

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1493100307
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ
事業所名	横浜港南グループホームそよ風
訪問調査日	2018年11月27日
評価確定日	2019年2月21日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 30 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	143100307	事業の開始年月日	平成28年4月1日	
		指定年月日	平成28年4月1日	
法人名	株式会社ユニマツト リタイアメント・コミュニティ			
事業所名	横浜港南グループホームそよ風			
所在地	(234-0051) 神奈川県横浜市港南区日野9丁目39-15			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成30年11月24日	評価結果 市町村受理日		

※ 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)】

外出レク 食事	
------------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成30年11月27日	評価機関 評価決定日	平成31年2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)】

●この事業所は株式会社ユニマツトリタイアメント・コミュニティの経営です。同法人はデイサービス、グループホーム、ショートステイ、訪問介護、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業、福祉用具のレンタル・販売、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅等、高齢者福祉事業を全国的で展開しています。ここ「横浜港南グループホームそよ風」は、JR根岸線「港南台駅」または京浜急行「上大岡駅」からバスで10分程、バス停「みやのくぼ」から徒歩5分程の住宅地の中にありますが、近くには幼稚園や公園もあり、静かで落ち着いた環境下にあります。

●事業所の理念「外に出よう」に沿って、昨年度から継続して「個別の外出支援」を目標に掲げています。独自に作成した外出支援実績表を基に、利用者によって外出回数に偏りが生じないように、外出支援を行っています。また、食事支援にも力を入れており、業者から食材とメニューを発注する日と自前でメニューを考え、食材を買い出しに行く日や月1回は外食の日を設ける等の、変化をつけながら食事がマンネリ化しないよう努めています。

●地域との関係については、開設当初から町内会に加入しており、回覧板を通して地域の情報をいただいています。回覧板を利用者と一緒に回しに行ったり、体操ボランティアの方にも継続して来ていただいています。斜め向かいにある幼稚園とも、送迎時に敷地内を駐輪スペースとして提供したり、幼稚園の行事に声かけしていただく等、良好な関係を構築できています。現在は町内会の行事参加にまでは至っていないので、今後は参加できるようにしたいと考えています。

【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	横浜港南グループホームそよ風
ユニット名	1 F

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、活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	当施設は「外へ出よう」を法人理念とは別に施設理念として掲げている 外出レク等外に出来るだけ意識はある	事業所独自で作成した理念「外に出よう」に沿って、「個別の外出支援」を目標に掲げています。独自で作成した外出支援実績表を基に、利用者によって外出回数に偏りが生じないように、外出支援を行っています。管理者は、天気や気候、利用者の体調を考慮して、外出支援の時間を作るよう伝えています。	今後の継続
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	町内会等に入っているが、地域参加は出来ていない。	開設当初から町内会に加入しており、回覧板を通して地域の情報をいただいています。斜め向かいにある幼稚園とは、送迎時に敷地内を駐輪スペースとして提供したり、幼稚園の行事に声かけしていただく等の交流はありますが、町内会の行事参加にまでは至っていないので、今後は参加できるようにしたいと考えています。	今後の継続
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	認知症について職員それぞれ研修等実践や経験で積み上げてはいるが、その知識を外部には向けられていない。		
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	H30年度は4回おこなっている	運営推進会議は町内会長、民生委員、町内会長、地域包括支援センター職員、家族の参加で開催しています。事業所の現状・活動報告、法人内で問題になっていることについて報告を行っています。また、ボランティアの紹介、地域の情報をいただいている他、事業所の取り組みに対しての意見等をいただいています。	今後の継続
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	地域ケアプラザとの連絡を第一に考えているが、細かい取組は伝えられていない。 区役所とは連絡はなかなか取れてはいない。	地域包括支援センターとは、空き状況の情報提供やボランティアの紹介をいただく等、協力関係を築いています。横浜市とは、疑問点等が生じた際には都度連絡を取り合っています。また、研修や講習会の案内が届いた際には、職員に周知して参加を促しています。	今後の継続

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	H30年度の法改定で3か月に1回の身体拘束委員会の実施が義務付けられている。	4月からの法改正に伴い、身体拘束適正化委員会を発足し、3ヶ月に1回開催しています。委員会では、他施設の事例やニュースで取り上げられた事案を取り上げ、話し合いを行っています。また、利用者の中で身体拘束の必要性の有無を検討しています。	今後の継続
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	H30年度の法改定で3か月に1回の身体拘束委員会の実施が義務付けられている。		
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	まだ、職員とは成年後見人制度等の勉強会は出来ておらず、浸透はしていない。		
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	契約時には計画作成担当者も同行のもと、重要事項説明書・契約書・運営規定の説明を行って同意を得ている		
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	運営推進委員会にて行う予定だが、家族の意見や要望は面会時にその都度聞いているだけの為、細かい事まではきけていない。 職員には反映するようにはしているが、外部には反映されていない。	家族からの意見や要望については、面会時や電話で連絡した際に近況報告と併せて、意見や要望を伺っています。毎月請求書と合わせて郵送しているお便りは、ケアマネージャーが利用者の近況報告と写真を添付しています。また、年1回開催している家族会でも、家族から意見を聞いています。	今後の継続

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	定期的に職員との面談を行うようにしている。日々のコミュニケーション、全体会議で、意見は出してもらっている	月1回のユニット会議で、職員から意見や提案を聞く機会を設けています。管理者は、日頃から職員とコミュニケーションを図り、話しやすい雰囲気作りを心がけています。また、定期的に参加している面談でも、個別に意見や要望を聞いています。	今後の継続
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	職員とは定期的に、また契約更改時に面談を行い、評価をしている。また、日常的にも職員との会話の中で要望・労働条件の確認を行っている。		
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	法人内の研修は行っており、研修の促しを行っている。 外部研修は個々の興味に任せている面はあり、実践者リーダー研修に1名出たり、管理者研修の取得を行えたりしている 新人教育については行えていない		
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	同じ区内のグループホームとは交流はあるも、定期的には行えてはいない。		
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	契約時にしっかりアセスメント、本人の要望は聞いており、安心して生活できるようには計画作成担当者で協力しながら行っている		

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
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	計画作成担当者としてしっかり連絡を取りあい、家族との連絡は初期段階は密に取るようにはしている		
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	計画作成担当者としてアセスメントの素細かく話し合い、ほかの選択肢も含め本人と家族が何を求めているのか見極めている		
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	入れ替えは比較的少なく、お互い信愛関係はきている		
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	多く面会にきている家族は職員とも信頼関係は結べているが、面会にあまり来ない家族とは職員とはあまりコミュニケーションがとれていない		
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	家族の力を借りて、時々自宅に戻ったりしているが、友人が来たりするのはあまりなく、主に家族の面会が多数	友人の訪問もありますが、家族の訪問が多く、家族と一緒に食事や買い物、お墓参りに行っている方もいます。中には携帯電話を持ち込んでいる方、手紙や年賀状のやり取りを継続している方もいます。お正月に家族と自宅で過ごしている方もいます。	今後の継続

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	利用者様同士の会話は多く、孤立することはあまりない。ただ、一つのユニットは認知度が高く、利用者様同士の会話が少ないため職員の声掛けは多くしている		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	昨年は、退去者が5名おり、うち2名は他施設への移動になるが、関係はもてていない。		
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。	計画作成担当者を中心に行えている	入居前の面談で、本人や家族から過去の生活歴、趣味や嗜好、暮らし方の希望を聞き取りながらアセスメント表を作成しています。入居後は、面談時の情報に拘らず、会話の中で本人から聞かれた言葉、気づき等を個人記録や申し送りに記載して情報を共有しながら、介護計画に反映させるようにしています。	今後の継続
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	計画作成担当者を中心に行えている		
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	計画作成担当者を中心に行えている		

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	家族の意見・本人の意見を中心に、サービス担当者会議にて行っている。	入居時のアセスメントで得られた情報を基に、初回の介護計画を作成して暫く様子を見ています。その後は、毎月のサービス担当者会議でケア記録や職員の気づき等を基にモニタリングを行っています。ケアカンファレンスは更新時期の近い方、状態変化等が生じた方を中心に行い、現状に即した介護計画を作成しています。	今後の継続
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	昨年オープンしたが、人員が流動的でなかなか職員間で情報の共有ができていなかった。		
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	地域との交流がまだまだできていない為、自施設で出来ることしかできていない地域が絡んだ柔軟な支援サービスができていない		
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	地域資源の把握はまだまだ足りていない。地域資源の活用が、交流が出来ていないため活用できていない		
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	契約時、家族・本人の希望を尊重している。現在かかりつけ医を利用していない方が1名いる	主治医の選択については、かかりつけ医の有無を確認したうえで、事業所の協力医について説明し、主治医を決めていただくようにしています。従来のかかりつけ医を希望される方は、家族対応を基本としています。内科の往診は月2回、歯科は契約している方のみ、週1回の往診があります。	今後の継続

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	地域の訪問看護と提携し、週1回の訪問看護を受け、助言アドバイスを受けている。		
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。	かかりつけの医療機関（港南台病院）とは良い関係づくりが出来ており、早期対応が出来ている。		
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	昨年一人看取り対応を行ったが、スムーズに行えた。契約時には同意も頂いており、医療機関を中心に看取りの支援も行えている	契約時に「重度化や終末期の指針」について説明し、同意書を取り交わしています。主治医の判断で重度化が認められた場合は、家族、医師、管理者による話し合いの場を設け、意向の確認と方針を共有しています。	今後の継続
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	当社にて、事故対応マニュアルがあり、職員間で共有をしている。毎年、AEDの講習を行う。		
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	防災訓練（夜間想定・自然災害）は行っているも、地域とのかかわりはまだ持っていない	防災訓練は年2回、夜間の火災想定と地震想定で実施しています。訓練を行う際には、消防署に立ち合いを依頼し、避難に要する時間を計ると共に、水消火器を使用した消火訓練も行っています。備蓄品は3日分の水、食料の他、衛生用品や懐中電灯等も準備しています。	今後の継続

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	認知症の方に対する声掛けは、内部内の研修にて行っている。	人格の尊重とプライバシーについては、本社の教育委員会があり、年1回は本社にて研修を受講しています。事業所内では、声かけする際には、声の大きさやトーン、視線を合わせることを常に意識して利用者と接するよう、徹底しています。また、職員トイレに「職員の心得」を掲示する等、日頃から意識付けを行っています。	今後の継続	
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	月1回の利用者様のカンファレンスやサービス担当者会議等にて、本人が出来ることできない事を確認し、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	人員の関係から、職員の都合でスケジュールが決まってしまう事がある			
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	選択が可能な方は衣類など自分で選んで頂いている。家族の協力を得ながら、衣類の持参をして頂いている。			
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	簡単なお手伝いにはなるが、食事の準備・後片付けのお手伝いをして頂いている。 食事のクオリティーは高い。	食事は業者の配食サービスの利用と、利用者の希望を取り入れて自前でメニューを考えて提供する日を設ける等、変化をつけながら食事がマンネリ化しないよう努めています。栄養士の資格を持っている職員もおり、彩りや栄養バランスを考慮した食事も提供しています。また、月1回はユニット毎に外食の日を設け、食事が楽しめるようにしています。	今後の継続	

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	計画作成担当者を中心に行っている中心にその人にあった食事形態を出来る限りしている。水分を取る時間をこまめに摂っている。1500ccを目標にはしているが、なかなか摂れない利用者様もいる		
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	しっかり行っている		
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	リハビリパンツ着用の方もいるが、必要な人には誘導を行っている。排泄動作が出来る方は見守りのみで自立を促している。排泄パターンは記録に落としている	1人ひとりの排泄状況を排泄チェック表に記録し、時間やタイミングの把握に努めています。自立している方は見守りで対応していますが、それ以外の方は排泄チェック表を基に、時間やタイミングを見計らった声かけでトイレ誘導を行い、トイレでの排泄を促しています。	今後の継続
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	排泄記録をもとに、医療機関と相談しながら、また、水分摂取・運動を中心に予防に取り組んでいる		
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	3日に1回のペースで入浴はしているが、個々に応じた入浴は行えていない。	入浴は週2~3回、時間は午前中を基本としています。入浴拒否のある方は時間や職員を代えたり、日にちを変更しながら入浴を促しています。浴槽は3方から介助が可能で、介助しやすい造りになっており、重度化した方は職員2名体制や、シャワー浴で対応しています。また、季節のゆず湯や菖蒲湯も行っています。	今後の継続

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	計画作成担当者中心に、また、本人の意思を尊重して居居で休まれている。		
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	医療機関や提携薬局と相談しながら服薬の管理を行っている。医療関係用の申し送りファイルにて職員間では共有している		
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	制限は設けてはおらず、楽しみごとや嗜好品の提供はできる体制にはなっている。 外出は施設理念でもあるので、気分転換の支援としている		
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	外出は施設理念でもあり、散歩等外出する機会を設けるよう支援している。 家族の協力も得ているが、まだ地域の協力の面は足りない	事業所の理念にも「外へ出よう」と掲げており、天気や気候、体調を考慮しながら散歩や近くのコンビニまで出かけています。毎月、外食や遠出の外出を計画し、今年度は、マリントワー、山下公園、大さん橋、城ヶ崎公園、ファミリーレストランに出かけています。	今後の継続
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	現在、自分でお金の管理を出来る方はいなく、施設で小遣いは管理している		

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
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	1名、携帯電話を使用している利用者様がおり、定期的に家族とお話をしている。		
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	不快や、混乱を招くことはなく、居心地よく使用している。掲示物は少ない。	リビングや廊下はゆとりのある造りになっており、車椅子同士が行き来できる十分な広さが確保されています。リビングや廊下には利用者の作品や季節の装飾が飾られ、季節感を感じられるように工夫しています。テレビの前にソファを設置し、テレビを観ながら利用者同士が談笑できるよう配慮しています。	今後の継続
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	リビングのスペースは確保しており、そこで他の方とお話はされている		
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・クローゼットが備え付けである。それ以外は持込み自由になっているので、家族と本人が相談しながら自由に使い慣れたものを持参されている	各居室には、ベッド、エアコン、クローゼット、カーテンが完備されています。入居時には、使い慣れた家具や調度品を持ち込んでいただくことを勧め、生活環境の変化から不安や混乱を招くことの無い空間作りがされています。タンス、テレビ、仏壇、写真、人形等が持ち込まれ、居心地よく過ごせる居室になっています。	今後の継続
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	導線も問題なく、安全には生活できる。細かいところは工夫ひとつでできる・わかる事になるのではないかと思う		

目標達成計画

事業所

作成日

〔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

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	横浜港南グループホームそよ風
ユニット名	2 F

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、活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	当施設は「外へ出よう」を法人理念とは別に施設理念として掲げている 外出レク等外に出来るだけ意識はある		
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	町内会等に入っているが、地域参加は出来ていない。		
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	認知症について職員それぞれ研修等実践や経験で積み上げてはいるが、その知識を外部には向けられていない。		
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	H30年度は4回おこなっている		
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に取り組んでいる	地域ケアプラザとの連絡を第一に考えているが、細かい取組は伝えられていない。 区役所とは連絡はなかなか取れてはいない。		

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
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	H30年度の法改定で3か月に1回の身体拘束委員会の実施が義務付けられている。		
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	H30年度の法改定で3か月に1回の身体拘束委員会の実施が義務付けられている。		
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	まだ、職員とは成年後見人制度等の勉強会は出来ておらず、浸透はしていない。		
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	契約時には計画作成担当者も同行のもと、重要事項説明書・契約書・運営規定の説明を行って同意を得ている		
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	運営推進委員会にて行う予定だが、家族の意見や要望は面会時にその都度聞いているだけの為、細かい事まではきけていない。 職員には反映するようにはしているが、外部には反映されていない。		

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
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	定期的に職員との面談を行うようにしている。日々のコミュニケーション、全体会議で、意見は出してもらっている		
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	職員とは定期的に、また契約更改時に面談を行い、評価をしている。また、日常的にも職員との会話の中で要望・労働条件の確認を行っている。		
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	法人内の研修は行っており、研修の促しを行っている。 外部研修は個々の興味に任せている面はあり、実践者リーダー研修に1名出たり、管理者研修の取得を行えたりしている 新人教育については行えていない		
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	同じ区内のグループホームとは交流はあるも、定期的には行えてはいない。		
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	契約時にしっかりアセスメント、本人の要望は聞いており、安心して生活できるようには計画作成担当者で協力しながら行えている		

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	計画作成担当者としてしっかり連絡を取りあい、家族との連絡は初期段階は密に取るようにはしている		
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	計画作成担当者としてアセスメントの素細かく話し合い、ほかの選択肢も含め本人と家族が何を求めているのか見極めている		
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	入れ替えは比較的少なく、お互い信愛関係はきている		
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	多く面会にきている家族は職員とも信頼関係は結べているが、面会にあまり来ない家族とは職員とはあまりコミュニケーションがとれていない		
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	家族の力を借りて、時々自宅に戻ったりしているが、友人が来たりするのはあまりなく、主に家族の面会が多数		

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	利用者様同士の会話は多く、孤立することはあまりない。ただ、一つのユニットは認知度が高く、利用者様同士の会話が少ないため職員の声掛けは多くしている		
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	昨年は、退去者が5名おり、うち2名は他施設への移動になるが、関係はもてていない。		
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。	計画作成担当者を中心に行えている		
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	計画作成担当者を中心に行えている		
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	計画作成担当者を中心に行えている		

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	家族の意見・本人の意見を中心に、サービス担当者会議にて行っている。		
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	昨年オープンしたが、人員が流動的でなかなか職員間で情報の共有ができていなかった。		
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	地域との交流がまだまだできていない為、自施設で出来ることしかできていない地域が絡んだ柔軟な支援サービスができていない		
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	地域資源の把握はまだまだ足りていない。 地域資源の活用が、交流が出来ていないため活用できていない		
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	契約時、家族・本人の希望を尊重している。 現在かかりつけ医を利用していない方が1名いる		

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	地域の訪問看護と提携し、週1回の訪問看護を受け、助言アドバイスを受けている。		
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。	かかりつけの医療機関（港南台病院）とは良い関係づくりが出来ており、早期対応が出来ている。		
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	昨年一人看取り対応を行ったが、スムーズに行えた。契約時には同意も頂いており、医療機関を中心に看取りの支援も行えている		
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	当社にて、事故対応マニュアルがあり、職員間で共有をしている。毎年、AEDの講習を行う。		
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	防災訓練（夜間想定・自然災害）は行っているも、地域とのかかわりはまだ持っていない		

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
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	認知症の方に対する声掛けは、内部内の研修にて行っている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	月1回の利用者様のカンファレンスやサービス担当者会議等にて、本人が出来ることできない事を確認し、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	人員の関係から、職員の都合でスケジュールが決まってしまう事がある		
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	選択が可能な方は衣類など自分で選んで頂いている。家族の協力を得ながら、衣類の持参をして頂いている。		
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	簡単なお手伝いにはなるが、食事の準備・後片付けのお手伝いをして頂いている。 食事のクオリティーは高い。		

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
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	計画作成担当者を中心に行っている中心にその人にあった食事形態を出来る限りしている。水分を取る時間をこまめに摂っている。1500ccを目標にはしているが、なかなか摂れない利用者様もいる		
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	しっかり行っている		
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	リハビリパンツ着用の方もいるが、必要な人には誘導を行っている。排泄動作が出来る方は見守るのみで自立を促している。排泄パターンは記録に落としている		
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	排泄記録をもとに、医療機関と相談しながら、また、水分摂取・運動を中心に予防に取り組んでいる		
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	3日に1回のペースで入浴はしているが、個々に応じた入浴は行えていない。		

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
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	計画作成担当者中心に、また、本人の意思を尊重して居居で休まれている。		
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	医療機関や提携薬局と相談しながら服薬の管理を行っている。医療関係用の申し送りファイルにて職員間では共有している		
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	制限は設けてはおらず、楽しみごとや嗜好品の提供はできる体制にはなっている。 外出は施設理念でもあるので、気分転換の支援としている		
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	外出は施設理念でもあり、散歩等外出する機会を設けるよう支援している。 家族の協力も得ているが、まだ地域の協力の面は足りない		
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	現在、自分でお金の管理を出来る方はいなく、施設で小遣いは管理している		

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
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	1名、携帯電話を使用している利用者様がおおり、定期的に家族とお話をしている。		
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	不快や、混乱を招くことはなく、居心地よく使用している。掲示物は少ない。		
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	リビングのスペースは確保しており、そこで他の方とお話はされている		
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・クローゼットが備え付けである。それ以外は持込み自由になっているので、家族と本人が相談しながら自由に使い慣れたものを持参されている		
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	導線も問題なく、安全には生活できる。細かいところは工夫ひとつでできる・わかる事になるのではないかと思う		

目 標 達 成 計 画

事業所

作成日

〔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

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。