

### 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	1196500258		
法人名	社会福祉法人友遊会		
事業所名	たのし家うれし家		
所在地	さいたま市見沼区南中野915-1		
自己評価作成日	平成29年3月27日	評価結果市町村受理日	平成29年6月1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	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9		
訪問調査日	平成29年3月30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)】

グループ法人のデイケアに通い、自立支援を中心としたケアを行い医療を安心して利用できる環境づく
--

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>●特に職員の言葉遣いについては配慮を理解することができます。会議時には職員同士で気づいたことを注意しあい、接遇の向上に取り組んでいる成果を感じることができます。</li> <li>●ケアプランの目標が日々の記録紙に掲載されており、目標に対する支援実施が記録されています。ケアプランに対して日々意識する取り組みと利用者の状態を把握しやすい記録様式は他の事業所の範となるものです。</li> <li>●利用者の「素」を把握するため、傍にて表情やサインの観察に努めています。無理強いせず、職員主体の支援とならないよう利用者の気持ちに沿えるよう取り組んでいます。</li> </ul>
---

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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
<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	事業所の玄関ホールやフロアに理念を提示しているが業務に負われ理念を理解していないスタッフがいるのが今の現状。	医療との連携を基に家庭的な支援の実践に努めている。ホームの方針を教えることができる職員の育成および基本を重んじた支援の実行に対してじっくりと取り組む意向を示している。	
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	2か月に一度運営推進会議を行っているが区役所の方とご家族・事業所スタッフで行っている為、交流出来ていないのが現状。	地域包括支援センター・医療機関とは良好な関係が築かれている。近隣施設の開催する勉強会に参加するなど地域との連携にも努めている。	近隣に保育園が設立されており、子どもたちとの交流が利用者の楽しみになることが予想される。機会を見てアクションを起こすことが望まれる。
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	散歩等で近所の方にお会いしたときには挨拶をしてコミュニケーションをとるにしている。		
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	高齢介護課・介護保険課の方に参加して頂き分からない事を聞いたり、利用者のケースを話アドバイスを頂きサービスの向上に活かしている。	行政・地域包括支援センターの方々が参加し、開催がなされている。地域の方々への参加を所望しており、今後も会議の広がり推進が期待される。	
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に取り組んでいる	介護保険課・福祉課の担当の職員と連絡を取り協力関係を築くように取り組んでいる。	行政には制度や法改正等の相談に乗ってもらい、適切な運営の実施への協力を得ている。	
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	安全えお第一に考えご家族様にも入居契約時に身体拘束をしない事を説明している。	夜間の巡視をはじめ丁寧な見守りの実施に取り組んでいる。安全かつ快適な生活となるよう職員への指導に努めている。	
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がないように注意を払い、防止に努めている	苦情があった時は、直ぐにスタッフと話し合い状況を事実確認する様にしている。また職員には虐待の報告がある事を伝えている。		

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	成年後見制度についての勉強会が出来ていない。管理者はご家族に説明したり福祉課の方に(生活保護の方が多い)成年後見人について相談している。		
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	必ず契約時には職員2名で対応しトラブルがない様に説明を行いその都度疑問点がないか確認しながら行っている。		
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	ご家族とは面会時や電話で意見・要望を聞き、利用者には日々のケアの中で聞いたり見つけたりして意見・要望をかなえられるように努めている。	通院・小口現金の預かり等家族が来訪する機会を維持し、コミュニケーションを図るよう努めている。居室担当者による便りを毎月送付し、様子や現況の報告にあたっている。	
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	定期的にフロア会議・全体会議を行い、意見や提案を聞く様にしている。	職員が集まる機会や会議においては、利用者の支援方法について試していることや改善事項について共有を図っている。	
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	ボーナス時年2回自己評価を行い、希望があれば面談の場を設けている。		
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	日々の業務・勤務時にコミュニケーションをとり分からない事とその儘にならないよう聞く様にしている		
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	グループ法人の職員・他職種の職員とコミュニケーションを普段からとり、相談等行えるように利用者のケアの向上に努めている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	利用者の生活歴・性格・認知症の症状を把握し、いろいろな事を職員同士情報共有しながら対応している。		
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	面会時にコミュニケーションをとり、毎月利用者の状態報告をしている。細かく報告するようにしている。		
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	利用者の生活歴等を踏まえ『アセスメントを行い、どのようなケアを計画するか職員同士アイデア・意見を共有し、その中でケアマネージャがまとめ支援の計画を立てている。		
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	出来る事は現状維持できるように自立支援を目指し一人ひとり尊重し関係を築いている。		
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	ご家族との関係が維持・契約時前より良くなるように職員が時には間に立ち、家族との関係を保てるよう努めている。		
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	利用者の中には契約時前より通っていた美容院やカラオケに行きたいとの要望がある時には家族に相談するにしている。	なるべく家族との関係が維持できるよう面会の機会創出に努めている。読書等趣味や趣向もできるだけ継続できるよう努めている。	
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	利用者同士のトラブルがないように職員が間に入り関係性を築いている。トラブルがある時には他ユニットと連携をして対応している。		

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
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	必要も応じ次のサービス利用の場を探したりいつでも相談や支援出来るようにしている。		
<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	日々のケアの中で一人ひとりの思いを職員同士情報共有して把握できるように努めている。	利用者の「素」を把握するため、傍にて表情やサインの観察に努めている。無理強いせず、職員主体の支援とならないよう利用者の気持ちに沿えるよう取り組んでいる。	
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	契約時に家族に聞いたり日々のケアの中で職員同士情報共有して把握に努めている。		
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	一人ひとりケアをする中で職員同士情報共有し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	ケアプラン更新時には利用者、家族の意向を聞き意見やアイデアを反映し介護計画を作成している。	ケアプランの目標が日々の記録紙に掲載されており、目標に対する支援実施が記録されている。ケアプランに対して日々意識する取り組みと利用者の状態を把握しやすい記録様式は他の事業所の範となる。	
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	日々のケアの実戦で対応で良かった事等は申し送りノートに記入し職員同士情報共有出来るようにしている。		
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	グループ法人のデイケアに通い、他職種の意見を聞く等柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。		

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	地域との関係はあまり上手くっていないが、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。		
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	かかりつけ医との連絡を密にとり、利用者が安心して医療を受けられるように支援している。	グループ法人による診察がなされており、密接な連携のもと利用者の健康管理にあっている。投薬についても重ねて確認し、誤りのないよう取り組んでいる。	
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	日々のケアの中で気になった事等は報告、相談をして早めの対応が出来るように情報共有している。		
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。	入院・退院時は病院の相談員と情報交換を行い相談に努めている。営業活動をして病院関係者との関係づくりをしている。		
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	終末期のサービスを行っていない為ADLの低下した時には家族に連絡をして面談を行い今後の話し合いの場を設けている。場合によってはかかりつけ医の診察をする機会を設けている。	家族との関わりを持ちながら、利用者の状態の説明に努めている。家族の要望と医師の意見を聞き、検討をしながら利用者にとって最善の環境となるよう取り組んでいる。	
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	会議等で緊急時の対応は説明しているが実践力を身につけている職員は少ない。		
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	定期的に避難訓練を行っているが全職員が把握できていないのが現状。地域との関わりが薄い為協力体制が出来ていないのが現状。	年に2回の避難訓練を実施している。安全な調理器具の使用等に甘んじることなく、漏電防止など細かな対策を立てながら安全な環境提供にあっている。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	居室に鍵を設置している。トイレの確認等は他の利用者にきこえないように対応している。	特に職員の言葉遣いについては配慮しており、会議時には職員同士で気づいたことを注意しあい、接遇の向上に取り組んでいる。	
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	Yes・Noで答えられる質問・2択の質問等工夫している。		
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	職員には常に利用者優先と教育し10日に一度個別ケアの日を設け希望にそって支援している。		
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	2・3か月に1度訪問理容を利用している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事のメニューは決まっているが利用者の希望を取り入れ、食事の準備や片付けをして頂いている。また契約前より日課として食べているものは継続して提供している。	野菜の下ごしらえや配膳・下膳など利用者ごとのできる手伝いをしてもらっている。自らの意志を大事にし、生活の中で役割を持てるよう取り組んでいる。	
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	かかりつけ医・歯科医に連携して一人ひとりに合った形態・量を提供している。		
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	歯科医・歯科衛生士の指導のもと個々に合った口腔ケアを毎食後行っている。訪問歯科週1度歯科衛生士が口腔ケアをしている。		

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
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	一人ひとりの排泄(パターン)を把握して対応している。日中はトイレに行きたくて頂くようにしている。オムツ着用の利用者は排便の時はポータブルトイレに座って頂くよう支援している。	日々の排せつの記録を確認し、状況と状態に合わせた排せつおよび清潔支援にあたる。ケア会議の議題にあげ、職員間での話し合いをもって装具の変更や支援方法の検討にあたる。	
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	運動・水分摂取・食事に気を付け自然に排泄できるように支援している。それでも便秘の時はかかりつけ医と連携をし下剤を使用するようにしている。		
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	入浴日を決めず希望や個々の体調をみながら対応している。	職員体制の工夫により柔軟な入浴実施にあたる。リフト浴を利用し、重度化した利用者に対しても入浴の楽しみを実感してもらえるよう努めている。	
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	日中の活動量を増やし薬をなるべく使わないよう支援している。またかかりつけ医との連携をとり対応している。		
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	職員は利用者個々でどのような薬を飲んでいるか把握できるように日々の記録に薬内容のシールを貼り職員全員が分かる様になっている。		
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	1日の中で役割を決めている。また気分転換できる環境づくりをしている。		
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	週3回デイケアに通い、残りの日は散歩に行く等行っている。定期的買い物レクを企画している。	天候や健康状態に配慮しながら散歩、車での買い物、外出行事などにより外出を楽しめるよう取り組んでいる。	外出行事の充実を検討しており、外食など利用者の楽しみが増える取り組みが期待される。



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
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	15人中4人の利用者がお財布を持ち自己管理されている。		
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	日中に電話の要望があった時には事前にご家族に許可をもらい対応している。		
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	季節を感じていただけるよう利用者と一緒に折り紙で季節のお花・モノを作りリビングに飾っている。	トイレ・浴室・廊下など共有空間は清潔が保たれている。日当たりが良く・明るい広いリビングにはソファが設置されており、利用者がゆったりと過ごすスペースが確保されている。	
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	ソファや椅子を使い個々に過ごしていただける環境づくりをしている。		
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	契約時には馴染みの物を持って来て頂いている。仏壇やタンス等持ってきている利用者もいる。	利用者各自の居室には、家族の写真を掲示したり、自由に家具配置したりと利用者や家族の意思が反映されている。居室でも気兼ねなくリラックスして過ごせるようさり気ない支援に努めている。	
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	基本に自立支援があり職員は利用者に安全に過ごして頂けるように環境づくりをしている。		

### 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	2	地域との交流が少なく孤立してしまっているのが現状である。	保育園の子供たちとの交流を持てるようにする。継続した関係を築く。	たのし家うれし家の行事に参加して頂く。	12ヶ月
2	49	日々の業務に追われ、行事・日々のレクリエーション(外食・外出)ができていないのが現状である。(人員確保)	外食・外出の機会を増やし、利用者様の楽しみを増やす。	・月ごとに担当を決め、レクリエーションを企画する。 ・人員を確保する。	12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。