

平成26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	1491000178	事業の開始年月日	平成19年12月1日
		指定年月日	平成19年12月1日
法人名	有限会社 横浜ヒューマンヘルスケアシステムズ		
事業所名	グループホーム横浜汲沢 彩り		
所在地	( 245-0062 ) 横浜市戸塚区汲沢町500-3		
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26年8月2日	評価結果 市町村受理日	平成26年11月11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/wp/IDetails.aspx?IGNO=ST1491000178&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)】

ご本人様のこれまでの人生を大切に、また「今」を大切にできるように支援させていただいています。季節を感じたり、笑顔が溢れるよう外出の機会を多く設け、楽しい時を多く過せるよう努めています。また協力医療機関と連携をとりながら看取り介護も実施しています。「最期の時をこのホームで過せて良かった」と思っていただけのようなホーム作りに努めています。

### 【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成26年9月3日	評価機関 評価決定日	平成26年9月23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)】

グループホーム横浜汲沢彩りは、木造2階建てバリアフリーの2ユニット型の建物です。市営地下鉄線・立場駅から戸塚バスセンター行きバス、住宅前バス停から徒歩数分の閑静な住宅地にあります。運営母体の協力医療機関・訪問看護ステーションと連携し、利用者の健康管理や重度化の対応に万全を期しています。

<優れている点>

ホーム開設以来町内会に加盟しています。町内会の運動会をはじめとした各種地域行事に積極的に参加すると共に、ホームの一大行事の「彩りまつり」に地域の方を招き交流を深め、地域との触れ合いを大切にしています。そういった中で、今秋の町内会の運動会では、ホーム単独の競技種目を初めて設定して貰え、利用者職員は全員参加を目指して練習に励んでいます。これらの長年にわたる地域行事への参加や地域との触れ合いを通じて、ホームへの理解が深まっています。また、町内の数名の方からホームへの利用希望もあり待機状態になっているなど、地域密着のホームとなっています。

<工夫点>

緊急搬送時に職員が素早く対応できるよう、事務所内の目のつくところに「搬送セットボックス」を設置しています。ボックス内にはトートバック、搬送時に必要な物品を記したリスト、吸引ノズルなどをセットして、誰もが分かりやすく対応できる工夫をしています。

### 【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	グループホーム横浜汲沢 彩り
ユニット名	2階

V アウトカム項目	
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	ホーム理念を元に入職者の指導や研修を行っています。また、カンファレンスを行い理念に基づき入居者様のケアプランに繋げています。	職員の採用時には必ず理念を伝え、理解してもらうようにしています。理念を玄関ホールや事務所に掲示しています。職員は折に触れ確認し、振り返り共有をしています。ケアプランによるサービスの実施を理念に基づき実施しているかを確認しています。	
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。	地域のお祭りや運動会など入居者様と一緒に参加し交流しています。また、ホームの行事にも地域の方の参加やお手伝いを依頼しています。	町内会の運動会などの各種地域行事に利用者と共に積極的に参加しています。また、家族も参加するホーム行事に、地域の方にも参加をしてもらい積極的に交流を深めています。日常的に散歩や買い物に出かけ、近隣の人たちと挨拶を交わしたり話をしています。	
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。	実践はできていませんが、ホーム行事などで入居者様やホームの様子をみていただいています。	/	/
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回のペースで会議を行い入居者様・ご家族様の意見を取り入れています。また、ボランティアの紹介などしていただきサービスの向上や地域の連携に取り組んでいます。	年6回定期的に会議を開催し、ホームの活動状況、要望や助言等について話し合い、ホームの運営に活かしています。話題に上った「熱中症等の体調管理に努めてほしい」との要望に対応し、ホーム内で熱中症対応の研修を実施し職員の意識向上に努めています。	
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。	生活保護担当者とは必要時、報告や相談を行っています。またその他のことはその都度行政に相談等しています。	市・区の関係担当課と必要に応じて連絡を取り、適宜相談して助言を得るようにしています。また、グループホーム連絡会や認知症フォーラムなどに参加をして協力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。	外部への研修参加行い、その後にホームでのフィードバックの研修など行っています。また、日頃から身体拘束を行わないようマニュアルを作成したりカンファレンスで話し合いを行っています。	研修やカンファレンスなどを通じて身体拘束の弊害について理解を深め、身体拘束をしないケアを実践しています。日々のケアの中でも職員間で注意し合っています。職員は利用者の見守りを徹底することで、日中の玄関の施錠を行わない工夫をしています。	
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。	研修などでの虐待への意識向上や入居者様の様子観察、入浴時での身体観察を行っています。また、入居者様の安全のために強く握ってしまったり、内出血ができそうな可能性がある時は細かく記録を行うよう周知徹底しています。		
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。	成年後見人制度の研修の参加やご家族様からの依頼などで主治医や訪問看護ステーションなど連携をとり、利用支援を行っています。		
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。	入居時の契約時やケアプランの同意書など一方的な説明ではなく疑問等を話せるような環境を作り、十分に時間をかけて想いを汲み取るようにしています。		
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。	ご意見箱の設置をしていますが、できるだけ面会時等から直接話していただけるように入居者様ご家族様とのコミュニケーションを大切にしています。また要望に関しては可能な限りきくようにしています。	家族の面会が多くあり、主にホーム長や副ホーム長が家族と直接面談して意見や要望を聞いています。また、運営推進会議の中でも家族の意向を聞き、運営に反映しています。意見や要望は申し送りで職員に伝達したり、カンファレンスで話し合い共有しています。	

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
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。	日頃から管理者と職員とのコミュニケーションをとっていき、意見を言える環境作りやカンファレンス等で発言できる機会を設けています。また年1回、管理者と個人面談を行っています。	ホーム長・副ホーム長は日頃から職員とコミュニケーションを図っています。意見や要望、提案を受け入れて自由に話し合い、運営に反映をしています。また、毎年職員と個別面談を行い職員の意向を聞き、業務に反映させています。	
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。	年に1回面談を行い1年間の反省や来年度への目標の設定などを行っています。また、常に職員の勤務状況の把握と評価を行っています。各自のもっている得意な面を引き出せるよう努めています。		
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。	外部への研修の参加や学んだことに対しての報告書の提出・フィードバック研修の実施を行っています。誰しもが1年に1回は研修にいけるように心がけています。		
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。	横浜市の交換研修の実施を行っています。GH連絡会の研修や集まりになるべく参加し情報交換できるよう努めています。		
<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。	信頼関係を築くためにその方の生活歴などを入居前・入居時より収集しコミュニケーションを密にとるようにしています。不安がある時はその原因を探り不安が軽減できるよう努めています。		

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。	入居希望の見学の段階からモニタリングを行っていき入居からの方向性を考えておき入居時にご家族様の心配事などにこたえられる様にしています。		
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。	上記と同様。また、必要に応じて色々なサービス提供の種類や形態の情報を伝えています。		
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。	日常生活の中で一緒に行えることを行ったり、個々それぞれの出来ることをお願いしたり出来ないことを支援したり助け合いながら生活しています。また時として入居者様から教えていただくこともあります。		
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。	ホームの行事などに参加していただいたり、外出や外泊などの促しを行っています。また支援方法の相談をしたりしています。		
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。	ご家族様に懐かしの場所に連れて行っていただいたり、お孫さんの結婚式に参加したりと支援しています。また面会はいつでも歓迎しています。	希望する人との電話や手紙などの連絡を取り持ち、つながりや関係継続が出来るよう支援しています。また、家族との外出の支援や家族の来訪時には、ゆっくりと面会してもらおうような環境作りを工夫して、関係が途切れないように配慮をしています。	

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。	レクリエーション等で共同作業で作品を作ったり、入居者様同士でも助け合いを行っているときは安全に配慮し見守りを行っています。		
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。	契約終了後もウエスをいただいたり、年賀状のやりとり等しています。契約終了のほとんどが看取りのため支援等は行っていません。		
<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。	入居2週間は初期プランをたて入居者様の様子を観察し、また入居前の生活歴などを総合し一人ひとりの意向を考えて行っています。	日々の係わりの中で声をかけたり、言葉や表情、仕草などから利用者一人ひとりの思いや意向を推し測り、それとなく確認をするようにしています。また、家族や関係者からも情報を得るようにして、利用者の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。	ご本人様の生活歴や習慣等の事前情報を全職員に読んでもらい把握するようにしています。ご本人様やご家族様から得た新しい情報はその都度ノートを活用して職員間で共有できるようにしています。		
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。	朝夕の申し送りの際に個人の細かな情報を流し共有できるようにしています。「できない」と決め付けることはせず、とりあえずやってみる、そしてその中から出来る事・出来ない事を見極めています。		

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。	主治医・看護師・ご家族様と相談しながらケアプランを作成するようにしています。また月1回のカンファレンスで職員間で話し合うようにしています。	本人や家族には、日ごろの係わりの中で意向や意見を聞き反映しています。職員間で毎月ケアカンファレンスを行い、現状に即したケアプランを作成しています。3ヶ月ごとにモニタリング・アセスメント・評価を実施し、見直しを行っています。	
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。	ケアプランを元に毎日個々に記録しています。周知しなければならない事柄に関しては申し送りノートを活用しています。それらを踏まえケアプランカンファレンスにて意見を出し合い見直しを行っています。		
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。	ホームでは多機能化は行っていませんが、入居者様の状況にあわせて法人内との連携を行っています。		
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。	地域の行事やボランティアによるクラブ活動に参加し楽しんでいただいています。運営推進会議にてケアプラザの職員や民生委員から地域の情報を聞いたり、協力関係を築いています。		
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。	入居の際にホームの訪問診察にするか、今までのかかりつけ医にするかの確認を行い選択できるようにしています。またご家族様に希望があれば訪問診察の医師と話せる機会を設けています。	利用者は、本人や家族の希望に沿って、入居前からのかかりつけ医やホーム協力医による受診をしています。通院の際、家族の同行が困難な場合は職員が通院支援をするなど、適切な医療を受けられるように体制を整えて支援しています。	



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回の訪問看護の際に情報交換したり相談したりしています。それ以外にも連絡を密にとるようにし、24時間相談できる環境にあります。また看護師から医師への連携も図られています。		
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。	グループ内の病院のため情報交換しやすい環境にあり、医療相談員や主治医と連携し早期退院できるよう調整を行っています。		
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、事業所で行え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。	医師・看護師・介護士・ご家族様で看取り介護に関する計画書に基づき看取り介護についての担当者会議用紙を使用し実施しています。	重度化や終末期の方針について入居時に説明し、必要になった段階で関係者で話し合い支援をしています。病院で終末期に入りホームで看取り介護となった場合も、利用者の状態に合わせて細やかな支援をしており、その結果普通食を介助なく自分でとるようになり、元気になった事例もあります。	
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。	定期的に緊急時の対応研修を行い「転倒」「誤嚥」「意識消失」など様々な事故発生時を想定して行っています。マニュアルも作成し事務所内に掲示しています。		
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回避難訓練を実施しています。うち1回は消防署の方に来ていただき、実際に煙をたいたり水消火器で使い方を練習したりしています。自動火災報知機も実際に触り訓練しています。地域の方にも参加頂き入居者様の見守り等をして頂きました。	消防署の立ち会いも含め、定期的に消防・避難訓練を実施しています。訓練実施の際には、近隣の家へお知らせを持参して、訓練への参加や災害時の利用者見守りをお願いしています。運営推進会議でも、自治会長や民生委員と協力・連携について話して、地域との協力体制を築いています。	

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
<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。	一人ひとりの性格や職業歴、生活歴を考えながら声かけやお手伝いなどを行っています。職員間で言葉かけ等が気になるときは注意しあうようにしています。また入居者様との話の内容によっては居室で話すようにしています。	職員は、利用者の表情を気に向け、視線が利用者の上にならないようにしゃがんで話しをするなど、一人ひとりを尊重して大切に接するよう心がけています。気になる対応があった場合には、管理者からだけでなく、職員間でも注意し合っています。	
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。	入居者様一人ひとりに合わせた話し方や雰囲気作りをして、想いや希望を表現しやすくするように努めています。また何かするときには入居者様に相談したり、自己決定できるような聞き方をするようにしています。		
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。	1日の大まかな流れは決まっていますが、それにとらわれすぎず個々の希望に添えるようにしています。職員の常識と入居者様一人ひとりの常識が違うことを常日頃から認識し、決して押し付けにならないよう支援しています。		
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。	訪問理美容にて好きな髪型にしてもらったり、洋服を購入するときにはご本人様と買い物に行き自分で選んでいただいたり、ご家族様にご本人様の趣味に合うものを購入してもらったりしています。お化粧品も自由にいただいています。		
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。	材料は食品業者から仕入れているためメニューは決まっていますが、月に2～3回は外食に行ったり出前をとったり好きなものを食べていただいています。食器拭きや食器洗いなど行える方には積極的にお願いをしています。	毎月の献立が決まっている中でも行事食や外食、出前を取るなど、好きなものを食べる機会を設け、食事を楽しめるように配慮をしています。職員は利用者と会話をしながら一緒に食卓を囲んでいます。酒を嗜む利用者もいます。	

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。	食事の配食サービス業者の栄養士にてカロリーコントロールされています。食事摂取量や水分摂取量は専用の用紙を使用し個々に記録を残しています。また食事は入居者様と一緒にいき摂取状況を確認しています。		
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。	毎食後行っています。一人でできない方に対しては歯磨きセットを預からせていただき職員が見守りや準備を行い磨いていただいています。義歯は夜間洗浄液につけています。		
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。	オムツは極力使用せず、ご本人様・ご家族様と相談しながら個々に合った排泄方法で支援しています。排泄のサインを見逃さないよう職員間で情報を共有するようにしています。	おむつは極力使用しない方針です。利用者の様子や間隔から排泄パターンを把握し、声かけをして誘導しています。トイレでは、排泄がしやすいように、声を出してお腹に力を入れるように促すなど、一人ひとりに合わせて排泄の自立に向けた支援をしています。	
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。	排便を促すため毎日朝食時にコップ1杯の牛乳を提供しています。便困者はリストアップを行い週1回の訪問看護のときに報告し指示をもらったり、主治医に相談したりしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	できるだけご本人様の希望を取りたいのですが、午後にレクリエーションを行っているため午前中に設定させていただきご本人様の意思を確認しながら行っています。拒否の強い方は無理強いすることなく言葉かけの仕方を工夫したりしています。	利用者の希望に合わせて毎日でも入浴できます。浴室にはラベンダーの鉢植えの飾りを置いたり、柚子湯や菖蒲湯にするなど、気持ち良く入浴できるように工夫しています。1階にはリフト付きの浴槽の設備があり、介護度の高い利用者も安全に入浴できるよう支援をしています。	

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。	入居者様が休息したいときはご本人様の意思で臥床していただいたり、疲れている様子が見受けられた時に声かけを行い臥床していただいています。夜間眠れない時は傾聴等行い不安を取り除くようにしています。		
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。	個々の薬の情報をファイルしいつでも確認できるようにしています。症状の変化がみられた際には医師に報告しています。薬の変更等があった時には全職員・ご家族様に報告するようにしています。		
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。	過去の生活歴や性格を参考にしながら掃除・食器拭き・縫い物・作品作り等色々な事を提供しています。喫煙や飲酒をしていた方にはそのまま継続し提供しています。また買い物と一緒に رفتり散歩をしたりと気分転換もしています。		
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。	気候が良い季節は日常的に散歩に行っています。また入居者様と行き先を相談しなるべく月1回は全員で遠出できるようにしています。年1回はホーム全体で観光バスを貸し切りバス旅行もしています。	近隣への散歩や買い物、ホームの庭でのおやつタイムなど、日常的に戸外の空気や景色に触れています。また、ドライブに出かけたり、毎年日帰りバス旅行に行くなど、利用者が楽しく外出できるように工夫しながら支援をしています。	
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。	入居者様の中にはお金を渡してホーム近くにあるお店に一人で買い物に行っている方もいます。また一緒に買い物に行った時もレジで自分で会計をしていただいたりしています。		

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。	ご本人様の訴えがある時はご家族様へ電話してお話をさせていただいています。手紙のやり取りを行っている入居者様にはポストへの投函をしたり、手紙が届いたらお渡しするようにしています。		
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。	季節に応じた作品を飾ったり朝の掃除の時に窓を開け新しい空気を取り込み、外気に触れて季節を感じたりしています。刺激がある色使いや音などは避けています。窓が大きく天窓もあり穏やかな光が入り解放感があります。	建物内はバリアフリー仕様です。共用の空間は明るくゆったりとしています。ソファの配置に工夫をしたり、天井に設置してあるエアコンにも風が直接利用者にあたらないようにきれいな布で風除けするなど、居心地のよい場を提供するように工夫しています。	
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。	ベランダにて外を眺めたりリビングで読書をされたりと一人になれる時間を過ごされています。またリビングで会話を楽しんだりテレビを見ながら談笑したりされています。		
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。	入居前に使用していた家具等を持ってきていただくよう説明しています。ご本人様がもっとも落ち着ける環境が作れるよう、自由に写真を飾ったり物を置いていただいています。	利用者が自宅で使用していた馴染みのある品々を持ってきてもらうように伝えています。趣味の道具、ソファ、ダンス、鏡台など、使い慣れた物や好みの品々を配し、一人ひとりに合わせ、居心地よく過ごせる居室にな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。	個々の認知症のレベルや身体状況を把握して、それぞれの不足を補い自立支援を行っています。入居者様の目線で居室等の張り紙をしたりしています。		

事業所名	グループホーム横浜汲 彩り
ユニット名	1階

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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
<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。	ホームの玄関や事務所に理念を掲げ、何か問題があった時などカンファレンス等で再確認しています。ケアプランに関しても理念に基づいたサービスができていますか確認しています。		
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。	自治会に加入し町内会の運動会・盆踊り等地域行事に参加するようにしています。また日常的に散歩に出かけた時や外で出会った時など挨拶を交わしています。		
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。	以前、認知症キャラバンメイトに参加して、グループホームの説明、認知症の方への対応などお話しさせていただきましたが他にもお役に立てると良いと思います。		
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。	会議では必ずホームの活動・状況について評価・要望等意見を聞くようにしています。要望については出来る限り実践できるように努めています。		
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。	区の生保担当者とは密に連絡をとっています。サービスや運営上分からない時はその都度関係機関に連絡しアドバイス等をいただいています。		

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。	マニュアルや研修にて職員には周知徹底しています。昼間はフロアーの出入り口も玄関も施錠しないよう工夫し、夜間も玄関の施錠のみにしています。拘束を行わない支援方法を職員間で話し合い実践しています。		
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。	職員は研修に行き、研修報告会で現場にフィードバックするようにしています。また入居者様の身体状況に常に目を配り、少しでも異変があれば記録に残すようにしています。管理者はスタッフの様子にも気を配るようにしています。		
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。	職員には研修の参加を促しています。また成年後見人制度を希望される方には必要な書類の手配をしたり利用支援を行っています。		
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。	契約時には充分時間をかけて説明し、ご本人様やご家族様の想いを汲みとるように努めています。少しでも不安が軽減できるよう時間をかけて話し合うようにしています。また看取りや重度化等についてもしっかりと説明し同意を得ています。		
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。	日頃からコミュニケーションをとり、意見・要望を聞くようにしています。玄関に意見箱も設置しどなたでも意見が出せる環境を作っています。意見・要望があれば職員間に提示しカンファレンスで話し合っています。		



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
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。	日頃からコミュニケーションをとり、カンファレンスの際に意見等を出してもらい、皆で話し合うようにしています。また年1回管理者との個人面談も行っています。		
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。	職員個々の得意分野を生かした仕事ができるように配慮しています。給与や賞与に関しても個々に評価しています。		
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。	研修希望者には受講できるよう勤務調整を行ったり、各々適した研修があれば行ってもらうよう促しています。またホーム内研修や研修報告会を開催し、現場で活かせるよう努めています。		
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。	グループホーム連絡会の研修や集まりになるべく参加し情報交換できるよう努めています。またグループ内の老人保健施設と交流し連携を図るようにしています。横浜市主催の他グループホームへの交換研修にも参加しています。		
<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。	出来る限り細かく情報収集し、職員間でその情報を共有するようにしています。不安等ある時はその原因を探り不安等が軽減できるよう努めています。またゆっくりと話ができる様な環境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。	利用前にどんな生活をしてもらいたいか等聞き取り、不安な事に関しても十分にコミュニケーションをとり軽減できるように努めています。		
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。	相談をうけた際にご本人様の状況やご家族様の希望をなるべく細かく聞き取り、必要があれば他のサービスの情報を提供しています。		
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。	個々の得意分野が発揮できるよう役割分担を決めて生活しています。時には教わったり意見を取り入れたりしています。		
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。	ご本人様の今までの生活等教えて頂いたり、ご本人様がより良い暮らしをしていくためにはどうしたら良いか相談したりしています。またご家族様と外出の機会がもてるようご家族様にお願いをしています。		
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。	手紙や電話はご本人様が希望する際適時支援するようにしています。また訪問時にはゆっくり面会できる環境作りをしています。		

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。	食事の席やドライブの際の配車等気の合う仲間となるよう配慮しています。お茶や食事の際は職員も入り皆で会話するようにしています。入居者様同士で支え合っている場面もよくみられます。		
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。	退去されご自宅に帰られた方には近況などお聞きして必要ならば情報提供をしていました。		
<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。	入居者様との日々のコミュニケーションの中からご本人様の希望等を把握するようにしています。ケアプランに取り入れられるようにしています。またご家族様から情報収集にも努めています。		
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。	ご本人様の生活歴や習慣等の事前情報を全職員に読んでもらい把握するようにしています。ご本人様やご家族様から得た新しい情報はその都度ノートを活用して職員間で共有できるようにしています。		
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。	朝夕の申し送りの際に個人の細かな情報を流し共有できるようにしています。「出来ない」と決めつける事はせずとりあえずやってみる、そしてその中から出来る事・出来ない事を見極めています。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	主治医・看護師・ご家族様と相談しながらケアプランを作成するようにしています。また月1回のカンファレンスで職員間で話し合うようにしています。		
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。	ケアプランを元に毎日ここに記録しています。周知しなければならない事柄に関しては申し送りノートを活用しています。それらを踏まえケアプランカンファレンスにて意見を出し合い見直し等を行っています。		
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。	その時々状況に合わせて支援は行っていますが、多機能化は特に行っていません。		
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。	地域の行事やボランティアによるクラブ活動に参加し楽しんでいただいています。運営推進会議にてケアプラザの職員や民生委員から地域の情報を聞いたり、協力関係を築いています。		
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。	入居の際にホームの訪問診察にするか今までのかかりつけ医にするかの確認を行い選択できるようにしています。またご家族様に希望があれば訪問診察の医師と話せる機会を設けています。		

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回の訪問看護の際に情報交換したり相談したりしています。それ以外にも連絡を密にとるようにし、24時間相談できる環境にあります。また看護師から医師への連携も図られています。		
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。	グループ内の病院のため情報交換しやすい環境にあり、医療相談員や主治医と連携し早期退院出来るよう調整を行っています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居の段階で説明を行い同意を得、希望も伺っています。終末期になった際にはご家族様・主治医・看護師と共に意見交換を行い支援方法を決めています。		
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。	マニュアルを作成したり、消防署で行っている救命講習の受講を義務付けています。また緊急時の対応に関しては事例をあげて定期的にホーム内で研修を行っています。		
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。	消防訓練を年に2回実施しています。グループ内の元消防署員の方に参加していただき意見を頂いたり、1回は消防の方と共に訓練しています。消防の方に地震研修も行って頂いています。運営推進会議の際に地域の協力・連携がとれるよう話をしています。		

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
<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。	ご本人様をより深く知る努力をし、ご本人様が落ち着ける言葉かけ等を行うようにしています。職員間で言葉かけ等が気になる時は注意し合うようにしています。また入居者様との話の内容によっては居室で話すようにしています。		
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。	入居者様一人一人に合わせた話し方や雰囲気作りをして、想いや希望を表現しやすくするように努めています。また何かする時は入居者様に相談したり、自己決定出来る様な聞き方をするようにしています。		
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。	1日の大まかな流れは決まっていますが、それにとらわれすぎず個々の希望に添えるようにしています。職員の常識と入居者様一人一人の常識が違う事を常日頃から認識し、決して押しつけにならないよう支援しています。		
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。	ご自分で出来る方は自由に行っています。ご自分で出来ない方にはどれを着たいか伺います。洋服や化粧品の購入時は一緒に買い物に出かけます。		
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。	材料は食品業者から仕入れているためメニューは決まっていますが、月に2～3回は外食に行ったり出前をとったり好きな物を食べていただいています。食事の準備・後片付けは積極的に行っています。		

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。	食品会社でカロリー計算はされています。医師とも相談しながら個々に合った食事量・食事形態を提供しています。食事量・水分量は毎食確認し記録しています。		
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。	毎食後介助や言葉かけを行い口腔ケアを行っています。入れ歯の管理が難しい入居者様は職員で管理するようにしています。		
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。	おむつは極力使用する事はせず、ご本人様・ご家族様と相談しながら個々に合った排泄方法で支援しています。排泄のサインを見逃さないよう職員間で情報を共有するようにしています。		
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。	運動の機会を設けたり、毎朝ヤクルトを提供しています。便秘気味の方は医師や看護師にも相談しながらスムーズに排便できるよう服薬の調整をしています。またトイレで腹圧をかける練習をしたりしています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の時間はほぼ午前中になっていますが、ご本人様の意思を確認しながら入浴して頂いています。入浴が嫌いな入居者様には無理強いすることなく、言葉かけの仕方を工夫したりしています。		

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。	日中はなるべく活動を促し昼夜逆転しないよう努めています。眠れない時は傾聴等行い安心して頂けるよう努めています。		
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。	個々の薬の内容をファイルしいつでも確認できるようにしています。症状の変化がみられた際には医師に報告しています。薬の変更等があった際には全職員・ご家族様に報告するようにしています。		
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。	個々の趣味や特技を見出しそれぞれに仕事やレクリエーションをお願いしています。お酒や煙草も主治医に確認の上、提供するようにしています。		
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。	日常的に散歩や買い物の支援をしています。また入居者様と行先を相談し、なるべく月1回は全員で外出できるようにしています。またご家族様にも外出の協力を呼び掛けています。		
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。	ご家族様とも相談しながら数千円ご本人様に渡している方もいます。お金の管理が難しい入居者様も一緒に買い物に行った際は会計をしてもらったりしています。		



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。	電話する際は居室ですて頂き人目を気にしないよう気配りしています。ご家族様や知人からの電話や手紙は必ずご本人様に取り次いでいます。		
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。	毎朝清掃を行い清潔を心がけています。居間から庭もよく見えるため開放感もあります。庭には季節の草花を植え楽しんでます。		
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。	食堂とリビングが一体となっていますが、ソファの位置に配慮しくつろげるようにしています。		
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。	入居前に使用していた家具等を持ってきていただくよう説明しています。ご本人様が最も落ち着ける環境が作れるよう、自由に写真を飾ったり物を置いて頂いています。		
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。	個々の認知症のレベルや身体状況を把握して、それぞれの不足を補い自立支援を行っています。自分が何をすればよいかわからず不安になってしまう入居者様にはスケジュール表を貼りご自分の目で確認して判断できるようにしています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム横浜汲沢・彩り

## 目標達成計画

作成日: 平成 26 年 11 月 10 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	13	災害時を含めた緊急時対応について、地域住民へ呼びかけは行っているが協力関係が少ない。	災害時を含めた緊急時対応について引き続き呼びかけを行い、地域住民との協力関係が多く得られる。	①運営推進会議の際自治会長や地域住民へ呼び掛ける。 ②ホームの避難訓練・緊急時の研修等に地域住民の参加を呼び掛ける。 ③地域の行事等に積極的に参加したり散歩中挨拶を交わしたり、日頃より地域住民との交流を深められるよう努める。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月