

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	0800005004		
法人名	社会福祉法人 愛信会		
事業所名	グループホーム いちょうの木		
所在地	茨城県つくば市上岩崎835-6		
自己評価作成日	平成22年1月13日	評価結果市町村受理日	平成22年7月20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?JCD=0872005004&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22年3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)】

<p>当たり前のことを当たり前に行っている事業所です。</p>

【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)】

<p>四季折々の移り変わりを目でみたり、体に触れて感じてもらえるように行事を企画されたり、外出の機会を多く取り入れられている。ホームは明るく、第二の我が家に居るような落ち着いた雰囲気にも包まれている。またスタッフは理念に沿って統一されたケアを心がけられている。</p>
--

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
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	開設当初より管理者、職員で作上げた理念に沿って日々実践に取り組んでいる。理念の改善が必要であれば見直しを行うが、今のところ現行のままが良いと考えている。	開設時に管理者・職員でホーム独自の理念を作り上げている。利用者・地域・職員・ホームにかかわる人を「輪」としてとらえ、地域密着型として日々のケアに取り組んでいる。	
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	地域の方々とは地区長、民生委員、ご近所、ボランティア、老人会、などと交流を行い、地域のお祭りや行事などに参加している。	地区の境で自治会には入会していない。その為、多くの地区の老人会の行事ごとには積極的に交流に努めている。ボランティアの受け入れも盛んで、利用者様の希望に合わせてコーディネートされる為、利用者も飽きることなく楽しめる様子がうかがえた	
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	認知症への専門性を活かし、地域からの相談者への適切なアドバイスなどを行っている。また、認知症キャラバンメイトを配置して実際の活動を行うべく自治会などに働きかけていく準備をしている。		
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	運営推進会議の場では個人情報に係わるような情報を具体的には提示せずに事業所の取り組みとして報告したり、それについての評価を頂戴するようにし、運営に反映できるようにしている。	2ヶ月に1度、地区長・民生委員・家族・行政・管理者・法人メンバーで開催。行事報告、災害時の意見交換なども行う。会議で出た意見・要望などは日々のケアに反映するよう努めている。	
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取り組んでいる	運営推進会議やつくば市地域密着型サービス連絡会を通し、緊密な関係を築いている。	毎回開催する、つくば市地域密着型サービス連絡会では、25事業所と行政担当者も参加し情報交換を行っている。また年4回研修会を行い、困難事例検討会なども行いケア向上に取り組んでいる。	
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	身体拘束については事業所内にポスターを掲示したり、該当行為かどうかを随時確認ができるようにしている。	外部研修会に参加したり、勉強会を事業所の中で実施し、職員の共有意識を図っている。	
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	地域包括支援センターなどとの連携により研修会や情報の交換、相談などを行う機会を設けている。		

茨城県 グループホームいちようの木

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	地域包括支援センターなどと連携して勉強会の開催や必要に応じての対応などできる体制を整えている。		
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	利用者及びご家族への説明を口頭、文書にて行い、契約書等のもらいなおしなども行っている。		
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	ご家族と職員、管理者は密接な関係を築いており意見や要望を伝えやすい環境整備を心がけている。また、苦情、要望解決のため第三者委員等の体制設置も行っている。	家族面会が頻繁にあるので、来所時には常に言葉かけをし、何でも言ってもらえる様な雰囲気づくりに留意している。家族からの要望・意見はミーティングで話し合い、反映させている。	
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	職員の意見や提案をほぼ全体の業務に取り入れた運営を行うために随時意見を聞き、即時性のある運営改善を行っている。	管理者もケアに携わることが多く、職員へのコミュニケーションを図るように心がけ、意見・要望があるときには、すぐに対応できるように取り組んでいる。またユニットごとに責任者が居ることで、言いづらい事でも日頃から言いやすい環境にある。	
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	定期的な自己評価の提出や面接の機会を設けており要望や労働条件の提示を行っている。人事考課についても新制度導入の検討を進めている。		
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	外部研修会への参加や法人内研修の実施など行っている。		
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	つくば市地域密着型サービス連絡会を中心に定例会の開催や勉強会、施設見学など行っている。		

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
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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係作りを開始している。		
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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係作りを開始している。		
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	利用契約に関しては他のサービス利用が妥当と思われる場合にはそのサービスを利用できるように支援する。		
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	生活作業、掃除などを中心に出来る事への参加をしていただき役割を持った生活をしていただくようにしている。		
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	家族とご本人との関係やおかれている状況を勘案した上で、家族で支援できることは家族でしていただくように契約時から説明し、事業所の方針として行っている。		
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	これまでの関係は、大事にして来客の対応や外出の援助を行っていますが、馴染みであるが本人を客観的に捉え事実と取り繕いを理解できない旧友やご近所などの来訪に戸惑うことがある。結果として本人が傷つくことが見受けられる。	基本的に家族の了解も得ながら関係の継続に努めている。	
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	ユニットのメンバーは大きなひとつの家族と捉え、前記したように役割などで助け合って生活できるように務めている。		
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	退去後の相談やこれからの支援について実際にご家族と協議を行って、本人の生活改善に資するような援助をしている。		

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
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	生活していく上で本人のペース、趣向、嗜好、特性などを把握して個別な対応を実践している。	入居時のアセスメントを元に取り組みながら、利用者から意向を聞き出すようにしている。常に観察して記録に残している。困難な方へは細かい仕草などを汲み取り対応している。	
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	家族には生活暦や仕事暦、履歴などを教えていただき、以前のサービス利用はできるだけケアマネや利用事業所、主治医などと連携して多くの情報を集められるように務めている。		
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	日々変化する心身状況やできないことの把握に努め、生活を重視した過ごし方の支援を行っている。		
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	ご家族には面会時などに十分に生活や心身についての状況をお伝えし、ケアの方針についてもお伝えし、ご意見をいただいている。即時性が求められる場合には電話等で連絡し、対応している。	介護記録には、利用者の出来る事がチェックできるようになっている。生活記録は、介護計画に沿って記入されている。介護記録・生活記録共にモニタリングに活かされている。	
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	生活記録、介護記録、看護記録などの個別ファイルと健康管理シート、介護日誌、申し送りノートなど情報共有できるように工夫し実践している。		
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	何でも請け負い、何でも代行するのではなく、事業所として全体のバランスを大事に柔軟に対応できるように務めている。		

茨城県 グループホームいちようの木

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	本人の今までの生活を重視し、社会資源、地域資源とも有効に連携した暮らしが送れるように支援している。		
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	各人の主治医はそれぞれで選択していただき、今までかかっていた主治医を変更していただく必要は無いと説明している。かかりつけ医ともできるだけ連携を取ることができるように務めている。	かかりつけ医の通院は基本的に家族が行う。協力医院もあり、月一回往診もある。利用者に関する情報も医療機関が共有することで、急変時の対応にも努めている。	
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	諸記録や申し送り、電話やFAX、メールなどを活用し、常に連絡相談できる体制をとっている。		
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。	周辺の入院設備のある大きな病院とは常に挨拶に出向いたりしている。入院した場合にも地域医療連絡室などと情報のやり取りを行い、本人のために十分な医療が提供されるように相談など行っている。		
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	入所時に重度化した場合の指針及び看取りに関する要望をお聞きし、その中で介護事業でできることと越権、逸脱行為はできないという説明を行っている。重度化した場合には主治医、病院関係者、特養などと相談して対応するようにしている。	基本的には看取りはしない考えである。医療行為が必要になるまでは対応している。	
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	救急救命講習3級を全職員受けている。		
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	この場所は水害の恐れは無い。火災、地震等の避難訓練を行っている。運営推進会議を通じて地区のかたがた、市役所との話し合いも行っている。	年2回消防署と一緒に非難訓練を行っている。また急変時の対応で施設にある医療器具での応急対応訓練なども行っている。家族への緊急連絡網もあり、備蓄も完備している。	

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
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	一人ひとりに合った声掛けや対応をおこなっている。	一人ひとりの行動を尊重し見守る。言葉づかいにも気を配り、個人情報についても書類等は事務所内に保管している。	
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	声掛けに自己決定の要素を盛り込むように務めている。		
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	本人とその周りの人などの協調と調和を大事にして支援している。		
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	季節に合った服装、白髪染め、化粧、スキンケアなど希望に添えるようにしている。		
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	食事準備や後片付けはもちろん一緒におこなうが、好きな物嫌いなものを把握して嗜好が偏らないように工夫している。	畑で採れた野菜も献立に取り入れている。買い物は週一回行っており、利用者が食べたいものを食事に取り入れている。おやつ作りも行い利用者と食を楽しんでいる。	
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	健康管理シートの活用で前一週くらいの状況がすぐに分かるようになっている。その中で不足している場合などは工夫をした対応を検討し、実行している。		
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	できる方は自分で。できないかたは支援を行いケアしている。		

茨城県 グループホームいちょうの木

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	自立支援はもちろんだが、排泄のパターンを把握して対応している。失敗を無理に改善するのではなく、失敗して時にどれだけフォローでき、精神的ダメージを受けないようにしているかが大事と考え対応している。	個人の排泄パターンを職員全体で把握し確認している。基本は自立支援を念頭におき、職員一人ひとりケアにあたっている。	
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	食事献立の工夫。運動などの働きかけ、水分摂取の励行など行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は毎日行っている。個々の希望に沿って入浴していただいている。	毎日入浴は可能だが、利用者の体調をみながら無理なく入浴してもらおう。季節ごとのイベント風呂なども行い、利用者が楽しめるよう努めている。	
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	眠れない夜の次の日はゆっくりと過ごしていただいたり。好きなように過ごせるように支援している。		
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	服薬一覧表と変更時の申し送りなどにより情報を共有している。服薬についても誤服薬防止の工夫をしている。		
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	日頃の遊びや脳トレ、塗り絵、ボランティアなどのレクリエーション。バスなどでのドライブなどを行って参加したい方が選択できるようにしている。役割は生活の中で確立している。		
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	外出は希望している方がいる場合にはできるだけ要望に応えられるようにしているが、昨今の新型インフルエンザ等の感染症による外出自粛を余儀なくされた現状もあり難しくなっている。また、ご家族以外のご近所や友人の方の付き添い外出は責任の範疇が明確にできないため原則遠慮していただいています。	天気の良い日には、必ず散歩や、ドライブに出かけるよう心がけている。買い物等にも出かける機会を職員全体で増やしている。	

茨城県 グループホームいちょうの木

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	本人の状況によりお金があると安心する方、逆に不安になる方などの特性を見て対応している。一部お預かりしている方もおられます。		
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	認知症の程度にもよりますが電話をしていたり場合も手紙を書いて出す場合にも支援しています。		
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	利用しやすく誤認が減らせるような工夫をしている。また、季節に合わせた創作物や装飾を行っている。	ユニットごとに特徴は異なるが、季節感や家庭的な雰囲気となっている。廊下は広く椅子やテーブルがあり、利用者が談話しやすい環境に心がけられている。	
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	廊下や居間など所々に椅子などを配置して居室以外に過ごせる場所を作っている。		
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	ご家族には本人が慣れ親しんだ物や使い慣れた物を持ち込んでいただけるようお願いしている。	洗面スペースもあり広い居室になっている。窓も広めで日中は光が差し込み明るい。ベットはもちろんタンス・机・冷蔵庫など馴染みのものを持ち込んで生活観あふれる居室作りに努めている。	
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	自分で判断して行動できる方だけではなく、難しい方へ適切な支援となるように支援方法を常に工夫している。		

目標達成計画

作成日：平成 22年 7月 20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	木造平屋で避難経路も多く、日中にはあまり不安はないが、夜間帯に起きてしまった災害への対応が夜勤者のみでは不十分であり、不安でもある。	機械警備の導入、連絡網の整備など常に行っているが、スプリンクラーや消火器の適切配置や地域住民、近隣施設との連携を構築する。	・スプリンクラー設備の導入 ・機械警備機器の見直し ・近隣施設との連携協議 ・自治会、消防などとの連携協議	12ヶ月
2	25	入居期間が長くなるにつれ、心身状態の悪化は避けられず暮らし方も日々変化し、介助が必要な方も当然増えてきている。その方々の生活の質をどう維持し、快適な生活を送っていただけるか課題である。	心身状況の変化に対応した良質な生活が提供できるようにする。	心身状況を的確に把握できるように主治医等と連携を図り、変化へ早期の対応を行えるように取り組む。	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。