外出の際にご家族様と銭湯に行かれたりと、ご家族様と共に、本人の今までの生活の一部が継続し実現出来るように努めています。	利用者の希望に沿って週2～3回の入浴を基本にしています。入浴剤や好みのシャンプーを使う人にも配慮しています。脱衣所の温度を適切に保ち職員と会話をしながら、安全に入浴出来るよう支援しています。入浴は、一般浴槽とリフト浴槽で対応しています。	

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。	日中の活動を活発にし、ほぼ毎日散歩に出掛け、夜間安眠に繋がる様心掛け支援しています。夜間帯は消灯し、昼夜の変化を付けますが、居室では自由に過ぎて頂き、個々の寝る時間を決めずに個別対応で支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	服薬説明書を個別ファイルにまとめ、服薬ボックスは顔写真付きにし、2名体制で服薬の確認をする事で確実にを行うように努めています。体調の変化時は常に内服薬と照らし合わせ、主治医の意見、支持が仰げる様に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	ご飯とみそ汁は自分で入れる、使用した食器は自分で洗う、居室の掃除は自分で行う等個々の出来る事への支援をしています。利用者の趣味を理解し、継続出来る様、又新しい事を提供する事で次への意欲に繋がる様支援しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	利用者の意向、希望、趣味、これからやってみたい事等を職員全員で聞き取りを行い、実現に向け資料を集め実行出来る様取り組んでいます。本人の意向は家族と共に共有し、実現出来るように協力し、支援しています。	日常的な散歩は隣接する都築中央公園や川辺の遊歩道を利用し毎日外出する人もいます。行事のイベントとして家族も参加し子どもの国へ出掛けています。近くの区の図書館へは草花の図鑑やチョコレート作りのためのレシピ本を借りに行く利用者もいます。	
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。	おやつや日用品の買物、移動パン屋の日に各自でお金を持ち、自分で好きな物を選び購入できるように支援しています。又、外出イベントの際にもお金を持ち、支払いが出来るように支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	要望のある時は、いつでも電話ができる様対応しています。家族からかの電話も本人に繋げ安心できるよう支援しています。又、手紙やFAXで自分の思いが伝えられ、毎年年賀状は本人が書いて出せるように支援しています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節を感じる飾りつけを心掛け、散歩時に草花を摘みフロアに飾り、行事の写真を展示し回想、思い出話をしたり、カラオケCDや音楽で雰囲気を作る等工夫しています。	各居室に面したリビング兼食堂はゆとりのある広さと自然光が入り落ち着いた雰囲気となっています。利用者が作成した似顔絵や川柳、季節を感じさせる飾り物などを掲示し楽しんでまいります。加湿器を設置し温湿度を適正に保ち風邪の予防にも配慮しています。	
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。	フロアには椅子やソファを配置し、ベランダにはベンチを置き利用者が好きな場所で過ごして自由にくつろげるよう配置しています。飲み物やポットを置き、自由に好きな物を作って飲める様に工夫しています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室のレイアウト等本人と家族で考え、親しみのある物、馴染み物、思い出の物、TVやその他必要に応じて自由に持ち込み、本人が安心して過せるよう工夫しています。	居室はエアコン、ベッド、洗面台などを備えています。テレビ・人形などを持ち込み、落ち着けるような配慮をしています。転倒予防として好みの配色のクッションマットを敷いています。家族よりマットによるほこりの清掃の要望があり対応しています。	
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。	介助方法を見極めながら、残存機能を引きだし、自分の事は自分で出来るよう、個々の理解力を把握しながら支援しています。転倒予防として床緩衝材やコーナークッション、人感センサーを使用し安全に生活出来るように工夫しています。		

事業所名	グループホームみんなの家・横浜荏田東
ユニット名	2階

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、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。	【みんなで元気に楽しく共に生きる】の理念の下、利用者本意の個別ケアを主体とした取り組みが出来るよう、日常生活の様子を記録に残し、カンファ等で話し合う場を作り、職員全員で共有し、実践へとつなげています。		
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、地域が行う行事へと積極的に参加しています。地域交流の中から、ボランティアを紹介して頂いたり、季節のお花を提供して頂いたり人と人からの繋がりが広がっています。		
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。	行事案内を掲示版に展示、近隣への声掛けに挨拶回りやポスティングを行い、事業所に気軽に立ち寄って頂けるように声を掛けを行っています。又、地域の学校から依頼があった際には区役所と連携し地域の人々に向けて活かしています。		
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。	概ね2ヶ月に1回の開催を目指し、事業所として、地域と共に出来る事を話し合い意見交換を行っています。夜間避難訓練の際には消防団を紹介して頂き、感染症発生時の情報共有、ボランティアの紹介等、サービスの向上に活かしています。		
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。	GH連絡協議会や、認知症サポーター連絡会、研修、認定更新の機会等に、市町村へ足を運び情報提供をし、担当者との連携を深めています。		

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
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0（ゼロ）のマニュアルを配置し周知徹底しています。毎月の身体拘束廃止委員会の開催、3ヶ月毎に身体拘束チェックシートにて拘束の有無の確認し、新たに外傷確認報告書を作成し、発見に気付けるように取り組んでいます。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	会社での研修、GH連絡協議会での研修等に参加し、回覧や事例等をフロア会議等で話し合い、事例などから身近の問題だと職員間で理解し、日々の業務での観察、新たな気付き、発見、報告を実践し、職員全員で虐待防止に努めています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性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。	会社での研修、GH連絡協議会や各研修に職員が参加できるよう掲示し、出来るがぎり希望に添えるようシフトの調整を行い参加しています。研修後は必ず回覧を行い、情報の共有をし活用しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居契約、解約時は施設側、家族側が納得の上契約される様十分な説明や話し合いの場を設け、利用者、家族の意向、問題点を確認し支援に反映しています。職員も内容を把握し、同じ方向性でケアが出来る様努めています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	会社、事業所にも苦情相談窓口を設けていると共に、投書箱の設置、市区町村へ案内の掲示をしています。又、職員全員が苦情相談員としての一端が担える様、家族会での意見交換等から反映し努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	月1回の定例フロア会議や、随時全体会議、正社員会議を開催し意見交換を行なっています。職員の個別対応、面談も随時行ない、意見、相談等話し合う場を設け、何でも話せる環境作りに努め反映させています。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	年2回の人事考課を実施し、勤務状況、仕事への意欲、取り組み姿勢等個別の評価をしています。又、やりがいをもち生き活きと働けるよう、常に自分自身で目標を掲げ、達成出来るように努めています。		
13		○職員を育てる取り組み 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。	会社やGH連絡協議会、市区町村での研修案内を掲示し、事前に希望や推薦を募り、勤務調整をし参加できるように対応しています。研修後はレポートを作成し、研修資料を回覧、職員全員で共有し現場へ活かせるようにしています。		
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り組みをしている。	GH連絡協議会や運営推進会議での交流の場を活かし、同業者との交流が図れるように努めています。近隣の同業者には、行事の案内や、お誘いの訪問をしながら相互の交流が出来る様に取り組んでいます。		
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。	実調やサマリーだけの情報に頼らず、職員全員で情報収集に努め、コミュニケーションの中から、本人の訴えや希望、意向、不安、悩み等を傾聴し、知りえた新情報を生活記録にて共有し、本人が安心出来る環境、関係作りに努めています。		

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
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。	相談や要望を傾聴し、迅速な対応を心がけています。面会時等で、職員の対応からも安心感を持って頂けるよう努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	【必要な人に必要なサービスの提供を】の会社理念の下、利用者と家族のニーズに添ったケアプランを作成し、モニタリングやカンファで話し合いを行い、ニーズに答えられる様に努めています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	事業所の理念の下、利用者も職員も、荏田東で共に暮らす仲間として、楽しみや悲しみを共感し合い、一緒に一つの事に皆で取り組み、互いに「ありがとう」と声を掛け合いながら信頼関係が築けるように取り組んでいます。		
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。	家族会や行事、面会時や電話を通じ、思いや要望等常に聞く体制で対応しています。居室担当を付け、利用者や家族と密に連携し信頼関係を築き、毎月1回発行する「一言通信」にて、日々の様子、健康状態や内服薬等の情報を共有しています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族や友人がいつでも訪ねて頂けるように、事業所の雰囲気作りや、又利用者が家族と外泊、外出が出来る様にご家族様との連携に努めています。又、利用者様からの要望があれば、電話や手紙がにて馴染みの人との関係の継続に努めています。		

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
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。	日頃のレクリエーションや、日常家事（掃除、洗濯、炊事）を通して互いに協力し、支え合いながら出来る事をして頂いています。又座る席や、散歩の時も利用者同士で会話出来る様にメンバー構成を考えて支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	契約終了後も、介護サマリーにて情報提供し、必要に応じては訪問し様子を伺う事で以前との変化について新しい施設側との情報交換を行い、利用者が安心して生活出来るよう支援に努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常での会話や、何気なく言った一言を拾い、どのような状況の中からも少しでも本人の思い、希望へと繋げていける様に、職員全員で把握できるよう話し合いを行なっています。		
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。	入居前に実調や、本人や家族から生活歴、趣味や特技、生活環境等の情報収集に努め、これまでの生活、生き方、暮らし方を理解し、尊厳しこれからの生活に繋がられる様努めています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	バイタルの変化や食事量、顔色、表情、行動や会話から、少しの違いに気付く様、日々の観察、見守りを行い職員間の申し送りを徹底し、現状の把握、緊急時の対応にもいち早く対応出来る様に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ケアプランを元にモニタリング、カンファレンスを全員が月1度必ず実施しています。入院や怪我等その他精神的な変化も含め、家族、主治医や外来医師、看護師、歯科医等、その方に関わるすべての情報を合わせながら作成しています。		
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。	生活記録や、個別の記録の申し送りにより、常に利用者の現状、新情報を把握するよう努めています。カンファレンスやフロア会議で居室担当を中心に、個別の検討事項を話し合い意見交換しながら、実践に繋げられるよう取り組んでいます。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	居室担当を設ける事でいち早く本人、家族の現状や希望に近づける様に対応しています。食事や、入浴、排泄等、個人の希望や要望を重視し、全体的、また個別対応が出来る様に取り組んでいます。		
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。	外出レクを行なう際に、包括支援センターに車椅子をお借りしたり、図書館では、利用者の趣味の植物図鑑を借りては皆で調べたり、紙芝居をお借りしたりと地域資源を活用しながら暮らしを楽しめるよう支援しています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	入居前や入居後においても、受診が必要なかかりつけ医には、継続希望があれば家族付き添いで医療を受けています。受診後は事業所往診医への報告、引き継ぎを希望される場合は、本人、家族の希望に添って対応しています。		

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。	往診医は2週間に1回、医療連携看護師は1週間に1回の受診を受けています。両看護師共に、利用者の現状や変化、バイタル等情報提供し、異変時は直接電話で対応し指示を仰ぎ、相談、指導を受けています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時はサマリーにて情報提供し、病院関係者、家族との連携に努めています。入院途中経過や、退院に向けての話し合いにホーム側も参加させて頂き、医師、ケースワーカー、家族と共に情報交換しながら関係作りに努めています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	常に家族と情報交換を異行ない、必要に応じては、家族に往診に立ち会って頂き、本人、主治医、管理者にて話し合いの場を設け、今後の方向性や緊急時の対応等、重度化の対応や看取りへの思いを話し合い支援しています。		
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。	緊急時マニュアルの配置、拠点病院の一覧表の掲示、心肺蘇生法の講習のを行い、全職員が緊急時に迅速に対応出来るように訓練しています。実践力を身に付けられるよう、検討事例を会議で取り上げ話し合っています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	夜間を想定した、夜間非難訓練や自主訓練を、地域や家族と一緒に連携し行っています。その後地域の方と意見交換を行い、近隣の方や協力者の方の連絡網の作成や、地域で火災が起こった時の協力体制等を築いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	浴室、トイレ、居室等、人目を避けプライバシー保持の工夫や、排泄の促しの際の声の大きさ、排泄物の取り扱いにも注意を払い、対応しています。利用者、職員間の会話等も同様に個人情報には注意し行なっています。		
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。	意向を本人自身で伝えられる方のみならず、思いや要望を選択し自己決定できる様工夫し、又実現出来る様に働きかけています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。	常に利用者の立場、目線に立ち対応出来る様、一日のスケジュールをなるべく決めずに、「今」を大切に考え、画一的な介護にならない様に、個人のペース、リズムに合わせて日々の流れを作るように心がけています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	地域の美容室や、なじみの美容室、訪問美容を利用し、身だしなみを行っています。又行事イベントに合わせて浴衣や法被を着たり、好きな服が選べ、買い物が出来るよう買い物サロンを開催したりとおしゃれが出来るように支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	ご家族様と協力し、本人の希望が叶えられ、外食が楽しめるように支援しています。日々の食事は、職員と利用者様と共に準備や片付けを協力して行っています。又、看取り介護のケアの中で、目で見ても楽しめるように食事形態に気を付けています。		

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。	栄養士による食事献立がなされ、カロリー計算がされています。摂取量の記録を基本に禁食、カロリーコントロール、嗜好の有無でバランスを考え、主治医の指示で他で栄養を補ったり等、低栄養、脱水のないよう支援しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	週1回の訪問歯科衛生士の指導を受け、毎食後の口腔ケアチェックを行っています。充分出来ない方には、個別の見守りや促し、介助を行い、義歯の方には毎晩洗浄剤を使用して、衛生管理をしています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	個々の排泄パターンを把握し、入院後や、入所後も同様に1日でも早く、自立排泄が出来る様、情報を共有し職員が一丸となり出来る限りオムツを使用しない様に取り組んでいます。		
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。	毎日排泄チェックをし行い、日常生活の中では食前体操や散歩、運動、を多く取り入れ便秘予防に努めています。義歯の具合や体調面でも配慮し、水分補給や、食事形態を個別に考えて取り組んでいます。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	今までの生活環境や、入浴時間等を出来る限り本人の希望に添えるように支援しています。時には、外出の際にご家族様と銭湯に行かれたりと、ご家族様と共に、本人の今までの生活の一部が継続し実現出来るように努めています。		

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
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。	日中の活動を活発にし、夜間安眠に繋がる様心掛け支援しています。夜間帯は消灯し、昼夜の変化を付けますが、居室では自由に過ぎて頂き、個々の寝る時間を決めずに個別対応で支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	服薬説明書を個別ファイルにまとめ、服薬ボックスは顔写真付きにし、2名体制で服薬の確認をする事で確実にを行うように努めています。体調の変化時は常に内服薬と照らし合わせ、主治医の意見、支持が仰げる様に努めています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	ご飯とみそ汁は自分で入れる、使用した食器は自分で洗う、居室の掃除は自分で行う等個々の出来る事への支援をしています。利用者の趣味を理解し、継続出来る様、又新しい事を提供する事で次への意欲に繋がる様支援しています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	利用者の意向、希望、趣味、これからやってみたい事等を職員全員で聞き取りを行い、実現に向け資料を集め実行出来る様取り組んでいます。本人の意向は家族と共に共有し、実現出来るように協力し、支援しています。		
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。	おやつや日用品の買物、移動パン屋やヤクルトの日に各自でお金を持ち、自分で好きな物を選び購入できるように支援しています。又、ご家族様管理の下、少しのお金と財布を持たれ、本人が安心できるように支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	要望のある時は、いつでも電話ができる様対応しています。家族からかの電話も本人に繋げ安心できるよう支援しています。又、手紙やFAXで自分の思いが伝えられる様に支援しています。携帯電話も個人管理にて持ち込まれています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節を感じる飾りつけを心掛け、散歩時に草花を摘みフロアに飾り、行事の写真を展示し回想、思い出話をしたり、カラオケCDや音楽で雰囲気を作る等工夫しています。		
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。	フロアには椅子やソファを配置し、ベランダにはベンチを置き利用者が好きな場所で過ごして自由にくつろげるよう配置しています。飲み物やポットを置き、コーヒーや紅茶、お茶等自由に好きな物を作って飲める様に工夫しています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室のレイアウト等本人と家族で考え、親しみのある物、馴染み物、思い出の物、TVやラジオ、CD、鏡台等その他必要に応じて自由に持ち込み、本人が安心して過せるよう工夫しています。		
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。	介助方法を見極めながら、残存機能を引きだし、自分の事は自分で出来るよう、個々の理解力を把握しながら支援しています。転倒予防として床緩衝材やコーナークッション、人感センサーを使用し安全に生活出来るように工夫しています。		

平成26年度

目標達成計画

事業所名 GHみんなの家・横浜荏田東

作成日： 平成 27年 9月 7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	35	昨年度の外部評価で備蓄を確保するようこの指摘から、今年度は確保は出来ていたが、備蓄品のリストや保管場所の共有、賞味期限の管理までは出来ていかなかった。今後は備蓄品の確保、賞味期限の管理までの一連の流れを確立する事が課題である。	全職員が備蓄品の保管場所を把握する、又備蓄品リストを作成し、1ヶ月に1度賞味期限の確認が出来るように取り組む。	備蓄品リストを作成し、1ヶ月に1度の賞味期限の確認が出来るように、管理方法のマニュアルを作成する。。又、年2回の消防訓練の際には必ず、保管場所の確認と、災害時に慌てず行動が出来るように災害時のマニュアルを再確認する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月