

## 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	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	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18 名	
		ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	平成27年10月24日	評価結果 市町村受理日	平成28年4月19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.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

「優しさと寄り添う心で縁を紡ぐ」という理念に基づき、ご利用者様の立場に立った支援を行っていただける様心掛けています。  
また、地域の一員としてのホームの位置付けを考え、地域に根ざすだけでなく、認知症介護を行う施設として情報を発信できるホーム運営を目指している。

### 【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1-2-4 クゲヌマファースト 3階		
訪問調査日	平成27年11月20日	評価機関 評価決定日	平成28年4月9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からバスで10分、徒歩5分程度の閑静な住宅街にあります。神奈川県にも多くのグループホームを運営する株式会社ウイズネットが、平成22年8月に開設しました。ホームの理念に、「優しさと寄り添う心で縁を紡ぐ」を掲げて、職員は利用者一人ひとりの思いに沿った支援を心がけ、職員間で情報を共有し日々の支援に努めています。

<優れている点>

個別支援計画は、利用者の身体特性に配慮し、移動、食事、入浴、排泄、口腔ケア、服薬の6つに分類し、利用者にあった支援内容を具体的に明記しています。職員は、個別支援計画の課題に沿って利用者支援の状況を生活記録に書き留め、利用者の日頃の要望や思いを個別支援計画の見直しに反映しています。3ヶ月ごとにモニタリングを実施し、個別支援計画の実践の成果を評価し、半年ごとに個別支援計画を見直しています。個別支援計画に沿った支援ができているかを日々の支援の中で振り返り、気づきをヒヤリハット報告書に明記しています。ヒヤリハットハット報告で課題が提起された時は、カンファレンスを実施し翌日には個別支援計画の見直しを行うなど迅速な対応を心がけています。

<工夫点>

利用者の転倒事故の防止に力を入れています。利用者一人ひとりのリスクをアセスメント表に明記し、職員間の情報共有を図っています。居室に転倒防止マットを設置し、利用者の両腰には衝撃を和らげる安心ガードルを付け、夜間は足下センサーライト(停電時にはペンライトに)、など転倒防止に工夫しています。また、転倒リスクにつながる薬の服用については、薬剤師の指導のもとにチェック表を作成し、事故防止を図っています。

### 【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 横浜今宿
ユニット名	1ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	理念は管理者より案を出し、会議にて決めたものである。月一回のミーティング・カンファレンスを通し、理念の共有・実践に努めているとともに、玄関・事務室に掲示し、常に確認できるようにしている。	「優しさと寄り添う心で縁を紡ぐ」をホームの理念に掲げています。事務室等に掲示し、朝の申し送りで唱和し職員に周知しています。また、一人ひとりに合った声かけなどを職員間で話し合い、理念の実践に向けての意識の徹底を図っています。	
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	町内会に加入し、運営推進会議にも町内会役員のご参加を頂き、地域の皆様に都度ご指導・ご協力を頂いている。また夏祭り等には地域の方々にもお越しいただき、一緒にすいか割りや花火を楽しんでいただいた。	地域包括支援センターと連携し、地域住民を対象にアルツハイマーに関する講師を務めるなど、地域連携に努めています。また、夏祭り等の行事に積極的に参加し、流し素麺を行うなど、地域住民との交流を図っています。	
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	地域の徘徊ネットワークに加入しており、認知症介護を行っている事業所として地域の認知症の方の在宅生活の手助けが出来たらと考えている。また、管理者が地域包括にて講演会を行うなど、地域住民に向けての活動を行っている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回の運営推進会議で取り組み後の評価や評価後の改善について報告、それらに対して要望や助言をしていただき、サービス向上に活かしている。	町内会長や民生委員、地域包括支援センター、協力医薬局の薬剤師、家族代表等が参加し、2ヶ月ごとに運営推進会議を開催しています。会議では、ホームの運営状況について説明し、ホームに対する地域の理解が深まるように努めています。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の際、区役所の担当者・地域包括支援センターの方々・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。	地域包括支援センターと連携し、車椅子等の福祉用具を借りるなど日常的に連携を図っています。生活保護の利用者支援については、区役所職員と連携し適切な支援に努めています。また、横浜市の認知症介護実践者研修等に参加しています。	

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
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	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、社員全体で意識し取り組んでいる。	法人の身体拘束廃止委員会の取組の中で、利用者への言葉による拘束等の防止を図っています。また、毎月の職員会議で厚労省が発行した「身体拘束ゼロへの手引き」を用いてテーマごとに話し合い、身体拘束を行わない支援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	身体的虐待だけでなく、言葉による虐待にも留意している。 社内での安全対策委員会・身体拘束廃止委員会が中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。		
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できるよう、社内研修・GH連絡会等が主催する研修には適宜参加している。 実際に後見制度を利用されている方もおり、その都度連携・連絡を取っている。		
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、安心して利用して頂ける様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	法人代表宛の提案箱を設置しており、ダイレクトに声が届くようになっている。また、直接ご利用者様・ご家族様から意見・不満を聞いた場合、ホーム長に伝え、カンファレンス等で話し合っって対応を考えている。	毎月「一言通信」を家族に郵送し、ホームにおける利用者の生活状況や行事に参加している表情、体調の変化等について知らせています。家族の意見を取り入れ、食事の変化を楽しめるように、毎週金曜日はパンの訪問販売を取り入れています。	

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
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	ミーティングにて職員の意見を吸い上げている。また、普段からコミュニケーションを大切に、意見の言いやすい環境を作るよう努力している。	毎月実施の職員会議で、管理者は職員の意見や要望の把握に努め、また、新人職員も納得するまで職員間でよく話し合うようにしています。職員の意見を取り入れ、嚙下障害の防止を図るべく、食事の前に口腔体操を実施することになっています。	
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	半年に1回の割合で職員面談を行っている。その際今後の方向性や労働条件等について聞き取りをし、意欲的に働いていける様努めている。 また、研修や資格取得には出来る限りの支援を行っている。		
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	出来る限り希望に沿える様シフト調整を行っている。また、社内の職階別研修、委員会・新任研修等へ積極的に参加しており、経験・役割・知識に合わせた研修への参加の機会を作っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	社内の研修や委員会活動等へ積極的に参加している。また、GH連絡会等、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努めている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の周りの環境などを聞き取りしている。また、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししたりしている。		

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	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る。 面会時・家族会・毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っている。		
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	初回面談での聞き取りを元に暫定ケアプランを作成、1ヶ月間後に本プランを作成している。 1ヶ月間でご本人様の様子、ご家族様からのお話を伺いながら、何を必要としているかを見極める努力をしている。		
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	掃除や後片付け等、ご利用者様にも積極的にお手伝いに参加して頂いている。ご利用者様に役割を持っていただく事で、はりのある生活を送っていただけるよう努めている。		
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	電話や手紙、一言通信などで近況を適宜報告している。医療機関への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様にお願いしている。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	面会時間の制限はせず、自分の家としていつでも自由に過ごせるように努めている。 定期的に外泊される方、出掛けられる方もいらっしやり、今後も継続して支援をしていきたい。	入居時点で既に関係を保つ人間関係が少なくなっている利用者が多い状況があります。その中で現在数名の入居者は入居前からの友達関係を継続しています。また、宗教などの個人の生活のスタイルを職員が優しく見守っています。	

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	レクリエーション等の機会を通じて、皆様に楽しんでいただける機会を作っている。 耳が遠い等、集団の中で孤立する恐れのある方に対しては、会話の取り持ちを行うなどの支援を行っている。		
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適宜行っている。 また、退居されたご利用者様のところに面会に職員が伺っている。お亡くなりになった方のご家族様とお付き合いもある。		
<b>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</b>					
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。	6ヶ月ごとにアセスメントを実施し、利用者支援のニーズの把握に努めています。個別支援計画の支援課題に沿って、日々の利用者の生活状況や身体状況の変化を生活記録に書き留め、6ヶ月ごとの個別支援計画の見直しに反映しています。	
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、状況により在宅でのケアマネジャーと連携し、事前に情報をいただ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いただき、その中でご本人様の状況を把握する事に努めている。カンファレンスや申し送りなどで日勤帯・夜間帯の様子を集め、状態の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	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	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っている。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る。また、状況変化の際には出来るだけ早くプランの変更を行っている。	3ヶ月ごとに個別支援計画の課題に沿ってモニタリングし、半期ごとに計画を見直しています。担当職員が個別状況をとりまとめ、医師の意見等を参考にカンファレンスで職員間で話し合い、本人・保護者の同意を得て支援内容を決定しています。	
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	個人の記録はありのままをより具体的に記入し、日々の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る。多様なサービスを使用する為に管理者を始め、職員の知識の向上を図っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ボランティア・近隣の方々・包括の方々などからの協力を得ている。フォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルなサービス（おむつ給付・移動パン屋・地域ケアプラザの自主事業等）も活用し、支援をおこなっている。		
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	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できるよう支援している。	利用者、家族の意向を尊重していますが、現時点では利用者全員が事業所指定の協力医療機関をかかりつけ医に指定しています。他に事業所指定の訪問看護師（毎週）と薬剤師（月2回）の訪問などもあり、利用者、家族からも信頼を得ています。	



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
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、ご利用者様のいつもと違う点などをノートに記入し、訪問診療時や医療連携看護師が来られた時に相談し指示を仰いだり質問に答えていただいている。		
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絡を密にし、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。 また、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	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	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、家族会等においても普段から説明を行い、その時が来た時に選択していただける環境を作っている。	入居時に説明する「重度化した場合の対応に係る指針」に、急性期、入院期間中と看取りについて対応策を明示しています。看取り対応は、訪問診療医・協力医療機関の医師がホームでの生活継続を可と判断したときに、必要な準備を開始しています。	
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	急変や事故に対しては速やかにかかりつけの医療機関・ご家族様・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る。 緊急時の為のファイルを事前に作成しており、職員が慌てずに対応出来るようにしている		
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	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。また、近隣の職員がすぐに駆けつけるような体制を取っている。 食料品・飲料水とも三日分の備蓄も行っている。	年2回の避難訓練を行い、内1回は消防署の協力もあります。事業所の周囲は、民家が少ない状況に配慮して万一の場合、近隣の職員に協力を得られる体制もあります。災害時の食料・水も備蓄台帳で管理し、消費期限のチェックも行っています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	重要書類は鍵のかかる場所に保管し個人情報保護に留意している。 また、書類を破棄する際にはシュレッダーを使用する事を徹底している。	事務所に「間違ったやりかたをしていないか？」留意点が掲示がされています。職員同士がゲーム感覚で互いの行動をみて、良いことをした時はプラス、注意したいことがあればマイナスを記録、1カ月分をまとめ職員で振り返りをしています	
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	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。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無く、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	訪問理美容に定期的に来て頂き、本人の希望に添ったカットをしている。外の店を希望される場合にはご家族様の協力を得て希望に添った対応をしている。		
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	配膳・下膳・テーブル拭きや洗い物等も各々の状況に合わせて、ご利用者様・またはご利用者様と職員と一緒にやっている。	食事は法人の給食部職員がメニュー作成、仕入もしています。食事は職員も一緒にしています。月に1度、元中華料理店の経験者が得意の料理を提供したり、おやつ作り、流しそうめんなど行事食を楽しんでいます。外食の楽しみもあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	栄養バランスの取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、また排泄のチェックを行い、多角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・栄養科）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	毎食後口腔ケアの声掛け・介助を行っている。また、週に1回歯科往診にて口腔内を診ていただいております。ご本人様・介護職員へのアドバイスを頂いている。		
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	排泄表を使用して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る。ご自身でトイレに行くことが出来るが汚してしまう方等にはその人にあったパッド選びを行い、出来るだけご自身で出来るような支援を行っている。	排泄表を使用して排泄パターンを把握、できるだけ利用者ごとの特長も踏まえてトイレ誘導をしています。介護度も上がってきた現在、排泄を自立している利用者も減少傾向にありますが、「失禁しないことを目標」に支援を継続しています。	
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	排便のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を確認しながら、適宜医療機関に相談している。また、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宅配を頼む等の支援を行っている。		
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ず、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の希望に沿って行っている。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。	週2回以上の入浴を提供しています。浴室は、暖房設備、広さなども十分あり、事業所1階の浴室にはリフト浴の設備もあり、使用者も徐々にですが増加しています。入浴剤を使用したり、季節感にも配慮したりして楽しい入浴を工夫しています。	

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、全社共通の服薬介助マニュアルを用い、ダブルチェックを徹底している。 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形態を適宜変更したり、薬局と協力し薬のパッケージに工夫をしたりしている。		
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、アセスメント等からカンファレンスで検討し、日常生活の中で個別に支援している。		
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	敷地内にベンチを設けている。花に水をあげたり、洗濯物を干したり取り込んだり、皆と一緒に外気浴なども楽しめるように努めている。 また、ご家族様にご協力していただき、定期的に外出される方もいらっしゃる。	事業所周辺は虫も多く、風も強く、散歩にはやや制約が多く種々工夫をし、レクリエーション的な外出を増加させる計画です。フロア単位にこだわらず少人数に分かれての外出を計画、家族の同行支援も得て成果があった事例（バラ苑）もあります。	
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	紛失のリスクもある為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る。ご家族様からの電話は適宜お取次をしている。		
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	基本的に全居室に温湿度計を置き、温度・湿度の管理をしている。また、立地上、虫が多く出るので玄関を定期的に清掃し、清掃チェック表にて管理を行っている。居室に仏壇やテーブルなどを置いている方もいらっしゃる。	居間・廊下・風呂場には十分な広さが確保され、窓も大きく開放感があります。居間には洗面台があり外部からの入室者にも手洗いとうがいに協力を要請しています。居間の壁面には季節感のある作品や行事写真が飾られ、明るい雰囲気があります。	
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感じられる空間などの環境づくりに努めている。		
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をを活かして、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る。自室で植物を育てたり、自分で描いた絵・写真を貼っている方もいらっしゃる。	全居室に温湿度計、転倒防止のためのマット設置、利用者の両腰には衝撃を和らげる安心ガードルを付け、夜間には足下センサーライト（停電時にはペンライトに）ナースコール、ベッド下にワイヤレスセンサーなど転倒防止に工夫しています。	
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	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をしている。また、ご利用者様の認知度に合わせ、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る		

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	2ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
		○	3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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	理念は管理者より案を出し、会議にて決めたものである。月一回のミーティング・カンファレンスを通し、理念の共有・実践に努めているとともに、玄関・事務室に掲示し、常に確認できるようにしている。		
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	町内会に加入し、運営推進会議にも町内会役員のご参加を頂き、地域の皆様に都度ご指導・ご協力を頂いている。また夏祭り等には地域の方々にもお越しいただき、一緒にすいか割りや花火を楽しんでいただいた		
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	地域の徘徊ネットワークに加入しており、認知症介護を行っている事業所として地域の認知症の方の在宅生活の手助けが出来たらと考えている。また、管理者が地域包括にて講演会を行うなど、地域住民に向けての活動を行っている		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に1回の運営推進会議で取り組み後の評価や評価後の改善について報告、それらに対して要望や助言をしていただき、サービス向上に活かしている。		
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	運営推進会議の際、区役所の担当者・地域包括支援センターの方々・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「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	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、社員全体で意識し取り組んでいる。		
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	身体的虐待だけでなく、言葉による虐待にも留意している。 社内での安全対策委員会・身体拘束廃止委員会が中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。		
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できるよう、社内研修・GH連絡会等が主催する研修には適宜参加している。 実際に後見制度を利用されている方もおり、その都度連携・連絡を取っている		
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、安心して利用して頂ける様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	法人代表宛の提案箱を設置しており、ダイレクトに声が届くようになっている。また、直接ご利用者様・ご家族様から意見・不満を聞いた場合、ホーム長に伝え、カンファレンス等で話し合っって対応を考えている。		



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	ミーティングにて職員の意見を吸い上げている。また、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		○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る。その際今後の方向性や労働条件等について聞き取りをし、意欲的に働いていける様努めている。 また、研修や資格取得には出来る限りの支援を行っている		
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	出来る限り希望に沿える様シフト調整を行っている。また、社内の職階別研修、委員会・新任研修等へ積極的に参加しており、経験・役割・知識に合わせた研修への参加の機会を作っている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	社内の研修や委員会活動等へ積極的に参加している。また、GH連絡会等、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努めている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の周りの環境などを聞き取りしている。また、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししたりしている。		

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	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る。 面会時・家族会・毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っている。		
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	初回面談での聞き取りを元に暫定ケアプランを作成、1ヶ月間後に本プランを作成している。 1ヶ月間でご本人様の様子、ご家族様からのお話を伺いながら、何を必要としているかを見極める努力をしている。		
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	掃除や後片付け等、ご利用者様にも積極的にお手伝いに参加して頂いている。ご利用者様に役割を持っていただく事で、はりのある生活を送っていただけるよう努めている。		
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	電話や手紙、一言通信などで近況を適宜報告している。医療機関への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様にお願いしている。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	面会時間の制限はせず、自分の家としていつでも自由に過ごせるように努めている。 定期的に外泊される方、出掛けられる方もいらっしゃり、今後も継続して支援をしていきたい。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	レクリエーション等の機会を通じて、皆様に楽しんでいただける機会を作っている。 耳が遠い等、集団の中で孤立する恐れのある方に対しては、会話の取り持ちを行うなどの支援を行っている。		
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適宜行っている。 また、退居されたご利用者様のところに面会に職員が伺っている。お亡くなりになった方のご家族様とのお付き合いもある		
<b>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</b>					
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、状況により在宅でのケアマネジャーと連携し、事前に情報をいただ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いただき、その中でご本人様の状況を把握する事に努めている。カンファレンスや申し送りなどで日勤帯・夜間帯の様子を集め、状態の把握に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	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	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っている。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る。また、状況変化の際には出来るだけ早くプランの変更を行っている		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	個人の記録はありのままをより具体的に記入し、日々の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る。多様なサービスを使用する為に管理者を始め、職員の知識の向上を図っている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ボランティア・近隣の方々・包括の方々などからの協力を得ている。フォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルなサービス（おむつ給付・移動パン屋・地域ケアプラザの自主事業等）も活用し、支援をおこなっている		
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	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でき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、ご利用様との違いなど点をノートに記入し、訪問診療時や医療連携看護師が来られた時に相談し指示を仰いだり質問に答えていただいている。		
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絡を密にし、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。 また、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	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	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、家族会等においても普段から説明を行い、その時が来た時に選択していただ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の医療機関・ご家族様・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る。 緊急時の為のファイルを事前に作成しており、職員が慌てずに対応出来るようにしている		
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	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。また、近隣の職員がすぐに駆けつけるような体制を取っている。 食料品・飲料水とも三日分の備蓄も行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	重要書類は鍵のかかる場所に保管し個人情報保護に留意している。 また、書類を破棄する際にはシュレッダーを使用する事を徹底している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	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。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無く、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	訪問理美容に定期的に来て頂き、本人の希望に添ったカットをしている。外の店を希望される場合にはご家族様の協力を得て希望に添った対応をしている。		
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	配膳・下膳・テーブル拭きや洗い物等も各々の状況に合わせ、ご利用者様・またはご利用者様と職員と一緒にやっている。		

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	栄養バランスの取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、また排泄のチェックを行い、多角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・栄養科）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	毎食後口腔ケアの声掛け・介助を行っている。また、週に1回歯科往診にて口腔内を診ていただいております。ご本人様・介護職員へのアドバイスを頂いている。		
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	排泄表を使用して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る。ご自身でトイレに行くことが出来るが汚してしまう方等にはその人にあったパッド選びを行い、出来るだけご自身で出来るような支援を行っている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排便のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を確認しながら、適宜医療機関に相談している。また、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宅配を頼む等の支援を行っている		
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ず、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の希望に沿って行っている。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	服薬ミス防止を為、全社共通の服薬介助マニュアルを用い、ダブルチェックを徹底している。 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形態を適宜変更したり、薬局と協力し薬のパッケージに工夫をしたりしている		
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、アセスメント等からカンファレンスで検討し、日常生活の中で個別に支援している。		
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	敷地内にベンチを設けている。花に水をあげたり、洗濯物を干したり取り込んだり、皆で一緒に外気浴なども楽しめるように努めている。 また、ご家族様にご協力していただき、定期的に外出される方もいらっしゃる。		
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	紛失のリスクもある為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る。ご家族様からの電話は適宜お取次をしている。		
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	基本的に全居室に温湿度計を置き、温度・湿度の管理をしている。また、立地上、虫が多く出るので玄関を定期的に清掃し、清掃チェック表にて管理を行っている。居室に仏壇やテーブルなどを置いている方もいらっしゃる		
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感じられる空間などの環境づくりに努めている。		
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	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る。自室で植物を育てたり、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をしている。また、ご利用者様の認知度に合わせ、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る		

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家 横浜今宿

作成日： 平成 28 年 4 月 18 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	2	地域との交流	地域の方々により交流を図っていく	ボランティアの受け入れ 地域行事への参加・受け入れ 地域の方に対しての認知症介護に関する情報の発信	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月