

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	2693300044		
法人名	社会福祉法人 丹後福祉会		
事業所名	グループホームあみの		
所在地	京都府京丹後市網野町網野390-10		
自己評価作成日	令和元年9月7日	評価結果市町村受理日	

※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	
----------	--

【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 きょうと福祉ネットワーク一期一会		
所在地	京都市伏見区久我御旅町3-20		
訪問調査日	令和元年10月17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ご利用者の栄養面に関して栄養士が献立をたてている。 ②口腔体操や口腔ケアを毎日行っている。

【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)】

グループホームあみのは網野町で最初に作られたグループホームで、網野町の中心地に位置し、近隣にはスーパーや市民局があり利便性の高い立地にあります。開設12年を迎え、入居者の高齢化、重度化が進む中で買い物に同行したり、地域のカフェに参加したり、地域の子供たちの出入りやお祭りへの参加、地域の方との消防訓練など自然な形で地域になじむよう努力されています。また、おむつフッターの資格を持つスタッフが多数おり、地域の方の相談にも対応する体制を作るなど排泄ケアについて特に力を入れています。2年前の評価の際に改善が望まれるとされた点は、改善されており、サービスの質の向上に取り組む姿勢が強く感じられます。
--

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
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	* 玄関へ理念掲示し共有 * ケア会議で確認と反省を年2回実施 * 利用者本位でサービスを提供できるよう話あい(ケア会議)	職員間で話し合って作成した事業所独自の理念を事業所内に提示している。職員にアンケートを取り理念の振り返りを行い実践に繋げている。	
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	* 保育園との交流の機会を増やしている。(読み聞かせ/花植え/運動会等参加) * 回覧板	日常的に近隣へ買い物などに出かけている。保育所との交流や小学校の運動会に参加している。夏には敷地内を開放し、学校、地元の店等協力してもらい夏祭りを実施している。	
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	* 運営推進会議 * 地区の文化祭やフェスティバルにて寸劇を行っている(認知症について関連する劇)		
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	* 2か月に1度委員メンバーに報告 * 家族代表に意見を聞いている	運営推進会議は2か月に1回開催され、家族、地域包括支援センター、民生委員、区長、老人会長等多様なメンバーが参加して活発な意見交換を行っている。意見を元に利用者も参加した避難訓練も行っている。	
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	* 運営推進会議に地域包括センターが参加されており現状報告や意見交換実施	運営推進会議をはじめ行政主催のケアマネ会議(月1回)、地域ケア会議(年4回)を通じて連携を図っている。また、支所とは個別ケースを通じて、顔の見える関係を構築している。	
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	* 現在身体拘束なし * 3か月に1回身体拘束委員メンバーによる勉強会 * 居室/玄関等は日中は開錠しているが玄関については夜間は防犯のため施錠実施	法人が行う年1回の全体研修会や新人研修に位置付けられている。また事業所においても研修会を開催している。玄関及び居室は、夜間以外は施錠していない。	
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	* 身体拘束同様に定期的に勉強会実施 * 理念の振り返りでも利用者視点での対応についても振り返っている		

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	* 現在成年後見人おらず。 * 権利擁護については入職時に新人研修カリキュラムに組み込まれている。		
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	* 面接時に説明し確認している		
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	* ご利用者の思いは毎日傾聴にて要望等確認している。 * 家族には面会時に確認、また年1回ではあるが家族にアンケート実施している	運営推進会議や年2回の家族交流会、受診時、面会の時などを利用して、担当者や家族のコミュニケーションを図り、話しやすい関係づくりに努めている。また、年1回利用者家族アンケートを実施している。	
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	* 今年度から主任面談開始 * 部長面談	毎月のケア会議を通じて、意見や提案を聞く機会を設けている。また、今年度よりパート職員も含めた全職員に対して管理者による面談を年2回実施している。	
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	* 労働環境改善アンケート * 人事考課 * 主任面談にて思いを聞かせてもらっている		
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	* 年間計画にて実施している * スキルアップ研修 * 各種委員(認知症/トランスファー委員)参加		
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	* 高齢者部会参加 * 地域密着型意見交換会参加 * ユニットIN北京都グループホーム部門参加		

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	*傾聴することはもちろんであるが、日常生活の会話の中で確認する *認知症が強く理解が難しい方に関して、その人が思っているであろうことを代弁できるよう、日々状態観察実施		
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	*面接時に家族の思いを聞き、できる事等話し合っている		
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	*入居時一か月は落ち着かない事が多いため面会回数を増やしてほしい事はお伝えしている。		
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	*理念を元に話し合う事で一方的なケアにならないよう配慮している		
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	*サービス担当者会議を利用し現状報告をし協力してほしい事があれば依頼。 *基本受診は家族送迎で対応してもらっている。		
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	*なじみのある理髪店を継続して利用したり、同敷地内の知り合いがあれば面会したりしている	入所前に通われていた行きつけの理髪店等の利用や年賀状のやり取り、知人が面会に来られたりするなど今までの関係性が継続できるよう支援している。定期的に自宅の様子を見に行かれている方もいる。	
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	*レクリエーションや共同作業を行う事で一体感を得ている *コミュニケーションをとりにくい方に関しては職員が中心となり関わり孤立しないようにしている。		

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
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	はがきや年賀状のやりとりがあった		
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	* 担当者が中心となり思いを聞き、また他の職員も話を聞き思いを共有して希望を実現できるよう努めている。	初回アセスメント時に以前の暮らしぶりを把握する為に自宅訪問している。また、日々の関りの中で声をかけ、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。	
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	* アセスメントの活用		
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	* 個人記録の共有 * 毎日のバイタルチェック/食事/水分量/排便チェックの確認		
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	* ケア会議までに問題点を担当者が提出し、会議で検討する。 * サービス担当者会議の活用	サービス担当者会議や面会の時を活用して家族の意見などを聞き取っている。また、ケア会議で看護師や他の介護職員の意見等を反映して介護計画を作成している。	
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	* 記録と申し送りで気づきを伝える。 * ケア会議での話し合い		
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	* 認知症カフェ/喫茶等への参加 * ケア会議		

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	* 家族との外出をされる方 * 自宅へ定期的に帰宅する方 * 不定期であるが友達の所へ行かれる方		
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	* 可能な限り入居前のかかりつけ医を継続 * 2人の方が往診	入居前のかかりつけ医に継続してかかることを基本をしている。受診については家族のみ、家族とスタッフの同行、スタッフのみなど状況に合わせて対応されており情報共有の場をしている。	
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	* 看護師に連絡し対応してもらっている * 必要であれば受診		
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。	* 入院時に病院や家族との情報交換し、早期退院できるよう調整している		
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	* 入居時に医療行為が必要になった場合や退院の見込みがない場合は一旦退去していただくことと伝えている	医療スタッフが夜は常駐ではないため、看取りは出来ていないが医師の指示のもと、できる限りの支援をすることを入所時に説明をしている。	
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	* 緊急時マニュアル * 救急救命勉強会(外部講師)		
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	* 運営推進会議メンバーへ参加依頼 * 年2回消防訓練実施 * 水害訓練年1回実施	年2回昼夜の消防訓練を行うとともに水害訓練も行っている。消防訓練には運営推進会議メンバーに参加依頼をするとともに、利用者も参加して訓練を行っている。AEDの組織訓練も行っている。	

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
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	* ユマニチョードの取り組み * ゆっくりと丁寧な声かけ	法人職員(認知症委員)が講師となって勉強会を実施している。方言を用いたり、声のトーンなどに配慮して丁寧な声かけを行っている。トイレ介助の際には、トイレの鍵を閉めることなどを徹底している。	
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	* 選択肢のある声掛けをすることで決定してもらえるようにしている * 傾聴		
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	* 声掛けし希望することがあるかを確認 * 自分のペースで過ごせるように配慮している		
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	* 本人の希望で化粧水等を買われる方や家族の好みの服を持ってきてくれている。 * 本人希望での理髪		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	* 機能に応じた食事準備/後片付けをしてもらっている	調理の手伝いや後片付けなどできることをしてもらいやりがいや役割を持てるようにしている。季節に応じた食事、誕生日メニューや外食もあり、食事が楽しみなものになるようにしている。	
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	* 毎月の体重測定 * 水分量/食事量の記入		
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	* 基本毎食後口腔ケア実施。就寝時は義歯外し洗浄 * 人により就寝前にしかできない方もいる		

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	<ul style="list-style-type: none"> * 声かけによる誘導 * 時間間隔の把握 * 利用者の動きをみての声かけ 	法人として排泄ケアに力を入れており、おむつフitterを多数養成している。できる限りトイレでの排泄ができるように利用者の排泄パターンを把握し、それぞれにあったタイミングでトイレの声かけや誘導を行っている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> * 緩下剤の調整 * 水分補給 * 適度な運動 		
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	<ul style="list-style-type: none"> * 声掛けし本人の思いを聞ききく * 週3回の入浴2名 * 時間帯が決まってしまう 	基本的には週2回午前中に入浴だが、できる限り利用者の希望に沿えるように対応している。寝たきりの方などへの対応は同一敷地内にある小規模多機能施設での入浴対応を行っている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> * 空調管理 * 適度の運動 * 寝れない時は話を聞き落ちついてもらう 		
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	<ul style="list-style-type: none"> * 処方箋の確認 * 薬の変更時は説明してもらっている 		
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	<ul style="list-style-type: none"> * 自分の部屋に帰りたい方や、一緒に楽しい方。カフェに参加する方等本人の思いを聞き生活にはりを持って頂く 		
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	<ul style="list-style-type: none"> * 定期的な外出計画 * その日の状況に応じて外出 	高齢化重度化に伴い、以前のように、地域のサークル等に参加できることが難しくなっている中でできるかぎり外出できるように配慮している。自宅の様子を見に出かけたり、神社への散歩、認知症カフェへの参加など一人ひとりの希望に沿うように工夫されている。	

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
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	* 預かり金管理 * 自分で支払う事のできる方には自分で支払って頂く		
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	* 希望があれば電話できるようにしている * 年賀状が届いている方が数名いる		
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	* 毎日の掃除や枕を天日で干す * 花を活けたり、季節にあった創作活動を行う。	共有空間は加湿器が設置され、温度や湿度の調整を行うとともに整理整頓がなされ、居心地よく過ごせる環境となっている。また、玄関には生け花や壁に掛けられた絵画や飾りつけなど季節感が取り入れられている。	
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	* 席順を配慮したり自分の部屋にすぐに戻れるようにしている		
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	* 家族への協力依頼 * 整理整頓	居室は本人の使い慣れた家具や仏壇、思い出の品などが置かれており、居心地よく過ごせる環境となっている。また、家族の協力のもとに定期的に職員が掃除をしており、清潔で落ち着いている。	
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	* 手すりの増設 * わかりにくい場所には張り紙		

目標達成計画

作成日: 令和2年2月10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	2	交流させていただいている保育所や小学校がメインとなっており、その他の交流の機会が少ない。	交流機会の場を多く持てるようボランティアの活用や、地域活動への参加を増やしていく。	ボランティアの調整をしたり、運営推進会議の皆様と連携して、地域活動に積極的に参加する。	12ヶ月
2	26	毎月のケア会議や、サービス担当担当者会議で検討はしているが、もう少し掘り下げていく必要がある。	ケア会議以外でも担当者とミーティングしケアの質の向上に努める。	状況に応じたミーティングを行いPDCAサイクルが行えるようにする。	12ヶ月
3	38				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。