

2023（令和5）年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1491000046	事業の開始年月日	平成18年12月1日
		指定年月日	平成18年12月1日
法人名	ALSOK介護株式会社		
事業所名	グループホームみんなの家 横浜緑園都市		
所在地	( 245-0051 ) 神奈川県横浜市戸塚区名瀬町3039		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和5年11月13日	評価結果 市町村受理日	令和6年4月25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）】

ご家族や地域の方に向け月8回のブログ発信。月1で「緑園都市通信」作成し、ご利用者様の表情、日頃の様子などをお写真で見せていただいております。また細かい状況はお電話や実際に面会に来られた際にご報告、ご相談させて頂いております。個々の状態によっては出かける事も難しい方もおおく、施設にいても季節を味わっていただける様にフロアの飾り（共同制作）季節の行事を工夫し、無理なく楽しんでいただける様行っています。きれいな物は「きれい」、美味しい物は「美味しい」と感じ、喜びを味わって頂きたいと思っています。実施する中では無理強いせず、本人のやりたいこと、楽しんで行えるよう「生活のリハビリ」として今後も一緒に行っていきたいと思っています。

### 【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和6年1月26日	評価機関 評価決定日	令和6年4月18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、相模鉄道いずみ野線「緑園都市」駅より徒歩約10分、または、JR東海道線「戸塚」駅からバスで「名瀬」で下車し、徒歩2分の場所にあります。近隣にはフェリス女学院大学、公園がある静かな環境です。建物は軽量鉄骨造り2階で、1、2階使用の2ユニットのグループホームです。

<優れている点>

管理者は、年2回職員面談を実施し職員の声を聴くと共に、現場に入りいつでも話しやすい雰囲気づくりと声掛けをし、何でも話し合える風通しの良い環境づくりをしています。介護経験豊富な職員、介護資格保有者が多く風通しの良い職場でチームワーク良く利用者の支援に当たっています。カラー刷りの「緑園都市通信」と「一言通信」を毎月定期的に家族に送り、利用者の様子を伝えています。年間行事計画による毎月のイベントや生活場面をカラー写真で生き活きと伝え家族から喜びの声をもらっています。また、月8回の介護ブログを発信し家族や地域に向けて利用者の生活場面をカラー写真で伝えています。写真掲載は利用者等の同意を得ています。

<工夫点>

事業所では、ヒヤリハットの前段階として、事故に至らない外傷など、例えば入浴時に大きな「アザ」を発見した際に、事業所内で確認・共有するために「外傷確認報告書」に記載し、外傷発見時の状況、外傷に至った経緯を検討し、大きな事故防止に繋げています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1～14	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23～35	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	グループホームみんなの家 横浜緑園都市
ユニット名	1U

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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ます。 (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
<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。	地域密着型サービスの理解、意味を職員各自理解し、実施している。	管理者は日頃から職員と接する中で、理念の実践について話し合っています。ベテラン職員が多く在籍し、理念を浸透することができています。職員間の連携を図ることで、利用者に楽しく安全に過ごしてもらえるようにしています。職員は明るく、笑顔で利用者に接することを心掛けています。	
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。	地域イベントや清掃の参加等少しずつ以前を取り戻そうと現在、実施中です。	コロナ5類に移行後、徐々に地域行事も復活してきています。楽しみにしていた夏祭りが中止になり、参加には至っていません。利用者の外出や散歩時に地域の人々と挨拶を交し交流しています。地域清掃にも参加しています。今後は積極的に地域行事への参加の意向です。	今後の地域行事への参加や事業所行事への声掛け、ボランティアの招聘、地元保育園や小・中学校との交流を検討され地域交流を深められることが期待されます。
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。	認知症の理解、施設での状況（ご本人の状態や施設での支援状況等）分かりやすくお話しや、ブログ、通信などで発信しています。	/	/
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。	認知症の方への理解、施設の活動状況などを伝えご理解いただいています。9月より施設開催し、ご家族や地域の方々メンバーの方からの情報やご意見を頂いています。地域ケアプラザへの月1の訪問は継続実施。情報共有につとめています。	運営推進会議は9月から対面開催となり、名瀬地域ケアプラザ職員、地域住民の代表者、家族等のメンバーが参加しています。事業所活動報告、情報提供、意見交換を行っています。地域ケアプラザ職員から傾聴ボランティアの情報があり、派遣を要請しています。	
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。	横浜市指導課、区福祉課、地域ケアプラザ等必要に応じて連携助言を頂く様努めています。	介護認定更新手続きや事故報告書提出、各種提出書類の相談、基礎研修受講などについて行政各担当部署とは連携を取っています。名瀬地域ケアプラザへは毎月事業所の「緑園都市通信」を届け、情報交換しており、困難事例者の入居相談も行っていきます。	

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
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。	玄関、窓等安全と、防犯を兼ね施錠。身体拘束については委員会、研修など実施しています。話し合いを重ね拘束の無いケアに取り組んでいます。	身体拘束適正化委員会、研修を定期的実施しています。拘束を誘発してしまう原因を探り対処法を検討しています。研修では身体拘束の防止の基礎を学んでいます。課題の視聴から尊厳・弊害等について意見の交換をしています。研修レポートや確認テストも実施し、再確認することにより、身体拘束防止についての理解や知識を深めています。	
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。	虐待防止委員会、研修等実施しています。	高齢者虐待防止委員会、研修を定期的実施し、職員の理解を深めています。委員会では虐待防止には「基礎知識をしっかりと理解することが大切である」とし、研修に取り組んでいます。職員の虐待防止点検チェックシートから課題を抽出し研修を実施し、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。	権利擁護に関しては制度についての資料等回覧。職員間での情報共有に努めています。		
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。	契約について十分な説明を行いご理解とご納得を頂いています。利用者様、ご家族様の不安や疑問点は都度対応、回答しています。		
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。	利用者様の要望、意見は日々一緒に過ごすお話しの中から、表情や行動からも汲み取る様にしています。ご家族様とお会いした時、お電話、書面を通じ要望や、意見をいただいています。頂いた意見は運営やケアに繁栄するように努めています。	家族の面会時や運営推進会議、電話やメール等で意見や要望を聞く機会を設けています。家族の面会は9月から居室面会としています。毎月、家族に「緑園都市通信」を送付すると共に、毎月ブログを更新し利用者情報を伝えていきます。来年度には家族会を再開する予定です。	

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。	月1の各フロア会議を通し、職員間で意見交換をする機会があります。また、細かな事も常に、話しやすい雰囲気を中心掛けています。連絡ノートを活用し、情報共有に努めています。	管理者は、現場業務に入り職員とコミュニケーションを取り意見や要望、提案を聞いています。会議で出た職員の提案には、要検討事項として皆で考え、次の会議で協議するようにしています。無駄を省き仕事を効率化し、余裕を持ち働けるよう業務改善を行っています。	
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。	日頃より、話しやすい雰囲気を心掛けています。それぞれのライフスタイルに極力合わせられる様、職場環境の向上に努めています。年2回、人事考課、職員面談を実施しています。またいつでも話しやすい雰囲気と声をかける様対応しています。	評価基準に基づき年2回人事考課を実施すると共に、個人面談を行い職員の悩みや相談に乗っています。また、日頃から職員と話し合うようにしています。月3回の希望休を入れ勤務シフトを作成しています。資格取得支援制度があり、資格取得後は処遇改善もあります。	
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。	会社全体を通し介護福祉士取得促している。新人職員に対し、ベテラン、ケアリーダーによりOJT体制を取り、現場の助教、接遇、技術を学んでもらっている。	法人と事業所の研修内容を充実させ、職員のスキルアップ人材育成を行っています。外部研修受講時は出勤扱いとし、受講費用の支給があります。学んだことを事業所で他職員に伝え、アウトプットする2次研修を行うようにしています。新入職員にはベテラン職員等によるOJT研修で育成しています。	
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。	研修はリモートを活用。研修や会議、他施設との意見交換等今後は変化していく物と思われます。現在運営推進会議も施設開催としています。		
<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。	事前面談ではご利用者様本人からの言葉、仕草や表情から思いや要望などを汲み取り把握するように努めています。ご家族からのお話しも重要です。		

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。	事前面談ではご家族がご本人の生活をどの様に望まれているか、現在のご家庭での情報も伺いながら対応が可能か話し合い、納得していただける様努めています。		
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。	相談時ご本人、ご家族の必要としているサービスを見極め、適切なサービスが提供出来る様に医療機関とも連携しています。		
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。	利用者、職員に共に支えあえる関係性と、自然に掛け合える「ありがとう」を大事にしたいです。		
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。	居室面会を再開し、一緒に過ごしていただける様になりました。お電話でもお話ししていただける様支援しています。ご本人の様子も細かくお伝えし、ご家族からのご要望も伺っています。		
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。	面会、お便り、電話での交流をお手伝いしています。	玄関前で行っていた面会を9月から居室面会としています。親類や学生時代の友人の来訪があり居室で過ごして貰っています。家族との墓参りや外出を支援しています。動物が好きな人には動物図鑑を、植物が好きな人には植物図鑑を読んでも貰うなど、本人の思いに工夫して応えています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	気の合うご利用者様同士でのお話し、レクリエーション、体操等楽しんで頂いております。一緒に過ごすことで時にトラブルになる事もございますが介入し見守っております。		
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。	サービス終了後もご要望にお応えすることもあり。新しい環境となる施設、病院との連携し情報共有する事もあります。		
<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	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。	日々の生活の中で見られる仕草、表情から利用者様の思いや意向をくみ取る様に心掛けています。職員間でも都度話し合いを持つ様にしています。	日々の生活の会話の中から思いを聞いています。会話では伝わらない場合は「楽しそうな顔や嫌な顔」「行事等に参加するかその場を離れるか」などの様子から思いを汲み取るようにしています。職員は、支援した時の様子をカンファレンスで共有して支援しています。	
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。	日々接する中での会話から生活歴、趣味、意向を把握するように努めています。ご家族からも情報を頂きます。		
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。	個々の生活リズムを把握し、ご本人のペースで生活して頂ける様にケアをしていくこと。できないこと、やりたいことをくみ取り、一緒に行っていきます。		

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。	ご本人、ご家族に思いや意向を伺い介護計画書に反映します。職員間での情報、意見交換。（カンファレンス実施）	本人や家族から生活歴や趣味、やりたい事を聞いてプランを立てています。ケアプランに応じた支援が出来るよう、援助内容を抜き出したファイルをケア記録と一緒に設置しています。職員が常に利用者のサービス内容を確認して支援するようにしています。	
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。	個々の体調変化、生活の状況はケア記録、連絡ノートに記載し職員間で共有しています。		
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。	状態に合わせ、通院同行することもあります。（基本的に医療連携医以外はご家族対応であります。）		
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。	地域、医療、役所等連絡。ご利用者様の生活を支えています。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科（月2）医療連携医。定期的な血液検査、心電図、エコー検査と必要によって行って下さいます。	ほとんどの利用者は皮膚科と内科がある協力医を選択しています。往診時に必要な検査や受診もでき、24時間の医療連携体制を取っています。週1回の訪問看護師は医療連携看護師連絡記録により、医師・職員との連携で利用者の健康管理を行っています。	

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
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。	定期的な健康チェック助言、アドバイスをいただいています。(週1)		
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、医療機関受診に関しては医療連携医の助言、指示を頂くと共にご家族を交え、意見交換や情報共有をした上で方向性が決まる事となります。		
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。	ご本人、ご家族の意向を踏まえ、医療連携医、看護師とも連携し、安心していただける様取り組んでいます。	入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」を説明し同意を得ています。重度化した時は家族に対し医師から「状態説明」、管理者から「事業所でできる事とできない事」を説明し、看取りを選択した時は、再度同意を得て看取りアセスメントシートを利用して支援しています。	
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。	消防署の協力を得、緊急時の動き、対応法等実践にも備えています。		
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。	消防署の協力を得て日中、夜間等の避難、消防の訓練を実施。(年2)	年2回の避難訓練を行っており、内1回は夜間想定訓練を行っています。訓練後は職員間で通報、誘導、避難方法の振り返りを行い、意見交換を行っています。BCP(業務継続計画)を作成し、備蓄・備品のリストも作成して管理しています。日常の食品をローリングストックとして利用しています。	災害備蓄や備品リストを作成して管理していますが、災害時に職員がわかりやすいよう備蓄品リストを整備し、保管場所に表示され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
<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	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。	ご本人の気持ちに寄り添い尊重できるケアと、声掛けを実施しています。 無理強いはしません。	重度化や認知症の進行により、今までできたことが難しくなってきた際にも、職員が手伝うことで達成できるように援助したり、他のできる事を見つけるなど、精神的なフォローにも努めています。トイレやお風呂介助の際も、同性介護を希望する人には曜日や職員を替えて支援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。	会話の中からくみ取り、一緒に行っていきます。		
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。	個々の生活リズムを理解し、合わせ、生活支援に努めていきます。		
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。	ご本人の好み、生活習慣などを伺い、対応しています。 自身では選べない方に対してはご家族から頂いた情報等より取り入れています。		
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。	誕生会、食レクイベントなど、手作りのおやつを一緒に作る事から実施。 毎食後の食器拭きなどは声をかけ気持ちよく行って下さいっています。 無理強いはしません。	食器拭きや盛り付けなどの、できることを手伝う人もいます。職員と一緒に米とぎをしている人もいます。誕生日会のケーキ作りやおやつのどら焼きの皮をホットプレートで焼いて餡をはさんだり、おはぎを作ったりし、食事レクレーションを楽しんでもらえ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
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。	水分、食事量低下、摂取が難しい方等状態を医療連携医に相談し、エンシユア処方と、ご家族から好みのものを伺い個別提供。（ご家族が用意して下さる事もあります。）食に対しご本人が興味と意識を持っていただける様提供の工夫を考え支援しています。咀嚼、嚥下状態に合わせ、形態変更をしています。		
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、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。	ご自身で行える方に対しては見守り、お声を掛けています。できない方に対しては毎食後の口腔ケア実施しています。		
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。	お声をかけ誘導、交換、居室でのオムツ交換等、個々に合わせ対応しています。	排泄記録をタブレットと併せて手書きの記録表でも確認しています。排泄時間や、そわそわする動作なども参考に周囲に配慮した声掛けをしています。退院してきた人に、時間で排泄の声掛けをする事で、トイレでの排泄の習慣が戻った人もいます。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	排泄表確認し排便コントロール実施しています。訪問看護師への情報提供確認、依頼、助言なども頂き医療にも繋がっています。毎日の体操や、少しでも体を動かす事で便秘解消に努めています。		
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。	入浴を拒まれる方には本人の気分や体調を見つつ時間の変更や対応者を変える等声掛けも工夫して対応している。	入浴を嫌がる人には、入浴以外の話をしながら浴室に誘導したり、時間や人を替えて声掛けをしています。浴槽に入ると、気持ちいいと話す人も多く、清潔保持の為に成功例を職員間でも共有しています。浴槽を跨げない人にはリフト浴もあり、状態に応じて安全に入浴でき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
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。	ご自身のリズムで過ごしていただける様に支援し安心した入眠につながれるよう、努めています。個々の状態に合わせて日中の休息の時間を設ける事もあります。		
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。	服薬ルールを職員間で共有し実施しています。今年度から「服やっくん」導入しました。		
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。	食器拭きや洗濯たたみ等生活の中でのリハビリとして出来る事は一緒に無理なく行うようにする。無理強いはしません。		
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。	ご家族との外出、散歩等少しづつ開始しています。職員同行の外気浴、近隣への散歩も実施。	自立で歩ける人や車いす利用者の方も、職員と事業所周囲の散歩に出かけています。天気の良い日は、庭先のベンチに座り梅や藤の花などを眺めたり、木々の中を動き回るリスを見たり、会話をしながら外気浴をしています。家族と事業所周囲の散歩を楽しんでいる人もいます。	
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。	安全管理上、ご遠慮いただいています。		

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
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。	絵手紙、お電話の支援を行っています。		
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。	大きな窓もあり、外にはベンチを備え、外気浴ができる様設置。建物は明るく、静かな環境の中にあります。共有フロアには季節を感じていただける様に写真や季節の壁画（一緒に作成しています。）等飾っています。	玄関を始めとした共用部分の清掃は、「掃除チェック表」に基づき、殺菌・漂白剤を使用し毎日行っており、清潔を保っています。加湿器を設置し、湿度や温度にも気を付けながら換気を常に行っています。壁には職員と利用者が一緒に制作した季節ごとの作品を飾り居心地よく過ごせるように配慮しています。	
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。	お仲間で過ごしていただける様、ソファースペースを設けています。庭にはベンチを設置し外気浴等で使用して頂いています。		
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。	各居室にあるベット、チェスト、エアコン、カーテン、寝具は備え付けと なっています。他、ご本人の馴染の物や必要な物はご準備頂いています。	居室は職員が毎日モップ掛けを行い、できる人は自分の部屋の掃除をしています。家具や、家族の写真、家族が作った刺繍を額に入れて飾ったり、自分が折り紙で作った作品を並べたり、自分の部屋として使いやすい様に配置しています。	
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。	手すりの配置、物の配置の工夫し動きやすいように同線の確保と環境整備に努めています。		

事業所名	グループホームみんなの家 横浜緑園都市
ユニット名	2U

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	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ます。 (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
<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。	地域密着型サービスの理解、意味を職員各自理解し、実施している。		
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。	地域イベントや清掃の参加等少しずつ以前を取り戻そうと現在、実施中です。		
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。	認知症の理解、施設での状況（ご本人の状態や施設での支援状況等）分かりやすくお話しや、ブログ、通信などで発信しています。		
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。	認知症の方への理解、施設の活動状況などを伝えご理解いただいています。9月より施設開催し、ご家族や地域の方々メンバーの方からの情報やご意見を頂いています。地域ケアプラザへの月1の訪問は継続実施。情報共有につとめています。		
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。	横浜市指導課、区福祉課、地域ケアプラザ等必要に応じて連携助言を頂く様努めています。		

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
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。	玄関、窓等安全と、防犯を兼ね施錠。身体拘束については委員会、研修など実施しています。話し合いを重ね拘束の無いケアに取り組んでいます。		
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。	虐待防止委員会、研修等実施しています。		
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。	権利擁護に関しては制度についての資料等回覧。職員間での情報共有に努めています。		
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。	契約について十分な説明を行いご理解とご納得を頂いています。利用者様、ご家族様の不安や疑問点は都度対応、回答しています。		
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。	利用者様の要望、意見は日々一緒に過ごすお話しの中から、表情や行動からも汲み取る様にしています。ご家族様とお会いした時、お電話、書面を通じ要望や、意見をいただいています。頂いた意見は運営やケアに繁栄す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
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。	月1の各フロア会議を通し、職員間で意見交換をする機会があります。また、細かな事も常に、話しやすい雰囲気を中心掛けています。連絡ノートを活用し、情報共有に努めています。		
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。	日頃より、話しやすい雰囲気を心掛けています。それぞれのライフスタイルに極力合わせられる様、職場環境の向上に努めています。年2回、人事考課、職員面談を実施しています。またいつでも話しやすい雰囲気と声をかける様対応しています。		
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。	会社全体を通し介護福祉士取得促している。新人職員に対し、ベテラン、ケアリーダーによりOJT体制を取り、現場の助教、接遇、技術を学んでもらっている。		
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。	研修はリモートを活用。研修や会議、他施設との意見交換等今後は変化していく物と思われます。現在運営推進会議も施設開催としています。		
<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。	事前面談ではご利用者様本人からの言葉、仕草や表情から思いや要望などを汲み取り把握するように努めています。ご家族からのお話しも重要です。		

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。	事前面談ではご家族がご本人の生活をどの様に望まれているか、現在のご家庭での情報も伺いながら対応が可能か話し合い、納得していただける様努めています。		
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。	相談時ご本人、ご家族の必要としているサービスを見極め、適切なサービスが提供出来る様に医療機関とも連携しています。		
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。	利用者、職員に共に支えあえる関係性と、自然に掛け合える「ありがとう」を大事にしたいです。		
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。	居室面会を再開し、一緒に過ごしていただける様になりました。お電話でもお話ししていただける様支援しています。ご本人の様子も細かくお伝えし、ご家族からのご要望も伺っています。		
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。	面会、お便り、電話での交流をお手伝いしています。		

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
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。	気の合うご利用者様同士でのお話し、レクリエーション、体操等楽しんで頂いております。一緒に過ごすことで時にトラブルになる事もございますが介入し見守っております。		
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。	サービス終了後もご要望にお応えすることもあり。新しい環境となる施設、病院との連携し情報共有する事もあります。		
<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	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。	日々の生活の中で見られる仕草、表情から利用者様の思いや意向をくみ取る様に心掛けています。職員間でも都度話し合いを持つ様にしています。		
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。	日々接する中での会話から生活歴、趣味、意向を把握するように努めています。ご家族からも情報を頂きます。		
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。	個々の生活リズムを把握し、ご本人のペースで生活して頂ける様にケアをしていくこと。できないこと、やりたいことをくみ取り、一緒に行っていきます。		

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。	ご本人、ご家族に思いや意向を伺い介護計画書に反映します。職員間での情報、意見交換。（カンファレンス実施）		
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。	個々の体調変化、生活の状況はケア記録、連絡ノートに記載し職員間で共有しています。		
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。	状態に合わせて、通院同行することもあります。（基本的に医療連携医以外はご家族対応であります。）		
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。	地域、医療、役所等連絡。ご利用者様の生活を支えています。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	内科（月2）医療連携医。定期的な血液検査、心電図、エコー検査と必要に応じて行って下さいます。		

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。	定期的な健康チェック助言、アドバイスをいただいています。(週1)		
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、医療機関受診に関しては医療連携医の助言、指示を頂くと共にご家族を交え、意見交換や情報共有をした上で方向性が決まる事となります。		
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。	ご本人、ご家族の意向を踏まえ、医療連携医、看護師とも連携し、安心していただける様取り組んでいます。		
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。	消防署の協力を得、緊急時の動き、対応法等実践にも備えています。		
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。	消防署の協力を得て日中、夜間等の避難、消防の訓練を実施。(年2)		

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	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。	ご本人の気持ちに寄り添い尊重できるケアと、声掛けを実施しています。 無理強いはしません。		
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。	会話の中からくみ取り、一緒に行っていきます。		
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。	個々の生活リズムを理解し、合わせ、生活支援に努めていきます。		
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。	ご本人の好み、生活習慣などを伺い、対応しています。 自身では選べない方に対してはご家族から頂いた情報等より取り入れています。		
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。	誕生会、食レクイベントなど、手作りのおやつを一緒に作る事から実施。 毎食後の食器拭きなどは声をかけ気持ちよく行って下さいています。 無理強いはしません。		

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
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。	水分、食事量低下、摂取が難しい方等状態を医療連携医に相談し、エンシュア処方と、ご家族から好みのものを伺い個別提供。（ご家族が用意して下さる事もあります。）食に対しご本人が興味と意識を持っていただける様提供の工夫を考え支援しています。咀嚼		
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。	ご自身で行える方に対しては見守り、お声を掛けています。できない方に対しては毎食後の口腔ケア実施しています。		
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。	お声をかけ誘導、交換、居室でのオムツ交換等、個々に合わせ対応しています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	排泄表確認し排便コントロール実施しています。訪問看護師への情報提供確認、依頼、助言なども頂き医療にも繋がっています。毎日の体操や、少しでも体を動かす事で便秘解消に努めています。		
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。	入浴を拒まれる方には本人の気分や体調を見つつ時間の変更や対応者を変える等声掛けも工夫して対応している。		

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。	ご自身のリズムで過ごしていただける様に支援し安心した入眠につなげられるよう、努めています。個々の状態に合わせて日中の休息の時間を設ける事もあります。		
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。	服薬ルールを職員間で共有し実施しています。今年度から「服やっくん」導入しました。		
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。	食器拭きや洗濯たたみ等生活の中でのリハビリとして出来る事は一緒に無理なく行うようにする。無理強いはしません。		
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。	ご家族との外出、散歩等少しずつ開始しています。職員同行の外気浴、近隣への散歩も実施。		
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。	安全管理上、ご遠慮いただいています。		

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
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。	絵手紙、お電話の支援を行っています。		
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。	大きな窓もあり、外にはベンチを備え、外気浴ができる様設置。 建物は明るく、静かな環境の中にあります。共有フロアには季節を感じていただける様に写真や季節の壁画（一緒に作成しています。）等飾っています。		
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。	お仲間でも過ごしていただける様、ソファースペースを設けています。 庭にはベンチを設置し外気浴等で使用して頂いています。		
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。	各居室にあるベット、チェスト、エアコン、カーテン、寝具は備え付けとなっています。他、ご本人の馴染の物や必要な物をご準備頂いています。		
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。	手すりの配置、物の配置の工夫し動きやすいように同線の確保と環境整備に努めています。		

2023年度

事業所名 グループホームみんなの家 横浜緑園都市  
作成日： 2024年 4月 22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	災害備蓄リストの見直し整備と掲示の直し。	災害備蓄リストの整備と、掲示。	現在作成しているリストの見直し作成と、誰が見てもわかりやすい様に掲示位置等変更。ローリングストック分の認識と、理解を再度伝えたい。	6ヶ月
2	2	地域との関わり。 (利用者様の楽しみにも繋がる。)	外部との接触。 (地域商店利用、ボランティア受け入れ等)	地域との関わりとし、(行事、買い物等)利用者様の希望を伺い利用していきたい。またそれぞれの好むものを汲み取りボランティア受け入れを検討していきたいと考えます。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月