

令和 1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	1493300410	事業の開始年月日	平成30年8月1日
		指定年月日	平成30年8月1日
法人名	株式会社 ツクイ		
事業所名	ツクイ横浜霧が丘		
所在地	( 2260-116 ) 神奈川県横浜市緑区霧が丘一丁目17-8		
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	令和元年11月28日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月19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	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

出来る事を生き甲斐に繋げるケア 共同生活の中で困難なことはスタッフがサポートしますが 食事や掃除等誰もが、過去に経験や体験したことがある 「役割」を持っていただき生活リハビリを行います。 グループホームの中で「生活様式の再構築」をすることで ご自身の存在意識を高めていただき、出来る事を生き甲斐に繋げるケアを 目指しています。
---

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年2月14日	評価機関 評価決定日	令和2年5月12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「十日市場」駅から、バス本数も多く、数分の「萱場公園入口」バス停からすぐの利便性が良い住宅地にあります。2階建てで、1階が同一法人の通所介護事業所、2階がグループホームとなっています。デイサービスとは日頃から連携を図っています。 <優れている点> できる事を生きがいにつながるケアの実践に努めています。食事に関する場面で、入居者は食材を切ったり、味付け、テーブル拭き、食器洗いなどに参加しています。事業所の自主活動の地域清掃を、入居者と一緒に行っています。「以前のように、弓道をやりたい」という本人の思いに、筋力をつけるための運動をケアプランに反映させています。「ケーキを作りたい」という希望を長期プランに設定し、「調理をすること」を短期プランにしています。また、毎月の事業所通信「ツクイ横浜霧が丘」では、行事や日常のひとコマを数多くのカラー写真やコメントを添えて家族に郵送しています。手慣れた手つきで家事をする姿、職員との和やかな関わりの中で生き生きと過ごしている入居者の様子が伝わっています。加えて入居者の個別の様子も別書式(食事、排泄、清潔、往診、生活の様子)の項目あり)で丁寧に伝えています。 <工夫点> ケアプランに基づき、D(データ)、A(アクション)、R(反応)を常に念頭に介護記録に残しています。その日々の記録をモニタリングに活かしています。
---

### 【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	ツクイ横浜霧が丘
ユニット名	シラン

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	事業所理念を事務所に掲示し、毎朝朝礼時に確認している。また、ケアプランの内容にも反映させている	開設時に職員で話し合い、「個人に合ったケアの提供、安心して過ごせる環境」などを主旨とした理念を作成しています。朝礼時に唱和し、日々思いを新たに支援に取り組んでいます。「理念」について、県の研修にもスタッフが参加し、意識を高めています。	
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。	日常的な交流はほぼ出来ていないが、毎週金曜日に地域掃除を行っているため、そこで地域との交流を図っている	地域清掃（自主活動）を入居者と一緒に継続しています。地域包括支援センター主催の認知症サポーター講習会に職員が協力しています。日舞や大学生の三味線演奏、体操、ミュージカルなどのボランティアを積極的に受け入れ、入居者と交流しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域掃除を、お客様と一緒にやる事により、認知症という病気の理解に努めている。		
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。	運営推進会議時に、質疑応答の時間を設け、営業所への意見を聴集し、後日事業所のミーティングで、職員へ周知している。	半数以上の家族、民生委員、自治会々長、地域包括支援センター職員の出席があります。事業所の運営状況・事故などの報告後、意見交換をしています。出席者から、災害時に備え、発電機の使い方の確認をした方が良いとのアドバイスも受けています。	
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る。	人員配置についての相談や、加算算定についての問い合わせ、認定更新時の代理申請では、連絡を取ることがある	緑区の高齢福祉支援課に運営推進会議の議事録を毎回送付し、事業所の取組みを伝えていきます。指導課に事業所の人員配置の相談をしたり、市内数区の高齢福祉支援課と介護保険認定更新時の代理申請時に連絡をしたりなど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。	各ユニット出入口の施錠は、外部の不法侵入や、安全面を考慮して行っている。半面、外出機会の確保に努めている。	身体拘束廃止委員会は2ヶ月ごとの運営推進会議で開催しています。年2回事業所内研修でスタッフは身体拘束をしないケアについて学んでいます。言葉によるスピーチロックについては「・・・してもらえませんか？」など語尾に「か？」を付けることを意識して話すように工夫しています。	
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。	半年に一度全体研修を開催。それ以外にも毎月のミーティング等で、虐待について話合うことがある。スタッフ相談窓口も社内に設けていて、認知症への理解、対応についての研修も開催している		
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。	現状、学ぶ機会はまだ設けていない		
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。	契約時に、重要事項説明書を用いて説明している。		
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。	玄関に意見箱を設置。それ以外にも口頭で受け付けている。意見があった際には、内容を記録し、職員へ申し送りノートや全体ミーティング等で周知をしている。	来訪時、意見箱、運営推進会議など家族が意見を表す機会を設けています。外部評価受審時の家族アンケート結果もスタッフで共有し、改善に努めています。家族の意見から、クリーンサポーターを雇用することで、掃除が行き届くように改善をしています。	

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。	全体ミーティングや個別面談等で、意見を聞き、業務改善の材料としている	毎月の全体ミーティングで意見、提案を出し合っています。職員の意見から、ユニットに拘らない職員配置に変更し、全スタッフで全入居者を支援していく方針にしています。管理者は職員とのコミュニケーションを密に図るよう努めています。	
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。	入社時、契約更新時に面談を行い、確認をしている		
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。	毎月研修を実施している。また、資格支援制度の活用を推奨と、社外の研修希望があれば、随時受け付けている		
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。	近隣のGHと合同で、運営推進会議を開催し、その際に運営活動状況を共有している。		
<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。	アセスメントにて、課題を抽出し、本人、家族、職員間でカンファレンスをして、ケアプランに反映している。		

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
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。	毎月の利用状況を紙面にて交付していくことやいつでもお問い合わせが可能な旨を伝えている。		
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。	他のサービス利用については、状態に合わせて、マッサージサービス等を検討しているが、まずは、GHで出来るサービス提供している。		
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。	お客様同士で見守りをお願いしたり、共同して家事が出来るよう職員が介入している。		
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。	本人と家族が時間を共にできるよう、居室の掃除や散歩等の手伝いをお願いしている。		
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。	訪ねて来られた際には、家族、本人に確認し、伝えている。継続して訪問いただけるよう、支援している	玄関に「ようこそ」の気持ちを表す手書きのコメント付きのボードを置き、家族や友人の来訪を歓迎しています。手紙、携帯電話の管理、着物の着付けなど、支援しています。墓参りや旅行など思い出の場所へは家族の協力を得て出かけています。	

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
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。	居室の掃除では、他者の居室の掃除機かけ等をお願いすることもある。またベッドメイクや居室の整理整頓等、お客様同士で行う事もある。		
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。	サービス終了者はありません。		
<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。	今までの生活歴をアセスメントして、本人の意向を踏まえた、ケアプランを作成している。	思いを受け止め、「以前のように、弓道をやりたい」という本人の思いに、筋力をつけるための運動をケアプランに反映しています。「ケーキ作り」という希望を長期プランに設定し、そのために「調理をすること」を短期プランにして支援をしています。	
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。	アセスメントから抽出。随時本人に意向を確認するよう努めている		
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。	バイタルチェック表にて、日々の健康状態を確認し、アセスメントによって、現状の機能を確認している		

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
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。	家族やかかりつけ医、看護師や介護職員等で、本人の状態を共有し、現時点での課題を抽出して、ケアプランに反映している	ケアプランは、入居者一人ひとりの状況に合わせ、長期、短期目標の期間をそれぞれに設定しています。ケアプランに基づき、D（データ）、A（アクション）、R（反応）を常に念頭に介護記録に残し、モニタリングに活かしています。	
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。	ケアプランの内容を介護記録に反映し、フォーカスチャートを使用して、日々記録している。記録を元に、モニタリングを行っている		
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。	拘縮のある方については、マッサージサービスを検討している。		
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。	地域のかかりつけ医による、健康管理を行っている。また、お誕生日の際には、地域のケーキやさんに自ら足を運び、品物を選べる自由を得る事で、生き甲斐に繋げられるよう支援している		
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。	地域のかかりつけ医により、健康管理を行っている。検査等を希望される場合には、かかりつけ医とつながりのある総合病院への通院がスムーズにいくようになっている。	月2回、かかりつけ医が往診しています。検査などが必要な場合は、協力医療機関と連携して対応しています。体調の変化や健康状態は、毎月「お知らせ」の往診欄に記載し、家族に送っています。入居前から継続して専門医を受診している人は、家族が同行通院しています。	



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。	看護師を週一回配置している。またいつでもオンコール体制がとれるようにし、看護師からかかりつけ医と連携をとっている		
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。	入院時には、随時医療側と家族へ連絡し、早期退院に向けた、働きかけをしている。		
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。	契約時に、重度化した場合のホームの指針について、必ず説明している。	契約時、看取りに関する事業所の方針を説明し、同意を得ています。実際に看取りの段階になった場合は、再度意向を確認し、カンファレンスでのケア方針を、医療・看護・介護が連携・共有して支援しています。看取りの研修も定期的を実施しています。	
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。	事由発生時には、すぐに看護師へオンコールし、指示を仰ぐ体制をとっている		
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。	災害時の対応について、年一回研修を行っている。避難経路等はすでに周知済み。	併設の通所介護事業所と合同で、夜間想定を含む訓練を年2回以上実施しています。消防署の協力で通報、消火、誘導、避難経路の確認などを行い、災害に対する職員の意識を高めています。飲料水・食料品を3日分、毛布、発電機などを備えています。	備蓄に関して飲料水、食料品の量、賞味期限、また災害用品の種類などのリストを作成し、管理することが期待されます。

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
<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。	接遇マナー研修等で、勉強している。	個人を良く知るために、生活歴を把握しコミュニケーションを大切にしています。入浴の着替え選びや準備など、自己選択・自己決定をケアプランに入れて支援しています。言葉遣いなど接遇については管理者が指導し、ミーティングでも話し合っています。	
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。	洋服の着替えや、飲み物等自由に見えるように、自己決定を支援している。		
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。	タイムスケジュールは決めているが、本人のペースに合わせて、休みたい時は休んでいただき、お部屋で食事を摂りたい時は、居室に運んでいる		
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。	生活歴から嗜好を確認し、ヘアバンドやワンピースの着用、時期によっては着物の着用等を支援している		
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。	調理や盛り付けを、お客様と一緒にこなっている。	食材、メニューは外部業者への委託で、職員が調理しています。入居者は食材を切ったり、味付け、テーブル拭き、食器洗いなどに参加しています。食事前は嚥下体操をして機能を高めています。入居者のリクエストで寿司や釜飯など、外食や宅配食を楽しんでいます。	

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、水分チェック表にて管理している		
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、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。	訪問歯科医による、口腔ケアに関する指導をいただき、実施している		
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。	日中は定期的にトイレ誘導を行っています。また、おむつの使用を減らすために、布のパンツにパットを使用したりして、経済面での負担軽減にもつなげている。	トイレでの排泄を基本と考え、排泄チェック表や様子を見て声かけし、失敗が減少するように支援しています。適切なトイレ誘導により、日中は布パンツとパットで過ごせるようになった事例もあります。	
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。	毎朝の食事にはヨーグルトを提供し、飲み物は牛乳を提供。日中は、テレビ体操や外を散歩する等、外出機会の確保に努めている。		
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。	週二回以上の入浴を確保。入浴時間は決まっていますが、希望があれば毎日入浴することも可能としている。	入浴は週2回以上、午前中が基本となっています。それ以外の入浴も可能です。好みのシャンプーを置き、スタッフと昔話をしたり、音楽に耳を傾けながらの入浴は入居者にとって楽しみの一つとなっています。自立度の高い入居者には見守りをしていません。	

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。	一人一人の状態に合わせて、日中帯に休息する時間を設けています。		
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。	薬紙を個人ファイルにファイリングしいつでも閲覧できるようにしている。また、薬剤師とも連絡を取り合っている。		
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。	趣味の手芸や生け花等をレクリエーションに取り入れている。		
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。	毎日外出の機会は確保しています。時期に合わせて、神社に参拝や、近隣公園、動物園等、なるべく外へ出るイベントを企画し、実施している。	日常的に、1～3人の少人数ごとに事業所周辺や近隣の公園を散歩しています。家族との親睦を兼ねた1泊バス旅行で温泉を楽しんでいます。また、初詣や動物園など、積極的に外出の機会を作り、外の空気に触れています。	
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。	お金の所持は原則禁止としていますがこちらで立替して、スーパー等で買い物することがある。		

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
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。	電話や手紙等をケアプランに載せている方もいる。		
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。	共有空間にはソファを置き、いつでも横になれるようにしています。脱衣室は広く、ゆっくりできる仕様にもなっている。	ユニット入り口のスペースに自動給茶機があり、来客や、散歩から帰った入居者が湯茶で一休みしています。各ユニットの廊下には入居者の作品を、リビングの壁面には入居者とスタッフで制作した季節の壁画を飾っています。加湿機能付き空気清浄機を設置し、快適な共有空間となっています。	
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。	共有空間に一人になれる場所はありませんが、三人掛けソファで、気の合った利用者同士でお茶をしたりする事もある		
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。	ベットの位置を工夫したり、以前使い慣れた家具を持ち込んだりする方もいる。	カーテン、エアコン、ベッド、クローゼットが備え付けです。入居者はキャビネットなど小さな家具を持ち込み、壁面に写真や手作りの作品を飾っています。日常の清掃以外に週に1度、クリーンサポーターがフローリング清掃に入っており、清潔を保っています。	
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。	至るところに手すりを設置し、自立して歩行ができる内部になっている。		

事業所名	ツクイ横浜霧が丘
ユニット名	カエデ

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらい <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらい <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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る。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3, たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3, あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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。	事業所理念を事務所に掲示し、毎朝朝礼時に確認している。また、ケアプランの内容にも反映させている		
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。	日常的な交流はほぼ出来ていないが、毎週金曜日に地域掃除を行っているため、そこで地域との交流を図っている		
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。	地域掃除を、お客様と一緒にやる事により、認知症という病気の理解に努めている。		
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。	運営推進会議時に、質疑応答の時間を設け、営業所への意見を聴集し、後日事業所のミーティングで、職員へ周知している。		
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。	人員配置についての相談や、加算算定についての問い合わせ、認定更新時の代理申請では、連絡を取ることがある		

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
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。	各ユニット出入口の施錠は、外部の不法侵入や、安全面を考慮して行っている。半面、外出機会の確保に努めている。		
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。	半年に一度全体研修を開催。それ以外にも毎月のミーティング等で、虐待について話合うことがある。スタッフ相談窓口も社内に設けていて、認知症への理解、対応についての研修も開催している		
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。	現状、学ぶ機会はまだ設けていない		
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。	契約時に、重要事項説明書を用いて説明している。		
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。	玄関に意見箱を設置。それ以外にも口頭で受け付けている。意見があった際には、内容を記録し、職員へ申し送りノートや全体ミーティング等で周知をしている。		



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
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。	全体ミーティングや個別面談等で、意見を聞き、業務改善の材料としている		
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。	入社時、契約更新時に面談を行い、確認をしている		
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。	毎月研修を実施している。また、資格支援制度の活用の推奨と、社外の研修希望があれば、随時受け付けている		
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。	近隣のGHと合同で、運営推進会議を開催し、その際に運営活動状況を共有している。		
<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。	アセスメントにて、課題を抽出し、本人、家族、職員間でカンファレンスをして、ケアプランに反映している。		

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
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。	毎月の利用状況を紙面にて交付していくことやいつでもお問い合わせが可能な旨を伝えている。		
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。	他のサービス利用については、状態に合わせて、マッサージサービス等を検討しているが、まずは、GHで出来るサービス提供している。		
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。	お客様同士で見守りをお願いしたり、共同して家事が出来るよう職員が介入している。		
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。	本人と家族が時間を共にできるよう、居室の掃除や散歩等の手伝いをお願いしている。		
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。	訪ねて来られた際には、家族、本人に確認し、伝えている。継続して訪問いただけるよう、支援している		

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
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。	居室の掃除では、他者の居室の掃除機かけ等をお願いすることもある。またベッドメイクや居室の整理整頓等、お客様同士で行う事もある。		
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。	サービス終了者はありません。		
<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。	今までの生活歴をアセスメントして、本人の意向を踏まえた、ケアプランを作成している。		
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。	アセスメントから抽出。随時本人に意向を確認するよう努めている		
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。	バイタルチェック表にて、日々の健康状態を確認し、アセスメントによって、現状の機能を確認している		

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
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。	家族やかかりつけ医、看護師や介護職員等で、本人の状態を共有し、現時点での課題を抽出して、ケアプランに反映している		
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。	ケアプランの内容を介護記録に反映し、フォーカスチャートを使用して、日々記録している。記録を元に、モニタリングを行っている		
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。	拘縮のある方については、マッサージサービスを検討している。		
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。	地域のかかりつけ医による、健康管理を行っている。また、お誕生日の際には、地域のケーキやさんに自ら足を運び、品物を選べる自由を得る事で、生き甲斐に繋げられるよう支援している		
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。	地域のかかりつけ医により、健康管理を行っている。検査等を希望される場合には、かかりつけ医とつながりのある総合病院への通院がスムーズにいくようになっている。		

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
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。	看護師を週一回配置している。またいつでもオンコール体制がとれるようにし、看護師からかかりつけ医と連携をとっている		
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。	入院時には、随時医療側と家族へ連絡し、早期退院に向けた、働きかけをしている。		
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。	契約時に、重度化した場合のホームの指針について、必ず説明している。		
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。	事由発生時には、すぐに看護師へオンコールし、指示を仰ぐ体制をとっている		
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。	災害時の対応について、年一回研修を行っている。避難経路等はすでに周知済み。		

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。	接遇マナー研修等で、勉強している。		
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。	洋服の着替えや、飲み物等自由に選べるように、自己決定を支援している。		
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。	タイムスケジュールは決めているが、本人のペースに合わせて、休みたい時は休んでいただき、お部屋で食事を摂りたい時は、居室に運んでいる		
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。	生活歴から嗜好を確認し、ヘアバンドやワンピースの着用、時期によっては着物の着用等を支援している		
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。	調理や盛り付けを、お客様と一緒にこなっている。		

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
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、水分チェック表にて管理している		
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。	訪問歯科医による、口腔ケアに関する指導をいただき、実施している		
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。	日中は定期的にトイレ誘導を行っています。また、おむつの使用を減らすために、布のパンツにパットを使用したりして、経済面での負担軽減にもつなげている。		
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。	毎朝の食事にはヨーグルトを提供し、飲み物は牛乳を提供。日中は、テレビ体操や外を散歩する等、外出機会の確保に努めている。		
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。	週二回以上の入浴を確保。入浴時間は決めています。希望があれば毎日入浴することも可能としている。		

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
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。	一人一人の状態に合わせて、日中帯に休息する時間を設けています。		
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。	薬紙を個人ファイルにファイリングしいつでも閲覧できるようにしている。また、薬剤師とも連絡を取り合っている。		
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。	趣味の手芸や生け花等をレクリエーションに取り入れている。		
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。	毎日外出の機会は確保しています。時期に合わせて、神社に参拝や、近隣公園、動物園等、なるべく外へ出るイベントを企画し、実施している。		
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。	お金の所持は原則禁止としていますがこちらで立替して、スーパー等で買い物することがある。		



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
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。	電話や手紙等をケアプランに載せている方もいる。		
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。	共有空間にはソファを置き、いつでも横になれるようにしています。脱衣室は広く、ゆっくりできる仕様にもなっている。		
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。	共有空間に一人になれる場所はありませんが、三人掛けソファで、気の合った利用者同士でお茶をしたりする事もある		
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。	ベッドの位置を工夫したり、以前使い慣れた家具を持ち込んだりする方もいる。		
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。	至るところに手すりを設置し、自立して歩行ができる内部になっている。		

令和元年度

## 目標達成計画

事業所名 ツクイ横浜霧が丘

作成日： 令和元年11月28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	2	事業所と地域のつながり	地域住民の一員として、地域との連携を強化し、地域で認知症を支えていく仕組みづくりをしていきたい	毎週金曜日に、お客様と一緒に地域掃除継続していく。地域向けに認知症サポーター講習会を開催する	6ヶ月
2		その人らしい暮らしを続ける為の支援	個人の生き方を尊重し、その人にあった生活様式の提供	まずはその人を知る事。アセスメントの実地を行い、情報と状態の共有を行う事でケアの本質を明らかにしていく	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月