

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	1190200673		
法人名	株式会社ふれあい広場		
事業所名	ふれあい多居夢川口		
所在地	埼玉県川口市峯57-7		
自己評価作成日	平成30年2月22日	評価結果市町村受理日	平成30年5月10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.kaijokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【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30年3月13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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・職員の勤続年数が長い。 ・地域に根付いてきている。 ・同市内の同業者有志で連絡会を立ち上げ、横の繋がりで情報共有等できるように活動している。 ・同グループ内の介護部門でも、連携がとれるように取り組んでいる。 ・主治医、訪問看護師との連携。 ・利用者の介護度が上がっても、極力制限を無くし、本人らしく自由に生活して貰えるよう心がけている。
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・「利用者中心のケア」の考え方が開所以来受け継がれ、「もう一つの我が家」を利用者に感じていただけるよう支援に取り組まれている。また、職員同士が助け合い、仲間意識を管理者も含めて持ち、職員の意見やアイデアは積極的に事業所運営に取り入れられ、利用者・家族からも評価を得られている。 ・運営推進会議には、家族や地域代表を始め、民生委員や地域包括支援センター職員に参加をいただき、それぞれの立場からの情報をいただき、サービスの向上に繋がっている。 ・目標達成計画についても、災害対策に於いて近隣の同法人の老人保健施設と連携し、利用者を避難させる方法を検討され、協力体制が築かれたことから、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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	66 職員は、生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
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		

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	事業所の理念は各フロア事務所に掲示されており、職員はいつでも確認できる。会議時などに定期的に読み合わせも行っている。	開所当時から受け継がれた理念のもと、利用者優先の支援が行われ、家庭的であることを大切にされ、時間がかかっても利用者がやれることはゆっくりやっていただくよう「待ちのケア」に取り組まれている。	
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	地域のイベント等になるべく参加するよう心がけている。地域包括センターや民生委員等との交流も行っている。	隣接の大家さんの協力で地域の催しに参加したり、お正月には獅子舞が訪れるなど、地域の方々からの協力が得られている。また、民生委員の方とも顔見知りになり、相互に様々な相談をされている。	
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	問い合わせ、相談には対応しているが、地域の人々等への発信に関しては足りていない。		
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	運営推進会議は2ヶ月に1度行っている。生活保護の受給者や身寄りの無い利用者様が増えてきていて、利用者様家族の参加が少なくなっているのが課題になっている。	運営推進会議には、家族、地域住民、民生委員や地域包括支援センター職員に参加をいただき、事業所内外を問わず地域の高齢者のことや認知症に関するなどが話し合われ、事業所の運営にも活かされている。	家族の参加を増やせるように、議事録を送るなどの取り組みがなされています。さらに敬老会など家族が集まりやすい機会を運営推進会議開催日に充てるなど課題解決に向けた取り組みに期待します。
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	担当の地域包括支援センターや、市役所担当、同市の同業者等と連絡をとり、協力関係を築けるよう努力している。	市担当者には日常の事業所運営などで様々なアドバイスをいただき、ヒアリング報告書や運営推進会議の議事録を送るなどの取り組みが行われている。また、市と協力して川口市介護フェスティバルへの参加も行われている。	
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	防犯上の理由で玄関の施錠を行っている。個人の行動を制限するような身体拘束はしていない。	現在、身体拘束の実施はなく、特に車椅子の利用者が増えて来ていることから、長時間座ったままにならないよう職員全員で気を配られている。身体拘束の研修会を通し、全職員に周知されるよう取り組まれている。	
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に注意を払い、防止に努めている	虐待防止委員会を設置し確認、見直しを行っている。		

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
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	関係者等と話し合いながら支援を行なっているが、各職員までが理解し、身につけているかは、わからない。		
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	説明だけではなく、利用者様家族と話し合いながら対応している。		
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	面会時や電話連絡時にも、意見や要望を聞くようにしている。必要があれば外部関係先との連携も行なっている。	利用者からは外出や食事へのリクエストが生まれ、可能な限り対応されている。また、職員の定着率が良く、家族と同じ年代のメンバーも頑張っていることから、家族からの信頼も厚く、介護についての不安なことなどの相談も寄せられている。	
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	本社での会議や、ホームやフロアでの会議も行い意見を聞ける機会を設けている。会議外でも意見等を交換しやすい環境作りを心がけている。	「レクリエーションの回数を増やしたい」との職員の思いから、「夏」を感じられるように外で流しソーメンを実施するなど、職員は積極的に意見を出せる環境が整えられている。業務中心にならず、その日ごとにアイデアを出しあい、利用者を楽しんでいただいている。	
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	代表者、管理者等で会議の際に、現場の状況を伝え話し合い、職場環境、条件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	研修や勉強会を行い、職員がスキルアップ出来るように努めているが、個々の力量を見極めるための対応など足りていない面もある。		
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	同市内、同業者の有志でのグループホーム・小規模多機能連絡会に参加。同グループ内での交流も検討している。		

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	実態調査時に本人、家族から要望などを聞いている。初期のコミュニケーションを円滑にする為、家族に本人の経過や生立ちなどを記入するシートを依頼している。		
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	実態調査、面会時に聞き取りを行っている。サービスに直接は関係しない事でも話を聞くようにしている。		
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	主治医だけでなく本人や家族、職員と相談し、通院や訪問歯科、マッサージなども対応している。		
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	共同生活という事を頭に入れながら、本人の意思、自己決定を優先し、その人らしい生活が送れるよう対応している。		
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	面会、電話連絡などで情報を共有している。なかなか来られない家族もいるので、写真つきの手紙や定期報などで、本人またはホームの様子を報告している。		
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	家族の了解があれば、ご友人等の面会も自由にしてもらっている。家族同伴で出かけたり、自宅に外泊する人もいる。	帰宅願望の強かった利用者への対応で、270ア合同でほうとう作りをしたり、将棋の好きな利用者のために将棋を購入するなど、利用者がこれまでの楽しみや馴染みの関係が入居後も継続できるよう支援がなされている。	
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	認知症の利用者同士で生活しているという事を頭におき、時に職員が間に入り関係性を保つよう対応している。		

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
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	こちらからアプローチする事はあまり無いが、相談などには対応している。退居後でも連絡をくれたり、ホームに顔を出してくれる家族もいる。		
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、時には家族等に確認し、出来る限り本人の意思を尊重している。	家族にも利用者の昔の生活ぶりを思い出していただくなど、「昔はこうだった」、「こんなことが好き」などの情報をとり、それらをきっかけに思いや意向の把握に努められている。生け花や刺繍などの趣味を見つけ、レクに取り入れた事例も伺われる。	
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	コミュニケーションをとり、把握に努めている。昔の事は、経過や生立ちなどを記入するシート等を家族に記入してもらい利用している。		
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	基本的に、出来る事は極力本人にやってもらい残存能力の維持、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	本人、家族、主治医、職員など関係者の意見を取り入れている。	70A会議でのカンファレンスの内容を記録に残し、課題と評価を明確に捉え、介護計画が作成されている。作成前後の家族との話し合いや説明にも力を入れ、時には管理者が家族宅を訪問して説明し納得と同意をとられている。	
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	日々の状態を記録に残し各自、目を通して見ている。わかりやすい、記入しやすい記録になるよう見直しも行なっている。		
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	家族、主治医と相談し、出来る範囲内で色々なサービスとの連携に取り組んでいる。		

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	地域の行事に参加できるときは参加し、交流を図っている。外出レク等で飲食店や公園も利用している。		
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、納得が得られたか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	定期、緊急時、共に往診医に対応してもらっている。家族の希望があれば、往診医以外の受診なども行なっている。	これまでのかかりつけ医の選択は自由であり、家族が対応し受診される利用者もおられる。また、在宅医療を重視される協力医や訪問看護が週3回来所いただくことで、日常生活面のアドバイスや健康管理が行われている。	
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	定期、緊急時、共に訪問看護師に来てもらっている。主治医の医院からの看護師なので、報告、連絡もスムーズに行なっている。		
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。	面会には行っているが、個人情報保護の観点から、家族のみにしか情報を伝えない病院も増えてきているので主治医も交えて連携を図っている。		
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	家族、主治医、看護師、職員連絡をとりながら対応している。	恒常的な医療支援がなく、家族からの要望に応え、医師や職員と十分な話し合いを重ね、終末期ケアに移行するケースが見られる。ベテラン職員が自らの経験から家族の精神的フォローに努められ、家族が満足されるよう取り組まれている。	
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	定期的に訓練等を行っている。どの職員も当たり前に対応できるよう訓練を続けていきたい。		
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	年2回、防災訓練実施。水害や大規模災害時に近隣の施設との連携もとれるよう対応している。	大家さんの協力で近隣の工場との連携を図られたり、訓練を通して職員の対応力の平準化を図り、避難方法、場所などの確認にも努められている。また、同法人の老人保健施設と地震や夜間火災を想定した合同での訓練を実施されている。	災害発生時の地域との協力体制作りが進められています。運営推進会議などで参加者に事業所の訓練を視ていただくなど、具体的な協力体制の検討をされることに期待します。

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
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	基本的には対応出来ている。長く関わっていると、時々間違えた声かけ等も出てしまう場合があるので注意していきたい。	利用者との関わりが深く親密な関係があっても、馴れ馴れしい言葉や態度には特に厳しく指導が行われている。ヒアハットや事故事例を取り上げたり、新聞などのプライバシーに関する記事を取り上げ、話し合うなどの取り組みもなされている。	
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	出来る限り、本人の意思決定で行動できるような対応をしている。		
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	決まった時間や業務で行動せず、本人のペースに合わせた介護を心がけている。		
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	おしゃれができていないかは不明だが、本人にあわせて対応している。		
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	出来る人と一緒に作り、片付けも行っている。時には好みの献立を提供したり、おやつも一緒に作ったりしている。	決められたメニュー以外に、利用者の要望に応じて、おでんやすき焼き、時にはイスタラーメンなど、職員が工夫を凝らして提供されている。また、郷土料理のチャンチャン焼きやほうとうなども利用者と一緒に作り、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	摂取量を記録し、状況に応じて対処している。		
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	本人の状態に合わせて対応している。訪問歯科を利用している人もいる。		

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	排泄表なども利用し、パターンの把握を行い、出来る限り、トイレでの排泄ができるよう、声かけ、誘導を行っている。	病院や他施設でおむつ使用だった利用者には、まずトイレでの排泄に取り組み、自立をめざし、失敗された時でも「気にしないでください」とのフォローがなされている。また、ヤクルトなどの乳製品も取り入れ、自然な排泄ができるよう取り組まれている。	
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	薬に頼らないように、主治医、薬剤師とも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	完全に希望通りにはできていないが、なるべく意思を尊重しながら対応している。	週2回以上、1対1の個浴を基本に、重度の利用者には職員二人対応で湯船に浸かっていたり、ただけよう取り組まれている。同性介助や足浴の希望にも応じられ、プライバシーにも気を配りながら支援がなされている。	
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	本人の生活リズムに合わせて休んでもらっている。夜間は照明、騒音にも気をつけている。		
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	完全に把握できない場合でも、薬局からいただく薬の表を確認して対応している。処方が変わった際には、変化の状況等を記録に残し対応している。		
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	本人の能力に合わせた役割を、無理ない程度に行ってもらおうよう取り組んでいる。		
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	出来る限り希望にそって外出できるよう取り組んでいる。外出対応してくれる家族もいる。	その日の気分で散歩に繰り出したり、地区の盆踊りやカラオケなど日常的に外出支援が行われている。また、家族の協力で墓参りや選挙に出かける利用者もおられる。また、職員のアイデアで東京スカイツリーに出かける企画が実行されている。	

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	基本的に金銭管理は、家族、代理人に行ってもらっている。		
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	希望があれば、自由に行ってもらっている。		
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	落ち着いて生活できるような、環境作りを心がけている。飾り付け等で季節感を演出している。	懐かしい音楽が流れ、利用者がゆっくり落ち着いて過ごされる環境作りがなされている。共用空間では利用者が生けた生け花が飾られ、テレビの前などに気の合う利用者同士が集うなど、それぞれの居場所を確保されている。	
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	食事の時は、利用者同士の人間関係を配慮して座席を決めているが、その他は自由にしている。		
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を活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人が以前、使用していた家具を設置している人もいる。TVやラジカセなど本人好みの物を持ってきている人もいる。	居室内では読書をされたり、日記をつけるなど自由に過ごされ、体調に合わせて食事も居室内で食べていただいている。馴染みの家具が持ち込まれ、また、できる利用者には自室の清掃やシーツ交換などに参加をいただいている。	
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	わかりやすい表記、手すりなどで、なるべく自立して生活ができるよう配慮している。階段の昇降機購入。		

(別紙4(2))

事業所名:ふれあい多居夢川口

目標達成計画

作成日:平成 30年 5月 1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	4	生活保護受給の利用者も増え、依頼はしているが、運営推進会議への利用者家族の参加が少なくなっている。	少しでも多く、利用者家族にも参加していただき、意見交換の機会を増やしていきたい。	平日だけにこだわらず、家族が参加しやすい休日や、家族参加の多い行事の日に運営推進会議を計画してみる。	12ヶ月
2	35	ホーム内での訓練は行えているが、周辺地域との連携まではとれていない。	災害時など周辺地域とも協力し対応できるようにする。	運営推進会議時に訓練を見てもらったり、訓練を行う際、地域の方にも知らせ参加または見学をしてもらう。	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。