

2019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	140200027	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	令和1年10月23日	評価結果 市町村受理日	令和2年2月25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)】

ホームの理念「一人一人の個性を尊重し 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」に基づき、入居者様とご家族・職員・ホームに関わる全ての方が笑顔で日々を送れる様に務めております。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止め、日々の生活におけるサービス提供に力を入れております。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年11月27日	評価機関 評価決定日	令和2年2月13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」西口からバスを利用し、「羽沢町」バス停下車徒歩3分、又は「菅田中学校前」バス停下車徒歩5分ほどのところにあります。高台に位置する敷地周辺には畑が点在し、天候が良い日は富士山を望むこともできます。

<優れている点>

地域との交流・連携が進んでいます。納涼会やクリスマス会など事業所イベントに近所の人を招待しており、訪れた人から野菜をおすそ分けしていただくこともあります。近隣の協力を得て果物狩りや野菜の収穫など、屋外レクリエーションも実施しています。また、町内会の防災訓練に参加し、「子ども110番の家」の指定を受けるなど、地域貢献にも取り組んでいます。運動機能と認知機能の低下を防止するためのエクササイズ、ノーア体操をレクリエーションに取り入れています。ノーア体操とは、脳と足腰を同時に使う法人独自の運動プログラムで、2ヶ月に1回専門のトレーナーが来所し、指導をしています。また、手すりのある廊下の一部に布テープで足の位置と順番を表示したコーナーを設け、数字を意識しながら歩行訓練を行うことができるようになっています。

<工夫点>

年2回の家族会には、家族の関心を引くような内容の催しを行い、出席者増につなげています。今年度は、体調や食べ方に合わせた、安全で食べやすい形態に調整した食事の試食会などを実施しています。

【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。	参加可能な行事に参加し地域交流を深めています。又、日々の業務において意識し支援にあたっています。	開所時のメンバー全員で「一人一人の個性を尊重し、優しく耳を傾け、ホームの皆様が地域と共に楽しく穏やかに過ごせるホーム」という理念を作成しています。職員へは実践を通して意識づけをしています。	今後はスタッフ会議などを活用した意識づけも期待されます。
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、地域の方で開催される行事に参加しています。	職員は町内会の防災訓練に参加しています。また、納涼会やクリスマス会など、事業所イベントに地域の人を招待したり、野菜をおすそ分けしてもらするなど、交流が進んでいます。「子ども110番の家」の指定を受けるなど、地域貢献にも取り組んでいます。	
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。	ご近所様との対話の中で情報提供を行なうことがあります。また運営推進会議等で認知症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。	2ヶ月に1度当社の他ホームと合同で開催し、ホームの運営状況や行事の詳細について報告しています。この時、地域の方々にアドバイスを頂いています。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、サービスの向上に活かしています。	家族代表や町内会関係者、地域住民代表、地域包括支援センター職員などをメンバーに、同一地区の2事業所と合同で年6回開催し、報告や話し合いを行っています。今年度の会議では、ノーア体操のやり方についてアドバイスを受け、実施にこぎつけています。	
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ます。	介護保険・生活保護の担当者と連絡を取り、利用者様の状況報告・相談を行っています。また、運営推進会議で地域包括センターとも連携を摂っています。	入居者には生活保護費受給者が多く、管理者は区役所の生活支援課に状況報告や業務上の相談をしています。必要な場合には介護保険担当窓口の高齢・障害支援課とも連絡をとっており、相談があれば対応してもらえる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。	身体拘束ゼロ推進のポスターを1・2階の入り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なっています。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とっています。	法人の「身体拘束廃止委員会」に参加した職員による事業所内研修を、毎月のスタッフ会議の後に実施しています。利用者に抑圧感を与えるような言葉による拘束にも注意を払っています。日中、玄関は施錠していますが、入居者の求めがあれば解錠し、職員が同行して見守りしています。	
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、新人社員研修、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、時間をかけて十分な説明を行い、納得頂ける様に努めています。 質疑応答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からの意見、要望を伺い日々の対話の中から利用者様の意見、苦情をうかがっています。 又、出された意見・要望等は記録に残し改善できるようなシステムを用意しています。	年2回の家族会や、来訪時に、家族の意見、要望、苦情、不満の把握に努めています。寄せられた意見などは「苦情メモ用紙」に内容や初回対応・指示などを記録し、運営に反映しています。	

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。	スタッフ会議を月1度開催して情報収集を行ない、運営に反映しています。	フロア会議を月1回、ユニット合同スタッフ会議を3ヶ月に1回程度開催して職員意見の把握に努めています。参加できない職員については前もって意見を聞く配慮もしています。人事考課(年2回実施)に伴う個人面談の際にも意見の表明が可能です。	
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2回の人事考課を行なっています。個々の職員が向上心を持って働ける様に職場環境・条件の整備行なっています。		
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様にしています。		
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。		
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・入居当初は、ご本人様・ご家族様にヒアリングを行ない、ご本人様のニーズを聞き取れる様に努めています。入居当初は職員全体でご本人様の様子観察、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。	ご本人様・ご家族様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。	ご本人様・ご家族様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こなすことでいい関係を築いています。利用者同士の関係を下地にし、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。	一言通信に写真を添付したり、様子をお伝えし、家族会の参加を促し参加して頂き、ご家族様への絆の意識づけを行っています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	ご家族様と相談し、無理のない範囲で馴染みの日人に面会を促すような声掛けを行っています。また、知人の方が面会に来られたり、一緒に外出される利用者様もいらっしゃいます。	入居前に利用予定者の自宅を訪れてヒアリングを行い、生活歴や生活環境の把握に努めています。知人などが来訪の際は、居室でゆっくり過ごせるよう配慮しています。入居者から希望があれば、電話や手紙での連絡を取り持つ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様同士の交流と相互の理解を深め、支えあえる関係が築かれ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ないご本人様の意向をつかめる様に努めています。	居室担当スタッフを置くなど、馴染みの関係を生かして意向の把握に努め、フロア会議で情報の共有を図っています。意思疎通が困難な入居者については、表情から汲み取ったり、日々の関わりや家族から得た情報をもとに、本人本位の検討を行っています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	入居時に生活歴、今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様のホームでの生活に反映される様、支援に活用しています。		
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。	定期的なアセスメント・生活記録にて把握しています。職員の申し送りを徹底し、現状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。	定期的なカンファレンス、モニタリングを行ない、協議の上介護計画を作成しています。	利用開始時は自宅を訪問したり、計画更新時は家族へ「ご意向確認書」を送付して、入居者・家族の意向を把握し、介護計画に反映させています。カンファレンスには全員が参加し、モニタリング結果や職員の気付き、医師の意見などを基に話し合っています。	
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、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ない出来るだけ状況に応じた支援をしています。		
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。	外出・散歩を好まれる利用者様も多く、天気の良い日の緑の多いホーム周辺の散歩は好評です。		
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。	ご家族の了承を得たうえで、かかりつけ医の定期的な往診を行なっています。かかりつけ医の指示があった場合、他の医療機関に受診しています。	希望があれば、入居前のかかりつけ医の継続受診を支援しています。通院付き添いは原則家族が行い、通院先の医師へは必要な情報を提供しています。診察状況を家族から聞いて個別記録に記載し、職員間で共有しています。	

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なっています。また早期退院の為に、病院関係者とは逐一情報交換を行なっています。		
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。	ご家族に重度化した際の対応を入居時に説明しています。ご本人様・ご家族様の意思を尊重し、関係機関の協力を得ながら話し合いを行ない決定してもらえ環境作りに努めています。	「看取り介護マニュアル」について事業所内研修を行ったり、事例を基に意見交換したりするなど、職員間で学び合っています。重度化の際は、家族、協力医療機関、事業所の三者で話し合いを行い、家族の意向を尊重して、適切なケアが行えるよう努めています。	
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になっている。		
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。	避難経路を掲示し防災訓練を年に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。	消防署立ち会いの下、地域住民も参加し、地震を想定した避難訓練を行っています。毛布を使用した避難方法などの指導も受けています。町内会主催の訓練には職員が参加し、地域と相互協力関係を構築しています。備蓄品の一覧表を作成し適切な管理を行っています。	

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
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に心がけて、職員の意識向上に努めております。また、利用者様同士、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。	トイレや入浴、着替えなど、日々のケアを行う中で、入居者一人ひとりの思いを汲み取り、気持ちに寄り添って対応することを心がけています。フロア会議で入居者の様子を共有し、声かけ方法などを確認し合い、実践しています。	
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、ご本人様の心の声を聴き取れる様に努めています。		
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事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。	ご本人の好みを尊重し、ご本人の好きな洋服や髪型が出来る様に支援しています。		
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、利用者と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の準備・片づけは入居者様の役割を持ついい機会でお手伝いが可能な方には積極的に参加して頂いています。定期的に出前、昼食レクを行ない入居者様のニーズに応じています。	昼食前に全員で口腔体操を行い、和やかな雰囲気になるよう工夫しています。希望を聞いて、パスタを職員が調理して提供したり、おやつ作りで入居者がホットケーキにフルーツをトッピングするなどして楽しんでいます。	

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。	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なっています。摂取状況は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を変更しています。		
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。	声かけ・介助にて口腔ケアを行なっています。又、週に1回訪問歯科衛生士の口腔内の清掃とチェックを行なっています。		
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、声かけやトイレ誘導等を行ない排泄の自立に向けた支援を行なっています。	排泄チェック表を用いて、個々の排泄パターンの把握に努め、トイレ誘導を行っています。夜間帯の失禁がなくなった事例もあります。個々の状況について、個別記録や会議を通じて、職員間で共有しており、担当外のフロアでも介助ができるようになっていきます。	
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。	排泄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なっています。		
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ない、ご本人様の希望があれば時間帯や曜日の変更を行なっています。	1階には、機械浴の設備があります。入浴は、原則午前中で行っていますが、希望に応じて、午後に変更するなど臨機応変に対応しています。拒否がある場合は、会話をしながら、入居者の気持ちがリラックスでき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
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時頃消灯を行なっています。入居者様のペースに合わせて就寝介助支援を行なっています。		
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ときに、一人ひとりの薬の説明、指示を受けています。薬剤説明を閲覧出来る様にファイリングしています。		
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。	一人ひとりの役割を持って頂ける様に支援しています。ご自分で意思表示が困難な方にもご家族様からの情報収集を行ない職員側から提案出来る様に努めています。		
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かけられるように支援しています。外出行事を企画したり、ご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。	4月に花見に出かけています。職員の配置が難しい状況の中、できる範囲で近隣の公園や神社への散歩、コンビニエンスストアなどへの買い物に行っています。入居者個々の希望に応じた外出や外出などの機会は減少しています。	入居者の希望に応じた外出や外出などの支援が行えるよう、職員の補充やボランティアからの協力を得るなどの検討も期待されます。
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。	ご本人から希望があった場合は電話を取り次ぐ、切手を用意するなど、ご本人が自力で行なうのが困難なところを支援しています。		
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をしています。特にリビング掃除を怠らずいい空間づくりを心掛けています。	リビングは、入居者の動線に配慮して、テーブルやソファなどを配置し、安全に安心して寛げるようにしています。壁面には、入居者が制作した色とりどりの貼り絵や行事の際の笑顔いっぱいの写真が掲示されており、明るい空間づくりの工夫をしています。温湿度管理も適切に行っています。	
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。またテーブル席も定期的に変えてトラブルを避ける工夫をしています。		
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。	ご本人・ご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なっています。ご家族様と相談し、馴染みの家具を使用されたりすることで居心地良く過ごせる様に努めています。	テレビやテーブルなど、希望に応じて自由に持ち込みができ、入居者が過ごしやすいように配置しています。居室の清掃は職員が行っていますが、ハンディモップを使って清掃している入居者もいます。必要に応じて加湿器を設置するなど配慮しています。	
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。	それぞれの居室やトイレなどの共有部に名前や飾りをつけることで自立出来る様に支援しています。		

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。	参加可能な行事に参加し地域交流を深めています。又、日々の業務において意識し支援にあたっています。		
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、地域の方で開催される行事に参加しています。		
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。	ご近所様との対話の中で情報提供を行なう事があります。 運営推進会議等で認知症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度当社の他ホームと合同で開催し、ホームの運営状況や行事の詳細について報告しています。この時、地域の方々にアドバイスを頂いています。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、サービスの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に取り組んでいる。	介護保険・生活保護の担当者と連絡を取り、利用者様の状況報告・相談を行なっています。また、運営推進会議で地域包括センターとも連携を摂っています。		

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・2階の入り口に掲示しています。外部からの侵入等の防犯の観点から玄関の施錠は行なっています。ただし入居者様からの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とっています。		
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、時間をかけて十分な説明を行い、納得頂ける様に努めています。質疑応答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からの意見、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。又、出された意見・要望等は記録に残し改善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。	スタッフ会議を月1度開催して情報収集を行ない、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2回の人事考課を行なっています。個々の職員が向上心を持って働ける様に職場環境・条件の整備行なっています。		
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様にしています。		
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。		
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・入居当初は、ご本人様・ご家族様にヒアリングを行ない、ご本人様のニーズを聞き取れる様に努めています。特に入居当初は職員全体でご本人様の様子観察、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。	ご本人様・ご家族様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。	ご本人様・ご家族様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こなうことでいい関係を築いています。利用者同士の関係を下地にし、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。	一言通信に写真を添付したり様子をお伝えし、家族会の参加を促し参加して頂き、ご家族様への絆の意識づけを行っています。		
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日人に面会を促すような声掛けを行なっています。また、知人の方が面会に来られたり、一緒に外出される利用者様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様同士の交流と相互の理解を深め、支えあえる関係が築かれ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ないご本人様の意向をつかめる様に努めています。		
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。	入居時に生活歴、今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様のホームでの生活に反映される様、支援活用しています。		
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。	定期的なアセスメント・生活記録にて把握しています。職員の申し送りを徹底し、現状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。	定期的なカンファレンス、モニタリングを行ない、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ない出来るだけ状況に応じた支援をしています。			
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。	外出・散歩を好まれる利用者様も多く、天気の良い日の緑の多いホーム周辺の散歩は好評です。			
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。	ご家族の了承を得たうえで、かかりつけ医の定期的な往診を行なっています。かかりつけ医の指示があった場合、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なっています。また早期退院の為に、病院関係者とは逐一情報交換を行なっています。		
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。	ご家族に重度化した際の対応を入居時に説明しています。ご本人様・ご家族様の意思を尊重し、関係機関の協力を得ながら話し合いを行ない決定してもらえ環境作りに努めています。		
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になっている。		
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。	避難経路を掲示し防災訓練を年に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に心がけて、職員の意識向上に努めております。また、利用者様同士、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、ご本人の心の声を聴き取れる様に努めています。		
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。	ご本人様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事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。	ご本人の好みを尊重し、ご本人様の好きな洋服や髪型が出来る様に支援しています。		
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・片づ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頂いています。定期的に出前、昼食レクを行ない入居者様のニーズに応えています。		

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
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なっています。摂取状況は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を変更しています。		
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。	声かけ・介助にて口腔ケアを行なっています。また、週に1回訪問歯科衛生士の口腔内の清掃とチェックを行なっています。		
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、声かけやトイレ誘導等を行ない排泄の自立に向けた支援を行なっています。		
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。	排泄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なっています。		
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ない、ご本人様の希望があれば時間帯や曜日の変更を行なっています。		

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
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時頃消灯を行なっています。入居者様のペースに合わせて就寝介助支援を行なっています。		
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ときに、一人ひとりの薬の説明、指示を受けています。薬剤説明を閲覧出来る様にファイリングしています。		
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。	一人ひとりの役割を持って頂ける様に支援しています。ご自分で意思表示が困難な方にもご家族様からの情報収集を行ない職員側から提案出来る様に努めています。		
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かけられるように支援しています。外出行事を企画したり、ご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。	ご本人様から希望があった場合は電話を取り次ぐ、切手を用意するなど、ご本人が自力で行なうのが困難なところを支援しています。		
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をしています。特にリビング掃除を怠らずいい空間づく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。またテーブル席も定期的に変えてトラブルを避ける工夫をしています。		
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。	ご本人様・ご家族様と話し合いの場を設け、双方に最優先されるケアを行なっています。ご家族様と相談し、馴染みの家具を使用されたりすることで居心地良く過ごせる様に努めています。		
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有部に名前や飾りをつけることで自立出来る様に支援しています。		

令和元年度

目標達成計画

事業所名 GHみんなの家 横浜羽沢

作成日： 令和 2 年 2 月 22 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	1	理念の共有を行なう様な機会を設けていない。	職員全員に理念を共有出来るような意識づけを行なう。	スタッフ会議を活用し、理念の意識付けを行なっていく。	3ヶ月
2	18	入居者様の外出に機会が減少してきている。	外出支援が増える様にしていく。	職員の補充を上司にお願いすると共に業務内容を見直し外出支援ができる様にしていく。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月