

### 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	2371400900		
法人名	有限会社プラン		
事業所名	ひまわり苑 1階		
所在地	愛知県名古屋市長区大高町字北平部1番地の76		
自己評価作成日	平成25年8月1日	評価結果市町村受理日	平成25年10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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371400900-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigvosyoCd=2371400900-00&amp;PrefCd=23&amp;VersionCd=022</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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市長区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年9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)】**

利用者様の要望、意見など尊重し支援している。また家庭的な雰囲気生活して頂けるように努めている。

**【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)】**

ホームでは、一人ひとりがその人らしく生活できるように、その方の希望に合わせた外出をとり入れながら、その人らしい生活の実現に取り組んでいる。ホームでは、利用者の状態に合わせた食事の提供に取り組んでおり、メニューや食材は業者が行っているが、調理については、職員が利用者に状態変化を見ながらアレンジを行っており、利用者が楽しく食事ができるような取り組みを行っている。さらに、ホームでは、毎日の入浴支援にも取り組んでおり、毎日入浴の準備を行っていることで、実際に毎日入浴している方もおり、取り組みの結果、利用者の皮膚状態が改善した方もおり、利用者にとって喜ばしい結果が得られている。また、ホームのベランダや庭では、天気の良い時は、ベンチに腰掛けて気分転換を行ったり、パーベキューを楽しむこともあり、利用者の楽しみにもなっている。

**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)	○	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広がったり深まり、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、活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	玄関、フロアに貼りだし、職員全体で確認できる。	ホームでは、利用者に以前のように自分らしさを思い出してもらえるように、家庭的な雰囲気の中で、穏やかにホームで生活してもらえることを目指した内容の理念を掲げている。理念を玄関、フロアに掲げており、理念の浸透に努めている。	現状、理念は掲げられているが、実践が難しい面が見られる。ホームの理念に込められている内容について、職員間で共有できるように、継続した話し合いが行われることを期待したい。
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	町内会に加入。散歩の際は挨拶をするように心がけている。	ホームは、町内会に加入しており、地域の清掃活動や、祭事にも参加するなど、地域の方との交流に努めている。また、ホームのクリスマス会に地域の方に来ていただいたり、中学生の職場体験の受け入れも行っている。	
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	あまり機会がない。		
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。地域の方との交流が徐々に深まり去年の12月ひまわり苑の行事に参加していただき利用者様も喜んでいました。	会議では、避難訓練等のホームでの取り組みや利用者の状態等を報告しながら、参加者にホームへの理解を得てもらっている。また、医療関係者の参加が得られていることで、医療面の助言等をいただくこともある。	現状、会議の開催日程の都合もあり、家族の参加が得られていないことが多い。今後に向けて、家族の参加を促しながら、家族にホームの取り組みを知ってもらう機会を増えることを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	生活保護の方が居るため、区の職員とは月に1回は顔を合わせアドバイスを頂いたりしている。	生活保護を受けている方を受け入れていることで、必要に応じて相談を行う等、市の担当者との情報交換等を行っている。また、地域包括支援センターが行っている交流会に参加し、情報交換にも努めている。	
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	職員は理解しているが、やむを得ない時は家族の同意のもと行っています。	身体拘束については、職員とも話し合いながら、可能な限り行わないケアに取り組んでいる。必要上、やむを得ない場合は行っているが、言葉による拘束につながらないように、職員による言葉遣いにも注意するように努めている。	身体拘束のないホームを目指すためにも、様々な方の事例や、他の事業所の事例を学びながら、職員間で身体拘束についての理解が深まる取り組みが増えることを期待したい。
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	言葉使いには日々気を使いだんだん慣れてくることから言葉が荒くなってきた際は管理者が注意するようにしています。		

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
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	その都度対応。		
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	入居前に十分に説明している。なにかあれば、その都度対応。		
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	苦情箱を設置して、苦情などがあった場合にミーティングにて話し合いをし、改善していく。	ホームでは、家族が集まる機会を、年2回、行事を通じてつくっており、家族からの意見や要望の把握に努め、利用者への対応に活かしている。また、ホーム便りを毎月作成しており、利用者の様子を家族に知らせている。	
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	その都度対応。	管理者は、職員から意見や提案等を出してもらうように努めながら、日頃の申し送りや毎月行っている会議で、話し合うように取り組んでいる。また、代表者も給与明細を渡す際に面談を行う等、意見や提案の反映に努めている。	
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	その都度対応。		
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	外部の研修に参加できるように環境を整えている。又研修に行った職員が研修で学んだことを職員全員に伝え、職員全体で共有している。		
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	名古屋市南東部交流会に参加している。		

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
<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	入所前に利用者様本人とゆっくり話し、本人の気持ち、やりたいことを大事にするようにしている。		
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	ゆっくり時間をとり質問、不安、心配事に対して聞き取り対応している。		
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	家族、利用者様からの会話の中からも必要な見極め対応している。		
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	人生の先輩である事を頭におき、友達感覚にならないように意識、注意している。		
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	いつでも面会可能なためなるべく多く面会し家族の絆、利用者様の状態を把握しえらえるように、面会に来ていただけるようにしている。		
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	その都度対応。	家族がホームに来訪した際には、家族がホームに泊まる等、利用者と家族と一緒に過ごす時間をつくっている。さらに、利用者が馴染みの床屋や喫茶店に出掛ける等、利用者本人の希望の実現にも努めている。	
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	コミュニケーションが難しい利用者様などは職員が間に入り利用者様同士の関係性も大事にしようようにしている。		

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	退所の際には家族に相談などがあればいつでも連絡くださいと伝えてある。		
<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	利用者様1人ひとりの思いを会話、表情、行動などから読み取り、本人の意向を把握できるように努めている。又家族から情報を頂く場合もあります。	職員は、利用者の言葉や表情等から思いや意向を把握したり、意志疎通が困難な方については、職員間でも確認しながら把握に努めている。また、ホームでは、センター方式の活用も行っており、職員間の情報の共有に努めている。	
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	入所前に以前の生活習慣がわかるように情報用紙を記入してもう。又なにかわからないことがあればその都度家族に情報を頂く。		
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	ミーティングなどで話し合い職員全体で把握している。		
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	ケアマネジャーを中心に話し合いを重ね介護計画を作成している。	介護計画の内容は、毎月の会議の中でも検討を行いながらモニタリングにつなげており、利用者の状態に合わせるように取り組んでいる。介護計画は、基本3か月毎に見直すようにしており、利用者の変化が大きい場合は、その都度、見直すようにしている。	介護計画の内容について、職員全体に浸透していない面が否めない。今後に向け、職員間でより理解が深まる取り組みを行われ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	個々の介護記録にお記入。又何かあれば連絡帳にも記入。		
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	その都度対応。		

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	本人が心身の力を発揮できているかは分かっていないが、外出し、楽しく生活できるように努めている。		
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	入所前に協力医に情報提供、入所検診をおねがいでいる。家族希望があれば、家族と相談し支援できるように努めている。	ホームには、協力医による月1回の往診があり、時間外でも対応が可能である。さらに、今までのかかりつけ医の継続についても可能であり、ホームからも受診等の支援についても対応している。また、歯科医による往診も行われている。	
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	看護師sの出勤が少ない為、介護者から看護師に情報提供している、又協力医にも連絡し指示をいただいている。		
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。	病院と話し合い、こまめに状況報告などをいただいている。		
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、事業所ですべての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	医療行為が必要になった場合は協力医と連携し、その都度対応。	ホームでは、重度化に関する方針については、入居時に説明しながら、理解を得てもらうように取り組んでおり、看取りを見据えた支援を行う考えを持っている。また、協力医による連携が得られている他、ホームの看護師による指導も行われている。	現状は、ホームでの看取り支援は行われていないが、今後に向けて、職員の資質向上につながる継続した取り組みに期待したい。
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	看護師より指導、又救急救命の講習などをうけている。		
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	25年から年に3回避難訓練を実施しようと計画。職員連絡表や緊急連絡表を提示してある。	ホームでは、年2回の避難訓練を実施しており、夜間を想定した訓練についても実施している。さらに、消防署による指導が得られている他、通報装置の取り扱いについても確認を行っている。また、ホーム内に食料品等の備蓄を行っている。	ホーム周辺環境が、緊急時の移動が困難な場所でもあるため、近隣の方との継続した連携に期待したい。

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
<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	記録などで個人名を記入する際はイニシャル使用。又職員にも情報を口外しないようにと徹底してある。	管理者は職員に対して、利用者の尊厳を損なわない対応をするように促しており、耳元で小声で話しかけることや、入室時にノックをすること等を伝えている。また、会議時に接偶に関する勉強も行っている。	
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	利用者様の希望に体調なども考慮し沿えるように努めている。		
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	常に利用者様のペースに合わせた介護をやるように努めている。		
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	利用者様の好みもあり個々にされている、できない利用者には支援する。		
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	食材配達で食材を依頼し、職員が調理。庭で育てた野菜などを使用することもある。片付けなどは手伝ってもらっています。	食事のメニューと食材については、配食業者を利用しているが、職員によるアレンジが行われており、利用者に合わせている。利用者も配膳や片付け等、できることに参加したり、ホームで採れた野菜の活用もあり、食事の際には職員も同席している。	
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	業者にて栄養バランス計算されている。又水分は多めに摂って頂くように努めている。		
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	自分で出来る方は終わった後に職員がチェック。出来ない方には職員が行っている。		

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	トイレに行く時間などを日々の記録などからある程度予測し、トイレで排泄してもらえるように支援している。	ホームでは、ユニット毎で取り組んでおり、排泄チェック表や個人記録に、利用者の排泄状態の記録を残しており、一人ひとりに合わせながら、トイレでの排泄を目指している。このような取り組みを通じて、利用者の排泄状態の維持をはかっている。	
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	利用者様からの訴え、日々の記録などから、その都度対応している。		
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ず、個々にそった支援をしている	体調などは考慮するが基本的に毎日入浴。入浴剤などを使用することもあります。	ホームでは、毎日の入浴を準備し、午前と午後に分けて、実際に毎日入浴している方もおり、皮膚状態が改善した方もいる。入浴を拒む方に対しては、時間をおいたり、職員が代わりしながら対応している。また、入浴剤や季節の入浴も取り入れている。	
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	個々にて好きな時間に横になっている。		
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	利用者様が服薬されている薬は介護記録と一緒にファイリングしてありいつでも職員が把握できるようにしてある。		
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	利用者様自ら進んで出来るような声掛けをし、お手伝いなどを行っていただいている。		
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	喫茶店などには月に1回は行けるよう心がけている、又散歩など気候などにもよるがその都度行く。	ホームでは、日頃から散歩に出掛けたり、買い物や喫茶店に出掛ける機会もつくっている。さらに、季節の花見に出掛けたり、外食の機会もつくっている。また、ホームでは利用者の希望に応じた外出も行っている。	



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
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	自己管理出来る方には家族と話し合い、所持できる。		
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	個々に連絡したい時は職員にて支援している。		
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	フロアに季節、行事毎に飾りつけを変える、居室は自由。	リビングには、風景の写真や、行事の写真を飾りながら、利用者が、のんびり過ごすことができる環境づくりに努めている。また、リビングには床暖房を設置していることで、季節による温度差がないように配慮している。	
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	テレビの前のソファで会話したりと自分の好きなよう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	居室内の物はすべて利用者様個人の物を持ってきて頂いている。又使いやすく居心地が良くなるように工夫している。	居室には、利用者が自宅から様々なものを持ち込まれており、家具や仏壇をはじめ、写真も飾られており、家具の配置もその方に合わせながら、その方らしい居室づくりを行っている。	
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	廊下、フロアなど広く、手摺りもあり歩行しやすくしている。またトイレには表札がしてありトイレの位置がわかりやすいようにしてある。		

(別紙4(2))

事業所名 : ひまわり苑

## 目標達成計画

作成日 : 平成 25年 8 月 1 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	1	重度化した際の介護技術の向上	重度化した際も職員が腰を痛めたりすることなく、正しい介助ができるようにしていく。	毎月ミーティングの際にビデオなどからのスキルアップ。研修などにも参加していき職員全体の知識、技術を高める。	1年
2	2	なかなか面会に来ない家族とのコミュニケーション不足。	家族との関係を深めていき、利用者様の昔の事などをもっと詳しく聞けていけるように。	面会に来た際に十分に時間をとり家族との関係を深めていく。	1年
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。