

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	1490900295	事業の開始年月日	平成25年12月1日	
		指定年月日	平成25年12月1日	
法人名	株式会社H&Tホールディングス			
事業所名	ライフケア@しんよこはま			
所在地	(222-0035)			
	横浜市港北区鳥山町1047-1			
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27年10月29日	評価結果 市町村受理日	平成28年2月23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)】

JR横浜線小机駅から徒歩7分です。線路沿いで、スタジアム側の2階建です。周囲は畑や果樹園が広がっています。施設内は日当たり良好です。2階の利用者が1階でくつろぐこともあります。庭を花壇にしたり、畑にして楽しんでいます。面会時間は特に定めていないので、いつでも面会に来ることが出来ます。利用者は自由に外出できますが、心配な時は家族や職員が付き添います。のんびりした生活、元気な毎日、楽しく、豊かな日々を過ごしましょう。

【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27年11月30日	評価機関 評価決定日	平成28年2月14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)】

ライフケア@しんよこはまは、JR横浜線小机駅から徒歩7分の線路際で、横浜スタジアムの近くにあります。2階建て2ユニットで18人の利用者が生活できるグループホームです。

<優れている点>

地域との交流が活発です。自治会の防災訓練には職員が、敬老会には利用者・職員が参加しています。事業所の敬老会にはウクレレのボランティアが来ています。毎年近くの中学生6名が職場体験に來たり、今年さらに職場インタビューとしても数名の中学生在が来訪しています。フラダンスや日本舞踊のボランティアも来訪しています。近所の方が、使わなくなったおむつやパットを持ってきてくれることや、農家から野菜を安く分けてもらっています。地域の人も参加する運営推進会議などで、事業所の避難訓練へ地域の消防団も協力できるよう働き掛けるとの提案も行われています。

職員同士の連携が良く、また1階・2階での職員の交流も多く、問題があったときには皆注意し合える体制が取られています。職員は理念にある「笑顔」を利用者と一緒に作るうと支援しています。

<工夫点>

理念を、「ご近所さん」・「利用者ひとりひとり」・「笑顔」を3本の柱にして工夫し、創り直しています。理念は、1階・2階の中心の壁に掲示してあり、職員は日頃から意識して実践に努めています。

【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	ライフケア@しんよこはま
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、生き生きと働いている。 (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。	地域社会と良好な関係を築き、利用者の支援に活かせるように地域密着型サービスについて職員と意見交換しています。そのために、理念をいつでも振り返りケアに活かせるようにしています。	理念を、「ご近所さん」・「利用者ひとりひとり」・「笑顔」を3本の柱に3年前に分かり易く職員と一緒に創り直しています。理念は1階・2階の中心の壁に掲示してあります。職員は日頃から意識して実践に努めて支援に生かしています。	
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。	鳥山町自治会に加入し、町会の案内による活動に参加しています。防災拠点訓練等には職員が参加、敬老会等には利用者とともに参加しています。	自治会の防災訓練に職員が参加したり、敬老会に利用者、職員が参加しています。事業所の敬老会にはウクレレのボランティアが来ています。また、毎年近くの中学生6人が職場体験で来ています。フラダンスや日本舞踊のボランティアなども来ています。	
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。	見学者等が訪問された時等に、その都度個別に認知症ケア等について丁寧に説明しています。		
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。	利用者の家族との交流の進め方のアドバイス等がありできるところから取り組んでいます。消防訓練の協力やアドバイスを受けています。	メンバーは利用者家族や元自治会会長、民生委員、地域包括支援センター職員です。会議ではヒヤリハットをもっと書く様にとの提案から、更に詳細まで書くようにしています。また、委員から事業所の災害訓練の際は地元の消防団にも協力する様に働きかけるとの提案を貰っています。	
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。	港北区役所生活支援課、高齢障害支援課との連絡を密にすることにより、ケアサービスに活かせるようにしています。	日ごろより区高齢・渉外支援課と協力関係を築いています。また、生活保護の利用者に関しては区生活支援課とも連携しています。区主催の感染予防の研修に参加しています。地域包括支援センターから毎回職員が参加しており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。	具体的な行為は行動指針に明記し掲示しています。利用者ごとの傾向を把握し、職員全体で共有することにより、拘束を防止しています。	身体拘束をしないケアの「行動指針」を掲示し、職員も理解しています。身体拘束にからむケアの際に、職員同士で注意し合える体制も取れています。道路の交通量が多く、玄関及び1階庭部は施錠しています。職員了解のもとに庭に水まきをしたり、一人で地域ケアプラザに絵手紙・習字を習い行く利用者もいます。	
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。	虐待防止を行動指針に明記し掲示しています。そして、日常のケアでいつも再確認しています。		
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。	利用者の後見人が定期的に訪問されるので、制度に触れる機会があり理解を深めるようにしています。		
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。	締結時、本人、家族等に丁寧に説明しています。改定時、解約時も理解納得されるように丁寧に説明しています。		
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。	利用者がいつでも気軽に意見や要望を伝える雰囲気作りをしています。家族の面会時や電話を通して意見が言えるようにしています。	多くの利用者は、意見や要望を伝えることが可能で、出来る事は対応しています。焼きそばやうどんなど食べ物については夕食で対応しています。地域ケアプラザの教室に参加している利用者があり、今後参加を希望する人もいます。家族から親へのマスク着用を依頼され対応しています。	

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。	いつでも運営に関して意見や提案を受け付けている。ミーティングを開き意見や提案を受け付けている。よく検討した上反映されるようにしています。	会議に限らず、普段から意見・提案を聞くようにしています。研修などの案内などを掲示し、各種研修の参加を勧めています。1階・2階の職員は、ユニット間でお互いに協力しあい全体交流が来ています。	職員全員へ周知することなどから、定期的な会議を開催するが期待されます。また、その機会に合わせて内部研修などの検討が期待されます。
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	職員の希望に添えるように労働時間を設定しています。勤務状態による職員一人ひとりの疲労、ストレスを考慮するとともに職員同士の人間関係にも配慮しています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	各種資格試験の受験を奨励しています。各種研修の参加も薦めている。研修の案内等を掲示したり、設置しています。		
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。	同業者との交流を奨励しています。勉強会などを通してサービスの質の向上が図られるように勧めています。		
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。	サービス利用前に、本人に見学に来てもらい要望や不安を把握するようにしています。又、担当者から本人の生活歴や趣味などの情報を確保しています。		

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
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。	本人と家族の抱える問題点を把握するため、詳細に聞き取りを行い、施設の対応について丁寧に説明し、安心して入居できるようにしています。		
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。	本人や家族から支援していく方向性を確認しています。担当介護支援専門員や区役所担当者からも支援について確認しています。職員全体の意見を集め適切な支援ができるようにしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人が出来ることはなるべく本人が行う様にしています。年月とともに本人の自立度が低下してきても一人の人間としての関係が壊されないように、声掛けに配慮するなど日常の支援に気を付けています。		
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。	家族ができることはなるべく家族にしてもらうことにより本人にも安心できる環境づくりをしています。本人の日ごろの状態や写真を送り共に支える関係を心掛けています。		
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。	家族の協力により馴染みの場所に外出しています。後見人も外出をサポートしています。知り合いが訪ねてくることもあります。	知人との電話や手紙のやり取りを支援しています。元学校の教師である利用者に、教え子が何度か面会に来ています。また、毎年家族が墓参りに利用者連れて出掛けています。馴染みの人や場所との関係が継続できるよう、利用者を支えながら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。	利用者同士の関係について職員が情報を共有し、食堂の座る配置などに配慮し仲良く過ごせるようにしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係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。	退去先の病院を探し紹介するなどの支援をしています。退去後も家族の相談をうけています。		
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。	本人の意向に沿うように暮らしていただけるようにしています。本人が意思を伝えることが出来ない場合は、本人を知る人からの情報を集めて本人の意向に沿えるように検討しています。	半数以上の利用者は自分の思い・意向を言えるため、介護計画に反映しています。意思を伝えるのが困難な利用者は家族や担当ケアマネジャーを含めて思いを汲取るように努めています。本人の意向で自主的に花壇の水やりや、植木を育てたりする利用者も数人います。	
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。	家族から生活歴や環境等を詳細に聞き取り、入居後も馴染みの生活ができるように支援しています。身寄りが無い場合は、担当介護支援専門員等に問い合わせたり、本人の生活を知る人から情報を集めて支援しています。		
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。	利用者の一日の生活やバイタル等の身体の状態、精神の状態の変化について支援記録に記載し職員が情報を共有でき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
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。	日々の生活の中で本人の思い等を確認し、家族からは意見を聞き、職員全体から情報を持ち寄り施設担当介護支援専門員と話し合い適切な介護計画ができるようにしています。	当初、アセスメントを行い、ケアマネジャーがケアプランを作成し、その後職員全体で3ヶ月ごとにモニタリングを行い、6ヶ月ごとに更新を行っています。医師・看護師の助言も盛り込んでいます。更新時には利用者や家族、区生活支援課の確認を行います。	
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。	個別の支援記録を作成し、情報を共有している。気づきや個々の工夫を皆で実施できるようにしています。そして、この記録をもとに介護計画の作成に生かしています。		
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。	家族が対応できない時に、状況に応じて通院や送迎等を行っています。その他家族の要望により臨機応変に対応しています。		
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。	地域ケアプラザの図書館等を利用しています。近所のスーパー等へ買い物に、美容院へ行くなどして利用しています。		
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、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。	入居前からのかかりつけ医を本人が希望する時は、そのまま継続しています。本人がこだわらない時は、本人や家族の同意のもと施設提携の医師に往診してもらいます。	内科や歯科、精神科は、提携医の往診が毎月定期的にあります。また、これまでのかかりつけ医を継続している人もいます。それ以外の診療では、家族の同意を得て職員が付き添って通院しています。健康チェックは看護職員が週1回行っています。	

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
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。	職員の看護師は日常の健康管理の相談や助言をしています。訪問の看護師も必要に応じ対応し、支援記録をもとに連携し体調変化の早期発見に努めています。		
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。	協力病院と連携し、入院後の早期退院を目指して情報交換等を行っています。家族とも連携し、早期退院を目指しています。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	入居時に、重度化した場合における対応に関する指針を文書にして本人、家族、身元引受人に対しよく説明し同意した旨の署名をしてもらいます。また、病院に入院する際に再度確認しています。	重度化や終末期に向けた指針を基に、利用者と家族に説明し、意向を確認して了解を得ています。事業所ではこれまで数人看取っています。その経験を踏まえ日ごろから医療関係者の情報を得て、ミーティング時に話し合い研鑽に努めています。	
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。	急変時の対応はフロア中央カウンターにマニュアルを設置し、いつでもみられるようにしています。事故発生時は電話口に通報マニュアルを設置しいつでも通報できるようにしています。通報訓練を年1回行っています。		
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。	各種ハザードマップを2階エレベーターホールに設置しいつでも確認できるようにしています。鳥山町自治会と消防応援協力に関する覚書を交わしています。	年2回、火災を想定し失火場所を変えて避難訓練をしています。職員は、1階の利用者は外へ、2階の利用者はベランダに誘導しています。さらに通報や消火器の取り扱い訓練をしています。災害時の備蓄は、食品については3日以上備えています。	

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。	職員一人ひとりが自覚し、利用者の人格を尊重し対応しています。利用者が自己決定できるように支援し言葉かけをしています。職員は、個人情報を漏らさないように、日ごろからお互いに確認しています。	職員は利用者の自尊心を傷つけないよう、目立たずさりげない支援を行っています。排泄や入浴支援の時は、羞恥心に配慮した言葉をかけるように注意をし、職員は話し合い振り返っています。個人情報にかかわる書類は施錠のできる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。	利用者が気楽に要望が伝えられるような環境づくりをしています。伝えることが出来ない利用者に対して職員の押し付けにならないように、気を付けています。		
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。	利用者一人ひとりのペースで生活できるようにしています。一人ひとりの体調を考え、家族の要望も含めて外出や買い物等に対応しています。		
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。	本人自身が身だしなみできるように支援しています。自身ができない時は、本人の要望を確認し支援し、要望を確認できない時は家族等から情報を集めて支援しています。		
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。	好き嫌い等の好みを把握し毎回の食事に生かせるようにしています。レクリエーションとして作る時もあり、無理のないように、かたづけ等にも参加してもらいます。	朝、夕食は当番の職員が調理し、メニューは利用者の好みに沿うよう配慮しています。昼食はみそ汁以外は法人の給食会社の弁当を利用しています。また、庭の畑の野菜も食材に利用しています。できる利用者は後かたづけに参加します。	

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。	利用者個別の支援記録に毎日の食事量、水分摂取量を記録して食事量が半分の時が三回続いた時は主治医に連絡し相談するなどの体調管理をしています。		
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。	口腔ケアは自立している利用者も見守りしています。誘導して行うことや職員が介助する場合があります。		
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。	本人の自尊心に配慮し、自分で排泄できるように支援しています。尿意の分からない時やオムツ使用時は本人の様子や時間帯を考慮しトイレ誘導、排泄介助をしています。	何気ないしぐさや日常記録している排泄チェック表により、パターンを把握してトイレに誘導し、失敗を少なくする支援をしています。失敗があっても、周りの人に気づかれないよう言葉や対応に配慮して支援をしています。	
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。	適度な運動をこころがけ便秘予防しています。食事はヨーグルト、野菜、果物、水分等予防できる食材を使用しています。主治医の処方により便秘薬を使用することもあります。		
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。	利用者の希望に沿い入浴しています。希望がないときは、不公平にならないように回数や順番を決めています。入浴を拒否する場合は、職員が交替して対応しています。	入浴は平均週2回から3回入っています。時間帯や支援の職員は希望に沿うよう配慮しています。拒む人にはタイミングを変えたり、職員を変えて誘導しています。全身シャワーができるシャワーチェアがあり、数名が利用しています。	

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。	利用者一人ひとりの体調に配慮し午睡や休息を取り入れています。昼夜逆転にならないように日中の活動を支援しています。		
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。	服薬マニュアルを作成し服薬事故を防止しています。薬局の居宅療養管理指導により服薬の目的、副作用を確認し支援している。主治医の指示や主治医への報告確認により支援しています。		
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。	本人の希望に添えるように、食事の片づけや掃き掃除等行えるように支援しています。花壇や畑の作業等も本人の希望により行っています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	日常的に外出できるように支援しています。一人で外出することや職員が付き添い外出することがあります。家族や後見人が付き添い外出することもあります。	散歩コースは鳥山川に沿った安全なウォーキングロードです。サッカースタジアムなど都会的風景が眺められ快適な場所です。また商店街での買い物を楽しみ、地域ケアプラザに週2・3回通う人もいます。三会寺に花見やシュウマイ会社の工場見学などにドライブもしています。	
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。	本人が希望し管理できる場合は本人が所持し使えるように支援しています。本人、家族や後見人の意向があれば施設で管理しています。支払い時はなるべく本人ができるようにしえんしています。		

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。	施設の電話は本人が希望する時に使用できるように支援しています。手紙も自由にやり取りしています。ポストの投函はなるべく本人ができるように支援しています。		
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。	共用部分には落ち着いた調度品を置き転倒防止のために不要なものは置かないようにしています。季節感が分かるように飾りつけをして皆で生活環境を工夫しています。	リビングは南に面し明るい空間です。クリスマスツリーなど季節の物を置き、壁に利用者のぬり絵や職員との共作の作品を飾っています。2階に広いベランダがあり、天気の良い日は日光浴ができ、火災の時は避難場所にもなります。また機能訓練用の自転車を置いています。庭には花壇や畑もあります。	
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。	居間にソファを置き、玄関に椅子を置く等居心地の良い場所になるように工夫し、一人ひとりの個性や性格を考え共用空間を作っています。		
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。	家族に協力してもらい、本人が長年使い慣れた家具や衣類を持参してもらい居室が居心地の良い空間になるようにしています。要望があれば、好みのものを取り寄せることもあります。	居室は広く押し入れと整理タンスが備わっています。廊下に面して物置があり収納が充実しています。部屋にはベッドやテレビ、籐椅子、加湿器、人形など、馴染みの物を置いています。家族の写真や絵を飾り仏壇や位牌を置いている人もいます。	
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。	トイレがわかるように大きく表示したり、安全なイスの配置や、手すり等により一人ひとりが安全に自立した生活が送れるように支援しています。		

事業所名	ライフケア@しんよこはま
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。	地域社会と良好な関係を築き、利用者の支援に生かせるように地域密着型サービスについて職員と意見交換しています。そのために、理念をいつでも振り返りケアに生かせるようにしています。		
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。	鳥山町自治会に加入し、町会の案内による活動に参加しています。防災拠点訓練等には職員が参加し、敬老会等には利用者とともに参加しています。		
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。	見学者等が訪問された時等、その都度個別に認知症ケア等について丁寧に説明しています。		
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。	利用者の家族との交流の進め方のアドバイス等がありできることからとりにくんでいます。消防訓練の協力やアドバイスを受けている。		
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。	港北区役所生活支援課、高齢障害支援課との連絡を密にすることにより、ケアサービスに生かせ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
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。	具体的な行為は行動指針に明記し掲示しています。利用者ごとの傾向を把握し、職員全体で共有することにより、拘束を防止しています。		
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。	虐待防止を行動指針に明記し掲示しています。そして、日常のケアでいつも再確認しています。		
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。	利用者の後見人が定期的に訪問されるので、制度に触れる機会があり理解を深めるようにしています。		
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。	締結時、本人、家族等に丁寧に説明しています。改定時、解約時も理解納得されるように丁寧に説明しています。		
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。	利用者がいつでも気軽に意見や要望を伝えることが出来る雰囲気作りをしています。家族の面会時や電話を通して意見が言え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。	いつでも運営に関して意見や提案を受け付けています。ミーティングの時は意見や提案をよく検討し、運営に反映されるようにしています。		
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。	職員の希望に添えるように労働時間を設定しています。勤務状態による職員一人ひとりの疲労、ストレスを考慮するとともに職員同士の人間関係にも配慮しています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	各種資格試験の受験を奨励しています。各種研修の参加も薦めています。研修の案内等を掲示したり、設置しています。		
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。	同業者との交流を奨励しています。勉強会などを通してサービスの向上が図られるように勧めています。		
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。	サービス利用前に、本人に見学に来てもらい要望や不安を把握するようにしています。又、担当者から本人の生活歴や趣味などの情報を確保しています。		

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
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。	本人と家族の抱える問題点を把握するため、詳細に聞き取りを行い、施設の対応について丁寧に説明し、安心して入居できるようにしています。		
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。	本人や家族から支援していく方向性を確認しています。担当介護支援専門員や区役所担当者からも支援について確認しています。職員全体の意見を集め適切な支援ができるようにしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	本人ができることはなるべく本人が行う様にしています。年月とともに本人の自立度が低下してきても一人の人間としての関係が壊されないように、声掛けに配慮するなど日常の支援に気を付けています。		
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。	家族ができることはしてもらうことにより本人が安心できる環境づくりをしています。本人の日ごろの状態や写真を送り共に支える関係を心掛けています。		
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。	家族の協力により馴染みの場所に外出しています。後見人も外出をサポートしています。知り合いが訪ねてくることもあります。		

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
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。	利用者同士の関係について職員が情報を共有し、食堂の座る配置等に配慮し仲良く過ごせるようにしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係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。	退去先の病院を探し、紹介する等の支援をしています。退去後も家族の相談を受けています。		
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。	本人の意向に沿うように暮らしていけるようにしています。本人が意思を伝えることが出来ない場合は、本人を知る人から情報を集めて本人の意向に沿えるように検討しています。		
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。	家族から生活歴や環境等を詳細に聞き取り、入居後も馴染みの生活ができるように支援しています。身寄りがない場合は、担当介護支援専門員等に問い合わせたり、本人の生活を知る人から情報を集めて支援しています。		
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。	利用者の一日の生活やバイタル等の身体の状態、精神の状態の変化について支援記録に記載し職員が情報を共有でき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
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。	日々の生活の中で本人の思い等を確認し、家族からは意見を聞き、職員全体から情報を持ち寄り施設担当介護支援専門員と話し合い適切な介護計画ができるようにしています。		
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。	個別の支援記録を作成し、情報を共有しています。気づきや個々の工夫を皆で実施できるようにして、この記録をもとに介護計画作成に生かしています。		
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。	家族が対応できない時に、状況に応じ通院や送迎等を行っています。その他、家族の要望により臨機応変に対応しています。		
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。	ちいきケアプラザの図書館等を利用しています。近所のスーパー等へ買い物に、美容院へ行くなどして利用しています。		
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、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。	入居前からのかかりつけ医を本人が希望する時はそのまま継続しています。本人がこだわらない時は本人や家族の同意のもと施設提携の医師に往診してもらいます。		

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。	職員の看護師は日常の健康管理の相談や助言をしています。訪問看護師も必要に応じ対応し、支援記録をもとに連携し体調変化の早期発見に努めています。		
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。	協力病院と連携し、入院後の早期退院を目指して情報交換等しています。家族とも連携し、早期退院を目指しています。		
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。	入居時に、重度化した場合における対応に関する指針を文書にして本人、家族、身元引受人に対してよく説明し同意した旨の署名をしてもらいます。又、病院に入院する際に再度確認しています。		
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。	急変時の対応はフロア中央カウンターにマニュアルを設置し、いつでも見られるようにしています。事故発生時は電話口に通報マニュアルを設置しいつでも通報できるようにしています。通報訓練を年1回行っています。		
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。	各種ハザードマップを2階エレベーターホールに設置しいつでも確認できるようにしています。鳥山町自治会と消防応援協力に関する覚書をかかわっています。		

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
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。	職員一人ひとりが自覚し、利用者の人格を尊重し対応しています。利用者が自己決定できるように支援し言葉かけをしています。職員は個人情報を漏らさないように、日ごろからお互いに確認しています。		
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。	利用者が、気楽に要望が伝えられるような環境づくりをしています。伝えることが出来ない利用者に対して職員の押し付けにならないように、気をつけています。		
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。	利用者一人ひとりのペースで生活できるようにしています。一人ひとりの体調を考え、家族の要望も含めて外出や買い物等に対応しています。		
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。	本人自身が身だしなみできるように支援しています。本人が出来ない時は本人の要望を確認し支援し、要望を確認できない時は家族等から情報を集めて支援しています。		
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。	一人ひとりの好き嫌いや好み等を把握し毎回の食事に生かせるようにしています。レクリエーションとして作る時もあり、無理のないようにかたづけ等にも参加してもらいます。		

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。	利用者個別の支援記録に毎日の食事量、水分摂取量を記録して食事量が半分の時が三回続いた時は主治医に連絡し相談するなどの体調管理をしています。		
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。	口腔ケアは自立している利用者も見守りしています。誘導してから本人が行うこともあります。		
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。	本人の自尊心に配慮し、自分で排泄できるように支援しています。尿意の分からない時やオムツ使用時は本人の様子や時間帯を考慮してトイレ誘導、排泄介助をしています。		
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。	適度な運動を心掛け便秘予防しています。食事は、ヨーグルト、野菜、果物、水分等の予防できる食材を使用しています。主治医の処方により便秘薬を使用することもあります。		
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。	利用者の希望に沿って入浴しています。希望がないときは不公平にならないように回数や順番をきめています。入浴を拒否する場合は、日にちを改めたり職員が交替して対応しています。		

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
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。	利用者一人ひとりの体調に配慮し午睡や休息を取り入れています。昼夜逆転にならないように日中の活動を支援しています。		
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。	服薬マニュアルを作成し服薬事故を防止しています。薬局の居宅療養管理指導により服薬の目的、副作用を確認し支援している。主治医の指示や主治医への報告確認により支援しています。		
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。	本人の希望に沿えるように、食事のかたづけや掃き掃除等行えるように支援しています。花壇や畑の作業等も本人の希望により行っています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	日常的に外出できるように支援しています。一人で外出することや職員が付き添い外出することがあります。家族や後見人が付き添い外出することもあります。		
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。	本人が希望し管理できる場合は本人が所持し使えるように支援しています。本人、家族や後見人の意向があれば施設で管理しています。支払い時はなるべく本人が出来るように支援しています。		

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
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。	施設の電話は本人が希望する時に使用できるように支援しています。手紙も自由にやり取りしています。ポストの投函はなるべく本人ができるように支援しています。		
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。	共用部分には落ち着いた調度品を置き転倒防止のために不要なものは置かないようにしています。季節感が分かるように飾りつけをして皆で生活環境を工夫しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	一人ひとりの個性や性格を考え共用空間を作っています。テーブルに座る配置に気を配り楽しく生活できるように」しています。		
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。	家族に協力してもらい、本人が長年使い慣れた家具や衣類を持参してもらい居室が居心地のよい空間になるようにしています。要望があれば好みのものを取り寄せることもあります。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	手すりやテーブルの配置等により一人ひとりが安全に自立した生活が送れるように支援しています。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 ライフケア@しんよこはま

作成日： 平成 28 年 2 月 21 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	消防訓練の実施回数が少ないので、災害時の対応を向上させなければならない。	出来るだけ定期的に訓練を実施できるようにする。	通報訓練は出来るだけ定期的に年4回を目標に行う。避難訓練は、訓練のタイムを記録し向上を目指す。	12ヶ月
2	4	運営推進会議の参加者が少ないので、参加者を増やして多くの意見を聞く必要がある。	各家族から年1回参加してもらう。	家族が集まりやすいように、行事などを行い、家族の参加につなげていく。	12ヶ月
3	2	毎年同じ行事に参加しているので、今まで参加したことのない行事に参加して、交流を深める。	鳥山八幡宮の掃除や下草刈りが年数回あるので参加を目指す。	天候や体調に左右されることも考慮して、無理をせず、参加できるようにする。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月