

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	0972000500		
法人名	医療法人健佑会		
事業所名	グループホームファミーユ 2F		
所在地	茨城県つくば市大曾根3681		
自己評価作成日	平成22年6月25日	評価結果市町村受理日	平成22年11月26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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0872000500&SCD=320
----------	---

【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22年9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)】

利用者様がこれまで送ってこられた生活背景を大切にしながら、毎日継続してできる食事作り、掃除等を通して一人一人のできる事、難しい事を把握してできる事を自信をもってやっていただける場面や機会作りに力をいれておこなっている。細かい部分で配慮がいきとどきよう職員間での情報の共有、連携を密にとるよう努めている。また、地域との繋がりも考慮しながら家族会等にボランティアに入っていたりしている。利用者様の高齢化に伴い、下肢筋力の低下防止にリハビリ体操を取り入れ、法人リハビリ科と連携し研修の機会をもっている。

当該ホームは大きな医療法人の一角にある。その特性を生かし災害時等は法人内の職員が支援出来るような体制が整っていた。更に医療依存度の高い入居者も同一法人に安心して受診・入院出来るよう入居時家族との相談も適切に行っていた。更に法人内のリハ職の協力のもと下肢筋力強化運動など取り入れ日常生活に行かされていた。また、地域との連携を大切にされ地域のボランティアさん等も来ていただいたり、地域の空き缶拾い等も継続して行われていた。運営推進会議を生かし地域の消防署と連携しAEDの訓練なども行っている。参加者には推進会議の委員さん始め地域住民等も参加し実施されていた。

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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	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) ○
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) ○	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) ○
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) ○	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 ○
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) ○	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 ○
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) ○		

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	基本理念、更に基本方針・ケアの原則を具体化している。また、朝の申し送り時に確認、必要に応じて指導している。ホームの見やすい所に掲示し職員が意識して日々のケアに取り組みようとしている。	法人の理念は重要事項等に記載されていた。ホームの理念は各ユニット毎に明記され見やすい位置に設置されていた。しかし理念の介護への影響は少ないようであった	今後は、ユニット毎に地域に密着出来るような「年間目標」等を職員が協働して作成するなど、入居者の生活がより豊かになれるような目標を定めながら日常生活をおくっていただける事を期待する。
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	地域の奉仕活動への参加(空き缶拾い等)や中学校の体験学習の受け入れ等をしている。地域の夏祭り等に参加したいと考えている。	地域の自治会には加入していないが、職員同士で地域の情報を持ちより地域の奉仕活動に積極的に関わっている。また、地域の中学生の研修受入も積極的に行っている。	
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	専門学校や大学の実習生、研修生を受け入れている。		
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	ミーティングの時に議題として取り上げ、ここで出た意見について全体で話し合い、サービス向上に活かせるよう取り組んでいる。	運営推進会議には、地域の区長さん等も参加し定期的に開催されていた。消防署が参加する非難訓練にも委員さん達も参加して一緒にAEDの使用方法等も学んでいる。また、サービスの資質の向上に繋がる積極的意見なども頂いている。	
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	入居に関しての困難事例など市の高齢福祉課に相談に出向いている。また、つくば市地域密着型事業所サービス会議に参加し取り組んでいる。	専門学校・大学・中学の学生の実習を受け入れている。また、つくば市認知症ネットワーク会議・つくば市地域密着型サービス事業所会議等にも参加し市町村との連携に努められていた。	
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	建物の構造上安全のため玄関に施錠をしているが居室はフリーにしている。法人内の研修会に積極的に参加しそれぞれのケアの振り返りをしながら取り組んでいる。	建物の構造上、入居者の安全を一番に考え家族の同意のもと施錠されていた。しかし、入居者の表情や思いを察知し外出の機会などを作るような支援がされていた。	
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	虐待に至る前段階の「不適切な介護」についての伝達研修を行いそれぞれの対応を振り返る機会をつくり、虐待に発展しないよう努めている。		

茨城県 グループホームファミユ

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	利用者家族から成年後見制度についての相談があり学ぶ機会がもてた。		
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	契約時に内容を確認、質問等を受けながら時間をかけ説明を行っている。契約締結後にも疑問な点に関していつでも対応できるようにしている。		
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	意見箱を設置し出された意見、要望、苦情については職員間で話し合い家族会で報告している。また利用者家族に対しサービスの満足度アンケートを実施、サービスの向上に努めている。	利用者・家族の率直な意見を述べて貰う為、家族会のあと職員も交え意見交換会を行っている。その折に満足度調査も行われていた。しかし、家族からの反応は殆どお礼の言葉のみであった。	入居者家族はプラスの意見は言い易いがマイナスの意見は言い難いと考えられる。アンケート調査等は、理事長など職員に直接渡らないような手段を講じる方法等を検証し家族の率直な意見が聞けるような取り組みを期待する。
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	毎月定例フロアーミーティングで管理者に提案している。	法人内でも事業所毎に処遇が異なっている部分があり、職員の定期ミーティングで出た意見を基に職員の処遇改善などに繋がっているようであった。また、今後の外部評価調査表作成にあたって職員全員が個々の意見が記入出来る方法をとる予定であるとの事であった。	
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	年2回職員に対し、法人内規に基づき自己評価、考課表の提出を求め各人が向上心をもって働けるよう、職場環境・条件の整備に努めている。		
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	法人教育委員会主催の研修会への参加、グループホーム内での研修会の開催と参加を積極的に進めている。外部研修については、職員の経験を考慮し参加させている。		
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	毎月つくば市地域密着型サービス会議やつくば市認知症ネットワークを通じて行っている。同会の事例検討会、事業所交流を兼ねた研修会にも積極的に参加させている。		

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
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	相談を受けてから自宅訪問や施設訪問をし、話を聞く機会をつくり努めている。		
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	同上		
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	訪問時に他のサービス利用も含め相談にのっている。		
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	家事などの生活リハビリ・余暇活動など、日常的場面から機会をつくり関係を築いている。		
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	自宅への外出、外泊、行事への参加。		
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	馴染みの方の面会や外出、外泊を通して支援している。(墓参、美容院、食事等)	近隣に自宅がある方は時により自宅を見に行く。また、家族の協力のもと自宅に外泊するなど行いながら支援されていた。今後はできる限り自宅に訪問する等実施し、入居者の馴染みの環境とは何かを問い続ける予定があるとの事であった。	
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	席の配置や入浴、余暇のパートナーの配慮に努めている。		

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	病院へのお見舞い、退去後の他施設や自宅訪問。		
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	利用者の意向に添えるよう心がけている。その時にできない時は利用者や家族、職員の話し合いをもち、希望を叶えられるよう配慮している。	日常生活の中で入居者が話す些細な行動や言葉を聞き逃す事のないように支援されていた。また、それらの情報を職員同士共有するよう話し合いがされていた。	
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	入居時にバックグラウンド・アセスメントシートを書いて頂き、それに基づきコミュニケーションをとりながら把握に「つとめている。		
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	毎日の生活リハビリや散歩、園芸等通じ把握に努めている。		
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	介護計画は職員が意見を出し合い、利用者がよりよく暮らせるよう必要時家族にも意見をいただいて立案し、同意をいただいている。月のミーティングに随時計画の追加等行っている。また状態に変化があった時は主治医にも相談し対応している。	介護計画書は、職員会議において定期的に検証され作成されていた。また、入居者一人ひとりの状態の変化が見られた時にも対応できているようであった。	介護計画書作成にあたっては、現在作成されている計画書に日常生活の中で入居者本人がより達成可能な目標を定める。入居者一人ひとりの日常生活が豊かになれるような介護計画書の作成を期待する。
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	各勤務ともに介護記録を基に申し送りや利用者申し送りノート等で情報の共有をはかり、期間に応じたケアプランの見直しを行っている。変化が生じた場合ケアプランの追加作成し、家族にも見ていただき意見を取り入れている。		
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	法人内の事業所を活用している。また、季節にあった行事等を企画(初詣、お花見、いちご狩り・ジャガイモ堀、七夕、Xm会等)実行している。また、その時々生じるニーズに対応している。(買い物等外出支援)		

茨城県 グループホームファミーユ

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、研修生の受け入れは行っているが、他の地域資源の活用は充分ではない。		
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	本人および家族のご希望を大切にしている。	入居前からの係りつけ医への受診等は、家族の支援や職員の協力の基定期的に受診できる体制がとられていた。	
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	ホーム長が看護師であり、協働している。		
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。	かかりつけ医療機関との協働に努め、関係を築いている。		
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	事業所として「できること、できないこと、」を明確にし、身体的急変時の対応について書面を基に家族との話し合いをもち、かかりつけ医とも方針を共有している。	現在は法人として重度化し医療依存度が高くなった入居者は併設の医療機関へ転院していただいている。それらの一連の流れは家族の同意の基行われていた。	
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	マニュアルにそって対応している。		
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	避難マニュアルを作成し、毎月避難訓練を行いマニュアルの見直し等を行っている。	避難訓練等は毎月行っている。その実践した内容を職員同士検証し次月の訓練に生かしている。消防署とも連携しAEDの使用方の訓練も受けている。また今後は夜間も想定し訓練を行う準備もあった。	

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
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	職員一人ひとりが理念を理解し支援につとめ、入職時接遇研修も義務づけている。また人権擁護に関する自己評価表を用いて自己を振り返る機会をつくっている。	入居者・家族に関する個人情報の取り扱いについて「個人情報に関する保護方針」が提示されていた。しかし、ホームのお便りには同意をとらず家族の写真などが掲載されていた。	お便り等の写真の掲載にあたっては、家族の同意を文章でとるなどされ入居者・家族の意思を尊重出来るような取り組みを期待する。
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	利用者との日々の関わりのなかで支援しちる。		
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	できる限り一人ひとりのペースを大切に、希望にそって過ごせるよう努めている。		
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	家族の協力を得て行っている。定期的に出張理容に来ていただいている。毎日の身だしなみについては、朝の着替えは本人と一緒に選んだり、外出時の着替え選びを一緒にしている。また、買い物に行き好みの服を買う等の支援をしている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日一緒に準備・食事・後片付けをしている。一人ひとりの能力の把握に努め、その人の能力の活かし方に配慮している。	日常生活の中で入居者本人が出来る事を見極めさりげなくお手伝いいただきながら食事が楽しくできるような支援がされていた。また、食べこぼしが気になる入居者の側にさりげなく寄り添う様子も見られた。	
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	管理栄養士による献立を作成し、それに基づいて行っている。また、水分摂取はお茶の時間、散歩の後、食事後、入浴後にと意識して状態や個々の習慣に応じて摂取していただいている。水分量の少ない方には表で水分摂取量をチェックしている。		
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、就寝前には必ず口腔ケアを行っている。その際口腔内に観察、義歯の状態の観察を行い歯科受診、追診の必要性も考慮している。		

茨城県 グループホームファミーユ

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	一人ひとりの力や排泄パターンの把握に努め、職員間での情報を共有し支援している。自尊心への配慮をし、誘導、声掛けの工夫をしている。	入居者一人ひとりの排泄パターンを把握する工夫などを職員全員で共有し一人ひとりの排泄の自立に繋げている。	
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	食事の工夫や水分摂取のはたらきけ、ラジオ体操、散歩を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	14:00~17:00の入浴時間のなかで、できる限り一人ひとりの希望やタイミングにあわせて行っている。入浴日は原則毎日だが、個人の希望にあわせている。	入居者のその日の様子によりタイミングを見計らい入浴・シャワーなどができる体制が整えられていた。	
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	利用者のその日の体調に応じて行っている。		
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	薬情報や申し送り等で主作用、副作用等の理解に努めている。不明な点は薬局に確認している。		
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	家事などできる事できない事を把握し、本人の満足度、意見を考慮しながら継続してできるよう支援し、その中から役割としているものは継続してできるように、情報を共有して支援している。		
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	訴えのあった時や希望時に出かけられるように努めている。訴え、希望は大切にしている。また、行事活動にて家族、ボランティアの方と外食、果物狩り、じゃがいも堀等に出かけ支援している。	日常的には、庭園の散策・近所の散歩などではあるが地域に出かける工夫がされていた。また、買い物や外食等もボランティアの方のお手伝いのもとこまめに企画している。	

茨城県 グループホームファミーユ

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	家族と相談し、希望、力量に応じて支援している。主に買い物等の外出時に実施している。		
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	年賀状など家族にあて本人が書いて出すこと等を支援してる。また家族からの電話や電話希望がある時は家族と話す機会をつくっている。		
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	季節感を取り入れた花や展示物、彩光の工夫やドアの開閉等に配慮している。	建物は陽の光が差し込む明るい作りであった。また共用の空間には食堂テーブルの他に入居者が自由にのんびり出来るソファが設けられていた。	
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	食堂、居間のソファ等で自由に談笑できるようにしている。		
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	本人が、居室内の動きやすい配置等相談しながら、家族の面会時や家族会の時に話合っている。家族の協力を得て、居室の環境作りを行う。(馴染みの家具、仏壇、位牌等の持ち込み。)	入居者のお部屋は一人ひとりの個性が活かされその方らしい居室作りがされていた。自室にはその方が自宅で使用されていたソファなども置かれていた。	
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	廊下やトイレに手すりを設置。ベッド柵はスイングバーを使用。浴槽内は滑り止めマットを使用している。また、居室、トイレがわかりやすいように大きい字で目印になっている。		

目標達成計画

作成日：平成 22 年 11 月 23 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	1	「理念」は、グループホームとして統一されているが各ユニット毎に「理念」の具体化を考えるとできなかった。	利用者様を中心として、ユニットごとに、「理念」を具体化する目標を立案する。	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月ユニット毎に達成可能な目標をたてる。 ・目標を実現するための話し合いをもち、ケアに反映させる。 ・達成度を話し合い翌月の目標に反映させる。 	12ヶ月
2	26	ケアプランの立案がチーム全体のアセスメントから反映されているとは言い難く利用者様本位のものになっていない。	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者様の求める生活像を把握し、チーム全体で目標に向かい実行できる。 ・利用者様の生活像がみえるプランが立案できる。(プランの個別化) 	<ul style="list-style-type: none"> ・現在のケアプランに挙げられているサービス内容の実施状況について、毎日の記録に残し全員でモニタリングを行う。 ・目標の設定を全員で確認し必要に応じて変更または追加を行う。 	12ヶ月
3	10	家族に対し面会時・家族会等に意見・要望・苦情等を伺っているが、マイナスの意見を引き出せるような工夫が足りなかった。	家族・利用者からマイナス意見も引き出せるようにする。	<ul style="list-style-type: none"> ・マイナスの意見を訴え易い項目を挙げたアンケートを作成する。(マイナス意見に関する内容) ・アンケートの回収は統括部長宛に返信していただく。 ・家族と接する機会に積極的に気づいた事・不満な事等を聞いていく。 	6ヶ月
4	36	広報やホーム内に利用者様・家族の写真等を掲載しているが、同意書をとらずに掲載していた。(口頭での同意は得ていた)	利用者様・家族から文書で写真掲載同意をとり掲載する。	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時の契約書・重要事項説明書に同意事項の追加記載をする。 ・既存の利用者様・家族にたいしては説明をし同意書をとる。 	1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。