

令和元年度

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	14902000068	事業の開始年月日	平成19年5月1日
		指定年月日	平成19年5月1日
法人名	株式会社ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家横浜羽沢3		
所在地	(221-0863) 横浜市神奈川区羽沢町990-7		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和1年11月11日	評価結果 市町村受理日	令和2年8月3日

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)】

家庭的な雰囲気を中心に理念に沿った支援を心がけ清潔で居心地の良い環境整備に努めています。家庭的な雰囲気を大事に職員と一緒に出来る事のお手伝いを役割として日々生き生きとした生活を送って頂いています。
季節感がわかる行事を毎月用意し、地域行事にも積極的に参加しています。月に1度インストラクター招き体操を行い地域の方にも来ていただけるようアナウンスしております。

【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年12月9日	評価機関 評価決定日	令和2年2月25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、横浜駅からバスで約15分乗車し、バス停「羽沢団地前」下車、徒歩1分の閑静な住宅地にあります。近くに同一法人のグループホームがあり、行事などを合同で行うこともあります。高台に位置しているので天気の良い日には富士山を眺めることができます。

<優れている>

事業所独自の理念「地域と共にその人らしく、笑顔で安心して生活できるホーム」の実現のために職員は日々支援をしています。日常の支援の中で利用者情報を把握し、職員会議で周知しています。6ヶ月ごとにケアチェック表を用いてアセスメントを行い、利用者の状況を確認し、情報共有しています。職員は利用者への接し方や言葉かけに配慮しており、利用者の笑顔の場をしばしば見ることができています。自治会に入会しています。回覧版が回ってきて、盆踊りなどの行事を知り、地域の一員として利用者と一緒に参加しています。

<工夫点>

健康面では「服薬管理手順チェック表」を掲示し、服薬に気をつけています。18時～8時30分は協力医により、オンコール体制が構築されています。リビングでは温湿度管理のため加湿器を使用していますが、更に除菌消臭水ノロックスを使用し、ウイルスやニオイ対策をしています。

【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3
ユニット名	1ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	朝礼にて唱和し業務に入ります。	法人の理念を踏まえ、職員も参加して事業所独自の理念を作成しています。理念は玄関ホールや居間の見やすい位置に掲示しています。職員は利用者に寄り添い、豊かな生活を送ってもらえるように支援しています。	
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。	地域行事に呼ばれる事も多く、利用者と参加しています。月に1度体操を行い地域の方に参加していただけるようアナウンスしています。	自治会に加入しています。回覧板や運営推進会議の参加者などから地域の行事を知り、盆踊りなどに利用者と参加しています。事業所の行事に地域住民の参加を依頼しています。参加者が減少傾向にあるため、年に2回地域懇談会を開催し、地域との交流に努めています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	ホーム行事に近隣の方に来て頂き、認知症の説明をしご理解頂いています。また、地域包括支援センターでの会議に参加させて頂いています。		
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。	近隣の同じ運営法人と合同にて年6回開催。地域包括センターの方、民生委員、家族代表、自治会の方に参加して頂き、意見交換、アドバイスと頂きサービス向上に努めています。	2ヶ月に1回、家族や自治会の副会長、民生委員、地域包括支援センター職員などが参加して開催しています。事業所からの活動報告で、参加者は事業所の実情を知る機会になっています。自治会などから行事（盆踊りなど）への誘いがあります。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	市町村開催の会合、研修に参加する。認知症カフェの参加やサポートキャラバンに参加させて頂いています。	市の担当部署に運営推進会議議事録を送付し、事業所の実情を伝えていきます。生活保護関連で市の職員（介護相談員）と連絡を取り、状況を把握してもらっています。市の主催の意見交換会や研修会、グループホーム連絡協議会などに参加し、情報交換を行なっています。	

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
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。	虐待防止・身体拘束委員会を設置し月1回の勉強会を実施。身体拘束、虐待防止の研修に参加し職員に情報伝達を行なっています。今年度より身体拘束の議事録変更し概要を説明しながら理解できるよう会議行う。 年二回は研修会を行う。	「身体拘束ゼロ推進」「身体拘束禁止の指針」を掲示し、周知を図っています。管理者は毎月外部の研修に参加し、職員に内容を伝えています。職員は何が身体拘束にあたるかを理解しています。玄関は安全性を考慮して施錠していますが、見守りの強化に努めています。	
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。	全事業所で虐待についてのアンケート行い、しない・見逃さない取り組みをしています。 虐待ゼロへの行動指針を使い毎日確認行っています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	必要に応じて家族、利用者から相談を受け成年後見人制度についての説明を行なっています。研修に参加し職員に情報伝達を行なっています。		
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。	契約時に疑問点が無い様に十分に説明を行ない納得して頂ける様に努めています。 解約時も同様に説明を行っています。		
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。	今年度より相談窓口用の手紙をホーム入口に設置し、意見等言えるようにしています。 面会の際にもご家族様とコミュニケーションを取るようにしています。	利用者からは日常会話の中で、家族とは来訪時や家族も参加している運営推進会議、年数回開催の家族会などで意見を聞くようにしています。家族には毎月「一言だより」で利用者の様子を写真と文章で伝え、意見を求めています。	

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。	職員会議、申し送りノートを活用し意見交換し運営に反映しています。	毎月の職員会議、申し送りノート、管理者との年2回の個人面談などで職員の意見を引き出すように努めています。職員からの意見や要望はその都度検討し、運営に反映しています。例えば納涼祭の行事などは職員間で話し合っています。	
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。	面談を行い向上心に繋がる様になっています。資格取得できる環境を作る。		
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。	経験、役割に合わせた研修参加を促し、他職員にも情報伝達を行なっています。技術指導も行い、介護従事者としてのトレーニングも行っています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	県や市が実施している研修に参加し他同業者と交流をする機会を設けています。GH連絡会に参加し交換研修会等を行なっています。近隣の事業所とも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。	入居前に本人と面談を行ない、本人の要望、不安な事を伺い、職員と共有し入居する際の不安軽減に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	連絡、相談を細かく行い、家族への聞き取りを行ない、必要な支援についての話し合いを行なう機会を作っています。 気兼ねなく話せるような体制をとっています。		
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。	利用者の要望を聞く機会を設け、本人の望むサービスが出来る様に努めています。		
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。	利用者と共に生活の場を共有させて頂き、食事や家事などを共にし様々な会話をし喜怒哀楽を共有しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	利用者に必要な事があれば家族に相談し理解を得ています。 相談することで家族と細かな連絡が取れるようコミュニケーション図っています。		
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。	馴染みの方がホームにお越し頂ける時には環境を整え楽しんで頂ける様に努めています。 馴染みの場所などは家族の協力の元行っています。	入居前の面接で利用者、家族と話し合い、基本情報や生活歴を把握しています。また、入居後の利用者との昔話などで馴染みの人や場所を聞いています。家族との連携で墓参り、馴染みの美容院、レストランなどに行き、楽しい時間を過ごしています。	

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。	利用者同士が支え合い、助け合う環境ができています。 職員が声掛けをしたり空間環境の整備に努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	定期的に挨拶等の連絡に努めています。		
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。	本人の希望、要望を伺い職員会議等で情報共有を行えるように努めています。 要望に沿った行事やレクリエーションを行なう様に努めています。	日々の生活の中で利用者と職員は信頼関係を深め、散歩時や入浴時の会話を通じて思いや意向を把握し、職員会議で共有しています。意思疎通が困難な利用者は、家族からの情報や日々の行動・仕草から思いや意向を把握しています。	
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。	入居前に実態調査を行ない情報収集をしています。		
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。	安心、安全に生活ができる様に環境を整え、利用者が安心して過ごせるように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	定期的にあセスメントをおこない。課題を本人、家族、関係機関を含め検討し、現状に即したケアプランを作成しています。	職員はサービス担当者会議に出席し、意見交換を行っています。介護計画作成担当者は、6ヶ月ごとのモニタリングと職員のアセスメントを基に、原則6ヶ月ごとに介護計画を作成しています。情報は職員間で共有しています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個人の記録を具体的に記入し、職員間での情報共有をしながら介護支援計画に沿った実践や計画の見直しに活かしています。		
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。	非常勤講師を配置し介護と医療の連携が取れる様に努めています。医療連携機関（内科、歯科）薬局と居宅療養管理指導を結び安心して生活できる様に努め、訪問理容、シニアセラピー、地域行事に参加等で楽しんで頂ける様に努めています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	防災訓練、行事等に地域の方に参加呼びかけを行ない、多くの人に参加、協力を得られるように努めています。		
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。	家族了承の元、個別に医療機関が定期的に往診しています。これまでのかかりつけ医については家族対応で希望の医師に受診して頂いています。	かかりつけ医療機関の内科の訪問診療が月2回あります。18時～翌8時30分はオンコール体制が構築されており、かかりつけ医療機関の医師や看護師が緊急コールに対応しています。内科以外では、歯科の訪問診療が月2回あります。	

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。	看護記録に日常での情報を記入し適切な指導が受けれる様にしています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	支援情報を担当機関、関係者に提出し本人が安心して治療をでき、早期退院出来る様に関係づくりをしています。情報共有を行うとともに家族の要望も含めムンテラを早期に行っています。		
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、事業所です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の指針を伝え、本人、家族の意向を尊重し再確認を行なっています。状態の変化した時に早期に家族に報告相談行っています。終末期の看取り介護は家族、関係機関の協力の元に行っています。	入居契約時に、重度化した場合の事業所の方針や支援内容を説明すると共に、家族に意向を聞き、重度化した場合の支援の認識を共有して、利用契約を結んでいます。実際に利用者が重度化した場合には、再度家族に意向を確認しています。	
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。	急変、事故発生時のマニュアル作成をしています。定期的に救急救命講習に参加し確認を行なっています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練を実施しています。近隣住民に災害時の協力を事前をお願いし協力体制を築いています。近隣ホームとの災害協定を結んでいます。隣の羽沢2とは年1回夜間想定訓練行っています。	避難訓練を年2回（日中想定・夜間想定各1回）実施しています。避難訓練時に、消防署員の指導の下に、消火訓練を実施しています。防災訓練記録を作成し、訓練時の課題を明確化しています。災害に備え、飲料水や食品の備蓄を行っています。	利用者および職員の人数から、最低3日分の必要な備蓄の品目と数量を把握し、リストによる品目・数量・消費期限の管理も期待されます。

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。	接遇面を強化しより良いサービス提供が出来る様に質の向上に努めています。 職員会議、業務中に接遇の注意点の伝達等を行なっています。	管理者は職員の言動に注意を払い、サービスの質の向上に努めています。 職員に不適切な対応があった場合、管理者はその場で注意を促す他、必要に応じて会議で注意点を周知しています。 個人情報を含む書類は事務所内の鍵のかかるキャビネットに保管しています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	日常会話の中で希望等があれば検討を行ないほしいものなど買い物に行きます。		
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。	計画作成時に本人、家族の意向を聞き、利用者のペースを大事にした生活を送れるように努めています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	本人の意見を尊重し、その都度支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	後片付け等に参加を促し、役割を持つことで変化ある生活を楽しんで頂ける様に努めています。 行事等では一緒におやつ作成し楽しんで食事をして頂ける様に努めています。	外部の食材宅配サービスを利用しており、業者からメニューと食材が提供され、職員が調理しています。盛り付け、食器拭きなど、食事の準備や片付けに参加する利用者もいます。行事の際は、利用者の希望を考慮してメニューを決めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	栄養価はメニューで把握、食事量を記録し、医療機関の指導の元、検討を行っています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔ケアの声掛け、見守りを行ない、必要に応じて介助を行っています。又歯科と連携して行っています。		
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。	排泄パターンごとに時間を決め、トイレ誘導を行ない、必要に応じて介助を行っています。	観察や排泄チェック表により、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期的に声かけやトイレ誘導を行っています。排泄の自立に向けた支援の結果、おむつからリハビリパンツに改善した利用者がいます。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	水分補給や運動の支援を行ない必要に応じて医師の指示を仰ぎ支援を行っています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	夜間帯は職員1名なので、本人の了承を取り週2回、日中入浴支援を行っています。又ご本人の体調・状態に合わせてシャワー浴などにさせて頂いています。	入浴は週2～3回で、同性介助や入浴時間など、利用者の希望には可能な限り対応しています。季節に合わせて菖蒲湯やゆず湯を楽しんでいます。機械浴が設置され、浴槽を利用できない利用者に対応しています。	

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
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。	かかりつけ医師の指示の元、薬剤師の説明を受け服薬支援を行ない症状の改善、医師への情報提供を行なっています。状態に合わせ日中の休息をとって頂いています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	医療連携の医師の指示の元、薬剤師の説明を受け服薬支援を行ない症状の改善、医師への情報提供を行なっています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	個々の状態により楽しみや趣味などの支援に努めています。季節に合わせた行事を行ない気分転換、季節の変化を楽しんで頂いています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	家族の協力の元、外出の機会を持って頂いています。天気が良い日などはホーム周辺の散歩等を楽しんで頂いています。	日常的な外出支援として散歩を行っています。外出支援は事故防止の観点から、原則、職員1名に対し利用者1名としています。外出希望者が多い場合は、時間をずらして対応しています。桜が咲く季節には、近隣の神社に花見に出かけています。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	基本的に金銭は預らせて頂いています。要望があれば代理で買い物したりします。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	希望があれば随時電話がかけられるように支援しています。 手紙なども必要があれば代筆等を行ない家族の元に届く様に取り組んでいます。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	温度調整、音響調整、清潔な環境づくりをして居心地が良い環境を作れる様に努めています。 ポータブルトイレなど使用し不安ないようにしています。	壁面にはイベント時の写真や習字、貼り絵など利用者の作品に加え、季節に応じた飾りつけをしています。リビングには10個の照明が取り付けられており、明るく過ごしやすい空間となっています。ウイルスやニオイ対策として次亜塩素酸の除菌消臭水が設置されています。	
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。	席の配置を工夫し利用者同士が楽しんで生活できる空間作りに取り組んでいます。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	利用者、家族の希望を配慮し使い慣れた家具などをはし居心地良く生活出来る様に努めています。	居室には、洗面台、クローゼット、エアコン、照明、ベッド、カーテン、タンスが備えられています。利用者は、テレビ、テーブル、仏壇など、馴染みの物や使い慣れた物を自由に持ち込むことができます。居室の清掃は、日勤の職員が毎日行っています。	
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。	生活しやすい動線になる様に工夫しています。 必要に応じて模様替えをし快適空間作りの支援に努めています。		

事業所名	グループホームみんなの家横浜羽沢3
ユニット名	2ユニット

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が 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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	朝礼にて唱和し業務に入ります。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	地域行事に呼ばれる事も多く、利用者 と参加しています。 月に1度体操を行い地域の方に 参加していただけるようアナウンス 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。	ホーム行事に近隣の方に来て頂き、認知症の説明をしご理解頂いています。 また、地域包括支援センターでの会議に参加させて頂いています。		
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。	近隣の同じ運営法人と合同にて年6回開催。 地域包括センターの方、民生委員、家族代表、自治会の方に参加して頂き、意見交換、アドバイスと頂きサービス向上に努めています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる。	市町村開催の会合、研修に参加する。 認知症カフェの参加やサポートキャラバンに参加させて頂いています。		

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。	虐待防止・身体拘束委員会を設置し月1回の勉強会を実施。身体拘束、虐待防止の研修に参加し職員に情報伝達を行なっています。今年度より身体拘束の議事録変更し概要を説明しながら理解できるよう会議行う。 年二回は研修会を行う。		
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。	全事業所で虐待についてのアンケート行い、しない・見逃さない取り組みをしています。 虐待ゼロへの行動指針を使い毎日確認行っています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	必要に応じて家族、利用者から相談を受け成年後見人制度についての説明を行なっています。研修に参加し職員に情報伝達を行なっています。		
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。	契約時に疑問点が無い様に十分に説明を行ない納得して頂ける様に努めています。 解約時も同様に説明を行っています。		
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。	今年度より相談窓口用の手紙をホーム入口に設置し、意見等言えるようにしています。 面会の際にもご家族様とコミュニケーションを取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
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。	職員会議、申し送りノートを活用し意見交換し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。	面談を行い向上心に繋がる様になっています。資格取得できる環境を作る。		
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。	経験、役割に合わせた研修参加を促し、他職員にも情報伝達を行なっています。技術指導も行い、介護従事者としてのトレーニングも行っています。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。	県や市が実施している研修に参加し他同業者と交流をする機会を設けています。GH連絡会に参加し交換研修会等を行なっています。近隣の事業所とも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。	入居前に本人と面談を行ない、本人の要望、不安な事を伺い、職員と共有し入居する際の不安軽減に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	連絡、相談を細かく行い、家族への聞き取りを行ない、必要な支援についての話し合いを行なう機会を作っています。 気兼ねなく話せるような体制をとっています。		
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。	利用者の要望を聞く機会を設け、本人の望むサービスが出来る様に努めています。		
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。	利用者と共に生活の場を共有させて頂き、食事や家事などを共にし様々な会話をし喜怒哀楽を共有しています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	利用者に必要な事があれば家族に相談し理解を得ています。 相談することで家族と細かな連絡が取れるようコミュニケーション図っています。		
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。	馴染みの方がホームにお越し頂ける時には環境を整え楽しんで頂ける様に努めています。 馴染みの場所などは家族の協力の元行っています。		

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。	利用者同士が支え合い、助け合う環境ができています。 職員が声掛けをしたり空間環境の整備に努めています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	定期的に挨拶等の連絡に努めています。		
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。	本人の希望、要望を伺い職員会議等で情報共有を行えるように努めています。 要望に沿った行事やレクリエーションを行なう様に努めています。		
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。	入居前に実態調査を行ない情報収集をしています。		
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。	安心、安全に生活ができる様に環境を整え、利用者が安心して過ごせるように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	定期的なアセスメントをおこない。課題を本人、家族、関係機関を含め検討し、現状に即したケアプランを作成しています。		
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。	個人の記録を具体的に記入し、職員間での情報共有をしながら介護支援計画に沿った実践や計画の見直しに活かしています。		
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。	非常勤講師を配置し介護と医療の連携が取れる様に努めています。 医療連携機関（内科、歯科）薬局と居宅療養管理指導を結び安心して生活できる様に努め、訪問理容、シニアセラピー、地域行事に参加等で楽しんで頂ける様に努めています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	防災訓練、行事等に地域の方に参加呼びかけを行ない、多くの人に参加、協力を得られるように努めています。		
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。	家族了承の元、個別に医療機関が定期的に往診しています。 これまでのかかりつけ医については家族対応で希望の医師に受診して頂いています。		

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
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。	看護記録に日常での情報を記入し適切な指導が受けれる様になっています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	支援情報を担当機関、関係者に提出し本人が安心して治療をでき、早期退院出来る様に関係づくりをしています。情報共有を行うとともに家族の要望も含めムンテラを早期に行っています。		
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の指針を伝え、本人、家族の意向を尊重し再確認を行なっています。状態の変化した時に早期に家族に報告相談行っています。終末期の看取り介護は家族、関係機関の協力の元に行っています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	急変、事故発生時のマニュアル作成をしています。定期的に救急救命講習に参加し確認を行なっています。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練を実施しています。近隣住民に災害時の協力を事前にお願ひし協力体制を築いています。近隣ホームとの災害協定を結んでいます。隣の羽沢2とは年1回夜間想定訓練行っています。		

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。	接遇面を強化しより良いサービス提供が出来る様に質の向上に努めています。 職員会議、業務中に接遇の注意点の伝達等を行なっています。		
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。	日常会話の中で希望等があれば検討を行ないほしいものなど買い物に行きます。		
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。	計画作成時に本人、家族の意向を聞き、利用者のペースを大事にした生活を送れるように努めています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	本人の意見を尊重し、その都度支援しています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	後片付け等に参加を促し、役割を持つことで変化ある生活を楽しんで頂ける様に努めています。 行事等では一緒におやつ作成し楽しんで食事をして頂ける様に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	栄養価はメニューで把握、食事量を記録し、医療機関の指導の元、検討を行っています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	口腔ケアの声掛け、見守りを行ない、必要に応じて介助を行っています。又歯科と連携して行っています。		
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。	排泄パターンごとに時間を決め、トイレ誘導を行ない、必要に応じて介助を行っています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	水分補給や運動の支援を行ない必要に応じて医師の指示を仰ぎ支援を行っています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	夜間帯は職員1名なので、本人の了承を取り週2回、日中に入浴支援を行っています。又ご本人の体調・状態に合わせてシャワー浴などにさせて頂いています。		

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
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。	かかりつけ医師の指示の元、薬剤師の説明を受け服薬支援を行ない症状の改善、医師への情報提供を行なっています。状態に合わせて日中の休息をとって頂いています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	医療連携の医師の指示の元、薬剤師の説明を受け服薬支援を行ない症状の改善、医師への情報提供を行なっています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	個々の状態により楽しみや趣味などの支援に努めています。季節に合わせた行事を行ない気分転換、季節の変化を楽しんで頂いています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	家族の協力の元、外出の機会を持って頂いています。天気が良い日などはホーム周辺の散歩等を楽しんで頂いています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	基本的に金銭は預らせて頂いています。要望があれば代理で買い物したりします。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	希望があれば随時電話がかけられるように支援しています。 手紙なども必要があれば代筆等を行ない家族の元に届く様に取り組んでいます。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	温度調整、音響調整、清潔な環境づくりをして居心地が良い環境を作れる様に努めています。 ポータブルトイレなど使用し不安ないようにしています。		
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。	席の配置を工夫し利用者同士が楽しんで生活できる空間作りに取り組んでいます。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	利用者、家族の希望を配慮し使い慣れた家具などをは一し居心地良く生活出来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。	生活しやすい動線になる様に工夫しています。 必要に応じて模様替えをし快適空間作りの支援に努めています。		

2020年度

目標達成計画

事業所名 GHみんなの家 横浜羽沢3

作成日： 2020年7月31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	35	災害対策	利用者及び職員の人数分、最低3日分の必要数量を把握するため、チェックリストを作成し、品目・数量・消費量を一目で分かるようにかんりする。	チェックリストを作成し、職員全員に認知するため、週一回の棚卸しを職員全員がローテーションでチェック及び管理の徹底をするようにしています。	3ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月