



### 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	1171100777		
法人名	ALSOK介護株式会社		
事業所名	グループホーム みんなの家・松伏		
所在地	埼玉県北葛飾郡松伏町築比地1437-1		
自己評価作成日	2023年10月20日	評価結果市町村受理日	

**【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)】**

<ul style="list-style-type: none"> <li>・非薬物的療法に基づくケアを中心に、個別ケアを出来る限り実施している。(精神薬、下剤の使用を極力使用をしない)</li> <li>・アロマセラピーやヨガの導入でリラックスできる時間や、空間を作り薬に頼らない日々を過ごして頂いている。</li> <li>・ご利用者様個々の時間を大切にしながらお過ごしいただいている。</li> </ul>
---

※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="https://kaigo.alsok.co.jp">https://kaigo.alsok.co.jp</a>
----------	---

**【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	2023年11月13日		

**【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)】**

<p>東武スカイツリーライン「せんげん台駅」よりバスを利用し「前原」バス停下車徒歩2分のところにある鉄筋平屋建ての2ユニットのグループホームである。職員の研修や会議を定期的に行い、介護技術や知識の向上に努めている。穏やかな職員が多く、利用者はリビングで過ごすことが多く、ALSOK介護独自の体操を毎日行い、健康管理に配慮している。夕方から15分程度行う「あんしんヨガ」では呼吸法により、気持ちが落ち着き良眠を促すようにしている。プログラムの配信により家族がホームの様子を見ることができ、喜ばれている。</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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、生き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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、戸外に行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	スタッフルームに掲示し、職員会議やカンファレンスなどでも話し合い共有している。	今の理念は現ホーム長が着任時に職員と話し合っ決めて。「笑顔でのふれあい、地域との交流を大切にする。入居者本位の生活を支援する」を理念に掲げ、支援にあたり、会議ごとに確認を行っている。	
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	ボランティア受け入れや地域ケア会議などへの参加も含め近隣事業所との交流もある。	面会や訪問の制限がなくなり、ボランティア受け入れや会議の再開により、地域との交流ができています。ボランティアでは中高生による演奏、よさこいなどを披露してくれた。今後もボランティアの受け入れを積極的に行っていく予定である。	
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	介護支援専門員連絡協議会などで「認知症の人」についての意見交換会などで参加し近隣事業所などへも発信している。		
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	近隣の居宅事業所の方や、地域包括支援センターの方も来所いただき行事や取組等への意見もいただき活かしている。	運営推進会議を5月から再開したが、参加者がいなかった為、書面開催となった。7月、9月は開催でき、オーナー、地域包括支援センター、居宅ケアマネジャー、社会福祉協議会、行政と多くの参加者があった。	運営推進会議に家族の参加ができていない。家族会があり、日程調整が困難と推察するが、家族が外部と話す機会でもある為、日程調整を工夫し、参加できることが望まれる。
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	介護認定審査会などへの参加を通して市町村担当者の方や近隣病院、医療従事者の方々へ取り組みをお伝えしブログを通して写真などでもご覧いただいている結果、ご相談も多くお寄せいただけるようになった。	行政には介護保険更新時や用事があるときに訪問しており、メールや電話でのやり取り、情報提供や報告等も行っている。会議等に参加することで行政と会う機会ができ、情報提供もまめに行うことができています。	
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「介護保険法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	身体拘束適正化委員会年4回 身体拘束適正化研修年2回実施をして職員全体周知をし、身体拘束の無いケアを実践している。	定期的な委員会、研修は本部から提供される資料をもとに行い、全職員の理解度を確認し、終了後は本社に報告もしている。研修に出られない人はパソコンより動画でいつでも確認することができている。	
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	高齢者虐待防止員会年3回 高齢者虐待防止研修年2回実施をして職員全体の周知と防止に努めている。		

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
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	事業所内研修や書面通達などで周知し、カンファレンスや会議などの場で話し合える機会がある。		
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	重要事項説明書などを用い説明し、ご理解を頂いている。		
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	運営推進会議・家族会等でご意見を賜り、記録に残し運営に反映できるようにしている。	家族の意見は面会や家族会の訪問時に聞いている。その他、電話や2カ月に1回発行の「ひとこと通信」の手紙で意見を聞いている。ほとんどが「今まで通り、感謝しています」との回答となっている。	
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	職員会議や、カンファレンス等で業務の改善や運営に関する意見を聴取し記録残し改善している。	職員の意見は会議などの機会に聞くことができる。その他、ホーム長から声をかけたり、職員から発言することがある。課題が出たら、職員で話し合い、解決に導いている。	
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	各自の目標設定に近づけるよう、資格手当に準ずる資格試験の勧奨と社内研修、外部研修を推奨している。		
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	研修を勧奨し、シフト調整も協力的に行っている。また、内外の研修の情報を提供している。		
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	他事業所のヘルプや交流などで、ケアに関しての知識のインプット、アウトプットを実施している。		

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
<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	入居前の実態調査時にご家族様やご本人様より聴取し、意向を中心としたケアを導入できるように努めている。		
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	契約前の実態調査などからアセスメントを行い、要望を出来る限り取り入れ入居後も不安を感じないような関係性を築いている。		
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	施設内のサービスだけではなく、近隣のイベント等に参加し閉塞的にならないように努めている。		
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	利用者様の生活の場である施設内での配慮とともにご本人様の望む生活を支援できるように、施設内の業務をお手伝いいただきながらともに関係性を築いている。		
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	支援に関するご相談や、変化を常に報告させていただき、ご本人様とご家族様が望む暮らしを実現できるように努めている。		
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	イベントなどで町内の老舗店舗より食材の購入をし、提供し回想法につながる支援に繋げている。面会もご家族了承のもと、ご友人も受け入れている。	家族や友人の訪問時には楽しく過ごせるよう場所の提供等の支援をしている。電話の対応も行っている。特産品であるくずもちを食べた懐かしい思い出がよみがえり、喜ばれたケースがあった。	
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	利用者様同士の交流が持てるように、常に職員が様子観察し、必要時には介入している。		

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	状態変化に伴い退去された方も受け入れ先のご案内と先方施設との連携により連絡を取っている。		
<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	(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	入居時のアセスメントから望む暮らしを実現できるように利用者様本人の自己決定を尊重している。	思いや意向は入居時と計画書の更新前に確認している。その他、日常生活の会話の中で聞くようにしている。困難な方は声かけをたくさん行い、反応を見たり、家族から情報を得て、職員間で話し合い、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	アセスメントなどで生活歴を調査し、望む暮らしを実現できるよう多くの情報を収集している。		
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	利用者様のペース、日々の状態に合わせて日常の日課を支援している。		
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	利用者様とご家族様の意向を中心に、新規ケアプランやケアプラン更新時にサービス担当者会議を行い、カンファレンス等で出た意見と整合性を保ち見直しを行っている。	計画書の期間は年間で6か月ごとの見直しを行い、更新を行っている。見直しの時はサービス担当者会議を開催している。メンバーはフロアスタッフ、家族であるが医師の居宅管理指導書を確認しながら話し合っている。	
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	日々の生活記録や申し送りを活用し、情報共有を行いカンファレンス等で内容の検討を行っている。		
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	利用者様個々の状態や、ご希望を出来るだけ反映できるように、個別ケアを実施している。		

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	地域ボランティアの受け入れや近隣市のボランティアの方の力をお借りして、活気ある生活を送れるように支援している。		
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	初回インフォームドコンセントより状態悪化の際のインフォームドコンセントに至るまで担当医師と担当クリニックの医療連携室と連携し、受診が必要な時はご家族様に報告している。	ホームへ月2回来る訪問診療医により、入居者の健康管理はできている。整形外科や眼科等他科の受診も家族対応で行っている。必要な情報提供は家族を通して行う事ができている。	
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	医療連携ノートを活用し、訪問看護師との情報共有、アドバイス等また往診担当クリニックの看護師による定期巡回なども活用し安定した医療を支援している。		
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。	入院先の医療連携室と連絡を取り、状況把握と必要な支援を施設側でも支援し、相談に努めている。		
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	重度化した場合、ご家族様に、担当医師よりインフォームドコンセントを行い今後の方針を話し合っている。また、お看取りを希望された場合はこの施設でできる事をお伝えし、了承いただきチームケアを実践している。	契約時に重度化した場合の説明をしている。利用者の状態変化により主治医から家族に話し、希望などを確認し、ホームでの看取りのケアに入ることもあるが、状態によりホームでのケアが困難な場合は、病院での対応になることも説明し、家族の理解を得ている。希望があれば他施設へ転居する支援も行っている。	
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	消防署の救命訓練を施設内で実施している。また、フローチャートを作成し迷う事無く対応できるように努めている。		
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	避難訓練を実施し、会議や研修などでも周知している。	今年度は6月に夜間想定火災訓練、7月に消防訓練、水害訓練、10月に地震を想定した訓練が行われた。避難訓練に地域の方の参加はないが、自治会長、オーナー、商店に声かけを行っている。	



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
<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	自己決定を尊重しご利用者様の自尊心を傷つけないケアをカンファレンスや会議などで話し合い実践している。	利用者への支援中、職員の声が大きくなってしまいうことがある為、その都度声の大きさや言葉遣いについてホーム長が注意している。トイレや更衣室は外部から見えないようにカーテンを利用し、プライバシーに配慮している。	
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	午前中のお茶の提供時のオーダー制をはじめとし、自己決定できる機会を提供している。		
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	その日の天気や、ご利用者様の状態に合わせて提供するレクリエーションや支援を話し合い提供している。		
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	モーニングケア時より着衣の選択や入浴後のスキンケアに関しても自由に選択していただき支援している。		
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	食事のメニューを確認し、食事の準備(トレーに箸やスプーンを並べる)食器の後片付けなども楽しみながらお手伝いをいただいている。	食事の準備、片付けができる利用者には手伝っていただくことが日課となっている。メニューを毎回知らせることにより、食事に興味を持っていただけるようになった。手づくりおやつは、好きなものをリクエストいただき、対応しているので人気である。	
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	ご利用者様個々の趣向等で水分摂取の補足を行ったり、主食の量や玄米提供、食事形態の工夫などで摂取出来るよう支援している。		
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	義歯や残歯の状態を周知して、毎食後の口腔ケアを行っている。		

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	歩行が困難な方も、立位可能であればトイレへご案内しトイレでの排泄介助を行っている。	トイレでの排泄を基本として支援している。オムツ利用が1名、他は利用者の状態に合わせ、リハビリパンツやパットを使用している。介助も利用者に合わせ、見守り、一部介助、全介助を行っている。	
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	出来るだけ下剤を使用しないケアを主として、ご利用者様個々の趣向を鑑み水分提供の工夫と食事での主食を玄米配合(ご家族ご協力のもと)で提供をしている。		
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	天気や、気温に左右されやすい方は曜日を定めずにお声掛けをし入浴していただき、何種類かの入浴剤を準備している。	拒否される方も風呂上りはさっぱり、気分よく入浴していただいている。入浴の声かけで気が乗らない場合は時間をずらす、職員を変える等に対応している。無理強いせず、次の日になることもある。数種類の入浴剤を選んでいただき、楽しみとなっている。	
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	食後休みや、レクリエーションの合間に休息が取れるような時間を設けており、就寝前にはアロマオイルを使用した「お休み前のヨガ」を実施している。		
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	既往に関する服薬は、カンファレンス等で周知している、症状の変化などは往診医、医療連携看護師と情報共有し内服薬の変更など適宜実施している。		
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	ご利用者様個々の好みに合わせたレクリエーションの提供とお手伝いなどの役割分担、外出などの気分転換を図っている。		
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	季節の花を観に散策したり、近隣の店舗への買い物同行、ご家族協力の外出支援なども実施している。	散歩は近くを廻っているが、桜、花桃、あやめ、モクレン等、季節の花を見る事ができる環境がある。近隣にカフェがあり、ギターでの野外コンサートを見学することができた。家族との外出は病院だけでなく自宅へ行ったり、食事などを楽しんでいる。	



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
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	近隣店舗への外出支援を実施している。		
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	個人携帯をお持ちの方には電話使用時の支援をお手紙投函などの支援も実施している。		
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	芳香剤などは置かず消臭が必要な時にはハッカ油を使用して消臭し、過度な芳香はさせないように努め、安心できる空間を提供している。	玄関、フロアに窓があり、明るく、2ユニットがパーテーションで区切られ、イベント時は外して広く楽しむことができる。温度・湿度はエアコンや加湿器で温度計を見ながら調整している。壁や居室前にはブドウやクリスマス飾りが飾られ、季節感があつた。消臭をかねてハッカ油やアロマを使用している。	
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	フロアでの席も個々の個性と関係性を鑑みて配置しており、適宜見直し大きな混乱を招かないように配慮している。		
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	ご利用者様が使用していた枕や、掛け布団、毛布など馴染みのある日用品を安全に配慮し居室に置いている。	備え付けのベッドや寝具はあるが、使い慣れた毛布等を持ち込み、眠りやすく安心できる環境にしている。その他、仏壇や写真などが置かれていた。危険の無いよう注意しながら、好きなものを持ち込むことができている。	
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	共用部が視覚的にわかるように配慮し、出来る限りご自身の判断が出来るようにしている。		

### 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	地域の役場関係は土日祭日が公休となっており、ご家族様の案内を平日設定で送付したところ、ご出席が無かった、また運営推進会議を別日設定(土日)で家族会と同日にしたところ数名は出席されたが役場関係の方は出席が難しい為、同日に参加は難しいかと思われる。	役場関係の方、ご家族の双方の日程を調整する。	日程調整のための事前の聴取とお願いをしていく。(役場・ご家族双方)	3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、行を挿入して下さい。