

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	1193200167		
法人名	医療法人 眞美会		
事業所名	よしの佐久良都幾川		
所在地	埼玉県比企郡ときがわ町田中380-1		
自己評価作成日	平成28年2月20日	評価結果市町村受理日	平成28年4月1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_2015_022_kani=true&JigyosyoCd=1193200167-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市久下1702番地		
訪問調査日	平成28年3月3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)】

ご利用者様個々の生活スタイルを大切に、「ご自分の家」として生活していただけるよう、使い慣れた家具や馴染みのものをお持ちいただき、住みよい生活空間の提供を心がけている。食事については、旬の食材を取り入れたメニューを、管理栄養士が作成し、ご利用者様に喜ばれている。広い敷地を生かして、四季の草花や野菜を育てながら、自然を感じることができる。また、生活の活性化に努めており、毎日の体操やレクリエーション、お菓子作りなどを行っている。その他、お花見、外食会、紅葉狩りなど外出の機会を設けている。

【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)】

田畑や丘陵の豊かな自然に囲まれた木造平屋建て、2ユニット、定員18名のグループホームである。玄関を入ると季節行事の写真やお雛様、入居者の作品等に迎えられ、来所者に一人ひとりのホームでの暮らしぶりを垣間見ることが出来るよう、配慮している。入居者の出来る力を大切にしており、その日の献立を手書きしてもらい掲示したり、お口の体操の指揮をとって頂いたりしている。運営理念のもとに、一人ひとりの生活スタイルを大切に、「ご自分の家」として生活して頂けるよう全職員で意志の統一を図り支援に取り組んでいる。

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				

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	「健康は人生最高の宝」「ご自分の家」「心と愛情」という基本理念を基に、個々の生活スタイルを大事にし、充実した生活が送れるよう支援している。	理念は社員証と一緒に携帯し、常に確認できるようにしている。2ヶ月毎の全体会議で理念について振り返りを行い、日々のケアに照らし合わせて全職員で共有している。	
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	毎日の散歩の中で、地域の方と会話をしている。また、周辺地域の商店や施設を利用し、交流している。	近隣の方から情報を得て、地域の敬老会や夏祭りに参加している。日常的に散歩に出掛けたり、買い物や図書館の紙芝居会等に出掛け、地域の人達とふれあう機会をもっている。	
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	地域の方から相談を受けたり、活用できるサービス等の情報を提供している。		
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	運営推進会議では、年間の行事報告や利用者の生活状況等の報告を行っている。参加者からの意見をいただき、サービスの向上につなげている。	2ヶ月毎に開催している。ときがわ町役場福祉課職員、地域住民、家族が推進委員として参加していただいている。ホームの状況や活動報告を通じて意見交換を行い、出された意見は次回の運営推進会議で結果の報告をしている。	
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に取り組んでいる	町の福祉課担当者とは、運営推進会議の参加やケアサービス等に関する不明点や疑問点は、その都度連絡を取り合い相談できる協力関係が築けている。	運営推進会議に参加いただき、ホームの実情や取り組み状況に触れ、いつでも相談事に応じていただいている。認定更新等の機会には入居者の状況を伝え連携を図っている。	
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「介護保険法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	身体拘束について内部研修にて定期的に勉強している。職員同士で連携をとり、身体拘束をしない介護を実施している。また、県主催の高齢者虐待防止研修に参加している。	年2回、内部研修で身体拘束しないケアについて話し合い、理解を深めている。県主催の高齢者虐待防止研修の参加者が内部研修で内容を伝え、全職員で共有している。言葉遣いやケア方法など、職員同士で連携をとって取り組んでいる。	
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	内部研修にて定期的に勉強しており、虐待とみなされるようなケアが行われないよう注意を払い周知徹底している。		

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	セミナー等に参加し、理解を深めている。必要な方に紹介ができるように、受付窓口にパンフレットを備えている。		
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	契約や解約時は、十分な説明を行い、質問、疑問に答え、利用者や家族に理解・納得をしていただいている。		
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	面会時にお声をかけたり、電話連絡時に意見等を伺っている。また、受付窓口に「苦情意見箱」を設置している。相談窓口及び苦情解決の担当者、責任者を配置している。	意見箱を設置し、気軽に意見や要望を受け入れられるようにしている。面会時や電話等で入居者の様子を伝え、普段から何でも言っていたりするような雰囲気づくりを心掛けている。	
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	日常のミーティングや定期的な会議において、職員の意見や提案を聞き、取り入れている。	申し送り時の意見交換や定期的なカンファレンスで意見、要望を表せる機会を設けている。職員が立てた目標について振り返りを行う個人面談が年2回ある。管理者は日常的に職員の意見を聞くように努めており、話しやすい雰囲気を心掛けている。	
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	職員には定期的な個人面談を行い、仕事への意欲、やりがい、不満、希望などを聞いている。資格取得を積極的に支援している。		
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	業務評価シートなどを用いて、個々のケアや力量を把握し、必要に応じて法人内外の研修やOJTを積極的に行うよう進めている。		
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	グループ内での病院や特別養護老人ホーム等との勉強会や相互訪問を行っている。また、研修会等に参加して、他施設との交流を心がけている。		

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	安心して生活していただくために、困っていること、不安等を傾聴し、職員間での情報共有により、関係づくりに努めている。		
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	家族の介護をしてきた想いや苦勞、要望等を傾聴し、安心した生活につながるサービスの提供により、信頼していただけるよう努めている。		
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	相談の際、本人・家族の困りごとを十分にお聞きし、適切なサービス利用のアドバイスをしている。また、必要に応じて関係機関につなぐようにしている。		
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	一人ひとりの機能や状態に合わせ無理せずできる事を一緒に行い、役割をもって生活していただけるようにしている。		
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	家族の意思や要望を受け止め尊重し、利用者の生活を話し合っている。		
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	家族・友人の面会、外出、外食、電話はいつでもできるようにしている。お正月やお盆に自宅へ外泊をしたり、旅行へ行ったりしている。	日々の関わりや会話での傾聴、家族からの情報により馴染みの人や場を把握している。家族の協力による外出や外泊、電話、手紙の取次ぎ、面会等、継続的な交流が出来るよう支援している。	
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	ホールでの利用者同士の様子をみながら席替えをしたり、レクリエーション等で関わり合い、より良い関係になるよう努めている。		

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	契約終了後でも、困ったことや相談などがあれば、いつでも連絡を下さるよう声かけをしている。		
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	利用者と接する時間を多く持ち、日々の会話や行動から、本人の希望や意向などの把握に努めている。	日常的にすべての入居者と会話等の関わりを持つように努めている。表情や仕草から意向を把握し、気付いた事を申し送り職員同士が共有し、一人ひとり、どのように暮らすことが最良なのかを検討している。	
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	基本情報として個々の生活歴や習慣、趣味、嗜好、入所に至る経緯等を情報収集している。		
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	介護支援専門員を中心にアセスメントを行い、全職員で取り組み、現状の把握に努めている。		
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	介護計画は、利用者や家族から意見・要望を聞き会議で検討し作成している。定期的にモニタリングを行うほか、心身の状態変化に合わせて随時見直しをしている。	本人や家族の意向を反映し、3か月毎のモニタリングで見直しを行っている。変化があった場合にはその都度、家族と話し合い計画を見直す等、柔軟に対応している。	
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	利用者の日々の様子や身体状態の変化等を個別に記録している。また、申し送りノートも活用し、職員が共通認識を持ってケアを行っている。		
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	医療機関への受診時の送迎や自宅までの外出支援など、ニーズに応じた対応がとれるよう努力している。		

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	地域の美容室、郵便局、図書館等必要に応じて対応している。		
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	往診の利用や専門外来の受診等は、家族の意向を聞きながら対応している。定期的に協力医が往診し、健康状態の把握や急変時の対応を行い、適切な医療を受けられるよう支援している。	入居後も希望するかかりつけ医の受診が可能であり、通院は家族対応となっている。協力医による訪問診療が月2回あり、受診結果を共有し、状況に応じた医療支援体制を整えている。	
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	介護職は看護職と日々の状況、情報報告、気づきなどを伝え、適切な受診や看護を受けられよう支援している。		
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。	入院時は主治医や病院関係者との連携を行っている。病院の主治医とのカンファレンス、相談員との情報交換や相談を行い、早期退院ができるよう支援している。		
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	事前に重度化や終末期に向けた方針について説明をし、本人、家族の意向を大切に、可能な限り生活できるよう支援している。また、定期的に確認するようにしている。	入居時に重度化した場合のホームが対応し得る範囲のケアについて十分な説明をしている。入居後は入居者、家族の意向を大切に、状態の変化に応じて随時意思の確認をしながら医師、職員が連携の上で支援している。	
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	職員は救急救命講習会に参加し学んでいる。個々の病状と急変リスクを確認、急変時の対応を共有している。		
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	年2回消防署の指導に基づき、昼間・夜間の災害を想定した自衛消防訓練を利用者で行っている。運営推進委員と地域住民にも参加していただいている。	年2回、1月と7月に昼夜を想定した避難訓練を行っている。運営推進会議と合わせて行っており、町役場職員や近隣住民、家族等に参画いただき地域の協力体制を得ている。	

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	一人ひとりの対応の仕方を工夫し、トイレ誘導や入浴などプライバシーに配慮したケアを心掛けている。	入居者一人ひとりに合った対応、言葉掛けを行い、本人の気持ちを大切に考えた支援を心掛けている。	
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	どんなことでも本人に確認し、意見を伺うような言葉がけを意識してかかわるようにしている。		
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	基本的な日課はあるが、一人ひとりのペースを大切にしている。テレビをみたり、散歩へ行ったり、カラオケしたりなど本人の希望にそって支援している。		
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	毎日の整容に気を配り、季節に合った装いや化粧などおしゃれができるよう支援している。		
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	食事前の「口の体操」やテーブル拭きや下膳等できることを、職員と一緒にやっている。また、食事の際も会話を楽しんでいただけるようにしている。	法人の栄養士が献立を作り、ホームの栄養士が個々に合った形態の食事を3食手作りで提供している。ホームの菜園で採れた野菜や近隣からのお福分けを食材にしている。「お口の体操」の指揮やテーブル拭き、下膳等を共に行い、職員と同じテーブルを囲んで楽しく食事が出来るよう雰囲気作りも大切にしている。	
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	献立は管理栄養士が作成している。食事・水分摂取量を記録をし、過不足のないようにしている。一人ひとりの状態に応じて食事形態を工夫している。		
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	毎食後の歯磨きの声かけ・口腔ケア介助・義歯洗浄などをし、清潔保持に努めている。定期的に、グループ内の歯科衛生士が、口腔ケア指導を行っている。		

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	排泄表により、個々の排泄パターンを把握し、トイレ誘導、声かけを行っている。現在の状況として、全員トイレで排泄している。	チェック表により習慣や排泄パターンを把握し、日々気付いた事を連絡ノートで共有し一人ひとりに応じた支援を心掛けている。各居室にトイレが設置されており、トイレでの排泄を目標とした自立に向けた支援を行っている。	
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	朝食時ヨーグルトを提供し、食物繊維を多く取り入れたメニューとなっている。毎日ラジオ体操、歩行練習等の運動を行い、便秘予防を心がけている。		
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ず、個々にそった支援をしている	心身の状態に合わせ、一人ひとりにあつた入浴を行っている。入浴を拒否される方には、時間や曜日を変えて支援している。季節にあつた、菖蒲湯やゆず湯等を実施している。	週2回以上入浴していただいている。その日の希望や状態に応じて入浴の順序を変更したり、夜寝つけないという方には最後に入っていたく等、一人ひとりに沿った支援を行っている。	
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	日中の活動を促し、生活リズムが整うよう努めている。利用者個々の生活習慣やペースに合わせた睡眠・休息がとれるよう支援している。		
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	看護師が、個々の服薬内容をファイルして、職員が確認できるようにしている。新規の薬を開始した際は変化を観察、記録し、医師や看護師に報告している。		
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	利用者の心身状態に応じて、洗濯物たたみ・下膳・テーブル拭きなどを役割をもって行っている。趣味の編み物・絵画・俳句等が、楽しみながら継続できるよう支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	希望を伺いながら、散歩や近隣の商店へ出かけている。また、家族との外食や買い物ができるよう支援している。	個々の状態や希望に合わせ、散歩や近くのスーパーでの買い物、花見、ドライブ等を楽しんでいただいている。年2回、春の花見、秋の遠足を行っており、家族に協力いただき、外食や買い物等の支援も行っている。	

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
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	基本的に個人現金は事務所で預かっているが、希望により家族の了解のもと所持できる。また、買い物などは、必要に応じてその都度渡し支払いをしていただいている。		
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	家族や友人からの電話の取次ぎを行っている。希望があればいつでも電話をかけたり、手紙を書けるよう支援している。		
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	環境美化に努めている。玄関に花を飾り、行事の写真や作品を掲示し、季節を感じられるようにしている。	共用空間は広々とゆったりしている。天窓からの採光で明るく快適な空間となっている。季節のイベント写真や飾り付け等で生活感や季節感を取り入れ、居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	畳や椅子で新聞を読んだり、気の合った利用者の居室を行き来したりしている。テラスのベンチで日向ぼっこもしている。		
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	居室には、家族の写真や使い慣れた家具・なじみの物を持ち込んで居心地の良い部屋になるようにしている。	居室には洗面台、トイレが備え付けられている。寝具やタンス、テレビ、仏壇や思い出の品々を持ち込んでいただき、一人ひとりが居心地よく過ごしていただけるよう配慮している。	
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	居室やトイレなどにはわかりやすいように表示をつけている。ホール、廊下に手すりの設置がある。車椅子の方の移動も無理なくできる環境になっている。		

目標達成計画

作成日：平成 28 年 3月 25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	49	散歩や近隣の商店には出かけているが、車を利用した買い物などの外出支援が出来ていない。	希望がある利用者様の外出支援	職員の外出支援の体制を整える。 利用者様の意向を確認し、外出支援を行う。	12ヶ月
2					ヶ月
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。