

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	1191200086		
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・三郷2		
所在地	埼玉県三郷市泉 1-23-7		
自己評価作成日	令和1年9月2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)】

全てのご利用者様お一人おひとりを尊重し安心して落ち着いた生活が出来るような支援を心がけています。事業所目標でもある、心身共に充実し自分らしく生活が出来るよう、健康面、またその方の生活歴から必要としている事を見極め職員全員で情報を共有しています。また、ご利用者様が家族と共に楽しい時間が過ごせるよう、レクリエーションにご家族様が気軽に参加できるよう工夫しています。地域との交流も積極的に行い、地域のイベントや自治会、行政の行事等に参加しホームのアピールに繋げています。ご家族様、地域の方々が気軽に集える愛されるグループホームを目指して参ります。

※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.kaigokennsaku.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシステムズ		
所在地	東京都千代田区麴町1-5-4-712		
訪問調査日	令和1年11月4日		

ホーム長を中心にホーム一丸となって利用者支援に取り組んでいる様子が確認できている。法人は地域において多くのグループホームを運営していることを踏まえ、ホームの運営に関する基本事項を統一している。法人としての指針をはじめ、書類作成やファイリングなど、決められたルールに沿って適切になされていることが確認できている。また、職員のレベラアップを図ることを目的に、会議や委員会をホーム寧研修として活用したり、日常的に管理職が支持指導に力を入れたりしている。結果として、職員の定着率も高く、安定した運営に繋がっていることが見受けられた。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、生き活きと働いている (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している (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
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	法人や事業所の理念においては事業所内に掲示しており、会議等で全職員が確認し実践に繋げている。	事業所理念と年間目標を職員室に掲げている。「利用者の人生の歴史を大切に新たな感動を」を理念としており、利用者のそれまでの暮らしを全職員で理解し支援に反映させることに繋げている。	
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	自治会に加入し地域の行事等に積極的に参加し、交流を深めている。またホームのイベントを掲示板や回覧版を使ってお知らせしている。	町会の清掃活動には職員2名が必ず参加し、地域ボランティアも定期的に受け入れている。町会の祭り、ハロウィンやホームの祭りには子どもたちにお菓子を配ったり写真撮ったりなどの地域交流を定着させている。	
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	ホームの行事等に参加して頂き認知症の方々への理解を深められるようにしている。		
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	定期的に運営推進会議を開催し、事業所の取り組みや状況、事故、日常の様子等を報告すると共にご意見や要望を聴き今後のサービスに活かしている。	土曜日開催を定例にしており、市の担当課には年内予定表を事前に提出し、担当者の出席を促している。家族や本部健康増進課も出席し、活発な意見交換が行われていることが議事録から確認できる。	さらに、利用者に還元できる地域情報を収集するためには、町会やボランティアの出席も望まれる。
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	運営推進会議に長寿いきがい課、地域包括支援センターの担当者が出席して下さり情報共有している。また、長寿いきがい課、福祉課への訪問をとおして協力関係を築くよう努めている。	運営推進会議を通じて市の担当課とコミュニケーションを図ったり、地域包括の事例会議やケアマネ会議に出席したりして、協力関係を築くように取り組んでいる。	
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	毎月、身体拘束委員会を開催し、全職員で身体拘束をしないケアを実践している。	定例の委員会では事例をもとに職員間で学び合い、年2回は法人本部からの資料を配布して研修を行ったりして、職員への注意喚起を促している。不参加の場合は会議録を確認し全体への周知に取り組んでいる。	
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	虐待防止委員会を毎月開催し、虐待についての話し合いをし全職員で虐待防止に努めている。		

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	行政や社内で開催される研修を通じて学ぶ機会があり、その内容は職員会議等で職員への周知を図っている。		
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	契約の際は重要事項説明書について十分な説明を行いご理解、ご納得頂けるよう取り組んでいる。		
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	ご面会の際や、ケアプラン更新時にご家族様からのご要望、ご意見を取り入れるようにしている。	面会時の家族意見は家族ノートに記入している。ホーム長の不在時にはホーム長ノートに記入し対応できるようにしている。定期的な家族会への参加者は多く、家族の意見を運営に反映できるように取り組んでいる。	
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	定期的にヒアリングの機会を設けたり、職員会議・フロア会議等で直接意見や提案を聞くようにしている。	個人面談、職員会議はもとより、ホーム長は日頃より各ユニットをラウンドすることに努めており、積極的に職員とコミュニケーションを図ることに取り組んでいる。多くの職員意見を運営に反映できるようにしている。	
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	職員個々の努力、業績を把握し各自が向上心を持って働けるような職場環境の整備に努めている。		
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	定期的な社内研修に参加できる機会があり、外部の研修にも参加できるようになっている。		
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	系列事業所に於いては研修時、事業所長会議等で交流を深めており、地域の同業者とも情報交換をできる研修等に参加している。		

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
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	ご入居に当たって、管理者や計画作成担当者がご本人様の要望を確認し、暫定ケアプランに反映させている。		
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	入居後ご家族様、ご本人様と出来るだけお話しさせて頂く機会を作り信頼関係を築けるよう努めている。		
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	直接ご本人にお会いしたり、ご家族様よりの情報をもとにどのようなサービスが適切であるかを考え支援できるよう努めている。		
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	ご本人様が長年培ってこられた生活環境を活かし、ご負担にならない範囲内で一緒に行うように取り組んでいる。		
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	ご家族様、職員が情報を共有し、共に利用者を支えていけるように関係を築いている。		
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	ご友人、知人の面会については事前にご家族より連絡があれば可能であり、家族との外出等関係性が途切れないよう支援している。	知人、友人の訪問や家族と墓参りや外食に出掛けたり、不穏な時にはホームの電話で家族や友人に連絡するなどの支援を行い馴染みの関係が途切れないように努めている。	
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	職員全員が、利用者同士の関係性を把握し、日々の活動を通じ円滑な関係を構築出来る様努めている。		

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	退居後も転居先の施設に面会に伺わせて頂いたり、季節ごとの挨拶をさせて頂ける様努めている。		
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	日々の何気ない会話や行動等から、ご本人の希望や意向を把握し状況に応じてケアプランの見直しを行い、より良いサービスの提供が出来る様努めている。	日常的な関わりをはじめ、フロア会議では利用者や家族の意向を支援に反映できるように取り組んでいる。家族に記載してもらった意向記入表も参考にしている。必要に応じてアセスメントの加筆訂正に繋げている。	
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	ご本人様やご家族様から生活歴等の情報を出来るだけ収集しサービスの向上に努めている。		
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	日々の生活記録やバイタル表、申し送り等で利用者様の様子を把握し職員全員で情報共有する様努めている。		
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	介護計画作成に於いてはご本人様、ご家族様のご意向を伺い居室担当者、計画作成担当者フロアスタッフを交えカンファレンスを行い一人ひとりに合ったケアプランを作成している。	介護計画は、計画担当、フロア長、ホーム長などが出席するフロア会議において合議によって作成している。また、法人のルールに沿って、計画担当者は3か月ごとにモニタリングを行い計画の達成状況を確認している。	
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	生活記録や申し送り等を活用し、日々の変化と気づきの情報を共有し介護計画の見直しを行いより良いサービスの提供に心掛けている。		
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	ご本人様やご家族様の要望に応じ、マッサージやセラピー等個別に対応出来るよう取り組んでいる。		

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
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	地域の人々やボランティアを招き、豊かな生活が送れるような環境作りに努めている。		
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支援している	往診医や、かかりつけ医と協力しながら適切な医療を受けられるよう支援している。	内科や歯科の定期来訪(月2回)をはじめ、訪問看護の健康相談、歯科衛生士による口腔ケアなどによつての健康管理に取り組んでいる。家族へは毎月の「一言通信」や居宅療養管理指導報告書によつて報告している。	
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支援している	医療連携看護師が週に1度訪問した際に、情報や変化を伝え、健康維持管理に努めている。		
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。	入退院時共にご家族、医療機関との情報交換に努めている。退院時には状況把握し入院前の生活に戻れるよう支援している。		
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	重度化した場合の対応に係る指針については、入居時にご家族様に説明し了承を頂いている。状況に応じご家族、連携医と相談し対応出来るよう取り組んでいる。	契約時には終末期の対応などの事業所の方針を伝えている。ホームでは看取り介護に取り組んでおり、必要に応じて家族と医師との面談を実施して理解を促し、適切に終末期の対応ができるようにしている。	
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	急変時や事故発生時にマニュアルを会議等で確認し全職員が対応出来るよう備えている。		
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	年2回の火災を想定した訓練の他に水害を想定した訓練を行なっている。地域の消防署の立会いでご指導、助言を頂き次の訓練に生かすよう努めている。地域との協力体制が築けるよう努力している。	夜間も想定した避難訓練を定期的に行っており、職員への注意喚起を促している。水害などの際には階上へ避難することを取り決めている。災害時の非常食(カレー、ビスケット等)、職員用のヘルメットも用意している。	

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	ご利用者様一人ひとりの人格や個性を尊重し、プライバシーに配慮した対応を心掛けている。	入浴や排泄などの支援では同性介助に取り組んだり、居室のドアは閉めたりしてプライバシーに配慮している。外部評価の家族アンケートの自由意見では職員の対応の良さなど感謝の言葉が多く聞かれた。	
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	日常生活の中でご利用者様一人ひとりに合わせた言葉掛けをしている。出来る限りご本人の希望や思いをお聴きし自己決定出来るよう働きかけている。		
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	ご利用者様の生活サイクルやペースを大事にしご本人の意志を尊重した生活が出来る様支援している。		
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	2ヶ月に1度、訪問理美容があり、ご本人の希望の髪型やカラーリングが出来る様にしている。洋服もご本人の好みを尊重しながら声をかけ支援している。		
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	出来る限り、下膳や後片付け等ご利用者様と行なえるよう努めている。又、季節の食材を取り入れた献立や、おやつ作り等を企画し楽しんで頂ける様支援している。	食事作りは外注しており、職員がその時間帯を個別支援に関われるようにしている。ただし、下膳や片付けを手伝ってもらったり、食事レクとしてゼリーなどのおやつ作りと一緒にできるようにしている。	
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	各利用者様の身体状況に合わせた食事形態に配慮している。水分量や食事量を毎回記録し状況の変化等にも柔軟に対応している。		
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	毎食後、必ず全員の口腔ケアを実施し、その方に合わせたケアを行なっている。又、定期的に歯科医、衛生士が訪問し口腔内の状態を確認し清潔維持に努めている。		

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
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	排泄チェック表を活用し、各々の排泄パターンを把握し出来る限りトイレにて排泄が出来る様支援を行なっている。	一人ひとりの排泄パターンは排泄チェック票に記録し、職員全員で共有している。時間ごとの声かけ誘導を行いながら、できる限りトイレでの排泄を促している。必要に応じて下剤での排便コントロールにも取り組んでいる。	
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	排便の有無を毎日確認し、個々に応じた予防に努めている。必要に応じ医師の指示の下、服薬コントロールをしている。		
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	入浴時間や入浴の仕方はご本人の意見に出来る限り沿えるよう努めている。	心身状況をはじめ入浴時間などではできる限り意向に沿って対応することになっている。同性介助に取り組んだり、入浴拒否については時間帯や声掛けの担当者を変更したりして、できる限り入浴してもらえるようにしている。	
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	日中の活動を促し、安眠出来る様支援している。又、各々の状況や体調を考慮し休息を取れるように配慮している。		
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	常に職員が確認する事が出来る様に薬表を用意している。変化があった場合などは医療関係者との連絡を速やかに行い、対応出来るように努めている。		
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	ご本人やご家族からお聞きした生活歴からその人にあつた役割を見つけ、その役割の中で気分転換が出来るような環境作りに努めている。		
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	出来る限り、ご希望に沿えるよう外出や散歩の支援を行なっている。時には全員で駐車場に椅子とテーブルを出し外気浴をしたり、近所のスーパー等にも買い物に出かけている。	天気や体調を考慮しながら、近隣への散歩に出かけている。特に近隣の住宅展示場には車椅子の利用者6名を含めて、ほぼ毎日の日課としている。また、家族の面会の折には、散歩、外食なども推奨しており、一緒に楽しんでもらえるようにしている。	

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
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	現在「立替金システム」を導入しており、管理していない。		
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	ご希望の際は、ご家族に電話をかけることが出来る様支援している。手紙のやり取りもその都度支援している。		
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	共用スペースは、音や明るさに配慮し、壁飾り等も季節を感じられるよう努めている。	共有スペースは清潔で整理整頓されており、利用者が安全に暮らせる空間となっている。季節の花を飾ったり、壁面には利用者の作品やイベントの写真なども掲示して、回想できる環境作りに取り組んでいる。	
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	フロアには、ソファやテレビを設置しており、自由にお使い頂いている。ご利用者様同士で思い思いに過ごせる居心地の良い環境作りに努めている。		
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	ご本人にとって馴染みの物を持参して頂き、居心地の良い環境作りに努めている。	自宅での馴染みの品やアルバムなどを持参し、安全に快適に過ごせるような工夫をしている。掃除は職員が行い清潔に保たれている。ただし、安全の確保から、火器、刃物、生菓子などの持ち込みは禁止している。	
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	一人ひとりの残存能力を活かし、目的のある暮らしが出来る様、バリアフリー、手摺の設置など安全面に配慮したものになっている。		



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	4	運営推進会議において、町会・ボランティア等の参加がなく、利用者に還元出来る情報収集が少ない。	地域の情報は、回覧等で確認してはいるが、利用者に還元できる情報を更に収集する事で、利用者と地域住民との交流を深める。	町会等のイベントに参加した際に、情報を頂いたり、近隣住民と積極的に情報交換をしていく。地域に住所がある職員とも協力し、ホーム全体で取り組んでいく。	6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。