

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	0873900526		
法人名	株式会社 いっしん		
事業所名	グループホーム いっしん館霞ヶ浦		
所在地	茨城県かすみがうら市穴倉5200-38		
自己評価作成日	平成22年5月19日	評価結果市町村受理日	平成22年10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=0873900526&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22年6月3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)】

施設内にある公園を利用し、レクリエーションを行ったり、散歩等も頻繁に手軽に楽しむことが出来ます。又、近隣の方々にも常時開放し、利用者の方々との交流の場となっています。

【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)】

近隣の家とは少し距離を置く自然に囲まれたのどかな環境にある。広々とした敷地には散歩コース付きの庭があり、周囲には花が植えてあり水やりなども楽しんで。中心には東屋があり、地域の方々にも開放しているので自由に出入りでき、入居者との交流の場にもなっている。職員も明るく、入居者との会話には信頼関係が出来ていることが伺える。何より利用者の笑顔と快く私たちの声掛けに応じてくれたことが落ち着いた生活を物語っている。
--

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)	○ 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 (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、活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	地域との交流を深め、理念を共有して実践に繋げている。	月1回の職員会議、月2回の主任会議、月1回の男性スタッフの会議の中で、代表と理念を確認し日々のケアに努めている。2ヶ月に1回スタッフから上がった課題を会社全体で研修し、その中でも確認している。	地域を意識したホーム独自の理念を考えながら、一年間の目標を決めて、職員全員が同じ方向を目指し、更なるサービスの向上に努めていただきたい。
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	館でのイベントに地域の方を招待したり、小学校の行事に参加している。また、入居者や家族は地域の方と運営推進会議に参加し、交流を深めている。	庭で夏まつりを開催し、地域の方々と共に楽しんでいる。駐車場は小学校を借りる。環境的な理由で自治会との交流はないが、近隣の方々と挨拶を交わしながら交流に努めている。小学校の運動会に招待され参加する。	
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	運営推進会議を開催し、地域の方々へ働きかける機会を設けている。常に施設見学者の受け入れを行い、学生の職場体験の場として提供している。		
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	定期的に地域役所の福祉関係者、地区長、民生員、利用者含む家族参加の上、運営推進会議を行い、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回開催。利用者、家族、行政、地区長、民生委員、医療機関で構成。事業報告、外部評価の報告や、高齢者の特徴についての勉強会を行い、全員が把握できるよう資料として配布したこともある。その席上で出た意見をサービス向上に活かしている。家族の理解協力は得やすい。	
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	定期的に運営推進会議の中で積極的に伝え、協力関係を築けるよう取り組んでいる。学生の職場体験、施設見学等の受け入れに取り組んでいる。	運営推進会議への参加。学習体験の場として提供可能であることも理解していただき、協力関係を構築している。介護相談員が月1度来ている。	
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	目配り、気配り、見守りを徹底して行い、身体拘束をしないケアを全スタッフ理解し取り組んでいる。	全職員が理解し、一切の拘束は行なわない方針。目に見えにくい精神的拘束には特に注意している。窓は全開、ドアも施錠していないので、利用者の行動にはスタッフ間で気を付けている。	
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	ミーティングを行い学ぶ機会を持ち、申し送り等を積極的に活用し防止に努める。		

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	必要性がある時は、関係者との話し合いを密にしていきたい。		
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・解約の際には、家族に十分な説明を行い納得して頂く。		
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	苦情や不満が出た時は、その都度納得して頂けるように説明する。苦情や相談は随時受け付けている。また、グループホームに対してのアンケートを行っており、率直な意見を反映させている。	会議の席上では意見は出にくいのでアンケート調査により意見収集している。出された意見には即時対応している。	
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	人事に関しては、本社の方に任せてある。入居者の受け入れ・継続の可否等は、スタッフの意見を聞きいれたりしている。	社長は現場に出していないが、スタッフミーティングに参加し、スタッフの意見や提案を直接聞いている。社長の提案をスタッフ間で相談することもある。ヒヤリハットの報告があれば、すぐに会議をして対策を検討している。転倒が減っているのは、勉強を重ね、ケアが向上している成果と考えられる。	
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	運営者はスタッフミーティングに参加し、個々の状況を把握し、悩みの相談ごとに対応している。		
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	3ヶ月に1度講師を招いて、いろいろな内容で研修を行い、その内容は、全スタッフが周知している。また、外部の研修もスタッフが積極的に参加できるようになっている。		
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	市が主催している連絡会議などに参加し、同業者と意見交換を行っている。		

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	利用者と1対1で話ができるようにし、話された内容をアセスメント様式より利用者の現状希望等を把握して、個別支援計画を作成している。		
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	ユニットの玄関に意見箱を置いてあり、気軽に意見を出して頂ける様になっている。また、電話で話したり、面会時等に時間を作って話している。		
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	相談を受けた時には、その人にあったサービスを受けられるよう努めている。		
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	利用者と一緒にご飯を食べたり、洗濯物干しやたたみ、食器洗いの事で、介護される一方の立場に置かず、支え合う関係を築いている。		
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	行事や一泊旅行等のレクリエーションに積極的に参加して頂けるよう支援し、何かあればその都度家族へ相談・報告をしている。		
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	希望があれば家族等に電話をかけている。会いに行きたい時は一緒に外出できるようにしている。	家族の協力の下、電話をかけたり、手紙を出す支援をしている。リハビリを兼ねてこれまでの生活をホームで継続できるようにしている。	
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	職員がうまく輪に入り、コミュニケーションがとれている。世話役の方には、出来る限り役割を發揮して頂いている。		

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	事情により退去になってしまった家族でも、気軽にお立ち寄りいただけるよう、関係を断ち切らない付き合いをしている。		
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	個人個人の話や傾聴し、本人の希望を把握で来るよう努めている。また、意思表示が困難な方にはその方らしい生活を送って頂けるよう支援している。	入居時に本人、家族の話や生活歴から把握しているが、日々の生活の中からくみ取るようにしている。利用者の言いなりにならないで、レベルダウンにならないよう気を付けている。	
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	全スタッフが利用者の生活歴を把握し、個人個人の特徴を理解し、その方らしい生活を送って頂いている。		
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	ケースファイル、申し送り帳を積極的に活用している。		
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・家族の意見を取り入れ生活できるよう医師・看護師・栄養士に必要な時は相談し、月1回のモニタリングとアセスメントをスタッフ全員で行い、介護計画を作成している。気がついた時は、その都度家族と話し合い反映している。	ユニット毎の計画作成者が作成し、ケアマネがまとめる。サービス担当者会議を1ヶ月毎に行いモニタリング、評価をしている。ケアプラン内容とケース記録が連動したものになっていて、目標の達成経過がわかりやすい。	
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	日中・夜間の様子、気がついた事をケースファイルや申し送りに記入し情報を共有している。また、業務日誌も活用し、介護計画の見直しに活かしている。		
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	当事業所はグループホーム、有料老人ホーム、介護付き住宅の三本柱となっており、利用者の身体状況(介護度)に応じた対応をしている。		

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
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	運動会等、近隣の小・中学校に学習の場を設け、招待されたりしている。		
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・家族の希望を確認し、医療機関に受診している。	協力医院とも受診が条件であるが(夜の対応時に必要なため)今まで通りのかかりつけ医への受診も可能である。緊急時はスタッフ付き添いで受診し、家族には報告を電話連絡して、スタッフは申し送りの記録で共有している。	
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	往診・通院時に相談している。また、往診以外にも看護師が利用者の健康管理に来ている。特変があった時等はすぐに連絡がつくようにしている。		
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。	定期的に面会に行き、行った際に病院関係者に状況を確認して、早期退院できるようにしている。		
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	原則的にターミナルケアは行わないが、御家族様の強い要望があれば行う事もある。その場合、職員が不安なく対応できるようにナースを交えてカンファレンスを行っている。又、御家族様の要望をケアプランに組み入れ、最善の方法を取り入れている。	委任状の中に治療方針、延命処置、入退院に関する手続きの同意をもらっている。基本的にターミナルケアは行わないが、最後まで出来る範囲で支援している。医師の判断で利用者がどの状態でどこ施設がベストであるかの指導をもらっている。	
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	2年に1回消防署にて全ての職員は、救命救急講習を受講している。		
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	避難訓練を年2回実施し、災害が起きた時に対応できるようにしている。又、非常食の確保をしている。	夜間を含め火災を想定し、年2回実施。スタッフとの反省会で出た意見を取り入れ、コンセンートの手入れ等を毎月1回行っている。次回運営推進会議で近所の協力体制について話し合う予定。消防点検を受け指導をもらっている。非常食を確保している。	

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
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	記録物や個人情報は鍵付きのロッカーで管理・保管している。利用者は人生の先輩ということをお忘れず、尊い気持ちで声掛けや言葉遣いに配慮する。感情言葉ではなく、事実言葉で話す対応をしている。	書類は各ユニット毎の鍵のあるところに保管している。個人情報に関する同意書を得ている。プライバシーを守る事は声掛けでも気を付けている。居室を間違える人がいるのでやむを得ず鍵にて対応する時間帯もある。	
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	信頼関係を築き、個人の意見を尊重し、本人に決定できるようにしている。		
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	その人ごとのペースを優先し、食事などの時間を限定せずに対応している。イベント参加や外出等の希望があった時には、本人の希望通りになるよう計画をたてて実行する。		
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	本人の希望や好みに応じて更衣を行っている。いつでも移動理容室を利用でき、本人希望の散髪が出来る体制になっている。		
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	お手伝いが可能な利用者には積極的に食事の準備・後片付けをしていただいている。利用者の好みを取り入れた献立を作成し、季節に合った食事をバランスよく提供している。	献立を考えて食材の買い出しにも利用者と一緒に行き、下ごしらえ、食器拭きをお願いしている。外食を楽しみにしている利用者が多い。	
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	自力での栄養摂取が困難な方も医師から処方された栄養剤などで栄養を確保している。水分摂取は本人の好みに応じて提供させていただき摂取しやすくしている。		
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、口腔ケアをし、介助が必要な方はスタッフにて行い清潔保持している。		

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	一人・一人の状況に合わせ、排泄出来るよう支援している。	目安として食事、おやつの前にトイレ誘導し、自立に向けた支援をしている。排泄チェックをし、センナ茶を飲んでもらいトイレでの排泄を基本としている。	
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	食物繊維を多く含む食事を提供したり、センナ茶を飲んで頂いたりしている。十分に水分を補給し軽い運動や、散歩などをして頂いている。		
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	本人の希望に合わせて、好きな時に入浴して頂いている。入浴される際、本人の体調に合わせた温度調節し快適に入浴して頂いている。	希望に合わせた入浴支援を行っている。拒否のある方に対してはうまく誘導しゆったり入浴してもらうようにしている。季節に応じゆず湯、菖蒲湯など入浴剤も楽しんでいる。	
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。ホールの温度、湿度管理に注意することに心掛けている。寝具は天気の良い日には天日干しし、清潔に心がけている。		
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	全スタッフが薬の内容を理解し、指示通り服薬出来るように支援している。医師の指示のもと薬の変更があった時は全スタッフが状況の報告に努めている。		
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	レクリエーションや季節の行事などの楽しみ事を多く行っている。家事などの役割をもち、やりがい・張り合いのある生活が送れるようにしている。		
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	季節感を感じて頂けるよう、日常的に屋外へ散歩、ドライブ、外食等、外へ出る機会を多く設け、気分転換が図れる様支援している。	お天気の良い日は、急にドライブ、散歩に出かけ外気を浴び気分転換をしている。ユニット間で自由に行き来している。買い物は食材の購入を兼ねて出かけている。	

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	本人家族と話し合い、自己管理が出来ない方でもスタッフの見守りの中お金の取り出し買い物が出来るようにしている。家族にはレシートを添付し何をいくら使ったか明確にし報告している。		
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	電話や手紙は家族から積極的に行って頂いている。本人が利用したい時にその都度して頂いている。		
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	季節感を感じて頂ける様な壁面構成にしたりしている。季節に応じた今月の行事を掲げている。	リビングの隅に畳のコーナーがあり、洗濯物たたみや、冬場はコタツを囲んでいる。利用者が描いた絵が壁に飾っており、自慢の一つになっている。	
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	ホールソファやテーブル、冬は車いすでも入れるこたつなどを置いて環境作りをしている。		
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	それぞれの個性や希望に応じた居室作りをする為に使い慣れ、親しんだ家具や生活用品を持ちこんで頂いている。	仏壇、テレビ時計など思い思いの物が置いてあり、安心できる居室となっている。	
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	建物内部は全てバリアフリーになっており全体に手すりがついている。トイレ、お風呂は目に付く所にわかりやすく表示している。清潔感を心掛け誤認、錯覚、アクシデントの原因に繋がる物を置かないようにしている。		

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	1	地域を意識したホーム独自の理念を考えながら、一年間の目標を決めて、職員全員が同じ方向を目指し、更なるサービスの向上に努めていく。	利用者様の安全・安心・安楽な生活を一番に考えた上で、霞ヶ浦館独自の理念に沿ったサービスを職員全員が目標を持って取り組んでいる。	会社の理念に加えて地域密着型サービスの意義をふまえた事業所独自の理念の作成はもちろん、ユニットの個性を活かした理念(目標)を持ってサービスを行い、より良いケアの向上を目指していく。	3 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、行を挿入して下さい。