

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	0874300841		
法人名	アサヒケアサービス有限会社		
事業所名	グループホームみやびの里		
所在地	茨城県古河市駒羽根1420-1		
自己評価作成日	平成25年1月15日	評価結果市町村受理日	平成25年6月6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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0874300841-00&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東4637-2
訪問調査日	平成25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)】

<p>アットホームな環境作りと個々の能力を活かした自立支援</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>住宅街の中にあるグループホームであるが、中庭から見渡す農地は広く、季節感が味わえる。家庭的な環境で家族のように関わり、できることを最後まで自分らしくやるというホームの目標をスタッフ全体で実践している。地域との交流も積極的に取り組まれており、近隣の幼稚園や中学校などの、慰問や体験学習なども積極的に受け入れている。自治会主催のイベントなどにも積極的に参加し、地域の住民に認知症の啓発を促す他、運営推進会議や避難訓練等にも多くの地域住民が参加していた。昔ながらのご近所付き合いという関係を継続している様子が伺えるようなホームと感ずることができた。</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、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	解説当初から職員と共に作成した理念がホールに提示され毎朝利用者と一緒に唱和している。	朝礼で唱和し、スタッフ間での共有を図っている。また理念を基に提供されるケアは、家庭的な環境と地域、そしてできることをその人らしく続けられる工夫をスタッフ全体で考慮し個々へ提供している。	
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	自治会より発表会の誘いがあり近くのコミュニティセンターの催し物に参加している。施設内でのイベントも地域の人を誘い交流を深める。	老人会、自治会、幼稚園、中学校など地域との交流が幅広く行われていることが記録の中やアルバム等から伺うことができる。また近隣との交流も多く、避難訓練や運営推進会議なども地域や近隣からの出席をえて行われている。	
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活かしている	小学生・幼稚園生の見学や中学生のボランティアで認知症の話をしながら理解を深めている。町内清掃への参加。		
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	市職員・地域役員・家族参加での運営推進会議を開催し、話し合いや意見交換を行っている。	定期的な運営推進会議の開催が行われている。地域との連携を密に取ることで、推進会議の参加率を高く維持する工夫が見られる。地域との積極的な関わりがある。	
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	権利擁護担当者などの訪問は月1~2回程度あり、スタッフ・担当職員が生活状況について報告している。運営や処遇等、常に市介護保険課窓口と連携し対応している。	管理者をはじめとし、行政への連絡報告をまめに行っている。また行政からの依頼により、グループホーム開設のための研修会の講師を引き受けるなど、行政との密接な関わりが伺えた。	
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	年2回の社内研修で身体拘束への理解を深め取り組んでいる。建物の構造上危険を伴うことがあるために、やむをえず施錠しているところもある。家族には承諾書をいただいている。(主にペットサークル)	身体拘束の学習会を行い、スタッフに意識の変化が出ている。その中で、今後完全な拘束ゼロを目指し、現在サークルを完全に外す取り組みが行われている。些細な利用者への言葉かけに関しても、拘束になるという理解を持って接している。	

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
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	ユニット会議・申し送り等で随時話し合い防止に勤めている。社内研修を実施して意識を高めている。		
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	施設内で研修を行っている。会議などでも随時行っている。		
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	契約時内容を説明している。疑問点はその場にて解消できるよう努めている(施設長・ケアマネ)解約時は退去後の事を家族と相談し本人にとって最良の選択ができるよう努めている。		
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	面会時随時話し合い意見要望をきいている。年2回の家族会も開催し機会を設けている。出された意見は職員会議・責任者会議で反映させていくようにしている。	5月、10月を目安に家族会が行われ、家族の意見が全体的に聞き入れられるよう工夫している。家族の意見は、その後スタッフ間でのミーティングで検討している。	
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	1階・2階の総合ミーティングを3か月に1回実施している。	スタッフミーティングを定期的に行い、スタッフの意見を聞き入れている。またスタッフと管理者の関係も良く、スタッフから気兼ねなく意見を伝えられると聴取することができた。	
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	キャリアアップ委員会を設けている。		
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	各職員のスキルアップに社内・社外研修の参加を勧め取り組んでいる。学んだことをレポート提出し、ミーティングで発表の場を設けている。		

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
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	多施設との相互訪問等の活動を行い交流を深めている。		
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	ご自宅入居先に伺い実施調査を行っている。		
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	面会時や電話などで傾聴を行い受け止めている。		
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	実施調査に伺い、相談者・施設長・ケアマネ・必要あれば管理者との話し合いの中からGH入居が適しているか十分に検討している。		
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	個々の性格・人生を知り個別支援を行い職員と共有、利用者の居場所作りを行っている。		
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	面会時には情報交換を随時行い、話し合いながら支援に勤めている。外出のお願いや、職員との買い物の同行の許可をもらうなどをしている。		
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	馴染みの友人の面会時に、関係作りができるような環境作りや話しかけをしている。近所の人やレクや催し物に参加してくれる。	近隣や自治会などとの関係性を高く持ち、地域の中で利用者が過ごせるような工夫がある。面会はもちろんだが、利用者の意向に合わせた外出支援も行われ、利用者が地域の一人として認められている様子が伺える。	

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
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	利用者同士が助け合い、支え合うことで仲間意識が強くなっている。職員より身近にいる時は、困っている人の手助けをしている。		
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	利用者、家族が希望すれば行う。		
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	本人の意見に添う様情報を集め随時行っている。ほぼ毎日面会に来られていた。	利用者本人からの聴取、家族からの生活史へのアセスメントなど、利用者の生活に応じた移行への配慮が随所に伺えた。利用者の情報を大切に捉え、スタッフ間での共有を図っている。	
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・友人・知人の面会時交流を深め情報を入手し職員で共有し支援している。		
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	毎朝のバイタルチェック・排泄・食事状態・夜勤者からの申し送り事項を把握し各入居にあった1日になるよう支援している。		
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	家族、利用者の要望を尊重し職員と話し合い、利用者が本人らしい生活ができるよう担当者会議を行い、ケアプランを作成している。モニタリングで毎日評価している。	独自のモニタリングシートを使用するなど、ケアプランへの取り組みは積極的である。また新人や他のスタッフに対しケアプラン作成の研修会を行うなど、プランを大切に利用している。	短期目標の期間設定などについて、さらに個人情報を追加することにより、個々に対応できる期間の設定の取り組みが今後期待されます。
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	日中・夜間個別のケース記録に残し共有する為業務日誌・申し送り伝言板で連絡し共有している。		

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
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	デイサービスの利用(書道等)。受診時介護タクシーの利用。		
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	傾聴ボランティア・慰問・地域中学生のボランティア・防災訓練・救命講習の参加		
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	随時の訪問看護・2週間に1回の訪問診療。	利用者は希望する医師や病院に受診できるようになっている。家族による送迎だけでなく、ホームでも送迎するなど、受診に応じた配慮がある。	
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	24時間体制で訪問看護に連絡可能。		
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。	ほとんどが訪問診療の主治医に紹介された病院に入院可能。入院した時は職員が病院に訪ねる。		
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	家族・本人の希望を重視、医師との連携をとりターミナル期のケアプランを立て職員で共有し支援している。	終末期の関わりを何度も経験されており、家族とのコミュニケーションや医師との連携の大切さが把握され、ホームだけではなく、家族、医師、看護師の連携を密にした終末期のケアがおこなわれている。	
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	定期的に消防・看護師による訓練を受けている。		

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
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	避難訓練を行い職員・入居者共災害時に備えている。地震の都度、利用者の安全確認、報告を行っている。	地域住民にも避難訓練に参加していただくなど、地域に密着した訓練が定期的に行われている。その都度、意見交換し改善策を検討している。	
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	新人職員は入社時オリエンテーションとして権利擁護の知識も含む研修を行っている。職員は社内研修に参加し意識を高め支援している。	利用者の情報が外部に漏洩しないよう、個人情報適切に管理されている。利用者の誇りやプライドなどへの細かな配慮として、接遇などの研修を行いスタッフに周知している。	
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	本人の希望・想いを普段の会話の中から表出しやすいよう心がけている。		
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	個別支援、自立支援の重要性を職員全員が把握し、その人に合った支援を行っている。		
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	月1回床屋・美容師を選択し理容している。化粧をし、口紅もつけている。		
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	毎日行っている。	利用者とスタッフが同じものを同じ時間に食べ、食事の時間は、利用者とスタッフの会話のやり取りが絶え間なく続く。利用者が食事をとりながらほほ笑み、話を聞く姿は、まるで自宅にいるかのように感じられた。	
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	水分量、食事量の記入。一人ひとり食事量も違い、お粥の人、刻みの人、個々に対応している。		

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	毎食後行っている。(自分でできない人は声掛け誘導、介助している)		
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	個々の自立度で排泄リズムに合わせた声掛けをしている。機能低下を防ぐ為トイレの使用はできるよう支援している。	排泄だけではなく、生活全体の改善を視野に入れて利用者の日常に接するよう工夫している。排泄やおむつを外すだけのケアではなく、生活を見ることで総合的に改善できるようなケアの視点が伺えた。	
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	排泄チェック表本人確認にて取り組んでいる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	希望に沿って行っている。(足浴も実施している)。	いつでも入浴できるよう浴槽の準備が整っている。夜間に入浴を希望する場合も、利用者のタイミングで入浴が可能になっている。	
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	就寝時間が個々に違う為、本人の希望、体調に応じて対応している。		
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	薬の変更は随時連絡。個々の処方箋ファイルがあり、確認できるようになっている。		
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	施設内外の散歩。食事作り・おやつ作り・外食・利用者同行にての買い物をしている。		

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
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	散歩は随時。季節に応じた外出支援(初詣・さくら祭り・イベント参加・菊まつりなど)	日常的に外出や外食などが行われ、利用者の意向も配慮されている。天気の良い日は、近くの公園に行くなど、地域との関わりも絶やさないようにしている。	
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	個々の金銭管理は事務所で行っている。		
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	本人の希望がある時は職員が対応し電話をかけている。		
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	利用者の季節ごとの写真や政策などを廊下に貼っている。	共有空間はやや狭さを感じる程度の広さだが、そこでの食事風景は、大きな家族のように感じる事ができ、家庭的な雰囲気のある暖かいリビングのように感じられた。光の程度も明るすぎず、暗すぎずとてもほんわかした空気が漂っていた。	
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	居間のソファで、居眠りしたり、職員と談話している。南廊下の中央の椅子に座りくつろいでいる利用者もいる。心地良い居場所作りを心掛け検討している。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人の馴染みの品があり、個々のカラーが出ている。	外観はやや古い昔の集合住宅をイメージするが、その居室の窓には、各利用者の洗濯物やサンダルなど生活感が伺えた。	
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	Pトイレの設置・整理ダンスがあり、自分で出し入れが出来るよう自立支援している。		

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	4	日常における地域とのつながりの強化と今までの関係の継続	行政や運営委員会等の関わりが深くなる事で地域社会とより連携した生活を送る事ができ入居者様が安心・安全・に楽しく過ごす事ができる。	運営推進委員会による率直な意見を取り上げ、内容を充実させ地域とのつながりに努める。会議録を整え地域や家族の人たちに協力をより一層求め理解を深める。そのような取り組みで地域と共に歩んでいく。	12ヶ月
2	13～	介護の質の更なる向上とスキルアップ	社内研修及び社外研修を行う事で個々の入居者様のADL・QOL・人生の質の向上と共に職員のスキルの向上を図る。	社内研修内容の拡充と講師メンバーと質の向上、外部研修の参加をより促していくことで、現状のスキルを明確に向上させることができるよう取り組みを行う。	12ヶ月
3	26	短期目標の設定期間及び変化に応じた内容の変更が適切でなかった	適切な時期でケアプラン作成に伴うケアマネジメントを提供する。	3か月を基本的な期間ととらえ、また、日常の変化に応じた内容の変更を行い、適切なケアマネジメントを提供する。	12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。