

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	3491500827		
法人名	三菱電機ライフサービス株式会社 福山支店		
事業所名	福山ケアハートガーデン グループホームあずみ		
所在地	広島県福山市久松台3丁目8番23号		
自己評価作成日	平成27年11月30日	評価結果市町村受理日	平成28年2月3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.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【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 あしすと
所在地	広島県福山市平成台27-17-101
訪問調査日	平成27年12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)】

センター方式を活用し、入居者様の立場になりケアについて考えている。入居者様が望まれる事をなるべく叶えたいという気持ちを持って、勤務を行っている。入居者様の立場になり、考えている。

【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)】

事業所は、近隣に小学校や高校がある住宅街に位置し、静かな環境にある。事業所理念を踏まえ、ユニットごとに理念を作成し、利用者の状況を理解し支援に取り組んでいる。地域の行事(夏祭り・文化祭・敬老会・餅つきなど)に積極的に利用者と一緒に参加したり、事業所主催のあずみ祭りや夕涼み会などには、地域住民を招待して行うなど、協力体制が出来ている。利用開始時に行うセンター方式でのアセスメントの様々な情報をもとに、利用者の思いや意向の把握に努めている。また本人・家族との話し合いを行い、ケアプランを作成している。終末期には、協力医による24時間の対応体制や看護師の支援などの医療連携ができており、家族・職員とともにチームで取り組んでいる。災害対策も地域の協力体制はできており、情報を共有して対応している。

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広がったり深まり、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、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している (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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	あずみとしての理念も踏まえつつ、1Fでの理念もスタッフで意見を出し合い作成している。スタッフや入居者様も入れ替わっている。また見直しも必要かと感じている時期ではある。	ユニットごとに理念を作成し、リビングに掲示して、いつでも確認している。職員は利用者各々の状況を把握し、共有して支援に取り組んでいる。	
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	地域の清掃活動などに参加(職員) 大きな行事には、入居者様と参加(夏祭り、防災訓練など)あずみの行事にも町内会長と連携を取り、イベント企画している。	2ヶ月に1回の町内清掃(公園・溝)や地域行事(夏祭り・文化祭等)に積極的に参加し、利用者とともに日常的に交流している。事業所主催のあずみ祭りや夕涼み会など、地域の方々を招待して行われており、協力関係を築いている。	
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	運営推進会議などで、各分野から講師をお願いして小さな勉強会を行っている。歯科、薬、おむつなど。		
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	評価への取り組み状況などについて報告は特に行っていない。	2ヶ月に1度、町内会長・民生委員・老人会長・行政職員・包括支援センター・家族などが参加して行われている。内容は服薬・看護面についてや口腔ケアなどのテーマを工夫し、勉強会の場となっている。	
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	運営推進会議の場を利用したり、ケアマネを通して情報を得ている。	運営推進会議などで、日頃から取り組み状況等を伝え、協力関係を築いている。困難事例等があれば、その都度相談し、ケアに活かしている。	
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	身体拘束についての研修を年1回。新しいスタッフには、その都度説明し取り組んでいる。	身体拘束や虐待などの研修を行うとともに、全職員が研修後に報告書を提出するなど、言葉も含めた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	年1回研修あり。		

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	今まで勉強の機会を設けたことはない。		
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	施設長、支店で行っている。		
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	ケアプラン更新時に、話しを伺ったり、普段来訪された時に、日頃の様子を伝えたり思いを聞いている。変わった事(体調を崩す)があればその都度電話で伝え意見を聞いている。	家族の訪問時や運営推進会議・電話などで意見や要望を聞いている。利用者の日々の様子など現状報告を行い、出された意見・要望は、申し送りノートに記入して共有し、運営に活かしている。	
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	面談を行っている。	年1回の個人面談やミーティング等でケアについての提案など、意見を聞いている。管理者やリーダーが、その都度個別に話を聞くこともあり、運営に反映させている。	
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	職員の施設に対する貢献度を会社に報告している。		
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	会社以外の講習会の案内やヘルパー、介護福祉士、ケアマネなどの資格取得の際、講習会など休日を優先に取れるようにしている。		
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	施設長、リーダー、サブリーダー、センター方式推進者は年1回研修がある。		

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
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	面談時(入居前面談)本人様、家族様、施設関係者、ケアマネなど多方面から情報を得るようにしている。		
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	入居前面談の情報を踏まえ、プランを作成し、説明しながら要望の再確認をしている。いつでも話しやすいような関係づくりをする。担当制なので、担当が密に連絡を取り合うようにしている。		
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	本人様、家族様と面談を行い、本人様の状態、家族様の要望をお聞きしている。		
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	できることできないことの見極めができるよう観察力を培っていくようにしている。		
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	近くに住まれてる家族がいつでも来られるように遠慮のいらぬ様配慮している。食事介助をして下さったり、歯科検診時に同席される家族様もおられる。		
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	近くのコンビニへ買い物に行ったり、自宅に寄ったりされる。	家族や親せきの訪問が多い。本人のなじみの場所(家・仕事場など)へ職員と一緒にいくなど、関係継続の支援に努めている。	
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	入居者様同士がコミュニケーションを取れるようなフォローを行っている。レクの参加を促している。		

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	手紙でのやり取りがある。		
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	1対1のコミュニケーションを大切に、本人様の思いがくみ取れるように努力している。	利用開始時に行うセンター方式でのアセスメントの情報をもとに、本人・家族との会話などから、思いや意向の把握に努めている。困難な場合には、意思表示が可能な言葉かけを行い、表情やしぐさなどから本人本位に検討して支援している。	
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	入居前の面談や家族様に記入して頂いたアセスメントシートや、本人の話をスタッフ間で共有。日々の中で話しが出てくれば、その都度D-4へ記入している。		
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	観察の視点について、スタッフ同志でも意見交換を行う。		
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	ケアプラン作成前に、本人様、家族様と意見交換し、再確認。	センター方式での様々な情報をもとに、利用者・家族と話し合い、ケアプランを作成している。見直しは6ヶ月ごとで、緊急時など変更があれば、その都度対応している。	
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	センター方式のシート D-4を毎日記録。		
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	必要に応じてその都度考える様にしている。		

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	単独外出の危険性がある方は、入居者様の情報を地域の方々と共有し支援して頂く準備をおこなっている。		
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	ご家族様の要望に応じている。指名された歯科での往診を受けるなど。担当医は月2回往診を行う。	利用者・家族が納得のかかりつけ医となっている。協力医による往診や24時間対応の医療連携の体制ができている。他科については、家族の協力のもと、職員で対応している。	
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	看護師の週2回の勤務に情報交換できるよう申し送りをしている。看護師との連携を密にし、医師へ状態を伝えてもらっている。		
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。	ご家族様に連絡、許可を得て見舞う事あり。ケアマネを通しての入院時の状態の情報収集を行う。		
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	家族様が終末期であると認識が薄い場合はあまり早くから話しはしないが、徐々に話しを進めている。ADLを活かすかどうかは家族様に意思確認行う。	入居時に本人・家族と話をしている。協力医との連携や看護師の対応など協力体制はできており、利用者家族の希望に沿いながら、細部にわたり話し合いを行い、チームで支援に取り組んでいる。	
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	応急処置(救命救急)は研修、必要に応じて行っている。AEDの使い方(重度化、終末期に際してのタイミングで)		
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1回の防災訓練に参加し、スタッフに情報共有。地域との連携は運営推進会議などで再確認している。自施設では年2回の防災訓練を行っている。	年2回、消防署指導のもと、昼夜想定で災害訓練を実施している。また年1回、地域の防災訓練に利用者と一緒に参加し、避難場所の確認など情報を共有している。	

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
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	入居者様の個人の尊厳については研修にて確認している。日々の業務で気になったことはリーダーが個別で話す。	利用者一人ひとりを尊重し、言葉かけや呼び方など、時と場所を考えながら、状況に応じて、細やかな配慮を心がけている。	
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	理解できるように声かけし、意思表示できるように質問を行う。わかること、わからないこと、できること、できないことのアセスメントは記録し、スタッフで共有する。		
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	施設の1日の大きな流れはあるものの、その日の状態に合わせている。		
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	本人の希望が取り入れられるように声かけを行う。(着替えの時)		
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	出来る方には、負担にならない範囲でしたい時にしてもらっている。メニューは決められているので、食べたい物がある時はアクティビティで行っている。	利用者の状態に応じて、下ごしらえや机拭きなど一緒に行っている。食べたいものがあれば希望に添うように努めている。盛り付けなども工夫して、食事が楽しみなものにな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	食事の量の希望を聞いている。水分量は医師の指示がある時は、量を守り好みを取り入れ飲んでいただいている。栄養面では管理栄養士に相談して決めている。		
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	ケアの方法は、歯科の指示がある場合は守っている。定期口腔ケアを受けていない方の場合は汚れがちになるので、仕上げ磨きなど、スタッフが確認を行っている。		

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
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	立位がとれない方でも、排泄の意思表示ができれば、身体に負担のない範囲でトイレで排泄してもらっている。	排泄の記録から排泄パターンを把握し、日中はトイレ誘導を行っている。夜間は安全面も考慮し、利用者の状況に応じた支援をしている。	
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	水分の摂取、昼食前のストレッチ体操、朝食はヨーグルトを提供。飲み物などにオリゴ糖を使用。自力でトイレ使用が難しい方でも、朝食後はトイレに座るようにしている。		
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	入浴したい方は、入る。時間は相談して。入浴の拒否がある方は、不潔にならないよう、清拭や陰部洗浄を行う。体調にも気を配り、入れる状態かどうか判断する。	入浴は、おむね週2～3回を基本として、利用者の希望に応じて入浴支援をしている。嫌がる方には、言葉かけやタイミングなど工夫して個別対応している。	
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	身体が窮屈に感じたら表情に出てくるので、その都度居室にて休む。本人の訴えがあればその都度休む。寒くないか注意をはらっている。		
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	処方が変わった場合は、特に見守り、変化をD-4へ記録し、看護師へ繋げている。		
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	外へ出る、生け花、野菜作り、水やりなどケアプランに入れている。プランに入っていない場合でも、一緒に参加し、楽しみへ繋げる。		
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	予め計画を立てる場合もあるし、その日の希望に合わせてドライブや買い物に出かけている。	お花見・鞆散策・地域の行事などに出かけている。本人の要望により、買い物やドライブなど支援している。またケアプランに組み込み、家族の協力を得て、外出することもある。	

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	依頼や、本人の希望があればお金を預かってその中から買い物を行う事もあるが、会社が立て替えて購入させて頂く事が多い。店での支払いの際、本人様が出来る場合は、お金を出して頂く事もある。		
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	本人様の希望に合わせて行う事もある。		
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	季節に合わせて飾りを皆様と一緒に作ったり、歌を唄ったり、話しの中に盛り込んだり、季節、日時をわかるようにしている。	リビングは広く明るく静かで、温度など適切な管理がされている。季節感のあるものや文化祭に出品された手作りの作品などが飾られており、落ち着いて過ごせる空間となっている。	
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	ソファで入居者様同士で過ごせるスペースもある。1人で落ち着きたい時は、居室や台所でスタッフと過ごしたりする。		
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	以前から使っていた家具や、絵などを持参してもらっている。配置も本人の使いやすさ動きやすさを考慮している。	居室は、使い慣れたものや好みのものなどが置かれており、居心地よく過ごせるよう家具やベッドの配置なども工夫している。	
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」「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	トイレには『トイレ』『便所』などと表示、居室入口には名前を掲げ、自室とわかるようにしている。		

目標達成計画

作成日:平成 28 年 2 月 2 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	13	限られた、人員シフトをまわす為、研修の為に休みを取ることが難しい状況である。	職員が望む研修を行い、個々のスキルを上げ、ユニット全体のケアの質をあげる。	少しずつ研修の数を増やしている状態にあるので、職員がどのような事を学びたいのかアンケートを取り、研修を施設内で行う。	12ヶ月
2					
3					
4					
5					

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。