

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	2373001375		
法人名	有限会社みふねの家		
事業所名	グループホームあさがお		
所在地	愛知県豊田市御船町東山畑54-13		
自己評価作成日	平成24年10月21日	評価結果市町村受理日	平成25年 3月19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.kaijokensaku.jp/23/index.php?action=kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JiyosovoCd=2373001375-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成24年11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)】

「衣・食・住を整えます。」を運営理念に掲げ、施設全体の生活環境と、入居者1人1人の生活環境を整えることを目標にケアをおこなっています。また複数のボランティアさんの訪問、地域行事の参加で外部の人たちとの関わりも増えてきています。

【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)】

同じ町内からではあるが、ホームを新設移転し、新たなスタートとなった一年である。小規模多機能事業所や障害者の活動支援の場所などを併設しており、地域に根差した取り組みに向けて奮闘している。
併設施設とは朝礼で情報交換をして、相互に協力体制を構築して運営にあたっている。地域包括支援センター主催の徘徊模擬訓練に参加して、市町村との連携に努めている。
ホームの理念である「衣・食・住」について、職員から食についての提案があった。「食について、より満足のいくものにしたい」との職員の提案を活かした取り組みを試み始めている。今後の活躍を期待して見守っていきたい。

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	運営理念は職員全員で考え、掲示しているが答えられる職員は少ない。「衣・食・住」への取り組みは行えているが、意義を理解している職員も少ない。	「衣食住を整えます」をグループホームの理念として掲げている。職員間で相談し、取り組んでいるものの、具体的な実践事例は多くない。	職員間で話し合う機会を設けて、理念の実現に向けた具体的な取り組みの実践を期待したい。
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	年間を通して回数は少ないが、地域のお祭り、防災訓練など、可能な限り参加している。	ホームが現在地に移転したことによって、新たな近所付き合いが始まっており、併設の高齢者事業所や障害者事業所との交流がある。ホーム前の清掃活動や地域の祭りにも参加している。	
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	地域包括支援センターと協力し、地域での勉強会を計画している。H24年11月に実施予定。		
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	施設で提供している食事について実際に家族から意見があり、職員でカンファレンスをおこない、見直しをおこなった。	ホームで「ファミリー会」として、家族会を兼ねた運営推進会議を開催している。会議で、「食事に好きな物を取り入れてほしい」との要望があり、改善に向けて取り組み始めている。	
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	月に1回介護相談員の受け入れをおこない、その都度報告、相談をおこなっている。	運営推進会議には地域包括の参加があり、随時情報交換している。地域包括主催の徘徊模擬訓練に、地域の代表ホームとして参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	玄関のについては、夜間の防犯目的以外の時間は常に解放している。身体についてはミーティング、あるいは職員個人個人に伝えている。	玄関は常に開放している。スピーチロックや鍵かけのロックに関して、管理者が職員個々に注意を促している。	スピーチロックを含めた身体拘束について、管理者の指導に頼ることなく、職員同士が学び合う仕組みも必要であろう。
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	他事業所の事例などミーティングや回覧で全職員に意識を持つよう呼びかけている。また、言葉使いにも気になる点があれば職員に注意している。		

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	言葉は知っているが内容を理解している職員は少ない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	説明の最後に再度確認をおこなっている。その後の質問等にもその都度答えている。		
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	運営推進会議、介護相談員の受け入れをおこない、家族、入居者の意見を聞いている。	「好みの物を食べさせて欲しい」と家族から希望があり、食に関する内容を検討している。また、おむつ代など、料金の内訳や内容についての問い合わせには、個別の対応をしている。	
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	職員からその都度意見、提案を聞くよう努めている。	毎朝全体朝礼を行い、連絡事項を共有している。職員ミーティングを利用して、職員の意見を聞き出している。その他は、随時申し送りノートで情報共有している。	
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	定期的に職員に声を掛けるよう努めている。また、年に1回人事考課をおこなっている。		
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	職員が必要としていることを内部研修のテーマにし、全員参加を目標に同じ内容で2日に分けておこなっている。外部研修については年に1回以上参加するよう促しており、可能な限りの勤務調整をおこなっている。		
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	地域の勉強会やブロック会議には職員を順番に参加させるよう努めている。		

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	各入居者担当の職員を中心に関係作りに努めている。		
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	入所時には管理者が、その後は各入居者担当の職員が家族と連絡を取り、関係作りにつとめている。		
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	管理者、計画作成者、担当職員でアセスメントをおこない、必要な支援がおこなえるよう努めている。		
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	職員は入居者の立場になってケアがおこなえるよう努めている。理解が難しく職員の気持ち、都合でケアをおこなおうとする職員もいる。		
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	家族と入居者の外出(外食、病院受診、行事)を可能な限りお願いし、関係が途絶えないように努めている。		
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	地元の病院受診、馴染みの場所への外出に可能な限り努めている。	馴染みの場所への支援はあるものの、馴染みの人との交流事例は少ない。移転先での新たな馴染みの関係構築に向けて、検討を重ねている。	
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	入居者同士の間関係を把握し、他入居者の関わりが困難な場合は、まずは職員が信頼関係をの構築に努め、時間を掛けてた入居者との関わりができるよう努めている。		

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	退所後も家族が施設に訪問することがありその後の状況を可能な範囲で聞くよう努めている。		
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	入居者との信頼関係を築き、希望、意思が聞けるよう努めている。困難な場合は過去の生活環境などの情報を集め本人本位な生活ができるよう努めている。	自分から意思を伝えることが出来ない利用者には、家族から情報を聞き出している。意向を聞き取った際には、個人の記録に書き込んでいる。	
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	入居者あるいは家族から以前の生活環境を聞き、施設でもその環境に近い環境で生活できるよう努めている。		
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	各入居者の1日を通した表情、過ごし方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	心身の変化に伴い、その時の入居者にあった生活ができる介護計画の見直しができるよう努めている。	法人独自の介護計画様式を用いて取り組んでいる。ADLを中心とした内容であり、安全に配慮した計画を作成している。	本人・家族の希望を計画に盛り込む工夫があれば、その人らしさが表れる計画へとつながるであろう。
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	職員は入居者への新たな取り組みに対しての経過、変化などを記録に記入している。必要に応じてチェック表も作成している。それらをもとにミーティングで介護計画の見直しをおこなっている。		
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	本人、家族の状況変化に合わせ可能な限りの対応に努めている。		

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	入居者が施設内だけではなく、地域との関わりを持っていくなかで、安心して生活できるよう支援に努めている。		
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	本人の体調、本人、家族の希望に応じて入所後も掛かりつけ医の受診ができるよう支援している。	ホームの提携医による往診がある。かかりつけ医への通院は、家族の協力を得ている。往診の状況や最近の様子などを、家族に定期的に報告している。	
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	看護職員に常に連絡がとれる環境ができています。		
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。	入居者の入院時は定期的な面会を心がけている。また退院後も病院からアドバイスを受けるようにしている。		
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	契約の時点で説明をしている。	重度化や終末期のケアについては、ホームでできる支援を入居時に説明している。重度化した場合には、家族と話し合いを行って意向を確認している。	
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	施設内研修、外部研修、講習会で実践力を身につけるよう努めている。		
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	定期的な防災訓練をおこなっており、地域住民の方にもその様子を見学していただいている。	定期的な避難訓練はあるものの、具体的な備蓄や災害時の対策・方法について、職員の危機認識は高くない。緊急時には、家族の連絡先に連絡するよう伝えている。	地域の防災情報を収集して、ホームでの対策方法・地域との協力関係について検討する取り組みが必要と思われる。

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	尊厳を意識すると共に、言葉かけかたも意識するよう努めている。	食後の口腔ケアを拒否する利用者には、無理強いせずに利用者の思いに添って対応している。家族アンケートにも、「丁寧な支援がある。」との声があった。	
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	入居者が選択できる言葉かけをするよう努めている。		
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	職員のペースではなく、入居者のペースに職員が合わせるよう努めている。		
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	入居者がその日に着る服を選び、汚れた場合にもすぐに着替えられるよう努めている。		
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	入居者が可能な範囲で食事の準備、片付けをおこなっている。食事メニューは施設の基本的なものはあるが、入居者の希望するものがあれば変更している。	手作りの食事で、職員も一緒に摂っている。献立は決まっているものの、希望があれば変更している。飲みこみが悪い利用者には、ムース食を提供している。	
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	入居者の体重、体調、栄養状態を観察しながら支援をおこなっている。		
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	入居者全員が毎食後それぞれの方法で口腔ケアができるよう努めている。また、月に1回訪問歯科があり、口腔ケアと職員へのアドバイスをいただいている。		

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	歩行が困難で紙おむつを使用している入居者でも座位がとれる場合は便器に座っての排泄をおこなっている。また、トイレ誘導の時間も入居者の状況をみて変更している。	安全を配慮して、ポータブルトイレを居室で使用する利用者がいる。定期的にパット交換する利用者や、時間を見て適宜交換するなど、本人に合わせた対応がある。	
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	便秘傾向の入居者には牛乳、ヨーグルトを提供し排便の観察をしている。また、乳製品摂取が困難であったり、運動ができない入居者には医師に相談し薬で調節している。		
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	入浴は基本毎日できる状態である。入居者の希望、体調で、時間や翌日への変更などおこない支援している。	定期的に入浴支援している。一般的な個浴槽と特別浴槽があり、本人の体調に合わせて安全に入浴できる。	
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	居室、リビングでの過ごし方は各入居者の希望に応じて自由である。居室で過ごしている入居者へは、職員が状況に応じて訪室している。		
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	薬の用法、用量は職員全員が理解できているが、副作用については全員が把握しきれていない。		
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	畑、外出、趣味の道具など、家族にも協力をお願いし、生活環境を整えるよう努めている。		
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	入居者の希望に応じ可能は範囲で職員、家族の付添で外出できるよう支援に努めている。	隣接した事業所と合同で外出する機会がある。また、家族との外出を楽しみにしている事例がある。	

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	基本的には各入居者での金銭管理はできるようにしているが、家族の要望や入居者の状態に応じた支援をしている。		
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	電話や、手紙は家族などの許可があればできるように支援している。		
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	それぞれの空間に担当職員を決めており、その担当職員を中心に過ごしやすい環境を作るよう努めている。	共有のスペースである食堂兼リビングでは、個々が好きな場所でテレビ観賞している。廊下の気温とリビング兼食堂の温度差があるため、日中をリビングで暮らす利用者が多い。	利用者の活動空間を広げる工夫があれば、ホーム内がさらに活動的になるであろう。共有スペースの有効活用を期待したい。
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	その時の入居者の状況に応じて混乱をまねかない程度に、机、イス、ソファなどの位置を変更している。		
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	居室の家具などは、入居者が以前使用していたものを使っている。	仏壇やテレビ、筆筒など、馴染み深い物の持ち込みは自由である。自立度の高い利用者は、自分の意志で持ち込んでいる。	
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	トイレ、各居室は各入居者が1人でもわかるように札や、その他目印をしている。		

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	1	・運営理念「衣・食・住」への取り組みを行っているが、具体的な取り組みが行えていない。	・「衣・食・住」それぞれの具体的な目標を立てスタッフが把握し、取り組めるようにする。	・「衣・食・住」それぞれに担当スタッフを設け、そのスタッフを中心にミーティング等で目標をたてる。	3ヶ月
2	26	・計画作成担当者がモニタリング、介護計画の作成を行っているが、その内容をスタッフが把握しきれしていない。	・各入居者担当がモニタリング、介護計画の作成に携わる。	・計画作成担当者から各入居者担当スタッフにアセスメント、モニタリング、介護計画作成の説明をし共に進めていく。	6ヶ月
3	35	・定期的な避難訓練は行っているが、地域との連携や、避難後の具体的な対応方法がない。	・地域住民の方々と共に避難訓練を行えるようにする。	・運営推進会議開催日を利用して、避難訓練を行い、入所者の状態や、スタッフの対応を知ってもらう。	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。