

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	4390100685		
法人名	医療法人 室原会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 鈴の音		
所在地	熊本県熊本市国府1丁目3-15		
自己評価作成日	平成22年2月25日	評価結果市町村報告日	

※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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通4F		
訪問調査日	平成22年3月6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)】

昨年3月にオープンした新しい施設です。地元で長く開業している医院が母体で、隣接しているので緊急時すぐに診てもらうことができます。また、医師のみならず理学療法士・作業療法士・栄養士など多才なスタッフと連携をとり、入居者お一人お一人にあった支援を心がけています。また、毎月1回、にっこにこ会(催し物)を行っており、ご家族や地域の方々との交流の場になっています。会には地域の方々がボランティアできていただいております。今までに、タイ舞踊・日本舞踊・オカリナ演奏会などを開催しました。

【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)】

長く地域の医療に携わって来た代表者が福祉・介護の面においても地域を支えたいとの思いで開設したホームである。開設一年がたち職員も徐々にまとまってきており、介護に向けた共通認識も高まりつつある。今後は、さらに入居者一人ひとりの思いや入居者同士が支え合う関係作りの支援等が期待される。ホームは住宅街にあるものの商店街に近く、地域との交流も自然な流れの中でしやすく、何よりも地域の人々に認知症や認知症ケアの啓発拠点としての一翼を期待したい。

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、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)	○	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

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	「家族的介護」を介護理念に掲げている。また、地域密着型サービスの意義をふまえた心がけを作成し、実践につなげている。	地域の方が馴染みの場所に安心して過ごせるように、入居者と職員が家族であるように、家族的に支援できる思いを込めて作成をした。	地域密着型サービスの意義を職員全員が意識し、入居者の生活を支えること、職員と入居者が支え合って生活出来るようにホーム全体で具体的な意見の共有化を期待したい。
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	回覧板を回してもらったり、地域の方に催しのボランティアとして来ていただいたりと、ふれあいを大切にしている。また、買い物や散歩の際、地域の方への挨拶を交わしたり声をかけたりと交流している。	日常的に買い物や散歩などに出かけ、地域の人たちと挨拶を交わしたりしている。自治会にも加入しており、定期的に地域の方がボランティアで来て交流している。	
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	運営推進会議の際に日々の事例を報告している。		
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	小規模多機能型居宅介護事業所と一緒に運営推進会議を開き、活動報告など話し合いを行い参考意見等の実践に努めている。	運営推進会議では事業所の出来事を報告したり、今後の活動を報告している。委員から出た意見を参考にして質の向上に努めている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に包括支援センターの方に参加していただいている。また、市の担当者には事故発生時の報告・相談など連絡を取るように取り組んでいる。	法人として初めてのグループホームなので、日々の業務や、わからないことがあった時には役所の担当者に相談をするようにして、協力体制を築いている。	
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	身体拘束マニュアルの中で介護保険指定基準における禁止の対象となる具体的な行為を明記し拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	身体拘束マニュアルに基づき、研修会に参加し身体拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	法人内の研修会とともに、グループホーム同業者が主催する研修会の参加も期待される。
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	高齢者虐待防止関連法についての研修に参加したことはないが、全職員が日頃から、気づきを大切にケアを行っている。		

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
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	成年後見人制度を使われている方がいるので概要は把握しているが、研修等に参加し活用できるように努めたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居前に必要な説明は行い、家族が理解・納得した上で契約を行っている。		
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	入居者・家族にアンケートを実施したり、運営推進会議で家族からの意見・要望を聴く機会を設け、それらを運営に反映させるように努めている。	普段の関わりの中で聞いた意見や、アンケートから得られた意見は職員間で話し合い、施設長に相談して運営に反映してもらったりしている。	家族会を開催するなど家族同士の交流を深めるような機会を設けることなどが期待される。
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	定期的な職員会議で職員の意見や提案を聴く機会を設け、反映させるように努めている。	毎月1回の職員会議で意見を聞いたり、アンケートを実施したりしている。施設長が職員一人ひとりと面談を行い意見を聞くようにしている。	
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	アンケートの実施や面談を行い、職員一人ひとりの思いや要望を聴き、職場環境・条件の整備に努めている。また、頻りに施設に来て、勤務状況の把握にも努めている。		
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	外部研修や施設内の研修会を行い、スキルアップに努めている。		
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	地域密着型サービス事業所の研修会や熊本市のブロック会に参加し、他の事業所との意見交換をする機会が増えている。		

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	事前に本人と面談し、希望や不安のことを聴き、受け止め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	事前の面談時や相談時にはじっくりと聴き、それらの解消に努めている。		
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	面談時は、他のサービス利用も視野に入れ、本人と家族が何を必要としているか見極めるよう支援している		
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	体操教室と一緒に参加したり、誕生会や季節行事など楽しく過ごしている。また、人生の先輩でもあり日々、いろいろなことを教えていただいている。		
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	いつでも来ていただき、一緒に過ごしたり、食事をしたりして過ごしていただきながら、日頃の生活状況も伝えている。遠方に居る家族には写真付きのハガキをだして日頃の状況をお知らせしている。		
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	面会を自由にしており、家族や知人との時間を大切にしている。また、昔の写真をもってきてもらったり、自宅に戻ったり、近所の人に会いに行ったり支援に努めている。	本人が通っていた店に買い物と一緒にいたり、散歩の時に自宅に行ったりしている。面会があった時には家族との時間が過ごせるように配慮している。	
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	食卓の席の配置を検討したり、気の合う仲間との関係を大切にする支援に努めている。		

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
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	入院時面会に行ったり、入院前後の相談や支援を行うように説明している。		
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	一人ひとりの希望をしっかりと聴き、ケアプランとして検討している。	普段の関わりの中で利用者の意向を把握するようにしている。言葉だけでなく表情や態度からも把握するように努めている。	
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	入所前に自宅訪問などを行い、記録として残している。また、事前に担当のケアマネジャーから情報をもらっている。		
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	個人記録として残している。また、週1回、同法人の病院から理学療法士や作業療法士の訪問や、月1回、施設医の定期検診も行っている。		
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、家族の希望や要望を聴き職員間で話し合いをもち、ケアプランを作成している。	計画作成者が暫定的なプランを立た後、会議の時に職員から意見を聞き、家族が面会に見えたときに話を聞き、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	常時、本人の状態を把握しケアプラン作成に努めている。		
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	体調不良時の通院介助は職員で支援しており、他の階の職員とも連携をとり、緊急な状況にも柔軟に対応できるように努めている。		

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
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	回覧板で地域の状況を把握したり、地域の方にボランティアとしてきてもらっている。また、消防署からの指導をうけ消防訓練などを実施している。		
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	家族が通院に付き添う際は、かかりつけ医に日常の状況などを書いた情報提供書を作成している。	本人がかかりつけ医で受診できるよう職員と家族は協力して支援している。往診を頼む場合もある。	
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	常勤職員として看護職員を2名配置。また、他の階の看護職員にも相談できるように日頃から情報交換の場を設けている。		
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。	地域の医療機関を協力医にしており、施設医が中心となり連携をとっている。また、同法人に有床の医療機関があるため常に関係づくりを行っている。		
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	重度化や終末期に向けた方針はないが、入所の際に医療行為を伴う介護が必要になった場合の方針を説明している。	入所した時に看取りに関することを入居者及び家族に説明をしている。実際に看取りを行う場合は医師や家族と話し合い、本体法人と連携を取って対応をしている。	
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	緊急時マニュアルを作成しており、消防署・医師・看護師等が講師として緊急時の研修を行い、実践力を身に付けるように努めている。		
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	年に2回、消防訓練を計画・実施している。	スプリンクラーや防火扉、非常階段などを設置している。9月には昼間を想定した避難訓練を行っている。3月には夜間を想定した避難訓練を行う予定である。	

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
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	話し方・対応には十分に配慮するように注意を促している。	管理者や職員はプライバシーの尊重を重視している。管理者は普段のケアの中で気付いた時には、その場で職員に対して注意を促し言葉かけや対応に心がけている。	
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	声掛け・傾聴により、思いや希望を知る機会を作っている。		
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	個人のペースに合わせた生活をしていただくように声掛け・傾聴を頻繁に行い、気持ちの把握に努めている。		
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	一緒に洋服を選んだり、本人や家族の希望でカットやパーマをできるように支援している。		
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	嗜好を聴いたり、状態に応じた食事を提供できるように努めている。また、食事の盛りつけ・片付けは一緒に行っている。	調理は委託しているが、畑で季節の野菜ができた時に一品作ったり、誕生会にはケーキを作ったり、おやつ作りをしたりしている。	食事は、献立を考えること、得意な腕を振るえるなど、入居者の潜在能力を引き出す場作りとして、また一緒に食卓を囲むことは話題作りや、入居者と職員の支え合う関係作りの支援に繋がるものと思われまますので、そのための支援の工夫を望みます。
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	朝・昼・夕に分けて食事量・水分摂取量を記録し、状態把握に努めている。		
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	口腔ケア・義歯の洗浄は毎食後行っている。また、無料の訪問歯科検診を受け、一人ひとりの口腔状態の把握に努めている。		

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	排泄チェック表の記入により、一人ひとりの排泄パターンを把握し、できるだけ日中は布パンツを使用し、自立面やコスト面にむけた支援を行っている。	排泄チェック表を作成して、一人ひとりの排泄パターンを把握している。サインを見逃さず、声かけを行ったりして、トイレでの排泄を支援をしている。	
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	できるだけ薬に頼らず排便があるように、水分摂取量を増やしたり、飲食物にオリゴ糖を混ぜたり、ファイブミニを飲用したりと試みている。		
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	原則隔日入浴にしており、個人のペースに依じて入浴できるように支援している。	いつでも入浴出来るように風呂担当の職員がおり、入居者の希望に応じている。	
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	個人のペースに合わせ、ソファで休息したり、自分の部屋で入眠したりと自由にできる環境づくりに努めている。		
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	内服管理をしており、服薬チェック表をつくり飲み忘れのないように支援している。また、全職員が個人の薬を把握できるように、個人の薬袋に効能書を貼り、副作用や症状の変化を早期発見できるように努めている。		
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	掃除・洗濯物干し・たたみなど役割をもっていただき、また、ゲームや読書・畑仕事・体操教室参加など個人にあった支援をしている。		
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	現状では職員配置等問題で、日常的に外出するのは難しいが、近所の散歩や買い物などできることはおこなっている。また、家族との外出の機会を大切にいただいため、事前の準備を整える支援を行っている。	日常的にドライブに出ることは難しいが、普段から散歩や買い物にでかけている。利用者のかねてからの希望で初詣に行った。3月に花見に行く予定である。	

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
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	現時点での入居者には、お金の管理は無理があるので、施設で管理しているが、家族の希望で小銭程度のお金を所持している方もいる。		
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	電話や手紙のやり取りは自由に行っているが、希望が少ないので、年賀や暑中見舞いなど季節のあいさつはできるだけ入居者に書いてもらうようにしている。		
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	大通りから入った静かな場所に位置し、3階建ての2階部分の為に閉塞感やがないように、ベランダで草花を育てたりと季節感を感じていただけるように心がけている。	共有スペースの趣を季節に応じて変化している。訪問時にはひな人形が飾っており、テーブルには入居者の育てた鉢植の花が飾られていた。椅子やソファだけでなく、希望や状態にあわせて畳コーナー設け、和の雰囲気を提供するなど入居者が居心地良く過ごせるような工夫を行っている。	
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	共用の場にソファを置き好きな場所で自由に過ごせるようにしている。また、入居者・家族にアンケートを実施し、集計の結果、畳ベッドを置いたり工夫をしている。		
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	本人が慣れ親しんだ物をもってきていただくように説明はしているが、家族の希望で新品をもってこられる方が多いのが現状。家族写真や仏壇をおいてる方もいる。	本人が落ち着いた生活ができるように家族の写真や趣味の自筆の書を飾ったりしている。仏壇を持ってきてもらったりしている。ベッドも入居者の好みで選べるようにしている。	
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	わかりやすく、各部屋のドア窓を一つ一つかえたり、トイレ表示をしている。また、手すりの取り付け・バリアフリー・ベッドの高さ調節等で自立を促している。		

目標達成計画

作成日：平成 22 年 4 月 4 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	26	入居者に対する支援の統一ができていない。	一人一人のケアプランを把握し、個別性を重視したサービスを提供する。	生きがいを見つけより良く生活できるように、入居者様の思いや希望を引きだし、ご家族の意見や要望を再確認する。また、ケアプランの作成方法や個別記録のあり方について検討する。	6ヶ月
2	49	職員体制により日常的な外出支援が少ない。	個別の希望に、柔軟に対応する。	個別の外出希望に対応できるように職員の増員ができたので、突発的な希望にも柔軟に対応していく。また、ご家族等にも参加していただき、一緒に外出する機会をつくる。	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、行を挿入してください。