

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	119600069		
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	坂戸グループホームそよ風		
所在地	埼玉県坂戸市大字赤尾1893番地1		
自己評価作成日	平成30年2月14日	評価結果市町村受理日	平成30年4月6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30年2月26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)】

在宅における入居者それぞれの生活に近いものを実現していただくことを前提に、全ての方にそれぞれに合わせた居場所と役割を持ってもらうことにより、これからの人生をいかに有意義に過ごしていただくかという点を重視している。
 外出レクリエーションを毎月行いホームでの生活にメリハリと楽しみを持って頂く。

【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・職員だけでなく、訪問看護事業者にも協力してもらい、支援や健康状態の説明にあたっては、本評価に伴う家族アンケートの「介護計画をわかりやすく説明しているか」の問いに対して「はい」の回答が100パーセントとなるなど家族への説明に注力していることが理解できます。
 ●訪問調査時には、利用者の新たな行動が見いだされる瞬間に立ち会えることができました。職員の地道な声掛け、日々の丁寧な支援の賜物であり、そのことを何よりも喜んでいただいていた職員の方々の反応に利用者へ寄り添う姿勢を感じることができました。
 ●訪問看護事業者とは緊密な連携を図り、協働して利用者の健康管理にあたっています。医療連携体制を構築しており、医療機関との連携をもって重度化への対応がなされています。

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している (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	法人の基本理念、ユニットごとの理念を事業所内に掲示し、実践と共有に取り組んでいる。	ホームの方針を勤務歴の長い職員が理解し、利用者のペースと意思を尊重した支援を実践している。法人全体として自立支援を促進しており、プログラムの推進に努めている。	
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	地域の子供会行事や近隣の店舗での催事に参加、地域のマラソン大会の応援など。また、水害時に近隣の清掃お手伝い、雪かきなど実施。	豪雨の際は近隣へのサポートに努めており、改めて交流を深める機会となっている。今後も地域への貢献を果たす意向を持っている。	
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	地域住民から入居相談や職員としての採用相談があり、認識を深めている。ボランティアの受け入れ要請にも、積極的に受け入れを行っている。		
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	地域包括の方や委員より様々な提案を頂き、また地域情報も得る事ができそれをサービス向上の参考としている。	運営推進会議は家族全員に声を掛けており、多くの参加者により開催されている。家族間で悩みを共有するなど家族同士が顔なじみとなる機会となっている。	
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	坂戸市介護事業者連絡会グループホーム部会に参加し、事例報告、介護計画等現場の意見に加え市の担当者からの意見も参考にし、事業者相互に研鑽を積んでいる。	市内グループホーム協議会で共同作成したパンフレットは、その効果を認識している。行政からの通知や指導を支援に活かし、より良い運営となるよう取り組んでいる。	
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	身体拘束廃止委員会及び虐待防止委員会を開催し、職員の理解を深めている。また、利用者の外出意向を速やかに汲み取り、適宜、対応している。	高齢者虐待防止・身体拘束をしない支援について事業所内研修が実施されている。そのほか各種コンプライアンスについては、法人における内部監査を受け、適切な支援と運営の実践に努めている。	
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逃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	身体拘束廃止委員会及び虐待防止委員会を開催し、研修をもって職員の理解を深めている。		

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	成年後見人制度についての社内研修を基に、施設内で理解を深めている。		
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	実施されている。		
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	面会時、ケアプラン説明時、運営推進会議などでの意見を、全体会議などにおいて職員間で確認している。サービス担当者会議などで聞かれたご家族様のお声などは回覧、共有している。	管理者・職員だけでなく、訪問看護事業者に協力してもらい、支援や健康状態の説明にあっている。本評価に伴う家族アンケートの「介護計画をわかりやすく説明しているか」の問いに対して「はい」の回答が100パーセントとなっている。	
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	全体会議、ユニット会議のみならず、日々の申し送りの際にも意見、提案を検討、反映している。また契約更改時の面談も活用している。	必要な職員は、1階・2階双方のフロア会議に出席するなどホーム全体で一人ひとりの職員を理解できるよう取り組んでいる。	
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	定期的に人事考課、評価を行っている		
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	センター長会議、グループホーム意見交換会が定期的に開催され、加えて社内研修、外部研修(定期開催)に参加している。		
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	坂戸市介護事業者連絡会グループホーム部会に参加し、事例報告、介護計画等現場の意見に加え市の担当者からの意見も参考にし、事業者相互に研鑽を積んでいる。		

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
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	サービス利用開始前の実態調査、身体状況申出書を検証し、サービス提供に努めている。		
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	サービス利用開始前の実態調査、身体状況申出書を検証し、サービス提供に努めている。ケアプラン作成に先立ちご家族からの聞き取りを行う。		
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	早期にケアカンファレンスを行い、本人、家族にとって「その時」のより良いサービスであるよう、十分、話し合いを持っている。		
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	文字通り、共同生活の介護であること、それぞれの人生経験を尊重し、生きがいを持った生活を支援することを基本としている。		
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	家族への日常的な報告、連絡や、サービス担当者会議のなかで、課題を共有し、よりよい支援方法を検証している。		
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	面会、外泊、外出の機会を随時、自由に持っていただき、馴染みの環境の中での生活であることを、実感していただいている。	自分の食器を使用するなど自分らしい生活の実践に取り組んでいる。利用者の思い出やこだわりを寄り添えるよう日々支援に努めている。	
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	利用者に施設内で様々な役割を持っていただき、レクリエーションの提案、利用者同士の個々の触れ合いのなかで、それぞれが尊重し合える関係を築く努力をしている。		

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
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	サービス利用終了者には同一法人の他サービスを紹介し、経過状況をお聞きした。		
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	本人にとって、生きがいのある生活とは何か。本人の意向、家族の意向を尊重している。	担当者会議を開催・モニタリングの実施により、利用者の意向と状態の把握に努めている。利用者の新たな発見は記録し、職員皆で共有を図っている。	
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	実態調査、身体状況申出書の検証にとどまらず、居宅、包括、病院、自治体などから情報を得ている。可能な場合は本人との会話から情報を聞き取る。		
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	1日2回の申し送り、連絡帳により、利用者の1日の状況を職員全員が把握できる体制としている。フロア会議等でケアカンファレンスを行い情報を収集する。		
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	モニタリング、カンファレンス、アセスメント、サービス担当者会議を適宜行うことにより、よりよい介護計画の作成につとめている。	サービス担当者会議の開催、策定後の周知と確認などケアプランの職員への周知がなされている。別書式にて具体的支援方法を定め、支援の統一化を図っている。	家族からは感謝やねぎらいの言葉をかけてもらっているが、支援に対する具体的要望を更に聞くことを目標としている。
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	日々の様子やケアの実践・結果については、介護支援経過記録に記入し、情報を職員間で共有するために介護日誌に記入している。		
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	管理者、計画作成担当者、介護職が、硬直的な介護とならないよう、ユニット会議、全体会議等において、検証を行っている。		

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
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	地域の行事などに参加し、地域住民としての充実感を持っていただくよう支援している。避難訓練では地域の消防団への声掛けを行う。		
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	本人、家族の希望を尊重し、訪問診療を主としてかかりつけ医の受診を支援している。	往診のほか、入居前からのかかりつけ医への受診支援もなされている。また訪問看護事業者とは緊密な連携を図り、協働して利用者の健康管理にあたっている。	
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	週2回の訪問看護により健康状態のチェック、医師への上申等の連携を行っている。		
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。	定期受診等を通し、医療関係者と情報交換を行い、入院時にも、早期退院となるよう関係をつくっている。		
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	重度化・看取りに関する指針に基づき、本人、家族に同意を得、また職場内研修を行い終末期のケアを行う体制を整えている。	医療連携体制加算を取得しており、重度化と終末期の支援に対応している。運営推進会議において事例を話すなど家族の不安や心配に寄り添うよう努めている。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し、常時、職員が確認できる体制としている。また、救急救命講習を職員全員が受講し、不測の事態に備えている。AEDを設置。		
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	夜間想定、自然災害の避難訓練を行い、また、地域行事に参加し、地域住民に介護施設の認識を持っていただいている。消防署派遣を伴う避難訓練は近隣へ告知を行う。	運営推進会議にあわせて避難訓練を実施し、家族に状況を理解してもらえるよう取り組んでいる。消防団の方々にも参加してもらうなど地域からのサポート体制構築がなされている。	水害発生時の浸水深や避難行動についての確な判断が必要であることを認識しており、利用者の安全を確保するためその研鑽に努める意向をもってしている。

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
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	全体会議において、介護従業者の接遇について、研修、討議を行っている。又、コンプライアンスセルフチェックで自身の行為を顧みよう働きかけを行っている。	利用者の気持ちや気分を理解し、傾聴に努めることで意向の把握に努めている。他の利用者との距離や関係性についても職員が見守りながら支援にあたっている。	
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	声かけ等により、本人の思いをくみ取り、本人の意思を引き出すよう努力している。また言葉の裏にある不満や不安のお気持ちを察するようミーティング等で意見交換を行っている		
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	利用者最優先であること。職員の業務はあくまで利用者の生活の支援であることを確認している。		
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	整容、更衣の支援にとどまることなく、定期的に訪問理美容の活用し、季節感をもった服装をしていただいている。職員の感性の押し付けにならないようご本人のこだわりを尊重する		
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	利用者と共に食事の準備、片付け等を日常のおこなっている。行事食、出前、外食等の変化も入居者に好まれている。菜園での収穫も、楽しみにしていただいている。	利用者の能力にあわせ、食器拭き、テーブル拭きなど食事作りに参加してもらえるよう努めている。利用者ごとに異なるアプローチをし、生活の中で役割を見出せるよう取り組んでいる。	
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	法人内管理栄養士作成の献立により栄養摂取の管理を行い、水分摂取量も日々管理している。また、医療機関と連携をとり、摂食不良時の対応を行っている。		
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	毎食後の口腔ケアを行っている。また、希望者には訪問歯科による口腔ケアも行っている		

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
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	極力、自立での排泄を支援している。オムツ使用の利用者にも、時間誘導等を行い、自立排泄の支援を行っている。	利用者の排せつリズムは、記録や交替時に職員同士で確認し、トイレでの排せつとなるよう努めている。便秘に対しても医師からの指示を受け、対処にあたっている。	
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	乳製品、繊維質食品の摂取や、軽運動を行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	本人が、自分の意志で入浴しているとの実感を持っていただくよう支援している。身体状況等によりシャワーチェアや追加のグリップなどで使いやすい浴室を心掛けている。	拒否がある利用者に対しても無理強いすることなく声を掛け、タイミングを考慮するよう努めている。シャワー浴・清拭等形態を工夫し、清潔を保持するよう取り組んでいる。	
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	自由な睡眠を取っていただくことはもちろんだが、身体状況に応じ、随時、休息の必要性を検証している。		
47		○服薬支援 一人ひとり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	薬の管理場所に、その目的を記載し、いつも確認できるようしている。		
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	役割を持っていただいたり、楽しみごとを持っていただいたり、季節感を感じていただいたりしながら、日々生活をしていただいている。		
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	極力本人の意思に沿った形で、散歩を行っている。また、買い物、ドライブ、観覧、外食などを行っている。	職員配置を考慮しながら近隣の土手への散歩やベランダでの外気浴などを楽しんでいる。法人内他施設から車を借りて皆で外食にでかけるなど注力した取り組みがなされている。	

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	個々の力量に応じた金銭管理を行い、所持、使用を支援している。		
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	電話は自由にお使いいただいている。手紙についても支援している。		
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	季節感を取り入れた室内装飾や、行事ごとの写真を、利用者と共に掲示している。	利用者の写真が廊下に飾られており、行事や日常の様子を見ることが出来る。車いす使用の利用者に対しては動線の確保など安全により注意するよう努めている。	
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	思い思いの時間をお過ごし頂いている。状況により配席の変更を行う。		
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、入居後も本人が使い慣れたものを、お持ちいただいている。	趣味や休息など利用者が自由に出来る居室が用意されている。他の利用者とも適切な関係が維持できるよう居室の管理がなされている。	
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	共用部分の手すりを利用し、歩行訓練を行い、バルコニーより、自由に菜園に出ている。		

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	26	スタッフと情報と共有しながら課題やケア方法について話し合い、ケアプランに盛り込んでいるが、ご本人様やご家族様にケアプランの説明や同意を頂く際に、新たな要望や具体的なケア方法についての意見を得ずらい。	新たな要望、具体的なケア方法について、ご本人様、ご家族様が遠慮せずに出せる環境を目指す。	ご本人様からの要望は聞きとれないケースが多いが、選択して頂いたり、自己決定できる様意識する。ご家族様には、普段の生活を具体的に報告し、要望などが言いやすい環境を日頃から作れる様取り組む。	6ヶ月
2	35	ホームの周りが浸水した事があり、災害発生時の対応について再確認した。様々な状況を想定した訓練が必要。また、早めの判断と、的確な指示が求められる。	日常的に訓練等実施し、災害発生時に焦る事なく行動できるようにする。	避難先の確認と訓練を行うとともに、関係機関や地域との連携が取れるよう、普段から意識して地域へ出向く。	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。