

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	1196500415		
法人名	社会福祉法人潤青会		
事業所名	グループホーム ときわの家		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区常盤7-5-14		
自己評価作成日	平成31年2月1日	評価結果市町村受理日	

※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	junseikai.org/
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシステムズ		
所在地	東京都千代田区五番町12-7		
訪問調査日	平成30年3月10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)】

地域交流に力を入れています。まだまだではありませんが、地域のお神輿や清掃に参加しています。また、さいたま市のいきいき百歳体操を地域交流スペースにて週1回サポーターさんを中心に地域の方と入居者が交流を図る機会ができました。今後も地域に根差した施設になるよう運営していき地域の一員となれるよう力を入れていきたい。
2階ユニットでは困難ケースを受け入れられるよう体制づくりを行っている。3階ユニットでは個々の出来ること、行えることを尊重し対応している。

【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)】

事業所では、高齢者に優しい街づくりに取り組み、地域高齢事業者や地域包括センターと協力し議論を重ねて29年度浦和いきいきMAPを完成することができた。また、小冊子「ときわの家の生活」を作成し見学時や説明会の際に冊子を配布して、利用希望者や家族にむけて事業所での生活への理解を促している。写真やイラストが多く用いられわかりやすい冊子の中では、「生活そのものがリハビリ」としており食事作り、洗濯物たたみ、植木の水やりなどに取り組みながら、利用者が楽しく生活している姿が紹介されている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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広がったり深まり、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
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	運営理念として「いつまでも自分らしく生活して頂くために」を掲げ、掲示。実践している。	ホーム長は毎日の朝礼時に理念について話をしており、職員への周知を図っている。ホームは開設5年目に入り、職員一人ひとりの理念に対する理解も深まっており、実践につながっていることがうかがえる。	
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	回覧板を回して頂いたり、地域神輿、保育園、キリスト教の来館、長寿祝い等も地域から頂いたりしている。また、いきいき体操はじめ、地域の方々の出入りも定期的にある。(毎週水曜日)	町内の祭りや敬老会などに利用者が参加する機会や、事業所1階ホールに地域住民を招いていきいき体操を一緒に行い交流することができている。保育園児や学童保育児童の定期的な訪問もあり、利用者の楽しみとなっている。	
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	見学を団体でも個別でも受け入れる体制を取っている。		
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	2か月に一度の運営推進会議の定期開催。その際に貴重なご意見を頂戴し向上できるよう努めている。参加者からの情報も頂いている。	運営推進会議を定期的に行っており、自治会長や、家族代表、民生委員、地域包括センター職員などの参加が見られており、活発な意見交換がされていることが議事録からうかがえた。	
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	運営推進会議やいきいき百歳体操へご参加頂いたり、防犯や災害時の対応講習会へ参加させて頂いている。また生活保護受給者の受け入れを行っている。	29年度は、地域包括センターや地域12団体と一緒に浦和いきいきMAPを作成する為に毎月定期的に会議を開き連携を図ることができた。いきいき体操では、役所担当課の協力も得られており、市町村との顔の見える関係づくりが行われている。	
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	2ヶ月に一度、身体拘束廃止委員会を開催している。その際に継続の否や有無を話し合い抑制しない取り組みを確認している。	リスク委員会では、利用者に関与するリスクに関する研修を行っている。身体拘束については、原則行わない方針であるが安全確保上必要な場合には家族と話し合い承諾を得ることを原則としている。	
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	2ヶ月に一度、虐待防止委員会を開催している、また研修において虐待防止を意識づけている。		

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	施設内研修として施設長より学びそれらの制度を活用できるようにしている。		
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	初回面談時に説明、その他に疑問点など電話は何度でも対応し、契約時には契約書、重要事項説明書、運営規定を説明、納得の上契約締結を行っている。特に料金説明は細かく行っている。		
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	運営推進会議や面談時、来館時などまた更新時において意見をお伺いしたり意見箱を設置している。	家族が面会に来園した際には、日頃の様子を伝えたり運営推進会議での代表家族からの意向も伝えたりと意向や要望が出し易い環境を整えており、できる限り家族の意見を運営に反映させるように努めている。	
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	朝礼時や会議の場において話し合ったり施設長と意見交換できる場がある。	毎月の職員会議や、朝礼の時などに職員との意見交換を行っている。会議以外の機会にも、必要に応じて職員からの相談などに対応しており、話しやすい職場環境を整え、職員の意見を運営に反映できるように取り組んでいる。	
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	就業規則は誰もが閲覧できるようになっている。施設長への相談はいつでも出来、必要時は1対1や数名での面談も行っている。人事考課により昇給や賞与も個々で評価する形としている。		
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	毎月1回の学習会を開催している。外部研修や法人研修への参加も随時おこなっている。また、必要時は個別にケア対応を指示することもある。		
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	地域での合同研修会への参加、日本グループホーム協議会等の研修参加。今年から埼玉県グループホーム協会入会。地域ケアシステム構築に際し、地域の顔の見える関係づくりへの参加。		

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	待機の方や申し込みのあった方とは定期的に連絡を取るよう努めている。利用前には必ずご本人、ご家族と面談し話を聞く機会を設けている。また相談表やアセスメントシートを活用している。		
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	上記と同様となるが、ご本人のみと話す機会とご家族のみと話す機会も設けている。		
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	何度か面談ややり取りを行い、話しやすい関係作りが出来る様務めている。状況と幅広いケアを見極められる様にグループホーム以外の介護サービスも含め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	日常生活動作においては介助や手伝うのではなく出来るところは見守り、出来ない所は一緒に行くことで自分の事は自分で出来るよう支援して行く事で生活に自身、満足できるよう関わられるよう努めている。		
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	面会時等に状況をお伝えし対応方法をともに考えたり、ご家族からの要望や相談も随時受け入れられる様務めている。		
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	ご家族以外にもご家族が許可されている友人や知人の方々の面会を受け入れている。居室にはなじむのあるものはご持参頂けるようお願いしたり、外泊や外出は届けがあればいつでも受け入れている。	親しい友人や家族と季節のお便りのやり取りの支援を行なっている。美容室や歯科医院も通いながれ利用するなど、家族と連携しながら馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。	
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	テーブルの席を配慮したり、職員が間に入り出来る事を分担して行って頂いたり仲間意識を持てるよう関わっている。		

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
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	退去後もご相談があれば対応は必ず行い、逝去された際は弔問や葬儀等にも参列させて頂いている。		
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	ご本人の会話や行動、発言、発語を傾聴し、把握に努め職員本意にならぬよう検討している。	日頃から利用者とのコミュニケーションを大切にし、世間話から本人の意向を読み取ることができるよう努め工夫している。家族の意向は、面会時や電話連絡での確認を行っている。	利用者の意向を具体的に記録しケアプランに落とし込むことが期待される。
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	ご本人の他、ご家族からも面会時などにも追加情報等頂く様務めている。新たな気づきも含め、センター方式の活用も行っている。		
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	生活においてメリハリがつく様、現状把握と共に各利用者に合わせて対応が出来る様務めている。		
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	ご本人、ご家族、ケア担当者、ケアマネ、施設長の意見を取り入れ作成し、フロアごとの会議にて検討、反映させている。モニタリングは居室担当を決めている。	アセスメントは、所定の書式に具体的な特記が記されている。モニタリング・評価も適切に行われており、ケア記録もその時の状況が適切に記入されている。	ケアプランの3表が揃っていないため、検証が望まれる。担当者会議録もその都度作成されるように期待したい。施設においても、アセスメント・モニタリング・ケアプラン1・2・3表は必須である。
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	個々のケース記録やモニタリングをもとに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	入居前からかかっていた他科受診等の継続や対応をご家族と相談しながら行っている。		

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
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	近隣保育園への行き来や外出に行くほか、区役所へ散歩に行ったりさせて頂いている。		
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、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	往診は月に2回となるが金銭面や状況に合わせかかりつけ医も任意で選択できるよう支援している。	月2回の内科医の往診がある。適宜、電話での指示や必要に応じた往診もしくは受に対応している。精神科医は月1回、歯科医は毎週1回の往診がある。受診往診ファイル・支援記録に実施内容が記載されている。	
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	往診での看護師の他、施設での雇用看護師での情報共有をはじめ随時相談できる体制を構築している。次年度から、医療連携体制を整える予定。		
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。	入院中のご面会のほか、ご家族とは連絡を取り合い、必要時には医療機関との情報を共有し退院に備える対応を努めている。		
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	終末期のケアは入居契約時に説明し、以降の変更はいつでも行えることも説明している。現状のサービスで対応可能な終末期ケアは受け入れる体制としている。	H30年度、看取り介護の実績が3件ある(加算取得なし)。主治医とクリニックから看護師が訪問し、利用者のその時の状態に対応している。介護、医療連携が図れている。	加算取得はしていないが、看取りケアの時には、看取り介護計画書の作成にも期待したい。
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	会議や研修会で学びと確認を行っている。また緊急時マニュアルを整備し、フロアごとに緊急連絡手順も設置している。		
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	年2回の避難訓練を実施。うち1回は消防署の参加も頂いている。その他防犯、防災に関する行政主催の講習会へも参加させて頂いている。	災害・防災訓練における計画書と実施報告書が適切に作成されている。ユニット内の非常口付近にも障害物はゼロであり、動線確保ができています。	

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
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	研修においてプライバシーや個人情報保護、また倫理観に関しては禁止事項を作っている。必要時は個人指導も行う。	権利擁護における施設内研修を開催している。個人情報についても話し合われている。また、身体拘束においては、つなぎ服着用利用者がいるが、同意書を交わし、カンファレンスと経過記録も適切である。	
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	一方的でなく各ご入居者が自己決定できるような声掛けを促すよう努めている。		
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	ご本人の意向や生活習慣を重視し、拒否などある場合無理強いしないよう努めている。		
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	服装はご本人の希望を伺ったり、常時ではないがお化粧品も使えるよう化粧品用品を用意している。		
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	咀嚼状況や嗜好品と、各ご利用者の身体機能やお気持ちに合わせ提供している。行える方には出来る限り下膳もご自身で行って頂いている。また、外食会や誕生会行事食などの企画も行っている。	誕生日食を毎月開催している。みんなで食事を作り、リビングの食卓を囲むなどの工夫がある。また、写真を撮影し、フロアに掲示をしている。外食会は年2回開催している。	
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	腎機能の既往がある方を除き水分量の目標値(味噌汁抜きで1000ml以上)を決めティータイム、毎食時、おやつ時にも水分を勧めている。		
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、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、口腔ケアを行っている、ご自分で行える方にはお声掛けさせていただきご自分で行えない方は口腔内の観察と共に介助させて頂いている。個々の対応に合わせてスポンジブラシや歯間ブラシを使用している。		

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	有する能力と、各個人の尿意、便意の有無にあわせ個別に対応方法を定めている。	自立フロアの排便確認は、トイレから利用者が出て来たときに職員が会話の中から確認をする工夫がある。介助を必要とする利用者には、毎食前後にトイレへ誘う配慮がある。	
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	日々の水分の促しと共に医療機関や看護師と相談しながら薬の調整も行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	生活歴や習慣好みや時間帯と出来る限りご本人の意向を組み提供するよう努めている。また拒否のある場合は無理強いしないで時間や日を変えるなどの対応をしている。	入浴は週2回は全利用者が実施できるように対応している。入浴形態は、個浴とチェアインバスである。その時々で入浴拒否をする利用者がいるが、無理強いせずに変更したり、曜日を変えたりして声をかけるなどの工夫をしている。	
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	必要に応じての就寝介助を行っている。布団に関しては施設で準備しているものはあるがなじみの物や使いやすい物は自由に使える体制としている。希望によってはご家族の同意の元、巡視回数を減らすこともある。		
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	かかりつけ医と相談しながら薬を増減したり変更したりと状態把握を行いながら対応するよう努めている。		
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	買い物や洗濯たたみ、洗い物、調理補助など行えることや手伝えればできる事はお声掛けさせて頂いている。また、カラオケや調理などへの参加もして頂いている。生活の中で自信や役割を持っていただけるよう努めている。		
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	食材の買い出しや保育園へボランティア見学、公園等の近隣へ外出している。またご家族にご協力いただき外食等されるご入居者もおられる。	散歩チェック表を作成し、定期的な外出支援を目指しているが、天候や人員配置上なかなか実施につながっていないことを課題としている。しかしながら、ホームの屋上やベランダを活用し、利用者と植物を育てるなどの取り組みがあり、実施記録も確認できている。	

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	買い物の際にお会計を手伝って頂く等をお願いしている。		
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	常時希望があれば電話をおつなぎ出来る様努めている。		
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	折り紙や塗り絵を一緒に行い飾ったりしながら四季折々を感じて頂く様努めたり、朝礼をご利用者の前でやらない様に努めている。	フロア内は清掃が行き届いており、清潔感がある。壁には利用者が主役となる行事の写真が飾られている。リビングテーブルには、加湿器が設置され湿度にも配慮している。また、フロア内は、適切に動線が確保されている。	
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	共有スペースに自由に使用できるソファを設置したり必要な方には足台を準備し安心して座れるよう配慮している。また、気の合うご利用者同士の席を近くに配置している。		
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	入居時に自宅で使用していたなじみの物や化粧台、仏壇、写真等をお持ち込みになれる方もいらっしゃる。	ホームには、危険となるもの以外は基本的に持ち込み制限はない。日用品、棚・塗り絵・好きな本など愛用しているものを持ち込み、自宅と同じように暮らせるように配慮している。	
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」「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	掃除を手伝って頂いたり、食事の盛り付けや毎月のカレンダー作りを行って頂くなど個々に行えること、分かることを見守り、声掛けしていく様努めている。		

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	12	申し送り事項の周知徹底 普段と違うご利用者様の様子(行動や発言等) を全員が把握できていない。	出勤したらすぐに申し送りノートや事務連絡 等にて、利用者様の様子を把握できるよう にする。早期対応や新しい発見等の情報共 有を強化する。	利用者様用ノートと事務連絡ノートを分けて解 りやすいようにする。また、確認チェック欄を設 ける。	2ヶ月
2	49	外出支援が日常的でない。	日常的な外出頻度を設ける (散歩や買い物)	無理強いせず、全員が施設外に出る機会 を週単位で設け、日常的に外出できる仕組み を作る。 (外出 表を活用する)	2ヶ月
3	23	職員本位のケアが目立ち、ご利用者様本位のケ アができていない。	ご利用者様の尊厳を守る。	一人一人の生活リズムやペースに合わせ支援 する。カンファレンスやモニタリングにて職員が それぞれの視点からご利用者様の状態を把握 すると共に支援する。	2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、行を挿入して下さい。