

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	1490900535	事業の開始年月日	平成30年6月1日
		指定年月日	平成30年6月1日
法人名	株式会社ストック		
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	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	令和1年9月22日	評価結果 市町村受理日	令和1年12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)】

施設の前を横浜線が通り日産スタジアムや横浜労災病院など地域の施設が多く見られます、目の前には畑もあり季節の変化を感じることもできます。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できます。地域のイベントや行事も多く積極的に参加するようにしています。施設でも毎月季節行事をおこない利用者が楽しく過ごせるようにしております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年11月2日	評価機関 評価決定日	令和1年12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、JR横浜線「小机駅」から線路と並行に徒歩10分程のところにあります。近くには日産スタジアム（横総国際総合競技場）があり、線路の反対側は住宅街になっています。

<優れている点>

事業所の建物は築16年経過していますが、シンプルな外観が目を引きます。内部も整理整頓が行き届き、清潔感があります。廊下や居間の壁面には所狭しと利用者の楽しそうな写真が行事イベントごとに掲示してあります。居室の出入りロドアの袖壁には、本人のアップの顔写真が掲示されており、これらの写真は1ヶ月ごとに貼り替えています。外回りの畑や花壇には、利用者ごとに専用のコーナーがあり、各々が責任をもって手入れなどを行っています。居室の入口横には廊下側から使える鍵のかかる収納スペースがあり、室内のクローゼットと併せて利用することができます。事務室内の「薬品庫」スペースは活用しやすく整理されています。この1年間に数名の看取りを経験しています。家庭的な雰囲気の中での最期に職員は充実感を感じています。

<工夫点>

暮らしの中で気づいたことを利用者目線で提議し、職員が代弁者として本人に代わって改善に役立っています。利用者の個室の入り口にあるネームプレートは、色付けをした板に職員が絵を書き、名前を表示した個性的なプレートになっています。

【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させている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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つなげている。	職員だけではなく利用者、家族、地域とも共有できるように運営推進会議や地域行事に積極的に参加し理解を求めています。	「ご近所さん」「利用者一人ひとり」「笑顔」を理念に掲げ、外に出る機会を設け、近所との関わりを持って利用者の笑顔を引き出すようにしています。理念は事業所の玄関、事務所に掲示し、いつでも目にできるようになっています。	
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。	地域のイベントやケアプラザなどに参加し常に情報交換を行える環境にあります。	地域ケアプラザ（地域包括支援センターの役割・機能を持っている）で実施する毎月のカフェサロンに毎回3名ほどの利用者が参加しています。その他、自治会開催の盆踊り、敬老会に参加し、防災訓練時には地域の青年団との交流があります。	
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。	自治会主催の行事や近所のグループホームとのイベントにお互い声をかけるなど交流の機会を作っています。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	自治会主催の行事やケアプラザで行うイベントなどの情報をもらい外出支援に役立てています。	年に6回開催し、自治会、民生委員、地域ケアプラザ職員と利用者家族、概ね3組ほどが参加しています。メンバーから地域内の3ヶ所のグループホームで交流をしてはどうかと発案があり、準備を進めています。	
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。	港北区区役所をはじめとし各生活支援課や高齢障害支援課との連携強化をし利用者が困難なく生活が行えるように勤め、また福祉避難所としての協定締結施設としても登録しています	「水害の危険地域」の指定地域のため、障がい者や独居老人の「一時避難の受け入れ先」として市の視察を受けた上で指定され、その役割を担っています。港北区の生活支援課とは利用者の受け入れ体制の連携を図っています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。また運営推進会議の議題としてもあげご家族にも施設の取り組みを把握していただいております	年間計画に従い、今年は8月に身体拘束禁止について研修を実施しています。不参加の職員は、「身体拘束ゼロシンポジウムの手引き」の資料を回覧し、読み合わせをしています。ドラッグロックについては多剤服用を回避するため医師に相談し、減薬を推進しています。	
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。	利用者に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。	苦情相談窓口を施設とは別に設け意見が言いやすい環境を作りまたそれをミーティングなどで協議できるしくみがある、また運営推進会議のメンバーにご家族がいるため意見の反映が行いやすいです。	運営推進会議に家族の参加があり、その際意見をもらって、「認知症に関する理解」を得るため、認知症の人の心理面について勉強しています。その他、家族の疑問は解決に繋がるよう努めています。	

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
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、ミーティングでも議題として上げて意見や提案の話し合いをし検討し反映できるようにしています。	相談員室の扉は常に解放しており、いつでも管理者に声かけしやすい環境や雰囲気を意識しています。管理者に話せないことは、その上司（役員）に話せる機会を設けています	定期的に管理者と1対1の面談の機会を持つなど、心理面や業務環境などに関する意見を引き出していくことも期待されます。
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。給料の水準や処遇改善手当でもその労働に合わせ対応しています。法人ならびに管理者は職員の人間関係がよくなるように常に考えています。		
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。	各種資格試験の受講のサポート、各研修への参加を薦め、管理者も積極的に研修に参加しそこで得た知識を施設研修で使用しています。		
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。	地域のグループホームとの交流や地域ケアプラザに足を運びイベントに参加し情報の共有やサービスの質を向上させています。		
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。	利用の前の面談や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きます。		
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。	本人が出来る事はなるべく本人が行うようにしています。月日とともに自立度が低下してきても人として他者との関係が壊されないように、声かけに配慮するなど日常の支援に気をつけています。		
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。	家族が参加できる行事などを企画し利用者と家族が共に行動できる機会を作ります、また本人の日頃の状態や写真などを手紙に添え送り共に支える関係を心がけています。		
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。施設としても出来るだけ本人の望む場所へ外出支援しています。	利用者の友人が訪ねてくることがあります。知人や家族に便りを出したい時は、買い置きの手紙を使ってもらい、職員と一緒にポストに投函しています。美容院に行くことを楽しみにしている人にも継続の支援をしています。	

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
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。	退去先の施設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。	利用者の誕生日には食べたいものや行ってみたい所を聞いて希望に応えるようにしています。言葉にできない人は、関わりの中でのやり取りから推察し、確認するようにしています。	
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、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きます。		
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。	利用者の個々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出来るようにしています。	管理者、職員、計画作成担当でカンファレンスを月に1回実施し、モニタリングは3ヶ月に1回実施しています。職員は日常の関わりの中での変化をつかみ、記録に落とし込み、これらを集約したうえで話し合っています。	短期目標を達成するため、日常の処遇項目について、支援経過記録に落とし込んでいます。日々チェックすることで全職員がケアプランを身近に感じることも期待されます。	
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。気づきや個々の対応を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。	家族が対応できないときに、状況に応じて通院や送迎を行っています。その他家族の要望があれば対応できることは臨機応変に行っています。			
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。	地域ケアプラザや自治会のイベントや設備を利用しています。地域のお店に買い物や散歩に出かけます。地域の床屋に散髪に行きます。			
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ときはそのままでも良いです。本人がこだわらなければ本人家族の同意のもと医療連携の病院医師に受診をお願いしてもらいます。	かかりつけの医師の往診に合わせて、事前に管理者とリーダーの職員2名で利用者のADLの状態や薬などに関して打ち合わせをし、記録に落として情報提供をしています。また往診時は聞き落としがないように各自が記録を取り確認しています。		

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。	施設看護師は日常の健康管理の相談をきいてもらい助言してもらいます。連携先看護師も必要に応じ対応してもらい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をしています。家族と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章にして本人、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。また看取り状態になった場合にはその状態に合わせて同意書に署名してもらいます	入居時に、利用者が重度化した時の指針について説明しています。急変時や終末期については、別に同意書に署名をもらうようにしています。介護計画は心身状況に合わせて随時作り直しています。	
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。	救急時の対応はマニュアルを設置してあります。事故発生時は電話そば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。通報年2回行っております。		
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。	自治会や消防との連携のもと年2回の避難訓練を行っています。非難計画書も横浜市指導のもと作成しています。また福祉避難所としても締結されています。	近くに鶴見川があり水害危険地域となっています。施設は5自治会の地域防災拠点として、福祉避難所の指定を横浜市より受けています。自治会の青年団や消防署との連携の下、災害時の避難訓練を年2回行っています。備蓄も随時、点検しています。	法人に食料品を扱っている会社があり、米の備蓄などは心配ないようです。今後は水の備蓄を増やすことも期待されます。その他、災害時のヘルメットや利用者の名札の着用の準備も期待されます。

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。利用者が事故決定できるように支援し言葉かけをしています。職員は個人情報漏らさないように日頃からお互いに確認しています。	利用者の要望や不満をよく聞き、記録しています。伝える事が難しい利用者からも、職員が言葉を引き出すようにしています。失禁や排泄時は利用者を尊重する言葉かけをしています。庭で花づくりを楽しむなど、利用者の暮らしの空間は特に大切にしています。	
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。	利用者が気軽に要望が伝えられるように環境づくりをしています。伝えることができ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し、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出来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。	本人自身でなるべくできるように支援しています、自身で出来なお場合でも要望を聞きなるべく添えるようにしています、家族からの情報も集めています。		
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。	日常でも好みの食事にできるだけ叶えられるように配慮しています、誕生日会や行事にも食事には力をいれ季節を感じる食財などをなるべく使用するようにしています。	法人から届く献立で、項目が選べる場合は利用者の好みで選んでもらっています。正月やクリスマス、敬老会など、特別メニューの食事を楽しめるよう支援しています。食事の準備や後片付けなど、利用者ができる事は職員と一緒にしています。	

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
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います、摂取量が著しく減少した場合は主治医に相談し体調管理につとめる。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	週1回の訪問歯科から義歯の手入れや状態、口腔内のケアなどの助言をもらい的確な対応に勤めています。		
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。	本人の自尊心に配慮した状態に合わせた対応を行っています。排泄障害がにてオムツ使用時は本人の様子や時間帯を香料しトイレ誘導、排泄介助をしています	職員は、一人ひとりの排泄時の特徴を把握し、利用者のプライバシーを尊重してトイレ誘導や介助を行っています。夜間もオムツ使用を拒む利用者が多くおり、トイレの際は転倒に気を付け、見守りや介助をしています。	
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。	適度な運動や食事形態を考え便秘予防をしています。水分にも気をつけて主治医に相談し便秘薬にてコントロールする場合があります。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者の希望に添えるようにバランスよく入浴が行える日にち設定を行っています。入浴拒否や行えなかったときは日にちをずらし週2回は必ず入れるように工夫します。	曜日は決めず、利用者の希望や状態に合わせて入浴しています。入浴を嫌がる利用者も、日にちを変えて、週2回は入浴しています。浴槽につかるときは個々の状態に応じ、見守りや介助をしています。現在、ボディシャワーやリフト浴の人はいません。	

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。	利用者の生活状況に合わせて休息を取り入れるようにしています。昼夜逆転にならない程度に時間を決め休息し活動にも積極的に参加していただきます。		
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。	マニュアルとダブルチェックを行い服薬事故を防止しています、薬剤師の居宅療養管理指導による服薬の目的、副作用を確認し支援している。主治医へ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付けや掃き掃除や洗濯物をたたんだり他者への気遣い世話をできるように支援しています、花壇や畑の作業等も希望により支援できるよう環境を整えています。		
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。	日常的に外出が行えるように目的を定め支援しています。買い物や地域のイベント、通院なども目的のひとつとして支援しています。また家族も協力していただき外出の頻度を高めています。	2人くらいずつ、順番に外出の支援をしています。コンビニエンスストアやスーパーマーケットでの買い物、床屋や美容院、地域の祭り、地域ケアプラザで行うコーヒーカフェなどに出かけています。利用者の誕生日には外食も支援しています。車いすの人も同様です。	
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。	家族、後見人にできるだけ支援協力を行っていただき本人の生活が満足できるように対応しました施設も同様に行っています。		

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
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。	通信費を施設で負担したりと外部とのかかわりを行いやすく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。	共用部にみなが落ち着けるような家具の配置を行い利用者がのんびりできる空間がる不要なものは極力おかず、季節感のある飾りつけなどを行い生活環境を工夫しています。	共用空間には利用者や職員と一緒に作った作品を飾っています。季節の七夕飾りや5月の節句など、利用者全員で行っています。廊下の壁面には、花火大会や町内の盆踊り、地域ケアプラザでのコーヒーカフェなどの楽しい思い出の写真を貼り、利用者の笑顔を引き出しています。	
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。	居間にソファを置き利用者と職員が共有しくつろげるスペースを設けています、玄関にもイスを置き居心地がよい空間づくりを心がけてます		
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た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。	利用者の馴染みの家具や仏壇、写真を持参してもらい、居心地よく過ごせるようにしています。居室の外側に収納ロッカーが備え付けられており、居室を広く使うことが出来てます。居室の外側からコートやオムツ、リハビリパンツなどが取り出しやすくなっています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	トイレがわかりやすくなるように表示したり安全な家具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させている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々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つなげている。	職員だけではなく利用者、家族、地域とも共有できるように運営推進会議や地域行事に積極的に参加し理解を求めています。		
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。	地域のイベントやケアプラザなどに参加し常に情報交換を行える環境にあります。		
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。	自治会主催の行事や近所のグループホームとのイベントにお互い声をかけるなど交流の機会を作っています。		
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。	自治会主催の行事やケアプラザで行うイベントなどの情報をもらい外出支援に役立てています。		
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。	港北区区役所をはじめとし各生活支援課や高齢障害支援課との連携強化をし利用者が困難なく生活が行えるように勤め、また福祉避難所としての協定締結施設としても登録しています		

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。また運営推進会議の議題としてもあげご家族にも施設の取り組みを把握していただいております		
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。	利用者に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。	苦情相談窓口を施設とは別に設け意見が言いやすい環境を作りまたそれをミーティングなどで協議できるしくみがある、また運営推進会議のメンバーにご家族がいるため意見の反映が行いやすいです。		

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、ミーティングでも議題として上げて意見や提案の話し合いをし検討し反映でき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。給料の水準や処遇改善手当でもその労働に合わせ対応しています。法人ならびに管理者は職員の人間関係がよくなるように常に考えています。		
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。	各種資格試験の受講のサポート、各研修への参加を薦め、管理者も積極的に研修に参加しそこで得た知識を施設研修で使用しています。		
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。	地域のグループホームとの交流や地域ケアプラザに足を運びイベントに参加し情報の共有やサービスの質を向上させています。		
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。	利用の前の面談や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きます。		
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。	本人が出来る事はなるべく本人が行うようにしています。月日とともに自立度が低下してきても人として他者との関係が壊されないように、声かけに配慮するなど日常の支援に気をつけています。		
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。	家族が参加できる行事などを企画し利用者と家族が共に行動できる機会を作ります、また本人の日頃の状態や写真などを手紙に添え送り共に支える関係を心がけています。		
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。施設としても出来るだけ本人の望む場所へ外出支援しています。		

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
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。	退去先の施設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。		
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、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きます。		
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。	利用者の個々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出来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、情報を共有している。気づきや個々の対応を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、その時々にも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ときに、状況に応じて通院や送迎を行っています。その他家族の要望があれば対応できることは臨機応変に行っています。		
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。	地域ケアプラザや自治会のイベントや設備を利用しています。地域のお店に買い物や散歩に出かけます。地域の床屋に散髪に行きます。		
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ときはそのままでも良いです。本人がこだわらなければ本人家族の同意のもと医療連携の病院医師に受診をお願いしてもらいます。		

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。	施設看護師は日常の健康管理の相談をきいてもらい助言してもらいます。連携先看護師も必要に応じ対応してもらい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をしています。家族と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章にして本人、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。また看取り状態になった場合にはその状態に合わせて同意書に署名してもらいます		
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。	救急時の対応はマニュアルを設置してあります。事故発生時は電話そば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。通報年2回行っております。		
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。	自治会や消防との連携のもと年2回の避難訓練を行っています。非難計画書も横浜市指導のもと作成しています。また福祉避所としても締結されています。		

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
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。利用者が事故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頃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。	利用者が気軽に要望が伝えられるように環境づくりをしています。伝えることができ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出来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。	本人自身でなるべくできるように支援しています、自身で出来な場合でも要望を聞きなるべく添えるようにしています、家族からの情報も集めています。		
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。	日常でも好みの食事にできるだけ叶えられるように配慮しています、誕生会や行事にも食事には力をいれ季節を感じる食財などをなるべく使用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
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います、摂取量が著しく減少した場合は主治医に相談し体調管理につとめる。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	週1回の訪問歯科から義歯の手入れや状態、口腔内のケアなどの助言をもらい的確な対応に勤めています。		
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。	本人の自尊心に配慮しまた状態に合わせた対応を行っています。排泄障害がにてオムツ使用時は本人の様子や時間帯を香料しトイレ誘導、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。	適度な運動や食事形態を考え便秘予防をしています。水分にも気をつけて主治医に相談し便秘薬にてコントロールする場合があります。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	利用者の希望に添えるようにバランスよく入浴が行える日にち設定を行っています。入浴拒否や行えなかったときは日にちをずらし週2回は必ず入れるように工夫します。		

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
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。	利用者の生活状況に合わせて休息を取り入れるようにしています。昼夜逆転にならない程度に時間を決め休息し活動にも積極的に参加していただきます。		
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。	マニュアルとダブルチェックを行い服薬事故を防止しています、薬剤師の居宅療養管理指導による服薬の目的、副作用を確認し支援している。主治医へ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付けや掃き掃除や洗濯物をたたんだり他者への気遣い世話をできるように支援しています、花壇や畑の作業等も希望により支援できるよう環境を整えています。		
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。	日常的に外出が行えるように目的を定め支援しています。買い物や地域のイベント、通院なども目的のひとつとして支援しています。また家族も協力していただき外出の頻度を高めています。		
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。	家族、後見人にできるだけ支援協力を行っていただき本人の生活が満足できるように対応した施設も同様に行っています。		

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
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。	通信費を施設で負担したりと外部とのかかわりを行いやすく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。	共用部にみなが落ち着けるような家具の配置を行い利用者がのんびりできる空間がる不要なものは極力おかず、季節感のある飾りつけなどを行い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。	居間にソファを置き利用者と職員が共有しくつろげるスペースを設けています、玄関にもイスを置き居心地がよい空間づくりを心がけてます		
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な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。		
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。	トイレがわかりやすくなるように表示したり安全な家具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。		

2019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：令和元年 12月 24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		定期的に管理者と職員が1対1の面談の機会をもつなど、職員一人ひとりとのコミュニケーションがとれる機会、仕組みを作り職員との関係作り、職員の精神面などのフォローアップに努める。	職員一人ひとりがお悩みや課題を聞き、できるだけ解決をしていく、また職員との信頼関係も強固としていく。	多くの問題としては職員間のトラブル解決、利用者へのケア内容や認知症への理解やスキルアップを課題としその問題点を速やかに発見し面談の時間を作る、少なくとも1ヶ月に5名ほどの職員と時間を作る機会を作る	1ヶ月
2		ケアプランをもっと職員の身近な物にし重要なことと再認識し利用者へのサービスをより良いものとする。	職員はケアプランの重要性を理解しているが常に確認しそれが利用者に反映できるよう管理者は努める。	すでにケアプランは職員の身近な場所に整備いたしました、個人情報にも配慮しています。また利用者の状態が変化した場合にも速やかな対応も実践していきます	1ヶ月
3		備蓄のお水の量を現在の2倍にし災害用ヘルメットを備える。避難用の利用者の名札を用意しておく	課題として困難なものではないので早急に対応いたします。	1ヶ月以内に全ての対応をいたします。水分に関しては既に対応済みです。	1ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月