

## 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	0891000010		
法人名	株式会社 木澤		
事業所名	グループホーム藍藍		
所在地	304-0056 茨城県下妻市長塚乙11-1		
自己評価作成日	平成23年 6月 7日	評価結果市町村受理日	平成23年10月21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	<a href="http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0891000010&amp;SCD=320">http://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0891000010&amp;SCD=320</a>
----------	---

## 【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23年7月13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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員がサポートしながら、利用者さんの状況や有する力に応じて、一緒に洗濯、掃除、献立食事作り等、日常できることはしていただいています。</li> <li>・利用者さんと職員と一緒に楽しく食事を摂っています。</li> <li>・地域や季節ごとの行事には利用者さんや、近隣の方に教えて頂きながら、家庭的なあり方を大切にしています。</li> </ul>
--

## 【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>主要道路から1本中に入ると住宅や工場が隣接した、砂沼湖畔にあるホームです。途中経営者が変更になっているが、利用者はそのままの為最長8年入居している。利用者の残存機能の維持の為、日常的に行う食事、洗濯、掃除、草取りを一緒に行っている。3食共に利用者と食べている。また、自治会に加入して地域住民との交流についても行っている。</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ます (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所独自の基本理念があり、その理念を基にケアをしている。	その人らしく自由に過ごせるような支援を行っている。理念の復唱は行っていないが、職員会議時に理念の共有を行い支援に繋がっている。また、随時話し合いができるようにしている。スタッフの共有は、職員ノートを作り支援に繋がっている。	
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	・地元の商店街に買物や食事に行ったり、自治会に加入し地域の行事に参加している。	自治会に加入している。近隣で行われる、砂沼フェスティバルに参加し、出店や子供の鼓笛隊、ダンスを楽しんでいる。年1回地域交流会を開催し、地域にはチラシを配布し、踊りや歌を披露している。	
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	・家族会や地域交流会を通じ、近所の人たちに参加していただいている。		
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	・市の担当者、家族代表者、自治会代表区長、地域の方(地主さん)、社長、管理者で会議を行い行事の様子やサービス内容等報告し、その場の意見を活かしサービスの向上に努めている	2ヶ月に1回開催している。行政の参加も積極的に行われている。震災直後にも予定どおり行われ、状況報告が行われている。参加されないご家族には郵送にて議事録を送っている。	
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	・情報連絡は随時取れるように心がけています。	行政担当者との連絡調整を随時行っている。相談し易い環境がある為、電話での調整についても行われている。小、中学校の職業体験の受け入れについても行っている。書類の手続きは、利用者と共に申請を行っている。	
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	・玄関の施錠を含め身体拘束はしていない。なにかあれば見守りをして対応しています。	身体拘束をしないケアについて、月1回の職員会議で話し合っている。日々の支援を通して、問題発生時には随時ミーティングで話し合っている。危険防止により家族からの要望があれば、同意書その都度作成している。	
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	・研修会や勉強会を実施し知識を身につけ、虐待防止のポスターを掲示し意識を持って利用者とかかわっている。		

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
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	・代表者が講習会に参加し、得たことを職員会議にて全職員と学び利用者の支援に結びつけている。		
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	・十分に説明を行い理解、納得をして頂いた上で契約していただいている。		
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	・玄関に意見箱を設置、面会時に日ごろの様子や健康状態等を詳細に伝え、意見要望も伺っている。 ・運営推進会議の記録を不参加の家族に配布している	意見箱を設置しているが活用されていない。面会時に、意見や要望を聞き日々の支援に繋げている。	利用者家族の意見については、把握されている。昨年に引き続きアンケートによる、思いや意向のさらなる把握に努めめ。検討していただくことを期待します。
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回の職員会議で話し合っている。意見提案があれば随時間いている。	定期的に代表者、管理者との面談は行っていない。しかし、職員からの意見は、ユニット長から管理者、代表に伝えられ月1回の会議で話し合っている。会議は、研修報告会、モニタリング、情報交換が行われている。緊急時は、随時話し合い解決されている。	
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	・職員の能力に応じた努力を評価し、向上心をもち仕事ができるよう努めている。		
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	・研修会になるべく全員の職員が受講できるよう心がけている。研修報告は職員会議に発表し全員で共有している。		
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	・他事業所の納涼祭、地域交流会に参加させていただき、サービス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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	・面接時にご本人のペースに合わせてゆっくり聞くようにしている。		
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	・相談時、契約時に家族が話しやすい雰囲気づくりをし、じっくりと話を伺っている。		
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	・本人家族から情報を基に対応している。		
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	・本人の人格を大切にし、その尊厳を認め日々の生活の中で、その人らしく生活ができるよう支援しています。		
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	・近況報告を兼ねて、写真付きの手紙を出している。面会時にはホームでの様子を伝えることで新しい情報や、家族の思いを知ることができ、共に同じ思いで支えいけるよう努めている。		
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	・ホームに気軽に来て頂けるように、家族、友人等の面会は随時行えるように支援にしている。	近所のお友達が遊びに来たり、友人の家に遊びに行ったりしている。遠方へのお墓参りについては、家族に依頼したり、積極的に家族との情報交換を行っている。	
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	・トラブルになることもあるが、個々の能力を活かし、レクリエーションや日常の役割分担を決める等、共に助け合い楽しく生活ができるように支援している。		

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
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	・相談等があれば支援している。		
<b>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</b>					
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	・日々の生活や関わりから、本人の思いや希望をつかめるように努めている。	地域交流会時に家族会を同時に行い、思いや意向の把握に努めている。行事毎に現状報告を家族に郵送にて行っている。	思いや意向の把握を日々行っている。利用者一人一人の意見をスタッフ間で共有し、支援に繋げるための方法について更に検討していただきたい。
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	・入所時、面会時に生活歴等を家族から情報を伺います。また日々の生活の中で本人からの話や面会時の家族からの話から詳しく知ることもある		
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	・一緒に生活する中で、日々の様子や心身の状態の変化を見逃さないように努めています。		
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	・職員会議で話し合い、意見交換をし家族、本人の意向を聞き介護計画を作成している。	介護計画は、3または6ヶ月にて評価、見直しを行っている。また、短期計画については随時見直しを行っている。モニタリングについては、各ユニット独自の表を使用している。	介護計画、評価、モニタリングと一連、または利用者独自の介護計画の連動について検討していただきたい。利用者の個人ファイルについても検討して行く。
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	・ケース記録や申し送り、職員会議を通じ情報を共有し介護計画作成、ケアに活かしている。		
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	・本人や家族の意見、要望を取り入れその人らしく生活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
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	・消防署とは、防火訓練時に指導、協力していただいている。 ・運営推進会議に自治区長さんに出席して頂き地域行事の予定を伺い参加している。		
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	・利用者の希望があればかかりつけ医の受診はできるようになっています。 ・入居時に主治医の説明と提携医療機関の説明をしている。 (坂入医院・平間病院・え歯科・たけの薬局)	2週間に1回の往診が行われている。かかりつけ医についてスタッフがいき、電話にて家族に報告している。家族が付き添い受診する場面がある。受診された利用者については、健康管理ノートに記載しスタッフ間で共有し支援に繋げている。	
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	・体調の変化を主治医に報告、相談し主治医の指示により、必要に応じて訪問看護に入っている。		
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。	・入院を受入れて頂ける提携病院を確保し、家族、本人の希望も伺いながら、病院との連携をはかっている。		
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	・体調の変化、終末期の状況など医師と相談し家族への説明を行う。 ・また事業所で、できることを伝え、医師、家族、職員で方針を話し合い支援している。	入居時、または状態変化に応じて同意書を戴いている。状態変化時は、医師、家族、管理者、経営者が同席し行っている。看取りについては、スタッフ間で情報の共有や急変対応について、職員会議で話し合い不安がないように行っている。	
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	・緊急時対応マニュアルがあり、応急手当、初期対応等を理解している。		
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	・年2回消防訓練を実施している。運営推進会議の時に自治会、地域の方に協力をお願いしている。	年2回日中夜間想定にて避難訓練を行っている。地域住民の参加については、推進会議を通して協力をお願いしている。夜間の避難訓練の実際についても検討している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	・一人一人の人格を尊重し、個々に合った言葉かけや対応をしている。	日々の支援を通して、人格の尊重、言葉かけに注意し慣れ合いにならないようにしている。個人情報の同意者については、写真掲載や具体的使用について検討して行く。	
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	・一人ひとりの状態に合わせて本人が答えやすいように働きかけている。		
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	・一人ひとりのペースに合わせて希望があれば、希望にそって支援している。		
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	・希望に応じてカットに行ったり、訪問で来て頂いている。 ・職員と一緒に化粧をしたり、毛染めもしてあげている。		
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	・一緒に買物に行ったりメニューを考えて、食事の準備、配膳、片付け等個々にできることを手伝って頂いている。	利用者とスタッフと共にメニューを決めている。買い物と一緒に行くこともある。また、収穫した野菜と一緒に調理したり、馴染みの食器や箸を使用している。	
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、水分量はチェックし把握している。 ・個々状態に合わせて、ミキサー食にしたり、トロミをつけている。		
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	・定期的にトイレへの声かけをしている。日中はオムツを使わず、面パンツに尿取りパットを使用してトイレで排泄できるように支援している。	日中リハビリパンツにて、トイレへの支援を行っている。自立支援については、排泄チェック表を使用しトイレ誘導を行い自立に繋げている。	
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	・食事の工夫、乳製品等を摂取して頂いたり、運動、腹部マッサージを進めている。		
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	・個々に合わせてゆっくりと入浴して頂いている。希望者は毎日入浴して頂いている。	利用者一人一人の希望に沿って、随時入浴支援を行っている。	
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	・日中は趣味、体操等活動的に過ごせるように心がけている。個々の体調に合わせて、昼寝を進めている。		
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	・月2回薬剤師と話す機会があり、内服の変更や副作用等説明して頂けるので理解している。・服用時は必ず手渡しし、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	・個々に合った役割をみつけ、楽しみや張り合いのある生活が送れ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	・日々の散歩、買物に行き外出の機会を作っている。ユニット合同で花見に行ったり、地域の行事に参加している。・家族と一緒に買物に出かけている。	馴染みの店への買い物は、職員が同伴している。外食支援については要望もなく行っていない。外食希望があれば家族に依頼している。年1回のお花見は、お弁当を持って支援している。	



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	・自己管理のできる方は自分で持っていて、買物に行き自分で支払いをしている。		
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している	・電話は希望があれば自由に使用できる。		
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	・家庭と同じような雰囲気づくりを心がけている。玄関など季節の花を飾り・中庭にも花や野菜を植えて一緒に手入れをしている。	天井が高く開放感のある、明るい建物となっている。また、中庭や季節の飾りがされ落ち着いた雰囲気感が感じられる。	
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	・テーブル席は個々の席が決まっているが、畳部分はテレビを見たり、自由に過ごして頂いている		
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	・本人の使い慣れた家具等を持って来て頂いたり本人の好みの花や家族の写真などを飾り工夫している。	利用者一人一人が、居心地よく暮らせるような、工夫がされている。また、馴染みの家具や写真を掲載し落ち着いた雰囲気作りがされている。	
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	・個々の居室入り口にネームプレートを付けたり、トイレ・浴室はわかるように表示している。 ・転倒防止のため、居室内のじゅうたん等は敷かず、スリッパの使用を止め、室内履きに変えている。		

## 目標達成計画

作成日：平成 23 年 10 月 20 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	10	家族から感謝の思いは聞かれるが、苦情や指摘されることがほとんどない。	家族の介護に対する苦情や指摘したい事を知る。	無記名によるアンケートをとる。	6ヶ月
2	23	思いや意向を把握しているが、実行できない事もある。	外出、外食の機会を増やす。	本人の意向を重視し、全員ではなくても個別で外出、外食の機会を増やす。	6ヶ月
3	26	ケアプラン、個人ファイル等の整備。	介護計画、個人ファイルを見やすく整理する。	ファイルは項目別ではなく、個々に綴じる。	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。