平成27年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	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) 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
	☒ 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	17 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成28年2月7日	評価結果 市町村受理日	平成28年5月24日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

最寄り駅より徒歩7分と近く外出に便利。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階と2階と屋上も占有施設としており、外気欲やみなどみらいの花火大会など行っております。職員は介護福祉士が多く離職率も低い為、入居者様と馴染みの関係が築けております。法人代表がホームかかりつけ医師で24時間オンコール対応しております。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年3月8日	評価機関 評価決定日	平成28年5月3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)】

事業所は相模鉄道線横浜から2駅の西横浜駅下車徒歩5分の幹線道路から一步入った地元商店街の一角で、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。ホームは直に医療法人が運営しています。

<優れている点>

医療法人が運営・管理しており、医療との連携が密で、日常のケアや緊急時における24時間対応についてもしっかりとサポートしています。介護福祉士など資格のある常勤職員が半数以上を占め、チームワークが良く、利用者の視点を大切にしながら「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>

日々の生活記録はバインダーを使い、裏面にサービス計画書を付け、常にサービス計画と日常の支援を相互確認しています。生活支援はそれぞれの利用者本位で進めることを基本にしています。生活記録は日勤、夜勤、医療事項を黒、赤、青の三色で色分けして要点の把握や伝達を容易にする「見える化」を継続しています。食事は宅配業者から栄養管理士の指導のもと、素材を中心にした材料を利用し、利用者のその日の状態に合わせてそれぞれの階で職員が調理しています。調理は、できるだけ利用者にも手伝ってもらえるよう、作り方にも配慮しています。

【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	1F

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)		1, ほぼ全ての利用者が
	○	2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ全ての家族と
	○	2, 家族の2/3くらいと
		3, 家族の1/3くらいと
		4, ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
		2, 数日に1回程度ある
	○	3, たまに
		4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
		2, 少しずつ増えている
	○	3, あまり増えていない
		4, 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)		1, ほぼ全ての職員が
	○	2, 職員の2/3くらいが
		3, 職員の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が
	○	2, 利用者の2/3くらいが
		3, 利用者の1/3くらいが
		4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が
	○	2, 家族等の2/3くらいが
		3, 家族等の1/3くらいが
		4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
I 理念に基づく運営						
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	理念を常に見える場所に掲示し、振り返りできるようにしている。	理念はわかりやすく3項目で示しています。玄関脇、2階の入り口脇の見やすい位置に掲示しています。月1回のミーティング時に話し合い、理念の共有を図っています。		
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。	散歩や買い物を通して地域の人たちと挨拶を交わしている。町内会の行事にも参加している。	町内会に加入しています。商店街の祭り（藤棚まつりやへそ祭り）に参加したり、箱根駅伝の応援に地域の道路沿いの場所を借りたりしています。2月には餅つき会に利用者11名が参加しています。傾聴ボランティアも週1回来ています。	地域とのかかわりを深めるため、掲示板の活用など、更なる情報発信も期待されます。	
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。	町内会の行事への参加や運営推進会議を通して、認知症の人の理解や支援を伝えている。			
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。	ご家族や町内会長、地域包括支援センターなどの意見を職員全体に伝えサービス向上に活かしている。	昨年は8月に運営会議を家族、町内会長、地域包括支援センター代表を含め、詳しく活動報告をしています。その中から防災マップの必要性や避難時の支援方法、避難場所などについて検討しています。	地域とのかかわりを強めるため、開催回数を増やす取り組みが期待されます。	
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。	生活保護の方もおり、担当者に相談など行っている。認定更新などの機会にも利用者の状況を伝え、連携に努めている。	区の管理担当者と情報交換、打ち合わせを年1回もっています。区が行う研修会にも積極的に参加しています。生活保護の担当職員と密に連絡を取り合っています。地域のグループホーム4ホームと連絡会を行い情報交換をしています。		

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。	玄関・1F庭に通じる窓は防犯のため施錠している。2F玄関は離設者があり、ホーム近くには大きな道路もあり運営推進会議で話し合いの結果、施錠している。個別には家族と話し合いをしている。	1階、2階玄関と1階の居室の窓は防犯上の指導を受けて施錠しています。2階の窓はレバーロックで開けると事務所で知ることが出来ます。意見交換ノートを活用してスピーチロックが起きないように相互に話し合いをしています。	
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。	研修に参加し職員全員が資料・レポートを回覧し、ミーティングなどの機会に話し合いをし注意している。		
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。	成年後見制度を利用している利用者があり、職員は制度について理解を深める機会がある。後見人が定期的に訪問している。		
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。	契約時に詳しく説明を行い、意見・疑問などあれば答えるようにしている。重度化や看取りについても、その都度家族と話し合いを行っている。		
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。	家族に参加してもらう機会を設けたりすることで、話しやすい雰囲気を作っている。また面会時など職員から話しかけるなど意見を言いやすい環境になる様努め、運営に反映させている。	半数以上の家族が利用料の支払いに月一回来ています。その時に意見要望などを聞いています。利用者の日常生活の様子は月1回、医療のことやイベントなどの写真を入れ、連絡事項と共に知らせしています。	

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。	代表者は運営について年1回説明会を行い、職員全員参加出来るようになっている。その際職員の意見や提案もきいている。また月1回ミーティング行い、ご意見ノートの活用をしている。	月1回のミーティングや毎日記入する意見交換ノートを活用し、職員のアイデアや意見を支援に反映しています。経験豊富な職員が多く、良いことはすぐに話し合って実行しています。	
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。	資格手当がある。希望休が充実している。研修への参加も行っている。		
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。	月1回程研修へ参加し、参加者はレポートを書き、職員全体に回覧しミーティング時に話し合いの場を設けている。		
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。	交換研修に参加し、他ホームを知る機会を設けサービスの質の向上に反映できる様に努めている。		
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。	入所前の面接で十分な話し合いを行い、関係作りに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入所前面接で、ご本人との状況やこれまでの経緯をうかがい家族の要望等にどこまで対応できるかなど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。	本人と家族の考えや悩み等のアセスメントを行い必要な支援を見極め、他のサービスの紹介も行っている。		
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。	出来る事は一緒にやっていただき、介護する側の目線にならないよう注意している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	家族と共に本人を支えていけるよう、ご本人の様子を伝える書面を月1回郵送し、状況により話し合いの場も設けている。面会時も制限はない。		
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。	知人・友人の訪問や電話の取次ぎなど行っている。家族と外泊する利用者もいる。	友人が面会で来訪する人や、かかりつけ医の受診を兼ね、家族と月2回外泊する人がいます。家族への電話を希望する人には家族了解のもと取り次いでいます。	

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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士の性格等を把握し、円満に過ごせ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。	退所後も相談があれば行っている。利用者の紹介があったこともある。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	家族と連携しながら、会話や言動から思いや希望が汲み取れるよう努めている。モニタリングなども行い、検討している。	日々の思い、希望などを仕草や言葉から読み取り、生活介護記録に記載しています。職員で話し合い、本人の思いを共有するよう努めています。生活への支援は職員ペースでなく利用者ペースで進めるよう心がけています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	サービス利用前にご本人と家族から情報をもらっている。利用開始後も日々の生活の中から把握に努めている。		
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。	個々の言動・心身状態をスタッフ全員が把握できる様個別の生活記録に細かく記載している。		

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。	本人や家族の要望を伺い、職員間で定期的に話し合いを行っている。又状態に応じてモニタリングし介護計画の変更を行っている。	職員は施設サービス計画書をもとに、日々の生活をモニタリングしながら、生活介護記録に記載しています。3ヶ月に一度カンファレンスを実施し、医療情報も含めて家族、計画作成者と話し合い、より実情に合った支援になるよう努めています。	
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。	生活記録に日々の様子・出来事を細かく記入し職員それぞれが目を通し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。	本人・家族の状況に応じて通院や入退院の付き添い等行い柔軟に対応している。		
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を行い、町内会の行事に参加している。オムツの給付の活用も行っている。		
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。	入所前からのかかりつけ医を継続受診しながらホームかかりつけ医と連携し対応している。	多くの利用者が協力医を主治医としていますが、入居前のかかりつけ医を継続している人もいます。協力医は週1回往診し、その際利用者全員を診ています。往診結果は診療記録、生活記録に記載し、職員間で共有しています。オンコール体制があります。	

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
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1回の訪問看護があり、看護師は個別の生活記録閲覧とバイタルチェックを行っている。何かあればその都度状況を伝え相談している。		
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。	入院時は、医療機関に情報を提供している。家族に回復状況をうかがいながら必要に応じて医師との話し合いにも参加し、退院に向けて医療機関・家族と連携をとっている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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。	重度化・看取りについて確認書を作成し、ホームで出来る事と出来ない事等十分に説明し納得した上で支援している。本人・家族の意向に沿える様最大限努力している。	入居時に重度化・看取りについて説明し、ホームで対応し得る範囲について家族の意向を確認しています。医師、看護師、家族、職員など関係者が方針を共有・連携して取り組んでいます。協力医とは24時間体制で連絡が取れる状態になっています。	
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。	急変・事故発生時のマニュアルにて対応し、施設Drと協力している。		
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。	定期的に避難訓練を行い、消防署や町内会長にも参加してもらっている。町内の避難訓練にも参加し、運営推進会議の際も防災の話をし地域の協力が得られるよう努めている。	定期的に避難訓練を実施しています。町内会が避難先の利用者の安全見守りをしています。町内の消火訓練に参加し、相互の協力体制を築いています。備蓄品とチェックリストを用意し、随時確認して入れ替えをしています。	

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。	個々の人格を尊重し、その方に合った対応が出来る様になっている。	利用者の個別性の理解に努め、生活歴の把握や言葉遣いに気を付けています。日常生活で気づいた事は、意見交換ノート、ミーティング、カンファレンスで検討し、その人に合った対応を心がけています。個人情報には鍵付き書庫に保管しています。	
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。	本人の思いや希望を言動などからも汲み取れるよう働きかけ、自己決定につながる支援ができる様努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、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。	職員の都合でスケジュールを決めず個々のペースで過ごせるよう1日のタイムテーブルは作っていない。個別にレクリエーションをしたり散歩や買い物に行ったりしている。		
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。	着替えは本人の自由で行っており、自己決定出来ない方には職員が選んでいる。美容院に行かれる人もいる。		
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。	個々に合った量や形態で提供している。食事の準備や片付けは出来る事は一緒に行っている。月に一度の外出は希望を聞き提供している。	献立と食材は業者に委託しています。「食事はおいしく楽しく」を基本に、利用者の嗜好に合わせ、代替品や調理で工夫しています。利用者は野菜切り、湯茶入れ、下膳など職員と会話をしながら一緒に行っています。毎月の外出や出前、行事食を楽しんでいます。	

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メニューで個々に合った量や形態で提供している。摂取量は水分も含め記録し不足している方は捕食している。		
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。	口腔ケアの声かけや個々の力に応じて介助を行っている。定期的な歯科往診があり個別に相談も行い支援している。		
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。	排泄チェック表や生活記録を活用し排泄パターンの把握に努めている。トイレ誘導や声かけを行っている。	排泄チェック表や生活記録をもとに排泄パターンを把握し、個別支援をしています。個人ごとに定時の声掛けや排泄サインを把握し、さりげなく誘導しています。紙おむつ使用の人もトイレを使用し、自分からトイレを訴えるようになった人もいます。	
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。	水分摂取を促したり出来るだけ食べ物で便秘にならないよう気をつけている。便秘の際は看護師と連携し対応している。		
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むように、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。	時間は決めず声かけしている。浴槽に入れない方には、シャワー浴しながら足浴を行っている。	入浴の予定日や時間は決めず週3回を目標に、柔軟に対応しています。拒否が見られる人には声掛けの工夫や、タイミングをみて誘導したり、清拭や足浴をしています。季節により、ゆず湯を楽しんだり、保湿剤を使用する人もいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個別に体調や夜間の状況を見ながら、日中も休んでいただいたりしている。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	服薬管理表があり、スタッフ全員が内容を把握出来る様になっている。内服時は見守り介助し確薬を実施している。		
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。	散歩やレクリエーション・家事など個別に対応している。朝食に梅干や化粧品購入も支援している。		
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。	希望で散歩や買い物などの外出や季節ごとに花見や駅伝見物・ドライブなど行っている。地域の催し物にも参加している。	天気の良い日は散歩や外気浴、買い物、外食など外出の機会を設けています。ホームの屋上で日光浴や花火見物をする時もあります。季節によりドライブや地域の行事に参加、箱根駅伝の応援に出かけています。家族の協力も得て外出支援しています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	家族からお金を預かり管理し、本人の必要な物や希望の品を購入している。	□	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	家族や知人からの電話の取次ぎは自由に行っている。知人からの手紙の受け渡しも行っている。		
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。	季節ごとに塗り絵や貼り絵など共用の空間に貼っている。室内の温度は適温が保てるようにしている。	リビングには空気清浄器を据え、温・湿度を調整しています。見やすいように大きな時計やソファ、ベンチが置かれ、落ち着いて寛げる環境になっています。壁には行事や誕生会の写真、職員と合作の貼り絵などが飾られています。穏やかな雰囲気の中で過ごせるよう配慮しています。	
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。	気の合った者同士で過ごせるよう席を設けたり、一人になりたい時は一人がけソファを使用出来るように配置してある。		
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。	入所時使い慣れた家具や食器などを持ち込まれる。居室は居心地よく事故のないよう配置を考えている。	使い慣れた鏡台や椅子、テレビ、アルバムなどを持ち込み、思い出の品を飾り、自分らしい居室作りをしています。床は弾力性のあるフローリングで安全面に配慮しています。掃除は利用者に声掛けをして職員と一緒にしています。	
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。	手すりの設置があり、居室やトイレにはわかる様に目印などしている。個々の身体状況に合わせベッド柵やポータブルトイレなど設置し自立した生活が出来る様支援している。		

事業所名	グループホーム シエル西横浜
ユニット名	2 F

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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○ 1, ほぼ全ての利用者が
	2, 利用者の2/3くらいが
	3, 利用者の1/3くらいが
	4, ほとんどいない

63 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	1, ほぼ全ての家族と
	2, 家族の2/3くらいと
	○ 3, 家族の1/3くらいと
	4, ほとんどできていない
64 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	○ 3, たまに
	4, ほとんどない
65 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	1, 大いに増えている
	○ 2, 少しずつ増えている
	3, あまり増えていない
	4, 全くいない
66 職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	1, ほぼ全ての職員が
	○ 2, 職員の2/3くらいが
	3, 職員の1/3くらいが
	4, ほとんどいない
67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての利用者が
	○ 2, 利用者の2/3くらいが
	3, 利用者の1/3くらいが
	4, ほとんどいない
68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	1, ほぼ全ての家族等が
	○ 2, 家族等の2/3くらいが
	3, 家族等の1/3くらいが
	4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践にっなげている。	理念を玄関の見やすい所に掲示。地域密着サービスを基本理念に加え確認、理解し合い実践に繋げていけるように努めている。		
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。	町内会と商店街に加入。季節の行事では、お祭り、餅つき大会、消防訓練に声を掛けて頂いて参加する等交流を図っている。参加が難しいこともあるが見学させて頂くなど心掛けている。		
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。	外食や散歩に出掛けたり近くの薬局にオムツの買い出しもしている。花火大会ではマンションの住民の方にお越し頂ける様に屋上を開放している。見学は随時受付けて近所の方が見学に来ることがあるが、あまり活かせていない。		
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。	運営推進会議では地域包括センターの職員、家族、町内会長さんに参加してもらい、多方向からの意見を取り入れサービス向上に努めている。ている。最近では防災の事で町内会長さんのお話が参考になっている。		
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。	保護課担当者と密に連絡を取り、その都度報告、協力関係を築いている。西区の4つのGHと役所の方達と年に1度、話し合いの場を設けている。		

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。	身体拘束がやむを得ない時は、ご家族の承諾を得ている。ご家族の同意を得て防犯の理由でしている。人手がある時は空気の入替えを行っている。		
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。	研修に参加して学ぶ機会を設けている。参加後はスタッフ全員で目を通し、ミーティングで意見交換しどんなことが虐待になるのか、防止の徹底に努めている。		
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。	研修に参加して学ぶ機会を設けている。後見人を利用している利用者様もいる。必要とする方がいたら紹介するなど支援している。		
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、入居、解約の際は十分な説明を行い理解の同意を得ている。ご家族の不安なども伺い、分からない事があれば納得して頂ける様に支援している。		
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。	来所、面会や問い合わせ等、随時ご家族の意見や要望を伺い、反映できるように努めているがアンケートなどは行っていない。		

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
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。	月に1度のスタッフミーティングを行っている。ご意見ノートを活用し、意見を出しやすい環境をつくりそれに基づいて話し合い、反映されている。		
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。	希望休はとれている。希望休制度や資格手当など向上心をもって働ける環境整備に努めている。労働時間もきちんとして勤務年数が長い職員が多い。		
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。	スタッフ全員が勤務状態に合わせて外部研修や交換研修を受ける機会を設けている。日常の中でもわからない事などを話し合って学べるようになっている。		
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。	横浜高齢者GH連絡会、神奈川認知症高齢者GH協議会に加入し勉強会や交換研修などを通して交流する機会を持ち、良い面、悪い面を考えサービスの質の向上に努めている。		
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。	入所前の面談で本人の状況把握に努めている。話しやすい雰囲気を大切にしながら困り事、不安な事、要望などを傾聴するようにしている。安心して生活ができ、信頼関係が持てるよう支援に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入所後も家族においては話しやすい雰囲気や不安や要望など親身に聞くよう心掛け出来ない事ははっきりと伝えている。日常の様子を伝えたりスタッフ間でも共有している。信頼関係が築ける様に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	本人、家族と面談し話を良く伺い、必要なサービスが受けられるよう他のサービス利用も視野にいれた対応をしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	共に生活している者同士として手伝いをしてもらったり、昔話を聴いたりしながら日常生活を通して気持ちの把握に努め、支え合い、心を開いて頂けるように努めている。		
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。	月末ごとに生活のご様子がわかる記録を写真を添えて送っている。家族の意見に耳を傾け本人支援について話し合いながら共に支え合い協力関係を築いている。		
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。	気軽に家族や友人知人が遊びに来たりしている。電話や手紙など今までの関係が途切れない様に支援している。面会時間の制限もなく自由になっている。		

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
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士の関係性を職員が把握し楽しく過ごしやすいよう円滑な人間関係を築ける様に支援している。狭いフロアの中で孤立せず関わり支え合えるよう、トラブルも含め職員が間に入り対応している。		
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。	関係継続に努めている。必要であればいつでも相談・支援を行っている。		
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。	今までの暮らしを踏まえた上で、本人の気持ちになって家族とも共に考え、希望や訴えに添えるよう行動や言葉からも気持ちを察し、その方に合った暮らしが出来るように努めている。		
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。	入所前に生活歴や生活環境、これまでのサービス等の情報を面談で聞いているのでその人らしい馴染みの暮らしを損なわない様に努めている。		
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。	心身状態など、1日の過ごしを生活記録に記入し把握に努めている。職員間での口頭での申し送りも行っている。1人ひとりが健康で精神的に落ち着いているか、何ができのか、出来る事をしているか等、職員は日々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。	本人、家族、医師、看護師、職員の意見を基に話し合い介護計画を立てている。3ヶ月毎に見直しを行い、利用者には何か変化があった時はモニタリングを行っている。		
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。	生活記録、連絡ノート、ご意見ノートを利用している。利用者様の日常の様子や言動を細かく記入、気づきや工夫を共有し意見交換しながら介護計画の見直しをしている。日々、話し合い、より良い支援ができるよう心掛けている。		
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。	柔軟な支援ができる様、役所と連携しサービスの多機能化に取り組んでいる。		
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。	地域資源の把握に努めているが特に協働はしていない。		
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。	本人や家族の意向を尊重し入所前からの掛りつけ医の受診など、適切な医療を受けられるように自由にしている。日々の健康管理は希望があればホームの医師にしてもらい、なにかあれば適切な医療機関に繋げている。		

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
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度訪問看護を受けている。日常の変化を伝え助言を得ている。何かあれば相談し利用者様が適切な医療を早く受けられる様支援している。		
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、退院時にはサマリーのやりとりで情報交換を行っている。面会、医師の説明や相談するなどして協働に努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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。	入所時に重度化、看取りについての説明を行っている。終末期のあり方についてできる事を伝え早い段階から十分に説明して家族の意向も聞いて再度意思確認を行っている。職員、かかりつけ医、ホーム医と方針や情報を共有している。		
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。	急変時のマニュアルが目の届くところにあり職員の周知に努めている。緊急連絡先も備えている。		
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。	町内会と協力して年2回、災害対策の為、避難訓練を行い1度は消防署の指導を受け報告書を提出している。また飲料水、食料の備蓄をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	理解度に合わせた言葉かけの工夫、利用者様の立場に立ち、誇りやプライバシーを損なわないよう努めている。居室の鍵の施錠も自由にしてもらっている。		
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。	個々の利用者様の性質を理解して感情を引き出し、話を傾聴し自己決定ができるお手伝いをしている。常に分かりやすい声掛けを心がけている。		
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、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。	その日の健康状態や精神状態を優先しているため、入浴日は特に設定していない。全て利用者様のペースとはいかないが出来る限り希望に添えるようにしている。外出やレクリエーションは希望により実施している。		
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。	好きな服やアクセサリを着用して頂いている。お手伝いさせて頂く時にも好みを把握し、その人らしい身だしなみができるよう支援している。季節に合った物を着用して頂ける様に努めている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事が楽しくなるよう出来る事はお願いしてお手伝いして頂いている。月に1度出前・外食の日があり個々に好きな物を召し上がって頂けるように支援している。		

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
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。1日のトータルで極端に栄養が少ない方には高カロリードリンクを提供。個々の嗜好や食事形態に合わせ、量なども考えて提供している。水分が十分に確保できない方にも工夫している。		
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、個々に合った口腔ケアを実施している。希望者には訪問歯科の利用もして頂き、アドバイスを受け歯間ブラシで磨き残しの介助を行っている。夜間は義歯を預かり消毒を行っている。		
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。	現状維持できるよう個々に合わせた排泄支援を行っている。介助が必要な方の排泄パターンを把握することでおむつを利用されている方にも不快感が続かないよう支援を行っている。		
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。	排便チェック表を作成し常に確認。乳製品の摂取を促したり運動を取り入れるなど便秘予防にも取り組んでいる。ホーム医や看護師に相談し指示を仰いでいる。		
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。	特に入浴日は決めていないが週3日の入浴を心掛けている。希望時間に応えたり、拒否が見られる時は時間をずらし席を立った時に誘導するなど工夫している。		

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
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。	疲れが見られる時には昼寝を勧めたり、ぐっすり休まっている時は食事の時間をずらすなど様子観察を行い、個々のペースに合わせて支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	個人の服薬表の薬目的、時間、用量、用法の把握に努め症状の変化を内服するまで確認している。症状の変化があればすぐにホーム医や看護師の指示を仰いでいる。		
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。	個々に合ったやりがいや楽しみ方が出来るように、ADLや要望を把握（歌が好き、散歩が好き、台所仕事が好き、計算問題が好き等）し、レクリエーションや家事のお手伝いにお誘いしている。学習療法にも取り組んでいる。		
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。	天気にもよるが日常で使用する物など一緒に買いに行ったり散歩のお誘いや屋上での日光浴も実施。本人の希望を家族に伝えて連れて行ってもらうなど共に支え合っているよう支援している。運転できる職員がいる時はドライブにも出かけている。		
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。	ご自分で管理を希望される方は持つて頂くが、管理の難しい方は事務所でお預かりしている。外出時のお支払いもして頂ける様に支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	電話や手紙のやり取りは自由に出来るように支援している。		
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。	フロアには季節を感じて頂けるような空間づくりを心掛けている。利用者様と共に作成した貼り絵や塗り絵、日常の写真を掲示している。共用部は常に清潔にし不快感や混乱が生じないように居心地にも配慮している。		
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。	共用部は狭いながらも工夫をしテレビ前のソファ、台所前にベンチを設置している。仲間同士のおしゃべりやテレビ鑑賞など、思い思いに過ごせるようスペースづくりをしている。		
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。	慣れ親しんだ家具や人形、テレビや棚など、お持ちいただいたりしてくつろげるように配慮している。		
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。	建物内部は狭いのが短所と思われたが、トイレと居室以外にはプレートを掲示していないが利用者様は混乱なく生活できている。また、手すりを設置するなど安全な環境整備に努め、自立した生活が送れるように努めている。		

平成27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： 平成 28年 5月 17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	地域との係わりが少ない。	地域の掲示板などを利用し、施設の情報を発信する。	自治会長との連携を深め、地域の掲示板等を活用し施設の情報を発信していく。	6ヶ月
2	4	運営推進会議の開催が少ない。	開催回数を増やし、サービスの向上を図る。	現在2ヵ月に1回の開催で実施しているため、今後も継続して実施する。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月