

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	1176502845		
法人名	株式会社 ウイズネット		
事業所名	グループホーム みんなの家・清河寺2		
所在地	埼玉県さいたま市西区清河寺1195-1		
自己評価作成日	令和 元年 9月 17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	<a href="http://www.kaigokennsaku.jp/11/index.php">http://www.kaigokennsaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシテムズ		
所在地	東京都千代田区麹町1-5-4-712		
訪問調査日	令和元年10月12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)】

重大事故が少なく見守りをしっかり行っており、体調の変化は職員間で情報共有し、医療連携看護師・歯科医師・訪問診療医・訪問リハビリマッサージ師・薬剤師と連携を行い、ご利用者の安心と安全を心掛けている。さらにご利用者の活動を広げる一環で庭に農園を作り、収穫・調理して召し上がって頂いている。また、地域交流やボランティア参加に力を入れており、ご利用者が地域への参加と活動できるよう支援している。家族会や運営推進会議を2ヶ月に1回行ない、ご家族や行政の方をお招きしてご利用者を取り巻く問題や地域資源の有効活用などの情報共有を行っている。さらに自治会、社内外の介護施設と連携し交流を図り、疎遠にならないよう足を運んだり地域交流を大切にしている。

【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)】

ホーム玄関には寄せ植えの花が置かれていたり、室内にも花や植物を飾ったりして、日常的に自然や季節を感じながら生活できるように取り組んでいる。窓からも季節の花や植物を眺めたり、ホーム自慢の農園で野菜の生長を楽しんだりすることができている。利用者が多くの時間を過ごす共有フロアでは、日々の活動の様子や行事の写真の掲示がある。写真掲示は1年サイクルにしており、面会の少ない家族にも余わない期間の利用者姿を伝え、会話のきっかけづくりになるなど、お互いの気持ちが疎遠にならないようにこの配慮がされている。

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 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)
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)
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
<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	地域の自治体や地域資源を有効に利用する。豊かで安心出来る介護サービスを目標とし、管理者、フロア長を中心に医療連携を行いチームケアとして取り組んでいる。	事業所玄関に事業所理念を掲示して、職員がいつでも理念を確認できるようにしている。職員会議、フロア会議や各勉強会でも理念について話し合い共有している。定期的にテストも行い理解を深めている。	
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	自治会や地域(周辺施設など)イベントに参加したり、ボランティア活動に参加し、ホーム内で介護を完結させず活動の幅が広がる様に心掛けている。	近隣の他事業所の行事への参加や夏祭りに招待するなど、利用者同士の交流の機会を設けている。定期的なボランティアの訪問もある。自治会からの行事の招待もあり地域の一員として生活できるよう支援している。	
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	運営推進会議、家族会に行政の方もご参加頂き、ご利用者が使える地域資源の有効活用について等、相談窓口としてアドバイスを頂いている。		
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	運営推進会議では、新しいご利用者の入居、退居等も話に含め、なじみの家族として皆が見守れるような取り組んでいる。	運営推進会議は、平日に行われているが行政の参加は議事録から確認できなかった。テーマの設定やボランティアや自治会にも声掛けを行うなど、運営推進会議のあり方について再度検討されたい。	
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	生活保護者の相談を区役所の担当者と密に行い、ご本人のレベル低下に生じる課題の共有や話し合いをしている。	区役所担当課に利用者の現状を報告したり、事業所に必要なアドバイスをもらうなど協力関係を築くための取り組みは行われているが役所主催の研修参加や運営推進会議の出席案内など、さらに課題としている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	身体拘束は行なわず、身体拘束におけるご利用者の身体的、精神的なダメージをチームで理解し・共有し、身体拘束を必要としないケアに勤しんでいる。	身体拘束委員会を中心に、定期的にテーマを決めて身体拘束の具体的な行為について学ぶための勉強会を行っており、職員一人ひとりへの理解と周知にむけて取り組んでいる。	
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	虐待防止委員会を毎月開き、委員会議事録を用いて周知している。また虐待防止チェックリストや虐待防止理解度テストを行っている。更に担当スーパーバイザーから指導を頂いている。		

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	区役所の方と密に連絡を取り、ご本人の権利を守り、ご本人が将来困る事が無いようにアドバイスを頂いている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時に重要事項説明書を用いて説明を行っている。また契約時だけでなく、いつでも相談に乗れるよう、お手紙相談や事業所での窓口を作っている。		
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	家族会・運営推進会議を2ヶ月に1回開催しており、そこで得られた意見や相談をご家族、区役所の方と一緒に考え、運営に反映させている。	家族会では多数の家族の参加状況が議事録で確認できている。利用者の様々な状況について家族と共有する機会となっている。家族からの意見は、職員会議で話し合い事業所の運営に反映できるようにしている。	
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	基本的に職員会議の場で抽出するようにしている。内容によっては随時、個別で話を聞く場を設けている。	職員会議やフロア会議での職員からの意見は、ホーム長が本部に報告しており、事業所運営の反映に繋げている。また、会議以外でも個別に職員から話を聞く機会を設けている。	
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	社内外研修を多く取り上げ、積極的に参加を促している。それにより各自、向上心を持って働けるよう留意している。また達成感という意味では個々に合った業務を課し、評価するよう努めている。		
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	未経験の方には、食事介助、入浴介助、更衣介助に教え方の丁寧な教育担当が付くよう調整している。また、法人内で様々な研修プログラムがある為、併せて促している。		
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	当施設のイベントを周辺施設に案内し、参加を促している。その際、簡単な意見交換など行っている。		

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
<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	ご本人の意向をしっかりと聞き取り、アセスメントに基づいて安心して生活が送れるよう計画作成を行っている。		
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	疑問や質問、不安な点があれば、いつでも相談に乗れるよう、複数窓口を設けている。また相談しやすい環境作りを心掛けている。		
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	入店時(サービス開始時から都度、その時ご利用者のニーズを見極め、必要な介護や支援を提供するよう努めている。その他、訪問リハビリマッサージやシニアセラピーなど+αのサービスも必要であれば提案している。		
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	一緒に食事をしたり、レクリエーションを楽しんだり、役割をこなす等の時間を共有し、第2の家族のように接している。		
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	通院介助や外泊、外出などご家族と過ごす時間を大切に考え、希望があれば急な対応も受けている。		
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	遠距離の友人には、ご本人の普段の様子を写真で見て頂き、お元気な姿を見て頂き、話が広がるよう考えている。	家族以外に友人などの面会も可能であり、家族に確認の上で友人に写真と手紙を送ることもある。通い慣れた美容院や掛かり付け医への通院は家族に対応してもらい、できる限り馴染みの関係継続にむけて取り組んでいる	
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	レクリエーションなどで交流の橋渡しをさせて頂いており、ご利用者が家事などの手伝いを通して、共に生活を支え合えるような環境作りに努めている。		

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
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	退居されてからもご家族から感謝の電話を頂いたり、ご本人の様子を教えて下さるような関係が築けています。ご家族の介護負担を軽減できるよう、相談に乗ったケースもある。		
<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	(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	ご本人の希望や意向が汲み取りにくい場合は、ケアカンファレンスでアセスメントを行い、どのようなケアが望ましいのか、また望んでいるのかを総合的、客観的に考えている。	利用者の意向については、生活歴や家族からの意見、要望も取り入れながら把握に努めている。日々のケアでの会話や表情などからも気持ちを読み取ることができるように取り組んでいる。	
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	入居時には、ベッドの高さをご家族、ご本人と合わせている。家具の配置など生活環境に合わせて配慮している。		
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	アセスメントを行い、ADLの低下や疾病を理解し残存機能を最大限活かしている。		
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	家族会にて問題点や相談を受け、ご家族やご本人と話し合っている。またそこで挙げられた意見や提案などを反映させて介護計画を作成している。	計画担当者を中心にフロア会議を行い、フロア職員全体で一人ひとりの利用者について意見を出し合い、利用者の状況に応じたケアプランの作成につなげている。	
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	日々の気づきは、生活記録に記入し、情報共有を行うと共に、ご本人がどのように思っ、行動や言動に至ったのかを追及している。		
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	柔軟な支援サービスを行うのは、もちろんのこと。ご本人とご家族の希望の方向性に大きなズレが生じていないか計画作成担当者や相談しケアを行っている。		

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	地域資源(西区の地域資源の情報公開)を行い、ご家族が身近に利用できるように家族会で説明している。		
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	ご家族に通院して頂き、訪問診療医、看護師、薬剤師と連携し必要な医療を受けられる様、援助している。	月2回全体往診、週1回の訪問看護師を中心に利用者の健康状態を把握し、医師との連携を図っている。個別往診も対応している(在宅からの継続)。記録は医療連携看護師連絡記録に記載されている。	
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	医療連絡ノートに介護士、看護師がそれぞれ記入し、看護師からのアドバイスを情報共有している。		
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。	入院しているご利用者は、必ず面会を行いフロアスタッフ間で情報の共有を行っている。また、ご家族からもご利用者の情報を拾いADLの低下に合わせたケアプラン作成をしている。		
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	重度化したご利用者の体調の変化を見極め、ご家族と相談している。また、ご家族の心境の変化も有る為、面会時には細かく方針をお伺いしている。	今年度は、1名の看取り介護実績がある(加算取得はなし)。担当医師から家族ヘインフォームドコンセントを行い、その後同意書を交わし、看取り介護計画を作成している。クリニックと連携し対応をした実績がある。	
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	緊急時には、本部へ速やかに報告、連絡、相談を行っている。リスクマネジメントや再発予防を心掛けている。		
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	各フロアに防災ファイルを設置しており、消防訓練を年に2回行なっている。また、自治会に消防訓練時に地域の方も参加される様、呼びかけている。	防災訓練は、春・秋の年2回開催している。9月実施時には、消防署と合同で行っている。計画書・報告書が整備されている。地域の方との防災訓練も検討中とのことであり、今後に期待したい。	

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
<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	(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	その人が何を考えて、どういった行動に繋がっているのかをまず考え、コミュニケーションを図り、同意と説明を基本に介護サービスを提供している。	高齢者虐待防止委員会を毎月開催しており、事例を用いてスタッフ間で考えるグループワークを行っている。身体拘束委員会も毎月開催しており、報告書も適切に提出されている。	
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	ご本人が休みたい様子であれば、希望を伺い、いつでも居室で休んで頂ける様にしている。また日常の中でも選択して頂ける様、声掛けに留意している。		
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	1人になれるスペースの確保や、植物と触れ合ったりできる環境を提供している。また、生花をフロアに飾り、リラックスできるスペースを提供をしている。		
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	朝は整容の時間を設けており、整顔・整髪を行っている。又、季節の変化に合わせてご家族に薄着、厚着の洋服の用意をお願いしている。		
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	お箸を配ったり、お皿を洗ったり、拭いて頂いたりする事によって、共同生活の中での役割と食べるまでの過程を大切にしている。	フロアでは2カ月に1回おやつ作りを企画、実施している(おしるこ・スイートポテト作りなどの実績あり)。食形態を細かくすることを嫌がる利用者へはスタッフが食べやすい形にその場でカットするなど対応している。	
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	嚥下状態の確認を行い、食事がきちんと召し上がられているか記録している。また、飲水量の記録、便の状態や尿の量や色なども観察している。		
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	歯科衛生士や歯科医師の居宅療養管理指導に基づき、口腔ケアの指導を受け適切なケアを行っている。		

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
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	普段車椅子の方も歩く練習を行い、下肢筋力の向上を図り、寝たきり予防や自立に向けた排泄を促している。	排泄チェック表を使用して、排尿・排便を個別で把握している。自然排便への取り組みとして、体操やおやつに乳製品を取り入れる工夫をしており、便秘解消へ成果が出ている。	
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	牛乳やヨーグルトにて、便秘解消を心掛けている。場合によっては、腹部マッサージや温めたりして対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	声掛けや入浴管理表にてご本人の希望を伺い、皮膚の清潔状態を良く観察し、その人が必要な時に入浴を促している。	入浴表によって、個別の入浴有無が確認できる。曜日の固定はなく最低週2回は入浴できるよう支援し、利用者の希望する曜日にも応じている。ゆず湯・菖蒲湯などの季節湯も提供し楽しんでもらえるように努めている。	
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	身体の痒みや痛みなどこまめに医療連携看護師に報告し、助言をもらうことで健康で安心して休めるよう努力している。		
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	副作用の内容を理解し、看護師、薬剤師、訪問診療医と連携を行い、その人の様子を情報共有し記録に残している。		
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	10時や15時のお茶の時間にお1人ずつ、飲みたいものを選んで頂いて提供している。		
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	ボランティアや夏祭りなど、地域の情報を把握し、ご利用者にとって充実した1日が送れるよう支援している。	ホーム周辺の散歩を週2～3回行っている。遠出をする機会は少ないが、春には公園まで花見に出かけている。家族の協力も得て、スーパーへの買い物に出かける利用者もいる。体制が整ってきたため、外食の実施もしていきたいとのことであり、期待したい。	



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	ご本人の希望が有れば、商品を選択し、お金を払う様に努めている。		
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	ご本人の尊厳を尊重しその人らしさを活かす為に電話・携帯電話、お手紙の交換等で可能にしている。		
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	花や植物など可能な限り、自然と触れ合う環境作りを行っている。具体的には、農園にて採れたての野菜を調理し、食べて季節を感じる工夫を行っている。	ホームの玄関先には、観葉植物のプランターが飾られている。テーブル席の配置は利用者同士の相性も考慮して決定している。訪問する家族のためにも1年間のサイクルで写真をフロアに飾る工夫がされている。	
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	ケアカンファレンス時には、新入居者の情報共有を行い、座席の位置や居室の位置を再検討し振り返りを行っている。		
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	入居時には、ご家族に必ず馴染みの物を使うことの大切さ、例えば、湯のみ、箸、枕、タオル等をご持参を案内している。	自室に観葉植物を持参し、水やりなどを日課として楽しむ利用者がいる。自宅と同じように居心地よく過ごしてもらえるように、ソファやカーペットなど自分の嗜好に合わせての持ち込みも可能としている。	
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	自立した生活を送れるよう、「できない」としてとらえるのではなく、「ご利用者の残存機能」を十分に観察し「できそうな事」を導きケアカンファレンスを行っている。		

## 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		周辺地域との交流が少ない為、交流の場を設ける機会を増やす事が課題です。	地域交流が出来るレクを開催する。	同地域内の施設同士で協力し、周辺地域と交流できるレクを開催し、他施設との連携・繋がりも築く	3ヶ月
2		運営推進会議へご家族様や相談員など出席人数を増やす	ご家族様と常日頃からの交流・相談員へ参加して頂けるよ挨拶を行う	家族会・運営推進会議へ参加のご案内を送らせて頂きます。	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。