

平成23年度

## 自己評価及び外部評価結果

### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1491000178	事業の開始年月日	平成19年12月1日	
		指定年月日	平成19年12月1日	
法人名	有限会社 横浜ヒューマンヘルスケアシステムズ			
事業所名	グループホーム横浜汲沢 彩り			
所在地	( 245-0062 ) 横浜市戸塚区汲沢町500 - 3			
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
定員等	認知症対応型共同生活介護	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23年10月14日	評価結果 市町村受理日	平成23年12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	<a href="http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1491000178&amp;SCD=370">http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1491000178&amp;SCD=370</a>
----------	---

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

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

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成23年11月16日	評価機関 評価決定日	平成23年11月29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)】

横浜市営地下鉄立場駅からバスに乗り、市街地を抜けると米軍戸塚無線通信所のアンテナが通っている広大な野原と畑が点在する場所に、最寄りのバス停「住宅地前」があります。ここから徒歩数分の富士山の見える自然豊かな住宅地の一角に事業所はあります。

#### <事業所の優れている点>

利用者と家族の絆を大切にしています。毎月の利用明細書に加えて、利用者の心身の様子や事業所での暮らしぶりを丁寧に伝え、家族の安心感とともに事業所への満足度を得ています。

運営法人の母体が医療機関であるところから、緊急時の対応を含め、きめ細かな連携が図られ、利用者・家族の安心感につながっています。

より良い利用者の安定した生活を支援する為に、職員研修に力を入れています。職員の認知症に対する理解と接遇への実践が、利用者の病状の進行をおさえ、安楽な生活を提供しています。

#### <事業所の工夫している点>

利用者の一日の過ごし方として、時系列的プログラムを作らず、個人のリズムを大切に、その人らしい生活を送れるように配慮しています。職員は、環境、レクリエーション、園芸、教育・接遇、防災と5つの委員会に属し、それぞれの持ち味を活かした得意分野で活躍し、日常の支援に活かしています。

### 【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム横浜汲沢 彩り
ユニット名	1階

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、活き活きと働けている。 (参考項目：11,12)	1, ほぼ全ての職員が
	2, 職員の2/3くらいが
	3. 職員の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての家族等が
	2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>理念に基づく運営</b>					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	入職時、理念をもとに研修をしています。事務所に掲示して、問題が発生した時等はカンファレンスで理念に元づき対応策を検討しています。	利用者主体の5カ条に亘る理念を、玄関・事務室に提示しています。職員は個人面談やカンファレンスの場で理念について話し合い、支援のあり方が理念に沿っているか、日常的に振り返っています。	
2	2	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地元のスタッフの紹介や運営推進会議等で情報を頂き地域のボランティアを招いたり、町内会の祭、運動会等に参加、彩り祭りには地域の方を招いています。散歩等日常的に地域の方と挨拶を交わすように心掛けています。	地元自治会の主催する防災訓練や町内清掃に職員が参加し、盆踊りなどの行事には利用者も参加しています。ボランティアの協力を得て、年1回開くホームの行事「彩り祭り」には地元住民の参加を呼び掛け10～20名の参加を得ています。	
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	特に窓口はありませんが入居希望の電話の問い合わせや見学に来られた時等、その方に必要と思われるアドバイス等は行なっています。		
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	ご家族様代表者から家族会の提案をもとに、行事を行い、今後の展開を各ご家族様にモニタリングを行いました。	運営推進会議を3カ月に1回開催し家族、自治会長、民生委員・地域ケアプラザ職員の参加を得て、ホームの現状を伝え、要望・意見を聞いています。民生委員から緊急時対応について貴重な意見が出ています。	災害時を含めた緊急時対応について、地域住民との協力関係が得られるよう、さらなる話し合いを期待します。
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	戸塚福祉保健センターより講師を招き、研修を行いました。医療行為関連で横浜市に相談しました。	横浜市グループホーム連絡協議会主催の研修会に参加する他、横浜市介護保険課事業相談室を通じて交換研修を行う等協力関係の構築に努めています。区生活保護課担当者とは、毎月状況報告をかねて、面談しています。	

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	<b>身体拘束をしないケアの実践</b> 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	常勤職員4名は老健在職中に身体拘束については厳しく教育を受けて来ています。虐待防止、権利擁護研修など身体拘束関連の研修もあり受講しホーム職員に報告しています。カンファレンス等で対応策を検討する時、身体拘束にならないよう取り組んでいます。	職員は、カンファレンスで何が拘束に当たるのか理解し、拘束しないケアに取り組んでいます。利用者一人一人を観察し、記録として残しケガや行動障害の原因究明に努めています。	
7		<b>虐待の防止の徹底</b> 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	虐待防止研修の受講。『強くつかんだ』『ぶつけた』等、アザ等になってしまいそうな時、アザ、キズを発見した時は必ず記録をしておく事を徹底し、外傷の原因が分からないと言う事が無い様に努めています。		
8		<b>権利擁護に関する制度の理解と活用</b> 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	研修の受講。日常生活支援事業は特に必要なく、成年後見制度についてはご家族様からの依頼により診断書を主治医に依頼するなどの支援を行いました。生活保護受給入居者の区担当者と密に連携をとっています。		
9		<b>契約に関する説明と納得</b> 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	入居申し込み、契約時はもとより、入居されてからもお話を伺い説明、理解を得て居ると思います。		
10	6	<b>運営に関する利用者、家族等意見の反映</b> 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	『御意見箱』を玄関に設置していますが殆どスタッフに直接お話を下さり、日々の生活に活かしています。	運営推進会議で家族から出た意見をもとに、行事を開催するなど運営に反映させています。家族の来訪時や電話連絡時に寄せられた意見・情報はその都度記録し、運営面や日常の支援に反映させています。	

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	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>年1回、個人面談を実施し聞き取りを行なっています。パート勤務者からの意見や要望が多く相談しながら進めています。本部職員が来所した折など、パート職員も話をする機会もあります。</p>	<p>年1回、常勤職員対象の個人面談や毎月のカンファレンスで、運営面や日常業務での問題点を出し合い、解決にむけての話し合いを行っています。運営法人とは、ホーム長がメールや電話で日常的に相談し、必要時運営面に活かしています。</p>	
12		<p>就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>上記に同じ。管理者は職員それぞれの個性を理解するよう努め、個人に合った勤務体制や業務の担当などを考慮している。</p>		
13		<p>職員を育てる取組み</p> <p>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</p>	<p>研修受講時は出勤とみなし、受講料、交通費はホーム負担。年に少なくとも一回は外部研修を各自受講し、研修報告会を実施して共有出来る仕組みにしています。内容によっては受講者が講師になりホーム内研修を実施。研修報告書を提出しています。</p>		
14		<p>同業者との交流を通じた向上</p> <p>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>横浜市交換研修を実施。ホームのイベントなどに近隣のホームの方を招待しました。</p>		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>入居2週間は信頼関係構築の時期と定め初期計画において『本人の要望、出来る事、出来ない事』を見定める期間と位置付け、その後のケアプランに活かしています。</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
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	入居以前からモニタリングを行い、なんでも話して頂けるような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	グループホームなので入居された時点で『まず必要としている支援』は達成されていると思います。待機中に支援に対するアドバイス、多方面の紹介等はする事もあります。		
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	入居者の個性、残存機能に応じて共に行動しています。お掃除、食器の片付け等共に行ない、スタッフのエプロンのほつれを直してもらったり、お願いする事も多くあります。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	必要と思われるご家族様には『外出の支援』などをケアプランに盛り込み同意を頂いて疎遠にならないように協力して頂いています。		
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	入居者様の友人、以前居た施設職員等が面会に来て頂いた時など、快く迎え入れ、また来て頂けるように気を配っています。	華道の師匠をしていた利用者の弟子や、かつての近隣の友人が訪れることがあり歓迎しています。手紙を出したり電話をかける等、本人の希望に沿って支援し関係の継続を支援しています。行きつけの美容院へは家族の協力で行かれています。	

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	一人ひとりをアセスメントして気が合う人同士の席の配置をしています。自然と気の合うものが集まっていますが入居初期では職員が声を掛け、一緒に輪に入れるよう努めています。		
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	退去後必要と思われるご家族様には電話で様子を伺っています。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居時、ご本人様、ご家族様から要望をお聞きし、初期計画でご本人様の生活ぶりを観察しながら好む事、出来る事を把握してケアプランに活かしています。	入浴時や買い物同行時、或いは午後の利用者と共にゆったりと過ごす時間帯に、会話の中や表情から思いや意向を読み取り把握するように努めています。又、時には家族からも情報を得、職員間で共有しています。	
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	申し込み時より、ご本人様の生活歴や現在の暮らしぶりをモニタリングしてご本人様の全体像を理解する様に努め、入居後にはご本人様との会話の糸口になっています。		
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	初期計画でご本人様の生活ぶりを観察しながら好む事、出来る事を把握してケアプランに活かしています。毎月、ケアプランカンファレンスにて職員全員で生活ぶりに変わりがないか話し合っています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>入居時にプラン作成の為の担当者会議にご家族様が参加して頂けるようお願いしています。新しく課題が生じた時はご家族様に意見を求め、毎月、ケアプランカンファレンスにて職員全員で生活ぶりに変わりがないか話し合いプランの変更等行なっています。</p>	<p>本人・家族の希望及び医師の意見を交えて、課題を抽出し目標・期間を定めたケアプランを作成しています。必要時、フロアカンファレンスで見直し、再度関係者の意見を交えてプランを立て直し、現実に即したプランとしています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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>ケアプラン記録、経時記録、申送りノート等を活用しています。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>特にありません。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>町内会やケアプラザ、地域ボランティアに協力を頂きイベントなどに参加させてもらっています。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>ホームの主治医が在籍する病院への受診が多いですがご家族様の希望や入居前までのかかりつけ医への受診もあります。ホーム主治医以外の場合、ご家族様にパイプ役をお願いして、経過、処置等を把握しています。</p>	<p>週1回、事業所の協力医による訪問診療がありますが、入居前からの主治医への受診も可能です。受診時は家族が付き添い、医師に状況を伝え結果を事業所に報告しています。事業所から直接主治医へ情報を提供しアドバイスを受けることもあります。</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
31		<b>看護職員との協働</b> 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	毎週訪問看護を実施して入居者様の既往歴や体調の把握をしてもらい、体調不良の時など訪問看護師にまず相談し、必要に応じて様子を診に来てくれたり、受診等の指示を貰っています。		
32		<b>入退院時の医療機関との協働</b> 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。	関連病院の為、病院との関係は密に取られています。		
33	12	<b>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b> 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	申し込みの時点で重度化、看取り介護の説明を行っています。体調の変化、病状等の情報はご家族様と共有し主治医より余命を宣告された場合、Dr、Ns、ご家族様、ホームの意見を集約してプランを作成しケアにあたっています。Nsによる研修も行いました。	重度化・終末期の対応に関わる指針を提示し、入居時に急変時同意書を頂いています。重度化した場合の対応は、医師を交えて状況の変化に伴う話し合いを家族と重ね、終末期の意向を確認し、本人・家族の要望を優先するように努めています。	
34		<b>急変や事故発生時の備え</b> 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	教育委員会が中心となり『緊急時の対応研修』を定期的に行っています。職員からの要望もあり『誤嚥』『転倒』等救急搬送時の訓練を実施しています。		
35	13	<b>災害対策</b> 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	火災、地震の避難訓練を日中、夜間を想定して定期的実施し、管轄の消防署の方に講師をして頂いています。地域の防災訓練にも参加します。	消防署の協力を得て入居者参加のもと年2回行っています。夜間を想定した訓練を多く取り入れ、消防署からは避難経路等のアドバイスを受け実際に椅子や毛布を使用して避難方法を確認しています。地域の協力を回覧板を通してお願いしています。	

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
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	その方により声掛けの仕方も違いがあり、その方が受け入れ易い対応を心掛けています。会話の内容によっては居室で話をしたりプライバシーにも考慮しています。	職員は年長者への敬意を忘れず、必ず「さん」づけで声かけし、傾聴する姿勢を心がけ、自己決定しやすいように言葉かけに留意しています。同時に、支援の場でのプライバシー確保の大切さを認識し、カンファレンスで振り返っています。	
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	「 でしょうか? 」と伺ってから実施するようにしています。介護拒否のある方にはスムーズに誘導できるようにその方にあった声かけを実施しています。		
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	健康に支障が無い限りは基本的に自由なので特に決まりはありません。上記と同じく意思を聞いてから支援しています。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	基本的に服装等はご本人様、ご家族様が持って来られる為好みは尊重されていると思います。訪問理美容を希望する方、ご家族様と美容院に行かれる方もいます。		
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	食材は業者に委託している為、日々のメニューは決まっていますがお楽しみ献立やデリバリー等を活用し、おやつは入居者様の希望で購入、手作りしています。調理は衛生面から職員が行います。出来る方には後片付け等をお手伝いして頂いています。	利用者と職員は会話を交わしながら一緒に食事を摂り、後片付けも共に行っています。メニューは決まっていますが、行楽弁当や季節に合わせた別メニューで変化を持たせる他、出前や外食も楽しんでます。誕生日にはケーキで祝っています。	

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食材の委託業者でカロリー計算はされたものが届きますが食事量はその方にあつた量で提供しています。現在はミキサー食の方と米飯をおかゆにて提供している方が居ます。食事、水分摂取表を活用して一日の摂取量を記録しています。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎食後、自立、介助にて口腔ケアを実施し習慣になっています。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>現在は全員トイレを使用、リハパン、パットを使用している方も排泄パターンを把握してトイレへの促しの声掛け、誘導を行いトイレで排泄出来るように努めています。夜間は夜間用パット、ポータブルトイレを使用する方もおられます。</p>	<p>排泄パターンを把握し、可能な限りトイレ誘導をしています。動作やしぐさのサインをしっかりとらえ、そっと声掛けしたり、夜間の声かけ、部屋から出てくる人への対応、ポータブルトイレの活用などで、最近は失敗が少なくなりました。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>特に便秘だからと意識している訳ではありませんが食物繊維、水分の摂取、運動は日常的に取り入れています。排便の有無を毎日確認し、確認の取れない方には訪問Nsにお腹の動き等を診てもらっています。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>毎日、午後はレクリエーション等に時間を使ってもらう為に、入浴は午前中に行なっています。</p>	<p>週2回は入浴しますが、希望により3回・4回と入浴する利用者もいます。自立支援に心がけながら、マヒのある利用者には特に注意し、入浴していただいています。入浴を拒否する人には、工夫を凝らしタイミング良くお手伝いするようにしています。</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
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	ご本人様の居室で朝食後や昼食後に臥床している方や「私は昼寝はしないの」とそれぞれ。昼夜逆転にならない程度に自由にして頂いています。		
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	誰がどんな薬を飲んでいるのか薬局からの「お薬情報」を職員全員が確認できるよう配置しています。新しく処方された時は申し送りノート、経時記録を活用して注意を促しています。薬配は決まった担当者が行なっています。		
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	入居者様本人が畑の手入れやお掃除を積極的に行ったり、職員とマンツーマンでの外出などで気分転換を行っています。飲酒や喫煙の支援もしますが現在は該当する入居者様が居ません。		
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	気候の良い時期は外出、ドライブ、外食を実施しています。散歩は日常的に実施しています。今年3月の震災後、あまり外出が出来ませんでしたがバス旅行を計画中です。	天気の良い日には毎日のように散歩に出かけています。安全を確認し一人で出かける利用者もいます。夏の暑い日には、踊りの練習で室内を歩いています。出たがらない利用者には庭での日向ぼっこや買物に誘っています。バス旅行も楽しみとなっています。	
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	ご本人様の能力に応じて、自分でお財布の管理をされたり、買い物をして頂いています。		

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
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	希望がある時は電話をかけたたり、兄弟、知人からの電話も取り次ぎ、ご自分のお部屋で会話をして頂いています。		
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	ホーム内の清潔はもちろんの事、危険な個所や問題行動に繋がらないように配慮し、お花を飾る、季節の飾りを取り入れたり工夫しています。	毎日朝8時から掃除を全員が役割分担で行い、整理整頓が行き届いています。リビングは日当たりがよく、明るく開放的です。野菜を庭で栽培し収穫したり、壁や廊下には利用者や職員の作品、行事の写真等が飾られています。	
53		共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	共用部分では一人になれる場所はお庭くらいです。リビングとダイニングが分かれて居る為思い思いに過ごされています。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居時になるべく使い慣れた馴染みの物を使用して頂くように説明していますがご本人様、ご家族様にお任せしています。	居室にはクローゼットやエアコンが備え付けられています。利用者は部屋からベランダに出て、布団を干したりしています。馴染みのタンス・テレビ・机などが持ち込まれ、写真や置物、作品などが飾られています。	
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	手すりやリフトの設置、ポータブルトイレの使用、居室やトイレ、風呂場等分かり易い様に表示をしたりしています。		

事業所名	グループホーム横浜汲沢 彩り
ユニット名	2階

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、活き活きと働けている。 (参考項目：11,12)	1, ほぼ全ての職員が
	2, 職員の2/3くらいが
	3. 職員の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3. 利用者の1/3くらいが
	4. ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての家族等が
	2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>理念に基づく運営</b>					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	ホームの玄関や事務所内に理念を掲げ、カンファレンス等で再確認しています。ケアプランに関しても理念に基づいたサービスができているか確認しています。		
2	2	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会の運動会・盆踊り等地域行事に参加するようにしています。		
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	特に実施していません。見学にいらした方にお話しをさせていただいています。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	会議では必ずホームの活動・状況について評価・要望等意見を聞くようにしています。要望については出来る限り実践できるように努めています。		
5	4	市町村との連携 市町村担当者とは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	区の生保担当者とは密に連絡をとっています。サービスや運営上分からない時はその都度関係機関に連絡しアドバイス等を頂いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	<b>身体拘束をしないケアの実践</b> 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	マニュアルにて職員には周知徹底しています。昼間はフロアーの出入り口も玄関も施錠しないよう工夫し、夜間も玄関の施錠のみにしています。拘束を行わない支援方法を職員間で話し合い実践しています。		
7		<b>虐待の防止の徹底</b> 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されることがないように注意を払い、防止に努めている	職員は研修に行き、研修報告会で現場にフィードバックするようにしています。また入居者様の身体状況に常に目を配り、少しでも異変があれば記録に残すようにしています。		
8		<b>権利擁護に関する制度の理解と活用</b> 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	職員には研修の参加を促しています。また成年後見人制度を希望される方には必要な書類の手配をしたり利用支援を行っています。		
9		<b>契約に関する説明と納得</b> 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には充分時間をかけて説明し、ご本人様やご家族様の想いを汲みとるよう努めています。少しでも不安が軽減できるよう時間をかけて話し合うようにしています。		
10	6	<b>運営に関する利用者、家族等意見の反映</b> 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	日頃から入居者様・ご家族様とコミュニケーションをとり、意見・要望を聞くようにしています。玄関に意見箱も設置しどなたでも意見が出せる環境を作っています。意見・要望があれば職員に提示しカンファレンスで話し合っています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	日頃からコミュニケーションを多くとるようにしたり、カンファレンスの際に意見等を出してもらい、皆で話し合うようにしています。また年1回、個人面談も行っています。		
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	職員個々の得意分野を生かした仕事ができるよう配慮しています。給与や賞与についても個々に評価しています。		
13		職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	研修希望者は受講できるよう勤務調整を行ったり、各々適した研修があれば行ってもらおうよう促しています。またホーム内研修や研修報告会を開催し、現場で活かせるよう努めています。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	グループホーム連絡会の研修や集まりになるべく参加し情報交換できるよう努めています。またグループ内の老人保健施設と交流し連携を図るようにしています。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	出来る限り細かく情報収集し、職員間でその情報を共有するようにしています。不安等ある時はその原因を探り不安等が軽減できるよう努めています。またゆっくりと話ができるような環境作りに努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	利用前にどんな生活をしてもらいたいか等聞き取り、不安な事に関しても十分にコミュニケーションをとり軽減できるように努めています。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	相談をうけた際にご本人様の状況やご家族様の希望をなるべく細かく聞き取り、必要があれば他のサービスの情報提供をしています。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	個々の得意分野が発揮できるよう役割分担を決めて生活しています。時には教わったり意見を取り入れたりしています。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	ご本人様の今までの生活について等教えていただいたり、ご本人様がより良い暮らしをしていくためにはどうしたら良いか相談したりしています。またご家族様と外出の機会がもてるようご家族様をお願いをしています。		
20	8	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	手紙や電話はご本人様が希望する際適時支援するようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	食事の席は気の合う仲間と座れるよう配慮しています。散歩やドライブの際の車に乗る組み合わせ等も配慮するようにしています。		
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	亡くなられて退去になっていることが多い為継続的な支援は行っていません。		
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	9	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入居者様との日々のコミュニケーションの中からご本人様の希望等を把握するようにしています。ケアプランに取り入れられるものは取り入れるようにしています。		
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	ご本人様の生活歴や習慣等の事前情報を全職員に読んでもらい把握するようにしています。ご本人様やご家族様から得た新しい情報はその都度ノートを活用して職員間で共有できるようにしています。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	朝夕の申し送りの際に個人の細かな情報を流し共有できるようにしています。「できない」と決めつける事はせずとりあえずやってみる、そしてその中から出来る事・出来ない事を見極めていきます。		

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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>主治医・看護師・ご家族様と相談しながらケアプランを作成するようにしています。また月1回のカンファレンスで職員間で話し合うようにしています。</p>		
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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>ケアプランを元に毎日個々に記録しています。周知しなければならない事柄に関しては申し送りノートを活用しています。それらを踏まえケアプランカンファレンスにて意見を出し合い見直し等を行っています。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>その時々状況に合わせて支援は行っていますが、多機能化は特に行っていません。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>地域の行事やボランティアによるクラブ活動に参加し楽しんでいただいています。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>入居の際にホームの訪問診察にするか今までのかかりつけ医にするかの確認を行い選択できるようにしています。またご家族様に希望があれば訪問診察の医師と話せる機会を設けています。</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
31		<b>看護職員との協働</b> 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	週1回の訪問看護の際に情報交換したり相談したりしています。それ以外にも連絡を密にとるようにし、24時間相談できる環境にあります。また看護師から医師への連携も図られています。		
32		<b>入退院時の医療機関との協働</b> 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	グループ内の病院のため情報交換しやすい環境にあり、MSW（医療ソーシャルワーカー）や主治医と連携し早期退院できるよう調整を行っています。		
33	12	<b>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b> 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	入居の段階で説明を行い同意を得、希望も伺っています。終末期になった際にはご家族様・主治医・看護師と共に意見交換を行い支援方法を決めています。今のところ地域の方々とのチーム作りは行っていません。		
34		<b>急変や事故発生時の備え</b> 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルを作成したり、消防署で行っている救命講習を義務付けています。また緊急時の対応に関しては事例をあげて定期的にホーム内で研修を行っています。		
35	13	<b>災害対策</b> 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	消防訓練を年に2回実施しています。グループ内の元消防署員の方に参加していただき意見を頂いたり、1回は消防の方と共に訓練をしています。消防の方に地震研修も行って頂いています。運営推進会議の際に地域の協力・連携がとれるよう話をしています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	14	一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	ご本人様をより深く知る努力をし、ご本人様が落ち着ける言葉かけ等を行うようにしています。職員間で言葉かけ等が気になる時は注意しあうようにしています。また入居者様との話の内容によっては居室で話すようにしています。		
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	入居者一人一人に合わせた話し方や雰囲気作りをして、想いや希望を表現しやすくするように努めています。また何かする時は入居者様に相談したり、自己決定できるような聞き方をするようにしています。		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	1日の大まかな流れは決まっていますが、それにとらわれすぎず個々の希望に添えるようにしています。職員の常識と入居者様一人一人の常識が違う事を常日頃から認識し、決して押しつけないよう支援しています。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	訪問理美容にて好きな髪型にしてもらったり、洋服を購入する時にはご本人様と買い物に行き自分で選んでいただいたり、ご家族様にご本人様の趣味に合う物を購入してもらったりしています。お化粧品も自由にいただいています。		
40	15	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	材料は食品業者から仕入れているためメニューは決まっていますが、月に2～3回は外食に行ったり出前をとったり好きな物を食べていただいています。食事の準備・後片付けは積極的に手伝ってもらっています。		

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食品会社でカロリー計算はされています。医師とも相談しながら個々に合った食事量・食事形態を提供しています。食事量・水分量は毎食確認し記録しています。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎食後介助や言葉かけを行い口腔ケアを行っています。入れ歯の管理が難しい入居者様は職員で管理するようにしています。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>おむつは極力使用することはせず、ご本人様・ご家族様と相談しながら個々に合った排泄方法で支援しています。排泄のサインを見逃さないよう職員間で情報を共有するようにしています。</p>		
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>1日1回歩く機会を設けたり、牛乳を提供するようにしています。便秘気味の方は医師や看護師にも相談しながらスムーズに排便できるようにしています。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>入浴の時間はほぼ午前中になっていますが、ご本人様の意思を確認しながら入浴して頂いています。入浴が嫌いな入居者様には無理強いすることなく、言葉かけの仕方を工夫したりしています。</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
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	日中は自由に過ごしていただいています。夜間はリビングが消灯しても規制なく居室で過ごせるようにしています。		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	個々の薬の内容をファイルしいつでも確認できるようにしています。症状の変化が見られた際には医師に報告しています。薬の変更等があった際には全職員・ご家族様に報告するようにしています。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の趣味や特技が活かせるようレクリエーションやクラブ活動を行うようにし、達成感を味わったり気分転換できるよう努めています。お酒や煙草も主治医に確認の上、提供するようにしています。		
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日常的に散歩や買い物支援をしています。また入居者様と行先を相談し、なるべく月1回は全員で外出できるようにしています。またご家族様にも外出の協力をよびかけています。		
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	ご家族様とも相談しながら数千円ご本人様に渡している方もいます。お金の管理が難しい入居者様も一緒に買い物に行った際は会計をしてもらったりしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	電話をする際は居室でして頂き人目を気にしないよう気配りしています。ご家族様や知人からの電話や手紙は必ずご本人様に取り次いでいます。		
52	19	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	窓が大きく天窓もあり暖かな光が入り、解放感があります。庭で咲いた花や季節の花をホーム内に飾っています。		
53		共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	自由に過ごしていただいているため、独りになりたい時は居室で、話したい時はリビングのソファで話をしたりと、思い思いに過ごされています。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居前に使用していた家具等を持ってきていただくよう説明しています。ご本人様が最も落ち着けるような環境が作れるよう、自由に写真を飾ったり物を置いて頂いたりしています。		
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	個々の認知症のレベルや身体状況を把握して、それぞれの不足を補い自立支援を行っています。自分が何をすればよいかわからず不安になってしまう入居者様にはスケジュール表を貼りご自分の目で確認して判断できるようにしています。		

### 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	3	災害時を含めた緊急時対応について、地域住民との協力関係が得られていない。	災害時を含めた緊急時対応について、地域住民との協力関係が得られる。	運営推進会議の際自治会長や地域住民へ呼び掛ける。ホームの避難訓練・緊急時の研修等に地域住民の参加を呼び掛ける。日頃より地域住民と交流できるよう、地域の行事等に参加したり、散歩中挨拶を交わすよう努める。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目の を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。