

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	1190800332		
法人名	株式会社エスケアメイト		
事業所名	エスケアホーム越谷		
所在地	越谷市七左町1-69-3		
自己評価作成日	平成29年5月5日	評価結果市町村受理日	平成29年7月12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	特定非営利活動法人 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成29年6月1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)】

食事・運動・医療をケアの軸に据え、ご入居者様の心身の健康を維持することを重視してお世話させて頂いております。毎日の散歩により、ご入居者様の笑顔が増え、表情や表現が豊かになられるのが私共の楽しみでもあります。又、生活が活動的になられることで生活力を発揮され、私共が何か少しお手伝いすることで、どなたでも慣れ親しんだ衣食住にかかわる家事作業を日常生活に取り戻すことができるようになります。

【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)】

・管理者は、利用者主体のケアをより深める為に人員体制を見直され、「見守り重視」の支援体制や、集団外出、個別外出支援に力を注がれ、利用者へのきめ細かなケアを実現されている。また、利用者も日々の生活の中で自分の役割や楽しみを見つけ、生き生きと暮らしていけることを喜びとされ、職員もその支援に努められている。
 ・ご家族のアンケートでも、「個性を重んじて無理強いせず、ケアの主体として接してくれる」、「家に帰りたいと言うかと思っていたが、そんなこともなく施設にお世話になることができました。大変助かっています」などのコメントが寄せられ、「何事も利用者のために」と取り組まれている職員に心から感謝の気持ちを持たれている。
 ・目標達成計画については、職員の役割分担を明確にされ、自治会と事業所が声を掛け合い、合同訓練に向けた取り組みや風水災害に備えた研修会への参加等対策が検討されていることから、目標が達成されている。

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、生き生きと働いている (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	事業所理念は、各フロア事務所に掲示し、また、ネームプレートの裏に印字して携帯している。毎日の朝礼にて理念唱和を実施し、スタッフ全員で共有出来る様にしている。	職員は「利用者の笑顔のために」を合言葉に、利用者にとっての幸せとは何か？を常に考え、企業理念に基づいたケアで支援がなされている。	
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	施設の行事や自治体の行事に参加し交流を持っている。	ペーパークラフトやダンスなど、地域の方々との関わりを大切に交流が行われている。今後は自治会館を活動の場として、ボランティアや地域の方をお招きし、地域ともっと顔見知りの関係を作りたいと検討をされている。	自治会館を使った地域との交流をもっと深められ、良い信頼関係のもと、双方で助け合うことができる、地域に根付いた事業所になることを期待します。
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	前回の運営推進会議の質疑応答の中から、認知症サポーター講座の開催について地域包括とその開催について意見交換をした。		
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回の運営推進会議を開催し、意見交換を行い、要望等をサービス向上に活かしている。	活動報告が中心ではあるが、事例検討や感染症対策など活発な質疑応答がなされ、参加者からの意見・提案を具体化するための話し合いが行われている。	
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	越谷市の介護相談派遣事業に協賛し、介護相談員の受け入れを行っている。	運営推進会議の議事録を持参され、市主催の事業所連絡会への参加や生活保護利用者の相談など事業所側から積極的に声をかけ、協力関係作りに取り組まれている。	
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	事業所内での身体拘束に関する研修を行い、月に1回のリスクマネジメント委員会で検討を行っている。	利用者の安全を第一に考え、職員配置を見直し、フロアで必ず見守りができる体制を作られたことでリスクが回避されている。職員は利用者への対応が適切だったか1日を振り返り、見守り重視のケアに努められている。	
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	事業所内での高齢者虐待防止に関する研修を行い、月に1回のリスクマネジメント委員会で検討を行っている。		

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
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	ご家族からの相談に対しケアマネージャーが、制度の説明をし、必要に応じた支援を行っている。		
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	ご入居時の重要事項説明や、制度改正時の説明を個々に行っている。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議や担当者会議にてご家族との意見交換を行い、サービス向上を検討するリスクマネジメント委員会にて報告検討をしている。	利用者からは、「外食したい、外出したい」などの要望に、ミニ遠足やドライブ企画を考え、外出レクに反映させたり、家族の「転倒しやすいので運動させてほしい」などの提案に、朝、利用者全員で散歩をするなど日々の活動に活かされている。	
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回の全体会議にて意見交換と検討を行っている。	職員の提案で3交代から4交代に変更されたことで職員に余裕が生まれ、利用者一人ひとりに適したケアや配慮がより行えるようになり、家族からも「ほかの人達と笑顔で接することができるようになった」と喜ばれている。	
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	月中の翌月のシフト決定時に個々の相談に乗っている。		
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	社内のBS制度を利用して、新入社スタッフの育成を行っている。		
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	越谷市の事業者連絡会に所属し、定期的な情報共有や意見交換を行っている。		

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	サービス導入前の段階からご本人との面談やサービスのご案内をして安心して頂けるよう配慮し、関係づくりに努めている。		
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	サービス導入前の段階から、ご家族との面談や電話にて入居にあたっての相談に乗るようにして、関係づくりに努めている。		
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	ご家族ご本人が初回相談に見えた際、小規模多機能型や老健、特養を含めた可能性を説明した上でグループホームの特性を理解して頂いている。		
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	生活の主体は入居者であり、職員は家事の分担や日課の誘導をして生活のパートナーとしての役割を果たしている。		
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	ご本人にとって心のよりどころとなる大切な家族の絆を最も尊重し、家族の介護負担へ配慮している。		
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	外出する際に利用者の馴染みの場所に寄ったり、家族との外出を支援して、ご本人の孤立感や喪失感が解消されるよう配慮している。	会社員時代の部下や知人が数人で訪ねて来られる利用者、また、仏壇の掃除など長年習慣として行われていた生活リズムを大切にされるなど、関係継続の支援に取り組まれている。	
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	職員が入居者の共同生活の場の意識を持ち、入居者同士の助け合い、支え合える人間関係の橋渡しを行っている。		

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
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	他の施設へ移り住みをされた方のご家族にも、ご様子うかがいの電話やメールを差し上げる様にしている。		
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	カンファレンスを頻繁に開催し、サービス提供の在り方を利用者ごとに行っている。	過去の経歴から思いを予測されたり、日頃の言葉の中から気持ちを確認されている。利用者には役割を持っていただくことで行えることが多くなり、満足感や達成感を感じていただくことに努められている。	
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	初回アセスメント時やご家族来館時に、ご本人を囲み、生活歴や若いころの暮らしぶりをうかがい、情報収集と情報共有を図っている。		
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	モニタリングや再アセスメント実施時は複数のカンファレンス参加者で行っている。		
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	課題の抽出や解決の為に、カンファレンスをはじめ、ご家族や複数の職員から意見を聴取する機会を持ち、介護計画に反映させている。	フロア会議でモニタリングが行われ、「職員の仕事を手助けしたい」、「社会とのつながりのために新聞を手元に置きたい」など利用者の希望を踏まえ、具体的で詳細な個別ケアに重点が置かれた介護計画が作成されている。	
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	個別の介護記録により、職員間の情報共有を図り、入居者の状態変化をとらえ、介護計画の見直しの際に活用している。		
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	個別ケアに徹し、その人らしさを支えるサービスの多様化に取り組んでいる。		

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	自宅への一時帰宅の際の連携の他、家族、知人、自治会との交流を積極的に支援している。		
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	入居時に家族、本人と医療について十分に協議し、往診、外来について今後の受診体制を整えている。	かかりつけ医や専門医を受診する際は、初回は職員が付添われ、治療方針の説明や薬の変更などは、業務日報や利用者用の申し送りノートで職員共有が図られている。	
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	入居者の健康上の問題があった時に、オンコール看護師に遅延なく報告し、必要な受診に繋げている。		
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。	入院先の病院、ホームの協力医療機関、家族、ホームと連携を密にし、スムーズな退院後の生活に繋がるよう支援している。		
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	協力医療機関と連携し、家族、本人の意向にそった支援を行っている。	医師や看護師と連携し看取りを経験されている。法人として「看取り研修」を実施され、職員は利用者の身体変化を予測し、職員間で情報を共有しながらその時々に応じた対応で、終末期に向けた支援に取り組まれている。	
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	急変時の対応方法や事故発生時の対応について事務所内に掲示があり、いつでの実践に移せるようにしている。		
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	定期的な訓練を行なっている。	災害時持ち出し品リストや薬の情報などを作成され、職員の役割分担も定められている。また、利用者は毎日、避難場所まで散歩をされ、いざという時スムーズに移動が行えるように取り組まれている。市主催の水害向け研修にも参加をされ、災害への取り組みは強化されている。	次回、避難訓練時には、近隣の方へ協力依頼を行うことが検討されています。地域の方の役割を明確にされ、合同訓練が実施されることに期待します。

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	入居者様の人格の尊重について入社時のオリエンテーションにて研修させ、個人情報、プライバシーに関しても定期的な社内の研修を行なっている。	個々の利用者の生活環境を大切にされ、言葉使いや声のトーンにも配慮した対応がなされている。家族が話しかける言葉を大事にし、職員同士では部屋番号で話し合われるなどプライバシーにも配慮がなされている。	
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	スタッフは常に優しい声掛けをし、本人の希望が表出しやすいように自己決定しやすいように心がけている。		
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	本人のペースに合った生活が送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	訪問理美容を希望者に利用し、カットやパーマ、髪染などを楽しんでいただいている。		
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	食事準備は入居者の参加を促し、また、一人一人の作業しやすい環境を整えている。	利用者からの希望で、月3回、朝食時にはパン食が提供されている。母の日や誕生日には寿司の出前やお弁当を食べながら花見をされるなど、日頃から様々に工夫をされた食事風景で、利用者の楽しみが倍増されている。	
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	摂取量水分量を記録し、健康状態の把握と適切な食事形態での提供を心がけている。		
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	毎食後の口腔ケア時に必要に応じた介入をしている。		

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
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	個々の排泄リズムに合わせた支援を行っている。	入院中は失敗が多かった利用者もアセスメントを積み重ね、様子を観察された結果、日中はハビリパンツで過ごすことができるようになられたり、見守りを重視したことで失禁が減るなど効果もたらされている。	
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	個々の排泄パターンを把握し、食事、飲水、運動、の適切な量の提供により、便秘の予防をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回入浴できるよう、声掛けを行っている。	利用者ごとに馴染んだ入浴方法で支援がなされている。普段、あまり話をしない利用者も、職員と1:1の入浴ではよく会話をされ、笑顔で入浴を楽しまれている。	
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	個々の生活リズムを把握し、必要により臥床を促したり、起床就寝のタイミングを声掛けし、寝室はいつも衛生的であるよう心掛けている。		
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	協力医療機関と協力薬局と連携し、用法用量使用方法を確認し、変化があった時は遅滞なく報告をしている。		
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	カンファレンスを頻繁に開催し、個々の援助内容について話し合い、お一人おひとりが笑顔で過せるよう配慮している。		
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	毎日の運動メニューに外歩きを取り入れたたり、買い物同行をしたり、家族と連携し自宅へ一時帰宅したりする支援を行っている。	月1回、集団外出が実施され、鯉のぼりを見に行かれたり、神社で藤の花を観賞、初詣などのほか、個別外出などきめ細かなレク活動に力を入れられている。	

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
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	個々に関し、現金のホームへの持ち込みはしていない代わりに、立て替えシステムにより、入居者が希望時に買い物ができる様にしている。		
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	携帯電話の持ち込みを可とし、また電話機の使用が困難な方へは、必要な支援を行い家族と連絡が出来る様にしている。		
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	施設内は家庭的な雰囲気環境を保ち、落ち着いて過ごせるよう配慮している。	リビングや廊下はシンプルではあるが、ペーパークラフトや季節の花々が飾られ、清潔感のある温かな共用空間が作られている。掃除や片づけなども職員と一緒に行われ、居心地の良い暮らしが継続できるように努められている。	
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	個々の寝室の他リビングには十分な椅子をそろえ、思い思いの場所で過ごせるように配慮している。		
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	ご入居時のアセスメントでは、本人の自宅の環境を確認し、入居後の生活環境との大きなずれが生じないように配慮している。	エアコンやクローゼットが完備され、一人ひとりの利用者の希望が反映された居室が作られている。職員と一緒に掃除が行われ、清潔維持にも配慮されている。	
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	本人の得意な事、有する能力を常にアセスメントし、生活の中に活かせるよう配慮している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名:エスケアホーム越谷

作成日:平成 29年 7月 11日

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	2	地域の一員としての日常的な地域住民との交流	地域密着型介護施設における情報発信地としての役割を果たし、地域と事業所の良好な信頼関係を築く。	定期的なイベント開催を地域住民向けに行い、高齢者ケアを地域ぐるみで担う体制作りの一歩とする。	12ヶ月
2	35	災害時の地域との協力体制	日頃から災害時を想定した訓練を地域住民と合同で行い、有事の際の避難がスムーズに行える。	自治会で行われる避難訓練に合流したり、事業所主催の避難訓練に地域住民の参加を自治会運営部を通して積極的にすすめる。	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。