

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	4292200013		
法人名	社会福祉法人 五島会		
事業所名	グループホーム富江A		
所在地	長崎県五島市富江町狩立1091-3		
自己評価作成日	平成21年11月30日	評価結果市町村受理日	平成 22年 3月 17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://ngs-kaigo-kohyo.pref.nagasaki.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 福祉サービス評価機構
所在地	福岡市博多区博多駅南4-2-10 南近代ビル5F
訪問調査日	平成22年1月20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)】

本人・ご家族の希望を取り入れながら、家庭的雰囲気の中で利用者のペースを保ちながら支援していくことを基本にケアを行っています。また、地域との交流を深めるためにも外出の機会を増やし地域とのつながりを大切にしている。法人内に8ユニットのグループホームがあり、各事業所の様々な取り組みを導入する等ケアの質の向上にも取り組んでいる。法人の母体である老健を主として、利用者のニーズに合わせた対応が出来る事が最大のメリットでもある。

【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)】

五島市富江町にある“グループホーム富江”には、富江町で生まれ育った方々も多い。町固有の歴史と生活風土があり、ご利用者同士の会話の中でも、その昔の生活習慣や行事などが話題になることが多い。若い職員は、その話題を通して、この町で生き抜いてきた方々の強さと生き様を学ばせて頂いている。更なる会話のきっかけ作りにと、ホーム内には、職員が持ってきた“あけび”や“すずき”、季節の花等が飾られており、ホームの中にも季節の移ろいを感じることができている。それぞれの職員は勤務年数も異なるが、個々の長所を持っており、その長所が発揮できるようなチームワークを作っていきたいと、皆が考えている。より多く、職員が意見を伝えられる環境を作り、同じ理念と目標を共有するための取り組みを目指し、コミュニケーションのあり方も見つけている。ご利用者は、ほぼ毎日ホーム周辺の散歩を楽しまれているが、より多く外出ができるような取り組みも行って行く予定である。

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)	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)
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)	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)
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)	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
62	利用者は、その時々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)		

自己評価および外部評価結果

自己	外部		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	ミーティングや申し送り時、また関わり方について反省する時など理念に基づいてなされているかどうか認識し合うようにしている。	“人権の尊重”“ADLの維持向上”“地域との交流を深めていきます”という3つの言葉をホームの介護理念として掲げ、ご利用者お一人お一人のお力を大切にケアが実践されている。地域との交流では敬老会・運動会などの行事に、保育園児への参加を呼びかけた。	
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	季節ごとの行事には利用者と共に積極的に参加している(魚のつかみ取り大会、富江神社祭)	ご利用者は、富江まつりや神社のおまつり等に参加されており、富江まつりの時にはホームへ獅子舞やお神輿の訪問がある。ホームの行事では、毎回ボランティアの協力を頂いており、「次もぜひ呼んでください」とボランティアの方から声をかけて下さる関係が築かれている。町民センターで行うホームの敬老会には、多くの地域の方が参加された。	
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	町内会の集まりで地域の方々から認知症についての相談を受けている。参考になる話や機関の紹介もしている。		
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	前回の運営推進会議での検討事項や懸案事項についても、その経過を報告し合い意見をいただくようにしている。	2ヶ月に1回開催しており、ご利用者、ご家族、町内会長、民生委員、市の職員が参加されている。調整が取れた時には、ホーム行事の日と合わせて開催し、出席者の方に行事を見学して頂いており、出席者から「協力できることがあれば言って下さい」とのお言葉を頂いた。職員が制度改正について説明する等、良き勉強の場にもなっている。	
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	市町村担当者と運営推進会議以外にも行き来する機会をつくり市町村と共に質の向上に取り組んでいる。	管理者や計画作成担当者が市の窓口を訪れ、ホームだよりを届けたり、口頭でホームの状況を報告している。合わせて、ホーム行事へお誘いしており、敬老会の会場予約や会場設営にご協力頂いた。また、市からの依頼を受け、中学校や高校の職場体験学習の受け入れを行う等、市との協力関係が築かれている。	
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	スタッフ会議において定期的に話し合いを行っており、見過ごされることがないように防止に努めている。	職員は、身体拘束を行わないケアを理解しており、面会に来られたご家族や運営推進会議の場を通して、身体拘束の弊害について説明しながら、日々身体拘束を行わないケアを実践している。職員は「自分では気付けない身体拘束があるのではないか」との思いを常に持ち、会議を通して意見を出し知識を深め合っている。	
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	研修会、勉強会に参加し学ぶ機会を持ち理解浸透や尊厳に向けた取り組みを行っている。言葉の暴力、身体にアザがないかどうか		

自己	外部	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	研修会等で主旨を理解していて必要な時に支援できる体制をとっている。(現在のところ対象者なし)		
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	時間をとって丁寧に説明している。納得を得た上で手続きを進めていく取り組みをしている。		
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	利用者との話し合い、家族との交流会を設け、そこで出された意見・願い事を運営、日々のケアに活かしている。	ホームにはご意見箱を設置しているが、ご家族からは、面会時や運営推進会議の場を通して、直接ご意見やご要望を頂くことが多い。ホームでは、2ヶ月に1回“ご利用者会議”が行われており、ご利用者から食事や外出へのご希望や意見を頂いている。頂いた意見は記録を残し、職員会議の中で検討している。	
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	ミーティングで意見・要望を聞くようにして日頃からコミュニケーションを図るよう心がけている。自己評価ノートを用意して記入している。記入内容について管理者は退勤時に目を通している。	毎月、法人内のホームから持ち寄った意見や要望・事業計画・事業実績・運営推進会議の内容について、法人職員も出席の中で改善を図っている。3か月に1度は各事業所の副主任による会議も開催し、職員の意見や要望をできる限り反映させる仕組みを取っている。職員は、日々外出支援の方法を提案する等意見を出し合っている。	それぞれの職員が、個別の長所を持っており、その長所が発揮できるようなチームワークを作っていきたいと、皆が考えている。より多く、職員が意見を伝えられる環境を作り、同じ理念と目標を共有できるための取り組みが続けていかれることを期待していきたい。
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、職員が向上心を持って働けるよう努めている。職能評価もしている。		
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	事業所以外で開催される研修にはなるべく多くの職員が受講できるようにしている。また、それらの研修報告はスタッフ会議で発表してもらい職員全員で質の向上につなげている。		
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	形式的な交流はないが行事等において意見や連携を行っている。(花見、バザーにおいて)		

自己	外部	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	利用者が今、何を求め、今、何が大切なのか、その人をよく見て、その人を知ること、話をよく聞くことを大切にし、本人を受けとめることにつとめている。		
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	ご家族が求めていることを理解し、事業所としてどのような対応ができるのか、事前に話し合いをし信頼関係づくりに努めている。		
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	事業所側の考えにならないように本人・家族の意向を第一に必要なサービスを選択できるよう話し合いを行っている。		
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	利用者は人生の先輩であるという考えを職員が共有しており、利用者の得意な分野で力を発揮してもらっている。また、職員が利用者にも励ましてもらったりする。		
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	自宅での暮らしぶりとか、家族が関わってこれたことを教えてもらい、職員は家族の思いに寄り添いながら情報の共有に努めている。		
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	昔から利用している美容室へ行かれたり、彼岸にお寺詣りをされたり一人ひとりの生活習慣を尊重している。	日々、ご本人の生活歴や願い等を伺い、その願いを叶える取り組みを続けている。ご利用者のご希望に応じて、ご利用者の妹さんに連絡を取り50年ぶりに再会された。また、馴染みの方からの荷物が届いた時に、お礼の電話を入れたり、年賀状や手紙のやり取りを支援している。ご家族の協力のもと、自宅への外出も行っている。	
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	利用者同士の関係性について情報を連携し、すべての職員が共有できるようにしている。		

自己	外部		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	他事業所へ移られた方にも利用者と一緒に遊びに行ったりしている。		
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	意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から情報を得るようにしている。	ご利用者との会話を大切にしており、日々の会話の中でさりげなく質問しながら、思いや意向の把握を続けている。ご利用者からのお言葉が出るまで待つことを心がけており、言葉での表現が難しいご利用者には、日頃の表情から汲み取る努力を続けている。ご家族には面会時に近況報告をしながらご意向を確認している。	
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	利用者について独自の生活歴や個性、価値観など把握し、本人の全体像を知る取り組みをしている。		
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	本人のできる力、わかる力を暮らしの中で思い出していくことに努めている。		
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・家族に日頃の関わりの中で思いや意見を聞き反映させるようにしている。アセスメントを含め職員全員で意見交換を行っている。	計画作成担当者や管理者が、面会時にご家族へホームでの生活状況等を伝え、ご家族からの要望を伺っており、できる限り計画に取り入れるようにしている。手順書も作成しており、実施状況は個別記録やチェック表に残されている。医師に意見を頂きながら、嚥下状態の変化等ご利用者に変化がみられた時には、随時再立案をしている。	
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	職員の気づきや利用者の状態変化は個々のケア記録に記載し、職員間の情報共有を徹底し見直し評価を実施している。		
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	本人、家族の状況に応じて通院など必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう努力している。		

自己	外部	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	利用者が安心して地域で暮らしを続けられるよう、警察、消防、民生委員と協力しながら支援している。		
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	本人・家族が希望するかかりつけ医となっている。毎月2回の往診もしている。	定期受診には職員が同行しており、受診結果についてはご家族へ連絡している。受診結果によって急を要する場合は、医師からの説明を聞いて頂けるように連絡し、一緒に同行して頂いている。主治医へ電話で相談をしたり、協力医へ往診の依頼ができる体制が築かれており、夜間の往診も対応して頂ける。	
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	介護職員と看護師とは気軽に相談できる関係ができており、医療機関との連携も密にとれる体制ができています。		
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。	入院時には本人の支援方法に関する情報を医療機関に提供し、職員も交代で見舞いに行くなどして情報交換ができています。		
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	状態の変化があるごとに家族の気持ちの変化や本人の思いに注意を払い支援につなげている。	重度化や終末期に向けて、かかりつけ医の方針を優先しながらも、ご本人やご家族の希望を聞き、事業所での対応が可能なかぎり取り組むことを方針にしており、入居契約時にご家族へ説明を行っている。また、ご家族からの申し出があった時は、事業所としてどこまで支援ができるのかをご利用者にご家族に説明し、ホームの方針へのご理解と同意を頂いている。	
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	全職員が研修を受けており対応できる体制ができています。		
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	消防署、防災関係者より指導を受けての訓練を行っており、住民との協力も得られている。	3ヶ月に1回、ご利用者も一緒に火災時(台風時)の避難誘導訓練が行われている。自動火災通報装置には協力地域住民の電話番号も登録されており、火災時の協力体制が得られている。また、事業所内にミネラルウォーターを備蓄しており、食料品等の準備は母体施設の方でも行っている。	

自己	外部	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	職員が利用者に向けて発している言葉の内容や語調等が利用者の誇りやプライバシーを損ねるものになっていないか日常的に確認し合っている。	トイレや入浴の際の本人のプライバシーには十分に配慮しており、ご利用者がトイレを使用される時やおむつ交換を介助する時には、必ずドアを閉める配慮を行っている。接遇(特に言葉づかい)については、会議の場を通して、職員同士で確認し合っている。書類の管理等を含め、全職員が徹底できている。	
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	わかる力に合わせた説明を行い、利用者自身に決めてもらっている。		
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	買い物、散歩等その日その時の本人の気持ちを尊重し、できるだけ個別性のある支援を行うようにしている。		
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	日頃からお化粧品やマニキュアをしたり本人馴染みの美容院を利用されている。		
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	献立の相談をしたり、味付け・盛り付け・後片付けなどを利用者と共に行い、職員と利用者が同じテーブルで食事をしている。	ご利用者へ献立への要望を伺い、買い出し、下ごしらえ、盛り付け等を、ご利用者にして頂いている。食事はホームの畑で収穫されたサツマイモやネギ等を探り入れて作られており、職員も同じ食事を一緒に食べるようにしている。また、季節の良い時期には、屋外にテーブルを出してハイキング形式の食事を楽しまれることもある。	
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	状況をチェック表に記入し、職員が情報を共有している。一人ひとりの嗜好を把握し献立にも取り入れ栄養のバランスにも配慮している。		
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	毎食後の歯磨きの声掛けを行い、力に応じて見守り、介助を行っている。就寝時には義歯の洗浄を行っている。		

自己	外部	外部評価			
		自己評価 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	チェック表を使用し尿意のない利用者にも時間を見計らって誘導することによりトイレで排泄できるように支援している。	ホームでは、トイレで排泄することを大切にしており、利用者の排泄パターンを把握し、時間を見てトイレ誘導を行う事で排泄の自立支援に取り組んでいる。支援することで使用するパットの枚数が減ったご利用者もおられる。排泄時には必ずドアを閉めるようにしており、ご利用者の自尊心を傷つけないよう、言葉かけにも気をつけている。	
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	食事の工夫や運動をはたらきかけることで自然な排便ができるように取り組んでいる。また、繊維質の多い食材や乳製品を取り入れている。		
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	職員が一方的に決めず、利用者のその日の希望を確認し入っていただいている。羞恥心への配慮も全職員が理解し行っている。	それぞれのご利用者の好みの湯温や入浴時間を伺いながら入浴支援を行っている。入浴剤を入れて入浴を楽しんで頂いており、冬場の湯温や室温管理にも十分に配慮している。入浴を好まれないご利用者には、時間を置いて再度お声掛けしたり、日を改めて入浴して頂く対応を行っている。	
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	なるべく日中の活動を促し、生活のリズムを整えるよう努めている。(ベッドに湯たんぽを早めに用意し、足元を温めるなど)		
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	処方箋のコピーをケース毎に整理し、職員が内容を把握できるようにしている。服薬時には本人に手渡し服薬の確認をしている。毎月服薬についてのチェックも行っている。		
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	梅干し、干し柿づくり、山菜の調理方法など利用者の経験や知恵を発揮する場面を作りお願いしている。感謝の言葉を必ず伝えるようにしている。		
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支援している	本人の気分や希望に応じて季節を肌で感じてもらい、心身の活性につなげるよう散歩・買物・ドライブ等に出かけている。	ご利用者は、ほぼ毎日ホーム周辺の散歩を楽しまれており、ご利用者の希望に応じて、福江空港や鬼岳、茂敷ダムへの外出や、ショッピングモールへの買い物や外食に出かけられている。また、それぞれのご利用者のご希望に応じて、馴染みの店への買い物や美容室の利用、ご自宅への外出の支援を行った。	

自己	外部	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	家族の協力を得て少額のお金を持っている人もいる。事業所で管理している人でも買い物等で本人に払っていただけるよう支援している。		
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	利用者の希望に応じて日常的に電話したり年賀状を書きたい人への手助けも行っている。		
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	茶碗を洗う音、ご飯の炊ける匂い、入浴剤の香り、よもぎ餅、花を飾ったり五感や季節感を意識的に取り入れる工夫をしている。	ホームには、会話のきっかけづくりにと、職員が持ってきたあけびやすき、季節の花等が飾られており、ホームの中にも四季の移ろいを感じることができる。リビングは、ご利用者に話を伺いながら、ソファに腰掛けられるご利用者と車いすに座っておられるご利用者が隣同士でくつろいで頂けるようにソファの配置を変え、それぞれのご利用者に思い思いの場所でくつろいで頂けるように工夫した。	
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	ホームの前に長椅子、テーブルを置き散歩・日向ぼっこなどして仲の良い利用者同士でくつろげる場所がある。		
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	写真や使い慣れた日用品が自室に持ち込まれ、利用者の居心地の良さに配慮している。	入居時には、使い慣れた日用品を持ってきていただくように伝えており、筆筒や布団、、写真、柳行李、自宅で飾っていた置き物等の持ち込みがある。持ち込みが少ないご利用者には、ご利用者とご家族に相談しながら、鉢木を飾ったり、誕生会の色紙を居室に飾り、居心地よく過ごして頂けるよう工夫を続けている。	
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	目印などはただ表示するのではなく、本人の状態を把握し必要な物を見極めながら、それぞれに合わせた工夫をしている。		

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	1	それぞれの職員が個々の長所をもっており、その長所が発揮できるようなチームワークが期待され、職員の意見を反映できる環境づくりが望まれている。	理念・目標・ケアの共有化	スタッフ会議やカンファレンスで職員の意見が出やすい環境を整える(一方的な話し合いから、意見を出し合い協議する方法へ)	12 ヶ月
2	1-2			利用者へのケアの在り方、業務の改善など提案制度を設ける。(提案が出た場合は、カンファレンス・スタッフ会議において話し合うこととする)	12 ヶ月
3	1-3			職員間のコミュニケーションを活発にする	12 ヶ月
4	1-4			職員個々が理念や目標を共有化し、ケアの充実を図ることとする。	12 ヶ月
5					ヶ月