

平成25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	1470201268	事業の開始年月日	平成17年12月1日
		指定年月日	平成17年12月1日
法人名	特定非営利活動法人 介護支援協会		
事業所名	グループホーム よこはま		
所在地	(221-0854) 横浜市神奈川区三ツ沢南町13-2		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成25年11月14日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月10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/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1470201268&SVCD=320&THNO=14100
----------	---

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

ご利用者が家庭的な雰囲気の中で自分らしさをだし、心豊かな暮らしが出来るように一人一人の思いを大切にする事を一番に考えています。ご家族・地域との交流を日常的に持ち、体操や音楽療法等を取り入れ、日々心と身体の健康をはかり、より充実した生活が送れるように取り組んでいます。

【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25年12月19日	評価機関 評価決定日	平成26年2月5日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

ホームはJR横浜駅より横浜市営地下鉄で1つ目の「三ツ沢下町」から徒歩7分ほどの小高い丘の上の住宅街に同一法人のグループホームと隣り合わせに建っています。近くには三ツ沢せせらぎ緑道の散歩道が続いています。

<優れている点>

地域の行事に積極的に参加し、町内会の役を引き受け、毎月1回の防災の日の見廻りに参加したり、町内会と災害時における相互援助協定を締結するなど地域社会に貢献しています。常勤の看護師による日々の健康管理や、毎月2回の協力医の訪問診療、24時間連携など医療体制が整っています。利用者一人ひとりの自主性や現存能力を重んじ、職員と一緒に野菜の収穫や食事作りをしています。また、段ボールなどの廃品を利用して大きな音符を作り職員の指導でハンドベルの演奏会を開くなど、心身の機能の維持を図る支援に努め、理念そのものを日々実践しています。年間の外出行事や誕生会・研修会などシフトの中で職員の輪番制を取り入れ、職員の意見や要望などを運営に反映しています。

<工夫点>

災害時の避難用具として職員と利用者の合作で手染めの木綿で輪を作り、避難時お互いの輪を握り合ってはぐれないようにと工夫しています。入居した当初は部屋に籠りきりの利用者の話をいろいろ工夫して聞くことに努め、家族も知らなかった利用者の能力を引き出しています。今では玄関や居室に素人離れの芸術的な作品が多く飾られています。

【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 よこはま
ユニット名	こもれば

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近づけている。	理念を見やすい場所に提示し確認できるようにしている。一人一人に徹底している。介護現場で判断に迷ったら理念に戻り考えるようにしている。理念をわかりやすく、置き換えて70%の年間の目標にしている。	法人やホームの理念とともに今年目標が玄関や事務所に掲示されています。「手のひらにこめる謙虚な心」という目標は入浴・排泄・食事・着替えなど日常生活の支援や機能訓練などすべての介護を手のひらに心をこめてという思いで日々実践しています。	
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。	町内会員として行事に参加協力している。地域のお祭り（夏祭りには、子供神輿がホームに来て、子供たちとの交流が出来た）運動会、敬老会の招待等有り、ホームの行事にもご参加いただき。グリーンカーテンを作る為、ご近所より竹を頂き、ゴーヤを這わせる柵作成。	町内会に加入し、敬老会や小学校の運動会に招待されたり、地域の防災訓練に参加しています。町内会とは災害時の相互援助協定を結んでいます。エコキャップ運動などにも協力しています。お祭には子供神輿が来訪したり散歩時の挨拶でも地域と交流しています。	
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。	町内行事に参加協力をすること。町内会長さんの理解が大きく、地域の方の理解者協力者が増えている（雑草の除草時期等を知らせてくれた）地域の方への挨拶やホーム前の通路の清掃美化に勤めている。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	推進運営会議での意見は議事録として作成（2ヶ月に1度、自治会長・民生委員・地域ケアプラザ・家族代表の参加を得て実施）。フロア会議、家族会に提示している。スタッフ全員に周知徹底し、日常のケアに反映するようにしている。	隣接する同法人のグループホームと合同で年6回開催しています。家族・町内会長・民生委員・地域包括支援センターの職員が参加しています。活動状況や今後の方針など説明し、参加者から町内会の行事や避難訓練についてなど意見交換しています。	
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に取り組んでいる。	県・市の催しで業務に関連する研修会に積極的に参加している。町内会での災害時訓練にも参加している。グループホーム協会に参加、その中でのブロックごとの会議等地域ならでの問題点を話し合い、情報の交換等行っている。	区的生活保護課や高齢福祉課の職員とは利用者の状況やサービスの取組みなど情報の共有や意見交換をしています。区主催のグループホーム連絡協議会の研修会に参加したり、他の事業所の職員と情報交換するなど交流を図り協力しています。	

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。	県・市町村の資料や外部研修に参加し資料を参考に内部研修を開催している。必要に応じカンファレンスで取り上げて話し合いをしている。	区などの外部研修に参加した時の資料をテキストに内部研修を行い、職員は身体拘束の弊害を十分理解しています。最新の資料を事務所に掲示しています。利用者の自主性と安全との兼ね合いを図りながら常に意識を持ちケアを実践しています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	県・市町村の資料や外部研修に参加し資料を参考に内部研修を開催している。必要に応じカンファレンスで取り上げて話し合いをしている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	インターネットや市町村発行の広報誌より研修会の開催を入手し参加できるように啓発している（ロッカールームに告知表を提示）		
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。	直接関わっていないが、家族等から質問があれば、確認して対応している。		
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。	家族会や推進会議での議題は定例会で検討し実践している。家族には電話等でフィードバックしてる。	多くの家族が参加する運営推進会議では運営に関する質問や行事の予定・実施、医療機関との連携、防災訓練など要望や確認など意見交換しています。居室担当者が中心となり、家族から気軽に要望や意見を聞き取り、サービスに反映しています。	

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。	フロア会議での職員の意見を取り上げ、ホームの改善・運営に生かしている。各フロア長が話し合い、意見の交換情報の共有をしている。	毎月フロア会議を開催し、一人ひとりの情報や運営に関する意見・提案を出しケアに反映しています。管理者は職員と成果や反省などについて個別面談し、意思の疎通を図っています。シフト制の中でサービス等の分担をして運営に参加しています。	
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。	職員の意見を反映、検討して改善していく。休憩室など居心地の良い空間を工夫しています		
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。	チームの代表として責任を持って研修に参加している。受講してきた研修内容をチーム会などで伝達している。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	法人内での人事異動を実施		
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。	居室担当者がいる関係づくりに勤めている。朝夕の引継ぎやフロア会議で調整している。		

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
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。	家族との関係には最善の注意を払っている。少しでも気になるような事が話せる雰囲気づくりをしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	家族から要望を聞いている。家族からも信頼できるよう努力している		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者の生活歴を理解し出来る事、得意な事を見だし、自信を持って共に生活を作り上げている。		
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。	家族と利用者の関係がよくなるよう架け橋になれるような役割が出来ればと考えている。		
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。	生活歴を探り、本人の気持ちに沿うようにしている	趣味、友人、通い慣れた店など把握し継続できるよう支援しています。通院など車で外出時には自宅の近くや懐かしい場所などへ寄り道をして思い出してもらっています。また、経歴などから家族も知らない能力を発揮することもあり、生き生きと生活しています。	

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。	個々の気質、その日の体調、気分を考慮している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	必要な情報など情報提供・相談等を行っている		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	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。	その方の生活歴、なじみの物や利用者 の表情を観察して、個々の思いを把握し、本人の意向に合うように支援している。	自宅での生活習慣や繰り返す話などから利用者の暮らし方や生きがいを把握し活力を引き出すよう努めています。発語の難しい方とはアイコンタクトなどで信頼関係を高め、仕草や関わりを通して得られた思いや希望を介護計画につなげています。	
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。	本人が何気なく話されたことや行動（生活歴の記録）再発見があったら記録を残し職員間で共有できるように記録に残す		
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。	朝・夕の引継ぎにて、日々の利用者の変化に気をつけて、一日の過ごし方の目安にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	毎月のフロア会議でモニタリング兼カンファレンスは月に一度している。又必要なケースに関してはその都度検討している、必要に応じ見直しを行う。本人・家族にも意見、希望を聞き取り入れている。	申し送りノートや実践評価記録など利用者一人ひとりに対するケア記録を基に毎月フロア会議でモニタリングをし、介護計画を振り返っています。看護師からの連絡ノートや家族の要望や意見など取り入れ、介護計画を更新しています。	
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。	利用者、個々について、気づいたことをプリントアウトに書いて貼り、まとめる方法で、情報の共有に努めている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	機能の低下やその他、その時に必要なサービスが出来るように家族やその他必要な期間と相談の上、実地している		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	町内会長、民生委員・地域の方の協力をしていただく（竹林の庭を提供して頂き筍堀を毎年行うことが出来る）		
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。	24時間体制の医療との提携がある。医療の指示のもと家族と相談して適切な医療を受診している。	利用者が月2回以上協力医療機関の往診を受けています。かかりつけ医を希望する場合はご家族の協力により職員と受診対応で支援しています。常駐の看護師により健康管理、歯科医も口腔ケアの管理とホーム全体で連携体制に努めています。	

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 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。	看護師を配置、利用者の変化等、細かに伝達している。看護師との連絡ノートを作成。		
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。	入院及び受診事の付き添い、手術の立会い、介護サマリーの提供等を行っている。通信機器による情報共有に努めている。		
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、事業所の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。	家族、医療関係者の指示に従い連帯を満つにする。必要に応じて家族の協力をお願いする。	過去に看取り介護の実績があります。重度化した場合医師の指示や看護師により点滴補液を用意してホームでできる限りの対応を行っています。終末期については医療行為を伴わない看取りについては家族と同意書を交わして支援しています。	
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。	資料等での確認は、普段の業務の中で話し合い確認をしている。広報誌などからの講習会の情報からも参加申し込みをして受講している。		
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。	非常食品等の備蓄・スプリンクラーの設置済み。避難訓練の実施は地域住人代表者・地域消防団・消防との協力を得て実地している。	防災・避難訓練は、消防署立ち合いにより年2回の訓練を行っています。月1回、町内会の地域見回りに参加し協力しています。外出をする時は必ず避難訓練の時に使用する輪っかを持って出かけて訓練時も不穩になることがないよう配慮しています。	

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
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。	努力している。職員が互いに啓発し職務の向上に勤めている。成功例・失敗例など原因から解決するように話し合うなどしている。	日頃より利用者の誇りを損ねることのないよう声かけには配慮し、特に排泄については周りの利用者に気付かれないうち注意しています。言葉かけによりつらい過去を思い出すこともあるので、言葉をかけるときには十分に配慮しています。	
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。	利用者一人一人が自分の思い、意見を言いやすい環境づくりに努めている		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	行事・天気などで1日の予定は決まっているが、利用者の気持ちを大切にし個別対応に心がけている。一日を楽しく過ごせるように工夫している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	おしゃれを楽しめる、外出レクリエーションの実効の提供をしている。		
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。	食材レクリエーションとして計画、立案を利用者が主体となって行っている。(メニュー決め、買い物、盛り付け等) 庭に畑を作り、季節の野菜を収穫している。みどりのカフェとしてゴーヤは日よけ、食材としてメニューに多く利用しました。	献立についてはきめ細かい管理を行っています。行事食は利用者との話し合いで献立を決ることもあります。食べたいメニューを募ることもあります。自家農園では、トマト、キュウリ、ふきのとうを育てみんなで旬の野菜を楽しんでいます。	

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 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。	管理栄養師指示のメニューである。水分表や食事表を記入している。個々の体調に合わせ、医療者と相談して摂取カロリーを決めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔ケアとして歯科医師が訪問指導をしている。毎食後の歯磨きの実施。機能低下した方には、必要に応じ用具を使い行っている。歯磨き習慣の実施		
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。	排泄表を記入する事で、排泄パターン、排泄サインを知り本人の意向に合わせている。失禁をせず、トイレで気持ちよく排泄出来るように、カンパリスを重ねている。	排泄コントロールについて常に気を付け利用者の自尊心を傷つけることが無いよう注意しています。1日の水分量は1200mlを目安にしており、排泄表で間隔を見ながらトイレ誘導の声かけを行い、排泄の自立に向けた支援に努めています。	
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。	散歩や体操を取り入れて腸の活動を促している。食物繊維の摂取、ヨーグルなどを調理やおやつに使うなど工夫をしている。		
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。	本人の希望や体調に合わせて行っている。職員と利用者の大切なコミュニケーションの場としている。入浴をしない日は足浴を実施。ゆったりと職員と一対一で過ごす時間を作っている。	週2～3回の入浴を基本としています。入浴拒否の方もありますが、本人の気持ちを引くような話しかけなど、できる限り入浴できるよう工夫しています。風呂の壁にはいろいろな飾りつけや壁画もあり楽しめるようになっています。	

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	個々の体調にあわせ、食後の休息、必要に合わせ午睡も取り入れている。 (但し15～30分程度としている。)		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬の管理、正しい服薬の研修に参加をしている、利用者のADLや体調に合わせた服薬の方法を工夫し、職員間で共有している。新しく飲み始めた薬には特に体調の変化がチェックして医療に報告し指示を仰いでいる。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	薬の変更など、あったときなどは様子観察を行い、医療に情報提供している。家族に薬の変更を伝え了解を得るその後の経過の報告もする。		
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。	目標を定めて生活をすすめている。個々の能力にあわせ、散歩、地域の行事に出かけている。天候が良い日は中庭に出て日光浴をしながらテイクアウト、他のフロアの方もいるので一緒に歌などを楽しみ、交流を深めている。出来るだけ外出を支援している。	天候の良い日にはホームの中庭や周りの畑など散策しています。食べたいものがあれば近くのコンビニエンスストアに食材を買いに行くこともあります。隣接したグループホームとの間にはテーブルやベンチが置かれ外気浴とおしゃべりの場になっています。	
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。	買い物に出かけたときは、本人に支払いをお願いしている。		

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 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。	希望や必要に応じて行っている。特にお正月などは電話でおめでとうコールを実施している。文通希望者には協力をしている。		
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。	季節感を考え、利用者の作品を展示している。利用者の歩行中の事故防止に努め、廊下などを明るく保つようになっている。利用者の動線上には物を置かないようにしている	利用者が個々で得意分野の作品を作っています。廃材や新聞広告などを工夫して作った作品が多数あり、美術館のように展示しています。階段の壁にも職員と一緒に飾り付けた利用者の作品で季節感を演出しています。	
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。	限られたスペースを最大限広く利用出来るように工夫している		
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。	整理整頓に心がけている。なじみの物を置き、個性を生かした居心地の良い空間作りをしている。転倒等も予測し家具の配置をしている。	居室はエアコン、クローゼット、ベッドなどが常備され、使い慣れたたんすやテーブルの上には家族や両親の写真を飾っています。自分で作ったたくさんの作品も飾ったりして自分らしく居心地よく暮らせるよう、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。	個人・共有スペース等には記名をしている。洗面所には手洗いの手順をイラストで説明、トイレに迷わないように目線の位置に表示している		

事業所名	グループホーム よこはま
ユニット名	せせらぎ

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。	玄関に理念を掲げており、出勤時など折を見て目を通せる用にしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会に参加しており、町内の行事である夏祭りでは、ホームまでみこしが入り利用者とのふれあいをさせていただいたり。ホームの行事の収穫祭には、町内のテントを貸していただいている		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	施設長・管理者は地域の種々の研修、会合に関わりながら啓発に努めている。時々、近隣の小学生や近隣の高齢者が立ち寄っていただいている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	年間行事の予定に組み込まれて居る。2ヶ月に1度の運営推進会議も定着した様子である。参加されている家族の方も疑問や気になることを、推進会議に提案されるようになりました。町内会長・民生委員・地域包括支援センターの職員が参加している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	神奈川区福祉課の職員とは毎月現状報告や相談をかねて連絡を取っている。かなが沸くのブロック会に参加し情報交換を行い介護保険課とは意見・要望・疑問点を話し合っています。職員は市や区主催の研修会に参加している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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。	職員は身体拘束の内容と弊害について認識しています。年度始めに年間行動目標を掲げ、拘束をしないケアを実践しています。利用者の自主性を尊重し安全の確保に留意したケアを心がけ、日常的に啓発しています。		
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。	毎朝のミーティングで、事例ごとに話し合いを持ち、その時々にあった対応をしている。フロア会議で振り返り、事例ごと再度話し合いをしている		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	外部研修には積極的に参加している。研修参加者は事業所に持ち帰り職員に報告をしている。研修内容により具体化を検討している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に詳細な説明を行っている。ケアに関する取り組み、今後起こりうるリスク、料金以外でも説明している。		
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。	家族へは月に1度、日々の生活を、手紙で知らせている。家族の希望で、運営		

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。	つきに1回フロア会議をしている。		
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。	代表者、管理者には職員の個々の努力や実績勤務状況は伝えて、より良い職場作りや環境作りをお願いしている		
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。	外部研修の情報を常に提示、出来るだけ多くの職員が参加出来るよう、奨励。研修後の報告も実施。全員で情報を共有できるようにする。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	研修の場所で他の施設の職員と情報交換等して交流を図っている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居希望時に本人と面談、家族の話を聞く。健康状態・生活歴等の把握に努め、より良い関係が築けるよう努めている。		

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 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。	入居時や事業所利用の前に家族と十分な話し合いをする、理解に努めより話しやすいようにする。これまでの経緯についてもゆっくり聞く。		
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。	本人や家族のおもい、状態の確認、支援の提案等、信頼関係を築く、必要なサービスが受けられるようにする。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	人生の先輩である入居者と敬意、人格を尊重する。 お互いの関係の上で穏やかな生活が出来るようにする		
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。	家族の思いを心にため、日々の生活の変化に築き情報の共有に努め、家族と供に本人を支えていく。入浴等拒否の方には、無理のない程度に家族の協力を得る、誕生会等にも参加していただいている。		
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。	いままでの生活習慣を絶やさないうよう、		

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。	家族からの情報や本人の行動・発言から今までの生活習慣の把握に努め、以前のなじみの場所などを聞きだし支援の場所で役立てている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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。	サービス利用終了の家族も時々来て下さる（ボランティア）として。相談はいつでも受けている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	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。	日々の生活の中で、声かけ、話をゆっくり伺うなど個々の情報が見落としの無いようにしている。 家族からも話を聞く。特に入浴時はゆったり気分で思いがけない話が聞ける絶好の時間です。共有の連絡事項に加える。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	記録を常に参考にして、問題点が出たときは、振り返るようにしている。 朝夕の引継時や申し送りノート、きずきノートに記入して共有できるようになっている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	利用者個々の生活のリズムを理解、前日の様子、夜間の様子を申し送り、打ち合わせを密にして情報を全員が出来るように伝えている。		

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
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。	家族・本人からの情報を基に、利用者主体の具体的な目標と帰還を明示した介護計画書を作成しています。毎月1回のフロア会議にてモニタリング・カンファレンスを行い、現状に即した計画を作成し家族に介護の方向性を説明し了解を得ています。		
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。	個別ファイルの作成、健康状態、食事量・水分量・排泄の回数等、全職員が把握している。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	本人、家族状況に応じ、通院、送迎等はその時々で対応。安心できるように対応しています。		
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。	町内の祭り、敬老の日イベント、小学校の運動会など参加している。		
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。	本人家族の同意を得て利用者は全員が事業所の協力医の往診を受けています。通院治療が必要な場合には、ご家族の協力を得ながら職員が同行支援している。看護師も在籍しているので、健康管理や異変・異常につとめています。		

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 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。	看護師を配置、利用者の健康管理・状態の変化の対応は出来ている看護師の指示ノート作成で連絡も密に行っている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時のときに情報の提供。1週間に1回の職員の見舞い、施設責任者も他の日に見舞い。病院関係者、本人との関係を絶やさない。		
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、事業所の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。	本人、家族の意向を踏まえて、医師、職員との連帯を明確にして対応するようにしている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	応急手当の実施、夜間時の緊急時対応の間に有るの整備。		
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。	避難訓練の実施を定期的に行っている。地域との防災協定を結び、消防書の立会いのもと、利用者ともに夜間を想定した訓練等を、年2回実施している。消火器の点検も実施。備蓄品の中にヘルメット、ライト、ラジオを用意しています。		

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
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。	入浴表・排泄支援は一对一の対奥羽を基本に、信頼関係を築きながら声かけをしています。トイレ誘導時は本人の耳元で声かけしています。基本は本人の姓で呼びかかますが、本人の希望に沿った、呼び方でいたし増す。		
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。	個々に声かけ、ふと漏らした言葉や様子を見逃すことなく声かけ、希望を叶えられるようにしている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	個々の体調にあわせて気持ちの変化に合わせてサービスを行っている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	2ヶ月に1度、美容師に来てもらい整髪している。 衣類の整備も居室担当を決め点検、補充している。		
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。	食材会社の栄養管理しが作る献立表を期に食材が届きます。利用者の希望でメニューの変更もあります。正月は特別の料理が出ます。毎月1回行事食があります。利用者の能力にあわせ調理を職員と一緒にします。盛り付けや片付けも一緒にしています。		

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
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。	管理栄養師指示のメニューである。水分表や食事表を記入している。個々の体調に合わせ、医療者と相談して摂取カロリーを決めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔ケアとして歯科医師が訪問指導をしている。毎食後の歯磨きの実施。機能低下した方には、必要に応じ用具を使い行っている。歯磨き習慣の実施		
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。	排泄表を記入する事で、排泄パターン、排泄サインを知り本人の意向に合わせている。失禁をせず、トイレで気持ちよく排泄出来るように、カンパリスを重ねている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	散歩や体操を取り入れて腸の活動を促している。食物繊維の摂取、ヨーグルなどを調理やおやつに使うなど工夫をしている。		
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。	入浴表の作成で均等に入浴が出来るようにしている。基本的に週に2～3回の午後に入浴しています。入浴拒否がある利用者には、気分転換後、時間を変えたり、人を替えるなど誘導方法を工夫している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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。	日中の活動を促し、生活リズムを整えてゆっくり休息出来るようにしている。 眠剤の服薬の調整		
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。	服薬処方の確認（ファイルにて） 職員・医療・ケアマネとの連携がとれるようにしている。薬の副作用・飲み合わせ・服薬方などなど薬剤師に連絡をして確認を取れる関係になっている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	情報の共有、状態の把握役割を持って日常生活を意味あるものにする。習慣や楽しみを見出し対応する。散歩コースの中に毎年たけのこ堀をさせて頂いている。たけのこが出るのを楽しみにしている、たけのこの料理も、食べることも楽しみ。		
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。	散歩、買い物は出来るだけ日常生活の中に取り入れる。天気がよければ、利用者の体調に合わせて、中庭のテーブル席でティータイムもあります。利用者の好み興味にあわせ野球観戦・ゴルフ・バッティングセンターに出かけた。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	本人家族の了解のもと現金は事務所で管理しています。利用者の体調能力に合わせて買い物にいきます。おやつ選びをお願いしています、支払いも利用者をお願いする事も有る。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話の取次ぎは行います。手紙のやり取りも楽しんでいます。		
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。	フロアの飾り付けをともに作り（利用者に作っていただく）スタッフと一緒に飾り付ける。		
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。	玄関、階段に入居者の作品を飾りつけてアートの空間があります。TVの前に大きなソファにて共に過ごせます。		
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。	好きな飾り付けをして過ごしやすくしている。動線を重視して個性に合った居室づくりをしている。居室の清掃は本人または職員と一緒に毎日行います。理念類は毎週クリーニングをしています。		
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。	洗面所前やトイレにもたち止りやすいように手摺りをつけました。フロアや共有部分のテーブル・椅子などの場所の移動が無いようにしている。利用者の導線には物を置かないようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム よこはま

目標達成計画

作成日: 平成26年 2月22日

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	1	開設時のままの理念である。法人の理念は基本と捉え理念に添って、一人一人に徹底し、介護現場で判断に迷ったら理念に戻り考えるようにしているが、長文であった為に覚えにくかった。理念の変更をした。	入居者の『自由』を尊重し 入居者に『自己決定』を促し 入居者の『自立』を支援する	理念の変更に伴ない 新しい理念を良く理解し介護業務を行う 毎月のフロア会議において新しい理念の理解の徹底 毎日の申し送りで新しい理念の理解の徹底を進める。	1 2ヶ月
2	33	重度化や終末期についての方向性を立てる。終末期の看取りについては協力医療機関と運営法人間で話し合い検討されているが、実現までには時間がかかると思われる。終末期における看取り実施について職員の知識不足。	重度化や終末期の対応についての指針の決定。文章化にして、利用者、利用者家族に説明、理解を求める。 重度化や終末期の看取りについての職員の知識、技術の向上。	重度化や終末期に向けた対応についての指針とその実現を図るため工程表を作成する。工程表作成には協力医療機関との調整、必要な人員と職種の検討、職員の研修教育、他施設の事例からの知識の向上に努めます。	1 2ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月