

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	3492500123		
法人名	有限会社 トツツ		
事業所名	グループホーム ふあみりい黒瀬		
所在地	広島県東広島市黒瀬町檜原262番地6		
自己評価作成日	平成29年10月1日	評価結果市町村受理日	平成30年1月12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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【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 あしすと		
所在地	広島県福山市平成台31-34		
訪問調査日	平成29年11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)】

<p>行事の時には、地域の方に参加して頂いたり、また 地域のボランティアの方に来て頂くなどしている。</p>
--

【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)】

<p>それぞれの利用者を理解・尊重し、家族との関わりも大切にすることで、利用者が生活を楽しめるように工夫をしている。ケアの質を高めるために、職員の意見や気持ちを連絡ノートに記入することで、情報を共有し、職員の配置や業務の調整を行い、利用者の意見や要望に応じている。また、地域交流も盛んで、本の読み聞かせや紙芝居等のボランティアを受け入れ、事業所主催の秋祭りには住民を招き、認知症講座では、職員による寸劇を行い、認知症について理解を得、地域に貢献している。災害対策にも力を入れ、3ヶ月に一度は消防署の指導を受けて、利用者を布団で包んで避難する等の実践的な訓練や、AEDの使い方の講習も行なっている。消防訓練に地域住民の参加を得ている。地域住民が利用者を見守り、必要時には利用者に声をかけ、事業所に連絡する等の支援があり、地域に</p>
--

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 3. 利用者の1/3くらい 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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	「いっぱいの笑顔のなかで 自分らしく おだやかな日々を過ごす」を理念に、住み慣れた地域で安心して住むことができ、地域の方との交流を持ちながら生活を継続していきけるよう支援していく。	法人理念の他に職員が話し合って作成した事業所独自の理念をリビングに掲示している。又、利用者を観察し、記録に残し、ケア会議で全ての職員が情報を共有し、理念の実践に努めている。	
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	随時面会などに来て頂いています。また、地域ボランティアの方に来て頂き交流しています。	地域のごみ拾いには利用者と共に参加している。また、本の読み聞かせ等、様々なボランティアを受け入れ、事業所主催の秋祭りには住民にも参加を呼びかけ、交流している。認知症講座では、寸劇を行い、認知症について理解を得るなど、地域貢献に努めている。	
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	地域包括の方から紹介を頂き、地域の方に向けての認知症講座をさせて頂いています。		
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	地域に密着したサービスを行なうために、運営推進会議を行ない、地元・自治会・民生委員に意見を頂き、向上に努めている。	2ヶ月に一度、地域住民や包括支援センター職員、家族代表など、十数名の参加を得て開催している。地域住民の訪問が増え、地域で利用者を見守ってくれている。また、出された意見や提案について早急に検討し、サービスの向上に活かしている。	
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取り組んでいる	市、町の研修に職員が参加しています。	管理者は行政が主催する研修会に参加すると共に、ケアマネージャーが介護保険課や福祉課などを訪問し、アドバイスを得ている。	
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	外部の研修への参加をし、社内研修にて伝達講習を行なっています。	利用者の個性を尊重し、ゆっくり話を聞いて利用者理解に努めている。この取り組みを通して、利用者信頼関係を築き、身体拘束を行わないケアの実践に取り組んでいる。	職員研修を増すことで情報の共有、記録の充実、家族との連携など、さらなる取り組みが期待される。
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	外部の研修への参加をし、社内研修にて伝達講習を行なっています。		

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
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	外部の研修への参加をし、社内研修にて伝達講習を行なっています。		
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	利用前に見学に来て頂き、本人・家族が納得したうえで契約の説明を行ない理解して頂いています。		
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	運営推進会議を行なう。また、職員全員が窓口となり管理者へ報告、早急の対応に努める。	日頃から家族の訪問時には話しかけ、傾聴して思いを汲み取っている。又、利用者についての生活の様子を電話やメールで伝えている。運営推進会議や行事に参加を呼びかけ、意見や要望の把握に努め、月2回の会議で検討し、運営に反映している。	
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	ケア会議、職員会議を行ない、意見や提案を聞く機会を設けている。	管理者は職員理解に努め、気になる様子があれば率直に話かけ、思いを汲んでいる。また、出された意見や要望について、すぐに取り組みが可能な事例は検討し、法人にも働きかけている。職員のアイデアを実践するために勤務体制を工夫して取り組んでいる。	
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	常に1つ上の資格を目指せるような知識・技術を提案している。ケアの向上に関して、全員が意見を言える環境づくりをしていきたい。		
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	外部の研修や、法人内の研修に参加し、その内容を報告してもらい、全員で共有している。研修や勉強会等、職員全員の希望を聞き、出来るだけ多く参加出来る様にする。		
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	研修会や勉強会などに参加し、交流を行なっている。		

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
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	利用者が納得できるまで話をしてから、利用して頂いている。また、不安なことがあれば、その都度お話を聞いている。		
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	利用する、しないに関わらず十分に傾聴し、何回も相談に対応している。また、面会時や行事で少しでも相談を受けられるようにする。		
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	必要としている情報提供が出来る様努めている。		
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	家族に近い関係を築けるよう努力する。過去の事を少しでも聞き理解し、同じ目線で過ごすようにする。		
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	面会に来られた時は、本人の様子をお話している。昔はどうだったか、どのような生活週間だったかを聞き、本人が喜ばれるように一緒に考えていきたい。		
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	家族や、近隣の方・友人がよく面会に来られ、また手紙のやり取りをしている。また、住んでいた所や近隣にドライブに出ている。	行きつけの美容院など、職員が同行し、関係の継続に努めている。また、利用者の友人や習い事の弟子の訪問時は、笑顔で挨拶や声をかける等の配慮をし、次回の訪問を促している。葬式などの家族の行事に出席するために排泄や行動のパートナーなど情報提供し、支援に努めている。	
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	テーブルを囲んでいろいろな話が弾むようフォローしている。また、おやつ作りを行ない役割分担をし仕事をして頂いている。		

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	利用者や家族に電話をしたり、訪問したりしている。また、入院をされている時には、面会に行くなどしている。		
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	家族や利用者の話し合いを通じ、本人の思いを確認しつつ把握・検討に努める。家族や本人の思いや希望を聞き出来る限り意向に沿うよう取り組んでいます。	担当者は利用者との時間を作り、思いを傾聴し、意向の把握に努めている。得られた情報は連絡ノートや経過記録に記載し、職員間で情報を共有し、実践するために勤務体制や業務日程の工夫をしている。	
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	生活環境にあったサービスと提供出来る様努める。生活歴等を職員全員で共有し、不明な部分は家族から聞くよう努めています。		
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	本人の思いに沿った過ごし方をして頂くとともに、職員からの申し送りや本人とのコミュニケーションにより身心の状態を把握するよう努める。		
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・担当職員・看護師等とよく話し合いながら意見やアイデアを共有し作成している。	ケアマネージャは担当者と共にモニタリングを毎月行なっている。年一回の計画作成時には利用者や家族にも意見を求め、関係者と話し合い計画の原案を作り、ケア会議で職員の意見を求めている。計画の説明について、概ね訪問時に行なうが家庭訪問をする場合もあり、家族と連携し意向の把握に努めている。	
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	日々の様子を介護記録に残し情報を共有するとともに計画の見直しに生かしている。定期的にケア会議を行ないケアの検討を行っている。		
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	一律ではなく、利用者、家族の要望に対して実状にあった柔軟な支援を行なっている。		

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
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	民生委員・ボランティアの人々と、年数回行事を行なっている。		
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	本人家族の希望を聞き、かかりつけ医に受診を行なっている。	かかりつけ医への継続した受診を支援している。受診は基本的に家族対応となるが、状況によっては職員が同行し、情報が適切に伝わるよう取り組んでいる。また、それぞれの医療機関と連携し、利用者が適切な医療を受けられるよう、努めている。看護師の資格を有する職員がおり、病院受診や緊急時等、専門的な知識を持って対応している。	
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	常に情報を報告して、その都度適切な介護・看護を受けられるようにしている。		
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、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	病院関係者との連絡、見舞により病院・利用者との情報交換に努める。		
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	本人・家族との話し合いをしっかりと行ない、また主治医との話し合いも十分に行なう。スタッフで情報を共有し支援している。	入居が決まった早い段階で、事業所でできること・出来ないことを説明し、理解を得ている。終末期を迎える時点で医師から家族へ説明し、管理者や看護師を交えて話し合い、ケア会議で職員にも伝えて方針を共有している。	
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	応急救護の訓練を定期的に行ない、不明なことに關しても指導してもらっている。		
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	定期的に避難訓練を実施し、個々の利用者に合わせて避難を行ない、また地域との協力体制を築いている。	3ヶ月ごとに昼夜間想定で火災に対する避難訓練やAEDの使い方の講習を受けるなど、応急処置の訓練を消防署の指導を受けて実施している。地域住民にも参加を呼びかけ一緒に訓練している。また、利用者を布団にくるみ、避難誘導を体験するなど、全職員が実際に対応できるように訓練している。	地震や風水害に対する備えとして、飲食の備蓄の準備や、利用者の居室、共用空間に設置している家具を固定するなどの取り組みが期待される。

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
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	言葉づかいに気をつけ、更衣の時やトイレ時のドアを必ず閉める様になっている。	利用者理解に努め、その人らしい言葉使いや人との距離感を理解し、対応している。排泄介助ではさりげない対応、わかりやすい声かけ、言葉を選んで話しかけている。	必要時に職員がすぐ確認できるよう、情報等をリビングに掲示している。個人情報取り扱いに留意した書類の保管等、更なる取り組みが求められる。
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	ドライブや、買い物など行き先を話し合ってから決めています。買物に行った際は、本人の欲しいものを購入出来る様取り組んでいます。		
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	じっくりと観察し利用者の得意とする事(掃除・洗濯・炊事等)を職員と一緒に本人さんのペースに合わせて行なっている。		
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	利用者の好みに応じた服を着用し、また行事の際や外出時には化粧をしている。理美容室は、馴染みのお店に行っている。		
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	利用者と一緒に野菜を切ったり、盛り付けを行なっている。	年末には餅つき大会、誕生日は好物のメニューにする等、季節や行事に合わせた献立の工夫をしている。また、畑での野菜の収穫、材料の買出し、調理や盛り付けなど、役割を持ち、職員と共に活動している。ヒーター付きのテーブルに布団を掛け、炬燵で食事をしているような和やかで温かな様子がうかがえる。バーベキューや外食などの食事も楽しめる工夫をしている。	
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	水分補給を心がけ一日の水分量を記録している。好みに合わせた飲み物を提供している。		
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	食後は必ず声を掛けて行なっている。一人では難しい方には、個々で介助している。		

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
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	排泄のパターンを知り、トイレ誘導をしたり、必要なら夜間ポータブルトイレを使用している。	一人ひとりの生活リズムを把握・記録し、声かけや誘導を行ない、トイレでの排泄や排泄の自立支援をおこなっている。また、排泄時には温かなタオルでお尻を拭くなど、清潔の保持や快適な排泄ケアに努めている。	
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	排便表をつけ、牛乳・ヨーグルト・バナナ等の繊維の多いものを、おやつ等でとって頂く。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の順番は、利用者の希望に沿うよう行なっている。湯船に入って頂き、心身共にリフレッシュして頂く。	週3回、利用者ごとにお湯を張り替え、体調に合わせて二人介助するなど、全員が湯船に浸かれるように支援している。また、体調が悪い方、眠れない方など、利用者に合わせて足浴の支援、マッサージなども行なっている。入浴剤やゆず湯等で季節感を出し、利用者との会話を工夫し、入浴を楽しめるように支援をしている。	
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	本人の希望に応じ、日中でも短時間ベッドに休んで頂いている。		
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	名前・日付・朝昼夕を目視確認し、分らない時は2人対応。内服の変更があった時は、申し送り報告、確認する。		
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	ドライブ・買い物・散歩など気分転換を行なっている。また、職員とおやつ作りなども行なっている。		
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	ドライブ・外食・散歩など希望に応じて行なっている。	花見や初詣など、事業所の行事の他に毎月のように野呂山やグリーンヒル郷原など、利用者の要望に応じてドライブをしている。外出に合わせて外食なども楽しんでいる。本人の希望に合わせ、墓参りや仏壇を拝むことも家族と連携し、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
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	お金の管理は、基本職員で行なっているが、利用者の希望に応じて、買い物に同行している。		
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	本人の希望に応じて、手紙を書いたり電話をしている。		
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	壁面に季節感のあるものを飾り、またその季節の花を生けている。	共用空間は明るく、自然光が差し込んで混乱を招くような刺激も無い。廊下やリビング、お風呂は柔らかな色調に統一され、開放感と穏やかな雰囲気がある。トイレはリビングから直接目に付かない位置にあり、羞恥心への配慮がされている。お風呂は広く、風通し良く、掃除が行き届いている。	
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	ホールにて談話をするなど、気の合った者同士、和気あいあいになれる様努力しています。		
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	リハビリ目的で作った折り紙などを自室に飾ったりと自由にされている。また、自宅で使われていたぬいぐるみや写真を飾っている。	各居室の備え付けの家具やカーテン、床や壁等は柔らかな色調で統一されている。また、備え付けの家具の高さも低く、安全面の配慮がある。窓が広く開放感があり、外の景色や地域の暮らしを実感できる。それぞれの利用者が使い慣れた家具を持ち込み、使い勝手良く配置されている。	
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	段差をなくし、手すりを設置している。また、トイレトーパーを見えるところに置き、ご自分で交換出来る様にしている。		

目標達成計画

作成日:平成 30 年 1 月 12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	身体拘束をしないケアの実践について職員の研修を行うと共に情報の共有・記録の充実、家族との連携等、更に取り組みを行う。	身体拘束についての知識の修得、家族との連携を図る	①身体拘束についての研修への参加 ②身体拘束についての記録の作成 家族との連携	12ヶ月
2	36	必要時に職員がすぐに確認できる様に情報等をリビングに掲示している。個人情報の取り扱いに留意した書類の保管等に対する取り組み	個人情報の書類の取り扱いに注意する。	掲示している書類の場所の変更、工夫	1ヶ月
3	35	地震や風水害に対する備えとして、飲食の備蓄の準備や、利用者の居室、共用空間に設置している家具の固定等の取り組み	地震、風水害に対する設備等を整える。	①居室内、ホール内の家具の固定 ②本部と協力し、備蓄等の整備	12ヶ月
4					
5					

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。