

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	0870700226		
法人名	特定非営利活動法人ホームホスピス結城		
事業所名	グループホーム みんなの家		
所在地	茨城県結城市大字田間1489-2		
自己評価作成日	平成29年8月29日	評価結果市町村受理日	平成30年2月1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認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成29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)】

<p>地域の認知症高齢者が、自分のペースで穏やかに過ごせるように環境を整えています。入居しても、地域とのつながりを大切に、外部との連携を密にとっています。また、地域だけでなく、職員、入居者の家族、共に生活している入居者と、たくさんの方が関わり合って、一つの「家」を作り上げています。楽しみや生きがいを持って生活できるような支援を積極的に行っています。毎日の日課の中に、体操や歌、リハビリ、手作業など取り入れ、意欲や筋力の低下防止に力を入れています。</p>
--

【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)】

<p>結城市内の主要道路沿いにある施設である。共用型デイサービスも運営しており、3名が利用している。数年の間に理事や管理者が変更になり、理念を念頭に日々話し合いながら支援している。1ユニットの少人数であることから、利用者一人一人のペースに合わせた支援をしている。スタッフの離職率は低く、経験豊かで積極的な支援をしている。また、理学療法士による体操を取り入れ、残存機能維持に努めており、今後期待される施設である。</p>

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、活き活きと働いている (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
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	理念の共有は、できているとは言い難い。が地域密着型の特性を理解し、職員間で「その人に合った生活」を考え、統一した支援を提供している。	スタッフ一人一人が、理念をもとに利用者に合わせて支援を行っている。問題があれば、日々のカンファレンスで話し合っている。	
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人として日常的に交流している	神社の清掃活動や大きな行事には参加しているが、日常的に地域とつながりを持っているわけではない。	自治会に加入し、地域行事のお祭りや敬老会、クリスマスに参加している。歌やカラオケなど、ボランティアの介入があり、日常的に地域交流を行っている。	
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	認知症でお困りの地域住民の方や、利用者の家族の相談にのる等、自分たちの経験、支援の方法を話している。		
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	日常生活の報告だけでなく、地域の方の疑問や改善点など聞き出し、今後の施設運営に活かそうとしている。	参加者は、行政、民生委員、利用者家族2名、理事、管理者。参加者が揃わないなどの理由から定期的には行われていない。また、多くの意見を頂けるよう検討している。	会議は出席者の都合に合わせた日時を優先しているため定期的には開催できない状況がある。年間通して開催できるよう工夫をし、行政の参加についても、多くの職課が参加できるよう検討して頂きたい。
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	運営推進会議や連絡協議会などに参加し、情報交換やわからないことなど相談している。	地域密着連絡協議会に参加して、研修会や情報交換を行っている。身元不明の高齢者の方が保護され、警察から一時保護の依頼を受けたことがある。生活保護を受けている利用者もいるため、行政が定期的に訪問している。	
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	できるだけ本人の自由を尊重し生活していただいている。施設の場所が大きな道路に面しているため、場合により施錠する時間もある。	身体拘束は家族からの要望もなく、必要性もない為行っていない。主要幹線道路に面しているため、利用開始して間もない利用者がいるときや状況に応じて施錠することもあるが、利用者の思いを尊重し話し合っている。	
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	虐待の定義を学び、現場でのケアの取り組み方がどうなのか、職員間で話し合いの場を設けている。		

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	必要性は感じているが、事業所として勉強会は実施できていない。それぞれの職員が自分で学んでいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	十分な説明を行い、質問や不明な点が無かったら同意書に署名・捺印してもらっている。		
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	利用者や家族の意見等は、前向きに捉え、全体ミーティングに議題として挙げて話し合いをし反映させている。	利用者からは食事に対する意見が多く、お弁当や誕生日会のケーキなどについてよく意見ができる。また、家族からは衣替え、食事時間、オムツの使用量についての意見を頂いている。オムツの使用量が分かるチェックリストを作成し対応している。	
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	現場の立場になり、入居者にとって良いことは反映させている。ケア側の都合での意見は特別な意味がないなら反映しない。	毎月1回の会議を行い、モニタリング、研修の伝達、業務についての意見交換を行っている。理事、管理者との定期面談は行っていないが、随時カンファレンスを行い話し合っている。	
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	給与水準等の向上は難しい。限られた人数の中、負担が大きくなるよう有給をうまく使いながら働いてもらっている。		
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	年間計画を立て、職員の足りない部分を学べるように研修に参加してもらっている。		
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	連絡協議会に管理者だけでなく職員を一緒に連れて行くことで、他事業所の職員と交流を図るようにしている。		

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
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	本人にとって不安なことなど、職員間で共有し全員で不安を取り除くように支援している。		
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	家族が不安や要望を話しやすい環境を作る。職員が聞いたちょっとした内容の話でも報告するようにしている。		
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	本人の隠されている能力が発揮できるように支援している。		
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	ケアを通して、信頼関係が築けるようコミュニケーションを十分に図っている。		
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	本人にとって、家族は大切な存在である。定期的な面会やケアの方針など、協力を依頼している。		
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	行きつけの床屋、自分の自宅など馴染みの場所や人と会えるように支援している。	日常的に家族と外出や外食にいく利用者がいる。お墓参りや理容室に出かけている。家族との関係継続支援を行っている。	
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	利用者の個性を知り、一人でいたい人、友達と過ごしたい人と職員が理解できるようにしている。		

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	亡くなり契約終了することがほとんど。その後、家族の方にクリスマス会など参加していただけるように声掛けし、相談・フォローに努めている。		
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	個別ケアを実践している。その人の想いを汲み取り、意向を聞き出すようにしている。	日々の支援を通して思いや意向の把握をしている。また、意見があるときには話し合い支援に繋げている。	
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	それぞれの歩んできた人生を、本人、家族から聞きながら記録にまとめ職員間で共有している。		
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	一人一人変化する状態を申し送りなどで情報を共有し、その日に合った過ごし方を実践している。		
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	関係者が一堂に会することが難しいため、面会時や医師往診の時などに意見をいただき、それらを踏まえて計画の作成に取り掛かっている。	6か月、また随時見直しをして、計画の立案をしている。モニタリングはケアマネジャーが行い、スタッフからの情報収集を交えながら計画を作成している。家族の面会時に説明して、同意を得ている。面会が少ない方へも、郵送または面会などを利用し行っている。	
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	個別の記録は残しているが、同じような記録内容になりがち。ケアの結果などの記入が足りない。		
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	できる限りのニーズに応えられるようにしている。家族が通院できない時など、代わりに連れて行くなど。		

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	開かれた事業を展開していくために地域の民生委員の意見を参考にし、入居者の生活に結び付けている。		
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	かかりつけ医の定期的な往診がある。通院可能な入居者は、施設の職員と一緒に付き添うようにしている。	往診が月に2回ある。利用者のインフルエンザ予防接種日は決定している。突発症状については、訪問看護師に連絡して受診の有無を決定している。家族への連絡も行い、同行または電話連絡を行っている。今後は受診状況を家族に連絡し、介護記録に記入して経過が分かるようにしていく。	
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	週一回の訪問看護の時に、全体の状況など報告している。体調の変化がある場合はその都度連絡し、情報の共有、指示を仰ぐ。		
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。	入院している場合、面会に行き入居者の状態を把握している。施設で対応可能な状態をみて、退院などの相談をしている。		
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	看取りに入る場合、家族、主治医、看護師、ケアマネ、スタッフが話し合い、今後の方針を決めている。それぞれが出来ることを行い、チームで支えるよう支援している。	利用開始時に重度化や終末期に向けた支援について説明している。看取りを行う上で、主治医、訪問看護師を交えて支援方法を検討している。状況に合わせて介護計画を見直し、立案していく。	
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	急変時・事故発生時の対応については、まだまだ不足している。管理者へ指示を仰ぎ、対応している。指示系統はできている。		
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、及び消火訓練を行っている。災害用の食料品は飲料水は確保してあるが、どれくらいあるか管理できていない。	日中夜間想定にて避難訓練を行っている。地域の特徴から、水害訓練を行っている。	建物の構造により、2階にいる方の避難誘導や経路などを再確認していく必要がある。また、応援体制やスタッフへの連絡方法、災害時の広域避難場所のどこに避難できるのかなど、より具体的なマニュアルの検討が必要と思われる。引き続き検討して頂く。

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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	一人一人を尊重し、相手の立場に立って、声掛けを行っている。入浴は一人の時間を楽しくもらえるように個浴で対応している。	利用者一人一人に合わせて、声掛け誘導を行っている。面会簿の記入方法、苦情解決責任者の明記について検討して頂き、併せて個人情報同意書についても検討していく。
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	些細な事でも、入居者に決めてもらうように話をしている。選択肢を与え、自己決定しやすいような状況を作る。	
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	全員が、自分のやりたいことをしている。手作業をする人や体操、歌をする人、お部屋で休まれる人など自由に過ごしている。そこで、できない所を支援している。	
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	できる入居者は洋服の準備をしてもらう。自己決定できるように着替えを準備する際、好みの洋服を選んでもらう。	
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	一緒に準備することは難しい。味付けなどは一緒に行っている。片付けは、職員と一緒にしている。	調理師免許を持つ方が常駐しているため、献立、買い物任せしている。誕生日会やイベント、遠足のお弁当などについても利用者ができることは参加して一緒に行っている。
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	食事の嗜好などを把握している。食事量もそれぞれ異なる為、調整している。水分量が少ない人は介助、又はゼリーなど代替品を提供している。	
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、口腔ケアを実施している。声掛け、必要な人は介助にて清潔保持している。	

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	尿意がなくても、排泄リズムを把握し、できるだけトイレでの排泄を促している。	日中、夜間ともに、リハビリパンツまたはオムツを使用しているが、状況に応じて誘導し支援に繋げている。	
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	個別に対応できている。便秘になりそうな入居者は、看護師などと相談し対応を決めている。		
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	一人ずつ入浴できるように対応している。	週2回または要望に合わせて入浴支援をしている。入浴を拒否する場合は、状況に応じた対応をしている。感染症にも留意して支援している。	
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	食後、少し時間をおいて居室へ誘導している。本人の状況に応じてホールで起きていることもあるが、現状早めに寝かせている。		
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	全員がどんな薬を飲んでいるのか把握している。きちんと飲めたか確認している。		
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	築き上げてきた人生観を大切にしながら、その人らしい支援を実施している。		
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	季節感が感じられるように定期的に外出の機会を設けている。状態の安定している入居者の家族には外出の支援を依頼している。	四季折々に合わせて、桜、桃、紫陽花の時期に遠足に出かけている。また、近所の道の駅に食事や買い物に出かけている。	

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	金銭の管理は施設では行っていない。		
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	本人から希望があれば対応している。		
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	入居者にとって快適に過ごせるように温度管理を徹底している。ホールなどには季節感を感じられるような創作物を飾る等工夫している。	大きなテーブルを囲み、デイサービスの方も一緒に座っている。季節の飾りや置物、お花があり、広く、安心感の感じられる空間となっている。	
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	同じ趣味が行えるようなテーブルの配置にしている。入居者同士が自発的に会話を交わすように工夫している。		
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	使い慣れた物を用意してもらっている。また、家族の写真だけでなく、行事の写真なども飾っている。	馴染みの家具や写真、置物があり、落ち着いた居室作りがされている。衣替えや清掃は、スタッフまたは家族と共に行っている。	
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	通院や行事が分かるようにカレンダーを居室に張ったり、トイレを自立して使用出来る様に手すりの位置など工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームみんなの家

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 1 月 29 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	4	運営推進会議は出席者の都合に合わせた日時を優先しているため定期的には開催できない状況がある年間通して開催できるような工夫をし行政の参加についても多くの職課が参加できるようにする。	運営推進会議を定期的に行うにあたって多くの行政の方との連携をとり必ず多くの職課が参加できるように努める。消防分団長、自治会長にも参加協力をお願いする。	運営推進会議を定期的に行うために会議終了後から次の会議日時、参加者の確保を行い日程の調整をする。家族の方はもちろん多くの行政の職課の方にも参加協力をお願いする。当グループホームは自治会に入っており定期的に自治会の行事に参加し運営推進会議の参加もお願いする。	6ヶ月
2	35	建物の構造により2階にいる方の避難誘導や経路などを確認していく必要がある。また応援体制やスタッフへの連絡方法、災害時の広域避難場所のどこに避難できるかなど、より具体的なマニュアルの検討が必要である。	スタッフ全員が円滑な避難誘導ができるよう避難訓練後のミーティングを行い火災報知器の操作、避難経路、避難場所の確認をする。優先順位がわかりやすいマニュアル作りをする。近隣住民の協力も必要であるため作成後自治会配布する。	だれでもわかるように避難経路図を出入り口に貼っておき火災報知器の側にはスタッフの連絡網も貼っておく。近隣住民の電話番号もわかった方がよいので連絡網と一緒に貼っておく。月に一度のミーティングにおいて防災に関しての具体的な提案してもらいマニュアル化していく。	6ヶ月
3					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。