

(別紙4) 平成 25 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	0872000807		
法人名	有限会社ライフファクトリー		
事業所名	グループホーム美桜		
所在地	茨城県つくば市小野川10-12		
自己評価作成日	平成25年10月日	評価結果市町村受理日	平成25年6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	http://www.kaizokensaku.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JiyosvoCd=0872000807-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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25年4月19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)】

入所されている方々のADLが年齢とともに低下されています。そういう状況下で看取りの問題など様々な事情が出てきています。こんごは看取りの体制などにも力を入れていかなければならないと考えています。また今まで同様家庭的な雰囲気施設の施設にしていきたい。

【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)】

閑静な住宅街にありながら緑が多く、散歩するには絶好の立地にある。ホーム内は明るく、温度湿度が調整されていて過ごしやすい。アロマを使用したり、季節ごとの装飾品を配置している。リビングの近くに台所があり、調理をしている音や臭いが感じられ、家庭的である。食事も彩りを考え、食欲の出るような工夫をしている。常に音楽が流れ、利用者が穏やかに過ごされている様子が窺える。

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 (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
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	管理者及び職員は理念を念頭に置き、ご利用者の援助に反映できるよう努めている。	開設当初から同じ理念を掲げている。リビングの見やすい位置に掲示しており、ケアを行う上での原点として、職員に浸透されている。	
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	地域の自治会、老人会の方々がボランティアとして行ったださる。施設も地域行事に参加するようにしている。	自治会主催の催事、夏祭りや餅つきなどに参加している。また老人会のボランティアが散歩の支援や音楽演奏を定期的に行っているなど、地域との交流は多い。	
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	学校の生徒の見学や、実習生、ボランティアの受入れなどを通して、支援方法や理解を深めている。		
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	会議の中では、ご家族や自治会の方々のも積極的に意見を出してもらえるようにしてサービスに活かしている。	3か月に1回、家族、行政、自治会、老人会の代表者と行っている。家族から行政への質問に、その場で回答が得られ有意義な会議になっている。	
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	つくば市地域密着型サービス連絡協議会等を通して意見交換している。ほかのグループホーム取り組みなども参考にしている。	行政の担当者が、不明点や疑問に思うことなど、相談に対応してくれる。市の連絡協議会もあるため、情報交換もできるシステムになっている。	
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	おむつの異食行為がある方が1名入居されており、ご家族に説明と同意のもと、鍵付きのつなぎ服を着用されています。玄関は防犯と事故防止の為施錠しています。	異食のため、つなぎ服を使用している利用者がある。同意書は、拘束を始めた時のままであり、定期的な見直しのためのカンファレンスを行っていない。またベットの位置が高すぎたり、4点柵に近い状態になっている。	身体拘束に対する意識付けのための研修会を開催する必要がある。拘束を行う期間を設定しているの、定期的にカンファレンスを行い見直しを行っていただきたい。

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
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	言葉遣いも含め職員間でも気配りしている。研修会の参加や施設内でのカンファレンスでも学ぶ機会を設けている。		
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	権利擁護や成年後見制度は、あまり理解されていない。今後の課題として学ぶ機会を設ける。		
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・解約に関しては、必ずご家族と面接し、十分説明し、理解と同意を得ている。改訂等に関しては、その都度連絡資料送付を行い、質問があれば対応している。		
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	行事時や面会時に意見や要望を話しやすい雰囲気となるよう心がけている。また寄せられた意見や要望を支援サービスに反映できるようにしている。	面会時に意見を聞いている。意見箱を設置しているが、直接意見や要望を伝えてくれる家族が多い。	
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	カンファレンス等で職員の意見等を聞き、サービスの改善また質の向上につながるものは、積極的に取り入れたい。	不定期ではあるが、ミーティングを行っている。職員同士、申し送りノートを使い情報共有をしている。管理者へは、直接意見を伝えている。	定期的にミーティングを行って、職員、管理者との情報交換を行っていただくように伝えた。
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	職員個々の実績を評価し給与に反映したり、出来る限り職員の都合のよい時間帯、勤務時間等配慮している。		
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	サービス提供時に各職員のケアの力量を把握し都度、助言、指導等行っている。研修等に関しては勤務体制を出来る限り調整し積極的に参加する。		

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
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	つくば市地域密着型サービス評議会等を通じ行っている。		
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	ご家族の面談時は出来るだけ今までの状況をお話していただき、ケアを実施する参考にし、良い関係ができるようにしている。		
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	サービス導入時は、ご家族の面談の中で施設に対する要望や、今後の方針などについて話し合うようにしている。		
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	ご家族との面談の中で、現状の説明、問題点をあげ、相談しながら援助方法を決めている。		
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	食事や洗濯物など個々に応じて、出来る限り一緒に行動できる時間を持ったり、声かけしながら援助している		
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	ご家族の面会時は必ずお茶を出しながら、コミュニケーションを図り話しやすい環境づくりに努めている。		
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	ご本人が以前住んでいた場所などはドライブがてら、行ってみたいりしている。大切にしているものなどは職員も大事に扱い日頃から目にすることができるようにしている。	家族から外出への要望があった時など、希望に添えるように支援している。都内までドライブに行ったこともあった。	

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にご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	一緒にレクレーションを楽しめる場面作りを実施している。またお手伝いをしていたりする中で触れ合う時間を大切にしている。		
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	相談事困り事があれば、対応するようにしている。		
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	ご本人の今までの生活習慣や趣味など暮らししてきた過程を把握し出来る限り近づけるよう努力している。	利用者からの要望は日々の会話の中から汲み取っている。また、家族の意向を聞き本人本位に検討している。	
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	ご家族との面談の中で、過去の仕事、趣味、特技、今まで印象に残ったエピソード等お話いただき、しぜつでの生活の中で活かせるよう援助している。		
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	ご本人の一般状態と毎日午前、午後に把握し、身体状況も含め1日の過ごし方を決定している。		
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	新しい課題が生じたりケアに変更が出た場合は、スタッフ間や家族で話し合い計画を立案している。	ケア記録に時間の記載がない。ケアプランの評価日に年号が記入されていないため、見にくい。ケアプランが日々のケアに反映されていない。	利用者一人ずつに担当者を決め、ケアプラン作成にも積極的に参加していただきたい。定期的にケアカンファレンスを開催し、ケアプランを反映したケアを心がけていただきたい。
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	各勤務毎の記録、申し送りノート、ワークシートを活用しながら、情報を共有している。支援経過記録に基づき1ヶ月毎にモニタリングも出来ている。		

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
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	ご本人の状態や、ご家族を含む環境に合わせて対応している。緊急時や重要なことへの対応にも、できる限り協力し支援している。		
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	地域の自治会や老人会の方々がボランティアとして、行事を実施してくれる。またがっこうの生徒の受け入れを実施し、子供達との触れ合いも大切にしている。地域行事の参加も心がけている。		
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	成島Drの往診が月2回。必要に応じて家族も交えて、診察実施。家族本人の希望に沿った受診ができるように支援している	月2回の往診がある。希望するかかりつけ医の受診は、職員が送迎している。毎週歯科医の往診があり、口腔ケアや嚥下に関する相談をし、身体状況の把握に努めている。	
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	バイタルサインや、一般状態の変化時は、すぐに報告し受診する体制が整えられている。		
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。	入院した病院に定期的に面会実施。病院スタッフより病状説明してもらう。退院時に合わせて施設も受け入れ体制を整えている。		
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	主治医、家族、スタッフ間で話し合いを持ち家族の希望に沿って対応している。	看取りを行う場合、終末期に家族やかかりつけ医、看護師、職員で話し合い同意書を作成している。夜勤帯は職員が一人であるため、管理者が常時応援できる体制になっている。今後、訪問看護の利用を検討している。	
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	緊急時の対応は職員間で適切に実施することが出来るが、応急手当や初期対応に関しては、勉強会の実施や研修の参加が必要である。		

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
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	夜間の火災訓練を実施しなければならない。またそれ以外の災害に対しての体制も検討する必要がある。	実際に夜間の避難訓練を行った。要する時間や手順など検討する事項の確認ができた。近所の応援もあり、昼間の訓練には参加していただいている。	
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	過去の生活歴、職業を把握し個々に応じた対応を実施している。サービスを導入する経緯なども十分把握することも配慮している。	生活歴を把握し、利用者の誇りを傷つけないような配慮をしている。	
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	ご本人の訴えに対して、よく観察し、話し合い希望に沿った対応ができるよう心がけている。		
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	コミュニケーションを図りながら希望に沿った対応ができるようにしている。		
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	寝る前、起床時の着替えの実施。外出時には、それにふさわしい身だしなみを考慮している。		
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	お茶入れ、配膳など出来る範囲で手伝ってもらっている。片付けも一緒に実施したりする。	ミキサー食も彩りを考えて食欲が出るように工夫している。水分が不足しがちなので、紅茶やスポーツドリンクのゼリーを毎食提供している。利用者が下膳を手伝うこともある。	
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	献立表に沿った食事を提供している。1日の水分摂取量のチェックも実施し、不足時はゼリーや嗜好品で補給している。		

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
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	毎食後口腔ケアをお実施している。自立されている方には声かけをし、入れ歯の方は入れ歯をはずして、うがいをしてもらう。うがいのできない方は、ガーゼで拭き取り清潔を保持している。		
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	個々の排泄パターンを把握し、トイレ誘導を実施している。日中、夜間でのおむつの着用などにも配慮している。	排泄パターン表を利用し、なるべくトイレで排泄できるように支援している。利用者の排泄サインを見逃さず、さりげなく誘導している。	
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	排泄チェックを実施し2日間排便がないときは坐薬を使用している。下剤の量も状況に応じて調整している。水分摂取量のチェックを実施し必要量が摂取できるよう援助している。		
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	1日の中で個々に合った時間をきめる。入浴時は頭や、足のマッサージなどを心がけ、なるべくリラックスしてもらえるように援助している。	週に3回の入浴を行っている。希望に沿うように時間も配慮している。排泄の失敗時にはシャワー浴も行い、清潔の保持に努めている。	
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	個々に合わせ、起床、就寝時間を決めている。また、日中も休むタイミングを配慮している。		
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	特に認知症の周辺症状に対する内服薬については、副作用の出現に十分注意を払っている。誤薬、飲み忘れなどがないように服薬管理できている。		
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	ギター、ちぎり絵、カラオケ、フラダンスなど、様々な行事を取り入れ生活の中に張り合いが出来るよう努めている。		

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
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	散歩やドライブなど、屋外に出る機会を設けている。家族を交えてのお食事会なども企画している。	目の前の公園に、日常的に散歩に出かけている。希望の場所まで、遠方であっても車で同行したこともあった。	
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	金銭管理ができていない利用者様は1人もいないのが現状です。ご家族に承諾を得ながら買い物している。		
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	ご本人の希望があったり、お話ししたい様子があれば対応している。		
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	エアコンの設定温度調整には十分注意している。清潔に努め、不快にならないよう清掃をきちんと実施している。アロマをたいたり、季節のお花を生けたりしている。	大きなソファを置き、ゆったりとくつろげるリビングである。廊下にアロマが設置され、掃除が行き届いており、臭いがなく非常に清潔である。	
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	ソファやダイニングテーブルを置いたりベランダに出ても、くつろげるようになっているので、自由に好きな場所に居られるようになっている。		
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	入居時には、使い慣れたものを持ってきてもらうようにし、ご本人が安心できる居室作りをしている。	エアコン以外はすべて使い慣れたものを使用していただき、安心してくつろげる居室になるように配慮している。	
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	毎日の生活の中で、やる気のできる事、出来ることは積極的に誘導し行っていただくようにしている。ご本人の出来ることは生活の中に取り入れるようにしている。		

目標達成計画

作成日：平成25年6月18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	6	夜間つなぎ服を着用している方が1名いらっしゃいます。	・つなぎ服をはずすことができる。	・夜間、取り外しを実施し状況を経過観察していく。	6ヶ月
2	11	定期的なカンファレンスが実施されていない。	・カンファレンスを、ケアプランのモニタリングや評価に反映できる。 ・入所者に統一されたサービスを提供することができる。	・定期的に月1回のカンファレンスを実施する。	3ヶ月
3	26	ケアプランがケアに実践されていない。	・ケアプランが日々のケアで実践できる。	・入居者ごとの担当制を実施していく。 ・ケアプラン評価ノートを作成し意見交換を実施する。 ・時系列的な記録を実施する。	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。