

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	1490900295	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	株式会社 H&Tホールディングス		
事業所名	ライフケア@しんよこはま		
所在地	(222-0035) 神奈川県横浜市港北区鳥山町1047-1		
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25年10月18日	評価結果 市町村受理日	平成26年2月12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=ST1490900295&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)】

当施設は、横浜線の小机駅と新横浜駅の間線の線路沿いにあるので、家族にとって交通の便がよい環境である。周辺は畑が広がる土地なので、利用者にとって明るい健康的な住まいである。利用者ひとりひとりの認知症が進んでいかなないようにして、おだやかな日々をすごしていけるように努めている。認知症が初期の段階で自立度の高い場合は、頻繁に近所へ外出している。家族の訪問は予約しなくてもいつでも出来る。介護相談員などの外部の取り組みをなるべく受け入れるようにしている。入居希望者の見学もできるだけ受け付けている。介護職員も募集している。

【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11月25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小机駅から徒歩7～8分でJR横浜線沿いの畑に囲まれた田園の中に立地しています。すぐ近くに日産スタジアムや横浜公園があります。自然豊かで静かな環境の中で住み慣れた家庭のようにくつろいで生活しています。

<優れている点>

ヒヤリハット・事故報告書について運営推進会議での指摘を受けて、横浜市指定の様式に該当するように作成しています。生保の人を9名受け入れているほか、ペースメーカーの人や糖尿病、腎臓病の人など、病態の重い人も受け入れてます。2階に機能訓練用の機械を入れて回数表なども作り、各自の励みにしています。

<工夫点>

利用者ひとりひとり認知症ケアの理念である「利用者の視点に立つケア(パーソンセンタードケア)」に由来しています。昼食は配食弁当をとっていますが、主食は御飯、おかゆ、パンと各自の体調や要望に合わせたものを出しています。抗精神薬を飲んでいる人は、体調をみながら医師と相談して、薬を偽薬(プラセボ)にするなど減薬するよう工夫しています。

【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	ライフケア@しんよこはま
ユニット名	ユニット1

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。	1、ご近所さん2、利用者ひとりひとり3、笑顔が理念である。1については、地域の中学校の職業体験や職業インタビューのため受け入れをしている。2については花の栽培が好きな方には庭で栽培をしてもらっている。3は話し相手になる。	以前の理念が抽象的で分かりにくいので「ご近所さん、利用者ひとりひとり、笑顔」に変更しています。理念の利用者ひとりひとは、認知症ケアの理念である「利用者の視点に立つケア（パーソンセンタードケア）」に由来しています。	現時点では理念を具現化する行動目標は定めていませんが、目標を定めて指針に則って運営することもを期待されます。
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。	盆踊り、敬老会などの催し物がある時に参加して交流することはあるが、日常的な交流は特でない。隣の畑の農家から野菜を譲り受けることがある。	隣地が畑であり農家の方が草花をホーム側に植えて入居者と交流を図ってくれています。自治会の役員にはグループホームの趣旨や内容を伝えていません。震災時には近隣の方の応援を得られるように自治会と書面を取り交わしています。	
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。	居室の空き室を希望する家族が見学に来た時に、認知症の家族に対してどのような態度で接したらよいかなどの問い合わせがある場合、丁寧に返答している。		
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。	ヒアリハットの書き方などの指摘を受け、改善していくように取り組んでいる。地域の住民の協力で七夕の笹竹を譲ってもらえるなどの地域の声をサービスに活かしている。	運営推進会議は自治会の方2名・利用者家族1名以上地域包括支援センターの職員で構成されており、2ヶ月に1回開催して助言を受けています。運営推進会議議事録は港北区役所に提出しています。	
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。	横浜市役所には主に事故報告などにより、ケアの向上に資するよう取り組んでいる。港北区役所には介護認定の更新手続きなどにより、協力、連絡を密にしている。特に、生活保護に関連するものは連絡を密にしている。	横浜市や港北区役所には報告や更新手続き等で定期的に連絡を取っています。特に生活保護課とは連絡を密に取っており、空床の問合せなどで月1回ぐらいの頻度で連絡を取り合っています。小机地域包括支援センターとも連携をしています。	

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
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。	身体拘束と身体拘束をしない事を、行動指針の一条として職員のロッカールームに掲示してある。職員はケアにおいて実践するように日々とりにくんでいる。	行動指針に「私たちは介護サービスに携わるものとして次の行為を行わない」として「身体の虐待・拘束、言葉・心理的虐待、性的虐待、介護放棄、経済的虐待」の条項を定めて実践しています。	
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。	グループホーム内は閉鎖された環境であるので常に虐待が行なわれることがないように注意している。出来る限り外部の目が入る様に、介護相談員の訪問を受け入れている。利用者個々の苦情が第三者により明らかになるように取り組んでいる。		
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。	現在、数名の利用者に後見人が選任されているので、折に触れ関わる事がある。今後、勉強会のような形で学ぶ機会を増やそうと思っている。		
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。	利用者本人は入居に消極的な場合が多いので、不安が解消出来るように説明を行っている。そのため、実際の入居までに1～2カ月かかることがある。家族には納得出来るように取り組んでいる		
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。	利用者はいつでも意見や要望を気軽に言える雰囲気を作っている。家族もその都度要望を面会時、電話等により伝えている。家族会を開催したいが、参加者がいないので参加しやすい方法を考えている。	ご意見箱は置いていませんが、言語コミュニケーションの取れる方からは会話の中で意見・要望を聞いています。言語コミュニケーションの取れない方は身振り手振りや行動から要望・希望をパーソンセンタードケア手法に基づき推察しています。	

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
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。	その都度、意見や提案を受け付けている。また、定期的にミーティングを開催し、意見が反映出来るようにしているが、運営に関しての意見はほとんどない。	ミーティングは半年に1度程の開催ですが、日常のケアサービスを提供する中で、細かい事柄やありとあらゆることに関して、全て管理者に確認をしています。また意見や提案は日誌に記入して申し送りをしています。	
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。	他の施設に比べて、給与の時給などを高く設定している。労働時間も職員の希望が通り易い環境である。人間関係も働きやすい職場になるように努めている。		
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。	各種資格試験の受験を奨励している。研修を受けることも資質の向上のためすすめている。つねに、業務の向上のためつとめている。		
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。	年に1度、近隣のグループホームが集まり連絡会を開催している。同業者の様々な取り組みを知り、それを活かせるようにしている。		
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。	入居に際して、本人の現在の生活や趣味、大事にしているものなどを出来るだけ多くの情報を聞き取り、本人の入居後の対応や生活に活かせるようにしている。問題が発生する前に、対応の準備をしっかりとこなう。		

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
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。	入居する本人と家族が現在どのような問題点があるか、なるべく詳しく、細かく聞き取る事が出来るように努めている。そして、入居後に家族に安心して任せてもらえる様に、つとめている。		
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。	入居希望の家族の中には、本人が認知症ではないが要介護であるので介護保険施設として利用希望であることが、時々ある。サービスの利用について詳しく説明を行っている。		
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。	本人が出来る事はなるべく本人が出来るようにしている。年月とともに、本人の自立度が低下してきても、一人の人間としての関係が壊されないように常にきを配っている。		
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。	家族に出来る事はなるべく家族に任せるようにしているため、本人も安心感が持てると思われる。認知症の進行によっては家族の顔や名前も忘れてしまっても、家族が協力することが重要であると思われる。		
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。	本人に馴染みの場所がある場合、家族の協力により外出できるようにしている。家族がいない場合、後見人が外出をサポートしてくれる。	入居者に馴染みの場所がある場合は外出の時にその場所へも行くようにしています。後見人のサポートで墓参りに行ったり、大倉山まで外出したりしています。入居者のホットする表情や喜ぶ姿を見ることが遣り甲斐に繋がっています。	

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
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。	食堂の座る配置などを十分考えて、利用者同士が仲良く過ごせるようにしている。体調の関係で、居室で一日を過ごす場合もあるが、本人の希望で、一人で過ごすことに慣れている場合は、無理せず、居室で過ごせるようにしている。		
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。	利用が終了するときは、ほとんどが体調の悪化により入院し医療が必要になるので、最適な病院を紹介したり、探したりし支援している。その後も必要に応じて支援している。		
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。	本人は入居に消極的であることが多いので、本人に納得してもらえる様に努めている。急がず時間をかけても本人の気持ちが納得できるようにつとめている。本人が意思を伝える事が出来る場合は、意向に沿い暮らせるようにしている。	言語でコミュニケーションの取れる方は意向に沿った暮らしができるように支援しています。言語でのコミュニケーションの難しい方は身振り手振りや声なき声に耳を傾け意向を推察し、納得いくように支援しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	家族がいる場合は、今までの生活習慣などを細かく聞き取りし、入居後もなるべく同様な生活が出来るようにしている。身寄りが無い場合は、今までの担当介護支援相談員に問い合わせ、本人の生活をよく観察しながら希望に沿うようにしている。		
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。	利用者が、一日をどのように過ごしていたかを、日誌に利用者ごとに記入し、職員みな把握できるようにしている。バイタルの状態などは時間を決め、必要に応じて測定する事により把握している。		

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。	本人の希望を良く確認し、家族の要望や意見を参考にして、職員みな意見を持ち寄り施設担当の介護支援専門員と話し合い、適切な介護計画が作成出来るようにしている。	ケアマネジャーからのフェイスシートとアセスメントで入居者や家族の希望・生活スタイル等を把握し、課題を抽出し介護計画に反映させて作成しています。また、定期的にモニタリングを行っています。	
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。	介護スケジュール、入浴機能訓練スケジュール、バイタル食事チェック表、により利用者個々の情報を共有している。		
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。	現在のグループホームの役割の中で、本人や家族のニーズをカバーしていると思われる。医療行為が必要になる場合は、入院してもらうように、サービスの区分が明確である事が、多いと思われる。		
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。	自立度の高い利用者は、地域ケアプラザの図書館を利用している。読みたいけれど無い場合は、申請してとり寄せる事もできるとアドバイスをうけている。		
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。	月2回在宅訪問診療で往診がある。また、週1回訪問歯科診療がある。週1回、看護師の訪問がある。利用者の状態により、訪問マッサージが毎週ある。その他、適宜眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科など通院を行っている。	提携医をかかりつけ医とし、月に2回の訪問診療を受けている人がほとんどです。いままでのかかりつけ医を希望する人は意向に沿って継続しています。その場合は家族が通院介助を行っています。提携医は夜中の往診や入院も受け入が可能です。	

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
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。	常勤の看護師がいないので、週1回看護師が訪問した時に、利用者の状態を説明し、その都度看護を受けることができる。また、必要に応じて受診出来るように支援している。		
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。	提携している協力医療機関は在宅訪問のクリニックと同法人なので、通院時も優先してもらえる。入院時も協力してもらえる。受診科目によっては、他の病院を紹介してもらえる。		
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。	入居時に、当グループホームの重度化した場合における対応に関する指針を文書にして、本人や家族、身元引受人に対しよく説明し、同意した旨の署名をしてもらう。	法人としては、終末期は病院という方針ですが、提携医からホーム内で看取りをしようと言われていました。管理者も今後は看取りをする意向ですが、医師や看護師を含めての職員間のミーティングや看取りへの心構え、勉強はこれからの課題としています。	
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。	フロア中央カウンターにマニュアルを設置し、いつでも見られるようにしてある。同電話口に通報マニュアルを設置し、いつでも通報出来るようにしてある。訓練は年1度行なうようにしている。		
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。	水害ハザードマップ、防災マップを壁に貼り、避難誘導先をいつでも確認出来るようにしてある。地域の自治会と消防応援協力に関する覚書を消防署長立ち会いで交わした。	年に1度通報訓練、誘導訓練をしていますが、消防署からは年2回するよう指導を受けています。近隣の人からも訓練への要望が上がっており、協力が得られる体制は整っています。備蓄は米、冷凍食品が3日分用意してあります。	具体的にどうするかはまだ決まっていません。運営推進会議の話題にして意見をもらう事も期待されます。また、備蓄も水や懐中電灯、おむつなどの緊急必需備品の再確認も期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	職員ひとりひとりが自覚して、人格の尊重を守り、言葉を選んで利用者に対応している。利用者本人も職員の態度や言葉によって平静にすごしていると思われる。	管理者は、職員が入居者に対して丁寧に話しかけるように指導しています。訪問当日も食事を配膳中すぐに食べ始めてしまった入居者に、「みんなで体操をしてから食べましょう」とさりげなく丁寧に話していた光景が見られました。	
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。	自分から意見を言う事が出来る利用者ならば、気楽に話せるようにしている。自分の意見を伝えられない利用者の場合、本人の意見を正確に推し量る事が出来るように、職員の情報を持ち寄り検討を重ねる。		
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。	利用者が、家族と外出したいときは自由に行ける。家に帰りたくて何度も玄関までいくときは、玄関にイスを用意してある。マクドナルドに行きたいときは、本人の体調を考えていく。特に無い場合は身体を動かすようにすすめている。		
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。	自分で判断出来る場合は、本人にまかせる。誘導しないと出来ない場合は、その都度、くしを手渡し髪をとかしてもらい。解らない場合は、職員が定期的に髭そりをしたり、おしぼりで顔をふく。		
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。	好き嫌いの好みが利用者により違うので、それぞれの好きなものを重ならないように順番よく整え食事をつくる。たこやき等はレクリエーションとして皆でつくる。かたづけは余力があり、体調がよい時に利用者も参加する。	朝晩は手作りしていますが、昼食はお弁当をとっています。一人ひとりに合わせて、細かくほぐしたり、主食は御飯、おかゆ、パンと個別対応をしています。1階は食事介助を要する人が数人います。誕生日にはその人の好みの食事を用意して祝っています。	

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。	バイタル食事チェック表があり、食事の摂取量を毎回チェックしている。食事量が半分が3食続いた場合主治医に連絡し相談する。水分量は毎食確保しているので、体調の悪い時のみ記録している。		
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。	自立している場合も見守っている。誘導しないと出来ない場合は、毎食後誘導し口腔ケアを行う。自分で出来ない場合は、利用者ごとに、職員が歯ブラシを使用したり、スポンジを使用し口腔ケアを行う。		
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。	車椅子でも自分の意思でトイレまでは歩き排泄する。車椅子でトイレまで行き排泄する。自分で解らない場合、歩ける方は定期的にトイレに誘導する。歩けない場合は、おむつを定期的に交換することによりオムツの使用量を減らす。	時間を決めて、トイレ誘導をしたり、居室にポータブルを持ち込んでいる人もいますが、入居者の約半数はおむつを使用しています。失禁の度合いは減りませんが、昼間は、布パンツにパットだけでトイレでの排泄を支援しています。	全職員でおむつ外しへの取組みについて、意見や知恵を出しあう機会がありません。職員個々は気にしていることなので、全職員で工夫する機会を作ることも期待されます。
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。	身体を動かせる利用者は、適度な運動で便秘にはならない。ヨーグルトや野菜、水分など食べ物を気をつけている。それでも、便秘の時は、主治医に便秘改善の薬を処方してもらう。		
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。	利用者自身の希望がある時は、その曜日に入浴できる。希望がない場合は、不公平にならないように回数や時間を設定する。入浴拒否する場合は職員が交代して対応する。	介護度が重く、清拭のみの人もありますが、週に2回の入浴を基本としています。もっと入りたいという希望も叶えています。入浴拒否の人でも職員の工夫で、入浴しています。入浴介助は希望に応じています。ゆず湯や菖蒲湯も実施しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	日中の昼寝は、個々の体調により行なう。昼夜逆転が起きないように、昼間の休息は気を付けている。入居するまえから昼夜逆転していた場合、他の利用者の安眠が守られるようにし、本人の安眠を確保できるようにする。		
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。	服薬ファイルがあり、利用者ごとの服薬、塗布薬が解るようにしてある。服薬マニュアルにより、服薬事故を防止するようにしている。服薬支援は、確実に誤薬を防止する事から始まるので職員一人一人が注意している。		
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。	たばこは、館内全面禁煙のため喫煙ができない。飲酒も禁止している。ペットも飼えない。絵を描くのが好きな利用者の絵を壁に飾っている。園芸が好きな利用者には、畑や鉢を自由に使用してもらう。		
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。	家族との外出は自由にできる。家族がいない場合、不公平にならないようにドライブなどに出かける。図書館や床屋などに外出するが、一人ではいけない時は職員が、同行する。	元気な人は週に1度自分で図書館や買い物に出かけています。ADLの低下した人が多く、散歩に誘っても拒否する人が多いのが現状ですが、庭に出て花をみたり、ベランダでひなたぼこのなどで外気浴を行っています。ドライブには月に2, 3回行っています。	
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。	本人の希望があり、管理出来る場合にお金を所持し使えるように支援している。本人が管理できない場合は、本人と同行して使う。又は、代行して買い物をしてくる。		

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。	携帯電話を、所持している利用者は自由に電話している。管理は、家族か後見人が行なっている。施設の電話も必要に応じて使用できるようにしている。手紙も自由にやり取りしている。		
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。	玄関には椅子をおいてある。廊下、食堂には転倒防止のため不要なものを置かない。浴室の温度は使用時に気を付けている。夕方になってから照明が暗くならないよう気を付けている。	リビングは採光、陽当たりもよく、ベランダは広くてひなたぼっこに適しています。2階には機能訓練のための自転車こぎの機械があり、回数表をつけて励みにしています。1階は、ADLの落ちた入居者が多く、テレビが楽しみとなっています。	楽しそうな雰囲気がないのが気になります。ペースメーカーの入っている人、糖尿病やじんぞう病をもっている人など大変ですが、みなさんの話し合いと工夫が期待されます。
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。	利用者一人一人の個性や性格をよく考えて、居心地の良い場所になる様に配置や組み合わせに気を付けている。孤独がよい場合は居室内で過ごせるようにソファなどを持ち込み工夫している。		
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。	入居するとき家族は必要な家具などをわざわざ新調し、衣服も新しく購入する人が多いので、普段親しみのある使い慣れたものや好みのものを持参してもらうように頼んでいる。	居室には、好みのベッド、テレビ、写真などを持ち込んでいます。カーペットを敷いている人もいて、それぞれ好みの居室にしています。居室の鍵も自分でかけるなど自由にできます。窓からは、広々とした畑の風景を見て楽しむことができます。	
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。	トイレにはトイレと解り易く大きく表示してある。居室も自分の部屋であると解り易いようにそれぞれの目印をつけてある。なるべく、自分自身で行動できるように解り易く椅子などの家具の配置を気を付けている。		

事業所名	ライフケア@しんよこはま
ユニット名	ユニット2

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。	1、ご近所さん2、利用者ひとりひとり3、笑顔が理念である。1については、地域の中学校の職業体験や職業インタビューのため受け入れをしている。2については花の栽培が好きな方には庭で栽培をしてもらっている。3は話し相手になる。		
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。	盆踊り、敬老会などの催し物がある時に参加して交流することはあるが、日常的な交流は特でない。隣の畑の農家から野菜を譲り受けることがある。		
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。	居室の空き室を希望する家族が見学に来た時に、認知症の家族に対してどのような態度で接したらよいかなどの問い合わせがある場合、丁寧に返答している。		
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。	ヒアリハットの書き方などの指摘を受け、改善していくように取り組んでいる。地域の住民の協力で七夕の笹竹を譲ってもらえるなどの地域の声をサービスに活かしている。		
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。	横浜市役所には主に事故報告などにより、ケアの向上に資するよう取り組んでいる。港北区役所には介護認定の更新手続きなどにより、協力、連絡を密にしている。特に、生活保護に関連するものは連絡を密にしている。		

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
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。	身体拘束と身体拘束をしない事を、行動指針の一条として職員のロッカールームに掲示してある。職員はケアにおいて実践するように日々とりくんでいる。		
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。	グループホーム内は閉鎖された環境であるので常に虐待が行なわれることがないように注意している。出来る限り外部の目が入る様に、介護相談員の訪問を受け入れている。利用者個々の苦情が第三者により明らかになるように取り組んでいる。		
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。	現在、数名の利用者に後見人が選任されているので、折に触れ関わる事がある。今後、勉強会のような形で学ぶ機会を増やそうと思っている。		
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。	利用者本人は入居に消極的な場合が多いので、不安が解消出来るように説明を行っている。そのため、実際の入居までに1～2カ月かかることがある。家族には納得出来るように取り組んでいる		
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。	利用者はいつでも意見や要望を気軽に言える雰囲気を作っている。家族もその都度要望を面会時、電話等により伝えている。家族会を開催したいが、参加者がいないので参加しやすい方法を考えている。		

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
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。	その都度、意見や提案を受け付けている。また、定期的にミーティングを開催し、意見が反映出来るようにしているが、運営に関しての意見はほとんどない。		
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。	他の施設に比べて、給与の時給などを高く設定している。労働時間も職員の希望が通り易い環境である。人間関係も働きやすい職場になるように努めている。		
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。	各種資格試験の受験を奨励している。研修を受けることも資質の向上のためすすめている。つねに、業務の向上のためつとめている。		
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。	年に1度、近隣のグループホームが集まり連絡会を開催している。同業者の様々な取り組みを知り、それを活かせるようにしている。		
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。	入居に際して、本人の現在の生活や趣味、大事にしているものなどを出来るだけ多くの情報を聞き取り、本人の入居後の対応や生活に活かせるようにしている。問題が発生する前に、対応の準備をしっかりとこなう。		

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
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。	入居する本人と家族が現在どのような問題点があるか、なるべく詳しく、細かく聞き取る事が出来るように努めている。そして、入居後に家族に安心して任せてもらえる様に、つとめている。		
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。	入居希望の家族の中には、本人が認知症ではないが要介護であるので介護保険施設として利用希望であることが、時々ある。サービスの利用について詳しく説明を行っている。		
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。	本人が出来る事はなるべく本人が出来るようにしている。年月とともに、本人の自立度が低下してきても、一人の人間としての関係が壊されないように常にきを配っている。		
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。	家族に出来る事はなるべく家族に任せようようにしているため、本人も安心感が持てると思われる。認知症の進行によっては家族の顔や名前も忘れてしまっても、家族が協力することが重要であると思われる。		
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。	本人に馴染みの場所がある場合、家族の協力により外出できるようにしている。家族がいない場合、後見人が外出をサポートしてくれる。		

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
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。	食堂の座る配置などを十分考えて、利用者同士が仲良く過ごせるようにしている。体調の関係で、居室で一日を過ごす場合もあるが、本人の希望で、一人で過ごすことに慣れている場合は、無理せず、居室で過ごせるようにしている。		
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。	利用が終了するときは、ほとんどが体調の悪化により入院し医療が必要になるので、最適な病院を紹介したり、探したりし支援している。その後も必要に応じて支援している。		
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。	本人は入居に消極的であることが多いので、本人に納得してもらえる様に努めている。急がず時間をかけても本人の気持ちが納得できるようにつとめている。本人が意思を伝える事が出来る場合は、意向に沿い暮らせるようにしている。		
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。	家族がいる場合は、今までの生活習慣などを細かく聞き取りし、入居後もなるべく同様な生活が出来るようにしている。身寄りが無い場合は、今までの担当介護支援相談員に問い合わせ、本人の生活をよく観察しながら希望に沿うようにしている。		
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。	利用者が、一日をどのように過ごしていたかを、日誌に利用者ごとに記入し、職員みな把握できるようにしている。バイタルの状態などは時間を決め、必要に応じて測定する事により把握している。		

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。	本人の希望を良く確認し、家族の要望や意見を参考にして、職員みな意見を持ち寄り施設担当の介護支援専門員と話し合い、適切な介護計画が作成出来るようにしている。		
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。	介護スケジュール、入浴機能訓練スケジュール、バイタル食事チェック表、により利用者個々の情報を共有している。		
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。	現在のグループホームの役割の中で、本人や家族のニーズをカバーしていると思われる。医療行為が必要になる場合は、入院してもらうように、サービスの区分が明確である事が、多いと思われる。		
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。	自立度の高い利用者は、地域ケアプラザの図書館を利用している。読みたいけれど無い場合は、申請してとり寄せる事もできるとアドバイスをうけている。		
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。	月2回在宅訪問診療で往診がある。また、週1回訪問歯科診療がある。週1回、看護師の訪問がある。利用者の状態により、訪問マッサージが毎週ある。その他、適宜眼科、耳鼻咽喉科、脳神経外科など通院を行っている。		

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
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。	常勤の看護師がいないので、週1回看護師が訪問した時に、利用者の状態を説明し、その都度看護を受けることができる。また、必要に応じて受診出来るように支援している。		
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。	提携している協力医療機関は在宅訪問のクリニックと同法人なので、通院時も優先してもらえる。入院時も協力してもらえる。受診科目によっては、他の病院を紹介してもらえる。		
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。	入居時に、当グループホームの重度化した場合における対応に関する指針を文書にして、本人や家族、身元引受人に対しよく説明し、同意した旨の署名をしてもらう。		
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。	フロア中央カウンターにマニュアルを設置し、いつでも見られるようにしてある。同電話口に通報マニュアルを設置し、いつでも通報出来るようにしてある。訓練は年1度行なうようにしている。		
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。	水害ハザードマップ、防災マップを壁に貼り、避難誘導先をいつでも確認出来るようにしてある。地域の自治会と消防応援協力に関する覚書を消防署長立ち会いで交わした。		

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。	職員ひとりひとりが自覚して、人格の尊重を守り、言葉を選んで利用者に対応している。利用者本人も職員の態度や言葉によって平静にすごしていると思われる。		
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。	自分から意見を言う事が出来る利用者ならば、気楽に話せるようにしている。自分の意見を伝えられない利用者の場合、本人の意見を正確に推し量る事が出来るように、職員の情報を持ち寄り検討を重ねる。		
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。	利用者が、家族と外出したいときは自由に行ける。家に帰りたくて何度も玄関までいくときは、玄関にイスを用意してある。マクドナルドに行きたいときは、本人の体調を考えていく。特に無い場合は身体を動かすようにすすめている。		
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。	自分で判断出来る場合は、本人にまかせる。誘導しないと出来ない場合は、その都度、くしを手渡し髪をとかしてもらい。解らない場合は、職員が定期的に髭そりをしたり、おしぼりで顔をふく。		
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。	好き嫌いの好みが利用者により違うので、それぞれの好きなものを重ならないように順番よく整え食事をつくる。たこやき等はレクリエーションとして皆でつくる。かたづけは余力があり、体調がよい時に利用者も参加する。		

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。	バイタル食事チェック表があり、食事の摂取量を毎回チェックしている。食事量が半分が3食続いた場合主治医に連絡し相談する。水分量は毎食確保しているため、体調の悪い時のみ記録している。		
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。	自立している場合も見守っている。誘導しないと出来ない場合は、毎食後誘導し口腔ケアを行う。自分で出来ない場合は、利用者ごとに、職員が歯ブラシを使用したり、スポンジを使用し口腔ケアを行う。		
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。	車椅子でも自分の意思でトイレまでは歩き排泄する。車椅子でトイレまで行き排泄する。自分で解らない場合、歩ける方は定期的にトイレに誘導する。歩けない場合は、おむつを定期的に交換することによりオムツの使用量を減らす。		
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。	身体を動かせる利用者は、適度な運動で便秘にはならない。ヨーグルトや野菜、水分など食べ物を気をつけている。それでも、便秘の時は、主治医に便秘改善の薬を処方してもらう。		
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。	利用者自身の希望がある時は、その曜日で入浴できる。希望がない場合は、不公平にならないように回数や時間を設定する。入浴拒否する場合は職員が交代して対応する。		

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。	日中の昼寝は、個々の体調により行なう。昼夜逆転が起きないように、昼間の休息は気を付けている。入居するまえから昼夜逆転していた場合、他の利用者の安眠が守られるようにし、本人の安眠を確保できるようにする。		
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。	服薬ファイルがあり、利用者ごとの服薬、塗布薬が解るようにしてある。服薬マニュアルにより、服薬事故を防止するようにしている。服薬支援は、確実に誤薬を防止する事から始まるので職員一人一人が注意している。		
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。	たばこは、館内全面禁煙のため喫煙ができない。飲酒も禁止している。ペットも飼えない。絵を描くのが好きな利用者の絵を壁に飾っている。園芸が好きな利用者には、畑や鉢を自由に使用してもらう。		
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。	家族との外出は自由にできる。家族がいない場合、不公平にならないようにドライブなどに出かける。図書館や床屋などに外出するが、一人ではいけない時は職員が、同行する。		
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。	本人の希望があり、管理出来る場合にお金を所持し使えるように支援している。本人が管理できない場合は、本人と同行して使う。又は、代行して買い物をしてくる。		

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。	携帯電話を、所持している利用者は自由に電話している。管理は、家族か後見人が行なっている。施設の電話も必要に応じて使用できるようにしている。手紙も自由にやり取りしている。		
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。	玄関には椅子をおいてある。廊下、食堂には転倒防止のため不要なものを置かない。浴室の温度は使用時に気を付けている。夕方になってから照明が暗くないよう気を付けている。		
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。	利用者一人一人の個性や性格をよく考えて、居心地の良い場所になる様に配置や組み合わせに気を付けている。孤独がよい場合は居室内で過ごせるようにソファなどを持ち込み工夫している。		
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。	入居するとき家族は必要な家具などをわざわざ新調し、衣服も新しく購入する人が多いので、普段親しみのある使い慣れたものや好みのものを持参してもらうように頼んでいる。		
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。	トイレにはトイレと解り易く大きく表示してある。居室も自分の部屋であると解り易いようにそれぞれの目印をつけてある。なるべく、自分自身で行動できるように解り易く椅子などの家具の配置を気を付けている。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	35	消防訓練の実施が少ないので、災害時の対応に問題がある。	通報訓練、誘導訓練をそれぞれ2回行なう。夜間想定訓練を1回行なう。	地域の自治会の協力を受けおこなう。	12ヶ月
2	43	トイレまで自立あるいは誘導で行ける場合、失禁の度合いがなかなか減らない。	リハビリパンツ等の使用量を1日1枚減らす。	トイレ誘導の時間、声のかけ方、頻度などを工夫する。	12ヶ月
3	4	運営推進会議の家族参加者が少ないので、さまざまな意見を聞く必要がある。	毎回家族2名参加してもらう。	家族会を利用したり、催し物を利用して参加を促す。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月