

平成23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 代表取締役 平井克典		
事業所名	グループホーム あかつき		
所在地	(259-1306) 神奈川県秦野市戸川737-5		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	9名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成24年1月23日	評価結果 市町村受理日	平成24年4月2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	http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1472800349&SCD=320
----------	---

【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大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仲良く生活しています。

【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24年2月21日	評価機関 評価決定日	平成24年3月10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、小田急線秦野駅から神奈中バス戸川入口下車徒歩約10分、または小田急線渋沢駅からタクシーで約5分の場所にあります。周囲には田園風景が広がり、大山や丹沢山系が望め自然環境に恵まれています。平成24年3月中旬には隣町の曽屋地区に新築移転の予定で、その準備が行われています。

<優れている点>
管理者・職員・利用者とも明るく、何でも言える、話し合っているという自由な雰囲気、家族的な様子がうかがえます。基本的な1日の流れはありますが、時間にあまりとらわれず利用者の意思を尊重し、利用者のペースに沿った支援をしています。利用者の自立度は高く、それぞれが持つ能力に応じた生活の役割を担い、生き生きとした日々を送っています。管理者を始め職員は、利用者一人ひとりの希望を尊重し、できる限り誠意をこめてその願いを叶えていく支援を心掛けています。目標達成計画に掲げた3つの課題、毎月のケア会議の開催、全職員参加のケアプラン作成、年4回のホーム便りの作成と家族への送付などについて、計画どおり実行されています。

<工夫点>
全家族に対し、往診記録や健康診断受診記録、運営推進会議議事録、行事・生活の写真、ホーム便りの「あかつき便り」などをその都度送付し、ホームでの本人の暮らしぶりや健康状態、活動状況を報告し、家族の安心と信頼を得る努力をしています。

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
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	

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
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。	スタッフと共に作成した理念を共有し、日々の支援を行っています。ホーム開設時からの理念であり、利用者、職員、社会環境なども変化してきているので現状を踏まえた新たな理念作りを検討しています。	
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	地域の行事に参加したり、日々の外出時に、ご近所の方より声を掛けて頂いたり、交流している。	自治会に加入し、地域行事に参加しています。児童館で行われる「うどん作り」に参加したり、今年は中止になりましたがお祭りには毎年参加しています。日常の散歩では、立ち話や挨拶を交わしています。農家の方から野菜を頂戴する事もあります。	
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	運営推進会議や、地域との交流を行なっている。	/	/
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ヶ月に1回定期的に開催され、ホームの詳細な運営状況の説明や意見交換が行われています。最近の会議では3月中旬に新築移転するホームの概要が話し合われています。運営推進会議の議事録は利用者の全家族に送付されています。	
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	常に連絡と取っている。	1ヶ月に1度は行政の担当課に行きホームの近況を報告し、相談や助言を得たりしています。行政への提出書類はFAXなどでは送らず、必ず訪問し、手渡しで行うようにし、コミュニケーションを取る様にしています。	

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
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	拘束をしないケアを理解し取り組んでいる。	管理者を始めとしてスタッフは身体拘束の禁止について理解をしており、折に触れ話し合うと共に、朝のミーティングなどでも注意し合っています。玄関、居室の施錠もなく身体拘束のない支援に取り組んでいます。	身体拘束廃止を始めとした各種の研修実施記録の整備も期待されます。
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	研修等の機会は無いが、ケア会議で虐待について話す機会があり、虐待防止に努めている。		
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	制度等学機会や研修等はないが、個々の必要性を話し合い支援している。		
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	常に御家族との連絡を図っている。		
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	面会時にスタッフより声を掛け、意見・要望を聞いている。ホーム便りを発行したり、利用者の報告等を常に連絡を行なっている。	家族の面会時や運営推進会議で意見を聴くようにし、また日頃から意見や要望を何でも言ってきて欲しいと声掛けをしています。運営推進会議の議事録や健康診断記録を送付したり、往診記録を電話で連絡したり、携帯メールでやり取りをしたりしています。	

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
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	月に一度、ケア会議を行い、日々常に職員の意見を聴いている。	毎月開催のケア会議にて、スタッフからの意見や提案を話し合うようにしています。業務の改善なども話し合わせられ運営に活かされています。管理者は日常からスタッフの声に耳を傾ける姿勢でいます。	
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動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ホーム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	同業の集まりに参加し、情報交換等を行なっている。		
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	家族又は本人より、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	本人の状況に応じて役割を作り、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	本人・家族の情報を元に馴染みの方の話をしたり、家族と話し合い何時でも面会・外泊が出来る支援を行なっている。	通院先の病院で仲良くなった人や、昔の趣味仲間の知人などが訪ねて来た時には再来訪をお願いしています。カラオケや詩吟などの希望には地域のカラオケの会や詩吟の会に案内したり、毎月、外食アンケートをとり希望の多い寿司店などに出かけています。	

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。		
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。	一人一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。	スタッフは、利用者と大家族の団欒の雰囲気、家族的な会話の中から利用者の希望や意向を把握し共有しています。自立している方が多いので、おやつ時間などでも外食や外出などの希望を自然な会話で聞いています。	
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	さり気ない会話からの情報等を大切にケアに活かせる様、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	細かな身心状態を把握し、個々のペースで過ごし、自身の出来ること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	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>ケア会議にて見直しやモニタリングを行ない、職員の意見・気付き等を参考にプランを作成している。</p>	<p>利用者や家族の意向に沿ってケアプランを作成しています。モニタリングで検証し、ケア会議で協議し作成しています。ケアプランは6ヶ月～1年ごと、あるいは必要に応じ、現状に即した見直しを行っています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>日報・職員連絡ノート等で、情報を共有し活かしている。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>日々の生活内からの気付きや、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なっている。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>自治体の方々の協力を得て、イベント等の参加をしている。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>主治医と連携し支援している。</p>	<p>利用者や家族が希望するかかりつけ医の受診が継続して出来るよう支援しています。かかりつけ医への通院は家族対応が基本となっていますが緊急時や家族の事情により通院支援を行うこともあります。提携医の往診が月1回あります。</p>	

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・相談を密にして対応している。		
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。	家族をふまえ病院関係者との情報交換を行なっている。		
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、事業所の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	本人の病状や状態により家族・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なう様、勤めている。	本人・家族には重度化した場合や終末期にはターミナルケアを行わないことを説明し同意を得ています。しかしながら重度化した場合は家族・主治医と協議し、本人・家族にとって最適な方法を検討をすることにしてしています。	
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	訓練に参加する機会を持っていない。		
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	定期的にホーム内で避難訓練を行ない、消防署への訓練報告を行なっている。	年2回、消火・通報・避難訓練を行い反省会を開き振り返りを行っていません。防災訓練後には新人スタッフを中心に通報・初期消火訓練を実施し防災に対する意識を高めています。非常用の飲食品や備品の備蓄を行っていません。	今後の防災訓練時には地域の協力も得て実現されることを期待します。

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
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	個々の状態に合った対応を行なっている。	利用者一人ひとりの人格と、個別の希望を尊重し支援しています。近隣の理髪店、喫茶店、お花見、外食など希望の「即、実践」が管理者のモットーであり「言われたらその日のうちに実施、後回しにしない」対応に可能な限り努め誇りを損なわない様にしていま	
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	個々の希望に合わせ支援している。		
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	食べたい物の要望を聴いたり、配膳・下膳・後片付けの手伝いをそて頂いている。	家庭の食事作りと同じように「今晚、何食べたいかしら」と利用者とは相談しながら献立を決め、調理から片付けまで利用者とスタッフが協力して進めています。利用者同士もお互いに得意なことを分担し、気配りしながら生き生きと動いています。	

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		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>家庭的な料理で栄養を摂取し、食事やおやつの時間に水分補給を行なっている。又、個々の状態に応じて、水分補給を行なっている。</p>		
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>個々に応じた口腔ケアを食後に行っている。</p>		
43	16	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>個々の状況に応じて行なっている。</p>	<p>排泄チェック表をつけて排泄の確認をしていますが、ほとんどの利用者が布パンツを着用し、自立しています。毎日の散歩や掃除、食事作り、階段の上り下りなどの暮らしづくりが排泄機能の維持に繋がっていることが窺えます。</p>	
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>植物繊維を取り入れた食事の提供・水分補給・散歩等の運動を行ない予防している。</p>		
45	17	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>時間や曜日は決まっているが、自己決定を尊重し、入浴支援を行なっている。</p>	<p>入浴日は月・水・金の週3日です。家庭の浴槽の3倍程の広さがあり2～3人で入ることもあります。安全のためスタッフが必ず中と外で介助支援しています。季節ごとにゆず湯、菖蒲湯などを楽しみ、一番風呂が好みの利用者には可能な限り配慮しています。</p>	

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、空調管理や調整を行なっている。		
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	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・買い物等、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、季節に合わせた行事を行い支援している。	利用者の希望があれば、即、いつでも、可能な限り、出かけるようにしています。101歳の最高齢者を含め、ほとんどの利用者が毎日のように散歩に出かけています。散歩は近くて往復30分のコースと1時間のコースがあります。	
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。	建物は独身寮を改築した古いものですが、高齢の利用者には馴染み深い暮らし方が出来る所となっています。廊下や階段、リビングなどは利用者も参加して清掃しピカピカに磨かれており、壁面には利用者の作品が飾られて暖かい雰囲気を出しています。	
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、個々に応じた支援をしている。	居室は10畳の和室をフローリングに改装したもので天袋、エアコンなどが備え付けられています。利用者の希望で畳やカーペットを敷いた部屋もあります。居室にはテレビ、小机などが置かれ、多くの利用者は自分で整理、清掃をして暮らしています。	
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	転倒等が予想される箇所への手すりの設置、居室扉の表札等、本人の出来ることを持ち続けられる環境を作っている。		

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	6	身体拘束について、ケア会議や朝夕のミーティング時などに話し合いを行い、玄関及び居室の施錠の無い援助についてスタッフ一同、理解確認の元、日々の介護に取り組んでいるが、その件についての研修記録が無い。	身体拘束や虐待についての研修(社内・社外)を積極的に行い、または参加してスタッフ一人一人の意識の向上を目指す。	現在、社内で行える研修については資料やチェックシートが準備してある為、社内研修を行なう時間をつくり早急に開催し研修の記録を行なう。	2ヶ月
2	35	ホームでの防災・避難訓練時に地域の協力を得る。	ホームの防災・避難訓練時に地域の皆様の協力を得ていくと共に自治会や地域で行なう防災訓練などにも参加し、ホームが地域の一員である事を確立していく。	運営推進会議や日々の交流を通じ地域の方との信頼関係をつくり、災害時における協力体制を創って行く。	6～12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。