

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	1192400081		
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	三芳グループホームそよ風		
所在地	埼玉県入間郡三芳町上富1546-9		
自己評価作成日	平成29年10月29日	評価結果市町村受理日	平成29年11月14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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【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29年11月4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)】

『その人らしい普通の生活』を送っていただくため、入居者様の個々のライフスタイルを尊重し、日常生活を通して【できる事】を大切にした支援をおこなっている。家庭的な雰囲気を大切にし、職員と入居者様が協働して日常生活を送っており、食事は、ホームの台所で、入居者様も手伝いながら、手作りのものを提供している。日常の活動のほかに、毎月行事を企画し季節感や非日常的な楽しみを感じてもらえるような支援も行っている。日常的なケアカンファレンスの他に、ミーティングを開催し、毎月テーマを決め施設の課題や研修・勉

【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)】

安定した運営、利用者・家族から信頼された支援が継続されていることが理解できません。福祉人材の確保が難しい中、管理職・職員の尽力に対して改めて敬意を表するとともに下記を優れている点として挙げさせていただきます。
 ●利用者本人の自信につながるケアがなされるよう計画作成に努めています。計画作成の方針およびケアとして心掛ける理念からは、職員の優しさや利用者への思いを理解することができます。
 ●フロアで利用者の健康状態等が違ふことから、それぞれが工夫しながら外出支援に注力しています。散歩や外気浴など天候と利用者の健康状態にあわせて実施しており、職員体制を配慮しながら支援を進めています。
 ●毎月のそよ風通信は、写真をふんだんに使い、担当者によるコメントを添えて家族宛に送付されています。日頃よりこまめに連絡し、家族の近況を理解してもらえるよう努めています。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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		

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【1F】	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	基本理念を提示しミーティングやカンファレンスの際には、具体的な理念に基づいた考え方やケアの方向性を示している。	法人・事業所の理念を掲示している。職員に対しては言葉だけではなく、一つひとつの事例を丁寧に指導し、時間をかけて技術と方針を理解してもらえるよう努めている。	
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	自治会に加入しており地域と交流して頂けるようにしている。近隣住民とのあいさつ会話を実行。地域のレストランへの外食 地域の清掃活動への参加 町の施設連絡協議会への参加	利用者と清掃活動に出向くなど地域との交流を大事にしている。近隣の散歩の際には声を掛け合うなど日常の中で親睦を深めている。	
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	町の福祉施設連絡協議会への参加 地域住民への施設見学会の会場として提供して高齢者やご家族のこれからの事の参考にしている。		
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ヶ月に1回のペースで実施し、意見交換を行いサービス向上に努めている。	行政、地域包括支援センター、家族の方々が参加し、定期開催がなされている。ヒヤリハットの報告や災害対策などの話し合いがなされている。	
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	運営推進会議に参加頂き情報を共有し、それをサービスに反映させている。 定期的に市の相談員が訪問し現状の確認を行っている。	運営推進会議に招待をするなど定期的に顔をあわせることで関係の構築に努めている。施設連絡協議会を通して行政および地域の社会資源との連携もなされている。	
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	ミーティング時や現場でその都度の場面で職員全員で話し合い、対応の仕方を考え、拘束をしないで対応する方法を実行している。また定期的に研修を実施している。 玄関は安全面と離設防止のため施錠実施	身体拘束の廃止、高齢者虐待、コンプライアンスについて事業所内研修を計画・実施している。受講後はレポートを提出し、周知を確認している。	
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	ミーティング等で学ぶ機会が有り、その事柄について見逃したりしないよう観察したり職員同士声を掛け合い、防止に努めている。又、注意し合える環境作りをしている。 定期的にセルフチェックも実施。		

自己	外部	項目	自己評価【1F】	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	ミーティング等で学ぶ機会を作っていききたい。又後見人もいるので学ぶ機会を作っていききたい。		
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	契約書に基づき各項目ごとに読み合せ説明、質疑応答し相互理解の上、納得して頂いている。		
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	家族との連絡ノートを設置、自由に意見を書き添えていただける様にしている。運営推進会議での意見交換と議事録の開示。	写真をふんだんに使い、担当者によるコメントを添えたそよ風通信を毎月、家族宛に送付している。日頃よりこまめに連絡し、家族の近況を理解してもらえるよう努めている。	
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	月に1回ミーティングで職員の意見や提案を聞く機会を設けている 事業部長もできるだけ参加し意見交換している。	毎月、全体およびフロアミーティングを開催し、職員間の情報共有と意見交換がなされている。「職員自身が支援を楽しめるよう・工夫するよう」指導にあたっている。	
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	目標管理シートや実績評価シートがあり、それらを有効に活用しポトムアップに努めており、その実績を評価に反映している。		
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	社内研修の参加や外部研修の情報を随時告知し希望者は参加できる体制にしている。ミーティング時に研修報告し全員の共有情報にしている。		
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	福祉施設連絡協議会を通じ交流し他施設の良い所を参考に当事業所に合うようアレンジして入居者様に反映している。		

自己	外部	項目	自己評価【1F】	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	入居前のアセスメントで課題を抽出し対策を講じている。入居後は傾聴に努め本人のニーズが何かを見極め対応するように努めている。		
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	見学、入居相談時、契約時に良く話し合い相互理解を深めている。入居後は面会時やカンファレンス時に積極的に話し合い信頼関係を築くようにしている。		
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	現状について把握し課題とニーズを良く理解し本人にとって必要な支援が出来るように努めている。		
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	出来る事を一緒に行ない達成したら共に喜び、時には教えて頂いたりして相互協力のもと、信頼関係を築いている。 食事と一緒に摂っている		
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、又その都度電話で報告し、共有情報として認識し合い入居者を支えている。毎月のお便りで施設での生活を報告している。		
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	関係継続の為、希望があれば面会、外出などは可能だが、外出に関しては職員が付き添うことは難しいので、ご家族に協力して頂き関係を継続できるよう支援している。	利用者の入居前からの習慣については継続できるよう後援している。家族との関係についても面会や行事への招待を通して関係継続に繋がるよう努めている。	
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	席次の配慮をしたり、話題の合う方同志の談話への方向付けやレク等への声掛け共同作業への参加や声掛けを行い、トラブルへの気配りしている。		

自己	外部	項目	自己評価【1F】	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	特に関係を断ち切る事なく手紙や電話、いつでも立ち寄り相談出来る環境を作っている。		
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	日々の生活の中からニーズを把握して出来る限り満足して頂けるように努めている。	利用者の表情の些細な変化から意向や要望を把握できるよう努めている。発見した情報については職員間で共有し、日々のケアに活かせ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	アセスメントやサマリーを参考に家族や本人との会話を通し把握しサービスに反映でき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	引き継ぎ、記録の確認、スタッフ同士の情報交換、ミーティングでの話し合い等で状況を把握し情報を共有している。		
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	月1回のミーティングでケアカンファレンスを行い、御家族とは面会時で話し合い必要な事を把握してニーズに合った計画を作成している。	カンファレンスでの検討と家族の要望を聴取したうえで、ケアプランの策定がなされている。利用者本人の自信につながるケアがなされるよう計画作成に努めている。	法人全体として自立支援プログラム実施について注力している。体系化された研修や学術的な根拠を活用した支援について結果の検証等がなされることが期待される。
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	毎日個別の生活支援記録を書いたり、引き継ぎ時に伝えている。職員専用の申送りノートで職員全員の共有情報としている。変化があった場合はチェックをいれたり、ヒヤリハットで共有をはかり対応策を講じている。		
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	家族と外食したり、外泊、外出など自由に来るが、認知症グループホームの為できる事できない事を見極め、できる事については柔軟な支援をしている。		

自己	外部	項目	自己評価【1F】	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	傾聴ボラ、ハーモニカボラ、その他のボランティアを利用したり、消防署立ち会いの消防訓練等で各方面と関係を持ち協力頂ける体制になっている。		
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	主治医がおり月2回の往診と24時間対応の体制になっている。又協力病院がありいつでも受診出来るようになっている。	日々のケアより気になる事項を書きとめ、往診時にドクターに伝達している。また往診前には本人に状況を確認し、ドクターとの間に入りながら適切受診となるよう取り組んでいる。	
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	医療連携体制加算を申請しており、週1回看護師を配置している。日々の健康管理等において意見交換を行っている。また24時間受けられる体制を取っている。		
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。	家族、医療機関と連絡を密にし、情報交換して対応している。		
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	日々の変化を良く観察し医療機関、家族と相談し、今施設内で出来る最善のケアに取り組んでいる。	寝ている時間の増加や難聴の進行など利用者の重度化に対して日々の支援を工夫し対応を図っている。往診医や訪問看護と連携し、協働した支援とな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	事故発生時の対応の仕方が分かるようにフローチャートを作成している。応急手当についてはミーティングをとおして職員研修を行っている。		
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回の消防、防災訓練を行っている。(1回は消防署立ち会い)加盟している施設連絡協議会が三芳町と災害協定を結び協力体制を築いている。	年に2回の避難訓練が実施され、災害時の対応確認がなされている。1階・2階の両ユニットで協力し、ホーム全体での災害対応となるよう話し合いがなされている。	

自己	外部	項目	自己評価【1F】	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	個々の性格、その時の気持ちや状況をよく理解してプライドを損ねない声掛けで対応している。記録等の個人情報は保管場所を決めて保管している。	年長者として利用者を尊重し、適した声掛けや接遇となるよう努めている。利用者一人ひとりの性格や状況を鑑みながら支援方法の工夫に努めている。	
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	個々の理解力に合せ選択肢の幅を調整し本人が考え決めやすいように支援している。		
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	本人の意思を尊重、個々のペースに合せ必要に応じこちらからも声掛けし生活が活性化されるように支援している。		
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	可能な限り本人の意思にそって季節感のあつる服装を提供している。身だしなみについては、他の入居者に不快感を与えないように配慮している。 出張カットの利用や化粧の提供なども取り入れている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	入居者の出来る事を把握し一緒に調理して一緒に食べ、一緒に片づけを行っている。自分の役割が有る事を実感して頂いている。	食事作りに参加したり、外食に出かけたりと利用者と職員と一緒に楽しめる取り組みがなされている。また食欲の増進に対しても利用者の特性を考慮し、工夫をもって日々のケアに取り組んでいる。	
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	チェック表に落とし込み個々の摂取量を把握しその都度個々に支援している。		
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	個々の状況に合せ声掛け、誘導、介助にて義歯洗浄、消毒、口腔ケアを支援している。週1回の訪問歯科による口腔チェック。		

自己	外部	項目	自己評価【1F】	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	個々の状況に合せ声掛けや定時誘導で失敗を少なくしたり、オムツを使用しないようにしたりパットの使用枚数を少なくして快適な生活が送れるように支援している。	記録の把握による定時誘導など利用者の状況に沿った支援を実践している。夜間帯等時間による装具の変更など細やかな配慮のもと支援がなされている。	
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	オヤツ時にヨーグルトや牛乳をお出ししたり食事の時に食物繊維を摂取出来るように調理時工夫している又個別に管理してその都度対応している。		
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	日々個々に希望をお聞きし希望通りやタイミングの良い声掛けで入浴して頂いている。	1日おきの入浴となるよう支援を実施しているが、利用者の状況等を鑑み、柔軟かつ無理強いをしない支援を実践している。	
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	安心して就寝出来るように環境(リネン、空調)を整備したり日中の過ごし方を工夫したりして安眠に繋がるように支援している。		
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	処方された薬の説明書をファイルして全員が把握出来るようになっている。疑問点はその都度、医師、薬剤師に連絡して解決している。誤薬の撲滅に努めている。		
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	得意、不得意を把握しそれぞれの分野で力を発揮して頂き自信を持つ事で日々の生活を有意義に過ごして頂くように支援している。		
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	日光浴や散歩、又ご家族の協力で外出が出来るように支援している。 季節ごとの行事では積極的に戸外へ出ている。	対応や方法が異なるものの、1階、2階ともに外出支援に注力している。散歩や外気浴など天候と利用者の健康状態にあわせて実施しており、職員体制を配慮しながら支援を進めている。	

自己	外部	項目	自己評価【1F】	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	基本的に金銭管理はホーム側でおこなっている。		
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	電話や手紙等、本人の希望通りに出来るよう支援している。		
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	整理、整頓に心掛けている。季節の花を飾ったり、入居者様手作りの作品を展示したりしている。 特に『臭い』への配慮に力を入れている。	飾りや花など季節感を意識した室内となるよう取り組んでいる。エアコン、加湿器の設置がなされており、温度・湿度ともに管理しながら快適な空間となるよう取り組んでいる。	
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	ホール各所に椅子が有り全員で座れる所、2、3人で座れる所、個々に座れる所が有り、入居者様が自由に選択され思い思いにご自分の時間を過ごしていただけるようになっていく。		
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	使い慣れた調度品を配置し自宅に近い環境や雰囲気作りをして安心して過ごして頂けるようにしている。 ご本人様の認知度に合わせ混乱を避ける空間作りをしている。	居室担当者により清掃、衣類の整理、消耗品の補充等がなされている。広い居室には利用者の家具等が設置されており、それぞれの好みにあわせたレイアウトとなっている。	
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	個々の力量を理解し、ミーティング等で情報交換して本人が自信を持てるような支援をしている。 3か月に一回は介護支援計画の見直しを行い、職員全員が把握している。		

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	25	自立支援プログラムが始動したばかりで試行錯誤な部分がある。	学術的な根拠をもとにした自立支援を援助していく。	自立支援に向けたプログラムの実践ならびに検証。	6ヶ月
2	49	日常的な外出(散歩や買物等)については、行えているが、行事としての外出機会をあまりつくりていない。	外出機会を作っていく。	入居者様の状態や状況をしっかりと把握して、外出の企画を立てていく。	6ヶ月
3	48	出来る事、出来ない事の見極めを個々に行っているが、個人差が多く、役割分担に差が出ている。	日常の言動からアセスメントをしっかりと、残存機能の維持、向上に努めていく。	モニタリング、アセスメントをしっかりと、職員内の共通認識のもと個々にあったケアの提供。	6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。