

<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

	項目数
I. 理念に基づく運営	10
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	4
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	1
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	7
1. その人らしい暮らしの支援	5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり	2
合計	23

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	令和7年12月10日
評価確定日	令和8年1月15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23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。

令和7年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業の開始年月日, 指定年月日, 法人名, 事業所名, 所在地, サービス種別, 定員等, 自己評価作成日, 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。

Table with 2 columns: 基本情報リンク先, (empty cell)

【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している。
○何気ない日々の生活の中で常に利用者様と共有していきたいと考えます。「親切・丁寧・真心」をモットーに心がけております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日, 評価機関評価決定日.

【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ケア21の経営です。同法人は、総合福祉事業として社会へ貢献すべく、東北、関東、東海、関西、中国、九州の幅広いエリアで、介護、医療、障がい者(児)支援、教育、保育事業など多岐にわたる事業を展開しています。介護事業では、入所系サービスから在宅サービスまで幅広く事業を展開しており、利用者のニーズに合わせたサービスを提供しています。
●ケアについては、事業所の理念「家庭的な環境、馴染みのある地域の中で、生き生きと暮らせる家」を具現化するため、理念を5つに細分化し、基本理念として「①笑顔のある家庭的な家②安全な暮らしができる家③地域社会とともに歩む家④人としての尊厳が守れる家⑤質の高いサービスを提供」を掲げています。
●地域との交流については、上三枚町自治会の回覧板、自治会長からも地域行事の情報をいただいた際には参加するようにしています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

Table with 3 columns: 評価項目の領域, 自己評価項目, 外部評価項目.

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、安全面で不安なく過ごせている。 (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	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とパンフレットにも載せている。基本理念として5つ（笑顔のある家庭的な家、安全な暮らしができる家、地域社会とともに歩む家、人としての尊厳が守れる家、そして質の高いサービスを提供。）を掲げ、地域密着型の考えを理解した援助を行っている。	事業所の理念「家庭的な環境、馴染みのある地域の中で、生き生きと暮らせる家」を具現化するため、理念を5つに細分化して「①笑顔のある家庭的な家②安全な暮らしができる家③地域社会とともに歩む家④人としての尊厳が守れる家⑤質の高いサービスを提供」を職員の目に留まる場所に掲示しています。事業所の理念はパンフレットに載せている他、契約時にも理念について説明しています。	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、施設の行事を含め地域の自治会、地域ケアプラザの催しに参加してもらい、地域との交流を図っています。 今現在、駐車場での車の移動販売や家族様近隣の皆様を呼んでのバーベキューの開催等積極的に行っている。	自治会長が隣りに住んでいるということもあり、開設当初より好意にいただけています。上三枚町自治会の回覧板、自治会長からも地域行事の情報をいただいた際には参加するようにしています。自治会のどんど焼き、夏祭りの子供神輿、ケアプラザのオレンジカフェ、事業所のバーベキューに地域の方を招待するなど積極的な地域交流が行われています。週1回の移動販売も継続して来ていただけており、買い物に来た近隣の方や買い物を通じて社会性を維持できるよう支援を行っています。	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	地域の自治会長、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な実施は、サービス向上の意見やグループホームの理解をして頂いている。運営についての共有。	運営推進会議は自治会館を借りて、10組程の家族、民生委員、地域包括職員、自治会長の参加で奇数月に開催しています。事業所の現状や活動状況、研修報告、事故・ヒヤリハット、職員の異動や入退職などを報告しています。議事録は全家族に郵送して参加できない家族にも状況を報告しています。いただいた意見などは職員にも共有して、サービスの向上に努めています。	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	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。	横浜市や神奈川区の担当者とは必要に応じて連絡を取り合い、事業所の実情を伝えるとともに相談にのっていただいたり、助言を求めるなどして連携を図っています。集団指導講習会は管理者が受講していますが、他の研修や講習会などは職員に周知して、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	身体拘束ゼロを徹底している。 また、身体拘束は3か月に1回、社内研修を行っている。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。	法人として「身体拘束その他の行動制限防止に係わる指針」を策定しており、事業所ではこの指針に基づき、身体拘束を行わないことを前提として支援を行っています。全体会議の中で身体拘束適正化委員会を開催し、事例検討や利用者の対応について話し合い、共通認識を図りながら身体拘束ゼロを徹底しています。年2回の研修は動画視聴形式で行われ、視聴後に報告書の提出を義務付けています。	今後の継続	
7	6	○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注意を払い、防止に努めている	虐待防止の取り組みとして3か月に1回全体会議と社内研修を行って共有している。	法人として「高齢者虐待防止のための指針」を策定しており、事業所ではこの指針に基づき、虐待を行わないことを前提として支援を行っています。全体会議の中で虐待防止委員会を開催し、事例検討や利用者の対応について話し合い、共通認識を図りながら虐待をしないケアに努めています。研修は動画視聴形式で行われ、視聴後に報告書の提出を義務付けています。また、年1回は自己点検シートによる振り返りも行っています。	今後の継続	
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	地域包括センターとの連携を取り、社内研修のみならず外部の研修会にも参加。			
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	契約時説明を適宜行い、疑問点があれば面会時や運営推進会議等で常に話し合えるようにしている。疑問点があれば相談窓口もあり、対応している。			
10	7	○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	ケア21で年に一回の満足度アンケートをとっている。および運営推進会議などでも意見交換をしている。外部評価によるアンケートも参考にしている。	家族からの意見や要望は来訪時、電話、書面で近況報告を行っており、その都度伺うようにしています。また、運営推進会議には10組み程の家族の参加があり、その場でも意見や要望を伺いながらサービスに取り入れるようにしています。法人で実施している年1回の満足度アンケートや外部評価受審時のアンケートも参考にサービスの上昇を図っています。	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
11	8	○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。直接話しにくいこと等は各階にリーダー的な存在を配置して意見を交換している。	毎月開催されるエリア会議、2ヶ月に1回の部門会議に管理者が出席して、内容を精査したうえで常勤職員に共有しています。また、業務改善提案書をいつでも法人に提出できる体制を整えています。業務に関することは月1回の全体会議で検討を行っており、ケアに関する内容はフロア会議で検討するなど、会議の内容を明確にすることで、会議の効率化を図っています。	今後の継続
12	9	○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。 適宜職員のモチベーションについて主要メンバーによる会議にて共有している	法人の加点主義及び絶対評価「誰伸び人事制度」「チャレンジキャリア」によって職員が向上心を持って働ける就業環境が整備されています。各フロアには休憩室も完備されており、職員が仕事と休憩の切り替えが出来る環境となっています。年1回の個人面談の他、随時職員から個別に話を聴く機会をもつようにして、職員が勤務しやすくなるよう環境整備に取り組んでいます。	今後の継続
13	10	○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	毎月の全体会議により、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受け研修として行っている。	新卒入社した職員は本部の研修センターで1週間研修を受けてから現場に配属され、OJTにて業務の流れや利用者の情報を把握しています。その後は年間の研修計画に基づき毎月様々な研修を受けながらスキルアップにつなげています。管理者は、職員から質問を受けた場合には丁寧に対応することで職員の疑問や悩みを解決できるように教育を行っています。	今後の継続
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や横浜市の研修会に参加して交流・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。また、入居1か月をめぐりにプランの見直しをしている。		

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
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。運営推進会議及び面会時に利用者様の日常など共有している。		
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	判定会議やカンファレンスにより行えている。運営推進会議や面会時、イベントなどを通して意見交換をしている。		
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」をし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。 各居室や相談室をお貸しして面会をしていただいている。散歩やドライブなどご希望がときは同行していただいている。		
20	11	○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。 外食に関しては感染予防をして家族様とご一緒していただいているが外泊は新型コロナウイルス感染防止対策の為に自粛していただいている。	現在は面会や外出の制限は設けていませんが、外食や外泊は禁止としています。また、感染症などの蔓延が懸念される時期は家族に説明して面会制限等の対処を講じています。携帯電話で家族と連絡を取っている方や、家族と定期的に外出される方もおり、家族を含めた馴染みの人との関係を継続できるよう支援しています。	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
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、希望者やできる方は一緒に家事を行う等の支援で関わりを持っている。 家庭菜園や花壇作りをしていただいている。		
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	退所後も家族様との関係を保ち、計画作成担当が経過を観察して必要があれば相談を受けている。書類などの郵便物の返送等。		
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	12	○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、本人や家族様に計画作成担当が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。 面会時や運営推進会議などで意見交換している。	入居時の面談で本人や家族、施設や居宅の介護支援専門員、病院関係者から聴き取りながら基本情報シートを作成しています。入居後はアセスメントシートの情報を基に利用者との会話で本人が発言したことや気づきをミニカンファレンスやフロア会議で情報を共有しながら、思いや意向の把握に努めています。	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	家族からヒアリングをしてこれまでの暮らしやサービス利用の経過等について把握している。面会時や運営推進会議などで意見交換している。		
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人ひとりが現状を把握して、利用者様それぞれにその日に合ったケアをしている。毎日、健康的な生活ができるように生活にリズムをつけて提供している。		

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	13	○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	居室担当を中心にモニタリングをして計画作成担当と話し合いをしている。介護計画を作成するときは、家族と相談してフロアー会議を都度行い作成をしている。	初回の介護計画は1ヶ月の期間で区切っています。その間にADLやIADLなどの情報収集に努め、事前に得られている情報と齟齬があれば介護計画の見直しを行っています。短期目標は半年、長期目標は1年の見直しを基本としていますが、状態の変化に応じて随時見直しを行っています。ケアカンファレンスでは、介護計画作成者を中心に職員からケアの課題を抽出して現状に即した介護計画の作成につなげています。	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スタッフ間でミニカンファ及びフロアー会議などで共有している。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。自分にできることを見つけそれに合った支援をしている。			
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	地域ケアプラザや地域のイベント等を把握して日々の暮らしを楽しむことができるように支援していく。			
30	14	○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	内科医による月2回の訪問診療（健康相談）と訪問看護の連携で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。	入居時に事業所の協力医療機関に切り替えていただき、全員が月2回の訪問診療を受診しています。訪問看護師は週1回来て、利用者の健康管理や相談に乗っていただいています。歯科は希望者のみ契約して必要な処置を受けています。専門医は従来通り家族対応で通院してもらい、情報を共有しています。	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
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	前日までに個々の利用者様の健康状態を伝え、当訪問看護の際にはしっかりと申し送りを行っている。 (24時間、普段の体調変化等気になること等共有して医療につなげている)		
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。(入院時、体調の変化等家族様と共有している)		
33	15	○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、事業所の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	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。 医療と終末期の判断をし医療と家族様と話し合をして今後の方針など共有していく。	重要事項説明書に重度化における指針が記載されており、契約時に説明し同意書を取り交わしています。事業所では終末期ケアまで行う方針としており、過去に看取りの実績もあります。重度化した際には、主治医から家族に説明してもらい、今後の方針を共有しながら家族の意向に沿った支援を行っています。年1回は看取り研修も職員向けに行っています。	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	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。		
35	16	○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、地域との協体制度を築いている	1年に2回避難訓練を実施している。また、6か月に1回はBCP訓練などのシミュレーション等を行いBCPマニュアルを共有している。	年2回の避難訓練は昼夜の火災・地震を想定し、利用者も一緒に参加していただきながら消火・通報・避難訓練を行っています。備蓄品は3日分の水や食糧、衛生用品、蓄電器などを準備し、担当者が中心に消費期限の管理や操作方法などについても確認しています。半年に1回はBCP訓練やマニュアルの見直しも定期的に行っています。	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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	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。 経営理念および施設理念にも掲げてある。	事業所の基本理念の中にも「家庭的な家、人としての尊厳が守れる」と掲げており、特に節度ある対応を心がけるとともに、接遇においては尊厳を損なうことのないよう留意しています。また、利用者一人ひとりの性格や個性を受入れ、否定するような声かけや対応に差をつけることのないよう伝えていきます。	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、一人ひとりその人に合わせて、コミュニケーション方法を変えている。 その人の「やりたいこと」「たのしいこと」を見つけ、自分らしい生活を提供している		
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、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。 家事やレクを通し自身のできることを見つけて支援している。		
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	外出時（マスク着用）にはお気に入りの服装選びをしたり身だしなみを整えて頂いている。		
40	18	○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。	食事は調理済みのメニューを発注し、湯煎や解凍で提供できる物を業者から購入しています。その際、食器類は利用者に応じてワンプレートや小鉢、軽い物や重い物で提供するなどして、食事を完食できるように工夫しています。嗜好によって調味料を追加したり、控えるなど健康面に配慮して対応しています。クリスマスやバーベキューなどの行事の時はビュッフェ形式で提供するなどの変化をつけながら食事を楽しめるよう支援しています。	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（1000CC～1500CC）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。		
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	任意ではありますがご希望により訪問歯科による検診と口腔ケアを適宜行い、また毎食後にはスタッフがそれぞれにあわせた口腔ケアを提供している。		
43	19	○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	日中は綿の下着を着用し、夜間はリハビリパンツを使用するなどそれぞれに合わせた排泄ケアを提供し自立へ向けた支援を行っている。	一人ひとりの排泄状況を把握するため、全員の排泄状況を記録しています。職員の介入が必要な方は定時による声かけでトイレ誘導を行っています。夜間は利用者によってトイレ誘導、リハビリパンツ、オムツ、パッドなど、対応を変えながら安眠していただけるように支援しています。	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	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医療と相談しながら便秘薬（イチジク浣腸等を使用）を使用している。		
45	20	○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。（月曜日から土曜日まで、日曜日は予備日）	週2回の入浴を基本とし、午前・午後で入浴支援を行っています。日曜日は予備日としており、入浴拒否のある方は月曜～土曜日の中で変更しながら入浴していただくようにしています。季節のお風呂や入浴剤を使用しながら変化をつけながら入浴を楽しんでいただけるようにしています。入浴後には保湿クリームや塗布や、水分を摂取していただくようにして、乾燥や脱水症対策も講じています。	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。 一日の生活リズムを作っていく。		
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。 錠剤での服薬が難しければ、粉碎したり貼り薬等変更可能なものは変更し提供している。		
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、イベントなど各階で行っている。エレクトーンやピアノ演奏を楽しんでいただく。		
49	21	○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	生活用品（下着・服・靴下等）の買い物や散歩はその都度行っている。また、毎週1回、駐車場で車の移動販売による買い物をしながら、近隣の方々とのコミュニケーションを図っている。	日々の外出支援は利用者のADLに応じてコースを変えながら散歩、玄関先のプランターで栽培している花や野菜を愛でたり、週1回事業所の駐車場に来る移動販売に合わせて買い物にお連れしています。今年は観光バスを手配して、家族様と「大さん橋」ツアーにお連れし（現地合流の家族も有）、海風や景色と一緒に楽しんでいただきました。また、家族と一緒に定期的に外出されている方もいます。	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	預かり金はなくなったが立替金で、必要であれば買い物に出かけ使えるように支援している。（毎週1回の車の移動販売）		

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出したり、ご自分の携帯電話などで自由に電話したりできるように支援をしている。		
52	22	○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	居室やフローアなどに季節に合った飾りつけによって心地よく安心して生活が出来るような配慮をしている。	共用空間は毎日の清掃と整理整頓を欠かさず、不快や混乱を招くことのないよう、安全かつ安心して過ごせるよう環境を意識しています。ユニットごとに若干の差はありますが、季節の物や行事の写真などが飾られ、殺風景にならないように心がけています。窓際にはソファを置くことで生活にメリハリをつけ、所々には生花も飾られ、水やりも生活習慣になっています。	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	共用スペースは独りになったり気の合う人と思いに過ごせる様に座席の配置に工夫をして支援している。		
54	23	○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作るために自宅で使用していたものを持参され本人が安心出来る様に工夫をしている。	自宅の延長として生活していただく為、自宅で使用されていた寝具、家具、調度品等を持ち込んでいただくように伝え、レイアウトも自宅に近い雰囲気です。ぬいぐるみ、机、椅子、テレビ、家族写真、仏壇、小タンス等、各々に持ち込んでいただき、安心して生活できる環境を整えていただくようにしています。衣替えは居室担当者が、日々の清掃は職員と利用者で行っています。	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	本人が安全で自立した生活が送れる様に、例えば、居室には名札と顔写真を、トイレにはトイレであることや大まかに1日のスケジュールを掲示するなど工夫し支援をしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 たのしい家神奈川三枚町

作成日 令和7年12月10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
		毎日の散歩ができない	毎日ではなくともできる限り散歩の機会を作る	入浴の合間、または入浴のない日曜日に有効的に使っていく。	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、安全面で不安なく過ごしている。 (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、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	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とパンフレットにも載せている。基本理念として5つ（笑顔のある家庭的な家、安全な暮らしができる家、地域社会とともに歩む家、人としての尊厳が守れる家、そして質の高いサービスを提供。）を掲げ、地域密着型の考えを理解した援助を行っている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	運営推進会議、施設の行事を含め地域の自治会、地域ケアプラザの催しに参加してもらい、地域との交流を図っています。 今現在、駐車場での車の移動販売や家族様近隣の皆様を呼んでのバーベキューの開催等積極的に行っている。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	地域の自治会長、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な実施は、サービス向上の意見やグループホームの理解をして頂いている。運営についての共有。		
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	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	身体拘束ゼロを徹底している。 また、身体拘束は3か月に1回、社内研修を行っている。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。		
7	6	○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	虐待防止の取り組みとして3か月に1回全体会議と社内研修を行って共有している。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	地域包括センターとの連携を取り、社内研修のみならず外部の研修会にも参加。		
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	契約時説明を適宜行い、疑問点があれば面会時や運営推進会議等で常に話し合えるようにしている。疑問点があれば相談窓口もあり、対応している。		
10	7	○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	ケア21で年に一回の満足度アンケートをとっている。および運営推進会議などでも意見交換をしている。外部評価によるアンケートも参考にしている。		

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
11	8	○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。直接話しにくいこと等は各階にリーダー的な存在を配置して意見を交換している。		
12	9	○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。 適宜職員のモチベーションについて主要メンバーによる会議にて共有している		
13	10	○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	毎月の全体会議により、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受け研修として行っている。		
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や横浜市での研修会に参加して交流・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。また、入居1か月をめぐりにプランの見直しをしている。		

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
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	インタビューからのアセスメントにより行えている。運営推進会議及び面会時に利用者様の日常など共有している。		
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	判定会議やカンファレンスにより行えている。運営推進会議や面会時、イベントなどを通して意見交換をしている。		
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」をし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。各居室や相談室をお貸しして面会をしていただいている。散歩やドライブなどご希望がときは同行していただいている。		
20	11	○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。外食に関しては感染予防をして家族様とご一緒にいただいているが外泊は新型コロナウイルス感染防止対策の為に自粛していただいている。		

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
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、希望者やできる方は一緒に家事を行う等の支援で関わりを持っている。 家庭菜園や花壇作りをしていただいている。		
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	退所後も家族様との関係を保ち、計画作成担当が経過を観察して必要があれば相談を受けている。書類などの郵便物の返送等。		
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	12	○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、本人や家族様に計画作成担当が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。 面会時や運営推進会議などで意見交換している。		
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	家族からヒアリングをしてこれまでの暮らしやサービス利用の経過等について把握している。面会時や運営推進会議などで意見交換している。		
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人ひとりが現状を把握して、利用者様それぞれにその日に合ったケアをしている。毎日、健康的な生活ができるように生活にリズムをつけて提供している。		

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	13	○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	居室担当を中心にモニタリングをして計画作成担当と話し合いをしている。介護計画を作成するときは、家族と相談してフロー会議を都度行い作成をしている。		
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スタッフ間でミニカンファ及びフロー会議などで共有している。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	個別のケアの推進をはかりその時々にも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。自分にできることを見つけそれに合った支援をしている。		
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	地域ケアプラザや地域のイベント等を把握して日々の暮らしを楽しむことができるように支援していく。		
30	14	○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	内科医による月2回の訪問診療（健康相談）と訪問看護の連携で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。		

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	前日までに個々の利用者様の健康状態を伝え、当訪問看護の際にはしっかりと申し送りを行っている。 (24時間、普段の体調変化等気になること等共有して医療につなげている)		
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。(入院時、体調の変化等家族様と共有している)		
33	15	○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	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。 医療と終末期の判断をし医療と家族様と話し合をして今後の方針など共有していく。		
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。		
35	16	○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回避難訓練を実施している。また、6か月に1回はBCP訓練などのシミュレーション等を行いBCPマニュアルを共有している。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	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。 経営理念および施設理念にも掲げてある。		
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、一人ひとりその人に合わせて、コミュニケーション方法を変えている。 その人の「やりたいこと」「たのしいこと」を見つけ、自分らしい生活を提供している		
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、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。 家事やレクを通し自身のできることを見つけて支援している。		
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	外出時（マスク着用）にはお気に入りの服装選びをしたり身だしなみを整えて頂いている。		
40	18	○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	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。		

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（1000CC～1500CC）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。		
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	任意ではありますがご希望により訪問歯科による検診と口腔ケアを適宜行い、また毎食後にはスタッフがそれぞれにあわせた口腔ケアを提供している。		
43	19	○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	日中は綿の下着を着用し、夜間はリハビリパンツを使用するなどそれぞれに合わせた排泄ケアを提供し自立へ向けた支援を行っている。		
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医療と相談しながら便秘薬（イチジク浣腸等を使用）を使用している。		
45	20	○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	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。（月曜日から土曜日まで、日曜日は予備日）		

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。 一日の生活リズムを作っていく。		
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。 錠剤での服薬が難しければ、粉碎したり貼り薬等変更可能なものは変更し提供している。		
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、イベントなど各階で行っている。エレクトーンやピアノ演奏を楽しんでいただく。		
49	21	○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	生活用品（下着・服・靴下等）の買い物や散歩はその都度行っている。また、毎週1回、駐車場で車の移動販売による買い物をしながら、近隣の方々とのコミュニケーションを図っている。		
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	預かり金はなくなったが立替金で、必要であれば買い物に出かけ使えるように支援している。（毎週1回の車の移動販売）		

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出したり、ご自分の携帯電話などで自由に電話したりできるように支援をしている。		
52	22	○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	居室やフロアなどに季節に合った飾りつけによって心地よく安心して生活が出来るような配慮をしている。		
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	共用スペースは独りになったり気の合う人と思いに過ごせる様に座席の配置に工夫をして支援している。		
54	23	○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作るために自宅で使用していたものを持参され本人が安心出来る様に工夫をしている。		
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	本人が安全で自立した生活が送れる様に、例えば、居室には名札と顔写真を、トイレにはトイレであることや大まかに1日のスケジュールを掲示するなど工夫し支援をしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 たのしい家神奈川三枚町

作成日 令和7年12月10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
		毎日の散歩ができない	毎日ではなくともできる限り散歩の機会を作る	入浴の合間、または入浴のない日曜日に有効的に使っていく。	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。