

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	1193200132		
法人名	株式会社ユニマツ リタイアメント・コミュニティ		
事業所名	東松山グループホームそよ風		
所在地	埼玉県東松山市東平2164-3		
自己評価作成日	平成31年2月12日	評価結果市町村受理日	平成31年4月20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.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9-103		
訪問調査日	平成31年3月28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)】

<p>医療連携体制加算を取得しており、見取りの行えるグループホームです。 ご家族様やご本人様の希望をお聞きし、最後まで安心して暮らせるサービスを提供します。</p>
--

【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>●無理にリビングに引き留めることはせず、休みたいときには居室に戻り思い思いに過ごせるよう環境としています。また使い慣れた家具が持ち込まれており、訪問調査時にも安心して暮らせるスペースが提供されていることを理解しました。 ●日々の健康管理と往診医による診察を中心に利用者の安全・健康管理体制を構築しています。薬局による薬剤のセット・訪問看護の活用等関係機関との連携を図り、利用者の健康管理にあたっています。 ●火災・地震想定のもと避難訓練が実施されています。ハザードマップの確認、年に2回の双方共に消防署立ち合いの訓練等注力した取り組みがなされています。</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)	○ 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	事業所理念として掲げているものはあるが、職員への浸透は薄く、「理念に基づいた実践」というには行えていない部分もある。	事業所の理念が掲示されており、多様な人材を一つの方向に導くよう取り組んでいる。職員の異動が予定されており、新たに加わる職員に対しても指導に注力していく意向をもっている。	
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	年に一度地域行事の休憩所として使用して頂いている。 資源回収等で協力も行っているが、行事への利用者様との参加等はほとんどなく、交流は薄い印象がある。	行事を通して地域との交流に努めている。グループホームそのものに対して情報を発信し、理解を深めてもらえることが更なる親睦に繋がるとの見解を示している。	
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	認知症の専門施設という事ではあるが、立地や業務都合など、地域との関わりを持ち辛い環境であり、地域の人々へ活かせる情報提供等は積極性が必要、現状行えていない。		
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	二か月に一回のペースでの運営推進会議を行っている。地域包括支援センターの職員様や東松山市高齢介護課の職員様、ご家族様をお呼びし、サービスの報告を行っている。	行政、地域包括支援センター、薬局、家族等が参加し、定期開催がなされている。避難訓練等運営の報告がなされている。	家族の参加数増を目指しており、開催日の工夫等により実現することが期待される。
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取り組んでいる	運営推進会議に参加いただいております。施設内の実情等報告し、情報共有させていただいております。	行政からはメール等にて法令・通達等の情報を得ている。質問・相談に応じてもらいながら情報の提供にも努めている。	
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	身体拘束廃止委員会を設けており、3か月に一度の開催を行っている。 玄関や窓の施錠は安全面を優先し行っているが、過去に身体拘束を行った事例はない。	身体拘束廃止委員会の定期開催により留意事項の確認がなされている。毎年度の事業所内研修を通して研鑽を図っている。	
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	定期的に研修を行っており、基本的知識は職員の共通理解となっている。		

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	職員への学びの機会を持たせることはできていない。成年後見人の協力を得ていたご利用者様の入居事例も直近であり、理解については広がっている。		
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・入居の際は必ず責任者と対面での説明を必ず行っており、入居前の疑問についてすべて解消できるよう努めている。		
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	重要事項説明書に本社苦情相談窓口や、市の相談窓口等載せており、入居前にすべて説明を行っている。	面会時・ケアプラン更新時等にコミュニケーションをとり意見の集約に努めている。本評価に伴う家族アンケートからはホームの支援への高い支持が理解できる。	
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	月に一回全体会議を設け、現状報告や職員の提案を募り、必要な提案を受け改善を図っている。	フロア会議時には個別のカンファレンスをし、利用者の情報共有にあたっている。全体会議時には法人の決定事項等の周知がなされている。	
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	社内ルールに乗っ取り、年一回の考課で給料の改定や評価の見直し等継続に行っている体制である。		
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	月一回、施設内の研修を行っているが、外部の研修等は参加できておらず、自力でのスキルアップに頼ってしまっている。		
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	同業他社との繋がりについてはケアマネジャーを中心にしているが、それ以外の職員の繋がり薄い。 同社別事業所とは月に一回会議の場を設けており、情報共有等行っている。		

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
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	ケアプランの第一票で本人の希望・ご家族様の希望を掲げており、それに基づいた方向性でのサポートを行い、ご本人へ安心して頂けるよう計画を立てている。		
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	ご家族様の希望をくみ取れるよう、ご家族様だけでお話を聞く機会を設けている。全ての要望に応えられるよう努めているが、難しい部分については必ず説明を行っている。		
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	情報の少ない初期の段階ではご家族様や、関係者からできるだけ多くの情報を抽出できるように、入居前に生活歴等詳細情報をいただいている。		
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	グループホームの中での役割づくりを意識し、家事の手伝いや行える範囲での生活上の行動を職員、他の利用者様と行うことにより、職員含めた全員での共同生活を目指している。		
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	出来るだけ簡単にご面会に来ていただけるよう、面会時間の制限等は設けず、いつでも対応できる体制である。遠方でなかなか来所が難しいご家族様へも月一回手紙で状況報告を行っている。		
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	面会等はご家族様以外でも行っていただいている。毎年、年賀状の相手を必ずお聞きし、ご家族様やそれ以外の縁のあった方へ送る協力をしている。	近くの慣れ親しんだ公園には花見等にて出かけている。家族との関係性が継続できるよう支援に努めている。	
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	利用者様同士の関係性は本人同士の相性の部分が大いだが、日々の対応の中で関係性を持てるよう意識し席の位置など話し合っている。		

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
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	契約終了の理由が医療依存度が高くなる・利用者様が亡くなる、といった理由が多く、契約終了とともに関係性がなくなってしまう事が多いが、協力できることは行っていく意向である。		
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	生活の中での会話に本人の希望などを聞き出せるよう意識している。くみ取れた意向を実現させるためにどうすればいいのか、プランを更新し実現を目指している。	生活歴の把握と日々の観察により利用者の意向把握に努めている。傾聴と穏やかな雰囲気醸成によりリラックスしてもらい、意思の疎通を図るよう取り組んでいる。	
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	入居前に必ず生活歴についてキーパーソンとなる方から情報をいただいております。入居後も本人様から情報をくみ取れるよう心掛けた会話を行っている。		
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	過ごし方は経過記録で後からでもたどっていける状態である。1回/週の訪問看護や2回/月のDrの往診時に相談することにより、より専門的な角度から利用者様の現状把握に努めている。		
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	日々のケアから計画作成担当が課題やケアの方向性を抽出し、介護計画書の確認は必ずご家族様へ行っていただいている。	医師の所見、家族の希望等を考慮しながらケアプランの策定がなされている。サービス担当者会議を通じて食事や活動等の課題や目標を検討している。	ICTの導入が予定されており、習熟度を見極めながら全職員への浸透を図ることが期待される。
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	経過記録は時系列、網羅的に文字に起こしており、気づきや変化を後から追えるような形をとっている。		
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	変化する要介護度や身体状況に応じて対応も変化するため、ご家族様と相談の上、関係他社と協力しケアに当たっている。		

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	地域資源については有効に扱っているものが少なく、情報の収集や発信を行える施策が必要である。		
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	往診や、受診の利便性の関係上、「村山内科クリニック」村山Drに主治医として頂いている。他の先生による診断等にも寛容であるため、より専門的な医療を受けることも可能。	日々の健康管理と往診医による診察を中心に利用者の安全・健康管理体制を構築している。薬局による薬剤のセット・訪問看護の活用等関係機関との連携を図り、利用者の健康管理にあたっている。	
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	週一回の訪問看護時に、変化や気づきについてお伝えし、以後の対応等のアドバイスをいただいている。		
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。	利用者様の入院時には情報の開示を行えるようにご家族様の許可を得ており、病院関係者へ情報提供を行える体制を作っている。		
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	入居の際に重度化した際の対応の説明を行っているが、その時点で方針や回答が決まっている場合も少ないため、心身状況の低下があった際にも同様の説明を行い方針について本人、ご家族様、の意思を最大限尊重できるよう対応を行っている。	契約時には重度化と終末期の対応について説明をしている。緊急搬送時の対応についても都度確認し、利用者・家族の意向に沿った支援となるよう努めている。	
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	独自判断で間違った対応を防ぐため、急変時には医師や看護師の指示を仰ぐことが多く、実践的に行っていることは少なくはないが、自身で判断する能力を身につける場は少ない。		
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	定期的な避難訓練を消防署立ち合いの元、行っており避難方法についてその都度、見直し等行っている。	火災・地震想定のもと避難訓練が実施されている。またハザードマップを確認し、環境としてのリスクについても把握に努めている。	

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
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	コンパクトな生活空間の中で言葉の使い方には気を配っているが、咄嗟の声かけ等で不適切な声かけ等も見られており、まだ職員の意識・知識の不足が見られている。	利用者の自尊心を大切に、声掛け方法等に留意しながらコミュニケーションを図っている。また居室にはのれんを付けるなどプライバシーや採光への配慮がなされている。	
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	日々の会話や対応の中で、選択肢を持たせる声かけを意識し、利用者様の希望や自己決定を促している。		
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	グループホームの特性上、決まった生活周期になってしまいがちであるが、利用者様の希望があれば希望に沿った対応をできるだけ実現する意識を持っている。		
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	衣類はすべて自身の私物をお持ちいただき、衣服への関心の高い方には、着替えの際数点の中から選んでいただく等、自己決定を促している。		
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	基本的に食事は全員で行い、片付け等も行う方をお願いしている。 準備については難しい問題も多く、現状では行えていない。	テーブルを拭くなどできることをしてもらいながら食卓が囲まれている。おはぎやぎょうざを皆でつくるなど楽しむ活動にも取り組んでいる。	
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	食事や水分量についてはケアマネ、主治医等話し合い個別の量・形態で提供している。		
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	毎食後口腔ケアを行っている。 実費ではあるが1回/週、訪問歯科の往診もあり、問題があればそこで対応をお願いしている。		

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	トイレでの排泄が基本である。という共通認識があり、利用者様のADLによる部分もあるが、出来る限りトイレに座り排泄を行っている。	利用者一人ひとりの状況を考慮した排せつ支援に努めている。排せつの記録を確認し、誘導等によりトイレでの排せつを促している。	
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	積極的な水分補給や運動で排便を促すこともあるが、明らかな改善が見えず薬の力に頼ってしまう事も多い。		
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	基本的には決まった人が入浴を行う流れとなっているが、希望があれば変更も可能で、柔軟な対応をとれている。	湯温や入浴方法を考慮するなど利用者の状態にあわせ、快適かつ安全な入浴となるよう取り組んでいる。	
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	希望がある方には日中でも居室で休める時間を設けている。夜間の入眠の問題は大きな課題ととらえ、主治医や別の担当医に相談し対応に当たっている。		
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	くすのき薬局様に各ご家族様へ居宅療養管理指導の契約を交わしていただき、薬剤師からお薬の説明を受けやすい状況となったが、薬の知識は弱い職員が多く、把握できていない部分も多い。		
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	嗜好品や楽しみ等はご本人から聞き出せることも多く、出来る範囲であれば個別に希望を叶えることもできるが、利用者様の重度化等難しい問題もあり、事例は少ない。		
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支援している	立地や人員の配置の関係で、日常的に外出を行うという事は未だ出来ない。前年から課題と捉えており、今後も取り組んでいく。	計画的に行うことで行事や通院など外出支援に努めている。職員体制を考慮しながらなるべく多くの機会をもて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
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	金銭管理の重要度については理解があるが、認知症特有の金銭事故を防ぐため、基本的にスタッフの管理となってしまっている。		
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	電話を掛けていただけるご利用者様・ご家族様のやり取りは可能であるが、積極的にその時間を設けて、というレベルではない。		
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	室内は快適な温度になり、温度での季節感を感じづらいため、利用者様に見えるようカレンダーを設置する、飾りつけを定期的に入れ替える等で、季節感を取り入れられるよう心掛けている。	職員が間に入りながら利用者同士が交流できるよう取り組んでいる。リビングでは利用者の好きな歌唱や塗り絵等をし、皆で楽しむ活動がなされている。	
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	日中は基本的にリビングでの生活が主になるため、座席は利用者様同士の関係性も考慮し配置している。		
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	ご家族様の状況や持ち込み家具の大きさ等で難しいものもあるが、入居の際に必ず使い慣れた家具、思入れのあるものの持ち込みについて説明を行っている。	無理にリビングに引き留めることはせず、休みたいときには居室に戻り思い思いに過ごせるよう環境としている。使い慣れた家具が持ち込まれており安心できるスペースとなるよう配慮されている。	
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	職員の安全面での意識が高すぎてしまい、手を出しすぎてしまう部分も少なくないが、「できること」「わかること」は利用者様の自立で行うよう職員の共通認識がある。		

目標達成計画

作成日: 2019年4月19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	49	立地や人員の配置の関係で、日常的に外出を行うという事は未だ出来ていない。 前年から課題と捉えており、今後も取り組んでいく。	「日常的な外出支援」	2019.4月から帳票のICT化を進めた為、現状で作業効率の向上が見込める状態である。すべての職員で変わった帳票類の理解を深めることで作業効率を最大化、余白の時間を生み出すことで外出支援を含め、その他サービス向上につなげていく。	3ヶ月
2	13	○職員を育てる仕組み 月一回、施設内の研修を行っているが、外部の研修等は参加できておらず、自力でのスキルアップに頼ってしまっている。	○JTのクオリティの向上、有識者による研修への参加。	まずは人的環境の向上を図り、社内外の研修へ参加できる時間の確保が前提。 採用活動をより積極的に行い、各職員の研修への申し込み機会を増やす。	6ヶ月
3	4	○運営推進会議を活かした取り組み 二か月に一回のペースでの運営推進会議を行っている。地域包括支援センターの職員様や東松山市高齢介護課の職員様、ご家族様をお呼びしているが、参加人数もごく少数になってしまう。	ご家族様を含めた参加人数の増加。	日程を調整し、ご家族様の参加増を図る。 会議内容についても職員間で話し合い充実を図っていく。	6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。