

平成 24 年度

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1493800013	事業の開始年月日	平成18年7月1日	
		指定年月日	平成18年7月1日	
法人名	(株) ウィズネット			
事業所名	グループホームみんなの家・横浜茅ヶ崎東			
所在地	(224-0033) 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎東5-5-18			
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 type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	通い定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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	2012//10/20	評価結果 市町村受理日	平成25年1月30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	
----------	--

【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)】

① 約2ヶ月に一度の割合でボランティアによる演奏やフラダンスを開催。
② 地域交流としての周辺での買い物を行なう。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	平成24年11月21日	評価機関 評価決定日	平成24年12月21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)】

<p>【事業所の優れている点】 ◇家族の要望、意見の反映 家族の意見、要望を運営に反映するために、家族の代表が参加する運営推進会議(年6回)、家族会(年6回)、家族の来訪時の職員との会話、介護計画作成時に行う家族の意見、要望の確認など、日常的に連携を深め、事業運営に反映している。 ◇職員、家族、利用者の意見、要望を取り入れた介護計画 介護計画の作成に際しては、職員は利用者との日常の会話で本人の意向を確認し、計画作成担当者は家族の意向を確認し、また、介護計画の有効期間は通常6ヶ月であるが、3ヶ月ごとに、きめの細かいチェックシートを用いてモニタリングを行っている。ケア会議では職員間で積極的な意見交換を行い、利用者本人の現状に即した介護計画を作成している。</p>
<p>【事業所が工夫している点】 ◇家族と地域住民との交流 楽器演奏、フラダンスなどの地域住民のボランティアや中学生の福祉体験を受け入れている。家族会開催日に楽器演奏のボランティアが来訪し、家族も演奏を楽しみ、また、ボランティアとの交流を行っている。</p>

【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	みんなの家・横浜茅ヶ崎東
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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	・ホーム理念でもある安心、安全を第一に考え他のグループホームとも交流をはかっています。	・法人の理念に基づき事業所独自の運営理念「入居者様の笑顔と家族にとっての安心、安全・・・」を職員が参加して定め、理念を玄関に掲示している。 ・職員は利用者に笑顔で寄り添い、家族の安心に心がけてサービス提供を行っている。	
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	・地域との連携を目指し町内会に入り散歩や回覧板を届ける際にも利用者同行を心掛けている。	・町内会に入会し、町内会行事の芋ほりなどに参加し交流を深めている。 ・事業所の行事に地域住民が参加し、また、年4回地域懇談会を開催し地域住民と交流している。 ・楽器演奏、フラダンスのボランティア、中学生の福祉体験を受け入れている。	
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	・年4回の地域懇談会で近隣の方の参加を呼びかけグループホームとはどんなところかを理解していただくよう取り組んでいます。		
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ヶ月に一度の会議にて家族、町会長、民生委員、地域ケアプラザ職員に参加していただき情報交換するほか、事業所の課題や取り組み等を報告し多様な意見を取り入れています。	・運営推進会議は2ヶ月に1回、近隣の同一法人の事業所と合同で行っている。町内会長、民生委員、ケアプラザ職員、家族代表をメンバーとしている。 ・会議では主に活動状況を報告し、出席者と意見交換ををしている。	
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	・生活保護のケースワーカーと連絡を密にとり相談にのっていただいているほか地元の中学校の生徒を毎年、職場体験として受け入れています。	・区の担当者に運営推進会議録を送付して、事業所の活動内容を報告している。 ・介護認定更新手続きなど、担当職員と密に連絡を取り合っている。	

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
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	・月に一度、会議にて身体拘束がどんな行為か、また拘束にあたる行為をしていないかを全員で確認しています。	・身体不拘束の事業所として文書「身体拘束ゼロ推進」を玄関に掲示している。 ・事業所内の身体拘束委員会を毎月開き、身体拘束に関するテキストを使用し勉強している。 ・利用者の安全を考慮し、万が一の事故に備えて玄関は施錠している。	
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	・身体拘束の会議の際に虐待についても話し合い常にお互いの行動、言動について注意している。		
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	・成年後見制度などの研修に出席の際、資料を全職員に回覧し必要時には閲覧できる様にしています。 ・成年後見人である家族の方もいることから常日頃、職員も青年後見制度を意識しています。		
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	・管理者であるホーム長が契約までの話し合いを重ねご家族の疑問や不安について解答しお互いの了承の基に契約を締結している。・解約の際にも丁寧に説明し退居日までの調整を行っています。		
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	・運営推進会議や家族会、面会時にご家族からの意見や要望を聞きいれ利用者の生活に反映させています。 ・運営推進会議の報告書は区役所の高齢・障害支援課に送付している。	・利用者との日常会話、家族の来訪時、運営推進会議、家族会（年6回）などの際に、利用者や家族の意見、要望を聞いている。 ・把握した意見、要望はその都度検討し、必要なものは事業運営に反映している。	

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
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	・各職員の自発的な意見を取り入れるため会議等では全ての職員が意見を出す様にしており運営に反映させ職員の働く意欲が向上する様に心がけている。	・管理者は毎月行うユニット会議や申し送りノートを活用し、また、個人面談を随時行い、職員の意見を把握している。 ・職員の意見や要望はその都度検討して運営に反映している。	
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	・職員のそれぞれの意見を取り入れる為にも会議の他、個人面談を開き意欲向上をはかっています。 ・本人の能力に応じ昇格・昇給の申請も行っています。		
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	・職員の能力、質の向上をはかるためにも経験の浅い職員には熟練者とのチームケアを勧められる様にシフト管理をしています。 ・社内研修等の場には経験年数を問わず出席しています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	・同業者との関係を築く為にも近隣の同業者とは連絡を密にとるほか、相互関係等の活動で意見交換を交わしている。		
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	・利用者へのサービスを開始するにあたってアセスメント記入の際、本人に直接、意思を聞くことで、より安心と安全に向けた関係が築くことができる。		

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	・サービスの開始にあたり家族が感じていること望んでいることを具体的に聞き入れ、より良いサービスの提供を常に考えています。		
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	・サービス開始前から家族からの意見や要望を取り入れており最も必要な支援は何かを見極めサービスの提供に努めています。		
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	・生活の場としてのあり方を全ての職員が理解できるように日頃から職員と利用者が一緒に何かを行う様に心掛けています。		
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	・ホームの運営にとって家族の協力が不可欠であることから、いつでも自由に面会に来られる様に声をかけています。		
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	・面会に来られる家族や友人が気をつかわず安心して会いに来られる様に面会時には居室で過ごしていただける様に配慮しています。	・入居前のアセスメントの生活歴、家族の情報、利用者との会話などから馴染みの人や場所を把握し、利用者の意向を汲み取って、馴染みの美容院や思い出の場所などに行くように配慮している。 ・家族や友人の来訪時には、2階テラスや居室でゆったり過せるように配慮している。	

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	・利用者同士が自分の意思でお互いの居室の行き来を自由にしています。 ・利用者同士の関わり合いを大切にし職員は常に見守る姿勢をとっています。		
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	・次に生活していく関係先と連絡を取り合い情報を伝えると共に家族の疑問や不安を事前に取り除けられる様に支援しています。 ・転居後も家族からの連絡がありその後の状況を伝えていただきました。		
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。	・利用者が何を望んでいるかを職員は同じ目線に立って考えて何をしていただくことが大切なのかを検討しています。	・職員は利用者と日々の生活での会話を通じて思いや意向を把握し、フロア会議、ケア会議で話し合っ職員間で共有している。 ・意思疎通が困難な利用者の場合は、家族からの情報や普段の行動や仕草で意向を把握している。	
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	・入居前の実態調査票には生活歴が詳しく記載されており各職員が読み込み家族からの聴き取りからもこれまでの生活を把握しています。		
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	・個別ケアを念頭に入れ日常生活の中で本人の保有する能力を見極め職員一人ひとりが把握できるよう意識しています。		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の意見を取り入れ3ヶ月、6ヶ月のケアプランの見直しを行っています。利用者の状態の変化に合わせたケアプラン作りを行っています。 ・本人や家族の同意を得ています。 	<ul style="list-style-type: none"> ・職員が利用者や家族の意向を把握しそれらを毎月のケア会議で話し合い、その上で計画作成担当者が介護計画を作成している。 ・介護計画は原則として6ヶ月毎に見直す。が、利用者の状況に応じて期間内でも適宜見直している。 ・3ヶ月ごとにきめの細かいモニタリングを行い介護計画の内容を確認している。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個別に生活記録を作り職員が日々の生活や状態の変化に気付くことが出来るように情報の共有を図り実践での対応の仕方や介護計画の見直しの際に活かせる様にしています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・誕生会やボランティアによる演奏等で利用者や家族に楽しんでいただいています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・地域で行っている行事イベント（芋掘り）等に参加しています。 ・買い物などは出来る限り周辺地域での購入をしています。 		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状態に変化があった場合、いつでも、かかりつけ医に連絡している他、定期的な往診時に健康状態を医師に伝え指示を仰ぎ必要であれば家族の協力のもと専門の医療機関の受診ができるように働きかけています。 	<ul style="list-style-type: none"> ・内科医は入居時に家族の同意を得てかかりつけ医から協力医に切り替えている。切り替え時にはかかりつけ医から診断書などをもらい、協力医に引継ぎしている。 ・他のかかりつけ医への通院は原則として家族が行なっている。 	

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	・週に一度の訪問看護師に利用者の状態を伝え指示をいただき職員は情報として共有しています。		
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。	・入院時には介護サマリーを提供しています。 ・病院関係者と話し合い退院に向けて情報交換や相談をしています。		
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	・日頃から家族の意向を確認しています。 ・重度化の際は医療関係者を交えて話し合っています。	・重度化した場合や終末期の対応は、契約段階で、事業所の方針「重度化した場合の対応に係る指針」（文書）を説明している。 ・ターミナルケアを行なう場合は、その時点で同意の文書を交わし、家族に相談し医療機関と連携を図りながら対応している。	
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	・急変時に全職員が対応できる様にマニュアルを用意し定期的に訓練にも参加しています。		
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	・夜間想定避難訓練では町内会長にも参加していただき地域との協力体制を築いています。 ・同一法人のグループホームとの協力体制も確立されています。 ・近隣の他のグループホームの協力もあり避難先として避難誘導しました。	・年2回定期的に消防署の協力を得て夜間を想定した避難訓練を行い、利用者や地域住民が参加している。 ・近隣の同一法人のグループホームと協力し合い、お互いに一時避難場所になっている。 ・備蓄品として飲料水や食料がある。	・備蓄品を管理するために一覧表を作成し、また、防寒具を確保することが望まれます。

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	<ul style="list-style-type: none"> 職員は利用者に対し（△△さん）と呼びかけ丁寧な言葉かけを行っています。 個人情報に関する書類については施錠できる書庫で管理しています。 	<ul style="list-style-type: none"> 人格の尊重やプライバシーの確保について、職員会議や事業所内研修で周知徹底している。本人の気持ちを大切に受け止めている。 さりげなく言葉をかけ、強引な誘導はせず、自己決定できるように声掛けをしている。 	
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	<ul style="list-style-type: none"> お茶の時間などでは喫茶店のようにメニュー表を見ていただき自分の意思で決定していただいています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> あくまでも自分の住む家であるということを基準と考え本人のペースで過ごしていただいています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 日頃から本人が望んでいるおしゃれができる様に洋服も着たいと思っている服を選んでいただいています。 整髪に関しても自分で出来ない部分を職員が手伝う様にしています。 		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	<ul style="list-style-type: none"> 楽しい食事が出来るように職員と利用者が盛り付けの準備から配膳も一緒に出来るように支援しています。 食後の片付けも職員と利用者が分担して行っています。 	<ul style="list-style-type: none"> リビングに漂ってくる調理の香りや、進んで行なう盛り付けなどが、利用者が食事を楽しむ源になっている。 食事は本人のペースを大切に、リラックスした雰囲気の中で他の利用者と一緒に楽しんでいる。メニューは栄養価を重視し、行事食も取り入れている。 	

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	・食事摂取量に関しては一見して分かるようにチェック表に記載し特に注意が必要な利用者については個別に水分摂取量のチェック表に記載しています。		
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、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	・訪問歯科と契約している利用者については歯科往診の他、毎食後の口腔ケアでしっかりと行っています。歯科契約を結んでいない利用者も毎食後の口腔ケアをしっかりと行っています。・状態によっては外部の歯科医を勧められることもあります。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	・個別に排泄パターンが分かるようにチェック表に記載しています。・トイレで排泄が出来るように夜間も同様に優しく声をかけていますが本人の希望からポータブルトイレを使用される方もいます。	・利用者の排泄パターンを把握し、時間に合わせてトイレに誘導し、あるいは、利用者の身振りなどを見てさりげなく誘導を行い、排泄の自立に向けた支援を行っている。 ・食事やおやつの前に排泄を促しているが、強制はしていない。	
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	・水分摂取を勧め牛乳も飲んでいただく様にしています。 ・毎日の体操に参加していただく様に声をかけています。 ・トイレの際には腹部マッサージを行っています。		
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むように、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	・週2回以上の入浴ができる様にしています。一人ひとりの希望に合わせた入浴ができる様にお湯の温度などの情報も職員は共有しています。	・午後の時間帯に、一日3名を目安に、一人ひとりの習慣や希望に沿って入浴支援を行っている。状況により足浴を行っている。 ・湯温は利用者の好みに合わせ、また、菖蒲湯や柚子湯で季節を楽しんでいる。	

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
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	・日中でも自由に居室で休んだり眠ることができるようにしています。 ・夜間も安心して眠れる環境作りをしています。 ・寒がりな利用者の居室は暖房の管理に注意して安眠できるようにしています。		
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	薬の情報については個人別の資料があり直ぐに確認ができる様になっています。変更等があった場合連絡帳や申し送り等で情報を共有しています。		
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	・生活歴から会話の糸口をつかみ、日中の過ごし方を張りのあるものにしていきます。（塗り絵など） ・本人のやりがいがあると思っている仕事などを日常生活の中で役割としてお願いしています。		
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	・一度に全員での外出にはこだわらず、短時間でも外に出て外気に触れる様にしています。家族に本人の希望や様子を伝え外出の際に役立てていただく様にしています。 ・月に一度本人の希望から家族と一緒に外食に出かけられる方がいます。	・散歩を日常的に行い、近隣の人たちと挨拶や言葉をかわし、外出を楽しんでいる。年始は正覚寺に初詣に行っている。 ・遠出の外出や美容院へは個別に家族が対応している。	
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	・個人の私物を購入する際は本人と一緒に支払いを行っています。本人の同行が出来ない時は職員が本人のお小遣いから購入してきたり、家族に欲しいとされている物を伝え購入していただいています。		

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	手紙を出したいという場合は外出時に本人が投函、または職員が投函します。 ・電話に関しては職員が見守りをして出来る限りの支援をします。		
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	共用スペースには外出時、誕生日会、レクリエーション時などの写真を飾り季節に合わせた飾り付けをしています。	・リビング、玄関、廊下は日差しや景観を楽しむことができる居心地の良い場所になっている。 ・リビングの壁には手作りの日めくりカレンダーや行事の写真があり、また、様々な飾りで季節感を出している。 ・居間の室温は利用者の意向や状態に合わせて事業所が管理している。	
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	・フロア内に大きなテーブルが2つ、小さなテーブルが1つ、ソファ2脚が置かれいつでも好きな場所で気の合う方と語らえる環境を作っています。・玄関の椅子で外を眺めたり仲の良い方同士で過ごしたり自由に使用出来ます。		
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	・居室には本人がもともとが使用していた物を持ち込まれることが多く、思い出の写真を部屋に飾ったりしている方もいます。	・居室に本人が大切にしているものや使い慣れたものを持ち込み、生活感を楽しんでいる。 ・家族や友人の来訪時にはお茶を飲んだり、くつろいだりするスペースがある。	
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	・トイレには公共施設にあるようなトイレのマークを貼り分かり易い表示となっています。 ・風呂場にも温泉のような暖簾をつけ分かり易く工夫しています。 ・居室入り口に本人の写真飾り自室として分かり易くしています。		

事業所名	みんなの家・横浜茅ヶ崎東
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、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	<ul style="list-style-type: none"> ・ホーム理念でもある安心、安全を第一に考え他のグループホームとも交流をはかっています。 ・ホーム理念を掲示している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との連携を目指し町内会に入り散歩や回覧板を届ける際にも利用者同行を心掛けている。 ・避難訓練の際にも近隣の住民に声をかけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・年4回の地域懇談会で近隣の方の参加を呼びかけグループホームとはどんなところかを理解していただくよう取り組んでいます。 ・地域懇談会への参加を呼びかけポスターを玄関に掲示している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・2ヶ月に一度の会議にて家族、町会長、民生委員、地域ケアプラザ職員に参加していただき情報交換するほか、事業所の課題や取り組み等を報告し多様な意見を取り入れています。 ・ホーム長以外の職員も参加できる時には出席している。 		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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り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	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護のケースワーカーと連絡を密にとり相談にのっていただいているほか地元の中学校の生徒を毎年、職場体験として受け入れています。 ・運営推進会議の報告書を送付している。 		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・月に一度、会議にて身体拘束がどんな行為か、また拘束にあたる行為をしていないかを全員で確認しています。 ・言葉による制止がないかお互いが確認し合っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束の会議の際に虐待についても話し合い常にお互いの行動、言動について注意している。 ・身体拘束イコール虐待であるということを常に意識して話し合っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度などの研修に出席の際、資料を全職員に回覧し必要時には閲覧できる様にしています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者であるホーム長が契約までの話し合いを重ねご家族の疑問や不安について解答しお互いの了承の基に契約を締結している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議や家族会、面会時にご家族からの意見や要望を聞き入れ利用者の生活に反映させています。 		

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	・各職員の自発的な意見を取り入れるため会議等では全ての職員が意見を出す様にしており運営に反映させ職員の働く意欲が向上する様に心がけている。会議毎に書記を割り振り役割分担をしている。		
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	・職員のそれぞれの意見を取り入れる為にも会議の他、個人面談を開き意欲向上をはかっています。 ・本人の能力に応じ昇格・昇給の申請も行っています。各自の能力を判断し勤務配置の変更も行っている。		
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	・職員の能力、質の向上をはかるためにも経験の浅い職員には熟練者とのチームケアを勧められる様にシフト管理をしています。 ・社内研修等に参加をしホーム職員に伝えている。		
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	・同業者との関係を築く為にも近隣の同業者とは連絡を密にとるほか、相互関係等の活動で意見交換を交わしている。・近隣のグループホームとの交流を通し、防災訓練等で連絡を取り合っている。		
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	・利用者へのサービスを開始するにあたってアセスメント記入の際、本人との会話から不安に思っていることは何かを確認した上でその不安を取り除く方法を導き出すようにしている。		

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	・サービスの開始にあたり家族が感じていること望んでいることを具体的に聞き入れ、こちらの提供可能なサービスをしっかり伝えています。		
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	・サービス開始前から家族からの意見や要望を取り入れており最も必要な支援は何かを見極めサービスの提供に努めています。・本人と家族の要望から訪問マッサージなどを利用される方もいます。		
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	・生活の場としてのあり方を全ての職員が理解できるように日頃から職員と利用者が一緒に何かを行う様に心掛けています。・食器拭き等を職員と一緒に行っていただいています。		
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	・家族には、いつでも自由に面会に来られる様に声をかけています。 ・変化の見られる利用者がいた場合は家族に連絡し家族からの意見を取り入れています。		
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う、支援に努めている	・面会時には家族や友人の方も、くつろげる様に居室で過ごしていただいたり、テラス席で談笑されたりしています。		

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
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	・仲の良い利用者同士が寄り添う事ができるように自由な時間を過ごしていただいています。		
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	・事前に転居先とも連絡を取り合い本人の今後の生活の役に立つ様に支援しています。・転居後も家族からの連絡がありその後の状況を伝えていただきました。		
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。	・ケア会議までに本人より意向の確認をとり可能な限りの支援をしています。・日常生活の場でも意見を聞き入れています。		
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	・実態調査票により生活歴を職員は把握しています。・過去にどのような生活を送ってきたか、などによってサービス提供に反映出来るように務めています。		
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	・個別ケアを軸にその人に合った生活を送ることが出来るよう日常生活を把握している。		

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	・職員の意見を取り入れ3ヶ月、6ヶ月のケアプランの見直しを行っています。利用者の意向や状態に合わせたケアプラン作りを行っています。・家族の同意を得た上で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	・個別に生活記録を作り職員が直ぐに把握できるようにして、申し送りの際にも情報として共有しています。		
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	・誕生会やボランティアによる演奏等で利用者や家族に楽しんでいただいています。・本人と家族の希望がある方にはシニアセラピーを受けていただいています。		
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	・地域で行っている行事イベント（芋掘り）等に参加しています。 ・必要な物に関しては近隣での購入をしています。		
30	11	○かかりつけ医の受診支援 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	・定期的な往診時に健康状態を医師に伝え指示を仰ぎ必要であれば家族の協力のもと専門の医療機関の受診ができるように働きかけています。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・週に一度の訪問看護師に利用者の状態を伝え指示をいただき職員は情報として共有しています。 ・訪問看護師を通じてかかりつけ医に状況を伝えることもしています。 		
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・入院時には介護サマリーを提供しています。 ・協力機関としての医療機関があり柔軟な対応ができるようにしています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の状態や家族の意向を聞き入れた上で医療機関とも話し合っています。 ・重度化に備えかかりつけ医や訪問看護師からの助言をいただくようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・急変時に全職員が対応できる様にマニュアルを用意し定期的に訓練にも参加しています。 ・職員の連絡網により緊急時に駆けつけられるようにしています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間想定避難訓練では町内会長にも参加していただき地域との協力体制を築いています。 ・同一法人のグループホームとの協力体制も確立されています。 		

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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は利用者に対し（△△さん）と呼びかけ丁寧な言葉かけを行っています。 ・個人を尊重し人生の先輩であることを忘れずに接しています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の場で利用者が自分の意思で選択できるよう意見や希望を聞いています。 ・お茶の時間などでは何が飲みたいかを言い出し易いリラックスした環境の下で声をかけています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームでの決まりごとにはこだわらず個人のペースに合わせて一日を過ごしていただいています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の意思決定を優先に着たいと思っている洋服を選んでいただいています。 ・整髪に関しても自分で出来ない部分を職員が手伝う様にしています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・職員と利用者が盛り付けを一緒に出来るように支援しています。 ・食後の片付けも職員と利用者が分担して行っています。 ・食事を下の階から取って来る時も利用者と職員が一緒に行きます。 		

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
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	・食事摂取量に関しては一見して分かるようにチェック表に記載し特に注意が必要な利用者については個別に水分摂取量のチェック表に記載しています。・利用者によっては食事形態を変え食べやすく刻んで提供しています。		
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	・訪問歯科と契約している利用者については歯科往診の他、毎食後の口腔ケアでしっかりと行っています。・歯科契約を結んでいない利用者も毎食後の口腔ケアをしっかりと行っています。		
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	・個別に排泄パターンが分かるようにチェック表に記載しその人に適した声かけを行い決して無理強いしないように配慮しています。・トイレで排泄が出来るように夜間も同様に優しく声をかけています。		
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	・水分摂取を勧め牛乳も飲んでいただく様にしています。 ・毎日の体操に参加していただく様に声をかけています。		
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	・週2回以上の入浴ができる様にしています。一人ひとりの希望に合わせた入浴ができる様にお湯の温度などの情報も職員は共有しています。 ・リフト浴使用の方は1階に移動して入浴介助を行っています。		

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	・日中でも自由に居室で休んだり眠ることができる様にしています。 ・夜間も安心して眠れる環境作りをしています。		
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	薬の情報については個人別の資料があり直ぐに確認ができる様になっています。変更等があった場合連絡帳や申し送りで情報を共有しています。・個人別のお薬手帳からも確認ができます。		
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	・生活歴から会話の糸口をつかみ、日中の過ごし方を張りのあるものにしていきます。（編み物など） ・役割分担をして日常家事のお手伝いをお願いしています。		
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	・一度に全員での外出にはこだわらず、短時間でも外に出て外気に触れる様にしています。家族に本人の希望や様子を伝え外出の際に役立てていただく様にしています。		
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	・個人の私物を購入する際は本人と一緒に支払いを行っています。本人の同行が出来ない時は職員が本人のお小遣いから購入してきたり、家族に欲しいとされている物を伝え購入していただいています。		

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	手紙を出したいという場合は一緒に外出した際に投函していただくことが可能です。		
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	共用スペースには外出時、誕生日会、レクリエーション時などの写真を飾り季節に合わせた飾り付けをしています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・フロア内に大きなテーブルが2つ、小さなテーブルが1つ置かれ、いつでも好きな場所で気の合う方と語らえる環境を作っています。 ・テラス席で自由な時間を過ごせるようにしています。 		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	・居室には本人がもともとが使用していた物を持ち込まれることが多く、思い出の写真を部屋に飾ったり仏壇を置いている方もいます。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレには公共施設にあるようなトイレのマークを貼り分かり易い表示となっています。 ・台所にはやかん、おひつ等が描かれた暖簾をつけ分かり易く工夫しています。 		

目 標 達 成 計 画

事業所名 みんなの家・横浜茅ヶ崎東

作成日 平成25年1月19日

【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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	備蓄品の数量はいまだ十分とは言えず防寒対策としての衣類等も不足している。また保管場所の確保が困難であること。	備蓄品の更なる補充と防寒対策の徹底。	必要となる物品の一覧リストを作成し、購入に関してはご家族の協力のもと揃える。	3か月
2					
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。