

(別紙4) 平成 22 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	0873900716		
法人名	株式会社 いっしん		
事業所名	グループホームいっしん館 こまち 1階		
所在地	茨城県土浦市藤沢894-1		
自己評価作成日	平成22年12月23日	評価結果市町村受理日	平成23年9月7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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0873900716&SCD=320>

【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23年5月23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)】

美味しい物をたくさん食べて、生き生きとした生活を支援している。また、利用者様の笑顔が引き出せるように、スタッフ一同毎日明るく笑顔で接しております。

【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)】

法人理念を元に、日々思いやりと笑顔で支援している。利用者一人一人の意向に沿った個人レクレーションを行っている。また、外食支援についても個々の意向に合わせて数人ずつ行っている。担当医や家族の許可の下、毎週日曜日には近所の居酒屋に出かける利用者もいる。地元の利用者も多く、近隣の住民による踊り等の慰問があったり、系列ホーム合同でのお祭りやイベントに参加している。経営者自らが2ヶ月に1回ミーティングに参加したり、法人のマネージャーが常に各ホームの運営に参加し利用者本位の支援に関わっている。

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)	<input type="radio"/>	1. ほぼ全ての利用者の 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	事業所の理念をいつでも確認できるように掲示している。新人マニュアルにも理念が組み込まれており、常に具体的な行動方針として、職員が理解し、実践している。	法人理念を毎朝朝礼時に復唱している。その中から具体的な目標を作り、笑顔と思いやりについて日々考えながら支援している。	
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	傾聴ボランティアなどを通し、地域との交流を図っている。また、近隣の方に野菜を頂いたり、ホームで外出した際には、お土産を渡すなどの交流を行っている。	日々の散歩を通して、近所の方から野菜を頂いたり、友人が踊りを見せに来たりなど地域との付き合いを継続している。土浦市の盆栽祭りやイベントに参加している。また、小、中学校の体験学習の受け入れや運動会に参加している。	
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	運営推進会議で取り上げた検討内容や提案について、その経過を話し合っている。また、現在取り組んでいる内容についても報告し、意見をもらうようにしている。		
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	2ヶ月に1度会議を行い、参加者からの意見を参考としたケアの方針を揚げ、サービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回行っている。推進会議では、多職種の参加を通して現状報告だけでなく、情報交換や意見交換を行いサービス向上に努めている。参加されない家族については、面会時に法人マネージャーが説明し、理解と協力を経ている。	
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	GH連絡協議会にも行政の参加があり、サービスの向上について話し合いを行っている。また、生活保護受給者の方も入居されているため、市の担当者の方々と情報交換する機会も多い。	利用者と共に市役所に行ったり、行政との連絡調整を積極的に行っている。また、2ヶ月に1回地域密着連絡協議会に参加し、他の事業所との情報交換を行っている。	
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	日中の施錠はせず、利用者一人ひとりの行動に注目し、安全に生活が出来るように支援している。また、身体拘束に関してのマニュアルを活用し勉強の機会を設け、職員の理解を得ている。	法人マニュアルを元に、身体拘束をしないケアについて振り返りを行っている。拘束が必要な場合については、随時家族の同意を経ている。車椅子の点検は、随時行っている。	
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逃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	虐待になる前に相談の機会やミーティングを行い、虐待を未然に防いでいる。		

茨城県 グループホームいっしん館こまち

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	対応が必要な利用者がある場合は、随時職員に説明しながら支援している。		
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	時間をとって、丁寧に説明を行っている。特に、利用料金や起こりうるリスク、看取りについての方針、医療連携体制の実際などについて詳しく説明をし、同意を得るようにしている。		
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	ご家族には月に1度手紙で利用者の状況を伝えている。また、面会時には常に問いかけ、何でも話し合えるような雰囲気づくりを行っている。出された意見や要望はミーティングなどでも話し合い、運営に反映させている。	利用者一人一人の意見を職員間で共有し実践に繋げている。また、家族の意見については、面会時に法人マネージャーや管理者が家族から意見を聞くように努めている。また、苦情報告についても職員間で共有し解決している。	
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	日頃からのコミュニケーションを心がけ、ミーティングなどでも意見を出してもらっている。	毎月1回ミーティングを行い職員間の意見交換や情報の共有を行っている。また、2ヶ月に1回経営者や管理職、他のエリアマネージャーが参加している。	
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	運営者も頻繁に現場に顔を出し、職員の業務や悩みを把握している。また、社内にヘルパー養成講座の事業所を設け、資格取得に向けた支援を行っている。		
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	2ヶ月に1度の社内研修を行い、できるだけ多くの職員が受講できるよう計画がされている。		
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	社内交換研修や男性ミーティング、合同のイベントを通して、意見交換、交流を行っている。		

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
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	必ず本人に会い、心身の状態や本人の思いに向き合い、職員が受け入れてもらえるような関係作りにも努めている。		
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	入居の前に面接を行い、本人・ご家族から聞き取ったことを記録に残し、職員が把握できるようにしている。		
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	可能な限り柔軟な対応を行い、場合によっては他の事業所に繋げるなどの対応も行っている。		
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	本人の思いや悩み、不安や喜びを知ることにも努め、暮らしの中でも支え合えるような環境づくりをしている。		
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	ケアプランはご家族の意見を取り入れながら作成している。また、気軽に面会や連絡をして頂けるよう言葉掛けを行っている。		
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	家族のお墓参りにお連れしたり、行きつけの美容室に行くなど、本人の生活習慣を継続してもらえるよう支援している。	現在の入居者は、殆どが地域住民であるため友人の面会も多い。また、友達が踊りやカラオケと一緒に楽しみに来て下さったり、手作り煎餅を届けてくれる。家族との外出や外泊も行い関係継続支援に繋げている。意向を表出出来ない利用者については、日々の関わりを通してスタッフ間で共有し、外出支援に繋げている。	
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ご利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	レクリエーションや他館との夏祭り・1泊旅行など、たくさんの仲間と交流する機会を作っている。		

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
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	利用が終了した方でも、行事に参加してもらったりと、継続した付き合いを心がけている。		
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	日頃からのコミュニケーションを心がけ、言葉や表情などから状態を把握できるよう努めている。	日々の会話を通して、スタッフ間で情報を共有し思いや意向の把握をしている。現在家族の同意や主治医の許可を経て、喫煙、飲酒、飴玉等の一人一人の思いに合わせた支援をしている。また、落ち着かない利用者や大声を出してしまう利用者については、随時野外の散歩や他のユニットへの散歩を通して気分転換や意向の把握に努めている。	
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	生活歴の情報だけでなく、本人からもこれまでの暮らしのことを聞くなどして把握に努めている。		
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	生活のリズムを理解し、行動や言動から本人の全体像を把握するように努めている。		
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	日頃から本人の思いや意見を聞き、反映させている。アセスメントを含め、モニタリング・カンファレンスを全職員で行っている。	6ヶ月に1回の見直しを行っているが、必要時変更している。ケアプランに沿った記録方法や記録の簡素化を日々検討し実践に繋げている。また、担当スタッフを決め、利用者、家族が安心して暮らせるように配慮されている。	記録の簡素化を元に、利用者一人一人の個別的、具体的な介護計画について見直し、より安心、安全に暮らせるような計画立案を検討していただきたい。
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	個別にファイリングし、暮らしの様子や言葉を記録している。また、スタッフ間での周知ができるように申し送り腸の活用をしている。		
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	本人とご家族の状況や要望を軸として、臨機応変に対応している。		

茨城県 グループホームいっしん館こまち

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	運営推進会議の際に、情報交換することで、協力関係を築いている。		
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	事業所の協力医の他、本人やご家族の希望に応じて対応している。	定期的に、内科、精神科、外科、眼科、歯科の往診があるが、皮膚科についても往診が行われるようになった。診察は希望に応じて行っているが、受診記録や電話連絡、面会時に報告している。かかりつけ医については、事業所での送迎及び家族の送迎で受診が出来るように配慮されている	
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	訪問看護との契約に基づき、健康管理や医療面での相談ができています。		
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。	入院による負担を減らせるため、医師と相談の機会を持ち、早期退院できるよう、アプローチしている。		
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	本人やご家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携を取り、安心して納得した最期を迎えられるよう支援している。	入居時に重度化や終末期について、関連提携病院への搬送についての同意を経ている。現在看取りについて依頼はない。依頼があればその都度検討していきたい。	
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	消防署の協力の得て、緊急の処置法や蘇生法の研修を行っている。		
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	消防署の協力の得て、年2回の避難訓練を行っている。	日中夜間想定にて年2回行っている。近日6月には、推進会議と同時に近隣住民の参加をもとに訓練が予定されている。今回の震災を生かし、備品備蓄について再検討して行きたい。	

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	本人の気持ちを尊重し、さりげないケアや自己決定しやすい言葉掛けを行っている。	日常的にプライバシー保護についてスタッフ間で共有している。トイレの声かけや声かけの工夫を行っている。広報誌や写真の掲示について同意書を経ているが口頭の説明のみとなっている。	
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	個別に会話する機会をつくり、希望を聞きだしている。また、自己決定できない方からは、表情から読み取り支援している。		
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	1日の基本的な流れはあるが、時間は区切らず、できるだけその人らしい生活を支援している。		
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	洋服を一緒に選んだり、外に買い物に行くなどしている。		
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	メニューや味付けは利用者様の意見も取り入れながら作成している。	スタッフと共に日々の献立を決定し、準備、片付けを行って、食事を楽しむ支援に繋げている。また、お花見や行事に合わせてお弁当作りを行っている。	
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	食事量も個々に合わせて調整し、摂取量も記録している。また、食べやすさにも心がけている。		
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	本人の状態に合わせた対応で、介助している。また、定期的な歯科往診にて医師のアドバイスを頂いている。		

茨城県 グループホームいっしん館こまち

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	排泄記録をつけ、尿意のない方にも時間を見て声掛け、介助を行い、トイレでの排泄の支援をしている。	本人、家族の意向に沿ってリハビリパンツ、布パンツ、パットの使用を行っている。残存機能維持や利用者本位に合わせた自立支援に努めている。	
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	排泄記録表を用い、個人の排便のリズムを把握している。		
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ず、個々にそった支援をしている	これまでの生活習慣にできるだけ合わせて入浴できるよう、配慮している。	入浴時間については、一人一人の意向に沿って行っている。皮膚疾患のある利用者については、随時連日入浴支援を行っている。	
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	本人の生活リズムに合わせ、昼寝をしたり、心地よく眠れるよう、日中の行動に配慮している。		
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	薬に関する情報を個別に管理し、職員がいつでも確認できるようになっている。		
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	個々の得意分野で力を発揮できるよう、家事などのお手伝いをお願いしている。		
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	個々の習慣や楽しみに合わせて、外出や散歩、地域のイベントなどにも参加している。	利用者の意向に合わせて、外出、外食支援を随時行っている。母の日には、女性の利用者のみで外食を行った。また、年間予定として靖国神社の参拝、お花見など定期的に行われている。	年間を通して、定期的なイベントや行事が行われている。家族の参加やスタッフの支援の把握、協力など年間予定表の作成について検討し、家族へのお知らせについて検討していただきたい。

茨城県 グループホームいっしん館こまち

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	現在は金銭管理の出来る方がいないため、行えていないが、一緒に買物に出かけた際に必要に応じて対応している。		
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	希望に合わせて、電話や手紙のやり取りが出来よう支援している。		
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	フロアの装飾品は利用者と共に考えながら設置している。また、室温にも気をつけている。	死角となる場所が少なく利用者一人一人が安心、安全に生活できる共用空間になっている。また、利用者に合わせた危険防止に工夫された、空間作りがされている。	
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	フロアにはソファーや大きめの椅子を置いて、くつろげるような配慮がされている。		
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	居室には馴染みのものを持ち込んでいただき、本人・ご家族と相談し、居心地の良い空間作り心がけている。	使い慣れた家具や寝具の持ち込みがされ、安心した居室の配慮がされている。また、家族の要望に合わせた居室作りがされ、居心地良く暮らせるよう工夫されている。	
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	本人の身体状況に合わせ、環境整備に心がけている。		

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	26	利用者一人一人の個別的・具体的な介護計画について、見直し、より安心・安全に暮らせるような介護計画を検討する。	モニタリング内容を充実させ、安心して安全に暮らせるような、具体的な介護計画書を作成する	モニタリングの見直しを図り、ご本人様やご家族様の希望、ご本人様が必要な援助内容を、詳しく分析し安心して暮らして頂ける、介護計画書を作成する。	6ヶ月
2	49	年間を通して、定期的なイベントや行事が行われている。家族の参加やスタッフの支援の把握・協力など、年間予定表の作成について検討し、家族へのお知らせについて検討して頂きたい。	会社としては、年間行事予定表を作成しているが、今後、家族様向けの年間行事予定の検討をする。	イベントや行事の案内は、こまち便りを通して早めにお知らせをして行く。 家族様向けのイベント・行事予定表の計画の検討を会社に働きかける。	6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、行を挿入して下さい。