

令和7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	1493200156	事業の開始年月日	平成20年7月1日
		指定年月日	平成20年7月2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・横浜金が谷		
所在地	(〒241-0812) 神奈川県横浜市旭区金が谷471-1		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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	2025. 11. 6	評価結果 市町村受理日	令和8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)】

地域との交流・開かれたホーム作り・認知症の普及啓発に力を入れています。 オレンジカフェは8年目となり毎月10～15名の地域の方がホームに集って下さり、利用者様と体操や歌やアロマ講座などを楽しまれています。 区社協の施設分科会ワーキンググループに参加して地域との繋がりを他の介護施設と共に模索しています。 ご家族様の面会も多く、敬老会や納涼祭、クリスマス会のご家族様やボランティアさんも多く参加して下さりスタッフも交えた交流の場となっています。
--

【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7年11月26日	評価機関 評価決定日	令和8年1月24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】 当事業所は、相鉄線二俣川駅からバスで10分弱、最寄りのバス停から徒歩6分程の場所にある。バス停から住宅街を抜けた場所に位置する木造2階建て2ユニットのグループホームの前方には、のどかな風景が広がっており、里山の趣を感じる自然環境に恵まれた立地となっている。 【地域に開かれたグループホーム】 周辺に民家がほとんどなく、地域住民と顔を合わせる機会は少ないが、開所当初から地域に開かれたグループホームを目指し、積極的に地域行事等に参加をして地域の方と交流の機会を持ってきた。地域の方にも認知症の正しい理解をしてもらいたいという思いから始まった「オレンジカフェ」は、旭区社会福祉協議会、笹野台地域ケアプラザと協同で、コロナ禍にもリモートで開催するなど、継続的に活動している。また管理者が地域の小学校に出向いて認知症サポーター養成講座の講師を務めるなどの啓発活動をしている。 【利用者と家族を繋ぐ便りやブログ】 毎月事業所の活動や行事の様子を写真入りで紹介する「金が谷通信」や、利用者の健康状態や日常の様子や伝える「一言通信」は、離れて生活する家族の安心に繋がっている。またホームページの職員ブログでは、タイムリーな話題を発信し、楽しみにしている家族も多い。入居を検討している家族から、ホームページに掲載している日常生活の様子や、利用者の笑顔が入居を決める判断材料になっているとの声も聞かれる。
--

【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	みんなの家・横浜金が谷
ユニット名	U1

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

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

事業所名	みんなの家・横浜金が谷
ユニット名	U2

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

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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	各ユニットで事業理念を掲載して、職員全てが共有出来るように努めている。	法人理念の「お客様に寄り添い自分らしい暮らしをサポート」を運営の柱にして、事業所理念である「笑顔と接遇で温もりのある時間を」利用者に提供できるように、年度の目標を立てている。事業所を大きな家と捉え、利用者が「安全」で「安楽」な生活を送ることにより、家族が「安心」できる事業所づくりに努めている。職員の笑顔が利用者を笑顔にすることから、一緒に楽しめる時間を大切にしている。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	月に一度のオレンジカフェを通じて地域の方々と繋がりを持ち、利用者が「ご近所付き合い」が出来る支援をし、町内の回覧板で情報をえてお祭りなどにも参加している。	下川井町内会に加入をして地域の情報を回覧版等で得ている。事業所の「金が谷通信」を回覧版に挟んでもらい、地域に情報を発信している。事業所は地域の社会資源として考えており、一環として区の社会福祉協議会や地域ケアプラザと協同で「オレンジカフェ」を開催している。コロナ禍にもリモートで開催するなど、継続的に活動しており、月1回の「オレンジカフェ」には、地元の町内会に加え、隣接してる地域からの参加も多くある。利用者も数名ずつ参加をして地域の方との交流を楽しんでいる。また参加者には認知症の方と接することで認知症への理解を深めてもらっている。	
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	ケアプラザや小学校での認知症サポーター養成講座で要請を受け、地域に向けての認知症普及啓発に努めている。		

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
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	運営推進会議は開催の半数を近隣サテライト事業所との合同開催としており、広い視野での評価や意見を頂き、運営に反映させている。	運営推進会議は、系列のグループホームとの合同で開催または単独で開催している。合同開催時には、連合町内会役員2名や民生委員2名、地域包括支援センター職員、ホーム長、職員、利用者が参加をしている。会議では、事業所の運営や活動報告、地域の情報や意見交換をしている。昨年の目標達成計画に掲げた家族の参加はまだ叶っていないが、利用者2名が参加をするようになり、意見を述べている。	
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	生活保護者が2名おられ、生活支援課のSWと連絡を取り相談や助言を貰っている。また、高齢支援課の方がオレンジカフェに参加してくださっている。	生活保護を受給している方には、区的生活支援課職員と医療面の相談等での連携を図り、支援している。旭区社会福祉協議会や笹野台地域包括支援センター職員の協力を得て毎月の「オレンジカフェ」開催や、川井地区の小学生による「ジュニアボランティア」の受け入れをしている。旭区の介護保険施設、保育園等が参加をする施設分科会の勉強会に参加をして事例検討等をしている。	
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	半年ごとに身体拘束についての研修を行い、研修記録を提出している。参加できなかった職員には個別に資料を配布しホーム全体で取り組んでいる。また委員会での検討会は3か月ごとに実施している。	3ヶ月ごとの「身体拘束適正化検討委員会」は、全員参加で本部が提供する議題に沿い、事業所で想定される事例などを取り上げ、検討や意見交換をしている。また年2回の研修で、職員は、法人が監修した「身体拘束適正化」研修のレポートを作成し、提出している。管理者は、職員が利用者の安全確保のための声掛けが、行動の制限等にならないよう工夫をして伝えるようにと指導している。また向精神薬等も医師に相談をしながら出来るだけ減薬に努めている。	

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
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	身体拘束と同様に虐待防止についても半年ごとの研修、3か月ごとの委員会を実施してホーム全体で取り組んでいる。	「虐待防止委員会」は、「身体拘束適正化委員会」に引き続き、同日開催をしている。委員会や研修では、不適切ケアが虐待や拘束に当たるか否か等を話し合っている。玄関や事務所内の目に入りやすい場所に虐待防止のポスターを掲示して周知徹底に努めている。職員のストレスが虐待に繋がりやすいことから、管理者は職員の様子の変化等に気を配り、出来るだけ話を聞く機会を設けている。	
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	利用者の高齢化に伴いKPも高齢化していて後見人制度を利用してもらった方が良いのではと思われるケースもあるので今後ホームとして学んで行く予定。		
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	入居契約時に契約書、重要事項説明書の読み合わせを行いご不安な点やご不明な点等を伺い理解と納得を頂いている。		
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	面会時やイベント参加、家族会でご家族の意見を伺い、反映できるものに関しては参考にして対応している。また、外部評価のアンケート結果は職員で周知し改善に向けて活用している。	家族の意見や要望は年2回の家族会や面会時に聞いている。家族から個別の要望は多少あるが、運営に関しての意見は特に出ていない。家族会には毎回6組～7組位の家族が参加をしているが、家族との信頼関係もあり、職員も家族や利用者と一緒に楽しめる懇親会としている。家族は、毎月、事業所の行事や活動を伝える「金が谷通信」や、個々の利用者の様子を伝える「一言通信」またタイムリーな話題を発信しているホームページの職員ブログを楽しみにしている。	

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
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	会議は全体と各フロアの月3回実施しており、運営の方向性を伝えると共に誰もが意見を出せる環境を整えている。 年2回の個人面談や必要に応じて話を聞ける体制を取っている。	毎月、職員全員参加の全体会とケアカンファレンスを兼ねたフロア会議を行っている。全体会議では、法人の取り組み、事業所全体の運営に関する連絡事項、また売り上げ等の報告もしている。収益の話をする事でケアの質が利益率の向上にも結び付く等の意識を職員が持つようになったと管理者は感じている。フロア会議では、事前に話し合いたい議題や意見を集め、活発な意見交換をしている。また1階の職員間の連絡ツールにSNSを活用し、利用者の体調の変化に伴うケアや薬の変更等をスピーディーに共有している。	
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	会社が設けている資格取得金の周知を図ったり、年2回の人事考課を行い、職員の努力が給与に反映できるよう、整備している。	年2回、職員の目標達成計画を基に人事考課を兼ねた個人面談を行い、職員個々の事情や働き方、資格取得等处遇面の希望を聞いている。育児休暇や介護休暇等も整備されている。出来るだけ連続して有給休暇の取得を目指しているが、昨年10月から近くにある同法人のグループホームがサテライト事業所になり、人員不足や管理者業務の負担増が懸念される。	

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
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	会社として研修制度を強化しており、様々な研修がある。1人1人のニーズや特性を加味して自身で選んだり、推薦したりと、研修が身近なものになって来ている。	キャリアパス制度が整備され、法人が職員の資格取得を奨励している。法人内で介護職員初任者研修や認知症介護実務者研修も受講できる。職員は、事業所内の年間研修計画に加え、個々のスキルに応じた研修を受講している。職員は半期ごとに目標設定をして、自己評価に基づき管理者と面談をしている。管理者は、職員の次のステップに向けて背中を押す役割も担っている。	
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	旭区社協の施設分科会に所属していて、他社介護事業所と交流を図り、意見交換が出来ている。		
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	入居前の実調では、管理者と現場の職員との2名でお話を伺い入居前から関係性を築き入居後に顔見知りがある事でご本人が安心できる環境を作っている。		
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	入居の契約時にはご本人の様子やご希望を聞くだけでなくご家族の困りごとと不安な事、ご要望なども伺い時間をかけて関係性を構築している。		

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
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	入居前の実調で、生活歴、継続したい事、今後の希望などを伺い出来る限り今までの生活を断ち切ることのない支援を模索している。		
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	ホームを利用者様と職員が暮らす家と考え、生活する上で出来るところはやって頂き、出来ないところをお手伝いする共同生活を営んでいる。		
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	利用者様はホームに引っ越してきたと考え実家を訪ねるという考えで今までの関係性を継続するような支援を行っている。		
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	ご家族様だけでなく、ご近所付き合いの方、ご友人との関係が入居後も継続できるようにオレンジカフェにお誘いしたりイベントにお声掛けをしている。	入居前からの友人や知人の訪問時には、湯茶でもてなしている。また電話の取次ぎ、年賀状の投函などを行い、関係が途切れないように支援をしている。携帯電話を所有し、操作や充電作業を自ら行なっている方がいる。近所の友人がオレンジカフェに参加して会話を楽しんだり、友人が誘い合わせてお弁当持参で訪ねてきて、一緒にランチを楽しむ方もいる。また友人と一緒に動物園に出かけた方もいる。新聞の購読や読書を楽しむ方、英文で日記をつける方、外出時には、普段より念入りに化粧をし、おしゃれする方もいる。日常的な家事を率先して行う方にはできること、できないことを見極め、無理のない様をお願いをするようにしている。	

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
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	利用者間の関係が潤滑に行くように様子を見ながら間に入り会話が弾む支援や関係性が固定化しないように様々な局面で支援に努めている。		
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	退居後もご家族の希望に応じて、こちらで出来る限りの支援を行い、イベントにお声かけしたり、ボランティアとしてお越し頂いている。		
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。	職員は常に傾聴を行い、ご本人の希望、意向を知る努力をしチームで共有、ご家族にお伝えし協力して頂いたり相談する様にしている。困難な場合はカンファレンス等で良い方法を検討している。	利用者の思いや意向は入浴時の1対1となる時間に聞くことが多い。利用者は、良いことだけではなく、不満や不安に思っていることも含めて本音で話してくれる。利用者の思いや意向は申し送りノートや、SNSで共有し、必要に応じてタブレットのケア記録に入力してケアプランに反映させることもある。看取りの利用者の思いの把握は、孤独を感じさせない事を基本にして、頻回に利用者の様子を見ながら声を掛け、表情の小さな変化も見逃さないようにしている。	
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	入浴時や外気浴時など1対1で対応する場合には今だけでなく以前の暮らしや生活への思いなどを話して頂けるよう支援に努める。		

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
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	職員は体調管理や心身の状態を注意深く観察し、変化のあった場合は申し送りやノートで共有し支援している。		
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	6か月12か月の定時カンファレンスの他に状況に応じてご家族や医療関係者、リハビリ施術師なども含めて意見交換し、介護計画に反映させている。	新規の介護計画は、入居時アセスメントに利用者や家族、居宅のケアマネジャーの情報を加味して作成している。新規の介護計画も通常の12か月を基本にして、必要に応じて修正をしている。毎日のケア記録を基に、毎月のケアカンファレンスで利用者の状態や変化等を話し合い、ケアの共有を図っている。ケアの変更等必要になった時は、業務の中でミニカンファレンスをすることもある。職員からは、ケア記録をタブレットに入力するようになってからは、介護計画のサービス内容に沿った記録がしにくいとの声があがっている。	タブレットのケア記録が介護計画から乖離するのを防ぐために、サービス内容の柱となる部分を一覧表にし、内容を確認しながら入力される事を提案いたします。また職員のスキルアップのためにも居室担当制を活かして、居室担当者がアセスメントやモニタリングに参加されることを期待します。
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	ブルーオーシャン導入により記録の作業効率が上がり情報が共有できるようになった。		
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	傾聴を行い、求められていることに対してどんなサービスがあるか検討し支援に繋げている。		
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	地域の町内会やケアプラザと連携してホームの中だけでなく町内で暮らす生活を支援し、また、ホームを町の地域資源ととらえ繋がりを持っている。		

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
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	協力医療機関の元気ホームクリニックに2週間に1回往診を依頼しており、24時間のオンコール体制を取る事で利用者が適切な医療を受けることが出来る支援体制が出来ている。	利用者全員が協力医療機関（内科）の訪問診療を月2回受診している。また訪問看護師による健康チェックを週1回受けている。医師と看護師が連携をして急変時や看取り対応もしてくれる。皮膚科、眼科等の専門科には家族の付き添いで受診し、受診結果を協力医に報告をして共有している。訪問歯科（週1回）は2か所から利用者のニーズに合わせて選んでいる。入居時に協力医の診断を受け、医師の指示のある方が訪問マッサージを受けている。	
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	週1回程度、看護職員が利用者の健康管理、状態変化の把握に努めており、必要に応じて元気ホームクリニックと連携して利用者支援に努めている。		
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。	利用者様が入院された場合は1週間に1度を目安にご家族や入院先の病院に様子をお聞きし早期に退院してホームでリハビリ等を受けられる支援を行っている。		
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	入居の際「看取り介護指針」を用いて終末期の在り方についてご説明し、ホームでのお看取りについてご理解いただいている。	契約時に利用者・家族に事業所の重度化及び看取りの方針を説明している。また重度化が進んだ時点で「看取りに関する事前意思確認書」を取り交わしている。ベテランの職員が多いため、看取り介護に対する不安はあまり聞こえてこない。ベテラン職員が経験の少ない職員を指導しており、毎年看取りの研修も行っている。今年度は、2名の看取り実績がある。	

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
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	各フロアに利用者様の緊急連絡先、元気ホームクリニックの日中、夜間の連絡先を置き、対応した職員が早急に連絡がとれる体制を作っている。又、第一報は管理者への報告と周知している。		
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	災害対策として利用者様を交えて年に2回の消防避難訓練を行っている。その際、町内の消防団の参加、管轄の消防署の指導も受けている。	今年度、7月と11月に夜間想定を含め火災の避難訓練を行っている。訓練や運営推進会議等の際に、町内会役員や消防団の方と大規模災害時の地域との連携や協力について話している。地域の避難場所（都岡小学校）までは遠いため、ホームに留まるのが最善との話も出ている。米や飲料水、調味料等はローリングストックし、その他の備蓄品は職員分も含め3日分を用意し、防災用品とともにリスト化し、管理している。BCP（事業継続計画）は策定済みで、訓練を通して課題の見直しも行っている。	大規模災害時の地域との連携について、町内会や消防団と連携の在り方の話が出ているため、より具体的に話を進めていくことを期待します。まずは、区の社会福祉協議会や地域ケアプラザのアドバイスも受けながら、事業所として地域に協力ができることを運営推進会議等で話し合われる事を期待します。
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	利用者様の尊厳を重視することは常に職員で周知し、プライバシー確保の意味が日常的に意識できるように職員会議等で話し合っている。	接遇研修は入職時に管理者が行い、家族に対する対応についても注意を促している。利用者の呼称は、入居時に確認をして希望に合わせている。パソコンの扱いについて私用は厳禁すると共に、請求関係はフォルダーを別にしてホーム長が管理している。個人情報を含む書類等は施錠出来るキャビネットで管理し、介護保険証等はコピーを使用している。	
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	声掛けを日常的に行い、希望や思いを言葉に出来るような雰囲気作りに努めている。		

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
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	食事の時間など決まっている事以外は、個人のペースや過ごし方などを優先して頂けるように支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	基本的にはご自身で身だしなみを整えて頂いているが、季節外れな衣類や何枚も重ねて着ておられる場合はお声かけしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	歯科医と連携して嚥下能力に合わせた食態で提供しているが、ご本人の思いと違った場合は歯科医、ご家族とカンファレンスを行い出来るだけ思いに沿った形で提供している。	食事は3食ともに委託業者からのチルド食を温めて提供している。手伝いができる利用者が、テーブル拭きや食器拭き等を行なっている。歯科医師による診療から咀嚼状態を把握し、可能な限り普通食の提供に努めている。各行事の際にはお弁当などを提供しており、特にシュウマイ弁当は、利用者からの好評を得ている。	
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	食事量、水分量はブルーオーシャンに入力する事で現時点での摂取量が一目で分かり適正な摂取量を促して健康維持に努めている。		
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、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	ご本人のADLに合わせて一部介助を行っている。 また、歯科往診、歯科衛生士による口腔内の清潔保持に努めている。		

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
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	支援の必要な利用者様には個別の排泄タイミングを探り成功例を共有する事で失敗を減らす。また、2人介助であってもトイレに座る事が出来るうちはトイレ誘導を行う。	夜間はオムツを使う方にも、日中はトイレでの排泄を支援している。自立している方の排便確認は難しいが、なかには自ら排泄チェック表を記入する方もいる。リハビリパンツとパッドも併用している方が多く、夜間は夜用パッドを使つての睡眠を優先している。徐々に立位を取ることが困難になると、自らオムツの使用を求める方もおり、適宜対応している。	
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	医療従事者と共に日常生活の様子や排便パターンを確認し、排便コントロールを行っている。又、ご家族と相談して希望者には朝、牛乳を提供している。		
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	週2回入浴を実施している。必要な場合には同性介助とし、入浴が楽しい個別支援となる様に努めている。	入浴を面倒くさいと好まない傾向があるが、浴槽にゆったりと浸かると落ちつかれる方も多く、自然と本音で話が出来る場面もある。季節の柚子湯や菖蒲湯を実施し、利用者各々が入浴をより一層楽しめるように努めている。	
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	個室になっているので状況に応じてご本人のペースで居室でお休み頂き、就寝のタイミングについては職員間で共有し声掛けを行って安定した夜間睡眠を取って頂いている。		

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	カンファレンスでは利用者個別の薬情を確認し、処方薬に関して共有する。与薬の際には服やっくんを使用して誤薬防止に努めている。		
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	テーブル拭きや食器拭き、掃き掃除など、利用者様の残存能力を維持し、楽しみながら役割を持って頂ける支援を行っている。		
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	職員と一緒に近くの公園にお花見に出かけたり散歩に行くよう支援している。 また、ご家族に外出、外食の機会を持っていただけるよう依頼をしている。	周辺環境は里山の自然が残る地域ではあるが、自動車等の往来も多いため、散歩にも注意が求められる。日常は事業所の周辺での外気浴や、事業所にあるプランターの花々への水やり等を楽しんでいる。近隣の里山ガーデンには車いすを使っている利用者も一緒に出掛け、景色を楽しんでいる。家族には、利用者と一緒に出外や外食に出かける様に協力を募っている。	
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	金銭管理はご家族が行っており、ホームでは現金を預かっていない。お金の所持、使用の支援は出来ていない。		
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	ご家族やご友人からの電話の取次ぎやご希望される時に電話を掛ける支援を行っている。また、お手紙や年賀状を書かれた際には投函の支援をしている。		

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
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	居室や共有スペースには季節ごとの飾りを利用者様と一緒に作成して飾り付けをして季節を感じて頂き、居室にはご家族との写真を飾ったりイベントごとの写真を貼って楽しんで頂く支援をしている。	清掃の行き届いた共有スペースは、すっきりと整理され、通行の妨げにな物は置かれていない。日当たりの良いリビングでは、冬場でも暖房が不要なほどの快適な環境が整っている。リビングや廊下には利用者が制作した作品等を飾りつけ、明るさを演出している。トイレや浴室などには、職員の手作りカーテンを掛けて、プライバシーに配慮にしている。	
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	話しの合う利用者同士の食席を考慮している。また、居室で利用者同士がおしゃべりしたり訪ねたりできる支援をしている。		
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	居室は入居の際にご本人の馴染みのあるものを置いてご本人の過ごしやすい空間を作りたいと話している。	居室には日常生活等に必要なものは完備はしているが、自宅で使用していた馴染みの物は自由に持込みを許可している。また床には転倒時の怪我防止のためにクッション性のある敷物を持参してもらうように依頼している。Wi-Fi環境下でモニターを活用し、家族との会話を自由に楽しんでいる方もいる。但し、利用は夕刻に限定し、使用時間を1時間程度としている。	
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	居室の入り口には表札のように名前を貼り、必要に応じてトイレにも張り紙をして場所が一目で分かるように支援している。		

目標達成計画

事業所名 みんなの家・横浜金が谷

作成日 2026.2.21

【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	13	ケアプランの把握. 周知の仕方	自立支援に向けて その方にとり何が 必要かをアセスメントし 支援計画につなげる	・ ケアプランがすぐに 手に入る様. グループワークで ファイリングする ・ 居室担当にアセスメント を記載してもらう	6ヵ月
2	16	大規模災害時の 地域との連携について 取り組みが不確定 である	地域との連携について 具体的にやる.	・ 連携について相手の できる事を書面にやる ・ 地域防災拠点に ついて具体的に知る	6ヵ月
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。