

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	4670800384		
法人名	有限会社 精祥		
事業所名	グループホームやまぶき		
所在地	鹿児島県出水市上鯖洲48番1		
自己評価作成日	平成23年10月7日	評価結果市受理日	平成23年12月21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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/Top.do?PCD=46
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成23年10月25日	評価結果確定日	平成23年11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)】

やまぶきの理念である「一緒にふれあい笑顔のある家庭的な暮らし」をモットーに、日常生活を共にし、触れ合う時間を大切に、ケアに取り組んでいる。例えば、一緒に畑仕事や家事においてそれぞれに役割を見出している。又、散歩や季節に応じたドライブにも力を入れ、地域との関わりを持てるようにしている。

【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)】

ショッピングセンターを改築したホームで、幹線道路に面した利便性の良い場所に位置している。職員は理念を十分に理解しており、入居者とふれ合う時間を作り出すために、介護計画の見直しや業務改善に前向きに取り組んでいる。さらに、実際に経験した水害の教訓を活かして、自主避難訓練や備蓄など、災害時の対策も充実している。また、併設する有料老人ホームと協力して催し物の企画を立案し、地域の方々へも広く呼びかけて交流する機会を設けている。

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	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				

自己評価および外部評価結果

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	毎日の朝礼時出勤スタッフで唱和し、実践出来るよう取り組んでいる。	開設当初に職員がつくり上げた理念を掲げ、入居者とのふれ合いを大切にしながらケアに取り組んでいる。また、法人内での研究発表を念頭にして、理念を中心とした業務改善活動にも取り組んでいる。	
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	自治体には加入しているが、年間行事に参加する程度で日常的には交流は出来ていない現状である。 今後の課題であり、交流を深める環境作り・体制作りを行っている。	自治体に加入し、管理者が自治会の会合に参加している。地域へ出向いての活動は少ないが、ホームの催し物に地域の方々を招いたり、小学校や保育所と協力して異世代交流などを行っている。	
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	運営推進会議を通じ自治会長・民生委員の方と定期的に話をしている。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議を設け、入居者様の状況、日頃行っている行事等を報告。意見や要望を頂き和やかな中、定期的に行っている。	定期的に運営推進会議を開催しており、ご家族や地域代表、行政担当者などの参加により、ホームの活動状況や今後の計画が報告されている。それぞれの立場から意見や提案が出され、議事録としてまとめたものを掲示して情報を共有している。	
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	季節ごとに発行している便りを届けたり、相談等あればその都度行き来する体制は取れている。	行政担当者にホーム便りを届けるなどして、随時ホームの状況を報告・相談している。地域包括支援センター職員にはホーム主催の行事等を視察してもらい、現状を理解して相談に乗ってもらう機会を設けている。	
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	安全・身体拘束廃止委員会を中心にマニュアル作成し、スピーチロック等も含めた学習会をしている。	委員会を中心に、身体拘束廃止のマニュアル整備や現状の検証、理解を深めるための教育計画などが話し合われている。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。	
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	安全・身体拘束廃止委員会を中心にマニュアル作成、理解をえている。		

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	管理者が研修に参加、部署会議、学習委員会などで勉強している。		
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	契約・解約については、入居時に重要事項を説明し不安にならぬよう充分な説明を行い納得してもらっている。		
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	入居者様の表情や対話で探り、ご家族様からは、面会時に気軽に声かけ行い情報の交換や要望意見を聞き、苦情などあった場合は、記録に残し部署会議で話し合い運営に反映している。	日常的なケアの場面や面会時に、入居者やご家族から意見を得るように努めている。出された意見や要望については報告書にまとめ、対応策を検討し実施している。	さらに積極的に意見や要望を聴き出すための方策を検討するとともに、ホーム以外の相談窓口についても説明する機会を設けていただきたい。
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1回の部署会議や日々の朝礼時の意見交換を行い運営に反映している。	運営に関することや新しい入居者の受け入れについて、日々の申し送りや毎月の職員会議で管理者と職員が話し合い運営に反映している。	入居者と職員の馴染みの関係継続のために、職員の交代については、入居者への影響を最小にする配慮が望まれる。
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	役員会で「勤務状況、業務態度等」日々の現状報告し、検討している。		
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	研修は外部研修内容に応じスタッフに参加していただきレポートを参考に学習を重ねている入居者。内部研修は、新人研修・中間研修等あり参加して頂いている。		
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	グループホーム連絡協議会に加入し、講演会やセミナーに積極的に参加し同業者との交流がある		
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	入居事前に生活歴を把握するよう努め、入居後は常に傾聴の姿勢や受容、声かけの姿勢で信頼関係を築くよう努めている。		

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
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	入居相談時に十分な時間を設け不安や疑問を軽減できるように努めている。		
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	入居者家族からの相談には傾聴し、迅速に対応している。		
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	一方的な介護とならない様、一人一人の得意分野を見出し、活動につなげることにより、生きがいや達成の喜びを共感するように努めている。		
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	行事などに参加していただいた中で、今の状況を理解していただくこともあり、支援の協力を得ている。		
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	知人等の面会が継続するような雰囲気づくりに努めているが、外出プランに関しては本人の思いなどに行き届いていないように思える。 業務改善を行い、入居者様との触れ合いを密に、その方の思いに沿った支援を実現させたい。	入居者の生活歴や人間関係をアセスメントして個別プランを作成し、ご家族の協力も得ながら馴染みの場所や自宅近辺への外出を支援している。 ホームに来訪された方々には、その後も継続的に面会に来ていただけるように声かけしている。	
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	レク等の活動の場で協力、孤立しないよう、スタッフが間に入りより良い関係が築けるよう配慮している。		
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	併用の施設へ入居した場合は、入居者様と面会に出掛けるようにしている。又同様に本人及び家族も気楽に訪問できる環境作りを行い実際に、良好な関係が保たれている。		
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	モニタリングを通し本人の想いを伺うも、なかなか聞かれない為、ご家族様からの意向を参考に、日常生活の中で気づきを大事に取り組んでいる。	毎月モニタリングを兼ねて入居者への聴き取りを行っているほか、入浴時などのゆったりした時間に意向を尋ねている。意思疎通が困難な方に対しては、ご家族からの情報に加えて、表情や言動から思いを汲み取るようにしている。	

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
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	入所前にご家族様に生活歴など入居者様のこれまでの暮らしが把握出来るよう、資料を作成して記入して頂いている。		
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	日々の生活の中で、本人の表情の観察・バイタルチェックを行い気づきの姿勢で取り組んでいる。		
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	各担当者にモニタリングをしてもらい、部署会議等で課題を掲げ職員の意見を取り入れ、家族・入居者の意見を反映した介護計画を作成している。	介護支援専門員により介護計画の原案が作成され、サービス担当者会議で合意形成が行われている。毎月、介護職員のモニタリングをもとに意見交換がなされ、現状に即した介護計画へと変更されている。	
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	個々のファイルを作成しており、直接関わった職員が確実に記録に残す取り組みをし、モニタリングに活かしている。		
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	入居者の身体状況により、併用施設内にある、ホットパック・個浴等利用している。		
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	施設の行事への招待、ボランティア、防火訓練、運営推進会議への参加、他の事業所の講話等参考に支援に活かしている。		
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・ご家族が納得したかかりつけ医となっている。定期的な往診・受診あり、往診・受診前には状態の変化をファックスし、情報の共有に努め、良好な関係を保ち適切な医療が受けられるよう支援している。	入居者やご家族が望むかかりつけ医と連携し、受診の際には職員も立会い、健康管理面への助言を受けている。専門医の受診が必要な場合も通院介助を行い、適切な医療が受けられるように支援している。	
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	看護員が中心となり健康管理に努めており、協力医との連携も密に取れている。		

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
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。	週2回以上面会に行き、その都度病院関係者から状況報告を受け、情報の交換に努め、本人との会話、洗濯物やオムツなどの回収や提供など行っている。		
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	介護計画を作成し、スタッフ間で統一した緩和ケアに努めており、状態の変化がみられるたびに、家族・主治医・管理者・看護師で密に話し合い、状況の把握に努めている。	入居の際に、看取りに関する指針を提示して説明の上、了承を得ている。重度化に対する態勢も整い、看取りの支援においては、入居者の状態に応じて、医師・入居者・ご家族が協議しながら予後の方針を決定している。	
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	学習委員会を中心に定期的な勉強会を実施。事故発生時の対応及び報告ルートチェック表を作成し、全スタッフが対応できるように取り組んでいる。		
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	消防委員会を中心にマニュアル作成を行い、年に2回施設全体での消防訓練を行い消防団・自治会長の協力を得ている。	非常災害におけるマニュアルを整備し、年2回、消防署立合いの下で法定訓練を実施している。また、地域の避難所としての役割も果たせるように、消防委員会が設置されて毎月自主避難訓練を実施している。備蓄については、水害をはじめとする実際の災害経験をもとに準備している。	
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	接遇委員会を中心に入居者様に対しての声かけ、立ち振る舞い、笑顔等、個々の尊厳を大切にしている。	入居者の羞恥心に配慮した言葉かけや行動に努めるとともに、毎月、接遇目標を立案して職員同士で評価し合っている。また、個人別に呼び方を確認して、意志疎通がより良く図れるように工夫している。	
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	個々の入居者に合わせた声掛けを行っている。		
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	理念に沿った業務の見直しに取り組んでいる。押し付けの介護にならない様、個々のペースあわせ援助している。		

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
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	行きつけの美容院に数名の方がスタッフ対応や家族対応にて外出されている。数名の方は外部の美容院の方が施設内でカットして頂いている。		
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	旬の食材を利用し入居者様と下ごしらえ・盛付け・茶碗洗い・茶碗拭きなど役割分担も考え共にやっている。	入居者の嗜好や要望を踏まえたメニュー構成となっている。季節によっては、菜園で採れたサツマイモやご家族から頂戴した旬の野菜などが食卓に上ることもある。それぞれの方の力量や役割に応じて、食事の準備や後片付けにも参加されている。	
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	水分・食事の摂取量は毎日チェックし把握している。出来るだけ野菜を多く取り入れ、肉・魚を交互に提供。入居者様に依りて量の配慮をしている。		
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	食後の歯磨きの声かけ見守り、力量に応じた支援をしているが、ただするだけであったりし、口腔内の把握までには至っていない。		
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	個々の状況に応じ対応している。なるべく尿意がある方、シグナルがある方はオムツ・パットの使用せず、定期的な誘導・気づきの中、失敗しないよう支援している。	排泄に関する記録をとり、入居者のリズムや習慣を理解した上で、時間やしぐさを見ながらトイレ案内を行っている。また、入居者の状態に応じてオムツの使用量を減らし、排泄の自立へ向けた支援に取り組んでいる。	
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、個々に依りて予防に取り組んでいる	補水に、ホットミルクを提供し。入浴時腹部マッサージ・ホットパックを行っている。		
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、個々に依りて支援をしている	木曜日以外を入浴日とし、バイタルの状況や身体状況等考慮し、拒否時は日中にかけてタイミングを見ながら個々に依りて支援している。	週3日のペースで、なるべく自由な時間に入浴できるように配慮している。「お風呂はゆっくり入る」を基本に、入居者との会話が弾むようにしており、コミュニケーションの機会となっている。入浴を拒否される方へも、声かけのタイミングや方法を変えながら、気持ち良く入浴できるように努めている。	
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	数名の方が身体の負担をみながら、昼寝をして頂いている。その他の入居者様は居間のソファで過ごされるのが落ち着かれる様子。		

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
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	個々の服薬の情報をファイルにし、いつでも確認できるようにしている。薬の変更時はその都度スタッフへ報告している。		
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	個々の能力に応じ、茶碗洗い・拭き、下ごしらえ、盛り付け、洗濯物干し・タタミ、ちり紙折り等、役割を見出し、活気・やりがいのある生活を支援している。		
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。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	天気の良い日など、戸外へ出掛けるよう心がけている。	近所への散歩や菜園の草むしり、洗濯物干しなどで戸外へ出る機会を設けている。また、月に1回程度は遠方への外出も企画され、季節感を味わうことができるように支援している。	
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	数名の方は小銭程度で管理されているが、小口現金としてご家族様から預り、必要なものや、外出時など使わせて頂いている。		
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	公衆電話からご家族にかけたり、遠方におられるご家族様からお便りが届いたときなどお返事の支援をしている。		
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	居間と食堂が同じフロア内にあり、食事の準備の音・臭いなど生活感を感じられるような空間となっており、ちぎり絵や折り紙等で季節感を感じられるような取り組みもしている。	共用空間は季節に応じた装飾をしながら、思い思いの場所で過ごせるように、ソファを配置するなどして工夫している。また、入居者に合わせた室温調整を行うとともに、定期的な換気により乾燥や匂いにも気を配っている。	
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	外の景色が見えるところに丸テーブルを置き、ゆっくり過せる場所を設置。なるべくソファ等、好きな場所にくつろいで頂いている。		
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、ご家族様へ入居者が居心地良く、安心して過せるよう、馴染みの家具、アルバム等を持って頂くよう声かけしている。	広い居室にクローゼットもあり、入居者が使いたい物を身近に置けるように配慮している。椅子やタンス、思い出の写真などが持ち込まれ、居心地良く過ごせる空間となっている。	
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	トイレには「便所」と大きく書いて張り出している。障害物がないように、常に危機感を持ち事故のないような対策をしている。		

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	10	苦情相談窓口の説明する機会が少ない	家族及び外部に向けて苦情相談の周知の徹底	<ul style="list-style-type: none"> ・3ヶ月に1回相談窓口を文章化してやまぶき便りと一緒に配布する(アンケートもとる) ・家族の面会時に声かけをする 	1ヶ月
2	11	退職してから新規職員が決まるまでに、日数が掛かる	切れ間のない職員体制を図る	<ul style="list-style-type: none"> ・所属する事業者にも早急な雇用をお願いする ・職員に対しても知り合い等いないか呼びかけを行う ・入居者が不安にならないような職員づくり(学習会の実施、育成表の提出、職員心得の唱和) 	1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。