

### 1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893300315		
法人名	株式会社ケア21		
事業所名	グループホームたのしい家伊丹堀池		
所在地	伊丹市堀池2-5-10		
自己評価作成日	令和1年11月19日	評価結果市町村受理日	令和2年2月18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)】

<p>尼崎・伊丹宝塚、多方面からのアクセスの良い立地にあります。 また、法人内で有料老人ホーム、訪問介護等の様々な分野のサービスを提供出来る状態です。</p>
---

※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
----------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター		
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19		
訪問調査日	令和1年11月29日		

【第三者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)】

<p>GH「たのしい家伊丹堀池」は、開設以来3年を迎えた。堀池地区は新旧住民が混住する地域。自治会への加入、近隣交流等、地域との一体化を進めている。これまで職員が中心となって進めてきた楽しい場づくりや住環境整備などについても、ボランティアの手も借りて利用者の生活充実を図り、職員の介護力の一層の向上を目指すとしている。①美味しいものを食べよう、②地域社会と関わっていこう、③風通しの良い雰囲気を作ろう、④笑顔の多いたのしい家にしよう、等としている。生活経験のある職員が定着しだした。若手が仕事に慣れ、職員が創意工夫してことを発信し、全体の成果として進めていくことを期待したい。</p>
--

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		

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	入社時の研修において、理念の理解を深める為の、時間を設け浸透を心掛けている。また、コンプライアンスの遵守に努める為、朝礼時には読み合わせも行っている。	社員・パートを問わず入社時研修において、経営計画を含め4日間のカリキュラムにより教育がなされている。コンプライアンスの順守が徹底され、認知症への対応や移動の方法等、着実な研修が続けられている。	
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	自治会に加入しており、地域行事の情報も入手出来る状況である。入居者様も、定期的に食事会等に参加されている実績もある。	地域の自治会行事に参加するなど①地域の催しへの参加、さらに地域からのかかわりとして②GHでの音楽会などのボランティア参加が見られる。	
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	運営推進会議を元に、認知症に対する理解を深めて頂いており、現場の現状も見学等で、認識して頂いている。		
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	施設内で行われている行事報告や、活動内容、入居希望待機者、事故報告等、現状を報告し、家族様を筆頭に、助言を頂いている。	施設の運営概要を行事等を中心に報告している。運営会議開催は、3カ月毎、家族参加は多い。半面、民生委員や介護相談員等、外部の目で事業所運営に助言を受けられる人材が関与していない。会議の報告は、家族への手紙でも行っている。	地域の有識者に運営推進委員会に参加してもらい、地域が支える事業運営を進めることを期待したい。
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	地域密着型サービス連絡会が、年4回開催され、また毎月GHだけの連絡会を開催する事により、協力関係を構築している。その機会に市町村担当者とも、協力関係を構築している。	地域密着型サービス連絡会があり、市からの参加もある。現管理者は参加しているが、職員の参加は人員不足もあってか、ない。当GHの周辺環境などは知ってもらっている。	
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	身体拘束が必要な入居者もおられました。しかしながらケアを重ね身体拘束はゼロになりました。	法人本部・本社研修で、力が入る分野であり、動画配信など情報伝達が的確に行われている。確認、点検実践につなげている。ベテラン管理者による直接指導も期待できる。	
7	(6)	○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されることがないように注意を払い、防止に努めている	法人本部の研修メニューにも組み込まれており、理解を深めると共に、職員同士での、相互確認も日常的に行っている。	職員同士、相互に連絡、確認をし合い事例への対応を学び合い、ケアの向上を図っている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(7)	○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	実際に成年後見人の利用者は現在おられないが、これも本社主導の研修において、権利擁護の理解を深める機会を設けている。	権利擁護の制度と実際の適応例を学んでいる。市の担当課とも連携をしている。	
9	(8)	○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	入居前入居後の不明点や心配事も、都度具体例を挙げながら説明を行い、理解を得ている。重度化に係る指針においては、最も重要視しており、対応内容を時間を割いて、理解に努めている。	困りごと、事業所への期待、家族への期待等を十分話し合い、加えて制度が改正された場合も丁寧な説明を行っている。	
10	(9)	○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	顧客満足度調査を年に一度実施。実態把握に努めている。来訪時にも、現況報告を心掛けている。	GHの設計に当たって、住宅メーカー事業部門が担当し設計施工をしている。来訪した家族には、事業所運営の実際を説明している。本社が毎年、顧客満足度を把握しており、結果を掲示している。	
11	(10)	○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	従業員満足度アンケートを年に一度行うと共に、フロア会議やミーティング等を通じて、意見交換や共有を行っている。	ケアスタッフとは、毎年、アンケートやヒアリングを行って意見を把握している。平時は、フロア会議、ミーティング等を通じ、意見交換、認識の共有化を図っている。	
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	夏季・冬季休暇があり、有給休暇も法令通りきちんと消化できる環境を整えている。		
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	職位それぞれに応じた研修が、法人本部主導で行われ、それぞれに参加するとともに、実務者研修、実践者研修受講に対するバックアップ体制も整備されている。		
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	伊丹市内のGH管理者は、ほぼ毎月一度、集まり連絡会を開催し、情報共有や、問題点の解決に努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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の時点で、本人が今現在最も不安な事を聴取し、家族様の要望を加味した後、ケアプランに反映し、全職員が共通認識として理解する様にしている。		
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	上記同様、家族様の立場から不安心配要因を抽出し、実現が可能なプランに反映させると共に、入居者の状況に変化が見られたら、その都度相談を持ちかけている。		
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	家族様からも情報提供をして頂き、入居者本人が最適の環境になる様に努めている。		
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	入居者個々に応じた対応に努め、女性入居者中心ではあるが、炊事や洗濯等の家事に携わっていただく事が多い。		
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	入居後、入居者に変化が見られた時には、家族様やケアマネ等より、入居前の様子や既往歴・生活パターンをヒアリングさせて頂く事により、対応のヒントを得ている。		
20	(11)	○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	親類・知人の来訪も多く、婦人会の集まりや定期的な町内会の食事にも、参加されている。	入居者は殆どが市内居住者、友人等の来訪もある。家族に代わり年賀状の代筆もする。家族との交流が続き、共に外出や馴染みのところを訪問をする人もある。	
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	リビングの席次には十分に配慮し、円滑に生活を営める様な動線を確認できる様にしている。性格や行動パターンも考慮する要因といえる。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	サービス終了に際しても、次の入居先の相談に乗ったり、同じ法人内の他施設にも連携を取り、支援を行っている。		
<b>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</b>					
23	(12)	○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	入居者の習慣や癖等も参考にし、把握に努めている。入居者の細かな変化を汲み取り、時に家族様に相談し、その情報を基に、入居者の気持ちに寄り添う事を心掛けている。	自宅での生活の継続を好む人は、これまでの生活延長に必要な物品を持ってこられる。飲酒を好む人の場合、節度を踏まえることの同意を得て認めている。	
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	出身地、勤務地、職業、趣味等、入居に至るまでの、経緯を把握し、サービスに反映できるプラン作成を行っている。		
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	検温・入浴時等のボディーチェック等で、その時の状況をケア記録に記載して、現状把握に努めている。		
26	(13)	○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	専門的な状態分析、現状把握に関しては、看護師や訪問医にアドバイスを適時求める事により、解決の糸口としている。	介護レベルの確認は、定期3カ月、6カ月と随時の見直しにより行っている。居室担当、看護師、訪問医師の意見を反映、介護計画を充実させている。	
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	個別記録の書式も、今までの書式にとらわれない事無く、居宅療養管理指導、ケアプランの内容実施等の視点で、介護計画に沿った、または今後に関わる記録方法を行っている。		
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	訪問理容、訪問歯科等、実現可能である事は要望を汲み取った後に、実践につなげている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	自治会に加入している。また買い物の際は、近隣商店を利用している。		
30	(14)	○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	内科協力医による月2回の訪問診療。緊急時オナコールにて対応可能。訪問歯科、訪問看護も週に1度行われている。協力医以外の受診も、家族様対応で、適時行われている。	入居者のほとんどが、協力医療機関をかかりつけ医に選んでいる。協力医は、月2回往診している。	
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	月4回、訪問看護ステーションより、看護師が来訪し、健康チェックや日常的なケア方法の相談を行っている。		
32	(15)	○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。	入院に際しても主治医が適切な連携を入院先と取って頂き、入院後も話し合いを持ち円滑な退院にむけて協働している。	入院が必要な場合、訪問医師が迅速に対応する。2か月間は在籍が可能で、入院先との連携により利用延長等を判断している。	
33	(16)	○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・終末期に向けた方針においては、入居契約時に、時間を十分に設け、家族の現在の意向をヒヤリングし、実際終末期を迎えるに当たっては、再度医療機関、看護師、職員等と連携をとり、本人にとって最も望ましいケアを実践できるようにしている。	重度化の事例、看取り事例の扱いに習熟するに伴い、介護スタッフの認識と対応が深まった。	
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、事故発生時の対応については、マニュアルがある。実際のフローチャートも各フロアで話し合い、共通認識を持っている。		
35	(17)	○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	年二回の避難訓練を実施する。日中・夜間の両方を想定した訓練を行う。運営推進会議でも報告を行い、協力を要請している。	年2回の避難訓練は、可能な限り消防署との連携を図っている食料等の。備蓄もやっている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(18)	○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	法人本部において、接遇・認知症ケア・人権研修を実施している。コンプライアンスの読み合わせも行い、申し送りノート等も活用し、日々のケアに活かしている。	正規、パート問わず本部で4日間の入職時研修を経て入職している。最近の傾向としては年長の方が多く利用者の気持ちを汲み取りやさしく接する方が増えた。笑いのある職場、人権意識をもって利用者に接している。	
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	日常生活を送る中で、様々な自己決定を強いる事無く、声掛けを行い、本人の意思を汲み取れる環境を作り出し、促している。		
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	それぞれの入居者の個性や能力を理解し、その上で声掛けを行い、環境が許す限り、本人の意思に合った、生活を支援し、行って貰っている。		
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	季節や気温に合った衣類を着用して頂き、二か月に一度は、訪問理美容も利用して頂いている。		
40	(19)	○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	入居者の状況に応じた食事形態を選択すると共に、盛り付けや下膳も職員と協働し、季節や嗜好を反映した、出前や弁当も楽しみの一つである。	介護スタッフは4日間の、入職時研修において認知症ケアの理解、そのための接遇とケア方法、人権とは何かを理解し、食事や入浴介助についても基礎を学んでいる。今回、利用者の方と食卓に着いたが、会話もあって皆さん完食していた。	
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	食事量・水分量を記録に残し、体調管理に活かしている。食事形態もキザミ食等で対応している。		
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	月4回の訪問歯科により、治療口腔内チェックを行っている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(20)	○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	個々に合わせたトイレ誘導を行い、トイレでの自立を維持出来る様にしている。夜間は家族様の同意を得て、夜間センサーマットを使用したり、ポータブルトイレを使用したりもしている。	リハビリパンツ着用の利用者が多い。トイレ誘導は適切に行われている。	
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	入居者個々の排便パターンを把握し、食事や水分量に留意すると共に、必要時には、便秘薬も適切に、使用することにより、快適な生活を送れる様、支援している。		
45	(21)	○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	午前・午後に入浴を実施している。体調に応じた支援を行い、入浴用の車椅子を使用する事により、安全を確保し、二人の職員で対応することもある。	週二回以上の入浴としている。午前・午後と体調等に応じたケアが見られる。利用者個々の状況に応じた介助浴となっている。	
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	本人の体調や気分を考慮した上で、日中にも短時間の臥床を促したり、夜間も睡眠パターンに合った、支援を行っている。		
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	提携薬局との連携を密にし、変更点があれば、適時申し送りを行う事で、現在服用のクスリを理解している。誤薬の防止策として、複数名で、服用前にチェックを行っている。		
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	入居者個々の嗜好や身体状況を考慮し、レクリエーションを行っている。天候を見ながら、町内の散歩も実行している。		
49	(22)	○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	家族との外出、外食、婦人会への参加、旅行等、特に制限なく、外出の機会を設けている。花の植え替えや、水やりも、出来る方には行って貰っている。	入居者が連れ合っでの外出・外食、地域の行事への参加、花見等で外出している。敷地内花壇の手入れに参加する利用者もある。	



自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	家族様の同意を得た上で、少額の現金を所持しておられる方は、外出時に、自分で買い物の支払いをされることもある。		
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	年賀状・暑中見舞い等が、ホームに届き、外部との関わりがある方もおられる。		
52	(23)	○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	1Fのリビング横には、ウッドデッキがあり、晴天時には、そこでおやつを食したりもする。またデッキ横には、花壇があり、季節に応じた花も植えられたりしている。	1Fのリビングを出るとウッドデッキがある。晴天時等には、そこでおやつタイムも催している。その傍らの花壇の花も季節ごとに楽しめている。	
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	入居者同士の居室を、自由に行き来されたりしている。ウッドデッキも活用されている。		
54	(24)	○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	入居時には、馴染の家具や衣類、写真の持ち込みをして頂いていると共に、仏壇の持ち込みをされている方もいる。	備品として空調・収納棚、カーテン、ギャッジベットが整備されている。使い慣れた家具等の持ち込みもある。居室の清掃は1日1室ずつで、9日のローテーションとし、リネン交換も行っている。	
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	共有スペースには、手摺が設置されており、各居室には、ナースコールも設置されている。		

目標達成計画

作成日: 令和 2 年 1月 31日

【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	地域との関わりをもっと積極的に持つとより良くなり、地域の一員となれる様にする	民生委員や町内会長とも連携し、行事参加が出来る様にする	左記のキーになる方と、話をさせて頂き、行事の内容を熟知した上で、少人数からその行事に参加させて頂く	12ヶ月
2					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。