

2025（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	1493400087	事業の開始年月日	平成19年2月1日
		指定年月日	平成31年2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・横浜宮沢		
所在地	(〒246-0038) 神奈川県横浜市瀬谷区宮沢3-21-25		
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8年1月8日	評価結果 市町村受理日	令和8年5月22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）】

ボランティア活動に力を入れており、月に2～3回のペースで行っている。お一人おひとりに寄り添った認知症ケアを行えるよう、職員全員で情報を共有している。

【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8年2月16日	評価機関 評価決定日	令和8年4月27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）】

ホームは相鉄線「三ツ境」駅からバスで「宮沢」下車、徒歩4分ほどの高台に立地しています。木造2階建て2ユニットのグループホームです。隣接する神社は境内が広く木々も多いため、平坦な地形で利用者がゆっくりと散歩を楽しめる環境が整っています。

<優れている点>

「季節を感じ、暮らしを紡ぐ」を理念に掲げ、居間の飾り付けや季節行事の工夫を通じて、利用者が四季の移ろいを肌で感じ、生活の質を維持できる支援に取り組んでいます。楽器演奏やフラダンスなどの多彩なボランティアを受け入れ、利用者が社会とのつながりを持ちながら、笑顔で過ごせる機会を確保しています。機械浴の設備を整え、利用者が湯船につかって入浴を楽しめるよう支援しています。入浴時の対話から本人の思いやこれまでの歩みを汲み取り、日々の個別支援に反映しています。職員は法人の集合研修に毎月交代で参加するほか、ホーム内でも専用テキストに基づいた月例研修を実施し、レポート提出を通じて介護知識や技能の向上に努めています。

<工夫点>

誕生会は一人ひとりの誕生日に合わせて実施し、本人の好みの菓子を用意して、周囲の利用者や職員と共に祝いを分かち合っています。ホットケーキ作りなどのおやつレクでは、生地を焼いてクリームやチョコを添えるなど、作る工程から楽しめる機会を設けています。また、正月には鏡開きを行うなど、季節に合わせた食の催しを工夫して実施しています。

【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	グループホームみんなの家・横浜宮沢
ユニット名	1F

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 利用者と職員が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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 4, 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	事業理念を目の届くところに掲示し、職員に周知している	「季節を感じ、暮らしを紡ぐ」を理念に掲げ、居間の飾り付けなどを通じて、利用者が四季の移ろいを肌で感じ、生活の質を維持できる支援に取り組んでいます。行事では、クリスマスにサンタクロースの衣装で登場して場を盛り上げるなど、利用者が季節の催しを心から楽しめる工夫を凝らしています。また、新ホーム長を中心に、今後の運営指針となる新たな理念の策定に向けて検討を進めています。	
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。	町内行事には、出来る限り参加している。	隣接する神社の境内を散歩の場として活用するほか、初詣に出向くなど地域資源を取り入れています。自治会に加入し、年末の地域清掃に参加することで、地域の一員としての交流を継続しています。また、楽器演奏やフラダンス、三味線や琴などの多彩なボランティアを受け入れ、利用者が外部の人と触れ合い、心豊かな時間を過ごせる機会を設けています。	同一地区にある3ヶ所の法人ホームと協力し、自治会や学校、保育所等との幅広い交流を通じ、利用者が地域の一員として豊かに関わりを持てる活動の具体化が期待されます。
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。	地域ボランティアの方々との繋がりを通し、認知症の理解を深めている。		
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。	取組後の評価や改善について報告、助言・要望等を頂き、向上に活かしている。	運営推進会議には、町内会長や民生委員、瀬谷区社会福祉協議会会長などの参加を得て開催しています。ホームの活動状況を報告し、自治会と行事予定などの共有を行っています。会議資料や議事録にはブログの二次元コードを添付し、日々の生活の様子をいつでも閲覧できる工夫をしています。	運営推進会議への地域包括支援センターや家族の参画を促すとともに、行政担当者との情報共有を図り、顔の見える関係性を基盤とした外部機関とのさらなる連携が期待されます。
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。	区担当者様や地域包括支援センターの方とは、運営推進会議などで報告し、問題点を連携している。	ホーム長が昨年末に着任し、瀬谷区役所の担当課の職員とは、今後報告書の提出などの機会を通じて、対面での挨拶や連携を深めていく予定です。これまでと同様に、行政との円滑な協力関係を築けるよう努めていきます。	

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
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。	社内での身体拘束廃止委員会で拘束しない環境作り・行為を、職員全体で意識し取り組んでいる。	職員本位ではなく利用者第一のケアを基本に、身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいます。身体拘束適正化委員会は職員全員を委員として2ヶ月ごとに開催しています。当日の欠席者は議事録を確認して内容を把握するなど、全職員で情報の共有に努めています。また、法人の研修では独自作成のテキストに基づいた話し合いを行い、知識や技能の研鑽を継続しています。	
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。	身体・言葉による虐待に気を付けている。 虐待防止委員会で学び、意識を高め防止に努めている。	虐待防止委員会を身体拘束適正化委員会と合わせて2ヶ月ごとに開催しています。職員は毎年虐待チェックリストを用いた振り返りを行い、自身の課題を把握して虐待防止に努めています。言葉遣いに注意を払い、スピーチロックの防止に努めています。また、認知症介護の基本を学ぶ機会を設け、利用者の尊厳を守る関わりを継続しています。	
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。	社内外の研修に参加し、その都度情報を得るようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時、安心して利用いただけるよう、不安や疑問には十分な説明を行う。 金銭面・退居に関しては詳しく説明するようにしている。		
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。	ご家族のご要望を面会時や家族会で伺っている。 外部機関の連絡先をお伝えし、重要事項説明書にも記載している。	現在は家族との面会に制限を設けず、利用者の意向に応じた外出や外食の機会を大切にする環境作りに取り組んでいます。退院した利用者の家族が寄せた「居室で過ごすだけでなく、他の利用者と居間で過ごす機会を設けてほしい」といった要望を受け、日々のケアや運営に活かしています。家族の意向を尊重し、利用者が社会や他者とのつながりを維持しながら生活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
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。	職員会議の場で意見を聞き、運営に反映している。 定期的に個人面談も行っている。	職員の提案により、年末にはホーム内の整理整頓を集中的に実施し、住環境の充実に努めています。食材に冷凍食品を取り入れる機会が増えたことから、職員の要望を受けて専用の冷凍庫を設置し、円滑な食事提供が行えるよう環境を整えています。また、機械浴の使用方法について改めて研修を行うなど、安全なケアの実践に努めています。ボランティア団体との調整についても職員の意見を取り入れ、音楽やフラダンスなどを楽しめる機会を設けています。	
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。	職員が意欲的に働ける環境作りや、個人面談などで声に耳を傾けている。 積極的に研修に参加してもらうよう声掛けをしている。	ホーム運営の生産性を高める活動に取り組み、業務の効率化を図ることで、職員の負担を抑える介護の実践に努めています。書類作成などの事務業務をホーム長が集約して担うほか、洗濯物の量を適切に管理するなど、現場の職員が本来のケアに専念できる環境を整えています。日々の業務を見直し、持続可能な就業環境の構築に向けた工夫を継続しています。	
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。	社内外の研修に参加できる機会を作っている。経験・役割に合わせ、知識を得てもらう。	職員研修はホーム長が指名し、法人が実施している東京の集合研修に、人員に余裕がある月に1名受講しています。主にキャリアアップ研修を中心とすることで、専門性の高い知識の習得につなげています。また、ホーム内でも勤務時間中に研修が実施できるよう計画的にシフトを組み、法人作成のテキストに基づく研修に毎月取り組むなど、職場全体で学び合える環境づくりに努めています。	
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。	より良いサービス提供が出来るよう社内研修への参加、近隣事業所へのヘルプで運営を行っている。		
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。	連絡を密にとり、ご家族の心境や不安・環境等を、ご家族様個々に聞き取りを行って居る。 環境の変化を出来る限り減らせるよう、居宅ケアマネとの連携を図る。		

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
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。	面会・家族会・一言通信などで、ご意見・ご要望を伺っている。		
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。	居宅介護専門員連携を取り、在宅での様子を伺い面談。ご本人の様子・事前に得た情報・ご家族からの情報を元にケアプランを作成している。		
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。	日常家事等を積極的に参加していただいている。役割を持っていただくことで、ハリのある生活を送っていただけるようになる。		
19		○本人を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。	近況を適宜報告している。介護保険更新。医療機関への受診等のご家族様をお願いしている。入居後もご家族と一緒に介護を行っている。		
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。	なじみの場所への支援はできていないが、ご家族や友人の面会や外出等は支援仕手いる。	入居前に利用者の自宅を訪問し、これまでの生活の様子や嗜好を把握するよう努めています。ホームに来所する人のほとんどが、家族などの身内であり、家族と一緒に外出し、自宅や墓参りなど日帰りで出かける機会が多くなっています。また、スマートフォンを使っている利用者もおり、個々のライフスタイルに合わせた交流やつながりを大切にしています。	

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
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。	行事やレクリエーション等を通じ、楽しんでいただける機会を作っている。耳の遠い利用者様等には、間に入り支援を行っている。		
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（入院・他施設へ入居）される方には、各関係機関への情報提供を適宜行っている。		
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。	これまでの経緯から意向等を情報とし、会議・カンファレンス等で検討している。 入居者その人の言葉・表情・行動等をしっかりと把握し検討する。	入居前の訪問を通じて、自宅での暮らしぶりや経歴、好みなどを把握し、できるだけ入居前の生活が継続できるよう支援に努めています。例えば、社交ダンスを趣味にしていた人には、職員が共にダンスを楽しむことで、これまでの習慣を諦めることなく継続できる環境を整えています。また、紙の小箱作りが趣味の人は、毎日多くの作品を作りながら他の利用者にも作り方を教えるなど、個々の特技を活かして生き生きと過ごす場面を大切にしています。	
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。	生活歴を伺い情報を共有する。ケアマネージャーと連携をとり事前にケアプランを頂いたり、担当者会議に参加したりして、生活環境や経過を把握する。		
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。	カンファレンス・申し送りなど、日常生活の様子情報を集め、自由に生活できるよう、ご本人の状況を把握するよう努めている。		

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
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・ご家族の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取り、ご本人・ご家族・職員・医療関係者等と連携をとり介護計画を作成している。	日頃の利用者や家族との会話の中から、一人ひとりの思いやニーズを汲み取るよう努めています。例えば、退院後に看取りの対応を行う利用者について、居室で寝たきりにしないでほしいという家族の要望に応え、リビングで過ごす時間を増やしたところ、表情に活気が出てきた事例があります。このような個別の意向を大切にするため、計画作成担当者を中心にフロア会議の中でカンファレンスを実施し、チーム全体で情報の共有とより良いケアの検討につなげています。	
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。	記録を共有し、日々の新しい情報として介護計画の見直しに活かしている。		
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。	多様なサービスに対応できるよう努めている。その為に管理者・職員の知識向上を図っている。		
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。	地域交流として、ボランティア活動や、町内会の行事に出来るだけ参加している。		
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、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。	指定のかかりつけ医には月2回の往診をお願いしている。入居前からのかかりつけ医を希望される利用者様に対しても、そのまま継続出来るよう支援している。	入居前のかかりつけ医の継続を希望する人は、そのまま受診を継続しています。そのかかりつけ医による往診の際には、海外在住の家族とリモートでつないで受診に加わってもらうなど、離れて暮らす家族も安心してケアに参加できる支援に努めています。医療面では月2回の訪問診療や週1回の訪問看護のほか、提携医療機関が委託する医師が看取りを担当するなど、重度化や終末期においても安定した医療体制の確保につなげています。	

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。	普段と違う利用者様の様子等は記録に残し、往診時や医療連携看護師来た際に指示を仰いだりしている。		
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。	かかりつけ医との連絡を密にし、情報を頂いている。退院時にも情報書類を頂き、退院後の連携を図っている。		
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。	契約時に重度化した場合・看取りになった場合の説明を行っている。	看取りの仕組みを整え研修も継続していますが、前年は看取り実施の間隔が空いたため、状況判断や家族との連絡など、組織としてのノウハウの伝承が十分でないことがありました。この経験を活かし、現在は看取り後にカンファレンスを実施して詳細を記録するなど、貴重な経験を次の支援に反映するよう努めています。こうした振り返りの積み重ねを通じて、適切なケアを提供できる体制づくりにつなげています。	
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。	急変や事故が起きた際には、かかりつけ医・ご家族に連絡し、指示を仰いでいる。		
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。	定期的に避難訓練を実施している。また地域のハザードマップをホーム内に掲示している。	消防署の協力を得て法定の防災訓練を実施し、事業継続計画（BCP）の策定や研修を通じた周知を図っています。備蓄品については管理台帳を作成して管理し、食料品は消費期限を確認して入れ替えを行っています。策定したBCPをさらに有効に活用していくための具体的な対応を検討するなど、災害時においても事業を継続できる体制の強化につなげています。	

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。	入浴や排泄等羞恥心を感じる場面では、特に言葉かけや態度に気を付けている。拒否が見られる際には、無理強いせず時間を置いたり、職員を代えたりして対応している。	トイレ介助や浴室の脱衣介助では必ずドアを閉め、プライバシーに配慮しています。同性による介助を希望する人には、できる限り希望に沿った対応ができるよう努めています。更衣時に洗濯物を出す際には、利用者の前で衣服の確認を行い、取り違えがないよう細心の注意を払うなど、一人ひとりの人格を尊重した丁寧な関わりにつなげています。	
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。	日常会話の中から思いや希望を聞き出し支援している。		
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。	利用者様を第一に考え、利用者様のペースに合わせた支援を行っている。		
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。	2カ月に1度訪問美容に来ていただきご本人の希望に沿って整髪していただいている。 起床時にはブラッシングを行い、必要に応じて髪を束ねたりする。		
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。	副菜の盛り付けや食器拭き等の手伝いを行っている。	食事の前後には、利用者が盛りつけや食器拭きなどの役割を担っています。季節の行事に合わせておやつレクを実施し、誕生会は月単位ではなく、利用者の誕生日当日に行っています。事前に本人の希望を確認し、好きなおやつを皆で一緒に楽しむなど、日々の食生活を豊かにするための工夫につなげています。	

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。	食事量・水分量は確認している。食事中手が止まってしまう方には、言葉かけをしたり、介助にて召し上がっていただく。食欲低下している利用者様にはかかりつけ医より栄養飲料を処方していただいている。		
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。	毎食後口腔ケアの言葉かけ・介助を行っている。 週1回歯科往診にて口腔内を診て頂いている。		
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。	排泄表に記入をし排泄パターンを把握し、訴えない方には定期的に言葉かけ誘導を行っている。	排泄表に実績を記録し、利用者一人ひとりのタイミングを計ってトイレに誘導しています。声かけの際には、「トイレ」という直接的な言葉を避けつつ誘導する工夫をしています。些細な言葉の使い方での利用者の気持ちに変化が生じることもあるため、声かけに対する拒否がある場合には他の職員が代わるなど、本人の心情に寄り添った対応につなげています。	
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。	水分量の把握、体操を行っている。 また個々に下剤調整を行っている。		
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。	週2回の入浴提供を行っている。一般浴が困難な方にはリフト浴を利用し、ゆっくりと湯船に浸かっている。拒否のある方には同性介助を行ったりしている。	2ヶ所ある浴室のうち1ヶ所にリフト浴を備え、全員が湯船に浸かることができる環境を整えています。入浴の際には利用者と介助者がゆっくりと会話を交わす時間を大切にし、心身ともにリラックスできるよう配慮しています。寒い時期には事前に脱衣室の暖房を入れるなど、暖かい状態で着替えを行えるよう努めており、一人ひとりが心地よく入浴を楽しめる支援につなげています。	

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。	出来る限りご本人の生活習慣や意向に沿うようにしている。午後には言葉かけにて30分～1時間程の休息の言葉かけを行っている。		
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。	服薬ミス防止する為「服やっくん」を用いている。また利用者様の状況に応じ、医師・看護師と連携を図りながら薬の形態等を変更している。		
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。	日常生活の中で、食器拭きや洗濯物たたみ等出来ることはやっていただき、張り合いのある生活が出来るよう支援している。		
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。	少人数で隣の神社に散歩に行ったりしている。ご家族の面会の際にも外気浴の協力をしていただいている。	自然豊かな周辺環境や広い庭を活かし、日常的に外出しやすい環境を整えています。正月には隣接する神社へ初詣に出かけるなど、季節を感じる機会を大切にしています。日頃は、歩行訓練が必要な人や、気分転換が必要な人を中心に、一人ひとりの状態に応じて散歩などの外出支援を行うなど、心身の安定や健康維持につなげています。	
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。	紛失のリスクもある為基本的にホームにて金銭管理を行っている。		

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
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。	ご本人が希望される場合には、ご家族の仕事などの都合を考え時間をみて対応している。 ご利用者様が手紙を書かれた場合には、職員がポスト投函している。		
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。	壁には季節を感じて頂けるよう、定期的に掲示物を張り替えている。 共有空間は、日中・夜間に掃除をしている。	広々としたリビングでは、利用者同士が自然に交流できるようなテーブルの配置を考慮し、あえて距離を近づけるなどの配慮をしています。日々の映像を活用した体操に加え、リモート体操や専門職による訪問体操を継続し、身体機能の維持を図っています。楽しみながら自発的に体を動かせるよう、娯楽性を高めたプログラムを提供するなど、多くの人が笑顔で過ごせる活気ある雰囲気作りに取り組んでいます。	
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。	フロアにソファを設置し、皆で過ごせる空間・一人で過ごせる空間・一人でいても皆がいるよう感じられる空間作りに努めている。		
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。	ご自宅で使い慣れたものを持ってきていただいている。	家具や寝具は事業所で用意したものを使用しつつ、自宅から写真やぬいぐるみなどの使い慣れた品を持ち込んでいます。馴染みの品に囲まれて自分らしく過ごせる環境を整えることで、心理的な安心感や生活の継続性の維持に努めています。就寝前に居室でテレビを視聴する人もいますが、日中はリビングで他の人と一緒にテレビを見ながら過ごす人が多く、個人の時間を大切にしながらも、自然な交流が生まれる支援につなげています。	
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。	居室扉の横には、ご本人の名前プレートを付け、トイレの扉には、分かりやすいように文字や絵で表示している。		

事業所名	グループホームみんなの家・横浜宮沢
ユニット名	2F

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
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。	事業理念を目の届くところに掲示し、職員に周知している		
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。	町内行事には、出来る限り参加している。		
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。	地域ボランティアの方々との繋がりを通し、認知症の理解を深めている。		
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。	取組後の評価や改善について報告、助言・要望等を頂き、向上に活かしている。		
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。	区担当者様や地域包括支援センターの方とは、運営推進会議などで報告し、問題点を連携している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、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。	社内での身体拘束廃止委員会で拘束しない環境作り・行為を、職員全体で意識し取り組んでいる。		
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。	身体・言葉による虐待に気を付けている。 虐待防止委員会で学び、意識を高め防止に努めている。		
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。	社内外の研修に参加し、その都度情報を得るようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時、安心して利用いただけるよう、不安や疑問には十分な説明を行う。 金銭面・退居に関しては詳しく説明するようにしている。		
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。	ご家族のご要望を面会時や家族会で伺っている。 外部機関の連絡先をお伝えし、重要事項説明書にも記載している。		

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。	職員会議の場で意見を聞き、運営に反映している。 定期的に個人面談も行っている。		
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。	職員が意欲的に働ける環境作りや、個人面談などで声に耳を傾けている。 積極的に研修に参加してもらうよう声掛けをしている。		
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。	社内外の研修に参加できる機会を作っている。経験・役割に合わせ、知識を得てもらう。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	より良いサービス提供が出来るよう社内研修への参加、近隣事業所へのヘルプで運営を行っている。		
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。	連絡を密にとり、ご家族の心境や不安・環境等を、ご家族様個々に聞き取りを行って居る。 環境の変化を出来る限り減らせるよう、居宅ケアマネとの連携を図る。		

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
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。	面会・家族会・一言通信などで、ご意見・ご要望を伺っている。		
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。	居宅介護専門員連携を取り、在宅での様子を伺い面談。ご本人の様子・事前に得た情報・ご家族からの情報を元にケアプランを作成している。		
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。	日常家事等を積極的に参加していただいている。役割を持っていただくことで、ハリのある生活を送っていただけるようになる。		
19		○本人を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。	近況を適宜報告している。介護保険更新。医療機関への受診等のご家族様をお願いしている。入居後もご家族と一緒に介護を行っている。		
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。	なじみの場所への支援はできていないが、ご家族や友人の面会や外出等は支援仕手いる。		

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。	行事やレクリエーション等を通じ、楽しんでいただける機会を作っている。耳の遠い利用者様等には、間に入り支援を行っている。		
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（入院・他施設へ入居）される方には、各関係機関への情報提供を適宜行っている。		
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。	これまでの経緯から意向等を情報とし、会議・カンファレンス等で検討している。 入居者その人の言葉・表情・行動等をしっかりと把握し検討する。		
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。	生活歴を伺い情報を共有する。ケアマネージャーと連携をとり事前にケアプランを頂いたり、担当者会議に参加したりして、生活環境や経過を把握する。		
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。	カンファレンス・申し送りなど、日常生活の様子情報を集め、自由に生活できるよう、ご本人の状況を把握するよう努めている。		

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
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・ご家族の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取り、ご本人・ご家族・職員・医療関係者等と連携をとり介護計画を作成している。		
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。	記録を共有し、日々の新しい情報として介護計画の見直しに活かしている。		
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。	多様なサービスに対応できるよう努めている。その為に管理者・職員の知識向上を図っている。		
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。	地域交流として、ボランティア活動や、町内会の行事に出来るだけ参加している。		
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、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。	指定のかかりつけ医には月2回の往診をお願いしている。入居前からのかかりつけ医を希望される利用者様に対しても、そのまま継続出来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
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。	普段と違う利用者様の様子等は記録に残し、往診時や医療連携看護師来た際に指示を仰いだりしている。		
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。	かかりつけ医との連絡を密にし、情報を頂いている。退院時にも情報書類を頂き、退院後の連携を図っている。		
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。	契約時に重度化した場合・看取りになった場合の説明を行っている。		
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。	急変や事故が起きた際には、かかりつけ医・ご家族に連絡し、指示を仰いでいる。		
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。	定期的に避難訓練を実施している。また地域のハザードマップをホーム内に掲示している。		

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。	入浴や排泄等羞恥心を感じる場面では、特に言葉かけや態度に気を付けている。拒否が見られる際には、無理強いせず時間を置いたり、職員を代えたりして対応している。		
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。	日常会話の中から思いや希望を聞き出し支援している。		
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。	利用者様を第一に考え、利用者様のペースに合わせた支援を行っている。		
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。	2カ月に1度訪問美容に来ていただきご本人の希望に沿って整髪していただいている。 起床時にはブラッシングを行い、必要に応じて髪を束ねたりする。		
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。	副菜の盛り付けや食器拭き等の手伝いを行っている。		

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
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・水分量は確認している。食事中手が止まってしまう方には、言葉かけをしたり、介助にて召し上がっていただく。食欲低下している利用者様にはかかりつけ医より栄養飲料を処方していただいている。		
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。	毎食後口腔ケアの言葉かけ・介助を行っている。 週1回歯科往診にて口腔内を診て頂いている。		
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。	排泄表に記入をし排泄パターンを把握し、訴えない方には定期的に言葉かけ誘導を行っている。		
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。	水分量の把握、体操を行っている。 また個々に下剤調整を行っている。		
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。	週2回の入浴提供を行っている。一般浴が困難な方にはリフト浴を利用し、ゆっくりと湯船に浸かっている。拒否のある方には同性介助を行ったりしている。		

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。	出来る限りご本人の生活習慣や意向に沿うようにしている。午後には言葉かけにて30分～1時間程の休息の言葉かけを行っている。		
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。	服薬ミス防止する為「服やっくん」を用いている。また利用者様の状況に応じ、医師・看護師と連携を図りながら薬の形態等を変更している。		
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。	日常生活の中で、食器拭きや洗濯物たたみ等出来ることはやっていただき、張り合いのある生活が出来るよう支援している。		
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。	少人数で隣の神社に散歩に行ったりしている。ご家族の面会の際にも外気浴の協力をさせていただいている。		
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。	紛失のリスクもある為基本的にホームにて金銭管理を行っている。		

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
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。	ご本人が希望される場合には、ご家族の仕事などの都合を考え時間をみて対応している。 ご利用者様が手紙を書かれた場合には、職員がポスト投函している。		
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。	壁には季節を感じて頂けるよう、定期的に掲示物を張り替えている。 共有空間は、日中・夜間に掃除をしている。		
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。	フロアにソファを設置し、皆で過ごせる空間・一人で過ごせる空間・一人でいても皆がいるよう感じられる空間作りに努めている。		
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。	ご自宅で使い慣れたものを持ってきていただいている。		
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。	居室扉の横には、ご本人の名前プレートを付け、トイレの扉には、分かりやすいように文字や絵で表示している。		

2025年度

事業所名 グループホームみんなの家 横浜宮沢
 作成日： 2026年 5月 20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	同一地区にある3か所の法人ホームと協力し、自治会や学校、保育所等と幅広い交流を通じ、利用者が地域の一員として豊かに関わりをもてる活動の具体化が期待されます。	現在地域の清掃活動に参加しているが、今後は季節の行事等にも積極的に参加していきます。	季節ごとの行事に参加していきます。	6ヶ月
2	4	運営推進会議への地域包括支援センターや家族の参加を促すとともに、行政担当者との情報共有を図り、顔の見える関係性を基盤とした外部機関とのさらなる連携が期待されます。	外部機関との連携をしていく。	運営推進会議の参加の呼びかけを、家族や行政に行う。包括、行政等にホーム長交代の挨拶に行く。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月