

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	1270101395		
法人名	社会福祉法人 菫会		
事業所名	グループホーム 赤かぶ園		
所在地	千葉市中央区赤井町33-1		
自己評価作成日	平成31年3月12日	評価結果市町村受理日	平成31年4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.kai-gokensaku.jp/17/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ヒューマン・ネットワーク		
所在地	千葉県船橋市丸山2丁目10番15号		
訪問調査日	平成31年3月18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)】

町内会と近隣の他法人と連携してお散歩コースを策定し、地域の住民の協力の元、切り株で椅子を作成。共有で使える休憩所に設置した。地域で認知症の方を見守れるような環境づくりに貢献している。季節ごと、節目には特別な食事の提供している。正月、ひな祭り、彼岸、クリスマスなど。

【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)】

優れている点は、①地域と交流する機会を積極的に多く取り入れて、地域の施設として日常的な付き合いを深めている。施設の納涼祭には無料の利用券を配布し、子供達が参加してスイカ割りなどで楽しんでいる。回覧板により、施設からの情報提供として、日本舞踊やイベントの案内を知らせている。町内のウォーキングマップに施設も休憩場所として協力するなど、地域交流の実績を築いている。②利用者が食事を楽しみ、喜んで貰うために、工夫を重ねて取り組んでいる。メニューは併設の施設の管理栄養士が、利用者に合わせた内容を作成して提供している。行事食は1月の七草がゆ、彼岸のおはぎなど、毎月5回ほど設けている。外出の食事は、毎月利用者の好みに合わせて実施するなど、楽しめる多くの機会を設けている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)	○ 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と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させている (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、安心して暮らしている (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	毎日の朝礼後全員で、介護理念、介護方針を唱和し業務に入る。「私らしい生活」の理念の元、認知症があっても自宅風の生活が送れる様に、支援をしている。	理念の理解を深めるために、ミーティングと朝礼で職員と話し合い周知を図っている。認知症の利用者と向き合い、寝たきりの状態の利用者が満足して生活できるようにきめ細かな支援に努めている。	
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	町内会と近隣の別の法人の事業所とも協力し、散歩コースに休憩所を設置。地域全体で共有し、活用している。	地域との交流する機会が多く設けられている。施設の納涼祭には無料の利用券を配布し、子供達が参加してスイカ割りなどで楽しんでいる。回覧板による施設からの情報提供により理解を深めるように留意している。	
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	散歩コースを地域住民と共有しているため、認知症のある方と接する機会があり、そこから地域住民からの利用に関することや、認知症に対する問い合わせに繋がっている。		
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	当法人に来ている訪問販売や、日舞のイベントなどを通じて、事業所のことをもっと知っていただけるように、会議を通して回覧板や掲示板に告知を出せるよう協力を得られた。	運営推進会議は、地域の代表、家族、行政が参加して計画通り行っている。施設の活動状況、行事の計画、ヒヤリ・ハットの事例など説明している。待機者状況について参加者と話し合っている。	
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	介護保険事業課とは配置基準やその解釈について、また、どこまでグループホームのケアとして行って良いかなど、随時相談にさせてもらっている。	行政の窓口とは、運営に関する点について相談をしている。複数の施設を運営しており、職員のシフトの対応、通所の施設を利用することの問題、今後の増床についてなど話し合っている。	
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	身体拘束についての内部研修を行い、全員に周知をしている。可能な限り施錠等をしないケアの方法を優先的に考えるようにしている。実際に玄関は無施錠。	身体拘束防止に留意しており、拘束の事例はない。職員には、虐待防止・身体拘束廃止研修を年間6回計画し指導しており、適切な対応が見受けられる。	
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	虐待に対する知識を内部研修を行い、周知をしている。職員同士で互いに注意を払うようにしている。		

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
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	随時新しい情報を得られるよう、職員で共有し、不明点は調べるようにしている。利用者の生活の状況を見て、選択肢の一つとして提案できるようにしている。		
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	利用者とその家族の納得するまで、話し合いの機会と事前の連絡を行う。		
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	適宜要望等は受け付けている。また、運営推進会議の参加もしていたり、苦情窓口の情報も開示している。	面会に訪れる家族が多く、施設は利用者の様子や認知症の変化の状況を説明している。利用者から、今後の医療面の心配などについて要望を確認し、対応を話し合っている。	
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	日常業務に参加し、身近な意見や未来志向の話まで、話しやすい環境をつくり、反映させている。	職員は、カンファレスの際に利用者の状況と今後の対応について話し合っている。昼夜逆転が進行する利用者の支援について、陽の当たる状況に変えるなど提案し、改善を図っている。	職員の研修は、計画的に行っている。職員の研修への参加は確認できるが、研修の受講の報告はないため、今後、内容を記録して残すことを期待する。
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	個々の職員の状況把握を行い、相互協力により環境を整備している。一人ひとりと話せる機会を日常的につくっている。		
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	資格や研修参加に積極的であり、希望する職員には時間的なものや、費用的なものまでフォローを行っている。		
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	別の法人のグループホーム見学を行ったり、同法人の他事業所の見学を通じて、サービス向上に活用している。		

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	自分の家でないと気付いていたとしても、安心して過ごせる場所であることを、本人に分かってもらえるよう努めている。そのための情報収集を行う。		
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	認知症が原因で、本人と家族の関係が悪化しないよう、家族への認知症の理解を進める。		
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	本人にとって最良なサービスであるかは常に検討している。必要に応じて他のサービスの情報提供や説明を行っている。		
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	まず利用者の協力してもらえようことを考え、ケアをしている。コーヒーを入れてもらったり、畑を管理してもらったり、それぞれの出来ることを探している。		
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	認知症により、本人と家族に誤解が生じている場合は解くようになっている。家族の関係性を良好なものにすることで、互いのケアに繋げている。		
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	今まで利用していた理髪店や歯科医院を利用。釣り仲間や同郷の親戚との語らいの機会をつくっている。	友人が訪れて思い出を語り過ごしている。友人が持ってきてくれた、使わなくなった趣味の道具を活用して、施設での生活用品に作り替えるなどして楽しんでいる。併設の施設の友人とも交流をして過ごしている。	行事の際には、ボランティアの参加を計画しているが、活動は少ないようである。今後、関係者と話し合い、ボランティアの参加により、利用者が楽しむ機会を増やすように期待する。
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	本人の認知症の状態を鑑みて、必要に応じてユニット間での引っ越しを行い、利用者同士の摩擦が起きないように配慮している。		

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	利用の終了した家族からの相談にも対応している。		
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	希望や意向に対する情報をなるべく集めるようにしている。本人が本音で話せているかは常に確認している。	利用者の状況は、アセスメントシートで、基本情報、サービスの利用状況、住居などの状況、健康状態・医療対応、ADL・認知・コミュニケーションなどを確認している。また、見直しで変化の内容をまとめている。	
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	本人や家族からのヒアリングを行い、これまでの情報を把握し、入居前と入居後で改善できているか確認を行う。		
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	一人ひとりごとの生活リズムの把握。また、それによって思考力、運動力のトレーニングに過不足ないか確認も行う。		
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	本人に関わる全ての人より、情報や意見をいただき、介護計画に反映させ、実践し、フィードバックを行う。	介護計画は、家族の意向を確認してまとめている。援助方針は、食べられるように主治医と相談し、連携して支援をするなど適切に対応している。6ヶ月毎に、モニタリングの内容を活かして見直しをしている。	
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	実践結果は個人ファイルにケース記録として、記入し全時間帯の職員と共有をしている。それを活用して介護計画見直しを行う。		
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	常時必要性があれば、新しい試みを行っている。法律の改正にも対応し、可能性を模索している。		

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	納涼会、敬老会、外出行事等の際はボランティアを要請。希望に沿った支援が出来るよう努めている。		
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	希望のあった医療機関を利用し、かかりつけ医との継続した支援を行っている。	利用者の希望で7割が提携病院、3割が馴染みの病院をかかりつけ医としている。利用者の継続受診のため同行支援をおこない、重点事項を記入した情報を家族に提供して、ケアの方向性を話し合っている。	
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	看護職に相談し、医療面での判断、連携を速やかに行えるよう支援している。		
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を行っている。	入院の際の速やかな情報提供のために個人ファイルに医療関係の情報を集約している。退院時は主治医と看護師を含めてカンファレンスを行っている。		
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	終末期に対する家族の理解を得るため、家族・本人と話し合いを行っている。家族や本人の納得される段取りを決めておく。	ターミナルケアについて早い時期から本人・家族に説明している。利用者には終末期の延命処置をせずに、施設ではどの程度までの支援を実施するのか、家族と細かく取り決めて同意を得ている。	介護のベテラン職員が多いとは言え、職歴の違いから提供ケアの技術力に差が生じているとみられる。終末期ケア経験職員の接遇技術をベースとして、施設独自のマニュアルを作成し標準化が望まれる。
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	急変時の対応等は事前に打ち合わせを行っている。緊急時の連絡先についても決めている。		
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	避難訓練を実施。想定をかえてながら、実際の職員の数で訓練を行っている。	至近では夜間想定で火災で、職員一人が寝ている利用者全員を起こして避難誘導をおこない、時間を計測した。非常食は3日～1週間分在庫して賞味期限が切れないように回転させて使用している。	

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
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	個人の尊厳を大事にして、声掛けやケアの方法を決定している。	「自分が言われて嫌な気持ちになることはしないこと」を職員に徹底して、相互にチェックし合っている。ミーティング時に利用者の尊厳を守るパッドの交換方法などを議題に取り上げて留意している。	
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	本人の行動や発言、それらの目的を専門的視点から読み解き、ニーズを明確にしている。		
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	本人の希望を可能な限り、家族と協力して実現していく。		
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	馴染みのあるメーカーの物を使用したり、TPOに応じた更衣を行う。		
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	利用者の好みの物や、得意な物を優先し、一人ひとりが出来る作業を分担して行う。	釣舟を所有していた利用者に魚をさばいて頂くなど、一人ひとりの能力をいかした食事を楽しむ工夫が窺える。自律歩行が可能な利用者には職員と一緒に盆をさげるなどの支援がみられた。	
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	水分量や栄養バランスを一人ひとりに合わせて、随時調整を行っている。		
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	本人に合わせた口腔ケアを行い、義歯等の洗浄も夜間行う。		

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	本人の尊厳にも配慮して、おむつの種類やケアの方法決定し、自立を視野に入れた支援を行っている。	排泄タイミングの動きなどを観察して利用者の残存能力を見極めて、利用者の自立排泄したいという気持ちを失せないように、職員は支援している。	
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	咀嚼に問題がある方には、消化の良い物を提供。水分量は排泄が起こりやすくなる量を、一人ひとり把握している。		
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	本人の希望に配慮した、タイミングで入浴を行っている。	利用者は最低でも週2回の入浴支援をおこなって、利用者が服の脱着する自立支援を長時間かけて見守っている。心臓の悪い利用者には5分以内の入浴を目安にするなど入浴時間にも工夫がみられる。	
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	トイレ誘導やパッド交換は睡眠を邪魔しない程度で、且つ、失禁が起きないタイミングを把握している。		
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	薬の効果、副作用、用法などは個人ファイルでいつでも確認出来るようにしている。		
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	日常生活の中に楽しみごとを組み込んでいる。散歩やおセロ、カラオケ、体操、洗濯物係、漬物係など。		
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	遠出であっても、希望があれば視野に入れて行っている。木更津、君津、富津、東金、成田、幕張等。	利用者社の希望により遠出もするが、日常的な外出は散歩の日(雨天時は階段の昇降)を決めていて、利用者の健康維持に努める支援がみられる。施設の存在意義を近所の方々は良く理解しており、利用者の散歩を温かく支えている。	

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
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	本人や家族の了承得て、機能が残存している限りは、お金の所持や使用を支援している。		
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	電話連絡、手紙、年賀状の支援を希望される方は行っている。		
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	季節ごと、イベントごとの飾り付けを、利用者と協力して行っている。随時、体感温度等聞きながら生活空間の調整を行っている。	リビングではお正月・ひな祭り・クリスマスなどの行事に合わせた飾り付けを行ない利用者に季節感を演出している。利用者が居心地良く過ごせるように、職員は耳の遠い方にも大きな声で話しかけることを慎むような支援がみられる。	
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	カラオケの時や、来客の時等ソファの位置を変え、互いの邪魔にならないよう配慮している。		
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	思い出の物や写真、使い慣れた道具を置いてもらい、自分の部屋という認識を持ちやすい配慮を行っている。	利用者の居室の窓は全て南向きで明るく居心地よく過ごせる環境となっている。利用者は大きな家具を除き殆どの思い出の品を持ち込めるため、自分の部屋と思えるような居室作りが支援されている。	
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	バリアフリーの空間、車椅子対応のトイレ、介護しやすい浴槽の工夫がなされており、トイレ等には目印をつけて気が付くようにしている。		

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	7	研修報告書を一部紛失していることがあった。また、報告の抜けている研修等もあった。そのチェック体制も不十分であった。	研修毎の報告のチェックを行い、管理しやすくする。	わかりやすくファイリングし、報告の有無や保管されているかを毎月5日にチェックを行う。	12ヶ月
2	8	行事の際のボランティアの参加の計画はあるものの、実行されずに終わってしまう。	関係者との連携をして、ボランティア受け入れを増やしていく。	期間的に余裕を持った計画(2か月前より)を立てて、関係者の要望(交通手段等)にも応え、参加しやすい予定と体制を築いていく。	12ヶ月
3	12	ベテランの職員が多く、職歴の違いから提供ケアの技術力に差が生じている。	それぞれの知っている基準で行うのではなく、独自のマニュアルを従って業務を行う。	ターミナルケアなどの独自のマニュアルを作成し標準化を行う。	12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。