

<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	1492600497
法人名	株式会社ユニマットそよ風
事業所名	相模原ケアコミュニティそよ風 グループホーム
訪問調査日	2015年3月17日
評価確定日	2015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。

## 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	1492600497	事業の開始年月日	平成25年3月1日	
		指定年月日	平成25年3月1日	
法人名	株式会社ユニマツトそよ風			
事業所名	相模原ケアコミュニティそよ風 グループホーム			
所在地	( 252-0232 ) 神奈川県相模原市中央区矢部1-5-20			
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27年3月7日	評価結果 市町村受理日	平成27年5月4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)】

--

## 【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3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成27年3月17日	評価機関 評価決定日	平成27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)】

<p>①相模原ケアコミュニティそよ風は株式会社ユニマツトそよ風の運営です。株式会社ユニマツトそよ風はグループホームを始めとする高齢者複合介護施設の介護事業とリゾート型不動産分譲を中心としたリタイアメント・コミュニティ事業を展開するJASDAQ上場の企業です。相模原ケアコミュニティそよ風は25年3月に開設された高齢者複合介護施設でグループホームの他に、デイサービス・サービス付き高齢者向け住宅・訪問介護・居宅介護支援事業が併設されています。併設されているサービス付き高齢者向け住宅は高級に設えられた施設であり、居室は見せて頂きませんでした。共有のロビーや食堂は贅沢な作りで整備されています。ホームは、相模原駅からバスで約5分の相模原市の中心市街に位置し、さくら通り沿って市役所の反対側にあります。複合介護施設の良さとして、各施設にそれぞれスペシャリストが配置されているので相互に補完が可能であり、自宅での生活が困難で介護が必要な方が安心して生活できる環境があります。</p> <p>②開所から2年弱の施設ですが、開所から継続して在籍している職員は3名であるため、職員の教育については重点的に行っています。特に新人教育をして質の底上げに力を入れたいと考えています。自己評価用紙を活用して、職員に自己評価をしてもらい、介護について同じ観点に立てる教育を続けています。日常の中での具体的な教育として、「事故0」を掲げ、ヒヤリハットの活用による再発防止に力を入れています。再発とは、前の事例が活かされていないことであり、ヒヤリハットを週1回集計し、そよ風全体の問題として捉え、内部のカンファレンス、月1回のユニマツトグループホーム協議会で研修課題に挙げ、共有化しています。</p> <p>③グループホームとして、外部に発信して行きたい、利用者に此处を自宅と感じ、近所とお付き合いしてもらえように行きたいと考えていますが、街中のことでもあり、町内会活動は活発とは言えず、矢部地区の自治会へのアプローチも考えて行きたいと考えています。現状ではボランティアセンターを経由して中学校の合唱部に来てもらったり、毎日のおやつを近くの西門商店街に買い物に行き、相模原ケアコミュニティそよ風のご利用者だということを知って頂いたり、自治会から餅つきの臼杵を借りたりして交流に工夫しています。少しでも利用者が近隣の方と交流出来るよう努めて行きたいと考えています。</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	相模原ケアコミュニティそよ風 グループホーム
ユニット名	さくら

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	【自己選択・自己決定】＝自由を理念としています。	法人の理念は「自己選択・自己決定」であり、自由であることをケアの基本に据え、グループホーム「そよ風」のケアの心得を5項目（さしすせそ）にまとめ、介護に当たっています。共同生活の中で「自由」は難しい面もありますが、出来る限り利用者からの要望に対応するよう努めています。職員から意見があった時には、出来るだけその場で対応するようにし、各ユニットのカンファレンスで取り上げ、法人の基本理念を毎朝朝礼で唱和して立ち返りを行っています。		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	今現在交流無し	自治会の加入は申し込みを行い、現在、自治会長にアプローチ中です。未加入ではありますが、自治会より餅つき用の臼杵を借りたり、夏祭りに参加したりしています。ボランティアでは体操の先生が来訪し、ボランティアセンターを経由して中学校の合唱部の子どもたちも来てくれています。利用者はサービス付き高齢者向け住宅での書道教室等にも参加しています。		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	今現在交流無し			
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	H25.9.29/H25.12.21/H26.3.29に実施しました。活動の報告、食事会の実施を行いました。意見交換を行っています。※議事録参照	26年度は2ヶ月に一度（偶数月の土曜日）に開催しています。メンバーは地域包括センターの方、ご家族、グループホーム関係者で行っています。自治会へは声を掛けていますが、まだ参加は頂いておりません。議題はグループホームの2カ月間の報告と次2ヶ月の予定、関連施設に関する情報提供などを行い、質疑、討議、提案等をお伺いしています。		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に取り組んでいる	今現在交流無し	相模原市役所の高齢政策課、高齢者相談課とは設立関連で交流があり、グループホームとしては記事録を提出し、実務指導を受けています。中央地域包括センターには8月から運営推進会議に出席してもらい、利用者に関する連携等を介しての交流があります。		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	
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	H25.7.25に研修実施。各ユニットに鍵をかけるない取り組み、ベランダへ鍵をかけない等移動に制限しない環境作りに努めています。	身体拘束を正しく理解し、身体拘束をしないケアを実施し、法人での研修も行い、具体的な拘束の事例の話をして研鑽しています。2階の鍵はご家族の了解を得て閉めています。ベランダへ鍵をかけない等、移動に制限しない環境作りに努めています。1階の鍵はオートロックになっています。スピーチロック、誤薬などないように努めています。	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	H25.7.25に研修実施。成年後見人制度の研修は未実施			
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	成年後見人制度の研修は未実施。来年度に研修予定			
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・計画作成担当者・施設長等の複数名にて契約を実施し、多方面での説明が出来るようにしています。			
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	運営推進会議時や意見箱の設置をし、家族の意見が反映できるよう努めています。	家族会はありませんが、運営推進会議は全家族に案内を出し（11～12家族が参加）、運営推進会議の中で意見を頂き、回答できる事項についてはその場で答えるようにしています。地域包括センターの方からも行政に関する回答をして頂いています。その他、ご家族の来訪時にも個別に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	施設全体での全体会議、グループホームでの部署会議を実施し、職員の意見を聞く機会としています。	施設全体での全体会議、グループホームの毎月のユニット会議を実施し、職員の意見を聞く機会を持っています。施設長とは、年1回、1～3月の間に人事考課を含めた施設長面接を行い、職員はレポートを提出しています。基本的に介護の質の向上を目的とし、ケガの無い体制（0に近づける）を指導しています。	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	有期雇用面談を年1回実施。自己評価を年1回から2回実施しています。		
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	新人マニュアルを活用し、1週間から6ヶ月の期間で業務の見直しを行っています。		
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	未実施		
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	実態調査時に入居者様の生活環境、生活歴を把握しています。入居してからも、毎月20日に行うカンファレンスで見直しを実施しています。		

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
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	実態調査時に家族からの要望を聞き、在宅生活での出来事、入居してからの不安に思うことを聞いています。入居してからは、体調の変化、購入品等の細かの事も報告しています。		
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	実態調査を行い、入居者様、家族の要望を聞き介護計画を作成します。入居時にも担当者会議を実施し、職員からの意見も取り入れサービスを実施しています。		
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	食器拭き、フロア掃除を日々行っています。役割を持って頂けるよう努めております。		
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	外出時間の制限はありません。外出・外泊は希望があればいつでも出来ます。細かいこともすぐに連絡し、現状の状態が解るように努めています。		
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	現在取り組み中	面会は殆どがご家族であり、知人の面会については、同年代の方が少し来訪されたり、お付き合いが希薄であったりする状況ですが、ご近所との交流を出来るだけサポートすることを考え、西門商店街での買い物や散歩などで交流出来るよう支援に努めています。	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
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	定期的な席替え、行事への同時参加を促しています。		
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	退去者がまだ1名しかおりません。今後取り組んでいきます。		
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。	毎月20日実施のカンファレンスを実施し、入居者様の希望や要望を共有し、出来る限り希望通りに出来るように努めています。	一人ひとりの思いや意向の把握については、職員個々が観察力を付けるよう日頃から指導しています。利用者が同じことを繰り返し言う事があれば、何らかの対応が出来るよう、本人の思いを叶える努力をしています。例えば筆箭が欲しいと言えば、ご家族に伝えて相談し、本人の意向を叶えるよう努めています。利用者個々の希望を職員が聞いた場合は、管理者等に相談し、カンファレンスで方向付けす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	入居前には実態調査を実施し、生活歴の把握に努めています。入居してからは、日々の生活を観察し、入居者様に合った生活が遅れるよう支援しております。		
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	日々の職員間の申し送り、カンファレンスにて入居者様の状態の把握に努めています。		



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	定期的なモニタリングを実施し、担当者会議を開き、関係者と話し合い介護計画の見直しを行っております。	各フロアに計画作成担当者が設置し、居室担当は、担当利用者をモニタリングした状況を口頭報告若しくはリストアップして計画作成担当者に渡し、計画作成担当者が介護計画を作成しています。介護援助計画は2表を細分化したものを作成し、介護を展開しています。介護計画はご家族の意見を加味して最終決定し、了解を頂いています。	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	ケース記録・申し送りノートに記入し、職員間での情報共有に努めております。		
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	要望があれば対応します。		
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	地域とのかかわりがまだ薄いです。今後の課題です。		
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	第二・第四火曜日び往診して頂いています。24時間の連絡体制を結んでおり、緊急時も素早く対応できる仕組みにしています。	淵野辺総合病院から毎月2回、往診があります。主治医の選択はご家族に自由であることを伝えており、北里大学病院に通院している方もいます。訪問歯科の往診は3医院から診察を受けています。看護師は館内に在籍し、相談出来る体制にあり、週1回グループホームでの勤務となっています。（併設のサービス付高齢者住宅に看護師、デイサービスに准看護師が配置されています）	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	周囲1回看護師が訪問し、バイタル測定等の実施を行っております。異常時には協力病院へ連絡する仕組みになっています。		
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。	月2回の往診時、週1回の看護師訪問時、24時間連絡体制等にて情報交換を行っております。入院時も定期的に病院を訪問し、状態の把握に努めています。		
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	契約時に【重度化に対する指針】の説明を行っております。	契約時に重度化に対する指針の説明を行ない、同意書を頂き、実際にターミナル期にさしかかった時点で医師を含めてご家族と3者で話し合い対応を決めることにしています。看取りの加算申請をとり、可能な場合には看取りも行うつもりでいます。慢性化した場合で医療が必要な場合には相談することになっています。	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	H25.9.27消防訓練実施。全ての職員に対しては未実施。		
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	H25.9.27消防訓練実施。全ての職員に対しては未実施。老人保健施設と協力関係を結んでいる。	建物全体で共同防災訓練を実施しています。近隣の老人保健施設とは協力体制にあります。備蓄はグループホームで人数分の備蓄を3日分程度備えています。厨房に在庫もあり、水は1年期限のものを備え、米は近くの米屋を利用して定期的に購入しています。今後、全ての職員が訓練を実施する機会を持ち、緊急に備えた体制作りを期待します。	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	介護計画・援助計画に取り入れ対応している。	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心がけ、ホーム本位の介護にならないよう徹底しています。「Dマーク」を取得し、個人情報保護ハンドブックで研修を行い、3月にはテストも実施して全職員で対応するよう体制を整えています。	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	朝食の選択（ごはん/パン）、入浴の希望、所持品の持ち込み等、原則本人の自由に行っている。	/		/
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	入浴時間、散歩等、本人のペースに合わせているが、難しい場面もあり、出来ない所もある。			
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	月1回訪問理美容を活用し、希望に添えるよう努めています。			
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	入居者様のペースに合わせてだが、食器の後片付けや運搬を手伝って頂くようにしている。	利用者のペースに合わせて、食器の後片付けや運搬を手伝って頂くようにしています。食材厨房でまとめて仕入れ、ホーム用の食材を法人の栄養士にてカロリー計算されたメニューを利用して作り、ホームの判断で1品追加したりして提供しています。月1回は「美食メニューの日」を設けて食を楽しめる機会にしています。外食は2～3か月に1回（小田原の寿司屋や橋本のフードコートなど）行き、3月には苺狩りに行っています。	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
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	体温表に食事摂取量、水分摂取量を記録し、状態の把握に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後実施。		
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	状態に合わせて、オムツの使用を行っている。基本はトイレ誘導を実施。	自立の方が多く、布パンツ使用が多いですが、状態に合わせて、オムツの使用を行っています。排泄表で間隔を確認し、トイレへの誘導をしています。自身の訴えが出来る人、仕草での兆候のある人はそれに沿ってトイレへ誘導しています。夜間時はオムツ使用が多く、自分からトイレに行かれる方のみ声をかけています。	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	排泄チェック表を活用し、定期的に排泄が出来るよう管理している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日を決めて、週3回入浴できるようにしています。	入浴日を決めて、週3回入浴できるようにしています。日曜日を予備日とし、入浴されなかった方に対して対応しています。入浴を拒否された場合には時間を変え、人を変え、日にちを変えて工夫しながら入浴を支援しています。入浴には入浴剤を使用することもあり、季節のゆず湯やしょうぶ湯等も活用しています。	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	基本的に2時間毎の巡視を行っています。入居者の状態に合わせてトイレ誘導、パット交換を行っています。			
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	薬は個人個人のケースに入れ保管しています。複数名でのチェック体制で服薬管理しています。			
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	散歩、手芸等出来るだけ入居者様の時間に合わせ支援しています。レコードの持ち込みやゴルフバターセット等自由に持ち込んで頂いております。			
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	全曜日での対応は難しいが、定期的な散歩は実施している。外気に触れる機会を作り気分転換を行っている。	お散歩は天気の良い日には出来るだけ計画しています。入浴日との重なりを考慮し、入浴を午前にして午後に散歩に行く等、工夫して支援しています。ホームの乗用車でドライブに出かける等、外気に触れる機会を作り、気分転換を行うことを大切にして外出を支援しています。		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	持てる方は金額を決め、家族へも説明した後、本人に持って頂くようにしている。			

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	
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	事前に家族へ了承をもらい、訴え時に対応しています。			
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	季節のイベントを始め、目で感じられる作りをしている。	館内は明るく、相模原の商店や桜並木が一望できるリビングや、広いベランダがあります。ベランダには長椅子を置き、季節の花や野菜などを栽培しています。また、気分転換が図れるちょっとした食事ができるスペースもあり、春にはホーム目の前の桜並木のお花見が楽しめます。リビングには個人別に作った作品（お習字、毛糸の編物など）を飾り、写真なども飾っています。オープンスペースの台所は広く開放感があり、使い易い設計となっています。		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	定期的に席替えを行っている。散歩のメンバーは固定し、過ごしやすい空間作りに努めています。			
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	実態調査時に別途の向きや、このみを聞き対応しています。物品の持ち込みは自由になっています。	居室にはベッド、カーテン（レース）、クローゼット、洗面台がホームの備品として設置されており、その他は慣れ親しんだものを持ち込んでもらっています。衣類などは、季節ごとに家族が入れ替えに来る方もあります。ベットの向きや、本人の好みを聞きながら対応しています。物品の持ち込みは自由に、本人が安心して居心地良く過ごせるよう配慮しています。		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	介護計画書に位置付け、出来ることの支援をしております。			

# 目 標 達 成 計 画

事業所

相模原ケアコミュニティそよ風  
グループホーム

作成日

2015年3月17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		各職員の観察力強化	ケアプラン等反映	研修実施し反映	3ヵ月～6ヵ月
2		基礎知識の再確認	日常生活への反映	研修実施し反映	3ヵ月～6ヵ月
3		各職員の立場の再確認	業務の連携	GH会議など回数を増やす	3ヵ月～6ヵ月

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	相模原ケアコミュニティそよ風 グループホーム
ユニット名	あじさい

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	利用者職員と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	【自己選択・自己決定】=自由を理念としています。		
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	今現在交流無し		
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	今現在交流無し		
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	H25.9.29/H25.12.21実施しました。H26.3.29に実施予定です。活動の報告、食事会の実施を行いました。意見交換を行っています。※議事録参照		
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	今現在交流無し		

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	H25.7.25に研修実施。各ユニットに鍵をかけるない取り組み、ベランダへ鍵をかけない等移動に制限しない環境作りに努めています。		
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	H25.7.25に研修実施。成年後見人制度の研修は未実施		
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	成年後見人制度の研修は未実施。来年度に研修予定		
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・計画作成担当者・施設長等の複数名にて契約を実施し、多方面での説明が出来るようにしています。		
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	運営推進会議時や意見箱の設置をし、家族の意見が反映できるよう努めています。		

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
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	施設全体での全体会議、グループホームでの部署会議を実施し、職員の意見を聞く機会としています。		
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	有期雇用面談を年1回実施。自己評価を年1回から2回実施しています。		
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	新人マニュアルを活用し、1週間から6ヶ月の期間で業務の見直しを行っています。		
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	未実施		
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	実態調査時に入居者様の生活環境、生活歴を把握しています。入居してからも、毎月20日に行うカンファレンスで見直しを実施しています。		

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
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	実態調査時に家族からの要望を聞き、在宅生活での出来事、入居してからの不安に思うことを聞いています。入居してからは、体調の変化、購入品等の細かの事も報告しています。		
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	実態調査を行い、入居者様、家族の要望を聞き介護計画を作成します。入居時にも担当者会議を実施し、職員からの意見も取り入れサービスを実施しています。		
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	食器拭き、フロア掃除を日々行っています。役割を持って頂けるよう努めております。		
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	外出時間の制限はありません。外出・外泊は希望があればいつでも出来ます。細かいこともすぐに連絡し、現状の状態が解るように努めています。		
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	現在取り組み中		

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	定期的な席替え、行事への同時参加を促しています。		
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	退去者がまだ1名しかおりません。今後取り組んでいきます。		
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。	毎月20日実施のカンファレンスを実施し、入居者様の希望や要望を共有し、出来る限り希望通りに出来るように努めています。		
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	入居前には実態調査を実施し、生活歴の把握に努めています。入居してからは、日々の生活を観察し、入居者様に合った生活が遅れるよう支援しております。		
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	日々の職員間の申し送り、カンファレンスにて入居者様の状態の把握に努めています。		

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	定期的なモニタリングを実施し、担当者会議を開き、関係者と話し合い介護計画の見直しを行っております。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケース記録・申し送りノートに記入し、職員間での情報共有に努めております。		
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	要望があれば対応します。		
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	地域とのかかわりがまだ薄いです。今後の課題です。		
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	第二・第四火曜日び往診して頂いています。24時間の連絡体制を結んでおり、緊急時も素早く対応できる仕組みにしています。		

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
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	周囲1回看護師が訪問し、バイタル測定等の実施を行っております。異常時には協力病院へ連絡する仕組みになっています。		
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。	月2回の往診時、週1回の看護師訪問時、24時間連絡体制等にて情報交換を行っております。入院時も定期的に病院を訪問し、状態の把握に努めています。		
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	契約時に【重度化に対する指針】の説明を行っております。		
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	H25.9.27消防訓練実施。全ての職員に対しては未実施。		
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	H25.9.27消防訓練実施。全ての職員に対しては未実施。老人保健施設と協力関係を結んでいる。		

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
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	介護計画・援助計画に取り入れ対応している。		
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	朝食の選択（ごはん/パン）、入浴の希望、所持品の持ち込み等、原則本人の自由に行っている。		
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	入浴時間、散歩等、本人のペースに合わせているが、難しい場面もあり、出来ない所もある。		
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	月1回訪問理美容を活用し、希望に添えるよう努めています。		
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	入居者様のペースに合わせてだが、食器の後片付けや運搬を手伝って頂くようにしている。		



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
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	体温表に食事摂取量、水分摂取量を記録し、状態の把握に努めている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後実施。		
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	状態に合わせて、オムツの使用を行っている。基本はトイレ誘導を実施。		
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	排泄チェック表を活用し、定期的に排泄が出来るよう管理している。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴日を決めて、週3回入浴でき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
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	基本的に2時間毎の巡視を行っています。入居者の状態に合わせてトイレ誘導、パット交換を行っています。		
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	薬は個人個人のケースに入れ保管しています。複数名でのチェック体制で服薬管理しています。		
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	散歩、手芸等出来るだけ入居者様の時間に合わせ支援しています。レコードの持ち込みやゴルフバターセット等自由に持ち込んで頂いております。		
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	全曜日での対応は難しいが、定期的な散歩は実施している。外気に触れる機会を作り気分転換を行っている。		
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	持てる方は金額を決め、家族へも説明した後、本人に持って頂くようにしている。		

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
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	事前に家族へ了承をもらい、訴え時に対応しています。		
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	季節のイベントを始め、目で感じられる作りになっている。		
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	定期的に席替えを行っている。散歩のメンバーは固定し、過ごしやすい空間作りに努めています。		
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	実態調査時に別途の向きや、このみを聞き対応しています。物品の持ち込みは自由になっています。		
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	介護計画書に位置付け、出来ることの支援をしております。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所

相模原ケアコミュニティそよ風  
グループホーム

作成日

2015年3月17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		各職員の観察力強化	ケアプラン等反映	研修実施し反映	3ヵ月～6ヵ月
2		基礎知識の再確認	日常生活への反映	研修実施し反映	3ヵ月～6ヵ月
3		各職員の立場の再確認	業務の連携	GH会議など回数を増やす	3ヵ月～6ヵ月

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。