

平成30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	<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	17 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成31年2月1日	評価結果 市町村受理日	令和1年6月19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、外気浴を行っております。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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成31年3月12日	評価機関 評価決定日	令和元年6月10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「西横浜」駅から徒歩7分、国道1号線から一步入った地元商店街に面した場所にあります。7階建ての鉄筋コンクリート造りマンションの1階2階、屋上占有の2ユニットのグループホームです。運営は医療法人です。

<優れている点>

事業所のパンフレットの表紙に鮮やかな空が描かれています。事業所名であるシエル(仏語で空)は、英語でのSKYが理念に結びついて、S(スロウ)ゆっくり急がず着実なサポート、K(カインド)その人らしさを尊重し、自信や笑顔につながる生活、Y(ユアセルフ)その人らしさへの尊重の気持ち、で接し、日々の生活支援に反映させ地域の中で生活することを心掛けています。散歩や買物での挨拶、地元商店街の伝統ある「へそ祭り」や「緑日」の見物、箱根駅伝の応援、近隣保育園の遊戯会などでの園児たちとの交流、体操や民謡のボランティア、子ども会との流しソーメン、ふれあい大会でのすいとんなど、地域との年間行事を実施しています。職員は役割分担して、コミュニケーションよく取り組んでいます。

<工夫点>

介護計画の目標を職員が共有し、日々の生活の中で目標に向けての支援が反映するよう生活介護記録を記載しています。介護記録を紙ベースからタブレット端末操作の電子化に変更し、更なる利便性の向上に取り組んでいます。

【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

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させている。 (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。	独自の理念を職員全員が確認し、地域で生活している事を常に意識し日常の業務の中で実践につながるように努めている。	法人の基本理念の下、事業所運営理念を掲げ、職員は理念を共有し実践に繋がっています。パンフレットに理念の一部「ゆっくりとあなたらしく」と表記し、広く意識づけするように努めています。「地域密着」を暮らしのあらゆる面で意識して支援しています。	
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。	町内会に加入し地域の行事に積極的に参加している。また、保育園との交流を通して高齢者と幼児のふれあいの機会を積極的に設け事業所の事を知ってもらえるように努力している。	昔ながらの商店街通りに面し、日頃の散歩や買物、商店街の「へそ祭り」「縁日」の見物、箱根駅伝の応援など地域での四季折々の暮らしを楽しんでいます。また、近隣保育園の園児たちとの毎月の交流や、町内会のふれあい大会、子ども会の行事などに参加しています。	
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。	商店街に立地しているという利点を活かし、散歩や買い物を地元で行う事で認知症に対する理解を深めている。また出前や外食で地元の店舗を利用し、地域に溶け込む努力をしている。	/	/
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度町内会長、地域ケアプラザ、ご家族の方に参加して頂き意見交換などを行っている。	年6回開催し、町内会々長、民生委員、地域ケアプラザ職員のほか、家族も、回を通して多くの人に参加するように工夫しています。活動状況やヒヤリハット、避難訓練など報告し、率直な意見交換をしています。地域から情報提供を受けています。	
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。	生活保護受給者の方の担当者とも連絡を取り合い、また認定調査の際などに利用者様の普段の様子やニーズなどを具体的に伝え連携を深めている。	区担当者とは西区グループホーム連絡会や介護認定更新、生活保護受給者調査時に情報交換しています。地域ケアプラザ職員とは運営推進会議を始め日頃から連携を図っています。管理者は市グループホーム連絡会の役員として協力関係を築いています。	

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	○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。	ミーティングや日常のケアの中で行動の抑制や気持ちを押さえつけていないかなど点検し、職員全員が身体拘束をしないケアの実践を意識し取り組んでいる。	介護報酬改定に沿って「身体拘束適正化の為の指針」の整備や検討委員会を開催しています。やむを得ない場合は家族の了承を得、内容を記録しています。相手の思いに置き換えて声かけするなど言動に注意しています。職員は「ご意見ノート」や「自己点検シート」も活用して取り組んでいます。	
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。	研修などを通し職員全員が高齢者虐待防止法を理解し遵守するよう取り組んでいる。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	研修会に参加しレポートで職員全体が理解を深められるようにしている。また、実際に成年後見制度に対応する利用者様が入居された際には十分に説明し職員全員が理解し支援できる体制にしている。		
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。	契約時に書面と口頭で十分に時間を取り説明を行い疑問点や要望等聞いて、理解同意を得るようにしている。		
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。	手紙や電話、面会時、家族会などの際に問いかけ、ご意見やご要望を伺っている。アンケートの実施を行っている。	日頃から利用者や家族が意見を言いやすいように配慮しています。家族へは電話連絡や家族の来訪時、行事参加の際に個別で要望などを聞いて対応しています。毎月1回家族へ「お便り」として医療情報や行事、近況の写真や連絡事項を入れて送り、交流を図っています。	

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。	ご意見ノートを活用し職員が意見や提案を出し合い月1回のミーティングで話し合いを行っている。	職員は、「楽しく、自由に、それぞれが責任を持って」をモットーとしています。管理者と職員とは日頃の話し合いのほか、「ご意見ノート」でも職員間の意見交換を行っています。意見・要望は月1回のミーティングで話し合い、運営に反映しています。	
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。	資格手当や希望休が認められている。		
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。	職員の段階に応じて、外部研修を受ける機会を設けている。また研修報告書は必ず全職員が閲覧できるように回覧している。		
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。	他グループホームとの交換研修を行っている		
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。	入所前面談で本人の要望や不安点を伺い、ホームで安心して生活していけるよう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。	入所前面談で家族の要望を聞きどのような対応が出来るかを十分に話し合っている。		
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。	入所にあたりご家族やご本人の要望を聞き出来るだけ要望に沿った支援ができる様、柔軟な対応を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	ご自分で出来る事はしていただいている。またご本人のやり方を尊重し声かけなど行っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	毎月ご本人の日頃の様子や状態をご家族には書面や写真で報告し、必要に応じ電話でも連絡している。受診や外出などもご家族で出来る場合には行ってもらい、ご本人とご家族との関係が途切れないように支援している。		
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。	電話の取次ぎや手紙、面会などは自由に行っていただいている。	家族や友人の来訪時はくつろげるように、手紙や電話の取り次ぎ時には交流関係が継続するように支援しています。ドライブで馴染みの場所を通ったり、リビングで昭和の歌を流したり、地域のチラシで馴染みの話を引き出すなど関係継続の支援に努めています。	

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
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把握し円満に過ごせるように席決めなど調整している。		
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。	退所後も必要に応じて相談や支援を行っている。退所したご家族に利用者様を紹介していただいたことがある。		
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。	日常の様子や日頃の会話などから個々の思いや希望を聞きだせるようつとめている。また定期的にモニタリングを行い、話し合っている。	日常の仕草や言葉から一人ひとりの思いや希望を汲み取るように努めています。言動の様子は、内容により「生活記録」「ご意見ノート」に記載し、職員間で共有し、話し合っています。職員は本人の立場に立って仕草や言動を把握し、支援に努めています。	
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。	入所前のご本人やご家族、前施設、病院などの情報を元にその人に合った生活が送れるように支援している。		
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。	1日の過ごし方心身状態を経過記録に記入し、職員はそれに目を通し現状把握に努めている。		

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。	本人やご家族の要望、医師や看護師の意見助言などを元にモニタリングを行い、介護計画書を作成している。	職員は介護計画の目標を共有し、日々の状態を「生活記録」に記録しています。モニタリングを実施し、3ヶ月に1回カンファレンスを行い、医療情報、家族の要望などを基に介護計画の見直しを行っています。介護計画と生活記録が連動するように努めています。	
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。	個別の経過記録や連絡ノートまた申し送りなどで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。	本人や家族の状況に応じて通院や送迎など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。	町内会への加入や様々なボランティアの受け入れ、訪問歯科、訪問マッサージ、訪問理美容などを活用している。		
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。	入所前からのかかりつけ医を継続しながら、ホーム主治医とも連携を取り適切な医療を受けられるように支援している。	協力医および歯科医は週1回訪問診療で来訪しており、看護師の訪問も毎週あります。利用者の診察結果や体調を診療記録に記録し、経過は医師、看護師、職員で情報を共有して体調に変化があれば家族へ連絡しています。また、訪問マッサージを受けることもできます。	

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
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回訪問看護の際に情報提供したり助言を受けるなどし、また主治医への上申を依頼し適切な受診や看護を受けられるように支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時にはサマリーを提供し病院関係者との情報交換や相談に応じたりしている。		
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。	早い段階から家族と話し合い、意思確認書を作成し、ホームとして出来る最大限のケアについて説明している。	重度化した場合や看取りについての対応は、入居時に利用者と家族に説明し、同意を得ています。重度化した時は、医師からの説明により、職員が具体的な対応を家族に伝えています。看取り対応については、これまでの経験をふまえた内部研修を行っています。	
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。	急変や事故発生時に備えてマニュアルを作成し、職員は応急手当や初期対応ができる様定期的に訓練している。		
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。	年2回避難訓練を実施し、そのうちの1回は消防署の立会いのもとアドバイスを受けている。自治会にも利用者名簿を渡し協力体制を築いている。	災害発生時における避難行動の支援は、自治会と連携して行っています。夜間想定消防訓練及び浸水想定訓練を実施しています。災害時用の備蓄品については、ペースト食など利用者ニーズに対応した品目を加え、リストを更新し管理しています。	

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人にあった声かけを行い誇りやプライバシーを損ねないように対応している。	行動指針を示した対応マニュアルの中で接遇について作成し、利用者への声かけの仕方など、不快な思いをしないように心がけています。課題が出た時は、全体会議とフロアミーティングで検討しています。個人情報書類は施錠を徹底し、厳重に保管しています。	
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。	その人にあった声かけをし、ご本人が思っていることややりたい事をあらわしたり自己決定できるように支援している。		
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。	一人ひとりのペースを尊重しそれぞれにあわせた対応を心掛けている。その日の体調なども考慮し出来る限り個別に対応できる様支援している。		
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。	ご本人が着たい服を着ていただき、支援が必要な方には季節に合った服装をしていただいている。2ヶ月に1度訪問理美容を受けていただき身だしなみに気をつけている。		
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。	食事作りを一緒に行ったり、配膳や片付けなども一緒に行い、みんなで食べる楽しみを味わっていただいている。食事の時には童謡などの音楽を流し和やかな雰囲気ですることができる様になっている。また月に1度出前や外食の日を設けている。	調理作業、配膳や下膳、食器拭きなど利用者も一緒に手伝いながら、楽しく食事ができるよう工夫しています。プランターで薬物野菜を栽培し、利用者と収穫して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色サービスを利用しており、個々の摂取量がわかるように記録もしている。それぞれに合わせた食事形態で提供している。栄養スクリーニングを実施している。		
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。	一人ひとりの状態に合わせて声かけし、洗面所にて口腔ケアを行っていただく。支援が必要な方には職員が介助して行う。訪問歯科医のアドバイスも受けそれに従ったケアを行っている。		
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。	排泄表を活用し個々の排泄パターンを把握して、声かけや誘導を行っている。	利用者の寝起き時や食事の前後などに、職員は個々の様子を見ながら、自立でトイレに行けるよう支援しています。利用者一人ひとりの排泄の状況や頻度などを記録し、変化が見られた時は医師や看護師に報告し、状態の変化があれば家族に連絡しています。	
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。	水分補給や体操等を行ったり、乳製品を摂っていただく事なるべく薬に頼らない自然な排便を促すよう努めている。		
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。	熱い湯が好きの方やゆっくり長く湯船に浸かりたい方などの個々の希望はできる限り叶えられるようにしている。入浴剤を使ったりゆず湯や菖蒲湯などの季節が感じられる工夫もし入浴が少しでも楽しいものになるよう努めている。	3日に1回のペースで、入浴していません。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。羞恥心などで入浴を拒むことがないように利用者の意向を尊重し、ゆったりと入れ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。	体調や状態に合わせて休息していただき、食事時間をずらしたり、寝付けない方には温かい飲み物をお出しして、落ち着いた気持ちで眠れるよう支援している。リネン類の洗濯や布団干しなどで快適に眠れる環境づくりにも努めている。		
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。	個々の服薬管理表を活用し、薬の目的などを把握している。服薬時には漏れなどがないように日付と名前を確認しきちんと服用できたかを確認している。		
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。	個々の状態や力を把握し、レクリエーションや家事等で役割や楽しみごとなど感じていただけるように支援している。		
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。	近所への散歩や買い物、屋上を利用した日光浴等行っている。外食の日にはドライブもかねて遠出したり、ご家族との外出も自由にしていただいている。	日常の買物は職員が付き添い、コンビニエンスストアなどに行っています。職員が郵便局などに出かける時に声かけ、同行しています。公園での花見や近隣神社への初詣など利用者全員で行ける外出の機会も設けています。家族と一緒に自由に外出も出来ます。	
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。	ご自身で金銭管理が出来る方はいないので、買い物の際にはホームの財布から支払いをして頂くこともある。		

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。	家族や友人知人からの電話の取次ぎを行っている。年賀状の作成の支援を行っている。		
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。	共有空間には季節を感じられるような飾り付けを利用者様と一緒に作成し掲示したり、観葉植物を飾ったりしている。	共有空間の空調は利用者優先できめ細かく調整し、居心地よくしています。利用者と職員の手作りによる季節感ある飾り絵やイベントなどの写真を飾っており、リビングで楽しく過ごせるように工夫しています。清掃の際にホームの掃除機を借りて、自室の掃除をする利用者もいます。	
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。	ベンチやソファを配置し好きな場所に座って過ごせるように工夫している。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	入所前から使用していた物を持ち込んでいただいたり、写真や好きなものを飾っていただき、居心地よく過ごせるように工夫している。	居室のエアコン、カーテン、クローゼットは備え付けです。介護ベッドへの入れ替えやクッション性のある床材への張り替えを順次行っています。利用者は、馴染みの品など自由に持ち込むことができ、自作の絵画やぬり絵、写真などを壁に飾っています。	
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。	居室やトイレには札をつけわかるように表示し、タオル掛けや口腔ボックスも名札をつけて間違えないような工夫をしている。廊下やトイレには手すりを付け自立して行動できるようにしている。		

事業所名	グループホーム シエル 西横浜
ユニット名	2階

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。	目立つところに掲示し、地域密着サービスの意義を地域生活の継続支援と事業所と地域との関係を大切に実践につなげている。		
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。	町内会の行事や近所の保育園との交流があり地域の一員として生活している。		
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。	研修の受け入れをしていたり、見学等を随時受けつけており気軽に近所の方が相談に来れるようにしている。		
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度会議をしており、取り組み報告、現況の報告を行い意見や要望を頂きサービス向上に活かしている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	必要時は連絡しており、年に1度は西区のGH合同で高齢福祉の担当の方々と意見交換の場を設け連携を図るようにしている。		

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
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。	防犯上玄関は施錠している。身体拘束をしないケアの理解をし緊急性、やむを得ない拘束を行なったとしても、ミーティングで話し合いを重ねなくすよう努力している。		
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。	不適切なケアが行われないように注意を払い防止に努めている。		
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。	制度の理解に努め必要あれば活用出来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。	契約の際、分りやすく説明させていただき、変更等がある際は説明と同意を得ている。		
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。	面会時に要望を伺い言いやすい環境づくりを努めている。		

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
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。	「ご意見ノート」があり意見を記入でき、ミーティングで取り上げ話し合いを行なっている。普段から意見は言い合える。		
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。	手当てがあり、やりがいを持って働けている。		
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。	研修や講習を受ける機会があり、日々のケアに活かされている。		
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。	横浜市のGH連絡会があり、参加して研修や意見交換会など交流の場がありサービスの向上を目指している。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	入居前の聞き取りで困っている事等を伺い安心して入居できるよう努めている。		

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。	見学や相談時、面会など会うたびに信頼関係を築き、ご家族が話しやすく相談しやすい関係づくりに努めている。		
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。	必要としている支援を見極め本人と家族が納得できるよう対応に努める。		
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。	貝和を通し関係を築いている。お手伝いをして頂き協働している。		
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。	面会時やご様子で現状を報告させていただき、共に支えていけるおよう関係を築いている。来訪時、ご本人とご家族の間に入り潤滑油の役割もする。		
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う、支援に努めている。	知人、友人、思い出の場所等を把握するよう努め支援につなげている。		

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
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。	個々の性格や気性を把握し、たのしく穏やかに生活できるよう配慮している。		
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。	次の場所での生活がスムーズに行くよう情報提供やフォローを行い、連携に努めている。		
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。	日々の会話や行動から本人の意向を把握し、サービスに繋がられるよう努めている。		
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。	本人の有する力を発揮して暮らせる為にも得意なことや好きな事、これまでの生活環境、サービス利用など把握に努めている。		
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。	日々の過ごし方や生活リズムを把握し、行動や動作から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。	職員全員でモニタリング、カンファレンスを行い本人に即した介護計画を作成するようにしている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	職員の気づきや本人の状態の変化などを記録して残して職員間で情報を共有し実践や介護計画の見直しに活かしている。		
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。	ニーズに答えられるよう柔軟な支援、サービスに取り組んでいる。		
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。	ボランティアを活用し、楽しくメリハリのある生活が送れるように支援している。		
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。	本人、家族の希望を優先しかかりつけ医の継続や情報提供はしっかり行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	週1回訪問看護を受けており看護師に体調の変化や不安な事を伝え助言や対応を行なって貰っている。必要に応じて医師へつなげてもらい利用者様と一緒に支援している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	利用者の情報を提供し、家族又はHPから現状の把握が出来る様連携を図っている。		
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。	その時が来たら、本人や家族の意向、本人にとって良い方法話し合い、事業所で出来る事出来ない事を伝え安心して納得した最後を迎えられるよう支援している。		
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。	マニュアルがあり年に数回は消防署の協力を得て訓練を行なっている。また、外部研修や行政の応急手当の勉強会に参加している。		
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。	マニュアルがあり年に数回色々な場合を想定し訓練を行なったり地域の訓練に参加したりと協力体制を築いている。		

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
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。	本人の気持ちを大切に考えてケアを心掛けている。本人の尊厳を大切に守秘義務についても管理を徹底している。		
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。	意思の表出を出来る方はもとより、出来ない人にも、分りやすい答えやすいように聞いて自己決定出来るように心掛けている。		
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。	個々体力や体調を考慮し、希望に沿った支援をしている。		
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。	季節に合った身だしなみや好みの色の服でおしゃれが出来る様支援している。		
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。	毎日のメニューは決まっているが、月に1度外食、出前の日があり好きな物を注文したり、行事食なども取り入れ楽しんでいる。		

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。	食材は外部に委託しているが栄養士が作ったメニューに為栄養バランスは摂れている。栄養スクリーニングを半年に1度見直しており足りていない人には高カロリーの補助食品を処方して貰ったり個々の状態に応じて支援している。		
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。	本人の出来るところはしていただき、出来ないところは、手伝っている。毎食後口腔内の清潔保持に努め、定期的に歯科の検診もある。		
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。	自尊心に配慮して、利用者の様子を見て介助している。オムツの使用も本人に合わせ検討している。		
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。	排便チェック表を用いて個々に何日なれば便秘薬を使用するときめてある。毎日の食事は野菜が多く予防に取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	3日に1度入浴する事は決まっている。その日の体調や本人のタイミングを大切にして入浴することが楽しめるよう心掛けている。		

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
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。	一人ひとりの体調を把握し、疲れていたり体調が悪いようなら臥床をうながしている。昼食後もお昼寝と称して少し休んでいただいている。		
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。	内服表を用意し、何の薬を内服しているのか把握している。薬の変更時は注意している。1人1人飲み込んだか確認し誤薬に努めている。		
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。	一人ひとりの楽しみごとを把握して得意分野のお願い事をして、してもらった後に感謝の言葉を伝えるようにしている。興味のあるようなことを勧めて楽しんで貰えるよう支援している。		
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。	個々の希望にそった外出の支援に努め、四季折々に普段は行けないところへ車で出かけたりと、外の世界とつながりのある生活の支援をしている。		
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。	自分で管理のできる人には管理して貰い、買物に行ったときには、ご自分で払って貰っている。		

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。	希望があれば、電話や手紙のやり取りが出来る様支援している。毎年、家族に年賀状を出す支援をしている。書けない方でも名前だけや、何かしら関わって貰う。		
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。	レクと一緒に季節感を取り入れた飾りを作り部屋に飾っている。利用者一人ひとりが居心地がよいと感じてくれるよう努めている。		
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。	その時に応じて、独りになれたり、利用者同士楽しめる居場所になるなど工夫している。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	馴染みある家具等を持ち込んでいただき、家族と相談の上本人が居心地良く過ごせる部屋になるよう配慮している。		
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。	一人ひとりの行動の把握に努め動線を整理して環境作りと、できる限り自立した生活が出来るように支援している。		

平成30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： 令和 元年 6月 18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	29	以前よりは、地域との繋がりを持ち交流が行えているが認知症カフェの参加やケアプラザとの繋がりが増やせていない。	認知症カフェ、ケアプラザのイベントの参加を増やす。	認知症カフェ、ケアプラザの参加は少人数でも参加し交流機会を増やす。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月