

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	1174200681		
法人名	悠馬エンタープライズ 有限会社		
事業所名	グループホーム ゆうゆう倶楽部		
所在地	埼玉県児玉郡神川町肥土220		
自己評価作成日	平成28年5月10日	評価結果市町村受理日	平成28年6月16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/11/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=1174200681-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市久下1702番地		
訪問調査日	平成28年5月25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)】

理念に基づき利用者様に寄り添うケアに力を入れている。ありがとうの言葉を大切にしている。

【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)】

当事業所は廻りが住宅や果樹園、田園に囲まれ、緑豊かで静かな環境にある2階建、2ユニットのグループホームである。「明るく 楽しく 賑やかに」「目配り 気配り 思いやり」を理念に掲げ、管理者と共に職員はその実践に向けた取り組みをしている。地域との関わりにも積極的で事業所への理解や関心をもって頂けるよう努めている。入居者が笑顔で会話をしており、職員同士が目配り等で気配りをしている姿等から入居者に寄り添った支援が伺える。前回の課題への改善に向け具体的な取り組みが行われ、地域への発信や集まりにも積極的に参加をする等、前向きな姿勢がみられている。

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)	○	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)	○	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	職員で理念を作成し、毎朝の申し送りやミーティング等で取り組む姿勢を確認しあっている。	入職時研修やケア会議に管理者から理念について話がされている。朝の申し送り時やミーティングの時に職員同士で振り返り確認し合っている。	
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	地域の行事や会議などに積極的に参加し、避難訓練時の協力や納涼祭時の騒音について近隣への配慮をしている。散歩に出かけた際には日常の挨拶や話かけをしている。地域のボランティアの受け入れもしている。	グループホーム両側の民家とは入居者、職員共に交流がある。地域の行事や会議等にも積極的に参加し、折に触れ地域住民との交流のお願いをしており、地域の草刈り等にも参加し交流に努めている。	
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	地域の集まりには積極的に出席するようにしており、地域の人々に地域で暮らし続けることの大切さを理解してもらえよう取り組んでいる。要請があれば認知症について認知症サポーター養成講座に出席し理解を求める。		
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	概ね2か月に一度の開催を目標に運営推進会議を開催している。利用者家族や地域の代表者からの意見をもらい、サービスに生かせるよう心がけている。	奇数月に年6回の開催を行っている。区長、包括支援センター担当者、地区住民に参加頂いているが、地域の住民は会議参加への認識と理解が薄く、対応に苦慮している。今後も会議への参加に向けて取り組んでいくことを心掛けている。	地区住民に参加への理解と関心をもって頂くために町内会の活動や行事に加え、ボランティアについてや外部評価の報告等、議題に変化を加えたりする等、意見の出やすい内容の検討が望まれる。
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	事業所で判断できない事、解らない事など、市町村担当者に相談している。主に包括支援センターとは密に連絡をとり相談し合っている。	市町村担当者や包括支援センターの担当者とは頻りに連絡を取り合い、良好な関係作りができています。管理者は包括支援センターの問い合わせにすぐ対応ができるよう協力をしている。	
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	住宅地の中にあり玄関先が通りの多い道路となっているので、離棟した際の安全を考え玄関には施錠を行っている。	玄関先が道路に面しており安全のため玄関の施錠をしている。家族には入居時に説明して了解を得ている。内部の研修では身体拘束をしないケアについて定期的な研修をし職員もそれを理解している。	
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	ケア会議の際に学ぶ機会を設け、虐待防止に注意を払っている。		

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	成年後見制度を活用されている利用者が現在はいる為、ケア会議などでどのような制度か話合っている。		
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	契約前には十分な時間を設け話し合う時間を作って貰う。契約の締結、解除の際にも話し合いの時間を設け、疑問点には全て答えるようにしている。		
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	施設内に意見箱を設置したり運営推進会議で要望の聞き取りを行っている。面会時に家族と話し合いを持ち、要望を聞き運営に反映させている。	玄関には意見箱を設置しているが直接話をすることが多い。話し難いことは意見箱の活用を呼び掛け、意見の吸い上げに努めている。連絡相談ノートの活用で情報の共有に努め、意見や要望への結果を家族に電話や手紙で伝えている。	
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	法人代表者や管理者と話しやすい雰囲気作りをしており、運営に対する意見の聴取を多くしている。	法人代表と管理者は毎日職員と接しており、話しやすい環境作りに気を配り、管理者は職員の働きやすい環境作りにも努め、運営に関する意見や提案等に対応し、反映している。	
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	勤務状況を把握しており、本人の希望に沿った形にしている。		
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	各自研修への参加に意欲を持ってもらえるように勧め資格取得の支援も行っている。		
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	法人内の交流や、医療機関主催の勉強会などで同業者と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	入所時に利用者・利用者家族から生活歴などの聞き取りを行い、安心して生活できる環境づくりを行っている。		
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	利用開始前より話を聞く機会を設け、本人のニーズなどの把握に努めている。		
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	利用者と利用者の家族が必要とするものへの支援を行っている。当施設のみでの対応が困難な事例では、他施設への移動も行っている。		
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	運営理念にあるように、家族のような関係作りを心がけている。		
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	適宜近況報告を行い、必要と思われれば一緒にの外出も促している。		
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	面会の制度を設けておらず、自由にしてもらうように家族へ促している。家族の希望があれば付添いや送迎も行う。	夜間でも面会ができるよう、面会時間の制限は無い。自宅への一時帰宅や家族との外食への送迎支援等も行っている。お墓参りに職員が同行したり、日常の会話で友人の話が出て、家族に協力いただき、面会に繋がったケースもある。	
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	利用者同士の良好な関係が構築でき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
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	サービス利用が終了しても、相談援助を受け付けている。再度入所の要望があれば可能である。		
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	入居時に思いや意向を聞いている。日々の関わりの中で、一人一人の言葉や表情、行動等から本人の思いや希望を把握するよう努めている。	入居時に家族から意向を確認し、入居者の希望、思い等は日々の関わりから汲み取り、毎日の申し送りノートや月一回のカンファレンス時に職員全員で共有に努めている。	
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	入居前のアセスメントで把握に努め、入所後も必要に応じて利用者や家族から聞き取りを行っている。		
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	毎日の状態を記録観察し、現状の把握に努め必要な介護を提供している。		
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	利用者や家族には、日頃の関わりの中での思いや意見を交わしている。その中で意見を集約して、できる限り自立支援型の介護計画に反映するようにしている。	家族の意向は電話や手紙、面会時にて確認し、ケース会議で職員皆で意見を出し合った上でケアマネジャーが自立支援を目標に現状に即した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	情報の共有を行い実践や介護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	本人、家族の状況に応じて、通院送迎等必要な支援を柔軟に対応している。		

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
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	協力は日常的にお願いしており、有事の際はご協力いただけるよう努めている。		
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	協力医療機関はあるが、入所時に利用者本人・利用者家族と話し合い希望に合う主治医を決定している。	入居以前からのかかりつけ医への受診支援を家族と連携しながら行っている。2週間に一度、協力医療機関の往診があり、状況に応じて歯科の往診もある。	
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	職場の看護師に24時間連絡を取れる体制を築いており、変化があった際や気づきなどの情報を共有する体制が出来ている。医療機関への受診が必要な際にも、指示を仰ぐことができる。		
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。	入院中は定期的に病棟へ行き、相談員や病棟スタッフに容体の把握をするようにしている。また、退院許可が出た場合は、速やかに戻れるよう対応している。		
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	契約時において、重度化・終末期に向けた指針を本人・家族に説明し同意を得ている。その後も、状態の変化などについて、主治医等と話し合いをしながら対応している。	家族の希望により訪問看護と連携してターミナルまでの支援を行っており、過去に看取りを行った経験もある。職員のメンタル面でのケアも行いながら重度化、終末期への対応指針を本人や家族に説明し、同意を得ながら主治医と話し合いながら対応している。	
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	急変は事故発生時に速やかに対応できるように、連絡先一覧を作成している。また、看護師には24時間連絡を取れる体制を構築しており指示を仰ぐことができる。		
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	夜間を想定した避難訓練を重要視し職員の緊急連絡網を作成、実施に努めている。地域との協力体制は十分ではないため、今後も協力が得られるように努力する。	年2回、避難訓練や通報訓練、夜間を想定した訓練を行っており、避難の方法等を身に付けている。地域の協力は必要なことを認識し、日頃より声掛け等に努めている。水や食料品等の備蓄もしている。	

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	一人一人の人格を尊重し、さりげない言葉かけや対応に配慮している。記録等の個人情報取り扱いに関しては、秘密保持の徹底を図るように努めている。	入居者の人格を尊重し、居室に入る時も必ず声掛けをしている。日頃からプライバシーを尊重し、入居者の心に寄り添うケアを目指して対応している。	
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	日常生活の様々な場面で、利用者を選んでもらうことを心掛けており、本人の意思を大切にしている。意志確認が困難な場合には、解り易い説明やジェスチャーなどで対応している。		
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	毎日の申し送りにおいて、一人一人の体調に配慮しながら今日一日をどのように過ごすか相談し、できるだけ希望に添えるよう支援している。		
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	カラーリングはスタッフがホームにて定期的におこない、家人が同伴の際は、以前の馴染みの店へ行くなど様々である。		
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	職員と利用者が、同じテーブルを囲み楽しく食事ができるように支援している。準備や片付けなども一緒に行うなど毎日様々である。	食事作りの準備や後片付けを入居者と一緒に行い、男性の入居者にはテーブル拭きやおしぼり配りをして頂いている。旬の食材を使うことを心掛け、好みにも配慮し行事食やおやつ作り等を楽しんで頂いている。	
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	好みの物を聞き、利用者の状態に適した食事(ご飯・粥、常食・刻み食・ミキサー食など)を提供している。また主治医より厳禁との物以外は希望に沿うよう支援している。		
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	一人一人の状態に応じ、口腔ケアの介助を行ったり義歯の消毒を行っている。総義歯の利用者にも化学的清掃法を活用している。		

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	排泄リズムを把握しトイレ誘導を行い、できるだけ残存機能を生かしオムツへの移行を防ぎ自立への支援を心がける。また本人への自尊心への考慮を図り、後処理はさりげなくおこなう。	チェック表を付けて排泄パターンを把握し、トイレ誘導を行っている。排泄の自立に向けそれぞれの方に合った支援を行い、オムツからリハビリパンツへと皆で取り組んでいる。	
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	排便促す方法(食事、運動、水分)など薬に依存しない排泄方法を実践している。また、本人に合わせて排泄コントロールをする。		
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	週2～3回の入浴日を設けているが、個々の希望により就寝前の入浴も可能である。	週2回の入浴を基本とし臨機応変に対応している。状況により就寝前の入浴にも対応し、拒否される方には辛抱強く環境を整える等の工夫を凝らした支援を行っている。入浴剤や季節の菖蒲湯等で楽しく入浴ができ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	日中は運動やレクリエーションを行い安眠できるよう支援している。		
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	処方されている薬はスタッフがいつでも確認できるよう利用者ごとにケースで管理し薬の変更に関しては薬剤師に相談している。		
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	掃除、下膳、洗濯物たたみ、外食、誕生会、季節の花見、ボランティアの来訪等で、役割や楽しみ事、気分転換などの支援を行っている。		
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	近隣への散歩、買い物、地域の祭り(藤祭り、コスモス祭り)などへ行く支援を行っている。外食には希望者を募り出かけている。	天気の良い日には近隣に散歩に出掛け、地域の人と挨拶を交わしたりしている。家族の希望による外食への送迎や買い物等の支援を行っている。	

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
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	ホーム内ではトラブルの原因になるので持たないよう協力してもらっているが、買い物やドライブなどの際は、実際にお金を使えるように支援している。		
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	家族や友人からホームの方へ自由に電話をかけていただいてご本人と会話していただいている。希望のある方は、ご家族に電話をしていただいている。		
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	玄関前の花壇には季節の花を、庭のデッキに設置したプランターにも花を植え季節感を取り入れるようにしている。室内は天井が高く吹き抜けで開放感がある。共用空間には、畳の間やソファを設置しており、居心地良く過ごせるよう配慮している。	玄関を入ると高い吹き抜けとなり開放感がある。窓からの採光も充分にあり、明るく、リビングには長いソファが置かれ、一段上がったコーナーでは入居者が横になりテレビを見たりしている。キッチン越しにリビングが見え、会話を楽しみながら食事の準備をしている。	
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	玄関や廊下、スペースのある場所には、椅子やソファを設置し、利用者の方が1人で過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげる様に工夫している。		
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	タンス・テレビ・小物等、愛用の馴染みのあるものを持ち込んでもらえるよう支援している。	使い慣れた物や家具等を自由に持ち込んで頂き、一人一人、その人らしい部屋となっている。安全で清潔に暮らせるよう、職員は部屋の整理整頓や清掃に気を配っている。	
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	「できること」「わかること」をケア会議で話し合い、職員全体が把握し自立した生活が送れるよう支援している		

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	4	地域住民に参加への理解と関心をもって頂くために町内会の活動や行事に加え、ボランティアについてや外部評価の報告等、議題に変化を加えたりする等、意見の出やすい内容の検討が望まれる。	年6回の運営推進会議の際に議題を設け、意見の出しやすい環境を作り、理解と協力を求めつつ情報交換や意見を出せるようにする。	運営推進会議の開催に合わせてテーマを決めて会議参加者と意見の交換を試みる。	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。