

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	0171700271		
法人名	せたな町		
事業所名	瀬棚高齢者グループホーム あさなぎ		
所在地	久遠郡せたな町瀬棚区本町792-2		
自己評価作成日	平成24年9月20日	評価結果市町村受理日	平成24年10月11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)】

・地域住民やボランティアの方との交流を深めております。地域の行事には積極的に参加しており、ボランティアの方には見守りや付添いで一緒に参加していただいております。近隣の方がホーム周りの草取りやホームで使えそうな食器類を譲ってくれるなどいろいろな面で支えていただいております。四季を肌で感じていただくため、季節ごとの行事で外出の機会を持っています。

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0171700271-00&PrefCd=01&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	タンジェント株式会社
所在地	北海道旭川市緑が丘東1条3丁目1-6 旭川リサーチセンター内
訪問調査日	平成24年10月10日

【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)】

<家族交流会の実践>
 家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せるように年2回家族交流会を開催し、コミュニケーションする機会を設け、日常生活の様子や健康状態等情報交換している。また、意見箱を玄関入り口付近に設置し、苦情等を受け付ける窓口を設置していると共に苦情申し出先を見易い場所に掲示している。

<就業環境の整備>
 職員の離職率は低く、グループホーム協議会等の外部研修参加や認知症や身体拘束廃止、高齢者虐待防止等の内部研修を年間計画を立てて実践し、職員のスキルアップに努めていると共に個々に課題を持って日常業務に取り組んでいる。また、資格取得への意欲も高く、ケアサービスの質の向上に努めている。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目)				項目 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		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. 利用者の2/3くらい				2. 家族の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族の1/3くらい	
		4. ほとんど掴んでいない				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)	1. 毎日ある		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回程度ある				2. 数日に1回程度	
		3. たまにある				3. たまに	
		4. ほとんどない				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		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)	1. 大いに増えている	
		2. 利用者の2/3くらい				2. 少しずつ増えている	
		3. 利用者の1/3くらい				3. あまり増えていない	
		4. ほとんどいない				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		66	職員は、活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. 利用者の2/3くらい				2. 職員の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 職員の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				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		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				2. 利用者の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 利用者の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				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 過ごしている (参考項目:30,31)	1. ほぼ全ての利用者が		68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにお おおむね満足していると思う	1. ほぼ全ての家族等が	
		2. 利用者の2/3くらい				2. 家族等の2/3くらい	
		3. 利用者の1/3くらい				3. 家族等の1/3くらい	
		4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない	
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					
		3. 利用者の1/3くらい					
		4. ほとんどいない					

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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踏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	職員全員で作り上げた理念であり、重視していくこととして年度目標も話し合っ決め、共有して日々のケアにつなげている。	事業所独自の理念を作り上げ、年間重点目標を掲げケアサービスの質の向上に取り組み、管理者・職員がその実践につなげている。また、家族交流会等を通じて家族との信頼関係が厚いことがアンケート結果からも伺えた。	
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	町内会に加入し、町内会行事に積極的に参加している。買い物や散歩でも声をかけあうなど交流を持っている。	地元高校生の体験学習やヘルパー実習生、地域のボランティアの受け入れ等でホームの持つ機能の地域への還元が行われていると共に町内会の行事参加、火災避難訓練への参加を地域の人々に呼びかける等で交流・連携に努めている。	
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	認知症サポーター養成講座の出前講座やあさなぎの紹介、認知症の相談を受け入れていることを町の広報誌で周知している。		
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	入居者の状況や活動状況などを報告している。避難訓練に参加した委員よりホーム前の舗装や受診時に車いすでの通院が可能となる様に舗装の必要性があるとの意見が出され、実現している。	運営推進会議では、ホームを取り巻く環境整備等具体的内容について話し合い、そこでの意見を運営に反映できるように努めている。今後は、定期的に開催が出来るよう検討している。	
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	事業所の設置主体が町であるため、町の意向を確認しながら、事業所の状況などを伝えている。	市担当者や包括支援センター職員とは、日常業務を通じて相談、助言を得ながら情報交換を行い、連携を深めるように努めている。	
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「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	毎年異なる職員が外部の研修会に参加し、その内容を報告書で職員全員が確認している。内部研修の内容には身体拘束をしないケアについても盛り込んでいる。	指定基準における禁止の対象となる具体的な行為身体拘束廃止や高齢者虐待防止の外部研修参加や内部研修を通じて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。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待に関する研修に参加し、その内容を報告書で職員全員が確認している。内部研修でも虐待防止についての内容を盛り込んでいる。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	日常生活自立支援事業を利用していた入居者さんが以前いたため、概要や活用法を学ぶ機会があったが、現在はいないため、必要時活用できるよう改めて学ぶ機会は必要と感じている。		
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。	不安のないように十分な説明を行い、理解が得られるように努めている。		
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並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。	運営推進会議や家族交流会で意見を伺う機会を設けている。ご意見箱も設置している他、ご家族が来所された際にできるだけお話するようにしている。	家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せるように年2回家族交流会を開催し、コミュニケーションする機会を設け、日常生活の様子や健康状態等情報交換している。	
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1回のミーティングで意見や提案を聴く機会を設けている。また、何かあればその都度、話を聞いて取り入れている。	職員の離職率は低い。また、休憩室の増設等職員の働きやすい環境整備に努めていると共に職員の意見や要望、提案を聞く機会を設けている。	
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。	勤務状況や各職員の努力、資格習得の把握や支持をし、向上心を持って働けるように努めている。		
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。	外部研修にはなるべく多くの職員が受講できるようにし、個々に合わせた研修に参加できるようにしている。内部研修も実施しており、研修後は報告書を作成し、閲覧している。		
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。	交流する機会はほとんどない。サービスの質向上のため、相互訪問を検討している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスの利用を開始する段階で、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	町の担当者に管理者や計画作成担当者が同行し、不安や困っていることなどを受け止めるように努めている。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	町の担当者に管理者や計画作成担当者が同行し、家族の不安を受け止め、事業所としての対応を事前に話し合うように努めている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人や家族の思いや状況等を確認し、必要な支援を見極めるように努めている。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	人生の大先輩であるという考えを職員で共有し、普段から調理や畑仕事で職員に教える場面を多く持つようにセッティングや声かけに配慮している。感謝の気持ちを伝えるよう心掛けている。		
19		本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	状況の変化などがあれば随時ご家族に相談して対応している。できるだけ訪問してもらったり、行事に参加してもらい、家族の思いを受け止め、共に支えあう関係を築けるように努めている。		
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	町の行事や散歩、買い物などの外出を通して知人や友人に会う機会を作り、関係が途切れないように努めている。	認知症ケアに有効とされるセンター方式を活用して、一人ひとりの生活歴や趣味嗜好等を把握し、町内行事や小学校の運動会等の参加を通じて馴染みの人や場所の関係が継続できるように支援している。	
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	日常生活の言動から関係性や相性、その時々々の状況を把握し、申し送り等で職員が共通理解し、対立や孤立がないように介入している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	面会にて本人の状況を確認したり、町内でご家族に会ったときは状況確認している。		
. 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	困難な場合が多いが、言葉だけでなく表情や行動から思いの把握に努め、家族からも情報を得ながら意向の把握に努めている。	一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、家族と情報を共有しながら本人本位に支援している。	
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	本人との会話やご家族からの情報で把握に努めている。		
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	日々の生活を観察し、個人記録に記すことで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	家族や本人の意向を確認しながら、日々の観察を基にミーティングで意見交換しながら作成している。	センター方式を活用して本人、家族の意見や思い、カンファレンス・モニタリングを通じて現状に即した介護計画を作成している。また、介護計画に沿ったケア記録に努めている。	
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	生活の様子や心身の変化の気づきを個人記録に記し、申し送りノートでも情報共有している。介護計画の見直し時の評価や新たな課題にも活用している。		
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	本人の状況や家族の希望に応じて通院や送迎、食事内容など必要な支援は柔軟に対応している。		
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	ボランティアセンターや警察、消防など地域資源を把握し、日頃から連携をとっている。		
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	本人や家族が希望するかかりつけ医としており、外科や専門医などの受診もかかりつけ医の紹介を得ながら対応している。	本人や家族の希望するかかりつけ医となっていて、通院等の支援などで適切な医療を受けられるように取り組んでいる。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	利用者の体調不良などの気づきや情報を報告、相談ができており、必要時、受診や看護を受けている。		
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、また、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。又は、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。	主治医の説明時は同席させていただき、本人や家族、相談員と相談し、早期に退院ができるように努めている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方について、本人や家族の意向に沿えるよう話し合いをし、ホームの対応の限界を理解していただき同意をいただいている。関係機関とのチームでの支援は不十分な状況である。	早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所ができることを十分に説明しながら方針を職員間で共有している。また、関係機関との連携に努めている。	
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	夜間及び緊急時の対応マニュアルを作成し、職員間で共有している。更新制で救命救急講習を消防で受けている。		
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	消防署の協力を得て、近隣住民や警察署にも参加していただき、避難訓練を定期的に行っている。月に1回職員間でも避難訓練を行っている。	地域住民に参加を呼びかけて、年2回火災避難訓練を実施している。また、火災報知器、通報装置、スプリンクラー等の設備も完備している。	今後は、津波や地震等の自然災害について、地域や家族を含めて、避難誘導や避難経路について説明及び検討する機会を設ける予定があるので、その実践に期待します。
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格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	人格を尊重し、本人がわかりやすく、通じる言葉かけをし、不快な思いをしないような対応を心がけている。	内部・外部研修参加を通じて一人ひとりの誇りやプライバシーを損ねるような言葉がないように職員間で周知に努めている。	
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	入居者さんにあわせた説明や決定しやすいような問いかけの工夫をしている。		
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	本人のペースを大事にしながらも散歩や買い物などの外出の提案をし、希望にそって努めている。		
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	行きつけの美容院に行けるよう支援している。ホーム内でも希望により髪染めをしたり、外出時にはおしゃれ着に着替えるなどお手伝いをしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	好みだけでなく、食事の動作や時間、量などを把握して献立に取り入れている。その人のできることを見極めて食事作りや片付けに参加していただいている。月に1回出前を取り本人が好きなものを食べてもらっている。	一人ひとりの好みや力を活かした献立作りをしている。また、職員と一緒に調理や食事の準備、後片付け等行えるよう工夫している。食材は、地元商店を利用している。	
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	食事や水分の摂取状況は個人記録に記し、病気や体調、習慣に応じた支援をしている。水分摂取が消極的な入居者さんにはゼリーやトマトなどで水分補給してもらうよう工夫している。		
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	起床時と就寝時は口腔ケアを行っているが昼食後は全員には行っていない。		
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	排泄の時間帯や習慣を把握し、排泄のパターンに合わせたトイレ誘導をし、トイレでの排泄を促している。	一人ひとりの力や排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるように支援している。また、排泄記録で職員で情報を共有している。	
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	十分な水分摂取や食物繊維の多い食事にし、腹部マッサージなどもしながら自然排便を促すよう取り組んでいる。		
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	入居者のその日の希望を確認したり、体調や気分の良い時にあわせて声かけて、入浴していただいている。	入浴日を決めずに一人ひとりの希望やタイミング、生活習慣に応じて入浴を楽しめるように支援している。	
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	眠れないときには無理に眠りを強要せず、職員が話し相手になったり、温かい飲み物を飲んでいただくなどの支援をしている。		
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	個人記録に処方箋を綴り、副作用などを把握できるようにしている。必要時、薬の手渡しや飲み込み確認などの支援をして、症状の変化の確認に努めている。		
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	家事や畑仕事、買い物やドライブ、散歩、読書、編み物など得意なことをやっていただき、役割や楽しみにつなげたり、気分転換をしていただいている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。また、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	天候や本人の気分や希望に合わせて買い物やドライブ、散歩、外気浴を楽しんでいただいている。花見や紅葉狩り、レストランでの外食、温泉入浴などに出掛ける機会を持っている。	入居年数と共に身体機能の低下が見られるが、一人ひとりの希望や力にそって、買い物や外食、ドライブや花火見物等戸外に出かけられるように支援している。また、温泉入浴や小学校の運動会参加等の支援が行われている。	
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	家族からお金を預かり、事業所が管理している。希望に応じて週刊誌やおやつなどの買い物で使えるように支援している。		
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	希望時にはいつでも家族などに電話ができるように支援している。		
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	ホールのソファの配置を工夫し、一人一人が居心地の良いスペースを確保できるように支援している。蘭玉やクリスマスツリー、七夕飾りなどで季節を感じていただいたり、月ごとに季節感が感じられるタペストリーもホールに飾ったり、季節感のある花を飾っている。ご飯の炊ける匂いや茶わんを洗う音など生活感を取り入れる工夫をしている。	平屋建て造りのオール電化で直火の使用は無く、安全に配慮し、リビングや廊下の壁、キッチンには、生活感や季節感を採り入れて行事参加の写真の掲示や季節毎の飾りつけ、調理等の生活音が聞こえる工夫が行われ、本人が居心地良く過ごせるよう工夫している。また、利用者にとって気になる臭いや音の大きさ、光の強さは感じられない。	
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	ホールにソファやテーブルなどを配置し、一人で過ごしたり、仲の良い利用者同士でくつろげるスペースを作っている。		
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	居室には以前から使っていたものを持ち込んだり、家族の写真や人形などを飾ったりして本人の意向や家族の思いもききながら居心地良く過ごせる部屋になるよう配慮している。	本人の思いや趣味嗜好を採り入れた居室には、使い慣れた家具や寝具、家族の写真等が持ち込まれ本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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」や「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	トイレや浴室、廊下などには手すり、玄関には座って靴が履けるようにベンチを置いている。必要に応じて部屋やトイレに張り紙をしている。		

目標達成計画

【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	33	本人、家族には説明し、方針を共有できているが関係者とのチーム支援に向けた取り組みはできていない。	関係機関と連携がとれる。	町の協力のもと、関係機関と話しができる場を持っていく。	12ヶ月
2	3	ボランティアの方には認知症の人の理解をしてもらえるようにはなっているが、地域の方々へは活かされていない。	認知症の人の理解や支援の方法を地域に伝えていく機会をつくる。	町内会単位で出前相談や健康教育を実施していく。	12ヶ月
3	14	同業者と交流する機会が少ない。	交流する機会を作り、サービスの質の向上につなげたい。	他施設の見学や訪問する機会を持つ(事業計画として立案する)	12ヶ月
4	8	権利擁護に関する制度を利用してる入居者がおらず、制度を学ぶ機会がない。	制度を学ぶ機会をもつ。	ミーティングの際に勉強会をしたり、内部研修の内容に盛り込んでいく。	12ヶ月
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。