

## 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	0874300973		
法人名	有限会社 ケアサービスコスモス倶楽部		
事業所名	グループホーム にれの木桃花寮		
所在地	茨城県古河市仁連1987-15		
自己評価作成日	平成21年7月13日	評価結果市町村受理日	平成22年6月23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=0874300973&amp;SCD=320">http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0874300973&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4637-2		
訪問調査日	平成21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)】

入居者様の安心と尊厳を大切に、四季を五感を感じられるような支援を心がけています。
--

## 【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)】

広大な敷地と豊かな環境を十分に活かされた緑豊かな環境に立てられていた。また、敷地内は桃花寮と言う名に相応しく桃の木が数十本植えられ、入居者と共に収穫の喜びも感じられる仕組みになっていた。また、建物もゆとりある作りになっており、入居者が思い思いの場所でくつろげる空間作りがされていた。また、併設施設にある喫茶スペースを充分活用され、地域住民・ボランティア・更には公的イベントの場所にも提供し入居者と地域の方がコミュニケーションが取りやすい仕組みを構築され実践されているホームであると思われる。
---

## 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
<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	思いやりと笑顔を忘れずに一緒に生活します。私らしさの生活を大切にします。家族を含め地域交流に努めます。という理念のもと積極的な地域との交流に努めています。地域の方々と共に300人規模の催し物などを開催しています。	既存の理念を基に、職員一丸となって作成した新しい理念①尊厳の保持②日常生活を豊かに③地域との関わりを充実させる、を作成しその目標に向かい地域の方と共に入居者の日常生活が豊かになれるよう支援されている。	
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	スタッフ会議、合同会議を通して地域密着について何をして行くかを話し合い取り組んでいます。	ホームには、同一敷地内に一般の方も自由に利用できる喫茶室をもっている。その喫茶室を有効活用しボランティアさん達の集会場所に利用されたりしている。今後の予定として市民フェスティバル等にも利用される予定がある。	
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	自治会参加、子供会行事などへの参加、地域の人々の集まる場所としての事業所の提供など行なっている。	/	/
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	利用者家族、行政などの参加で推進委員会の開催、会議場での研修、意見の交換をし、サービスの向上に努めている。	運営推進会議には、行政の方は勿論のこと、地域の区長さんをはじめ民生委員さんも参加されている。そのため入居者さんも参加するイベント等の話し合いもスムーズに行え、サービスの資質の向上に寄与されていた。	
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取り組んでいる	管理者、ケアマネ自らが行政に積極的に行き、サービスの向上、連携、報告をしている。	法人の代表はじめ計画作成担当者等が随時市町村に訪れイベントの打ち合わせ・ボランティアの報告等を行いながら連携をとっている。	
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	スタッフ間で話し合い、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	室内は、居心地の良いスペースが設けられのんびり暮らしている様子が伺えた。しかし玄関は入居者が中から開錠できない鍵かされていた。また、ホーム内に職員の大きな声が多く聞かれた。	職員も新しい方が多い事から職員の指導等も含め身体拘束に関する研修等も行っていただき、身体拘束の意味を共有理解しさらに質の高い介護の在り方を検討していただきたい
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		/	/

茨城県 グループホームにれの木桃花寮

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	管理者・職員で内・外研修に積極的に参加・行っていきたい。		
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	契約の祭に利用者家族に説明、納得をしてから契約をしている。		
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	家族会での意見の聴取や電話、面会時随意時に意見の聞き取りなど、家族が事業所に意見を述べやすくなるよう工夫している。	併設の喫茶室を開放し、家族会も年に2回定期的に開催されている。その時は職員が招く側となり家族同士の自由な会話を楽しむ事ができるよう支援されている。その中で抽出された意見の反映等も行われている。	
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	会議の場等での意見交換をしている。	代表も常と同じ職場におり、意見がいい易い環境が構築されている。また、全職員が一同に集まる会議等も設けられている。	
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	取締役・室長が自らが職員に直接面談を行っている。		
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	介護基礎研修を受講できるよう配慮し、職員に対しては割引などを行い職員が気軽に研修に参加できるよう配慮している。		
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	市内同業者との連携は、現状ほとんど行っていない。個人的な連携(職員間)は、施設を行き来するなどしている。		

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
<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	利用予定者には、家族と一緒に何度か来寮していただき、最終的に本人の意思により入寮を決めてもらっている。利用予定者が馴染める雰囲気を作り利用開始できるようにしている。		
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	家族と一緒に何度か来寮していただき、最終的に本人の意思により入寮を決めてもらっている。その間に、困りごとや不安なこと、御要望をお聞きしている。		
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	家族や本人の意見を聴取し、介護計画を立てている。		
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	料理面など教えてもらったり、利用者の特技を活かしたレクやイベントを積極的に行なうようにしている。また利用者に相談したり人生の先輩としての意見を聞くなど、支え合う関係を維持している。		
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	面会時間の規制を決めずに随時に面会・外出が一緒にでき、家族会の開催時の協力や一緒に行なうなどの他、通院などの可能な限り、家族と一緒に支援できるようにしている。		
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	家族の面会や地域のボランティアさん、入寮者さん方との交流を含めて、なじみの物を居室に配置し、居心地の良い支援に努めている。	ホームの入居にあたり職員に知らされる情報は殆ど紙面のみであり、新しい入居者の日常生活の情報が不足しているようであった。	新規入居にあたり、職員が本人の自宅での生活の様子やその方の育った環境を知るため入居前からご自宅を訪問するなどし、馴染みの環境を作っていただけ事を期待する。
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が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	日中はリビング、食堂をメインに10時、3時のティタイムや食事は食堂で全員でいただく等やレク、リハなどの参加で利用者間での交流が持てるようにしている。		
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	退寮にあたり、行き先など資料を含め、家族と共に探して次につなげています。		

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
<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	本人の意見を積極的に取り入れ、又、介護計画の立案時に傾聴し、できるだけ本人の意向に沿って作り説明している。	日常生活の中で意思表示が上手に出来ない方に対しても職員がその方の心を読み取ろうとする様子が見られた。	
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	新しく入居された方など本人、家族と話し合い又受診の祭と一緒に付き添い家族と共に医師の話をお聞きしたりしている。出来るだけ把握する様にしている。		
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	スタッフ同士の随時の申し送りやバイタルチェック・ノートの活用などして把握に努めている。		
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	介護計画は立案、作成し家族へ説明渡し、確認印をもらっている。家族へは、なるべく家族会や面会時に直接会って説明するよう配慮している。	職員会議は行っている。しかし、計画作成担当者等が事業所を兼任しているためか介護計画作成にあたってはなかなか家族の意見等が取り入れられず作成後確認する事が多いようであった。	計画作成にあたっては、家族・本人・職員の意見等がくみ取られその方の日常生活がより豊かになれるよう作成していただきたい。また、それらが日常生活の記録に反映出来る仕組み作りを期待する。
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	管理者・職員間で日々のケアや問題点などその都度話し合いをし実践している。		
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	家族、本人の意向やニーズに合わせて通院の支援や面会の依頼、話し合えるように支援している。		

茨城県 グループホームにれの木桃花寮

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	家族、ボランティアさんや友人、地域の方々との交流を持ち、笑顔のある生活への支援をしている。		
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	本人のかかりつけの病院の他、ホームで提携している総和中央病院や斉藤歯科医院などがあり、歯科のドクターは訪問してもらっています。	歯科医は定期的にホームを訪問している。かかりつけ医のいる方はホームの職員が同行したり、家族に依頼したりしながら支援されている。	
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	日々の入居者の状態を看護師・職員共に毎日のバイタルチェックや気づきなど直接看護や申し送りノートの活用をして受診などへの支援をしている。		
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。	中央病院をかかりつけ医とし連携してる。受診時に家族又は看護師やスタッフが一緒に付き添い、病状の把握や家族への報告、連絡調整を行い情報の交換などに勤めている。		
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	週末期、重度化に関しては、基本的には医療施設のある施設へ受け入れ援助を行なう様にしている。今後は、入居者の状況も考慮し、事業所での受け入れ体制を整える方向である。	法人の代表は終末期においてもホームで対応して行きたい意向をもたれているが、現在はマニュアル・教育等の準備時期であった。現在急変時は病院等に委ねている。	入居時から家族と「終末期」「重度化」等を視野にいれた相談を行うなども含め今後ホームにおいてどの様な方針をとって行くのかなど代表・職員・家族の共有できる方針をつくっていただける事を期待する。
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	地域の消防本部より講習を受け、施設で救命の講習を受け対応への勉強の場を設けている。		
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	避難訓練を消防署の立ち会いの下、行なっている。又水道などは井戸水と水道水とを交換できるようにしており、災害時の水の確保が出来よう配慮している。	地域の消防署等と連携し夜間・昼間を想定した非難訓練等を実施している。今後食料の備蓄を備える予定もしているとの事であった。	

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	自尊心・プライド、プライバシーには十分に配慮し支援している。書類や個人情報に関しては、事務所に保管し外部から名前などが見えないように配慮している。	尿失禁のあった方にもさりげなく自室にて衣類を交換するなど人格を尊重する介護がされていた。	
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	自己決定で決められるように傾聴、相談に乗り支援をしている。		
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、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	利用者の意向・希望に配慮して自分でレク参加など選べるように支援をしている。		
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	口腔衛生や朝、夕の着替え、気候に合わせて好きな服など一緒に選び、整容などへの声かけをして一緒にいき、自分で出来るように支援をしている。		
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	配膳や調理の準備など利用者の状況に応じて手伝ってもらったり、出来る範囲で参加を促している。職員も一緒に食事をする事で明るい雰囲気の中で食事が取れるように配慮している。	毎日の買い物も同行する。一人ひとりの嗜好の確認を行ったりしている。また、野菜と一緒に作り収穫したものを食卓に並べるなど役割のある支援に努めている	
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	食事の摂取量・水分など個人別に記載し把握に努めている。		
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	年2回の斉藤歯科の医師による訪問医療を受け、口腔内のケアや毎日の口腔内の衛生への支援をしている。		

茨城県 グループホームにれの木桃花寮

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	一人一人の排泄のパターンを把握し、トイレの声かけや誘導、介助を行なっている。	意思表示が上手に出来ない方に対しても排泄パターンを把握しトイレで排尿できるよう支援されていた。	
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	看護師と連携をし、排便の記録や把握に努め、個々に応じて支援している。		
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	一人一人の容態や希望を聞きながら声かけ支援をして入浴をしてもらっている。	入居者本人のリズム・タイミングを見計らい「毎日の方は毎日」その日より対応されていた。	
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	利用者個人の馴染みの物を居室に配置し、居心地の良い空間や安眠できるように話し相手や相談に乗り支援している。		
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	看護師により薬の把握や説明、準備など個々にあわせて支援をしている。		
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	特に利用者の役割を設けていないが、図書館の本を借りてきて朗読をしてもらったり、誕生日には自分達で食べたい物を作るようにしている。		
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	職員、家族、友人と出来るだけ散歩や買い物など希望に合わせて外出できるよう支援している。	職の買い物・定期的な散歩・食事会・イベントへの参加など様々な機会を捉え日常的に支援がされてた。	



茨城県 グループホームにれの木桃花寮

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	個々に合わせて、金銭管理への支援をしていきたい。		
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	電話や手紙など本人が出来るように支援をしている。又できない時はs		
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	事業所リビングに、大きな暖炉があり、暖かく居心地の良い場所を入居者の共有空間としている。	自由な居心地の良い空間において、入居者が食後気ままに居眠りする姿もみられ居心地の良い空間作りがされていると思えた。	
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	入居者の方が思い思いの場所にゆったりと過ごせる		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入居者個人の馴染みの物を居室に配置し、居心地の良い空間となるように工夫をしている。	入居者の自室には、自宅から持参されたマッサージチェアなども配置されご本人が過ごし易い空間が作られていた。	
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	解りやすい部屋への配慮や自発的にリハなどが出来るように手すりや階段の設置など工夫をしている。		

## 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	6	新しい職員も多いことから職員の指導も含めた身体の拘束に関する研修、身体拘束の意味を共有理解の必要性がある。	身体拘束の意味を理解し介護のあり方を検討する。	・職場内研修	12ヶ月
2	20	新規入居にあたり、本人・家族の来寮、見学はあるが、職員が本人の自宅での生活の様子やその環境などの自宅訪問は、現時点ではケアマネのみが事前訪問している。	生活の様子や育った環境の把握に努める。	・入居申し込み時に職員、ケアマネによる事前訪問をしていく。	12ヶ月
3	26	本人・家族の意見と職員間での情報の交換、アセスメントを職員と共に作成していく必要がある。	本人・家族の意向を職員間で共有し、情報を得る。	入居前情報の共有化をする。 職員と共に個々のアセスメントをする。	12ヶ月
4	33	入居時から終末期にかけての施設の方針を考えていく。	家族、医師、看護師、職員で話し合い、希望に合わせてケアマネがプランを作成していく。	施設、本人・家族と終末期や重度化を視野に入れた相談を行なう。	12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、行を挿入して下さい。