

令和6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	1471001303	事業の開始年月日	平成16年10月1日
		指定年月日	平成16年10月1日
法人名	株式会社横浜メディカルケア		
事業所名	グループホーム横浜名瀬・彩り		
所在地	(〒245-0051) 横浜市戸塚区名瀬町793-2		
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	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和7年2月17日	評価結果 市町村受理日	令和7年12月8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)】

ご利用者様が各自、彩りを「我が家」と感じていただけるよう、ご家族とも連携をとりながら、個々のご利用者様の情報をスタッフ一同で共有し、ご希望を出来るだけ叶えて差し上げる事、安心・安全に楽しく笑顔がある暮らしをしていただけるよう努めております。
コロナ禍がもっと落ち着き、外部との繋がりが元に戻ってくることを願い、以前のような地域との連携も徐々に戻して行きたいと考えています。

【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2-3 日土地山下町ビル9F		
訪問調査日	令和7年3月21日	評価機関 評価決定日	令和7年12月1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、JR横須賀線東戸塚駅西口から神奈中バスで15分、最寄のバス停から徒歩3分ほどの市営住宅や戸建て住宅などに囲まれた閑静な場所に立地する鉄骨造り2階建て2ユニットのグループホームである。グループホームの他、認知症対応型通所介護施設などの福祉事業を展開している医療法人のグループである営利法人が運営している。

【理念に基づくケアの実践】
利用者各々にグループホームを自分の家だと思って貰うことを大前提とし、認知症の方の自立支援を最優先した支援している。「家庭的な雰囲気の中で、安全な生活を送れるよう支援します」など5項目からなる事業所目標は、理念と共に各フロアの事務所に掲示して周知している。支援にあたっては利用者の意向を大切に、自己決定を促している。利用者の意向を把握するため、朝・夕の申し送りで一人ひとりの状態把握に努め、職員間のコミュニケーションを密に図り、利用者本人や家族とも相談しながら支援に当たっている。

【職員を育てる為の仕組み】
法人本部でe・ラーニングによる年間研修計画が決められており、毎月、様々な内容の研修を実施している。年間研修計画に基づき、3か月に1回教育委員が主体となって「身体拘束・虐待防止」の研修を実施しており、研修では、高齢者の身体的理解、不適切なケアとアンガーマネジメントやスピーチロックなどの内容を取り上げている。また虐待防止マニュアルに基づき、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も学んでいる。人材評価システム「ロシック」という目標管理制度を導入し、職員全員の上期目標・下期目標に対する半年ごとの評価を、管理者とフロアリーダーが行なっている。事業所では、教育・接遇、防災、環境、レクリエーションなどの各委員会を設置して、担当職員が役割を分担し、企画・提案・実行し、運営に活かしている。

【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	グループホーム横浜名瀬・彩り
ユニット名	1階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			○ 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (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、安心して暮らさせている。 (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	各フロアの目標を決め、理念の共有、実践につなげている。	「安心して最後まで自分らしく生活できる」という事業所の理念は、10年程前に法人内の2カ所のグループホーム（名瀬ならびに汲沢）の職員が話し合い、以前の理念を見直したものである。現在「家庭的な雰囲気の中で、安全な生活を送れるよう支援します」など5項目からなる事業所目標を理念と共に、各フロアの事務所に掲示して周知している。各フロアの目標を定め、カンファレンス会議でも話し合い、理念の共有とケアの実践につなげている。	
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	コロナの為、多くの人との交流を控えているが、ケアプラザの紹介で傾聴ボランティアを依頼している。	名瀬第2町内会に加入し、民生委員を通じて地域の情報を得ている。事業所行事に近隣の4軒の方が手伝いに来ている。散歩や清掃活動の時に地域住民と挨拶している。別法人の敷地で野菜を作っている「ホウレンソウ」というグループが、収穫した新鮮な野菜を届けてくれ、交流している。法人内の看護専門学校の実習生を受け入れている。週に1回、音楽療法の、月に1回、傾聴のボランティアが来所している。	
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	消防訓練では利用者様に行動を共にして頂き、普段と違う状況での理解を深めている。地域の方の参加は出来ていないが、彩りが行っていることはご存じである。道端に座り込んでいた高齢者を保護したこともある。		
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	2カ月に1回実施しており、様々なご意見を頂いている。コロナ規制が緩和され、利用者様・ご家族の参加も得られている。	2022年の12月から対面での会議を再開している。メンバーは、民生委員、地域包括支援センター職員、建物のオーナー及び職員のほか、利用者1名ならびに家族1名も参加している。会議では、事業所から利用者の状況や事故報告等を行ない、地域包括支援センターの職員から、活動状況の説明、民生委員からは意見が出ることもある。議事録は区役所に提出しているが、参加メンバーや家族には配布していない。	運営推進会議の内容を利用者家族に知って頂くことで、事業所と認知症に対する理解が深まり、家族と職員が共に利用者を支えるための意識改革に繋がると思います。今後は家族向けの「お便り」に運営推進会議の内容を、分かり易く掲載されることを期待します。

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
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	ケアプラザより毎月広報誌を届けて頂き、地域の行事などの情報を得ている。民生委員からも町内会の行事情報を頂いている。	区の高齢障害支援課に運営推進会議の議事録を郵送している。生活保護受給者が5名おり、区の生活支援課から担当者が年1回来所し、状況を確認している。行政主催の認知症ケアの研修や感染症予防の研修に職員が参加した。横浜市のグループホーム連絡会に加入して、他グループホームの管理者と会議を開催するほか、質の向上のための研修会には職員も参加し交流している。	
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	ホームとしても拘束ゼロの考え方があり、スタッフにも周知徹底している。虐待・身体拘束のマニュアルを整備し、勉強会で繰り返し確認を行っている。	身体的拘束適正化対策検討委員会を、カンファレンス会議の中で3か月に1回開催している。本部は、年間研修計画を作成し、毎月、e・ラーニング研修を行なっている。「身体拘束・虐待防止」の研修も、3か月に1回教育委員が主体となって実施している。研修では高齢者の身体的理解、不適切なケアやスピーチロックなどをテーマに勉強会の開催や、話し合いを行っている。勉強会では、マニュアルの確認や事例検討なども定期的に行っている。	
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	ホーム内の勉強会で、虐待について学ぶ機会を設け、自己の支援方法を振り返る事で、虐待を未然に防げるように努めている。	指針とマニュアルを整備している。身体拘束・虐待防止委員会を3ヶ月に1回、カンファレンス会議の中で一体的に開催しており、議事録も一体的に作成している。本部のe・ラーニング研修を身体拘束と同時に受講し、報告書を提出している。管理者は日頃のケアの中で、不適切なケアを見かけた際にはその場で注意すると共に、身体拘束・虐待防止委員会の中で、勉強会や事例に基づく話し合いを行い確認している。	
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	e・ラーニングでの研修を毎月行い、研修報告を出し3か月後に振り返りを各自で行う報告書を使用している。		
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	契約書の説明、重要事項の説明は時間をかけて行っている。介護保険改正については、文書で報告している。		

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
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	意見箱を玄関に設置している。運営推進会議では、ご家族・近隣の方々に意見を伺っている。面会時等、スタッフより積極的にお声をかけ、お話を伺うようにしている。	現在、面会は事務所を使用して日中15分間の制限を設けて行なっているが、4月以降は制限を解除する予定である。看取り期の方の面会は、居室で行なっている。家族の意見・要望は、面会等の来所時や電話連絡の際に聴取している。年2回のケアプランの変更時には最低1回は来所してもらうよう声をかけている。毎月、利用者の生活状況を記した手紙に行事の写真を添えて、請求書と一緒に家族に送付している。支援方法を変更したり、状態の変化が見られるときは、随時家族に連絡、相談し支援している。	
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	1カ月に1回カンファレンス・勉強会・委員会を実施し、スタッフからの意見を聞いている。管理者による個人面談も1年に1回行っている。	職員の意見・提案は、管理者が職員との日々の会話やユニットごとのカンファレンスの際に聞いている。事業所全体の勉強会・各委員会、個人面談などで職員の意見を把握し運営に反映している。非常勤職員の年1回の契約更新時に、面談を行なっている。正社員の人事考課を兼ねた個別面談は本社で行なっている。事業所では、教育委員・接遇委員、防災委員、環境委員、レクリエーション委員などの各委員会を設置し、担当職員の各種企画・提案を運営に活かしている。	
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	法人でのアンケートを実施し、スタッフの意識調査に努めている。統括部長、事務長による面談。	法人は、人事評価制度を採用して、公平な評価を行なっている。スキルアップ支援策として、介護福祉士の資格取得希望者には金銭面・時間面の支援制度がある。職員の健康管理及びストレス対策として、年1回（夜勤者は年2回）健康診断を実施している。職員各々のスマホを用いたストレスチェックを実施している。年末年始や夏休みの代わりに、正社員は年間122日の公休数を基に、月ごとに公休数を設定しシフトを組んでいる。有給休暇は年5日以上取得は出来ている。	
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	教育委員会を中心に、月1回のホーム内勉強会、又はリモート研修を受講してもらい、ケアの質の向上に努めている。	キャリアアップ制度があり、職員は十分理解している。職員は、法人が策定した年間研修計画に基づく研修（e・ラーニング）を毎月受講し、研修報告書を提出している。また更に3か月後に各自で振り返りを行なって、提出した報告書に達成状況とコメントを記入している。事業所では認知症介護実践者研修などの外部研修受講を奨励している。新入職員も1ヶ月以内にe・ラーニングの新人研修を受講し、スマホを利用したアンケートに答えている。事業所の日常業務の中で先輩職員が実務的な指導をしている。	

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
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	横浜市のグループホーム連絡会に参加していて、他グループホームの管理者と繋がりがあ 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
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	本人が安心して生活出来るような継続性を本人・家族とも相談しながら工夫している。(例 飲酒の継続等) 継続性を重視する事で入居後の生活に安心感を持てるよう心掛けている。		
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	時間をかけて面談を実施している。その中で様々な事に耳を傾け、一つずつ解決出来るような話し合いをしている。ホーム入所後も信頼関係を築くために、些細な事も適時報告している。		
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	彩り入居を前提に相談に乗らず、本人の状況を勘案しながら必要なサービスを提案している。関連施設や近隣の施設を紹介する事もある		
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	一方的に支援するのみではなく、カンファレンスで出来る事を継続できるよう話し合い、スタッフと共に行えるように支援している(床掃除、家事手伝い等)		

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
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	1ヶ月に1回入居者の生活状況を家族に報告している。支援方法を変更したり、状態の変化が見られるときは、随時家族に連絡、相談し支援している。スタッフだけで支援困難な時は、家族に依頼し協力を得ている		
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	本氏やご家族から要望があれば応えている。ご友人・ご家族が来所され、お茶の時間を共に過ごすなど。（感染症予防のため、現在は事務所面会としている。）	入居時のアセスメントや家族から聞き取った生活歴などの情報を基に、利用者の馴染みの人や場所を把握している。友人が定期的に来所される方もいるが、感染症予防のため、制限を設けて面会を実施している（事務室内で15分間）。家族と一緒に通院する際にお墓参りや外食に行く方がいる。法事に参列する際などにも外出支援を行なっている。食事のメニューや歌の歌詞をホワイトボードに記入する作業、それを決まった時間に消す作業のそれぞれを各2名ずつが担当し、自分の役割と認識して作業を毎日継続している。	
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	気の合う方同士席を近くにしたり、その反対に気が合わない方同士は離したりして、良好な関係を構築出来る様にスタッフが間に入り支援している。		
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	基本的には、サービス利用が終了すると関係は完結する。しかし、本人・家族の希望で再入居を望む場合、待機へ繋げている。現在ご姉妹の入居へ向けて相談中である。		

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
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。	コミュニケーションをよくはかり、意向等を把握できるように努めている。家族からも情報収集している。把握した意向は出来る範囲で支援している。カンファレンスの場で一人々について検討している。	支援する時は、本人の意向を尊重し、自己決定を促している。入居時のアセスメントでは、管理者が利用者・家族から暮らし方の希望や意向を聞いている。利用者の以前のケアマネジャーからのアセスメント資料や介護計画も参考にしている。リラックスする場面や入浴・排泄などの利用者と1対1になる時間を大切に、思いや意向の把握に努めている。把握した意向は出来る範囲で支援すると共に、ケア会議で一人ひとりについて検討し、個々のケアプランに反映している。	
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	入居前までに必要に応じケアマネ等からも情報収集している。入居後も担当者会議で本人や家族から話を伺い把握に努めている。		
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	朝・夕の申し送りで一人一人の状態把握に努め実践に生かしている。必要があれば関係各所にも相談し支援している。		
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	1ヶ月に1回のカンファレンスで話し合った内容をケアプランに反映している。家族ともケアプランカンファレンスを可能であれば対面で実施し、介護計画と一緒に作成している。	計画作成担当者が入居前までに利用者・家族から意向を聞き、入居時の暫定ケアプラン（2週間）を作成している。月1回のカンファレンス会議で、アセスメントとモニタリングを行い、利用者・家族の要望を反映して介護計画を作成している。原則、介護計画は短期3か月、長期6ヶ月とし、3ヶ月毎に見直している。実施したケアの実績を介護記録に記入する際に、介護計画の個別支援計画を見ながら「#番号」で記入し、計画とケアとの連動が一見して分かり易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
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	朝・夕に一人一人の支援についての記録を残している。申し送りノートも活用しながらタイムリーに情報を共有し支援している		
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	ご家族の要望で、週2回マッサージが入っている。月に1～2回、ボランティアで作業療法士の訪問があり、その時の状況で相談にのってもらっている。		
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	法人全体で断続的にコロナ・インフルが発症していることもあり、学生の福祉体験などはお断りしているが、法人内の看護学生の実習は受け入れている。利用者の様子を見ながら、音楽療法・書道は行っている。		
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、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	入居前にかかりつけ医を確認している。彩りの担当医ではない場合は、基本ご家族様に対応をお任せする。彩りの担当医を選択した場合でも、紹介状等を基に、継続した医療を支援している。（現在はなし。）	利用者全員が、協力医療機関である系列医療法人の訪問診療部の医師をかかりつけ医とし、週1回の訪問診療を受診している。眼科と精神科は原則家族対応としている。皮膚科は系列医療法人の医師が往診している。歯科は、希望者が協力医療機関と契約して必要に応じて訪問診療を受診している。訪問診療や通院の受診情報は、医師や看護師及び家族から聴き取りタブレットの支援記録に入力し、職員間で情報共有している。薬剤は、提携先薬局の薬剤師が届けている。職員が配薬し、別の職員がダブルチェックを行ない、与薬している。	

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	毎週火曜日訪問看護師が訪問支援している。オンコール体制なので必要な時に必要な相談が出来る。		
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。	入院した際は、医療機関、家族と連絡を密に取り、早期退院へ向けて話し合っている。		
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	重要事項説明書に明記し、別紙でも説明し同意を頂いている。重度化してきた早期の段階で今後の方向性について話し合っている。医師からも説明している。	医師から重度化してきたことを家族に説明し、看取りを行なう場合は、同意書を取り交わした上で計画作成担当者が看取り介護計画を作成し、看取り介護を開始している。職員は、家族や医療関係者と連携して支援している。今年度は1名の看取りを行なった。また現在、看取り宣告を受けている利用者が2名おり、事業所では、事務室に看取りの手順を掲示して職員に周知している。看取り後は、カンファレンス会議の中で、職員同士で話し合い、振り返りを行っている。	
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	スタッフ全員消防署主催の普通救命講習を受講する事を義務付けている。緊急時のマニュアルも整備している。		

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
35	16	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回消防訓練を実施している。(消防署へ報告)非常食、備蓄品の在庫を確認・補給し、職員には保管場所、使用方法を徹底した。	7月に日中の地震想定訓練を、11月には消防署職員が立ち会いの下、日中の総合訓練を実施し、AEDと消火器の取り扱い方法を学んだ。事業所の避難訓練は自治会や近隣への案内をしておらず、地域住民の参加はない。備蓄は、食料と飲料水を3日分確保し、リビングの和室スペースに保管し、米はローリングストックしている。災害用備品は委員が備蓄品台帳で管理、衛生用品、食器、コンロ・ボンベ等の在庫を確認している。職員に備蓄品リストを配布して保管場所、使用方法を徹底している。	

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	接遇に関しては研修を通じて常に学び、実践出来るよう努めている。しかし、時折言葉かけが乱れる事もあるので、その都度管理者・リーダーが個別に話している。	利用者の呼称は基本、名字に「さん」付けとしているが、現在、同姓の方が2名おり、それぞれ、名前に「さん」付けで呼んでいる。職員同士の会話をする際に利用者を特定する時は、部屋番号を使用している。接遇に関する研修も、教育委員会が毎月のe・ラーニング研修を通じて勉強会を開催し、職員の接遇への意識を高めている。管理者は、職員に気になる言動があった場合は、都度指導している。内容によってはカンファレンスで話し合っている。薬品と個人情報に関する書類は、事務所の施錠出来るキャビネットに保管している。	
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	コミュニケーションをはかり、本人の意見を聞き出せるように心がけている。何か支援する時は、本人の意向を伺い、自己決定を促している。		
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	本人の望むことを支援している。(歌唱、ぬり絵、読書、プリント類など)利用者によっては、自室で塗り絵を行う方々もいる。		
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	理美容は本氏の意に添って行っている。自ら意思表示出来ない方は、過去の髪型等を家族からお聞きし支援している。入浴時衣類の選択が出来る方にはして頂いている。		

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
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	家事手伝いが出来る方には手伝ってもらっている。誕生日会では昼食を本人の希望メニューで対応するか、おやつをケーキでお祝いしている。会話の中で食べたいものを聞き、取り入れている。	業者が作成した献立で食材が冷凍で届き、3食ともに職員が湯煎し、適宜アレンジを加えて提供している。ご飯と汁物は、事業所で手作りしている。10時と3時のおやつには、食べたいものを聞いて提供している。また10時には全員でコーヒータイムを楽しんでいる。摂取した食事・水分量は「チェック表」に記入し、後程タブレットに入力して、その方にあつた分量にも配慮している。出来る利用者は、テーブル拭きや食器拭き、下膳などを手伝っている。	
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	主食・副食は外部に委託し、栄養バランスのとれた食事を提供している。一人ひとりの食事・水分量はチェック表を基に確認している。その方にあつた分量にも配慮している。		
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	入居者一人一人に応じた口腔ケアを毎食後支援している。必要に応じて歯科受診も支援している。		
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	出来る限りトイレでの排泄を支援している。ホームの考え方もしても容易にオムツを使用しないように周知徹底をしている。必要に応じてケアプランに挙げ個別支援をしている。	現在、常時オムツを使用する方が3名と夜間のみ使用する方が1名いる。他の利用者は排泄チェック表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ない、トイレでの排泄を支援している。誘導の際は小声で話しかけるなど羞恥心に配慮している。基本的に夜間は睡眠を優先し、夜間のみオムツを使用する方と定時誘導する方を除いて、個人の特性に合わせて適宜支援している。	

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
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	便秘の対応としては医師、看護師へ相談して支援している。便秘予防として水分量の確保、運動、食を通して支援もしている。		
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	基本的には3日に1回入浴して頂いている。午前中を中心に支援している。入浴回数等は本氏と相談して決めることもある。失禁状況により、3日に1回は限定せず、適時入浴していただいている。	基本的には週2回午前中に、3名が入浴している。予定外の入浴を希望する場合でも、できる限り希望に応えている。利用者の内、車いす利用者で浴槽を跨げない方には、足浴やシャワー浴で対応している。体調の悪い利用者などにも、身体状況に応じてシャワー浴や足浴、清拭で対応している。同性介助も希望があれば対応している。浴槽のお湯は上下からのかけ流しで、1日1回入れ替えている。利用者は、職員との会話や季節に合わせた菖蒲湯・柚子湯などを楽しんでいる。	
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	全介助で自ら意思表示の出来ない方は、ある程度生活パターンは決まっている。自立されている方は、その方の生活リズムに任せている。居室内は消灯時間を設けていない。居室内ならテレビも自由に見られる		
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	入居者様一人ひとりの薬情報を表にし、常にスタッフが確認できるようにして理解を深めている。適時Drとも相談し、薬は必要な服薬のみで支援出来るようにしている。		

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
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	掃除や食後の片付け、散歩や外出等その方に合った出来る事を生甲斐を持って行って頂いている。		

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
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	歩行が安定している利用者と、天気の良い日には、個別の散歩も支援している。	春や秋の気候が良い時期には、1対1で散歩に出るなどの個別支援をしている。天気の良い日に、車いす利用の方も一緒に、近隣の公園まで散歩している。日当たりの良い庭や2階のベランダに出られる方は、外気浴や日光浴を楽しんでいる。出来るだけドライブレクを実施し、近隣の桜の名所巡りなどを車の中から見物している。外出先で写真を撮って楽しんでいる。外出歴を支援記録に記載して、家族にも報告している。	
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	本部の方針で、個人様の現金預かりが出来なくなったため、買い物へ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	電話は本氏からの訴えがあったり、家族からの電話があった時に支援している。手紙がホームへ届くと、書ける方には返事を書いて頂いている。		
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	混乱を招かないように不必要な物は配置せず、心地良い空間を演出している。太陽光をとっても大切にしたりしている。	カウンターキッチンを備えた台所は、見守りをしながら調理ができる他、利用者が下膳等の手伝いをしやすい。リビングの一角に配置された掘りごたつ付きの和室では、利用者が洗濯物たたみを行なっている。エアコンと加湿器を使って温湿度管理を行なっている。濡らしたバスタオルを掛けて乾燥対策を行ない、常時空気清浄機を使用している。併せて朝の掃除の時とお昼に窓を開けて換気を行なっている。リビングの壁や廊下には、利用者の塗り絵作品や書道作品、また利用者と職員と一緒に作成した折り紙作品や行事の写真などを掲示している。	

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
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	リビングの畳やソファを用いて居心地の良い空間を設けている。庭には縁側があり、憩いの場を設けている。		

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
54	23	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居前に本氏の気に入っている物、使い慣れたものを持ち込んで頂くよう説明している。入居後は相談して居心地の良い空間作りを支援している。	居室には、エアコン、空気清浄機、照明器具、クローゼットが備え付けられている。利用者は馴染みの品を持ち込んで、家族の写真、自分のぬり絵作品や絵画・ぬいぐるみなど思い出の品を飾っている。昼食後の自由時間は利用者の生活リズムに任せて、本人の望むことを支援して、1階の利用者は、午睡、ぬり絵や読書、ドリルなどを居室室で行う方が多い。2階の利用者は、リビングで過ごす方も多い。居室には間違えないように名字の表札を掲げている。同姓の方は名前で表示する等の工夫をしている。トイレにも分かりやすい表示を掲げている。	
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	時計やカレンダーを色々な所に配置し混乱を防いでいる。居室やトイレにも名札をつける等の工夫をしている。		

事業所名	グループホーム横浜名瀬・彩り
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3, 利用者の1/3くらいの
			4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまにある
			4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らさせている。 (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	各フロアの目標を決め、理念の共有、実践につなげている。		
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	コロナの為、多くの人との交流を控えているが、ケアプラザの紹介で傾聴ボランティアを依頼している。		
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	消防訓練では利用者様に行動を共にして頂き、普段と違う状況での理解を深めている。地域の方の参加は出来ていないが、彩りが行っていることはご存じである。行方不明の方の捜索に協力。		
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	2カ月に1回実施しており、様々なご意見を頂いている。コロナ規制が緩和され、利用者様・ご家族の参加も得られている。		
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	ケアプラザより毎月広報誌を届けて頂き、地域の行事などの情報を得ている。民生委員からも町内会の行事情報を頂いている。		

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
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる	ホームとしても拘束ゼロの考え方があり、スタッフにも周知徹底している。虐待・身体拘束のマニュアルを整備し、勉強会で繰り返し確認を行っている。		
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	ホーム内の勉強会で、虐待について学ぶ機会を設け、自己の支援方法を振り返る事で、虐待を未然に防げるように努めている。		
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	e-ラーニングでの研修を毎月行い、研修報告を出し3か月後に振り返りを各自で行う報告書を使用している。		
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	契約書の説明、重要事項の説明は時間をかけて行っている。介護保険改正については、文書で報告している。		
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	意見箱を玄関に設置している。運営推進会議では、ご家族・近隣の方々に意見を伺っている。面会時等、スタッフより積極的にお声をかけ、お話しを伺うようにしている。		

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
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	1カ月に1回カンファレンス・勉強会・委員会を実施し、スタッフからの意見を聞いている。管理者による個人面談も1年に1回行っている。		
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	法人でのアンケートを実施し、スタッフの意識調査に努めている。統括部長、事務長による面談。		
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	教育委員会を中心に、月1回のホーム内勉強会、又はリモート研修を受講してもらい、ケアの質の向上に努めている。		
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	横浜市のグループホーム連絡会に参加していて、他グループホームの管理者と繋がりがあがる。		

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	本人が安心して生活出来るような継続性を本人・家族とも相談しながら工夫している。(例飲酒の継続等)継続性を重視する事で入居後の生活に安心感を持てるよう心掛けている。仏壇を持参された方もある。		
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	時間をかけて面談を実施している。その中で様々な事に耳を傾け、一つずつ解決出来るような話し合いをしている。ホーム入所後も信頼関係を築くために、些細な事も適時報告している。		
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	彩り入居を前提に相談に乗らず、本人の状況を勘案しながら必要なサービスを提案している。関連施設や近隣の施設を紹介する事もある		
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	一方的に支援するのみではなく、カンファレンスで出来る事を継続できるよう話し合い、スタッフと共に行えるように支援している(床掃除、家事手伝い等)		

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
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	1ヶ月に1回入居者の生活状況を家族に報告している。支援方法を変更したり、状態の変化が見られるときは、随時家族に連絡、相談し支援している。スタッフだけで支援困難な時は、家族に依頼し協力を得ている		
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	本氏やご家族から要望があれば応えている。ご友人・ご家族が来所され、お茶の時間を共に過ごすなど。（感染症予防のため、現在は事務所面会としている。）		
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	気の合う方同士席を近くにしたり、その反対に気が合わない方同士は離したりして、良好な関係を構築出来る様にスタッフが間に入り支援している。		
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	基本的には、サービス利用が終了すると関係は完結する。しかし、本人・家族の希望で再入居を望む場合、待機へ繋げている。現在ご姉妹の入居へ向けて相談中である。		

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
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。	コミュニケーションをよくはかり、意向等を把握できるように努めている。家族からも情報収集している。把握した意向は出来る範囲で支援している。カンファレンスの場で一人々について検討している。		
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	入居前までに必要に応じケアマネ等からも情報収集している。入居後も担当者会議で本人や家族から話を伺い把握に努めている。		
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	朝・夕の申し送りで一人一人の状態把握に努め実践に生かしている。必要があれば関係各所にも相談し支援している。		
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	1ヶ月に1回のカンファレンスで話し合った内容をケアプランに反映している。家族ともケアプランカンファレンスを可能であれば対面で実施し、介護計画と一緒に作成している。		

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
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	朝・夕に一人一人の支援についての記録を残している。申し送りノートも活用しながらタイムリーに情報を共有し支援している		
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	月に1～2回、ボランティアで作業療法士の訪問があり、その時の状況で相談にのってもらっている。		
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	法人全体で断続的にコロナ・インフルが発症していることもあり、学生の福祉体験などはお断りしているが、法人内の看護学生の実習は受け入れている。利用者の様子を見ながら、音楽療法・書道は行っている。		
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	入居前にかかりつけ医を確認している。彩りの担当医ではない場合は、基本ご家族様に対応をお任せする。彩りの担当医を選択した場合でも、紹介状等を基に、継続した医療を支援している。（現在はなし）		

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	毎週火曜日訪問看護師が訪問支援している。オンコール体制なので必要な時に必要な相談が来ている。		
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。	入院した際は、医療機関、家族と連絡を密に取り、早期退院へ向けて話し合っている。		
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	重要事項説明書に明記し、別紙でも説明し同意を頂いている。重度化してきた早期の段階で今後の方向性について話し合っている。医師からも説明している。		
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	スタッフ全員消防署主催の普通救命講習を受講する事を義務付けている。緊急時のマニュアルも整備している。		
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	年2回消防訓練を実施している。(消防署へ報告)非常食、備蓄品の在庫を確認・補給し、職員には保管場所、使用方法を徹底した。		

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
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	接遇に関しては研修を通じて常に学び、実践出来るよう努めている。しかし、時折言葉かけが乱れる事もあるので、その都度管理者・リーダーが個別に話している。		
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	コミュニケーションをはかり、本人の意見を聞き出せるように心がけている。何か支援する時は、本人の意向を伺い、自己決定を促している。		
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	本人の望むことを支援している。(新聞、雑誌、パズルなど)利用者によっては、自室で塗り絵を行う方々もいる。		
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	理美容は本氏の意に添って行っている。自ら意思表示出来ない方は、過去の髪型等を家族からお聞きし支援している。入浴時衣類の選択が出来る方にはして頂いている。		
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	家事手伝いが出来る方には手伝ってもらっている。誕生日会では昼食を本人の希望メニューで対応するか、おやつをケーキでお祝いしている。会話の中で食べたいものを聞き、取り入れている。		

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	主食・副食は外部に委託し、栄養バランスのとれた食事を提供している。一人ひとりの食事・水分量はチェック表を基に確認している。その方にあった分量にも配慮している。		
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	入居者一人一人に応じた口腔ケアを毎食後支援している。必要に応じて歯科受診も支援している。		
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	出来る限りトイレでの排泄を支援している。ホームの考え方としても容易にオムツを使用しないように周知徹底をしている。必要に応じてケアプランに挙げ個別支援をしている。		
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	便秘の対応としては医師、看護師へ相談して支援している。便秘予防として水分量の確保、運動、食を通して支援もしている。		
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	基本的には3日に1回入浴して頂いている。午前中を中心に支援している。入浴回数等は本氏と相談して決めることもある。失禁状況により、3日に1回とは限定せず、適時入浴していただいている。		

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
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	全介助で自ら意思表示の出来ない方は、ある程度生活パターンは決まっている。自立されている方は、その方の生活リズムに任せている。居室内は消灯時間を設けていない。居室内ならテレビも自由に見られる		
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	入居者様一人ひとりの薬情報を表にし、常にスタッフが確認できるようにして理解を深めている。適時Drとも相談し、薬は必要な服薬のみで支援出来るようにしている。		
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	掃除や食後の片付け、散歩や外出等その方に合った出来る事を生甲斐を持って行って頂いている。		
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るように支援している	歩行が安定している利用者と、天気の良い日には、個別の散歩も支援している。		
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	本部の方針で、個人様の現金預かりが出来なくなったため、買い物等の支援は出来ていない。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話は本氏からの訴えがあったり、家族からの電話があった時に支援している。手紙がホームへ届くと、書ける方には返事を書いて頂いている。		
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	混乱を招かないように不必要な物は配置せず、心地良い空間を演出している。太陽光をととても大切にしたりしている。		
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	リビングの畳やソファを用いて居心地の良い空間を設けている。庭には縁側があり、憩いの場を設けている。		
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	入居前に本氏の気に入っている物、使い慣れたものを持ち込んで頂くよう説明している。入居後は相談して居心地の良い空間作りを支援している。		
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	時計やカレンダーを色々な所に配置し混乱を防いでいる。居室やトイレにも名札をつける等の工夫をしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名

グループホーム
横濱名瀬・彩り

作成日

R7.12.3

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	3	運営推進会議の内容を、参加カードや他家族に配布している。	参加者家族に知らなかった活動を知ることができたと 言っていたので、参加者以外にも知らせたい。	毎月、請求書類と一緒に利用状況を送付している。その時、会費内容をわかりやすくお配りしている。	2ヶ月
2					
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。