

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	0870700226		
法人名	特定非営利活動法人 エプロン		
事業所名	グループホーム エプロンハイム		
所在地	茨城県結城市大字田間1489番地2		
自己評価作成日	平成22年10月22日	評価結果市町村受理日	平成23年3月29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?JGD=0870700226&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)】

毎日がゆっくりとした時間の流れの中で、自分でできる喜びと達成感のある暮らし。ケアを受けながら個人のペースに合わせ、その人らしくのんびりと楽しく暮らしていただいています。

【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)】

利用者一人一人のペースに合わせ、ゆったりとした時間を過ごしている。職員一人一人が優しく、常に声かけをしていた。また、向かいの住民の方に駐車スペースを借りたり、散歩途中に野菜を頂いたり地域の方からのサポートを十分に感じさせる面もある。さらに、隣接するデイサービスとの交流も盛んで、デイの方と一緒に出かける事もある。入居者も年々体力等低下してきているが、職員に看護師がおり、実際に胃瘻の方も受け入れており、まさに“終の棲家”として安心して入居できる所である。

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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	事業所内に掲示したりミーティングなどに、言葉で伝えるよう意識している。	地域密着を念頭に置いた理念を掲げており、家族の方や誰にでも分かりやすい言葉で作られており、当然、職員も念頭に置いてケアにあたっている。	
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	老人会の慰問・夏祭りのおみこしが来てくれる。福祉大会などにも参加し、地域の人々の交流がみられる。	地域の神社の草取りに職員と一緒に参加したり、老人福祉センターで行われる福祉大会にも参加しており、お弁当を持参し、地域の方と一緒に食べている。今後、近隣の小学生等の体験学習も検討していく予定。	
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	地域の人達からの声かけ緊急時の通報など。散歩時の会話もみられる。		
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	ホーム内での行事・入居者の介護度の状況などの報告助言などを実施している。また、家族も参加され、意見交換を行なっております。	運営推進会議は2カ月に1度開催され、意見交換が行われている。地区担当の市職員や民生委員に参加してもらっている。家族の方も交代で参加するようにお願いしている。自治会長は、代わってから参加していない為、今後呼びかける予定。	
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	感染症・事故発生時の市町村への連絡。インフルエンザ発生時の予防対策と相談。	時期的に、インフルエンザや感染症対策について相談をしている。常日頃から市との連携が取れるような体制が整っている。	
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	身体拘束委員会を設置している。職員も心がけ実践している。	マニュアルを作成し、それに合った支援を行っている。夜間は防犯の為、玄関に施錠をしているが、身体拘束は行っていない。むしろ、病院で拘束を受けていた方が、退院して戻ってきて拘束の必要が無いくらい安心して生活できている。	
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	ミーティングに話し合いお互いに声をかけあい虐待防止に努めている。		

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
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	言葉では聞いているが良くわからない。今後研修に参加したい。		
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	入居時に説明し同意書に署名捺印する。退居後の予定希望を確認の上必要な事業所への連絡、情報提示などの調整に努めている。		
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	面会時に意見相談など気軽に話せる雰囲気になっている。全体会議で検討する。	家族とは、面会時に意見を聞くようにしている。特に定期的に便りを発行していないが、行事などの連絡はしている。行事に対する家族の参加率は非常に高い。	面と向かって話しにくい方や、後で思い出す場合も想定し、定期発行する便りの中でアンケートや意見を聞く機会を設けてはどうか。また、行事に対する家族の参加率が高いので、その機会に家族会議を開催するよう呼びかける事もひとつである。
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	ミーティングに意見を出し合い改善に向ける。	月1回のミーティングにて積極的に意見が出る様働きかけている。勤務体制についても、職員の方から意見が出ており、反映して流動的に対応している。職員の都合で離職があった場合、職員と入念に話し合い、できるだけ希望に添える様配慮している。	
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	一人一人がゆとりをもって勤務でき定時に退勤できる。時々食事会を設けている。		
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	研修会への参加または資格試験前の受講など。		
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	グループホーム交流会などに参加し情報交換をしている。また、他施設との勉強会を実施している。		

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
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	本人が安心して生活できるよう不安なことがあれば傾聴する支援を行っている。		
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	家族の不安に耳を傾け納得するまで何度も話しあっている。		
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	本人の隠されている能力が発揮できるよう職員間で話しあってサービスに取り組んでいる。		
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	本人の隠された能力が発揮できるよう支援している。		
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	本人の希望(外泊・外食・外出など)があれば家族に連絡し調整を図っている。		
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	家族をはじめ友人の面会を歓迎している。	入居者の殆どが地元の為、面会に来る人も地元が多い。年賀状や手紙等送られてきている為、返事の手紙を出すよう配慮していく予定。最近、近隣の農家の人とも馴染みの関係になりつつある。	
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	食事の際食堂で経営栄養を行い、孤立の解消を図り、他入居者との関係を維持している。		

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	退居の際、今後の生活について本人をはじめ家族の意向を十分に考慮し相談に努めている。		
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	常に本人の生活を観察し諸々の希望があればその都度対応している。	入居者からの意見が殆ど無い為、会話や生活歴から思いや趣向を把握し、実践するよう心がけている。	
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	サービス計画書に基づいて支援を行ない経過観察を行っている。		
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	一人一人の残存能力を理解し共に生活を過ごしている。		
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	全体ミーティングで話し合いをしたり往診時に医師の意見を聞いて課題の解決に努めている。	普段の会話や介護記録も参考にアセスメントが行われ、家族の意向も含め忠実に介護計画に目標として表記されている。また、その目標やサービスが実践できているか毎日チェックされており、連動性が見られる。	
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	入居者の生活に変化があれば介護記録に残し、ミニミーティングや全体ミーティングで方向性を決めていく。		
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	可能な限りニーズに応えられるように検討している。		

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
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	開かれた事業を展開していくために地域の民生委員の意見を参考にしながら入居者の生活の支援に結びつけていく。		
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	かかりつけ医受診時は、待ち時間が長くないように診療所から連絡が来ます。	2週間に1度往診医が来てくれ、居宅療養管理指導所及び在宅療養計画書を発行、家族に送付し把握してもらっている。また、受診時は特別な希望が無い場合は24時間体制の取れる指定医を勧めている	
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	全身状態に変化がみられた場合には看護師に状況を伝える。		
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。	入院中に面会に行くなど入居者の状況を把握し退院後などの情報、相談をする。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族、主治医、ケアマネ、看護師等を交え話し合い、今後の方針を決め看取りアセスメントシートにのっとり対応する。	近年、重度化してきている方もおり、初回契約時のみならず、その都度状態に応じて意向の確認を取っている。殆どの方が、“最期までホームで”との希望が強く、場合によって看取り同意書を交わしている。	
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	ミーティングに看護師からの指導まで、24時間体制で緊急時は主治医に相談、指示受けが出来る。		
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	避難訓練、及び消化訓練を行なう。災害用食料品飲料水など確保している。	避難訓練は年1回行われ、前回は夜間の火災を想定して2階の方を階段から救助する方法を実践。マニュアルも作成されており、水と乾パンの備蓄も用意してある。訓練には地元住民も参加し、協力体制は整っている。	①地震を想定した訓練 ②広域避難場所を家族に周知徹底 ③備蓄保管場所を火元から遠い所にする ④薬のファイリングも備蓄に用意 … 以上の点について検討していただく事を期待する。

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	声かけは常に相手の立場に立って行なうよう指導している。	個人情報については、入居時に許可を頂いている。トイレの鍵が故障しており、入居者が閉じ込められる危険は無いが、“利用中”の札を付けてプライバシーに配慮するよう取り組んでいく。	
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	入居者との信頼関係を築きあげながら何でも話しあえる環境づくりを行なっている。		
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	自分から意向を伝えるのは難しいですが、そのような希望があれば可能な限り対応していく。		
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	散髪をはじめ衣類の選択を関係者や家族に働きかけている。		
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	楽しみながら調理の下ごしらえや食器洗いを一緒に行なっている。	残存能力の活用で、食材を切ったり、食器洗いを手伝ってもらっている。食事は木曜日に近所のパン屋さんが来て美味しいパンを食べている。なるべく本人の趣向や状態に合わせてメニューを考えている。	
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	日々の食事を把握しながらその人らしい食事量で提供している。水分量・食事量ともに記録に残している。		
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、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、歯磨きを行い、口腔内の清潔に努めている。		

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
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	排尿が頻回な入居者に対してはトイレ誘導時以外にも汚染の確認を行なっている。	オムツ使用者は3名だが、いずれも歩行困難者。時間でのトイレ誘導と自分でトイレに行く場合があり、排泄パターンを把握している。	
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	水分不足や運動不足による便秘をなくす為その人にあつた支援を行なっている。		
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てしまわずに、個々にそつた支援をしている	早く入浴を済ませて休みたいとの希望があれば、順番を早めに実施し、対応している。	入浴は週3回は入るようにしている。基本的には午後が多いが、本人の希望やタイミングに合わせて柔軟に対応している。以前入浴拒否される方もいたが、職員が上手に対応していた。	
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	夜間眠れず訴える入居者に対しては、昼間の臥床時間を短くし散歩などの外出を実施している。		
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	内服の名前確認を行い一人一人飲んだのを確認する。担当者は薬の内容を確認する。		
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	築き上げてきた人生観を大切にしながらその人らしい支援をおこなっている。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	天気が良い日には戸外への散歩の付き添いを行っている。家族と外出の希望があれば連絡調整を行なっている。	天気の良い日は散歩に出かけており、近所の方との交流もある。しかし、家族等面会時の外出機会は少なく、今後外食も含めて機会を増やしていく予定。	

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	金銭管理は家族対応となっております。		
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	本人の意向があればその都度対応しております。		
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	季節に合わせた空調管理を行い生活しやすいようにしております。畳の和室では皆が足を伸ばし、くつろげるような環境で生活していただいています。	とても開放的な空間で、廊下や浴室には床暖房設備が整っており、ほんわかした暖かさを感じる。和室もありくつろげる環境になっている。日中は居室は殆ど使用していない為、寒暖差があるが、入室前に暖房を付けている。	
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	同じ趣味が行なえるようテーブルの配置の工夫をしている。		
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	馴染みのベットや筆筒を居室で使用することにより安心して生活が送れるよう工夫している。	居室はベッドや布団を敷いている人がいたり、その人の習慣に合わせて対応している。慣れ親しんだベッドや筆筒、お位牌等持ち込まれ、居心地良く過ごせるよう配慮されている。	
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	生活習慣(時間割りなど)を居室に掲示し自分で行動できるように工夫している。花壇の配置も水遣りしやすいように工夫している。		

目標達成計画

作成日：平成23年3月28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	35	夜間時は職員一人の為、入居所を安全に避難させることができるのか。また、停電で連絡不能な時どうすべきか、不安である。	職員の不安を軽減し、入居者が安全と安心の日常生活が送れるようにする。	①昼夜において地震や火災を想定した訓練及びマニュアルを作成する。②近隣住民と協力の体制を確保する。③水や食糧、薬の十分な確保。	3ヶ月
2	43	排泄の自立に向けたケアの統一化を図りたい。	身体的状況にあわせたオムツ対応を実施する。	現在昼夜のオムツ対応は2名。リハビリパンツのみの対応者が2名。リハビリパンツとパット併用者が3名。尿取りパットの汚染の回数を減らし、リハビリパンツだけで生活できるように計画し、実施する。それに向けてこまめにトイレ誘導し排泄パターンを把握する。	6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。