

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	0872901004		
法人名	社会福祉法人河内厚生会		
事業所名	グループホームひだまり		
所在地	茨城県稲敷市高田沖2817-2		
自己評価作成日	平成23年11月30日	評価結果市町村受理日	平成24年3月14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=0872901004&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24年1月27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)】

豊かな稲敷の自然に囲まれ地元の皆様のご理解とご協力をいただき、ここに来て良かったという気持ちになって頂けるような安らげるホームを目指しています。夏には稲敷花火大会を施設内のウッドデッキから見物することができ、冬には大きな窓と吹き抜けから暖かい日差しがのそそぐ、季節感を感じられる施設です。ご利用者の個々の声を尊重し、できることのケアに努めています。ご利用者、ご家族、職員のつながりだけでなく、一人ひとりの馴染みの関係が保てるよう支援していきます。

【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)】

ホームは市街地を抜けた田園風景の中に位置し、目の前にはコンビニや警察署もあり利便性、治安に対しても安心できる所である。夏には約1万発近く上がる大きな花火大会があり、目の前に打ちあがる為、入居者にも人気である。現在、古民家の面影のあった建物はより快適に生活できるよう建て替え中で、4月にはオープンする予定。家族や地域住民との関わりも密接で、入居者に対しては、『寄り添う想い』の理念を元に職員一人一人がとても明るく出来る事のケアに努めていた。

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)	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)	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)	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)	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)	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せている (参考項目:30,31)	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)		

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	「寄り添う想い」という理念の下、職員一同毎日ケアに取り組んでいる。	理念については、単純明快にわかりやすくという意味で『寄り添う想い』のみを掲げている。職員が習字で書いた物が入り口に掲示され、誰でもすぐに目に付きやすくしかも手書きの為とても“想い”が伝わりやすかった。	
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	小学校のスクールボランティア、110番の家への参加や、地区の回覧板を回して頂いている。	ホームには“子供110番”の掲示があり、子供達が緊急時にいつでも駆けつけられるようになっている。また、送迎者には“防犯パトロール”のステッカーが貼られ、送迎中でも防犯の役割を果たしている。さらに、地区の回覧板を回してもらった事で地域の情報も入り、参加意識が非常に高かった。他、中学校の職業体験やヘルパーの養成講座も行っている。	
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	近隣住民などから介護の相談を受けたり、中学校から職場体験の実習生を受け入れている。		
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	家族、民生委員、区長、市役所職員、社会福祉協議会、包括支援センター職員などの参加者からの意見をサービスの質の向上に活かしている。	運営推進会議は開設以来約2ヶ月に1度必ず開催。参加者は家族・民生委員・区長・包括職員・社協職員・市職員(生活保護、介護保険課含む)で、開催日は市職員の協力を得て土曜日に開催した。会議の内容は家族に報告している。無記名アンケートも実施し、把握に努めている。	
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	市役所の高齢福祉課や福祉事務所の担当職員と、運営推進会議や市役所への訪問などを通じて、情報提供や相談を行っている。	昨年の震災直後や台風の時に安全確認で職員から連絡があり、また、推進会議はもとより、制度上の相談や受け入れ体制などで連絡・相談を密に取っている。	
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	利用者の人権を守り、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。家族にはそのリスクについての説明を十分に行い、理解を得ている。	月1回の定例会議にて必要時拘束について言及し、意識付けている他、身体拘束をテーマにした勉強会が年1回行われている。職員一人一人に対しては資料を配って周知している。	

茨城県 グループホームひだまり

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
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	社内研修において、職員に周知徹底をしている。		
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	権利擁護に関する制度について学んだり、市役所の担当者などと話し合いをしたりしている。		
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	契約の内容について、利用者や家族に対して、不安や疑問がないように説明を行い、意見や要望などを伺い、理解・納得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	利用者家族からの意見・要望をまとめ、運営に活かしている。また運営推進会議において、家族から意見・要望を伺う時間を設けている。	主に家族面会時に連絡・報告を行っている。面会に来られない方については、電話連絡で報告を行っている。受診時の連絡のやり取りもまめに行い、意見の反映に努めている。今後は、年1回、無記名でのアンケートを実施する他、ホーム便りを発行し生活状況を伝えていく予定。	
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	毎日の申し送りや職員間での話し合い、定例会議で出た意見などを、管理者が本部での会議で報告している。	日々の申し送りや業務時に意見が出ることが多い。また、職員からの意見は真摯に受け止めすぐに実行している。職員からも“とても意見が言いやすく、風通しのよい職場”とのこと。	
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	月1回行われる本部会議で職場環境・条件の整備について話し合いをしている。		
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：認知症、ターミナルケア、清拭実技、接遇などの研修。 ・法人外：認知症実践者研修、介護支援専門員専門研修Ⅰ、社会福祉主事講座など年間研修計画を立て、実施している。		

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
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	同じ法人内での研修や勉強会などへ参加している。		
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	入居前の面接において、生活歴や現在の思いをよく伺って、信頼関係を築くように努めている。		
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	家族の希望や要望を伺い、利用者の新しい生活が安定するように努めている。		
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	最初に必要な支援を考える時に、利用者や家族の希望に添い、より良いサービスが選択でき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	”一緒に生活している”という思いで、お互いに何でも話せるような、安心して生活できるような関係を築くように努めている。		
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	本人の状態の変化や訴えなど、家族には何でも報告し、本人の気持ちを第一に考え、その生活を支えていくように努めている。		
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	馴染みの関係が継続できるように、家族、親戚や友人などにいつでも面会や電話連絡ができるようにしている。	友人や家族との電話のやり取りは自由に行っている。また、手紙や年賀状のやり取りも実施。家族が来られない方に対しては、一時帰宅する対応も支援した。家族が行きつけの美容院や外食などの支援を行っている	

茨城県 グループホームひだまり

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
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	お互いに誤解を与えないよう職員が間に入り、良好な関係が保てるように努めている。		
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	サービスが終了しても、家族に対して相談に応じている。		
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	安心して生活できるように、毎日の生活の中でよく観察し、情報収集をして、職員間で共有している。	申し送りやミーティングにて職員間の情報共有に努めるほか、家族から以前の情報収集に努めている。入居時の契約は出来るだけ自宅訪問し、自宅での生活状況を把握し、出来るだけそれに近い形でケアできるよう努めている。さらに入居後1週間は生活パターンの把握の為、24Hシートを活用している。	
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	入居時の面接において、本人や家族から話を伺い、これまでの生活を把握するよう努めている。		
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	できること、できないことの把握に努め、状態の変化についてもよく観察するように努めている。		
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	本人や家族の意見や要望を取り入れた介護計画を作成し、定例会議でのケアカンファレンスにおいて、見直しを行っている。	介護計画においては家族に説明を行い、同意を得ていた。ホームに来られない家族に対しては、郵送でやり取りをしていた。定期的にカンファレンスを行い、見直しをしている。日々のケース記録や職員の聞き取りから目標を定め、ケアの実践に繋げていた。	前回は“プランとの連動性”を挙げられていたが、計画書の目標がケア内容となっている事も為、達成可能な目標設定を期待します。必要に応じ、具体的な数値目標を掲げると評価しやすくなり、また、常に見やすいようケース記録に挟んでおくことで職員の意識も高まりプランとの連動性も出てくると思います。
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	日々の変化などをケア記録などに記入し、また、毎日の申し送りや職員間の話し合い、定例会議において、情報を共有して、ケアの見直しを行っている。		

茨城県 グループホームひだまり

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
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	本人や家族の希望するサービス(定期受診などの付添いや散髪など)が受けられるようにしている。		
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	民生委員、区長、地区班長には、必要時訪問していただき、情報交換をしている。また、警察・消防署には緊急時の対応を依頼している。		
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	月1回の訪問診療(医療相談・服薬処方など)の他に、体調変化時にかかりつけ医や看護師長などに相談し、受診や服薬処方(追加・変更)を受けている。また職員が対応した受診は、受診結果を記録し、家族に提示・説明している。	月1回、訪問診療が実施されている他、精神科や眼科などかかりつけの受診支援も行っている。外来受診を職員が対応した場合でも、家族にきちんと報告をしている。また、家族が受診付き添いした時も報告をしてもらっている。	
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	週1回の訪問看護(医療相談・バイタル測定など)の他に、体調変化時に、受診の相談などを行っている。		
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。	入院時には速やかに病棟看護師に介護サマリーを提供している。入院中は、早期に退院できるように、主治医(担当医)や病棟看護師などと密に連絡をとっている。		
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、事業所の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	契約時に、看取りの方針を説明し、同意を頂いている。	実際に看取りを行ったケースもあり、主治医・家族と話し合いを行い意向を確認している。看取りについての同意書も入居時に交わす他、実際その状況になった時も同意書を交わしている。医療依存度の高い場合は難しいが、重度化した時にも主治医・家族と話し合いを行い対応を検討している。	
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	年2回の避難訓練は行っているが、応急手当などの訓練は未実施である。		

茨城県 グループホームひだまり

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
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	消防署の指導を受けている。また運営推進会議を通じて、地域の方々に協力を依頼している。	災害訓練は年2回実施している。毎回、消防署の立会いの下に行い指導を受けている。夜間想定も行い、地震後の火災まで想定している。マニュアルや連絡網も準備してある。備蓄も万全で倉庫に保管してある。近隣住民は毎回参加しているが、傍観しているのみである。	普段の訓練から住民に参加してもらうことで、実際に災害が起きた時に住民の意識や動きも違ってくると思われるので、役割を認識し、参加への働きかけを期待します。
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	一人ひとりの個性を尊重し、利用者に合わせて声かけや誘導を行っている。	入居者の出身に合わせて方言を混ぜ個性の尊重に努めている。入居者の重要書類は事務所に保管し、書庫にはミラーでカバーし、外からは見えないようになっていた。	面会簿について、いつ誰が来たのかわかってしまう書式になっている為、わからないよう工夫していただきたい。また、入居者が使用するトイレの棚に置いてあるパット入れは、誰が使用しているかわからないよう配慮してほしい。
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	利用者のしたいことをよく聞いて、その思いを尊重するようにしている。		
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	職員の考えを押しつけることなく、一人ひとりが自分らしいペースで生活している。		
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	利用者の希望に添えるように、衣類を選んだり、整髪や化粧ができるようにしている。また季節に合った衣類を選べるようにしている。		
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	献立や好きな食べ物の話をしている。また野菜の下ごしらえ(皮むきなど)、片付けやお茶の準備を一緒にしている。	職員が入居者と一緒に食事を行っている。使い慣れた箸や食器で食事している。一部の可能な方には片付けやお茶の準備、テーブル・食器拭きをお願いしている。季節の食材を使用し、業者から仕入れた食材が殆どだが、近所からいただいた野菜も使用している。おやつなどは一緒に作っている。	
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	毎日、食事や水分の摂取量を記録し、体調や状態(体重の変化など)に応じて、食事や水分を提供している。		

茨城県 グループホームひだまり

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
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、歯磨きやうがいを行うように、声かけや誘導、一部介助をしている。		
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	できる限り自分で行っていただき、できないところを介助する。また尿失禁が減るように、チェック表で排泄パターンを把握して、声かけや誘導を行っている。	オムツを使用している利用者もトイレ誘導を行っている。オムツは足りなくなったら家族に持ってきてもらい、できるだけ本人と面会する機会を作ってもらいたいとの意向である。排泄チェック表にてパターンの把握に努め、声かけや誘導を行っている。	
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	食事や水分の工夫をし、利用者によっては主治医に相談して、便秘薬を処方してもらい、日々、コントロールを行っている。		
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	職員が曜日や時間を決めず、利用者の希望に添って行っている。	殆どの方が1日おきに入っているが、希望があれば毎日でも対応している。時間帯は特に決めず、できるだけ本人の意向に合わせている。脱衣所には防寒の為ストーブを用意。足ふきマットも一人ずつ使用。入浴剤を使用し、気分良く入ってもらっている。	
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	一人ひとりの生活のリズムに合わせて、自由に休息や就寝ができるようにしている。		
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	訪問診療や定期受診で、一人ひとりの状態に合わせ、主治医に薬を処方していただいている。連絡ノートや毎日の申し送り、服薬の内容(用法、副作用)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	一人ひとりの能力に合わせて、台所の片付け、掃除、洗濯物の片付けなどの役割や、書道、そろばん、編み物等の楽しみごとを提供している。		

茨城県 グループホームひだまり

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
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	行事計画を作成し、気分転換になるようにドライブや散歩に出かけている。また家族の協力も得ながら、外出(買い物や外食など)、外泊の機会を多く作れるようにしている。	時期的に散歩は控えているが、暖かい季節は日常的に散歩を行う。他、家族と外出や外泊の支援も行う。ホームで空港までドライブに出かけたり、近くのアウトレットモールや有名な場所へ出かけている。	
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	金銭管理は家族や職員が行っており、現在は個人で所持、管理している利用者はいない。購入の希望があれば、家族や職員が対応している。		
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	希望があれば、家族や友人に取り次いでいる。		
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	季節を感じていただけるように、その季節や行事に合った壁紙などを利用者で作成している。	天井が高く窓から光が沢山射し込めて、共用空間がとても明るく感じられた。季節の飾りも充実しており、共用部分には床暖房が設置され、とても居心地の良いホームであった。	
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	その時の気分や状態に合わせて、室内だけでなく、ウッドデッキや外にあるベンチで過ごせるようにしている。		
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	入居時に、使い慣れた布団類や衣服はもちろん、なじみのある家具類や食器も持ってきていただいている。	居室についても、自宅での習慣から畳を敷いてあったり、使い慣れた寝具や家具が置かれ、家族の写真も飾られていた。仏壇や位牌などの設置も対応している。	
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	一人ひとりの状態、状況(できること、わかること)に合わせた環境づくりを心がけている。		

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	26	介護計画の”目標”がケア内容となっているので、わかりづらい。	”目標”とケア内容をはっきり区別するようにする。 達成可能な”目標”を設定する。 介護計画を職員にも提示する。	”目標”をわかりやすくするために、具体的な数値を盛り込む。状態の変化に応じて、ケアのあり方について話し合い、介護計画を作り直し、書面にて職員に提示する(ケース記録のファイルにはさみ、意識付けるようにする)	3ヶ月
2	35	普段の訓練から住民に参加してもらうことで、実際に災害が起きた時に住民の意識や動きも違ってくる。	個々の役割を認識していただき、参加への働きかけを促していく。	年2回の消防訓練の他に、普段の訓練の際も、近隣住民に声をかけ、参加して頂けるよう働きかけていく。	5ヶ月
3	36	面会簿について、いつ誰がきたのかが分かる書面になっている。トイレの棚に置いてあるパット入れが誰のものか分かるようになっている。	面会簿の書式の変更。パット入れの名前を伏せるような工夫をする。	面会簿の書面を個別で記入できる形に変更をする。パット入れが直接見えないようにカーテンで仕切りをし、かつ名前の頭文字のみ記載し対応していく。	1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。