

平成24年度

## 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	1472800349	事業の開始年月日	平成13年1月1日	
		指定年月日	平成13年1月1日	
法人名	有限会社あかつき			
事業所名	グループホーム あかつき			
所在地	( 257-0031 ) 神奈川県秦野市曾屋 555-1			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成25年1月22日	評価結果 市町村受理日	平成25年4月5日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;IiyosyoCd=1472800349-00&amp;PrefCd=14&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.jp/14/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;IiyosyoCd=1472800349-00&amp;PrefCd=14&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

### 【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)】

ひとつ屋根の下、利用者様とスタッフが家族の様な関係を築き、毎日ゆとりのある時間の中で協力しながら生活しています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年2月6日	評価機関 評価決定日	平成25年3月26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)】

「グループホームあかつき」は平成12年市内戸川地区にて開設。その後、利用者の安全性と建物の老朽化等を考慮し、現在の神奈中バス・高砂車庫より徒歩10分の所に移転し、ほぼ1年が経過したところです。法人代表自らが資格を取り常勤職員として支援作業に従事しています。介護理念と行動指針は運営者本人が策定し、職員にも浸透しています。

<優れている点>

利用者中心の介護理念が実践され、利用者・家族は全員満足しています。福祉に関心の深い運営法人の代表者自らが作成した6項目の介護理念に基づく具体的な行動指針は職員に浸透しています。行動指針には虐待に関する禁止行為として22項目が明示され、実践しています。職員は利用者に寄り添い利用者の声に耳を傾けています。希望や要望に迅速に対応していて、利用者の満足につながっています。また、家族アンケートの回収も全員からと高く、家族もサービスの内容に関心があり、満足していることが伺われます。

<工夫点>

移転後の新しい地域社会との交流に一步一步工夫して前進してしています。地域の自治会や運営推進会議のメンバーが大幅に変更されましたが、運営者、管理者の努力により運営推進会議は2ヶ月ごと定期的開催され、新しい地域との交流が進んでいます。地域の高齢者クラブの代表から「認知症」に関する講演を要請される等交流努力の効果が表れています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム あかつき
ユニット名	

V アウトカム項目			
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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
66	職員は、活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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	利用者主体とした理念を作り実践している。	6項目の介護理念と実践に向けた行動指針を玄関、職員休憩室、台所に掲示している他、ケア会議等でも話し合い浸透させています。今回移転を契機に担当グループ制を導入し、より利用者に寄り添った支援に力を入れている事としています。	
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	日々の外出時にご近所の所より声を掛けて頂いたりと交流している。	新しい自治会に参加し、地域社会との連携構築に努めています。地区の自治会長や高齢者クラブの会長が運営推進会議のメンバーである事もあり、高齢者クラブで認知症に関する講演を依頼されるなど地域との連携努力が効果を上げています。	
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	運営推進会議等で行っている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	ホームの状況を細かく報告、説明をし、意見・要望があれば、サービス向上の元として活かしている。	運営推進会議は2ヶ月毎に定例として開催しています。メンバーの行政関係者2名と地域代表者2名の委員からは、災害時における避難場所の指定やターミナルケアに関する質問など前向きな助言・質問をもらい、早速運営に反映しています。	
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組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	月に1度は市の担当課へ行き報告や相談、助言等を行っている。	市役所の担当窓口とは極力機会を作って情報交換をしています。運営推進会議の開催のお知らせや議事録の送付、利用者状況の報告等の際には直接持参しています。また、市が主催する集団指導会には積極的に参加し情報交換の機会を作っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	身体拘束をしないケア等、話し合い、取り組んでいたりと、手引き等の回覧をいつでも出来る様にしている。	全職員対象の研修会の時間を設けており自己点検シートにて研鑽しています。行動指針には虐待・拘束に関する禁止行為として、1 身体 2 言葉・心理的 3 性的 4 介護放棄（ネグレクト） 5 経済的に亘り、2 2 項目の禁止行為を記載しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待防止について話す機会があり、自己点検シートを各自で行い防止に努めている。		
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	研修等に参加し、研修報告を行っている。		
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	見学や契約時に十分に説明を行っている。		
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並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	面会時に意見・要望を聞いている。利用者の報告等、常に連絡を行っている。	面会時など職員が本人・家族と接する機会に意見・要望を聞く様努めています。要望等は連絡ノートに記入し、ケア会議で検討しています。平成25年1月からグループ担当制を導入し利用者・家族の意見・要望の収集体制と責任体制を充実させています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	月に1度、ケア会議を行い、日々常に職員の意見を聴いている。	職員意見はケア会議や朝夕の引き継ぎ時に収集する様にしています。定期的・随時の職員懇親会でも改善意見は提案されています。職員意見の反映で、夜間の監視カメラの設置や職員休憩室に設置したサマーベットの購入などの例があります。	
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	職員の動きを把握し、働きやすい環境を作る努力をしている。		
13		○職員を育てる取組み 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	市町村や県グループ協議会主催の研修、セミナーへ積極的に参加し各々の知識の向上に努めている。		
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つくり、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組みをしている	同業者の集まりに参加し、情報交換等を行っている。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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	家族・本人より情報を聞き支援に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	家族より意見・要望を聞き交流を図り、関係を築いている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人、又は家族より情報を集め必要とされる支援の対応に努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	利用者主体を第一に、張りのある生活を心掛けている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族・本人の意向を尊重し本人と共に支える関係を築いている。		
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	馴染みの方が面会に来たり、家族と話し合い何時でも面会、外泊等が出来る支援を行っている。	家族に対しては四半期ごとに「あかつき便り」を発行し、利用者に関する出来事の模様（誕生会、避難訓練、外食、お花見物等など）を伝えています。利用者を訪ねてきた方への配慮や手紙に対する返事は大事にし、返信の作成支援をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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把握し、座席の配置等、配慮し支援をしている。		
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	退去後も連絡を取り、関係を築いている。		
<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。	1人1人の意向を把握し配慮している。が、困難な場合は家族と話し合い、支援している。	日常生活の中で利用者とのコミュニケーションを深め、直接表現できない内面的な思いの把握に努めています。今後は、職員グループ（2～3名）による利用者（3名）の担当制の採用により、更に利用者の思いの把握と実現を目指しています。	
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	さりげに会話からの情報を大切にシケアに活かせる様努めている。		
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	細かな心身状態を把握し、個々のペースで過ごし、自身の出来る事を、見守りや促しをしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ケア会議にて、見直しやモニタリングを行い、職員の意見・気付き等を参考にプランを作成している。	利用者や家族の意向に沿い主治医の意見も参考に、ケアマネージャーを中心にアセスメントを実施し、サービス計画書を作成しています。ケア会議にて確認し職員と共有しています。時期を見てモニタリングをし、1年を目途に見直しをしています。	
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	日報・職員連絡ノートで情報を共有している。		
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	日々の生活内からの気づきや、面会や連絡時の家族との会話内よりサービスや支援を行っている。		
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	利用者が安心して地域での暮らしが続けられる様、自治会長さん等との意見交換をしている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	利用者や家族が希望するかかりつけ医の受診が出来る環境がある。ホーム主治医とも連携し支援している。	入居前のかかりつけ医か提携医かは利用者の意向で選択しています。提携医以外の受診は原則家族ですが、必要に応じて職員が対応しています。医療情報は必ず家族に連絡し共有しています。次年度より24時間対応医療連携体制を整える予定です。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護職員は在籍していないが、主治医との報告・連絡・相談を密にし対応している。		
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、また、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。又は、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。	家族をふまえて病院関係者との情報交換を行っている。		
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	本人の病状・状態により、家族・主治医と共に協議して、本人にとって一番適する対応を行う様努めている。	本人・家族からの要望があれば看取りも対応できるよう、来年度には24時間医療連携体制が整う予定です。今後は、利用者・家族への説明や職員研修など、体制のさらなる整備を整備する方針です。	
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	応急手当や初期対応の手順を常に職員の目の届く所へ貼り、ケア会議等で話し合う機会がある		
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回ホーム内で避難訓練を行い、消防署への訓練報告を行っている。	年2回の利用者参加の避難訓練では、防災機器会社に機器の使い方や水消火器による消火訓練の指導を受けています。スプリンクラーや火災報知器などを装備しています。また、3日分の非常食と夜間給湯器で水を備蓄しています。	様々な想定訓練を実施していますが、今後は、夜間の災害に備えて夜間想定訓練も必要かと思われます。また、地域の協力体制の構築に向けてのさらなる働きかけが期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	利用者1人1人の人格と個別の希望を尊重し支援している。	行動指針や自己点検シートを用い、職員は利用者の人権を傷つける行為とはどのようなことであるかを自己確認しています。職員は利用者を尊重することをよく理解しており、お互いに気を付け合う関係ができています。	
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	個々が自由に自己表出が出来る環境を作っている。		
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	個々のペース、希望に合わせて支援している。		
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	個々で自立、自己決定の元支援しているが、介助の必要な方は状況に応じて支援している。		
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	準備・配膳・下膳・後片付けの手伝いを利用者同士得意な事を分担し行っている。	日常会話の中から利用者の好みや希望を聞き、献立に反映しています。小鉢を付けて品数を多くし、苦手な食材があっても食べられるよう配慮しています。利用者は下準備や調理、配膳など、できる範囲で手伝っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	家族的な料理で栄養摂取し、食事外でも、随時水分補給を行っている。		
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	個々に応じた口腔ケアを食後に行っている。		
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向けた支援を行っている	排泄チェック表があり、個々の状態に応じた支援している。	排泄チェック表で排泄リズムを把握し、時間や仕草からさり気なく声をかけています。誘導、必要に応じた介助を行い、トイレで排泄するよう促しています。失敗を減らすために朝夕の引き継ぎを密にし、夜間も基本的には時間でトイレ誘導しています。	
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	植物繊維を取り入れた食事の提供、水分補給、散歩等の運動を行い予防している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	時間や曜日は決まっているが、自己決定を尊重し、入浴支援を行っている。	原則は週3回の午後ですが、希望があった場合は職員体制により随時対応しています。また、希望があれば同性介助にも応じています。利用者は、職員とゆっくりとおしゃべりしたり、一緒に歌ったりして入浴を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	個々の余暇を尊重し休息をし、安眠出来る様、生活リズムを整える様、心掛けている。		
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	服薬の内容を把握し、主治医の指示に従い支援している。		
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	散歩・レクリエーション等、個々の意見や出来る事を把握し支援している。		
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。また、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	散歩やドライブ・外食、季節に合わせた行事を行い支援している。	晴れていれば毎日近隣の散歩に出かけています。また、利用者の希望があれば、花見や紅葉、ドライブなどにもすぐに出かけています。個別の外出としては、理美容院や買い物などにも対応しています。	
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	職員管理の元、個々の財布を所持し、買い物出来る環境を作っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の意思を尊重し支援している。		
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	写真や個々で作った物を展示したり、季節に合った装飾をしている。	明るく、広々とした共有空間には、季節に合わせた利用者の作品が飾られています。集団から離れてくつろぎたい利用者のために、大山や丹沢が臨める玄関に椅子を置くなど、一人ひとりが居心地良く過ごせるよう配慮しています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	自席があり、利用者同士で席を移動し、思い思いに過ごしている。		
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	本人の馴染みの物、使い慣れた物を取り入れ、個々に応じて心地よく過ごせる様配慮している。	居室は、畳かフローリングかを選択することができ、利用者一人ひとりの好みに合わせた空間づくりがされています。壁に好みの絵を飾ったり、仏壇や使い慣れた馴染みの家具が置かれ、居心地良く過ごせるよう工夫されています。	
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」や「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	転倒等が予測される箇所への手すりの配置、居室扉の表札、目印等を付け自立支援につなげている。		

### 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		災害時等における地域との協力体制の構築。	地域の方々との関係をより深められ、気軽にホームへ立ち寄る事や、行事等にも参加出来る様、色々な接点から積極的にホームをアピールして行く。	祭事時に当ホームの駐車場を参加者・御神輿の休憩場所として提供させて頂く予定がある為、今後その様な時に地域の方々にホームに馴染んでもらい、行く行くは避難訓練等に参加して頂き、実際の災害時にも協力して頂ける様な関係の構築を目指す。	1 2ヶ月
2		QOLの更なる向上。	利用者様一人一人の充足感・満足感を満たし、ホーム生活の上で不満や不便さを常に解消していく様に努める。	担当スタッフを中心に利用者様一人一人にとって何を必要としているのか、どのような対応を望んでいるのかを本人の立場になり考え、スタッフ全員が思いを共有し随時、適切且つ思いやりのある対応をし、利用者様のQOLが更に向上出来る様、常に考えて行動する。	1 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。