



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(3)	運営推進会議で出された意見なども議事録への反映して職員への共有を行ってほしい。また外部評価を行う際には家族にも評価結果をフィードバックすることを行っていく	運営推進会議において、参加者からの意見を頂く内容を職員間でも共有を行うこと。 外部評価結果を家族にお渡しする機会を作る	1. 運営推進会議において、記録された議事録は、参加者全員に閲覧を求める。 2. 外部評価結果を業務改善会議で共有するとともに家族へお渡しして説明を行う。	12ヶ月
2	23(9)	法人で使われているソフトに含まれるアセスメントシートだけでなく、より詳しく利用者が生きてきた人生を把握し、日々の生活の中で得られた情報も記録することができれば、さらなる思いの把握につながると思われる。	アセスメントシートに加え、利用者本人の人生史や価値観を深く理解するためのヒアリングを導入する。日々の関わりの中で得られた情報を記録し、ケア計画に反映する仕組みを構築する。	1. 既存のアセスメントシートを見直し、利用者個人の人生史や価値観を把握できる内容を追加する。 2. 記録された情報をケア会議で共有し、ケア計画に反映する。	12ヶ月
3	35(13)	火災や地震、水害等の災害時に、利用者、職員の命を守る行動訓練と同時に業務が継続できるような訓練も想定して行う。	災害訓練では、避難した場所での食事やケア介助などを行う想定を踏まえた計画・実施を行う。	3/11と9/1に行われる防災訓練では、避難訓練と並行して、食事、服薬、排泄などの業務を継続できるよう計画を策定する	12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。

自己評価および外部評価結果

あすならホーム桜井 グループホームB

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	法人理念として“大切にしたい7つのこと”を掲げて、全体会議及び職場会議を通して理念の共有を行っている。また、「10の基本ケア」の学習や実践を通じて、理念を体現している。		
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	利用者との会話や地域のイベントなど外出できるケアプランを作成し、日常的に外出することで社会性を保つように支援している。 買い物、美容、飲食を通じて、顔なじみ関係性を強化する。傾聴ボランティアの方に月2回程度来ていただき、利用者と交流している。		
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	春と秋に「あすなら学習会」を開催し、10の基本ケアの説明、ホームでの認知症に関する取り組みを報告している。 月6回(0・5の付く日)に事業所サロンスペースで地域の方が集まりランチ会を開催している。		
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	2カ月に1回の運営推進会議では、入居者家族・区長・地域包括職員・地域の代表が参加し現在の介護状況を報告して共有している。参加者から意見を頂く時間を確保し、意見から改善すべき点を運営に反映させている。今年は文書開催ではなく、対面の開催ができています。		

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
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	行政主催及び推奨の会議・企画に参加したり、月に1回程度市役所を訪問し、情報交換や支援を受けている。桜井市地域密着型サービス部会に隔月参加し、事業運営の交流を通じて、ご指導いただいている。		
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	会議や研修で身体拘束をしないケアについて学習し、ベッド柵をしない、玄関の鍵の施錠をしないなど拘束に当たることはしていない。運営推進会議や職場会議で、状況を報告している。開設以来、身体拘束事例は発生していない。		
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	会議や研修で虐待防止について学習し、ベッド柵をしない、玄関の鍵の施錠をしないなど虐待に当たることはしていない。運営推進会議や職場会議で、状況を報告をしている。職員にストレスチェック調査票を実施し、心身状況を把握している。開設以来、虐待事例は発生していない。		
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、グループホームBでは2名、権利擁護（後見人制度）を使っている入居者がいる。管理者は書籍等で学習を深めている。その都度、職員にも説明や学習の機会を設けていく。		
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	原則、利用者同席のもと、代理人に契約書・重要事項説明書について、十分な時間をかけて説明し同意を得るようにしている。		
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	2カ月に1度の運営推進会議に、家族に参加して頂き、情報の交換を行っている。 家族の面会が多く、家族の面会時にも情報の交換 行い朝礼などの場で報告している。ケア会議にも家族が来て頂き要望など聴いている。		

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
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 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	業務改善会議や職場会議を開催し職員からの意見を聞く機会を設けている。また、年2回、管理者との個別面談もあり、意見や提案しやすい環境ができています。 毎日の申し送り時にも職員からの意見や提案できる機会を設けている。		
12		○就業環境の整備 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	管理者は施設長からの管理者MTや毎日の全体朝礼毎月開催の業務会議で、現状を把握し、全体会議や経営会議を通じて改善している。年に2回管理者と職員の面談の場(目標設定、考課)を設け、働きやすい職場づくりをしている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	人材開発部という採用・教育部門を通じて、年度 of 教育学習計画に基づき、系統的に人材育成をすすめている。また、入職後に法人で開催されている講座に参加して頂き、当法人の理念など学んで頂いている。 法人内のケアマイスター制度、各種研修の案内を毎年行っている。必要に応じて、外部研修を受講してもらっている。資格取得の支援もある。		
14		○同業者との交流を通じた向上 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	代表者は「地域密着サービス部会」を通じて、地域関係者のサービスの向上に努めている。また、事業所では、市内の関係者の研修会や交流会など定期的に参加し、交流の機会となっている。		
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	入居前に職員と入居者と自宅又は病院、施設等で顔を合わせる機会を持ち、本人の人生経歴を生活環境を把握し、ケアプラン作成に反映させている。		

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
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、関係づくり努めている	入居前の面談時に家族の困っていることを聞かせて頂く機会を作っている。自宅にも職員訪問させて頂き、要望など聞かせて頂く場を設けている。契約時も、自宅ですさせて頂いている。		
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	自宅に職員を訪問させて頂き、要望など聞かせて頂き、支援内容を提案、確認する場を設けている。相談の段階でご意見を受け止め、別のサービスについても説明と提案させてもらうよう努め、柔軟に対応している。		
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	食事の準備・配膳・下膳、洗濯物干し・衣類たたみ・掃き掃除など利用者さんと共に実施している。利用者さんができることはご自身でしていただけるように促しています。		
19		○本人と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	面会回数の制限はせず、来てもらえる限り来て頂いています。その際は、職員は家族とお話しをさせてもらうように努めている。 本人・家族・職員と一緒に出かけに行く機会を設けている。		
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	入居前に本人や家族より馴染みの方や場所の把握に努めている。友人、行きつけのお店にも出掛けられていけるようにしている。 来客や電話があった場合はゆっくりと会話ができるよう環境を整えている。		
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	座る席の配置を工夫する。利用者同士お部屋でお話して頂いたり、ソファなどを配置し関わり合いを持てるよう環境を整えている。		

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
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	サービス終了後も介護の相談、学習会、サロン、ボランティア活動などの参加の声掛けを行う。また、将来の利用についても相談や情報提供を気軽にできる雰囲気を大切にしている。		
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	入居後も生活歴・趣味・ホームでの暮らし方の希望や思いの把握に繋げている。日々の会話で出る本人の思い希望など把握できるよう努めている。随時、ケア会議を開催して本人の立場になって合意するようにしている。		
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	アセスメントシートを用いて、入居前の面談時に本人・家族より生活歴などお話し頂き把握に努めている。入居後も、日々の会話で生活歴を聞き把握に努めている。聞いた内容は記録し他の職員も共有できるように努めている。時に本人より聞いた内容を家族に伝え共有している。		
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	「支援経過記録」、「介護計画書兼記録表」など用いて、本人の心身状態の把握に努めている。毎日の全体朝礼、申し送りでも状態を報告し把握に努めている。		
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	ケア会議には家族に参加頂けるように働きかけている。担当職員が本人、家族からの要望や意向を聴き、介護計画作成しケア会議を行っている。ケア会議で介護計画を最終まとめ、申し送り時に報告している。		
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	日々の「介護計画書」や「ケース記録」記録により職員の情報共有し、ケア及び介護計画の見直しに繋げている。申し送り時にも日々の様子を報告することで情報共有している。		
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	本人の状態によっては、家族の同意を得て、急なお出かけにも対応している。ニーズに応じて病院への送迎、帯同対応など行っている。看護師を日勤帯で配置し、夜勤帯も主治医と連携しながら対応している。		

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
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	入居後もスーパーや移動店舗への買い物行く支援の継続。近隣の神社のまつりへの運営協力や参拝などの支援を行っている		
30	(11)	○往診医の受診支援 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	契約時にかかりつけ医の意向を確認している。月に1回、事業所の内科の往診医(かかりつけ医)の訪問診療を受けている。緊急時に対応して頂いている。入居者個々のかかりつけ医に家族が付き添って受診する方もいる。必要に応じて提携の歯科医の訪問もある。		
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	体調の変化あればその都度、看護職と介護職が連携し対応している。支援経過の記録や申し送りを通じて、情報を共有化している。		

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
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。	入院者が出れば定期的に面会に行っている。面会時は医師や看護師と情報交換行っている。病院の相談支援センター等を通じての退院カンファレンスを実施し、安心して早期に戻っていただいている。		
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、事業所です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	本人の状態変化に合わせて、職員同士で話し合いを行い、本人ができることを共有し、支援に取り組んでいる。家族を交えたケア会議では、本人及び家族の意向を大切に、職員・家族とも協力しながら支援に取り組んでいる。 契約時に、事業所のターミナルケアの指針について説明するとともに同意を得ている。重度化した場合は本人や家族の思いを再確認し、かかりつけ医・看護師・介護職と連携しながら対応している。		
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	初期対応など説明行っているが、まだ、職員によって対応力の差がある。AEDの使用訓練を定期的の実施する。		
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。また業務継続計画(BCP)を作成更新を行っている。	年2回、消防避難訓練を実施している。内1回は夜間帯を想定した避難訓練を実施。実際に水消火器を職員・入居者も体験している。 職場会議や朝礼時でも対応の仕方、まとめなど報告している。職員は携帯用避難マニュアルを全職員所持している。 風水害避難訓練と地震避難訓練も実施している。避難の流れ、危険箇所の確認、階段での避難の仕方、シーツ等使用しての避難の仕方など実際に体験している。		

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○尊厳を守ること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	法人として、一人ひとりの人格を尊重、尊厳を守る理念を大事にしている。 本人の言葉には耳を傾けるよう努めている。 言葉かけ対応の仕方など出来ない職員へはその都度注意して改善するようにしている。		
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	ホーム内は自由に行動してもらい、希望があればその都度職員が聞き、入居者の希望を実現できるように努める。		
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	その日の過ごし方については基本的には自由である。個別ケアを大切にし、タイムスケジュールを押し付けないようにしている。		
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	入居後も化粧など継続して支援している。お出掛けの際は、特に身だしなみには気を付けている。 昼と夜で着ている服は替える。		
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	味噌汁作り、盛り付けなど入居者に手伝ってもらっている。あたたかい食事を一緒に会話を楽しみながら食している。食事は給食業者から調理済みの主菜が納入され温めて盛り付けし、ごはんは味噌汁は各ユニットの台所で職員が作り提供している。本人の好きな食べ物を個別に外食支援している。 家族さんにも協力してもらい好きな食べ物を持って来て下さっている。		
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	入居者の状態に合わせて、必要な場合は、水分量など記録している。 水分を十分に摂られない方に対して、適時・随時の促しをすることで水分量を確保している。 入居者、家族に好きな飲み物を聞き、提供している。		
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	毎食後の口腔ケアを実施している。状態に応じて、歯科医による訪問歯科診療も実施している。		

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	トイレに座って排泄できるよう支援している。昼夜を問わず、布パンツとパット対応をおこない、おむつの使用している入居者は原則、いない。夜間帯について、家族との話し合いにより、退院直後や病的な関係で、紙パンツを使用する場合もある。		
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	トイレに座る、適度な歩行、お腹のマッサージ、ヤクルト、ヨーグルトなど個々の状態にあった対応をしている。食事中でもトイレの訴えあれば直ぐにトイレに行くケアをしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週2回、檜を使用した個浴にゆっくり入浴できるよう支援している。前日に声掛けしたりその方が入りやすい時間に合わせて入浴している。日によって入りたくないこともある為、その場合、時間変更したり後日入るようにしている。浴室の床は耐水性の畳を使用し、畳の上に座って洗身される入居者もおられる。		
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	安全面も考慮し、普通ベッド、低床ベッド、布団を選択してもらっている。自室で過ごして頂いたり、フロアのソファで休憩してもらったりと、その方のタイミングで休んでもらっている。		
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	薬表を個人ファイルに挟んでいる。アセスメント表に薬の効果や用量など記載している。服薬の変更がある度に状態の観察を介護職・看護職連携しながら行い、かかりつけ医に報告している。居宅療養管理指導サービスを提供している為、薬剤師とも連携している。		
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	役割づくりとして、食事の調理や盛り付け、食器洗い・拭き、洗濯物たたみ、体操の準備など一人ひとりにあった支援を行っている。		

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
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	本人の気持ちをケアプランに落とし込み、外出を実施できるように努めている。食事、買い物、体操、花見、社寺巡り。家族面会時に近隣を散歩、ドライブ、喫茶店に立ち寄る時がある。		
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	買い物が可能な入居者は、家族と月額の上限を決めて、同伴し、ほとんどの入居者は事業所での立て替え金対応させて頂いている。中には入居者がお金を所持し買い物などされている。		
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	携帯電話を保有されている入居者は家族に電話されている。また、手紙のやり取りもその都度対応している。		
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	畳や木を使用し家庭的な雰囲気を重視している。居間や廊下の床は、畳や木が使われており、和風で落ち着いた構造。 浴室も畳やひのき風呂を使用することで気持ち良く入って頂けるよう努めている。共用スペースでは、テレビを配置せず、穏やかに過ごしてもらおう。		
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。	フロアにソファを置くことにより一人で過ごされたり、気の合った同士が座り楽しくお話しできる環境にしている。 共用スペース(サロン)で歌の好きな入居者同士、画像を見ながら、歌を口ずさんでいる。		
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	自宅で使われていた馴染みの家具や本人の好きな物を持ち込んでもらっている。		
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	居室内では安全かつ自立した生活を送れるよう棚などを有効活用し、手のつく場所を確保し、トイレまでの動線に配置するなどの環境整備をおこなっている。 自立した寝返り起き上がりができるようにベッド幅を110cm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