

2019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	1470300615	事業の開始年月日	平成16年10月1日
		指定年月日	平成18年4月1日
法人名	医療法人社団 伊純会		
事業所名	グループホーム シエル 西横浜		
所在地	(220-0061) 神奈川県横浜市西区久保町2-11 ラ・トゥール西横浜101・201		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員計	17 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和2年2月3日	評価結果 市町村受理日	令和2年6月22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/kaigonavi/
----------	---

【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)】

最寄り駅の西横浜駅より徒歩7分と近く面会や外出に便利です。
ホーム周辺には商店街があり散歩や買い物も気軽に出かけられます。
7階建ての1階、2階、屋上を占有施設としており屋上で外気欲を行っております。
職員には介護福祉士資格者が勤務年数も長いいため、入居者様と馴染みの関係が築けております。
法人代表が24時間オンコール対応しております。
近隣の保育園の誕生会に毎月参加し、秋には工作交流、冬にはお遊戯会の披露を施設に園児を招いて交流を行っております。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年6月6日	評価機関 評価決定日	令和2年6月17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)】

事業所は相鉄線を利用し、始発の「横浜」から2駅目の「西横浜」駅下車徒歩7分、国道1号線を越えて、道路から一步入った商店街グリーンロード藤棚の一角に有ります。7階建てのコンクリート造りのマンションの1階と2階部分にあるグループホームです。
＜優れている点＞
医療法人伊純会が母体となり、運営・管理をしており、理事長は先代から受け継いだ地域を大切にし、医療・介護の充実に力を注いでいます。日常のケアや緊急時における24時間対応はオンコールでしっかりサポートしています。ベテランの介護福祉士など、資格のある常勤職員を配置しているため連携も良く、利用者の気持ちを大切にしながら職員は馴染みの関係を保っています。「ご意見ノート」「生活記録書」「連絡ノート」などを活用して職員全員で利用者の視点に立った自立支援を行っています。
＜工夫点＞
ボランティアは傾聴、体操、民謡の人たちが来訪しています。また、毎月保育園からの来訪もあり、園児たちとの触れ合いを大切にしています。毎月たくさんの行事を行うだけではなく、家族へのフィードバックとして、行事の写真を送ることや、手紙を同封し事業所の様子をわかりやすくすることで、家族との絆を大切にしています。

【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 シエル 西横浜
ユニット名	1階フロア

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。	運営理念を事務所に掲示し、日々確認し、意識できるようにしている。	理念の確認は、勤務開始から切り替えが出来る様タイムカード横と玄関に掲示しています。利用者が出来る事を行うことでの自信を持たせたり、職員や他利用者との交流で笑顔につなげる穏やかな毎日が送れるような支援をしています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内の催しに参加したり保育園との交流を行い、地域とのつながりを積極的に求めた活動を行っている。	町内会主催の流しソーメン、ふれあい大会に出席したり、商店街の催し物や、へそ祭りなどの行事にも出席しています。昨年の9月に地域で発生した停電では、町内会々長とも連絡を取ることで情報共有しています。		
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。	職員は定期的に研修に参加し、情報交換等を行い、得た内容はホームに持ち帰り報告共有している。			
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。	定期的に会議を行い、地域・ご家族・ご本人を交えて情報交換や話し合いを行っている。	町内会々長、民生委員、地域ケアプラザ職員のほか、家族も参加しています。毎日の活動報告や身体拘束、事故報告に向けた改善対策など報告し、率直な意見交換をしています。事業所内での出来事は地域に情報提供しています。		
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。	認定調査の機会等に担当者に利用者の日常の様子やニーズを具体的に伝えている。	地域ケアプラザ職員とは運営推進会議に毎回出席していることから連携を図っています。また、グループホーム連絡会でも情報交換ができています。ボランティアも不定期ですが、長年にわたり傾聴ボランティアが利用者の話し相手になっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員は研修に参加し、身体拘束しないケアを理解し、毎月のミーティングやカンファレンスを行い、実践に取り組んでいる。	マニュアルの整備と契約書において身体拘束について明記し、身体拘束廃止委員会の設置をしています。現在、日中ではなく入眠時のみ、転倒防止のため2名の利用者が拘束状況と成っていますが、ミーティングでは廃止の見直しを検討しています。	
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。	研修やミーティングを通して、高齢者虐待防止法を理解し遵守に向けた取り組みを行っている。		
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。	成年後見制度についての研修に参加し活用できるよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約は管理者が行っているが、そこに至るまでに入所判定等で職員に意見を聞き、ホームとして出来ることをきちんと家族や利用者に伝えてもらっている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	家族会等で要望等を言ってもらえるよう常に電話や手紙等で蜜に連絡を取り話しやすい関係作りに努めている。	家族会を開催して悩みや要望を吸い上げられるような機会を設けています。いつでも意見を出しやすいように配慮しています。散歩の時間を増やしてほしいという要望があり、外出の機会を増やして日々の充実に取り組んでいます。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	自由に意見を書けるノートがあり皆で共有し、また毎月ミーティングを行い職員が意見交換を行っている。	年1度の個別面談を必ず行う事と、月1回の職員ミーティングでも話をすることで、検討や共有に努めています。給与や今後のことも気軽に話が出来る環境になっています。	
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。	定期的にストレスチェックを行っている。希望休や資格手当があり、向上心を持って働ける環境がある。		
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。	外部の研修に参加する機会がある。新しく入職した職員には共有のチェック表を使用し、指導出来るようにしている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	交換研修を行い、他施設の職員と交流・情報交換する機会がある。		
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。	事前面談で本人の要望等を聞き、職員は本人に受け入れられるような信頼関係を築くよう対応している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	事前面談等でご家族の要望を聞き、どのような対応が出来るか職員間で話し合いを行っている。		
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。	ご本人やご家族の不安や心配事を理解し、支援していけるようスタッフ間で情報交換や意見交換を行い、対応できるようつとめている。		
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。	コミュニケーションを図り信頼関係を築いていくよう対応し、その方がどんな生活暦でどのような人生を歩んできたのか傾聴し共感を示す。		
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。	毎月「日々のご様子」を郵送したり、電話や訪問時には日常のご様子を報告している。		
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。	入所時は、ご本人が使用されていた家具・衣類など好きなものを使用させていただく。知人・友人の訪問や電話の取次ぎ等行っている。	馴染みの関係づくりは自由になっています。外泊は家族対応で、外出、外食は地域の馴染みの場所や店舗に訪れたり、時には友人の来訪もあります。事業所の周囲には商店街や公園があり、買い物や散歩で馴染みを楽しむこともあります。	

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
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。	気軽に話せるような席の配置や職員も交えての会話等で利用者同士の交流が深まるよう支援している。		
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。	契約が終了しても、相談等あれば柔軟に対応しこれまでの関係性を大切にしている。		
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。	言葉や口調、表情等から、その人の真意を推測できるよう日ごろからコミュニケーションを図り、その人の意向や思いを尊重できるよう努めている。	利用者の日々の変化について、アセスメント追加情報は、職員が記載している「連絡ノート」「ご意見ノート」を活用し、共有しています。入居時などは職員が中心になって情報を集め、情報発信することで正しく把握した内容で支援をしています。	
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。	入所聞き取り時生活歴や生活環境について伺いまた、本人とコミュニケーションを図りケアの向上に努めている。		
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。	一人ひとりの生活記録を毎日記入し、全員で共有確認し、変化や気付き等は申し送りとし、現状の把握に努めている。		

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
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。	日常の中で気づきや改善点等あれば、ご意見ノートに記入し全員で意見交換し必要に応じアセスメントを行いケアの向上に努めている。また定期的にモニタリングを行い現状に即した介護計画作成を行っている。	職員は入居前アセスメントにて作成を行い、介護計画の目標を共有しています。モニタリング評価表を3ヶ月に1回カンファレンスを開催して、医療情報・家族の要望などを盛り込んで介護計画の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。	排泄や食事記録だけでなく、発した言葉や表情なども記録し特に変化があった場合などは申し送り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。	外泊・外出・外食など可能な限り自由に楽しんでもらっている。		
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。	運営推進会議では町内の方・地域包括センターの職員にも参加してもらっている。訪問マッサージや訪問歯科による定期検診等行っている。		
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、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。	ホームDr以外でもご家族・本人の希望のHPを受診していただいている。	事業所の協力医に切り替える、入居前からのかかりつけ医を継続するなど柔軟に対応しています。通院は基本は家族に依頼しています。その際は、利用者の状況の情報提供をしています。協力医、訪問看護師、職員間の連携を密にし、利用者を支援しています。	

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。	変化時やアドバイスが必要な時はメモや連絡ノートに記録し訪看時に伝えられるようにしている。そしてNsからDrへの上申により適切な受診や看護が受けられるよう支援している。		
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。	入院時には介護サマリーを作成し、普段の様子等伝えている。それぞれのかかりつけ医もすぐわかるよう一覧表にしてある。		
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。	早い段階で本人家族と話し合い、ホームで出来ることを十分に説明しながら方針を共有している。本人が安楽に終末期を迎えられるよう支援に取り組んでいる。	重度化や看取りの対応については、入居時に説明し、同意を得ています。その後、重度化と医師の判断があった場合には、再度家族と話し合い、方針を共有しています。終末期のケアを事業所で行い、最期は自宅に戻り、家族が看取った事例があります。	
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。	緊急時のマニュアルを作成し、周知徹底を図っている。また体調・状態の変化に応じて定期的に話し合いを繰り返している。		
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。	マニュアルを作成し定期的に利用者と共に避難訓練を実施している。運営推進会議を通して地域にも協力を呼びかけている。	夜間想定を含む、年2回の避難訓練を行っています。1回は消防署の協力を得ています。自治会々長に訓練の報告をしているほか、地域の消防訓練に参加をし、協力体制を築いています。備蓄品についてはリストを作り、それぞれの居室で保管をしています。	

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	
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。	年長者として敬意を払い言葉遣いや言い方に配慮している。	利用者にとって心地よい声かけを心がけています。慣れ合いになり尊厳を傷つけていないか職員同士で注意をし合うようにしています。職員の気になる声掛けがある時は管理者が注意喚起を促しています。研修や会議でも意識の向上に努めています。		
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。	普段から一人ひとりに合った声掛けを行い傾聴し、本人が自己決定できるような言葉掛けを行っている。			
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いか、希望にそって支援している。	基本的な一日の流れはあるが、一人ひとりのペースを大切にし、又その日の体調により自由に過ごしてもらっている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	清潔面での見守りを行い、可能な限り自由に衣類を選び着替えていただき、希望により鏡、化粧品など自由にお部屋においている。			
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。	定期的に季節の行事メニューを採用したり、出前・外食の日を設け本人に食べたい物を聞いている。個々のレベルに合わせ、調理・片付けなど一緒にやっている。	食材の配達と献立は業者委託で、調理は職員がしています。調理、配膳・下膳、食器拭きなど利用者が手伝っています。プランターで野菜を育て、収穫物を食材として活用しています。月1回は利用者の要望を聞きながら外食や出前を楽しんでいます。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	管理栄養士が作成した配食サービスを利用している。個々に合わせた食事形態で提供している。 食事量・水分量を記録により把握管理している。		
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。	毎食後口腔ケアの声掛けをし、個々に合った口腔ケアの支援を行っている。 希望者には訪問歯科受診を利用している。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、介助が必要な方には定期的に声掛けを行っている。	トイレでの排泄を基本に、一人ひとりのパターンを把握し支援しています。 排泄の自立度の高い利用者が多いですが、観察やさりげない定時声掛けなどしています。職員の適切な支援で布パンツに変更し、トイレで排泄ができるようになった改善事例があります。	
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。	排便チェック表を活用し、便秘の方には牛乳を提供したり水分摂取を促したりし対応している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴を拒む方への声掛け・体調や気分にも対応し、一人ひとりに合わせた入浴を行っている。	3日に1回のペースで入浴していますが、利用者の意向や毎日のバイタルチェックにより、利用者の体調に応じて入浴日を調整しています。入浴中、一人でゆったりと入ってもらえるような時間も職員は意識してつくるよう配慮しています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	一人ひとりの生活リズムや体調に合わせて自由に休息が取れる環境をつくっている。		
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。	服薬表を個々で作成し、一人ひとり何を内服されているか分かるようになっている。服薬時は、本人に手渡し飲み残し等ないよう確認している。		
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。	個々の生活歴・会話の中での情報を元にレクリエーションや家事・散歩・買い物等の支援を行っている。		
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。	個々のレベルに合わせて外出支援を行っている。ホームの車でのドライブや家族との外出も自由にやっていただいている。	近所のコンビニエンスストアへ買い物に行ったり、職員が業務で外出するときに利用者も同行したりしています。毎月、外食で外に出る機会があるほか、初詣、花見といった季節の外出もしています。家族の協力を得た個別の外出も自由です。	
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。	本人の管理が困難な場合はホームで預かり、買い物時にご自分で支払っていただくなど行っている。		

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
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。	家族や知人からの電話は本人に取り次ぎ、手紙は本人に渡している。 年賀状を出せるよう支援している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	季節に合わせた壁飾りや観葉植物を置く等配慮している。冬期は乾燥防止の加湿器や濡れタオル等を利用している。	共用空間の空調は利用者の様子を見ながら調整し、居心地良くしています。冬場の乾燥対策として加湿器や濡れタオルを利用しています。季節に合わせた貼り絵など利用者と作り、展示しています。時にはリビングでレクリエーションを行い、利用者同士が関わりを持てるようにしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リビングには個人の決まった席もあるが、ベンチやソファも配置し好きなところに座ってもらい自由に過ごせるようにしている。		
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。	使い慣れた家具や写真を飾ったりして本人が居やすい居室になるよう工夫している。	居室にはエアコン、カーテン、クローゼットを備え付けています。入居時に、使い慣れた家具や布団、好みの飾り物など持ち込んでもらい、心地よく過ごしてもらっています。居室担当職員が中心に、整理整頓や衣類の入れ替えなど支援をしています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	安全に歩行できるよう個々に応じた靴の選択を行っている。手すりをつけ自立歩行を実施、皆が行き来するフロアは動線の確保をしている。テーブルの配置等工夫している。		

事業所名	グループホーム シエル 西横浜
ユニット名	2階フロア

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。	業務中でも見える所（事務所前）に掲示しており、日常的に実践できるよう努めています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会、商店会に加入し行事のお声掛けを頂き参加しています。また、近隣の保育園との交流を月に1回程度行っています。		
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。	見学は随時受付けており相談も承ります。区の認知症研修に協力し、研修の場として提供することもあります。近隣に利用者様と買物や散歩、外食に行き、挨拶を交わしたりすることで認知症の方への理解や支援を伝えています。		
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。	2ヶ月に1度、利用者様、ご家族、町内会長、地域包括の主任ケアマネジャーをお招きし意見交換を行なっています。意見交換で出た内容をサービス向上に生かせるよう努めています。		
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。	年に1度は西区役所と西区グループホームの管理者との話し合いを設けています。また、生活保護担当の方とは適宜連絡をとっています。		

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
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。	スタッフで検討のうえ、やむを得ず身体拘束を行なう場合、ご家族へ説明、ご理解を頂いた上で行なっています。また、適宜見直しを行い、拘束のないケアをめざしております。玄関は、集合住宅の為防犯上施錠しています。		
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。	研修の参加、研修レポートの回覧により、虐待防止の理解に努めています。また、スタッフ間で心身の健康が保たれているか気にかけ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。	研修等で学ぶ機会を持ち、利用者様の立場に立ち、必要な制度を活用できるよう支援しています。		
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。	管理者は、書面や家族会の時など必要に応じ、十分な説明を行い理解、納得を得られるよう努めています。		
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。	面会時やお電話をいただいた時、家族会等で話しやすい雰囲気作りに努め、ご意見、ご要望を随時承っています。また、うかがったご意見ご要望を運営に反映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
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。	自由に意見や提案を記入できる「ご意見ノート」や月に1度のミーティングで職員の意見や考えを伝える場があり、運営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。	勤続年数の長い職員が多くいます。有給休暇や希望休をとることができ働きやすい環境の整備に努めています。		
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。	法人内外の研修があり、どの職員も研修を受ける機会があります。資格手当もあり、働きながらトレーニングをしていくことを薦めています。		
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。	横浜市のグループホーム連絡会に加入しており、ホーム間の交換研修、勉強会に参加し、サービスの質の向上をさせていく取り組みをしています。		
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。	ご本人のお話をうかがうとともに、日常会話や表情、行動からも把握できるよう努めています。また、ご家族からの情報も参考にし、安心できる環境につなげています。		

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。	話しやすい雰囲気作りを行い、ご家族の話をよく聴き信頼関係作りに努めています。		
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。	ご本人、ご家族の悩みや希望をうかがい、今必要としているサービスを見極めて紹介するなど対応しています。 (ホームで実施している、訪問マッサージ、歯科往診、理美容も希望をうかがっています。)		
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。	日々の生活の中で、利用者様の気持ちの把握に努め、一緒に食事や雑談、レクリエーション、行事を行い生活を共にしている関係を築いています。		
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。	月に1度、書面での様子と共に写真をお送りしています。面会時やお電話の際も様子をお伝えしています。お散歩や外食等、ご家族と利用者様で行かれる事もあります。クリスマス会にはご家族にもお声をかけ参加していただいております。		
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。	面会や外出は自由にしていただき、関係継続の支援を行なっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	利用者様の性格の理解に努め、また耳の遠い方や会話がしにくい方（会話の成立が難しい等）の間にスタッフが入り、孤立しないよう利用者様同士の関わり、支えあいができるよう支援しています。		
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、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	必要に応じて相談、支援に努めます。		
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。	日々の中での表情や言動から、個々の思いや希望を把握するよう努めています。		
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。	入所前の面談にて、これまでの暮らしの把握に努め、その方の暮らしぶりを理解した上で入所して頂いてます。		
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。	生活記録を参考に生活リズムの把握をしています。残存能力で出来る事を無理のない範囲で取り組んでいただいています。また、スタッフ同士で常に情報を共有して現状把握に努めています。		

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。	3ヶ月に1度モニタリングを実施し、職員が課題やケアのあり方について話し合います。利用者様の変化に対応した介護計画の作成を行なっています。		
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。	個別の記録があり、日々の様子や気づき、言動なども記入します。重要なことは、申し送りの欄に記載し見やすくなっています。また、改善点については、「ご意見ノート」に記入し、ミーティングを通して介護計画の見直しに活かしています。		
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。	可能な範囲になりますが、臨機応変に対応しています。（ご家族が付き添えない場合の受診の検討・ホームドクター以外の往診の対応など）		
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をしています。体操や、民謡、傾聴ボランティアの方にお越し頂き利用者様に楽しんでいただいています。		
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。	かかりつけ医は、ご利用者様、ご家族の希望の病院にさせていただいています。ホームDr. 看護師と連携をとり、必要に応じて専門の病院への受診を検討するなど、適切な医療を受けられるよう支援しています。		

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。	週に1度訪看日があります。「診療記録」に報告や相談したい事を記入しておき、指示や助言を受けています。必要に応じ医師への上申もしていただき、利用者様が元気でいられるよう支援しています。		
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。	サマリーの提供や早期退院に向けての情報提供や相談を行ないます。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	早い段階から、事業所でできる支援できない支援をお伝えし、ご家族の希望をうかがっています。あわせて、Dr. 看護師からのアドバイスも伝え、ご理解を頂いた上で支援に努めています。		
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。	緊急時マニュアル（フアイル）があり事務所の目に付くところにあります。また、救急車要請の対応は、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。	定期的に防災訓練を行なっています。町内会にも協力いただける体制をとっています。緊急時マニュアルに災害時の対応もあり、職員がいつでも目を通せるようになっています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個々の人格を尊重し、誇りやプライバシーに配慮した声掛けや対応を心がけています。		
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。	利用者様の気持ちに寄り添い、自己決定できるようなお声掛け（理解いただけるような話し方、言葉選び、場合により選択肢を作る）を行い働きかけています。		
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。	利用者様がどのようにしたいのかを考え、利用者様のペースにあわせて支援しています。（食事の時間をずらす、午睡の時間を延ばす、入浴日の変更等、その日のご様子により対応しています。）		
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。	その人らしい身だしなみ、おしゃれを楽しんでいただけるよう支援しています。（洋服選び等）ご家族からうかがった好みも参考にしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	個々にあった食事形態を把握し、美味しく召し上がれるよう支援しています。できる方には一緒にお手伝い（台拭き、お茶入れ、もやしのひげとり、食器拭き等）を行い、職員も一緒に食事を摂っています。		

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。	個々の食事量、水分量を記録を参考にし、1日を通して確保出来るよう支援しています。必要に応じ、Dr. 看護師、ご家族に相談の上「経腸栄養剤」（エンシュア）を摂取し栄養摂取ができるよう努めています。		
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、個々にあった方法で口腔ケアをしていただき、難しいところやできない方はお声掛けや介助（歯間ブラシ、舌みがき等）にて支援しております。		
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。	個々の排泄パターンを理解し、出来る限りトイレでの排泄を支援しています。オムツの方も必要に応じトイレに座っていただいています。（排便時等）夜間、ポータブルトイレを使用される方もおり、個々にあっ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。	野菜の多い食事を取り入れ、水分を多く摂取できるよう努めています。排泄チェック表を活用し、場合によりDr. 看護師に相談し対応しています。（内服の相談等）		
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。	入浴前にはバイタルを測定し体調の確認をしています。利用者様の希望、タイミングにあわせ入浴していただいています。無理のない範囲で利用様の好み（温度、入浴している時間）で入浴していただけ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
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。	個々の生活習慣を理解し、安眠、休息できるよう支援しています。午睡も利用者様の生活リズムにあわせ休んでいただいています。		
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。	服薬表をみて個々の内服薬について理解に努めています。（ファイルにあり、内服の変更も把握しやすくなっています。）内服時は、落薬や口腔内に薬が残っていないか確認します。		
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。	利用者様の性格や好み、得意なことを理解し、役割（お手伝い）や楽しいと感じてもらえること（レクリエーション等）を提供し支援しています。		
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。	気候の良い時期には、お花見やドライブを計画します。近隣へのお散歩やお買い物にでかけることもあります。また、外食の日もあります。		
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。	ご自分で管理出来る方はお金を所持し、職員と共に買物に行かれることもあります。ほとんどの方は、お預かりしています。		

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。	特に制限無く支援しています。毎年一緒に年賀状を作成し、ご家族にお送りしています。		
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。	快適な温度湿度を保ち、臭いにも気をつけています。カレンダーや季節に合った壁紙を作り掲示しています。撮影した写真も掲示しています。季節を感じながら穏やかに過ごせるよう配慮した空間作りを心掛けています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	狭い空間ですが、ソファ、ベンチの設置があります。1人になれたり、利用者様同士で過ごせるように配慮しています。歌の好きな方は、テレビ前で、歌のDVDをご覧になることもあります。		
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。	利用者様の使用していた物やご家族にお任せし、居心地よく過ごせるように配慮した居室になっています。		
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。	居室、トイレ、洗面所に札をつけわかりやすくしています。狭いながらも車椅子の方が多いので、動線を考慮した席にしています。フロア全体は目が行き届き、皆さんが安全に自立出来るよう工夫しています。（手すりの設置等）		

2019年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム シエル 西横浜

作成日： 2020年 6月 19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	2	地域と利用者のつながりの不足	利用者が地域の一員として生活する。	利用者、職員が地域の定期清掃に参加	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月