

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	2073100220		
法人名	医療法人 あさま会		
事業所名	グループホーム サンタクロース		
所在地	埴科郡坂城町南条567-1		
自己評価作成日	平成24年12月4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	http://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成25年2月6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)】

平成22年12月に、現在の場所に移転。事前・事後の説明会及び運営推進委員会(2つの地区の区長さんに出席頂いている)などを通じ、“受け入れ態勢”“協力体制”共に、友好的関係を築くことが出来たと感じている。道を挟んでスーパーマーケットがあり、歩行困難な入居者をはじめ、車椅子使用の方でも日常的に“買い物”“散歩”が可能。地域交流の機会として、日頃からお客さんに声を掛けて頂けるなど、立地が良い。 『笑顔・安心・安全・家庭的』をスローガンとし、入居者お一人おひとりの「持てる力をいかすケア」を心掛けている。

【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)】

坂城町南部の鼠・新地地区は閑静な住宅団地が立ち並び、便利なショッピングセンターが開店したことにより、住みやすい環境が整って来ている。ホームの前には工業の町(坂城)を行きかう主要道路に面しており、居室前の大きなウッドデッキからは常に人の動きを感じることができる。現在の場所に移転してから2年が経ち、町内に居住する職員が地元住民との懸け橋となりながら築き上げた施設として、ようやく溶け込んできたことがうかがえる。ホームの立地を活かし、屋外へ気軽に外出できる環境と、地域の人々が立ち寄れる利便性を活かして、常に開かれたホームであることに努力する姿勢が感じられた。また、利用者も重度化してきているが母体の医療機関との連携が取れることが安心できるホームといえる。
--

・サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目№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					
ユニット名(A)					
項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓ 該当するものに○印		取 り 組 み の 成 果 ↓ 該当する項目に○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	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)
			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		
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	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)
			2. 数日に1回程度ある		
			3. たまにある		
			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	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)
			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		
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	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
			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		
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	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
			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	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
			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		
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		

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目№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					
ユニット名(B)					
項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓ 該当するものに○印		取 り 組 み の 成 果 ↓ 該当する項目に○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)
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)
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)
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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
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
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
.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	「笑顔・安心・安全・家庭的」をスローガンとし、共有の理念を持っている。	地域密着型サービスの意義を捉えて、施設独自の理念を創り上げた。職員はミーティング等で日々のサービスの提供場面を振り返りながら、具体的なケアについて統一を図っている。	
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	買い物、散歩など日々の交流はもとより、運営推進会議などを通じ、地域行事への参加も行っている。	日常的に外出を行い、地域の方々とふれあう機会が多い。普段の生活の中で、近隣の方が立ち寄ったり、頂き物をする関係が構築されてきた。	
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	地域へ出掛ける機会(お花見、外食、ドライブなど)を通じ、交流を図ることで事業所の活動を知って頂けるよう努めている。また、法人は「松本山雅FC」の公式サポーター及び、支部長をしており、スポーツと福祉を結びつける活動に力を入れている。		
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	構成員に区長、民生委員、行政、御家族代表を招き、「入居状況」「インシデント・アクシデント」「行事などの活動」「防災訓練について」などを報告し、意見・要望を伺っている。また、可能な範囲で取り入れている。	事業所が地域密着型サービスの役割を果たすために、現状を理解していただき、委員の方々が運営を見守り、貴重な助言をいただける機会として機能している。	運営推進会議の議事録には参加メンバー、質問、意見等の記録と、明らかになった課題についてを振り返り、協議を行うことが望ましい。
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	運営推進会議以外でも、不定期ながら月に数回程度は行政窓口に向い、或いは電話等で連絡するなど、担当者との情報交換を行っている。	日ごろより、運営や現場の実情について伝える機会を作るよう行き来している。双方が、運営推進会議での問題解決に向けて連携を図り解決している。	

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
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	「防犯対策」として“施錠(オートロック)”はあるが、これについては外出の機会を増やしたり、気候の良い時期は開けておくなど、出来るだけ開放するように努めている。また、対応困難なケースについても、スタッフ、御家族と話し合い、身体拘束に当たらないケアを心掛けている。	職員の見守り方法を徹底し、一人ひとりのその日の気分や状態を把握することで鍵や防犯システムに頼らない自由な暮らしを支援している。	
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	入居者の身体状況やおかれている状況についての把握に努め、対処法などスタッフ全員で考え、虐待の防止に努めている。		
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	必要に応じて、御家族や関係者と話し合う場を設けている。		
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	出来る限り、意見・要望を伺い、理解と納得、同意の上で入居して頂けるよう心掛けている。		
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	御家族等の面会の際には、極力スタッフから声を掛けるように努めている。また、重要事項説明書記載の“外部の相談窓口”の紹介・説明を行っている。更に、運営推進会議などにおいても、意見・要望を伺っている。	利用者や家族からは運営推進会議を通じて要望を聞き取り、職員会議や家族の面会時の話し合いの機会、改善・取り組みにつながるサイクルを構築している。	
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	各会議やスタッフアンケート(年1回実施)、個別面談(可能な場合)において意見・要望を聞くように努めている。	管理者、リーダーは職員の要望や意見を聞くように心がけている。利用者との日常生活の中では職員からの多くのアイデアが活かされケアの場面や運営に取り入れている。	

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
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	法人代表は、管理者とのミーティング(月1回)や個別面談(年1回)、不定期訪問(月1回)を行い、個々が向上出来るよう状況の把握に努めている。		
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	各種研修会など積極的に告知し、参加を促している。また、参加後の報告(レポート、発表)を通じ、知識や情報が共有されるよう努めている。		
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	連絡会への加入や近隣の事業所との連絡を通じ、情報の交換などを行っている。		
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	御本人・御家族からの聞き取りを基に、安心確保に努めている。また、希望があれば体験入居などを行い、御本人・御家族にとって入居がスムーズに行えるよう取り組んでいる。		
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	同上。 御家族など面会の際には、話しやすい場所(リビング、居室、廊下ソファなど)を設けたり、傾聴する姿勢で接するように努めている。		
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	相談に見えた際、現在の状況や御希望を伺い、必要があれば、他のサービス(法人内 居宅介護支援事業含む)を紹介している。		

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
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	出来ることは御本人にやって頂くこととし、御本人の“出来る力”を引き出すよう努めている。また、自立度の低い方には、刺激となるような会話や活動の機会を設けるよう努めている。		
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	毎月、担当スタッフが“今月の様子”を簡潔にまとめた手紙を作成し、請求書と共に送付している。また、緊急時・必要時には電話やメールにて連絡を取るようし、情報の交換・共有に努めている。		
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	入居者によっては対応困難な場合もあるが、御家族の協力やホーム側の対応で可能な場合には、地域との関わりも含め、御本人の“生活のスタイル”が継続出来るよう支援している。	近くにショッピングセンターがあるが、場面ごとに利用している。あえて馴染みの店を利用する支援も行っており、友人等も施設へ訪問していただく工夫も行っている。	
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	食卓や外出の際、グループ分けなど工夫し、孤立しない、且つ関わり過ぎない関係が築けるような支援を心掛けている。		
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	見掛けた際には声を掛け、失礼にならない程度に現在の状況を伺うなど、関係が継続されるよう努めている。		
. 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	御本人・御家族からの聞き取りを基に、時には(必要に応じ)御家族や主治医とも話し合いの場を設け、理解や協力を求めるなど、本人本位の生活が営めるよう支援している。	日々の関わりの中で本人の言動、表情や態度等の観察に努め、担当や職員間で情報共有し、意向の把握に努める工夫がされている。また、必要に応じて家族からも情報提供を戴けるよう働きかけている。	

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
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・御家族からの聞き取りを基に、毎日の生活の中に取り入れられるものは取り入れ、今までの生活環境と大きく変わらないように努めている。		
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	業務日誌、個人記録、申し送りなどから、心身の状況を把握し、趣味や役割として“出来るコト”、また“目標”などを設けている。		
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	定期的(3か月毎)、及び臨時でカンファレンスを開催し、入居者本位のケアプランが作成出来るよう話し合っている。また、御家族とは面会時などを使って希望を伺い、プラン作成時には同意(サイン)を頂いている。	職員は利用者の行動や、言葉から状況を把握するよう努めている。家族からは面会や、行事の参加の折に意見を伺って介護計画に反映させている。	
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	日常のちょっとした心身の気付きも記録に残すよう心掛けている。また、簡潔で読み易い文章を心掛け、スタッフ間の情報が共有出来るよう努めている。		
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	空き部屋を利用し、自主事業として“一時預かり”を受け入れたり、各学校機関より“就業体験”を受け入れるなど、事業所として様々なニーズに対応すべく多機能化に取り組んでいる。		
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	買い物・散歩の際、近隣住民と顔馴染みが生まれ、花や野菜を頂いたり、地域行事に誘って頂けるなど、ホームの存在が認知されつつある。また、防災訓練の際、区長、消防団を始め地域住民にも参加・協力して頂けるよう態勢を作っている。		

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
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	かかりつけ医(主治医)は、御本人・御家族と相談の上選定(協力医、利用前からのかかりつけ医など)し、専門科については主治医より紹介して頂くなど、適切な医療・継続的な関係が築けるよう、報告・連絡・相談をしながら支援を行っている。	利用契約時に家族の了承を得てかかりつけ医の変更をしていただいている。専門医への受診はかかりつけ医から速やかに連携しており、通院、入院の対応も職員が行っている。	
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	訪問看護や協力医、各入居者の主治医と連携し、情報・気づきなどを伝え、適切な受診や治療を受けられるよう支援している。		
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。	各かかりつけ医や協力医の医師との連携を密にし、早期発見・早期治療、早期退院に向けた関係作りに努めている。		
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	入居時に「看取り」「重度化」について話し合い方針を確認している。その後は、状態の変化などに合わせ、なるべく早い段階から御家族と相談し、適切な対応が行えるよう努めている。	事業所が対応しうる最大限の支援方法を話し合い、その人の希望に合った支援をその都度決定している。	
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	全ての職員ではないが、消防署と相談し、研修(蘇生法・応急処置など)などに参加している。		
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(昼・夜)防災訓練を行い全職員が適切な避難の方法を身に付けられるよう努めている。また、地域の方にもご参加頂き、都度、対応・対策について協議している。なお、全館SECOMの管理がされており、緊急対策をとっている。	地元区、消防団と連携して避難誘導訓練及び、防災訓練を実施している。	災害に備えた備品や、備蓄食料については、非常時に何がどれくらい必要かを職員と検討して、必要な物を準備しておくことが求められる。

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
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	他人行儀にならず、且つ、赤ちゃん言葉や教育的・指示的な言葉遣いにならないよう“安心できる言葉遣い”を意識するよう努めている。また、個々の能力や状況に応じ、食事の際のテーブル配置、椅子の工夫を行っている。	ホーム全体で利用者の誇りやプライバシーを損なうことのないようすべての職員が注意し取り組んでいる。特にトイレや入浴時には、最善の配慮に努めている。	
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	出来る限り自己決定、自己表現が出来るように働きかけている。		
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	“一日が快適で、笑顔が多く見られる過ごし方”を日々思考しながら支援している。		
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	その人らしい身だしなみが出来るよう、御家族にも協力頂き、声掛け・支援を心掛けてる。		
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	メニュー係があり、入居者の嗜好や郷土食、旬の食材を献立に取り入れるように心掛けている。また、下拵えから片付けまで、“出来る力”を活かし入居者にも“食”に参加して頂けるな支援を心掛けている。また、キザミやミキサー食にも対応している。	利用者の意見も参考にして、職員が献立をたてている。手間のかかるものは職員がある程度準備するが、共同作業の中で、個々の能力に応じた分担は、お願いしている。	
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	食事・水分摂取量(自力摂取困難な方、著しく摂取量の少ない方)を記録し、栄養バランスが保てるように支援している。		

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
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	出来る部分は御本人に行って頂き、ブラッシングや口腔内をガーゼなどで拭うなど、必要な援助を行っている。		
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	御本人の心身の状況に合わせ、パンツ(布・紙)を選んだり、トイレの声掛けやおむつ交換を行っている。可能な方には極力トイレでの排泄を促している。また、昼夜でおむつ・パットの使用状況を変えるなど、個別の対応に努めている。	一人ひとりの排泄状況を把握し、適宜誘導を行っている。排泄が自立している人は、声掛け、確認をしている。	
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	下剤も併用・調整しながら、食物繊維や乳製品を摂って頂くなどの取り組みを行っている。		
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	お風呂は毎日沸かし、入居者には日替わりで入浴(週3回程度)して頂いている。時間については、目安はあるが入浴日に「午前・午後」「一人・複数」の希望を確認し、可能な範囲で希望に沿うよう努めている。	入浴は、希望により時間も選ぶことが出来る。入浴拒否の方には、声掛けを工夫して無理のないように入浴していただいている。	
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	御本人の生活リズムやその時の状態に合わせて休息・午睡を摂って頂いている。また、御本人の馴染みのある家具や寝具をお持ち頂き、安心出来る空間作りにも配慮している。主治医と相談の上、極力、眠剤に頼らない睡眠を促している。		
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	各入居者のケア担当を中心とし、服薬表などを作成し、把握に努めている。また、各担当者は、服薬内容や副作用などについての把握にも努めるよう、指導している。		

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
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	聞き取りや心身の状況を基に検討し、個別に役割や楽しみゴトが見出せるよう支援している。		
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	日々の買い物や散歩はもとより、町民祭などの地域行事、外食や図書館、ドライブなど御本人の希望や社会との交流を目的とした、日常的な外出の機会を設けている。	食材の購入や希望に応じての個々の外出支援を行なっている。また、ホーム周辺の散策や戸外へ出かける等、積極的に外出している。	
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	普段は事務所にて管理しており、必要・能力に応じて(スタッフ同行し)金銭を使用している。		
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	御本人・御家族の要望に合わせ、電話や手紙のやり取りを行っている。		
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	天気の良い日にはウッドデッキに出てお茶を飲んだり、外気浴を行うことが出来る。また、ユニットを隔てる壁は可動式で、行事の際にはフルオープンにし、広い空間で過ごすことも出来る。壁には、行事の写真や季節に応じた壁画を作成掲示し、居心地の良い空間作りに努めている。	日中はフロアに集まり、自分の居場所でくつろぐことが出来る。飾り付けや家具の配置は、「自分の家」だという意識を高めてもらうようにしている。	
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～洗面所～居室～他ユニットなど、建物内はフラットで自由に往来出来、気の合った者同士で談笑するなど、思い思いに過ごすことが出来る。		

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
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	家庭環境にもよるが、家具・寝具・棚・飾り付けなどは統一せず、御本人の使い慣れた物、馴染みの物で揃えて頂くよう御家族にお願いし、“居心地”を重視している。	それぞれの利用者の状況に応じて対応されている。本人や家族と相談されながら個々に使いやすく居心地の良い環境づくりの工夫がされている。	
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	玄関エントランス以外、建物内はフラット(バリアフリー)になっており、通常、入居者の移動に支障はない。また、整理・整頓の際には、可能な範囲で入居者にも参加して頂き、“安全の確保”“出来る力の発揮”に努めている。		

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	
.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	「笑顔・安心・安全・家庭的」をスローガンとし、共有の理念を持っている。		
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	買い物、散歩など日々の交流はもとより、運営推進会議などを通じ、地域行事への参加も行っている。		
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	地域へ出掛ける機会(お花見、外食、ドライブなど)を通じ、交流を図ることで事業所の活動を知って頂けるよう努めている。また、法人は「松本山雅FC」の公式サポーター及び、支部長をしており、スポーツと福祉を結びつける活動に力を入れている。		
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	構成員に区長、民生委員、行政、御家族代表を招き、「入居状況」「インシデント・アクシデント」「行事などの活動」「防災訓練について」などを報告し、意見・要望を伺っている。また、可能な範囲で取り入れている。		
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	運営推進会議以外でも、不定期ながら月に数回程度は行政窓口に向い、或いは電話等で連絡するなど、担当者との情報交換を行っている。		

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
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	「防犯対策」として“施錠(オートロック)”はあるが、これについては外出の機会を増やしたり、気候の良い時期は開けておくなど、出来るだけ開放するように努めている。また、対応困難なケースについても、スタッフ、御家族と話し合い、身体拘束に当たらないケアを心掛けている。		
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	入居者の身体状況やおかれている状況についての把握に努め、対処法などスタッフ全員で考え、虐待の防止に努めている。		
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	必要に応じて、御家族や関係者と話し合う場を設けている。		
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	出来る限り、意見・要望を伺い、理解と納得、同意の上で入居して頂けるよう心掛けている。		
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	御家族等の面会の際には、極力スタッフから声を掛けるように努めている。また、重要事項説明書記載の“外部の相談窓口”の紹介・説明を行っている。更に、運営推進会議などにおいても、意見・要望を伺っている。		
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	各会議やスタッフアンケート(年1回実施)、個別面談(可能な場合)において意見・要望を聞くように努めている。		

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
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	法人代表は、管理者とのミーティング(月1回)や個別面談(年1回)、不定期訪問(月1回)を行い、個々が向上出来るよう状況の把握に努めている。		
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	各種研修会など積極的に告知し、参加を促している。また、参加後の報告(レポート、発表)を通じ、知識や情報が共有されるよう努めている。		
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	連絡会への加入や近隣の事業所との連絡を通じ、情報の交換などを行っている。		
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	御本人・御家族からの聞き取りを基に、安心確保に努めている。また、希望があれば体験入居などを行い、御本人・御家族にとって入居がスムーズに行えるよう取り組んでいる。		
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	同上。 御家族など面会の際には、話しやすい場所(リビング、居室、廊下ソファなど)を設けたり、傾聴する姿勢で接するように努めている。		
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	相談に見えた際、現在の状況や御希望を伺い、必要があれば、他のサービス(法人内 居宅介護支援事業含む)を紹介している。		

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
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	出来ることは御本人にやって頂くこととし、御本人の“出来る力”を引き出すよう努めている。また、自立度の低い方には、刺激となるような会話や活動の機会を設けるよう努めている。		
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	毎月、担当スタッフが“今月の様子”を簡潔にまとめた手紙を作成し、請求書と共に送付している。また、緊急時・必要時には電話やメールにて連絡を取るようし、情報の交換・共有に努めている。		
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	入居者によっては対応困難な場合もあるが、御家族の協力やホーム側の対応で可能な場合には、地域との関わりも含め、御本人の“生活のスタイル”が継続出来るよう支援している。		
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	食卓や外出の際、グループ分けなど工夫し、孤立しない、且つ関わり過ぎない関係が築けるような支援を心掛けている。		
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	見掛けた際には声を掛け、失礼にならない程度に現在の状況を伺うなど、関係が継続されるよう努めている。		
. 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	御本人・御家族からの聞き取りを基に、時には(必要に応じ)御家族や主治医とも話し合いの場を設け、理解や協力を求めるなど、本人本位の生活が営めるよう支援している。		

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
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・御家族からの聞き取りを基に、毎日の生活の中に取り入れられるものは取り入れ、今までの生活環境と大きく変わらないように努めている。		
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	業務日誌、個人記録、申し送りなどから、心身の状況を把握し、趣味や役割として“出来るコト”、また“目標”などを設けている。		
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	定期的(3か月毎)、及び臨時でカンファレンスを開催し、入居者本位のケアプランが作成出来るよう話し合っている。また、御家族とは面会時などを使って希望を伺い、プラン作成時には同意(サイン)を頂いている。		
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	日常のちょっとした心身の気付きも記録に残すよう心掛けている。また、簡潔で読み易い文章を心掛け、スタッフ間の情報が共有出来るよう努めている。		
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	空き部屋を利用し、自主事業として“一時預かり”を受け入れたり、各学校機関より“就業体験”を受け入れるなど、事業所として様々なニーズに対応すべく多機能化に取り組んでいる。		
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	買い物・散歩の際、近隣住民と顔馴染みが生まれ、花や野菜を頂いたり、地域行事に誘って頂けるなど、ホームの存在が認知されつつある。また、防災訓練の際、区長、消防団を始め地域住民にも参加・協力して頂けるよう態勢を作っている。		

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
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	かかりつけ医(主治医)は、御本人・御家族と相談の上選定(協力医、利用前からのかかりつけ医など)し、専門科については主治医より紹介して頂くなど、適切な医療・継続的な関係が築けるよう、報告・連絡・相談をしながら支援を行っている。		
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	訪問看護や協力医、各入居者の主治医と連携し、情報・気付きなどを伝え、適切な受診や治療を受けられるよう支援している。		
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。	各かかりつけ医や協力医の医師との連携を密にし、早期発見・早期治療、早期退院に向けた関係作りに努めている。		
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	入居時に「看取り」「重度化」について話し合い方針を確認している。その後は、状態の変化などに合わせ、なるべく早い段階から御家族と相談し、適切な対応が行えるよう努めている。		
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	全ての職員ではないが、消防署と相談し、研修(蘇生法・応急救置など)などに参加している。		
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(昼・夜)防災訓練を行い全職員が適切な避難の方法を身に付けられるよう努めている。また、地域の方にもご参加頂き、都度、対応・対策について協議している。なお、全館SECOMの管理がされており、緊急対策をとっている。		

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
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	他人行儀にならず、且つ、赤ちゃん言葉や教育的・指示的な言葉遣いにならないよう“安心できる言葉遣い”を意識するよう努めている。また、個々の能力や状況に応じ、食事の際のテーブル配置、椅子の工夫を行っている。		
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	出来る限り自己決定、自己表現が出来るように働きかけている。		
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	“一日が快適で、笑顔が多く見られる過ごし方”を日々思考しながら支援している。		
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	その人らしい身だしなみが出来るよう、御家族にも協力頂き、声掛け・支援を心掛けてる。		
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	メニュー係があり、入居者の嗜好や郷土食、旬の食材を献立に取り入れるように心掛けている。また、下拵えから片付けまで、“出来る力”を活かし入居者にも“食”に参加して頂けるな支援を心掛けている。また、キザミやミキサー食にも対応している。		
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	食事・水分摂取量(自力摂取困難な方、著しく摂取量の少ない方)を記録し、栄養バランスが保てるように支援している。		

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
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	出来る部分は御本人に行って頂き、ブラッシングや口腔内をガーゼなどで拭うなど、必要な援助を行っている。		
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	御本人の心身の状況に合わせ、パンツ(布・紙)を選んだり、トイレの声掛けやおむつ交換を行っている。可能な方には極力トイレでの排泄を促している。また、昼夜でおむつ・パットの使用状況を変えるなど、個別の対応に努めている。		
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	下剤も併用・調整しながら、食物繊維や乳製品を摂って頂くなどの取り組みを行っている。		
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	お風呂は毎日沸かし、入居者には日替わりで入浴(週3回程度)して頂いている。時間については、目安はあるが入浴日に「午前・午後」「一人・複数」の希望を確認し、可能な範囲で希望に沿うよう努めている。		
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	御本人の生活リズムやその時の状態に合わせて休息・午睡を摂って頂いている。また、御本人の馴染みのある家具や寝具をお持ち頂き、安心出来る空間作りにも配慮している。主治医と相談の上、極力、眠剤に頼らない睡眠を促している。		

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
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	各入居者のケア担当を中心とし、服薬表などを作成し、把握に努めている。また、各担当者は、服薬内容や副作用などについての把握にも努めるよう、指導している。		
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	聞き取りや心身の状況を基に検討し、個別に役割や楽しみゴトが見出せるよう支援している。		
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	日々の買い物や散歩はもとより、町民祭などの地域行事、外食や図書館、ドライブなど御本人の希望や社会との交流を目的とした、日常的な外出の機会を設けている。		
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	普段は事務所にて管理しており、必要・能力に応じて(スタッフ同行し)金銭を使用している。		
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	御本人・御家族の要望に合わせ、電話や手紙のやり取りを行っている。		
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	天気の良い日にはウッドデッキに出てお茶を飲んだり、外気浴を行うことが出来る。また、ユニットを隔てる壁は可動式で、行事の際にはフルオープンにし、広い空間で過ごすことも出来る。壁には、行事の写真や季節に応じた壁画を作成掲示し、居心地の良い空間作りに努めている。		

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
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～洗面所～居室～他ユニットなど、建物内はフラットで自由に往来出来、気の合った者同士で談笑するなど、思い思いに過ごすことが出来る。		
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	家庭環境にもよるが、家具・寝具・棚・飾り付けなどは統一せず、御本人の使い慣れた物、馴染みの物で揃えて頂くよう御家族にお願いし、“居心地”を重視している。		
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	玄関エントランス以外、建物内はフラット(バリアフリー)になっており、通常、入居者の移動に支障はない。また、整理・整頓の際には、可能な範囲で入居者にも参加して頂き、“安全の確保”“出来る力の発揮”に努めている。		

目標達成計画

作成日: 平成25年3月29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ってしまう、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	-3	運営推進会議の議事録が「ホームからの報告内容」に終始しており、参加メンバーや課題等の記載が無い。	参加メンバーや、今後の課題などについての記載を残す。	書式の作成(記載内容の見直し、変更など)	1ヶ月ヶ月
2	-13	災害時用の備品や備蓄食料について、必要な内容(品目、数量など)が準備されていない。	災害時の備えとして、備品や食料を確保しておく。(目安 1～2日分程度)	必要な物品や品数の把握・確保。及び、必要時における、入手経路の確保。	6ヶ月ヶ月
3					
4					
5					

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。