

平成28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 横浜メディカルケア			
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	<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28年8月15日	評価結果 市町村受理日	平成29年4月18日	

基本情報リンク先

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

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きます。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います。「最期の時をこのホームで過せて良かった」と思っ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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年10月19日	評価機関 評価決定日	平成29年1月16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JR線戸塚駅又は市営地下鉄ブルーライン立場駅よりバス、最寄りバス停「住宅前」下車徒歩5分のところにあります。事業所の隣にはオーナー所有の広い農園があり、四季を通して各種の菜園が広がっています。更に道路を隔てて元通信基地の跡地につながっている広大な草原があり、休日には少年野球の元気な声が聞こえてきます。草原の向こうには丹沢の山々や遠くに霊峰富士の裾野まで見える眺望の良いところです。開設後10年を前に地域に根差している事業所です。

<優れている点>

理念の実践による自由で安心した暮らしがあります。「入居者は生涯安心して、自分らしく、自由で楽しく、安心した生活の支援を」をモットーに職員が一丸となって理念の実践に励んでいます。暮らしの中に日頃のレクリエーションの他、市内名所見学や都内の隅田川下り、富士サファリパークなど県外へも外出の機会を多く作って楽しんでいます。年1回の入居者、家族と職員との合同バス旅行も楽しみの一つとなっています。手厚い健康管理をしています。主治医の月4回の往診と週1回の訪問看護を始め、薬剤師や理学療法士の訪問など、入居者の健康管理に万全を期しています。重度化や看取りに積極的に取り組んでいます。医療機関との連携が密で、開設来、数多くの看取りを受け入れています。職員は研修や事例の振り返りを重ね、心の準備ができています。

<工夫点>

広い敷地内の一角では季節の野菜作りをし、入居者の食卓を飾って喜ばれています。

【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	グループホーム横浜汲沢 彩り
ユニット名	1階

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。	終の棲家として研修を踏まえながら理念の共有し入居者様の状況の把握が出来る様に実践している。	事業所の理念は法人の理念を踏まえて2年前に見直し作ったものです。入職時の研修やフロア会議で確認し、事務所にも掲げて周知しています。職員は入居者に寄り添い、あるがままを受け入れ、自分らしく自由に生涯を送れるよう支援をしています。	
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。	地域のイベントに招待され参加をしたり、ホームのイベントに地域の方たちよ招待して交流を深めている。	町内会の回覧版に地域行事の紹介や事業所の行事案内も載せています。町内の祭りや敬老会、運動会に参加しています。事業所の「彩り祭り」や餅つき大会などで地域の人達との触れ合いがあります。フラダンスや和太鼓などのボランティアが来ています。	
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。	学校や地域の盆踊り・運動会の参加や中学生の職業体験の受け入れを行いホーム入居者様とふれあい感じて頂いている。		
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。	2ヶ月に1回地域の方・ケアプラザの方・入居者様（ご家族）ホームでの様子、行事の報告を行い。皆様との話し合いで出たご意見を踏まえてサービス向上に努めている。	運営推進会議のメンバーは家族や入居者代表、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員です。事業所の活動や外部評価の報告の他、地域の行事などの情報交換、入居者の介護度に応じたケアについての意見交換などについて話し合い、事業所の運営に活かしています。	
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。	認定調査の時や生活保護の入居者様の相談を区役所の方々と連携を取っている。また、ホーム運営に関して横浜市高齢福祉課にご意見を聞いている。	運営推進会議の報告や要介護度の認定更新で行政と連携しています。グループホーム連絡会に参加し、運営に活かしています。市主催のレクリエーション導入や嚙下予防、認知症ケア研修に参加し、サービスの向上に活かしています。	

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。	入居時にご家族の方に拘束をしないケアを説明し同意を得ている。また、職員には、研修を行い身体拘束について理解をさせている。	職員は身体拘束廃止の外部研修や接遇の内部研修を通し、周知徹底しています。玄関やフロア入り口のドアは夜間以外施錠していません。不適切な言葉があれば職員相互でその都度注意し、拘束のないケアの実践に努めています。	
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。	入浴時など日々入居者様の身体の変化に注意し介護を行っている。内出血が見られたときは、なぜ出来てしまったか話し合いを行なっている。		
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。	職員に研修の参加をしてもらい、後日ホーム内研修として権利擁護について共有している。		
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。	施設見学時や入居契約時に1つ1つの項目に対しご家族の方からの質問・疑問が言い易いような契約の取り方を実施している。		
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。	面会時には必ずホーム生活のご様子を伝えている。また、ご家族様の意見を聞き取りして信頼関係が出来る様になっている。	ご意見箱は玄関に備えてあります。面会来訪の際、家族の要望や意見を聞いています。面会の少ない家族は毎月入居者の状況報告のお知らせを通して、要望や意見を聞いています。緊急外来時の送迎の要望の事例があり、対応しています。	

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。	毎月のカンファレンスによって、入居者様の援助の方針やホーム運営（働きやすい職場）について話し合っている。	毎月のフロア会議や契約更新の面談の際に、職員の要望や意見、提案を聞いています。管理者は常に職員が要望や意見、提案を自由に言える雰囲気を作っています。ケア方法やレクリエーションの新企画などの提案は運営に反映されています。		
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。	日常から職員とコミュニケーションを保ち意見の言い易い職場環境を整えている。また、介護業務ラダーを使用しやいがい、向上心をもてるようにしている。			
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。	できるだけ外部での研修に参加出来る様にし、研修を受けた職員はホームにて研修報告会を実施して研修内容の共有化をしている。			
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。	研修等を通じて他施設の方たちと情報交換を行なっているまた、同法人の他施設の方たちと電話やカンファなどで情報交換も行なっている。			
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。	入居が決まった方の情報（アナムネ・サマリー）を入居まえから職員全員に情報収集に努めるように指導している。入居時には積極的に話しかけるようにしている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	施設見学時から当ホームのことを理解して頂ける様に説明している。入居時も入居者様、ご家族様の希望を第一に考えケアプランなども作成している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	必要に応じてその都度ご家族様に報告し職員の意見を踏まえて考えている。		
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。	出来るだけ入居者様が出来る事は行って頂き、出来ないのみ援助をしている。また、常日頃からコミュニケーションの構築に努めている。		
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。	介護保険の更新、受診などご家族が行える事は行っていただいている。また、年に2回ほど家族と入居者様が参加できる行事を行なっている。		
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。	遠くへの外出で会っても、入居者様のご家族へ援助方法や日頃の様子を伝え外出が出来やすいようにフォローアップをしている。	電話や手紙の交信の支援を続けています。墓参りや外泊などは家族の協力で継続の支援をしています。酒やタバコなどの習慣や、書道、縫いぐるみ、吊るし雛作りなどの趣味も継続支援しています。	

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
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。	毎日のレクリエーションや月の行事などでコミュニケーションをとりお互いの助け合いを行なっている。また、入居者様が入居者様のお手伝いをしていても意見がないのであれば行なって頂いている。		
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。	サービスが終了した後に葬儀がある時は参加している。		
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。	入居者様同士の関係性も必要だか1人で居たい時や個々で行い事がある時は尊重し行って頂いている。	日常の会話や、また、散歩や夜間、入浴時など職員と1対1のリラックスした時の会話の中で把握しています。意思表示の困難な入居者には、態度や表情などのサインを見逃さないようにしています。生活歴や家族の協力で把握することもあります。	
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。	アナムネ・サマリー、利用申し込み書より把握に努めている。また、ご家族の面会時に聞き取りを行っている。また、居室の模様をご家族に以前暮していたような部屋作りをお願いしている。		
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。	朝、夕の申し送りにて入居者様1日の様子を伝え合っている。また、著変がある時は経時記録に記録行い情報共有を行なっている。		

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	
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。	1ヶ月に一回カンファレンスを行い。入居者様のケアプランについて話し合いを行い意見交換しモニタリングを行っている。	初回アセスメントで暫定計画書を作成し、1ヶ月後に見直して本計画書を作成しています。カンファレンスは毎月行い、3ヶ月ごとに見直します。見直しの際は職員や計画担当者、管理者が参加します。計画書には医療情報や家族、入居者の希望が反映されます。		
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。	ケアプランに基づき毎日記録を行なっている。周知事項については申し送りノートを使用している。また、月1回のカンファレンスで意見交換をしている。			
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。	入居者様のADLの状況変化に対して今何が必要なのかを他職種の意見を踏まえながら実施している。			
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。	地域で活動しているボランティアさんにホームに来ていただきクラブ活動やレクを行なって頂き楽しみにの提供をしている。			
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。	ホームへ関係機関の訪問診察を実施している。また、関係機関なので入退院のしやすさ、情報のやり取りがスムーズである。	経営母体（総合医療機関）の病院から定期的な訪問医療・訪問看護が行われています。身体状況の記録は家族にも報告しています。入居者本人や家族の希望や診療科によっては、以前からのかかりつけ医を受診する場合があります。		

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回訪問看護を実施している。1週間にあった入居者様の状況を伝えている。また、著変事にはNsに連絡をして指示を受け受診・搬送を行なっている。		
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。	関係医療機関に基本入院をするので情報の交換がスムーズで入院期間の把握や早期退院の調整ができています。		
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。	重度化になった時は、ご家族に確認をとり、ホームでの看取りを行っていくか確認をしている。また、見取りの場合はDr、Ns、ご家族、職員でカンファレンスを行いチームケアを行っている。	入居者本人、家族などと話し合い、身体状況や希望により、今後に向けた方針を統一し支援を行っています。看取りの経験は既にあり、職員は研修を重ねています。経営母体の病院の医師、看護師、職員はチームとして支援に取り組んでいます。	
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。	定期的に緊急時の対応研修を実施している。出来るだけマニュアル化での研修はせずに実践での研修を行っている。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回は（1回は消防署立会い）消防非難訓練を行なっている。日勤、夜勤帯想定え実施している。	定期的な避難訓練が実施されています。非常口、避難経路についても明確に示しています。地震想定における訓練も実施したいと計画中です。飲料水やアルファ米、サバイバルフーズなど3日分の食糧、薪、炭などが倉庫に備蓄されています。	備蓄品一覧を作成管理し、食品はローリングストックが可能となるような取組み、工夫が期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	その人にあった声かけやお手伝いにて入居者様のやりがいを感じて頂いている。	職員は日頃から入居者と適切なコミュニケーションをとり、思いや希望をくみ取っています。一人ひとりに寄り添い、生活リズムや自由を大切に考えています。ドアやカーテンの開閉、居室入室時のノックなど、プライバシーに配慮しています。	
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。	出来るだけ入居者様が何をしたいのかを確認してから援助を行なっている。また、介護拒否があった時もご本人様を尊重し無理強いをしていない。		
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日のスケジュールは決まっているが、入居者様の意向も伺っている。無理にスケジュール通りにはしていない。		
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。	月に1度訪問理美容にきて頂きヘアカットしている。また、洋服を購入する時はご本人様も一緒に買い物に行き洋服を選んで頂いている。お化粧品も行って頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の配膳、下膳、食器洗い、食器拭き出来る事は皆様に行って頂いている。また、出前や外食時は入居者様に食べたい物を選んで頂いている。	食事は入居者と職員と一緒にテーブルを囲み、談笑しながらゆっくり楽しんでいます。好みの出前を取ったり、回転寿司の外食に出かけることもあります。庭ではバーベキューを楽しむ機会もあり、季節感にあふれた行事メニューに工夫があります。	

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
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。	配食サービスの業者と契約をして栄養士による。管理を行なっている。また食事量や摂取状況は職員も一緒に		
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。	毎食後できる方は自力で行っていただき、出来ない方は介助を行っている。また、月1回訪問歯科にて定期検診実施している。		
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。	個々のADLにあわせた排泄パターンで介助している。また、プライバシーに配慮して自尊心を傷つけないように声掛けを行なっている。	排泄のパターンを個別に把握して、さりげなくそっと声掛けし、トイレへ誘導しています。自立している入居者もいます。便秘対策も併せ、水分を十分に摂るよう促し、乳酸飲料、コーヒー、紅茶など、用意しています。	
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。	毎朝ヤクルト1本摂取行い。また、1日1000ml摂取10時のリハビリ体操を実施している。		
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。	午前中に入浴で3日に1回のペースで入浴しているが、ご本人の希望があればその都度対応している。	入居者は午前中に入浴をし、午後のはんびりと過ごします。希望があれば、その限りではなく柔軟に対応しています。浴室は広々と明るく、1階の浴室にはリフトが設置されています。気に入った好みのシャンプーを使い、入浴を楽しんでいます。	

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
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。	入居者の体調を観察しながら臥床の声かけを行なっている。また、夜寝れない時には傾聴し不安を取り除いて入眠を促している。		
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。	個々に薬ファイルを用意し職員全員に周知徹底させている。また、月1回薬剤師に訪問していただき指導を相談をしている。		
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。	個々のできる事を把握し職員が行なっていることで、できる事があれば行って頂き有用感を味わって頂いている。買い物等にも入って頂き気分転換を図っている。		
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。	外気浴や戸外に出れる機械を増やすように庭に花壇を作成している。また、年1回バスをチャーターしバス旅行（ホーム全体）を実施している。	広い庭では日常的に日光浴や外気浴が可能です。スーパーや衣料品店へ買い物に出かける入居者もいます。三溪園、油壺、三島、江戸博物館など、県内外のドライブ外出の機会も設け、入居者の気分転換を図りながら、職員や家族も共に楽しみます。	
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。	個人で金銭の管理が出来る入居者様には管理して頂き買い物に行ったときや訪問パン屋が来たときに自分の欲しい物を買っていただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	年末に家族あてに年賀状を作成しお送りしている。また、電話なども希望があれば掛けて頂いている。		
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。	施設内を安全に過ごせる為にバリアフリーを実施している。また、刺激する色づかい、音など出来るだけ配慮をしている。	吹き抜けがある開放感ある明るいうリビングで入居者は思い思いに過ごしています。台所にはシンクが二つあり、入居者も手伝います。ホームは家と考え、華美に装飾しません。周辺は自然環境豊かでホームの野菜畑もあります。	
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。	共用空間があまりにも狭い為にホーム内での設置はできていないが、気のあった入居者様どうしが過ごせる様な外出や散歩などは行なっている。		
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。	ご家族に以前使用されていた家具や家族の写真などを持ってきていただき居室作りをお願いしている。	居室入り口には職員手製の紐で作字したおしゃれな表札がかかっています。環境委員会、居室担当の職員は入居者が居心地よく過ごせるよう室内の整備を支援します。以前から使用していたタンスを置いたり、家族写真や手芸作品が飾られています。	
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。	入居者さまのできる事を把握し安全に出来る事は行っていただける環境作りを行なっている。危険なやお願い事のある所には張り紙をしています。		

事業所名	グループホーム横浜汲沢 彩り
ユニット名	2階

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ます。 (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。	ホーム理念を元に入職者の指導や研修を行っています。また、カンファレンス等で再度理念について話し合いをしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域のお祭りや運動会など入居者様と一緒に参加し交流しています。また、ホームの行事にも地域の方の参加やお手伝いを依頼し、つながりを持っている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	ホーム行事などで入居者様やホームの様子をみていただいています。また地域に方から質問や相談があった場合には、答えられるようにしています。		
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回のペースで会議を行い入居者様・ご家族様の意見を取り入れています。また、ボランティアの紹介などしていただきサービスの向上や地域の連携に取り組んでいます。		
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。	生活保護担当者とは必要時、報告や相談を行っています。また、区役所や市役所の担当の方とも必要に応じて連絡を取っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	外部への研修参加行い、その後にホームでのフィードバックの研修など行っています。また、日頃から身体拘束を行わないようマニュアルを作成したりカンファレンスで話し合いを行っています。		
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。	研修などでの虐待への意識向上や入居者様の様子観察、入浴時での身体観察を行っています。また、入居者様の安全のために強く握ってしまったり、内出血ができそうな可能性がある時は細かく記録を行うよう周知徹底しています。		
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。	成年後見人制度の研修の参加やご家族様からの依頼などで主治医や訪問看護ステーションなど連携をとり、利用支援を行っています。		
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。	入居時の契約時やケアプランの同意書など一方的な説明ではなく疑問等を話せるような環境を作り、十分に時間をかけて想いを汲み取るようにしています。		
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。	ご意見箱の設置をしていますが、できるだけ面会時等から直接話していただけるように入居者様ご家族様とのコミュニケーションを大切にしています。また要望に関しては可能な限りきくようにしています。		

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
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。	日頃から管理者と職員とのコミュニケーションをとっていき、意見を言える環境作りやカンファレンス等で発言できる機会を設けています。また年1回、管理者と個人面談を行っています。		
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。	年に1回面談を行い1年間の反省や来年度への目標の設定などを行っています。また、常に職員の勤務状況の把握と評価を行っています。各自のもっている得意な面を引き出せるよう努めています。		
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。	外部への研修の参加や学んだことに対しての報告書の提出・フィードバック研修の実施を行っています。誰しもが1年に1回は研修にいけるように心がけています。		
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。	横浜市の交換研修の実施を行っています。GH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。		
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。	信頼関係を築くためにその方の生活歴などを入居前・入居時より収集しコミュニケーションを密にとるようにしています。不安がある時はその原因を探り不安が軽減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
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。	入居希望の見学の段階からモニタリングを行っていき入居からの方向性を考えておき入居時にご家族様の心配事などにこたえられる様にしています。		
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。	上記と同様。また、必要に応じて色々なサービス提供の種類や形態の情報を伝えています。		
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。	日常生活の中で一緒に行えることを行ったり、個々それぞれの出来ることをお願いしたり出来ないことを支援したり助け合いながら生活しています。また時として入居者様から教えていただくこともあります。		
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。	ホームの行事などに参加していただいたり、外出や外泊などの促しを行っています。また支援方法の相談をしたりしています。		
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。	ご家族様に懐かしの場所に連れて行っていただいたり、お孫さんの結婚式に参加したりと支援しています。また面会はいつでも歓迎しています。		

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。	レクリエーション等で共同作業で作品を作ったり、入居者様同士でも助け合いを行っているときは安全に配慮し見守りを行っています。		
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。	契約終了後もウエスをいただいたり、年賀状のやりとり等しています。契約終了のほとんどが看取りのため支援等は行っていません。		
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。	入居2週間は初期プランをたて入居者様の様子を観察し、また入居前の生活歴などを総合し一人ひとりの意向を考えて行っています。		
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」と決め付けることはせず、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。	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。		
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。	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を行っています。		
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。	ホームでは多機能化は行っていませんが、入居者様の状況にあわせて法人内との連携を行っています。		
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。運営推進会議にてケアプラザの職員や民生委員から地域の情報を聞いたり、協力関係を築いています。		
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。	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。		

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		○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。	グループ内の病院のため情報交換しやすい環境にあり、医療相談員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	○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。	医師・看護師・介護士・ご家族様で看取り介護に関する計画書に基づき看取り介護についての担当者会議用紙を使用し実施しています。		
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。	定期的に緊急時の対応研修を行い「転倒」「誤嚥」「意識消失」など様々な事故発生時を想定して行っています。マニュアルも作成し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。	年2回避難訓練を実施しています。うち1回は消防署の方に来ていただき、実際に煙をたいたり水消火器で使い方を練習したりしています。自動火災報知機も実際に触り訓練しています。地域の方にも参加頂き入居者様の見守り等をして頂きました。		

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。	一人ひとりの性格や職業歴、生活歴を考えながら声かけやお手伝いなどを行っています。職員間で言葉かけ等が気になるとき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。	入居者様一人ひとり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。また何かするときに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ひとりの常識が違うことを常日頃から認識し、決して押し付けになら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、洋服を購入するとき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もの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ものを食べていただいています。食器拭きや食器洗いなど行える方には積極的にお願いをしています。		

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
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事の配食サービス業者の栄養士にてカロリーコントロールされています。食事摂取量や水分摂取量は専用の用紙を使用し個々に記録を残しています。また食事は入居者様と一緒にいき摂取状況を確認しています。		
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。	毎食後行っています。一人でできない方に対しては歯磨きセットを預からせていただき職員が見守りや準備を行い磨いていただいています。義歯は夜間洗浄液につけています。		
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。	オムツは極力使用せず、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。		
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。	排便を促すため毎日朝食時にコップ1杯の牛乳を提供しています。便困者はリストアップを行い週1回の訪問看護のときに報告し指示をもらったり、主治医に相談したりしています。		
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。	できるだけご本人様の希望を取りたいのですが、午後にレクリエーションを行っているため午前中に設定させていただきご本人様の意思を確認しながら行っています。拒否の強い方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。		

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。	入居者様が休息したいときはご本人様の意思で臥床していただいたり、疲れている様子が見受けられた時に声かけを行い臥床していただいています。夜間眠れない時は傾聴等行い不安を取り除くようにしています。		
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。	個々の薬の情報をファイルしいつでも確認できるようにしています。症状の変化がみ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時には全職員・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。	過去の生活歴や性格を参考にしながら掃除・食器拭き・縫い物・作品作り等色々な事を提供しています。喫煙や飲酒をしていた方にはそのまま継続し提供しています。また買い物と一緒に رفتり散歩をしたりと気分転換もしています。		
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。	気候が良い季節は日常的に散歩に行っています。また入居者様と行き先を相談しなるべく月1回は全員で遠出できるようにしています。年1回はホーム全体で観光バスを貸し切りバス旅行もしています。		
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。	入居者様の中にはお金を渡してホーム近くにあるお店に一人で買い物に行っている方もいます。また一緒に買い物に行った時もレジで自分で会計をしていただいたりしています。		

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。	ご本人様の訴えがある時はご家族様へ電話してお話をさせていただいています。手紙のやり取りを行っている入居者様にはポストへの投函をしたり、手紙が届いたらお渡しするようにしています。		
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。	季節に応じた作品を飾ったり朝の掃除の時に窓を開け新しい空気を取り込み、外気に触れて季節を感じたりしています。刺激がある色使いや音などは避けています。窓が大きく天窓もあり穏やかな光が入り解放感があります。		
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。	ベランダにて外を眺めたりリビングで読書をされたりと一人になれる時間を過ごされています。またリビングで会話を楽しんだりテレビを見ながら談笑したりされています。		
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。ご本人様がもっとも落ち着ける環境が作れるよう、自由に写真を飾ったり物を置いていただいています。		
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。入居者様の目線で居室等の張り紙をしたりしています。		

平成28年度

目標達成計画

事業所名 グループホーム横浜汲沢・彩り

作成日： 平成29年4月14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	35	災害対策での備蓄管理をホーム外倉庫に備蓄しているが備蓄の一覧表を作成していない為、在庫の確認や消費期限の確認が徹底出来ていない。	食品備蓄は外での管理ではなくホーム内で管理していきまた、備蓄リストを作成し在庫の個数や消費期限の確認を明確にする。	ホーム内で食品備蓄できる場所を確保して食品リストをファイルに閉じ管理していく。	3ヶ月
2	1	入職時当ホームの理念や考え方、方針を伝えるオリエンテーションを実施しているが、パート期間が長くなり職場に慣れてくると理念、方針が薄れてきてしまう。	パート期間が長くなっても認知症を理解でき継続して理念、方針のもとづいてケアが出来る環境を作っていく。	ホーム内研修を1ヶ月に1回実施しているので認知症研修の実施や理念の再確認を行う。また、相談ノートなどを作成しながら介護のことに付いて分からないこと不安な事を解決できるようにする。	12ヶ月
3	13	ホーム内研修を月1回実施をしているが外部研修の参加が不足していると思う。	1年間で必ず1回はパート含め全職員が外部研修に参加出来る様し、フィードバックが出来る様に報告会を実施する。	研修参加リストを作成して全員参加できるようにする。また、研修報告会を定期的開催する。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月