

1 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	1170202244		
法人名	株式会社カネット・ふれあい		
事業所名	ふれあい多居夢川口		
所在地	埼玉県川口市峯57-7		
自己評価作成日	平成27年2月10日	評価結果市町村受理日	平成27年3月26日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&JigvosvoCd=1170202244-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 埼玉県介護支援専門員協会		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階		
訪問調査日	平成27年2月23日		

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は家庭のような生活、雰囲気を作るため、食事作りを手伝える人が少なくなくても音、匂いを感じてもらえるように調理を継続したり、一緒に掃除、洗濯をしたりしている。 ・介護度が上がっても極力、制限を無くし本人らしく自由に生活してもらるようにケアしている。 ・ホームの畑にて、野菜などを作ったり収穫することで、自然と触れ合いや、四季を感じてもらっている。 ・介護度が上がってきても、主治医、家族などと検討しながらケアを行なっている。 ・地域の行事などに、なるべく参加させてもらっている。

【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>職員が、グループホームで働くことに喜びを感じていること。勤続年数が長く、昨年度の退職者が0名というデータが全てを語っている。</p> <p>ホームの隣にある畑で四季の野菜作りをしている。利用者は重度化してきて耕したりはできないが、種まきや収穫をして喜びを分かち合っている。今は大根などの収穫もでき、ジャガイモの植え付け準備がなされている。収穫物を大屋さんに渡したりして、交流のもとにもなっている。</p> <p>ホーム開園後10年を経過し、地域との交流が自然にできている。地域の盆踊り大会には利用者の特別席が用意され、入居者が参加し交流を楽しんでいる。</p> <p>また、納涼祭では、ながしそめんを事業所内で行い、歓声があがっている。</p>

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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	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る (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
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	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:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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	66 職員は、生き活きと働けている (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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	グループの社訓、事業所の理念共に会議等で話し、共有して各自対応している。	・家庭的で笑顔の絶えない生活の場の提供・入居者の好きな所を見つける ・口を出さずとも気持ち察して意志を叶えるように気を配るという事業所の理念を基に職員が、グループホームで働くことに喜びを感じている。勤続年数が長く、昨年度の退職者が0名というデータが全てを語っている。	
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	町会の夏祭りや行事に、参加できるものは参加させてもらい、ホームを知ってもらうようにしている。	ホーム開園後10年を経過し、地域との交流が自然にできている。地域の盆踊り大会には利用者の特別席が用意され、入居者が参加し交流を楽しんでいる。	
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	運営推進会議に地域の人を招いたりしてはいるが、地域の人に対しての発信などはできていない。		
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	家族代表、大家、民生委員、包括支援センター職員、本社職員、事業所リーダーに参加してもらい、2ヶ月に1度行っている。	2ヶ月に一回定期的に運営推進会議が開催されている。非常に活発な意見交換がなされ、可能なものから運営に生かしている。	
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り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	市役所や関連職種などとは、本社や事業所のサポートを得ながら、管理者が主に連絡をとっている。	市役所の生保担当者の方も含め緊密な連絡・報告がなされている。	運営推進会議の議事録を持参し、市の担当者に現状報告し、適切なアドバイスを受けられることが望まれます。
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	身体拘束廃止、虐待防止の委員を決め、定期的に検討し、結果をフロア会議等で周知、話し合いをしている。センサーはあるが原則、玄関、フロア出入り口は施錠していない。	身体拘束廃止委員会が定期的開催されている。参加者は、フロア会議で報告し情報の共有がなされている。	身体拘束廃止委員会は、できるだけ全員参加が望まれます。フロア会議の一部を身体拘束廃止委員会として、マニュアルの輪読、事例検討が望まれます。
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	上記同様に委員を決め、定期的に検討し、結果を周知、話し合いをしている。勉強会等も行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	必要に応じて説明等はしているが、「学び」としての機会は作れていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重要事項説明書、契約書はご家族と共に確認、説明を行っている。		
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なら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	運営推進会議にて意見交換をしたり、意見箱を設置したりしている。家族からの意見、要望を記録に残し迅速に対応できるようにしている。	運営推進会議では、貴重な意見をもらっている。また、家族の来訪時に情報交換なども十分に行い、意見要望を確認している。意見の言いやすい関係性ができている。	
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	フロア会議の他に、年に2回全体会議を行い意見交換をしている。随時ヒアリングも行う。	フロア会議、リーダー会議など、各階層において参加し、意見交換や要望をもらっている。その中から可能なものを運営に反映させている。	
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	常勤、非常勤に関係なく係や委員会、居室の担当などに取り組んでもらい、やりがい、責任感を感じてもらっている。意見などはフロア会議にて話し合いを行っている。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人の研修やフロアで勉強会を行っている。また定期的に面談、指導も行っている。		
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作り、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り組みをしている	他事業所職員との、研修や会議などで意見交換や事例の検討などを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	入居する前に実態調査を行い、本人の生活環境や生活状況、本人や家族の希望などを少しでも把握できるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	入居の契約時などに口頭、または用紙に記入してもらい希望に応えられるように対応している。入居後も面会時や手紙などで経過報告している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	現在、ホームで対応できるサービスに関しては家族や主治医などと相談しながら対応している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	傾聴、コミュニケーションを重視し「介助者」「利用者」になり過ぎないように気をつけて対応している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	毎月手紙にて近況報告をしたり、変化があった時などはすぐに電話連絡もしている。参加していただける行事には招待したり、決まった面会時間を作らないなどの対応もしている。		
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	必要に応じて家族と相談しながら、昔からの友人、知人や親戚などとの連絡続けている。	重度化、高齢化により、昔からの友人の訪問が少なくなっている。その中であって、秩父の自宅を訪問するなど個別支援が行われている。	
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	その時の、様子や状況を見極めながら、見守りをしたり職員が間に入ったりしている。また日々の生活を観察し、席替えやテーブル等の配置替えもしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	必要に応じて退居後も連絡を取っている。相談や要望があれば必要に応じて対応している。		
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	実態調査で聞いたこと以外の事を、入居してから少しでも聞き出せる様に対応している。意思疎通が難しい場合は家族から昔の情報などを聞き、対応している。	認知症の進行で、意向を聞きづらくなってきている。そこで工夫されていることは、ご家族にバックグラウンドシートを記入してもらい、利用者の歴史を聞き出しケアの参考にしている	
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	入居前に本人、家族から生活に関する情報などを聞き出し、入居してからは本人の意見や様子をみて対応している。		
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	日々の生活を観察し、記録などで情報を共有して対応している。また毎月のカンファレンスで職員同士で意見交換をしている。		
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	介護計画作成者を中心に、家族や関係機関などの意見を取り入れながら、毎月のカンファレンス等で検討し、作成している。	アセスメントからモニタリング、評価までのPDCAが良く回っている。また、ケアプランに基づくケアも確実にチェックがなされ、ケアの内容について、カンファレンスが行われ、ケアプランの見直しも行われている。	
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	ケースファイルや個人記録、連絡ノートなどを使い情報を共有している。必要に応じて新規の用紙を作成したり必要のないものは中止したりしている。		
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	原則として、通院や個人的な買い物などは家族が対応だが、必要に応じて職員が対応することもある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域行事に参加したり、地域の公園や商店などを利用したりしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	馴染みの医療機関がある利用者以外は往診医が対応している。同医院にて往診日以外に看護師の訪問も行なっている。	なじみの医療機関があるケースや、専門医を必要としている以外は、かかりつけ医に診てもらいが基本。夜間でも、必要時連絡が取れ安心。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	ホームに看護師はいないが、往診医の主治医、看護師とは24時間連絡が取れるようになっている。		
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、又、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。あるいは、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。	入院に関しては主に、主治医より紹介してもらっている。入院時は訪問し状況を聞いたり、家族と相談して対応している。		
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	重度化、終末期に関しては家族の希望を聞きつつ家族、主治医と相談しながら対応している。	重度化や終末期のケアに関しては、家族と主治医がよく相談して対応をきめている。看取りは数例の事例がある。スタッフは、訪問看護師の指導や研修を受け看取りケアを行っている。看取り後職員の精神的なストレスには大きな変化は現れていない。	
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	定期的に防災訓練を行っている。落ち着いて緊急時に対応出来るよう、ファイルを作成したり勉強会で検討したりしている。		
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	隣接する大家様などと協力できるよう、話し合っている。防災訓練にて避難経路の確認や緊急時の対応に関する指導を行なっている。	防災訓練は定期的に行われている。3.11の反省から、食糧、水、ヘルメットが備蓄されている。また、2階には踊り場があり、一時避難して救護を待つような設計となっている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	利用者としてではなく、その人に合わせた対応ができるように職員同士で心掛けている。	入居歴が長い方、また、勤続が長い職員も多く、ファミリーのようになっている部分もある。その良い点と一方慣れによる言葉使いも不適切面があり、反省点もある。そこで、スピーチロックしない言葉づかいをするように管理者が指導している。(身体拘束のマニュアルにもスピーチロックが拘束の範疇とされている。)	
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	本人の意思を引き出せるような関係を構築できるようにコミュニケーションをとっている。介助しすぎないように、できる事を見極めて対応している。		
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	決まった1日の流れを作らず、利用者のペース、希望を優先して生活できるように対応している。		
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	基本的には利用者を選んでもらっている。難しい場合や選べない方とは一緒に選んだりしている。		
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	一緒にできる人には手伝ってもらっている。時には外食や出前、行事食を楽しんでもらっている。介護度が上がり手伝える人が減ったが、音や匂い、雰囲気などを感じてもらうために調理は継続している。	介護度が上がり、一緒に食事の準備ができる方は減っているが、手伝える方は、いっしょに準備や片づけを行っている。食事介助の方が増えてきて、職員も大変ではあるが、様子を見ながら、適切な介助がみられる。納涼祭では、ながしそめんを事業所内で行い歓声があがっている。	
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	栄養士が計算した献立をもとに、ホームにて食べ易さ、好みなどを配慮し変更して対応している。量や形態については家族や主治医などとも相談して対応している。		
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、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	自分でできる方には声かけと見守り。できない方には介助にて口腔ケアを行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	記録などで排泄のパターンをチェックして対応している。必要に応じて、主治医と相談し服薬調整なども行なっている。	おむつ使用者が多くなってきている。体調に応じて、主治医と相談され、服薬の調整ができています。	
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	日々の生活パターンや食事量、水分量をチェックして対応を検討しながら対応している。必要に応じて、主治医と相談し服薬調整なども行なっている。		
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、個々にそった支援をしている	基本的には週に2～3回と目安は決めているが、本人の意思や状態を考えながら対応している。	基本は、週2から3回、入浴している。入浴時間は、朝からの方もいるが午後を入浴タイムとしている。	
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	本人が落ち着ける環境作りをしたり、生活のリズムを把握して声かけを行ったりしている。		
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	薬に関してはセットから服用まで数人で確認して行なっている。最新の処方薬の用紙をケースファイルに綴じ、各職員が目を通せるようにしている。担当の薬剤師とも随時、説明や相談が出来るようにしている。		
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	レクリエーションだけでなく日常でも、その人ができる事を見極めたり、やりたい事を聞きだしたりして対応している。		
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。又、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支援している	利用者の状況や調子を見ながら散歩や外出を行なっている。歩行可能な方だけに偏らないように、時には全体で外出する行事なども行なっている。	外出可能な方は、食材の買出しにも行っている。外出が容易でない方は、定期的な外食や、花見など季節の行事に参加している。レストランでは、おなじみとなっているので、ミキサー食など柔軟に対応したサービスが受けられている。地域密着型サービスの良い例である。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	基本的にはホームで管理しているが、お金に関して理解がある方には、家族と相談の上、少額のお金を所持してもらったり、買い物時に支払をしてもらったりもしている。		
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	利用者が希望した場合、家族と相談しながら対応、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	共有の場所には花や装飾で季節を感じて貰える様にしている。室内の温度や湿度の関しては、過度にならないように職員で調節している。	共有の居間には、お雛様が飾られ、春の到来を告げている。また、調湿に気を配り、感染症の予防を図っている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	テーブル席だけではなく、ソファを置く事により自由に過ごせる場所を提供している。		
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	家族と相談し、落ち着いた生活が送れるように、使い慣れた家具や本人が好む物を使用してもらっている。	お仏壇や、ご家族の写真がきれいに飾ってある。一方、家で、畳を愛用していた方は居室でも使用されている。従来の家庭生活の延長線になるように、個人の好みを優先した、やすらぎのある部屋づくりとなっている。	
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」「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	自室とわかるよう表札(名前)をつけている。歩行力維持の為に、各所に手すりを設置している。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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	5	市役所担当者などとは必要な報告、連絡を取っていたが、事業所の実情や取り組み等までは伝えられていない部分があった。	市の担当者への報告、連絡を密にし、適切なアドバイスを受けられるようにしたい。可能ならば運営推進会議などにも参加してもらいたい。	今まではしていなかったが、運営推進会議の議事録を持参したり、会議の参加を要請したりして報告や連絡をする機会を増やしていく。	12ヶ月
2	6	身体拘束廃止委員を決め、委員会から対策、予防策などを提案、検討していた。委員会開催が数ヶ月に一度のため期間が空いてしまったり、全員が参加できていなかった部分がみられた。	施設一丸となって、より身体拘束の予防、廃止を目指せるように、検討や話し合いの時間を設ける。	委員だけではなく、大勢の職員で話し合いができるようにフロア会議などの一部を身体拘束廃止委員会にし、細かにマニュアルの再確認や意見交換等をしていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。