

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 丹後福社会		
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		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	https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/26/index.php?action_kouhyou_pref_search_list_list=true
----------	---

【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	京都府京都市右京区西院久田町5番地		
訪問調査日	令和3年10月27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)】

ご利用者の問題点や状態を毎月各担当者が会議で伝達する事で、情報の共有を少しだけでも安心して過ごせる居場所になるように努力している。

【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の網野町で最初に作られたグループホームです。町の中心地に位置し、近隣にはスーパーや市民局があり、恵まれた立地にあります。職員で話し合っ作られた事業所理念をふまえ、一人ひとりの思いを大切に、利用者が地域と共に生活を送っていただけるようにと事業運営をすすめています。また、方言で会話をするなど家庭的な雰囲気にも包まれた生活感のある事業所です。同一敷地内には4つの施設があり、専門職との連携や他のサービスの利用者との交流も日々の中で行われています。また、おむつファイ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。コロナ禍では家族との面会や地域との交流、外出など様々な制約がある中で工夫をしつつ、十分感染対策をされて過ごしておられました。

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. 全くいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生き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	○玄関の見えるところへ掲示している。 ○毎年、理念の反省をアンケートで行い、全員が閲覧できるようにし共有している。	事業所の独自理念を事業所内に掲示して周知を図っている。理念は職員で話し合って作成したものであり、毎年、職員にアンケートを取り理念の振り返りを行い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	○回覧板を回している。 ○運営推進会議で運営状況を報告している。 ○保育所行事に参加したり、溝掃除に参加している。	コロナ禍において地域との交流は制限されているが、以前は保育所との交流や小学校の運動会に参加していた。また敷地を開放し、学校、地元の店等協力をしてもらい夏祭りを実施していた。	
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	○運営推進会議で報告。 ○法人で家族の会運営している。		
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践、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か月に一回開催して近況報告している。	コロナ禍において、運営推進会議は書面での開催となっている。2ヶ月に1回開催され、家族、地域包括支援センター、民生委員、区長等多様なメンバーとなっており、書面で意見をもらい運営に反映している。	
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	○運営推進会議で地域包括センターが参加してくれており情報交換する。	運営推進会議をはじめ行政主催の高齢者部会等(ZOOM等の活用)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	○身体拘束勉強会を3か月に1回実施している。 ○現在身体拘束0	法人が年に1回行う全体研修会等で職員の共有意識を図っている。また、事業所においても身体拘束委員会を3か月に1回、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。	

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
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	○上記同様 ○またR3年から地域福祉部で虐待委員会が設置され各部署から委員メンバーが選出され年2回研修会を行う。		
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	○法人で新人研修の際に行っている。 ○グループホームでは成年後見制度を利用されている方はいない。		
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	○入所前面接で説明実施し理解していただいている。		
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	○苦情受付をしている。 ○家族アンケートを年1回実施している。 ○ご利用者に随時確認している。	利用者については担当制の中で日々思いを聴きとっている。家族とはコロナ禍で面会等の制限はあるが、ホームだよりの送付や電話で丁寧にやり取りを行っている。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	○年2回、部長面談と主任面談を行い、意見や要望確認している。 ○ケア会議で意見交換。	毎月の職員会議やケア会議を通じて、意見や提案を聞く機会を設けている。また、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(年1回)実施。 ○人事考課		
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	○年間研修計画にて研修参加 ○認知症、トランスファー委員会に参加している。		
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	○2か月に一回高齢者部会参加することで情報交換。 ○ユニットIN北京都の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	○ 入所前面接でご利用者の思いを確認している。また入所後はできるだけご本人の思いを聞く機会を設けている。		
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	○ 入所前面接で自宅訪問し思いを確認している。 ○ 入所後1か月以内にサービス担当者会議を実施、ご家族が参加できればしていた現状とご家族の思いを聞いている。		
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	○ 状況に応じてご家族に連絡し確認したり、面会時に現状報告を必ず行っている。		
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	○ 理念を念頭に置き介護する側、される側と考えずに持ちつもたれずの関係で関係を構築している。		
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	○ 受診には同行してもらい、また疎遠になりがちになってきていれば何かしらbの理由をつけてきていただいている。		
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に行ったり、来てもらったりしている。	馴染みの理髪店に出かけたり、訪問してもらうなど関係が途切れないよう努めている。また、定期的に自宅や周辺の様子を見に行く方もあり、コロナ禍の中でできることを工夫している。	
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	○ 集団レクリエーションをする機会を設け、交流する時間を作っている。 ○ トラブルがあればすぐに職員が間に入り関係が悪化しないよう配慮している。		
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	○ 退院の見込みがなくなり退居していただいた方がいたがその後フォローをさせていただいた。		

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
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	○ 日々傾聴している。 ○ 不定期であるが懇談会のような感じ思いを聞く場を設けている。 ○ 困難な場合はご家族に相談している。	日々のかかわりの中で担当者(担当制)を中心に声をかけ、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。不定期ではあるが利用者が集まって懇談する場を設けている。	
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	○ 入居前面接で自宅の確認。 ○ アセスメントの活にて情報の把握		
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	○ 個人記録を残し、共有している。 ○ 日誌・排泄表の確認。		
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	○ サービス担当者会議を必要に応じて開催。 ○ モニタリングの活用。 ○ ケア会議で提案。	サービス担当者会議や、ケア会議で看護師や他の介護職員の情報共有を行い、意見等を反映して介護計画を作成している。担当者が毎月モニタリングを行うとともにケアマネジャーとも連携している。	
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	○ ケア会議で個人記録やモニタリングでの情報を伝え改善が必要なところを話し合っている。		
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	○ 認知症カフェ ○ ほほえみ喫茶 ○ 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 ○ 自宅へ畑を見に帰られる方。 ○ なじみの理髪店へ行く方、来ていただく方。		
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	○ 出来る限り入居前のかかりつけ医を継続している。 ○ 現在往診の方3名と増えている。	入居前からのかかりつけ医に継続してかかることを基本にしている。受診についてはコロナ禍の為、受診は家族ではなく職員のみで付き添っている。	
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	○ 看護師に口頭もしくはPCで伝達し、ご家族へ相談し必要であれば受診。 ○ 看護師不在時は他部署からの応援依頼。		
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。	○ 連携室と調整しできるだけ早く退院できるよう調整している。 ○ 入院時ご家族と情報交換。		
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	○入居前面接で、医療行為が常時必要になった場合は一旦退居していただくことを伝えている。 ○ 看取りケアは取り入れていない。	医療スタッフが夜間は常駐ではないため、看取りは出来ないが医師の指示のもと、出来る限りの支援をすることを入所時に説明をしている。長期入院等が必要な場合は一旦退所することが原則事前に説明している。	
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	○緊急時対応マニュアル ○救急救命勉強会(他部署)		
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	○ 消防訓練年2回(夜間/日中想定) ○ 水害訓練年1回 ○ 地区の防災訓練参加	毎年2回(うち1回は夜間想定)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している。また、地域の防災訓練には、利用者も参加して訓練を行っている。	

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
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	○ 理念アンケート実施 ○ ユマニチュードの取り組み	毎年理念に関するアンケートを行い、利用者の思いを大切にすることを確認している。また、法人の認知症委員会が中心となって勉強会を実施して、声のトーンなどに配慮して丁寧な声掛けを行うことに努めている。	
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	○ 選択肢のある声かけ。 ○ できる事を見つけ行っていただけるよう支援している。		
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	○ その日にしたいことを確認し、できる事をしてもらう。 ○ 自分のペースで過ごせるよう配慮している。		
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	○ 化粧水をする人。 ○ 服を選んで着る人 ○ 髭剃りを実施		
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	○ 調理の手伝いができる人、盛り付けができる人、洗い物や食器を拭いてくれる人等できる事をしていただいている。 ○ 誕生日献立やセレクトメニュー	食事はすべて自事業所で賄っている。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。季節メニュー、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 ○ 水分チェック ○ 排泄チェック		
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 ○ マウスウォッシュや舌ブラシ活用。		

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"> ○ できるだけトイレを使用している。 ○ トイレの声かけトイレ誘導(時間把握) ○ 本人にあったパッドの工夫 	法人として排泄ケアに力を入れており、オムツファイター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、それぞれに合ったタイミングでトイレの声掛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"> ○ 下剤調整でなく、ファイバーを使用したり、牛乳を使用し排便調整。 	/	/
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"> ○ 基本的には入浴日の設定。 ○ 週3回入浴の方は現在2名。 ○ 本人の希望には添えていない。 	週2回午前中の中の入浴だが、できるかぎり利用者の希望に沿うように対応している。入浴時を利用者と職員が1対1で話し合える機会として大切にしている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ○ 天気の良い日は枕を干し、月一回は必ず、布団乾燥機で布団乾燥。 ○ 空調管理、適度な運動 	/	/
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"> ○ 副作用や効能については処方箋の確認。 	/	/
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"> ○ あみのもや雑巾縫い。 ○ 調理手伝い。 	/	/
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支援している	<ul style="list-style-type: none"> ○ コロナ禍でほとんど外する事が出来ておらず、2回程度しか行けていない。 	コロナ禍のため、通常できていた外出が制限されているため、条文な外出の機会が持てず行事としては花見ドライブ等になっているが、日々の中で近隣を中心に車で外出するなど工夫を行っている。。	

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	○ 基本金庫預かっているが必要時本人に支払いのため、お金を渡し支払いしてもらう。		
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	○ いつでも電話は使用してよい事となっている。 ○ 一名スマートフォンを所持されている。 ○ 少し前までは手紙を出したりしている方がおられた。		
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 ○ 季節感のある飾りつけ	共用空間は加湿器が配置され、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ようにしている。また、玄関や壁には季節に応じた生け花や絵画など飾りつけられ、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	○ 居室がゆっくりと過ごせるスペースであり、気共スペースは正直ゆっくりとできる空間がない。		
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	○ 本人と相談し使い勝手の良い環境を作っている。またご家族の意見も聞かせていただいている。 ○ なじみのあるものを持ってきていただいている	居室は本人の使い慣れたタンスや仏壇、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、表札やトイレ表示など安心かつ安全に生活が送れるよう配慮している。	
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	○ 表札 ○ トイレ表示 ○ 手すり、移動バー		

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	45	週2回の入浴で対応している方が現在7名あり、残り2名の方のみが週3回の入浴となっている。	まず週3回入浴できるよう体制づくりをする。	ケア会議で今後週3回入浴できるような体制づくりを実現可能な範囲で検討していく。	12ヶ月
2	60	その日にご利用者の思った場所へ行くことがなかなか難しく、予定を立てて行動する事多く、また外出する機会が少ない。	突発的な希望が叶うようなシステム作りを行い、ご利用者の満足度を上げる。	ケア会議やサービス担当者会議で、本人の思いや職員の体制づくりを提案する。毎月1回もしくは2回は外出できる様な、年間計画を作成する。	12ヶ月
3	40	現在調理の手伝いが盛り付けができる方が限られているため同じご利用者の役割となっている事が多い。	盛り付けた調理ができない方でもご飯の準備が始まっている事であったり雰囲気を感じてもらえるようにする。	盛り付けなど現在はキッチン内で完結しているが、皆さんの前で盛り付ける事ができるような体制づくりをケア会議で提案する。	12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。