

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	1473800256	事業の開始年月日	平成14年3月1日
		指定年月日	平成14年3月1日
法人名	医療法人 活人会		
事業所名	高齢者グループホーム 横浜はつらつ		
所在地	(〒224-0027) 神奈川県横浜市都筑区大榎町74-10		
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	27名
		ユニット数	3ユニット
自己評価作成日	令和5年11月5日	評価結果 市町村受理日	令和6年2月26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)】

○認知症になってもその方らしい、豊かで明るい生活を最期までおくれること
○その方の「個性」「尊厳」「生命」を守り、活力ある日々の生活を支え、寄り添うようなケアをすること
○地域にひらかれ、共に歩むグループホームであること
上記を理念に掲げ、ここでの暮らしがまるで自宅でくつろいでいるかのように思っただけ るよう、認知症に関する専門的知識と技術を持つスタッフが一緒に生活いたします。四季折々の 顔を見せる自然豊かな庭、近くの川では多くの野鳥が集い、ふくろう菜園では様々な野菜が 育ち、毎日土に親しむことができます。隣接する「すくすく保育園」からは、元気な子供達の 声の間近に感じられる、明るく心休まる環境です。今できることを一生懸命頑張れる「はつら つ」では、皆さん一人一人が主人公です。

【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 日土地山下町ビル9F		
訪問調査日	令和5年11月24日	評価機関 評価決定日	令和6年1月12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)】

【事業所の概要】 事業所は、横浜市営地下鉄グリーンライン東山田駅から徒歩13分ほどの住宅地に位置している。2階建ての3ユニットのグループホームで、グループホームの他、介護老人保健施設などの福祉事業を展開している医療法人が運営している。
【理念と介護計画に基づいたケアの実践】 事業所は、理念のひとつに「認知症になってもその方らしい、豊かで明るい生活を最期まで送れること」を掲げている。職員は、理念に基づき、事業所を「もう一つの家」として、重度化した利用者に対しても自立支援を促し、やりがいのある生活を最後まで送ってもらえるよう支援している。介護計画を「生活援助計画」として、課題解決に向けた計画とケアの詳細な方法を記載している他、その実施結果と評価を記載して、計画から評価まで一体となった独自の計画を作成して、介護計画に基づくケアを実践している。
【理念に基づいた充実した看取り体制】 事業所では、理念に基づき充実した看取り体制を構築し、開設以来約60名の看取りを行っている。看取りを行う場合は、看取り介護計画を作成して家族に説明し、同意書を取り交わしたうえで支援している。介護計画は1か月で見直している。看取り後は、職員で振り返りを行い、良かった点や改善点などを話し合っている。家族には、希望に応じて利用者の日常生活や行事の時の写真を提供している。法人では、年1回看取り研修を実施している。

【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	高齢者グループホーム 横浜はつらつ
ユニット名	くらき

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)	<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、活き活きと働けている。 (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	最期まで地域の中で、その人らしく豊かで明るい生活をしていただくという理念を、柱に開設から実践につなげている。利用者一人一人の力を存分に活用できる様、管理者・職員は日々の申し送り、ケア会議等で話し合い共有している。	事業所は「認知症になってもその方らしい、豊かで明るい生活を最期まで送れること」「地域にひらかれ、共に歩むグループホームであること」などを理念として掲げている。この理念は、開設時に職員が話し合っって作成したものである。理念は、玄関ロビーに掲示し、朝礼で唱和している。職員は、理念に基づき、重度化した利用者に対しても自立支援を促し、やりがいのある生活を最後まで送ってもらえるよう支援している。	
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	地域ボランティア月1回の訪問（音楽療法、レクリエーションボランティア、フットケア等）があったり地域の商店（八百屋、米屋、電気屋等）との繋がりがあある。	事業所は、町内会に加入して、回覧板や町内会長との交流などから地域の情報を得ている。散歩などの外出時には、近隣の住民と挨拶を交わしている。また、法人の4事業所合同開催のお祭りに地域住民も参加して交流している。毎月、音楽療法、フットケアや、利用者と作品を作るボランティアを受け入れている。今月、中学生の職場体験を再開する予定である。また、町内会と共同開催の認知症カフェを毎月開催するなど、地域との交流を進めている。	
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	コロナも落ち着いて来たので、毎月1回の認知症カフェ等も再開され、行ける方には参加していただき、認知症の人の理解や支援方法等を、地域の人々に向けて発信している。		

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
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	コロナも落ち着き運営推進会議も再開され、2か月に1回開催し、運営推進委員の方の意見を聞き一緒に企画したりしサービスの向上に努めている。	運営推進会議は、2か月ごとに家族代表、町内会長、消防団員、地域包括支援センターの職員などが出席して、対面で開催している。事業所からは、事業活動報告や利用者の状況、外部評価の結果などの説明を行っている。事業所の説明後、出席者に、花見の場所・行事の企画などについて意見を聞き取っている。医師である家族に、認知症ケアについて、医師と家族の立場からの講演を依頼し、企画が決定するなど、運営に活かしている。	
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に取り組んでいる	区担当者には、運営推進会議に参加して頂くよう呼びかけているが、忙しい為中々参加して下さらない現状がある。グループホーム連絡会等に参加してもらい情報共有し、協力関係を築いている。	区の高齢・障害支援課には、運営推進会議の報告書や事故報告を送付している他、利用者の要介護認定申請代行で区役所を訪問した際や電話連絡で、助言や指導を受けている。生活支援課とは、担当者が来所した際などに生活保護費を受給している利用者の状況に関する情報共有や相談をしている。区の認知症フォーラムに貼り絵などの利用者の作品を展示している。横浜市グループホーム連絡会に参加して、行政から介護保険に関する情報などを得ている。	
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	職員は身体拘束や虐待についての研修をして何が身体拘束になるのかを理解している。身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催して身体拘束をしないケアについて話し合い、毎月不適切なケアについて確認している。職員年1回自己点検チェックリストを記入し再確認をしている、玄関は日中開鍵している。新人職員には、研修に参加してもらっている。	身体的拘束についての法人の考え方を定め、身体拘束廃止マニュアルを整備し、身体的拘束適正化委員会を3か月に1回、身体拘束適正化研修を年2回開催している。委員会は、身体拘束の有無や身体拘束の3大ロックの確認、事例検討、食事時間帯の不適切なケアの検討、言葉遣いに関するアンケートの結果などをテーマに開催している。外出願望の強い利用者には、職員が付き添い、散歩や買い物に出かけるなど、利用者の要望に応じるようにしている。	

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
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待に相当する事は無いが不適切な対応が全くないとは言えないため、身体拘束適正化委員会を立ち上げ、ケア会議等で常に不適切なケアを行っていないか話し合い、防止に努めている。職員は常に言葉に注意しながら利用者に対応している。新職員には、研修に参加してもらったりその都度、計画作成、先輩職員が指導している	職員は、利用者虐待防止マニュアルや、虐待防止に関する研修などで、心理的虐待や介護放棄なども含めた高齢者虐待防止法等について学んでいる。事業所では、不適切なケアについて、県の虐待防止に向けた自己点検リストで振り返りを行っている他、ケア会議で話し合っている。虐待の通報義務については、マニュアルを基に研修で周知している。職員のストレス対策としてストレスチェックを実施して、職員の心身の状況を確認している。	高齢者虐待の発生・再発を防止するための指針が未整備となっています。早期に整備されることが期待されます。
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	統括部長・管理者・職員（計画作成）は研修を受け、実際に成年後見制度を受けている2名の利用者の弁護士とも対応している。新しい職員も増え、全職員が理解するようにして行きたい。		
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	管理者・計画作成は契約前からご家族と面談を行い、十分な説明をし双方が納得した上で契約している。契約時に重要事項の説明を再度行う。何か疑問等があった場合その都度、説明を行っている。		
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	コロナが落ち着いてきて、家族の面会を再開し面会簿に意見を記入して頂いたり、電話等で話しを聞き要望を会議等で話し合い改善できる事はすぐに改善するよう努めている。	家族の意見・要望は、来所時や運営推進会議、電話連絡・メールのやり取りなどで把握している。家族の面会時には、家族が記載する面会簿に意見欄を設けて、意見が記載できるよう工夫している。家族からの意見・要望は、ケア会議で共有して対応を考えている。家族から「利用者にマッサージ器を使って欲しい」という要望があり、安全な利用方法を検討したうえで支援を行った。	

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	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	定例の職員会議を月に1回行い、意見を吸い上げ法人全体の企画会議に報告し、代表者の意見をもらい職員の要望や改善できる点は改善するよう努めている。又、定期的に面接や毎月の職員会議や日々の申しおくりでも気づいたことは、提案や意見として出せるようになっていく。	職員の意見・提案は、管理者が、日々の会話や、毎月のケア会議のほか、個人面談などで把握し、運営に反映している。個人面談は、年2回人事評価を兼ねて実施している。法人の代表者が来所した際、職員の意見などを聞いている。管理者は、ユニットリーダーと連携して、職員が気軽に話せる環境を作っている。職員から「2人介助が必要な利用者が増えたため、職員の負担軽減に向け、調理担当職員を採用したらどうか」という提案があり、採用した。	
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	企画会議にて統括部長・管理者は代表者に常に職員の努力や勤務状況を報告し、やりがいのある職場をめざし努力している。又、永年勤続賞を設け長きに働いている職員には、旅行券が出ていたが今期職員から意見を聞き現金支給になった。	管理者は、職員の努力や成果を法人の企画会議で報告している。法人は、人事評価制度を採用して、公平な評価を行っている。スキルアップ支援策として、介護福祉士・介護支援専門員の資格取得者や、認知症介護実践者研修・実務者研修・初任者研修の修了者に資格手当を支給している。また、当該研修の受講は、勤務抜いで、受講料、交通費を法人が負担している。また、職員にハラスメントに関する研修を実施するなど、就業環境の整備に取り組んでいる。	
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	研修参加、勉強会を法人内で行い学べる機会を持っている又、新職員は新人教育として入職後マニュアルに沿った研修を受講し、認知症の理解を深めている。部長・管理者はOJT教育を行っている。	法人は、年間研修計画を策定して、入職1～3年目の職員を対象とした、法人研修（人権・認知症・緊急対応・報連相）と、全職員を対象とした教育研修（摂食嚥下機能、BCP、看取り、認知症ケアなど）を開催している。外部研修を受講した職員は、報告書を作成している。また、必要に応じて会議での報告や伝達研修をしている。新入職員には、認知症ケアの基本について外部研修を受講してもらい、事業所でユニットリーダーがOJTを行っている。	

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
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	横浜市グループホーム連絡会に加入し、同業者と交流する機会を作っているが、コロナも落ち着き、今期介護現場交流研修も再開され参加しサービスの質の向上に努めている。		
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	センター方式によるアセスメントをしっかり入居の時にご家族に書いてもらい、各職員が情報を共有し会議等に利用者も参加し、本人からも意見を聞いている。利用者の困っている事や要望に耳を傾けながら常に安心できるよう関係作りに努めている。		
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	入居前より、面談等で不安や家族が困っていることの相談を受けたり、疑問点がある場合はその都度話をし、出来る限り希望に添った対応をしながら、関係づくりに努めている。		
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	面談時、契約時にご本人、ご家族に聞き取りを行っている。又、その時点でセンター方式によるアセスメントを渡し、記入してもらっている。その情報をもとに申し送りや会議にて、各職員が情報を有し初期介護計画を立て本人と家族が必要としている支援サービスに努めている。		

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
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	毎日家事等のお手伝いを職員と一緒にしたり、利用者の得意なこと好きなことを披露する場面を作り、役割を持って頂き、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。又重度になられ自分から言えない・自分ではできない利用者の方にも職員と一緒にやる事で会話の場面を増やしたり役割が持てるよう介護計画を立て毎日実施している。		
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	コロナも落ち着き条件付きだが対面面会も出来るようになり、施設に来訪できるようになっている。又、行事にも参加を呼びかけ家族と一緒に本人を支えていく関係を築いている。		
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	コロナも落ち着き、馴染みの人達の面会等は出来るようになった。又、手紙や年賀状の返信のお手伝いをしたり、関係の継続を支援している。	友人や知人の面会時には、居室に案内して湯茶でもてなしている。電話、手紙の取り次ぎや、ハガキの投函支援の他、携帯電話の利用支援も行っている。家族が持参する馴染みのお汁粉、ミカン、リンゴなどの食べ物や、好みの化粧水、乳液などの取り次ぎも支援している。昔からの習慣で、事業所が購読している新聞を読んでいる利用者や、化粧をする利用者がある。趣味の裁縫や読書を継続している利用者もいる。	
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	居間にくつろげる場所を作り気の合う利用者同士が会話のできる場を設定している。常に職員は、良い関係が築けるよう気を配っている。重度の方にも、離床して頂きフロアで過ごす時間を作ったりいつも誰かがいるように工夫し、孤立しないように心がけている。		

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	
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	電話で相談がきたりするときは相談に乗ったりしながら関係が途絶えない様にしている。又、退去されたご家族に運営推進委員になって頂き現在もはつらつの為にお手伝いをして下さっている。			
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。	入所時に確認したアセスメントを基に3ヶ月ごとに介護計画を立てている。日常の会話やご家族から利用者の希望を聞き介護計画に反映している。会話が困難な利用者には表情や様子を観察し記録に残して本人本位に対応している。又、3ヶ月に1度OTと相談し介護計画に生活リハを取り入れている。	職員は、入居前に自宅や病院などを訪問して住環境や生活歴を確認している。入居後は、日常の会話のほか、夜勤帯などゆっくり話のできる時間を活用して意向や要望を聞いている。利用者からは、鰻が食べたいといった要望が寄せられ、対応している。意思疎通が困難な利用者の思いや意向は、利用者の行動、表情から推測して支援に繋げている。把握した情報は、申し送りノートや日中の記録で共有して、ケアに活かしている。		
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	面談時、入居時、センター方式のアセスメントシートにご家族に情報を記入してもらい職員はその情報を共有している。また日々の利用者の会話の中から情報収集したり個々の状態を把握している。利用者も会議に参加し、話す機会を設けている。本人の言葉を大切に申し送りや会議にて検討し、日々の場面で生かせるよう支援している。			

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
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	毎朝のミーティングで利用者と関わる一日の目標を決め実践している。個人の申し送りノート、月一回のケア会議等で職員は、常に現状を把握し、毎朝の顔色、状態を観察し変化を見逃さない様に努めている。重度になられた方が出来る事を介護計画に取り入れ、毎日継続的に見えるように支援している。		
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	生活援助計画表に目標や経過状況、今の様子、評価を記入し、ケア会議で話し合い、基本的に介護目標を3か月ごとに見直している。変化のあった時には随時見直して対応している。毎月のケア会議で職員の意見を出し合い、医師や看護師、作業療法士の意見も介護計画に反映している。	介護計画は、アセスメントとモニタリングを基にカンファレンスを行い、利用者・家族の要望と医療関係者の意見を反映して作成している。モニタリングは、居室担当者と計画作成担当者が3ヶ月ごとに行っている。計画は3ヶ月ごとに見直しているが、状態により随時見直している。介護計画は、課題解決に向けた計画とケアの詳細な方法を記載している他、その実施結果と評価を記載して、計画から評価まで一体的に確認できるようにしている。	
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	日々の様子や変化を細かく記録して、毎朝申し送りをを行い、変化があった場合は職員間で話し合い実践につなげている。又、必要時に経過観察記録シートを利用し情報を共有し実践している。変化があった場合はすぐに介護計画を見直している		
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	法人のクリニックを利用したり、すくすく保育園との交流、老健施設と緊急時の対応に関する連携や歯科、他クリニックの柔軟な支援サービスを行っている。家族が希望すれば、訪問マッサージも個別に行っている。		

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
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	夏祭りや地域ボランティアなど、コロナも落ち着いてきた為再開された。地域の電気屋が修理に来たり、商店の配達などは継続している。又、町内会館にて開催される大棚カフェにも参加し地域との交流を支援している。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	法人のクリニックの医師が月1回往診に来て利用者の健康状態を診ている。必要に応じて受診も行っている。又、24時間の連絡がとれる体制になっている。歯科や皮膚科などの専門医も往診に来る体制が取れている。	利用者全員が、系列のクリニックの内科医をかかりつけ医とし、月2回の訪問診療を受診している。かかりつけ医は、ケア記録をタブレットで確認できるようになっている。利用者は、精神科や皮膚科の訪問診療を受診することも可能である。他の専門医への通院は、原則家族が付き添っている。歯科は、希望者が必要に応じて協力医療機関の訪問診療を受診している。訪問診療や通院の受診情報は、申し送りなどに記載して職員間で情報共有している。	
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	統括部長は看護師であり、変化があった利用者の状態を報告している。また同法人施設のクリニック・老健の24時間の医療連携が整っている為情報や気づきを直ぐに相談できるので、受診や看護がすぐに受けられるように支援出来ている。又、クリニックとの相談用紙を活用し書面にてFAXのやりとりをし記録に残している。		
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。	統括部長・管理者や計画作成は病院に赴きご家族・病院関係者と情報交換を行い、早期の退院に努めている。又、当クリニックの医師に状態を常に報告している。		

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
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	契約時には、医療連携と看取りについて口頭で説明している。入居後暫く経ち生活に慣れて落ち着かれた時期にあらためて終末期対応について説明し「急変時・終末期における対応についての同意書」を取り交わし、意向を確認している。医師の診断で終末期の状態と判断されたら医師から家族に状況経過の説明をして意向を再確認し介護計画から看取り介護計画に移行して看取りを行っている。	入居時に医療連携や、看取りについての考え方を説明している。入居後しばらくしてから「急変時・終末期における対応についての同意書」を取り交わしている。看取りを行う場合は、看取り介護計画を作成して家族に説明し、同意書を再度取り交わしたうえで開始している。開設以来、約60名の看取りを行った。看取り後は、振り返りを行い、良かった点や改善点などを話し合っている。法人では、年1回看取り研修を実施している。	
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	新しい職員も増えている為全員が実力を身に付けてはいない。日々のケアの中で先輩から新人職員にリスクマネジメントや急変時対応について指導や助言を行っている。統括部長から日々急変時の初期対応方法やいつもと違うチェックポイントなどの指導が常にある。		
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	4年ぶりの消防署や地域の方を交えた夜間想定避難訓練を行った。運営推進委員、地域の消防団の人たちから意見をもらった。新しい職員も増えてきている為その都度、ケア会議等で話し合い全職員が身につけるよう努めていく。職員は備蓄品や飲料水を個々で確保している。	事業所は、夜間想定訓練も含め、火災や地震を想定した避難訓練を年2回実施している。また、浸水想定区域に指定されているため、洪水時の避難確保計画を策定して、水災想定での避難訓練のシミュレーションを行っている。事業所のBCP(事業継続計画)は、現在策定中である。事業所の避難訓練には、消防署員、消防団員、運営推進委員、家族が参加している。災害用備蓄品はリストを作成し、利用者と職員の食料と飲料水を3日分確保している。	

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
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	入浴前の脱衣時には腰にタオルをかけたり、トイレ誘導ではさりげなく声をかけ羞恥心に配慮している。接遇面など気になる場面があれば計画作成・管理者がその場で指導している。夜間転倒するリスクのある利用者には本人・ご家族に了解を得てモニターを設置している。	職員は、人権研修でプライバシー保護について学んでいる。利用者の呼称は、名前に「さん」付けとしている。職員間の会話の際は、利用者の名前は、イニシャルで話している。フロアでケア記録を記載する場合は、周辺に十分配慮して行っている。管理者は、職員の会話や行動で、気になったことは都度指導している。また、内容によっては、ケア会議で話し合っている。パソコンへのログインは、パソコンごとにパスワードを設定して管理している。	
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	日々の生活の中で自己決定の場面を作ったり利用者にも毎朝の申し送りやケア会議に参加して頂き希望や要望を必ず聞くことで本人の思いを実現するように働きかけている。又、自分から言葉を発する事が出来ない利用者の方達には、場面場面でお話をし本人の表情を見ながら自己決定できるように働きかけている。		
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	常に利用者のペースにあわせた生活のリズムを作り、その人の出来る能力に合わせたケアを行っているが、ご自分で出来ない利用者等は夜勤一人で対応するので、どうしても職員のペースでしなければならない事もある。		

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
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	まだ自分で選べる方には聞きながら洋服を選んでもらったりしているが、自己決定が難しくなっている方などは、職員が声をかけ表情を見て着て頂いたりしている。毎朝保湿クリームを塗るなどその人らしい身だしなみやおしゃれができるよう支援している。化粧ができる方には、さりげなく声を掛け自分で出来るよう支援している。		
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	食器の下膳や食器拭き等は本人の役割と決めて下さっているの で出来るだけ行っていただくよう、スタッフと利用者が一緒に行える環境を作っている。個々にあった食事形態の工夫による個別支援をしている。それぞれの力を生かせるよう食器、介助具などを工夫している。又、新年会やひな祭りクリスマス会等の行事の時はケータリングを取るなどして行事食を楽しんでいる。	食事は、食材業者の献立と食材を使用して、職員が調理している。非常勤の調理担当職員が調理することもある。利用者は、菜切り、盛り付け、配膳、食器拭きなどを手伝っている。利用者の状況に合わせ、ソフト・ミキサー食を提供している。行事の時には、中華料理や和食、鰻などをケータリングやデリバリーを活用して提供している。誕生日会では、好みのケーキや和菓子を提供している。食事レクリエーションとして、たこ焼きや餃子などを作り利用者を楽しませている。	
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	アルブミン数値の確認や2ヶ月に一度の体重測定を行い変化のあった利用者の方などは医師や栄養士に報告・相談をし一人ひとりの状態に合わせて食事形態を工夫している。水分量は必要に応じてチェック表や観察記録に記入し職員が共有できるようにしている。嚥下困難な方には栄養補助ドリンクなどで捕食し低栄養にならないように工夫している。		

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
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	歯科医師・歯科衛生士に指導を受けたりし、口腔衛生の重要性を職員全員が理解し、毎食後一人ひとりの口腔状態に応じた口腔ケアを行っている。入れ歯の方は、夜間洗浄液につけておき清潔を保っている。		
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	排泄チェック表を記入し利用者の排泄パターンを把握している。重度の方の排泄はすぐオムツにするのではなく、職員2人で介助しトイレに座って頂き自立にて排泄されるよう支援している。	支援を受けずにトイレで排泄できる利用者が4名程いる。他の利用者には、排泄記録で把握した排泄パターンに基づく定時誘導や、利用者の様子や仕草に基づく随時誘導を行い、トイレでの排泄を支援している。夜間は、定時誘導や睡眠優先など個人の特性に合わせて支援している。ポータブルトイレを使用している利用者もいる。病院からの退院時はベッドでの排泄だった利用者が、支援の結果、トイレでの排泄に改善した事例がある。	
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	ヨーグルトやファイバーを使用している。排泄表により毎朝、排便状態を確認し-3日以上にならないよう座薬を使用しなるべく失禁を減らしトイレに座って頂き排泄している。いきむことが出来ない利用者には腹部マッサージなどを行っている。腸閉塞の病気を持っている利用者の方には、排便の観察を行い医師と連携し排便のコントロールを行っている。		

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
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	基本的には、最低週2回以上入浴できるよう支援しているが希望があれば回数や時間帯などにも対応している。重度の方には職員が二人で介助しゆったりと入浴が出来るよう支援をしている。入浴時の会話も大切にして利用者の気持ちを記録に残し職員間で共有しケアに生かしている。しょうぶ湯やゆず湯など季節の湯を楽しんでいる。足浴も取り入れている。	週2回、午前と午後の入浴を基本としている。希望があれば、週3回の入浴にも対応している。お湯はひとりずつ交換して気持ちよく入浴してもらっている。体調の悪い利用者は、身体の状態に応じてシャワー浴や足浴、清拭で対応している。利用者は、職員との会話や菖蒲湯、柚子湯、入浴剤の湯を楽しんでいる。また同性介助にも対応するなど、入浴を楽しめるよう支援している。	
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	自立している入居者の方は、自分から居室に戻られテレビを横になりながら見られたりしている。昼寝が習慣になっている方は声かけを行い休んで頂く支援をおこなっている。ゆっくりと起きたいと思っている方などはその人の生活習慣や状態により入床、起床介助を行っている。又眠れない利用者などは職員が話を聞いたりし安心して眠れるよう支援している。		

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
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	医師の指導、指示、薬局の配薬表等により服薬の支援を行い、職員間で症状の変化を確認し医師に報告している。またこの薬の処方状況の情報を申し送り時や申し送り帳に記入するよう努めているが、新しい職員が服薬状況をしっかりと把握するには時間がかかる為、服薬時に夜勤・日勤帯でしっかりとチェックをし誤薬等のないよう努めている		
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	1人1人の生活歴や得意なものなど、その方の力を生かし、介護計画に沿って役割等を決めている。家事、歌、散歩、作品作りなどに参加することで楽しみ事や気分転換などの支援を行っているが、コロナ感染予防で外出機会が減っていた為、はつらつの周りを散歩するなどの個別支援を行っている。		
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	散歩が困難な方はベランダ周りを歩いて頂いたり外気浴をしている。毎日外の様子を見て頂き天気を記録する、はつらつ周りを散歩するなどの工夫をしている。コロナも落ち着き、家族の要望があった方には、外泊や美容院等外出支援を行っている。全体での外出支援を増やしていきたい。	天気の良い日には、事業所の周りを散歩している。ベランダや玄関先で、外気浴を楽しむことがある。庭にある家庭菜園で野菜などの収穫をすることもある。今年度は、車を利用し、徳生公園に出かけて弁当を食べた。また、買い物支援でショッピングセンターに出かけることもある。家族の支援で買い物や、外食、お墓参りなどに出かける利用者がいる。利用者の外出歴は、外出記録やケア記録に記載して管理している。	

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
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	自己管理は、ほとんどの利用者が出来なくなってきている。又、コロナ感染予防があった為買い物などの機会を設ける事が出来ていない。これから買い物等の機会を増やしていきたい。		
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	本人の携帯電話を持っている方は、2名おりほぼ毎日ご家族と会話をされている。中々面会にこれない家族から手紙やはがきが来た時には、職員が読んで差し上げている。便箋などを用意し手紙のやり取りができるように支援している。		
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	季節ごとに装飾品をかえたりすることで、春夏秋冬を感じられる工夫をしている。又、防火扉などの無機質な扉にはのれんを掛け温かみを感じられる様に工夫をしている。日中身体を休めなければならない入居者の方などには室温調整・陽射しが当たらない様その都度カーテン等で調整している。	リビングは、大きな窓があり、採光もよく明るい。眩しい時は、カーテンで明るさを調整している。日めくりカレンダーや、トイレの大きな表示などで見当識に配慮している。温度・湿度管理は、エアコンと加湿器で行っている。床暖房のあるフロアもある。換気は、2時間に1回窓を開けて行っている。また、必要に応じてサーキュレーターを活用している。壁には、利用者で作った季節毎の切り絵や、折り紙、貼り絵などを飾っている。	

自己評価	外部評価	項目	外部評価		
			自己評価	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	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	玄関や居間等にソファを置いたりすることで、気の合った入居者同士がくつろげるスペースを作っている。自分で動けない方などは、お部屋で過ごせる時間を作ることでそれぞれの方が一人になれる日中の時間を作っている。		
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	居室には洗面台、クローゼット、エアコン、照明、ベット等が設置している。利用者は、使い慣れた家具や、テレビ、ラジオカセット、時計等馴染みの品を持ち込んで居心地よく過ごせるようにしている。家族の写真なども飾っている部屋もある。居室の清掃や整理整頓は毎週日曜日に実施している。	居室は、和室と洋室を用意している。居室には、ベッド、エアコン、照明器具、クローゼット、洗面台を備え付けている。利用者は、タンス、時計、テレビ、カレンダー、造花、遺影や、家族の写真などの馴染みの品や思い出の品を持ち込んでいる。清掃は、職員や利用者が随時行っている。居室担当者が、モニタリングや、備品の整理・管理、誕生日会の企画などを行っている。安全対策として、離床センサーを使用している利用者がある。	
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	居室の入り口に名前を書いたりトイレは「便所」「トイレ」と表示し浴室には「湯」と書かれた暖簾を飾ったりすることで本人が自立した生活を送れるよう工夫している。職員は歩く動線の確保や床の水滴等に気を配り常に安全に配慮しながら支援している。		

事業所名	横浜はつらつ
ユニット名	たちばな家

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

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、活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	入職時オリエンテーションだけでなく、かわら版等で、定期的に理念について意識できる環境がある。穏やかにゆったり過ごせる「生活の場」という事を意識し、ケアにあたっている。		
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	以前は盆踊りなど、地域の行事に参加できていたが、コロナの為、出向く機会は無かった。3年ぶりに行った夜間想定避難訓練には、地域の消防団の方が4名も参加してくれ、出向く機会は減っても、地域の一員として認められていると感じた。		
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	都筑区認知症フォーラムへの入居者さんの作品展示では、制作過程を写真で一緒に展示するようにしている。認知症カフェを再開している。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	対面で開催できるようになり、取り組みについて肯定的な意見が聞け、スタッフのやる気につながっている。		
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に取り組んでいる	必要時、必要な部署との連携を取ることができている。夜間想定避難訓練では、多数の部署の協力を得ながら行えた。		

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
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	各ユニットに身体拘束適正化委員会の委員がおり、3か月に1回委員会を開催している。委員会で話された内容は、毎月のケア会議で報告がされ、日々のケアに活かしている。指針等の整備はされている。		
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	ちょっとした言葉使いが、虐待につながっていくことをケア会議で皆で話し合い、スタッフ間で気をつける環境ができつつある。		
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	この1年間で、2件利用を検討するケースがあった。ご家族が利用するにあたっての心配事などは、その都度説明し、書類の作成などの支援を行った。		
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	管理者、計画作成だけでなく、電話を受けたスタッフも、確実に管理者等に報告できており、ご家族等の心配事を早期に解決できている。		
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	面会簿には、ご家族からの意見を書ける欄を作っており、記録方法の変更などをケア会議で話し合った。ケア会議では、入居者にも参加してもらう事で、日々の生活に対する意見をもらっている。		

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
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回のケア会議や、管理者との面談など、機会を設けている。またその内容は、計画補佐会議などで検討され、実行可能な形で反映されている。		
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	各家の目標、個人目標を作成しており、目標の達成度や、人事考課制度などにより自身を振り返ることができている。		
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	入職3年までの職員には、法人内研修や新人の為の外部研修を受講する機会がある。他外部研修も本人の興味関心がある研修に参加する機会を作ってもらっている。		
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	市や県、全国の連絡会に加入している。コロナの為、ZOOM開催が増えたことで、他のスタッフが研修などに参加する機会が減り、同業者との繋がりを感じづらくなっている。		

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
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	この1年、新規入居はなかった。新しいスタッフが入った時などには、新スタッフに接し方や介助方法を伝え、入居者が不安にならない様に配慮した。		
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	新たに訪問マッサージ等の他のサービスを利用開始する時や、医療的対応等について変化がある時には、ご家族本人へ説明を行い、実施後の状況などを報告するようにしている。		
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	ご本人やご家族が、まずどうしたいのかを確認し、選択ができる環境を整えるようにしている。ご家族の言葉や本人が言ったことは、送りノートなどでスタッフ全員で共有できるようにしている。		
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	ご本人の言動、行動、態度などをよく観察し、一緒にできる事を、一緒に行うようにしている。笑顔を引き出せる関係を築けるように努めている。		
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	それぞれのご家族の実情に合わせ、衣類等の買い物を頼んだりしている。面会時に写真を撮らせてもらい、居室に飾っている入居者もいる。		

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
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	コロナの為、外出が難しい時期もあったが、感染者数が少なくなっている時期などには、ご家族との外出もしてもらっていた。面会も時間の制限（30分）はあったが、関係が途切れないよう支援に努めている。		
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	より良い関係のために、皆でできる事は皆で行い、個々で対応した方が良いことは個別で対応している。全員で体操や歌のレク、口腔体操などしている。必要時席替えなどして過ごしている。テーブル席だけでなく、ソファ席も活用している。		
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	退居された方のご家族の何人かが、運営推進委員となり、サービス向上のための意見をくださっている。10年以上運営推進委員を続けてくださっている元ご家族もいる。		

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
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。	本人の発言を大切にし、行動や表情にも注意を払い、本人の意向を把握する努力をしている。職歴の長いスタッフも多いので、お話しできていた頃の本人の言動なども参考にしている。		
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	勤務歴の長いスタッフも多いので、スタッフ間の日々の会話の中に、その方の昔話していたことなどが盛り込まれ、自然な形でスタッフが把握できるようになっている。		
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	毎朝夕の申し送り、連絡ノート等活用し、最新の情報をスタッフ全員で把握できるようにしている。		
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	家族の希望や意見などは、連絡ノートにも記入したり、ケア会議でより良い方法を話し合い、介護計画に取り入れている。		
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	言葉で表現しにくい、皮膚状態やポジショニング、体操の仕方などは写真や動画などを活用し、スタッフ全員が把握できるようにしている。介護計画を見て誰もが状況に応じた支援ができるようになっている。		

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
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	ご本人に必要な事、ご家族が困っている事については、ホームで出来る事は何か、外部サービスは使えないか検討し、その時より良いと思われる方法をとっている。		
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	徐々に音楽療法やレクボラなど、以前の状態に戻していった。静かな環境の為、中庭への散歩など、短い時間でも外の空気に触れる時間を作っている。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	内科、歯科、皮膚科の往診が入っている。必要時には、専門医療機関に受診ができる体制がある。		
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	職場内に看護スタッフが居り、日常的に相談、報告が出来る環境がある。看護スタッフより対応方法についてレクチャーがある。		
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。	入院時にはその日のうちに介護サマリーを作成し、病院へ届けている。ご家族とも調整しながら、早期退院に向けた働きかけをしている。		

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
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	重度化や終末期についての同意書の作成だけではなく、ご家族、医師、ホームとの話し合いの中でどのような話しが出たのかをスタッフ全員が共有できるようにしている。		
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	研修の機会や、マニュアル、部長の回覧など情報に触れる機会は多々あるが、実践力は各スタッフ間で力量に差があると思う。皆が同じように対応できるよう、定期的な訓練が必要だと思う。		
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	夜間想定避難訓練を3年ぶりに地域の方と共に行った。実施してみて、新たな課題等について今後取り組んでいく必要がある。		

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
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	ケア会議では、入居者が主語の言葉かけが出来ているかなども話し合ったことがある。日々の業務の中でも、スタッフ同士気を配り、声をかけ合っている。		
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	まず、本人がどうしたいか尋ね、こたえられない方には、表情など確認しながらケアにあたっている。		
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	希望を表出できなかつたり、ある程度決められたペースで生活を進めていく必要がある程重度化している人もいるが、必ず本人の表情などを確認し、ケアを行っている。		
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	選べる方には、その日着る洋服を選んでもらっている。洗面台に立てなくても、鏡を前に置くと自身で髪を整えたり、顔にクリームを塗ったりすることが出来るため、そのように支援している。		
40	18	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しいなものになるよう、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	食後の片付けは一緒に行っている。食事中「これ美味しかったですよ」「これ一番のおすすめです」などと声をかけている。		

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	必要時には、個別に水分量や食事量を細かく把握するようにしている。本人の状態に合わせ、食形態の変更、栄養補助食品の使用、食具の工夫などしている。		
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	歯科医・歯科衛生士指導の下、本人の口腔状況にあった、口腔ケア用品を使用している。起床時と毎食後、口腔ケアを行っている。		
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	排泄表を活用し、早めに声をかけるなど、排泄パターンの把握につとめている。夜間オムツ対応の方も、日中2人介助でトイレで排泄できるよう、ケアにあたっている。		
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	ホットミルク、ファイバー、ココア、オリーブオイル等、一人一人に合った便秘予防対応をしている。昼食夕食前のレクでは上半身を大きく動かせる風船バレーなども行っている。		
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	重度化の為、スタッフ2人対応でないと入浴できない方もおり、スタッフ都合の入浴になってしまっている人もいる。入浴中はおしゃべりを楽しんだり、心地よい時間となるよう支援している。		

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
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	フロアにはテーブル席だけでなくソファ席もあり、座る場所を変え休める環境を作っている。外気温に左右されやすい建物の作りの為、自室で休まれている方の室温調整などは細目に行っている。		
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	薬が変わった時には、気をつけることなどを個別ノートに書き、スタッフ全員が把握できるようにしている。臨時的に服用する薬は、いつまでなのかも明確にし、朝の送りで薬のチェックをしている。		
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	本人の好きなものを情報収集し、レクリエーションに取り入れたり、TVの録画をして、見る機会を作ったりしている。		
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	ホームの中庭までくらいの外出しかできていない。ご家族面会時には、外への散歩なども提案してみているが、お部屋でいいですと言われる事がほとんどである。		
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	ふれあい祭りに参加していただき商券を使用するなどはあったが、お金を使う機会は作れなかった。現在の入居者の方の中に、お金の所持を希望している人もいない。広告を見ながら、お金の話をすることはある。		

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
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	本人から電話をすることは無いが、ご家族からの電話にご本人に出てもらうこともある。海外にご家族がいる方が居り、アレクサを利用し、ご家族と話せる機会を作っている。		
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	季節感のある作品を飾る様にしている。換気に努め、臭いがこもらない様に気をつけている。スタッフも環境の一部と考え、声の大きさ内容等に気をつけている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	フロアにはテーブル席とソファ席があり、用途に合わせ使い分けている。洗面台にも椅子を置き、ゆっくり身支度できるようにしている。中庭にもベンチがあり、ちょっと外に出た時にも、ゆっくりできる環境作りをしている。		
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	使い慣れたものを入居時に持ち込んでもらっている。ご本人が好むものを飾ったり、ご家族との写真や、昔飼っていた犬の写真などご家族が持って来てくれたものもある。		
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	各居室にはそれぞれのお名前があり、「トイレ」等の表示も分かりやすくしている。動線の確保や、清潔を保つことも配慮している。		

目標達成計画

事業所名 高齢者グループホーム横浜はつらつ

作成日 2024. 1. 15

【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	7	身体拘束適正化委員会虐待防止委員会は、早期に立ち上げて活動していた。しかし、虐待防止に関するマニュアルは作成していたが、指針が整備されていなかった	虐待防止に関する指針の整備	虐待防止委員会で話し合い早急に整備する	令和6年2月中
2	49	コロナ禍で色々な制約があった為、外出支援が中々、出来ていなかった	外出支援の再開	全体で外出する事は利用者の重度化も有り、難しくなっている。まずは、各ユニットで支援できるよう計画を立て実践していく	1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。