

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	1174800449		
法人名	秩父福祉会		
事業所名	グループホーム ひなた		
所在地	埼玉県秩父市吉田久長193 (電話)0494-72-6061		
自己評価作成日	平成25年4月 20日	評価結果市町村受理日	平成25年5月27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.jp/11/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_unei=true&JigyosyoCd=1174800449-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【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 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成25年 5月 9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)】

高齢者サポートセンター内に有り、デイ、支援ハウス、ヘルパー等、多くの方との交流が図れる事。センター内を職員と共に歩行練習したり、合同の行事やデイの行事等に参加出来る事、助け合いながら行っている。職員を含めた家族関係を作りながら、一人ひとりの変化にも対応します。生きがいを感じ、季節感あふれる食事、行事を計画し、感動の共有をはかります。

【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)】

グループホームは、高齢者サポートセンター内に有り、デイサービス、支援ハウス等が併設されている。この複合施設を地域の方が利用されるので、馴染みの方との交流や、センター内の職員と一緒にリハビリなどができて、残存機能の維持や、生きがいを感ずる生活ができています。ホーム内では利用者の楽しみや生きがいを感ずるように、紙細工、カラオケ等の趣味の支援が行われ、時間を忘れるほどの熱中される方も見られる。

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) ○
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) ○	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

[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	社会福祉法人秩父福祉会の基本理念、白砂恵慈園三訓を朝の申し送り時唱和し、日々の実践に取り組んでいる。1、笑顔で挨拶をしよう。1、相手の立場にたって考えよう。1、お世話をさせて頂く事に感謝しよう。	職員は、白砂恵慈園三訓の一つである「笑顔で挨拶」を毎日心がけ、相手の立場に立ったケアを実践している。	
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人として日常的に交流している	現在は重度化して地域との交流が図りずらく成って来ました。地域のお祭りに数名参加させて頂いたり、来園し獅子舞を披露して頂いたりしている。	利用者の重度化に伴い、全員が地域に出かけることはできないが、外出可能な方が地域のお祭りに参加している。一方、法人のイベントに地域から参加され交流ができています。	
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	日々の実践を生かし、地域の高齢者の安否確認に参加している職員もいる。		
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	偶数月の第4木曜日に運営推進会議を開いている。入居者様の状態、ホームの活動状況報告や視察などを行い、意見や協力をいただいている。	運営推進会議は、定期的開催されているので、法令に基づき、外部評価は2年に一回となっている。会議ではホームの活動状況等が報告され、適切な助言が得られ、ケアに活かされている。	多方面からの助言が期待されるので、運営推進会議のメンバーの幅を広げられることをが望まれます。例えば、民生委員さん、消防署や警察の方など。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市役所吉田総合支所の市民福祉課長に、運営推進会議の委員になっていただき、定期的にホームを見て、意見を頂きケアの向上に取り組んでいる。	運営推進会議メンバーには、吉田総合支所の市民福祉課長も参加されて、直接行政からの情報や助言がいただいている。他社のグループホームが参加する、地域密着型サービスの検討会に参加し課題を共有している。	
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	法人全体で身体拘束の禁止、虐待の防止の勉強会をしている。利用者の生命、身体が危険にさらされ他に代替がなく身体拘束が一時的に必要な時には、家族に同意を得てその後も定期的に検討をする。玄関は日中は開放しています。	法人全体での身体拘束をしないケアや、虐待防止に関する研修会に参加し、伝達研修を行い職員全員が理解を深めている。	毎月、開催される、「ひなた会議」を利用して、身体拘束廃止委員会を開催されることが望まれます。当委員会では、身体拘束廃止マニュアルの輪読、事例検討などの研修が期待されます。
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	法人全体での研修や地域の勉強会に参加し、学んで来たことを共有する機会を設けている。ホーム内でも入浴時のさりげない全身観察など、気づいた点を報告、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
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	法人内研修や地域の勉強会に参加し、情報を共有して、利用者の必要応じ、対応させて頂いている。		
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	契約時には職員2名で立会い、丁寧な説明に努めている。不安点や疑問点もゆっくり話し合い、ケアに生かしている。		
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	玄関の見やすい所に意見箱を設けたり第三者委員会の掲示をしてる。運営推進会議に、利用者様の代表者と家族の代表者にも参加、意見をいただいている。	運営推進委員会では、ご家族代表者も参加され、活発な意見交換があり、ホームの運営に活かされている。	
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	所長も参加した職員会議を月1回、定期的に設け、意見を出し合っている。	定期的に開催される、職員会議で意見や要望が出され、事業所の運営に反映されている。又、年1回は、職員面接が実施され個人的な意見を聞く機会が設けられている。	
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	職員一人一人に、目標持って勤務してもらう為、書面で管理者と遣り取りしている。(自分の意見や、振り返り等、管理者より感想も書いてもらう)		
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	管理者は各種の研修に参加する機会や、勤務調整を行い、職員のケアの力量向上に努めている。		
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	法人内研修を始め、地域密着型サービス連絡協議会と協力した勉強会に参加、交流の機会を設けている。		

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	本人と会って話をし、心身の状態や本人の思い、不安を理解し、信頼関係を築くように努めている。		
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	今までのサービスの利用状況や、家族が求めている事を聴き、どのように対応できるか、どう対応するのが本人の思いにかなうのか、話し合っている。		
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	相談時に、本人や家族の思いを確認し、在宅支援センターや、市民福祉課と連携して対応に努めている。		
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	利用者様は人生の先輩であり、数々の経験と特技を持っています。共同生活の中で、教えていただく機会、活躍の場面作りに努めている。		
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	家族との情報交換に努め、本人と家族の思いを受け止め、家族と共に、利用者様を支える気づきや、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	馴染みの人との交流が出来る様、センター内で交流したり、来て頂いたりしている。懐かしい場所や祭りを訪ねたり、実家のある地域にドライブしたりする。	高齢者サポートセンターを利用している馴染みの人との交流ができ、いつまでも友達との関係継続ができています。また、地域発行の広報誌を読み、長く生活してきた地域の関係継続の支援も行われています。	
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	利用者同士の関係がうまくいくように、座席を調整したり、個別に話を聴いたりしている。会話の橋渡しや話題の提供、一緒に手芸等させて頂いている。		

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	施設に入所された方を、職員が訪ねて話を聴いたりしている。		
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	日々のかかわりの中で、行きたい所、食べたいものなどを聴いている。重度化して思いが拾えなくなって来ているが、家族と相談して、本人の気持ちで検討している。	重度化に伴い、意見や意向の把握が難しくなっている。一方、ホームでの生活が長い方は、表情や仕草から意向をくみ、取りケアに活かしている。	
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	利用者様や、家族からの聴き取りを重ね、生活歴、生活環境など少しずつ把握に努めている。		
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	利用者様一人ひとりの行動や動作から、生活のリズムの把握に努め、出来る事を見つけている。生活記録、連絡ノート、毎朝のバイタルチェック、申し送りを活用している。		
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	本人や家族の思いや意見を聴き、今、本人らしく過ごすにはどのようなケアが良いのか、状況の変化にも対応して検討、見直しをしている。職員全員が介護計画を確認してケアにあたっている。	ケアプランは、3ヶ月に1回の見直し、6ヶ月に1回の評価を実施している。日常生活においては、体調や状況変化を経過記録、介護記録に記録し職員全体が共有して、ケアプランの見直しを行っている。	初回のアセスメントは、漏れが無いように、且機動的な方法に見直されると良い。また、ケアプランと介護記録をリンクできる方法の検討も望まれる。
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	日々の状態の変化や様子を個別の介護記録に記載し、すべての職員が確認してから勤務についている。介護記録や、申し送りノートに記録されたケアの実践結果、ケース会議で検討した事などを元に計画の見直しに生かしている。		
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	本人や家族の状況に応じて、通院介助や医療との相談など、必要に応じて臨機応変に対応している。特養の相談員にも入所の相談をしている。		

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
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	本人や家族の意向、必要性に応じ、在宅介護支援センター、施設相談員とも連携して支援している。果物狩り、季節の花街道見学などに出かけている。		
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	事業所の協力医による訪問診療や、本人と家族の希望するかかりつけ医の受診介助、家族と協力しての通院時、ホームでの状態変化、状況報告の支援をしている。	通常は、本人と家族が希望するかかりつけ医を受診している。受診の支援は原則家族であるが、状況に応じて職員も対応している。尚、予防接種などは法人の協力医が対応している。	
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	計画作成担当者が看護職の為、状態観察をしている。不在時等は隣接のデイの看護師に来て見てもらう。状態に応じ家族に報告、医療機関に繋げている。		
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。	入院時にはホームでのバイタル変化や、情報を提供し、安心して過ごせる様にしたり、面会して状況の把握や、馴染みの関係を継続している。担当医や家族とも情報交換しながら、退院後の対応方法を職員で共有し、支援している。		
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	重度化しても、ホームでの生活を希望する家族がいますが、利用者様本人にはどのような生活が良いのか、又、出来ること、出来ない事も伝えて相談している。特養への入所も検討相談する。看取りを行っていない事も説明し、救急車を依頼し、医療機関への搬送も相談している。	重度化、終末期の対応は、利用者本人やご家族の意向をよく聞き、病院への入院など適切な対応がなされている。現状では、ホームでの看取りはできない。	
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	法人内研修やひなた会議で勉強会をしている。緊急時の対応マニュアルを整備したり、実際の対応事例を検討している。		
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	緊急対応マニュアルを整備し、消防署の協力を得て、定期的に利用者と共に避難訓練、職員の非常呼集訓練をしている。近隣住民の協力もお願いしています。	夜間を想定して、避難訓練が行われている。1ユニットであるがスプリンクラーも設置されている。ホームに近い地区に住む職員も非常呼集に参加している。法人で開催されている、防災会議・感染症対策(それぞれ各月)に職員の代表が毎回参加し、伝達研修を行い意識を高めている。	

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	日々の関わりの中で、利用者様は人生の先輩であり、誇りやプライバシーを尊重した対応に心がけている。個人情報の取り扱いに注意、徹底をはかっている。	入浴、排泄時もプライバシーを尊重したケアを徹底している。居室に入るときは必ずノックする、言葉掛けに留意する等、人生の先輩としての敬意をもった対応に心がけている。	
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	利用者様に合わせて声掛けや説明をしたり、表現でにくい利用者様の思いを汲み取って説明し、希望が選べる方向に働きかけている。		
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	利用者様の体調に合わせて、食後の休みを取ったりされている方も居る。体調、天候が良い時には、散歩にでたり、本人がやりたい事(計算問題、折り紙、草取り等)に参加頂いている。		
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	理容、美容は家族がホームで行ったり、家族が行きつけの美容院に連れて行ったりしている。季節に合った衣類を用意し、入浴時に着替えている。毎朝、整髪洗顔をし身だしなみに気を配っている。		
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	テーブルや食器拭き、インゲンのすじ取り、皮むきなど、できる利用者様は一緒に行う。季節の地元の食材を使用したり、誕生会では本人の好きな物を他の利用者も頂く。楽しく食べる雰囲気づくりを大切にしている。	重度化している利用者が多いので、テーブルふきなどできる範囲で食事の準備を職員と一緒にしている。また、誕生会では本人のリクエストに基づいたメニューが準備され、楽しい行事食となっている。	
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	栄養が偏らないように献立をたて(栄養士)調理している。利用者様の状態に応じ、ミキサー食(病院の栄養指導)や、キザミ食も提供している。水分は、食前食後おやつ時、その他随時摂取出来る様に声掛けをしている。		
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	毎食後歯磨きの声掛けを行い、利用者様の状態により、見守り、一部介助をしている。口腔ケアの法人内研修、地域の研修にも参加、情報共有して、口腔体操等も食事前に行っている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握してトイレ誘導している。歩き出す、ズボンを下げたがる、立ってキョロキョロしているなどのトイレサインを見逃さず、声掛け誘導する。	排泄パターン把握し、適切にトイレ誘導を実施している。また、トイレのサインを見逃さずに注意深く支援している。	
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	献立に繊維質の多い野菜を取り入れたり、デザートや水分の補給にも工夫している。センター内歩行練習や体操、散歩など、体を動かす機会をつくり、自然排便の対策をしている。		
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	重度化して家庭浴では危険を伴う利用者様は、隣接しているデイと相談し曜日を決め中間浴を利用している。一応曜日が決まっています、状態に応じ対応させて頂いている。	利用者の、状態に応じて、家庭浴と隣接しているデイサービスの間接浴を使い分けしている。入浴日は決まっているが、状況に応じて対応している。	
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	なじみの毛布などを持参頂き、また布団干し等行い気持ち良く休める様に配慮している。生活習慣に応じて、休息の声掛け、援助をしている。		
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	主治医からの処方箋を確認し、内容を把握している。服薬時は2人で薬袋と利用者様を確認しあい、本人がきちんと服薬したか確認している。利用者様の薬の効果や、居眠りなどの状況の変化は、家族と、通院時には医師に連絡している。		
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	掃除や食事の準備など、できる事をやりたい時に協力して行っている。洗濯物たたみも出来る方にやって頂いている。ドライブ、お花見、お祭り、季節の行事を行うなどしている。		
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	天気や本人の希望により、ゴミだしや散歩に出かけている。馴染みの神社や、お祭りにも出かける機会をもうけている。ぶどう狩りや、家族と合同のイチゴ狩りにも出かけている。	重度化により、外出時は車椅子利用者が多い。このため全員が一度の散歩は困難であるが数回に分けて外出も行っている。また、ぶどう狩りや、いちご狩りなど地域の名産品を楽しむ機会が設けられている。壁に掲示されているスナップ写真から、楽しんでいる状況がうかがわれる。	

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	家族より小額のお金は預かり管理、定期的 に使用報告をしている。重度化している為、 購入したい物に関しては、家族に聞いている。		
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	電話は家族の了解を得てからしようしている 。手紙の取次ぎをしたり、手紙が来ている 事を本人に確認してから、家族に連絡して 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	季節に応じ、冷暖房による温度調整や過湿 調整や換気をおこなう。トイレや浴室の消臭 にも配慮している。	イベント時の写真か飾れ、季節の行事の楽し さを演出されている。インフルエンザ防止の ため、居室や、共用空間の調湿に心掛けて 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	気の合った利用者同士を隣接したり、居室 で日記を書いたり見たり、何時でも出来る 様、対応している。		
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	昔懐かしい物や写真、自分で昔作った小物 などを家族と相談して用意してもらっている。	居室には、家族の写真や、絵心のある方は 作品を飾り、思い思いの居室作りがされてい る。又、家庭で使用したテーブルなども持ち 込み居心地よい生活を過ごせる工夫がなされ 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	廊下、トイレ、浴室、玄関には手すりがあり、 安全の確保と自立への配慮をしている。トイ レの表示などわかり易く心がけている。		

目標達成計画

作成日：平成 25年 5月 23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	6	身体拘束に関して、正しい理解を深める。また、身体拘束委員会を設けて定期的に検討して行く必要がある。	全職員で、身体拘束について正しく理解する。	毎月ひなた会議を実施しているので、そこで時間を取り身体拘束委員会をする。勉強会、解除に向けた検討をして行く。	6ヶ月
2	19	ご家族様との信頼関係を深めて、安心して頂ける様にする。	ご家族様に安心して頂く。	実績報告書で状態報告をしていたが、別な物に変える。ホット出来る様な、本人の笑顔の写真等に検討する。家族の気持ちも受け止めて行く。	6ヶ月
3	26	介護計画を職員が共有して、日々のケアに反映して行く。初回のアセスメントに漏れが無い様に書式を検討する。	ケアプランと介護記録をリンク出来る様にする。初回のアセスメントに漏れが無い様にする。	ケアプランと介護記録がリンクする物を全職員で記録して情報を共有する。本人、家族、必要な関係者と話し合い、現状に即した介護計画を作成する。アセスメントの書式を変えて行く。	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、行を挿入して下さい。