

### 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	1191800232		
法人名	医療法人社団 愛優会		
事業所名	グループホーム草加原町		
所在地	草加市原町3丁目15-30		
自己評価作成日	平成29年2月24日	評価結果市町村受理日	平成29年4月24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.kaijokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaijokensaku.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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日のウォーキング及びトレッドミルの実施</li> <li>・毎朝のフレッシュジュース、おやつ時のブルージュースの提供</li> <li>・近隣住民との共同菜園作り</li> </ul>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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>●ホーム内の菜園では地域の方々と共同で野菜づくりがなされています。優しい方々による協賛もホームの開かれた姿勢により呼び起されており、名ばかりの交流とは一線を画した温かな親睦が続けられています。</li> <li>●外出と運動の効用についてそれぞれを意識した支援がなされています。特にランニングマシンを利用した日々の運動は利用者の健康増進に繋がられています。</li> <li>●昨年度の目標達成計画に掲げたとおり、職員により事業所独自の理念を作成しています。目標を実践・実現する姿勢に福祉に資する志と利用者への思いを理解できます。</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 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、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
<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	利用者様の笑顔を大切に安心した生活を提供 利用者様の個性を大切に尊厳を守る生活を 提供する	昨年度の目標達成計画に掲げたとおり、職員により事業所独自の理念を作成している。「安心・笑顔・個性」を重視して支援していることを改めて認識する機会ともなった。	
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	認知症カフェや近隣住民の方とのホーム内共同菜園において交流を行っている	ホーム内の菜園では地域の方々と共同で野菜づくりがなされている。優しい方々に囲まれた恵まれた環境とホームの姿勢が温かな交流を実現している。	
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	認知症カフェでは入居者様と一緒に運営を行っている 認知症の方が参加するマラソン大会では、応援メッセージを掲げ給水所を設置		
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	平成28年5月、9月に開催 平成29年3月に3回目を開催予定 行事開催報告、事故報告等を行っている	地域包括支援センター、民生委員、家族の方々が参加し、開催されている。災害対策・事故報告等がなされている。	
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	毎月社会福祉協議会、来訪の際には利用者様の生活状況を報告 又、運営推進会議では入居者様の状況報告を行い情報共有に努めている	行政とは連絡・相談を通して関係の構築に努めている。社会福祉協議会・地域包括支援センターとも連携した取り組みがなされており、地域に溶け込んだ活動がなされている。	
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	身体拘束ゼロを掲げておりますが、玄関のみ安全性を考慮し施錠施行	身体拘束をしないケアについて職員への浸透と理解を認識している。事業所内の勉強会を再開し、更なる研鑽に努める意向を持っている。	
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	利用者様への声掛けや接遇に対して細かく指導や面談を行っている		

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
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	成年後見人制度にもとづき利用者の後見人の方と直接接することによりその必要性と支援方法を学んでいる		
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	契約に関しては内容説明と共に理解と合意を得ている		
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	家族の面会時に意見や要望があった際には適時対応を行っている 又、家族や利用者様が意見、要望を言えるように職員の教育も行っている	面会時にはコミュニケーションを図るよう取り組んでおり、意向を把握するよう努めている。 家族の都合を考慮しながら電話での相談にも応じている。	
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	スタッフミーティングにおいて運営状況を説明、意見交換を行っている	利用者個別に対するカンファレンスを開催し、ケア方法等の討議を行っている。	
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	職員の実績や勤務状況により非常勤から常勤への待遇改善を行ったり、資格取得を活かした職務を与え向上に努めている		
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	職員の研修日程においてシフト調整など柔軟に対応している		
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	地域包括内において実施された他事業者交流会へ参加している		

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
<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	入居前の実調においてご本人様の要望、不安等の意向を傾聴し、事前調査を実施している		
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	施設見学及び入居時面談にて家族の要望や不安な意向を事前に情報収集し相談に応じている		
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	入居前実調や家族との面談で総合的に判断した内容にもとづき利用者のニーズに寄り添い支援できるように努めている		
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	職員は利用者としてではなく家族の一員として捉え共に支えあう気持ちを大切にしている		
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	家族様面会時にウォーキングへ一緒に参加されたり、行事での食事を一緒に召し上がる機会を設けている		
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	利用者の入居前の関係が継続出来るように職員がパイプ役となり支援している	家族との面会、入居前に使用したサービスとの交流などがなされている。手紙の代筆等支援をしながら知人との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	フロアでお茶を飲む際利用者同士で居室を訪問し声を掛けあったり、ウォーキング前の帽子や防寒着のチェックを共に行えるように助言をしている		

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
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	退所後も家族の要望に応じて柔軟に対応している		
<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	ケアプラン更新時は必ず利用者に定期的に思いや意向の確認をし、日常の様子や会話を聴くことで本人の希望や意向を傾聴するように努めている	利用者同士の関係性、嗜好など利用者の意向や要望は日々のコミュニケーションにより把握している。	
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	居室の家具は自宅から馴染みの家具を持ち込み設置することで環境整備を行っている。 アセスメントシートや介護保険サービスの利用情報など各利用者分のファイルを職員が常時把握出来るように努めている		
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	職員の申し送りでは利用者の状態を詳しく説明するように実施 カンファレンスでは残存能力を活かすケアの方法を検討している		
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	家族の要望等を面会時や電話にて聴取。 職員からはアンケートやカンファレンスを実施後介護計画を作成している	家族・職員の意見や要望を集約してケアプランを作成している。利用者が楽しめること・地域との交流を図ることを盛り込みながら一人ひとりに沿った支援となるよう努めている。	ケアプランに沿った支援の実践とその記録がなされるよう検討していく意向を持っている。
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	利用者の状態変化を詳しく分析し介護計画の見直しを行っている		
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	ウォーキング実施後1F、2F交代で花壇の水やりを行ったり、菜園で作った野菜を職員と一緒に採りに行き食事のメニューへ加えている		

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
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	施設近隣のコンビニエンスストアへ買い物へ行くことがあります		
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	内科訪問診療足立区友愛病院月2回 歯科訪問診療長栄歯科定期訪問あり	協力病院・かかりつけ医への受診を通して利用者の健康管理にあたっている。法人内クリニックとの連携を更に図る予定となっている。	
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	現在当ホームの看護師は在籍しておりません 利用者の体調、状態変化の際には訪問診療病院、友愛病院へ状況報告し受診の必要性を確認している		
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。	訪問診療医や看護師には常に問い合わせや相談に応じて頂いている		
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	ターミナルケアについて研修を実施	重度化と終末期の支援について手順書の整備と家族への意思確認に努めている。今後は看護師の配置、医療連携加算の取得を予定している。	
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	利用者の急変時や事故発生時に備え対応を職員間で協議している		
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	火災を想定しての避難訓練を11月実施	事業所内での実施および地域主催の避難訓練にも参加し、万一の事態に備えている。水をはじめとする備蓄の重要性を認識しており、運営推進会議でも話し合いがなされている。	

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	昼夜問わずプライバシー確保の為に利用者から施錠の要望があった場合は施錠を実施ただし夜間巡視時は外鍵で開錠	優しく・受容的な声掛けとなるよう話しかけ方や語尾に配慮している。性別・年齢等考慮し、一人ひとりに沿った接遇に取り組んでいる。	
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	認知症により自身の意見をうまく表現出来ない方へは簡単に答えられるような声掛けやジェスチャーを用いてコミュニケーションを図っている		
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	利用者の身体状況に合わせてトレッドミルの時間調整や歩行状態に合わせ個別対応にてウォーキングへの参加を実施		
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回訪問カットにて散髪を行い、入浴時には着替え準備等を利用者と一緒に行っている		
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	メニュー作りでは利用者の要望を取り入れ、食前準備、食後片づけでは利用者と共にやっている	利用者の意向と能力にあわせて準備や後片付けがなされている。各手伝いが自身の役割として認識されており、生活の中での張りとなるよう支援に取り組んでいる。	
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	体重増加傾向の利用者についてはご飯の計量実施、コーヒー等に入れる砂糖をカロリーオフの砂糖へ使用を変更する援助を実施		
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	毎食後口腔ケアを実施、歯槽膿漏などが疑われる場合は適時訪問歯科クリニックへ相談		

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	利用者個々の排泄間隔に合わせてトイレ誘導を行っている	食事・バイタル等とあわせて日々の排泄つの記録が収められている。意思と自立を重視した支援に努めており、便秘の予防についても様々な工夫を持って取り組んでいる。	
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	毎朝のフレッシュジュースやおやつ時にプルーンジュース又はバナナジュースを提供し排便を促す工夫をしている		
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	入浴の曜日決めは行っていますが利用者が喜ばれるように5月は菖蒲湯や冬至にはゆず湯を提供している	安全な入浴となるよう柔軟な職員配置と個別への配慮をもって支援がなされている。	
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	居室で休まれる際に利用者の要望に応じラジオやCDをつけ楽しませている		
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	職員の目につく場所へ服薬一覧表を掲示し注意点などわかりやすく表にしている 処方薬内容の変更点はお薬保管棚へ掲示		
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	植物が好きな利用者同士で土の入れ替えや手入れを行ったり、ボランティア主催の工作教室へ参加し物作りへの楽しさを体験できる援助を実施		
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	家族の要望によりお正月の一時帰宅や外泊 昼食会への外出など気軽に出かけられるように支援している	散歩・日光浴など積極的な外出に努めている。季節の行事が年間で計画されており、天候や利用者の状況にあわせて実施されている。	備品の清掃なども利用者と一緒に屋外で行うことを企画しており、日常の中で工夫しながら外出機会の増加をしていく意向を持っている。

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
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	利用者の要望に応じて職員が買い物の代行を行っている		
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	家族からの電話をつないだり利用者の要望があった際には電話をお貸ししています		
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	フロア及び居室の温度や湿度を細かくチェックしている 季節の花やウォーキングの途中で拾った木の葉などをフロアに飾っている	加湿器を設置するなど感染症蔓延防止に努めている。清潔と安全が保たれた共有空間となっており、日中もリビングに集まり職員や利用者同士の会話が楽しまれている。	
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	利用者が居室で音楽鑑賞をしている時は飲み物を居室へお持ちしリラックス出来るような時間を提供している		
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	クリスマスプレゼントのカレンダーを利用者がそれぞれ好きなものを選び居室に掲示している	馴染みの家具が持ち込まれており、居心地よく過ごせる空間が用意されている。利用者の趣味や意向を尊重した居室づくりがなされている。	
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	トイレの場所をイラストを使い表示したり、フロアの洗面所へ利用者の歯ブラシとコップを設置し、食後の歯磨きを意識づけ出来るように支援している		

## 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	29	地域資源を活用した援助が足りていない。 利用者の要望に十分な対応が出来ていない。	月に一度程度、買い物へ連れていく。	本好きな利用者を古本屋などへ連れて行く。	2ヶ月
2	31	利用者の頓服薬などの管理が曖昧で、排便コントロールも不十分。	看護師による頓服薬管理の徹底。 看護師と介護職員の情報共有により、適切な対応が出来るようにする。	週に1回服薬チェックの実施。 出勤時、個人記録をもとに職員への指示を仰ぐ。	1ヶ月
3	26	介護計画を作成するにあたり、情報収集が不十分で内容も介護職員に浸透していない。	介護職員からの情報収集を強化。 介護計画内容の把握。	介護職員からの聴取だけでなく、カンファレンスによる問題の把握に努め、実践に向けた話し合いを強化する。	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、行を挿入して下さい。