



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	1171600560		
法人名	株式会社ウイズネット		
事業所名	グループホームみんなの家・上尾瓦葺		
所在地	上尾市瓦葺2684-1		
自己評価作成日	令和元年9月10日	評価結果市町村受理日	

※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://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 ケアシステムズ		
所在地	東京都千代田区麹町1-5-4-712		
訪問調査日	令和元年9月14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)】

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 笑い声が絶えない明るい環境</li> <li>2. ご家族様、ご利用者様との良好な信頼関係づくりが出来る環境</li> <li>3. 玄関回りのお花などにより癒される環境</li> <li>4. 畑の野菜作りやフロア内の飾り付けにより季節を感じて頂けるような環境</li> <li>5. 職員のストレスが無く生き生きとした充実した毎日が送られるよう希望休がとれる環境</li> </ol>
--

【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>ホームが目指す支援を具現化するために、ケアマネジメントのサイクルが確立していることや、個々の書式(アセスメント、ケアプラン、モニタリングなど)の丁寧な作り込みに取り組んでいることが見受けられた。特に、「利用者や家族の介護に関する意向の把握」については、コミュニケーションが困難な利用者、面会頻度の少ない家族など情報量が少ない場合においても、利用者との日常的な関わりの中から把握し、職員間で適切な共有がなされる仕組みが確立している。さらにこの仕組みを拡充し、個別支援を充実させることを目指されたい。</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 3. 利用者の1/3くらい 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	「明るいホームづくり」という理念を踏まえ“笑い声”をキーワードにその人らしさを大切にした対応を心掛けています	「笑顔」を事業所理念のキーワードにしており、職員室ドアの設置した鏡の前で笑顔の確認をするなどに取り組んでいる。また職員同士で常に理念を確認し合うことを定着させている。	
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人として日常的に交流している	町内会に加入し地域での役割を果たせるよう行事等に参加し地域の人々との交流を深めているまた10月よりオレンジカフェ開催予定になっている	1階ホールでは、定期的に法人オリジナルのノーア体操などを地域住民と一緒にを行う機会を設けている。小学校の運動会に招待されたり、駐車場を地域の祭りの休憩所に開放するなどの機会も設けている。	
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	地域の交流や運営推進会議等で認知症専門士が居る事相談出来る事等の発信を行っている		
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	2ヶ月に1回実施している。市の介護高齢化、介護相談員、包括の職員、自治会、民生員、ご家族様、時にはご利用者様にも参加して頂きテーマについての意見を頂いている	平日開催によって、市役所担当課をはじめ自治会や団地役員、市の相談員の参加も可能としている。議題を明確に設定し、意見交換が適切になされていることも議事録からうかがえる。	利用者に還元できる地域情報をさらに収集することに努められたい。
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	毎月ホームの現状報告をFAXにて報告している。また年数回市役所主催のサービス向上検討会議に参加している	昨年から市役所主催の集団指導に参加することに加え、毎月の事業所の活動報告やオレンジカフェの相談などで適宜役所に訪問し、協力関係を築けるように努めている。	
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に取り組んでいる	委員会を設け月に1度各フロアから一人づつ集まり勉強会を行い内容を全体へ伝えている	研修テーマについては、委員会での意見交換をもとに決定しており、テーマに沿って毎月開催している。フロア会議や家族からの要望なども把握して身体拘束を行わないケアに取り組んでいる。	
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	委員会を設け月に1度各フロアから一人づつ集まり勉強会を行い内容を全体へ伝えている		

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	適切なアドバイスが出来るよう研修等で知識を深め活用出来るよう努めている		
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	十分な時間を取り説明を行い理解、納得して頂けるように努めている		
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	定期的に書面にて要望を確認させて頂いている。また要望ノートを活用し運営に反映させている	毎回10名以上が参加する家族会を定期的開催し、活発な意見交換を行なっていることが議事録から確認できている。運営推進会議での議題に盛り込むなどの取り組みによって、運営に反映できるようにしている。	
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	社長直通の意見提案ポストを設けている。また管理者は随時面接を行っている	年2回は個人面談を行い、職員ひとり一人の意見を出しやすい環境作りに取り組んでいる。また、ミーティングや委員会などを通じて、意見交換が活発に出来るように経営層は配慮している。	
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	資格制度がある。また年1度昇格制度がある		
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	法人内外の研修などを掲示し希望職員には時間を調整し研修の機会を確保出来るようにしている		
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	定期的に同業者との意見交換会を開催している。また他施設イベントに参加しサービスの質を向上させていく取り組みをしている		

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	入居時に本人から直接聞き取りを行ったり、一歩引いて観察を行ったりして関係づくりに努めている
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	ご家族様が面会に来られた齋はご利用者様の以前の生活などを聞いたり現在の状態をお話ししたり要望を話しやすいように努めている
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	相談には柔軟な態度で臨み必要としている支援を見極めるよう努めている
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	介護だけではなく日常の会話も行いご本人が安心出来るよう努めている
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	面会や電話での対応の際現在の生活を話し、ご利用者様に興味を持ってもらうよう努めている
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	旅行の日程調整や連絡補助等関係が途切れないよう支援に努めている 電話や手紙のやり取りが継続できるように支援したり、家族と長年のかかりつけ歯科医院に通院してもらったりしている。家族の判断で友人と旅行に行く手続きなどの支援を行い関係継続に努めている。
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	毎日レクリエーションを行い、会話をうきつけを作ったりしている

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	季節のご挨拶を通して連絡が経ち切れないよう努めている		
<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	会話から何が必要か観察を行っている	アセスメントは定期的な見直しに加え、心身状況が変化した際には都度見直しに取り組んでいる。また、居室担当者が、日々の生活の中での会話や生活歴から思いを汲み取っている。	
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	ご本人またはご家族様から以前の生活をお聞きしたりと情報収集に努めている		
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	様子観察、バイタルチェックなどを行い現状の把握に努めている		
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	ご利用者様に関わる関係者による会議を開き現状に即したケアのアイデアや意見を基に介護計画を作成している	ケアプランは第一票、二票ともに丁寧に作り込んでおり、適切な支援が提供できるようにしている。また、定期的にケアカンファレンスによって各職種が連携を図れるようにしている。	
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	フロア日誌、申し送りなどで状態の把握に努め、フロア会議にて意見を出し合い向上に努めている		
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	現状変化時やその時のニーズに合わせ柔軟な支援、サービス多機能化に取り組んでいます		

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	地域行事の招待や広告などにより地域資源を把握し行事等に参加する事で豊かな暮らしを楽しむ事が出来るように支援しています		
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	ドクター訪問時に状態説明を行い、ドクターの意向、ご家族様の意向を伝える橋渡しを行っている	健康管理表をもとに、内科医が適切な訪問診療を行えるようにしている。医療関係者と連携を図る連絡記録も詳しく記載されている。また馴染みの歯科医へ家族同行によって通院できるようにしている。	
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	状態を記録に記し情報の共有を行い、下剤管理軟膏の使用について相談を行っている		
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。	定期的に病院に訪問し関係者との情報交換や話し合いの場を設けている		
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	重度化した場合の話し合いをご家族と密に行い看とりの要望に対しても対応出来るよう関係者と取り組んでいる	重度化や終末期のケアについては、入所契約時にホームの方針を伝え同意を得ている。また、心身状況が急変した際には、必要に応じて医師を交えた面談を行い、家族の意向を再確認する流れとしている。	
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	急変時のマニュアルあり。また順次研修参加にて訓練を行っている		
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、内1回は夜間を想定し避難訓練を行っている。また地域の消防団の方の協力をお願いしている	各種の災害を想定して定期の防災訓練を実施している。また、災害発生時には地域の応援も得られるようにしている。さらに緊急時に活用できるの医療情報パスなども取り揃えている。	災害発生を想定して、食品の備蓄をはじめ、各種の備品をさらに充実させることを検討されたい。

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	日々の生活を様子観察し会話したことからの情報収集を行い各ご利用者様に合わせた声かけを行っている	入居者・家族の意向から、同性介助について出来る限りの支援を行っている。今回行った家族アンケートからも、プライバシーや羞恥心に関する配慮は適切になされているとの声が聞かれている。
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したり、自己決定できるように働きかけている	常に自己決定が出来る声かけを行っている。	
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	現在のご利用者様の一日の生活を把握し本人の希望に沿って支援を行っている	
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	更衣の際洋服を選んでいただき事故決定を支援すると共にその人らしいおしゃれを支援出来るよう努めている	
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	食事前のテーブル拭きなどご利用者様の能力に合わせた支援に努めている	食事作りは外部に委託しており、利用者が参加できるのは片付けなどに限定して取り入れている。また、食事レクとしておやつ作りなどの機会を設けて、皆で楽しめるようにしている。
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	各ご利用者様のADLに応じてお箸、スプーンなどを利用し確保している。足りない場合は適時水分補給を行っている	
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	声かけ、見守り、一部介助、全介助と各ご利用者様のADLに応じてケアを行っている	

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	各ご利用者様のADLに応じてケアを行っている。またパット不必要であれば布パンツにしたりと自立に向けた支援を行っている	アセスメントやケアプランには排泄支援の内容を詳しく落とし込み、職員間で共有できるようにしている。利用者一人ひとりが、出来る限り自立に繋がる排泄介助に取り組んでいる。	
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	毎日のレクリエーション(体操)以外でも運動を促す声かけ支援を行っている		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	各利用者様の希望に沿った支援に努めている	家庭用の一般浴槽に加え、リフト式の浴槽も配置しており、心身状況に沿った入浴支援が出来るようにしている。また、入浴拒否が見受けられた際にも、時間や担当者を変更して適切に支援できるようにしている。	
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	日々の状態を観察し疲労感見られる場合など本人の承諾を得ながら支援を行っている		
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	一人ひとりの薬情報ファイルを設けておりいつでも確認出来るようになっている。また変更時は会議や申し送りで確認を徹底している		
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	行事(季節ごと)を楽しんで頂けるようフロアの飾り付けに気をつけてり、習い事などの行事に力を入れている		
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	ご家族様、ご本人の承諾を得ながら外食レクリエーションなどを行っている。また地域の方々の協力を得ながら畑仕事を楽しめるよう支援している	天候や入居者の体調を考えながら、できるかぎり外気浴や近隣への散歩に出かける機会を設けている。ただし無理強いしないことを原則としているため、参加できる利用者が限定されていることを課題としている。	今回行った家族アンケートの結果からも、「外出支援をさらに充実して欲しい」との声が複数聞かれている。更なる改善が期待される。



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	移動販売などではお金を所持したり使えるように支援に努めている		
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	ホームの電話はいつでも使用出来るようになっている。手紙の投函などの支援もおこなっている		
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	フロアの飾り付けなどに力を入れている。また音楽を聞いて頂いたり居心地よい空間作りに努めている	共有スペースは季節を感じてもらえるような装飾に力を入れたり、カレンダーや食事の献立などを掲示して、家庭的な雰囲気を感じられるようにしている。また、出来る限り共有スペースで生活してもらえるように取り組んでいる。	
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	その方その方に合った居場所を探り出し提供出来るように努めている		
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	ご利用様が過ごしやすいようご本人の私物を置かせていただいている	家族と利用者の意向を聞きながら希望に沿った居室づくりをしている。利用者の状況に応じて自宅で使用していたものを持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるような空間作りに取り組んでいる。	
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	各居室に表札をつけてりし混乱がないように、また居室内のタンスにラベルを貼りご自身で何が入っているのか分かりやすくしている		

## 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	49	一人ひとりの希望に沿った外出支援が十分に行えていない	一人ひとりに沿った外出を計画しご利用者様に喜んで頂き、ご家族様にも納得してください。頂けるような支援に努める	毎日の散歩は今まで通りにして普段行けないような場所に関してはその方の希望に沿った一人ひとりのスケジュールを作成する	10ヶ月
2	4	ご利用者様に還元できる地域情報の収集ができていない	利用者様に還元できる地域情報を収集することに努める	地域との関わりを密にし職員一人ひとりが情報収集のためのアンテナを張り情報を共有する	6ヶ月
3	35	災害時の備蓄品が十分ではない	食品をはじめ各種の備品を充実させる	月々少しずつ揃えていく	6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。