

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	1473600656	事業の開始年月日	平成16年2月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	医療法人社団 ピーエムエー			
事業所名	グループホーム ソフィアいずみ			
所在地	(〒245-0016) 神奈川県横浜市泉区和泉町6 4 1 8-1 9			
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29年8月1日	評価結果 市町村受理日	平成30年2月8日	

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

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<p>1) ソフィアいずみのキーワードは『自己実現』です。大げさなことではなく、煮物の味付けやお花の生け方、洗濯物のたたみ方——その一つひとつが重ねた人生経験や自分らしさの“表現”。安らぎの家とは、長年共通する習慣、感受性を育ててきた馴染みの土地で、互いの自分らしさを受け入れ合う穏やかな人間関係であると考えます。2) 暮らしの追求がテーマ。気晴らしも大切！ ただ、些細な事でも人の役に立てる、(少しの手助けがあれば…)自分で生活できる、という土台の上で話です。生活の主体者として生き生きと働く以上のリハビリはないでしょう。料理や洗濯など暮らしのあれこれ長期記憶の活性化につながりますが、何より自分達の手でわずかずつでも生活を心豊かに、そして互いの絆を深めていくゴールのない日々の取り組みの中にこそ喜びがあります。3) 運営は安心の医療法人。ソフィアいずみは医療法人社団ピーエムエーが運営します。グループのクリニック、老健施設が協力してサポート。4) より良い暮らしに向け「ソフィアいずみ・ケア・プライオリティ(介護の優先順位)」を定めました。①安全②信頼③いまの入居者の世界④私も楽しい⑤効率——を大切にお付き合いして参ります。</p>

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成29年11月14日	評価機関 評価決定日	平成30年2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)】

<p>【事業所の概要】 この事業所は、相鉄いずみ野線いずみ野駅から徒歩約10分の利便性に優れ、住宅地沿いにある緑豊かな田園風景が広がる場所にある。建物は、軽量鉄骨造2階建ての2ユニットのグループホームである。敷地は広く建物を挟んで花壇や菜園があり、利用者が野菜の苗を植え、草取りをしながら育てている。収穫した野菜は季節ごとに食卓を賑わしている。</p> <p>【理念の実践】 事業所の理念である「自己実現」は、アメリカの心理学者アブラハム・マズローが提唱した「欲求5段階説」に由来する。人は、身体的・精神的欲求を段階的に満たし、遂には自身の内なる欲求「ひとりの人間として尊厳や権利を損なわず、持っている能力を活かして、思うように暮らしていくこと」を目指すものである。理念の実施に当たり、職員は利用者の安全を確保し、信頼関係を築いて一人ひとりのニーズを把握し、理解して支援している。理念は、日々の生活の支援、介護計画の作成・実施、アクティビティーなどあらゆるサービス提供の根底をなしている。</p> <p>【地域や家族との関係作り】 自治会の夏祭りや体育祭などに出かけて、地区の住民や子供たちと一緒に楽しみ、日課として散歩や外出を行い、近隣の方と声をかけ合って親睦を深め、同じ地域の住人として良好な関係を築いている。 利用者の支援には、家族との情報共有は必須である。季刊の「ホーム通信」や家族への便り、電話などでホームの様子や本人の状況を知らせ、訪問時やアンケートで意見を聞くなど密にコミュニケーションを取り、運営やサービスに活かしている。</p>
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	グループホーム ソフィアいずみ
ユニット名	あやめ

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	利用者と職員と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	自己実現と社会的つながりを重視した理念を示す。また、「ソフィアいずみ・ケア・プライオリティ」を作成し、介護の優先順位として①安全②信頼③いまの入居者の世界④私も楽しい⑤効率——の諸要素と優先度を共有する。	理念が目指すものは、利用者の「自己実現」である。職員は、利用者が安全に、その人らしく、やりたいことや出来ることをしながら暮らしたいという欲求をかなえるように努めている。常日頃、年長者として尊敬をもって接し、一人ひとりのペースに合わせて適切なサービスを提供できるよう努めている。	
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	昔ながらのコミュニティが生きた地域に立地。日本人が大切にしてきた習俗・習慣が暮らしに引き継がれ、お祭りや体育祭、どんど焼き等行事への参加、児童の育成方針の共有、散歩の折などの交流、近隣の方の消防訓練への参加等を通じ、つながりを深める。	利用者は、自治会が主催する夏祭りや体育祭などに出かけて、近隣の住民や子供たちと一緒に楽しんでいる。事業所の季刊誌「ホーム通信」を自治会に回覧し、イベントの様子や健康に関する情報を提供している。ラーメン専門店がボランティアで来訪し、材料を持参して本格ラーメンを振舞っている。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	ホーム通信（自治会回覧）を通じた健康情報の提供、横浜市認知症対応型サービス事業開設者研修の実習受け入れの他、過去に認知症介護実践研修、横浜市認知症特化型生活・介護支援サポーター養成事業の実習受け入れ協力を行う。		
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	自治会より地域と施設の積極的なつながり提案を頂く。会議では行事や河川工事などの地元情報のほか、地域との多様な関りのための助言も。又地域の方々の認知症のご家族への関わりやコミュニティとのお付き合いの中に、ケアの向上のモデルを見出す。	運営推進会議は、年6回開催している。参加メンバーは、家族、地域包括支援センター職員、自治会長、自治会副会長、管理者、職員などである。事業所の状況や事故報告などが行われ、参加者と意見交換している。自治会長から、体育祭で利用者が楽しめるような種目を追加する提案があった。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	泉区認知症高齢者グループホーム連絡会で情報交換・交流を行う。運営推進会議への区担当者の出席を通じ、事業所や介護現場の実情を伝え、助言やご意見を頂く。また消防訓練に当たっては消防・予防課より指導・提案を頂く。	横浜市の認知症対応型サービス事業開設者研修の実習を受け入れている。泉区高齢障害支援課とは運営推進会議などを通じて情報交換している。泉区社会福祉施設等防災連絡協議会に参加し、「災害時の助けを考える会」で地域の横のつながりを大切にしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	採用時のオリエンテーション及び年に1度の施設内研修において、拘束とは何かや「切迫・非代替・一時」の3原則の周知を図る。H20年9月より玄関の施錠を開始。翌21年3月の家族会で報告。見守り容易な勝手口（非常口）は自由な出入り継続。	毎年、身体拘束排除や虐待防止について職員研修を行っている。車椅子は移動手段であると考え、できるだけ椅子に移乗しているが、座位をとるのが困難な方は、食事などの際に車椅子を使用する場合もある。玄関にはセンサーを設置し鍵をかけているが、自分で開けて出る方もいる。フロア入口や勝手口は施錠していない。不意の外出には職員が同行している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	最低年に一度は高齢者虐待防止研修を実施。虐待の定義、通報義務、不適切なケアと虐待の関係などを学ぶ。		
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	ケアマネの研修、自治体の広報活動等を通じ、学ぶ機会を持つ。必要に応じ行政窓口等と相談、調整などを行う。平成28年度は1名の方が成年後見制度の活用を開始する。		
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	契約締結、解約に当たっては、理解や解釈の困難な語句、事柄の平易な説明を心掛け、極力疑問や不安のないように努めています。また報酬改定時など、理由、内容を記したご案内文章を皆様にお送りしています。		
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	毎年度末に家族会とアンケート調査を実施、運営やケアに関してのご意見・ご要望を頂く。H28年度は1月に2名の離職者が発生したことにより、会の開催を見送り、アンケートのみ実施する。	季刊誌「ホーム通信」を家族に送り、ホームでの情報を伝えている。例年、家族会開催の前にアンケートをとって、意向や要望を把握しているが、今年度はアンケートのみ行った。アンケートから、「ホームの行事予定を知りたい」「利用者の要介護度の分布を知りたい」との要望を把握し、家族全員に詳細を郵送した。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	全体会議及び目安ノートで職員の意見、提案の聴取、検討に加え、運営や業務などに関する職員アンケート及び個別面談を毎年5～6月に実施。	管理者は、2か月に1回開催する全体会議で、職員の意見や提案を聞いている。年1回の職員アンケートのあと、個人面談を行い要望などを聞いている。看取りに立ち会った職員からマニュアル作成の要望があり、全体会議で話し合っ「看取りにおける臨終時の対応」を作成し、職員に配布した。	
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	代表者は、認知症ケアを深く理解すると共に職員の意欲と前向きな精神態度に留意し、自主性を尊重した配慮、対応に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	就業規則の中に「人格、知識並びに技能を高めるため、業務の許す限り研修を行うものとする」と定める。代表者は資格取得やスキルアップを奨励し、研修会などへ参加しやすい環境づくりを行う。		
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	日本認知症グループホーム協会（GH協）、横浜高齢者GH連絡会、泉区認知症高齢者GH連絡会のほか、防災については泉区社会福祉施設等防災連絡協議会に加入。なお、法人理事長はGH協神奈川県支部の理事を務める。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	環境変化に弱い認知症高齢者は、ご入居当初大きな不安や混乱にさらされます。十分なアセスメント調査は勿論、ご入居前には見学や職員訪問による関係作り、ご入居後もご発言内容や行動の意味、心情を理解し、心の動きを把握するよう努めます。		

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	ご家族のご理解なしに認知症ケアは前進しません。ご家族の思いを真摯に受け止めながら、事業所と一緒にご本人を真ん中に置いた望ましい関係を模索してまいります。		
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	入居相談の際など、望む暮らしの姿やご本人のご状態、ご家族のご意向や介護力などを勘案し、他に適したサービスがあればご提案、ご紹介しています。		
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	ご本人の持てる力と生き生きとした心の動きを極力引き出すことで、一方的な関係にならず、生活をともに作っていく間柄を築きます。また、職場は人間形成の場でもあり、入居者に支えられつつ職員も共棲していることを自覚することがGHケアの要諦と考えます。		
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	時間や場所とのつながり感が薄れ、記憶を介して環境とつながることが困難になった認知症の方にとって、長年暮らしを共にしてきたご家族との絆は最大のつながりです。ご家族は最も重要なケアの戦力と位置付けており、ボランティア参加もお願いしています。		
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	友人やご親戚とのお付き合い、お身内の法要やお祝い事などに継続して参加できるような支援（同行者へ介護のポイントの説明や、いつまでもお出かけ頂けるよう散歩の励行）しています。また、馴染みの方のご訪問を職員一同歓迎しています。	過去の思い出話を聞くなどして記憶を刺激し、気持ちを安定させる回想法を行っている。機会は少ないが、電話や手紙のやり取りを支援している。知人や友人が来訪した場合は、居室に案内し湯茶でもてなしている。入居の長期化や重度化によって、常日頃接している職員が馴染みの人となってきている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	コミュニティの中での役割や関係を大事にしています。例え認知障害から言語理解や生活参加が困難になっても、地域社会やご家庭、ホームにおける功労者であることで、最後までコミュニティの重要な構成員であることを関係づくりの柱としています。		
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	住み替えでは次施設へケアのポイント等を伝達。在宅復帰者にはホームをお出かけ先の一つとして提案。年賀状のやり取りなどを通じ、退居者・入居者双方の社会性維持を図る。H28年12月には先年他界された入居者の三回忌のミニ法要をご遺族、入居者と営む。		
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。	入居時のアセスメント調査や暮らしの中での観察を通じて思いを把握、どうすれば対応可能か検討します。認知症高齢者のお心の内面的理解を深め、従来の常識にとらわれず当事者主体のケアに努めます。	月1回の勉強会で認知症の理解を深めている。利用者に見当識障害が見られるときは、これまでの習慣や行動をもとに支援を行っている。日々の行動のパターンの積み重ねから、利用者の思いがけない一面を把握することがある。把握した思いや意向は、ケース記録などに記載して情報共有している。	
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	ご生活歴、サービスに至るまでの経過については、可能な限り詳細に把握させて頂くようにしています。ご入居後もご家族の皆様との親密な交流を通じ、折に触れご本人への理解や共感、意欲の向上につながる手掛かり情報の把握を行っています。		
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	日々の状態把握は勿論、3ヶ月に一度のケアプランの見直しにおいて、BPSDやご本人の意向、心身のご状態など総合的な再評価を行います。また病気毎の特性の理解に努めることで、認知症の進行を極力緩慢なものとし、先々のご状態に適切に備えられるよう注力。		

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	その時々のご本人のご意向や思い、ご家族のご意見や生活暦などの情報、医師・歯科医師・看護師の指導や助言、認知症の方の特性を踏まえながら、入居者主体のケアプラン作成に努力しています。	介護計画は、本人の能力を引き出し、意向に沿った暮らしができるように、ニーズや課題を抽出して作成している。職員は、計画の長期・短期目標やサービス内容に沿った実施記録をつけている。3か月毎に計画担当者と職員がモニタリングを実施し、計画の見直しにつなげている。状況の変化があるときは「申し送りノート」に記入し、経過を観察して問題点を修正し見直しにつなげている。	
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	個々の詳細なご様子は「ケース記録」に記入し、気づきやケアの新たなアプローチ、実践の結果などの特記事項を「介護日誌」や「申し送りノート」に記載して伝達。情報を共有してプランの見直しに活かしています。		
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	法人内のクリニック看護師による日常のきめ細かい健康管理、医療ニーズが発生した際のスムーズで適切な対応等により、可能な限り入院等の環境の変化を避け、ホームでの生活を維持して頂ける体制をとる。他に通院介助、買い物同行などの外出支援も。		
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（ウクレレ、美容他）の受け入れ、自治会行事への積極参加、泉消防署との消防訓練を通じた消防管理上の基礎知識や技術習得のための取り組み、地域の他施設との交流など行う。		
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	かかりつけ医を基本としますが、ご同意頂ける場合、より円滑かつ迅速な医療対応のため、ホームの協力医療機関であるソフィア横浜クリニックの医師をかかりつけ医として頂いています。同様に同意に基づき同医師による訪問診療を受けて頂いています。	協力医は法人のクリニックで、利用者全員が月2回の診療を受けている。看護師が週1回来訪し、健康管理などを行っている。訪問歯科は、利用者の希望により毎月1回来訪している。通院する場合は原則として家族対応である。理事長が精神科医でいつでも対応できる体制にある。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	法人内のクリニック看護師は定期訪問や介護職員との情報交換により、単に健康状態を把握しているだけでなく、相談に乗る（訴えの傾聴）等を通じて入居者と緊密な関係を築き、さらに日々の暮らしぶりを知ることによって、よりきめ細かな健康管理につなげている。		
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。	平常時のバイタルサイン、日常生活動作能力やBPSDのご状態、ホームで可能な医療活用等の情報を提供（文書の場合も）し、経過や入院中のご状態について話し合うことで、ご本人が混乱なく病院で過ごせ早期退院が可能になるよう努めています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取りの方針や支援のあり方は、段階毎にご意向を確認。また毎年ご家族アンケートで看取りについて、その時のお考えをお尋ねしている。終末期には事業所単体ではなく、法人内の診療所や老健を含めた総合力で対応。	「重度化した場合における対応に係る指針」を契約時に説明している。本人や家族の希望があれば、医師・看護師・介護職員などを交えて話し合い、同意を得て看取り介護を実施する。職員は、「看取りマニュアル」をもとに、看取り介護計画書に従ってケアを行っている。職員の提案で「臨終時の対応マニュアル」を作成した。	
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	秋の消防訓練時などに蘇生法の訓練を行うほか、応急手当や確実な初期対応を行うため、救急時のチェック表を活用。		
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	H22年より近隣の方に消防訓練へご参加頂く。また地域の社会福祉施設の防災連絡協議会に参加。防災コンサルタントの指導で大地震の対応マニュアルを整備。洪水・内水、土砂災害とも想定区域に非該当だが、災害対策計画を作成し、H28年11月に訓練実施。	防災訓練は、消防署が立ち会って夜間想定訓練および水害土砂災害対策訓練を実施している。日中の出火を想定した自衛消防、避難訓練も行っている。近隣に住む大家が訓練に参加している。隣接した住宅の住人と大家に、緊急連絡用の携帯電話を託している。災害備蓄は、3日分以上の飲料水、食料、備品は、発電機、簡易トイレなどを保有している。	予想される大震災に備え、居室、職員室、事務室、共用部分などの家具に転倒防止装置やガラス飛散防止フィルムなどを設置することを望みます。

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	活き活きと心を動かすため、自尊心や人格の尊重はケアの前提と考えます。何を大切にされて来たかを理解し、細やかな思いやりにつなげます。介護する側・される側でなく、平等な共棲関係が基本。また職員採用時に個人情報保護に関する指導、誓約を行い、毎年研修を実施。	職員は理念を認識し、利用者が人間としての尊厳や権利を保ち、その人らしい暮らしを営むことができるよう支援している。家族と、本人のプライバシーに関する話を話し合うときは、他の人のいない場所で行っている。リビングにある個人記録などは、使用後はブックエンドに収納し、個人情報を含む書類は、施錠出来る書棚に保管している。	
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	自己決定は“ご自分らしさ”を表すための第一歩。ご性格や認知症の度合いに合わせた説明（必要ならいくつかの選択肢を示すなど提案の単純化）や気持ちが固まるまでゆっくり待つなどの対応を重視します。自己決定の背景となる様々な機会提供にも努めます。		
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、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	自由で制約のない暮らしを通じ、日々のささやかな喜びや意欲の芽を育てることが、長い目で見た時に健康でその人らしい暮らしの実現につながると考えます。当ホームのケアの優先順位においても①安全②信頼に次ぐ高い優先度に「今の入居者の世界」を位置付けています。		
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	どこにどんな衣類がしまっているか、つい忘れがちですが、必要な方には職員と一緒にその人らしい装いを支援します。また月1回馴染みの美容師が訪問。お出掛け支援や地域交流など、積極的な他者と関りも、お気持ちの上でのお洒落支援と考えます。		
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	栄養価や嗜好を基に週6日は栄養士がメニュー作成。ただし月曜のメニューは皆で考えます（「明日何を食べたい？」）。調理・盛り付け・後片付けは能力に応じて皆で。もちろん職員も一緒に食卓を囲みます。	献立と食材を専門業者が配達している。月曜日は、ユニットごとに利用者の希望を聞き、献立を決めている。利用者に合わせて食形態に配慮している。職員が同席して介助したり見守りながら同じものを食べている。菜園で採れた季節の野菜を提供している。利用者は、調理や盛り付け、配膳、下膳、後かたづけなどを率先して行っている。誕生日にはケーキ、行事の際は特別食を提供している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	栄養士がバランスのとれたメニューを作成し、食事毎に主食と副食に分けて摂取量を把握。必要に応じ代替の食事形態（粥食や軟菜など）・メニューの提供等を実施。水分摂取の少ない方は個別の摂取表に基づき対応。またお腹が空かせて頂くため、心身の活動性の高い暮らしに注力。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	H28年秋より地域の歯科と連携し、訪問診療を開始。歯科医師、歯科衛生士の指導、管理を受けつつ、うがい、歯磨き、義歯の洗浄、かみ合わせ訓練など、それぞれの日常生活動作能力に応じ、必要な支援を行っています。		
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	原因が尿意等の希薄化なのかトイレまで間に合わない等の動作の制限によるものなのか、お一人おひとり課題を抽出して支えていきます。また、必要な方には水分摂取、排泄のリズムを把握するための表を活用します。	自立排泄を基本と考え、利用者の様子を観察してさりげなく声をかけ、トイレに誘導している。風呂場の隣にトイレが設置されており、失敗時にはプライバシーに配慮した対応を行っている。夜間の排泄介助は、自立度の高い方には声かけをし、歩行困難な方には、尿取りバットを使用するなどして睡眠を優先している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	バランスの取れた食事メニュー、排便間隔、生活リズムの乱れの有無、食事摂取の量や内容、水分摂取量、体調や運動量、薬の副作用など排便に影響を及ぼす要因を個別に検討。また朝食後のトイレを日課として頂く提案など行う。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	人員の制約から全ての方が毎日入れる訳ではありませんが、基本的に毎日入浴可能です。お湯は14時から張られています。入浴をあまり好まれない方には声掛けの工夫やタイミングを計るなどしており、午前を含め、様々な時間帯での提案も行います。	入浴は、原則として3日毎に午後に行っている。希望により午前入浴にも対応している。その日の体調に応じて、シャワー浴や清拭に変更している。浴槽の湯は、毎日交換し、1度に3名が入浴している。空調設備や乾燥設備でヒートショック対策をしている。季節には柚子湯や菖蒲湯で入浴を楽しめる工夫をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の体力や活動量を見極め、過度な疲労にならないようお昼寝等の休息を促しています。また、時間の見当をつけやすくする支援、規則正しい食事の励行やメラトニン産生につながる日の光を浴びる援助を安眠のため取り組んでいます。		
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	新たな処方になされた場合、薬の目的や用法・用量を「介護日誌」「申し送りノート」を通じて共有し、副作用などの詳細な情報については、「お薬の説明」により把握しています。また、必要な服薬の支援と内服後の変化の把握、主治医への報告などを行います。		
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	調理やお掃除、洗濯…。基礎となる生活参加は皆さんの力に応じて。また庭仕事や寛ぎの朝のコーヒーも日々のささやかな楽しみ。普段の暮らしを大切にする一方で、遠足等の外出やホーム内での行事といった「ハレ」の日を適宜設けています。		
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	好きなお酒を買いに店まで、あるいは気晴らしに買い物へ。ドライブや大切な方のお墓参等々。他に遠足やお花見などへも。近隣の方々のご協力により、どんど焼きや神社の例大祭、運動会など地域行事へのお出掛けも暮らしのリズムとなっています。	天候が良いときは、車椅子利用の方も含め毎日散歩に出かけている。散歩の途中、近所の方から声をかけられたり、挨拶を返したりしている。近くの野菜直売場で、菊などの花をもらうこともある。近くの川沿いの花見、戸塚の俣野別邸や横浜アイス工房の見学に出かけ、飲食も楽しんでいる。	
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	社会生活上の重要なコミュニケーションの一つと考えます。物品やサービスの購入の援助のほか、支払いといった行為自体も大切にしています。また金銭の所持がお気持ちの安心と自由につながる方には、ご家族と相談の上、お持ち頂きます。		

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	ご家族をはじめご親戚、ご友人からのお電話を歓迎しています。お電話の際は、子機をお持ちしますので、気兼ねなく居室などでお話し頂くことができます。また、可能な方には頂いたお手紙のお返事を書いて頂くよう支援し、ご希望に応じ投函も致します。		
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	主役である入居者さんの動きやすさ、安全性など、日々の暮らしを通じ家具の配置の工夫や必要な物品の購入を行う事で、生活感のある共有空間づくりを行っています。窓からは季節の花や作物が望め、正月の鏡餅や七夕飾りなど暮らしの風物、季節の草花を飾る。	共有部分はバリアフリー構造で、廊下は広くリビングは採光が良く明るい。オープンキッチンになっており、作業をしながらリビングの利用者の様子が見渡せ、利用者が安心してゆったりと過ごしている。壁には、外出行事の様子や季節のイベントの写真が飾られている。訪問時には庭で咲いた菊の花を飾っていた。	
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	リビングには皆で囲む食卓の他に、少し離れてソファがあります。また、エレベータ横の空間も、何となく集団から離れて一人の静かな時間を楽しんだり、親密な方との語らいの場となっています。		
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	ご生活歴と合わせ、どのような物品に愛着を持っておられるかを理解させて頂き、安全性など検討した上で、極力、身近にあるだけでご安心いただけるような使い慣れた物品をお持ち頂くようにしています。	居室は、空調設備、照明器具、収納設備が常備され、利用者は防炎カーテンやベッド、テレビ、家族の写真など馴染みの物を持ち込んで居心地良くしつらえている。居室の入口脇には、利用者の描いた水彩画やクレヨン画、額に入った絵が飾られている。整理整頓と清掃は、職員が行っている。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	トイレと風呂は、扉のデザインは異なるものの、同材質のため表示で区別し多くの方に自立につながる。階段も滑り止めをつけて段差を明確化。車椅子のすれ違いも可能なゆったりした廊下も自立支援に一役買っています。		

平成29年度 自己評価

事業所名	グループホーム ソフィアいずみ
ユニット名	せせらぎ

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	自己実現と社会的つながりを重視した理念を示す。また、「ソフィアいずみ・ケア・プライオリティ」を作成し、介護の優先順位として①安全②信頼③いまの入居者の世界④私も楽しい⑤効率——の諸要素と優先度を共有する。		
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	昔ながらのコミュニティが生きた地域に立地。日本人が大切にしてきた習俗・習慣が暮らしに引き継がれ、お祭りや体育祭、どんど焼き等行事への参加、児童の育成方針の共有、散歩の折などの交流、近隣の方の消防訓練への参加等を通じ、つながりを深める。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	ホーム通信（自治会回覧）を通じた健康情報の提供、横浜市認知症対応型サービス事業開設者研修の実習受け入れの他、過去に認知症介護実践研修、横浜市認知症特化型生活・介護支援サポーター養成事業の実習受け入れ協力を行う。		
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	自治会より地域と施設の積極的なつながり提案を頂く。会議では行事や河川工事などの地元情報のほか、地域との多様な関りのための助言も。又地域の方々の認知症のご家族への関わりやコミュニティとお付き合いののの中に、ケアの向上のモデルを見出す。		

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
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	泉区認知症高齢者グループホーム連絡会で情報交換・交流を行う。運営推進会議への区担当者の出席を通じ、事業所や介護現場の実情を伝え、助言やご意見を頂く。また消防訓練に当たっては消防・予防課より指導・提案を頂く。		
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	採用時のオリエンテーション及び年に1度の施設内研修において、拘束とは何かや「切迫・非代替・一時」の3原則の周知を図る。H20年9月より玄関の施錠を開始。翌21年3月の家族会で報告。		
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	最低年に一度は高齢者虐待防止研修を実施。虐待の定義、通報義務、不適切なケアと虐待の関係などを学ぶ。		
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	ケアマネの研修、自治体の広報活動等を通じ、学ぶ機会を持つ。必要に応じ行政窓口等と相談、調整などを行う。平成28年度は1名の方が成年後見制度の活用を開始する。		
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	契約締結、解約に当たっては、理解や解釈の困難な語句、事柄の平易な説明を心掛け、極力疑問や不安のないように努めています。また報酬改定時など、理由、内容を記したご案内文章を皆様にお送りしています。		

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
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	毎年度末に家族会とアンケート調査を実施、運営やケアに関してのご意見・ご要望を頂く。H28年度は1月に2名の離職者が発生したことにより、会の開催を見送り、アンケートのみ実施する。		
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	全体会議及び目安ノートで職員の意見、提案の聴取、検討に加え、運営や業務などに関する職員アンケート及び個別面談を毎年5～6月に実施。		
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	代表者は、認知症ケアを深く理解すると共に職員の意欲と前向きな精神態度に留意し、自主性を尊重した配慮、対応に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	就業規則の中に「人格、知識並びに技能を高めるため、業務の許す限り研修を行うものとする」と定める。代表者は資格取得やスキルアップを奨励し、研修会などへ参加しやすい環境づくりを行う。		
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	日本認知症グループホーム協会（GH協）、横浜高齢者GH連絡会、泉区認知症高齢者GH連絡会のほか、防災については泉区社会福祉施設等防災連絡協議会に加入。なお、法人理事長はGH協神奈川県支部の理事を務める。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	環境変化に弱い認知症高齢者は、ご入居当初大きな不安や混乱にさらされます。十分なアセスメント調査は勿論、ご入居前には見学や職員訪問による関係作り、ご入居後もご発言内容や行動の意味、心情を理解し、心の動きを把握するよう努めます。		
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	ご家族のご理解なしに認知症ケアは前進しません。ご家族の思いを真摯に受け止めながら、事業所と一緒にご本人を真ん中に置いた望ましい関係を模索してまいります。		
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	入居相談の際など、望む暮らしの姿やご本人のご状態、ご家族のご意向や介護力などを勘案し、他に適したサービスがあればご提案、ご紹介しています。		
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	ご本人の持てる力と生き生きした心の動きを極力引き出すことで、一方的な関係にならず、生活をともに作っていく間柄を築きます。また、職場は人間形成の場でもあり、入居者に支えられつつ職員も共棲していることを自覚することがGHケアの要諦と考えます。		
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	時間や場所とのつながり感が薄れ、記憶を介して環境とつながることが困難になった認知症の方にとって、長年暮らしを共にしてきたご家族との絆は最大のつながりです。ご家族は最も重要なケアの戦力と位置付けており、ボランティア参加もお願いしています。		

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
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	友人やご親戚とのお付き合い、お身内の法要やお祝い事などに継続して参加できるよう支援（同行者へ介護のポイントの説明や、いつまでもお出かけ頂けるよう散歩の励行）しています。また、馴染みの方のご訪問を職員一同歓迎しています。		
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	コミュニティの中での役割や関係を大事にしています。例え認知障害から言語理解や生活参加が困難になっても、地域社会やご家庭、ホームにおける功労者であることで、最後までコミュニティの重要な成員であることを関係づくりの柱としています。		
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	住み替えでは次施設へケアのポイント等を伝達。在宅復帰者にはホームをお出かけ先の一つとして提案。年賀状のやり取りなどを通じ、退居者・入居者双方の社会性維持を図る。H28年12月には先年他界された入居者の三回忌のミニ法要をご遺族、入居者と営む。		
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。	入居時のアセスメント調査や暮らしの中での観察を通じて思いを把握、どうすれば対応可能か検討します。認知症高齢者のお心の内在的理解を深め、従来の常識にとらわれず当事者主体のケアに努めます。		

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
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	ご生活歴、サービスに至るまでの経過については、可能な限り詳細に把握させて頂くようにしています。ご入居後もお家族の皆様との親密な交流を通じ、折に触れご本人への理解や共感、意欲の向上につながる手掛かり情報の把握を行っています。		
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	日々の状態把握は勿論、3ヶ月に一度のケアプランの見直しにおいて、BPSDやご本人の意向、心身のご状態など総合的な再評価を行います。また病期毎の特性の理解に努めることで、認知症の進行を極力緩慢なものとし、先々のご状態に適切に備えられるよう注力。		
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	その時々のご本人のご意向や思い、ご家族のご意見や生活歴などの情報、医師・歯科医師・看護師の指導や助言、認知症の方の特性を踏まえながら、入居者主体のケアプラン作成に努力しています。		
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	個々の詳細なご様子は「ケース記録」に記入し、気づきやケアの新たなアプローチ、実践の結果などの特記事項を「介護日誌」や「申し送りノート」に記載して伝達。情報を共有してプランの見直しに生かしています。		

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
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	法人内のクリニック看護師による日常のきめ細かい健康管理、医療ニーズが発生した際のスムーズで適切な対応等により、可能な限り入院等の環境の変化を避け、ホームでの生活を維持して頂ける体制をとる。他に通院介助、買い物同行などの外出支援も。		
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（ウクレレ、美容他）の受け入れ、自治会行事への積極参加、泉消防署との消防訓練を通じた消防管理上の基礎知識や技術習得のための取り組み、地域の他施設との交流など行う。		
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	かかりつけ医を基本としますが、ご同意頂ける場合、より円滑かつ迅速な医療対応のため、ホームの協力医療機関であるソフィア横浜クリニックの医師をかかりつけ医として頂いています。同様に同意に基づき同医師による訪問診療を受けて頂いています。		
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	法人内のクリニック看護師は定期訪問や介護職員との情報交換により、単に健康状態を把握しているだけでなく、相談に乗る（訴えの傾聴）等を通じて入居者と緊密な関係を築き、さらに日々の暮らしぶりを知ることで、よりきめ細かな健康管理につなげている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	平常時のバイタルサイン、日常生活動作能力やBPSDのご状態、ホームで可能な医療活用等の情報を提供（文書の場合も）し、経過や入院中のご状態について話し合うことで、ご本人が混乱なく病院で過せ早期退院が可能になるよう努めています。		
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	看取りの方針や支援のあり方は、段階毎にご意向を確認。また毎年ご家族アンケートで看取りについて、その時のお考えをお尋ねしている。終末期には事業所単体ではなく、法人内の診療所や老健を含めた総合力で対応。		
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	秋の消防訓練時などに蘇生法の訓練を行うほか、応急手当や確実な初期対応を行うため、救急時のチェック表を活用。		
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	H22年より近隣の方に消防訓練へご参加頂く。また地域の社会福祉施設の防災連絡協議会に参加。防災コンサルタントの指導で大地震の対応マニュアルを整備。洪水・内水、土砂災害とも想定区域に非該当だが、災害対策計画を作成し、H28年11月に訓練実施。		

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	活き活きと心を動かすため、自尊心や人格の尊重はケアの前提と考えます。何を大切にされてきたかを理解し、細やかな思いやりにつなげます。介護する側・される側でなく、平等な共棲関係が基本。また職員採用時に個人情報保護に関する指導、誓約を行い、毎年研修を実施。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	自己決定は“ご自分らしさ”を表すための第一歩。ご性格や認知症の度合いに合わせた説明（必要ならいくつかの選択肢を示すなど提案の単純化）や気持ちが固まるまでゆっくり待つなどの対応を重視します。また自己決定の背景となる様々な機会提供にも努めます。		
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	自由で制約のない暮らしを通じ、日々のささやかな喜びや意欲の芽を育てることが、長い目で見た時に健康でその人らしい暮らしの実現につながると考えます。当ホームのケアの優先順位においても①安全②信頼に次ぐ高い優先度に「今の入居者の世界」を位置付けています。		
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	どこにどんな衣類がしまっているか、つい忘れがちですが、必要な方には職員と一緒にその人らしい装いを支援します。また月1回馴染みの美容師が訪問。お出掛け支援や地域交流など、積極的な他者に関りも、お気持ちの上でのお洒落支援と考えます。		

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
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	栄養価や嗜好を基に週6日は栄養士がメニュー作成。ただし月曜のメニューは皆で考えます（「明日何を食べたい？」）。調理・盛り付け・後片付けは能力に応じて皆で。もちろん職員も一緒に食卓を囲みます。		
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	栄養士がバランスのとれたメニューを作成し、食事毎に主食と副食に分けて摂取量を把握。必要に応じ代替の食事形態（粥食や軟菜など）・メニューの提供等を実施。水分摂取の少ない方は個別の摂取表に基づき対応。またお腹が空かせて頂くため、心身の活動性の高い暮らしに注力。		
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	H28年秋より地域の歯科と連携し、訪問診療を開始。歯科医師、歯科衛生士の指導、管理を受けつつ、うがい、歯磨き、義歯の洗浄、かみ合わせ訓練など、それぞれの日常生活動作能力に応じ、必要な支援を行っています。		
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	原因が尿意等の希薄化なのかトイレまで間に合わない等の動作の制限によるものなのか、お一人おひとり課題を抽出して支えていきます。また、必要な方には水分摂取、排泄のリズムを把握するための表を活用します。		

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
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	バランスの取れた食事メニュー、排便間隔、生活リズムの乱れの有無、食事摂取の量や内容、水分摂取量、体調や運動量、薬の副作用など排便に影響を及ぼす要因を個別に検討。また朝食後のトイレを日課として頂く提案など行う。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	人員の制約から全ての方が毎日入れる訳ではありませんが、基本的に毎日入浴可能です。お湯は14時から張られています。入浴をあまり好まれない方には声掛けの工夫やタイミングを計るなどしており、午前を含め、様々な時間帯での提案も行います。		
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	個々の体力や活動量を見極め、過度な疲労にならないようお昼寝等の休息を促しています。また、時間の見当をつけやすくする支援、規則正しい食事の励行やメラトニン産生につながる日の光を浴びる援助を安眠のため取り組んでいます。		
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	新たな処方になされた場合、薬の目的や用法・用量を「介護日誌」「申し送りノート」を通じて共有し、副作用などの詳細な情報については、「お薬の説明」により把握しています。また、必要な服薬の支援と内服後の変化の把握、主治医への報告などを行います。		

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
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	調理やお掃除、洗濯…。基礎となる生活参加は皆さんの力に応じて。また庭仕事や寛ぎの朝のコーヒーも日々のささやかな楽しみ。普段の暮らしを大切にする一方で、遠足等の外出やホーム内での行事といった「ハレ」の日を適宜設けています。		
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	好きなお酒を買いに店まで、あるいは気晴らしに買い物へ。ドライブや大切な方のお墓参等々。他に遠足やお花見などへも。近隣の方々のご協力により、どんど焼きや神社の例大祭、運動会など地域行事へのお出掛けも暮らしのリズムとなっています。		
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	社会生活上の重要なコミュニケーションの一つと考えます。物品やサービスの購入の援助のほか、支払いといった行為自体も大切にしています。また金銭の所持がお気持ちの安心と自由につながる方には、ご家族と相談の上、お持ち頂きます。		
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	ご家族をはじめご親戚、ご友人からのお電話を歓迎しています。お電話の際は、子機をお持ちしますので、気兼ねなく居室などでお話し頂くことができます。また、可能な方には頂いたお手紙のお返事を書いて頂くよう支援し、ご希望に応じ投函も致します。		

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
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	主役である入居者さんの動きやすさ、便利さ、安全性など、日々の暮らしを通じ家具の配置の工夫や必要な物品の購入を行う事で、生活感のある共有空間づくりを行っています。窓からは季節の花や作物が望め、正月の鏡餅や七夕飾りなど暮らしの風物、季節の草花を飾る。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	リビングには皆で囲む食卓の他に、少し離れてソファがあります。また、エレベータ横の空間も、何となく集団から離れて一人の静かな時間を楽しんだり、親密な方との語らいの場となっています。		
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	ご生活歴と合わせ、どのような物品に愛着を持っておられるかを理解させて頂き、安全性など検討した上で、極力、身近にあるだけでご安心いただけるような使い慣れた物品をお持込み頂くようにしています。		
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	トイレと風呂は、扉のデザインは異なるものの、同材質のため表示で区別し多くの方に自立につながる。階段も滑り止めをつけて段差を明確化。車椅子のすれ違いも可能なゆったりした廊下も自立支援に一役買っています。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 ソフィアいずみ

作成日 平成30年2月6日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	大震災時の被害軽減策	大震災の発生に備え、家具や家電の転倒・落下やガラスの破損・飛散による被害の防止	家具や家電の転倒・落下やガラスの破損・飛散を防ぐための器具・機器等の購入、設置。家具等の配置の見直し。	平成30年8月まで
2	2	入居者の社会的関り、近隣におけるホームの認知症介護拠点としての定着を図れるよう、地域社会との多様な関りの充実。	子供をはじめとした地域の子供を始めた地域の子供の様々な年代との交流の活発化	①地域の児童育成に関する取り組み方針の共有（子供と同じ目線で挨拶を交わす）②地域との交流機会の増加③GHの機能を生かした地域貢献、など。	開始から2年
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。