

平成 29 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	1493800021	事業の開始年月日	平成18年9月1日
		指定年月日	平成18年9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 横浜荏田東		
所在地	(224-0006) 神奈川県横浜市都筑区荏田東4-14-12		
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	平成29年10月18日	評価結果 市町村受理日	平成30年7月20日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

今年度の事業所計画として、研修に力を入れ取り組んでいます。全職員が認知症研修に参加し、利用者様の目線に立ち、認知症を理解しながら適切なケアが出来るように努めています。現在15名の職員が研修に参加し、会議等で情報の共有を行い、介護技術や知識を学び、職員一人ひとりがスキルアップする事で、利用者様が安心して不安なく生活出来るように努めています。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成29年11月18日	評価機関 評価決定日	平成30年2月4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)】

おしゃれな2階建て2ユニットの事業所は、横浜市営地下鉄「センター南」から徒歩15分のところにあります。近くには「タケノコ公園」と親しまれている自然豊かな都築中央公園があります。

<優れている点>

事業所は、理念の基、入居者の意向に沿った個別ケアができるよう努力しています。入居者の潜在能力を引き出そうと内外の研修へ職員が参加できるよう配慮しています。特に、認知症、虐待防止、介護技術に関しては必須重点項目と位置づけ、力を入れて取り組み、全職員のスキルアップに繋がっています。職員と家族の信頼関係が厚く、入居者の安心した日常生活につながっています。事業所の協力医だけでなく、個々のかかりつけ医との協体制度もあります。多職種の連携と情報共有が24時間対応に繋がっています。地域、近隣に溶け込み、地域行事だけでなく自治会班長など地域の一人として積極的に交流しています。また、認知症キャラバンサポーター講座や体操教室の会場提供など、地域貢献にも力を入れています。

<工夫している点>

台所の冷蔵庫には「職員に声をかけて下さい」の表示があり、入居者の私物も入っています。居室のコールは、本人の重みに反応するように、ベッドマットの隙間に設置しています。「黄色」だけを区別できる目の悪い入居者の為に、自室とトイレの引き戸に黄色のテープを張って、自立を促しています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 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 横浜荏田東
ユニット名	1F

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	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している。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	【みんなで元気に楽しく共に生きる】の理念の下、利用者本意の個別ケアを主体とした取り組みが出来るよう、日常生活の様子を記録に残し、カンファ等で話し合う場を作り、職員全員で共有し、実践へとつなげています。	入居者に寄り添い一人ひとりの声に耳を傾けています。楽しい事、悲しい事を把握し、必要に応じて家族や親族、職員、地域も含め、皆で共に分かち合えるように、と考えています。随時カンファレンスを行い、毎月フロア会議をし、全職員で共有しています。	
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、地域行事へ参加したり、子供会の子供達と交流が出来るようになってきました。又、地域交流の中から、ボランティアを紹介して頂いたり、イベントや体操教室を開催したりと地域の輪が広がっています。	自治会の班長になり、地域の一員として交流し、回覧板で地域の情報を得ています。地域や社会から孤立することのないようにコミュニケーションを密にし、地域交流の機会を多く持つように心がけています。職員には近隣の人もいます。	
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	行事案内を掲示板に展示、近隣への声掛けに挨拶回りやポスティングを行い、事業所に気軽に立ち寄って頂けるように声を掛けを行っています。又、地域の学校から依頼があった際には区役所と連携し地域の人々に向けて活かしています。		
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	概ね2ヶ月に1回の開催を目指し、事業所として地域と共に出来る事を話し合い意見交換を行っています。夜間避難訓練の際には消防団を紹介して頂き、感染症発生時の情報共有、ボランティアの紹介等、サービスの向上に活かしています。	地域住民や民生委員、消防団員、地域包括支援センター職員、区高齢支援課職員、入居者家族などの参加により開催し、意見交換や地域の情報を得たりしています。地域からの依頼を受け、1階のフロアを体操教室会場として開放しています。	
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	市区町村などで実施する研修や、横浜市のグループホーム協議会に加入し情報提供頂いています。又、生活保護ケースでは、担当ワーカーとの連携、報告を密にして取り組んでいます。	高齢支援課へ運営推進会議の報告書や事業所のパンフレットを持参しています。生活保護担当者と2ヶ月毎に面談し、連携を密にしています。ホーム長はキャラバンメイトの一員として、中学生対象に認知症サポーター養成講座を実施しています。	

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 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	身体拘束ゼロへの行動指針、毎月1回の会議を開催し、周知徹底に努めています。3ヶ月毎に身体拘束チェックシートにて拘束の有無の確認し、外傷を発見した際には外傷確認報告書を作成し、発見に気付けるように取り組んでいます。	身体拘束ゼロ推進や虐待防止委員会の取り組みを明記した書面を掲示しています。半年に1回、言葉のタブーを職員間で話し合う機会を設けています。全職員が、日常的に虐待かどうかを意識できるような環境づくりに取り組み、共有しています。	
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	事業所で虐待防止委員会を設け、毎月の会議で議題を掲げ話し合いを行っています。又、外傷を発見した際には外傷確認報告書を作成し、職員全員で共有し虐待防止に努めています。		
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	会社研修、GH連絡協議会や各研修資料を掲示し、職員が希望の研修に参加できるようにシフトの調整を行っています。研修後はレポートの提出、回覧を行い情報の共有をし活用しています。		
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	入居契約、解約時は施設側、家族側が納得の上契約される様十分な説明や話し合いの場を設け、利用者、家族の意向、問題点を確認し支援に反映しています。職員も内容を把握し、同じ方向性でケアが出来る様努めています。		
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	会社、事業所にも苦情相談窓口を設けていると共に、投書箱の設置、市区町村へ案内の掲示をしています。又、職員全員が苦情相談員としての一端が担える様、家族会での意見交換等から反映し努めています。	家族会は2ヶ月ごとの予定で、ホーム長やフロア長が参加しています。個別面談では居室担当者も同席しています。電話で要望や意見を聞いたりしています。家族の要望や意見は入居者の心身状況を検討し、出来る限り対応しています。	

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	月1回の定例フロア会議や、随時全体会議、正社員会議を開催し意見交換を行なっています。職員の個別対応、面談も随時行ない、意見、相談等話し合う場を設け、何でも話せる環境作りに努め反映させています。	常にホーム長から職員に声掛けをし、話やすく相談しやすい環境作りに努めています。正社員とは年2回、パートは年1回面談の機会を持っています。現場で意見交換の場を持ち、意見や提案からカンファレンスへつなげています。	
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	年2回の人事考課を実施し、勤務状況、仕事への意欲、取り組み姿勢等個別の評価をしています。又、やりがいを持ち生き活きと働けるよう、研修の参加を呼び掛け、知識が向上し自信を持ってケアに取り組めるように努めています。		
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	会社やGH連絡協議会、市区町村での研修案内を掲示し、事前に希望や推薦を募る等し参加を呼び掛けています。又、職員面談の中で、得意な事は伸ばし、不得意な事は改善出来るように、職員と一緒に考えながら研修選りを行って行っています。		
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	GH連絡協議会や運営推進会議での交流の場を活かし、同業者との交流が図れるように努めています。近隣の同業者には、行事の案内や、お誘いの訪問をしながら相互の交流が出来る様に取り組んでいます。		
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	事前調査やサマリーだけの情報に頼らず、職員全員で情報収集に努め、コミュニケーションの中から、本人の訴えや希望、意向、不安、悩み等を傾聴し、知りえた新情報を全職員が共有し、本人が安心出来る環境、関係作りに努めています。		

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
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	法人内の入居担当との連携、ご利用者相談や要望を傾聴し、迅速な対応を心がけています。面会時等で、職員の対応からも安心感を持っ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	【必要な人に必要なサービスの提供を】の会社理念の下、利用者や家族のニーズに添ったケアプランを作成し、モニタリングやカンファで話し合いを行い、ニーズに答えられる様に努めています。		
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	事業所の理念の下、利用者も職員も、荏田東で共に暮らす仲間として、楽しみや悲しみを共感し合い、一緒に一つの事に皆で取り組み、互いに「ありがとう」と声を掛け合えるような関係作り取り組んでいます。		
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	家族会や行事、面会時や電話を通じ、思いや要望等常に聞く体制で対応しています。居室担当を付け、利用者や家族と密に連携し信頼関係を築き、毎月1回発行する「一言通信」にて、日々の様子、健康状態や内服薬等の情報を共有しています。		
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	家族や友人がいつでも訪ねて頂けるような事業所の雰囲気作りや、利用者が家族と外泊、外出が出来る様にご家族様との連携に努めています。又、電話や手紙にて馴染みの人との関係が継続出来るように努めています。	居室内での携帯電話の使用や電話の取次ぎを支援しています。家族や友人との外食もあります。会いたい友人については、家族に確認し、本人の周辺症状も考え、連絡をとります。切手購入や年賀状のあて名の代筆をして関係継続を支援しています。	

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
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	日頃のレクリエーションや、日常家事（掃除、洗濯、炊事）を通して互いに協力し、支え合いながら出来る事をして頂いています。又座る席や、散歩の時も利用者同士で会話出来る様にメンバー構成を考えて支援しています。		
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	契約終了後も介護サマリーにて情報提供し、必要に応じては訪問し様子を伺う事で利用者が安心して生活出来るよう支援に努めています。また、事業所のイベントの際には連絡し、参加して頂けるように努めています。		
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	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。	日常での会話や、何気なく言った一言を拾い、どのような状況の中からも少しでも本人の思い、希望へと繋げていける様に、職員全員で把握できるよう話し合いを行なっています。	日常の中で何気ない言葉を拾い上げ、居室担当者も交え、時間をかけて本人の思いや意向を探っています。入浴や居室での個別対応時に本音が聞けたりします。本人の思いや意向に添えるよう全職員で考え、カンファレンスや会議で共有しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	入居前に実態調査や、本人や家族から生活歴、趣味や特技、生活環境等の情報収集に努め、これまでの生活、生き方、暮らし方を理解し、尊厳しこれからの生活に繋がられる様努めています。		
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	バイタルの変化や食事量、顔色、表情、行動や会話から、少しの違いに気付く様、日々の観察、見守りを行い職員間の申し送りを徹底し、現状の把握、緊急時の対応にもいち早く対応出来る様に努めています。		

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
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	ケアプランを元にモニタリング、カンファレンスを全員が月1度必ず実施しています。入院や怪我等その他精神的な変化も含め、家族、主治医や外来医師、看護師、歯科医等、その方に関わるすべての情報を合わせながら作成しています。	日々のアセスメントは現状に並び、丁寧に行っています。3ヶ月ごとのモニタリングにより、多職種の情報から介護計画の継続か変更かを検討し、臨機応変に見直ししています。介護計画書の変更箇所は赤字で記入し、継続内容と区別できるようにしています。	
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	生活記録や、個別の記録の申し送りにより、常に利用者の現状、新情報を把握するよう努めています。カンファレンスやフロア会議で居室担当を中心に、個別の検討事項を話し合い意見交換しながら、実践に繋げられるよう取り組んでいます。		
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	医師による訪問診療、訪問歯科、薬剤師による薬剤指導、医療連携体制加算による訪問看護、訪問訪問マッサージ等、その時々々のニーズに対応し必要な人に必要なサービスが提供出来るよう取り組んでいます。		
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	外出レクを行なう際に、包括支援センターに車椅子をお借りしたり、図書館では、利用者の趣味の植物図鑑を借りては皆で調べたり、イベント情報の収集等、地域資源を活用しながら暮らしを楽しめるよう支援しています。		
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	入居前や入居後においても、受診が必要なかかりつけ医には、継続希望があれば家族付き添いで医療を受けています。受診後は事業所往診医への報告、引き継ぎを希望される場合は、本人、家族の希望に添って対応しています。	多くの人が協力病院の医師を主治医とし、内科は月2回、歯科は週1回の往診があります。入居前の主治医を継続している人は家族と通院し、受診結果を協力医に報告して情報を共有しています。医療は24時間体制を組んでいます。	

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
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	異変や、気付きなどを記録に残し週1回の医療連携看護師に報告、相談し健康管理に努めています。必要に応じて医療機関へとつなげています。		
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。	入院時はサマリーにて情報提供し、病院関係者、家族との連携に努めています。入院途中経過や、退院に向けての話し合いにホーム側も参加させて頂き、医師、ケースワーカー、家族と共に情報交換しながら関係作りに努めています。		
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	ご本人、家族の意向に添うるように医療機関と十分に話し合い共有しています。重度化や終末期の指針を家族に再度説明し、全職員で情報を共有し統一したケアで穏やかに過ごせる様に取り組んでいます。	入居時に「重度化した場合の対応に係る指針」を示して方針を説明し、同意を得ています。医師が終末期であると判断した場合は、医師及び事業所関係者間で十分に話し合い、本人、家族の意向に沿った支援を行っています。全職員が情報を共有しています。	
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	緊急時マニュアルの配置、拠点病院の一覧表の掲示、心肺蘇生法の講習のを行い、全職員が緊急時に迅速に対応出来るように訓練しています。実践力を身に付けられるよう、検討事例を会議で取り上げ話し合っています。		
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	地域の消防団や近隣住人、家族と共に夜間を想定した非難訓練を行っています。その後意見交換を行い、近隣の方や協力者の方の連絡網の作成や、地域で火災が起こった時の協力体制等を築いています。	消防計画を基に年2回避難訓練を実施しています。内1回は夜間を想定し、利用者参加で行っています。地域住民も参加して避難経路の確認や避難後の見守りを行っています。水や食糧品衛生用品など3日分を備蓄しています。事業所も地域の訓練に参加し、相互の協力体制を築いています。	備蓄品のチェックリストを作成し、食品は3ヶ月ごとに入れ替えています。今後リストに食品の賞味期限や数の欄を追加し、在庫確認が一覧でき、地域住民の受け入れに繋がることも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	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	浴室、トイレ、居室等、人目を避けプライバシー保持の工夫や、排泄の促しの際の声の大きさ、排泄物の取り扱いにも注意を払い、対応しています。利用者、職員間の会話等も同様に個人情報には注意し行なっています。	日常生活上の個別性を把握し、その人らしさを大切にしています。人格の尊重とプライバシーの確保に注意し、排泄時の対応はさりげなく行っています。外部研修に参加し、内部研修で全員が学んでいます。ボランティアも誓約書を提出しています。	
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	水分補給時の飲み物の決定、散歩や入浴の希望時間等、利用者の意向を伺い自己決定が出来るよう行っている。意向が伝えられない方に対しても、ご家族様と連携し、思いや要望を選択し自己決定できる様工夫しています。		
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	常に利用者の立場、目線に立ち対応出来る様、一日のスケジュールをなるべく決めずに、「今」を大切に考え、画一的な介護にならない様に、個人のペース、リズムに合わせて日々の流れを作るように心がけています。		
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	地域の美容室や、なじみの美容室、訪問美容を利用し、身だしなみを行っています。又行事イベントに合わせて浴衣や法被を着たり、ご家族様と連携し、外出の際の衣服選びや購入等、おしゃれが楽しめるように支援しています。		
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	ご家族様と連携し、外食で好きな物が食べられるように支援しています。外出イベントでは、一人ひとりの要望に添えるように企画しています。日々の食事は、職員と利用者と共に準備や片付けを協力して行っています。	食事は口から美味しく食べることを基本に、調理専門職員が身体機能に合わせて食べられる形状で提供しています。利用者は配膳や下膳など職員と一緒にしています。外食の日は食べたいものを選んで食べることを楽しんでいます。口腔ケアに力を入れています。	

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	栄養士による食事献立がなされ、カロリー計算がされています。摂取量の記録を基本にカロリーコントロール、嗜好の有無でバランスを考え、主治医の指示で他で栄養を補ったり等、低栄養、脱水のない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	歯科医、歯科衛生士の指導を受け口腔ケアを実施しています。又、一人ひとり個別に対応し、残存機能を活かしたケアを行っています。夜間は義歯を管理し、洗浄剤を使用して衛生管理を行っています。		
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	個々の排泄パターンの把握に努め、自立支援に取り組んでいます。利用者の排泄に変化があった際はカンファレンスを実施し、声掛けや支援、排泄の間隔の調整などを行い、出来る限りトイレで排泄が出来るような支援を行っています。	排泄チェック表から個々のパターンを把握し定時でのトイレ声かけを行い排泄の自立に向けた支援をしています。骨折のため車椅子とおむつを使用していた人が、立ち上がりや歩行訓練により、尿意を訴えトイレで自力排泄ができるように取組み支援しています。	
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	日常生活での体操や散歩、運動、を多く取り入れ便秘予防に努めています。食事の摂取量や義歯の不具合や体調面にも配慮し、水分量の管理、食事形態を個別に対応し取り組んでいます。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	今までの生活環境に出来るだけ近づけられるよう、入浴時間の希望や浴槽に浸かる時間等の情報収集を行い、入浴を楽しんで頂ける様支援しています。	入浴は基本週2回ですが、希望により回数や時間の変更など柔軟に対応しています。1階はリフトを設置し、車椅子の人も安心して浴槽に浸かることが出来、入浴を楽しんでいます。好きな入浴剤を使用し職員と会話しながらコミュニケーションを深めています。	

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
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	日中の運動や散歩、レクリエーションを活発にし、夜間安眠に繋がる様心掛け支援しています。夜間帯は消灯し、昼夜の変化を付けますが、居室では自由に過ぎて頂き、個々の寝る時間を決めずに個別対応で支援しています。		
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	服薬説明書を個別ファイルにまとめ、服薬ボックスは顔写真付きにし、2名体制で服薬の確認をする事で確実にを行うように努めています。体調の変化時は常に内服薬と照らし合わせ、主治医の意見、支持が仰げる様に努めています。		
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	食事の支度や盛り付け、食後の下膳、掃除等、個々の出来る事を提供し役割が持てるよう摂る組んでいます。利用者の楽しみを理解し、継続出来る様、又新しい事を提供する事で次への意欲に繋がる様支援しています。		
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	利用者の意向、希望、趣味、これからやってみたい事の聞き取りを行い、実行出来る様取り組んでいます。本人の意向は家族と共に連携、協力し、実現出来るように支援しています。	天気の良い日は毎日散歩に出掛けています。利用者のペースに合わせて歩き、公園にシートを敷いて湯茶を楽しんでいます。コーヒーが飲みたい、ケーキが食べたい、買い物がしたい、寅さんの舞台が観たいなどの意向を受け、家族と協力して外出の機会確保に繋がっています。	
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	おやつや日用品の買物等、自分で好きな物、必要な物を選び購入でき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
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	要望のある時は、いつでも電話ができ、家族からかの電話も本人に繋げ安心できるよう支援しています。又、携帯電話、手紙やFAXで自分の思いが伝えられるように支援しています。		
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	季節を感じる飾りつけを心掛け、散歩時に草花を摘みフロアに飾り、行事の写真を展示し回想、思い出話をしたり、カラオケCDや音楽で雰囲気を作る等工夫しています。	リビングを囲むように居室が配置されトイレが3ヶ所あります。リビングは広く、温湿度管理や照明の暖色白色系を使い分け、眩し過ぎず寛げる環境を整えています。壁には行事の写真やハロウインの作品、折り鶴など沢山の作品が飾られています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	フロアには椅子やソファを配置し、日当たりの良い日にはベランダで外気浴が楽しめるようにしています。又、利用者同士でコミュニケーションが取れるように、席配置にも工夫しています。		
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	居室のレイアウト等本人と家族で考え、親しみのある物、馴染み物、思い出の物、TVやその他必要に応じて自由に持ち込み、本人が安心して過せるよう工夫しています。	居室は収納家具やクローゼット、洗面台、電動ベッド、エアコン、カーテン、コールが設置され、馴染みの物を持ち込み、居心地よく過ごせる場になっています。家具の配置は車椅子や歩行に支障ないよう留意し、職員は居室に入る時は必ず声掛けをしています。	
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	一人ひとりの支援方法を見極めながら残存機能を引きだし、出来る事や理解力を把握しながら支援しています。転倒予防として床緩衝材やコーナークッション、人感センサーを使用し安全に生活出来るように工夫しています。		

事業所名	グループホームみんなの家・横浜荏田東
ユニット名	2F

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

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

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	【みんなで元気に楽しく共に生きる】の理念の下、利用者本意の個別ケアを主体とした取り組みが出来るよう、日常生活の様子を記録に残し、カンファ等で話し合う場を作り、職員全員で共有し、実践へとつなげています。		
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、地域行事へ参加したり、子供会の子供達と交流が出来るようになってきました。又、地域交流の中から、ボランティアを紹介して頂いたり、イベントや体操教室を開催したりと地域の輪が広がっています。		
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	行事案内を掲示板に展示、近隣への声掛けに挨拶回りやポスティングを行い、事業所に気軽に立ち寄って頂けるように声を掛けを行っています。又、地域の学校から依頼があった際には区役所と連携し地域の人々に向けて活かしています。		
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	概ね2ヶ月に1回の開催を目指し、事業所として地域と共に出来る事を話し合い意見交換を行っています。夜間避難訓練の際には消防団を紹介して頂き、感染症発生時の情報共有、ボランティアの紹介等、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	市区町村などで実施する研修や、横浜市のグループホーム協議会に加入し情報提供頂いています。又、生活保護ケースでは、担当ワーカーとの連携、報告を密にして取り組んでいます。		

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
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	身体拘束ゼロへの行動指針、毎月1回の会議を開催し、周知徹底に努めています。3ヶ月毎に身体拘束チェックシートにて拘束の有無の確認し、外傷を発見した際には外傷確認報告書を作成し、発見に気付けるように取り組んでいます。		
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	事業所で虐待防止委員会を設け、毎月の会議で議題を掲げ話し合いを行っています。又、外傷を発見した際には外傷確認報告書を作成し、職員全員で共有し虐待防止に努めています。		
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	会社研修、GH連絡協議会や各研修資料を掲示し、職員が希望の研修に参加できるようにシフトの調整を行っています。研修後はレポートの提出、回覧を行い情報の共有をし活用しています。		
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	入居契約、解約時は施設側、家族側が納得の上契約される様十分な説明や話し合いの場を設け、利用者、家族の意向、問題点を確認し支援に反映しています。職員も内容を把握し、同じ方向性でケアが出来る様努めています。		
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	会社、事業所にも苦情相談窓口を設けていると共に、投書箱の設置、市区町村へ案内の掲示をしています。又、職員全員が苦情相談員としての一端が担える様、家族会での意見交換等から反映し努めています。		

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	月1回の定例フロア会議や、随時全体会議、正社員会議を開催し意見交換を行なっています。職員の個別対応、面談も随時行ない、意見、相談等話し合う場を設け、何でも話せる環境作りに努め反映させています。		
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	年2回の人事考課を実施し、勤務状況、仕事への意欲、取り組み姿勢等個別の評価をしています。又、やりがいを持ち生き活きと働けるよう、研修の参加を呼び掛け、知識が向上し自信を持ってケアに取り組めるように努めています。		
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	会社やGH連絡協議会、市区町村での研修案内を掲示し、事前に希望や推薦を募る等し参加を呼び掛けています。又、職員面談の中で、得意な事は伸ばし、不得意な事は改善出来るように、職員と一緒に考えながら研修選びを行っています。		
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	GH連絡協議会や運営推進会議での交流の場を活かし、同業者との交流が図れるように努めています。近隣の同業者には、行事の案内や、お誘いの訪問をしながら相互の交流が出来る様に取り組んでいます。		
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	事前調査やサマリーだけの情報に頼らず、職員全員で情報収集に努め、コミュニケーションの中から、本人の訴えや希望、意向、不安、悩み等を傾聴し、知りえた新情報を全職員が共有し、本人が安心出来る環境、関係作りに努めています。		

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
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	法人内の入居担当との連携、ご利用者相談や要望を傾聴し、迅速な対応を心がけています。面会時等で、職員の対応からも安心感を持っ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	【必要な人に必要なサービスの提供を】の会社理念の下、利用者や家族のニーズに添ったケアプランを作成し、モニタリングやカンファで話し合いを行い、ニーズに答えられる様に努めています。		
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	事業所の理念の下、利用者も職員も、荏田東で共に暮らす仲間として、楽しみや悲しみを共感し合い、一緒に一つの事に皆で取り組み、互いに「ありがとう」と声を掛け合えるような関係作り取り組んでいます。		
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	家族会や行事、面会時や電話を通じ、思いや要望等常に聞く体制で対応しています。居室担当を付け、利用者や家族と密に連携し信頼関係を築き、毎月1回発行する「一言通信」にて、日々の様子、健康状態や内服薬等の情報を共有しています。		
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	家族や友人がいつでも訪ねて頂けるような事業所の雰囲気作りや、利用者が家族と外泊、外出が出来る様にご家族様との連携に努めています。又、電話や手紙にて馴染みの人との関係が継続出来るように努めています。		

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
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	日頃のレクリエーションや、日常家事（掃除、洗濯、炊事）を通して互いに協力し、支え合いながら出来る事をして頂いています。又座る席や、散歩の時も利用者同士で会話出来る様にメンバー構成を考えて支援しています。		
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	契約終了後も介護サマリーにて情報提供し、必要に応じては訪問し様子を伺う事で利用者が安心して生活出来るよう支援に努めています。また、事業所のイベントの際には連絡し、参加して頂けるように努めています。		
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	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。	日常での会話や、何気なく言った一言を拾い、どのような状況の中からも少しでも本人の思い、希望へと繋げていける様に、職員全員で把握できるよう話し合いを行なっています。		
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	入居前に実態調査や、本人や家族から生活歴、趣味や特技、生活環境等の情報収集に努め、これまでの生活、生き方、暮らし方を理解し、尊厳しこれからの生活に繋がられる様努めています。		
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	バイタルの変化や食事量、顔色、表情、行動や会話から、少しの違いに気付く様、日々の観察、見守りを行い職員間の申し送りを徹底し、現状の把握、緊急時の対応にもいち早く対応出来る様に努めています。		

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
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	ケアプランを元にモニタリング、カンファレンスを全員が月1度必ず実施しています。入院や怪我等その他精神的な変化も含め、家族、主治医や外来医師、看護師、歯科医等、その方に関わるすべての情報を合わせながら作成しています。		
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	生活記録や、個別の記録の申し送りにより、常に利用者の現状、新情報を把握するよう努めています。カンファレンスやフロア会議で居室担当を中心に、個別の検討事項を話し合い意見交換しながら、実践に繋げられるよう取り組んでいます。		
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	医師による訪問診療、訪問歯科、薬剤師による薬剤指導、医療連携体制加算による訪問看護、訪問訪問マッサージ等、その時々ニーズに対応し必要な人に必要なサービスが提供出来るよう取り組んでいます。		
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	外出レクを行なう際に、包括支援センターに車椅子をお借りしたり、図書館では、利用者の趣味の植物図鑑を借りては皆で調べたり、イベント情報の収集等、地域資源を活用しながら暮らしを楽しめるよう支援しています。		
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	入居前や入居後においても、受診が必要なかかりつけ医には、継続希望があれば家族付き添いで医療を受けています。受診後は事業所往診医への報告、引き継ぎを希望される場合は、本人、家族の希望に添って対応しています。		

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	異変や、気付きなどを記録に残し週1回の医療連携看護師に報告、相談し健康管理に努めています。必要に応じて医療機関へつなげています。		
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。	入院時はサマリーにて情報提供し、病院関係者、家族との連携に努めています。入院途中経過や、退院に向けての話し合いにホーム側も参加させて頂き、医師、ケースワーカー、家族と共に情報交換しながら関係作りに努めています。		
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	ご本人、家族の意向に添うように医療機関と十分に話し合い共有しています。重度化や終末期の指針を家族に再度説明し、全職員で情報を共有し統一したケアで穏やかに過ごせる様に取り組んでいます。		
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	緊急時マニュアルの配置、拠点病院の一覧表の掲示、心肺蘇生法の講習のを行い、全職員が緊急時に迅速に対応出来るように訓練しています。実践力を身に付けられるよう、検討事例を会議で取り上げ話し合っています。		
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	地域の消防団や近隣住人、家族と共に夜間を想定した非難訓練を行っています。その後意見交換を行い、近隣の方や協力者の方の連絡網の作成や、地域で火災が起こった時の協力体制等を築いています。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	浴室、トイレ、居室等、人目を避けプライバシー保持の工夫や、排泄の促しの際の声の大きさ、排泄物の取り扱いにも注意を払い、対応しています。利用者、職員間の会話等も同様に個人情報には注意し行なっています。		
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	水分補給時の飲み物の決定、散歩や入浴の希望時間等、利用者の意向を伺い自己決定が出来るよう行っている。意向が伝えられない方に対しても、ご家族様と連携し、思いや要望を選択し自己決定できる様工夫しています。		
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	常に利用者の立場、目線に立ち対応出来る様、一日のスケジュールをなるべく決めずに、「今」を大切に考え、画一的な介護にならない様に、個人のペース、リズムに合わせて日々の流れを作るように心がけています。		
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	地域の美容室や、なじみの美容室、訪問美容を利用し、身だしなみを行っています。又行事イベントに合わせて浴衣や法被を着たり、ご家族様と連携し、外出の際の衣服選びや購入等、おしゃれが楽しめるように支援しています。		
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	ご家族様と連携し、外食で好きな物が食べられるように支援しています。外出イベントでは、一人ひとりの要望に添えるように企画しています。日々の食事は、職員と利用者と共に準備や片付けを協力して行っています。		

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
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	栄養士による食事献立がなされ、カロリー計算がされています。摂取量の記録を基本に、カロリーコントロール、食事形態、トロミの使用、補助食品等、個々の状態に合わせて支援しています。		
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	歯科医、歯科衛生士の指導を受け口腔ケアを実施しています。又、一人ひとり個別に対応し、地域の歯科へ通院する等方もいます。夜間は義歯を管理し、洗浄剤を使用して衛生管理を行っています。		
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	個々の排泄パターンの把握に努め、自立支援に取り組んでいます。利用者の排泄に変化があった際はカンファレンスを実施し、声掛けや支援、排泄の間隔の調整などを行い、出来る限りトイレで排泄が出来るような支援を行っています。		
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	日常生活での体操や散歩、運動、を多く取り入れ便秘予防に努めています。食事の摂取量や義歯の不具合や体調面にも配慮し、水分量の管理、食事形態を個別に対応し取り組んでいます。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	今までの生活環境に出来るだけ近づけられるよう、入浴時間の希望や浴槽に浸かる時間等の情報収集を行い、入浴を楽しんで頂ける様支援しています。		

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
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	日中の運動や散歩、レクリエーションを活発にし、夜間安眠に繋がる様心掛け支援しています。夜間帯は消灯し、昼夜の変化を付けますが、居室では自由に過ぎて頂き、個々の寝る時間を決めずに個別対応で支援しています。		
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	服薬説明書を個別ファイルにまとめ、服薬ボックスは顔写真付きにし、2名体制で服薬の確認をする事で確実にを行うように努めています。体調の変化時は常に内服薬と照らし合わせ、主治医の意見、支持が仰げる様に努めています。		
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	食事の支度や盛り付け、食後の下膳、掃除等、個々の出来る事を提供し役割が持てるよう取り組んでいます。又、感謝の言葉を伝え、明日への意欲、生きがいに繋がる様に取り組んでいます。		
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	利用者の意向、希望、趣味、これからやってみたい事の聞き取りを行い、実行出来る様取り組んでいます。本人の意向は家族と共に連携、協力し、実現出来るように支援しています。		
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	おやつや日用品の買物等、自分で好きな物、必要な物を選び購入できるように支援しています。又、個別でお金を所持し、購入でき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
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	要望のある時は、いつでも電話ができ、家族からかの電話も本人に繋げ安心できるよう支援しています。又、携帯電話、手紙やFAXで自分の思いが伝えられるように支援しています。		
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	季節を感じる飾りつけを心掛け、散歩時に草花を摘みフロアに飾り、行事の写真を展示し回想、思い出話をしたり、カラオケCDや音楽で雰囲気を作る等工夫しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	フロアには椅子やソファを配置し、日当たりの良い日にはベランダで外気浴が楽しめるようにしています。又、利用者同士でコミュニケーションが取れるように、席配置にも工夫しています。		
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ものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室のレイアウト等本人と家族で考え、親しみのある物、馴染み物、思い出の物、TVやその他必要に応じて自由に持ち込み、本人が安心して過ごせるよう工夫しています。		
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	一人ひとりの支援方法を見極めながら残存機能を引きだし、出来る事や理解力を把握しながら支援しています。転倒予防として床緩衝材やコーナークッション、人感センサーを使用し安全に生活出来るように工夫しています。		

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	目標達成に要する期間
1	35	<ul style="list-style-type: none"> ・備蓄リストはあるが、数量や賞味期限の記載がない。 ・備蓄量を増やしたいが、収納スペースが少なく、備蓄品をどこに置くかについて、収納庫を購入する等の検討が必要である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害発生時に備蓄の把握、管理が出来るように数量の項目を加える。賞味期限切れが無いよう、日頃から在庫管理が出来るようにする。 ・収納スペースを確保し、備蓄品を1週間分へ増やす。 	<ul style="list-style-type: none"> ・備蓄リストに数量と賞味期限の項目を加え、在庫管理を行う。 ・備蓄を3日から1週間分へ増やせるよう、収納庫の購入や置き場所の確保を行う。 	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。