

### 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	4372500704		
法人名	社会福祉法人 不動産		
事業所名	グループホーム おとぎの国		
所在地	熊本県山鹿市鹿本町津袋585		
自己評価作成日	平成22年3月5日	評価結果市町村報告日	平成22年4月27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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do">http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【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 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成22年3月29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)】

ホームでのサービス(生活支援)は、おとぎの国の理念に沿って、一人ひとりのペースに合わせたりリズムで、時間を掛けて提供されている。また、機能的に優れ、明るく開放感のある建物の造りに、安心と安堵感を強く感じられる家族も多く、スタッフに限らず利用者の家族も、高齢(認知症高齢者)になったら私もここにお願したいと言われている。

【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)】

地域の中核である介護福祉ゾーンの一隅に、メルヘンチックな可愛らしい建物がひときわ目を引く。季節毎の花や装飾も欧風へのこだわりを持って造られ、内部も明るくのびのびとしたイメージそのものである。裏手にある菜園や果実の収穫など野外での活動も多岐にわたっている。食事内容やレクリエーションの様子から、職員と入居者とが一つの家族のような関係であることが窺われる。緊急時には法人全体でのバックアップ体制が構築されており、健康状態悪化の際にも適切な対応や住み替えの選択も可能となっている。自己評価は職員全員で取り組み、入居者の生活を大切にしたい質の高いケアを目指すためのツールの一つと考えて実施している。統一したケアへの取り組みのための努力が評価できる。

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、活き活きと働いている (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

[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	スタッフ自身が、理念への愛着と誇りを持っており、利用者一人ひとりのペースに合わせ、ゆっくりとしたリズムで理念に沿ったサービスを提供している。	開設時に職員全員で考えた理念が実践できるように、常に念頭において業務にあたるようにしている。会議での振り返りや運営推進会議の資料に理念を掲載することで、メンバーへの啓発にも努力している。	
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	今年度も子供会や保育園との交流が続いている。外出先では、馴染みの方や子供達が声を掛け、協力してくれる。施設の夏祭りやバラの花祭りでは、毎年、地元の方も多数来られ、その中で交流できている。	地域行事への参加や近隣への散歩・買い物などに出かけ、挨拶や会話を積極的に行っている。ホーム行事には地域の方や園児・児童の参加があり継続した交流が行われている。	
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	地域の皆さんの認知症等に対する相談にも応じており、ホームの施設だよりも地域に開放し、回覧もお願いしている。		
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	地区の運動会や祭りへの見学参加は、この会議での話し合いから生まれており、毎年、事業計画や外部評価内容等も報告し意見を求めている。本年度から、ボランティア(認知症サポートリーダー研修の2名)の方も会議に参加されている。又、グループホームの開設記念日には、会議終了後に、利用者の皆様(全員)と昼食交流会を行った。	地域代表者や周辺地区の民生委員や老人会会長などの参加がある。ホームの行事や活動報告を行い、質疑応答や行政による高齢者に関する制度の説明なども行われ、有意義な会議となっている。	
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	本年度も、市主催の認知症サポートリーダー養成講座に参加しており、市の担当者や支社協のケアマネージャーの方々の訪問、情報交換等も続けている。	運営推進会議には行政の参加もあり、日頃から情報交換や相談にも出かけている。	
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	職員全員が十分に理解しており、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	職員は研修などによって理解しており、適切なケアにあたっている。研修計画にも入れて定期的に研修会を開催することになっている。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待はありません。職員会議でも、関連法の勉強会を行ってきている。		

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	退所された入居者がこの制度を利用されていた。会議時やグループホームのブロック研修会でも学んできている。		
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	十分に説明し、理解を得ている。		
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	ホームの玄関先や法人施設に投書箱の設置を行っている。運営推進会議や各家族の面会時に、そのような機会を設け、話しやすい雰囲気ですすめることを心掛けている。	遠方の家族には定期的な電話連絡を行い、ホームでの様子や健康状態について説明している。写真入りの便りを定期的に送付し、面会時やホーム行事後などに意見や要望を聞きかけをつくっている。	
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	グループホームでの会議や打ち合わせは、自由に意見を出し合える時間(雰囲気)がある。理念は、当時のスタッフみんなの意見で生まれており、行事や環境(エコの環境)面での実施やケアプランの修正等に活用している意見も多い。	会議では勿論業務中にも職員の意見を聞く様にしている。職員間のチームワークも良く、質の高い統一したケアを目指し、意見交換をしている。	
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	働きがいのある職場であり、又、働きやすい職場環境づくりに努めている。更に、年2回の自己評価や外部評価等に取り組むことで、自己分析と共に、職場環境や意識を改革し、向上させていくことが出来る。		
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	毎年、施設内研修会(事例発表会)を行い、県や市主催の研修会やグループホームのブロック研修会にも積極的に参加している。		
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	近隣地区のグループホーム等と定期的に交流し勉強会を行ってきている。又、時には講師を招き、問題点や取り組みの方法等を学びながら、サービス向上に向け取り組んでいる。		

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
<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	初期段階では、特に注意し、時間をかけて、対話や状態観察を行っている。又、本人が、不安にならないようにと雰囲気や環境に配慮し、関係づくりに努めてきている。		
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	当初に限らず、その後の面会時にも家族等と相談する機会(時間)を設け、要望等を聞き、安心され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	入居前に、本人や家族、担当ケアマネジャー等と面談し、要望等を聞きながら、サービス等を取り入れるように努めている。		
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	取り入れるサービスが、自立支援であることを念頭に置くと共に、昔からの料理や本人が得意にされていたことを聞き、教わったりしながら、関係を築いていくようにしている。		
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	定期的に写真入りの便りを発送し、面会時には近況報告を行い対話に努めている。又、知人宅訪問、お墓参りや病院受診などは家族支援でお願いしている。		
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	古里訪問も外出行事に取り入れている。入居前の地域の知人、老人会の方、ケアマネジャー等の訪問があり、これらの方には再度の訪問をお願いし、家族にも伝えている。	今までの馴染みの関係を大切にし、古里訪問や知人宅訪問など継続した支援を行っている。家族の協力を得るための関係構築に努めている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	多少は相性や好み之差はあるが、生活を共にし、行動することにより助け合いや共有の関係が出来ている。		

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
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	退所された家族がたまに来荘される時もあり、又、当方からも前入居者の方を訪ねている。		
<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	一人ひとりの思い、性格、身体能力等に応じて、本人の意向を第一に考え支援している。	日常の関わりの中で入居者の意向や思いを把握するよう努めている。家族や関係者からの情報や表情や反応で推察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	本人、家族、前担当ケアマネージャー等からの情報を得て把握している。		
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	スタッフ間での直接の伝達や日誌、連絡帳での情報等により現状把握に努めている。		
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	話し合った中で、本人と家族の要望に添えるような介護計画を作成している。	入居時には本人・家族・関係者からの情報を基に暫定の介護計画を作成し、担当者が計画案を作成した後、計画作成担当者と共に完成させている。出来た計画は全職員と共有している。定期的カンファレンスやモニタリングを実施し、見直しを図っている。	一人ひとりの潜在能力を把握し支援するための計画や実施にも取り組まれることが望まれます。
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	日々のバイタルサインチェックや観察記録等を主に、本人の体調、状態の変化に応じて見直しを行っている。		
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	施設には多種多様なケアサービス体制が出来ており、それらを活用し柔軟な支援を行っている。		

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
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	支援できている。		
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	希望される(必要と思われる)医療機関で、適切な医療を受けられるように関係を築いている。	かかりつけ医の協力で通院支援や往診で対応している。内科以外は以前からの主治医へ家族による通院とし、受診後は情報を共有している。	
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	利用者個々の体調や状態の変化に応じて、適切な受診や看護支援が受けられるよう協働している。		
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。	早期対応が出来るよう医療機関との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	グループホームへの入居時より相談し、話し合ってきている。	入居時に終末期対応について説明している。家族の希望を最優先し、関係者と連携を図るようにしている。	
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	応急手当は職員全員が行えるよう勉強会を行っている。又、施設にはAEDを設置している。		
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	施設全体で避難訓練、非常招集訓練を定期的に行ってきた。グループホーム単体でも避難訓練を行い、地域の消防団や区民の皆さんにも協力を得られるよう働きかけている。	隣接施設合同訓練ばかりでなく、ホーム独自でも避難訓練を実施している。入居者も参加しているが日頃から地域への協力も依頼している。	

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>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	プライバシーの保護は施設の方針であり、各々の性格(人格)やプライバシーに配慮した、寄り添うケアを心掛けている。	プライバシー保護は徹底するよう努めており、入居者に応じた言葉かけや対応に努め、排泄や入浴の際の対応には特に配慮している。	
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	誕生会には本人の希望メニューを準備し、日々の暮らしやショッピング、外出時等にも、本人の思いで決めてもらっている。		
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し、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	入浴は希望される時間帯であり、各々が思い通りのペースで過ごされる。		
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	美容室へは本人の希望する所に行かれている。又、外出時や特別な日の化粧や服装も相談しながら行っている。		
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	食事のメニューやおやつ等、相談し協力しながら決めていく。誕生会や正月には、本人好みの料理が必ず入る。	入居者の好みや希望・季節感を取り入れ、栄養士の助言で栄養面でも配慮した献立としている。買い物・下拵え・配膳・下膳などは入居者も一緒に行っている。食事の時間を大切に支援が行われている。	
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	栄養士のアドバイスを受け、栄養バランスに注意して調理している。又、季節感のある食材も取り入れ、食事を提供している。		
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	起床時の洗顔とうがい、食後の歯磨きとうがい、就寝前の入れ歯洗浄を行っている。		

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
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	各々の排泄パターンに合わせ、早めの声掛けと誘導、一部介助を行っている。全員の方が、昼夜共に、トイレでの排泄を維持されている。	入居者に応じた排泄支援が行なわれている。早めの声かけや誘導でトイレでの排泄を維持し、自立に向けた支援をしている。	
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	日中の運動と十分な水分補給、繊維質の多い自然食品を使った料理で、便秘予防、自然排便に努めている。		
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	好みの時間に入浴出来るよう、声掛けし実施している。入浴中は、見守り、安全確認を行っている。	時間に関係なく希望に応じて入浴出来るようにしている。拒否の方には声かけや誘導の方法を工夫し、入浴されない時にも清拭で対応している。	
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	基本的には、昼間の運動、アクティビティー（活動的に過ごす）や入浴などで夜間安眠出来るよう支援している。		
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	一人ひとりの服薬状況を書面で記録しており、効能や副作用等についても話し合い理解に努めている。		
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	それぞれの得意分野を知り、日々の生活の中で活用し、張りのある毎日を送られるよう支援している。		
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	四季折々の外出や祭り等の見学、外気浴、茶話会、散歩などを実施している。知人宅訪問や墓参りなどは家族の支援でお願いしている。	天候が良い日はホームから出て外気浴や散歩、買い物に外出している。季節毎の花見や買い物にもドライブを兼ねた外出も多い。	



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
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	ショッピングや外食時には各々での支払いをお願いしている。		
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	贈り物へのお礼や本人の要望があれば、電話をかけ話される。年賀状を毎年全員の方が家族に送っている。		
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	建物が吹き抜けで、二つのリビングがガラス越しに眺められる。光の庭や玄関の周りは、自然の光や季節の草花を見て過ごされる。	建物周辺には四季をとおして草花が植えられ、季節を堪能できる。ガラス戸が多く採用された洋風建築のため共有空間が非常に明るい。殺菌作用のある水を手洗いや掃除に使用することで、臭気にも配慮している。	
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	天気の良い日には、玄関横のベンチなどで日光浴をされる。居間のソファや食堂で、気の合った人々と思い思いに過ごされる。		
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	ほとんどの部屋が、本人と家族の設定であり、ゆっくりとお茶を飲んだり、アルバムを見たりして過ごされる。	居室には生活用品や家具・家族の写真が持ち込まれており、仏壇のある居室など一人ひとりに対応した居室作り支援がされている。ゆっくりと家族と過ごす事もできるようになっている。	
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	建物はバリアフリーの構造で、見通しがよく、各々の行動や居場所も確認しやすい。歩行器を見つけて運動される人や空いているソファで休息される人もいます。		

## 目標達成計画

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 (10)	利用者個々の意向、身体能力に応じた介護計画は共有できていると思うが、それが利用者の残存機能等を活用し、生きがい・満足度アップに結びついているのかが課題である。	①一人ひとりの奥にある思い、潜在能力を把握する。	①センター方式シート（B-1・2・3、C-1・2、D-1・2）の活用。 ②以前の生活歴、好み等の確認。 ③都度、しっかりと本人や家族・スタッフ間で向き合い、情報を共有する。 ④体調や心身の変化に応じた対応する力を身につける。 ⑤上記の為に、スタッフ知識・技術レベルのアップを図る。	2ヶ月
			②上記に応じた介護計画、実践を行い生きがい（自立支援）や満足度アップにつなげていく。		
2		誰が行っても（見ても）利用者その方がよくわかるケア・ケア記録の作成。	③信頼されるチームケア（チームスタッフ）づくり。	上記の項目をマスター出来るため、スタッフ研修を行い研鑽をする。	4ヶ月
3					ヶ月
4					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。