

平成27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	1493100018	事業の開始年月日	平成18年4月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	株式会社 ツクイ		
事業所名	ツクイ横浜大久保グループホーム		
所在地	(233-0007) 神奈川県横浜市港南区大久保3-38-1		
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27年10月1日	評価結果 市町村受理日	平成28年5月2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)】

刻み食やムース食、お粥と言った、各入居者に合った食事提供を徹底しています。食事自体厳しい方は、医師と連携しエンシュアリキッド等の補助食品で補っています。最後まで食事は口腔摂取が一番と思っています。

【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27年12月14日	評価機関 評価決定日	平成28年2月11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、横浜市営地下鉄または京浜急行線「上大岡駅」からバスで15分、「普門院前」下車徒歩7分ほどの小高い丘の中腹にあり、閑静な新興団地の一角にあります。建物は鉄骨造りの2階建てです。

<優れている点>

利用者の日々の状態を介護記録に記載し、短期の介護計画のモニタリングも記載し、確認をしています。この内容を看護師や医師との情報連携に活用しています。利用者一人ひとりの観察を行い、その人が今最も必要としていることについてたえず話し合っています。利用者は絵を描く、聞きたい音楽を聞く、見たいテレビ番組を見るなど、好きなことを自由に行っています。食事は宅配を利用していますが、利用者の状態に応じて、流動食やエンシュア（流動栄養剤）との併用、ムース食などを工夫して提供しています。配膳のできる利用者はリハビリとして楽しみながら役割分担しています。利用者に対する声掛けや誘導は笑顔で対応しています。難しいことがあっても諦めない、投げ出さないを全職員が心がけ、すぐに話し合いをもって改善しています。

<工夫点>

家族への通信（大久保通信）を通じて、利用者の個々の生活を細かく知らせることで家族の安心感に繋がっています。また、職員に対しては、小さな面談を定期的に行い職員の種々の思いを把握しようと努めています。

【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	ツクイ横浜大久保グループホーム
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	
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。	理念に沿っています。最後まで食事を継続していきたいです。	理念はオープニングスタッフで作成しています。管理者は入職時のオリエンテーションで理念を説明しています。利用者一人ひとりに合ったより良いサービスを提供するために、職員が話し合い、ケアのスキルアップを図るよう話し合い実践しています。		
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。	運営推進会議には町内会長、民生委員などの参加あり常にコミュニケーションをとっている。地域の行事にも利用者と共に参加している。	散歩の際、近所の人と挨拶を交わしています。自治会に加入して盆踊りなど地域の催し物に参加しています。事業所周辺を利用者と職員で掃除しています。来年の町内運動会に誘われ、参加する予定です。毎月、歌や折り紙などのボランティア訪問があります。		
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。	管理者、計画作成担当者共に認知症キャラバンメイトとして地域包括センター主催の認知症サポーター講座に参加している。			
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。	町内会長、その他町内の方、民生委員地域包括支援センター職員と参加率が高い。たくさんの意見や情報をもらうことが出来ており、それを日々活かすことに努めている。	運営推進会議は2ヶ月に1度開催しています。会議の話し合いから介護相談員の来所が実現しています。利用者と一緒に歩行可能な、事業所周辺マップ作成について協議しています。夏祭りの参加や手伝いに関係者が好感を持っています。		
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。	市町村担当者との連携はない。近隣の地域包括支援センターの職員とは協力関係を築くことができるよう、運営推進会議への参加のお願いや認知症サポーター講座を通しての交流などを積極的に行っている。	認知症サポーターキャラバンメイトで、市や区、地域包括支援センターと連携しており、管理者は講演を依頼されています。地域ケアプラザで開催される自治会福祉部会などには区の職員が来ています。地域包括支援センターとは今後協力関係を深める予定です。		

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。	本社研修、事業所内研修を定期的に行っており、それを活かしスタッフはケアを行っている。	玄関は開錠していますが、徘徊する利用者がいるため、1階の出入り口はご家族に説明の上、閉めています。職員同士で見守りも徹底しています。作業中に介助を要請され、一時中断が必要な時、無意識に発するスピーチロックに対して、朝礼や申し送りの時を利用して指導しています。	
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。	本社研修、事業所内研修を定期的に行っており、スタッフには浸透している。管理者は常にスタッフの言動に注意して適さないケアがあれば、指導している。		
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。	事業所内研修を行い、スタッフに理解してもらえるように努めている。		
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。	入居時にご家族へ説明・同意を頂いた上での署名・捺印をお願いしています。		
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。	契約書に事業所以外、本社、市町村、都道府県の各相談窓口の電話番号を記載しており、それについて説明をしている。	1日おきに面会に来る家族もいます。面会の際には、利用者の状況を報告して意見や要望を必ず聞いています。家族への通信（大久保通信）を通じて、利用者の個々の生活を細かく伝えることで安心感を持たれています。現在、苦情や要望は出ていません。	

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。	職員との話を真摯に受け止め検討の上反映させられる様努力しています。	管理者は、業務日誌を走り書きを含め、書きやすく簡略化しています。職員とは10分～20分の簡単な面談を定期的に行い、種々の思いを把握するように努めています。また、休暇を取得したい時は、変更シフトを3日前までに提出すれば希望を叶えるように改めています。	
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。	無理のないシフト作りを心がけています。		
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。	社内研修は定期的に行われている。		
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。	認知症実践者研修、リーダー研修に多数のスタッフを出している。また神奈川県、横浜市双方のグループホーム連絡会の会員になっている。		
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。	入居時、計画作成担当者ご本人から必ず要望等を聞いている。その後も最初は特に密にコミュニケーションとり、関係づくりに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、計画作成担当者のご家族から必ず要望等を聞いている。その後も最初は特に密にコミュニケーションとり、関係づくりに努めている。		
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。	入居して、しばらくは細かく様子観察を行い、どのようなケアが必要か見極める努力をしている。		
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。	グループホームという小規模な特性を活かしアットホームな雰囲気づくりに努め、利用者、スタッフ共に笑顔の絶えないホームを目指している。		
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。	家族には面会に来やすいようにオープンな雰囲気づくりを目指している。面会時にはそれぞれの家族の望む面会場所の提供などを行っている。また本人に変化や体調不良などあったときには必ず連絡して報告相談している。		
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。	家族が同伴であれば、外出などに制限をしていない。また面会時間も特に制限していない。	利用者の以前の仕事先の人が訪ねて来ています。家族、親戚づきあいをする遠縁の人や友人に、墓参りや馴染みの美容院へ連れて行ってもらう利用者もいます。以前の行きつけの中華料理店へ、家族と食事に出掛ける人もいます。	

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
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。	利用者同士がうまく関係できるようにリビングの席などは定期的にスタッフで話し合い適したものにしている。また利用者を細かく様子観察し、利用者同士よい関係を築くために必要と思われるときにはスタッフが介入している。		
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。	サービス利用が終了した利用者の家族がボランティアに定期的に来てくれたりとよい関係性を保っているケースがある。		
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。	計画作成担当者を中心に利用者1人1人のケアについて、定期的に話し合いを行い、本人本位のケアを目指している。	利用者一人ひとりの観察を行い、今、最も必要としていることについてたえず話し合っています。利用者は絵を描いたり、聴きたい音楽を聞いたり、見たいテレビ番組を見るなど、好きなことを自由に行っています。呼び方は本人の表情や家族から聞いて選んでいます。	
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。	入居時、計画作成担当者が聞き取りをし、書類作成をして常に本人ファイルに提示してスタッフ全員に周知してもらえよう努めている。		
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。	グループホームという小規模な特性を活かし、1人1人の観察、状況の把握を日々している。		

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。	スタッフはケアについて、常に意見を言い合う雰囲気となっており、計画作成担当者は出来るかぎり、その意見を吸い上げ実施するように努めている。カンファレンスも定期的に行っている。	利用者の日々の状態を介護記録に記載し、短期の介護計画のモニタリングも記載し、確認をしています。この内容を看護師や医師との情報連携に活用しています。月に1回定期的にカンファレンスを行い、介護計画を作成して家族の同意を得ています。	
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。	介護記録はフォーカスチャートで行い結果や気づきが表れやすくなっている。記録はかなり細かく記入がされており、読めば利用者の状態が把握できるものとなっている。		
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。	スタッフはケアについて、常に意見を言い合う雰囲気となっており、計画作成担当者は出来るかぎり、その意見を吸い上げ実施するように努めている。そのため、その時々により生まれるニーズに対し対応しやすい。		
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、その他町内の方、民生委員地域包括支援センター職員とのお付き合いあり。地域の行事などに誘ってもらっている。また、定期的に地域に住むボランティアの来訪あり。防災訓練に町内会長、その他町内の方の参加あり。		
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。	ほとんどの利用者が往診専門のクリニックを利用している。主治医のDr.とは、密にコミュニケーションをとり往診には必ずスタッフが付き添い細かく体調の変化などを報告相談している。またクリニックは24時間コール対応、緊急往診可能となっている。	往診専門のかかりつけ医が隔週で来ています。また緊急時にも対応しています。利用者の希望で外来診療に行く事もあります。看護師は職員と連携し毎週1回利用者の状態を看ています。薬は医師と同行する薬剤師から直接指導を受けています。	

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。	訪問看護NS訪問時には、必ず最近の様子などを報告している。また24時間コール対応となっている。		
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。	入院時には定期的に本人の様子を見にいき、Dr. NSから経過を聞き、ケースワーカーとは家族を含め、今後の方針などの相談を行っている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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。	重度化した場合や終末期に向けた方針は、状態が変わるたび、その都度、Dr.を含め家族と話し合いを行い、家族の意向に添い方針を決め、出来るかぎりのケアを行っている。	事業所として、多くの看取り経験があります。家族や医師、看護師、職員を交えて終末期に向けた話し合いを行い、その意向に沿った支援計画の作成と寄り添いをしています。	
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。	社内マニュアルに沿って対応していきます。		
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、地域との協体制度を築いている。	定期的に防災訓練を行っている。1年に1度、消防署職員をホームに招き指示に従いながら訓練を行う。そのときには町内会長はじめ町内の方々にも参加してもらっている。	定期的に防災訓練を行っています。今年度は4月と11月に火災を想定した避難訓練をしています。11月には消防職員や地域の人、自治会長も参加しています。緊急時は、職員の半数以上が10分前後でホームに駆けつけることが出来ます。	訓練も行い、非常時の食料等の備品も管理しています。今後、利用者の重度化に対応して想定される最低限の必要品のリストアップをすることが期待されます。

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。	声掛け、対応に関してはスタッフ一人一人が介護職としての自覚を持ち行っている。時として適さないものや迷うようなことがあれば、その場で話し合ったりカンファレンス時に課題に挙げたりして、日々向上に努めている。	利用者に対する声掛けや誘導は、笑顔での対応をしています。難しいことがあっても諦めない、投げ出さないを全職員が心掛け、すぐに話し合いをもって改善し支援につなげています。	
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。	利用者一人一人を日々細かく観察し、見えない思いや希望も拾い上げられるよう努めている。		
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。	個別ケアを大切に、利用者一人一人のペースを守れるよう努めている。言葉に出来る利用者に関しては、その都度希望を聞き取り、出来るかぎり添えるようにしている。		
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。	洋服は選べる利用者は自ら選ぶことが出来るよう促しを行っている。アクセサリなども持ち込んでもらい、思いのおしゃれを楽しんでいる利用者もいる。選ぶことのできない利用者に関しては家族の希望を取り入れ洋服を選んでいる。また汚れて衣服が汚れてしまったときには、すぐに着替えの介助を行い清潔感を大切にしている。		
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。	食事は宅配を頼んでいるため一人一人の好みに添っているとはいえない。準備や片付けに関しては、「お手伝い」を楽しみや生きがいに行っている利用者には必ず参加してもらおうようにしている。	笑顔で楽しく食事ができるよう、利用者の状態に応じて、きざみ食やムース食、エンシュア（流動栄養剤）との併用など、確実に栄養が取れるよう工夫して提供しています。配膳のできる利用者はリハビリを兼ね楽しみながら役割分担しています。	

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。	食事量や水分量に関しては徹底して管理を行い記録に残している。食事量、水分量が減ってくれば食べやすい形状にしたり、あらゆる工夫を考え実践し栄養水分不足とならぬよう努めている。それでも解決しないようであれば主治医に相談しながら対応を続けていく。		
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、全員口腔ケアを実施している。		
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。	立位がとれなくなっても、出来るかぎりトイレに座っての排泄介助を行っている。	生活記録をもとに排泄パターンを把握して誘導介助の支援を行っています。便通や排尿の状態がすぐれない利用者も、生活記録をもとに医療と連携して改善に積極的に取り組んでいます。	
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。	便秘傾向にある利用者には、オリゴ糖や牛乳を提供したり水分強化を常に意識をしたりと、いろいろなことを試し本人に合うものを常にさがしている。トイレ介助の際には腹部マッサージを行ったり、少し長くトイレに座ってもらったり便秘に対し意識をもってケアを行っている。それでも解決しないときには主治医相談となるが、下剤を屯用にしてもらうなど、薬に頼りきりにならぬよう努めている。		
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。	入浴に対して、そのような希望のある利用者は現在は入居していない。介助に関しては個々のADLや体調、プライバシーに考慮したケアを行っている。	週2回は入浴をすすめています、入浴を嫌う利用者には、シャワー浴だけでも様子を見ながら支援しています。じょくそうや皮膚疾患が進まないよう、観察や処置も医療機関の指導のもと併せて行っています。	自立が困難な利用者が増え、入浴を楽しむことが困難そうです。また、入浴に対する危険もあり、浴室の環境を再確認することが期待されます。

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
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。	自立した利用者の過ごし方は本人の健康に害がないかぎり自由に過ごしてもらっている。本人のペースで休息をとったり就寝時間もそれぞれであったりする。介助が必要な利用者に関しては細かく様子観察が必要と判断すれば臥床介助を行う。就寝に関して、あまりにも不眠が続く本人も苦痛を感じていると判断したときには主治医に相談し解決できるよう対応している。		
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。	薬に関して、入居時や変更等あったときには必ず連絡ノートに記載し周知徹底に努めている。また薬情報書はいつでも見ることができるところに保管している。新しい薬のスタート時にはその後は様子観察とし変化があれば報告記録の徹底をしている。		
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。	1人1人に合った、生活が出来るように支援ができるよう努めている。家事が好きな利用者には積極的に行ってもらい、役割があることでの自尊心を大切にしている。		
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。	季節、天候がよい日には庭での外気浴をよく行っている。外出は行事として企画をたて、ごくたまに行っている。家族との外出には制限をしていない。	事業所は高台の少し傾斜したところであり、ベランダや庭での外気浴が楽しめます。近隣は坂道が多い為、車椅子での外出は、主に車を使っています。友達同士で横浜のマリントワーなどにも外出している利用者もいます。	
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。	ホーム内でお金を持っている利用者はいない。基本的に金品の持ち込みはお断りしている。		

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。	希望により、ホームの電話を使い家族に電話をしている利用者がいる。		
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。	共用空間は常に清潔であるよう掃除を徹底している。日当たりがとてもよいため、日中はカーテンをあげ、明るい雰囲気になっている。トイレや浴室、各居室に全て表札をつけ、利用者の混乱がないようにしている。	陽当たりも良く明るく清潔な共用空間になっています。折り紙や花の写真などを各居室の近くの壁やドアに配置し、落ち着いた雰囲気を醸し出しています。また床暖房や空気清浄器、加湿器等により、快適な共用空間になっています。	車椅子の利用者が増えてきています。現状、介助移動の時は少し手狭に感じられます。共用空間の有効な活用の工夫と再確認も期待されます。
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。	リビングは気の合った利用者同士、一緒に過ごせるように席などに配慮している。共用空間が狭い為、独りになれる場所はほとんどない。利用者は独りになりたいとき自分の居室に帰っている。また介助必要なら、そのように介助している。		
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。	入居時にご本人、ご家族が望むものは危険なものを除いて持ち込んでもらっている。また、その後はご本人の状況や状態に合わせた居室づくりをご本人、ご家族と話し合いながら行っている。	各居室は職員の手助けのもと、きれいに整理整頓しています。本人の希望にあわせて洋服を並べて置いたり、仏壇を設置したり、思い思いの部屋作りになっています。	
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。	利用者が迷うことがないよう、それぞれの居室に表札をつけたり、トイレの入り口には大きくトイレと書いた紙をはったり、目印になるようなものを取り付けている。		

事業所名	横浜大久保GH
ユニット名	ひだまり

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、安心して暮らしている。 (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
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。	理念に沿っています。最後まで食事を継続していきたいです。		
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。	さつき台自治会に加入しています。夏祭りの準備、盆踊りへ参加させてもらっています。週一回ではあるがクリーンアップとして周辺をご入居者様と職員が掃除をしています。		
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。	包括支援センター主催による認知症キャラバンメイトへの参加や入所に関する相談等も受付けています。		
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。	町内会長、その他町内の方、民生委員地域包括支援センター職員と参加率が高い。たくさんの意見や情報をもらうことが出来ており、それを日々活かすことに努めている。		
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。	市町村担当者との連携はない。近隣の地域包括支援センターの職員とは協力関係を築くことができるよう、運営推進会議への参加のお願いや認知症サポーター講座を通しての交流などを積極的に行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	身体拘束により引き起こす弊害を説明、理解し施錠しない取組みを実践しています。		
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。	虐待防止に向けての勉強会を設けています。カンファレンス等で、対応に悩んでいる職員がいた場合、対応方法を検討しています。		
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。	年間研修計画にて認知症の理解についての研修を実施し、その中で支援方法でけんり擁護について各職員へ周知徹底に努めています。		
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。	入居時にご家族へ説明・同意を頂いた上での署名・捺印をお願いしています。		
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。	契約書に事業所以外、本社、市町村、都道府県の各相談窓口の電話番号を記載しており、それについて説明をしている。		

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
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。	職員との話を真摯に受け止め検討の上反映させられる様努力しています。		
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。	無理のないシフト作りを心がけています。		
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。	社内研修は定期的に行われている。		
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。	認知症実践者研修、リーダー研修に多数のスタッフを出している。また神奈川県、横浜市双方のグループホーム連絡会の会員になっている。		
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。	周囲への環境配慮、本人の不安軽減ができるように傾聴に努め、安心して生活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
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。	ご家族・ご本人の主訴を傾聴し心配に思っている事には、適切に対応し、不安のない生活を送れ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。	面談にて必要な支援を一緒に考えていきます。入居以外のご希望が出る際には、ケアマネや包括等へ繋げられるような対応をします。		
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。	共同生活の言葉通り、職員も同じ食事・同じ時間を共有している意識を常に持っていけるように努めています。		
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。	ご面会は随時お受けしています。ご本人の状況をお伝えし、少しでもご家族との関係をより良いものにしていけるように努めています。		
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。	身体的に外出することが厳しくなっているご入居者が増えてきています。ご家族のご協力を得て馴染みの場所やご友人の話をしていただいています。		

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
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。	各職員はご利用者同士の間に入り、特別扱いもせず、孤立もさせないように良好な関係作りを目指しています。		
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。	退去されたご家族も、ボランティアで来所頂き、楽しい時間を過ごしていただいています。		
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。	各ご入居者の意向、思いを尊重しています。出来る限りご本人の希望に添えるよう個別対応を心がけています。		
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。	アセスメントによって細かい生活歴の把握に努めている。また、これまでのサービス利用時の様子を必要に応じて家族や事業所に問い合わせています。		
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。	各ご入居者が、今、出来る事を個々に把握しADLの低下防止に努めています。		

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。	個別性を重視し、ご本人らしく生活を送るための支援をご家族の意見、ご本人の様子をもとにカンファレンス等で話し合い計画を作成しています。		
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。	ケア日誌のほかに個別の経過記録を記入し、一定期間の状態観察を基に個別のニーズの把握に努め計画に活かしています。		
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。	各ご入居者のニーズを把握し、その時々に合わせての対応をしていきます。連絡ノートを活用し、全員に周知できるように努めています。		
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。	地域清掃に出て、地域の方々と気軽に挨拶が出来るような環境づくりに努めています。		
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。	ご家族・ご本人の意向を尊重している、要望があれば関係機関との連絡調整に応じています。		

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。	看護師との連携を密にとり、定期的な健康管理、及び往診医へのアプローチを行っています。		
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。	ご家族了解のもと、入院時立会い状況把握に努めています。また定期的に面会も行っています。		
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。	先生からご家族への説明にも同意を得て同席し、身体機能、病状の経過、変化について確認しつつ、ご本人が安楽に過ごせるよう支援を検討しています。		
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。	応急手当や初期対応を具体的な例で行っていない。緊急時の対応（連絡）としては周知しています。		
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。	災害に関しては、地域のご協力を頂き、スムーズな非難ができる体制を作ります。		

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。	各個人を尊重した言葉かけを心がけています。		
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。	各個人の思いや意思を尊重し、自己決定できるように促しています。		
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。	体調や天候に応じて、ご本人のペースで過ごせるよう、強制することなく希望に添った対応を心がけています。		
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。	訪問理美容を利用し、ご本人の希望によって、カットだけではなくパーマ、カラーと好みに合わせた整髪に努めています。		
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。	調理の下準備、盛付け、片付けなど1人ひとりが出来る能力を見極め支援している。常に職員が傍につき日々の状態を観察しています。		

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。	摂取量などが分かるよう、記録している。栄養状態も体重測定、食欲の確認で把握している。必要に応じて高カロリー食、柔らかか食などの利用も行っていきます。		
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。	毎食後の口腔ケア、各自に合った方法を取り入れ必要に応じて介助も行っています。夜間は義歯洗浄も行ってもらっています。		
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。	状態に合わせて検討しています。身体機能を最大限活用し、見守り、一部介助、促しなど個別にアセスメントをし、対応しています。状態の変化に応じて、検討しています。		
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。	決まった時間にトイレに座るなど、ご本人の排泄のリズムを確認しながら対応していきます。普段から牛乳やオリゴ糖なども検討し、それでもだめな時には主治医に相談の元、薬を使用しています。		
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。	常に声をかけご本人の希望や意思確認をしています。衛生面を考え、拒否がある場合は時間を変えるなどして対応しています。		

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
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。	夜間時は、照明を落とす等、安眠を促しています。日中は各個人のペースに合わせて休息を取っています。		
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。	確実な服薬介助を、確認を行っています。薬が変更または、追加になった時の状態の変化にも注意を心がけ、連絡ノート等で情報の共有をしています。また、薬の情報もすぐに見られ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。	生活歴を基に楽しめることをこちらから設定したり、意欲が高まるような声かけをし、一緒に参加し、楽しめるよう職員がリードしています。家事の手伝いも皆が均等して出来るように職員が配慮しています。		
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。	天候や体調を考慮した上で、近くの公園に散歩に行っている。ご家族の協力を得ながらご自宅に帰ったりしています。		
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。	基本的にお金、貴重品などは持ち込まないようご家族へお願いしています。		

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。	ご本人がご家族に気軽に電話をかけられるように支援しています。手紙を書かれる方はいないが年賀状を書かれる時には支援をしています。		
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。	テーブルやカウンターには、必要最低限の物品にして乱雑にならないように心がけています。過度な飾りつけにならないように心がけ、季節感を採り入れていけるようにしていきます。		
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。	リビングのソファやご自分の席で安心してくつろげるように、その時々で席を移動したり、周りに気兼ねしないで過ごせるような環境づくりに努めています。		
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。	以前から使用していた家具やベットを持込んでもらい、思い思いに過ごして頂いています。		
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。	細かな説明をせずとも安全に生活が送れるような環境作りに勤めています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 ツクイ横浜大久保グループホーム

作成日： 平成28年4月20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	52	居心地の良い共用空間づくりについて車椅子の方が増えてきている為、移動時手狭に感じている。	限られた共用スペースを有効に使おう。	極力物を置かない、片付ける精神を職員に周知した。 テーブルの配置を変え、移動時のぶつかり削減をする。	3ヶ月
2	32	災害対策について急な災害に対しての備蓄が不十分。 重度者への避難経路の確保。	安心ではなく、平常心を持とう。	備蓄物は賞味期限もあることなので定期的に用意していく。 重度者の避難を今後の避難訓練時で検討していきたい。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月