

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	3490200361		
法人名	医療法人社団ひがしの会		
事業所名	グループホーム えんじゅ井口		
所在地	広島県広島市西区井口5丁目6番2号		
自己評価作成日	平成23年8月13日	評価結果市町村受理日	平成23年11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	http://www.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【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 あしすと
所在地	福山市三吉町南1丁目11-31-201
訪問調査日	平成23年9月2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)】

法人全体の理念「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」をもとに事業所の理念として「出逢ったご縁を大切に笑顔で自分らしくつどえる場」をかかげ、お客様一人一人を尊重し自分らしく笑顔で過ごせるように心がけています。

【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)】

当事業所は開設間もないが地域に根差した事業所を目指し地域との交流に力を傾注し、行事への参加や近隣の商店を利用することで、顔見知りの関係作りに取り組んでいる。またコンセプトを基本とし、やりがいや生きがいの持てる生活の実現に向けたケアに努めている。利用者個人が自分らしく穏やかに過ごせるよう職員で検討し、実施している。ターミナルケアの指針が作成され、チームでの支援が出来るような取り組みが行われている。発展途上であるが、改善点を明確にし、質の向上に積極的に取り組まれ今後期待される事業所である。

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	特定非営利活動法人 あしすと			

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	法人全体の運営理念、方針、職員行動指針を事業所内に掲示している。	法人運営理念、職員行動指針と共に「出逢ったご縁を大切に笑顔で自分らしく集える場」を事業所のコンセプトとし目につきやすい場所に掲示するとともにミーティングで共有し浸透に努めている。	
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	地域清掃活動参加や近隣のスーパー等を利用し交流を深めるようにしている。	町内清掃活動や地域防災訓練に参加し、地域の一員として積極的に交流に努めている。また近隣の商店を利用することで普段から顔なじみとなるよう積極的に関わる取り組みがされている。	
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	出来ていない。今後、運営推進会議等で説明会、勉強会を開催していきたい。		
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	行っていない。	9月中の初回実施に向け参加の呼びかけをされている。	地域密着型事業所として地域の理解と支援を得るための貴重な機会のため幅広くメンバーに呼びかけられ、率直な意見を貰うことで質の向上に繋いでいくよう、早急を実施されることが望ましい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	不明な点があれば市役所介護保険課に確認を行っている。		
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	身体拘束は一切行っていない。	身体拘束における弊害について正しい理解と意識統一を図る為、開設時に研修を行った。またベテラン職員が日々のケアの中で教える場面もあり、原因を分析し身体拘束回避に向け話し合いをしている。	
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	虐待防止マニュアルを作成し職員間で共有している。		

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	事業所としては特に行っておらず個々で調べるにとどまっている。		
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	契約書の説明時には、ご家族様に時間をとっていただき契約内容について説明し質問をしていただいている。入居前でも後でもすぐに質問を受けれる体制にしている。		
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	介護計画作成時、面会時等、要望を聞いている。	家族訪問時や電話にて日頃の暮らしぶりを伝える中で聞き取っている。出された意見要望については連絡ノートで職員が共有している。	
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	会議やミーティングを開催し情報交換、意見交換を行っている。	ミーティングや会議において意見交換を行い、またアンケートを取ることで普段言いにくい意見や要望を聞く機会もある。法人担当者が3カ月に1回程度訪問され個別に意見を聞くこともあり、提案の内容については吟味し、反映するよう努めている。	
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	定期的な職員との面談を設け話をし働きやすい環境作りに努めている。		
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	入職時、職員研修を受ける仕組みがある。		
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	法人内研修等での交流はある。法人外交流会員となっているが現在のところ継続性がない。		

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
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	事前面談を行い安心して生活していただけるようアセスメントをとっており不安の軽減に努めている。		
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	事前面談時、見学等で安心して生活していただけるようアセスメントをとっており不安の軽減に努めている。		
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	随時、必要性に応じ、他サービスの利用の可能性をさぐりながら検討している。		
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	信頼関係や馴染みの関係ができるようコミュニケーションを心がけている。		
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	初期の電話連絡を細めに行い、ご家族様の思いや意見を聞きご本人とご家族との繋がりを意識し対応している。		
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	ご本人様やご家族様より馴染みの情報を聞きとり関係が途切れないようにご家族様の協力を得て面会等がかかわる時間を設けている。	知人や親せきの訪問もあり家族の協力も得て馴染みの関係が途切れないよう支援している。	
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	気の合う方どうしでの外出を行っている。日々の生活の中では職員が中間役となりお互いにストレスがかからないように配慮している。		

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	退居となられる際、相談はいつでも受付られるようにしているがその後の関係は希薄となっている。		
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	初回アセスメントにて生活歴をさかのぼりどんな生活をせれていたか把握し希望や要望を導きだしながら計画書を作成している。	アセスメントでの生活歴の把握や日々の何気ない会話・表情で察知し、利用者の思いや希望をくみ取っている。本人の視点に立ち希望に沿うよう取り組んでいる。	
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	事前アセスメントの情報をもとに、生活の様子から嗜好や癖、習慣などをケアのなかにとりいれている。		
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	その方のペースに合わせてケアできるよう申し送り等、情報共有に努めている。		
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	個々にあった計画を検討し作成している。	本人や家族の希望を基に短期、長期目標を作り必要な支援内容を盛り込んだ計画を作成している。また計画に沿ったかどうかを日々チェックし1カ月ごとで評価している。	
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	個人記録記載や、申し送り専用ノートなど活用している。		
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	ご家族様のご協力を頂いたりして、ニーズに合わせて可能な限り対応している。		

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	ボランティアの方の受け入れや地域清掃等の参加でかわりを行っている。		
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し、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	主治医と事業所の連絡は必要に応じ密にとっており指示をいただける環境にある。	利用者・家族の希望するかかりつけ医となっている。皮膚科等の他科への診察は、基本家族対応となっていて、状況に応じた支援を行っている。訪問歯科による往診もある。	
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	非常勤の看護師がおりDrとの連携他、都度、助言や指示に基づき対応している。		
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。	入院時には関係者と連絡をとり、病状や退院にむけての話し合い、状況把握に努めている。		
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	指針を掲げ、希望に添い対応可能な事はつたえている。	利用開始時に指針の説明を行い、事業所での対応について話をしている。終末期に向けて、家族の意向のもと医師・職員と連携を密に取りながら、看取りの覚書・同意書・ケアカンファレンスを行い、チームで支援に取り組む環境が整えられている。	
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	マニュアルはあるが実際に対応できているかは不明で不十分。		
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	今後、地域の方や消防署参加型の訓練を実施予定。	防災の日に、町内の訓練に利用者とともに参加し、職員間で話はしている。事業所での避難訓練はまだ実施に至っていない。	地域との信頼関係を構築する意味においても、運営推進会議等で地域住民に参加を呼び掛け、協力のもと、避難訓練を早急に実施される事が望ましい。

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
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	個々のプライドを大切にし、恥ずかしい気持ちにさせないような声掛け誘導をおこなうようにしている。	大きな声で言葉かけをしないで、利用者の様子を見ながら個別に対応している。また周囲に気づかれないように誘導を行うなど、プライバシーを損ねない配慮をしている。	
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	職員側の一方的なケアを自粛し、ご本人様の思い(ニーズ)や日々のリズムご本人様のペースに合わせたケアに取り組んでいる。		
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	ご本人の気持ちや希望をケアプランに盛り込みそれに添ったケアを実践する。		
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	好きな服をきる、身だしなみを整える等の援助を行うよう配慮している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	季節のものをとりいれたり、嗜好を把握し提供している。食事作りに関しても切る作業、盛り付け、味付けを教えていただいたりすべて一緒に行っている。	利用者の希望を取り入れた献立を作り、下準備や盛り付け等も一緒に行っている。また、体調や状況に応じて形態等も工夫し、職員とともに同じテーブルで和やかに食事をしている。	
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	食事量や水分量には特に注意し、食欲がおちてきている方などへの工夫や主治医、ご家族への報告を行っている。		
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	口腔ケアの声掛けを行い、ご自分でされるようケアを行っている。難しい場合は職員が介助する。歯科往診を定期的に行っている。		

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
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	排泄のパターン表や排泄の記録をとり個々のパターンを探りケアに繋げている。	ほとんどの方が、自力でトイレに行かれている。夜間の排泄パターンも把握しており、出来る限りトイレでの排泄支援を実施し、自立に向けたケアをしている。	
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	食物繊維のあるものを意識してとりいれたり、散歩等で腸の運動に働きかけているが便秘解消につながらない場合は主治医と相談し適量の下剤処方を行っている。		
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	希望があれば基本的に毎日入れる状態だがある程度の時間帯は決まっている。	基本午後からの入浴となっているが、要望に応じて午前中も入浴可能である。拒否の方には、タイミングや言葉かけ等工夫して対応している。肌の弱い方に対して専用の石鹸類を使用し個々の状態を考慮し利用者にあつた対応をしている。	
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	布団での習慣の方には布団での対応をしたり室温、空調の管理を行っている。		
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	服薬の管理と作用、用途等の把握に努めている。		
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	嗜好や趣味、楽しみにあつた生活ができるよう支援している。		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそつて、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	行事として計画する場合と、普段から買い物や散歩を通じて季節や景色を楽しめるように援助している。	日頃から買い物や散歩等の外出支援をしている。家族と一緒に花見に出かけたり、要望に応じて外食の支援も行っている。	

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
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	金銭トラブルを防ぐ為、金銭は一切もっていただかないようにしている。必要時は立替にて購入し毎月の請求書と一緒に請求している。		
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	ご本人からの電話は状況を判断しかけていただいている。手紙のやり取りが習慣や楽しみになっておられる方は支援している。		
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	家庭の雰囲気をも大切にしたい。馴染みの場を取り入れている。	広く明るいリビングにソファが置かれ、座ったまま楽に使用できるよう作られた洗面台があり、細部に配慮がされている。季節の物が飾られ心地よく過ごすことのできる空間である。	
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	ベランダ、畑の横にベンチを設置し外の空気をすえるようにしている。リビングにはソファがあり、思い思いに過ごせるようにしている。		
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	個室の中は自由に使ってもらっている。使い慣れた物や見慣れた物、馴染みのある物をもちこんでいただいている。	利用者の馴染みのソファやお仏壇などが持ち込まれ、これまでの生活環境と同じように、マットに布団を敷くなど居心地良く過ごせるよう工夫された居室となっている。	
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	誰もが使いやすいよう、手すりや椅子、テーブルなど低い位置になるよう設置し自立した生活ができる限り行えるよう配慮している。		

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	1	平成23年9月1日にホーム長が代わったことにより現在、グループの方針に添うよう体制を一部変更していく必要あり。	お客様にどのようなサービスを実施すれば「自らが受けたい介護と医療の創造」へ近づけるのか。	ユニット別で会議を月2回実施し、職員のサービス統一を図る。	3カ月
2	1	地域交流・ご家族様との交流が定期的に行われていない。何のための施設なのかを理解していただく。	グループホームでの生活・認知症への理解を深めていく。将来的には、地域の方が気軽に出入りできる施設になる。	2か月に1回運営推進会議を実施する。	4か月
3	2	自己評価の実施	職員が自己を見つめ直すことによりスキルアップに繋げたい。	自己評価アンケートの実施	3カ月
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、行を挿入して下さい。