

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	1192300091		
法人名	社会福祉法人 長岡福祉協会		
事業所名	グループホーム 広沢		
所在地	埼玉県和光市広沢1-1		
自己評価作成日	平成23年10月6日	評価結果市町村受理日	平成24年2月22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.fukushi-saitama.or.jp/saitama22/
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 埼玉県介護支援専門員協会
所在地	埼玉県さいたま市浦和区仲町2-13-8 ほまれ会館3階
訪問調査日	平成23年10月20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)】

①自分や家族、友人が利用したいと思うサービスをあなたへという法人理念をスタッフが常に意識している ②透析患者の受け入れや重度者への柔軟な対応 ③住み慣れた地域での生活と家族との関わり ④地域交流スペースや赤ちゃんの駅など近隣住民や異世代との交流

【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)】

当ホームは最寄り駅から徒歩10分、国道沿いに近代的な2階建てとなっており、新規開設1年目である。一階は小規模多機能型居宅介護事業所で2階部分の9室がグループホームとなっている。明るくゆったりとした空間で、すべての部屋から木々の緑が見られることにも開設者の利用される方への心配りがある。事業所内は活気があり、重度化した方も病状回復に結びつくなど、職員全員が熱心に利用者ケアに取り組んでいる。また、地域交流スペースを施設内に設け、積極的に地域の方に利用していくなど地域に密着したサービスを推進しようとする意欲ある事業所である。

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、活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、その時々々の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
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	理念を掲示し、スタッフの意識を高めている。これまでの生活を継続できるよう心がけている。	法人の理念である「自分や家族、友人が利用したいと思うサービスの提供」は、職員の心に響くものである。事業所内独自の連絡ノート等目に触れやすい場所に貼られ、この理念を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	自治会への入会と隣の自治会との交流がある。地域ボランティア、地域交流スペースの活用により、交流を目指している。	つながりを目指した地域交流スペースを週2～3回地域の方に利用していただくなど有効に活用できている。それによりホーム利用者と日常的な交流が行われている。来年は自治会から誘いがあり、お祭りの協力・参加を予定している。	
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	認知症ケアサポーター養成講座などを計画している。		
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	奇数月に開催し、自治会との交流を含めてアドバイスを頂いている。利用者へのサービス部分は実践に活かしている。	運営推進会議では、家族代表、学識経験者等が参加し、情報交換や助言をしている。そこでの意見をサービスに反映するシステムができている。	
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	地域密着型コミュニティ会議、入居者の相談をはじめ、市の担当者や包括との連携は密に取れている。	利用者入居時には必ず地域コミュニティ会議を開催し、外部関係者との綿密な話し合いが持たれている。また2ヶ月に1回の定期的な地域密着型サービス部会に出席、随時個別相談など連携を図っている。	
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	身体拘束に関する研修を行いスタッフに周知している。また、ミーティングなどスタッフ間の連携を密にとることで対応している。	研修を行いスタッフの知識を高めている。また玄関の施錠は日中は行わず、安全確保の改善策も事業所内で検討している。	
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過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	虐待に関する研修や資料の配布を行いスタッフに周知している。また、ミーティングなどスタッフ間の連携を密にとることで対応している。		

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
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	管理者だけでなく、今後はスタッフにも研修を行なっていく予定である。		
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	契約書や重要事項などを用い、説明・同意を得ている。		
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	利用者との対話、運営推進会議、面会などの機会に得た意見、要望を運営に反映させている。	利用者との対話や、家族との面会時の会話の中から、意向を汲み取るように配慮している。意見が聞き取りづらい時には、利用者の興味にも着目し、スタッフ間で共有してサービスに反映させている。	
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	ミーティングや個別面談の機会に得た意見、要望を運営に反映させている。	2ヶ月に1回の頻度でスタッフミーティングを行っている。スタッフの意見は、小さいことも管理者が聞き取るように意識している。	
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	事業計画、個別面談や人事考課表を活用し、職員定着率の向上に努めている。		
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	個人面談で希望する研修等を把握し、法人内の施設とも連携して、研修の機会を確保している。また、キャリアパスの導入を検討している。		
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	和光市地域コミュニティケア会議への出席や小規模・GH併設の法人との相互訪問などを行なっている。		

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
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	不安な気持ちを理解し、要望などを聞きだせるような関係の構築ができるような時間をもつようにしている。		
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	計画作成担当者を中心に、家族の要望やこれまでの話、これからのことを話し合えるよう面談を行なっている。		
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	グループホーム以外のサービスを含めた説明及び法人の理念と方向性を伝えている。		
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	共同生活を行なうなかで、それぞれのできることを大切にしている。		
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	家族の面会時を中心に家族との関わりをもっている。		
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	自宅近隣の店舗を利用することや友人、家族との関係を維持できるような機会をつくっている。	近隣で長年生活していた利用者が多く、今まで行っていた店で一緒に買い物をしたり、馴染みの場所への散歩をしたり、友人との交流など、意向を尊重して支援を行っている。	
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	9名とスタッフがともに生活するなかで、それぞれが支えあったり、助け合うことができている。		

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	これまで退去された方はいないが、本人、家族を含め、契約終了後もフォローは可能である。		
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	本人の意向を最大限に汲んだ生活が継続できるよう、スタッフ、環境を整えるよう努力している。	生活状況や食習慣、身体状況など、個々により異なるが、最大限意向が尊重できるように個別対応している。意思疎通が困難な方には、ご家族や関係者から意向を得るようにしている。	
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	利用前のアセスメント、本人や家族との会話から把握している。		
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	日々の生活状況を把握し、スタッフ間で共有している。また、事前、事後アセスメントにより情報を整理している。		
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	ミーティングや申し送り、本人・家族との面談などの機会を計画作成に活かしている。	利用者本人と家族の意向を尊重し、サービス計画作成担当者と担当スタッフと共同で話し合いながら作成している。	
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	所定の経過紙を利用し、情報を共有し、介護計画に活かしている。		
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、その時々にも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	その人らしい生活が送れるよう、状況に応じた対応を行なっている。		

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
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	ボランティア、近隣住人との交流やこれまで本人が培ってきた関係の維持に努めている。		
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	受診先はご家族、本人の意向に沿っている。定期受診はご家族に同行受診を依頼し、緊急時はスタッフが対応する。必要に応じて、情報提供・現状報告を行なっている。	利用者本人・家族の意向で受診先を決定し、家族に同行受診を依頼している。家族の送迎負担については、事業所が支援できるよう検討中である。また、月2回の往診や週2回の訪問看護、訪問歯科の対応もできる体制である。	
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	医療連携加算を算定し、訪問看護ステーションと契約している。週2回の訪問、情報の共有などを通して連携を図っている。		
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。	MSW、家族を通して、入退院の準備や対応を行なっている。		
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	可能な限りグループホームでの生活を継続できるようなチームケアの構築段階である。また本人、家族とともに終末期の意向を考える機会を作っている。	「看取り指針」が文書化され、法人の方針として対応可能である。但し、経管栄養など重度化対応は困難であることは予め家族に同意を得ている。	
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	マニュアルを閲覧できるようにしてある。24時間、看護師または管理者と連絡可能となっている。今後は、看護師による応急手当の研修を計画している。		
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	消防法に基づき年に2回、消防訓練を実施している。	管轄消防署の協力により利用者とともに年2回実施している。また今後は近隣の保育園や店舗などと協力し合える環境づくりをしてゆく予定である。	

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
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	これまでの生き方を尊重し、常に相手の気持ちを考えた声かけを意識している。	対応については尊厳が保たれるよう配慮している。言葉遣いは、馴れ合いを防ぐようにスタッフ同士で注意しあっている。	スタッフミーティング開催時に、専門職としての言動や行動を振り返り、適切な対応について、共通理解ができることを期待したい。
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	選択肢を用意すること、好き嫌いや希望を伝えられることを日常会話や様々な場面で働きかけている。		
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	共同生活の最低限のルールはあるが、基本的に本人の過ごし方を優先している。		
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	これまで着ていた洋服や化粧、髪型を変えることなく継続できるような支援をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	献立作成、買い物、調理、片付けとそれぞれの得意分野や希望を考慮し、協力して行っている。	日々の調理や後片付けの際に声かけをし、自主的に参加してもらうよう促している。買い物や個人的な嗜好品などは個別で対応している。	
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	法人内の管理栄養士のアドバイスを得ることもあるが、基本的に家庭料理を提供している。但し、糖尿病や透析の方の制限や配慮は行なっている。		
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	毎食後の口腔ケア、必要に応じて歯科受診などを行なっている。		

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	排泄リズムの把握により、誘導や交換を行っている。	利用者個々の合図(癖や仕草など)を常にスタッフが気づき対応を心がけている。個別の排尿・排便のタイミング、注意事項など介護経過記録票に記入し情報共有している。	
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	食事、水分の工夫や医師の指示のもと服薬コントロールを行なっている。		
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	重度の方、機械浴の方に関しては、曜日を指定している。浴室の開放日と時間を決め、そのなかで個々の希望に沿えるようにしている。	自由に入れるよう週4回浴室を開放している。入浴しない傾向にある利用者に対しては、根気良く個別にスタッフが声かけを行い自主的な入浴につなげることもある。機械浴での介助も対応可能である。	
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	就寝時間、起床時間は本人の生活パターンに応じている。家族、本人と季節ごとに寝具を取り替えている。		
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	説明書を薬と一緒に保管している。用法、用量を誤らないよう、極力一包化してもらうように医師へ依頼している。また副作用の可能性も受診時に確認している。		
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	家事や趣味活動を通して、それぞれの役割や楽しみを生活のなかに見出せるように心がけている。		
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	家族との外食や墓参り、スタッフとのドライブやピクニックなどの外出、日々の散歩や買い物など体調や希望に応じて行なっている。	近所の馴染みのお店に行ったり、外出時ランチをしたり利用者の個別の要望に沿っている。日常的にも買い物や散歩など外出できるような支援を行っている。	

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
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	管理はスタッフが行っているが、買い物の際の支払いなどは、本人が行っている。		
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	季節の便りを書くこと、電話など必要に応じて援助を行なっている。		
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	「自分の家でも飾れるもの」をモットーに施設ではなく家を意識した装飾、共有部分は明るさ、室温など配慮している。	緑の見える空間づくりで、自然光が多く取り込まれて、日中は優しい日差しが差し込む。共有空間は季節の絵など、利用者の創作作品などが飾られ、居心地を工夫した空間となっている。またトイレ・浴室は清潔に配慮されている。	
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	ソファやテーブルの位置を工夫し、自由に過ごせるような環境をつくっている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室内は、装飾・家具など本人と家族に任せている。使い慣れた家具や寝具を持ち込んでいる。	利用者の居室は、馴染みのものや趣味のものが置かれ、自由な持ち込みにより自分らしい生活をしている様子が伺える。各居室にも自然光が入る明るい空間となっている。	
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	バリアフリー建築となっているが、浴室などは本人の状況に応じ、福祉用具を導入するなど安全を考慮している。また、場所や方法はそれぞれの入居者に応じた工夫をしている。		

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	36	馴れ合い、家族のような関係が時として、専門職としては不適切な言動を引き起こしている	心地よい会話、言葉遣いの徹底	・ご家族へのアンケート年2回(他者評価)・個人の振り返り毎月(自己評価)をもとに定期的に勉強会を開催する	12ヶ月
2					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、行を挿入してください。