

<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	1490200134
法人名	株式会社 ケア21
事業所名	たのしい家神奈川三枚町
訪問調査日	2019年3月11日
評価確定日	2019年3月31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	1490200134	事業の開始年月日	平成22年4月1日
		指定年月日	平成22年3月31日
法人名	株式会社 ケア21		
事業所名	たのしい家神奈川三枚町		
所在地	(221-0862) 横浜市神奈川区三枚町516-1		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成31年2月	評価結果 市町村受理日	令和元年5月18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)】

○理念やケアの方向性を職員全体で共有し、支援していくように努めている。「人間性の尊重」「尊厳の保持」「利用者本位」「個別ケアの推進」など。
 ○一人一人の利用者が「自分の時間」を大切に支援していけるように努めている。
 ○入居者様が安心安全に生活して頂けるように各スタッフが個別支援計画書を作ることで、より細かい支援が出来る様になっている。
 ○地域のコミュニティーを大切に自治会の掃除や各種イベント等にも積極的に参加しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 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31年3月11日	評価機関 評価決定日	平成31年3月31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)】

●この事業所の経営は株式会社ケア21です。同法人は、大阪にて学習塾でスタートしましたが、平成12年からは全面的に介護事業に方向転換しました。同法人は大阪・東京に本社をおき、訪問介護、訪問介護看護、居宅介護支援、介護付き有料老人ホーム、グループホーム、デイサービス、小規模多機能型居宅介護、福祉用具販売、給食・配食ダイニング事業等、「福祉・医療・教育・文化」の4領域で事業展開しています。ここ「たのしい家神奈川三枚町」は、横浜駅西口より市営バスに乗り「羽沢団地前」下車して、徒歩7分程の場所に位置し、近隣には集合住宅・戸建の家が建ち並ぶ閑静な高台にあります。春には桜を見ながら散歩をしたり、夏にはリビングから花火見物、夜には星空を眺めることも出来、四季や自然を感じる事が出来る環境下にあります。
 ●ケアについては、事業所の理念である「生き生きと住み慣れた地域で暮らせる家」を職員全員が意識して、「たのしく」「自分らしく」1人1人の利用者が「自分の時間」を大切に生活を送ることが出来るよう、ケアに取り組んでいます。特に「個別ケア」に重点をおき、職員は日々の会話の中で利用者の要望や思いの汲み取りに努め、居室担当者を中心に「個別支援計画書」を作成しています。管理者は「職員と利用者が一緒に楽しく料理等をしながら、共に生活出来るグループホームにしたい」と考えています。開所当初からの職員も多く、家庭的な雰囲気の中、家族の協力も得て、利用者が穏やかに安心して過ごせるよう支援に努めています。
 ●地域との交流については、理念に掲げている「生き生きと住み慣れた地域で暮らせる家」を実践すべく、利用者が地域の一員として、住み慣れた地域で社会との交流を維持しながら生活を送れるように、自治会の掃除や地域行事に積極的に参加しています。夏には事業所を開放して、地域の方と2階のリビングから一緒に花火見物をしたり、10月にはBBQも一緒に楽しむ等の交流の機会を設けています。防災面では、災害時の「防災協定」を自治会・消防署・事業所の3者で結んで4年目になりました。今後も、より一層地域との交流を増やせるよう、様々な行事等を企画し、開催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	たのしい家神奈川三枚町
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 3, 利用者の1/3くらい 4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3, 家族の1/3くらいと 4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	家庭的な環境、馴染みある地域の中で、生き生きと暮らせる家を目指しており、地域密着型の考えを理解した援助をおこなっている。	開所当初に作成した理念を継続して掲げています。理念である、「家庭的な環境、馴染みある地域の中で、生き生きと暮らせる」よう「個別支援計画」を作成してケアを行っています。管理者は、ユニット会議や日常の会話の中でも、「後悔しないケアをしているか」「利用者の為に出来る事はないか」話し合っています。運営推進会議でも、事業所の理念・方針を伝え、地域の方々にも理解して頂けるように呼び掛けています。	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	運営推進会議、施設の行事など地域の自治会、地域ケアプラザにも参加してもらい、子供みこし、地域清掃、防災訓練などの参加で地域との交流を図っています。	運営推進会議や、隣に住んでいる自治会長から地域の情報を頂き、事業所の行事はポストに投函して地域の方にお知らせしています。夏には事業所にお招きして2階から花火見物をしたり、10月にはバーベキューに招待する等で交流を図っています。また、ハロウィンの時には近隣の子供達の来訪があり、地域の防災訓練にも可能な限り参加しています。ボランティアは、ハーモニカ・沖縄民謡の方の来訪があります。更に、法人の医師会が「10年後の医療・介護を見据えて」高校生対象の「医療体験」を企画し、1年を通して看護師と一緒に学生が訪ねて来ました。	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	地域の自治会、地域ケアプラザの方、民生委員会の方々に参加してもらい施設の運営状況等説明している。		
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	運営推進会議を定期的（2か月に1回）に行い、サービス向上の為、利用者様や家族様の意見を取り入れるなどしてグループホームの理解をして頂いている。また、身体拘束についても家族様と毎回議論を交わしている。	2ヶ月に1回、自治会会長・地域包括支援センター職員・家族・管理者・ケアマネージャーの参加を得て、開催しています。家族は毎回10名程参加する等、家族の関心も高く、事業所の現状・活動状況、事故・ヒヤリハット事項を報告し、事業所の実状や取り組みを理解して頂いています。今年度から身体拘束廃止・虐待防止委員会を併せて発足しました。委員会で上がった議題を運営推進会議の中でも取り上げ、身体拘束について具体的な例を上げて話し合い、家族と共通認識を持てるようにしています。	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取り組んでいる	実地指導や運営推進会議や事故報告などを通じて連携を取っている。	市の介護事業指導課とは、運営上の不明点を質問したり、助言を頂いたりして連携を取っています。神奈川区の地域連絡会に加入していますが、シフト上の関係もあり、研修会に参加出来ていませんでしたが、今後は出来るだけ参加したいと考えています。	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	身体拘束は毎年、社内研修を行っており、身体拘束ゼロを徹底している。しかし防犯面も考慮し、玄関の電子ロックによる施錠は行っている。運営推進会議の中で家族様と話し合っている。	身体拘束廃止・虐待防止委員会を2ヶ月に1回開催しています。具体的な事例を挙げて話し合い、委員会の内容は翌月の運営推進会議でも報告しています。内部研修を年1回実施している他、外部研修に参加した際には、他の職員にもフィードバックして情報を共有しています。ケアの中で不適切な言葉遣いがあった時には、管理者が注意したり、職員同士で注意合っています。	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	虐待防止に関しても毎年、社内研修を行っており、施設でも委員会を作っており虐待防止の取り組みを行っている。運営推進会議の中で、身体拘束と共に話し合っている。		
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	説明を適宜行い、疑問点があれば相談窓口もあり、対応している。		
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	説明を適宜行い、疑問点があれば相談窓口もあり、対応している。		
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	年に一回の満足度アンケートをとっている。	年1回法人で満足度アンケートを実施し、結果を法人のHPで公表しています。家族の来訪時には、日頃の様子との報告と併せて意見や要望を伺っています。なかなか面会に来られない家族には、電話で聞くようにしていますが、メールに写真を添付して、連絡を取り合っている家族もいます。毎月のお便りの他、居室担当者が写真とコメントを添えて、季節ごとに年4回お便りを送付しています。更に、個人アルバムを作成し、ユニットの入り口に置いている他、法人のHPでも各事業所のブログが開設されており、様子を知る事が出来るようになってきました。	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	業務改善提案書をいつでも社内にあげることができる。また毎年、職員アンケートの実施を行い、意見や提案が出来る環境になっている。	法人宛に「業務改善提案書」をメールで出せるようになっている他、毎年法人でも「職員アンケート」を実施する等、職員が意見や提案を表出することが出来るようにしています。管理者はフロア会議や、日頃から職員の意見や提案を聞きながら、検討したうえで反映させています。「誰伸制度」を設け、職員は各自「今季の目標」を立て、管理者と面談で達成度を振り返ることで、各自が仕事に対する向上心を持てるようになっていきます。	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	誰伸制度のスタートにより、各々が向上心を持てるような評価制度になっている。		
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	毎月の施設研修会議により、実際の現場での困難事例や、技術指導、認知ケア等、現場職員からの疑問や提案を研修として行っている。スキル向上の為に研修委員を発足、その人に合った研修を行っている。		
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	横浜市の地域連絡会に参加し、交流・情報交換等を行っています。		
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	インテークからのアセスメントにより行えている。入居後も本人や家族様の思いを聞くなどしてコミュニケーションをはかっている。		

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	インテークからのアセスメントにより行えている。利用者様の日々の暮らしぶり等を報告することで新たに家族様の要望を伺っている。		
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	判定会議やカンファレンスにより行えている。スタッフによる個別支援計画書などにより、今のケアはどのようにすればいいか検討している。		
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	「居室担当制」をされており日々の業務の中で担当している入居者様や担当ではない入居者様とコミュニケーションを取り、より良い関係を築いている。		
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	御家族への面会の推奨や御本人の様子の変化等には適宜連絡を行っている。		
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	家族・親戚等の面会や外出は自由にして頂いているが、友人等の関係は事前に確認、または家族に電話して面会の許可を取るようになっている。	家族は運営推進委員会に合わせて来訪したり、多い方では週1回の来訪があります。友人や知人との面会を希望されない方もいますが、手紙のやり取りは継続している方もいます。家族と外食や墓参り、行きつけだった美容院に出掛けたり、自宅に帰られている方もいます。	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	共同生活の中で、生活を共有できるように、当番制等を取り入れ、一緒に家事を行う等、本人が出来る事の支援で関わりを持っている。		
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	過去の行事での写真・ビデオ等を取りまとめるなどして家族様に提供し必要であれば相談を受けている。		
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。	できるだけ、計画作成担当だけでなく本人に他のスタッフもヒアリングをして希望や意向を把握して困難な場合は本人の立場になって検討している。	入居前の面談で、本人と家族から聞いた生活暦・既往暦・暮らし方の希望をフェイスシートに記入しています。入居後は日々の「気づき」や本人の発した言葉をケース記録に記入し、情報を共有しています。本人や家族の希望や意向は、ADL等を考慮しながら、可能な限りケアに反映させています。	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	以前のケアマネージャーと家族からヒアリングをして施設でも、今までと変わらない生活を継続して頂けるようにサービス利用の経過等について把握している。		
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	職員が1人ひとりの現状を把握してその日に合ったケアをしている。		

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
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	居室担当がモニタリングをして計画作成担当と他のスタッフが話し合いをしている。また、介護計画を作成するときは、家族様と相談して作成をしている。	入居1ヶ月はフェイスシートに基づき暫定的な介護計画を作成して様子を見ています。その後、利用者の様子を基に作り直し、通常3ヶ月・6ヶ月・1年毎に見直しています。「個別支援計画」は居室担当を中心にケアマネジャーと作成しています。「個別支援計画」を基にモニタリングを行い、課題を抽出した後に、担当者会議を開催して、家族とも相談しながら介護計画を作成しています。フロア会議でケアカンファレンスを行い、必要に応じて介護計画の見直しを行っています。	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	ケアの情報について日々スタッフ間で共有している。必要であれば介護計画の見直しに活かしている。		
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	個別のケアの推進をはかりその時々生まれるニーズに対して現在のサービスに捉われない支援をしている。		
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	地域のイベントに参加して暮らしを楽しんで頂けるように支援している。		
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	家族様やご本人のご意向を医療機関へ情報提供している。受診が必要なのかなど医師と家族様との話し合いを持ち、その状態にあった医療機関を紹介している。	利用者全員が事業所の提携医を主治医として、月2回の往診を受けています。往診日の前日に、事業所から利用者の状態を記載した「医療報告書」を医師にFAXで送信し、当日は気になる箇所を中心に診てもらっています。その他の専門医への受診は医師に紹介状を書いて頂き、家族対応で受診しています。看護職員が週1回訪問し、利用者の体調管理をしています。その他歯科医が毎週水曜日に来訪し、必要な方が受診しています。医師とは24時間オンコール体制を取っています。	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
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	月2回の往診、週1回の訪問看護の前日までに個々の利用者の健康状態、態で気になる事、心配な事を伝え、当日往診または訪問看護の際にはしっかりと申し送りを行っている。		
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。	必ず病院へ情報提供を行っており、治療計画等の状況を把握している。		
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、事業所で行えることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重要事項説明書に重度化における指針を記載しており、契約時に合わせて説明を行っている。 また、日々の変化を家族様に伝え本人又は家族様の意向を常に共有している。	入居時に「看取りの意向」「急変時・終末期における医療等に関する意向」を書面で確認しています。今年度、書面の内容を見直し、新たに一部の内容を改定しました。状態の変化が生じた時は、往診時に合わせて家族に訪して頂き、医師・家族・管理者の三者で今後の方向性を話し合っています。利用者や家族の意向に沿った看取りが出来るよう、医療機関と協力しながらチームとして支援しています。	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	施設研修会議や社内研修により、緊急時の対応方法や応急処置について、研修を行っている。 また、職員には上級救命士の講習を受けてもらうなどして備えている。		
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	1年に2回避難訓練を実施する様、地域、そして家族様に参加して頂く等して協力体制を築いている。	年2回、夜間の火災を想定した避難訓練を行い、うち1回は消防署職員の立ち合いの下で実施しています。水消火器を使用した消火訓練や、利用者にも参加して頂き、一時避難場所等についても確認しています。訓練の際には、地域の方や家族にも参加を呼び掛け、見守りをお願いする事もあります。平成27年に自治会・消防署・事業所の三者で「防災協定」を結んでから、今年で4年目になります。3日分の水と食料・ラジオ・懐中電灯・アルミシート・毛布・衛生用品を備蓄しています。非常食の試食会には、自治会の方にも参加して頂き、好評だった物を備蓄しています。	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	施設で虐待研修等を行い職員一人ひとりが人格や誇りを尊重して言葉かけには注意している。	「何気ない対応や声掛けが、人格を否定してしまう時がある」という事を、日頃から職員に周知しています。また、ケアを行う際には「利用者の立場に立って考える」事を常に念頭に置きながら接するように伝えていきます。「トイレの扉を閉める」、「居室に入る時はノックする」等プライバシーを損ねないケアに努めています。	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	意思決定が行えるように、一人ひとりに合わせてコミュニケーション方法を変えている。		
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	日々の暮らしは本人の希望を聞いて、できるだけ本人の希望にそって支援している。		
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	日常の更衣や外出時にはお気に入りの服選びをしたり、身だしなみを整えて頂いている。		
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	調理や食器の片づけは、一人ひとりの力を活かしている。食事の時はBGMを流して食事が楽しみにできる様に支援している。 今日は何が食べたいか等、利用者様の希望を聞いて料理を作ったり、食材を購入したりしている。	メニューは事業所で作成し、宅配やネットスーパーを活用して、食材を購入しています。時には利用者の希望を取り入れて、天ぷら・寿司・刺身等を提供する事もあります。旬の食材を取り入れる等、季節感も大切にしながら食事が楽しみなものとなるように支援しています。	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	水分摂取については1日量を確保できるように支援している。栄養摂取も食材をたくさん使用してバランスを調整をしている。 (起床、朝食、10時、12時、15時、夕食、寝る前、その他適宜)			
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	毎食後にそれぞれにあわせた口腔ケアを提供している。 ご希望がある場合は訪問歯科による検査や口腔ケアの手配をしている。			
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	排泄パターンを把握しそれぞれに合わせた排泄ケアを提供している。(時間をおき、定期的な声かけをし誘導している。)	利用者の「食事・入浴・水分摂取量・排泄・洗濯」状況が一目で確認出来る「ケアチェック表」で、排泄状況を把握し、時間やタイミングを見計らった声掛けを行っています。便秘対策では、牛乳・ホットミルク・ヨーグルト、繊維質の多い食事を提供していますが、状況に応じて看護師に相談し、薬を処方してもらう事もあります。		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	運動や食物の工夫を日々行っているが、どうしても便秘になる場合は便秘薬等を医療と相談しながら提供している。			
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	本人に入浴の事を伝え、個々にそった入浴を支援している。 (お風呂の嫌いな利用者様もいらっしゃるので拒否があった場合には無理をせず、次の日に入って頂く)	週2回、月～土曜日の15時過ぎから、3人ずつ入浴しています。日曜日は、体調が優れなかったり、外出された方の為の予備日としています。入浴前にはバイタルチェックを行い、身体の状態を確認してから入浴支援を行っています。入浴拒否のある方には無理強いせず、後日改めて声掛けする等して入浴を促しています。時には、入浴剤を使用したり、季節のゆず湯を行う等、変化を付けながら支援しています。		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
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	本人の生活習慣や休息を把握して気持ち良く取れるように支援している。 自由に居室で休むことが出来る様に声掛けしている。		
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	医療との連携により、服薬管理を行っている。 (利用者様の状態にあわせ、錠剤、顆粒のどちらがよいかなど判断し提供している)		
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	個別ケアの推進を図り生活リハビリ、趣味、レクリエーションなど利用者様と相談しながら行っている。 イベントで使用する小道具の制作で手伝い等。		
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	利用者様の希望に添える様に買い物や散歩、遠方には自動車を使うなど職員が付き添い支援している。	天気や気候を考慮しながら、午前中を中心に外出支援を行っています。散歩のコースは利用者のADLを考慮して決めています。歩行が難しい方には、駐車場で外気浴等を行っています。宮向団地へ花見に行ったり、三ツ沢公園近くの「あじさいロード」まで車を使って出掛けています。また、家族に協力して頂き、外食に行かれています方もいます。	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	現在立替金として行っており、歯ブラシなど日用品の購入は定期的にし、その他はご家族様やご本人と相談しながら購入している。		

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	本人の希望に合わせて自ら手紙をだしたり、電話をしたり出来る様に支援している。		
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	室内温度をエアコンで調整しながら加湿器によって湿度調整も行っている。また、安心して生活が出来る様な配慮をしている。そのため、生花を飾るなどして視覚にも訴え楽しめるようにしている。	2週間に1回、花屋さんに来て頂き、季節の花を生けています。リビングでは加湿器や空気清浄器を使用し、快適に過ごせるように配慮しています。レクリエーションで作成した、塗り絵や書道等の作品をフレームに入れて壁に飾る事で、インテリアになるよう工夫しています。高台に位置していることから、見晴らしも良く、リビングの窓から夏には花火、夜には星空を楽しむことも出来ます。	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	共用スペースは一人になったり気の合う人と思いに過ごせるように工夫をして必要であれば支援している。		
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	本人が居心地の良い空間を作りを行い、本人が安心出来る様に工夫している。ご自宅に飾ってあった写真や櫛などの思い出や普段使われてたものを用意している。	エアコン・クローゼット・照明が完備され、冬場は加湿器を家族に用意して頂いています。自宅の延長として生活して頂けるよう、タンス・椅子・人形・写真等の、使い慣れた家具や思い出の品を持ち込んで頂き、居心地良く過ごせるような居室作りがされています。家具の配置も、出来るだけ自宅と同じようにして頂いています。出来る方には、職員と一緒に掃除をして頂いています。	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	居室担当が各利用者様の個別支援計画書をつくりそれを元にカンファ等を開き、本人が安全で自立した生活が送れるように支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

たのしい家神奈川三枚町

作成日

平成31年3月11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		利用者様の判断ではなく、介護者が自分の都合で判断している	利用者様が何がしたいか等の思いを聞き、それに沿った支援をしていく。傾聴。	利用者様の言葉の意味を理解するため、スタッフ同士が確認し常に意識することを忘れない。	1年

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	たのしい家神奈川三枚町
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 3, 利用者の1/3くらい 4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3, 家族の1/3くらいと 4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	家庭的な環境、馴染みある地域の中で、生き生きと暮らせる家を目指しており、地域密着型の考えを理解した援助をおこなっている。		
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	運営推進会議、施設の行事など地域の自治会、地域ケアプラザにも参加してもらい、子供みこし、地域清掃、防災訓練などの参加で地域との交流を図っています。		
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	地域の自治会、地域ケアプラザの方、民生委員会の方々に参加してもらい施設の運営状況等説明している。		
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	運営推進会議を定期的（2か月に1回）に行い、サービス向上の為、利用者様や家族様の意見を取り入れるなどしてグループホームの理解をして頂いている。また、身体拘束についても家族様と毎回議論を交わしている。		
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に取り組んでいる	実地指導や運営推進会議や事故報告などを通じて連携を取っている。		

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	身体拘束は毎年、社内研修を行っており、身体拘束ゼロを徹底している。しかし防犯面も考慮し、玄関の電子ロックによる施錠は行っている。運営推進会議の中で家族様と話合っている。		
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	虐待防止に関しても毎年、社内研修を行っており、施設でも委員会を作っており虐待防止の取り組みを行っている。運営推進会議の中で、身体拘束と共に話し合っている。		
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	説明を適宜行い、疑問点があれば相談窓口もあり、対応している。		
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	説明を適宜行い、疑問点があれば相談窓口もあり、対応している。		
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	年に一回の満足度アンケートをとっている。		

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
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	業務改善提案書をいつでも社内における事ができる。また毎年、職員アンケートの実施を行い、意見や提案が出来る環境になっている。		
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	誰伸制度のスタートにより、各々が向上心が持てるような評価制度になっている。		
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	毎月の施設研修会議により、実際の現場での困難事例や、技術指導、認知ケア等、現場職員からの疑問や提案を研修として行っている。 スキル向上の為に研修委員を発足、その人に合った研修を行っている。		
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	横浜市の地域連絡会に参加し、交流・情報交換等を行っています。		
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	インテークからのアセスメントにより行っている。 入居後も本人や家族様の思いを聞くなどしてコミュニケーションをはかっている。		

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	インテークからのアセスメントにより行えている。利用者様の日々の暮らしぶり等を報告することで新たに家族様の要望を伺っている。		
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	判定会議やカンファレンスにより行えている。スタッフによる個別支援計画書などにより、今のケアはどのようにすればいいか検討している。		
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	「居室担当制」をされており日々の業務の中で担当している入居者様や担当ではない入居者様とコミュニケーションを取り、より良い関係を築いている。		
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	御家族への面会の推奨や御本人の様子の変化等には適宜連絡を行っている。		
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うよう、支援に努めている	家族・親戚等の面会や外出は自由にして頂いているが、友人等の関係は事前に確認、または家族に電話して面会の許可を取るようになっている。		

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
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	共同生活の中で、生活を共有できるように、当番制等を取り入れ、一緒に家事を行う等、本人が出来る事の支援で関わりを持っている。		
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	過去の行事での写真・ビデオ等を取りまとめるなどして家族様に提供し必要であれば相談を受けている。		
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。	できるだけ、計画作成担当だけでなく本人に他のスタッフもヒアリングをして希望や意向を把握して困難な場合は本人の立場になって検討している。		
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	以前のケアマネージャーと家族からヒアリングをして施設でも、今までと変わらない生活を継続して頂けるようにサービス利用の経過等について把握している。		
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	職員が1人ひとりの現状を把握してその日に合ったケアをしている。		

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
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	居室担当がモニタリングをして計画作成担当と他のスタッフが話し合いをしている。また、介護計画を作成するときは、家族様と相談して作成をしている。		
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	ケアの情報について日々スタッフ間で共有している。必要であれば介護計画の見直しに活かしている。		
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	個別のケアの推進をはかりその時々生まれるニーズに対して現在のサービスに捉われない支援をしている。		
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	地域のイベントに参加して暮らしを楽しんで頂けるように支援している。		
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	家族様やご本人のご意向を医療機関へ情報提供している。受診が必要なのかなど医師と家族様との話し合いを持ち、その状態にあった医療機関を紹介して頂いている。		

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	月2回の往診、週1回の訪問看護の前日までに個々の利用者様の健康状態、態で気になる事、心配な事を伝え、当日往診または訪問看護の際にはしっかりと申し送りを行っている。		
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。	必ず病院へ情報提供を行っており、治療計画等の状況を把握している。		
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	重要事項説明書に重度化における指針を記載しており、契約時に合わせて説明を行っている。 また、日々の変化を家族様に伝え本人又は家族様の意向を常に共有している。		
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	施設研修会議や社内研修により、緊急時の対応方法や応急処置について、研修を行っている。 また、職員には上級救命士の講習を受けてもらうなどして備えている。		
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	1年に2回避難訓練を実施する様、地域、そして家族様に参加して頂く等して協力体制を築いている。		

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
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	施設で虐待研修等を行い職員一人ひとりが人格や誇りを尊重して言葉かけには注意している。		
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	意思決定が行えるように、一人ひとりに合わせてコミュニケーション方法を変えている。		
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	日々の暮らしは本人の希望を聞いて、できるだけ本人の希望にそって支援している。		
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	日常の更衣や外出時にはお気に入りの服選びをしたり、身だしなみを整えて頂いている。		
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	調理や食器の片づけは、一人ひとりの力を活かしている。食事の時はBGMを流して食事が楽しみにできる様に支援している。 今日は何が食べたいか等、利用者様の希望を聞いて料理を作ったり、食材を購入したりしている。		

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
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	水分摂取については1日量を確保できるように支援している。栄養摂取も食材をたくさん使用してバランスを調整をしている。 (起床、朝食、10時、12時、15時、夕食、寝る前、その他適宜)		
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	毎食後にそれぞれにあわせた口腔ケアを提供している。 ご希望がある場合は訪問歯科による検査や口腔ケアの手配をしている。		
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	排泄パターンを把握しそれぞれに合わせた排泄ケアを提供している。(時間をおき、定期的な声かけをし誘導している。)		
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	運動や食物の工夫を日々行っているが、どうしても便秘になる場合は便秘薬等を医療と相談しながら提供している。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	本人に入浴の事を伝え、個々にそった入浴を支援している。 (お風呂の嫌いな利用者様もいらっしゃるので拒否があった場合には無理をせず、次の日に入って頂く)		

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	本人の生活習慣や休息を把握して気持ち良く取れるように支援している。 自由に居室で休むことが出来る様に声掛けしている。		
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	医療との連携により、服薬管理を行っている。 (利用者様の状態にあわせ、錠剤、顆粒のどちらがよいかなど判断し提供している)		
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	個別ケアの推進を図り生活リハビリ、趣味、レクリエーションなど利用者様と相談しながら行っている。 イベントで使用する小道具の制作で手伝い等。		
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	利用者様の希望に添える様に買い物や散歩、遠方には自動車を使うなど職員が付き添い支援している。		
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	現在立替金として行っており、歯ブラシなど日用品の購入は定期的にし、その他はご家族様やご本人と相談しながら購入している。		

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	本人の希望に合わせて自ら手紙をだしたり、電話をしたり出来る様に支援している。		
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	室内温度をエアコンで調整しながら加湿器によって湿度調整も行っている。また、安心して生活出来る様な配慮をしている。そのため、生花を飾るなどして視覚にも訴え楽しめるようにしている。		
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	共用スペースは一人になったり気の合う人と思いに過ごせるように工夫をして必要であれば支援している。		
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	本人が居心地の良い空間を作りを行い、本人が安心出来る様に工夫している。ご自宅に飾ってあった写真や櫛などの思い出や普段使われてたものを用意している。		
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	居室担当が各利用者様の個別支援計画書をつくりそれを元にカンファ等を開き、本人が安全で自立した生活が送れるように支援している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

たのしい家神奈川三枚町

作成日

平成31年3月11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		利用者様の判断ではなく、介護者が自分の都合で判断している	利用者様が何がしたいか等の思いを聞き、それに沿った支援をしていく。傾聴。	利用者様の言葉の意味を理解するため、スタッフ同士が確認し常に意識することを忘れない。	1年

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。