

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	2393000092		
法人名	株式会社さちコーポレーション		
事業所名	グループホームさち		
所在地	愛知県豊田市栄生町3-58		
自己評価作成日	平成29年12月4日	評価結果市町村受理日	平成29年12月28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 index.php?action_kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd

【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なごみ(和)の会		
所在地	名古屋市千種区小松町五丁目2番5		
聞き取り調査日	平成29年12月20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21年に開設して以来、入居者がそれぞれの役割を発揮しながら、安心して楽しく余生を過ごしていただけるようなサービスを目指しております。
 豊田市の中心部からほど近く、畑や四季折々の自然を感じられる公園、近隣のパン屋さんなど、生活環境にとっても恵まれていることを活かし、積極的に散歩やドライブなどの外出支援を行っております。
 地域行事の参加や地域向け行事を開催するなど、地域との関わりも大切にしております。
 条件が整ったご入居者様に対しての看取り対応を行っている他、日頃の健康管理も法人内の訪問看護ステーションの協力の元で行っております。

【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)】

◎軽減要件適用事業所
 今年度は「軽減要件適用事業所」に該当しており、外部評価機関による訪問調査を受けておりません。したがって、今年度の公表は以下の3点です。
 ①別紙4「自己評価結果」の【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点】と「自己評価・実践状況」 ②軽減要件確認票 ③目標達成計画

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	玄関に事業所理念を掲示し確認している。年度ごとの事業所・ユニット・個人の各目標も理念と現状を照らし合わせて考え、目標達成に向けて取り組んでいる。各ユニットの台所・日報ファイル等に毎年の事業所・ユニット目標を掲示し、日頃から目にするようにしている。		
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	毎月「さち市」を開催し、地域の農家から野菜を仕入れ販売しながら交流を深めている。近隣の商店・喫茶店なども活用させていただいたり、自治区の行事にも参加している。小学校～大学のボランティアを受け入れし、地域との関わる機会を増やしている。		
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	実習生受け入れやボランティアを通して、認知症の理解や支援方法を伝えている。また、包括支援センターや行政からの依頼で、地域向けの認知症に関する研修会なども行っている。		
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	毎回利用者やサービスの状況の報告を行っている。写真や動画等の使用や会議の場所を利用者の過ごすフロアで行うことで日常の様子が伝わるようにしている。会議で出た意見は職員にも伝え、改善できるところは取り組むようにしている。		
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	市の介護相談員が毎月訪問し、その時に現状を伝えたり利用者の相談内容の報告を受けるなどにより、ケアの向上につながるよう協力関係を築いている。		
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	年に一度、身体拘束及に関する研修を職員全員に行っている。また、採用時にも同研修を行うことで、身体拘束をしないケアへの理解を行っている。玄関や窓の施錠は開設当初から夜間帯以外は行っていない。ベッドからの転落の可能性が高い利用者に対しては、ベッド下にマットレスを敷くなどして、けがを最小限にとどめる工夫を行い、身体拘束に繋がらないようにしている。		
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	年に一度、高齢者虐待防止に関する研修を職員全員に行っている。また採用時にも同研修を行うことで、虐待予防に努めている。強い口調等、不適切なケアのみられる職員に対しては、個別指導や事例検討等を通してケアが改善するように教育を行っている。		

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	管理者は毎年制度についての学ぶ機会があるが、職員についてはばらつきがある。今年度は対象となりそうな利用者はいないが、過去に制度に該当するケースがあったときは活用することができた。		
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	契約時等は管理者より各説明ごとに内容の理解や不安・疑問点の確認をしながら進めることで、納得していただけるように心がけている。		
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	ご家族の面会時や電話対応時などに、確認や相談などはないかと必ず声をかけるようにしている。運営推進会議に本人・家族も参加する機会があり、その時にも自由に意見や要望を言える機会を作っている。市の介護相談員の来所時に直接言えないことがあればその機会に相談をしてみえ、出た意見は会議等で話し合い、反映させている。		
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	年2回、全職員を対象とした定期面談を行い、そこで意見等を聞いている。また日頃からミーティング・会議でも運営に関して活発的に意見を言える雰囲気があり、反映させるようにしている。		
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	能力や努力の評価については年に2回人事考課と目標達成評価を通じて行い、給与や昇給に反映されている。職員の家庭状況等に合わせて短時間労働や勤務時間の配慮など行っている。		
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	専門の講師を呼んでの社内研修の実施や、個々の目標や求められる能力に合わせて外部研修へ参加する機会を作っている。		
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	外部研修等を通じて他の事業所の職員との交流の機会を作っている。また、近隣の介護・障がいの事業所の行事へ参加したり招待するなど相互訪問を行うことで交流する機会を作っている。		

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
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	入居前に現在生活している場所へ担当者が訪問し、現在の生活の確認やニーズ等を聞き、入居後も安心して過ごしていただけるような配慮を行っている。		
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	申込受付時に悩みなどを聞き、必要に応じてサービスの案内やケア方法のアドバイス等を行っている。入居までの間、半年に一度状況確認を行い、そこでも不安や困っていることの相談を受けている。入居直前にも再度相談等を行い、申込時から信頼関係を築くように努めている		
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	入居前に現在生活している場所へ担当者が訪問し、現在の生活の確認やニーズ等を聞き、入居後も安心して過ごせるように支援を検討している。		
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	支援する側される側ととらえず、それぞれできることで役割は何かがあるかを考えるように心がけている。特に若手の職員は、利用者から家事などを教えてもらいながら成長している。		
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	日頃から家族より家で生活していたころの話や趣味趣向などを教えてもらい、それをヒントとしてケアにつなげている。看取り期は職員だけで対応するのではなく、家族にも希望を聞きながら一緒に介助を手伝ってもらうなど、最期まで本人と家族の絆が続くように配慮している。		
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	なじみのお店や場所、地域行事などに出かけたり参加している。また、同僚や知人・友人等、どの利用者も家族以外の方が面会にみえるので、その方たちとゆったり過ごしやすい環境づくりに配慮している。現在なじみではなくても生まれ故郷や以前過ごしていた場所へドライブに出かけることも行っている。		
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	利用者同士の関係を普段の生活の中から把握し、過ごしやすい席の設定やレク・家事作業を通じて一緒に過ごせるように努めている。看取り期の方に対しても、体調や気分に合わせて居室やフロアで過ごし、最期のひと時が寂しいものにならないように配慮した。		

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	サービス終了後もボランティアとして来てくださる家族や、知人やほかの身内でサービスを必要とする方がみえると相談や紹介をしてくださるなど、家族との関係は続いているケースが多い。		
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	生活の意向を日頃から自然に聞き出せるように配慮している。場合によっては市の介護相談員を通しての本音を確認することもある。意思疎通が困難な場合は、今までの生活や性格などから推測して思いを検討している。		
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	入居前より本人、家族から聞き取りやセンター方式シートへの生活歴等の記入を依頼し、把握するように努めている。場合によっては利用していたデイサービスや担当ケアマネに様子や支援方法を確認することもある。		
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	日々の様子や介護記録などから、現在の状態を把握するように努めている。毎月の会議だけでなく、日々の申し送りの中で変化に気づいたときは情報をチーム内で共有し、観察している。		
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	毎月のケース会議でケアの方針の確認、アセスメント、モニタリングをユニットごとで行っている。ヒアリングが可能であれば本人に聞き、家族や訪問看護等関係する方にも意見やアイデアを聞き介護計画を作成している。		
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	利用者の様子だけでなく、ケアの実施と結果気づきなどが一つのシートに記入できるようになっており、普段から記入している。情報は日々の申し送りや会議で共有し、必要に応じてケアや計画の見直しに活かしている。		
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	急な外食や外出への対応、インフォーマルな資源(高専の図書館利用等)、一人ひとりのニーズに合わせて対応や支援を行っている。		

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	公共施設や学校機関、商店などそれぞれの希望に合わせて利用させていただいている。		
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	ホームの協力医による往診がほとんどだが、希望により入居前より関わりのあるかかりつけ医への継続受診も可能としている。		
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	健康面に関する変化が見られる場合、専用のシートに変化と対応した場合の内容を記録し、訪問看護師にメールあるいは電話で報告している。緊急を要する場合はすぐに電話相談し、指示を受けて医療機関へ受診したり、訪問看護師による処置を受けている。		
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。	利用者が入院した場合は、なるべく当日中か遅くとも翌日にはホームでの生活状況を記した介護サマリーを担当者に渡している。退院後、訪問看護師で対応できる処置であればホームでの医療対応可を伝え、なるべく早期退院できるように情報を伝えたり確認するように努めている。		
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	入居時に重度化した場合における指針の説明と看取り方針についての説明を行っている。状態の変化に合わせて、看取りや重度化についての本人・家族の希望や方針の確認を行っている。運営推進会議の場で、年に1度看取りに関する内容の話し合いを取り入れ、地域の方とも看取りについての理解を促している。		
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	応急手当や対応マニュアルをユニットごとにおいている。避難訓練に合わせて初期対応の訓練を行っている。		
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	夜間・日中や地震を想定した訓練を2か月に1回程度の頻度で行っている。このうち1回は運営推進会議の中で行い、地域に協力の依頼を行っている。災害等によりホームが利用できなくなった場合の避難先として近隣の特養が福祉避難施設となっているので、日頃から何かあった場合の避難の協力依頼をしている。		

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
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	言葉づかい等気を付けるように指導をしている。利用者に関する申し送りや相談等は、本人だけでなく他の利用者にも聞こえないように場所を離れたり声を小さくするなどして配慮するようにしている。		
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現したり、自己決定できるように働きかけている	できるだけ何が希望なのかを聞いてそれに応えられるように対応している。耳が遠くても筆談等を使いながら、意思表示ができるようにしたり、表情や様子などからも希望をくみ取る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	食事時間は大体の目安はあるが、本人の希望に合わせて時間をずらして提供している。日中も一人ひとりのペースに合わせて活動や入浴等行っている。		
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	洋服や化粧などご自分でできる方は自由にしていたでいる。自分で行えなくなってきた方は、それまでの服装やおしゃれなどを参考に、職員が意向を確認しながら用意・対応している。		
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	準備から片付けまで一緒に参加していただいている。行事食やBBQ、郷土の食事などの提供の機会を作り、みんなで楽しみながら食事の準備を行っている。		
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	食事量やバランス、水分量を毎食ごとにチェックし記録を付けている。場合によっては訪問看護師に相談し、それぞれに合った食事水分の提供量や形態も変えて安全に食事がとれるように配慮している。認知能力やADLに合わせて、皿や箸、コップなども大きさ等考慮して対応している。		
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	毎食後口腔ケアの促しを勧めている。状況に合わせて声掛けや口腔ケアの対応も行っている。理解力の低下により口腔ケアを嫌がられる場合はマウスウォッシュを使用するなど状態に合わせて対応している。		

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	排泄パターンを確認し、改善が見込まれる場合は布パンツに切り替える、パットのサイズを見直すなど行い、自立に向けた支援を行っている。日中と夜間とで使用する種類等も変え、失敗による自信喪失につながらないように心掛けている。		
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	酵素ジュースや食事内容、体操など、なるべく薬に頼らないように努力している。		
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	介助が必要な場合は夕方17時までの間で好きな時間、好きな日に入れるように対応している。自立・見守り程度であれば、夜の入浴も対応している。入浴を嫌がる方については、声掛けを工夫するなどして衛生が保たれるように配慮している。		
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	消灯時間は特に設けていないため、それぞれの希望に合わせて就寝されている。寝つけない方などは入眠前に足浴を勧めたりホットミルク等を提供して眠りやすくなるような対応も行っている。		
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	毎月利用者が服薬している薬の確認や副作用等の確認を行っている。薬の変更があった場合は、その後症状に変化がないか確認するようにしている。		
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	これまでの生活歴等を参考にしながら、それぞれの楽しみや得意なことを日中の活動に取り入れるように努めている。また、日頃から散歩やドライブを積極的に取り入れ、気分転換が図れるように支援している。		
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	日中施設していないため、気が向いた時に外に出かけられるようになっており、その際は職員も一緒について出かけている。そうでなくても、日常的に散歩や買い物、ドライブなど外出の機会を多く設けている。		

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
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	お金の自己管理において問題のない場合は居室での管理を可としている。支障がある場合はホームでお預かりし、外出時や確認等の希望があるときにはすぐにご自分のお金を出せるようにしている。		
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	家族・友人等への電話希望があれば、ご自分でできる方は電話を掛けたり、職員が代わって対応したりしている。また、ご自分の携帯電話の持ち込みも可としている。手紙のやり取りも複数名行っている。書くことが苦痛となる場合は、職員が代筆することもある。		
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	清掃パートを配置し、常に清潔を保てるようにしている。季節に合わせた飾りを作り掲示したり、写真も掲示することで季節や現在を感じられる空間演出を行っている。		
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	テーブル席だけでなくソファ席等、1つの空間でもいくつかのコーナーを設け、仲の良い利用者同士で過ごせる場所をつくっている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	火を扱うものと利用者の胸より高い家具以外は基本的に持ち込み可としており、多くの方が自宅からなじみのタンスや道具などを持ち込まれ、過ごしやすい空間を作っている。		
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	トイレやお風呂などが分かるように案内板を付けたり、ご自分の居室が分かるようにアイテムや名札を付けてできるだけ一人でもわかって移動できるような工夫をしている。		

目標達成計画

作成日: 平成29年12月5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	34	急変時や事故発生時等の応急手当・初期対応に対して、職員の実践能力に差がある。	普通救命救急を全職員取得し、急変時や事故発生時に適切な手当・対応ができるようになる。	①消防署や社内で行われる普通救命救急講習に参加する ②講習会以外で応急手当・対応の確認を年2回行う ③急変時、事故発生時のマニュアルの見直しを行う	12ヶ月
2	10 16 19	ここ1～2年で利用者が半数近く入れ替わり、以前までみられた利用者の家族同士のつながりが希薄になってきた。また、職員もまだまだそれぞれの利用者の家族の把握が不十分である。	職員・家族との交流の機会を増やし、職員と家族、家族同士のつながりを構築して互いの信頼関係を強くする。	①家族参加型の行事を増やし、利用者・家族・職員の交流の機会をもつ ②家族だけの親睦会等の機会をつくり、家族側の悩みや不安、事業所への要望などを話し合う ③	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、行を挿入して下さい。