

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	4690300183		
法人名	株式会社 華響		
事業所名	グループホーム華蓮		
所在地	鹿児島県鹿屋市野里町3456-7		
自己評価作成日	平成22年12月20日	評価結果市受理日	平成23年2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.kagoshima-kaigonet.com/
----------	---

【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 シルバーサービスネットワーク鹿児島		
所在地	鹿児島市真砂町34番1号 南光ビル303号		
訪問調査日	平成23年1月12日	評価確定日	平成23年2月2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)】

<p>利用者は、家族の面会が遠のくことによって「あきらめ」の感情を強く表面に表してくる。認知症の状態改善に向けて、利用者と家族のつながりをしっかりサポートしていきたい。</p>
--

【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>地域との交流が盛んで、お互いに行き来できる関係が築かれている。運営推進会議や避難訓練にも住民が積極的に参加しており、地域に開かれたホームである。市の担当者や他のグループホームとも連携を図りながら認知症ケアに取り組み、さらなるサービスの質向上に努めている。</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 3. 利用者の1/3くらい 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

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	5つの理念を掲げ地域との交流の重要性を中心に、生がいのある毎日を送れるように支援している。	わかりやすい言葉で、事業所独自の理念を作成している。朝のミーティング時に、理念に沿ったケアができていくかについて管理者及び職員同士で確認し合うなど、理念の実践に向けて日々取り組んでいる。	
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	自治会に加入しており、地域の行事にも参加し交流している。又、地域の人々にもホーム内の行事に参加していただいている。	地域の小中学生が、行事や職場体験などで定期的に訪れている。近隣の住民から野菜の差し入れがあったり、互いの行事に参加するなど、日常的に地域の一員として交流している。	
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	介護教室や家族会などの際に、地域の方々にも参加していただき学びの機会にしている。		
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	各開催日までの介護度の変化状況等について報告し、意見をいただいた内容等についても玄関に開示し広く意見を聞く機会を設けている。	運営推進会議は、2ヶ月に1回のペースで開催している。他の事業所の会議にも参加している地域の代表者や行政担当者から積極的に意見が出され、全員で話し合いサービスの質向上に活かしている。	
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取り組んでいる	運営推進会議ではホーム内の状況を確認していただき、その他メールや電話等でも密に連絡がとれる状況にある。	日頃から市の担当者と連携を図り、事業所の運営について相談し反映させている。市の担当者や地域住民が出席する介護教室も開催している。	
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	禁止の対象となる具体的な行為については、一人一人の職員に対してプリントが渡されている。評価についても毎月チェックされており、18時30分以降は職員が一人になることや、外部からの侵入等に対して施錠されている。	管理者は職員に禁止の対象となる行為について資料を配布し、理解を深めている。さらに毎月、各職員に対して実情を確認することで、身体拘束の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	新聞等に掲載されている介護に関する記事等を回覧し、現状について正しく理解し、スタッフ間で意見交換を行う機会を得ている。		

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	現在成年後見制度を利用している方がある。これからも個々の必要性について関係者と話し合い必要とする利用者があれば活用できるように支援していきたい。		
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	入居時に具体的な説明を行い納得していただいた上で文書の交付を行い入居していただいている。又、入居後も利用者の状況を伝え不安や疑問点について尋ねやすい雰囲気作りに努めている。		
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	毎月、病院受診や面会の機会に家族等に、利用者の状況を伝え、意見や希望を聞かせていただきケアにいかしている。また、第三者委員と家族等の交流の場を設けており表せる機会となっている。	ご家族が訪問された際に職員が声をかけ、それぞれの思いを引き出すように心がけている。また、第三者委員との交流の場を設けており、運営に関するご家族の意向を知る機会となっている。	
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	毎朝のミーティング時、改善点については意見交換を行っており積極的な意見が聞かれている。	ミーティングで職員の意見を聞き、より良いケアに反映できるように話し合いが行われている。また、日頃から意見を言いやすい関係を築くように努めている。	
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	個々の得意分野を生かし、各業務の担当を決めそれぞれの相談役としても活動出来ている。		
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	資格取得に向け各研修への参加や通信教育受講の支援を行っている。又、勤務してから数年が経過している職員に対しては、基礎研修の再受講など振り返りの機会を設けている。		
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	セミナー開催に向けて交流する機会を設け、相互サービスの質の向上にむけて取り組みを行っている。		

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	入居前の本人の生活歴、背景を把握し今までの生活のペースを大切にしながら徐々になじめるよう配慮し信頼関係を気付いて行けるよう支援する。		
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	入居前に施設を見学していただき、生活の流れ等について説明、得られた情報に基づいてサービス計画を作成、意見交換の出来る機会を設けるなど、関係作りにつとめている。		
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	まず必要としている支援について優先すべき支援を極めスタッフ間で統一した対応に努めている。		
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	職員は利用者を介護されるのみの立場におかずお互い助け合って生活するという関係作りに努め、生活面でのアドバイスをもらったりしながら支えあ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	利用者の状況改善について家族の協力が重要である事を伝え、協力を得ながら共に本人を支える関係を築いていけるよう支援している。		
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	定期的に自宅や以前の職場へ出かけ、なじみの人とお茶を飲める機会を設けるなど、関係が途切れないよう、支援に努めている。	墓参りや行きつけの美容院に行くことで、昔馴染みの関係を継続できるように、ご家族の協力を得ながら支援している。また、住み慣れた自宅や以前働いていた職場などへ出向き、馴染みの人々との関係が途切れることがないように努めている。	
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	ADLに合わせてグループ別レクリエーションに参加していただいたり、職員・利用者が一緒に交流会話できる時間を作っている。		

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	退去後も電話等での相談ごとに応じる体制を整えている。		
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	一人一人の過去、現在の生活スタイルをよく把握し、状況が変わるごとにアセスメントや情報等の見直しを行い本人、御家族へどのような暮らしを望まれているのかご意向を確認しケアプランの中に取り入れている。	利用者やご家族からの聞き取りに加えて、日々のケアの中で職員が気付いたり感じたりしたことを大切にしながら、それぞれの思いをくみ取っている。	
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	入居時に本人、御家族に生活歴を尋ね、入居されてからも日常会話の中や家族との会話の中で情報を得ている。その他、居宅介護支援事業所のケアマネジャー等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	全員のバイタル、水分摂取量、食事摂取量、排泄状況等、一覧表でスタッフがその日の個人の状況を知ることができるようにしている。その他、毎日のミーティングや申し送り等で状況や変化の情報交換を密に行っている。		
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	日常や面会の中で、本人や家族の想いをくみ取れるように、談笑を大事にしている。スタッフにも毎日のミーティングの中で快適に過ごしていただく為の情報交換や話しあいを行っている。	利用者及びご家族への聞き取りを行い、関係者からの意見を反映させて介護計画を作成している。定期的にモニタリングを行い、必要な場合には現状に即した介護計画に変更している。	
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	毎日の入居者の様子を支援日誌に記録し、更に介護経過としてまとめモニタリングに生かせるようにしている。毎日のミーティングでも情報交換や話しあいを行い、状況の変化等が早めに気付けるようにしている。		
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	入院や病状の変化時などは本人、御家族、スタッフの意見を聞きながら ケアプランの立て直しを行っている。又 ケアプランの期間に応じてケアプランの立て直しをしている。		

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	町内会行事への参加や、地域の小学校・中学校の運動会やグランドゴルフ大会の見学など交流があり、楽しんでいる。		
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	できるだけ、入居前に受診されていたかかりつけ医の受診を継続していけるよう支援している。	利用者及びご家族の希望によりかかりつけ医を決め、ご家族の協力を得ながら受診の支援を行っている。必要に応じて専門医への受診も行い、ご家族が同行される場合にはホームでの状況を記録した文書を準備するなど、適切な医療を受けられるように支援している。	
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	法人内にも7人の看護師が在籍しており、情報交換を行いながら、支援している。		
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。	入院に際しては、サマリー等で情報提供を行い、入院生活がスムーズにおくれるよう支援している。		
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	入居時には、重要説明書で説明を行っているが、入居者の変化や思いに応じて、家族・本人を交えて、定期的な話し合いを行っている。地域の方々の協力体制も良く、ボランティアで除草作業等の申し入れをしてくださり、環境整備についても支援していただいている。	重度化や看取りの対応を定め、利用者及びご家族に説明している。また、身体状況の変化に応じて、その都度本人及びご家族の意思確認を行っている。それぞれの希望に応じ、ホームの看護職員と医療機関が連携して対応する体制となっている。	
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	消防署で行われる上級救命講習などを受講しており、応急手当や初期対応などについても法人内の看護師が24時間電話対応で指示できる体制にある。		
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	定期的に避難訓練を行っており、ホームから約2～3分に対応できる範囲に、地域の協力者をお願いしている。	消防署員や地域住民も参加して、定期的に避難訓練を行っている。災害時には併設されている関連施設への連絡や地域の有線放送を通して、ホームの職員以外からも協力が得られる体制を整備している。	

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	これまでの生活状況を知り、その人の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけについて、配慮している。	利用者の生活歴を把握し、その人に合った言葉かけをすることで、誇りを損ねることなく日常生活が送れるように支援している。	
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	部屋の片付けや、掃除など一緒に行いながら、必要な物を選んだり、買い物等の計画を立てたり、自己決定できるよう配慮している。		
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	一日の流れはあるが、利用者の意志確認を行い体調や希望に合わせた暮らしを支援している。起床時間・食事等、個々に合わせた時間で対応している。		
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	できるだけ、入居前に利用していた美容室・理容室を利用して頂けるよう支援し、入浴の準備など好みの洋服を自分で選んでいただくよう支援している。		
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	買い物・調理・片付け等、利用者のADLに応じた役割分担を行いながら、食事が楽しみなものであるよう支援している。	季節の行事食や切干大根等の保存食作りなどを、利用者と職員と一緒に行うことで、食を通した楽しみを持てるように工夫している。毎年、栄養士に献立を確認してもらい、栄養バランスにも配慮している。	
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	食事摂取量や水分摂取量については個々に記録し、職員全員が把握できるようにしており、利用者の状況や習慣に応じた支援をしている。		
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	毎食後口腔ケアの声かけ・介助を行い、ポリデントによる義歯の消毒も定期的に行っている。		

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
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	起立時の尿漏れ等も多く、9人中7人が尿取りやリハビリパンツを使用している。時間的に声かけ誘導を行い、できるだけトイレで排泄できるよう支援している。	利用者の排泄パターンを把握し、失敗せずにトイレでの排泄ができるように声かけや誘導を行っている。利用者に自信をつけてもらうことで、排泄の自立につながるよう支援している。	
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	栄養士・調理師の指導を受けながら、食事やお茶菓子等繊維の多い物を中心に手作りするなど、工夫している。		
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	介助を要する人、そうでない人など、個々に合った入浴スタイルを取っている。	ホームでの入浴以外にも、温泉の家族湯を利用したり、就寝前に足浴を取り入れるなどして、入浴を楽しんでもらえるように工夫している。	
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	それぞれ自分のスタイルをもっておられ、自室とホールを自由に利用されている。夜間の入床に関してもそれぞれの時間があり、エアコン等で温度調整を行いながら、気持ちよく眠れるよう支援している。		
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	処方箋を各入居者のカルテにファイルしており、常時確認できるようになっている。又、薬の変更等があった場合は、申し送り簿で情報を得られ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	日々の生活の中で、食事の後片付けや洗濯物干しなど、それぞれの役割をもって生活されている。		
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	日々の食材の買い物や、日用品の買い物などに出かけられ、出先では、お茶等を楽しまれたりしている。病院受診の日は、家族と一緒に美容室や墓参りなどに出掛けられている。散歩の途中、近所の庭でみかん狩りを楽しまれたりする機会も得ている。	日常的に買い物や散歩に出かけており、地域の方々と触れ合う機会となっている。また、ご家族との外出やドライブ、一泊旅行などを取り入れて、普段は行けないような場所にも出かけることができるよう支援している。	

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	部屋で管理されている方もありますが、殆どはホーム側で預かり、生活に必要な物など、新聞の広告を見ながら買い物リストを作られ、職員と一緒に買い物に出かけておられる。		
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	家族の方から贈り物が届く事も多く、その都度お礼の電話をかけられたりしている。		
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	共用空間は、利用者にとって不快な音や光がないように配慮し、季節を感じられるような掲示物もあり、入居者がそれぞれに居心地良く過ごせるよう配慮している。	広い食堂にテレビやラジオ、本などが置かれ、利用者は思い思いの場所で過ごすことができる。屋内でも季節を感じるできるように、壁の装飾にも工夫をしている。	
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	テレビを見る空間、ラジオを聞く空間など、それぞれ気の合う入居者同士で過ごされている。		
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	使い慣れたものの持ち込み、身体状況や認知症の周辺症状等に合わせて配慮した家具・手すりの設置など、入居者が心地よく過ごせるよう工夫している。	使い慣れた物の持ち込みをご家族に依頼し、利用者にとって居心地の良い居室になるように働きかけている。	
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	椅子等はキャスター付きの物、そうでない物など入居者のADLに応じて使い分けている。居室を間違えたりされる利用者に関しては、部屋の入り口に花やネームプレートなどを貼り、安心してトイレやホール移動ができるよう配慮している。		

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	54	夜間のみポータブルトイレを使用している方について、昼間ポータブルトイレが部屋の角に置いてありタオル等がかけてある状況がある。	部屋で気持ちよく過ごして頂くため、ポータブルトイレ等に関しては、カバーを準備し家具の一部として設置する。	専用のカバーがないため、ホームでそれぞれに合ったカバーを作成セッティングする。	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。