

平成25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	1490200068	事業の開始年月日	平成19年5月1日	
		指定年月日		
法人名	株式会社ウイズネット			
事業所名	グループホームみんなの家横浜羽沢3			
所在地	( 221-0863 ) 横浜市神奈川区羽沢町990-7			
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25年8月31日	評価結果 市町村受理日	平成25年11月27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/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1490200068&SVCD=320&THNO=14100>

### 【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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・接遇を通してサービスの質の向上に努めています。</li> <li>・ご利用者様、ご家族様、地域住人の交流の場として納涼祭を行って、大勢の参加者あり親睦を図って頂いています。」</li> <li>・ご利用者様の重度化に伴って、職員の実技研修に参加育成を図っています。</li> <li>・看とり介護を医療、関係機関と連携し積極的に取り組んでおりご家族様に感謝の言葉を頂いています。</li> </ul>
--

### 【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25年10月8日	評価機関 評価決定日	平成25年10月24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「羽沢団地前」で下車し、バス停から徒歩1分の所に同一法人のグループホームと隣り合わせに建っています。周辺は、団地と点々とした果樹園や畑などの自然が残った風景です。

<優れている点>

地域社会とつながりながら利用者が当たり前の生活を続けられるよう、町内会のさくら祭りや小学校の運動会に参加するとともに、ホーム長はじめスタッフは年6回地域懇談会を開催し、多勢の住民と認知症の勉強会や納涼祭などいろいろな行事を行っています。災害対策についても消防署や多くの住民の協力を得て、避難訓練や起震車の体験をしています。理念に掲げた「地域と共に、その人らしく、笑顔で安心して生活できるホーム」を実践し、さらに交流の輪を広げるよう努めています。近隣の住民は、オーナーがすぐ近くに住んでいることから施設に対して非常に協力的です。

<工夫点>

看取りに関するスタッフの教育体制を図っています。利用者の重度化に伴って医療関係機関と連携し、看取り介護を積極的に取り組んでいます。職員は看取りを何度か体験し、また勉強会などで実技育成を図っています。管理者は年2回、人事考課をもとに職員一人ひとりと面談を行っています。職員の努力や成果について話し、行事等のレクリエーション担当、物品購入などの発注担当、身体拘束廃止委員の身体担当など各自が向上心を持って働けるよう努めています。

### 【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	グループホームみんなの家横浜羽沢 3
ユニット名	1ユニット

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、活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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	朝の申し送りで情報の共有をし理念を唱和、確認を行ってから業務に入っています。	利用者が日々穏やかな心と笑顔で、安心して地域の中で過ごせる生活を支援するというホーム長はじめ職員一同の思いの理念が玄関に掲示されています。地域の中で暮らし続けることをサービスの原点とするためにも毎朝唱和し実践につなげています。	
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。	地域の行事に声をかけて頂き、運動会、福祉祭りに参加しつながりの継続を行っています。	職員も近隣の人が多いので地域とのつながりが強く、散歩時に声を掛け合い日常的に交流しています。町内会のさくら祭りや運動会に参加する一方、施設の地域懇談会に多くの住民が参加し、勉強会や納涼祭を通じて交流を深めています。	
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。	地域の桜祭り、盆踊り、運動会に声を掛けていただき、ご利用者様の楽しみなっています。	/	/
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回開催し地域役員、地域包括、民生委員、ご家族の参加で意見交換しアドバイスを頂より良いサービス向上に努めています。	年6回、同一法人内の三事業所合同で家族、各町内会の役員、包括支援センターの職員など多くの方が参加しています。活動状況やサービス支援について報告し、問題点に対する提案や取り組みなどの意見を交換し、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。	市町村開催の会合に参加したり、介護保険担当者、生活保護、担当者と、連絡をとり協力関係を築いています。	区の介護保険課や生活保護の担当職員とは日常的にケアサービスの問題解決について報告や相談するなど情報を共有しています。市や区の感染症、身体拘束、接遇の取扱い等の研修会や介護フェアには積極的に参加し、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。	委員は身体拘束、虐待防止の研修に参加し職員に伝達情報を共有しています。毎月1回勉強会をおこなって意識向上の確認を行なっています。	「身体拘束ゼロへの取組み」をテキストにして毎月、職員による身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。職員同士、日常の行動や言葉遣いを振り返り、絵入りのわかりやすい接遇マニュアルで常に確認しています。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている。	委員を中心に毎月マニュアルに沿った勉強会をし虐待防止の意識を高めています。		
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。	必要に応じてご利用者様から相談を受け青年後見人の制度について説明を行いました。職員間でも勉強会、研修などに参加し理解に努めています。		
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。	十分に説明を行って納得いただけるように努めています。質問、疑問については不安の無いように対応に努めています。		
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。	ご利用者様、ご本人からの苦情については日常の会話の中で不満等を伺っています。ご意見、提案ポストを設置し質問、苦情、の窓口としています。	訪問された時はいつも話し合いの場を設け、意見や要望を聞いています。年6回家族会や多くの住民も参加する地域懇談会では、日常の支援や行事などについて要望や助言を把握したり、各居室担当者が発行する「一言通信」で報告をしています。	

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
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、申し送りノートでの活用で意見交換し、運営に反映させています。	意見や提案などを自由に記入できるスタッフノートや毎月開かれるスタッフ会議で話し合いを行っています。人事考課表により年2回管理者と個人面談を行い、職員の課題や目標、意見など確認しモラルの向上や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。	自分で自己評価表に記入して、より向上心につながるよう面談を行っています。		
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。	経験、役割、知識にあわせた研修会に参加、他の研修会も実施。重度化に向けたその場での技術指導、介護従事者としてのトレーニングを行なっています。		
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。	地域ケアプラザ、防災訓練の講習の意見交換し、質の向上に努めています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前に本人にヒアリングする機会があり、困っている事不安なこと、ご要望などを伺って、その情報を職員間で共有し、入居に際して、不安の軽減に努めています。		

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
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。	連絡を細やかに取り、ご家族様への聞き取りを行っています。ご家族には、必要な支援サービスについて話し合う機会を作っています。		
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。	本人に最適なサービス利用を出来る様に努めています。ご家族には、必要と思われるサービスについて、話し合う機会を設け対応しています。		
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。	同じ食事を共にして味の話題だったり好きな食材、嫌いな食材の話題が主で喜怒哀楽を共有しています。		
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。	本人の為に必要と思われることは、常に家族と相談して、理解をして頂いています。又相談する事で信頼関係を築いています。		
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。	馴染みの場所に出かけるときは、ご家族様の協力のもと行なっています。馴染みの方がホームに起こしいただいたときは、環境を整い楽しんでいただけるように配慮しています。	利用者の住み慣れた地域、環境や生活習慣、趣味などから馴染みの場や知人などを把握して生き甲斐の持てる支援に努めています。馴染みの場所への外出には家族の協力により実現しています。知人の訪問や電話、手紙など楽しめ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
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。	身体状況や認知症状を含めて、利用者同士が関り、支え合い、助け合っている環境ができています。職員が声掛けしたり空間環境の整備に努めています。		
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。	定期的にご挨拶の連絡に努めています。		
<b>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</b>					
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。	過去の経験から知る意向の確認と、直接、本人に希望、意向を伺ってカンファレンスの会議、スタッフ会議の中で情報の共有に努めています。	入居時のアセスメント表や入居前の実態調査による生活記録により、これまでの生活習慣や趣味などから大切にしてきた思いや希望の把握に努め、支援に反映しています。居室担当者を決め、普段の寄り添いの中から把握した場面づくりに努めています。	意思疎通が困難な方には、家族の協力で元気な時の状況や古い写真などから把握するよう努めることも期待されます。
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。	入居前に、実態調査を行って情報収集に努めています。		
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。	安心、安全、に過ごせるように環境を整え自由に生活をして頂き、その中で本人の状態把握に努めています。		

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
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。	生活を快適にする為、課題、アセスメントを通し、本人、家族、関係機関を含め検討して、現状に即したケアプラン作成に取り組んでいます。	作成する前に「利用者、家族の介護に対する意向調査」によりニーズを把握しています。日々の様子や言葉など記録した申送りノートや個人ファイルなどにより、6ヶ月毎に本人、家族、関係者と話し合い介護計画を作成し、3ヶ月毎に見直しをしています。	
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。	個人の記録は具体的に記入し、職員間で情報を共有しながらケアプランに添った実践や計画の見直しにいかしています。		
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。	非常勤の看護師を配置し介護と医療の連携が取れるように努めています。医療連携機関（内科、歯科）薬局と、居宅療養管理指導を結び安心して生活が送れるように努めています。		
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。	防災訓練、イベント等に、地域の方に参加の呼びかけを行い、多くの人の参加、協力を得られるようになりました。		
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。	ご家族様の了解の下、主治医とは別に個別に医療機関が定期的に往診しています。主治医と医療機関の連携しながら適切な支援に努めています。	24時間対応の主治医のほかに、月2回の内科医と歯科医、薬局、月4回の訪問看護と歯科栄養士の受診など医療との連携体制が整っています。また、利用者がかかりつけ医の継続を希望する場合には、家族の付き添いのもと継続することができます。	

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。	看護職員による、健康管理と日常の変化や困った事など、看護記録に残し適切な指導を受けられるにしています。		
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。	支援情報を担当機関、関係者に提出し本人我安心して治療を受けられ、早期退院できるように関係作りをしています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	家族会等で重度化した場合の対応についての説明し再確認を定期的に行なっています。ご家族様の意思を尊重し関係機関の協力をしています。終末期の看取り介護を、ご家族様、関係機関の協力を得て取り組みました。	入所時だけでなく家族会でも看取り体制について説明し理解を得ています。終末期には医師立ち会いのもと家族と話し合い、本人と家族の意思を確認した上で取り組んでいます。看取り経験を重ねることで、職員の看取りに対する意識が高まっています	
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。	急変や事故に備えて、初期対応の訓練、マニュアルの実践項目の確認を行っています。重度化した利用者の専用ノートを作成し情報の共有をはかっています。		
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。	地域の住人と消防署の協力を得、震災時の訓練と、起震車の体験をおこないました。地域住人からは貴重な体験が出来たと喜んで頂きました。	毎年、夜間想定消火・通報訓練と災害時の想定訓練を実施しています。震災時想定訓練には地域住民も参加し起震車体験も行っています。地域からの協力を仰ぐ体制が出来ています。また、全職員がAEDと心臓マッサージの応急救護研修を受けています。	

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	接遇に関しては、より良いサービスの質の向上に活かせるに努めています。	挨拶や言葉遣いの注意点などを記した「接遇・礼儀スタンダードマニュアル」を事務所におき、常に確認しています。日々のケアの中で気づいたことは注意し合っています。プライバシーについても居室扉の小窓に目隠しを付けるなどの配慮もしています。	
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。	日頃の会話の中で会話の中で、思い出などの話の中より、会議の中で検討し自己決定が出来る様に働きかけています。		
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。	自由に生き活きとした生活を送っていただけるように配慮しています。計画作成時、本人の意向に添って作成しメリハリのある生活が送れるように努めています。		
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。	身だしなみは、本人が不快な思いをしないように、その都度支援しています。		
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。	盛り付け、後片付けなどを、職員と一緒に参加して頂き、役割を持つ事で変化ある生活を楽しんで頂く。食に関しての話題で食事が楽しくなるように努めています。	利用者が自分のペースで自分で食べるように支援しています、職員も一緒に食べ、楽しく会話を交わしながら見守り、誤飲を防ぐような声掛けを行っています。納涼祭等のイベント食や手作りおやつには、利用者の希望を聞いてメニューに取り入れています。	

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。	食事栄養価はメニュー表で把握、食事量、水分量など、記録を行い医療機関の指導のもと検討を行っています。		
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。	口腔体操、食後の口腔ケアの声掛け見守りし、必要に応じて介助を行っています。		
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。	時間を決めてトイレ誘導を行いトイレでの排泄に取り組んでいます。	排泄チェック表で排泄リズムをつかみ、時間で声掛け、見守り、一部介助を行っています。失敗が続く時には職員間で情報共有して、声掛けの時間を調整し、できるだけおむつを使用しなくてすむよう、自立に向けた働きかけを行っています。	
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。	水分補給や運動などの支援を行い必要に応じて医師に指示を仰ぎ支援を行っています。		
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。	夜間の入浴は職員一人の為、本人の了解のもと、日中入浴支援を行っています。	週に2、3回入浴できるようにしています。出来るだけ自分で手を動かすことができるよう職員は見守り、自分で出来なかった所を一部介助するようにしています。入浴を拒否する場合には声掛けを工夫したり、時間を替えたりしています。	

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の状況に応じて、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。	バイタル測定を午前、午後と2回行い体調の変化に対応しています。		
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。	医療連携の医師の指示のもと、薬剤師の説明を受け服薬の支援をおこない症状の改善に努めています。		
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。	個々の状態により楽しみや趣味などの支援に努め、全体で出来る楽しみなどで気分転換を図って頂いています。		
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。	ご家族様の協力を得て外出の機会を持っていただいています。天気の良い日はホーム周辺の散歩を楽しんで頂いています。	利用者の重度化に伴い遠くに出掛けることは少なくなりましたが、天気が良い日には近場を散歩したり、ベランダで茶を飲みながら外気浴したりしています。外出行事としては花見やミカン狩り、地域の祭り、運動会などがあります。	
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。	基本的にはお金はお預かりして、要望や必要に応じてお使いいただいています。		

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
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。	希望があれば随時かけられるように支援しています。年賀状などは、自筆、代筆でご家族様のもとに届くように取り組んでいます。		
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。	温度調整、音量調整、清潔な環境作りをして居心地良く生活して頂けるように努めています。	明るく、日当たりの良い共有空間は行事の写真や季節の花などが飾られています。できるだけ物を置かないように配慮してテーブルの位置を工夫し、利用者の動線が確保できるようにしています。また臭いや換気にも気が配り、清潔に保たれています。	
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。	配置などの工夫により、ご利用者様同士が楽しめる、空間作りに取り組んでいます。		
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。	本人や家族に相談し使い慣れた家具や馴染みの椅子などを配置し居心地良く生活出来る様に取り組んでいます。	居室はそれぞれの好みに合わせ、絵や作品、好みの家具などが置かれ居心地よい空間となっています。持ち込みが少ない利用者に対しては、家族に声掛けするなど、居心地よく過ごせるように支援をしています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	生活しやすい動線になるように工夫しています。時には模様替えなどして快適空間の支援に努めています。コールボタンを使用し安全に生活出来る様に取り組んでいます。		

事業所名	グループホームみんなの家横浜羽沢 3
ユニット名	2ユニット

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している。 (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、安心して暮らしている。 (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、活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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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近づけている。	毎朝理念を唱和し確認してから、業務にはいります。		
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。	地域の桜祭り、盆踊り、運動会に声を掛けていただき、ご利用者様の楽しんでいます。日常の散歩では地域の方と顔なじみになり声を掛けて頂いています。		
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。	事業所の行事に参加して頂きイベントの中に認知症の説明をして理解をいられています。		
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回の開催は実施し地域の役員の方、地域包括の方、民生委員の方、ご家族様代表として、4～5名の方の参加あり、意見交換、アドバイスなどを頂きサービス向上に努めています。		
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。	市町村開催の会合に参加したり、介護保険担当者、生活保護、担当者と、連絡をと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。	委員は身体拘束、虐待防止の研修に参加し職員に伝達情報を共有しています。毎月1回勉強会をおこなって意識の確認を行なっています。		
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。	委員を中心に毎月一回マニュアルに沿って学ぶ機会設け、活発に意見交換を行い虐待防止の意識向上に努めています。		
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。	必要に応じてご利用者様から相談を受け青年後見人の制度について説明を行いました。職員間でも勉強会、研修参加をし理解に努めています。		
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。	十分に説明を行って納得いただけるように努めています。質問、疑問については不安の無いように説明し理解を得られるように努めています。		
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。	ご利用者様、ご本人からの苦情については日常の会話の中で不満等を伺っています。ご意見、提案ポストを設置し質問、苦情、の窓口としています。		

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、申し送りノートでの活用で意見交換し、運営に反映させています。		
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。	自分で自己評価表に記入して、より向上心につながるよう面談を行っています。		
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。	経験、役割、知識にあわせた研修会に参加、他の研修会も実施。重度化に向けたその場での技術指導、介護従事者としてのトレーニングを行なっています。		
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。	地域ケアプラザ、防災訓練の講習の意見交換し、質の向上に努めています。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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。	入居前に、本人にヒアリングする機会があり、困っている事、不安なこと、ご要望などを伺って、その情報を職員間で共有し、入居に際して、不安の軽減に努めています。		

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
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。	連絡を細やかに取り、ご家族様への聞き取りを行っています。ご家族には、必要な支援サービスについて話し合う機会を作っています。		
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。	本人に最適なサービス利用を出来る様に努めています。ご家族には、必要と思われるサービスについて、話し合う機会を設け対応しています。		
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。	同じ食事を共にして味の話題だったり好きな食材、嫌いな食材の話題が主で喜怒哀楽を共有しています。		
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。	本人の為に必要と思われることは、常に家族と相談して、理解をして頂いています。又相談する事で信頼関係を築いています。		
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。	馴染みの場所に出かけるときは、ご家族様の協力のもと行なっています。馴染みの方がホームに起こしただいたときは、環境を整い楽しんでいただけるように配慮しています。		

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
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。	身体状況や認知症状を含めて、利用者同士が関り、支え合い、助け合っている環境ができています。職員が声掛けしたり空間環境の整備に努めています。		
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。	定期的にご挨拶の連絡に努めています。		
<b>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</b>					
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。	過去の経験から知る意向の確認と、直接、本人に希望、意向を伺ってカンファレンスの会議、スタッフ会議の中で情報の共有に努めています。		
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。	入居前に、実態調査を行って情報収集に努めています。		
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。	安心、安全、に過ごせるように環境を整え自由に生活をして頂き、その中で本人の状態把握に努めています。		

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
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。	生活を快適にする為、課題、アセスメントを通し、本人、家族、関係機関を含め検討して、現状に即したケアプラン作成に取り組んでいます。		
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。	個人の記録は具体的に記入し、職員間で情報を共有しながらケアプランに添った実践や計画の見直しにいかしています。		
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。	非常勤の看護師を配置し介護と医療の連携が取れるように努めています。医療連携機関（内科、歯科）薬局と、居宅療養管理指導を結び安心して生活が送れるように努めています。		
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。	防災訓練、イベント等に、地域の方に参加の呼びかけを行い、多くの人の参加、協力を得られるようになりました。		
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。	ご家族様の了解の下、主治医とは別に個別に医療機関が定期的に往診しています。主治医と医療機関の連携しながら適切な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
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。	看護職員による、健康管理と日常の変化や困った事など、看護記録に残し適切な指導を受けられるにしています。		
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。	支援情報を担当機関、関係者に提出し本人我安心して治療を受けられ、早期退院できるように関係作りをしています。		
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。	家族会等で重度化した場合の対応についての説明し再確認を定期的に行なっています。ご家族様の意思を尊重し関係機関の協力をしています。終末期の看取り介護を、ご家族様、関係機関と連携し積極的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。	急変や事故に備えて、初期対応の訓練、マニュアルの実践項目の確認を行っています。重度化した利用者の専用ノートを作成し情報の共有をはかっています。		
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。	地域の住人と消防署の協力を得、震災時の訓練と、起震車の体験をおこないました。地域住人からは貴重な体験が出来たと喜んで頂きました。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	接遇を通じてより良いサービスの質の向上につながる様に努めています。		
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。	日頃の会話の中で会話の中で、思い出などの話の中より、会議の中で検討し自己決定が出来る様に働きかけています。		
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。	自由に生き活きとした生活を送っていただけるように配慮しています。計画作成時、本人の意向に添って作成しメリハリのある生活が送れるように努めています。		
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。	身だしなみは、本人が不快な思いをしないように、その都度支援しています。		
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。	盛り付け、後片付けなどを、職員と一緒に参加して頂き、役割を持つ事で変化ある生活を楽しんで頂く。食に関しての話題で食事が楽しくなるように努めています。		

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
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。	食事栄養価はメニュー表で把握、食事量、水分量など、記録を行い医療機関の指導のもと検討を行っています。		
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。	口腔体操、食後の口腔ケアの声掛け見守りし、必要に応じて介助を行っています。		
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。	時間を決めてトイレ誘導を行いトイレでの排泄に取り組んでいます。		
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。	水分補給や運動などの支援を行い必要に応じて医師に指示を仰ぎ支援を行っています。		
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。	夜間の入浴は職員一人の為、本人の了解のもと、日中入浴支援を行っています。		

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。	バイタル測定を午前、午後と2回行い体調の変化に対応しています。		
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。	医療連携の医師の指示のもと、薬剤師の説明を受け服薬の支援をおこない症状の改善に努めています。		
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。	個々の状態により楽しみや趣味などの支援に努め、全体で出来る楽しみなどで気分転換を図って頂いています。		
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。	ご家族様の協力を得て外出の機会を持っていただいています。天気の良い日はホーム周辺の散歩を楽しんで頂いています。		
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。	基本的にはお金はお預かりして、要望や必要に応じてお使いいただいています。		

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
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。	希望があれば随時かけられるように支援しています。年賀状などは、自筆、代筆でご家族様のもとに届くように取り組んでいます。		
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。	温度調整、音量調整、清潔な環境作りをして居心地良く生活して頂けるように努めています。		
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。	配置などの工夫により、ご利用者様同士が楽しめる、空間作りに取り組んでいます。		
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。	本人や家族に相談し使い慣れた家具や馴染みの椅子などを配置し居心地良く生活出来る様に取り組んでいます。		
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。	生活しやすい動線になるように工夫しています。時には模様替えなどして快適空間の支援に努めています。コールボタンを使用し安全に生活出来る様に取り組んでいます。		

## 目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家、横浜羽沢3

作成日：平成 25 年 11 月 25 日

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	8	入居の年数が長くなると友人が足を運ぶ機会が少なくなり友人の顔を忘れてしまう。	馴染みの友人をいつまでも忘れず大切な思い出として記憶に残せる。	アルバム、絵を手紙でお便りをし、馴染みの関係が、途切れないようにする。	1ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月