（別紙4）　平成　30　年度

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	1174800480		
法人名	有限会社　啓愛の里		
事業所名	さくら		
所在地	埼玉県秩父郡小鹿野町般若８２１		
自己評価作成日	平成31年3月29日	評価結果市町村受理日	令和元年5月9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.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do

【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　ケアマネージメントサポートセンター
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号
訪問調査日	平成31年4月18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）】

運営理念を念頭に置き、入居者一人ひとりのペースに合わせた活動や生活を心掛け、職員同士が協力し合い助け合っている。入居者の立場に立った物の考え方、声掛けなどをし、その日その日の業務の中で日々向上に努めている。誤嚥をおこす方が多くなってきており、食事の形態、声掛けの工夫など行い、食事に時間をかけている。入院して重度になった方も再度受け入れができるように職員の話し合いの場を多くしている。事故のない日々の業務を職員全体で取り組んでいる。集いの場を設け、気軽に集まっている。

【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）】

・利用者一人ひとりが何を求めているかを汲み取り、起きた事や行った事などの情報の共有に遅れが生じないように職員と管理者及び利用者家族とのコミュニケーションが深められると共に、「見守りネットワーク」にも参加され、支援を必要とする人の相談窓口となるなど連携が図られている。
・運営推進会議では、公的と民間の多方面からの参加を得て定期的に開催され、事業所の状況報告や催しだけでなく、情報や季節の注意事項を共有できる場ともなっている。
・目標達成計画については、終末期ケアの事前確認書、同意書、医療連携体制の指針が作成され、最適な選択が行える支援が行われていること、年2回の避難訓練が行われ、役割分担や優先順位、ハザードマップの確認と対応マニュアルが作成されていることから、目標が達成されている。

Ⅴ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
66	職員は、活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
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. ほとんどできていない

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	毎日、申し送りの時に復唱している。理念を基に常に話し合いの場を作り、管理者と職員で共有している。	利用者一人ひとりが何を求めているかを汲み取り、起きた事や行った事などの情報の共有に遅れが生じないように、職員と管理者及び利用者家族のコミュニケーションが深められており、理念の「やさしいこころ」の実践に繋げられている。	
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	地域の方が行事に参加していただく機会が増えてきている。散歩、買い物にも出たり、小学生などとも交流している。	散歩や買い物、祭りなどの地域の行事に出かける一方、小学校の「ふれあい教室･街探検授業」や高校の「介護科実習」の受け入れや、「けんちん汁祭り」などの事業所の催しへの来訪も多く、双方向の交流が継続されている。	
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	小鹿野町高齢者見守りネットワークの委員会のメンバーでもあり、町内の相談窓口にもなっている。家族・地域の方からの相談にも応じている。		
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	福祉課、包括支援センターの職員の方にも参加していただき、事業所の理解を深め意見交換を行っている。	利用者･家族･町役場･地域包括支援センター･福祉協議会･労務管理事務所･税務会計事務所･コープ職員など多方面の参加で定期的に開催され、事業所の状況報告や催しだけでなく、情報や季節の注意事項を共有できる場ともなっている。	
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	福祉課、包括支援センター、在宅介護支援センターの方にも常にさくらの業務内容の説明を行い、交流を持っている。	事業所からの報告･相談などへは適切に回答をいただき、必要な場合は随時相談に乗っていただいている。また、町主催の「小鹿野見守りネットワーク」にも委員として参加され、支援を必要とする人の相談窓口となるなど、連携が図られている。	
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	ホーム内研修や外部研修に参加しミーティングなどで情報の共有をしている。	外部研修や日々のミーティングで身体拘束とは何かを話し合うことで職員の理解や意識の共通化をはかると共に、一人ひとりに寄り添うことや見守りを徹底することで、身体拘束のないケアが実践されている。	
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注意を払い、防止に努めている	困難事例に関してひとりで悩むのではなく、全員で共有することで、解決策を見出している。		

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
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	外部研修に参加しミーティングなどで情報の共有をしている。その様な制度利用が必要と思われる方に対しては、家族などに説明をしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	疑問があったらいつでも受け付けることを伝えている。		
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	意見、要望書を用意し、いつでも家族等が意見が言えるようにしている。面会時にも要望など伺うようにしているが、運営推進会議の時にも聞くようにしている。	利用者とは日々のかかわりを通じて、家族とは日頃から連絡･連携を密にすると共に、面会や運営推進会議への参加を通じてコミュニケーションを深め、汲み取られた要望や意見は、検討を経て提供されるサービスに活かされている。	利用者家族とは日頃から連絡･連携を密にされ、信頼感も醸成されています。高齢化により多様な対応も生じると思われます。意思疎通がより進むことに期待されます。
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	管理者が毎日の申し送りに参加し、意見や問題点など聞き把握し、改善に努めている。行事など職員が中心で進め、管理者も見守っている。	職員･管理者･所長の間では、双方向の話し合いや情報の交換が行われ、日々のケアにおける改善や事業所の行事などは、職員の考えを中心に進められ、多くの意見やアイデアが運営に活かされている。	
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	各職員の状況に合わせ激励したり、日常的に本人の意欲の向上が図れるように相談や悩み事を聞く態勢を取り、職場環境等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	外部研修参加やホーム内研修を実施している。日常でもケアに対する疑問や不安点について話し合い日々向上に努めている。介護技術の内部研修会も行っている。		
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	地域のグループホーム連絡協議会に参加するなどしている。合同で研修会なども計画している。		

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	本人の生活歴をふまえたうえで納得できる声掛けを工夫している。家族からの情報や協力を大事にしている。		
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	通院、買い物など、どんな細かいことでも家族に相談や説明をし、行うようにしている。いままでの家族の苦しみ、心配など、家族の介護負担軽減の面からもよく耳を傾けるようにしている。		
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	家族と相談しながら、個々の要望に添うような対応になるよう努めている。生活歴をみながら本人に合う対応を心がけている。		
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	時には友人になり、時には家族になり、入居者さんに安心してもらうにはどうしたら良いかを常に考えている。できることは行ってもらうよう心掛け、協力しながら生活している。料理の作り方、昔の風習などを聞いて役立てている。		
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	職員と家族が共に考え、本人にとって何が良いかを見出して行く。ホームの行事の参加や定期的な面会などのお願いをし、家族と一体となり支援している。家族の思いを大事にしている。		
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	友人の方の面会や、家に帰ったり墓参りなどに行けるよう、家族に相談しながら支援している。買い物に行った時など近所の人と会い会話をしている。	友人･知人･家族の他、地域の方々の来訪も多く、気兼ねなく話せる場としての談話･相談室も設けられている。また、家族の意向により、施設の「さくら便り」を家族以外にも送付するなど、途切れがちな関係の継続に努められている。	
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	常に見守りを行い、会話などにも職員が入り他の入居者と関わりが持てるようにし、トラブルが起きないようにしている。入居者同士で支え合っている場面があり職員も支えている。		

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	なんらかの要因で退所になる場合でも相談に応じ、その後の生活が困らないように相談にのっている。		
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	本人からの要望を受け入れ対応することに努めている。困難な場合には職員で話し合いを行っている。	家族より聴き取った性格や生活歴と、積極的に話しかけたり出かけたりした場合の利用者の反応や変化の様子から、事業所での生活をどうされたいのかを汲み取り、職員皆で話し合い、利用者本位に検討がなされている。	
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	フェイスシートや生活歴シートを使用し、本人や家族の方から情報を得て、共有できるようにしている。		
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	ケア記録の充実と申し送りの共有化をしている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ケアカンファレンスやミーティングを行い、職員同士が話し合い、本人や家族の要望や希望を聞き、それぞれの意見を取り入れた介護計画を作成している。困ったときには家族も駆けつけてくれる。	利用者担当を中心に全職員で行うモニタリングを基にカンファレンスが行われ、利用者・家族とも話し合い、医師の意見も取り入れた介護計画が作成され、家族にも詳細に説明されている。また、変化に応じて、臨機応変に計画の見直しも行われている。	
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	１日の様子や変わった事など、ケア記録に記入したり、申し送りノートなどで共有している。		
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、その時々に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	職員の忙しい時などは、管理者、ケアマネジャーなども協力し、緊急時の対応も行っている。		

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	近くの郵便局・駐在所などにも寄らしてもらうこともあり、声を掛けてもらっている。小学生との交流を大事にしている。		
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	入所前のかかりつけ医を希望される場合は、継続している。職員による通院を心掛け、本人の体の状況を医師に伝えるようにしている。	提携医療機関も従来のかかりつけ医や専門医も、利用者の様子を正確に伝えることと、受診後のケアを確実にするために、受診は必ず職員の付きそいで行われ、緊急時や休日を含めて、適切な医療が受けられる支援がなされている。	
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	事業所に看護師が常勤しているので、体の異常があった場合などには、必ず連絡、相談をし確認してもらい、指示を受けている。		
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。	入院時から治療後なるべく早く退院を相談員の方にお願いしている。現在も入退院を繰り返している方がいる。		
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	重度化していても事業所で対応できることを説明している。医療的に入院がどうしても必要な時は、共に支援を行っている。	終末期ケアの事前確認書、看取りについての同意書、医療連携体制の指針が作成されており、入居時には事業所としてできることの説明が行われている。重度化の場合は、どのように生活するかを家族と話し合い、最適な選択が行えるように、医師・看護師も含めた助言と支援が行われている。	
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	避難訓練時、消防員を招き指導を受けている。緊急時の対応についてマニュアルを作り話し合っている。		
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	年に2回の避難訓練・消火訓練を行っている。近隣の方にも協力してもらえる態勢になっている。	年2回の避難訓練が行われ、自力避難ができない利用者の避難方法を検討し、職員の役割分担や優先順位、得られる近隣の協力が明確にされている。また、バザードマップの確認と災害別の対応マニュアルが作成されている。	年2回の避難訓練が行われ、役割分担や優先順位も明確にされ、ハザードマップの確認なども行われています。非常時でも確実に行動できるように訓練の継続に期待されます

自己	外部	項　目	自己評価 実践状況	外部評価 実践状況	外部評価 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	生活歴などを重んじて、声を掛けたり、話しをしたりしている。居室でゆっくり話しをしたりと、気持ちの安定が図れるように心掛けている。	利用者一人ひとりの性格や生活歴を把握し、認知症を患っても悩みがあることを理解し、その人にとっては何が大事かを汲み取ることに努められている。また、他人に知られたくないことは、知られないように、注意が払われている。	
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	買い物に出掛けて好きなものを購入できるようにしている。外出の希望にも対応している。		
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	別のユニットにいる友達に会える支援、デイサービスに遊びに行くなどの支援も行っている。		
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	できる人には衣類なども選んでもらい、楽しんでいる。化粧品なども好みの物を購入し、オシャレをしている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日の食事作りに参加できる方は少ないが、行事などで計画したものでは、全員の方に参加できるよう計画を立て、行っている。	利用者の好みを取り入れて所長と職員で献立が作られ、季節感に溢れた家庭的な食事が提供され、ムース食や刻み食も手作りで対応されている。また、今ある食材で献立を考える日や外食、弁当を作っての外出も行われ、多彩な食事を楽しまれている。	
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	摂取チェック表を活用し、その人の食事量を把握するようにしている。病状により、医師と相談しその人に合った摂取量等を決めたりしている。きざみ、ミキサー食、とろみ食など対応している。		
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	毎食後歯磨きの声掛けを行っている。義歯を使用している人は、就寝前に洗浄剤に浸けるように支援している。歯磨きペーパーなどの使用も行っている。		

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	排泄表を活用し、一人ひとりに合ったトイレ誘導を行っている。尿意がない人には、2時間置きの声掛けや誘導をしている。	一人ひとりに合わせて声掛けや誘導が行われ、体を起こすことで排便が促される例も見受けられるので、できるだけトイレ排泄に努められている。また、医師と相談し錠剤の粉末化も事業所で行うなど、適切な排便コントロールが行われている。	
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	排泄表を活用し常に排泄に気を配り、便秘気味の方には水分量などに留意し医師に相談しながら対応している。		
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	原則入浴日は、月・水・金曜日の午前中に行っている。その日の体調や入浴拒否のある方には、それ以外でも入浴できるよう対応している。	週3回の入浴を原則とし、全利用者に同じ日に入浴していただくことで生活のリズムを整え易くされているが、状況に応じてそれ以外の入浴も可能である。また、必要に応じて複数人での入浴支援も行われ、安心で安全な入浴を楽しまれている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	その日の体調に合わせて休める時間を確保している。夕食後はゆったりした時間を過ごし就寝されている。		
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	その方が飲んでいる薬剤の種類や効能、副作用などの表をファイルしいつでも見られるようにしてあり、服用にて異常があるかどうかの判断は常に行っている。		
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	日常生活で役割を持って過ごせるよう支援している（食器洗い、掃除など）。また手芸など趣味なども実施できるようにしている。		
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	外出の希望があった場合はその都度対応している。買い物なども入居者の方と一緒に行っている。近所の行事などにも参加している。	散歩や外気浴、買い物などの利用者の一人ひとりの希望に合わせた外出が日常的に行われると共に、高齢化が進み困難が増す中でも、豊かな自然や神社・仏閣などの環境を活かし、ユニット全員での初詣や季節の花見などが行われている。	

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	トラブルになる以外は本人に所持してもらっている。希望の商品の購入ができるように買い物へ出掛けたり、会計もできる限り本人に行ってもらえるようにしている。		
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	家族への電話は希望があった場合対応している。手紙は希望があれば対応している。		
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	花などの鉢を置いている。入居者さんに水やりや手入れなどしてもらい、花など咲いた時には、みんなで見て共に喜んでいる。	大きな絵画や鉢植えなどが飾られた共用空間は、利用者の高齢化に伴い、堀炬燵から床暖房に切り替えるなどの対応がなされ、より過ごしやすい場所となっている。また、常に見守りが必要な利用者のために、目の届く場所も設けられている。	
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	ソファも置いて活用している。		
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	入居時になるべくいままで使っていたものを持って来てもらうようにしている。	馴染みの家具や日用品、思い出の品などを持ってきていただき、入居前から繋がっていることが感じられる居室が作られている。また、入り口には、色や模様の異なる暖簾が掛けられ、利用者に解り易い目印となっている。	
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	トイレの位置など分かりやすい用に配色や照明をしている。トイレや廊下、玄関など手すりを設置している。		

（別紙4（2））

事業所名： さくら

目標達成計画

作成日： 平成 31 年 4 月 30 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	10	利用者家族とは日頃から連絡・連携を密にとり、信頼を築いている。しかし、高齢化により多様な対応も生じると思われるため、意思疎通をさらに図っていく。	家族からの意見を前向きに捉え、職員と改善へと取り組む。	家族、職員、管理者との意見交換の場を作っていく。	12ヶ月
2	35	年2回避難訓練を行っており、役割分担や優先順位、ハザードマップの確認などを行っているが、非常時でも確実に行動できるように訓練を継続していく必要がある。	避難訓練を継続していく。	今後も継続して避難訓練を計画していく。	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№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。