

平成30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	1493200503	事業の開始年月日	平成30年7月1日
		指定年月日	平成30年7月1日
法人名	SOMPOケア株式会社		
事業所名	SOMPOケア そんぼの家GH西川島 グループホーム		
所在地	(〒241-0012)		
	横浜市旭区西川島町29-10		
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30年12月26日	評価結果 市町村受理日	平成31年 3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	
----------	--

【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）】

<p>1、ご本人様・ご家族様の意向に沿った生活の実現に向けた支援を行います。</p> <p>2、和を基調とした穏やかな生活空間を提供致します。</p> <p>3、地域のイベントに参加し近隣の方やボランティアの方々との関わりを提供致します。</p>

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	平成31年 1月15日	評価機関 評価決定日	平成31年 2月13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）】

<p>【事業所の概要】 この事業所は平成30年7月1日に運営法人がSOMPOケア株式会社になり、事業所名も「遊宴西川島」から「SOMPOケア そんぼの家GH西川島」に変更した。アクセスは相鉄線「鶴ヶ峰駅」から徒歩10分程で、畑地がある住宅地に立地している。近くには西川島公園があり、利用者の散歩コースになっている。11月から月1回、移動パン屋が来るようになり、利用者は自身で選んでパンを買う楽しみが出来た。建物は鉄骨2階建てで各居室には洗面台、ウォシュレットトイレが設置され、個人のプライバシーが保たれている。</p> <p>【理念の実践】 理念は「私たちは認知症の高齢者の方が人生を穏やかに楽しく過ごしてもらいたいと考えます。」である。職員は利用者の生活歴を把握し、これまでの生活を継続できるように支援している。趣味のフラワーアレンジメントの継続、図書館通い、散歩が好きな方は、毎日散歩に行ってもらうなど理念の実践に努めている。利用者の「焼き鳥屋に行ってお酒を飲み、焼き鳥を食べたい」という希望を実現するため、まず歯の治療をし、散歩リハビリを行なった結果、願いを叶えることができた。</p> <p>【地域との交流】 中田町内会に加入し、どんど焼き、お祭り、防災訓練などに参加した。お正月には、獅子舞が来所し、利用者は小銭を紙に包んで獅子舞の口の中に入れ正月気分を楽しんだ。町内会の認知症カフェに参加して地域の方と顔なじみになり、自然に挨拶ができるようになった。今後、地域ケアプラザの認知症カフェ（バリアフリー）に車椅子利用の方と参加する予定である。地域の方から花をもらったり、さつま芋や大根の収穫に参加するなど地域の方と良好な関係性を築いている。ボランティアは、傾聴が月1回のほか、フラダンス、日本舞踊、マンドリン演奏、音楽レク、畑づくりなどが不定期で来訪して利用者を楽しませてくれる。イベントは地域の方にも参加してもらっている。</p>

【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	SOMPOケア そんぼの家GH西川島
ユニット名	虹

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、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	理念において個人の生活を大切にする事を謳っている。会議や事業所研修を通じ、職員間で理念を共有し、実現に繋げている。	理念は「私たちは認知症の高齢者の方が人生を穏やかに楽しく過ごしてもらいたいと考えます。」である。職員は会議等で、理念を確認して共有している。リアリティ・オリエンテーションを取り入れている。昔を思い出して毎日散歩に行くなど、これまでの暮らし方が継続できるように支援している。	
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	地域の行事、町内会主催の認知症カフェ、防災訓練に参加し近隣の方達と交流している。ご近所のグループホームとの交流も行っている。	事業所に中田町内会の獅子舞が来てくれた。お祭りやどんど焼き、町内会主催の認知症カフェに参加している。認知症カフェに参加することで地域の方と関わる機会が増え、利用者は挨拶など言葉が出やすくなっている。傾聴などのボランティアや中学生の福祉体験の受け入れをしている。	
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	町内会の認知症カフェにご利用者様と参加し近隣の方々の会話や、近隣の方々をホームのイベントにお招きし認知症の方への理解を深めている。		

4	3	<p>○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている</p>	<p>運営推進会議に、ホームの行事や取組みについて報告している。 会議で地域交流の日程調整を行い参加している。</p>	<p>運営推進会議は2か月に1回、定期的に開催している。参加者は利用者、家族、地域包括支援センター職員、管理者などである。地域の情報が得られる場でもあり、地域ケアプラザの認知症カフェへの誘いを受けた。バリアフリーなので、今後、車イスの利用者と参加する予定である。町内会の認知症カフェに参加時、参加メンバーの町内会長と管理者は運営推進会議についての話をしている。</p>	
5	4	<p>○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</p>	<p>GH連絡会を通じ定期的に旭区高齢支援課と意見交換の機会を持っている。 横浜市介護事業指導課へ相談、確認等を行っている。</p>	<p>旭区高齢支援課職員に何かあれば電話をして相談している。旭・瀬谷ブロックのグループホーム連絡会に参加して事業所の状況を話している。市職員も参加しているので話を聞いてもらっている。</p>	

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	身体拘束廃止委員会を毎月開催し、会議でスタッフと共有している。 玄関は基本的には施錠を行っていないが、安全確保の為に一時施錠する事もある。	職員は身体拘束廃止委員会で「指定基準において禁止の対象となる具体的な行為」などを確認し、事例検討を行っている。ユニットの入口は、職員が入浴介助などで見守れないときに一時的に施錠しているが、普段は玄関と共に施錠はしていない。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法について、入社時研修、事業所定例研修を行っている。日常ケアの中でもスタッフ間で気付いたことを申し送りやミーティングで共有している		
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	入居希望対象者について、関係機関と成年後見人制度や社協のあんしん制度の紹介等を行っている。		
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	入居時にご入居者、代理人と読み合わせ、付け合いを行い、不明な点がないように確認をし、ご理解、納得された上で契約を締結している。		

10	6	<p>○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</p>	<p>運営推進会議や家族会、外食にご家族をお招きし、家族とスタッフ、また家族同士の交流の場を作り、意見や意向を発言しやすい環境に努めている。要望等あった時には共有し支援に繋げている。</p>	<p>家族は運営推進会議や家族会で意見を出す機会がある。これまで家族から特に意見などは寄せられていない。ユニットリーダーが毎月、個別に利用者の近況、写真を添えたホーム便りを家族に送っている。</p>	
----	---	--	---	---	--

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	毎月の事業所定例会議、年1～2回の管理者との面談などで意見交換をしている。会議では、運営について話し合っている。	職員から毎月の会議時に意見を聞いている。意見を出しやすいように日常でも話を聞き、会議で職員と話し合い実行している。排泄介助について職員間で話し合い、介助時間の見直しをした。尿量を調べることで、個々で多い、少ない時間帯が分かった。それにより、声掛けが不要な方には、声を掛けないことで睡眠に集中でき、利用者の日中の活動量が増えた。	
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	キャリアアップ制度や自己評価を導入し、仕事の成果を評価している。研修参加・レポート提出で会社に対し自己アピールし給与アップの機会もある。		
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	介護技術トレーナー制度により法人のケアの方針を事業所の職員に教育している。又毎月の研修によりケアの質の向上を図っている。		

14		<p>○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</p>	<p>横浜グループホーム協会、日本認知症グループホーム協会に加盟し、管理者、従業員の相互交流を図っている。同一法人間でも連携している。</p>		
----	--	--	---	--	--

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
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、初回ケアプランを作成している。入居後はスタッフ間で常に情報交換し、アセスメントに役立てている。		
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。		
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。		
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	調理、掃除、洗濯物関係等の日常生活の中で入居者とスタッフが一緒に物事に取り組んでいる。		
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	毎月の個別お手紙で利用者様の写真をのせ生活や様子をお知らせしている。ご家族様訪問時に様子を伝え、意向や支援について確認や話し合いを行っている。		

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
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	元住んでいた家の近所の方がホームに遊びに来る。 昔からの馴染みの友達がホームに遊びに来る。	リビングにコーヒーや緑茶などのお茶セットがあり、友人、知人の訪問時には利用者がお茶を出している。家族が同行できないときは職員と馴染みの美容室や床屋へ通う方がいる。毎日の献立をボードに書くことを続けて暑中見舞い、年賀状が書けるようになった方もいる。趣味のフラワーアレンジメントが続けられるように職員が教室まで送迎の支援をしている。	
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	レクリエーションやお手伝いの中で関係を把握し、利用者同士のコミュニケーションがスムーズに行えるようにスタッフはコーディネートを行う。		
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	継続的なかわりを必要とされている方はいないが、退去時には退去サマリーを作成し継続的なサービスが出来るようにしている。		

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
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。	毎月のカンファレンスで会話の中から聞き出したご本人様の意向をスタッフが共有し、希望を実現に繋げるための話し合いを行っている。	日常の関わりで意向を把握している。利用者同士の会話の中から意向が分かることもある。把握が難しい方も「イエスやノー」は分かるので利用者の表情を見逃さないようにしている。利用者から焼き鳥屋に行って焼き鳥を食べたいという希望の表出があり、叶えることができた。スポーツ新聞を読む、畑で作物を育ててもらうなどその人らしい暮らしの支援をしている。	
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	事前面談でこれまでの生活歴や趣味等をお聞きしたり、ご家族からお話を聞いたりして、カンファレンス、会議等でスタッフ間で共有し、ケアプランに盛り込んでいる。		
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	事前面談で伺った生活リズムや趣味を続けながら生活出来るよう、ご家族様の意見もカンファレンス等で話し合い共有している。		
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	カンファレンス、モニタリングを通じて話し合いをしている。ご本人様の意向、医師、ご家族の意見や意向を反映したプランを立てている。	入居前、事前面談をして初回介護計画を作成し、2週間、1か月、6か月、1年で見直しをしている。1年経過後は1年毎であったが、今後は6か月毎に見直す予定である。状況に変化がある時はその都度、見直している。	

27		<p>○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</p>	<p>個別日常生活記録表、毎月のモニタリングを通じて見直しが必要となった場合はケアプランの修正をし、プランに沿ってケアを実践している。</p>		
----	--	---	---	--	--

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
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	気付き、状態変化を毎日の申し送りと毎月のモニタリング、カンファレンスによって共有している。又モニタリングによって必要に応じてプランの見直しを計画作成担当者が行っている。		
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	ボランティアの受け入れや、地域の認知症カフェへの参加。近所の方のご協力によりホームに獅子舞が来たり、芋ほりや大根の収穫に声を掛けてくださる		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	緊急時の対応等は事前に打ち合わせている。協力医療機関の主治医には、入居者の体調変化が見られた際は、随時報告、相談している。指示により外来受診する事もある。	本人、家族の希望するかかりつけ医で受診できる。精神科を利用していらっしゃる方が1名いる。協力医以外は家族の対応が基本であるが、状態経緯の伝達などで職員が行くことが多い。協力医（看護師も同行）は週1回、皮膚科医は月1回、歯科医は定期健診時と必要に応じて訪れる。口腔ケア加算を平成31年1月に取得した。	
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	協力医療機関の看護師に相談できる体制にある。		

32		<p>○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。</p>	<p>入院時のサマリーによる情報提供や退院時の医師の説明会に出席したりしている。継続的な介護が出来るようにしている。</p>		
----	--	--	--	--	--

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
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	対象の入居者のご家族と主治医と話し合う機会を設けて介護の方針を定めている。終末期はホームで迎えたいと希望されている家族がいる場合は、終末ケアの書式の記入をお願いしている。	年1回の終末期ケア研修は、ユニットリーダーを講師にeラーニングで平成31年1月実施する予定になっている。契約時、家族に「看取りに関する指針」を説明し、終末期に入った時「看取りについての同意書」をもらっている。	
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	緊急時のマニュアルと各自の緊急カードに整合性を持たせて、緊急時には迅速な対応が出来るようにしている。		
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	年2回（春、秋）の消防、避難訓練をしている。 町内会の防災訓練などにも積極的に参加し近隣の方々の顔なじみになりお互いに協力できる体制に出来るよう努めている。	年2回（5月、10月）、夜間を想定した避難訓練を消防署の協力を得て実施した。訓練には地域の方の参加はなかったが、隣家の方には災害時の協力を約束してもらっている。 災害備蓄品リストを掲示している。ボンベ、発電機、トイレ、オムツ、水、缶詰、チキンライスなどがあり、食品類は1週間分を備蓄している。	避難訓練は地域の方の協力も得て実施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	法人の理念、方針を入社時周知徹底させている。コミュニケーション研修等も行っている。記録関係は事務所で保管（管理者）・排泄介助は各居室のトイレで行いプライバシーの確保をしている。	年1回、接遇研修を実施している。研修後は「振り返りシート」の提出が必須になっている。利用者の行動を抑制しないこと、耳が遠い方には近くから声掛けすることを心がけている。	
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	日常生活での自己決定を尊重している。 生活の中での希望は会話の中から聞き取り会議で共有し実現に繋がる支援を行っている。		
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か、希望にそって支援している	入居者の希望、要望を考えたケアプランを作成している		
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	理美容は定期的に訪問で対応している。希望者は入居前から通っている床屋や美容院に定期的に通っている。 衣類の選択はご本人様が行っているが乱れがある時には声を掛けて手伝いをしている。		

40	15	<p>○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</p>	<p>職員も入居者と同じテーブルで食べ、お話しに加わっている。</p>	<p>宅配で献立付きの食材が業者から届き、職員がキッチンで調理している。宅配を休んで買い出しに行き、利用者の希望や季節の献立にする事がある。利用者は調理の下ごしらえや食器洗いなどを行っている。誕生月の利用者には月1回、一緒にイベント食と3時にケーキを出してお祝いをしている。外食はユニット毎に年1回、出かけるほか、個別にも計画して行っている。</p>	
----	----	--	-------------------------------------	---	--

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に、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事は外部の高齢者メニューを利用した材料で調理している。水分量のチェックも毎日行い、食事以外で1000ccの確保を目安としている。		
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	ご自分で出来ない方はスタッフが口腔ケアしている。歯科医と連携し定期的な健診もしている。歯科医からのアセスメント表に基づきケアを行っている。		
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	個別の日常生活記録表に排泄を記録しその方の排泄パターンを把握し、スタッフで共有しながら、適切な声かけ、誘導を行い、失敗が少なくなるよう支援している。	日常生活記録表で排泄パターンを把握し、トイレの声掛けや誘導をしている。立位が取れる方はトイレで排泄している。個別に夜間介助の回数やパットの大きさなどを調べ、見直した結果、夜間の睡眠が保たれ、日中の活動量が増えている。	
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	便秘がちな方には水分を多めに摂取して頂いたり、ヨーグルト、牛乳など乳飲料をお出ししている。日中の散歩、体操など、出来るだけ自然排便をして頂けるよう支援している。		
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	基本的には週2回だが、ご本人や家族の希望があれば何回でも入浴可能。出来る限り入居前の生活パターンと同じ時間帯、又はご本人の希望する時間に合わせ入浴していただいている。	週2回以上入浴をしている方は2名程いる。入浴を望まない方には、19時までは時間を変えて対応している。浴槽をまたげない場合は、シャワー浴や利用者の状態により職員が二人体制で入浴支援をする事がある。ゆず湯や数種類の入浴剤を使い分けて楽しんでいる。	

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	適度な運動を取り安眠に繋げるよう支援している。 基本的にご本人のリズムで休憩をしていただいている。		
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	医療情報提供書を個人ファイルに綴じて保管している。薬の変更の際は影響など留意事項伝達ノートへ記入共有している。		
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	家事手伝い等役割を持った生活を支援している。 飲酒希望者は飲酒を楽しみ、スタッフと一緒に図書館や床屋へ出掛けご自分の買い物や入居前からの趣味を継続している。		
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	毎日の散歩を日課に組み込み全員が行けるようにしている。 趣味の農園をご自分のタイミングで行っている。	散歩には毎日行っているが、個人レベルでは車いすの方を含めて週1回ぐらいである。散歩が好きな方は、他の利用者が散歩に行く時も同行している。そのほか認知症カフェ、外食、買い物、個別の希望では中華街などへ出かけている。春の花見、アジサイロード見物、保土谷公園へ紅葉狩りに出かけた。	

50	<p>○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</p>	<p>買い物と一緒にいき、ご自分で商品を選び、ご自分の財布からお金を支払って頂いている方もいる。</p>		
----	---	--	--	--

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	ご希望される方は携帯電話を持ち、自由に連絡を取ることが出来る。ホームの電話も希望があれば自由に電話できる。 レクを通じてご本人から家族へ季節の手紙を書き送っている。		
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	居間には季節合わせたレイアウトをしている。行事の写真も壁に貼り、皆様と一緒に楽しんでもらうようにしている。畳の空間では洗濯物を畳みながらお話ししたり、横になり休めるようにもなっている。	居間は採光が良く、広めでゆったりした空間になっている。時期には、隣接する梅林の花を窓越しに楽しむことが出来る。利用者に合わせて温度調節をしている。話を楽しむことができる空間を作る配慮をしている。利用者に皆で挨拶をしましょうと声をかけている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	思い思いに過ごせるよう、椅子の配置を工夫し、テレビも見やすいような位置に置いている。また、歓談できるスペース作りを心掛けている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居者は使い慣れたタンスや三面鏡、机等を持ってきて頂き、配置はご本人やご家族と相談して決めている。	居室の入口は廊下から一步奥にあり、表札がかけられている。トイレ（ウォシュレット）、洗面台、エアコン、ベッド、クローゼットなどが備えられている。タンス、冷蔵庫、カレンダー、ぬいぐるみなどを持ち込んでいる。家族が、ハワイアンムードに飾るなど思い思いの居室になっている。	

55		<p>○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</p>	<p>自室入口には表札をつけている。夜間は居室内のトイレの扉を少し開け、灯りを付け、安全にトイレに行けるよう配慮している。</p>		
----	--	---	---	--	--

事業所名	SOMPOケア そんぼの家GH西川島
ユニット名	太陽

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、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	理念において個人の生活を大切にする事を謳っている。 会議や事業所研修を通じ、職員間で理念を共有し、実現に繋げている。		
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	地域の行事、町内会主催の認知症カフェ、防災訓練に参加し近隣の方々と交流している。 ご近所のグループホームとの交流も行っている。		
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	町内会の認知症カフェにご利用者様と参加し近隣の方々との会話や、近隣の方々をホームのイベントにお招きし認知症の方への理解を深めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議に、ホームの行事や取り組みについて報告している。 会議で地域交流の日程調整を行い参加している。		
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取り組んでいる	GH連絡会を通じ定期的に旭区高齢支援課と意見交換の機会を持っている。 横浜市介護事業指導課へ相談、確認等を行っている。		

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	身体拘束廃止委員会を毎月開催し、会議でスタッフと共有している。 玄関は基本的には施錠を行っていないが、安全確保の為に一時施錠する事もある。		
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	高齢者虐待防止法について、入社時研修、事業所定例研修を行っている。日常ケアの中でもスタッフ間で気付いたことを申し送りやミーティングで共有している		
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	入居希望対象者について、関係機関と成年後見人制度や社協のあんしん制度の紹介等を行っている。		
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	入居時にご入居者、代理人と読み合わせ、付け合いを行い、不明な点がないように確認をし、ご理解、納得された上で契約を締結している。		
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	運営推進会議や家族会、外食にご家族をお招きし、家族とスタッフ、また家族同士の交流の場を作り、意見や意向を発言しやすい環境に努めている。要望等あった時には共有し支援に繋げている。		

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	毎月の事業所定例会議、年1～2回の管理者との面談などで意見交換をしている。会議では、運営について話し合っている。		
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	キャリアアップ制度や自己評価を導入し、仕事の成果を評価している。研修参加・レポート提出で会社に対し自己アピールし給与アップの機会もある。		
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	介護技術トレーナー制度により法人のケアの方針を事業所の職員に教育している。又毎月の研修によりケアの質の向上を図っている。		
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	横浜グループホーム協会、日本認知症グループホーム協会に加盟し、管理者、従業者の相互交流を図っている。同一法人間でも連携している。		

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
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、初回ケアプランを作成している。入居後はスタッフ間で常に情報交換し、アセスメントに役立てている。		
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。		
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	入居前にご自宅へ事前面談にお伺いし、ご家族の状況、希望等をお聞きしている。入居後も面会時などにこちらから希望、要望を聞くようにしている。		
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	調理、掃除、洗濯物関係等の日常生活の中で入居者とスタッフが一緒に物事に取り組んでいる。		
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	毎月の個別お手紙で利用者様の写真をのせ生活や様子をお知らせしている。ご家族様訪問時に様子を伝え、意向や支援について確認や話し合いを行っている。		

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
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	元住んでいた家の近所の方がホームに遊びに来る。 昔からの馴染みの友達がホームに遊びに来る。		
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	レクリエーションやお手伝いの中で関係を把握し、利用者同士のコミュニケーションがスムーズに行えるようにスタッフはコーディネートを行う。		
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	継続的なかわりを必要とされている方はいないが、退去時には退去サマリーを作成し継続的なサービスが出来るようにしている。		

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
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。	毎月のカンファレンスで会話の中から聞き出したご本人様の意向をスタッフが共有し、希望を実現に繋げるための話し合いを行っている。		
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	事前面談でこれまでの生活歴や趣味等をお聞きしたり、ご家族からお話を聞いたりして、カンファレンス、会議等でスタッフ間で共有し、ケアプランに盛り込んでいる。		
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	事前面談で伺った生活リズムや趣味を続けながら生活出来るよう、ご家族様の意見もカンファレンス等で話し合い共有している。		
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	カンファレンス、モニタリングを通じて話し合いをしている。ご本人様の意向、医師、ご家族の意見や意向を反映したプランを立てている。		
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	個別日常生活記録表、毎月のモニタリングを通じて見直しが必要となった場合はケアプランの修正をし、プランに沿ってケアを実践している。		

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
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	気付き、状態変化を毎日の申し送りと毎月のモニタリング、カンファレンスによって共有している。又モニタリングによって必要に応じてプランの見直しを計画作成担当者が行っている。		
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	ボランティアの受け入れや、地域の認知症カフェへの参加。近所の方のご協力によりホームに獅子舞が来たり、芋ほりや大根の収穫に声を掛けてくださる		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	緊急時の対応等は事前に打ち合わせている。協力医療機関の主治医には、入居者の体調変化が見られた際は、随時報告、相談している。指示により外来受診する事もある。		
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	協力医療機関の看護師に相談できる体制にある。		
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。	入院時のサマリーによる情報提供や退院時の医師の説明会に出席したりしている。継続的な介護が出来るようにしている。		

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
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	対象の入居者のご家族と主治医と話し合う機会を設けて介護の方針を定めている。終末期はホームで迎えたいと希望されている家族がいる場合は、終末ケアの書式の記入をお願いしている。		
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	緊急時のマニュアルと各自の緊急カードに整合性を持たせて、緊急時には迅速な対応が出来るようにしている。		
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	年2回（春、秋）の消防、避難訓練をしている。 町内会の防災訓練などにも積極的に参加し近隣の方々の顔なじみになりお互いに協力できる体制に出来るよう努めている。		

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
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	法人の理念、方針を入社時周知徹底させている。コミュニケーション研修等も行っている。記録関係は事務所で保管（管理者）・排泄介助は各居室のトイレで行いプライバシーの確保をしている。		
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	日常生活での自己決定を尊重している。 生活の中での希望は会話の中から聞き取り会議で共有し実現に繋がる支援を行っている。		
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か、希望にそって支援している	入居者の希望、要望を考えたケアプランを作成している		
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	理美容は定期的に訪問で対応している。希望者は入居前から通っている床屋や美容院に定期的に通っている。 衣類の選択はご本人様が行っているが乱れがある時に時には声を掛けて手伝いを行っている。		
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	入居者が自分で材料を切ったり、盛り分けたり、お盆を並べたりしている。入居者同士で事前に役割分担をされている。職員も入居者と同じテーブルで食べ、お話しに加わっている。		

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
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	食事は外部の高齢者メニューを利用した材料で調理している。水分量のチェックも毎日行い、食事以外で1000 c c の確保を目安としている。		
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	ご自分で出来ない方はスタッフが口腔ケアしている。歯科医と連携し定期的な健診もしている。歯科医からのアセスメント表に基づきケアを行っている。		
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	個別の日常生活記録表に排泄を記録しその方の排泄パターンを把握し、スタッフで共有しながら、適切な声かけ、誘導を行い、失敗が少なくなるよう支援している。		
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	便秘がちな方には水分を多めに摂取して頂いたり、ヨーグルト、牛乳など乳飲料をお出ししている。日中の散歩、体操など、出来るだけ自然排便をして頂けるよう支援している。		
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	基本的には週2回だが、ご本人や家族の希望があれば何回でも入浴可能。出来る限り入居前の生活パターンと同じ時間帯、又はご本人の希望する時間に合わせ入浴していただいている。		

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	適度な運動を取り安眠に繋げるよう支援している。 基本的にご本人のリズムで休憩をしていただいている。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	医療情報提供書を個人ファイルに綴じて保管している。薬の変更の際は影響など留意事項伝達ノートへ記入共有している。		
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	家事手伝い等役割を持った生活を支援している。 飲酒希望者は飲酒を楽しみ、散歩や買い物好きな方はスタッフと一緒に掛掛けご自分の買い物や散策を行っている。		
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	毎日の散歩を日課に組み込み全員が行けるようにしている。もっと散歩したい方や、外出希望の方には体調を崩されない範囲で支援している。		
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	買い物と一緒にいき、ご自分で商品を選び、ご自分の財布からお金を支払って頂いている方もいる。		

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	ご希望される方は携帯電話を持ち、自由に連絡を取ることが出来る。ホームの電話も希望があれば自由に電話できる。レクを通じてご本人から家族へ季節の手紙を書き送っている。		
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	居間には季節合わせたレイアウトをしている。行事の写真も壁に貼り、皆様と一緒に楽しんでもらうようにしている。畳の空間では洗濯物を畳みながらお話ししたり、横になり休めるようにもなっている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	思い思いに過ごせるよう、椅子の配置を工夫し、テレビも見やすいような位置に置いている。また、歓談できるスペース作りを心掛けている。		
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	入居者は使い慣れたタンスや三面鏡、机等を持ってきて頂き、配置はご本人やご家族と相談して決めている。		
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	自室入口には表札をつけている。夜間は居室内のトイレの扉を少し開け、灯りを付け、安全にトイレに行けるよう配慮している。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 SOMPO97 Ew⁰の家CGH 西川島.

作成日 2019. 3. 15.

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	健康訓練に地域の方が参加していない。	健康訓練に地域の方をお誘いし協力を得る。		2019.10月
2					
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
 注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。