

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	2372400537		
法人名	医療法人 メディライフ		
事業所名	グループホームひいらぎ		
所在地	半田市岩滑中町4-180		
自己評価作成日	2009年10月1日	評価結果市町村受理日	平成21年12月25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.aichi-fukushi.or.jp/kai gokouhyou/index.html
----------	---

【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	愛知県名古屋市中村区松原町1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年11月2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)】

利用者の方が、ケアを一方的に受けるのではなく、今までの経験をいかしいいきと生活できるように努めています。
一人ひとりの生活に合わせたケアの実施に力をいれ、その人の今までの生活リズムに合わせ、馴染みの場所などにでかけるなど、その人が今までの生活をできるだけ継続できるようにケアをめざしています。ホームの中では、四季を感じられるように季節の花や飾りなど、習慣など毎日の生活を楽しめるように努めています。

【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)】

古くから山車隊が行われている半田市の岩滑地区の住宅街の中にあるホームは、開設6年目が過ぎ、地域に馴染み、近隣の住民が気軽に立ち寄り野菜等の差し入れがある。一人ひとりの今までの生活リズムに合わせ、人格を尊重し、その人が今までの生活をできるだけ継続できるよう能力を活かしたケアの実践に取り組んでいる。管理者と職員は、家族の一員のように接し、ホームの中では笑顔や会話が絶え間なく、アットホームな雰囲気である。居間兼食堂からテラスに自由に出入りができ、お茶や会話を楽しめるよう工夫している。母体が医療法人であり、他事業所との連携も良く、24時間体制での対応が可能で安心である。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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. 全くいない
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	・理念を掲げ、日ごろから職員同士でよく話し合っている。	理念をである「四季を楽しむ 花を楽しむ 自分らしく生きる 実現のために人それぞれに夢のある毎日を」を共有し、管理者と職員は「今日、今を楽しく生きていける」ケアの実践がされている。	
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	・隣組に入り回覧板をまわしたり、地域の催しごとに定期的に参加している。野菜をいただくなど日常的なかかわりがある。	1週間に1回、婦人会開催の喫茶「ふれあいコーヒー」に出かけ、地域住民と交流を図りグループホームを理解してもらっている。また、自治会の敬老会や運動会にも参加し地域とのつながりを大切にしている。	
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	・地域の人々へ向けては、庭掃除や散歩のときにかかわる以外はあまり実施できていない		
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	・運営推進会議ででた意見を職員会議で話し合ったあたりして、できる範囲でサービスの質の向上につとめている。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催、参加者は市の職員、民生委員等の参加があり、情報交換や話し合いを行い、要望を基に認知症の理解を深めるためパンフレットを作成し、地域の区民館に置いて対応している。	
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取り組んでいる	・定期的な運営推進会議以外にも地域推進会議や窓口に向かって協力関係を努めている。	相談ごとがあるたびに市の相談窓口を訪問し意見交換している。さらに、市のキャラバンメイトにも参加し協力関係を築くよう取り組んでいる。	
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	・玄関は施錠してあるが、その意味を職員会議で話し合い、外出の声かけを増やして利用者の方を閉じ込めないように工夫したり、できるだけ拘束のないケアに努めている。	管理者・職員は「身体拘束をしない」ケアを事務所の方針に掲げ、外部研修にも参加し全職員に周知されている。家族の要望で安全のために玄関は施錠しているが、利用者が外出時先回りし鍵を開け一緒に出かけるようにしている。	身体拘束の外部研修に参加し全職員に周知されているが、その記録の部分が分りにくい部分もあり、今後は記録の徹底を望みたい。
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	・虐待の危険性について話し合いなどはしているが十分ではない		

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
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	研修に参加したりはしているが、理解が十分ではない		
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	・説明して同意を得ている		
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	・月に1回の家族会で意見を伺って反映できるように努めている。	家族の来所時に意見・要望等を聞きとりノートに記入、利用者の要望等を職員会議で検討している。お金を持ちたいとの利用者の要望に家族の了解を得て自己管理している方がいる。その他、月1回の家族面談等の意見や要望等を運営に反映している。	
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	・職員会議や定期以外にもミーティングなどを設けている。	運営に関して職員の意見や要望が提案できるように、連絡ボックスを作っており、月1回の定期会議で検討している。管理者は職員がプライベートの悩みや相談をいつでもできる機会を設け、運営に反映している。	
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	・年に1回個別で話し合いできる場を設けるように努めている。		
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	・可能な範囲で法人内の研修に参加している		
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	・年に1回の法人の他事業所との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
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	・本人の望む生活や、困っていることを十分に聞いてサービスの利用を開始できるように努めている。		
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	・サービス導入前に家族と話し合う時間を十分にと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	・ケアマネージャーとも相談しながらサービスの利用の可能性も含めてグループホームへの入居へ向けて話している。		
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	・介護するのではなく、一緒に生活して必要な支援ができるように努めている。		
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	・入居してからも家族との関係作りにも配慮したプランの作成に組み込んでいる。		
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	・ご家族とそのつど話し合いながら、安全面にも配慮してご友人との外出など支援に努めている。	以前、利用者が住んでいた家に職員と一緒に訪問し、自宅で出前を取ったり、自宅近くの行きつけのお店で食事をしたりと、馴染みの人や場所との関係が途切れないように実践している。	
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	・職員が間に入り、一緒に生活している楽しさも感じてもらえるように配慮している。		

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	・退去後もホームに訪ねてくださったり、使用中のサービスに必要な情報の提供をしている。		
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	・本人の希望を1番にプランを作成し、ご家族も困らないように相談し調整している。	日々の生活やお茶を飲みながら何気ない会話の中から、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。困難な場合は、家族に相談しながら把握するようにしている。	
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	・生活歴シートを活用し、それ以外にもご家族から話を聞いてホームでのケアに必要な情報をとりいれている。		
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			
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	・最低月に1回は家族、本人と話す機会を設け、必要な場合はそれ以外でも個別に連絡を取り相談し介護計画にとりいれている。	毎月職員は、担当者だけではなく全利用者の情報交換をし、利用者がよりよく暮らせるために話し合い、3ヶ月に1回介護計画を評価し、家族の要望も含め、現状に即した介護計画を作成している。	
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	・介護計画の見直しや細かいアセスメントに個人記録を活用している。		
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			

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			
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	・主治医をどうするか入居時に相談し、状況に合わせてそのつど話し合っている。必要であれば専門の科に受診するなど支援している。	月2回嘱託医の往診があり、入居前からのかかりつけ医にも家族と一緒に受診し、その際にはホームから情報提供がある。また、24時間体制で訪問看護が対応する仕組みがあり、適切な医療が受けられるように支援している。	
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	・訪問看護の事前シートを使用して、状態の変化の連絡がもれないようにしている ・受診の際は受診シートを活用し家族、主治医と連携をとるようにしている。		
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、家族と連絡をとって早めの退院に努めている。		
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	・定期的にご家族と話し合い、状態が変化したときも改めてご本人やご家族の希望などを聞くようにしている。	重度化した場合や終末期の対応について、入居時に本人・家族と話し合い、医師、訪問看護等関連機関とも共有している。しかし、状態変化がある時はその都度家族の心情を察し、こまめに意向を確認しながらチームで支援に取り組んでいる。	
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	・研修など実施しているが十分ではない。		
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	・地域の避難訓練に参加している。	年2回5月と9月に地域の避難場所(半田高校)まで利用者と一緒に訓練を行い、利用者と共に体育館で一泊体験もしている。職員は、避難経路や時間を計測し、日々安全面に配慮している。また、備蓄も倉庫内に大量に保管している。	避難訓練等について、夜間を想定した訓練の実施と、地域住民と協力体制を築く工夫を望みたい。

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
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	・研修や接遇で話し方、利用者の方への対応をふりかえって見直している。	研修や接遇で話し方など対応方法を学び、一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーを損ねないよう職員間で振り返り、会議内で話し合い見直しを行っている。	
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	・希望の少ない人には希望が出しやすいように選択肢をしぼって尋ねるなど工夫している。		
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	・業務が優先にならないように、職員同士も声を掛け合いながら気をつけている。		
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	・起床時に一人ひとりにあわせて整容していただいている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	・器を食事によって変えたり、盛り付けにも気を配っている ・食事の形状が刻みやペーストの片にも彩りなど配慮している。	個々の嗜好を取り入れ、その日のメニューを利用者と一緒に決めている。差し入れの大きな魚を職員がおろしていると、利用者も一緒に調理に参加することもあり、楽しみながら一人ひとりの能力を活かせるよう支援している。	
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	・体重や血液検査の結果などを目安にし、一人ひとりに合わせた栄養摂取、水分補給のプランを実施している。		
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	・毎食後実施している。自立の方も最終確認するようにしている。		

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
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	・オムツの必要な方でも、日中は下着と併用するなどしている。 ・尿意のない方でもトイレに座る機会をつかってトイレでの排泄に努めている。	トイレ誘導の際には、さり気なく声をかけ、一人ひとりの排泄パターンを把握している。また、排泄の失敗やおむつの着用を少なくし、トイレでの排泄支援を実践している。	
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	・排便状況を記録し、訪問看護と連携をとりながら予防にとりくんでいる。		
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	・利用者さんによってだいたいの入りたい頻度を把握し、そのつど声をかけて実施している。 ・毎日入りたい方や夜入りたい方にも可能な範囲で実施している。	一人ひとりの希望やタイミングに合わせ、夕食前と寝る前に時間を設け、入浴を楽しめるよう支援している。浴槽は二つあり車椅子での入浴も可能になっており、現在は3人の方が機械浴を利用している。	
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	・利用者さんのだいたいの就寝時間を把握し、その方に合わせて声かけなど実施している。 ・体調不良や熱発のときは休息をうながすなどしている。		
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	・薬の把握できるように努めているが、十分ではない。		
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	・生活暦シートを、ケアプランの作成、実施に活用している。 ・誕生日の日は好物を用意するなどしている。		
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	・その日の希望を聞いて実施している ・前から計画している場合はご家族にも参加してもらっている。	お墓参りや母体の通所サービスに出かけ交流を図っている。また、菊花展、スーパーに買い物行ったり、近隣の行きつけの床屋にも出かけている。家族の協力を得て、利用者が友人と一緒に外出できるよう一人ひとりの希望に沿った外出支援を行っている。	

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	・ご家族に相談して実施している利用者の方もいる。		
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	・本人の希望がある場合家族に了解を得て支援している。		
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		玄関にソファがあり、利用者の気分転換に利用したり、1階の居間兼食堂には季節の花を飾り季節感を採り入れている。バルコニーにはテーブルを設置し、お茶を飲みながらゆったり過ごせるよう配慮されている。2階の廊下にも長椅子を設置しホーム全体が居心地よく過ごせるように工夫している。	
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	・セミパブリックな空間作りに心がけている。 ・バルコニー、玄関のソファ、2回廊下の長いすなど配置、和室(事務所)の活用		
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	・馴染みのタンスや写真、飾りなど持ってきていただいている。	各部屋は別々のつくりになっており、部屋には使い慣れた家具やベッドなど、家族と利用者で相談しながら思い思いの場所に配置しており、動線も考慮され、本人が居心地よく過ごせるような工夫が出来ている。	
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	・利用者の方の状態に合わせて、居室の手すりや家具配置、寝具の種類など検討している。		

目標達成計画

作成日: 平成 21年 12 月 11 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	16 17 18 38 40	研修(プライバシー保護、高齢者虐待、身体拘束、倫理及び法令遵守、感染症)の記録がない	定期的に、各項目に関する研修に参加し、職員がそれぞれに関する知識を身につけ現場にいかせるようになる	①年度始めの研修計画に組み込む ②各項目に関する研修開催の情報を調べて定期的に参加できるように勤務など調整する ③研修記録が作成されているか確認する	3ヶ月
2	20 49	介護記録などにかんする開示する方法や、開示した記録がない	介護記録を開示できることを明記、説明して、介護記録を見てもらいやすい環境を整える	①入居の際に説明する項目にいれ重要事項に開示する方法を明記する ②月1回の家族への報告の際に介護記録を見てもらえるようにする ③介護記録を開示した記録を残せるように家族のサインの欄をお知らせノートに作る	3ヶ月
3	56	マニュアルの見直しを検討した記録などがない	職員で話し合い、マニュアルを定期的に見直せるようにする	①年に1回必ずマニュアルを見直す会議を実施する(職員会議に組み込む) ②マニュアル関係の担当者は必要に応じてマニュアルの中身を改訂し、その経緯や日付などを記入するようにする	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月