

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	1490200027	事業の開始年月日	平成18年6月1日	
		指定年月日	平成18年6月1日	
法人名	(株) ウイズネット			
事業所名	グループホームみんなの家 横浜羽沢			
所在地	(221-0863)			
	横浜市神奈川区羽沢町1652-12			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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10月8日	評価結果 市町村受理日	平成29年1月30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)】

ホームの理念「ひとりひとりの個性を尊重し やさしく耳を傾け ホームの皆様が地域と共に楽しく笑顔で穏やかに過ごせるホーム」に基づき、入居者様とご家族様・スタッフ・地域の皆様、ホームに携わる全ての方が笑顔で日々を送れるように努めております。入居者様一人ひとりの意見、思いを尊重し私たち職員一同は親身に受けとめ、日々の生活におけるサービス提供に力をいれています。

【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28年11月10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、横浜駅西口からバスで約20分「羽沢町」のバス停から徒歩5分の小高い場所にあり、富士山を眺めることができます。周囲には専業農家の野菜畑があり田園風景を漂わせています。

<優れている点>

利用者の介護度が高くなり、家族にとって利用者の健康が心配です。事業所では健康維持のため廊下を使用しての「踏まネット運動」や健康に留意した食事の提供、医療連携体制加算、看取り介護加算を行っています。入居時に家族の了解を得て協力医がかかりつけ医になり、月2回の医師の訪問診療、歯科医の訪問診療、看護師は週1回来所しています。毎月発行の利用者ごとの「ひとこと通信」で事業所内での生活状況を報告していますが、同時に各訪問診療で行ったことを伝えています。また、看取りに関しては積極的に対応しています。家族が看取りを希望した場合は新規に契約を結び、看取り介護計画書、看取り看護マニュアルに沿って医師、看護師、介護職員などが連携し、適切な支援を行っています。

<工夫点>

介護計画書の作成に当たり、居室担当者による原則3ヶ月ごとのアセスメント、ケアマネジャーによる原則3ヶ月ごとのモニタリング及び家族の意向を定期的に文書「ご意向確認書」で把握し、毎月のケアカンファレンスで介護計画書を作成しています。家族からの意向を文書で貰うことで適切で現状に即した介護計画書を作成しています。

【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	グループホームみんなの家 横浜羽沢
ユニット名	いちご

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。	事業所理念「ひとりひとりの個性を尊重し、優しく耳を傾け、ホームの皆様が地域と共に楽しく笑顔で穏やかに過ごせるホーム」のもと、参加可能な行事に参加し地域交流を深めています。又、日々の業務の場において意識し支援に当たっています。	法人の理念「必要な人に必要なサービスの提供を」を踏まえ、事業所独自の理念を平成18年職員全員で作成しています。理念は玄関に掲示し周知を図っています。職員は利用者に耳を傾け、利用者の気持ちを大切に、共に楽しく過ごせるように支援していま	
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。	町内会に加入し近隣の方々との交流を図り、地域で開催される行事に参加しています。又、年4回地域懇談会を開催し、交流に努めています。	町内会に入会し、夏祭り、盆踊りなどの行事、近隣小学校の行事などへ参加しています。事業所の行事に地域住民の参加を呼び掛け、住民の参加を得ています。また、地域住民、町内会、小学校などの人々と年4回地域懇談会を開催し交流しています。	
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。	御近所様との対話の中で情報提供を行う事があります。また運営推進会議と地域懇談会（年2回）で認知症のケアについて情報提供しています。		
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。	概ね2ヶ月に1度当社の他のホームと合同で開催し、ホームの運営状況や行事の詳細を報告しています。この時、地域の方々に都度アドバイスを頂いています。又、ホームでの会議にて、運営推進会議の内容を職員に紹介し、サービス向上に活かしています。	運営推進会議は2ヶ月に1回、同一法人の3事業所と持ち回りで行っていきます。家族、町内会の副会長、民生委員、地域包括支援センター職員などが参加し、事業所の活動報告などを行っています。最近の会議で地域に「地域カフェ」が出来て、カフェへの誘いなどがあります。	
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。	介護保険・生活保護の担当者と連絡を行い、利用者様の状況報告・相談を行っています。又、運営推進会議に於いて地域包括センターとも連携をとっています。	家族の依頼で利用者の認定更新時に区介護保険課に行き、職員と話し合ったり、生活保護者関連で区保護課に行っています。また、保護課の職員が来訪し、利用者の様子の確認などを行っています。市の主催の研修会などに参加し、いつでも行政との連絡が取れるようになっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	「身体拘束ゼロ推進」のポスターを1階2階の入口に掲示しています。又、外部からの侵入等の防犯の観点から玄関の施錠は行っています。ただし、入居者様から外出の申し出があればいつでも開錠できるような対応を取っています。	身体拘束に関する方針などが記載されている「身体拘束ゼロ推進」ポスターを掲示しています。毎月、身体拘束会議を開催し、身体拘束の事例検討など行っています。緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合は、家族又は利用者の同意の文書を得るようにしています。	
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。	当社の安全対策委員会の出席、新入社員研修、カンファレンスを利用し虐待について理解を深め、定期的に職員同士で話し合い、徹底防止に努めています。		
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。	会社研修にて権利擁護に関する制度について学ぶ機会があります。まだ実際に活用したケースはありません。		
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。	各契約時、時間をかけ十分な説明を行い、納得頂ける様に努めています。質問・疑問にもその都度対応しています。		
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。	家族会を通してご家族の意見・要望を伺い、日々の対話の中から利用者様の意見・苦情を伺っています。また出された意見・要望等は記録に残し是正ができるようなシステムを用意しています。	居宅担当職員は、日常ケアで利用者に寄り添い、会話の中で意見や要望を聞いています。家族とは、来訪時や、家族も参加している運営推進会議、年6回開催の家族会などで意見を聴くようにしています。出された意見、要望はその都度検討し、運営に反映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	
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。	スタッフ会議（フロア会議・フロア連絡会）を月1度開催して情報収集を行い、運営に反映しています。	毎月のスタッフ会議、フロア会議、毎日のミーティング、申し送りノート、職員との個人面談などで職員の意見を引き出すようにしています。職員からの意見や要望はその都度検討しています。生活記録の様式の変更が提案され、現在検討中です。		
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。	年二回の人事考課を行っています。個々の職員が向上心を持って働けるように職場環境・条件の整備を行っています。			
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内に研修機関があり、経験数・役割にあった研修を実施しています。また、要望にあわせた研修を取り入れるようにしています。			
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。	法人内のエリア会議等を通じ交流の機会を設けています。またグループホーム連絡会に加入し近隣のホームとの交流を図っています。又、年一回他のホームとの交換研修を行っております。			
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。	入居前と、必要に応じて御本人・御家族それぞれとヒアリングを行い、ご本人のニーズを聞き取れるように努めています。又、入居当初は職員全体で御本人の様子観察、ヒアリングに注意を払っています。			

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
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。	御本人・御家族と話し合いの場を設け、双方に最優先されるケアを行っています。		
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。	御本人・御家族と話し合いの場を設け、双方に最優先されるケアを行っています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	炊事・洗濯・掃除など可能な事は職員と一緒にすることで良い関係を築いています。又、利用者同士の関係作りを下地にし、円滑な暮らしが出来る様に支援をしています。		
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。	ひとこと通信に写真を添付したり、家族会の参加を促すことでご家族様への絆の意識づけを行っています。又、面会時にご本人様と良い時間を過ごせる様に支援しています。		
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。	ご家族と相談し、無理のない範囲で馴染みの人に面会を促すような声掛けを行っています。馴染みの場所に行くことは困難ですが、その場所の話や傾聴するなどして支援しております。又、知人の方が定期的に訪問される方や、一緒に外出される利用者もいらっしゃいます。	入居前の面接では利用者、家族と話し合っ基本情報や生活歴を聞き、利用者との日々の会話などで馴染みの人や場所を把握しています。家族との連携で墓参りや馴染みの店などへ行っています。利用者の友人への手紙の代筆などの支援も行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	レクリエーション・行事を通じて入居者同士の交流と相互理解を深め、支えあえる関係が築けるような支援を心掛けています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	現在、相談・支援を受け入れる体制は取っていますが、活用されたケースはありません。		
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。	居室担当を決め、利用者の意見を時間をかけて聞くようにしています。定期的なカンファレンスやモニタリングを行い御本人の希望や意向を掴めるように努めています。	日々の生活の中で、主に居宅担当職員が中心となり、入浴時、外出時の会話で利用者の思いや意向を把握し、フロア会議などで職員は共有しています。意思疎通が困難な利用者には、家族からの情報や日々の行動や仕草から思いや意向を把握し、適宜対応しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入所時に生活歴・いままでの生活環境をヒアリングし記録しています。入居後も記録を参照しながらご本人のホームでの生活に反映される様、支援活用しております。		
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。	定期的なアセスメント・生活記録にて把握しています。又、職員間の申し送りを徹底し、現状把握に努めます。		

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。	定期的なカンファレンス、モニタリングを行い協議の上介護計画を作成しています。	介護計画作成に当たり、家族から「ご意向確認書」を受け取って、毎月のケース会議で話し合い、介護計画を作成しています。介護計画は原則6ヶ月ごとに定期的に作成し、家族に説明して同意を得ています。原則3ヶ月ごとにモニタリング、アセスメントを行い、記録を残しています。	
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。	生活記録や申し送りノートを参考にして、介護計画の見直しや日々のケアに活かしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	定期的なカンファレンスとスタッフ会議を開催し、サービス内容の検討や改善を行い出来るだけ状況に応じた支援に取り組んでおります。		
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。	外出・散歩を好まれる入居者も多く、天気の良い日の緑の多いホーム周辺の散歩は好評です。又、運営推進会議等の機会に地域の情報を頂き参加に勤めております。		
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。	御家族の了承を得た上で、かかりつけ医の定期的な（2週間に1度の）往診をおこなっています。かかりつけ医の指示があった際、他の医療機関を受診しています。	入居時にかかりつけ医は事業所の協力医療機関としています。月2回の訪問医は内科で、皮膚科・耳鼻科・整形外科の受診は家族の付き添いが原則です。居室担当職員が毎月の「ひとこと通信」に、受診した医療情報を家族へ配信しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	医療連携看護師が週1回来所し、介護職員と御利用者の現状や変化に対して連携を取りながら状況に応じて適切な受診や看護を受けられるように努めています。		
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。	入院時のご本人の不安軽減のためにホームでの生活状況・支援状況をサマリーにて情報提供を行っています。また早期退院のために、病院関係者とは逐一情報交換を行っています。		
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。	御家族に重度化した際の対応を入居時に説明しています。御本人・御家族の意思を尊重し、関係機関の協力を得ながら話し合いを行い決定してもらえ環境づくりに努めています。	契約時に重度化した場合の指針を説明しています。入居者の症状により、再度看取りについて家族や入居者に説明し、同意書を得てから家族、本人、医師、事業所でチーム体制を整え、介護計画書を作成して支援に努めています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	「緊急時マニュアル」を掲示し、主治医と共に24時間対応にて随時指示を受ける体制を作っている。		
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。	避難経路を掲示し、又、防災訓練を年2回実施しています。地域、グループホーム連絡会を通じて、地域との連携を図る訓練にも取り組んでいる。	今年度2月に19時の夜間訓練を予定しています。特に夜間の照明の明るさや一人体制でどう動けるかななどを重視しています。区消防署発案で「消防応援協力による覚書」を地域と取り交わしています。入居者が避難した先での見守りなどが明記され、実施しています。	

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。	入居者様に対し適切な接遇をもって対応するよう心掛けて、職員の意識向上に努めております。又、利用者同士、職員間において個人情報の取り扱いに最善の注意を払っている。	法人には虐待防止委員会があり、事業所の1、2階に担当職員がいます。声掛けや言葉遣いなどについて、月1回のスタッフ会議で検討し、委員会に報告しています。中途入社には月1回接遇マニュアルに基づき、プライバシー保護などが身に付くよう研修をしています。	
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。	コミュニケーションの機会を増やし、ご本人の心の声を聞き取れるように努めています。		
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。	ご本人の意向を最大限に尊重することを最優先業務とし、自己決定を尊重することについてはスタッフ会議などで確認しています。		
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。	御本人の好みを尊重し、ご本人の好きな洋服や又、訪問理容等で好みの髪型ができるよう支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の準備・片付けは入居者様の役割を持ついい機会、お手伝いが可能な方には積極的に参加していただいています。また、定期的に出前・外食イベントを行い入居者様のニーズに応じています。	法人給食部の献立と食材で、調理師が3食提供しています。食事の様子は調理師や職員が確認し、スタッフ会議で検討しています。下膳や洗いなどはできる人がしています。誕生日はショートケーキを購入し、祝っています。行事では出前で天ぷらやちらし寿司などを取っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	食事の栄養価はメニュー表で把握し、摂取量や水分量の把握も行っています。特に水分量は生活記録に記入しております。摂取状況や希望があれば担当医療機関に報告し、指示のもと食事形態の変更を行っています。		
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、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。	声掛け・介助にて口腔ケアを行っています。また、週に1度訪問歯科衛生士にて口腔内の清掃とチェックを行っています。		
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。	生活記録を参考にしてご本人の排泄パターンを把握し、声掛けやトイレ誘導等を行い排泄の自立に向けた支援を行っています。	夜間支援の工夫として、寝たきりの人はオムツに変更しますが、トイレの場所まで離れている人は、杖から歩行器に変更したり、車いすの人は時間を見て声掛けして誘導しています。また、自立の人へは声掛けして見守っています。午後3時に安心体操をして自立支援に努めています。	
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。	排便チェック表を活用して、排便状況を毎日確認し、医師の指示のもと排便コントロールを行っています。又、水分摂取を強化しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴前には必ず声掛けを行い、御本人の希望があれば時間帯や曜日の変更を行っています。	1階は機械浴、2階はユニットバスで1週間に2回、一日3人が希望により午前と午後に入っています。一人ごとに湯を取り換え、湯温調節や入浴剤を入れて楽しんでいます。1：1の対応で見守りと全介助をしています。夏の粗相にはシャワー浴や、体調により清拭をしています。	

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
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。	21時を目途に消灯を行っています が、入居者様のペースに合わせて就寝 介助支援を行っています。		
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。	薬剤師が薬を届けに来た時、1人1人 の薬の説明、指示を受けている。薬剤 説明書を閲覧できる所にファイリング し随時確認でき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。	ひとりひとりに役割を持っていただけ るように支援しています。御自分で意 思表示が困難な方にも御家族からの情 報収集を行い職員側から提案できるよ うに努めています。		
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。	可能な限りお散歩に出掛けられるよう 支援しています。外出行事を企画した り、御家族様に協力していただき買い 物や外出の機会を提供しています。	事業所は小高い場所に立地して雑木林 や畑、遠方に富士山や山並みが眺望で きます。散歩は事業所内の庭を廻った り、居間の前に椅子を出して外気浴と 風景を楽しんでいます。穏やかな日は そこでおやつを楽しんでいます。外出 は初詣、花見を3班に分けて行ってい 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。	ご本人の管理する力に応じて対応して 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
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。	御本人から希望があった際は「電話を取り次ぐ」「切手を用意する」など、ご本人が自力で行うのが困難なところは支援しています。		
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。	入居者様のニーズに応え、テレビや音楽を流しています。光度や温度はスタッフにて随時調整しています。特にリビング掃除を怠らず良い空間作りを心掛けています。	居間は広く、加湿器で湿度や温度調節を行っています。中央にテーブルとテレビが2台、3人掛けのソファが配置されています。壁には職員と合作した季節の貼り絵や行事写真、1日の献立表が貼られています。廊下には往診医の提案で「踏まネット運動」のステップ位置がテープで表示されています。	
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。	ソファを設置し、入居者様が思い思いの形で利用されています。又、テーブル席も定期的に変えてトラブルを避ける工夫を行っております。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	御本人・御家族と相談し、馴染みの家具を使用されたりする事で居心地よく過ごせるように努めています。	エアコン、クローゼット、タンス、鏡付きの洗面台・カーテンが備えられ、寝具はレンタルです。家族写真や誕生日の写真と職員のメッセージカードが掲示され、テレビや机、仏壇が置かれています。職員が毎朝清掃し、居室担当者は入居者との話に耳を傾けています。	
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。	それぞれの居室やトイレなどの共用部に名前や飾りをつけることで自立できるように支援しています。		

事業所名	グループホームみんなの家 横浜羽沢
ユニット名	さくらんぼ

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。	事業所理念「ひとりひとりの個性を尊重し、優しく耳を傾け、ホームの皆様が地域と共に楽しく笑顔で穏やかに過ごせるホーム」のもと、参加可能な行事に参加し地域交流を深めています。又、日々の業務の場において意識し支援に当たっています。		
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。	町内会に加入し近隣の方々との交流を図り、地域で開催される行事に参加しています。又、年4回地域懇談会を開催し、交流に努めています。		
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。	御近所様との対話の中で情報提供を行うことがあります。また運営推進会議と地域懇談会（年2回）で認知症のケアについて情報提供しています。		
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。	概ね2ヶ月に1度当社の他のホームと合同で開催し、ホームの運営状況や行事の詳細を報告しています。この時、地域の方々に都度アドバイスを頂いています。又、ホームでの会議にて、運営推進会議の内容を職員に紹介し、サービス向上に活かしています。		
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取り組んでいる。	介護保険・生活保護の担当者と連絡を行い、利用者様の状況報告・相談を行っています。又、運営推進会議に於いて地域包括センターとも連携をとっています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	「身体拘束ゼロ推進」のポスターを1階2階の入口に掲示しています。又、外部からの侵入等の防犯の観点から玄関の施錠は行っています。ただし、入居者様から外出の申し出があればいつでも開錠できるような対応を取っています。		
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。	当社の安全対策委員会の出席、新入社員研修、カンファレンスを利用し虐待について理解を深め、定期的に職員同士で話し合い、徹底防止に努めています。		
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。	会社研修にて権利擁護に関する制度について学ぶ機会があります。まだ実際に活用したケースはありません。		
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。	各契約時、時間をかけ十分な説明を行い、納得頂ける様に努めています。質問・疑問にもその都度対応しています。		
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。	家族会を通してご家族の意見・要望を伺い、日々の対話の中から利用者様の意見・苦情を伺っています。また出された意見・要望等は記録に残し是正ができるようなシステムを用意しています。		

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。	スタッフ会議（フロア会議・フロア連絡会）を月1度開催して情報収集を行い、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。	年二回の人事考課を行っています。個々の職員が向上心を持って働けるように職場環境・条件の整備を行っています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	法人内に研修機関があり、経験数・役割にあった研修を実施しています。また、要望にあわせた研修を取り入れるようにしています。		
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。	法人内のエリア会議等を通じ交流の機会を設けています。またグループホーム連絡会に加入し近隣のホームとの交流を図っています。又、年一回他のホームとの交換研修を行っております。		
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。	入居前と、必要に応じて御本人・御家族それぞれとヒアリングを行い、ご本人のニーズを聞き取れるように努めています。又、入居当初は職員全体で御本人の様子観察、ヒアリングに注意を払っています。		

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
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。	御本人・御家族と話し合いの場を設け、双方に最優先されるケアを行っています。		
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。	御本人・御家族と話し合いの場を設け、双方に最優先されるケアを行っています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	炊事・洗濯・掃除など可能な事は職員と一緒にすることで良い関係を築いています。又、利用者同士の関係作りを下地にし、円滑な暮らしが出来る様に支援をしています。		
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。	ひとこと通信に写真を添付したり、家族会の参加を促すことでご家族様への絆の意識づけを行っています。又、面会時にご本人様と良い時間を過ごせる様に支援しています。		
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。	ご家族と相談し、無理のない範囲で馴染みの人に面会を促すような声掛けを行っています。馴染みの場所に行くことは困難ですが、その場所の話を傾聴するなどして支援しております。又、知人の方が定期的に訪問される方や、一緒に外出される利用者もいらっしゃいます。		

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・行事を通じて入居者同士の交流と相互理解を深め、支えあえる関係が築けるような支援を心掛けています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	現在、相談・支援を受け入れる体制は取っていますが、活用されたケースはありません。		
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。	居室担当を決め、利用者の意見を時間をかけて聞くようにしています。定期的なカンファレンスやモニタリングを行い御本人の希望や意向を掴めるように努めています。		
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。	入所時に生活歴・いままでの生活環境をヒアリングし記録しています。入居後も記録を参照しながらご本人のホームでの生活に反映される様、支援活用しております。		
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。	定期的なアセスメント・生活記録にて把握しています。又、職員間の申し送りを徹底し、現状把握に努めます。		

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。	定期的なカンファレンス、モニタリングを行い協議の上介護計画を作成しています。		
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。	生活記録や申し送りノートを参考にして、介護計画の見直しや日々のケアに活かしています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	定期的なカンファレンスとスタッフ会議を開催し、サービス内容の検討や改善を行い出来るだけ状況に応じた支援に取り組んでおります。		
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。	外出・散歩を好まれる入居者も多く、天気の良い日の緑の多いホーム周辺の散歩は好評です。又、運営推進会議等の機会に地域の情報を頂き参加に勤めております。		
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。	御家族の了承を得た上で、かかりつけ医の定期的な（2週間に1度の）往診をおこなっています。かかりつけ医の指示があった際、他の医療機関に受診しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	医療連携看護師が週1回来所し、介護職員と御利用者の現状や変化に対して連携を取りながら状況に応じて適切な受診や看護を受けられるように努めています。		
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。	入院時のご本人の不安軽減のためにホームでの生活状況・支援状況をサマリーにて情報提供を行っています。また早期退院のために、病院関係者とは逐一情報交換を行っています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	御家族に重度化した際の対応を入居時に説明しています。御本人・御家族の意思を尊重し、関係機関の協力を得ながら話し合いを行い決定してもらえる環境づくりに努めています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	「緊急時マニュアル」を掲示し、主治医と共に24時間対応にて随時指示を受ける体制を作っている。		
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。	避難経路を掲示し、又、防災訓練を年2回実施しています。地域、グループホーム連絡会を通じて、地域との連携を図る訓練にも取り組んでいる。		

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
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。	入居者様に対し適切な接遇をもって対応するよう心掛けて、職員の意識向上に努めております。又、利用者同士、職員間において個人情報の取り扱いに最善の注意を払っている。		
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。	コミュニケーションの機会を増やし、ご本人の心の声を聞き取れるように努めています。		
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。	ご本人の意向を最大限に尊重することを最優先業務とし、自己決定を尊重することについてはスタッフ会議などで確認しています。		
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。	御本人の好みを尊重し、ご本人の好きな洋服や又、訪問理容等で好みの髪型ができるよう支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の準備・片付けは入居者様の役割を持ついい機会、お手伝いが可能な方には積極的に参加していただいています。また、定期的に出前・外食イベントを行い入居者様のニーズに応じています。		

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。	食事の栄養価はメニュー表で把握し、摂取量や水分量の把握も行っています。特に水分量は生活記録に記入しております。摂取状況や希望があれば担当医療機関に報告し、指示のもと食事形態の変更を行っています。		
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。	声掛け・介助にて口腔ケアを行っています。また、週に1度訪問歯科衛生士にて口腔内の清掃とチェックを行っています。		
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。	生活記録を参考にしてご本人の排泄パターンを把握し、声掛けやトイレ誘導等を行い排泄の自立に向けた支援を行っています。		
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。	排便チェック表を活用して、排便状況を毎日確認し、医師の指示のもと排便コントロールを行っています。又、水分摂取を強化しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴前には必ず声掛けを行い、御本人の希望があれば時間帯や曜日の変更を行っています。		

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
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。	21時を目途に消灯を行っていますが、入居者様のペースに合わせて就寝介助支援を行っています。		
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。	薬剤師が薬を届けに来た時、1人1人の薬の説明、指示を受けている。薬剤説明書を閲覧できる所にファイリングし随時確認でき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。	ひとりひとりに役割を持っていただけるように支援しています。御自分で意思表示が困難な方にも御家族からの情報収集を行い職員側から提案できるように努めています。		
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。	可能な限りお散歩に出掛けられるよう支援しています。外出行事を企画したり、御家族様に協力していただき買い物や外出の機会を提供しています。		
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。	ご本人の管理する力に応じて対応しています。		

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
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。	御本人から希望があった際は「電話を取り次ぐ」「切手を用意する」など、ご本人が自力で行うのが困難なところは支援しています。		
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。	入居者様のニーズに応え、テレビや音楽を流しています。光度や温度はスタッフにて随時調整しています。特にリビング掃除を怠らず良い空間作りを心掛けています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	ソファを設置し、入居者様が思い思いの形で利用されています。又、テーブル席も定期的に変えてトラブルを避ける工夫を行っております。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	御本人・御家族と相談し、馴染みの家具を使用されたりする事で居心地よく過ごせるように努めています。		
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。	それぞれの居室やトイレなどの共用部に名前や飾りをつけることで自立できるように支援しています。		

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	49	高齢化に伴い歩行が不安定な入居者な多くなり、介助安全上、外出（機会・回数）の対応が少なくなっている	入居者様のユニットごとの自立度をカンファレンス・スタッフ会議（全体）等通して把握し、ユニット間で共有し協力して外出する機会を増やす。	今後も、ユニット間で外出状況を確認し協力して機会を増やす。お庭、室内リビングでの歩行練習も行っていく。又、買い物等の外出行事を企画したり、ご家族にも協力をお願いします。	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No.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。

