

### 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	1190800316		
法人名	株式会社関東サンガ		
事業所名	こしがや翔裕館		
所在地	埼玉県越谷市平方2815-1		
自己評価作成日	平成31年3月7日	評価結果市町村受理日	平成31年4月15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	<a href="http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9		
訪問調査日	平成31年3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)】

当事業所では、可能な限り利用者様、御家族様の希望に沿った支援を心掛け、基本的な事ですが、相手を大切に接遇「寄り添い5か条」をベースラインとして質の高いサービスが提供できるように、社内研修、社外研修を行っています。又、毎月色々なボランティアさんによるレクリエーション、年間行事としてデイサービスと合同で納涼祭・敬老会・新年会等のイベントにも力を入れています。自分自身が入りたいと思える施設作りを目指しています。

【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)】

●小学校が目の前にあり、日常的な交流がなされています。また近隣の保育園の園児が毎月訪れてくれることは利用者の喜びとなっています。  
 ●季節の行事等計画的に進めていくことを目標としています。単に外出するのではなく、畑での野菜の栽培など利用者と一緒に楽しむ機会を増やしていけるよう支援にあたっています。  
 ●身体拘束適正化委員会の開催、指針の策定、研修の実施等がなされています。職員のスキルアップを図り、利用者に安全・安心な生活が提供できるよう取り組んでいます。

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	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
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			

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	会議等を通じて職員間でコミュニケーションを図り、話し合いの場を設け、会社としての理念を作り上げ、それを掲示している。各ユニット毎に理念を掲げ、職員間で共有し取り組んでいる。	「職員が支援をする喜びを感じられる・利用者本位の支援を提供する」ことを目標としている。ホームを一つの方向に導けるよう運営に努めている。	職員に対して、実践的な研修や認知症への理解を深められる体験を積める機会を設けることを検討しており、実現が期待される。
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	地域の自治会、小学校、学童保育、保育園等との交流をはかり、自治会のカラオケ大会、小学校の運動会をはじめ、各催しに参加している。又、翔裕館主催の夏祭りや芋煮会等にも参加してもらっている。	小学校が目の前にあり、日常的な交流がなされている。また近隣の保育園の園児が毎月訪れてくれることは利用者の喜びとなっている。	
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	事業所の概要等は、運営推進会議等で説明しているが、地域住民全体に向けての取り組みには、至っていない。		
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	運営推進会議等で、意見や問題点について話し合い、改善に努めている。	民生委員、地域包括支援センター、自治会等の方々が参加し、併設の小規模多機能型居宅介護と共同で開催がなされている。実績報告・意見交換等運営の参考とするよう努めている。	
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取り組んでいる	営業を通して市長村担当者と連絡を取り情報交換やサービスの質の向上の為に意見を頂いたりしている。	行政に対しては相談等を通して関係の構築に努めている。市内のグループホームの会合に出席し、情報の収集にも努めている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	当施設においては、原則、身体拘束及びその行動を禁止。2ヶ月1回委員会を実施し実態を把握、検討し介護職員その他の従業者に対する職員(内部)研修を実施している。	身体拘束適正化委員会の開催、指針の策定、研修の実施等がなされている。職員のスキルアップを図り、利用者に安全・安心な生活が提供できるよう取り組んでいる。	
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	当施設においては、原則、虐待及びその行動を禁止。2ヶ月1回委員会を実施し実態を把握、検討し介護職員その他の従業者に対する職員(内部)研修を実施している。		

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
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	研修への参加で知識の向上を図り、現在対象への支援できるように努めている。		
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	入居者様やご家族様と十分に話し合いの場を設け、納得されるまで説明をさせて頂き、不安無く了承を得ている。		
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	入居者様の意見、不満に対して傾聴し、記録に残し、運営推進会議や個々の話し合いの場を設け早めの対応を心掛けている。	ケアプランの更新時等家族の要望聴取に努めている。今後も家族への声掛けを継続し、更にアプローチをしていく意向をもっている。	
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	会議や個人面談等を通して、職員の提案や意見を述べる場を設け、運営にそれを反映する様に検討している。(毎月第4月火曜日に全体会議実施)	グループホーム内の職員会議においてケースカンファレンスを開催している。担当職員により問題点を出し合い、支援方法等の検討に努めている。	
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	職員それぞれが、やりがいを持って働きやすい環境を作れる様意見を求め条件整備に努めている。		
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	社内研修は月1回実施している。会議に参加できない場合でも、会議の内容を伝え、報告書を提出してもらっている。		
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	同法人の各施設との研修や会議(勉強会)の参加で意見交換等を行い取り組み、サービスの質の向上に生かしている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	可能な限り、御本人から聞き出せるように努めている。又、困難な場合は御家族様から御本人の状態や生活歴等を伺い、御本人の思い等を受け止める様に努めている。		
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	相談時から話し合いの場を多く持つ様にし、御家族様の要望や困っている事を聞き出している。又、来所時にはコミュニケーションを図り、話易い環境作りを心掛けている。		
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	相談内容や御本人、御家族様の状況にあわせて要望を聞き入れ、他サービスの内容等も考慮した上で考えている。		
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	職員は入居者様と共に食事作りや買い物、余暇時間を過ごす事により、共に支え合える関係を築いている。		
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	些細な変化でも、御家族様に報告し情報共有出来る様に努めている。ケアプラン説明会等を利用してQOLの向上に向けて話し合っている。		
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	出来るだけ馴染みの人との交流、御家族様との外出等、これまでの生活習慣を続けて行けるように努めている。	編み物など入居前からの趣味が継続できるよう支援に努めている。利用者本位に検討しながら馴染みや習慣を大事にできるよう努めている。	
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	個々のニーズを把握し安心して生活出来る様に支援している。又、利用者様同士の関わりが難しい場合には、職員が調整役となって支援している。		

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	御家族様には、解約手続きの際に、相談等がある場合には、連絡を下さる様に声かけをしている。又気軽に事業所の方へ立寄って頂けるようにも声かけをしている。		
<b>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</b>					
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	御本人の生活リズムで過ごせる様に努めている。食事の好みや、御本人出来る事、昔 やつてた事を御家族に聞きやりたい事が出来るように支援している。日々のミーティング、ケース会議、社内研修でも支援方法を検討している。	アセスメントの実施により利用者の意向や要望の把握に努めている。入浴支援時も無理強いをせず、利用者のペースを保ち、意思を尊重するよう取り組んでいる。	
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	御本人や御家族、前任のケアマネジャーから、暮らしてきた環境・生活・歴史を知りサービスに活かせる様に努めている。		
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	日頃の何気ない言葉や会話を聞き取り、その人らしい暮らし方、心身の状態、一人一人の生活のリズムを把握し出来ない事より出来る事に着目し、御自分で出来る可能性を1つでも多く見出す様に努めている。		
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	御本人との日々の関わりや、御家族様来所 時にはお話を伺い、身体・精神面でも主治 医や訪問看護師に意見を聞き確認している。又、月に1回ケース会議を実施し、職員の意見を聞き、ケアプランに反映させている。	利用者の特長を掴み、身体状況を考慮してケアプランの策定にあたっている。担当職員等から意見を聞き、職員が理解しやすい計画となることが心がけられている。	
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	職員間での連絡ノート、申し送り・介護記録に目を通し、介護支援経過を作成している。個別の介護計画書には気づき等を記入し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	通院や、その他の送迎等の実施、又、ADLの低下時の入浴の充実の為にデイサービスの機会浴の利用をしている。		

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
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	地域の方の協力を得て、納涼祭等の行事に参加して頂いている。		
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	24時間対応の往診医に月2回定期往診して頂いている。又、必要な時には御家族様了承のもと職員が専門医への受診も付き添っている。	往診医・訪問看護等医療機関と連携し、利用者の健康管理にあたっている。入院時には情報提供等やりとりをし、退院後の生活等を検討している。	
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	週に1回看護師の訪問を受け、日々の健康管理や医療面での相談・助言を頂いている。		
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。	入院時には本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、頻繁に職員が見舞うようにしている。又、御家族様とも情報交換し回復状況等速やかな退院支援に結び付けている。		
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	重度化に向けた方針は運営推進会議等で説明している。又、ケアプラン説明時に今後起こり得る可能性を御家族様に伝え、対応に努めている。	契約終了事由等については文書化し、事業所でできる支援の説明に努めている。将来に向けた対応について家族と話し合い、利用者本位に検討するよう取り組んでいる。	
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	緊急時におけるマニュアルを作成している。全体会議での応急手当等の勉強会を行っている。又、個々に誤嚥、転倒、発熱等を経験し、実践で対応を学んでいる。		
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	避難訓練を定期的に行い避難経路や消火器の使用方法を学んでいる。	火災想定等による総合防災訓練が実施されている。万一の事態に備え、消火・避難方法の確認が行われている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	入居者様に対しての言葉使いや声掛けにはプライバシーやプライド等に配慮できる様に職員全員が、「寄り添い5か条」の研修を行い日々実践している。又、個人情報の取り扱いについては、十分に配慮し、保管している。	接遇の事業所内研修を行うなど利用者を尊重した支援となるよう指導を図っている。利用者の呼び方についても配慮し、適切な支援となるよう努めている。	
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	意思疎通が困難な方には表情の変化を汲み取り、YES・NOで答えられるような声掛け、選択肢の幅が広がるような声掛けを行っている。		
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、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	一人一人のペースを大切に日々の関わりの中からその時々入居者様の気持ちを汲み、出来る限り希望に添える様努めている。		
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	月1回の訪問理容を利用して頂く等出来るだけ、御本人主体で身だしなみを整えている。又、化粧品等御本人がこだわりのある物は、出来るだけ提供出来る様に支援している。		
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	食事の後片付け等は入居者様と共に行い、家庭的な雰囲気作りに努めている。	ユニットの特長を活かし、利用者が楽しみながら食事が出来るよう努めている。食事作りや外食の機会を増やしていく意向をもっている。	食事作りをはじめ利用者が生活の中で役割をもてるよう更に取り組んでいくことを目標としており、実践が期待される。
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	食事・水分摂取量については、毎食毎に記録に残し把握している。又、個々に合った食事を提供出来る様に主治医に相談している。		
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	入居者様個々の状態に応じ毎食後声掛けや介助を行っている。又、必要に応じて訪問歯科を利用している。		

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
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	排泄チェック表を使用する事で排泄パターンを把握し、トイレの声掛けや誘導を行っている。又、各ユニット1名オムツゼロ運動を実施を継続している。	運動・採光などを積極的に行い、声掛け・誘導によりトイレでの排せつに努めている。入居時より利用者一人ひとりに習慣をつくり、自然な排せつとなるよう取り組んでいる。	
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	便秘防止の為、乳製品・オリゴ糖等を毎日提供している。又、体操や散歩、レクリエーション等で適度な運動を毎日実践している。		
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、個々にそった支援をしている	一人一人の状態に合わせ、週2回は入浴出来る様支援している。又、一般浴が出来ない方は、併設のデイサービスの特浴を使用している。	家庭的な浴槽・エアコンが装備した脱衣場等安全に・快適に入浴する設備が整えられている。利用者の状況にあわせて併設の事業所の機械浴を利用できる環境となっている。	
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	日中の活動を促し、生活のリズムが整う様努めている。又、気温の変化に留意し、必要に応じて室温調整し安眠出来る様努めている。		
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	利用者様毎に内服薬の説明書をファイルし確認出来る様にしている。又、薬の在庫数も把握しストックを整理し必要に応じて薬剤師にも相談している。		
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	一人一人の生活歴や日々の生活の中で特異な事等を把握し、可能な限り持っている力を発揮して頂ける様支援している。		
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に支援している	外出レクでは、初詣・お花見・苺狩り・ドライブ等、普段行けない所へ行けるような機会を設けている。又、希望がある際には、可能な限り個別に対応している。	季節の行事等計画的に進めていくことを目標としている。単に外出するのではなく、畑での野菜の栽培など利用者と楽しむ機会を増やしていく意向をもっている。	



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
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	お金は施設で管理している。日常的に必要なものは職員が用意し、その他はご家族にお願いしている。		
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	手紙や電話の希望がある際には、支援出来るように配慮している。		
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	フロア内の照明や光、音等は職員が判断し調整をしている。又、入居者様に楽しんで頂ける様に季節感を感じる装飾品や写真等を掲示している。	利用者の制作物を飾るなど温かな雰囲気のある共有空間となっている。清掃が隅々までなされており、清潔かつ衛生が保たれている。	
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	リビングの席は決まっているが、入居者様同士が居心地良く過ごして頂ける様に移動は自由になっている。		
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	自宅で馴染んでいた家具や趣味、興味ある事、馴染みの物等も把握し、御本人様にとって安心して居心地良く過ごせる様に配慮している。	テレビ、椅子、テーブル等が持ち込まれており、利用者それぞれ特長ある居室となっている。利用者がくつろげるよう配慮し、自宅と変わらない生活を送れるよう努めている。	
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を送れるように工夫している	フロア中央から各居室が見渡せ、浴室・トイレ・廊下等には、手すりを設置して安全に生活出来る様に配慮している。		

## 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	1	○利用者の出来ることを支援したい	○利用者、職員と共同作業の時間が増える ○グループホームの役割の理解	○ユニット会議で、一緒に出来る作業を話し合い実践する ○認知症、グループホームについての研修を定期的に行う	6ヶ月～12ヶ月
2	26	○ケアプランが職員に浸透していない	○ケアプランに沿ったサービス、記録が出来る	○ケアプランについての研修(GH会議等)	6ヶ月～12ヶ月
3	49	○外出の機会が減っている	○外出の機会を増やし、季節を楽しむ	○GH会議で年間計画を立てる	6ヶ月～12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。