

### 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	2372300745		
法人名	有限会社ケイズライフ		
事業所名	グループホーム町屋1		
所在地	愛知県瀬戸市水無瀬町137		
自己評価作成日	平成21年9月14日	評価結果市町村受理日	平成21年12月15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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html">http://www.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html</a>
----------	---

**【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市長原町一丁目24番地S101号室
訪問調査日	平成21年9月28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)】**

スタッフが働きやすい環境を整えている。  
アニマルセラピーも行っている。

**【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)】**

グループ町屋は、木のぬくもりのある「利用者の家」として、明るくゆったりとした環境の中で、利用者が普通の暮らしを当たり前に行えるように共に支えあっている。生活の中に、アニマルセラピー・音楽療法を取り入れ、食事の前に嚙下体操をして食事を楽しむ工夫している。管理者・職員は利用者や家族のように接し、ゆっくりのんびりとした生活が出来るようにしている。24時間対応の医療連携体制があり、緊急時にも対応可能で、看取り・エンゼルケアの実績もあり、利用者・家族の安心につながっている。管理者・職員の願いは認知症があっても笑顔で自由に過ごしてほしい。そのためには一人ひとりと向き合う介護をしたいという熱い思いで、ホームを立ち上げて日々支援をしている。

**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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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
<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	年間行事などを通じ近隣の方も気軽に立ち寄れるような催しを行い、地域に密着できるホーム作り目指している。	利用者が「ゆっくり、にっこり、一日を」過ごす普通の暮らしを、あたり前に生活すること大切に行っている。管理者と職員は、その思いを共有し、人間らしく家族のように過ごすことが出来るように日々取り組んでいる。	
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	散歩等を通じて地域の方々と、あいさつ等コミュニケーションを図っている。	町内会に加入している。地域の清掃・草取り等に職員が参加したり、散歩時に近所の人と挨拶やおしゃべりをして、地域の一員として関りを持っている。	
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	活かしてはいない。		
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	家族や役所の方々と意見を交わし合い、意見を取り入れサービスに活かしている。	運営推進会議は年2回開催し、利用者家族・瀬戸市職員・管理者・職員が出席している。会議では、利用者の現状報告・行事報告等を行い、家族からの質問を受け、それについての回答を行った。	運営推進会議を年6回開催することを期待したい。
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		瀬戸市介護事業者連絡協議会に参画し、地域福祉計画委員として活動している。年2回市主催の介護予防教室の講師として出向している。年1回市の介護相談員の訪問があり、利用者との相談をしている。	
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	玄関は日中は施錠せず、開放している。身体拘束はしない、ケアを実践している。	身体拘束はしないことを基本として、利用者一人ひとりが、ゆったり過ごせりように日々のケアをしている。日中は玄関を開放し、自由に入出りできるようにしている。	
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	学ぶ機会を持っていないが、職員間で話し合い、防止に努めている。		

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
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	学ぶ機会を持っていない。		
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	十分な説明を行っている。		
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	面接時、電話、手紙等を通じ、家族の意見や要望を聞き、反映できるよう努めている。	利用者の家族が意見を出しやすいように、専用紙を郵送し、意見・要望等を出してもらっている。重要事項説明書に事業所の苦情相談窓口と、外部の市役所・国保連の相談窓口を明記している。	
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	会議等を通じて行っている。 日常時にも聞き、反映させている。	月1回職員会議の他、職員はいつでも意見を出しやすい環境にある。職員の意見で居間のソファ・テレビ・カラオケ等を整えたり、食材納入業者を変更する等、職員の意見を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	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	力量を把握はしている。 研修へ行く事はあるが、少ない。		
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	職員が交流する機会は、ほとんどない。		

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	努めている。 コミュニケーションを図り、話しやすい状況を作り、不安や要望を聞いている。		
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	出来る限り努めている。 導入する上で要望等をきいている。		
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	その時に必要と思われるサービスを提供するよう努めている。		
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	本人の暮らしを尊重し築けるよう努めている。		
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	本人と家族の絆を大切にしながら、支えるよう努めている。		
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	出来る限りの要望にそえるよう、連絡等とっている。	利用者が家族に電話をしたり、手紙を書く時など職員は支援をしている。利用者の友人が来訪することもあり、みんなで歓迎している。利用者の旧住所に行きたいという希望には、家族が付き添って出かけることもある。	
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	職員が間に入り、コミュニケーションやレクリエーションを通じて支え合えるように努めている。		

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
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			
<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	一人ひとりの要望等にそえる様努めている。	利用者一人ひとりの希望を本人・家族から聞き取り記録している。利用者との日々の会話から、思いや、何を望んでいるかを把握するよう努めている。職員間で意見交換して情報を共有し、利用者が安心して過ごせるよう努めている。	
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	生活歴や、趣味等を生かしていけ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	日々の観察等をしっかり行い、申し送りをしっかりすることで、現状の把握をしっかりと行っている。		
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	全職員で意見を交れし合い、本人の状況を把握し作成している。 家族にも状況報告行っている。	介護計画は、本人・家族の意向を聞き、計画作成担当者と担当職員が話し合っ、本人本位の計画を作成している。計画の見直しは3か月毎であるが、利用者の急な変化時には1か月毎に見直しすることもある。	
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	ケアの実践、結果等専用用紙に記入し、いつでも誰でも見れるようにしている。		
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	その時のニーズに対応して行っている。		

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
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	本人に合った楽しめるような生活が支援できるように努めている。		
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	本人、家族の希望を大切に、主治医に伝え適切な医療が受けられるよう支援している。 定期的に往診している。	かかりつけ医の往診は、2週に1回の定期のほか、状態によっては1週に1回の往診がある。協力医療機関との24時間対応の医療連携体制があり、緊急時の対応も行っている。	
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	往診時にNSに相談することもある。		
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。	退院時、病院側の情報を頂いている。 その後も受診を行っている。		
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	医師、施設、家族で話し合いを行っている。	契約時に、重度化・終末期の方針について説明・相談している。本人・家族・医師・管理者・職員等で、話し合いを重ね方針を共有し「重度化した場合における対応指針」を作成している。これまでに4件の見取り・エンゼルケアの実績がある。	
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	マニュアルはある。		
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		避難訓練を年1回消防署の指導で実施している。119通報後、利用者全員を建物外に誘導を行った。消火器・誘導灯等を整備している。非常時・夜間には管理者がすぐにかける態勢になっている。	

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
<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	人格、プライバシーを尊重して、日々言葉かけに気を使い行っている。	利用者一人ひとりを尊重し、静かに穏やかに声かけをすると共に、トイレ誘導時など他の人に知られたくない内容の場合には、その人だけにそっと声掛けをしている。	
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	日常生活より何をしたいか等聞いたり行動を把握し、自己決定できるよう促している。		
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し、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	できる限り、一人ひとりのペースや希望にそって暮らせるように支援している。		
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	着替える時などは本人の希望にそった服を着れるように支援している。 選べる方は自分で選んでいる。		
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	食材を切ったり、米をといで頂いたり、片付けを一緒に行っている。	食事前に嚥下体操をしたり、BGMを流して利用者と職員と一緒に楽しく食事をしている。準備・後片付けは、利用者の能力に合わせてできることをしている。昼食・夕食の献立・食材は専門業者に依頼して、調理は職員が行っている。	
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	食事、水分チェック表を医録している。		
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	毎食は行っていない。 夕食後は行っている。 自立の方は自分で行って頂き、介助が必要な方は介助している。		

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	排泄チェック表を使用し、排泄のパターンを把握し、時間を見てトイレ誘導を行っている。	個別の排泄チェック表を使用して、時間を見計らってトイレ誘導したり、本人が希望した時に付き添っている。利用者一人ひとりの状態に合わせ、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	水分を十分摂るよう促したり、朝はフルーツを出している。 腹部マッサージはできる時は行っている。 医師と相談している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	夏期は週6、登記は1日おきに入浴、個々にそった支援をしていたが一人の利用者がいつも一番になってしまうため、日替りで順番を決めて行っている。	夏期は毎日、冬季は週3回、午前と午後の時間帯に入浴している。入浴チェック表を使って、毎回順番を入れ替えて、平等に入浴できるようにしている。歩行不安定な人には、職員が入浴介助している。	
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	一人ひとりの生活習慣を把握し、休息して頂いている。 寝具は週に1回～2回程日干ししている。		
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	理解に努めている。 新しく処方される薬等は薬剤師がしっかり説明してくれる。 朝、昼、夕と名前ごとと曜日ごとに印刷がされており、誤薬が起きないように工夫している		
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	出来る限り支援している。		
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	天気の良い日は近隣へ散歩。 外出、外食、初詣、花見、ショッピング等実践している。 家族に墓参りや買い物等一緒に行ってもらったりと協力を得ている人は得ている。	日課で機能訓練を目的として、朝夕川沿いの道を散歩している。近隣のスーパーや薬局・百円均一店へ買い物に出かけたり、みんな外食に行くこともある。利用者の急な外出には本人が満足するまで職員は付き添っている。	

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	基本的にお金は持ち込んでいないが、管理可能な方は少額を持って買い物も行くこともある。		
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	本人の希望にそって電話をかけている。かかってきた電話は丁寧に対応し取りついでいる。 本人の居室で話をして頂く等の配慮をしている。		
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	毎月季節を感じるカレンダーを利用者と製作し飾っている。 家族から届いた花を飾り季節感を取り入れている。 その日の温度により、空調を設定している。	居間は吹き抜けで自然光の入る快適な空間となっている。畳の間があり腰かけたり昼寝をして、ゆったりとくつろぐことができる。壁には利用者が作った季節のカレンダーや書道・ぬり絵などが飾られている。	
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	居間にソファが置かれており、TVを見たり、談笑やレクリエーションが行えるよになっている。 畳のスペースもあり、寝転んだりもできる。		
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	自宅で使用していた家具や、使い慣れた物を使用している。 全部屋個室のため、自分だけの時間をもてるようになっている。	居室は障子戸のある和風のしつらえで、利用者の使い慣れた整理ダンス・ベッド・鏡台・小物入れなど愛着のある品物が持ち込まれている。家族の写真・ぬり絵・折り紙などが飾られて、その人が心地よく暮らせる工夫をしている。	
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」「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	利用者の身体機能にあわせ、洗面台、トイレは車イスでも使用できる。 また、状況により、ソファに座る場所をкаえている。 散歩できる所は何かにつかまったり、支えやすい作りになっている。		

## 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	4	運営推進会議の開催が少ない。	年6回する。	年間計画を作成する。	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月