

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	3471504302		
法人名	前田海苔株式会社		
事業所名	グループホーム美の実		
所在地	広島県福山市水呑町2707-4		
自己評価作成日	平成26年12月1日	評価結果市町村受理日	平成27年2月4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27-17-101		
訪問調査日	平成26年12月16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)】

常に利用者の声に耳を傾け、安心して暮らせるよう日々の生活を大事にし、一人ひとりに穏やかでゆとりのある時間を提供できるよう支援している。

【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)】

事業所は、景勝地である鞆の浦に近く便利な県道沿いに位置している。管理者は、常に利用者・家族と穏やかに接し家庭的な雰囲気を出している。職員は、「利用者が自身の両親だったら」を合言葉に、一人ひとりを尊重するケアに努め、生き生きと活動している。また、利用者及びその家族を交えての定期的なカンファレンスも実施している。介護計画は、利用者が生きてきた時代とその背景、環境なども考慮する等、一人ひとりを尊重したものとなっている。利用者の笑顔と会話がはずんでいる事業所である。

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)	○	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、生き生きと働いている (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	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	常の理念を念頭に置き、日々のケアをおこなっている。終業時など理念に沿って今日一日行動できたか各個人で振り返るようにしている。	「地域とともに、家族のように寄り添い、個人の意思を尊重し」という理念のもと、職員は利用者が「自分の両親であったなら」を合言葉にケアに努めている。また、理念に基づく「職員の心得」を作成してケアするとともに、日々の振り返りをしている。	
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員として日常的に交流している	地域の方への挨拶やみぞ掃除などの町内行事には、参加している。またグループホーム行事には参加を呼びかけ、交流をしている。	地域の防災訓練や毎月行われている溝掃除に積極的に参加している。秋祭には神輿が事業所を訪れるなど、積極的に交流している。また、職員が計画する事業所の行事には、地域にも参加を呼びかけている。	
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	地域の福祉会行事への参加をしている。職場内で培った経験を活かせるよう時々の会話に注意を払い、常に行動している。		
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	運営推進会議の中では利用者の入居状況や退所状況等を報告、地域の防災や避難場所・避難方法などの意見を聞き取り、当施設の防災訓練などに活かしている。	概ね3ヶ月に一度開催し、参加者は町内会長・民生委員・包括支援センター・福祉を高める会等である。内容は、活動報告や利用者の状況などで地域から防災に関する意見が出されるなど、活発な意見交流がされている。	2ヶ月に1回以上の開催を目指すとともに、市町村職員への参加依頼が望まれる。
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	サービスを行う中での疑問点等あれば、積極的に意見を求めるようにしている。	生活福祉課をはじめ介護保険課等と連携を密に取り、協力関係を築いている。困難事例等については窓口と連携し、その解決に努めている。	
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	ホーム内外の研修や職員間での話し合いにより常に身体拘束になっていないか考えながらケアをしている。玄関は夜間のみ施錠している。	部内研修及び外部の研修に参加し、正しい理解と情報の共有に努めるとともに、拘束しないケアにつなげている。利用者を否定しない言葉かけに配慮している。	
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	ホーム内外の研修や職員間での声掛け等により常に虐待防止に努めている。		

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
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	必要に応じて活用できるよう内外の研修に参加し、情報の収集に努めている。		
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、項目ごとの説明をおこない、ご家族・利用者様からの質問には納得頂けるように十分説明を行っている。		
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	相談窓口、意見箱などを設置、またご家族訪問時には意見交換できるよう努め、そのことを職員間でも議論できるようにしている。	利用者及び家族が参加する3ヶ月に一度のカンファレンス時に意見・要望を聴いている。出された意見等は医師・整体士を交えて検討し、実現に向けた取り組みをしている。	
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	職員会議等により職員の意見・要望・提案を聞く機会を設け迅速に対応している。	月に一度の会議や日常の活動の中で意見を把握し、出されたアイデアには即、対応している。「健康推進会議」を設け、職員が働きやすい職場づくりを目指している。	
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	常に代表者は、管理者・職員の意見に傾聴し納得して働けるよう環境の整備に努めている。また月1回の全体職員会議において、環境整備に関する時間を設け、その中で必要な備品設備等の要望あれば手配するよう努めている。		
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	外部研修の呼びかけに努め、一人ひとりの力量のアップと質の向上に努めている。		
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	地域内での同業者との交流の場に参加し、情報交流に努めている。		

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
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	原則サービス導入前に訪問し、本人にアセスメントを行い本人の要望をくみ取り、安心を確保できるようつとめている。		
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	サービス導入前に十分にご家族との対話の時間を設けている。		
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	サービス導入時に、管理者・看護師・ケアマネ・リーダーとご家族との対話の時間を設け、他のサービス利用も含めた支援の在り方を相談し、理解を求めている。		
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	職員は日常の生活を支援する立場でありその中には介護するほう、されるほうの区別なく接するよう努めている。一線を保ちながら家族のような関係を築こうとしている。		
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	家族の来訪時などは努めて本人と家族と共に対話する時間を設け、現在の身体的・精神的状態の報告をし理解を求めている。		
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	馴染みの人との関係には十分気をつかい、またドライブ等施設外への活動時には努めて利用者の元いた住所などを通り、以前の生活を思い出して頂けるよう支援している。	ドライブでは、利用者がかつて住んでいた地域に立ち寄るなど馴染みの人や場所との交流が継続できるよう支援している。また、会話から利用者の生きてこられた背景や生活習慣等の把握にも努めている。	
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	日中は出来るだけ皆の中で過ごす時間を提供し同じ話題で話せるような時間を設けるよう努めている。		

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
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	退所後も来訪や電話等声掛けをおこなっている。とりわけ退所時には地域包括センターや医療機関の地域連携室・退院調整・市役所関係部署などと連携し対応に努めている。		
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	常に利用者本位のケアであるか自問自答をし、また職員間で話し合ったりしていつも検討している。また家族・ご本人とケアカンファレンスを設け常に利用者の思いを把握できるよう努めている。	利用者・家族を交えたカンファレンスを3ヶ月に一度開き、思いや意向の把握に努めている。また、利用者の言葉や行動の真意を汲み取れるよう、聴くことと見守りに配慮している。	
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	入居以前の生活歴を、ご家族から日々傾聴できるよう努めている。またちょっとした行為や言動に気を付け、気づきを話し合っている。		
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	朝起きてから、夜の状態まで常に変ったこと、入浴の様子や食事の様子など、常に申し送りとうで全職員が把握できるよう努めている。		
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	入居者一人ひとりに担当を設け、担当者がその人の月に起こった身体的状況や精神的状況の報告を家族におこなっている。また定期的にカンファレンスを行い、現状に即した介護計画を作成している。	利用者それぞれの担当者が家族に状況を伝え、3ヶ月に一度のカンファレンスで話し合った意見を参考に計画を作成している。見直しは毎月のモニタリングをもとに随時、行っている。	
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	時々の様子を記録に残し、申し送り時に発表したり、申し送りノートに記入し、全職員で対応できるようにしている。		
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	ご家族の協力をえて、外出をお願いしたり、ユニットを超えた交流をしたりして本人のニーズにこたえられるよう努めている。		

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
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	身体状況により孤立しないためにも、庭の散歩や日光浴などリフレッシュできるように支援している。また地域の接骨院や整形外科等必要に応じ往診や受診しかかりつけ医だけでなく本人にとって必要なリハビリができるよう支援している。		
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	地域の中のかかりつけ医にて月に2回の定期往診や緊急時の緊急往診・相談や受診の受け入れ提携をしている。また週に1回接骨院の往診を受け、歩行のリハビリや拘縮などを見てもらっている。	利用者の意向で協力医を選択している。2週間に一度、往診があり手厚いケアをしている。緊急時には夜間でも医師との連携や入院体制を整えるなどの支援をしている。	
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	看護職と常に連絡を取り合い、かかりつけ医の緊急対応ができるようにしている、また医療ノートを作成し服薬の変更や変化による対応をもうしおくりとして活用している。		
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。	入院時には努めて職員が汚れ物や洗濯物などを取に行きその中で利用者の様子や病院側の情報を撮るようにし、常に地域連携室等と退院調整を行なったりしている。		
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	入居の際の説明はもちろん、終末期には逐一、家族、医療との連携、話し合いを持つようになっている。その中で施設のできることを説明、理解し方針を共有できるように取り組んでいる。	利用開始時に事業所で出来ること・出来ないことを説明し、方針を共有している。終末期における協力医の連携も取れ、チームで支援する体制ができている。	
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	日々、危機感をもち緊急マニュアルに従って迅速な対応ができるようにしている。		
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	消防署と連携を図り、年2回の避難訓練をしている。	年2回、昼間と夜間を想定した避難訓練を実施している。夜間想定では、職員に一斉メールを送信するなど体制を整えている。地震や風水害もシュミレーションし、備蓄等も整備している。福山市が実施する防災訓練には防災担当者と、新人が参加している。	

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	その人の生きてきた歴史、生活観を重視しその人にあつた対応、声かけをおこなっている。	利用者一人ひとりをよりよく理解するために、生きてこられた時代背景や生活習慣等も把握している。それらをもとに、人格を尊重した丁寧な声かけに努めている。	
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	いつも選択肢があるように意思表示の難しい利用者に対しても声かけをおこない、答えが得られるまで時間を持つようにしている。		
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	リズムのある生活を提供する為、大まかな時間割りはあるがそれ以外はご本人のペースややろうとする事をくみ取り、希望に沿った支援をしている		
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	ご本人が生活のなかで行ってきた理容、美容やお化粧品についてご家族から情報をもらい、できるだけおしゃれの出来るように支援している。		
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	楽しめる食事時間が持てるように、食事前の口腔体操をしたり、食事時は職員も輪の中に入り楽しい食事時間が過ごせるようにしている。また可能な利用者様には下膳をして頂いたり、食器洗いを手伝っていただいたりしている。	旬の食材を使用し、献立に利用者の好みも取り入れている。また、病状に応じた治療食にも対応するなどの工夫をしている。利用者も持っている力を使って、準備や片付けなどに参加するとともに、会話を楽しみながら職員と一緒に食事をしている。	
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	水分量や食事量の確保ができるよう状態にあわせているんな食事形態、水分摂取方法を日々考え、実行している。		
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	自立した利用者には声かけを行い毎食後の口腔ケアをおこなっている。また本人、ご家族の納得の上、歯科医による定期ケアをおこなっている。		

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
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	排泄チェック表により、排泄パターンを把握しプライバシーに配慮した声かけを行っている。立位の安定した方には出来るだけトイレに誘導し排泄を促している。	水分摂取及び排泄チェック表に基づく定期的な声かけにより、トイレの自立に努めている。夜間は医師のアドバイスを受け、尿意のある利用者はトイレに誘導している。	
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	水分量と同じく便秘に関しても認知症周辺症状を引き起こす要因となることを十分理解したうえで医師や看護職の指導のもと投薬をおこなっている。また適度な運動や食事形態に留意している。		
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	認知症利用者の場合入浴日(曜日)を決めている方が良い場合がある。常に曜日を意識し何月何日か意識している。また入浴嫌いな方にも工夫をし清潔を保つよう支援している。	概ね週に2~3回、曜日を決めて入浴の支援をしている。嫌がる利用者については、声かけや間を取るなどの工夫をしている。また、血行を促すための手浴や足浴も実施している。	
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	ご本人の身体状況や排泄状況など、様子観察を行い、体調にあわせて日中少し横になったり、夜も同じ時間に臥床が出来るように支援している。		
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	かかりつけ医からの指示や処方箋から理解を深めている。受診ノートや服薬チェック表を用いるなどしている。また医師・看護師の指導のもと日にち別に仕分けを担当が行うことによって責任と理解を深めている。		
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	可能な限り本人の希望に沿って近隣の散歩やドライブに出掛けられるようにしている。またご家族にもご協力いただき自由な時間を過ごせるように支援している。		
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	可能な限り本人の希望に沿って近隣の散歩やドライブに出掛けられるようにしている。またご家族にもご協力いただき自由な時間を過ごせるように支援している。	天気の良い日はドライブや近くを散歩したりしている。また、屋外のテーブルを使って茶会を楽しむこともある。	

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	お金を自由に持てるのが社会人としての尊厳を守ることに繋がることは職員一同理解をしている。そのうえでご家族とも相談の上、持てる金額や方法を逐次相談している。		
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	ご本人の希望により、電話などは自由に掛けられるようにしている。その場合も、ご家族の意向を十分話し合えるようにしている。		
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	トイレなどは、特に重視しやわらかい電球色の光にしたりしている。大きな物音や強い光には注意している。無駄な広さ、不快な室温には十分注意している。	共用空間は広くて明るく、温度・音・光等が適切に管理され、空気の淀みもない。廊下や居間には職員の作品がさりげなく飾られるなど、居心地よく過ごせる工夫がある。	
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	共有空間には、テレビやソファを置きいつでもくつろげる様にしている。ユニット間の行き来や庭に出たり、ベンチでくつろいだりとしている。		
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	本人の希望により居室に置くものはご本人の趣向に合わせている。ご家族と十分相談しながら居心地の良い空間を提供できるようにしている。	落ち着いた色調で、利用者の馴染みの家具や思い出の写真等を持ち込むなど、居心地よく過ごせる工夫をしている。	
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	共有空間には、いつでも手すりを利用して足踏み運動が出来たり、トイレや居室の入り口には名前をだし、夜は安全が保てるように利用者様の導線を考え、障害物が無いように工夫している。		

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	4	2か月に1回以上の開催を目指すとともに市町村職員の参加依頼が望まれる	2ヶ月毎の開催をする	年間計画を立て実行する	12ヶ月
2					
3					
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。