

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	1291200127		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム 東松戸		
所在地	千葉県松戸市高塚新田391-6		
自己評価作成日	平成27年3月20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://mcs-ainoie.com/ins85.html
----------	---

【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NPO共生		
所在地	千葉県習志野市東習志野3-11-15		
訪問調査日	平成27年3月30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)】

ご利用者様に家族のように思ってもらえる様なふれあいを心がけております。心を込めたケアによりその方にとって良い方向に変われるということ職員が一人ひとり理解しています。1Fリビングから段差なくウッドデッキへとつながっており、天気の良い日はお茶を楽しみながら、日光浴を楽しまれています。スタッフの手作りです。また、ホームの畑では小松菜やほうれん草、花などを育てています。

【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)】

利用者アンケートのコメントを読むと、ご家族の事業所に対する安心感と信頼感が大変よく伝わって来る。法人が掲げる3つの理念以外に、「安心、安全でその人らしく役割を持って生活できる」との事業所独自の理念を掲げ、常に利用者との家族的なお付き合いの中で安心できる環境を提供しようと心掛けている。又、松戸市郊外に立地するこの事業所は、住宅地ではありながら周りに畑が散在する長閑な環境の中、畑で働く高齢者の方や、大家さんを通じたご近所の方々等、地域の一員として日常的な交流をしていることで、利用者も安心してこのホームで暮らすことが出来ている。

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 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、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
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	毎朝夕礼時、会社の運営理念の唱和、事業所独自の理念の唱和を行っている。	法人の3つの運営理念と並べて事業所の介護理念を事務室に掲示し、職員はクレドカードを持ち、夕礼時、全体会議及び月1回のホーム内研修で、理念に加え「私達はモデルホームを創ります」と毎回唱和し、理念を共有して実践に繋げている。	
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	ホームの大家様や、畑のおじさんと一緒に餅つきを行ったり、じゃがいも掘りを提供して下さったり交流している	88歳になる畑のおじさんが、利用者に「〇〇さん花を持ってきたよ」と声を掛けてくれたり、一緒に大根や白菜を取ってくれたりする。たまにお昼ごはんを一緒に食べたりもする。また、クリスマス会や納涼祭にも来てくれる。散歩の時に会うところからも挨拶している。	
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	地域の人へもっと認知症をしっていたきたいと考え認知症勉強会を開催している。		
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	活動の報告や、話し合いを行い、意見や要望をうかがっている。	会議には、地域包括、老人会会長、町会長、家族等毎回10人程度の参加を得て、2カ月に1回土曜日に開催している。利用者の状況・活動報告を写真を交えて、また、合唱コンクールの予定等を報告し、質疑応答を行い、それらをサービス向上に活かしている。	
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取り組んでいる	問題がある時には随時相談し、支持を頂いている。	毎月1～2回ホーム長またはケアマネージャーが市の介護保険課や高齢者福祉課を訪ね、相談や報告をしている。不明な点は電話で問い合わせる等、市とは頻りに接し、協力関係を築いている。	
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	職員も禁止行為は理解しており、玄関の施錠はせず開放的な空間で生活していただいている。	ホーム長が講師となり、ホーム内研修、ホーム会議、毎月1回実施する全体会議で、身体拘束をしないケアや虐待防止について研修し全体ディスカッションをしている。欠席者のために会議録を回覧し身体拘束をしないケアについて、共有しより一層認識を深めている。	
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	研修にて学び、日々職員に周知徹底し防止に努めている。		

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	ご家族様からも資料を頂き、理解していくよう努めている。外部の研修も参加したいと考えている。		
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	時間をとって丁寧に説明している。特に利用料金や起こりうるリスク、重度化や看取りについての対応、医療連携体制の実施を詳しく説明し、同意を得るようにしている。		
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	いつでも意見を頂ける様な関係作りを心掛けている。頂いた意見、要望、苦情などは職員全員に伝え周知徹底している。	利用者調査結果に「よく観察をしその時々合った対応をして頂いている。精神的に不安定な時、精神安定剤が出ているのなるべく薬を使用せず、本人が落ち着くまで話をしたり、家族ではなかなか対応できないと思う」と感謝の念を記していた。家族と個別面談を行い運営に反映させている。	
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	毎月ユニットごとの会議、全スタッフの会議で意見や要望を聞いている。また、1年に1度職員アンケートを行い会社に対しての意見や要望などを聞く機会を設けている。	個人面談で意見・要望を聞くが、仕事中に意見要望が出る事が多く、それらを運営に反映させている。備品・設備についての要望、例えば、利用者のために、3ヶ所のトイレの内ウオッシュレットが1か所しかないのを、改善してほしい。とか、健康診断の報告に対する意見等がある	
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、各々の整備に努めている	人事評価制度にて正当な評価に努めている。また資格取得に向けた支援を行っている。		
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	ホーム長研修、リーダー研修を行いホーム内研修の場で共有している。また、外部研修にもスタッフが順番で参加している。		
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	市のグループホーム協議会に参加し、他会社のスタッフと意見交換や悩みの共有、アドバイスなどを生かしケアの質の向上に努めている。		

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	ホーム長とケアマネが主となり相談や利用に至るまで行っている。		
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	ホーム長とケアマネが主となり相談や利用に至るまで行っている。		
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	ホーム長とケアマネが主となり相談や利用に至るまで行っている。		
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	お互いが協力して話し合い家族のように生活できる雰囲気作りを心掛けている。		
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	利用者の日々の様子を伝え、家族と共に利用者と一緒に支えていける関係作りをしている。		
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	馴染みの方が面会に来てくださったり、遠く離れた友人とは電話でお話されている。	馴染みの方が月に数回お菓子を持って面会に来たり、ホームの電話の子機を居室へ持ち込み友人や家族と頻りに連絡を取っている。東武スポーツパークや里見公園へ花見に、柏へいちご狩りに行き、帰りにファミレスや寿司屋等で外食し、馴染みの場との継続を支持している。	
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	リビング等で全員が揃う場面では席順に気を使い自然と利用者様同士でお話されている。ご自分から積極的に話されない方にはスタッフが間に入り関わりが出来るようにしている。		

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	入居時の説明の中でやむを得ず退去となった場合のその後の支援についての説明を行っている。		
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	日々の生活の中やカンファレンスを通してその方のニーズを把握できるように努めている。また家族の来訪時に昔の様子を聞いて把握に努めている。	利用者本人の口から思いや希望を聞き出すことは困難であることから、家族や職員からの情報により意向を把握するようにしている。ケアに行き詰ったときは家族との面会時に相談させてもらっている。	
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	入居前はホーム長、ケアマネが主になり把握してスタッフに伝えている。入居後はスタッフもご家族様、ご本人から背景を聞き情報を得ている。		
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	利用者ひとりの状態を毎日の申し送りから把握できるように努めている。		
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	ご家族、スタッフ、ご本人(ご本人の様子)と話し、考え良い計画を作成している。	ケアは担当制ではなく、各ユニット毎にチームで行うことにしている。介護計画は基本的に3ヶ月で見直しを行うことになっているが、月1回のユニット会議での報告や、状況の変化があれば即時対応することもある。	
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	個別に記録を用意し、食事量、水分量、服薬、排泄を記入し、職員間で共有できるようにしている。		
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	ご本人、家族の状況に応じて通院や送迎が必要な時は柔軟に対応している。		

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	ボランティアの方達の方からもご連絡があり、きてくださり利用者様を楽しませてくださる。		
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	事業所のかかりつけ医以外に、以前からのかかりつけ医での受診が出来るようにご家族と協力し通院していただいている。基本的には通院介助は家族にお願いしているが、不可能な場合は職員で対応している。	24時間オンコールの提携クリニックで月2回の往診を受けており、訪問看護師は週1回来所し利用者毎の状況をチェックしてくれる為、健康面については安心できる体制が整っている。3ヶ月に1回はサービス担当者会議が開催され、利用者家族の他ドクターやナースも出席して、情報交換を行っている。	
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	訪問看護の看護師と職員が気軽に相談できる関係であり、看護師と医療連携の医師との連携も密に取れる体制になっている。		
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。	入院時には本人への支援情報を病院側に伝え、職員が見舞いに行っている。又家族と連絡をとり、回復状態を伝えてもらいながら、退院支援に結びつけている。		
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	終末期に対する方針を職員、家族、医師、看護師を交えて話し合いをしている。	入所時にホームで出来る事の説明は行うが、その局面になるとご家族の意向に変化が現われることがある。重度化により入院されても、退院後再度ホームに戻って来られ、ここで最後まで暮らしたいと仰る方もある。そういった状況に対応できる体制を整えておきたいと考えている。	
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	全職員が急変時の対応、事故報告等に迅速に対応できるようホーム内研修で訓練している。		
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、日中、夜間を想定し、非難訓練を行っている。近所の方に参加の呼びかけをし、参加出来る時には参加をお願いしている。	年2回の避難訓練の内、1回は消防署、ご家族、大家さん、ご近所に参加頂き実施している。設備点検は年に数回、非常用食糧も3日分は備蓄を行っている。夜間想定避難は人員薄もあり、ご近所の協力が頼りとなる。	

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	利用者に合わせた声かけ、対応をするよう心掛けをしている。	経験の長い職員は利用者との馴れ合い的な会話が行われたりすることもあり、気が付いたら注意するようにしている。利用者の呼び方は基本は「さん」付だが、ご家族に呼び方を聞き、馴染みのある呼び方をしている利用者もある。	
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	基本的に利用者様が主体です。全ての事に対し、利用者様に声かけをし、自己決定していただきます。		
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	一日の流れはあるが強制はせず、利用者様に確認しながらその日の過ごし方を決めている。		
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	今まで愛用していた物を取り入れ、外出する市内に限らず、おしゃれが出来るように心掛けています。		
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	その方に出来ることをお願いしている。具材のカットや盛り付け、食器洗いや食器拭き、テーブル拭き等。	メニューは本社で決められて来るが、時には趣向を凝らし、「パンバイキング」や「焼き肉パーティ」「出張寿司」など、本社調理部門協力の元に行くことがある。お手伝いは、2階の身体レベル利用者は殆ど何でも出来る。	
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	その方の好みや口にしやすい物を考え、摂取していただいている。		
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	毎食後、歯磨きの声かけを行い、利用者様が出来ない所をお手伝いしている。		

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	トイレ誘導や声かけによって、トイレでの排泄を促している。綿のパンツでいつまでも過ごしていただけるように心掛けている。	一人ひとりのパターンや、サインを把握したうえで声掛け誘導で自立支援を行っている。オムツは利用者への金銭的負担がかかるので、出来るだけ綿パン志向で対応しているが、基本的には本人が居心地が良いかどうかを判断する。	
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	看護師に相談を行い服薬の検討を行っている。きな粉牛乳を毎日飲んでいただき、なるべく自然に排泄できるように心掛けている。		
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	基本的に入浴日を決めているが、利用者様の希望があれば対応していく。	利用者一人週2回の利用を基本とするが、希望があれば何時でも利用できる。イレギュラーな入浴希望については職員は残業してでも対応する体制となっている。入浴時のコミュニケーションは信頼関係を築くのに最適な時間でもある。	
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	生活のリズムを整え、夜間眠れるように対応しているが、寝付けないときは飲み物を飲んでリラックスしていただいたり、お話を聞いたりしている。		
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	一人ひとり医療ファイルを作成しており、往診内容や処方箋薬のシートをファイルし職員がいつでも観覧できるようにしている。処方薬の変更があった時には申し送りで必ず伝えている。		
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	利用者様の得意分野で、力を発揮してもらえよう、お願いできる仕事を頼み感謝の気持ち忘れず伝えている。		
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	天気の良い日にお誘いし、散歩や買物を楽しんでいる。ウッドデッキもあり日光浴を楽しまれている。	近所への日常的なお散歩外出、月1回位は買物外出、2か月に1回位には遠出外出を計画する。温かくなってくると外出する頻度も多くなってくるが、ご家族との外出は何時でもOK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	金銭の管理は事業所で行っているが、買物の際には全員ではないが利用者様にご自分のお財布を持っていたり支払いをしていただいている。		
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	電話は事務所、リビングにあり希望したときに使用していただいている。手紙、はがき等も希望によりお手伝いしている。		
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	温度、湿度など温度計を見ながら温度管理をしている。季節ごとに花や工作で季節感が出るよう心掛けている。	共用スペースでは出来るだけベンチ、椅子を置いて座れる場所を確保するように心掛けている。職員オリジナル制作のウッドデッキが好評で、天気の良い日は開放感のある場所で見晴らしの良い景色を眺めることができる。	
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	ご自分の席以外にソファを設置しており、音楽を聴いたりされている。席を移動したり、他のフロアの利用者様と話したりできるよう行き来している。		
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	今まで使い慣れた家具や大切な物、思い出の品等を持ってきていただけるようご家族に説明し、家での生活を継続できるよう配慮している。	居室では、備え付けのベッドや貸し出しのポータブルトイレもあり、新しいものは遠慮して頂いている。馴染みの茶筆筒や、仏壇、写真など、ご自宅の雰囲気そのまま持ち込まれる様に配慮している。	
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	フロア、廊下、浴室、トイレに手すりを設置しており安全に生活ができるように配慮している。居室内のベット、家具の配置も考え、お一人でも安全に生活できるよう工夫している。		

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	40	○食事を楽しむことのできる支援 ミキサー食を含めた、見た目の部分(彩りや器)での提供の仕方が弱い。	ミキサー食の方も多く、形状に力を入れ見た目の部分で楽しんでいただく。 器等もたくさん種類を揃え、感動をいただけるような食事提供をしていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者様と一緒に食器を購入する ・外部の調理研修に参加する ・ご家族様への試食会を開催する 	12ヶ月
2	4	○運営推進会議を活かした取り組み 開催日が土日が多く、出席出来る方に偏りができてしまっている。	参加をする方が、また参加をしたいと思えるような会議にしていく。地域の方も気軽に参加出来るような雰囲気作りをしていく。	<ul style="list-style-type: none"> ・他社の運営推進会議に積極的に参加をし、良い点をいかしていく。 ・ご家族様にも会議前に、心配な事や不安な事など事前に確認してから、会議内容を決めていく。 	6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。

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	40	○食事を楽しむことのできる支援 ミキサー食を含めた、見た目の部分(彩りや器)での提供の仕方が弱い。	ミキサー食の方も多く、形状に力を入れ見た目の部分で楽しんでいただく。 器等もたくさん種類を揃え、感動をいただけるような食事提供をしていく。	・入居者様と一緒に食器を購入する ・外部の調理研修に参加する ・ご家族様への試食会を開催する	12ヶ月
2	4	○運営推進会議を活かした取り組み 開催日が土日が多く、出席出来る方に偏りができてしまっている。	参加をする方が、また参加をしたいと思えるような会議にしていく。地域の方も気軽に参加出来るような雰囲気作りをしていく。	・他社の運営推進会議に積極的に参加をし、良い点をいかしていく。 ・ご家族様にも会議前に、心配な事や不安な事など事前に確認してから、会議内容を決めていく。	6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、行を挿入して下さい。