

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	0873700488		
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玉造		
所在地	茨城県行方市玉造甲476-1		
自己評価作成日	平成25年4月28日	評価結果市町村受理日	平成25年8月9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://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0873700488-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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25年6月14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)】

御利用者様の長寿を目的として、その人らしい生活が送れるようにサービスを提供している。
--

【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)】

主要幹線道路、田畑、住宅が点在する地区の一角に、系列の施設と隣接して立つ事業所である。事業所の職員が近隣に住んでいることから、それぞれの地区の四季折々の行事やイベントの情報を収集し、利用者が参加できるよう支援している。また、隣接の保健センターで、地域住民、利用者、利用者家族と共に夏祭りを開催し、ボランティアが参加したり、小中学生が踊りを披露するなど楽しんでいとの話が聞けた。隣接するデイサービスの利用者と共に、法人主催の運動会やカラオケ大会に参加するなど、健康や残存機能の維持に努めている。また、日々の生活の中で利用者や家族の要望を傾聴し、即実行、即解決し、利用者一人一人を大切に支援している様子が伺われた。

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 (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
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	基本理念と独自の地域交流目標を立て、朝夕礼で共有している。	法人理念の理解をより具体的に説明を加えながら日々唱和して実践に繋げている。また、独自の目標を掲げ支援している。	
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	行事は地域運営推進会議や職員の声掛けにより地域の方々に参加して頂けるように働き掛けている。	区長を通し広報誌を作成し、施設行事に参加の声掛けをして交流を深めている。敷地内に畑を再開し、利用者や地域の住民との交流の場として活かしている。	
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	地域運営推進会議を開催し地域住民へ働きかけている。		
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カ月毎に地域住民・利用者・家族・職員で開催し、意見要望を取り入れサービス向上に努めている。	2カ月に1回の偶数月に運営推進会議を行っている。区長、民生員、行政、家族、利用者が参加し意見や情報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は、面会時または必要に応じて電話にて報告している。	
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	定期的に伺い情報交換をしている。	運営推進会議や利用者の書類・情報交換を定期的に行っている。ケアマネージャーの連絡協議会に参加し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	身体拘束のマニュアルがあり社内研修を行っている。	年1回社内研修にて身体拘束をしないケアについて学習している。また、新しい職員も、理解を深めながら実践に繋げている。	
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人生の先輩とし業務に携わっている。申し送りを活用し細かく状況が分かるようにしている。		

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
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	職員が制度を理解し必要性を認めたら早急に対応できる体制を整え支援している。		
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、解約改定等の際は、御家族様に十分納得を得たうえで同意を得ている。		
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	苦情が発生した時はその都度納得して頂けるように説明する。相談や苦情は随時受け付けている。要望があった際はケアプランに組み込んでいる。	利用者の要望や意見は日々の支援を通して聞き、支援に繋げている。家族からは、面会時に意見を聞いたり、要望があった際に随時支援に繋げている。申し送りにて、スタッフ間でも共有している。	
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	人事採用に関しては本社に一任しているが御利用者様の受け入れ継続の可否等はスタッフの意見を聞き入れながら取り組んでいる。	月1回ミーティングが行われ、3か月に1回経営者が参加しモニタリングや情報交換を行っている。また、業務や個人の情報共有についても、日々の申し送りや会議、面談を通して解決している。	
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	代表者はミーティングの参加、定期的な館視察を行うことで職員が向上心を持てる環境を保つことに努めている。管理者は個別面談により職員の要望などを汲み上げている。		
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	新人研修を随時行っている。又現場において能力に応じた指導を行っている。社内研修を定期的に行い内容を職員全員が周知している。		
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	毎月地域のケアマネの定例会に参加し情報の共有化を図り質の向上に繋げている。		

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	1対1で話せる場面作りをしている。話された内容をケース記録に記入しアセスメント様式によって御利用者様の現状希望等を把握し個別支援計画を作成している。意思疎通困難な方などバリデーションを活用し適切に作成している。		
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	ユニット出入りに御意見箱を設置し気軽に意見を出して頂けるようになっている。		
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	グループホームの入居にあっているか見極め他のサービスが適していると感じたら御家族様と相談し支援している。		
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	人生の先輩として昔の習わしや料理、畑の作り方など教えて頂いている。料理など一緒に同じものを召し上がっている。		
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	行事や一泊旅行などに参加して頂ける様に支援し何かあれば御家族様は相談・連絡・報告をしている。月に1度は写真付きのお便りを出し、電話など掛けたい時は掛けて頂きます。		
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	お便りや電話や面会される。時には馴染みの場所に外出や買い物に出かける。	定期的に友人の面会がある。家族の面会があったり、外出・外泊にされる方もいる。また、お墓参りや理髪店、喫茶店に行くなど、馴染みの関係継続を支援している。	
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	職員も上手に輪の中に入り自然とコミュニケーションが取れている。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	当事業所はグループホーム・有料老人ホーム・高齢者住宅の3本柱になっている。事情により退居になってしまった後も相談を受け状況に合わせ支援している。		
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御本人様の希望を見出し把握していく。意思表示の少なく選択等の場作りが乏しいが細かい事柄でも、まず御利用者様に聞き選択の機会を多く作っている。	利用者一人一人の意見を聞き、日々の支援に取り入れている。居酒屋、ドライブ、将棋、知恵の輪などの意見があり、日々のレクリエーションに取り入れている。洗濯方法について要望があり、ネット使用を取り入れ問題が解決した事例がある。	
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	全スタッフが御利用者様の生活歴を把握し御家族様に昔の話や聞き、それを率先して行っている。		
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	ケース記録・申し送りを活用している。一人ひとりの状態に合わせて経過して頂いている。		
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	御本人・家族様の意見を取り入れ良い生活が出来様に作成している。医師や看護師等必要な時は相談しセンター方式を活用し作成している。	計画の見直しは、6か月または1年、随時行っている。計画は、家族に説明を行いながら同意を得ている。さらに、計画内容が利用者一人一人に具体的支援となるような記載について検討して頂きたい。	
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	昼夜の様子をケース記録に時間毎に記入し必要な時には申し送り帳に記入している。業務日誌も活用しスタッフミーティング時は話し合いを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・高齢者住宅の3本柱になっている。医療行為が必要な時は連携している病院に相談し取り組んでいる。		

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
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	地域のスーパーに買い物に出掛けたり、外食している。ボランティアの方々にきて頂いている。		
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	内科・精神科・歯科など、連携医療機関の往診を受け、御家族様には電話報告をしている。希望の医療機関がある場合には、御家族様と受診すと方もいる。	内科、外科、歯科、眼科医が定期的に往診にきている。突発受診については、電話連絡にて家族に確認し受診をしている。受診結果は、電話で家族に連絡し、介護記録に記載している。スタッフ間は申し送りにて情報の共有をしている。	
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	週1回のペースで看護師が御利用者様の健康管理にきている。常に相談できる体制を整えている。		
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。	定期的に面会と担当医師、看護師から病状説明を受け早期退院に向け連携している。退院後も小さな事でも連絡取っている。		
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	その人らしい生活を送って頂き体調の変化に気づき医師と連絡している。御家族様には要望を聞きケアプランに組み込みながらケアにあたっている。様々な対応策などを地域包括の方にも相談している。	看取りは、利用開始時に同意を得て行っていない。病状変化に合わせて、連携医師よりご家族に説明して頂き、連携病院や要望の病院への搬送を行っている。	病状変化や受診時に介護記録に記載している。今後記載方法や記載内容について検討し、家族への連絡内容が明確に記載されるよう検討して頂きたい。
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	応急処置出来るようマニュアルや薬箱を揃えて応急手当は出来るようにしている。新人職員の研修を行いカリキュラムの中に取り入れている。		
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回行い、そのうち1回は消防署員立会にて行っている。夜間を想定して訓練を行っている。	日中夜間想定にて年2回の避難訓練を実施している。地域住民の参加はないが、口頭にて近隣施設への協力体制は依頼している。	用途に合わせた連絡網の作成や協力体制について、具体的なシュミレーションを行い検討して頂きたい。また、協力体制に関する連絡協定を結ぶなどの具体策や夜間発生時の具体策を検討して頂きたい。

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	トイレ誘導の声掛けをする場合、御本人様の自尊心を傷つけない様な声掛け、対応、声のトーンにも配慮している。	排泄時や移動時の声掛けを行っているが、人生の先輩として自尊心を傷つけないような配慮のもとに行っている。利用開始時に、広報誌、居室の名前の記載、写真の掲示について同意を得ているが、今後はインターネット掲載など、より具体的内容について同意を得ていくよう検討していく。	
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	一人ひとりの話を傾聴し信頼関係を築き、個人の意見を尊重し決定権を御本人様へと努めている。また、決定することが難しい場合には助言をしながら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、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	食事・トイレ・入浴の時間をきめずにその人に合わせている。また季節の習わしを取り入れ希望に添えるようにしている。		
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	毛染め・化粧などのお洒落の支援をしている。また、移動理髪店があり希望があればいつでも来て頂ける体制になっている。好みの洋服など一緒に買い物に同行する。		
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	季節感のある献立を作成し御利用者様の好みのメニューを入れ提供している。また出来る仕事の分担を決めお手伝いを可能な範囲でお願いする場合もある。	献立は、食事係のスタッフが利用者と共に話し合い作成している。また、食材の買い物や遠足時のお弁当、誕生日のケーキ作りを利用者と共に行い、食事を楽しむことの支援に繋がっている。	
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	個人個の水分の目安は表にしている。食べる量が決まっている方は何グラムと表示している。1日の食事・水分量はチェック表に記入している。		
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	毎食後にその方に合った口腔ケア方法で行い状況に応じ介助し清潔保持に努めている。月に2回歯科往診がある。		

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	排泄パターンを把握しその方に合ったトイレ誘導ができるように支援している。	排泄自立の為に排泄パターンを把握し、声掛け誘導を行い、おむつ外しを行っている。	
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	便秘予防になるように水分・食物繊維が豊富な食品を献立に取り入れている。天気に応じて外やホールを歩く運動を取り入れている。		
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	御本人様の希望を重視し好きな時間に入浴出来るようにし、その人に合った温度にし、快適に入浴して頂いている。	2日に1回または随時入浴支援を行い、入浴順を気にする利用者については、その都度検討している。また、童謡を歌ったり入浴を楽しむ工夫を行っている。入浴時の感染にも留意している。	
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	居室の温度管理に注意したり寝具を干したりして清潔に寝やすい環境を提供している。眠れない時など、傾聴し心の安定を図って環境整備をしている。		
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	全職員が薬の内容を理解し指示通り服薬出来るようにしている。薬の変更があったり、飲み合わせの悪いものなどは申し送りを活用している。		
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	家事・掃除・畑など御利用者様がそれぞれの役割を持ち張り合いのある生活を過ごしている。レクや季節行事など楽しみも多く行っている。		
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	日常的に外に散歩・ドライブに出掛けたり地域の食堂で外食している。お墓参りの要望があった場合には御家族様に連絡し計画を立て出掛けている。	四季折々に合わせて外出や遠足、ドライブに出かけている。また、外食に定期的に出かけている。近隣のスーパーや行き付けのお店での買い物など要望に合わせて支援している。	

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
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	基本的にお金は持たないが家族との相談のうえ預かる場合は、本部管理とし出納時には領収書を添付し明確にしている。		
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	電話や手紙は利用したい時にしてもらい知人の方など面会に来られた際は御礼状を書きだしている。		
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	玄関・廊下・ホールなどの写真や季節の花を飾っている。玄関・トイレは常に清潔を心掛けている。こまめに換気を行い空気清浄器を設置している。	木造作りの明るい暖かな雰囲気を作りとなっている。四季の飾りや行事毎の写真の掲示が工夫され、居心地良い共有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	ホールにはソファを置き、和室にはテーブル、冬には炬燵を置き、話の出来る環境を提供している。		
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	使い慣れた家具や生活用品を持ち込み、その人らしい居室作りをしている。又、家具の配置にも気を配り安全で快適な居室作りをしている。	居室の入り口は、利用者一人一人工夫がされている。馴染みの家具や飾り、趣味の置物、家族写真が飾られ落ち着いた居室作りがされている。	
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	バリアフリーになっており全体に手すりが設置してある。滑りやすい階段や浴室には滑り止めを付け、誤認錯覚アクシデントの原因となる物は置かない。居室の入口には目印の絵に写真を貼りわかりやすくしている。		

目標達成計画

作成日：平成 25 年 8 月 8 日

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	33	ケース記録・体調管理記録に症状を記載し主治医連絡・指示等を行っているが、ご家族様への連絡者、内容が定かでない。	記録時に対応スタッフ名、ご家族様への連絡者を明記し役職者への連絡を明確に記録する。	ケース記録・体調管理記録に記載する際、役職者への連絡を行い担当職員また役職者がご家族様への連絡(詳細内容)しそれを記録に記載する。	0.5ヶ月
2	35	緊急時の用途に合わせた連絡網が出来ていない。(火災・地震)	緊急時の用途に合わせた連絡網を作成し周知徹底する。	緊急時の用途に合わせた連絡網、火災時地震時に分け作成掲示し、朝・夕礼時に周知徹底する。年2回の訓練時に連絡網に沿ったシュミレーションを行う。地域住民の参加を検討し協力体制を整える。	3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、行を挿入してください。