

(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	0873300859		
法人名	日鉱建運有限会社		
事業所名	サングリーンピア大宮		
所在地	茨城県常陸大宮市若林952-1		
自己評価作成日	平成22年10月19日	評価結果市町村受理日	平成23年6月8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=0873300859&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1月19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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・個々に応じて柔軟なケアを行なっている。 ・家庭的雰囲気がある。 ・ホームの周辺は自然が多いので季節感を味わう事ができる。 ・畑で取れた安全な野菜を食べる事ができる。 ・食事内容が良い。 ・職員間のチームワークが良い。
--

【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)】

<p>既存の建物を改修して作ったホームであり、二階部分にはオーナーの子供家族が住んでおり、お孫さんたちとの交流が常にある。裏山の影になりがちであるが、広い敷地の草刈りをご家族に手伝ってもらったり、室内の照明を工夫しながら採光を考えている。職員は研修会で学んだことを毎日のケアに活かせるように取り組み、利用者の体力を維持し、いきいきと暮らして欲しいとの願いで職員のチームワークが出来ている。ホームでの様子を知らせる「いきいき」には、利用者の様子、ご家族や職員の様子など暮らしぶりがわかりやすく掲載されたいた。住宅街からは離れているが、自然に恵まれて穏やかな生活を営んでいる。</p>
--

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	開設当時の管理者と職員がBS法を用いて具体的理念を考案した。	基礎研修で学んできたものを基本に、職員みんなの意見を出し合って考えた。実際の生活での場面を考えながら、月1回の全体会議で「原点に帰る」という話を上司から受ける。	
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	地域の清掃活動に参加している。また、2階に住んでいる方が遊びに来たり一緒にホームの行事に参加していただいている。回覧板をまわしてもらっている。	地域の一員として区費を納め、清掃活動、草刈りなどに参加している。地区の範囲が広いので(3km)同じ地区の団地の夏まつりなどへの参加が難しくなっているが、回覧板を通じて交流している。110番の家としても協力している。2階部分にオーナーの孫家族が居住、入居者との交流がある。	
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	運営推進会議を兼ねて救命講習や防災訓練の参加を呼びかけて炒る。		
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、運営推進会議を行い意見交換をしている。	会議ではグループホームの活動状況を説明する。区長さんからボランティアを紹介してもらい、雑談しながら食事会なども取り入れて開催している。年1回救命講習、防災訓練を取り入れた会議も行っている。	地域とのパイプ役である運営推進会議を活かすことで、小学生の体験学習を再開するなど、より広く地域とのつながりが持てることを期待したい。
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	市役所にて開催されている2ヶ月に1度のグループホーム連絡協議会に参加し、情報交換をしている。	常陸大宮市グループホーム連絡協議会(11件)の会議に参加することで、市役所との連絡が取りやすくなっている。	
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	ホーム内に身体拘束禁止のポスターを貼り理解を促し、身体拘束廃止マニュアルをいつでも閲覧できるよう設置してある。また必要に応じて身体拘束に関する同意書を取り交わしている。	身体拘束に該当する行為についての理解はされているが、パーキンソン病の方で、食事のときのみ時間を決めて拘束する例がある。家族と一緒に考え、体を支えることで自力で食事摂取が可能となるため、やむを得ない対応として家族からの同意書を貰った。	
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	会議を利用して職員に考える機会を与え、勉強会を開いている。また高齢者虐待防止法に関連する資料を掲示している。		

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	管理者研修時に受講する他、職員は同系列施設による研修にて学んでいる。		
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	契約時以外にも気になる事があればその都度説明を行なっている。		
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	利用者や家族に運営推進会議に参加していただき意見や要望を運営に反映させている。	会議に参加できる家族は限られてしまうので、面会の少ない方や、遠方の方には請求書を送る際、普段の生活について手紙を添えて報告している。	
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	月に一度の全体会議にて意見交換をするほか、毎朝の申し送り事に聴く機会を設け職員の意見を反映させている。	月1回、医務、食材担当者から報告を受け、意見交換をしているが、この会議で色々な話題が出される。	
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	資格を得た職員には祝金制度がある。また手当等がある。各家庭の都合に合わせて休日が取れるよう配慮し、働きやすい環境を整えている。		
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	職場内研修を必要時に行なったり外部の研修に参加している。		
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	市のグループホーム協議会に参加し意見交換をしたり市のケアマネ協会に入会し勉強会に参加している。		

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
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	本人に面談し要望を聴くとともに担当のケアマネージャーからも情報を得て本人に合わせた対応をしている。		
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	家族に面談し家族の立場を考慮しながら要望等に耳を傾けている。		
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	できる限りの対応はするが、受け入れが困難となれば他施設の紹介もしている。		
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	職員があるときは娘になり孫になり嫁になりと、一つの家族として生活している。また、人生の先輩として尊敬の気持ちを念頭におき接している。		
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	契約時に入居者が一番の心の支えになっているのは家族だということを認識していただき積極的にかかわりを持って欲しい旨を伝え助言を求めるなど介護に参加しているという意識をもってもらっている。		
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	歳暮など贈られた際にはお礼の電話をかけたり、近況報告をかねて年賀状のやり取りをしている。	馴染みの場所が遠い事が多いので、ドライブ等で回って見る。昔の同僚やお友達が遊びに来る一方で、ホームに居ることを知られたくない方もいる。年賀状作りの手伝いをし、自筆でコメントを書き入れて送ったり、電話でやりとりができる支援をしている。	
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	気の合う入居者同士で過ごす機会を作っている。手助けや声を掛け合う入居者もいる。1人である入居者にはさりげなく職員が寄り添うようにしている。		

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
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	他施設に移動になった入居者の面会に行くこともある。		
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	契約後、家族にわかる範囲でセンター方式シートに記入していただいたり入居者の様子を伺いながら気付いた事を少しずつ記入している。	センター方式のシートの一部を活用しながら意向をくみ取る。記入する作業が負担にならないように必要な部分だけ選び、新たな気づきを書き加えていく。	
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	契約時に本人や家族から話を聴くと共に担当のケアマネからも情報を得ている。		
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	入居初期の段階や必要時に生活リズムパターンシートを活用しアセスメントしている。		
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	本人や家族から介護の方針を主体的に決められるよう意向を取り入れそれに沿った介護計画を作成している。	スタッフから意見を聞きながら計画作成。計画書にそってケア確認表に記入していく。やってみて良かったことや、結果が見えなかったケアも確認表に記入して全員が共有している。確認表の記入をモニタリングして毎月目標達成したか確認する。	課題に対してのチェック表と介護記録の連動で、記録の簡素化と個々の生活の記録になることを期待する。
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	一人一人に合ったケアができるようケア確認表を1ヶ月に一度作成し、会議などに諮りながら介護計画を作っている。		
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	ホーム独自に作成したケア確認表を毎日終業時に記入し本人にとって必要とされる支援の見極めを行なっている。		

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	地域の消防署に協力していただき救命講習を実施したり近所のシルバーリハビリ体操のボランティアをされている方に体操の指導を受けている。		
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	入居者それぞれがかかりつけ医をもっている。また、いざというときの対応も医師と話し合いがもたれている。	それぞれかかりつけ医を受診できるような支援を行っている。家族の対応が困難な家族は職員が連れて行き、受診記録を作り家族へ報告している。緊急時、協力病院(総合病院)で対応してもらう体制が出来ている。	
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	職員に看護師がいない。訪問看護サービスの利用はない。		
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。	入院した場合は可能な限り病院に出向き病院関係者との情報交換を図っている。		
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	職員間で話し合った結果看取りは行なわない方針になった。看取りは行なわない旨の文書を作成し家族に説明した。	家族の協力、意見が大切と考えているが、今はまだ終末期の方はいない。今後必要になることが予測されるため、みんなで話し合った。亡くなる姿を見て行くのは無理だ、医療面での不安があるなどの意見から看取りケアは行わない方針を決めた。家族は病院でという意見が多い。	
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	定期的に消防署に来て頂き救命講習を実施している。		
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	消防署立会いの下避難訓練や消火訓練を実施し、2階の住人にも訓練に参加してもらっている。	避難出口は消防署の助言で2か所ある。各居室のテラスからも避難できる。避難訓練は消防団の協力が得られ、10分で避難できた。来年度スプリンクラー設置予定になっている。	各居室のベランダを避難口にする工夫と出口の二重ロックの鍵について検討をすることで、更なる安電の確保の期待したい。

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	入居者は人生の先輩であるという考えを念頭に置きながら、それぞれに適した対応を心掛けている。	トイレのドアを開けっ放しにしないように気を付け、入浴時も同様の配慮をしている。自分がされていやだと思ふ行為は、相手にもしないように気を付けている。家族からの詳細な情報は、最大限活用するように配慮している	
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	入居者の希望を聞き、可能な限り取り入れている。		
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	入居者一人一人のペースを考え支援している。入居者が希望している過ごし方を尊重している。		
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	化粧をされる入居者もいる。また入居者とともに衣料品店に出向き気に入った洋服を購入されることもある。		
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	入居前に嗜好を伺い嫌いなものは出さず別もので代用している。また、入居者に何が食べたいか聞き、献立に取り入れている。食事準備や片付けも積極的に行なう入居者がいる。	畑でなす、キュウリなどの野菜を作り、季節の物を食べる工夫をしている。その日の献立を利用者がホワイトボードに記入。お正月のおせち料理、誕生会、ひなまつり、節句などのイベント食に赤飯やちらし寿司がある。ホットケーキなどのおやつ作りやこんにやく作りも楽しむ。職員から野菜の差し入れもある。	
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	一人一人の力量に応じて食事形態を変えている。自力で水分補給できない入居者には職員が介助している。また、水分摂取記録表に記入し必要量が確保されているかチェックする事もある。		
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、一人一人に合った口腔ケアを行なって清潔を保っている。また口腔内に異常は無い確認している。		

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	時間でトイレ誘導する以外にも入居者の仕草や行動などでトイレ誘導している。	トイレでの排泄を基本にし、介助が必要な方は2～3時間おきに誘導し、後始末の介助も行う。落ち着かない時など様子を見て声掛けをする。3～4回排便ない時は薬を飲む事もある。	
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	その都度排便チェック表に記入し、排便の無い入居者には水分補給をこまめにしたり食物繊維の多い食材を取り入れている。また、必要に応じて主治医と相談の上便秘薬を服用している。		
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	屋間に入浴拒否される入居者にはできるだけ夕方に入れるよう時間をずらしたり、入浴したいと訴えがあるときには柔軟に対応している。また、季節によって柚子風呂や林檎風呂などを楽しんでいる。	着替えは自分で準備して持って行く。入浴拒否をする人が数名いるが、入浴時間帯を工夫しながら、週2回は入れるようにしている。季節を感じられる工夫をしたり、入浴剤で温泉気分を味わって入浴を楽しんでいる。	
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	居室で休まれる入居者に対しては、周りの音に配慮したり部屋の明るさに配慮して対応している。		
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	薬局から頂く薬情報で確認し症状に変化が見られた場合はその都度受診し主治医と相談している。		
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	契約時に入居者や家族から情報を得て一人一人の居場所や役割を見いだせる支援ができるよう配慮している。		
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	外出する機会を作り、入居者の希望する場所に出かけている。	天気を見ながら外出や外気浴を行っている。買い物に連れ出すこともあり、JAで野菜や花を見てくる。紅葉狩り、花見、あじさい公園などにも出掛ける。また希望があれば自宅方面へドライブしたり、レストランでの食事をしながら外出を楽しんでいる。	

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
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	小額ではあるがお金を持ち買い物する楽しみを味わっている。		
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	入居者の訴えがあった時や家族から電話があったときは取り次ぐようにしている。		
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	建物の構造上改築するのは難しいため、日中でも共用スペースは電気をつけるなど暗くならないよう配慮している。	大きな日めくりカレンダーを作ってかけてあり、日付をわかりやすくする工夫がされている。入居者は自室より共有スペースで過ごすことが多い。自分のお気に入りの居場所が決まっている人もいる。	
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	ソファーや椅子を数箇所に置き、思い思いに過ごせるように配慮している。		
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	家で使用していた日用品を持参したり、数名の入居者は位牌や仏具を置いておく方もいる。	日々の掃除はスタッフがを行い、窓ふきなどは一緒にやる。衣替えは家族よりスタッフがやることが多く、遺牌、仏壇を持ってきている人もいる。	
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	トイレの入口には張り紙を貼り、分かりやすいようにしている。日付や曜日も大きく表示して掲示している。また、手すりを設置し歩きやすくしている。		

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	35	災害時の避難出口は消防署の助言もあり、2箇所のみとなっている。各居室のベランダからの避難は、現状は困難である。また、各居室の窓の鍵が二重ロックとなっている。	ベランダの仕切りを外し、緊急時には各居室から避難できるようにする。また、各居室の二重ロックの鍵が必要かどうか、実務面を考慮し、検討会を設ける。	・消防署の意見も聞き、業者依頼し避難口として利用できるようにする。 ・居室に重ロックの鍵は最小限に止められるよう検討する。	10ヶ月
2	26	センター方式シートを使用しているが、記入欄が多うまく活用できていない。	使いやすいシートを選び、記録が明確に理解できるようにする。	センター方式シートの中でも、必要なシートのみを使用する。ケア確認表の項目を現状に合ったものに絞る。	1ヶ月
3	4	地域とのつながりを通じて得られる施設への理解や、日常的な交流が不足している。	運営推進会議上で、地域により多くの情報を発信し、小学校の行事や地域の行事に参加できるようにする。	・区長や民生委員との交流会等を開き、入居者の生活状況を把握してもらう。 ・小中学生の体験学習や地域ボランティア訪問の積極的な受け入れを図る。	6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。