

2022（令和4）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	1491000178	事業の開始年月日	平成19年12月1日
		指定年月日	平成19年12月1日
法人名	株式会社 横浜メディカルケア		
事業所名	グループホーム横浜汲沢・彩り		
所在地	(245-0062) 神奈川県横浜市戸塚区汲沢町500-3		
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1月5日	評価結果 市町村受理日	令和5年4月24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）】

ご本人様のこれまでの人生を大切に、また「今」を大切にできるように支援させていただいています。季節を感じたり、笑顔が溢れるよう外出の機会を多く設け、楽しい時を多く過せるよう努めています。また協力医療機関と連携をとりながら看取り介護も実施しています。「最期の時をこのホームで過せて良かった」と思っただけのようなホーム作りに努めています。

【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5年2月13日	評価機関 評価決定日	令和5年4月10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「立場」駅下車、「立場バスターミナル」より「戸塚バスセンター」または、「大船駅西口」行き乗車、「住宅前」にて下車、徒歩5分の所にある木造2階建ての2ユニット、18名のホームは住宅地の端にあります。

<優れている点>

これまでの人生を大切に、また、「今」を大切にできる支援を心がけています。昔の人生は契約時の個人情報報告書の中の「人生の歩み」欄から把握し、日常での情報取得により更新しています。一人ひとりの特技を活かすため、洋服畳みはクリーニング店の経験者に、得意な編み物で帽子やマフラーの手作りを、かつての書道家には習字の場面提供を、料理の得意な人にはホームの庭で採れた野菜の調理法を聞くなどしています。昔と今を繋ぐため、特技を活かしたケアプランに「経時記録」をセットにし、職員がいつでも確認できるようカウンターに置いています。また、看取り介護では「看取り介護の担当者会議」の開催や、家族意見と利用者の現状把握、医師意見・看護師意見に管理者意見を加えた「看取り介護に関する計画書」を作成しています。BCP（業務継続計画）は素案を完成させています。

<工夫点>

BCP（業務継続計画）の素案を厚生労働省が用意したひな形をベースに、いち早く作成しています。今後は職員に説明し、会議を重ねることで完成を目指し、災害時にも適切な対応を行い、その後も利用者に必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築することとしています。

【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	グループホーム横浜汲沢・彩り
ユニット名	1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させている。 (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。	ホームの玄関や事務所に理念を掲げ、何か問題があった時などカンファレンス等で再確認しています。ケアプランについても理念に基づいたサービスができていくか月に1回カンファレンスを実施しています。	事業所理念はホームの開設時に作成した5項目の条文から、3年前に話し合いをし、新理念に一本化しています。理念の唱和に代えて認知症理解の再学習とリモート研修により、理念を別の視点からも再考、検討しています。	
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。	コロナ禍の為地域との連携はほとんど実施できませんでした。運営推進会議では地域の会長様と民生委員の方と書面での会議を実施できました。	「さつき町内会」に団体で加入しています。自治会回覧を受けて情報を得ています。近所の方がボランティアでホームの畑で野菜づくりをしています。ホームの駐車場が空いている時間は、近所の人に一時駐車場として使ってもらうこともあります。	コロナ禍で中断した地域連携を時期をみて、以前の状態に戻されることが今後期待されます。「近所の行事に参加させたい」「買い物や外食に連れ出したい」などの意見があります。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	コロナ禍の為地域との連携はほとんど実施できませんでした。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	コロナ禍の為書面会議を実施しました。内容はホームでの活動報告を行いました。また、返信用の用紙をいれ、ホームへの評価、要望を記載して頂きました。	コロナ禍の今年度の運営推進会議は書面会議の開催となっています。ホームの「活動状況報告書」と共に前回の各委員の意見や提案をも同封しています。コロナ禍の職員努力に労いの言葉があります。ヒヤリハットへの助言や地域包括支援センター、戸塚区役所の感想、家族からの面会再開への感謝も受けています。	
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。	区の生活支援課や高齢・障害支援課のご担当者様と密に連絡をとっています。サービスや運営上分からない時はその都度関係機関に連絡しアドバイス等をいただいています。	生活支援課に管理者は受給該当者の要件ごとに出向いています。高齢・障害支援課には介護保険の更新などで連絡をしています。オムツの助成申請などで相談をしています。今期もコロナ感染症で保健センターへの相談が多くなっています。	

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
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。	マニュアルや研修にて職員には周知徹底しています。日ごろのケアにも拘束が発生していないかチェックを行っています。運営推進会議などで、外部の方にも意見を頂き支援方法を職員間で話し合い実践しています。	「身体拘束ゼロ作戦会議」（厚生労働省）、「認知症マニュアル」やリモート研修で学び、会議では具体的な事項で話し合いをしています。身体拘束などの疑念が生じた事例には運営推進会議で委員に諮り、意見・評価を受けて、その結果を会議で報告し、検討をしています。	
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。	職員は研修に行き、研修報告会で現場にフィードバックするようにしています。また入居者様の身体状況に常に目を配り、少しでも異変があれば記録に残すようにしています。管理者はスタッフの様子にも気を配るようにしています。	内外の研修や法人研修会に参加しています。法人が遠方のため、虐待の法人研修は資料を取り寄せて学習しています。虐待の芽を摘むため、日頃のケアでの異常は「経時記録」に特記事項として細かく記入します。認知症の理解や日常ケアの留意点を常に再確認しています。	
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。	職員には研修の参加を促しています。また成年後見人制度を希望される方には必要な書類の手配をしたり利用支援を行っています。現在後見人を利用している入居者様がいるので、後見人と情報共有を行っています。		
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。	契約時には充分時間をかけて説明し、ご本人様やご家族様の想いを汲みとるように努めています。少しでも不安が軽減できるよう時間をかけて話し合うようにしています。また看取りや重度化等についても、その都度に説明し同意を得ています。		
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。	コロナ禍でご家族のご面会が出来ない事が多かったため、その都度ご家族に電話を行い、普段の状態をお話させて頂きました。	感染症防止のため、1日4組で15分2名までの面会制限をして実施しています。「面会時間を延ばして」「コロナの濃厚接触者になり、居室から出られないのでADLの低下を招き、活動の再開・身体リハビリをしてほしい」などの声があります。看取りの可能性のある人は制限なしで面会をしています。	

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
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。	日頃からコミュニケーションを多くとるようにしたり、カンファレンスの際に意見等を出してもらい、皆で話し合うようにしています。また年1回管理者との個人面談も行っています。	常勤職員が参加するカンファレンスを月1回開き意見交換をしています。結果は月例のフロアカンファレンスで職員全員に伝え、意見交換をしています。設備の増設の意見や、車いす・リクライニングベッドの交換などの提案があり、管理者は法人へ予算化の稟申をしています。	
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。	ロシックと言う職員ラダーや目標管理を行うソフトを使用し職員のモチベーションの向上を図りました。また年1回管理者との個人面談も行っています。	能力により、一つひとつ階段を上るように設定された人事制度のキャリアラダーを全員が作成しています。理念や方針から自身の目標を決め、現状から目標達成の具体的方法を定め、半期ごとに本人達成状況と評価を行い、自身の課題に向き合っています。個人ごとの年間研修計画表を作成しています。	
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。	外部研修がほとんどできなかったのでe-ラーニングを活用し毎月1回内容を決めて、研修に参加していただきました。また、その研修を現場でどのように活かしていくか、研修報告書も提出してもらっています。	研修は外部オンラインプログラムを使用しています。テーマをカンファレンスで決めて、全員で視聴しています。受講後は全員が報告書を作成しています。報告書には習得内容から自身の行動で気づいたことを記入し、上司によるアドバイザーがこれに助言を付記しています。	
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。	グループホーム連絡会の研修や集まりになるべく参加し情報交換できるよう努めています。またグループ内の福祉施設や病院関係とエリア会議を実施しています。		
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。	入居前の書類提出の中に個人情報表があり、今までの入居者様の人生の歩みをたくさん書いていただき、出来る限り細かく情報収集し、職員間でその情報を共有するようにしています。		

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。	利用前にどんな生活をしてもらいたいかな等聞き取り、不安な事に関しても十分にコミュニケーションをとり軽減できるように努めています。また、ご家族の希望をケアプランに反映しています。		
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。	入居の契約時にご本人の希望、ご家族の希望を確認してケアプランへ反映を行っています。		
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。	個々の得意分野が発揮できるよう役割分担を決めて生活しています。時には教わったり、現在のことを教えたりと相互の関係を築き、意見を取り入れあっています。		
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。	その都度本人様の行いたいこと、思っている事を生活の中で感じ取りご家族に相談をさせて頂いています。		
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。	手紙や電話はご本人様が希望する際適時支援するようにしています。また訪問時にはゆっくり面会できる環境作りをしています。	入居前の人間関係や習慣、場所などは入居時の書類「個人情報報告書」にある「人生の歩み」欄で、華やかな人生の経緯を把握しています。面会時には「できるだけのお話をしてください」と家族にお願いし、大切な時間を過ごせるよう支援しています。	

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
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。	入居者様同士がお話出来る様に最初の話作りを行っています。時には意見が合わず言い合いになってしまう事がありますが、喧嘩もいい刺激なので見守りを行っています。		
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。	退去されご自宅に帰られた方には近況などお聞きして必要ならば情報提供をしています。		
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。	入居者様との日々のコミュニケーションの中からご本人様の希望等を把握するようにしています。また、ご本人の希望を伝えられない方は、ご家族と相談をして必要な事をプランに反映しています。	会話を聞き取り、ケアへの反応を表情から汲み取って、アプローチを変え様子を見て支援しています。職員はその日の様子を「経時記録」に漏れなく記載しています。担当しなかった日の記録もケアプランと一緒にすぐ確認できる工夫をしています。	
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。	ご本人様の生活歴や習慣等の事前情報を全職員に読んでもらい把握するようにしています。ご本人様やご家族様から得た新しい情報はその都度申し送りノートを活用して職員間で共有できるようにしています。		
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。	1日1日入居者様の状態が変化しているので、朝夕の申し送りの際に個人の細かな情報を流し共有できるようにしています。著変があった時はDr・Nsと連携を取って指示を頂いています。		

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
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。	主治医・看護師・ご家族様と相談しながらケアプランを作成するようにしています。また月1回のカンファレンスで職員間で話し、常に見直しなどを考えています。	ADL（日常生活動作）の変化や1ヶ月間の問題の有無をフロア会議で検討し、月1回の常勤カンファレンスで更に確認しています。医師や看護師と毎週意見交換し、プランの見直しに際しては日々の支援で気づいた介護職からの意見も加味して、6ヶ月ごとに実施しています。	
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。	ケアプランを元に毎日ケアプラン用紙に実施をしたか、していないかを記録しています。突発的な状態が発生して時は経時記録用紙に記入し、それらを踏まえケアプランカンファレンスにて意見を出し合い見直しを行っています。		
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。	その時々状況に合わせて支援は行っていますが、多機能化が実践出来る様に心掛けています。		
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。	今年はコロナ禍だったので地域資源を使う事ができませんでした。地域の情報は町内の回覧板で確認を行いました。		
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。	入居の際にホームの訪問診察にするか今までのかかりつけ医にするかの確認を行い選択できるようにしています。またご家族様に希望があれば訪問診察の医師と話せる機会を設けています。	入居時、訪問診療を説明して、かかりつけ医の継続か協力医に変更するかを家族が選択しています。他科受診の際は病院の地域連携相談員と連携し、通院は家族が付き添います。医療情報を共有することに努めています。	

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
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。	週1回の訪問看護の際に情報交換したり相談したりしています。それ以外にも連絡を密にとるようにし、24時間オンコールにて相談できる環境にあります。また看護師から医師への連携も図られています。		
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。	グループ内の病院のため情報交換しやすい環境にあり、相談員や主治医と連携し早期退院出来るよう調整を行っています。また、受診が必要な時は地域連携相談員と受診の調整を行って居ます。		
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。	入居の段階で説明を行い同意を得、希望も伺っています。終末期になった際にはご家族様・主治医・看護師・介護士と共に意見交換を行い支援方法を決めて家族の意見をもとにプランを考え同意書を頂いています。	入居時、看取りについて説明して同意を得ています。時期が来ると改めて担当者会議を開催して、入居者の現状、家族の意向に加え各職種の意見(直筆)を記載した「看取り計画に関する計画書」を作成して臨んでいます。振り返りも行っています。	
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。	緊急時の対応に関しては定期的にホームで起こりえる緊急事態を想定したホーム内で研修を行っています。また、搬送準備や救急車内での対応、病院での対応も研修をしています。		
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。	消防訓練を年に2回実施しています。1回は消防の方と共に訓練しています。消防の方に地震研修も行って頂いています。運営推進会議の際に地域の協力・連携がとれるよう話をしています。	計画を作成して年2回火災避難訓練を実施しています。入居者の避難は平行移動です。調理はガス不使用としました。年間の研修では危険予知訓練を加えています。非常用食料は3日分備蓄しています。町内会長と非常時協力の話し合いができています。	「非常時持ち出し品リスト」作成や持ち出し担当者を決めて、備蓄品の充実整備を図ることが期待されます。

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。	カンファレンスなど入居者全員の話をするときにはフロアにいる入居者様の位置を考えてカンファレンスを行っています。また、個人的な会話はその方の居室で行っています。	運営規定に人格の尊重、理念にプライバシー保護を記載してケアでの周知を図っています。オープンスペースでのカンファレンスは声のトーンに配慮しています。言葉遣い、声掛けに気を付け目線を合わせ話を聞き、遠慮がちな方には職員から声掛けしています。	
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。	入居者様一人一人に合わせた話し方や雰囲気作りをしています。自己決定が出来るように疑問形で確認をするようにして自己決定を促しています。		
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、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。	ホームの1日の大まかな流れは決まっていますが、それにとらわれず個々の希望に添えるようにしています。職員の時間間隔と入居者様の時間間隔にずれがあることも考えながら支援しています。		
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。	訪問理美容にて好きな髪型にしてもらったり、洋服の着替えを行なう時はご自分で選んでもらっています。お化粧品も自由にいただいています。		
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。	材料は配食業者から仕入れているためメニューは決まっていますが、月に2～3回は出前をとったり、食べたいものをスーパーに買いに行き、好きな物を食べていただいています。食事の準備・後片付けは出来る入居者様をお願いをしています。	入居者の重度化に伴って冷凍、冷蔵品を業者委託して、湯煎で使用しています。菜園の野菜が食卓に上ります。出前で好きな物を選んでもらったり、おやつに季節感のある物をと配慮しています。コーヒーマーバーで香りのよいコーヒをいつも楽しんでいます。	

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。	配食業者でカロリー計算はされています。医師とも相談しながら個々に合った食事量・食事形態を提供しています。食事量・水分量は毎食確認し記録しています。摂取量が足りない方には好きな飲み物や栄養補助食品を摂っていただいています。		
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。	毎食後介助や言葉かけを行い口腔ケアを行っています。入れ歯の管理が難しい入居者様は職員で管理するようにしています。また、月に1回訪問歯科で口腔内チェックや指導をしていただいています。問題が見つければ治療を行っています。		
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。	おむつは極力使用する事はせず、ご本人様・ご家族様と相談しながら個々に合った排泄方法で支援しています。排泄のサインを見逃さないよう職員間で情報を共有するようにしています。	各人の排泄リズムをチェック表で把握して、タイミングを見た声掛け、誘導をしています。皮膚トラブルへ丁寧に対応しています。夜間は睡眠に合わせ最善の方法を考えて支援しています。	
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る。	1日1回歩く機会を設けたり、毎朝牛乳を提供しています。便秘気味の方は医師や看護師にも相談しながらスムーズに排便できるよう服薬の調整や排便がしやすい甘味料をしています。またトイレで腹圧をかける練習をしたりしています。		
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。	入浴の時間はほぼ午前中になっていますが、ご本人様の意思を確認しながら入浴して頂いています。入浴が嫌いな入居者様には無理強いすることなく、言葉かけや音楽などをかけて雰囲気作りを行っています。	週2、3回の入浴です。自立の人は、希望時にいつでも入浴しています。1対1で30分位の時間を確保し積極的に会話しています。昔話をしたり、歌を唄うなどリラックスできるように心掛けています。意思を尊重し、入浴しようという気持ちに繋がるような声掛けに配慮しています。	

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。	入居者様の訴えや体調などを考えて臥床をしていただいています。体位交換ができない方には、体位交換を行い褥瘡が出来ないようにしています。		
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。	個々の薬の内容をファイルしいつでも確認できるようにしています。症状の変化がみられた際には医師に報告しています。薬の変更等があった際には全職員・ご家族様に報告するようにしています。		
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。	個々の趣味や特技を見出しそれぞれに仕事やレクリエーションをお願いしています。ホーム外の散歩がしたい方は散歩に行ってもらっています。お酒や煙草も主治医に確認の上、提供するようにしています。		
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。	コロナ禍で外出支援はほとんどできませんでしたが、ドライブを行い初詣や桜見学など行いました。コロナが落ち着きましたら、積極的に外出の機会を増やして行きたいと思っています。	コロナ禍で外食や外出レクリエーションを中止しています。富士山が臨める近隣の散歩で気分転換をしています。4月には逗子まで花見ドライブをしました。明るい庭は気持ちを和らげます。外食や家族とのバス旅行を再開する予定です。	
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。	ご家族様とも相談しながら数千円ご本人様に渡している方もいます。お金の管理が難しい入居者様も一緒に買い物に行った際は会計をしてもらったりしています。		

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
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。	電話の訴えがあった時は電話をさせていただいています。プライバシーを気にされている方には居室での電話もOKにしています。		
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。	毎朝清掃を行い清潔を心がけています。掃除が行える方にはご自分で行って頂いています。季節感に応じてリビングの飾りつけなども行っています。	キッチンとリビングが一体的な造りです。コロナ禍の今は、各自食卓を別にしていません。テレビの前の大きなソファは寛げる空間となっています。食器洗いをする利用者もいます。室温、加湿に配慮し、毎日清掃をし清潔保持に努めています。季節を感じる作品や毛筆作品を飾っています。	
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。	食堂とリビングが一体となっていますが、ソファの位置に配慮しくつろげるようにしています。また、無理にリビングに出なくても良いと、入居者様にもお伝えしています。		
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。	入居前に使用していた家具等を持ってきていただくよう説明しています。ご本人様が最も落ち着ける環境が作れるよう、自由に写真を飾ったり物を置いて頂いています。	エアコン、照明器具、クローゼットが備え付けとなっています。「自宅にいるように設えて下さい」と入居時に伝えていきます。思い出の家具やテレビ、タンス、空気清浄機やキーボードなど自由に持ち込んでいきます。居室担当を決めて清掃を2日毎に行い清潔にしています。	
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。	個々の認知症のレベルや身体状況を把握して、その方の出来ない所を個別ケアを行っています。また、分割動作の声掛けも行いながら自立支援を行っています。		

事業所名	グループホーム横浜汲沢・彩り
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、生き活きと働けている。 (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。	ホーム理念を元に管理者より指導、研修を行い、各職員は理念を元に目標を立て実践しています		
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。	今年度は、コロナ禍のため地域とのつきあいはできませんでした		
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。	コロナ禍により実施できていません		
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。	コロナ禍のため、文書のやり取りにて運営推進会議を開催し、意見交換を行いサービス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。	必要に応じ連携を取り協力関係を築くようにしています		

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、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。	ホーム内研修で全職員に研修を行い、身体拘束をしないという理解ができています		
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。	虐待防止の研修を行っています。また入浴時などで入居者様の身体観察を行っています。入居者様によっては内出血がしやすい方もいるため、そのような可能性がある時には細かく記録を行うよう周知徹底をしています		
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。	成年後見人制度研修を実施予定であり、必要に応じて活用できるようにしていく予定です		
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。	入居時の契約時やケアプランの同意書など、一方的な説明ではなく疑問に思ったことを話せるような環境を作り、十分に時間をかけて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。	ご意見箱の設置も行っていますが、面会時等に直接話していただけるようにご家族様とのコミュニケーションを大切にしています。また要望に関しては可能な限り聞くようにしています		

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
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。	日頃から管理者と職員とのコミュニケーションをとって、意見を言える環境作りをしています。カンファレンス等でも発言できる機会を設けています。また、年に1回は管理者との個人面談も実施しています		
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。	年に1回面談を行い1年間の反省や来年度への目標を話し合っています。また常に職員の勤務状況の把握と評価を行って、各自の持っている得意な面を引き出せるように務めています		
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。	コロナ禍により、外部の研修への参加はできませんでしたが、毎月1回のホーム内研修を実施して学んだことに対しての報告書の提出、フィードバック研修の実施を行っています		
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。	横浜高齢者グループホーム連絡会への入会はしていますが、なかなか研修や集まりへの参加は出来ていなく、実施報告書を確認させていただき、情報交換できるよう努めています		
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。	信頼関係を築くためにその方の生活歴などを入居前、入居時より収集し、コミュニケーションを密にとるようにしています。不安がある時にはその原因を探り、不安が軽減できるよう努めています		

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。	入居希望の見学の時よりモニタリングを行い、入居してからの方向性を考えておき、入居時にご家族様の心配事などに答えられるようにしています		
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。	入居希望の見学の時よりモニタリングを行い、必要に応じて色々なサービスの種類や形態の情報を伝えています		
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。	日常生活の中で一緒に行えることを行ったり、それぞれ出来ることをお願いしたり出来ないことを支援したり助け合いながら生活しています		
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。	コロナの影響で直接ご家族様と会う機会が少なくなってしまったので、電話連絡などで一緒に支援方法を相談しています		
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。	コロナ禍により外出や外泊をご遠慮いただいていたので、電話や手紙でのやり取りで関係が途切れない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
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。	レクリエーションや共同作業で入居者様同士で助け合いを行っています。職員は安全に配慮し見守りを行っています		
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。	必要に応じて関係が保たれるように準備しています。退居時にもそのようにお話しさせていただいています		
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。	入居1ヶ月は初期プランを立て入居者様の様子を観察したり、入居前の生活歴などを総合しひとり一人の意向を考えて行っています		
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。	ご本人様の生活歴や習慣等の事前情報を全職員に読んでもらい把握するようにしています。ご本人様やご家族様から得た新しい情報はその都度ノートを活用して職員間で共有できるようにしています		
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。	朝夕の申し送りの際に個人の細やかな情報を共有できるようにしています。「できない」と決めつけることはせずやってみて、できないことを見極めていきます		

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
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。	ご家族様と相談しながらケアプランを立てるようにしています。必要に応じて主治医や看護師とも相談して作成しています。また月1回のカンファレンスで職員間で話し合うようにしています		
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。	ケアプランを元に毎日個々に記録しています。周知しなければならないことに関しては申し送りノートを活用し、それらを踏まえケアプランカンファレンスにて意見を出し合い見直しを行っています		
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。	入居者様のその時々状況に合わせて支援を行っています		
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。	コロナの影響により地域の行事やボランティアによるクラブ活動等の参加を楽しんでいただくことができなかったのですが、書面のやりとりの運営推進会議でケアプラザの職員や民生委員の方から地域の情報を聞いたり協力関係を築いている		
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。	入居の際にホームの訪問診察にするか今までのかかりつけ医にするか確認を行い選択できるようにしています。ご家族様の希望があれば訪問診察の医師と話せる機会を設けています		

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
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。	週に1回は訪問してもらい、それ以外でも24時間連絡が取れる体制になっていて、相談をいつでもできるようになっています。看護師から医師への連携も図られています		
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。	病院の相談員や主治医と連携をとり、早期に退院できるように調整を行っています		
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。	主治医、看護師、介護士、ご家族様で介護に関する計画書に基づき看取り介護についての担当者会議を開き十分に説明をしながら支援を行っています		
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。	定期的に緊急時の対応の研修を行い、色々な事故発生を想定して行っています。マニュアルも作成し事務所に掲示しています		
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。	年に2回は避難訓練を実施しています。消防署の方にも年に1回は来ていただき実際に煙を炊いたり水消火器で使い方を練習したり自動火災通報装置も実際に触り訓練しています		

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
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。	一人ひとりの性格や職業歴、生活歴を考えながら声掛けやお手伝いなどを行っています。職員間で声掛け等が気になる時には注意しあっています。また入居者様との話の内容によっては居室で話をするようにしています		
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。	入居者様一人ひとりに合わせた話し方や雰囲気作りをして、思いや希望を表現しやすくするように務めています。また何かする時には入居者様に相談したり、自己決定できるような聞き方をするようにしています		
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、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。	1日の大まかな流れはあるものの、それにとらわれず個々の希望に添えるようにしています。個々の常識が違うことを日頃から認識し、決して押し付けにならないように支援しています		
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。	訪問理美容で好きな髪形にしてもらったり、現在はコロナ禍で一緒に買い物に出掛けられないので、ご家族様にご本人様の趣味に合うものを購入してもらったりしています		
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。	食材を業者から仕入れているので食事のメニューは決まっていますが、月に2～3回は出前を取るようにして好きなものを選んでいただいています。食器拭きや片付け等、お手伝いできる方には積極的にお願いをしています		

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。	食材を業者から仕入れているのでバランスの取れた食事の提供ができています。食事や水分の摂取量は個々に記録を残し、摂取状況の確認を行っています		
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。	毎食後に行っていて、一人でできない方に関しては見守りや介助をさせていただいています		
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。	ご本人様、ご家族様と相談しながら個々に合った排泄方法で支援しています。極力オムツは使用せず、トイレでの排泄を支援しています		
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る。	水分を多めに摂っていただいたり、一緒に歩いたりしています。便秘の方はリストアップして訪問看護の時に報告し指示をもらったり、主治医に相談したりしています		
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。	午後にレクリエーションを実施しているため、基本的には午前中に入っていたりできるように設定しています。ご本人様の意思を確認しながら入らせていただいています。拒否の強い方は声掛けの工夫をしたりしています		

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
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。	休息したい時にはご本人様の意思で臥床していただいたり、疲れている様子が見受けられた時には声掛けを行い臥床していただいています。夜間眠れない時には傾聴等を行い不安を取り除くようにしています		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	個々の薬の情報をファイルしいつでも確認できるようにしています。症状の変化が見られた時には医師に報告しています。薬の変化があった時にもすぐに分かるようになっていきます		
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。	過去の生活歴や性格を参考にしながら掃除、食器拭き、縫物、作品作り等色々なことを提供しています。喫煙や飲酒をしていた方にはそのまま継続できるようにしています。		
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。	コロナの影響でなかなか外に出る機会がありませんが、気候が良い時には職員と一緒に散歩に行くようにしています		
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。	今はコロナの影響で一緒に買い物に行くことができません		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	希望時に電話をしてお話ししていただけるようになっていました。手紙もポストへの投函のお手伝いをしたり、届いた手紙をお渡ししています		
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。	季節に応じた作品を飾ったり、朝の掃除の時や定期的に換気のため窓を開け新しい空気を取り込み外気に触れて季節を感じられるようにしています。刺激があるような色使いや音などは避けています。窓が大きく天窓もあり穏やかな光が入り開放感があります		
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。	ベランダで外を眺めたり、居室やリビングで新聞や雑誌をされたりと一人になれる時間を過ごされています。リビングでは会話を楽しんだりテレビを観ながら談笑されたりしています		
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。	入居前に使用していた家具等を持ってきていただいたり、自由に写真を飾ったりとご本人様がもっとも落ち着ける環境になるようにしています		
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。	個々の認知症の症状や身体状況を把握して、それぞれの不足を補い自立支援を行っています。入居者様の目線で張り紙をしたりして生活しやすいような工夫をしています		

2022年度

事業所名 GH横浜汲沢・彩り

作成日： 令和5年 4月 21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	令和4年度はコロナ禍の為に地域との連携がほとんど出来ませんでした。 (電話や紙面では行っていた)	事業所で地域のボランティアさんの再開やホーム内での1階2階の合同行事 また、外出の機会を増やしていく。	ボランティアさんに来ていただけるように再開の連絡を随時行っていく。外出はまずドライブ行事から行っていく。	3ヶ月
2	16	災害訓練や危険予知トレーニングなどは実施でき町内とも連携協力は行えているが、ホーム内での災害備品の保管場所や使用期限・持ち出しリストなどを周知準備出来ていない。	訓練などは継続していくまたBCPも作成したので訓練を行う。備品や使用期限は・持ち出しリストの作成を行う。	まず災害BCPの研修を行う。備品や使用期限・保管場所については研修などで全職員に周知する。保管リストや持ち出し者についても早急に常勤者で決め周知していく。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月