

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	1194600282		
法人名	エフビー介護サービス株式会社		
事業所名	アシストハウス深谷		
所在地	埼玉県深谷市東方町2-15-3		
自己評価作成日	2019年3月1日	評価結果市町村受理日	令和元年5月7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/11/index.php
----------	---

【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 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成31年3月19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)】

理念を念頭に置き、個々の能力を把握し出来る事を失わない個別ケアの徹底。家庭の生活での延長として生活できる場の提供を心掛けている。職員の気づきにより集団生活の楽しみも見いだせるようにケアの実践をしている。

【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)】

・利用者の能力を引き出すために職員は黒子に徹し、1人ひとりに役割を持った生活を送っていただくために、自尊心と自主性を尊重し、さりげないケアが徹底されている。
 ・運営推進会議では、多方面の参加を得て定期的に開催され、状況の報告だけでなく、入居後の環境の変化や季節ごとの健康管理に関する情報も共有され、サービスの向上に反映されている。
 ・目標達成計画の達成状況については、意思疎通が困難な利用者も、表情や行動の観察と共に絵本や筆談も利用するなどの工夫を凝らし、不穏なく共同生活が送れるように支援されていることから、目標の達成が伺える。

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	理念を共有し、実践に向けているが、地域との関わりが難しい。	利用者の能力を引き出すために職員は黒子に徹し、利用者が自力でできたように感じていただくことで自尊心と自主性を尊重し、役割を持った日常を送っていただくための、さりげないケアが徹底されている。	
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	地域に出たいが地域自体がお祭りの廃止や老人会の活動の低下があり、地域との関わりが持ていない。	地域の高齢化が進む中、第二層の協議会に参加され、在宅で閉じこもりがちな方々に向けた認知症の予防や啓蒙の検討が行われるなど、地域の一員としての役割を果たされている。また、市の福祉祭りへの参加が継続されている。	地域の高齢化が進む中、第二層の協議会に参加され、市の福祉祭りの参加が継続されていますが、より身近な地域との交流が増えることに期待されます。
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	運営推進会議やボランティアの方々を通じてお伝えしているが地域の方々との交流が難しい。		
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	2か月に1度の会議で行事報告や質疑応答にて話し合っている。	家族代表・自治会長・民生委員・市・地域包括支援センターの参加を得て定期的に開催され、事業所や利用者状況の報告だけでなく、入居後の環境の変化や季節ごとの健康管理に関する情報も共有されサービスの向上に活かされている。	
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	運営推進会議に行政の方に参加していただいた際に取り組みを報告している。	運営推進会議に市や地域包括支援センター職員の方の出席をいただき、空き室情報の提供なども行われている。また、質問や問い合わせには的確な回答やセッションをいただいております、良好な協力関係が築かれています。	
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	身体拘束の研修に参加し、理解を深めている。	ホーム長・フロア長、一般職員で構成される身体拘束廃止委員会が2～3か月に1回行われ、運営推進会議での話し合いや利用者入院の病院の医師との意見交換が行われ、身体拘束を必要としないケアが実践されている。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	研修に参加し、意識を高めている。傷やあざに対してはご家族に報告、事故報告書で本社にあげて原因追求し、職員間で話し合い対応を検討している。		

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
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	現在、支援の依頼や相談はないが、必要に応じて対応できるように準備している。		
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	内容の確認を共にし、説明と同意を行っている。		
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	面会時に近況報告したり、要望を聞いたりしている。面会に来られないご家族には月に一度手紙を送っている。	利用者とは日頃の関わりの中で、家族には来訪時や、毎月のホーム便りと手紙などで利用者の様子や健康状態を詳細に伝えることで、コミュニケーションを深め、汲み取られた意見や要望は運営に活かされている。	
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	職員会議を設け様々な意見を出し合っている。	上司が良く耳を傾けてくれることで日頃から話し易い環境が作られており、現場で解決できることは解決すると共に、事業所で解決できない事項は、管理者会議、エリア会議などで検討され、運営に反映されている。	
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	個々に面談を行い、働きやすい環境にな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	地域連携室の研修、グループ内の研修へ参加している。		
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	研修に参加し同業者のみならず他職種との交流も行っている。		

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	入所時には1対1の対応でいつも傍にいる事で安心して頂けるように対応している。		
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	ご家族の立場や状況を理解し出来る限りのサービスをお約束している。		
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	ケアプランを作成する段階で話し合いを持ち、プランに応じた対応に努めている。		
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	個々の生活歴を把握し、敬意を持ち接している。		
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	家族の思いを知り、託して下さった思いへの支援が出来るようにしている。		
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	ご家族や知人との関係維持の為、時間等の縛りなく自由な面会や外出をして頂いている。	友人・知人・親族の来訪も多く、協力を得て外食、季節の花見、墓参り、小旅行などをされる利用者もおられる。また、来訪時は居室でゆっくり自由に過ごしていただくことにも配慮され、馴染みの人々との関係継続の支援に努められている。	
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	関わりが難しい方が増えている。関わりを楽しみにしている方々には良い関係が保たれるように支援している。		

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	必要に応じて支援出来るように努めている。		
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	ご本人の希望がある方は良いが、ほとんどの方は意向がなく、家族の意向が優先されている。	意思疎通が困難な利用者も、生活歴などご家族からの情報を参考に、表情や行動の観察や絵本や筆談も利用するなどの工夫を凝らし、各人の思いや能力の把握に努め、不穏なく共同生活が送れるように支援されている。	
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	入居時の情報を元に家族への聞き取り、相談をしながら職員間で共有している。		
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	個人記録や申し送りノートを利用し、個々を把握し共有している。		
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	医療とも連携し、より良いケアを提供できるようにアセスメント・カンファレンスをしている。	全職員でのモニタリングを基にカンファレンスが行われ、利用者・家族からの要望と共に、医療機関や訪問看護師からの医療面の意見も積極的に取り入れた介護計画が作成されており、薬がゼロになった利用者も見受けられる。	
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	個人記録や申し送りノートに変化や実践を記録している。		
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	その時々話し合い、状況に合わせて対応している。		

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
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	地域資源との関わりや活用が出来ていない。		
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	契約時に説明し、医療を選択できるようにしている。ほとんどの方が2週間に1度の往診と必要に応じて訪問歯科の受診をしている。	入居時に協力医療機関が従来からの掛かりつけ医の選択をしていただくが、医療機関との確実な情報のやり取りのために、専門医も含めて通院は職員の付き添いが行われ、家族に安心をもたらす受診支援がなされている。	
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	週に1度の訪問看護を受け、状況を報告・相談している。また、個々の利用者様の訴えや話を聞いて頂いている。		
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。	往診時・受診時よりご家族の状況も含め、情報提供している。		
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	契約時に説明し、その時々医療との連携を図り、家族との面談も密にしている。	入居時に事業所ができることの説明が行われており、協力医療機関の延命治療に関するアンケートが共有され、重度化の場合は話し合いを重ね、訪問看護師の協力を得て、利用者・家族の要望に添った看取りを含めた終末期の支援がなされている。	
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	マニュアルを設置し対応を明確にしているが事故発生時を想定した訓練はしていない。対応が出来る職員が一部に限られている。		
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2回の避難訓練を実施している。昨年は地域の消防団の方にも参加して頂き状況の把握をして頂いた。	年2回の避難訓練が実施され、自治会長の斡旋で消防団の参加が得られ、高齢者の避難は一般の人と動ける速度が異なることなどの認識をしていただくことができた。また、ハザードマップの確認と防災マニュアルの整備も行われている。	避難訓練に消防団の参加が得られ、高齢者避難の留意点を認識していただきましたが、災害時は予期せぬことも想定されます。より地域との協力が期待されます。

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
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	他者に聞かれたくない話題など個室を利用し、プライバシー保護をしている。	他人に知られたくないことや、排泄や入浴などの過剰介助で利用者のプライドを傷つけないように注意が払われ、同性介助にも配慮がなされている。また、個人情報の保護に関する職員研修も行われている。	
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現したり、自己決定できるように働きかけている	選択出来るものを提供している。		
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	出来る限り聞き取りをしているが、希望を聞き出す事が難しく提案の中から選択していただいている。		
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	一部の人に限られる。ご本人が身だしなみやおしゃれに興味を持つ支援をしたいが出来ていない。		
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	個々の能力に合わせ、食事の下ごしらえや準備をして頂いている。食べたい物のリクエストを聞いている。	利用者の好みに基づき皆で考えた家庭的な献立が提供され、目の不自由な方にも美味しく食べていただくために料理の説明をしながら支援がなされている、また、行事食やおやつ作り、外食も行われ多彩な食事を楽しまれている。	
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	個々の状態に合わせ、食事の形態を刻み食やミキサー食等に工夫している。		
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	自立の方へは促しの声掛け。介助の方には夕食後口腔ケアをしている。入れ歯の方は夜間預かり洗浄液にて消毒している。		

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	個々の状況に合わせ、努めている。便尿意がない方は日中はトイレ誘導する事で排泄成功していることが多い。	1人ひとりの排泄パターンを把握し、日中はトイレでの排泄を原則とされ、夜間は各人の状況に合わせた対応が行われている。また、適切な支援で、リハビリパンツから布パンツになった方や退院後おむつ不要になった方の事例も見受けられる。	
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	毎日の体操と食事のメニューの検討をしている。医療とも相談している。		
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	個別入浴になっているが入浴日は設定されている。時間はその方のタイミングで入浴して頂くが課題が多い。	週3回が原則であるが時間などに制限はなく、入浴を楽しんでいただくと共に、皮膚や全身の状態を観察するための機会でもあるので、拒否の強い方にもいろいろな工夫を凝らし、入浴をしていただく支援が行われている。	
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	疲れた時は休み無理のないように休息をして頂いている。		
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	服薬は職員が管理し確認理解している。体調変化時には医師に相談し、指示を受けている。		
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	出来る事を失わない様に動きを静止せず思うように仕事をして頂いているが、一部のみに限られる。また、楽しみを把握するために聞き取りを多くしている。		
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	天候に合わせ、散歩やドライブをしている。季節ごとに花見に出掛けている。日常的に買い物に出ている。	利用者の高齢化が進む中、気候や天候が許す限り、散歩や買い物には数名ずつ出かけると共に、初詣、季節の花見、外食などは、グループに分け、日を変えるなどの工夫を凝らし、できるだけ全員が参加できるように努められている。	

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	基本的には金銭管理はご家族となっている。		
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	申し出も少ないが、申し出のある方や必要な方には随時対応している。		
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	季節を感じて頂く様、季節ごとの掲示や植物を置くようにしている。	季節ごとの花や飾り物が置かれたリビングルームや長い廊下は、賑やかな中にも、1人ひとりが思いおもしろいことをして過ごしていただける共用空間となっている。また、清掃は利用者にも手伝っていただき、居室共々清潔に維持されている。	
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	特に設定せず居室で過ごされたり、仲良しな方と話したい時はお互いの居室を行き来している。職員と話したい時は事務所に寄ったり自由に過ごされている。		
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	居室には制限がなく、馴染みのものや壁掛けなどご家族の持ち込みで配置されている。	解り易いように、職員により作成された花模様の表札や馴染みの暖簾がかけられた居室には、使い慣れた寝具や家具、思い出の品々、仏壇などを自由に持ち込んでいただき、馴染みやすい居室が作られている。	
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	手すりや個別に歩行器使用など能力に合わせ対応しているが集団の中での自立した生活の難しさを痛感している。		

(別紙4(2))

事業所名: アシストハウス深谷

目標達成計画

作成日: 平成 31 年 4 月 30 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	2	○地域との付き合い 地域と交流を持ちたいが、お祭りの廃止や老人会の活動の低下があり、地域との関わりの場が持てていない。	施設化せず、気軽に立ち寄れる場所であり、グループホームの本来の意義に基づき、利用者様が地域で暮らすオープンな環境作りを目指す。	・現在参加している第二層の協議会から地域と共に問題点に取り組み、施設として孤立しないようにする。 ・施設内に閉じこもらず、外に出る生活習慣を整備する。(散歩・買い物・イベントへの参加)	24ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。