

## 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	0870800380		
法人名	株式会社 モデンナ・ケアサービス		
事業所名	グループホーム さわやか荘龍ヶ崎		
所在地	茨城県龍ヶ崎市馴馬町3918-2		
自己評価作成日	平成22年6月4日	評価結果市町村受理日	平成22年11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	<a href="http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0870800380&amp;SCD=320">http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0870800380&amp;SCD=320</a>
----------	---

### 【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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成22年7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)】

グループホーム特有である家庭的な雰囲気大切に、職員と利用者が家族のような関係を築けるよう配慮している。

### 【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)】

事業所の理念である『一人ひとりの個性をたいせつに..』を掲げ、またホーム独自の理念を作り、利用者 に即したケアの提供に日々努めているホームである。ボランティアの受け入れ・夏祭り・環境美化活動に職員と共に利用者も参加し、地域交流を深めている。馴染みの友人や知人との関係を継続できるように、利用者 に合った支援方法で行い、利用者はその機会を楽しみにしている。利用者 と職員の信頼関係が深く和気藹々とした印象であった。

## 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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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) ○		

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	月2回の会議の際、理念の理解を深める勉強を行っておりチームで共有できるように心掛けている。 また、常時名札ケースに携帯し朝礼時に唱和している。	管理者と職員は朝礼時に理念を唱和、名札ケースに携帯することにより理念を確認している。また日々のケアにおいて、その理念が実践に繋がっているか、職員同士で確認も行われている。	
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	地域ボランティアと定期的な交流を図り、ホームの役割を理解してもらえるよう呼びかけ、地域の夏祭り空き缶拾い等にも参加している。	地域ボランティア(踊り・民謡)とは社協と連携をとり定期的な交流を図っている。地域の夏祭りや環境美化活動に職員と一緒に利用者も参加し、ホームに対する理解を深めている。今後ホーム主催のイベントに地域住民の参加を呼びかける予定との事。近隣から野菜やお花の提供を受ける時もある。	
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	近隣住民にも高齢者がいるので、御利用者との散歩の際に積極的に声を掛け施設と近隣との距離を近付けるようにしている。 また、地域活動(空き缶・ゴミ拾い)等にも参加することにより住民との交流を図っている。		
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	グループホームでの入居者状況、活動状況などを報告し参加者からの意見を活かした上で見直しや改善した点を報告している。 また外部評価の結果も次回の議題として公開する予定である。	2ヵ月毎の開催で、事業報告・利用者の状況・活動計画・報告等を話し合い、席上でた意見や提案をサービスの向上に活かしている。家族には面会時や郵便にて報告している。職員には申し送り時・会議・議事録回覧で周知している。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者や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	市との連携は日頃から関係協力を密に構築していけるよう努力している。	運営推進会議(土曜日開催でも)参加の他、運営規定に記述しているように内容に関し相談があるときは、頻繁に行政に出向き話し合いを行い協力関係を築いている。小・中学生のボランティア活動の場として提供している。	
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	管理者は県により行われている研修に参加し理解をすると共に職員への指導並びに共有をはかり身体拘束のないケアを行っている。 また玄関施錠は、常に見回りをし声かけ等にて鍵はかけていない。 ただし、居室の窓については制限している。	管理者が受講した研修を職員に指導・伝達し(禁止となる具体的行為と身体拘束による弊害)を理解しており、利用者が安全に生活できるように配慮している。夜間は防犯上施錠しているが、昼間は施錠せず利用者の行動を目配りしながら、支援に努めている。近隣の協力は得ている。	
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	管理者は、高齢者虐待防止についての講演や研修に参加し、当施設にて報告会議を開き日々虐待がおきぬよう注意を払っている。		

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
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	県、市町村の講義・講習により必要性を関係者と話し合い活用している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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・解約時は運営規定や重要事項説明書を解りやすく説明し随時質問や疑問点に答え不安の解消に努めている。		
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	運営推進会議で意見を伺っている他、意見箱を設置し直接言えない事も伝えられる環境を整えている。	意見箱の設置・運営推進会議・面会時に意見を聞くように努めている。重要事項説明書に第3者担当窓口の記載も行っている。イベント開催時に、意見や提案を聞く機会を設けているが、今まで問題となる意見等は無い。	
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	月2回の会議に発言の場を設け、話しやすい環境作りに努めているため職員からの意見は多々あり意見を運営に反映させている。	定例会議や個人的に意見や提案を聞くようにしているが、職員の表情等から推測し管理者が声掛けを行うこともある。現場の職員の意見は貴重であると管理者は考えているので、常に職員が言い出しやすい雰囲気にも努めている事が職員の聞き取りから伺えた。	
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	法人代表者は月1回の施設長会議や月数回の巡回時に、職員個々の状況把握に努めている。また詳細まで把握出来ない部分については施設長が随時報告を行っている体制を整備している。		
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	法人は、現在年数回にわたり新人教育の研修会を実施している。また管理者クラスは管理者会議にて勉強会を行っている。尚若手・中堅職員についても管理者が管理者会議で学んだ事をセッション別に学ぶ体制を整えている。		
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	施設長は管理者等にコミュニティの大切さを指示して、管理者はケアマネ会や地域勉強会を通じて、交流する機会を構築している。		

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>				
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	各御利用者と相性の良い職員が担当するようにし、話しやすい環境作りを目指している。	
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	家族が気がかりな事や意見・希望を話すことが出来る様、事前に面会したり電話等でも相談出来る様、随時受け付けている。	
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	相談を受けた時管理者は施設ケアマネと連携を図り御利用者と家族にとって最良のサービスを提供できるよう相談援助を随時行っている。	
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	御利用者と職員が支え合いながら生活していけるよう家族的な雰囲気大切にしている。畑作業や料理など利用者から学ぶことも多い。	
19		○本人と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	管理者は家族との連絡は密にとっている。御利用者家族との信頼関係を持てるような環境・言葉かけを重視していけるよう心掛けている	
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	施設では手紙の代筆やいつでも電話ができる環境を整えている。 また友人等の面会もあり外出へのサポートも本人の意思に対応出来るよう支援している。	家族・友人・知人(家族了解の下)への手紙や電話でこれまで大切にしてきた馴染みの人との関係が途切れないよう、支援している。 馴染みの店に(理髪店)出かける利用者もいる。趣味の俳句・川柳に葉書で応募する利用者がある。
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	職員が、利用者間の橋渡しになれるようケアをしている。 また利用者の性格に合わせ席替えをしたり、話題を提供するなどの環境作りに努めている。	

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
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	契約終了後も、家族より相談等も随時受け付けている。 家族の悩みや本人の状況を把握しアドバイスも行っている。		
<b>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</b>					
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	利用者の言動や表現から「想い」を察知できるように見守りしたり、直接アセスメントし希望や意向を聞いている。 困難な場合は家族から話を聞いたり、日々利用者を理解するよう努めている。	日々の会話から利用者の思いや意向を受け止めている。ケアマネが利用者一人ひとりに声掛けを行う。困難な場合は家族から聞いたり、アセスメントから見出したり、利用者の表情やしぐさから把握するように職員間で話し合い、利用者本位になるように支援を行っている。	
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	入所される事前にアセスメントチャートを用いて生活歴等を伺い情報を把握している。また新たな情報を収集した時は、その都度追加記載している。		
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	日々様子観察を行い、個別ケースの記入項目に生活の変化や健康状態を記載し送りノートに要約することで状況把握をしている。		
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	適宜、本人・家族へ管理者・介護職・ケアマネ等が一同に会してサービス担当者会議を行っていることもある。 この事を基に職員間のケースカンファレンスを実施している。	家族・利用者より希望を聞き、課題とケアのあり方について、居室担当者が中心となって、管理者・職員・ケアマネと話し合い現状に即した介護計画を作成し、利用者・家族に確認をもらっている。カンファレンス会議でモニタリング・評価を行いその都度、職員間で検討している。ケース記録とプランは連動した記述となっている。	
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	個別の個人ケースに、ケアプランの実行状況、評価を記載している。 職員全体が把握できる状態である。見直しも随時行っている。		
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	グループホーム内だけでなく、地域の社会資源の活用や外出行事を企画するなど柔軟な支援に取り組んでいる。		

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	地域との交流を図ることで、利用者の生活の楽しみに繋げている。 ボランティア活動では、民謡・舞踊の会、小学生との訪問交流を行っている。		
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	かかりつけの病院へ継続して通院できるよう支援している。 また、提携病院を利用しており利用者の健康状態を随時把握できる状態である。	かかりつけ医に通院支援を行い、結果は受診記録に記載し、職員間で情報を共有している。家族への報告も行っていることが、確認された。年2回提携病院で健康診断を行い、利用者の健康状態を把握している。専門医との連携を行っていないが受診は可能である。	
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	往診に来てもらいその都度相談している。		
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。	早期退院して頂く為、その都度話し合いや協力を得ている。		
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、事業所の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	家族の意向を尊重し、事業所で出来る事を説明している。 医療機関とも協力しながら関係者間の方針を共有し支援している。	入居時に重度化や終末期に向けた話し合いを行っているが、場合により家族・利用者の思いが変わるので、何度も話し合いを重ね医療機関とも連携をとりながら、支援している。	職員との話し合いを重ね、ホームとしてのとりまとめを行い行政・家族に対して運営推進委員会で説明し、共有に向けた支援が望ましい。
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	消防署の協力の下、全職員が訓練・講習を定期的に行っている。 また、管理者は救命講義を必ず受けている。		
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	消防署に協力して頂き避難訓練を実施。 また、地域との交流の中で災害時の協力をお願いしている。	年2回の避難訓練を消防署の指導のもと開催し休みの職員も参加し、利用者の行動等の把握に努めている。(避難経路の確認・消火器の使用方法・夜間想定) 緊急持ち出し用品も整備されている。地域に協力依頼を行っている。今後は合同訓練を行いたいとの事である。備蓄品として水・缶詰等が整備されている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者一人ひとりの人格を尊重しそれにあつた対応をしています。	会話をする時やケアの提供にあたる時にも、利用者の人格を尊重し、プライバシーや誇りを損ねないように心がけていることが、調査時に確認出来た。書類関係はスタッフルームに保管。	
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	本人が理解できるように話しかけたり、身振り手振りを交えながら本人の意見や希望を充分に取り入れた対応をしている。		
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	利用者の生活ペースに沿って見守り中心の生活を送るようにしている。		
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	本人の希望する店で散髪したり移動美容室で対応。利用者には好きな服を選んで着てもらっている。		
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	利用者の希望を把握するように努めており、調理・片付けは出来る利用者を手伝って頂いている。	利用者の希望を取り入れた献立を提供。役割が決まっており、調理・配膳・後片付け等、一連の作業を通して、力を発揮できる場となっている。職員と同じテーブルを囲みながら、楽しい会話の食事風景であった。畑で収穫された野菜は利用者の楽しみとなっている。	
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	食事メニューを作り場合によっては利用者の健康状況に合わせたカロリー食を提供している。また食事・水分チェック表に記録し食事量は各利用者にあつたものを適量とし食形態もそれぞれに対応している。		
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、口腔ケアを実施。必要に応じて職員が支援している。		

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	排泄パターンを把握して援助が必要な利用者には、声がけ・見守りの支援をしている。	排泄パターン・表情・様子から把握し、それとなく声掛けを行い、トイレに誘導し、排泄の自立に向けた支援を行っている。夜間帯も出来るだけトイレで排泄してもらっている。失禁時にはプライドに配慮し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	食事の工夫や身体を動かして便秘の予防をしている。 また排泄チェック表を作成し、個々に応じた取り組みをしている。		
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	利用者の体調を診て、本人が希望する時間帯に行っている。 ただし、安全面を考えた上で夜間帯の入浴はしていない。	利用者の希望に添った入浴支援を行い、ゆったりした気分を味わってもらえるよう、季節に応じて、ゆず湯・菖蒲湯を提供している。拒否する利用者に対しては無理強いしないで、違う職員が声掛けをしたりして、気持ちよく入浴できる雰囲気を作っている。時には清拭・足浴にて対応する場合もあるが、3日目には入浴してもらうように努めている。	
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	睡眠パターンを把握するようにしている。日中の外気浴など声がけし散歩も定期的に行っている。 日中、個々の疲れ具合にて休息を取ってもらっている。		
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	薬の用法や用量を把握して医師の指示通りに服薬できるように支援している。 また、服薬説明書を個別ファイルにて全職員が認識出来るように受診記録ノートに記入することで服薬の変化や症状変化を確認できる。		
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	役割分担は決めておらず、利用者の状況に応じて洗濯物たたみや園芸など進んで参加して頂いている。		
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	希望に応じて一緒に買い物に出かけている。 日に一度は外気浴するように心掛けている。	利用者の希望に応じて、散歩・買物・図書館等に出かけて気分転換を図ってもらうように努めている。 月ごとにあやめ・お花見・牛久大仏・外食等車で出かけている。裏庭で日光浴をかねてお茶を飲み、外気の刺激を受けている。散歩に出ると近隣の方から声がかかり、しばしの会話を楽しんでいる。系列のホームに出かけ交流を図っている。	



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	ご家族より利用者の小遣いを預かり、希望時はいつでも買い物できるようにしている。		
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	手紙など、代筆やポストへの投函等の援助を行っている。 電話もスタッフが見守り対応にて行っている。		
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	共有の空間は居心地よく生活できるよう配慮している。 強い日差しにはカーテンなどで明るさを考慮し、食卓上には季節の草花を飾っている。	リビングのソファに思い思いに座り、時間がユックリ流れているような空間を提供している。季節のお花を飾り、目の保養となっている。居室・トイレ・浴室入り口には分かりやすく大きな文字にて表示し、混乱が無い様に配慮がされている。	
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	施設の作りから、スペースの確保は困難な面もあるが、それぞれの居室の行き来や共用スペースでの仲間同士のふれあいは日常的に行われている。		
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	馴染みの家具等を居室に取り入れてもらう事により、自宅に居る様な居心地の良い環境作りを心掛けている。	馴染みの家具(たんす・仏壇・いす・テレビ・冷蔵庫等)を安全を配慮して配置し、また大切な家族の写真・趣味の草花・ぬいぐるみ・目覚まし時計等の小物を持ち込み、利用者が心地よく過ごせるような居室となっている。	
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	居室の表札や、トイレ・お風呂の表示も配慮している。 常に見守り、安全に注意を配っている。		

## 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		重度化や終末期に向けた方針の共有と支援について	家族の意向を尊重し、家族・職員・医療機関と話し合い方針を決め共有化していく	<ul style="list-style-type: none"> <li>○家族・利用者の思いを受け止める。</li> <li>○スタッフからの状況の把握と問題提起</li> <li>○2話し合いによる共有化</li> <li>○延命処置に対する同意書の取り寄せ検討中</li> </ul>	6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。