

## 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         | 1493200222   | 事業の開始年月日       | 平成22年8月1日  |      |
|               |  | 指定年月日          | 平成22年8月1日  |      |
| 法人名           | 株式会社ウイズネット   |                |            |      |
| 事業所名          | グループホーム みんなの家 横浜今宿   |                |            |      |
| 所在地           | ( 241-0817 )<br>神奈川県横浜市旭区今宿1-36-25   |                |            |      |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名          |      |
|               |  | 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       | 平成30年10月30日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成31年3月28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 | <a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a> |
|----------|---|

### 【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)】

「優しさと寄り添う心で縁を紡ぐ」という理念に基づき、ご利用者様に寄り添い、一人ひとりの立場に立った支援を行っていただける様心掛けています。  
また、地域の一員としてのホームの位置付けを考え、地域に根ざすだけでなく、認知症介護を行う施設として情報を発信できるホーム運営を目指し、主にブログにてグループホーム内の生活を発信している。

### 【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 | 平成30年11月29日                          | 評価機関<br>評価決定日 | 平成31年3月13日 |

### 【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、相鉄線「二俣川駅」北口より相鉄バス旭高校入口行きに乗車、10分弱の「ニュータウン第5」で下車し、徒歩6分ほど、高台の住宅地の中にあります。北側は保土ヶ谷パイパが走っています。周囲には樹木も多く、建物は南向きで日当たりのよい環境です。

<優れている点>

利用者がその人らしい暮らしを続けるための支援に優れています。一人ひとりの利用者の入所前のサービス利用の経過を掴み、ヒアリングで故郷の話などを通して、思いや意向を確認し、必要な支援内容をケアプランに反映しています。リビングには絶えず利用者や職員が集まり、明るい笑い声や話し声が聞こえます。毎日のレクリエーションでは食事前の口腔体操や、手足の体操のほか、トランプやゲーム、脳トレパズルや、一人ひとり歌詞カードを見ながら、アカペラで歌う演歌、童謡、民謡などで楽しんでいます。利用者全員が日々の生活において何もしない時間を作らないことに力を入れています。職員も若手、中堅、ベテランと多彩で、良く連携しています。専任の調理担当がいるため、介護職員は食事の準備に時間を取られず、利用者向き合う時間を長くとることができています。

<工夫点>

職員は、携帯電話の「LINEグループトーク」を使って、情報の共有化を図っています。当日休みの職員にも情報が確実に伝わります。また、スタッフブログも充実しています。IT技術を利用者の支援や情報伝達に上手に使っています。

### 【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 ~ 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 みんなの家 横浜今宿 |
| ユニット名 | 1ユニット              |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が    |
|    |  |   | 2, 職員の2/3くらいが  |
|    |  |   | 3. 職員の1/3くらいが  |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|    |  |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|    |  |   | 2, 家族等の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 家族等の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |

| 自己評価              | 外部評価 | 項 目   | 自己評価  | 外部評価  |   |
|-------------------|------|---|---|---|---|
|                   |      |   | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容   |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |   |   |   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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                    | 理念は管理者より案を出し、会議にて決めたものである。月一回のスタッフ会議を通し、理念の共有・実践に努めているとともに、玄関・スタッフルームに掲示し、常に確認できるようになっている。<br>また、朝の申し送りの際には理念の唱和を行っている。 | 法人の理念「必要な人に必要なサービスの提供を」を基として、「やさしさと寄り添う心で縁を紡ぐ」を事業所理念に定め、玄関、事務所に理念を掲示しています。職員は毎朝理念を唱和し、入居者支援の心構えとして常に意識し、介護サービスを実践しています。 |   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                    | 町内会に加入し、運営推進会議には町内会役員に参加して頂いている。<br>近隣のお店に食事に行ったり、地域のボランティア団体にお越し頂いたり、「こども110番」にも協力している。                                | 町内会に加入しています。安否確認訓練など、町内会主催の防災訓練などにも参加しています。民生委員が毎回運営推進会議に参加しています。地域包括支援センターと連携して「施設見学会」を実施したこともあります。                    | 今後、町内会主催の祭りへの参加や、施設見学会、ふれあいカフェ」などの実施により、更なる地域社会との相互交流が期待されます。 |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | 現時点で積極的に行っているものはないが、地域の方々からの相談等がある場合にはお話を伺ったうえで関連部署につないでいる。   | /   | /   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 2ヶ月に1回の運営推進会議で取り組み後の評価や評価後の改善について報告、それらに対して要望や助言をしていただき、サービス向上に活かしている。  | 運営推進会議は、町内会副会長、民生委員、地域包括支援センター職員などの参加協力を得て、隔月に開催しています。会議では事業所の活動状況の報告、事業所や地域行事などの情報交換をしています。                            |   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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          | 運営推進会議の際、区役所の担当者・地域包括支援センターの方々・民生委員・町内会の方々にお越し頂いており、当施設の状況をお伝えしている。介護相談員にもお越し頂いており、ホームの状況などを報告している                      | 介護相談員が利用者や職員を定期的に訪問し、支援内容について情報交換しています。また、管理者は旭区の介護保険課職員と必要の都度連絡を取っています。生活保護を受給している入居者の件でも連携しています。                      |   |

| 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 |  |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 社内の身体拘束廃止委員会を中心に、意識的な身体拘束、無意識のうちに身体拘束と思われる行為や環境を作らないなど、社員全体で意識し取り組んでいる。  | 身体拘束をしないケアの実現に向けて、「身体拘束廃止委員会」を職員研修を兼ねて実施し、職員は何が身体拘束にあたるかを認識しています。「身体拘束をしない支援」を、職員全員で取り組んでいます。                   |                   |  |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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注意を払い、防止に努めている                                       | 身体的虐待だけでなく、言葉による虐待にも留意している。<br>社内での虐待防止委員会が中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。<br>虐待防止の為のポスターを掲示し、平素より意識を高めて業務を行っている。 |   |                   |  |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 必要に応じて制度を利用できるよう、社内外の研修には適宜参加している。<br>実際に後見制度を利用されている方もおり、その都度連携・連絡を取っている。                                     |   |                   |  |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時にご利用者様・ご家族様が不安や疑問に感じていらっしゃる場合には、安心して利用して頂ける様充分な説明を行っている。  |   |                   |  |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | ご利用者様・ご家族様から意見・不満を聞いた場合、ホーム長に伝え、カンファレンス等で話し合っ対応を考えている。   | 入居者や家族とのコミュニケーションは良好です。写真付きで生活の様子や連絡事項を記入した「一言だより」を毎月家族に送付しています。入居者からは日常の支援の中から、家族からは面会時などの会話を通じて要望や希望を把握しています。 |                   |  |

| 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 |
| 11                          | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | ミーティングにて職員の意見を吸い上げている。また、普段からコミュニケーションを大切にし、意見の言いやすい環境を作るよう努力している。   | 日常の会話やフロアごとの月1回の会議などで職員の意見や提案を把握し、改善に繋げています。また、入居者支援に関する事柄などは、気づいた職員が「LINEグループトーク」で発信し、業務に迅速に対応しています。 |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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      | 半年に1回の割合で職員面談を行っている。その際今後の方向性や労働条件等について聞き取りをし、意欲的に働いていける様努めている。<br>また、研修や資格取得には出来る限りの支援を行っている。                   |   |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 社内の職階別研修、委員会・新任研修等へ積極的に参加しており、経験・役割・知識に合わせた研修への参加の機会を作っている。<br>また、資格取得に関して出来る限りの支援を行っている。                        |   |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 社内の研修や委員会活動等へ参加している。また、外部の研修にも参加する機会を作り、より良いサービスを行っていけるよう努めている。  |   |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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        | 連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の周りの環境などを聞き取りしている。また、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししたりしている。入居時には居宅ケアマネとも連携を図り、環境の変化を出来るだけ減らせるよう努めている。 |   |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | ご家族様との連絡を密に取り、安心して頂ける様努めている。<br>面会時・家族会・毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っている。                                     |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 居宅介護支援専門員と連携を図り、ケアプランを送っていただき、在宅での生活の様子を伺っている。その上で初回面談を行い、面談時の様子と事前に得た情報、ご家族様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<br>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                    | 掃除や後片付け等、ご利用者様にも積極的にお手伝いに参加して頂いている。ご利用者様に役割を持っていただく事で、はりのある生活を送っていただけるよう努めている。                     |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 電話や手紙、一言通信などで近況を適宜報告している。医療機関への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様にお願いしている。ホームに入居してもご家族様と共に介護を行っていると考えている。         |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                 | 面会時間の制限はせず、自分の家としていつでも自由に過ごせるように努めている。<br>定期的に出掛けられる方もいらっしゃる、今後も継続して支援をしていきたい。                     | 面会の時間制限はなく、夜9時過ぎまで過ごす家族もいます。また事前連絡なしで、当日でも外出や外泊は可能です。利用者の年賀状や住所変更の案内の支援なども継続して行っています。 |                   |

| 自己評価                              | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|-----------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                   |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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               | レクリエーション等の機会を通じて、皆様に楽しんでいただける機会を作っている。<br>耳が遠い等、集団の中で孤立する恐れのある方に対しては、会話の取り持ちを行うなどの支援を行っている。      |   |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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 | 入院などで退居される方に対しては各関係機関への情報提供を適宜行っている。<br>また、退居されたご利用者様のところに面会に職員が伺っている。お亡くなりになった方のご家族様とお付き合いもある。  |   |                   |
| <b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |   |                   |
| 23                                | 9    | ○思いや意向の把握<br>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。                      | 言葉だけでなく表情や行動等で表す意向、これまでの経緯から推し量る意向等を情報としてカンファレンス・会議・申し送りで検討している。                                 | 入居時のヒアリングを大切にしています。成育歴や家族、生活の場などからキーワードを見つけ、本人のこれまでの生活を知り、意向の把握に努めています。カンファレンスでは、利用者の意向に気付いた内容を共有し支援に活かしています。 |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                   | 入居の際の面談において生活歴を伺い、職員間で情報共有を図っている。また、居宅のケアマネジャーと連携し、事前にケアプランをいただいたり担当者会議に参加するなどして生活環境や経過の把握を行っている |   |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                 | 安全の範囲内で自由に生活していただき、その中でご本人様の状況を把握する事に努めている。カンファレンスや申し送りなどで日勤帯・夜間帯の様子を集め、状態の把握に努めている。             |   |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご本人様の意向・ご家族様の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取っている。必要事項を本人・家族・職員・医療関係者等と連携して介護計画を作成している。また、状況変化の際には出来るだけ早くプランの変更を行っている。 | 全職員が3ヶ月ごとにモニタリングを行っています。ケアプランは、計画作成担当者が介護記録、「LINEグループトーク」、職員との会話及び医師・看護師の意見などから6ヶ月ごとに原案を作成し、カンファレンスを経て確定し、入居者や家族の承認を得ています。 |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 記録を教諭し、日々の新しい情報として介護計画の見直しにいかしている。心理面では生活全般の情報・状況を参考にカンファレンス等で検討し、介護計画に生かしている。                                 |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 地域包括等を通じて社会資源の情報収集に努め、ご利用者様の経済状況やニーズ等を考慮し、多様なサービスに対応出来る様努めている。多様なサービスを使用する為に管理者を始め、職員の知識の向上を図っている。             |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | ボランティア・包括等からの協力を得ている。また、介護相談員に月1回お越しいただいている。フォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルなサービス（おむつ給付・移動パン屋等）も活用し、支援をおこなっている          |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                     | 事業所指定のかかりつけ医が居るがご本人様・ご家族様の希望を尊重し、従来のかかりつけ医の受診をされる場合には継続できるよう支援している。  | 内科の訪問診療を行っています。精神科の協力医療機関もあります。入居前からの精神科や泌尿器科への受診を継続し、安心感に繋げています。家族対応の通院には、3日分の生活記録の写しを渡し、情報共有に努めています。                     |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 普段の生活の中で、ご利用者様のいつもと違う点などをノートに記入し、訪問診療時や医療連携看護師が来られた時に相談し指示を仰いだり質問に答えていただいている。                                |   |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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、他の医療機関に掛かる際には主治医から情報書類を頂いている。<br>また、退院時にも入院先から情報書類を頂く事で、退院後の連携を図っている。                         |   |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | ご家族様に重度化した場合の対応を入居時に説明している。実際に看取り対応の経験もあり、家族会等においても普段から説明を行い、その時が来た時に選択していただける環境を作っている。                      | 入居時に「重度化した場合の対応に関わる指針」を説明し、同意を得ています。状況変化の都度、家族の意向を確認し、意思疎通を図っています。職員の不安や恐怖感に対し、看取りの意義や終末期の体の変化、医療との連携について研修を重ねています。 |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 急変や事故に対しては速やかにかかりつけの医療機関・ご家族様・上司に連絡・報告すると共に、適切な対応処置や初期対応に努めている。  |   |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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回の定期的な避難訓練を行っており、訓練の際には消防署にも協力を仰いでいる。食料品・飲料水とも三日分の備蓄を行い、リストを作って管理している。また、土砂災害警戒区域である為、近隣特養に避難できるようお話ししている。 | 年2回、昼と夜を想定した避難訓練を行っています。消防署からのアドバイスにより、マニュアルを整備し、近隣の特別養護老人ホームと「風水害時の受入事前確認書」を取り交わしています。雨の流入防止に、土のうの準備もしています。        |                   |

| 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 |  |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |   |   |   |                   |  |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                 | 入浴や排せつの等、羞恥心を感じる場面では特に言葉や態度に気を付けている。  | 居室に入る際にはドアをノックする、トイレや脱衣所のドアの開け閉めに配慮する、トイレ誘導はささやくように行うなど、基本をしっかりと押さえています。生活を共にする親しさの中でも「第三者が見て違和感がない」対応を心掛けています。 |                   |  |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 言葉だけでなく行動・感情等見逃さないよう気を配っている。自分で選択し自己決定出来る環境づくりに努めている  |   |                   |  |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 特に決まったスケジュールは無く、その日の流れによって柔軟に対応している。  |   |                   |  |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 訪問理美容に定期的に来て頂き、本人の希望に添ったカットをしている。外の店を希望される場合にはご家族様の協力を得て希望に添った対応をしている。化粧ボランティアの方にもお越しいただき、化粧を楽しんでいただいている。 |   |                   |  |
| 40                              | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 食事は調理スタッフが作っているが、おやつに関しては利用者と一緒に関心ながら作る機会を設けている。希望を聞き、毎月出勤や外食、食事レク等を行い、食事を楽しんで頂く機会を作っている。                 | 湯茶のコップを並べる、下膳するなど役目があります。抹茶ババロア、パンキンパフェ、お好み焼きのおやつ作りにも積極的に参加しています。流しそうめん、トコロテン作り、正月やクリスマス、誕生日会を皆で一緒に楽しんでいます。     |                   |  |

| 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<br>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            | 栄養バランスの取れた献立を提供している。ホームでは食事形態・摂取量・水分量・体重、また排泄のチェックを行い、多角的に把握する様努めており、必要時は協力機関（内科・歯科・看護）の指示を仰いでいる。            |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 毎食後口腔ケアの声掛け・介助を行っている。また、週に1回歯科往診にて口腔内を診ていただいております。ご本人様・介護職員へのアドバイスを頂いている。                                    |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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     | 排泄表を使用して排泄パターンを把握し、訴えない方に対しては定時の誘導を行っている。ご自身でトイレに行くことが出来るが汚してしまう方等にはその人にあったパッド選びを行い、出来るだけご自身で出来るような支援を行っている。 | トイレでの排泄を大切にしています。歩行困難になっても残存能力を活かして、ポータブルトイレを使用しています。排泄に間に合うように、リハビリパンツをトイレにストックするなど、一人ひとりの状態に合わせた支援をしています。      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                     | 排便のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を確認しながら、適宜医療機関に相談している。また、牛乳等の乳製品を摂る事で排泄がスムーズに行かれる方には個別に宅配を頼む等の支援を行っている         |  |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | 週に2回以上の入浴の機会を提供している。その上で入浴時間やタイミングは出来るだけ利用者の希望に沿って行っている。拒否のある方に対しては、羞恥心に配慮し同性介助を行ったり、時間を置いて再度声掛けする等して対応している。 | 最低でも3日に1度は、入浴の機会を確保しています。一番風呂や同性介助の希望に対応しています。入浴中止となった時は、利用者の心身状態を職員間で検討して、清拭や足浴へ変更しています。しょうぶ湯やゆず湯の季節感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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 出来る限りご本人様の生活習慣や意向に沿うようにしている。<br>ご本人様が穏やかに生活できるような環境づくりに努めている                                     |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 服薬ミス防止を為、全社共通の服薬介助マニュアルを用い、ダブルチェックを徹底している。<br>また、ご利用者様の状況に応じ、医師・薬剤師と連携を図りながら薬の形態やパッケージを適宜変更している。 |   |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | ご本人様の趣味・意向・また、アセスメント等からカンファレンスで検討し、日常生活の中で個別に支援している。   |   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 花に水をあげたり、外気浴をするなどして、普段から楽しんで頂けるよう努めている。<br>ズーラシアや外食に行くこともあり、ご家族が参加できる時には一緒に参加していただいている。          | 庭先に出て新鮮な空気を吸い、陽の光を浴びてリフレッシュしています。食事形態（刻み、ムース、ミキサー食など）を選べるレストランでの会食の楽しみもあります。ドライブがてらズーラシアまで足を伸ばし、自然を満喫しています。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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が、ご利用者様の希望に合わせて使用できるよう対応している。                                       |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                   |
|------|------|--|---|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご利用様が手紙を書かれた場合には、職員がポストに投函している。ご家族様からの電話は適宜お取次をしている。  |   |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 基本的に全居室に温湿度計を置き、温度・湿度の管理をしている。また、立地上、虫が多く出るので玄関を定期的に清掃し、清掃チェック表にて管理を行っている。居室に仏壇やテーブル・昔の写真などを置いている方もいらっしゃる | リビングには利用者や職員が集まり、絶えず話し声や笑い声が聞こえています。人の存在に温もりを感じています。廊下には、行事の写真や押し葉、木の実の手作り品を飾り、玄関アプローチでは鉢植えの花が彩りを添えています。    |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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・一人でいても周りに皆がいるよう感じられる空間などの環境づくりに努めている。                                      |   |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | ご家族様やご本人様と相談して使い慣れた家具や物を使用して頂いている。自室で植物を育てたり、自分で描いた絵・写真を貼っている方もいらっしゃる。                                    | 馴染のタンスやイス、棚を持ち込み、思い思いにくつろげる空間になっています。家族の写真、人形やぬいぐるみ、花や動物の切り抜き、レクリエーションの作品を飾っています。ジョイントマットを敷き、転倒の衝撃を和らげています。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | トイレや浴室にはイラストを使用し、視覚にて場所を理解して頂ける様配慮をしている。また、ご利用者様の認知度に合わせ、必要な方には居室内に掲示を行い、理解しやすい環境づくりを行っている                |   |                   |

|       |                    |
|-------|--------------------|
| 事業所名  | グループホーム みんなの家 横浜今宿 |
| ユニット名 | 2ユニット              |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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している。<br>(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、安心して暮らしている。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(参考項目：11, 12)                                       | ○ | 1, ほぼ全ての職員が    |
|    |  |   | 2, 職員の2/3くらいが  |
|    |  |   | 3. 職員の1/3くらいが  |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。   | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が   |
|    |  |   | 2, 利用者の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 利用者の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |
| 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。                                     | ○ | 1, ほぼ全ての家族等が   |
|    |  |   | 2, 家族等の2/3くらいが |
|    |  |   | 3. 家族等の1/3くらいが |
|    |  |   | 4. ほとんどいない     |

| 自己評価              | 外部評価 | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|-------------------|------|---|---|------|-------------------|
|                   |      |   | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |      |   |   |      |                   |
| 1                 | 1    | ○理念の共有と実践<br>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                    | 理念は管理者より案を出し、会議にて決めたものである。月一回のスタッフ会議を通し、理念の共有・実践に努めているとともに、玄関・スタッフルームに掲示し、常に確認できるようになっている。<br>また、朝の申し送りの際には理念の唱和を行っている。 |      |                   |
| 2                 | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                    | 町内会に加入し、運営推進会議には町内会役員に参加して頂いている。<br>近隣のお店に食事に行ったり、地域のボランティア団体にお越し頂いたり、「こども110番」にも協力している。                                |      |                   |
| 3                 |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | 現時点で積極的に行っているものはないが、地域の方々からの相談等がある場合にはお話を伺ったうえで関連部署につないでいる。   |      |                   |
| 4                 | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている | 2ヶ月に1回の運営推進会議で取り組み後の評価や評価後の改善について報告、それらに対して要望や助言をしていただき、サービス向上に活かしている。  |      |                   |
| 5                 | 4    | ○市町村との連携<br>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          | 運営推進会議の際、区役所の担当者・地域包括支援センターの方々・民生委員・町内会の方々にお越し頂いており、当施設の状況をお伝えしている。介護相談員にもお越し頂いており、ホームの状況などを報告している。                     |      |                   |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 社内の身体拘束廃止委員会を中心に、意識的な身体拘束、無意識のうちに身体拘束と思われる行為や環境を作らないなど、社員全体で意識し取り組んでいる。  |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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注意を払い、防止に努めている                                       | 身体的虐待だけでなく、言葉による虐待にも留意している。<br>社内での虐待防止委員会が中心となり、虐待についての意識を高め、防止に努めている。<br>虐待防止の為のポスターを掲示し、平素より意識を高めて業務を行っている。 |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 必要に応じて制度を利用できるよう、社内外の研修には適宜参加している。<br>実際に後見制度を利用されている方もおり、その都度連携・連絡を取っている。                                     |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時にご利用者様・ご家族様が不安や疑問に感じていらっしゃる場合には、安心して利用して頂ける様充分な説明を行っている。  |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | ご利用者様・ご家族様から意見・不満を聞いた場合、ホーム長に伝え、カンファレンス等で話し合っって対応を考えている。   |      |                   |



| 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                          | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | ミーティングにて職員の意見を吸い上げている。また、普段からコミュニケーションを大切にし、意見の言いやすい環境を作るよう努力している。   |      |                   |
| 12                          |      | ○就業環境の整備<br>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      | 半年に1回の割合で職員面談を行っている。その際今後の方向性や労働条件等について聞き取りをし、意欲的に働いていける様努めている。<br>また、研修や資格取得には出来る限りの支援を行っている。                   |      |                   |
| 13                          |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 社内の職階別研修、委員会・新任研修等へ積極的に参加しており、経験・役割・知識に合わせた研修への参加の機会を作っている。<br>また、資格取得に関して出来る限りの支援を行っている。                        |      |                   |
| 14                          |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 社内の研修や委員会活動等へ参加している。また、外部の研修にも参加する機会を作り、より良いサービスを行っていけるよう努めている。  |      |                   |
| <b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |      |  |  |      |                   |
| 15                          |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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        | 連絡を密に取り、ご家族様の心境・不安・ご本人様の周りの環境などを聞き取りしている。また、ご家族様と別々にお会いしたり、お話ししたりしている。入居時には居宅ケアマネとも連携を図り、環境の変化を出来るだけ減らせるよう努めている。 |      |                   |

| 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 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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     | ご家族様との連絡を密に取り、安心して頂ける様努めている。<br>面会時・家族会・毎月のお手紙等でご意見・ご要望を伺っている。                                     |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 居宅介護支援専門員と連携を図り、ケアプランを送っていただき、在宅での生活の様子を伺っている。その上で初回面談を行い、面談時の様子と事前に得た情報、ご家族様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<br>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                    | 掃除や後片付け等、ご利用者様にも積極的にお手伝いに参加して頂いている。ご利用者様に役割を持っていただく事で、はりのある生活を送っていただけるよう努めている。                     |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 電話や手紙、一言通信などで近況を適宜報告している。医療機関への受診、介護保険の更新等の際にはご家族様にお願いしている。ホームに入居してもご家族様と共に介護を行っていると考えている。         |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                 | 面会時間の制限はせず、自分の家としていつでも自由に過ごせるように努めている。<br>定期的に出掛けられる方もいらっしゃり、今後も継続して支援をしていきたい。                     |      |                   |

| 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 |
| 21                                |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | レクリエーション等の機会を通じて、皆様に楽しんでいただける機会を作っている。<br>耳が遠い等、集団の中で孤立する恐れのある方に対しては、会話の取り持ちを行うなどの支援を行っている。           |      |                   |
| 22                                |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 入院などで退居される方に対しては各関係機関への情報提供を適宜行っている。<br>また、退居されたご利用者様のところに面会に職員が伺っている。お亡くなりになった方のご家族様とのお付き合いもある。      |      |                   |
| <b>Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |   |   |      |                   |
| 23                                | 9    | ○思いや意向の把握<br>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。                       | 言葉だけでなく表情や行動等で表す意向、これまでの経緯から推し量る意向等を情報としてカンファレンス・会議・申し送りで検討している。                                      |      |                   |
| 24                                |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 入居の際の面談において生活歴を伺い、職員間で情報共有を図っている。<br>また、居宅のケアマネジャーと連携し、事前にケアプランをいただいたり担当者会議に参加するなどして生活環境や経過の把握を行っている。 |      |                   |
| 25                                |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 安全の範囲内で自由に生活していただき、その中でご本人様の状況を把握する事に努めている。カンファレンスや申し送りなどで日勤帯・夜間帯の様子の情報を集め、状態の把握に努めている。               |      |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | ご本人様の意向・ご家族様の意向を直接聞いたり、アセスメントから情報を読み取っている。必要事項を本人・家族・職員・医療関係者等と連携して介護計画を作成している。また、状況変化の際には出来るだけ早くプランの変更を行っている。 |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 記録を教諭し、日々の新しい情報として介護計画の見直しにいかしている。心理面では生活全般の情報・状況を参考にカンファレンス等で検討し、介護計画に生かしている。                                 |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 地域包括等を通じて社会資源の情報収集に努め、ご利用者様の経済状況やニーズ等を考慮し、多様なサービスに対応出来る様努めている。多様なサービスを使用する為に管理者を始め、職員の知識の向上を図っている。             |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | ボランティア・包括等からの協力を得ている。また、介護相談員に月1回お越しいただいている。フォーマルなサービスだけでなく、インフォーマルなサービス（おむつ給付・移動パン屋等）も活用し、支援をおこなっている。         |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                    | 事業所指定のかかりつけ医が居るがご本人様・ご家族様の希望を尊重し、従来のかかりつけ医の受診をされる場合には継続でき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<br>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                      | 普段の生活の中で、ご利用者様のいつもと違う点などをノートに記入し、訪問診療時や医療連携看護師が来られた時に相談し指示を仰いだり質問に答えていただいている。                                |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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、他の医療機関に掛かる際には主治医から情報書類を頂いている。<br>また、退院時にも入院先から情報書類を頂く事で、退院後の連携を図っている。                         |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | ご家族様に重度化した場合の対応を入居時に説明している。実際に看取り対応の経験もあり、家族会等においても普段から説明を行い、その時が来た時に選択していただける環境を作っている。                      |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 急変や事故に対しては速やかにかかりつけの医療機関・ご家族様・上司に連絡・報告すると共に、適切な対応処置や初期対応に努めている。  |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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回の定期的な避難訓練を行っており、訓練の際には消防署にも協力を仰いでいる。食料品・飲料水とも三日分の備蓄を行い、リストを作って管理している。また、土砂災害警戒区域である為、近隣特養に避難できるようお話ししている。 |      |                   |

| 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 |
| <b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |   |      |                   |
| 36                              | 14   | ○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保<br>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                | 入浴や排せつの等、羞恥心を感じる場面では特に言葉や態度に気を付けている。  |      |                   |
| 37                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 言葉だけでなく行動・感情等見逃さないよう気を配っている。自分で選択し自己決定出来る環境づくりに努めている  |      |                   |
| 38                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 特に決まったスケジュールは無く、その日の流れによって柔軟に対応している。  |      |                   |
| 39                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 訪問理美容に定期的に来て頂き、本人の希望に添ったカットをしている。外の店を希望される場合にはご家族様の協力を得て希望に添った対応をしている。化粧ボランティアの方にもお越しいただき、化粧を楽しんでいただいている。 |      |                   |
| 40                              | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食事は調理スタッフが作っているが、おやつに関しては利用者と一緒に楽しみながら作る機会を設けている。希望を聞き、毎月出前や外食、食事レク等を行い、食事を楽しんで頂く機会を作っている。                |      |                   |

| 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<br>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            | 栄養バランスの取れた献立を提供している。ホームでは食事形態・摂取量・水分量・体重、また排泄のチェックを行い、多角的に把握する様努めており、必要時は協力機関（内科・歯科・看護）の指示を仰いでいる。            |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                     | 毎食後口腔ケアの声掛け・介助を行っている。また、週に1回歯科往診にて口腔内を診ていただいております。ご本人様・介護職員へのアドバイスを頂いている。                                    |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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     | 排泄表を使用して排泄パターンを把握し、訴えない方に対しては定時の誘導を行っている。ご自身でトイレに行くことが出来るが汚してしまう方等にはその人にあったパッド選びを行い、出来るだけご自身で出来るような支援を行っている。 |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる                     | 排便のパターンの記録・把握に努め、水分量や食事量・食事形態等を確認しながら、適宜医療機関に相談している。また、牛乳等の乳製品を摂る事で排泄がスムーズに行かれる方には個別に宅配を頼む等の支援を行っている。        |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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ず、個々に応じた入浴の支援をしている | 週に2回以上の入浴の機会を提供している。その上で入浴時間やタイミングは出来るだけ利用者の希望に沿って行っている。拒否のある方に対しては、羞恥心に配慮し同性介助を行ったり、時間を置いて再度声掛けする等して対応している。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 出来る限りご本人様の生活習慣や意向に沿うようにしている。<br>ご本人様が穏やかに生活できるような環境づくりに努めている                                     |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 服薬ミス防止を為、全社共通の服薬介助マニュアルを用い、ダブルチェックを徹底している。<br>また、ご利用者様の状況に応じ、医師・薬剤師と連携を図りながら薬の形態やパッケージを適宜変更している。 |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | ご本人様の趣味・意向・また、アセスメント等からカンファレンスで検討し、日常生活の中で個別に支援している。   |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 花に水をあげたり、外気浴をするなどして、普段から楽しんで頂けるよう努めている。<br>ズーラシアや外食に行くこともあり、ご家族が参加できる時には一緒に参加していただいている。          |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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が、ご利用者様の希望に合わせて使用できるよう対応している。                                       |      |                   |



| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|------|------|--|---|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況  | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご利用様が手紙を書かれた場合には、職員がポストに投函している。ご家族様からの電話は適宜お取次をしている。  |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 基本的に全居室に温湿度計を置き、温度・湿度の管理をしている。また、立地上、虫が多く出るので玄関を定期的に清掃し、清掃チェック表にて管理を行っている。居室に仏壇やテーブル・昔の写真などを置いている方もいらっしゃる |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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・一人でいても周りに皆がいるよう感じられる空間などの環境づくりに努めている。                                      |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | ご家族様やご本人様と相談して使い慣れた家具や物を使用して頂いている。自室で植物を育てたり、自分で描いた絵・写真を貼っている方もいらっしゃる。                                    |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | トイレや浴室にはイラストを使用し、視覚にて場所を理解して頂ける様配慮をしている。また、ご利用者様の認知度に合わせ、必要な方には居室内に掲示を行い、理解しやすい環境づくりを行っている                |      |                   |

### 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【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        | 2    | 地域の方々との交流や、ボランティアの受け入れ数が少ない | 地域の方々とより交流を図っていく | ボランティアの受け入れ<br>地域行事への参加・受け入れ<br>オレンジカフェ等の検討 | 6ヶ月        |
| 2        |      |                             |                  |   | ヶ月         |
| 3        |      |                             |                  |   | ヶ月         |
| 4        |      |                             |                  |   | ヶ月         |
| 5        |      |                             |                  |   | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。