

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	0174300442		
法人名	有限会社 碧		
事業所名	グループホームむつみ		
所在地	川上郡標茶町旭2丁目4番9丁目		
自己評価作成日	平成23年12月14日	評価結果市町村受理日	平成24年2月10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)】

冬の間は外に出る事がほとんど無いので、10月くらいから室内で体操を始めました。利用者の皆さんも、体を動かすことは、良い事だと言ってやっています。

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://system.kaigojoho-hokkaido.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0174300442&SCD=320
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	タンジェント株式会社
所在地	北海道旭川市緑が丘東1条3丁目1-6 旭川リサーチセンター内
訪問調査日	平成24年1月19日

【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)】

<継続的なケアサービスの提供>
 ケアサービスの提供が継続的にできるように、管理者・職員間の意思疎通を大切にし、コミュニケーションの機会を増やすよう努め離職を最小限に留めている。また、チームワークを良くする為に意見や相談、要望等を運営に採り入れ、よりよいケアサービスの提供に取り組んでいる。

<冬期間の身体機能の維持・向上への取り組み>
 冬期間は、寒さや路面の不安定、感染症予防の為に外出の機会が少なくなりがちだが、事業所内で掃除や洗濯体操を取り入れたり、併設のデイサービスに通う馴染みの知人・友人との交流の機会を増やしたり、一緒にゲームを楽しむなど季節に応じた身体機能の維持・向上に取り組み地域の中で継続的に暮らせるように支援している。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)	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)
57	利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面が ある (参考項目:18,38)	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)
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)	65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係 者とのつながりが広がり深まり、事業所の理 解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにお おおむね満足していると思う
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)		

自己評価及び外部評価結果

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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踏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	職員全員が理念を意識共有し理念に基づいた、利用者への支援を心掛けています。	地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念をつくりあげ、カンファレンスや日々の業務を通じて話し合い、理念を共有し、その実践につなげている。	
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	立地が商業地区である事も近所との付き合いは、少ないが買い物や散歩の様子近くの人が見て認知症への理解も得られて来ている。	併設するデイサービスに通う地域の馴染みの人々との交流や地元の高校生の体験学習やボランティアの受け入れ、事業所主催の夏祭りに参加を呼び掛ける等地元の人々との交流に努めている。	
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	具体的には、取り組んでいない、学生の研修、実習又は地域住民が視察、見学に訪れた際に説明をしている。		
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	昨年は、5月に1回だけ実施している。1月にも実施する予定です。	運営推進会議では、利用状況や生活の様子、地域との協力の必要性等報告や話し合い等を行っている。	今後は、運営推進会議を年6回を目安に定期的に行うことができるよう取り組むことを期待します。
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	町の介護福祉士担当者に対しては、利用者へのサービスなどについて解らない事などは電話にて接触も多い。	地域ケア会議や日常業務を通じて情報交換を行い、行政及び包括支援センター職員と連携を深め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「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	身体拘束は、していません。	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、管理者及び職員の共有が行われている。また、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。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待の研修会などにも参加して虐待防止に努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	特に入居者個々の状況にこれらの制度が必要であるかは、検討されていない。		
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	入所手続きの際に本人及び家族に契約書、重要事項説明書の内容を説明し、理解納得してもらった後に、押印した上で文書より交付している。		
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並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	利用者には、日常的に声掛けし、心配ごとや意見不満を聞き家族に対してもホームに来訪された時や電話などにより意見要望を聴かせてもらうように呼びかけている。	家族や来訪者等が管理者、職員並びに外部者へ意見や苦情等を言い表せるように苦情受付窓口を明示している。今後は、家族の来訪が増えるよう促す取り組みも検討している。	
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	毎月のケア会議でも意見や提言を入れ、運営に反映するように心がけている。	管理者・職員間の意思疎通を大切にし、コミュニケーションの機会を増やすよう努め離職を最小限に留めている。また、チームワークを良くする為に意見や相談、要望等を運営に採り入れ、よりよいケアサービスの提供に取り組んでいる。	
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	可能な範囲で利用者の状態を観ながら、勤務の調整に努め、給与水準や労働条件を改善し、業務に対する向上心をもて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	職員は、研修への参加を目標にし、希望する研修があれば参加出来るように勤務を調節しています。		
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	同業者との交流は少ない、他介護施設や地域包括センター、町社協、との交流を通じサービス向上に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時には、職員が意識的に訴えや要望を聴き、不安を少しでも取り除けるように努めているが、十分とは言えない所がある。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	本人からの訴えは、殆どなく、家族からの相談が中心で、グループホームを訪問された時に生活のあり方などを説明し、意見交換して疑問や不安解消を図るようにしています。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	本人と家族が話し合い、その時のニーズを外部機関とも連携を図りながら解決するようにしている。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	毎日と一緒に過ごす中で、昔話に生き方を学んだりしています。夏には、職員が畑をして、ちょっとした気分転換や季節を感じる程度となっております。		
19		本人を共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族と共に支えるように心がけている。ただ、家族の中にはホームへの来訪が極めて少ない方もいます。又毎月のむつみ便りにて受け持ちの介護者から通信欄へ入居者様の最近の具体的な様子や、御家族様へのお願い事を記入し御家族様との関係を築く様にしています。		
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	デイサービスに通われている知人の方の訪問等歓迎して迎えています。又、親戚などの高齢の方の面会の時には職員も一緒にお話に入らせて頂き、利用者様の昔の暮らしぶり等のお話を聞き、今と違った利用者様への理解を深める情報とさせて頂いています。	住み慣れた自宅での外泊への支援や併設しているデイサービスに通う昔ながらの友人、知人の訪問支援で馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。	
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	一部の利用者は会話が通じて支えあえる所もあるが、認知症の重度化や耳が遠い方に伴い会話が成立しないため、話の断続性が失われるのが実態である。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	退去より入居契約が解除になるが、必要に応じて在宅や他施設で生活する場合、断続して連帯を行うようにしている。		
.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	本人の思いを大切に、希望や意向が叶えられるよう努めているが、難しさもある。具体的には、「買い物に行きたい」や「美容室に行きたい」など。意思表示困難な利用者に対しては、家族からの生活ぶりの中から得られた情報を元に検討しプランを立てている。	センター方式を活用して、一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努め、散歩や買い物、美容室への送迎等本人本位に検討し、支援に努めている。	
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	本人や家族からの情報に任せ、職員が見た状況を精査し、共有しながら生活支援に努めています。		
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	把握に努めているが、一人ひとりの残存機能を引き出し、日常生活への実践・反映の難しさを感じています。		
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	課題とニーズをカンファレンスで協議し、本人や家族の話聞いて生活に取り入れながら、その成果を評価して次の計画に反映出来るように心がけています。利用者1人ひとりの担当職員が決まっているが、担当職員だけでなく全職員の情報や意見をカンファレンスで出し合い介護計画を作成している。	センター方式を活用して、本人・家族の意見や医師や常勤する看護師の意見、カンファレンスを通じて職員間で話し合い、そこでの意見を介護計画に反映している。	
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	毎日の個別アセスメント用紙による記録と介護経過記録を書いています。介護プランに沿って実施して頂くようにしています。記録もプラン上の利用者の目標は何なのかを念頭において書いて頂くようにしています。しかし記録が足りません。事故などの大きな出来事も後書きになっている事があります。		
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	その時に対応するように努めているが、十分な取り組みは出来ていないのが現状である。		
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	具体的にはボランティア団体等もあり、行事等に何かをお願いする事も出来ますが、協力の依頼はしていないH23年度としては標茶高校のボランティアの協力を依頼し、行事に参加ご協力をお願いした。		
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	日常的に健康管理を行いつつ、提携医療機関で一般定期受診・診察はもとより、健康管理の指導も受けている。協力医療機関の受診を送迎、付き添い等の支援をしている。町外の病院の受診は家族対応となっているが家族が都合付かない時は、職員が連れて行くようにしています。	受診は、本人や家族の希望するかかりつけ医となっている。また、常勤の看護師と町立病院との連携で適切な医療を受けられるように支援している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	ケアマネが看護師であり、日常の入居者の健康状態に対して医療職としての観察をして介護へのアドバイスをを行っている。受診時に医師へ報告したい状態があれば連絡ノートに記入して受診の時に持参し報告貰っている。		
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、また、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。又は、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。	入居者が入院した時点で、管理者、もしくはケアマネから家族に対して説明を行い、医師の説明には同席させて頂いています。入院中は時間の許す限り、毎日面会し状況の把握に努めています。		
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、事業所です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、主治医と相談しながら、本人はもとより家族の負担が重くならないように配慮し、医療体制を加味しつつ、終末期の在り方を共通認識出来るように心がけている。	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、事業所ができることを十分に説明しながら方針を職員間で共有している。	
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	事故防止や救命に関する応急手当の在り方を地元の消防署で、救急講習会を受講している。		
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	毎年防災訓練について地元消防署の協力で、火災、地震時の避難訓練を行い、身に付けるようにしている。消防計画を作成し、消防の指導のもと、通報や初期消火等の訓練を行っている。自動通報装置を設置し緊急時には、消防署、警察、職員等に瞬時に通報出来る体制を整えている。	スプリンクラーや通報装置等の設備が整い、定期点検も実施している。また、定期的に避難訓練を実施し、緊急時に対応ができるよう取り組んでいる。	
. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格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	利用者の人権を尊重するため、職員は利用者のプライバシーや個人情報の保護を守るため、細心の注意を払うようにしている。	誇りやプライバシーを損ねるような言葉がないように、ケア会議や外部研修会参加等を通じて職員間に周知している。	
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	本人の思いを聞き出し、自己決定出来るように支援するが、その思いが十分叶えられないのが実態である。		
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	一人ひとりのペースに沿えるように心がけているが、職員人数に限界があり、その人らしい暮らしが出来ているとは言えない現状である。		
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ヶ月に1回くらいのペースで美容室に行ける方は行っています。後は職員が散髪していません。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	重度化しているため職員と一緒に準備、調理する事は極端に少なくなっている。一部の方になるが声掛けして食事の準備に参加してもらう事もあります。	一人ひとりの好みや力を活かしながら、配膳や下膳、職員と一緒に食事をしている。	
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	一人ひとりの食事や水分摂取状況をチェックシートで確認し、適量摂取するように努めている。		
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	毎食後必ず口腔ケアをしています。中には拒否する方もいますが、時間を置いて声掛けをしながら、やらせるようにしています。		
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	本人の意思を尊重して、失禁の少ない方は極力リハビリを使用しないように努め排泄パターンに合わせてトイレ誘導を促しています。	おむつの使用量を減らすように排泄チェック表で一人ひとりの力や排泄パターンを把握し、トイレで排泄できるように時間を見計らって自立に向けた支援をしている。	
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	水分調整や便秘薬の提供で対応している。運動への働きかけもしている。		
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	入浴は毎日で3名ずつ入れるようにしています。特に拒否する方もおらず、皆さん喜んで入浴しています。	入浴を楽しめるように一人ひとりの希望やタイミング、生活習慣に応じて支援している。	
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	なるべく眠剤を使用しないで入眠出来るように支援している。どうしても眠れないときは、事務所で一緒にテレビを観たりして落ち着いてから、入眠させるように支援している。		
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	処方薬は全て職員が管理し、食後に自分で飲める方には、手渡しし、自分で飲めない方には、職員が飲ませるようにしています。		
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	日常生活での楽しみを聴き気分転換出来るように支援し張り合いが持てるように努めています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、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	野外散歩や買い物に出かけるように心がけているが、重度の方は、職員一人ひとりが付き添い望ましい外出の支援出来ないのが現状である。利用者の重度化が進み全員で遠距離の外出をする事困難となって来ているが、少人数で近場へのドライブや個別の散歩、買い物等の支援をしている。	河川敷の散歩やAコープでの買い物、お祭り等の町内行事参加など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に支援している。また、ラーメン等の外食やドライブなど普段行けないような場所でも出かけられるように支援している。	
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	お金は全員の分を職員の方で管理しています。重度の方はお金の認識はないように思われる。認識している方には必要な分だけ渡すようにしています。		
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	本人が電話したいと希望した時には、電話で家族や知り合いの方と話しができるように支援をしています。		
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	大きな文字のカレンダーを設置してあります。共同空間は広々としており、日当りは良い。	季節毎の飾りつけや行事参加の写真が掲示され、利用者が居心地良く過ごせるよう工夫している。また、利用者にとって気になる臭いや音の大きさ、光の強さは感じられない。	
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	食卓以外にソファを置いて、昼間は、そこで好きな者同士で話しをしたり、物思いにふけったりしています。		
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	居室は暖房スチームだけ設置されているが、入居時にタンスや物を入れる棚など本人の馴染み、見慣れ、使い慣れた物を持ち込むように依頼している。	居室には、本人や家族と相談しながら、使い慣れた家具や寝具、家族の写真等が持ち込まれ、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	
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、や「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	場所(トイレ・居室)の表示は、はっきり、大きく分かりやすく書いて貼ってあります。食卓テーブルには利用者の名前を一部貼ってある所もあります。		

目標達成計画

【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	10	家族の来訪が少なくコミュニケーションの機会が少ない。	家族の来訪回数を増やすように努める。	・「むつみ便り」で家族の来訪を呼び掛ける。 ・敬老会や誕生会など家族の参加を促す。	12か月
2	4	運営推進会議を定期的に行う。	運営推進会議を年6回を目安に行う。	・定期的に行うよう職員間で話し合う。 ・行事開催等の日程の調整を行う。 ・委員の参加を調整していく。	12か月
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。