

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	0873100929		
法人名	有限会社大樹		
事業所名	グループホーム大樹 1号館		
所在地	茨城県東茨城郡茨城町越安1993		
自己評価作成日	平成21年12月15日	評価結果市町村受理日	平成22年6月17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	
----------	--

【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2月24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)】

その人らしさを大切に出来ているかと職員間で日常的に話し合い共有出来ていると感じている。理念に合わない対応があった場合は、職員間でお互いに注意できる関係が目標である。ご家族・友人・親戚等の面会が頻繁にあり、利用者への思いを日々感じて介護に従事できること。代表者が無農薬野菜や米等を栽培し、職員による無添加の手作り味噌等を提供し食の安全に努めている。

【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)】

無農薬・自家栽培の野菜、手作り味噌や梅干を使用し、単に食欲や栄養を満たすためだけでなく、喜びや楽しみをもたらす工夫があることを確認できた。時には野菜の収穫をともに行い、利用者にとって食事は1日の大切な活動のひとつになっている。職員は2ユニット間をローテーションして業務に従事している。職員一人ひとりが利用者全員と信頼関係を築こうとの努力がうかがえる。今後とも、周辺環境や立地条件を活かし、大樹ならではの取り組みを期待したい。

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. 全くいない
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	介護をしていく上で理念を基本とした介護が最も大切である。理念にそぐわない対応があった場合は職員間で注意し理念を再確認し質の向上に取り組んでいる。	今までの生活歴を尊重し、変わらず生活できるような声かけの対応をしている。また、一人ひとりの体調を考慮し毎日、その人に合った生活リズムを考えている。	
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	地域の小学生が遊びに来てくれたりボランティアの訪問など地域の方と交流する機会はあるが地域の行事には参加するには至っていない。	地域の高齢者が活動に参加されていないため、地域行事に参加することは困難だが、近隣の方手作りのホームの看板提供や、畑作業と、個別のつきあいでつながりを持っている。	
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	地域の方からの要望により認知症の理解をして頂く為利用者のプライバシーに配慮して事業所の取り組み等を地域の会合にて職員が話をして理解を得られた。		
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	地域の区長や民生委員、老人会の会長等地域の方の参加があるホームの取り組み内容等を報告。意見を参考に進めているが最近では運営されていない。	繁忙期は参加者が集まらず開催が困難。行政に関しても忙しさを理由に欠席することがあり、定期的な開催となっていない。	年間計画を立案し、利用者家族への参加の呼びかけなどを行い、定期的な開催に取り組んでいけることを期待する。
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	利用者の手続きや事業推進にあたり町の担当者が訪問する等連携を取れる体制を作り市町村とともに質の向上に取り組んでいけるよう努めている。	生活保護の手続きなど、市町村担当者がホームを訪問する機会があり、利用者の暮らしぶり等を伝えている。	
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	身体拘束ゼロを目指し全職員が日々取り組んでいる。尚玄関に身体拘束宣言書を作成表示している。H21年4月1日付にて	「身体拘束ゼロへの手引き」をもとに研修に参加、全職員に伝達講習を行い、理解の徹底を図っている。	
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	高齢者虐待防止法に基づき全職員が理解しセミナー等に参加し全員に伝達するよう努めている。		

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	地域福祉、自立支援事業等に関して理解はしているが成年後見制度が必要なケースにおいては特定の職員が対応している。		
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	重要事項を説明し事業所で出来ることと出来ないことを明確に説明。ご家族からの疑問点を引き出し重度化や看取りについて説明し同意を得るようにしている。		
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	利用者の不満や苦情等は日頃から対話を重ね聞き出せるよう努めている。また家族にも苦情、要望等が気軽に出せるよう意見箱を設置している。	家族には利用者の変化時や、便りで近況報告を行いなどのアプローチをして、何でも言ってもらえるような雰囲気作りに留意している。	
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	日頃から意見を言いやすい雰囲気に努めサービス向上につながることは皆で話し合い実施している。	ミーティングや職員会議等で意見を聞くようにし、業務改善に取り組んでいる。職員の研修会参加にも積極的に取り組んでいる。	
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	運営者も現場に入り職員1人ひとりの日々の努力を把握しており資格取得の支援に努めている。		
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	限られた職員だけでなく段階に応じ順番にセミナーや研修をうける機会を確保するよう努めている。		
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	同業者を訪問し良い点などを取り入れたり、相互間で改善点などを話し合う機会を作りサービスの質の向上に努めている。		

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	今現在何が不安なのか本人の想いと希望を真剣に受け止め安心できる日常生活を送れるよう個別にコミュニケーションを図っている。		
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	面会時の対話の中で何が必要で一番良いと思うこと等、家族の想いを受容し安心できるよう取り組んでいる。		
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	すぐに利用を進めるのではなく本人・家族にとって今何を必要としているのか少しでも安心できるよう支援と援助出来るように努めている。		
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	利用者は人生の先輩でもあり日常生活の中で学ぶことも多々あり、共に支えあうという思いの中で信頼関係を築いている。		
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	家族の状況を考慮し利用者の状況に応じて支援の協力を得ながら利用者にとって良い結果が得られるよう共に支援できる関係作りに取り組んでいる。		
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	友人や馴染みの方がいつでも気軽に訪問できるよう事業所内での雰囲気作りに努め面会時にはお茶を飲み楽しく過ごせる時間を支援している。	利用者家族の協力のもと、墓参りに出かけたり、友人・知人の面会など、今までの関係性を継続させるための支援を行っている。	
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	利用者同士の気の合う人と合わない人が孤立することの無いようテーブルの配置の工夫をし午後は職員が間に入りコミュニケーションを図る努力をしている。		

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
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	サービスの利用が終了しても利用者のその後の経過などを聞いたりして関係性を断ち切る事無く大切にしている。		
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	利用者を1人の人格を持っている事を尊重してその人らしく生活が出来るよう理解し援助出来るよう努めている。尚困難な場合は個別に見直して対応をしている。	声かけから、食事の好みや生活上の希望を聞いている。また、その他日々気づいた点は経過記録に記録している。表出困難な場合は、気の合う職員で対応してみるなどの工夫がある。	
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	事前に生活歴などを家族より聞き職員が把握し本人のこれまでの馴染みの暮らし方が継続できるよう支援している。		
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	1人ひとりの出来ること出来ないことを把握し細かい点に配慮しながらその時の利用者の状態や気持ちを理解して支援に努めている。		
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	利用者がその人らしく暮らせるよう本人や家族の要望を取り入れて介護計画作成にあたっている。また実現可能な計画になるようケアカンファレンスで課題となる項目を話し合っている。	利用者個々の状況で見直しを実施。課題となる項目をモニタリングや経過記録で把握し、プランに結び付けているため、現状に即した計画として分かりやすくまとめられている。	
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	その日の利用者の訴えや暮らしぶりを個別に記録し食事量・水分・排泄状況をチェックし全職員が把握できるようにしている。また申し送りノートで個別の情報共有を徹底している。		
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	本人や家族の状況に合わせて通院や送迎等の支援は行っている。またショートステイ等も利用出来るようにしたい。		

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
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	利用者の趣味のボランティアの受け入れを行っている。養護学校からの希望の受け入れもありその後もボランティアで来ていただいている。		
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	本人や家族の希望する医療機関に受診している。利用者に変化があった場合は受診時に手紙を添えて家族より状況報告を頂きまた職員が一緒に同行することもある。月一回の往診もある。	本人や家族の希望するかかりつけ医となっているため、受診記録ノートを活用し、情報の共有を図っている。	
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	看護職員の配置はしていないため知り合いの看護職員に相談し助言していただいて対応している。		
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。	入院中は本人の援助方法に関する情報を医療機関に提出し頻りに職員が見舞うようにしている。また家族とも情報交換しながら状態の把握を医師・看護師から得る。また退院後スムーズにホームにて生活が出来るよう情報提供書を頂く。		
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	利用者が重度化した際家族と相談し希望の医療機関に連携を取り搬送している。尚終末期に関しては只今検討中である。	早期からの話し合いは進められ、方針の統一化は図っているが、記録に残されていない。ホームとして看取りに関する支援体制を準備しているところである。	話し合われた内容に関しては記録に残されるのが望ましい。また、看取り支援に関して、職員が抱える不安感を払拭できるような勉強会の開催などの工夫を期待する。
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	急変時・事故発生時はバイタルチェックと状態をよく観察し判断できないときはケアマネに相談、指示を仰ぐ。その他の対応はマニュアルを参照する。		
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	年2回避難訓練を実施しており消火器訓練も利用者と一緒にやっている。そのうち1回は夜間を想定した訓練を行っている。	マニュアルを作成し、消防署の協力のもと利用者とともに、避難訓練を行っている。近隣には運営推進会議で声かけし協力を呼びかけている。	

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
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	1人ひとりを尊重した介護を心がけ、プライバシーには十分に配慮し支援している。個人の記録等の個人情報にも気をつけている。	利用者個々の特性を把握した関わりで一人ひとりの人格を尊重した対応を心がけている。利用者の情報に関しては責任ある取り扱いと管理を徹底している。また、家族との面会の際には場所に配慮している。	
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	本人の希望や嗜好の把握に努め日常生活の中で表出できるよう取り組んでいる。		
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	職員の都合を押し付けることの無いよう配慮し、1人ひとりの利用者の思いを大切に可能な限り支援している。		
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	2か月に1回理・美容師のボランティアの協力を得ているが地域の理美容店へ出掛けの方もおり送迎の支援をしている。		
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	利用者1人ひとりの力を活かし利用者と職員が出来る限り準備や後片付けを一緒に行っている。また夏には庭に栽培している野菜を収穫し調理して楽しんでいる。	自家製味噌作りや無農薬の野菜を使った献立で楽しみがある。行事食や外食の機会もあり、利用者・職員皆で食事を楽しめる工夫がある。	
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	個別に1日の食事量・水分量を記録し、残すもの、嫌いなものは他にメニューを変えて対応している。		
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に、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	毎食後口腔ケアを実施。義歯または自力で行うことの出来ない利用者に対しては介助を行っている。		

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
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	排泄チェック表を作成し、個別の排泄パターンを把握してトイレ誘導を促し失禁を予防。紙パンツ・パット等の減少になるよう努めている。	入院されていた利用者のADLが低下し、オムツ対応となっても自立に向けた支援として、入院される以前のADLには戻そうと、具体的な目標を持ち支援に取り組んでいる。	
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	便秘になりやすい利用者には水分を多く取るよう牛乳・ジュース等で工夫し、自然排便につながるよう適度な運動も出来るよう支援している。		
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	曜日は決まっているが利用者の状態によりシャワー浴も実施している。また可能な限り個人の希望、時間に受け入れて行っている。	利用者の意向で夜間のシャワー浴や足浴の支援も行っている。	
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	日中の活動を促したり昼寝を習慣とした利用者には個別の生活パターンを支援している。また希望者には冬期に湯たんぽを提供している。		
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	個別に服薬のファイルを作成し、職員が内容を把握できるようにしている。服薬時には本人に手渡し服用を確認している。		
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	洗濯たたみ・庭掃除・食後の片づけ等一人ひとりの特技を生かして、張り合いが持てるよう支援している。		
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	利用者の希望により散歩・床屋・ユニットごとの交流等を行っている。また外食に出かけ買い物等も楽しまれている。	利用者のペースで近隣を散歩したりしている。行事の年間計画では季節ごとの外出が計画されている。	

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	一部の利用者はお金を持っており、ヤクルト屋さんが訪問時に利用したり床屋に行くときに買い物を買ったりもする。		
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	本人がかけたい時はいつでも電話をかけられるよう対応している。また家族からかかってくる場合もあるので、時には職員の方から声をかけて催してみるときもある。		
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	居間は南向きになっており、冬は暖かく利用者にとってソファは居心地のよい場所になっている。近辺は菊畑が多く庭には梅・柿・りんご・さくらんぼ・いちじく等が植えてあり季節感を感じることが出来る。	室内外で季節感を感じることが出来、花木を育てることで心休まる空間の提供がある。	
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	居間にはソファを置きくつろげるよう配慮している。雑誌なども自由に見られるように置いてある。デッキには椅子を置き暖かい日には日光浴をしながらくつろげるよう工夫している。		
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	家庭で使用していた家具・電化製品・仏壇などを設置し畳等も配置しくつろいで生活出来るよう工夫している。	畳を持ち込み和室に変更したり、使い慣れたものを配置し居心地のよさを配慮している。	
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」「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	居室・トイレ・浴室などプレートをかけ工夫している。目の不自由な利用者には本人の居室入口に目印をつけ手で触って確認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	4	定期的な運営推進会議が出来ていない。	定期的な運営推進会議の開催。	年間計画等をたて定期的な開催に努めたい。	6ヶ月
2	33	重度化や終末期に向けた方針の統一とその記録。看取りに関する支援体制。	記録作成。看取りに関する支援体制の準備。	重度化や終末期に向けた話し合い、また方針の統一化を図り記録に残す。医療機関等との連携体制の整備。	10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。