

(別紙4) 平成 22 年度

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	0870600301		
法人名	株式会社 稲善		
事業所名	いねの里 やすらぎの家		
所在地	茨城県筑西市下中山381-1		
自己評価作成日	平成22年12月28日	評価結果市町村受理日	平成23年6月6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=0870600301&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23年2月18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)】

グループホームは3階建ての3階に3ユニット有り、1階にデイサービス、2階にはショートステイがあります。保育園も隣接しており、園児との交流もおこなっており、敷地内の野菜畑で季節の野菜を収穫したりしています。
また、1日でも長く、安心した、健康な生活が続けられるように、ご家族、職員、主治医が連携して取り組んでいる。

【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)】

ホームは3階建ての3階部分にあり、視界をさえぎるものがなく、筑波山を見渡せるなど自然を感じられる場所に立地している。全体会議では前向きな意見が出されるということで、チームワークの良さがケアに反映されていた。職員は自分の親と思いつつケアにあたり「ありがとう」と頭をさげられたり、自分の名前と呼ばれたときはとても嬉しいと語っている。利用者一人一人が大切にされ、地域との繋がりも保ちながら穏やかな生活ぶりが見受けられた。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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)
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)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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
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		○ 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

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	・実施している。 ・月に1回開催されているユニット別の会議で理念の共有を再確認し、具体的な日々の取り組みについて話し合っている。	全体会議で代表が、高齢者の立場に立ってと強く話す。自分の親だったらどういうケアをするかと思いながら日々努めている。ユニット毎に会議を行い、全体で共有している。	
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	・保育園児の運動会やイベントでのボランティア、また、地域にゲートボール場を開放し交流の場を設けている。	グラウンドを地域に開放し、事業所の交流スペースはゲートボールの後の休憩所として自由に使ってもらう。保育園児が踊りなどを披露してくれる。ボランティアの方は誕生会に来て歌や踊りを利用者と一緒に楽しむ。花見に自治会の方々も参加し、利用者と一緒に楽しんでいる。養護学校の体験学習を受け入れている。	
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	地域の学校等からの職場体験等の実習生の受け入れ依頼がある場合、積極的に受け入れている。		
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ヶ月に1回実施 ・地域とのつながりや交流、施設の取り組み方の向上を目的としている。	利用者、民生委員、行政、家族、事業所担当者と2ヶ月毎に開催し、事業所の状況報告や予定について話し合っている。利用者から昔話を聞かせてほしいとの要望があり、紙芝居を行った。	
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	利用者の経済的相談、困難事例等を相談したりしている。	生活保護の受給者が半数を占めており、経済的な問題が絡む事もあり、行政と何度も話し合いを行いながら良好な関係が築かれている。地域密着型連絡協議会に現場スタッフが参加することでも行政とのつながりが出来ている。	
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	身体拘束をしないことの意味を理解し、見守りの強化などで、極力対応し、拘束をしないケアに取り組んでいる。	拘束は行ってない。身体拘束に限らず、スピーチロックについても気を付けている。安全面を考慮して、エレベーターには工夫をしている。部屋の構造上ベッドは壁に密着した配置になっているが、拘束の目的ではない。研修を行いながら、現場でケアを提供する中で注意をしている。	
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	身体拘束をしない取り組みと合わせ、虐待が見過ごされないよう指導している。		

茨城県 グループホームいねの里やすらぎの家

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	・権利擁護等の利用者、活用事例はありません。 ・管理者、介護支援専門員等が利用等に関するアドバイスができる体制となっている。		
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	契約の説明が不十分であると誤解を招く恐れがあり、苦情、不満の原因となりやすいことから、納得行くまで十分な時間をかけて説明を行っている。		
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	家族の面会時、意見、要望などの言いやすい環境を作り、運営推進会議等の議題としている。	家族から食事のメニューについて、うどん等を取り入れて欲しいとの要望があり、すぐに提供した。通院の付き添いに関しての要望には、スタッフの体制上応えられないこともあるので、家族に協力を求めたこともある。	
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	基本的にはリーダーが意見をすいあげ、全体会議等の場で提案を行っている。	全体会議の中でリーダーが吸い上げ反映させるようにしている。手すりや冷暖房の設定温度の要望について改善した。職員の中には併設の保育園に子供を預けているひともある。研修時間を融通したり、職員のスキルアップについては代表の理解が得られている。内部研修ではヒヤリハット、マナー、緊急時の対応などは幅広く対応している。	
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	各自が向上心を持ち続けられるよう、研修や上位資格取得のバックアップがされている。		
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	法人内外の研修機会を設けている。		
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	地域交流会の勉強会等に積極的に参加している。		

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
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	信頼関係を築く為、日々少しでも会話をしている事、悩んでいることを聞き入れながら支援している。		
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	面接時、ご本人が困っていること、不安なこと、求めていることなどを伺い安心して生活できるように関係を深めている。		
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	本人の状況を調査し、家族の要望も確認するなど、適切な対応ができるよう情報を収集している。 必要に応じて入所までの間、ショートステイの利用などもアドバイスしている。		
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	利用者は人生の先輩であることを常に管理者から職員へ指導している。すべてをお世話するのではなく、本人の力を見極め、ケアを行っている。		
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	面会時、日常の様子を見て頂きながら、共に生活している者として対話し実感して頂いている。		
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	面会をはじめ、併設事業所利用者との交流、お誕生会などのイベントが行われている。	新しい環境に慣れる意味で、入居前にショートステイを利用する方もいる。友人や家族の面会の他に、遠方の息子から来た手紙への返事を出せるような手伝いをして関係の継続支援を行っている。	
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	日常生活の中で、洗濯物をたたんだり、食事の準備など共同作業を取り入れている。		

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
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	相談や支援が必要な際には応じている。		
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	生活歴を考慮し、希望する生活に近づける。	利用者や家族から聞き取り意向の把握に努めている。入居前に自宅を訪問して利用者の生活歴や情報を集める。きめ細かな情報が得られ入居後のケアに役だっている。	
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	入所時の情報提供、センター方式を活用しアセスメントを行う。		
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、申し送り等で情報の共有に努めている。		
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	毎月ユニット会議を開催して現状の方向性を検討している。	センター方式を活用してアセスメントしケアプランを立てる。ケアマネジャーが作成した計画を職員で共有し、現状に則した介護計画にしている。職員会議でカンファランスを行い、モニタリング総括表に記録しながらモニタリングを行う。	介護計画と連動した介護記録を工夫することで、職員の達成感に繋がり、利用者の生活史にもなることを期待したい。
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	日々のケアの記録、急変時には申し送り事項で、情報を共有しながら、介護計画の見直しを行っている。		
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	併設している事業所がある為、個々のニーズに合わせ、様々なサービスが提供できる状況である。		

茨城県 グループホームいねの里やすらぎの家

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	利用者は人生の先輩であることを常に管理者から職員へ指導している。すべてをお世話するのではなく、本人の力を見極め、ケアを行っている。		
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	月回の往診とかかりつけ医への受診を行ったり、必要に応じて通院介助を行っている。	3人の医師による2週間毎の往診があり、診療の内容については連絡ノートに記録しておく。通院には職員が付き添い、受診後は家族に電話連絡する。認知症専門医や他科の専門医に受診できる体制が整っている。	
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	看護職員との情報の共有、提供をし、利用者の体調管理を行っている。		
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。	提携病院の医師、看護師が定期的に来所しており、必要に応じ他病院への紹介等もお願いできる体制となっている。		
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	契約時、看取りの方法や手段を家族と相談しているが、基本的には施設での終末期ケアは行っていない。主治医と相談し病院での対応をお願いする旨の了解を得ることとしている。	看取りは行わないというホームの方針があり、家族に説明をしている。今後は家族の協力や、24時間連携医との関係がスムーズにいけば看取りケアもできると考えている。緊急時の対応マニュアルを整備し、慌てずに対応出来るよう時々目を通してはいる。	終末期ケアを希望される方のために、家族や医師も含め職員全員で検討していただきたい。
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	緊急マニュアルを掲示し、年間を通じ全職員が訓練できるよう努めている。		
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	消防署員立会いで夜間想定での避難訓練や総合訓練を行い指導いただいている。また、法人代表者が近隣の消防団長等と協力依頼の話し合いも行っている。	避難訓練を年2回実施、夜間想定での訓練では消防署から応援体制について指摘された。地元の消防団との話しはできているので、今後は合同での訓練を考えている。火元を色々考えて避難経路の確認を行っている。エレベーターにストレッチャーが入らないので検討中である。備蓄品は4,5日分用意してある。	

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
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	個人の生い立ちや生活状況をユニット会議等で共有し、その人の尊厳を損なわない声掛けを行っている。	言葉使いや日ごろの気づきの中で注意をし、職員で話し合っている。個人の尊厳を大切だと考えて対応し、個々人の事情に配慮して、触れてほしくない事は話題にしないように気を付けている。	
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	入所者の思いや楽しみが引き出せるような環境づくりやゆっくりしたペースで対応し、自ら意思決定できるよう支援している。		
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	利用者のペースを大切に、一人ひとり個別性のある支援をしている。		
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	一人ひとりの個性を大切にしながら、身だしなみに留意し、美容師が来所し概ね2ヶ月に一度散髪利用を家族、本人と相談し行っている。		
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	利用者と共に食事をしたり、準備、片づけなどをし、食事の大切さ、楽しさを支援している。	利用者の希望をききながら献立をたてている。食材は、デイとショートの分をまとめて一緒に買い出しに行く。朝と夕食はホームで調理し、昼食はその時々に応じて1階の厨房で調理することもある。利用者の状態に合わせた食形態で提供したり、イベント食も楽しんでいる。	
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	トロミをつけたり、おかゆなどその人にあつた食事形態とし、本人の好きな飲み物なども考慮し、必要に応じ栄養補助食品なども取り入れている。		
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	一人でできる方は声掛けし、できない方は職員がケアしている。		

茨城県 グループホームいねの里やすらぎの家

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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、その方の習慣や様子を観察、声掛けし、自立に向けた支援をしている。	トイレやポータブルでの排泄を行い、自立支援に向けたケアに努めている。夜間のみおむつ使用者が1名、リハビリパンツ利用者には様子を観察しながら声掛け誘導している。	
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	水分の摂取量やバランスの取れた食事に気をつけ、適度な運動をしている。		
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	声掛けの工夫や足浴・清拭などでも対応している。	利用者の希望に応じた入浴日、時間に対応している。拒否者に対して苦勞はするが、タイミングを見計らって入浴できるようにしている。着替えなどは居室で準備して持っている。体調によっては足浴や清拭での対応もある。ゆず湯や菖蒲湯、入浴剤などを使ってリラックスしてもらう。	
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	利用者の体調や様子に合わせて、その人に合った言葉掛けをし、安楽な状態で休息して頂け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	病院で処方された薬は、薬局からの説明書をファイリングし、職員が内容、用法等について常に確認できるようにしている。変更等ある場合は、申し送りノートに記載し変化等を介護記録に記録する。		
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	洗濯物たたみ、掃除、食事の後片付けなど役割ある環境作りをしている。職員は利用者にも必ず感謝の言葉掛けを行い、喜びのある生活ができるよう支援している。 タバコ、お酒等も場所と、量を決め楽しんでいただいている。		
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	天候、体調に合わせた散歩コースを決め、個別のニーズにも対応できるように努めている。	建物の周辺や川沿い、スーパーなどの散歩コースに出掛けている。花見やヒマワリを見に行ったりしながら季節を楽しんでいる。近くの保育園の行事(焼き芋、お遊戯会、運動会等)にも出掛ける。	

茨城県 グループホームいねの里やすらぎの家

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	買い物など、職員が同行し、好きなものなど買えるよう支援している。		
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	利用者個々の状況に合わせて対応している。		
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	季節の花を飾ったり、行事の写真を貼ったり工夫している。	建物の3階部分に3ユニットがあり、ユニット毎の談話室を自由に行き来できるようになっている。ほとんどの利用者が日中は共用フロアで過ごしている。季節感を味わえるように花を飾ったり、壁には思い出の写真が貼られている。	
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	気の合った利用者同士、楽しく食事ができたり、会話が弾むような工夫をしている。		
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	窓に鉢植えの花、好みの写真を貼ったり、ペット、テレビなど使い慣れたものの持ち込みも家族と相談し行っている。	タンスやテレビ、小物など思い思いに配置して安心できる空間になっている。中には遺影や遺牌を持って来た方もいる。	
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を送れるように工夫している	部屋の入り口に写真を貼ったり、場所の掲示を大きく表示したりし自立した生活を送れるよう配慮している。		

目標達成計画

作成日: 平成23年6月3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	26	介護計画と連動した介護記録を工夫することで、職員の達成感に繋がり、利用者の生活史にもなる事を期待したい。	介護記録は、介護計画に基づいた内容となるよう記録し、また、利用者の生活史ともなり得る内容となるよう考慮し記録する。	介護計画の内容を各職員が共有できるよう、ケアカンファレンス時に、具体的に内容の検討を行う。また、別紙のサービス実施記録により、介護計画の実施状況を記録し、それに、基づき介護記録を記入する。	3ヶ月
2	33	終末期ケアを希望される方のために、家族や医師も含め職員全員で検討していただきたい。	施設での看取りを希望されるご家族の要望に沿えるよう、職員、嘱託医とも相談し、看取りケアに向けた方針、マニュアル等の整備を行う。	現在は、看取りケアは、行っていないが、施設での看取りを希望される、ご家族の要望に沿えるよう、施設の方針、マニュアル等を職員、主治医と相談し整備する。	12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。