

<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	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
訪問調査日	2016年1月18日
評価確定日	2016年2月29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 27 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	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	株式会社ユニマットそよ風			
事業所名	相模原ケアコミュニティそよ風			
所在地	() 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28年1月10日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月9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)】

<input type="checkbox"/> 食事の内容に力を入れている。

【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28年1月18日	評価機関 評価決定日	平成28年2月29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)】

●相模原ケアコミュニティそよ風は株式会社ユニマット リタイアメント・コミュニティの運営です。この会社は入居系のグループホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などと在宅系のディサービス、ショートステイ、訪問介護など幅広い介護サービスを全国に展開している上場企業であり、特にショートステイの運営拠点数は介護業界第1位を占めています。ここ、相模原ケアコミュニティそよ風は平成25年3月に開設された高齢者複合介護施設であり、グループホームの他にディサービス、サービス付き高齢者向け住宅、訪問介護、居宅介護支援事業などを併設しています。JR横浜線「相模原駅」からバスで約5分の相模原市の中心市街地で、近くには市役所や警察署、商店街もあり事業所の裏手には閑静な住宅街になっています。

●事業所の理念に「利用者の自己選択・自己決定＝自由」であることをケアの基本として、職員の都合でなく、利用者の気持ちが一番優先であることを念頭に置いたケアを心がけています。また、昨年度は職員のスキルアップに力を入れて取り組み、その中でも、利用者の重度化に伴い意思表示などが難しい方も増えてきているので、職員の観察力に重点を置き、利用者に寄り添い思いを察して利用者本位のケア実現に切磋琢磨してきました。今年度は利用者の「衣・食・住」の食に重点を置き、食事内容の見直しを行っています。食事のメニューは管理栄養士が決めています。毎朝利用者のバイタルを計り、健康状態に合ったメニューを採用して、食材の買い出しに行き調理することもあります。

●地域との交流については、1階のデイサービスと合同でボランティアの方による（よさこい・ハワイアン・歌）や事業所主催の夏祭り・餅つきにお誘いしたり、中学校からの職場体験の受け入れや地域行事の際に物品の貸し出しを行うなど交流を図っています。

【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	ユニマットそよ風
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	地域密着型を踏まえた事業所としての理念づくりは実施してない。	法人理念の「人のしあわせを創るその為には人々の輝ける人生の共感・共創・共生がすべての人々をしあわせに導く」を基に、事業所の理念「自己選択・自己決定＝自由」を掲示しています。職員への周知は、全体会議やカンファレンスの際に理念に沿ったケアを実践できているか振り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	納涼祭等を通じての地域との交流は継続しているが、自治会への加入や活動の参加は実践してない。	事業所主催の納涼祭や餅つきの際にはポスターを近隣の商店に貼らせていただき、近隣住民の方々の参加を呼び掛けています。ボランティアでは、よさこい踊り・お囃子・ハワイアン・歌などの方が来て、1階のデイサービスと合同で楽しんでいます。中学生の職業体験の受け入れも行っており、14・5人の生徒が参加しました。		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	実施してない。			
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	1回／2ヵ月で開催している。利用者家族、地域包括支援センターへの参加を呼びかかっている。	運営推進会議は2ヶ月に1回、地域包括センター、家族、事業所職員の参加で開催しています。現状報告や活動状況を報告した後に家族からの質疑応答に答えています。現状では、民生員や地域代表の方の参加を得ることができていないので今後は参加を得られるよう情報発信の仕方について模索しています。		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	実施してない。	運営推進会議の議事録はその都度提出しています。相模原市からの研修案内で認知症介護実践者研修には参加しています。介護度の更新手続きや生活保護者受け入れなどの相談は施設長が対応しています。相模原グループホーム協議会には加入しています。		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	事故報告書の対応策で、拘束にあたる行為について口頭で説明し、そのうえで対応策を講じるよう努めている。	身体拘束については、施設内で身体拘束防止委員会を立ち上げ、グループホームの他に併設している、デイサービス・サービス付き高齢者住宅の職員から1、2名ずつ選出して、身体拘束防止委員会のメンバーを中心に拘束にあたる行為や言動についての勉強会を実施し、拘束に関する理解を深めています。2階の出入り口はご家族の了解を得て施錠していますが、ユニット間の入り口は施錠は行わず、移動の制限をしない環境作りに努めています。	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	実施してない。		
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	実施してない。		
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	契約内容を理解したうえで、署名を頂いている。		
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	運営推進会議での質疑応答等において意見を戴き運営に反映している。	運営推進会議や家族会、来訪時に利用者の報告と併せて意見を伺っています。ケアについての意見はユニットリーダーに報告する体制が整っており、ユニット会議で話し合いを行い反映させています。内容によっては、施設全体の会議で検討し次回の会運営推進会議時に結果を報告しています。	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
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	1回/月 グループホーム会議を実施し、職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。	職員が記入する気付きノートを活用し、ケアに関することや業務に関する意見を自由に書いてもらい、毎月のグループホーム会議で議題に挙げ検討しています。グループホーム会議には施設長も参加しており、必要な事については積極的に取り入れるなど、職員が働きやすい環境作りにも力を入れています。	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	職員不足を解消するべく、求人を広告やハローワークを通じて出している。		
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	認知症実践者研修に参加該当がある職員には、積極的に参加するように促す等、環境をサポートしている。		
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	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	入居前の面談や計画作成において、話しやすい環境を提供し本人からの要望を聞き取りしている。		

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
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	入居前の面談や計画作成において、家族の要望を聞き取りしている。		
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	アセスメントや担当者会議において課題をみつけ、必要に応じた支援を講じている。		
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	家事全般、出来ることは利用者で行い、役割をもつことで、暮らし共にするといった対等な関係を構築している。		
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	食事会や季節ごとの行事の中で、家族と過ごせる環境を提供している。		
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	面会に制限はない為、関係が保たれていれば持続できると思われる。	入居時のアセスメントで、これまでの馴染みの場所や交友関係の把握し、家族の確認を取ったうえで、馴染みの人との関係を継続出来るよう支援しています。また、1階のデイサービスからグループホームに入居している方もおり、行事の際に馴染みの職員や利用者と会ったり、ご家族の協力を得て自宅で家族と過ごしている方も居ます。	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	なるべく会話のできる環境作りに努めている。		
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	相談があれば随時対応している。		
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。	計画作成において、本人・家族の要望や意向は聞き取りしている。	利用者一人ひとりの思いや意向については、日々の会話、入浴時や買い物に行った際など、1対1の場面で本人から聞かれた言葉を経過記録に時系列で記入し、職員間で情報を共有しています。家族の要望や意向などは面会時や家族会などで情報収集し、夫々の要望や意向などは担当者会議にて検討し、可能な範囲で実践しています。	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	前関係機関や家族から生活歴・既往歴等の基本的な情報を得られるように努めている。		
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	気付いたことは、記録に留め状態の把握に努めている。		

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	担当者会議において各意見を反映している。医師の意見については、往診時の聞き取りになる。	居室担当者と計画作成担当者・管理者は日常のモニタリング情報と合わせ担当者会議を行い介護計画を作成しています。また、担当者会議では、一人ひとりの介護支援経過記録の見直しを行い、家族の意向や本人の希望も加味して、現状に即した介護計画を作成しています。入退院や体調の変化が見られた場合は都度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	サービス内容に沿った記録に努めている。		
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	設備の変更が必要な場合等には、福祉用具を取扱う専門機関と連携を取る等、柔軟に取り組んでいる。		
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	実施してない。		
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、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	各入居者は渕野辺総合病院と個別で契約をしている為、納得ができていいるものと思われる。	入居時にかかりつけ医の確認を行い、希望がある場合は家族対応での通院をお願いしています。それ以外の方は毎月2回の協力医療機関による往診を受けています。歯科医については近隣の歯科医院2か所と契約しており、交互に訪問診療があります。現在は、入居前からのかかりつけ医を継続して受診している方も2名います。	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	24時間、看護師に連絡できる体制である。		
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。	協力医療機関（渕野辺総合病院）と訪問診療は同一法人であり、退院が見込める場合には早い段階で連絡があり、その時の状態に応じた環境を作ることができる。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合についての治療方針は協力医療機関と家族で個別に同意を得る等を実施しているが、GHで職員がその情報を共有することは実施していない。	入居時に「重度化した場合の指針」をご家族に説明し同意を頂いています。重度化した場合は、協力医療機関と家族で話し合いの場を設け、その後の対応や方向性について決めていただき、家族の意向に沿った支援を心がけています。事業所では看取りマニュアルも作成しており、ご家族の希望によっては看取りも行うことも可能です。	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	緊急時の対応はフローチャートを用意して、落ち着いて行動がとれるように努めている。また、避難訓練を通じて実践力を身につけている。		
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	避難訓練で実践済みだが、地域との協力体制は無い状況にある。	年2回消防署立会いのもと夜間想定避難訓練を実施しています。訓練は併設しているデイサービス、サービス付き高齢者向け住宅の職員、利用者も参加し合同で行っています。地域との協力体制はまだ取れていないので今後の課題になっています。備蓄は介護施設全体で3日分の水、米、レトルト商品などを備えています。	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
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	実践できている。	人格の尊重とプライバシーについては内部研修や施設内の委員会でも勉強会を実施し、人格の尊重やプライバシーの大切さについて理解を深めています。また、ミニテストを行うことで、日頃の声かけやプライバシーを損ねない対応ができているかの意識づけにも繋がっています。言葉かけは名字に「さん」付けを基本としていますが、家族や本人の要望で名前で呼ぶ方もいます。	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	理念でもある為自己選択・自己決定できる環境作りに努めている。		
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	物理的に個別対応できる時間が少なく、定型的で画一的な援助が中心ですが、その中で優先順位を決めて個別での対応を心掛けている。		
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	きちんと聞き取りしたうえで実践している。		
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	食材を切る・盛り付け・配下膳・片付等、利用者の参加は実践している。	管理栄養士が考えたメニューに沿って食材を外部業者や生協から購入していますが、利用者一人ひとりの状態などを考えて調理方法を工夫したり、メイン料理をアレンジして提供することもあります。毎月「美食祭り」と称して、食事の彩や小鉢の数を増やすなど盛り付けを工夫し、楽しめるよう工夫しています。出来る方には調子のごしらえや配下膳・片付けなどを手伝ってもらっています。また、2ヶ月に1回はユニット毎に外食を行い、好きな物を食べてもらっています。	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	摂取量は全て記録しており平均して摂取できるよう努めている。		
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	必要に応じて訪問歯科診療を受けている。医師からの指示で仕上げ磨きを実践している。		
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	排泄確認の記録をしており、決まった時間でのトイレ誘導や必要に応じて下剤の服薬するなどの対応を実践している。	排泄チェック表にて一人ひとりの排泄パターンを把握し、定時やタイミングを見計らった声かけでトイレでの排泄を促しています。オムツの使用は極力避け、リハパンや布パンツで過ごせるよう支援しています。また、日頃から体操や水分摂取量に注意しながら便秘にならない様に工夫しています。	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	水分摂取と運動量と薬で予防を図ってる。		
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	2回/週で比較的長い時間を設けて入浴を実施している。	入浴日や時間帯は決めています。週2回の入浴を基本とし、利用者の気分や体調を考慮しながら臨機応変に対応しています。一人ひとりの入浴時間は30～40分位の時間を設けて、ゆっくりと浸かっているように支援しています。重度化した場合でも、併設しているデイサービスの機械浴を利用することができるので、利用者や職員の負担を軽減して対応することも可能です。また、季節のゆず湯や菖蒲湯を取り入れ、いつもと違った雰囲気を入浴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
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	なるべく日中は活動出来る環境を作り、夜は個別の就寝時間に対応している。		
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	個々の台帳に内服薬についての説明が記されている。		
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	出来る家事は役割として参加している。また集団的支援にはなるが、習字等の余暇活動も実施している。		
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	実践してない。	天気の良い日は広いウッドデッキを活かして、お茶会や外気浴などで外気に触れることを心がけています。花いじりの好きな方には、プランターで育てている花の手入れや希望に応じて職員付き添いで買い物に出かけている方もいます。年間行事として外出レクも組み込まれており、ディサービスの車を利用して遠出をすることもあります。事業所の前の通りは「神奈川の景勝50選」にも選ばれているさくら通りで、春になるとウッドデッキから利用者全員で花見を楽しんでいます。	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	実践してない。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望する利用者には、電話をかける支援を実施している。	の	
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	実践している。	リビングはゆとりのある造りになっており、食卓テーブルやソファが設置され、観葉植物や季節の生け花を飾り、季節に応じた飾りつけやレクで作った利用者の作品が飾られています。リビングの窓は大きく、採光も良く明るい空間で、春になると窓から「神奈川の景勝50選」にも選ばれているさくら並木を眺めることも出来る眺望もよい場所になっています。	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	食堂以外の共有スペースは広いバルコニーしかなく、ベンチを設置している。		
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	実践している。	居室にはエアコン、クローゼット、ベッド、洗面台、ナースコールが備え付けられています。照明スイッチは入口と室内の2か所にある他、リモコンスイッチにて操作が出来るようになっています。持ち込みの家具類は自宅で使われた物で、配置は本人、家族と相談して安全で違和感無く、落ち着いて過ごせる空間作りがされています。	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	実践している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

相模原ケアコミュニティそよ風

作成日

2016年1月18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り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	車椅子レベルでの生活が中心の入居者様が増えたことで、トランス移乗介護等の介護技術力の向上が課題	病状に沿った介護技術の習得が目標	勉強会を開催し、実演を交えて技術の向上に励んでいく	3ヶ月～6か月
2	2	運動機能の低下による転倒や転落の事故が増加傾向にあるのが問題	事故を最小限に抑えることが目標	事故防止委員会や、カンファレンスを通じて、必要に応じた対策を講じる	3ヶ月～6か月
3	3	地域との交流が少ないことが問題	自治会や商店街との交流を図る	当施設での行事参加への働きかけや、地域の行事に当施設からも積極的に参加する	3ヶ月～12か月
	4				
	5				

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	ユニマットそよ風
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	地域密着型を踏まえた事業所としての理念づくりは実施してない。		
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	納涼祭等を通じての地域との交流は継続しているが、自治会への加入や活動の参加は実践してない。		
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	実施してない。		
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	1回／2ヵ月で開催している。利用者家族、地域包括支援センターへの参加を呼びかかっている。		
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	実施してない。		

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	事故報告書の対応策で、拘束にあたる行為について口頭で説明し、そのうえで対応策を講じるよう努めている。		
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	実施してない。		
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	実施してない。		
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	契約内容を理解したうえで、署名を頂いている。		
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	運営推進会議での質疑応答等において意見を戴き運営に反映している。		

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	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	1回/月 グループホーム会議を実施し、職員からの意見や提案を聞く機会を設けている。		
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	職員不足を解消するべく、求人を広告やハローワークを通じて出している。		
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	認知症実践者研修に参加該当がある職員には、積極的に参加するように促す等、環境をサポートしている。		
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	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	入居前の面談や計画作成において、話しやすい環境を提供し本人からの要望を聞き取りしている。		

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
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	入居前の面談や計画作成において、家族の要望を聞き取りしている。		
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	アセスメントや担当者会議において課題をみつけ、必要に応じた支援を講じている。		
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	家事全般、出来ることは利用者で行い、役割をもつことで、暮らし共にするといった対等な関係を構築している。		
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	食事会や季節ごとの行事の中で、家族と過ごせる環境を提供している。		
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	面会に制限はない為、関係が保たれていれば持続できると思われる。		

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	なるべく会話のできる環境作りに努めている。		
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	相談があれば随時対応している。		
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。	計画作成において、本人・家族の要望や意向は聞き取りしている。		
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	前関係機関や家族から生活歴・既往歴等の基本的な情報を得られるように努めている。		
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	気付いたことは、記録に留め状態の把握に努めている。		

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	担当者会議において各意見を反映している。医師の意見については、往診時の聞き取りになる。		
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	サービス内容に沿った記録に努めている。		
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	設備の変更が必要な場合等には、福祉用具を取扱う専門機関と連携を取る等、柔軟に取り組んでいる。		
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	実施してない。		
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	各入居者は湊野辺総合病院と個別で契約をしている為、納得ができていものと思われる。		

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	24時間、看護師に連絡できる体制である。		
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。	協力医療機関（澁野辺総合病院）と訪問診療は同一法人であり、退院が見込める場合には早い段階で連絡があり、その時の状態に応じた環境を作ることができる。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合についての治療方針は協力医療機関と家族で個別に同意を得る等を実施しているが、GHで職員がその情報を共有することは実施していない。		
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	緊急時の対応はフローチャートを用意して、落ち着いて行動がとれるように努めている。また、避難訓練を通じて実践力を身につけている。		
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	避難訓練で実践済みだが、地域との協力体制は無い状況にある。		

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	実践できている。		
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	理念でもある為自己選択・自己決定できる環境作りに努めている。		
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	物理的に個別対応できる時間が少なく、定型的で画一的な援助が中心ですが、その中で優先順位を決めて個別での対応を心掛けている。		
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	きちんと聞き取りしたうえで実践している。		
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	食材を切る・盛り付け・配下膳・片付等、利用者の参加は実践している。		

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	摂取量は全て記録しており平均して摂取できるよう努めている。		
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	必要に応じて訪問歯科診療を受けている。医師からの指示で仕上げ磨きを実践している。		
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	排泄確認の記録をしており、決まった時間でのトイレ誘導や必要に応じて下剤の服薬するなどの対応を実践している。		
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	水分摂取と運動量と薬で予防を図ってる。		
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	2回/週で比較的長い時間を設けて入浴を実施している。		

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
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	なるべく日中は活動出来る環境を作り、夜は個別の就寝時間に対応している。		
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	個々の台帳に内服薬についての説明が記されている。		
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	出来る家事は役割として参加している。また集団的支援にはなるが、習字等の余暇活動も実施している。		
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	実践してない。		
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	実践してない。		

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
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	希望する利用者には、電話をかける支援を実施している。	の	
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	実践している。		
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	食堂以外の共有スペースは広いバルコニーしかなく、ベンチを設置している。		
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	実践している。		
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	実践している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

相模原ケアコミュニティそよ風

作成日

2016年1月18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り組み内容	目標達成に要する期間
1	1	車椅子レベルでの生活が中心の入居者様が増えたことで、トランス移乗介護等の介護技術力の向上が課題	病状に沿った介護技術の習得が目標	勉強会を開催し、実演を交えて技術の向上に励んでいく	3ヶ月～6か月
2	2	運動機能の低下による転倒や転落の事故が増加傾向にあるのが問題	事故を最小限に抑えることが目標	事故防止委員会や、カンファレンスを通じて、必要に応じた対策を講じる	3ヶ月～6か月
3	3	地域との交流が少ないことが問題	自治会や商店街との交流を図る	当施設での行事参加への働きかけや、地域の行事に当施設からも積極的に参加する	3ヶ月～12か月
	4				
	5				

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。