

平成28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	1493300022	事業の開始年月日	平成18年5月1日	
		指定年月日	平成24年4月28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・横浜三保2			
所在地	( 226-0015 )			
	神奈川県横浜市緑区三保町994			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <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28年10月20日	評価結果 市町村受理日	平成29年3月14日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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)】

緑多い自然豊かな土地にあるホームです。ホーム裏には畑があり、夏にはトマトやキュウリ、茄子などの作物を作り、冬に向けて大根や玉葱、白菜など色々な作物の収穫をご利用者様と一緒に楽しんでいます。車椅子のご利用者様にも収穫しやすい場所をと考え、花壇も畑にしました。又、天候に合わせて外気浴で気分転換しながら、お茶を飲んだり、散歩に出掛けたりしています。ホーム内では、カラオケ大会や生花、書道、絵画など個々の特技を活かして頂いています。近隣のお祭りやイベントにも参加しています。ホームで行う四季折々の行事には、ご家族様も一緒に参加して頂き協力体制が深まっています。職員全員で「笑顔の絶えない明るい家族」を理念とし、日々取り組んでいます。

### 【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年12月7日	評価機関 評価決定日	平成29年2月6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JR横浜線「中山駅」よりバスで約15分です。事業所の周囲は畑や小川、山林もあり、自然豊かでのどかな、散歩に適した環境です。  
 <優れている点>  
 法人の理念に加え、事業所独自の理念は「笑顔のたえない明るい家族」としています。事業所全体が家族である、との意識を持ち、常に声掛けに留意しながら介護、介助に当たっています。また、事業所目標「職員の接遇、身体拘束・虐待防止、転倒・服薬事故防止」にも力を入れ、利用者の立場に立ったサービスの提供を心掛けています。運営推進会議は2ヶ月に1回開催し、運営状況や活動内容、外部評価の受審についても報告し、事業所の透明性やサービス内容の開示に努めています。また、医療面では、医師と訪問看護師が連携を図り、安心して医療の受診や健康相談ができる医療連携体制ができています。看取り介護を経験しています。重度化した場合の対応指針を説明し、利用者の尊厳に配慮した最善の方法を採るように支援しています。  
 <工夫点>  
 家族には利用者の最近の様子を「一言通信」にて知らせています。利用者の生活面の写真を貼付し、預かり金残高も記載し、楽しく暮らしている様子を知らせています。家族との連絡を密にとり、事業所への意見・感想をもらって、安心に繋がっています。

### 【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・横浜三保2
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、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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	地域行事に積極的に参加し、又ホーム行事を地域へお知らせして、密着した関係作りに努力しています。全体会議にて新しい理念に変更し、職員全員で同じ方向性で実践に取り組んでいます。	理念は、前任の管理者が職員と話し合っって作成し、玄関、1階・2階の各事務室に掲示しています。管理者は新入職員研修時に説明し、職員は日頃の介護・介助の中で、心を込めた声掛けに努め、実践に結び付けています。	
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。	自治会に加入しています。避難訓練には、地域の消防団の方が数名参加して下さり炊き出し訓練の準備等、力を貸して下さいます。又、収穫した野菜や花など頂いたり、行事参加で交流しています。子供110番の受け入れをしています。	自治会に加入し、地域の祭礼時には神輿を見物しています。初詣は地元の寺に行き、参拝しています。ボランティアが日本舞踊に訪し、利用者家族によるカラオケ大会や生花、書道などを楽しみ、交流しています。	地域との繋がりのため、保育園や幼稚園、中学校や高校生の社会学習を受け入れるなど、取り組みの工夫が期待されます。
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。	ホーム見学に来られた際、事業所の支援方法をお話します。又、ホーム行事に参加して頂く事で、認知症の人の理解を深めて頂いています。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1度(年6回)ご家族様代表・地域の方・区役所・地域包括の方々に参加して頂き、活動状況や出来事、事故報告を行っております。又、意見・要望に対して、ホーム会議等で話し合い、サービスの向上に活かしています。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催しています。会議では事業所の運営状況や活動内容を説明し、外部評価の受審結果を報告しています。意見交換を行い、理解と支援を得るよう努め、サービスの向上に活かしています。	
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り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。	日頃より生活保護担当(市町村)の方と連絡を取り合い、運営推進会議の参加に協力して頂ける関係を築いています。	管理者は市高齢者グループホーム連絡会のブロック会に参加しています。講習会や勉強会を受講し、情報交換を行っています。介護保険の要介護認定更新の手続きや立会いを家族に代わって行っています。	

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
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「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。	安全対策委員会より、身体拘束ゼロに向けて月に1度、身体拘束委員会を開催し、身体拘束のないことを確認し合います。又、身体拘束ゼロマニュアルの読み合わせを行ない、話し合っています。玄関は施錠しますが希望に応じて出入りしています。	身体拘束について、法人の研修を受講し、事業所で職員と話し合い、正しい理解に努めています。玄関は安全面と防犯上から、家族の了解を得て施錠しています。利用者の帰宅願望の際には、職員と一緒に外出し、見守りしています。	
7		○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。	月1回各フロアにて虐待防止委員会を開催し、チェックシートをもとに皆で話し合いをしています。利用者様への声掛けにも十分配慮し、虐待防止に努めています。絶対にあってはならない事と職員一同、周知徹底しています。虐待防止ガイドラインを設置しています。		
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。	必要な方に支援出来るように、成年後見制度について学ぶ場に参加しています。個々の必要性を関係者と話し合っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居時、契約書に基づき、丁寧に説明しています。納得、ご理解して頂いた上で契約して頂いています。家族様の不安を取り除けるよう話し合い、又、入居後の要望をお聞きしています。		
10	6	○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。	利用者様、家族様からの声を傾聴し、意見・提案はすぐに話し合い反映しています。家族様方へカンファレンスの参加の希望を伺い、家族様を交えてのカンファレンスを行い改善に取り組んでいます。玄関にご意見箱を設置しています。	運営推進会議や家族の来訪時に声掛けし、意見や要望を聞いて運営面に反映しています。年6回行う家族会は、すでに退去した人の家族がリーダーです。花見や納涼祭などの行事に併せて行い、利用者の家族が意見や要望を表せる機会づくりに努めています。	

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
11	7	○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。	ホーム会議・各フロア会議を行ない、職員の意見・要望を聞く機会を設け、職員同士が随時意見交換し、業務に反映しています。必要に応じて月数回行っています。	管理者は月1回の全体会議やユニット会議、夕方の申し送り時に日常業務の要望や意見を聞き、業務の改善に反映しています。職員から白菜漬けの樽を購入して欲しいとの要望があり、購入予定です。	
12		○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1人ひとりに委員会や居室担当などの役割があり、責任・向上心を持って取り組んでいます。なるべく希望に沿ったシフト作成をして、働きやすい環境作りに努めています。		
13		○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。	個々の経験に合わせた法人内外研修を受けられるようにしています。研修後、現場で勉強会を行い、実践・指導により向上しています。		
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。	会社内では、エリア会議や委員会等で事業者との交流があり、地域の同業者との交流が持てるよ様、グループホーム連絡会に加入し参加しています。又、交換研修の場を設けて、学んだ事を取り組みをしています。		
<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 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。	実調に出向き、本人様の意向を聞き取り、入居直後は不安や困っている事に傾聴しながら、信頼関係が持てるよう努めています。又「心を込めた声掛けを」心掛けています。(職員申し送り時間に毎回読み合わせを行う項目にあり)		

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。	実調に出向き、家族様の不安・思いを理解し、意向は必ず聞き取りケアプランへ反映しています。要望等傾聴しながら、信頼関係が持てるよう努めています。入居後も来所された際、日々の様子をお伝えし、安心して頂けるよう努めています。		
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。	本人様・家族様の意向を聞き、職員間で話し合い、ニーズを見極めた上で、必要なサービスの提供を行っています。		
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。	残存機能を活かし、食器拭き・洗濯たみ・掃除など、出来ることを職員と一緒にやり、お互い支え合いながら日常生活を過ごしています。		
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。	面会時に近況を話し、情報を共有します。又、行事やレクリエーションを共に楽しむ機会を持てるよう働きかけ、外出時にも協力して頂ける関係を築いています。		
20	8	○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。	友人が面会に来られたり、知人との手紙のやり取りを大切にしています。又、馴染みのある教会等、個別外出をしています。	利用者は家族と一緒に馴染みの店へステーキや寿司の夕食に出掛けています。利用者の知人や友人が、家族の了解の上で来訪する際は、リビングで歓談し、職員が湯茶のサービスを提供しています。年賀状が届き、利用者が絵手紙で返信する支援もしています。	

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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士が協力し合いながら食器拭きをしたり、孤立しないようテーブル配置を工夫し、レクリエーションに取り組んで、楽しく生活出来るよう努めています。		
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。	契約終了時後も相談があった際には、アドバイス等させて頂いています。		
<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 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。	日々の会話の中で、思いや要望を聞き出しています。又、家族様から利用者様に関わる話を聞くよう努力しています。何事でも、本人の意向が叶えられるよう努めています。	職員は利用者の日常の行動や表情、仕草の中から、意向や希望を汲み取るように努めています。意向を自分から伝えにくい人には、利用者と一対一になる入浴や夜間の静かな時間帯に話を聞き、思いの把握に努めています。	
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。	実調時、生活歴・生活状態を利用者様本人と家族様から情報収集し、入居後も把握に努めています。		
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。	フロア会議を行ない、1人ひとりの心身状態を考慮した残存機能について話し合い、無理のない現状維持・把握に努め支援しています。		

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
26	10	○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。	利用者様・家族様の意向や生活歴を取り入れ、その人らしく、より良い生活が出来るよう職員間で話し合い、介護計画書を作成しています。	入居時に自宅やショートステイ先を訪問し、本人や家族と話し合っています。アセスメントに基づき暫定プランを作成し、1ヶ月程観察します。その後、職員間でカンファレンスを行い、主治医の意見を入れて介護計画を作成します。通常3ヶ月毎に見直しています。	
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。	日常の様子や会話等を記録しています。ケアプランに沿った番号を書く工夫をしています。又、月1回フロア会議や状況の変化など必要に応じて話し合い・見直しをしています。		
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。	重度の利用者様には、医療連携との連携を取りながら、看取り介護を行っています。家族様の要望を聞き、必要なサービスを提供しています。		
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。	行事など、ボランティア様に協力依頼し、楽しんで頂ける環境作りをしています。又、消防団の方の協力を得て消防訓練を実施しています。近隣のパン屋・牛乳屋に来て頂いています。		
30	11	○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。	月2回定期的な往診があり、健康管理を行っています。特変時等は24時間連絡が取れ相談できます。家族様と協力し適切な医療を受けられるように支援しています。	利用者や家族の希望するかかりつけ医を継続して受診できるように支援しています。現在は、全員が協力医療機関の往診医の訪問診療を受診しています。医療情報は診療臨時処方依頼表や申し送りノートに記録し、職員間で共有しています。	



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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週1回医療連携看護師による定期的な健康管理を行っています。利用者様の個人ノートに健康状態や気づきを記載して診て頂いています。気軽に相談でき、助言を頂いています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は利用者様の普段の状態をサマリー提供しています。入院中はお見舞いにて、早期退院に向け病院側と情報交換に努めています。ムンテラの際には家族様と一緒に同席し情報共有しながら対応しています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	「重度化した場合の対応に係る方針」「看取り介護マニュアル」に沿って、家族様・医師・職員で話し合い連携体制を取っています。又、看取りケアプランを作成して、家族様・医療関係者と連携しながら支援しています。	入居時に看取りに関する指針を説明し、医療連携体制と看取り介護の同意を得ています。終末期は、家族の要望と協力に基づき、主治医の判断によって、看護師、家族、職員が話し合い、利用者にとって最良といえる選択を採っています。	利用者の急変時や重度化に対し、看取り介護に関する研修を実施し、一層充実した看取り体制を整え、ケアの質の向上に努めることが期待されます。
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。	定期的に消防署指導のもと、心肺蘇生法を学び、直ぐに対応出来るようにしています。緊急時・事故発生時の対応マニュアルは目の届く場所に貼っています。		
35	13	○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回避難訓練を行っています。1回は夜間想定訓練実施。地域の消防団の方が協力して下さいます。備蓄の充実が努め、防災頭巾や充電式電灯など準備しています。	防災・避難訓練は年2回、夜間想定を含めて実施しています。訓練には消防署などの協力を得ており、利用者をベランダへ避難誘導するように訓練しています。非常災害用の食料、飲料水を備蓄しています。備蓄の一覧表も作成し、管理しています。	

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 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。	1人ひとりの人格を尊重して、トイレ時など、その人に応じた声掛けをしています。自尊心を傷つけることのないよう注意しています。	接遇やプライバシーについては、毎月の全体会議で触れています。上から目線でない、心を込めた言葉掛けを心掛けています。不適切な場面に出会った時は、注意を促しています。個人情報を含む書類は施錠し管理しています。	
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。	移動パン屋に来て頂き、お好きなパンを購入され、おやつ時に召し上がられています。お茶なども、お好きな飲み物を提供しています。又、普段の会話の中で思いや希望を聞き出しています。		
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。	居室で絵を書かれる時間や、外に出たいとの希望があれば散歩時間を設け、家事のお好きな方は、手伝いをさせていただくなど、1人ひとりの希望に沿えるよう支援しています。大分高齢の方が増えて参りましたので、昼寝時間も大切にしています。		
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。	利用者様より「髪を切りたい」との要望があれば、訪問理美容に来て頂きます。又、外出時には化粧をしたり、おしゃれが出来るよう支援しています。納涼祭には浴衣を着て頂きます。		
40	15	○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。	お茶を入れて頂いたり、盛り付けを手伝って頂くなど、職員と一緒に準備しています。食後の片付けも出来る範囲で、食器拭きなどして頂いています。	献立は法人の管理栄養士が作成したものを基に、業者から食材を調達し、調理専門の職員が調理しています。利用者は職員と一緒に下ごしらえ、湯茶入れ、盛り付けなどを行っています。行事食は、恵方巻、柏餅づくり、流しソーメンなどで、誕生日には赤飯を提供しています。	

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
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。	栄養士により、カロリー計算された食事を提供しています。食事形態や水分の種類を工夫し、個々の状態に合わせて摂取できるよう支援しています。		
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、口腔ケアを行なっています。1人ひとりの力に応じて介助しています。又、月4回は歯科衛生士によるケアを行い、月2回は歯科医師による治療等行っています。		
43	16	○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。	毎食後は、トイレ誘導しています。1人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け誘導しています。又、排泄サインを見逃さないよう支援しています。	排泄チェック表により排泄パターンを把握し、トイレ誘導をしています。食事の前後に声掛けし、トイレへの支援をしています。昼間はリハビリパンツ、夜間はおむつを使用するよう工夫して、安眠できるようになった利用者もいます。	
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。	家族様協力のもと、個々に応じたオリブオイル・ハーブティー・ヨーグルトなど排便を促す食べ物や飲み物を提供しています。又、水分量にも気を付けています。		
45	17	○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。	入浴状況に応じて声掛けしています。拒否される方も、声掛けに工夫して週2度のペースで入浴して頂くよう支援しています。希望があれば個々に応じて入浴をして頂きます。	入浴は基本的には週2回とし、希望があれば体調を考慮して、いつでも入浴できるように支援しています。リフト浴の設備もあります。入浴したがいらない人には歌を歌ったり、入浴剤や声掛けの工夫をしています。	

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 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。	昼夜逆転に配慮しながら、利用者様の状況に応じて休息して頂いています。居室の空調も調整し、体調に合わせて日常静養して頂いています。		
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。	誤薬や飲み忘れ防止に努める為の工夫をしています。写真付のケースに当日分の薬を入れ、必ずWチェックし、本人様へ確認をして頂き服用しています。バイタルチェックや日常の体調変化、症状の変化は、往診医へ連絡しています。又、家族様へ報告しています。		
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・洗濯・食器拭きなど、個々に応じた役割や、気分転換に外気浴しながらのお茶をするなど、喜びのある日々を過ごせるよう支援しています。又、散歩や個別外出をしています。		
49	18	○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。	天候に合わせた、外気浴や散歩を行っています。日頃の利用者様との会話から希望を把握し、買い物や食事に外出しています。又、家族様の協力を得て、全員で外出しています。	天気が良ければ事業所の周りを散歩しています。庭で四季の移り変わりの景色を見ながら外気浴をし、茶話会や食事なども楽しみます。職員と一緒に買い物に出掛けたり、送迎サービスのあるレストランへ出掛け、花見や食事を楽しんでいます。	
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。	個々の能力に応じて、近くのコンビニまでお金を所持して頂き、買い物します。		

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
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。	家族様へ電話されたり、知人との手紙のやり取りなど、利用者様の状態・能力に応じて支援しています。年賀状の希望を伺い必要に応じてます。又、携帯電話を持たれている方もいらっしゃいます。		
52	19	○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。	家庭的な雰囲気や、居心地の良い空間作りに努めています。季節感ある物を飾り、フロアにも休息用のベットを用意しています。庭に面した窓から、車椅子でも外に出られるようスロープを設けています。	共用空間は清潔に保たれ、整理整頓されています。居間の片隅にソファベッドを置き、自分の居場所にこだわりのある人のために小机も用意しています。利用者の習字、貼り絵、行事の写真、クリスマスツリーを飾り、季節感や生活感を採り入れています。	
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。	ソファや本棚、レク用品を設置し、他利用者様と雑談したり、読書が出来るスペースを作っています。又、庭先に長椅子を置き、ゆったり過ごせるよう工夫しています。		
54	20	○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。	家族様と相談しながら、個々の使い慣れた家具や写真等を置き、居心地良く安心して暮らせるようにしています。	居室は写真や思い出のある絵などを飾り、居心地よく過ごせるようにしています。コールボタンを整備し、利用者の状況によって光または音のセンサーを設置している部屋もあります。転倒防止のためマットを敷き、ベッドに布を巻き付けるなどの工夫をしています。	
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。	1人ひとりの状態に合わせた自立支援の検討を行い、混乱や失敗のないように配慮し、安全な生活が送れるようにしています。		

事業所名	グループホームみんなの家・横浜三保2
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、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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	地域行事に積極的に参加し、又ホーム行事を地域へお知らせして、密着した関係作りに努力しています。全体会議にて新しい理念に変更し、職員全員で同じ方向性で実践に取り組んでいます。		
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。	自治会に加入しています。避難訓練には、地域の消防団の方が数名参加して下さり炊き出し訓練の準備等、力を貸して下さいます。又、収穫した野菜や花など頂いたり、行事参加で交流しています。子供110番の受け入れをしています。		
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。	ホーム見学に来られた際、事業所の支援方法をお話します。又、ホーム行事に参加して頂く事で、認知症の人の理解を深めて頂いています。		
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度(年6回) ご家族様代表・地域の方・区役所・地域包括の方々に参加して頂き、活動状況や出来事、事故報告を行っております。又、意見・要望に対して、ホーム会議等で話し合い、サービスの向上に活かしています。		
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。	日頃より生活保護担当(市町村)の方と連絡を取り合い、運営推進会議の参加に協力して頂ける関係を築いています。		

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 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。	安全対策委員会より、身体拘束ゼロに向けて月に1度、身体拘束委員会を開催し、身体拘束のないことを確認し合います。又、身体拘束ゼロマニュアルの読み合わせを行ない、話し合っています。玄関は施錠してありますが希望に応じて出入りしています。		
7		○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。	月1回各フロアにて虐待防止委員会を開催し、チェックシートをもとに皆で話し合いをしています。利用者様への声掛けにも十分配慮し、虐待防止に努めています。絶対にあってはならない事と職員一同、周知徹底しています。虐待防止ガイドラインを設置しています。		
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。	必要な方に支援出来るように、成年後見制度について学ぶ場に参加しています。個々の必要性を関係者と話し合っています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	入居時、契約書に基づき、丁寧に説明しています。納得、ご理解して頂いた上で契約して頂いています。家族様の不安を取り除けるよう話し合い、又、入居後の要望をお聞きしています。		
10	6	○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。	利用者様、家族様からの声を傾聴し、意見・提案はすぐに話し合い反映しています。家族様方へカンファレンスの参加の希望を伺い、家族様を交えてのカンファレンスを行い改善に取り組んでいます。玄関にご意見箱を設置しています。		



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 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。	ホーム会議・各フロア会議を行ない、職員の意見・要望を聞く機会を設け、職員同士が随時意見交換し、業務に反映しています。必要に応じて月数回行っています。		
12		○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1人ひとりに委員会や居室担当などの役割があり、責任・向上心を持って取り組んでいます。なるべく希望に沿ったシフト作成をして、働きやすい環境作りに努めています。		
13		○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。	個々の経験に合わせた法人内外研修を受けられるようにしています。研修後、現場で勉強会を行い、実践・指導により向上しています。		
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。	会社内では、エリア会議や委員会等で事業者との交流があり、地域の同業者との交流が持てるよ様、グループホーム連絡会に加入し参加しています。又、交換研修の場を設けて、学んだ事を取り組みをしています。		
<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 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。	実調に出向き、本人様の意向を聞き取り、入居直後は不安や困っている事に傾聴しながら、信頼関係が持てるよう努めています。又「心を込めた声掛けを」心掛けています。(職員申し送り時間に毎回読み合わせを行う項目にあり)		

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。	実調に出向き、家族様の不安・思いを理解し、意向は必ず聞き取りケアプランへ反映しています。要望等傾聴しながら、信頼関係が持てるよう努めています。入居後も来所された際、日々の様子をお伝えし、安心して頂けるよう努めています。		
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。	本人様・家族様の意向を聞き、職員間で話し合い、ニーズを見極めた上で、必要なサービスの提供を行っています。		
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。	残存機能を活かし、食器拭き・洗濯たみ・掃除など、出来ることを職員と一緒にやり、お互い支え合いながら日常生活を過ごしています。		
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。	面会時に近況を話し、情報を共有します。又、行事やレクリエーションを共に楽しむ機会を持てるよう働きかけ、外出時にも協力して頂ける関係を築いています。		
20	8	○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。	友人が面会に来られたり、知人との手紙のやり取りを大切にしています。又、馴染みのある教会等、個別外出をしています。		

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。	利用者同士が協力し合いながら食器拭きをしたり、孤立しないようテーブル配置を工夫し、レクリエーションに取り組んで、楽しく生活出来るよう努めています。		
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。	契約終了時後も相談があった際には、アドバイス等させて頂いています。		
<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 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。	日々の会話の中で、思いや要望を聞き出しています。又、家族様から利用者様に関わる話を聞くよう努力しています。何事でも、本人の意向が叶えられるよう努めています。		
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。	実調時、生活歴・生活状態を利用者様本人と家族様から情報収集し、入居後も把握に努めています。		
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。	フロア会議を行ない、1人ひとりの心身状態を考慮した残存機能について話し合い、無理のない現状維持・把握に努め支援しています。		

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
26	10	○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。	利用者様・家族様の意向や生活歴を取り入れ、その人らしく、より良い生活が出来るよう職員間で話し合い、介護計画書を作成しています。		
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。	日常の様子や会話等を記録しています。ケアプランに沿った番号を書く工夫をしています。又、月1回フロア会議や状況の変化など必要に応じて話し合い・見直しをしています。		
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。	重度の利用者様には、医療連携との連携を取りながら、看取り介護を行っています。家族様の要望を聞き、必要なサービスを提供しています。		
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。	行事など、ボランティア様に協力依頼し、楽しんで頂ける環境作りをしています。又、消防団の方の協力を得て消防訓練を実施しています。近隣のパン屋・牛乳屋に来て頂いています。		
30	11	○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。	月2回定期的な往診があり、健康管理を行っています。特変時等は24時間連絡が取れ相談できます。家族様と協力し適切な医療を受けられるように支援しています。		

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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週1回医療連携看護師による定期的な健康管理を行っています。利用者様の個人ノートに健康状態や気づきを記載して診て頂いています。気軽に相談でき、助言を頂いています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は利用者様の普段の状態をサマリー提供しています。入院中はお見舞いにて、早期退院に向け病院側と情報交換に努めています。ムンテラの際には家族様と一緒に同席し情報共有しながら対応しています。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	「重度化した場合の対応に係る方針」「看取り介護マニュアル」に沿って、家族様・医師・職員で話し合い連携体制を取っています。又、看取りケアプランを作成して、家族様・医療関係者と連携しながら支援しています。		
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。	定期的に消防署指導のもと、心肺蘇生法を学び、直ぐに対応出来るようにしています。緊急時・事故発生時の対応マニュアルは目の届く場所に貼っています。		
35	13	○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回避難訓練を行っています。1回は夜間想定訓練実施。地域の消防団の方が協力して下さいます。備蓄の充実に努め、防災頭巾や充電式電灯など準備しています。		

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 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。	1人ひとりの人格を尊重して、トイレ時など、その人に応じた声掛けをしています。自尊心を傷つけることのないよう注意しています。		
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。	移動パン屋に来て頂き、お好きなパンを購入され、おやつ時に召し上がられています。お茶なども、お好きな飲み物を提供しています。又、普段の会話の中で思いや希望を聞き出しています。		
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。	居室で絵を書かれる時間や、外に出たいとの希望があれば散歩時間を設け、家事のお好きな方は、手伝いをさせていただくなど、1人ひとりの希望に沿えるよう支援しています。大分高齢の方が増えて参りましたので、昼寝時間も大切にしています。		
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。	利用者様より「髪を切りたい」との要望があれば、訪問理美容に来て頂きます。又、外出時には化粧をしたり、おしゃれが出来るよう支援しています。納涼祭には浴衣を着て頂きます。		
40	15	○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。	お茶を入れて頂いたり、盛り付けを手伝って頂くなど、職員と一緒に準備しています。食後の片付けも出来る範囲で、食器拭きなどして頂いてます。		

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。	栄養士により、カロリー計算された食事を提供しています。食事形態や水分の種類を工夫し、個々の状態に合わせて摂取できるよう支援しています。		
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、口腔ケアを行なっています。1人ひとりの力に応じて介助しています。又、月4回は歯科衛生士によるケアを行い、月2回は歯科医師による治療等行っています。		
43	16	○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。	毎食後は、トイレ誘導しています。1人ひとりの排泄パターンを把握し、声掛け誘導しています。又、排泄サインを見逃さないよう支援しています。		
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。	家族様協力のもと、個々に応じたオリーブオイル・ハーブティー・ヨーグルトなど排便を促す食べ物や飲み物を提供しています。又、水分量にも気を付けています。		
45	17	○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。	入浴状況に応じて声掛けしています。拒否される方も、声掛けに工夫して週2度のペースで入浴して頂くよう支援しています。希望があれば個々に応じた入浴をして頂きます。		

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
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。	昼夜逆転に配慮しながら、利用者様の状況に応じて休息して頂いています。居室の空調も調整し、体調に合わせて日常静養して頂いています。		
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。	誤薬や飲み忘れ防止に努める為の工夫をしています。写真付のケースに当日分の薬を入れ、必ずWチェックし、本人様へ確認をして頂き服用しています。バイタルチェックや日常の体調変化、症状の変化は、往診医へ連絡しています。又、家族様へ報告しています。		
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・洗濯・食器拭きなど、個々に応じた役割や、気分転換に外気浴しながらのお茶をするなど、喜びのある日々を過ごせるよう支援しています。又、散歩や個別外出をしています。		
49	18	○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。	天候に合わせた、外気浴や散歩を行っています。日頃の利用者様との会話から希望を把握し、買い物や食事に外出しています。又、家族様の協力を得て、全員で外出しています。		
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。	個々の能力に応じて、近くのコンビニまでお金を所持して頂き、買い物します。		



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
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。	家族様へ電話されたり、知人との手紙のやり取りなど、利用者様の状態・能力に応じて支援しています。年賀状の希望を伺い必要に応じてます。又、携帯電話を持たれている方もいらっしゃいます。		
52	19	○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。	家庭的な雰囲気や、居心地の良い空間作りに努めています。季節感ある物を飾り、フロアにも休息用のベットを用意してます。庭に面した窓から、車椅子でも外に出られるようスロープを設けています。		
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。	ソファや本棚、レク用品を設置し、他利用者様と雑談したり、読書が出来るスペースを作っています。又、庭先に長椅子を置き、ゆったり過ごせるよう工夫しています。		
54	20	○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。	家族様と相談しながら、個々の使い慣れた家具や写真等を置き、居心地良く安心して暮らせるようにしています。		
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。	1人ひとりの状態に合わせた自立支援の検討を行い、混乱や失敗のないように配慮し、安全な生活が送れるようにしています。		

平成28年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家・横浜三保2

作成日： 平成29年3月13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	地域との繋がりの為、保育園や幼稚園、中学校や高校生の社会学習を受け入れるなど、取り組みの工夫が期待されます。	・小中学生の体験学習を受け入れます。	・小中学校の福祉体験学習受け入れ方について調べます。 ・小中学校へ出向きます。	6ヶ月
2	12	利用者の急変時や重度化に対し、看取り介護に関する研修を実施し、一層充実した看取り体制を整え、ケアの質の向上に努めることが期待されます。	・利用者様と職員の係わり方や介護のあり方を学びます。 ・「看取り介護」の理解を深めます。	・定期的なホーム内研修等で「看取り介護」について学び、看取り体制を整えます。また、ケアの質の向上を目指します。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月