

(別紙4) 平成 27 年度

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	3171400397		
法人名	社会福祉法人赤碕福祉会		
事業所名	グループホームあかさき		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕1062-4		
自己評価作成日	平成28年1月8日	評価結果市町村受理日	平成28年5月20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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成28年2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)】

高齢化・ADLの重度化にありながらも、医療・専門職との連携を図りながら、日々健康管理に努めている。個々のに身体状況、本人のペースで日常生活がおくれるよう支援している。行事・家事を通して、得意分野での能力の発揮・楽しみの提供に努めている。ボランティアとの馴染みの関係ができてきている。

【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)】

毎月1回、利用者が思いを話し合う場として「ひまわり会」を開催し、①施設・設備②食事③医務④日課について一人一人の思いや希望を聞いてサービス向上に反映しておられます。
入居時に「重度化した場合の対応にかかる指針」や「事前確認書」を示し、終末期の対応について利用者・家族の希望を確認し、同意書を作成しておられます。重度化した時に再度希望を確認し、改めて同意書を作成しておられます。ターミナルケアの開始にあたっては、事業所で勉強会を開催し、職員間で意識やケアを共有しておられます。

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

[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
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	職員一人一人がケアの指針として毎朝理念を唱和し職員間で共有、実践している。	事業所の理念を毎朝職員で唱和し共有しておられます。職員は半期ごとに理念を踏まえて個人目標を立て、実践に努めておられます。	
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	地域の催しの案内が届き利用者と一緒に出かけ、紙芝居、傾聴ボランティアに来てもらい交流をしている。近所の方が野菜を持ってきてくださる。商店に買い物に行ったり鮮魚を売りに来られ地域交流を図っている。	地元の小中学校行事や町文化祭に利用者と参加しておられます。地元の鮮魚店やボランティアの方も事業所を訪れています。事業所を野菜等の移動販売会場として提供し、近隣住民が訪れる機会づくりに取り組んでおられます。	
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	折り紙ボランティアで来て頂く際に地域住民の方の支援、理解、関わりを持って頂く。		
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	年4回開催している。利用者の健康面、専門職との連携、防災訓練、出来事報告を行い意見、助言、要望を頂きケアサービスに反映するように努めている。	運営推進会議は3カ月に1回開催しておられます。利用者代表、家族代表、地域住民、町役場担当者の参加があり、事業所の状況などを報告し、防災訓練や広報などの取り組みについて意見をいただき、実践しておられます	省令第85条により、運営推進会議はおおむね2か月に1回以上の開催を検討されるよう期待します。
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	運営推進委員に参加して頂き、担当者から感染症、防災訓練体制等の課題について情報を頂く。GH会に参加し意見交換、情報共有を行っている。	町担当者は運営推進会議に参加しており、事業所は施設の状況を報告し、情報提供や助言を受けておられます。日頃から連絡を取り合い協力関係を築いておられます。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	法人の月1回身体拘束廃止検討会に参加している。日々関わりの中で拘束の言葉かけをしていないか検討し委員会で報告し助言を得ている。部署会でも勉強会を行い、拘束をしないケアに取り組んでいる。	法人の身体拘束廃止検討会に参加し、全職員に内容を報告しておられます。部署会でも勉強会を開催し、職員同士で気づきやアイデアを出し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでおられます。	
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	部署会で虐待防止の勉強会を行っている。虐待には身体、言葉食事等があり職員が注意を払い防止に努めている。		

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	部署会で勉強会を行うい面会者や家族にも説明できるよう取り組んでいる。パンフレットを玄関に置いている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	十分な話し合いの時間を設け、利用料金や援助に対する心配ごと、不明点を伺い、理解納得して頂きながら契約を行っている。		
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	利用者と一緒に毎月1回開催し(ひまわり会)意見、要望を伺っている。家族へアンケートを配布、面会時には、意見要望を聞くようにし要望を反映できるよう取り組んだ。意見箱を設置している。	月1回開催される「ひまわり会」では、利用者一人一人から意見や要望を伺い、日々の支援や運営に反映しておられます。今年度は無記名の家族アンケートを実施し、結果や回答を法人の広報誌に掲載し報告しておられます。	
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	毎月の部署会で業務気づきや意見を発する機会を設けている。年2回の面談で意見要望を聞き反映している。	年2回の管理者との面談や部署会で意見を聞く機会を設けておられます。法人全体で働きやすい・働きがいのある職場づくりに取り組み、事業所で改善のためのアンケートを行っておられます。そこで出た改善策を実施し、成果を振り返っておられます。	
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	年2回自己評価し成果、課題について個々と面談している。業務改善アンケートを行い意見の多かった課題についてテーマを決め改善に向けて取り組み働きやすい職場作りへと繋げている。		
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	階層別に法人の苑内研修を計画をたて中堅・リーダー研修に参加し学んだことを振り返りシートを書入している。外部研修に参加、部署会で計画的に伝達研修し質の高いケアに繋げるように取り組んでいる。		
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	年1回相互研修で他法人の活動・業務情報交換をし学ぶところは持ち帰って取り入れていくようしている。琴浦町のGH連絡会の取り組み・情報交換を行いケアに反映するよう努めている。		

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	退去された方の家族の訪問があり年賀状も届いている。外で家族に合うと挨拶をしたりまたホームに面会に来られる方もある。		
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	ひまわり会、カンファレス時に本人の希望を確認。生活の中で朝食(漬物・ふりかけ)選択を設け嗜好、趣味の発見に努めている。場所を変える(外出・入浴)ことで日頃言えない事を話される事がある。	「ひまわり会」やカンファレスなどで一人一人の思いや暮らし方の希望を聞き取っておられます。希望をあまり話されない利用者についても、外出時などに話された内容を記録し、把握に努めておられます。	利用者一人一人について、思いや意向に関する記録を分かりやすくまとめられることを期待します。
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	入所前には本人、家族からこれまでの生活歴、病歴、健康状態情報収集に努めている。また、他のサービスを利用されていた方の情報収集に努めている。		
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	生活チェック表・個々の生活記録表を活用している。利用者の生活のリズムを把握、状況に合わせた援助を行っている。重要事項は記録綴りに記入し情報共有している。		
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	毎月部署会を開催し9名一人ひとりについて話し合いを行っている。月1回モニタリング・カンファレスを行い、主治医専門職との連携を図り現状に即したプランを作成。事前に家族の要望、意向を確認し説明・同意を得ている。	介護計画は本人・家族の意向を確認し作成しておられます。毎月のモニタリングと本人が参加するカンファレスで現状を把握し、サービス担当者会議で家族や関係者も含めた話し合いをしておられます。変化があれば随時計画変更を行い、現状に即した介護計画となるよう取り組んでおられます。	
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	日々の関わりのなかでプランに沿った記録、言動もまじえて、実施結果を詳しく記入するようにしている。生活の様子、言動を記録しきずきを記入しプランの見直しを行っている。ケアのまとめからケアプランに反映している。		
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	主治医・家族と連携を取りながら健康管理に努めている。個々の状態に合わせてPT、ST、に診てもらい指導助言をもらっている。嚥下の悪いかたは、栄養士からの食事の助言をもらっている。		

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	小・中学校運動会・発表会に出かけた。公民館の洋ラン展等の催しに出かけ地域の馴染みの方と過ごされた。自宅付近の施設(塩谷定好)で地域の方と過ごされた。防災訓練に近隣の方の協力体制に取り組んだ。		
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し、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・家族の希望するかかりつけ医になっている。必要に応じて家族と職員が主治医から今後の方針を聞き連携が図れるよう取り組んでいる。病状をみながら24時間対応の訪問看護・主治医への報告を行っている。	利用者は以前からのかかりつけ医を受診しておられます。町内の場合は事業所、町外の場合は家族が付き添い、往診がある医療機関もあります。受診結果は個別に記録し、経過が分かるようにしておられます。	
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	体調・状態に変化が少しでもあればGH看護師に報告、相談、指示をもらう。併設の苑看護師との連携(点滴技法)を図っている。訪問看護に日々の状況を報告相談している。		
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、本人への支援方法生活状況情報を医療機関に提供したり、職員が見舞う事で身体状況を見て看護師からの状況を聞く事ができた。地域連携室との連携がはかれた。		
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	契約時にターミナルケアについて家族に話している。希望があれば支援していく方針である。主治医のもとで家族と一緒に状況を聞く事でご家族の思い意向と一緒に聞いて今後の対応方法の統一がはかれた。対応方法が理解できた。	入所時に「重度化した場合の対応にかかる指針」を示して、終末期の対応について利用者・家族の希望を確認し、同意書を作成しておられます。重度化した時に再度希望を確認し、改めて同意書を作成しておられます。ターミナルケアの開始にあたっては、事業所で勉強会を開催し、職員間で意識やケアの共有をしておられます。	
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	部署内研修で救急手当での研修を行っている。マニュアルの読み合わせをした。		
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	年4回火災の避難訓練を実施し、地域住民のボランティア参加もあり意見も頂いている。地震の訓練を行い課題が見つかった。近隣の方に来て頂き利用者の見守り体制を作っていく。	年4回の火災避難訓練は夜間を想定し、マニュアルに基づいて実施しており、地域住民の参加も得られています。今年度は地震を想定した避難訓練も実施され、振り返りを行われています。	

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
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	苑内研修で全職員が学ぶ機会を設けている。法人内で接遇マニュアルを作成し実施している。	法人の研修で倫理や家族との関わりについて学習しておられます。マナーやあいさつ、言葉づかいや態度について記載された接遇マニュアルも作成し実施しておられます。	
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	外出支援への声かけ、買い物時の好みの物の購入、入浴後の衣類を自己決定できるようにしている。数種類のおやつを見て頂き、選んで頂けるようにしている。余暇の時間の過ごし方を伺うケアにいかしている。		
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し、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	本人のペースに合わせ、その時々希望を聞き配慮し援助している。自宅へ帰宅希望の方、実家の畑を見たい方、なにもしないで新聞を読む方と希望をきいている。		
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	日々の整容・衣類の選択の機会を設けている。本人の希望を聞き、カット、毛染めをされるかたもおられる。本人の希望される爪の長さを尊重し配慮して切っている。		
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	ひまわり会で思いを引き出し希望メニューを取り入れる様にしている。野菜を切る方混ぜる方盛り付け、味見をしたり出来る事をして頂いている。茶碗拭きをして出来る事を發揮しておられる。	「ひまわり会」で聞取った意見をメニューに取り入れておられます。利用者も料理の下ごしらえや味見、食器洗いなど準備や片付けを職員と一緒にやっておられます。	
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	食事摂取量が少ない方は個人記録表を活用してかかりつけ医と連携を取りながら対応している。固形摂取できにくい方は刻み、ミキサー食とろみ食にして栄養確保に努めている。個々に合った食事形態、代替食を提供している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。週2回義歯洗浄剤で消毒している。舌ブラシを使用されている方もあり、1人ひとりの口腔状態に応じた対応をしている。STに診ていただき助言を頂いて対応している。訪問歯科に義歯調整してもらっている。		

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	排泄チェック表を活用し確認することで一人一人のパターンを把握しトイレへの声かけ案内をしている。オシメ対応の方でも状況に合わせてトイレ案内をして排便ができるようにしている。	利用者の排泄回数、時間等を排せつチェック・パターン表で記録し、把握しておられます。その情報を職員間で共有し、声掛けをしながらトイレで排泄できるよう支援しておられます。	
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	炊飯時に麦を混ぜている。献立1日1回ヨーグルト、1品以上きのこを取り入れている。水分摂取量の少ない方はゼリーを摂取している歩行訓練、腹部マッサージを取り入れ対応している。		
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	その日の体調を見て本人の希望を聞きながら入浴して頂いている。体調に合わせて入浴日を変更している。冬至にはゆず湯に入っていた。	利用者の希望や身体状況を見ながら、個々にそった支援に努めておられます。季節に応じてゆず湯にするなど、入浴が楽しめるよう支援しておられます。	
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	長時間の起床困難な方は体調を見ながら休息してもらっている。日中の関わりを持ち(外出・リハビリ)活動量を上げるよう取り組んでいる。個々の状態にあわせ湿温・温度を見ながら調整し気持ちよく休んでもらっている。		
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	処方箋を個々のケース記録に綴り、効能・副作用について理解できるようにしている。変更時には、口頭だけでなく引き継ぎノートに記入している。主治医と情報共有に努めている。		
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	季節の行事を取り入れて季節を感じて頂くよう支援している。大根をひもで編み干し大根作り、誕生会は全員でお祝いしている。正月花を生けたりされている。歌を唄って気分転換をしている。		
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支援している	本人の希望で実家の様子が気になる方は出かけるよう支援している。家族と買い物や外食へ出かけている。実家地区の公民館の集いに参加したり、ボランティアさんにも来ていただき外出支援に繋げている	利用者のその日の希望や「ひまわり会」で要望のあった場所などに出かけられるよう支援に努めておられます。家族やボランティアの方と協力しながら外出の機会を作っておられます。	

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
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	本人に預かり金の説明をしてほしい物を買われている。本人が買われた際は支払いをして頂く機会を設けている。家族へは金銭出納報告書を作成し報告している。		
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	本人が電話をかけたい時等はゆっくり話が出来るよう配慮している。手紙や年賀状を書いたり、年賀状が届いた際には本人に手渡し、能力に合わせ、読み上げ等の援助を行っている。		
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	ホール・廊下にソファを置いて思い思いに過ごせる空間作り季節に応じた花飾り・新年かきぞめ一人一人の目標を貼っている。季節の飾り付けをしている。温度・湿度の定期的なチェック、換気を行い快適な空間の維持に努めている。	共用空間には利用者が生けた花や書初めが飾られ、季節を感じることができます。家族の要望を受けて梅の木を植え、風景に彩りを加えるよう工夫しておられます。温度や湿度も1日5回チェックし、調整しておられます。	
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、廊下にソファを置いて、1人で過ごしたり、仲の良い方同士ゆっくりくつろげるスペースを作っている。		
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	家族の思い出の写真や使い慣れた品々を飾っている。花が好きな方はよく生け花を飾っておられる。テレビを置いて毎日のニュースを聞いている方もいる。	居室には使い慣れた家具を持ち込まれています。思い出の写真やお気に入りのぬいぐるみも身の回りにあり、居心地良く過ごせる居室となっています。	
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	自室の表札・トイレ、風呂がわかりやすいようにのれんを使用している。個々の歩行状態を理学療法士に診てもらい安全に生活できるように取り組んでいる。		

目標達成計画

作成日: 平成 28 年 4 月 6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	20	利用者一人一人について、馴染みの人や場所に関する記録を分かりやすくまとめられることを期待します。	馴染みの人、場所がわかるマップを作成します。	生活してこられ馴染みの人場所を本人、家族の方にも聞いて、誰が見てもわかる地図、関係をかきこんで作成していく。	12ヶ月
2	23	利用者一人一人について、思いや意向に関する記録を分かりやすくまとめることを期待します。	一人の意向、思いを書きとめるファイルを作成します。	ひまわり会で一人一人の意向をきき、外出等で言われたことを書き遺して見やすく、わかりやすく出来るように一人のファイルを作成していく。	
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。