

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	茨城県結城市田間1489-2		
自己評価作成日	平成28年10月5日	評価結果市町村受理日	平成29年1月5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.kaijokensaku_ip/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kihon=true&JigvosvoCd=0870700226-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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	

【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)】

家庭的な雰囲気、認知症高齢者が穏やかに過ごせる環境作りを力を入れています。職員、入居者だけでなく地域の人々、職員の小さな子供、家族、色々な方が関わり合って笑顔の絶えない一つの「家」を作り上げています。また、楽しみや生きがいを持って生活していただけるように、毎日レクリエーションや歌、体操など工夫し取り入れ提供しています。社会とのつながりも大切にし、季節ごとに外出しみんなど楽しい時間を共有しています。

【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)】

結城市郊外の住宅がある地域に位置し、道路に面してはいるが静かなホームでした。管理者はグループホーム本来の姿とは何かを意識しており、地域社会の中で施設にならないように、利用者が人間らしい生活を送れることをめざして支援している様子をうかがえた。職員は、利用者と話しながらケアできることに喜びを感じている。若い職員が多く、利用者も元気をもらい賑やかに過ごされていた。

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)	○	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	理念の共有を図るため、定期的にミーティングを開催し意識付けをしている。	地域に根ざし、近所の方が気軽に訪ねてもらえるような「みんなの家」をめざしていること、利用者が「人間らしい生活」ができることなどを管理者が職員に話しており、職員もその思いを理解した支援に取り組んでいる。	
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	老人会の慰問や夏祭りのお神輿が来てくれる。	自治会に加入し、地域の一員として参加できることは少ないが、神社の清掃には参加している。小学校の運動会の見学なども行う。ボランティアの来訪や、近所の方が寄ってくれたり野菜を持ってきてくれる。	
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	地域の人達からの声掛け、緊急時の通報など。		
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	ホーム内での行事、入居者の日常生活状況などを報告している。	民生委員、家族、市職員等で推進会議を開催し、ホームでの生活状況を報告する中で意見交換を行っている。消防団の加入を考えたが、団員の方も多忙で困難であった。家族には呼びかけをして都合のつく方が参加。会議録を作成し職員には必要なことをミーティング時に口頭で報告している。	
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に取り組んでいる	感染症、事故発生時の市町村への連絡。インフルエンザ発生時の予防対策と相談。	市役所には介護保険や生活保護など必要に応じて出向き、職員とは良好な関係作りがされている。グループホーム連絡協議会にも参加し、同業者との情報交換を行い、市との連携も図っている。	
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	拘束についての勉強会などを実施し、正しいケアを心がけ実践している。	外部研修に参加した職員が報告書を作成し、他の職員に伝達講習を行っている。多くは認知症をよく理解したうえで、マンツーマン対応など拘束にならないような工夫を話し合っ支援している。	

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
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	職員のケアの仕方をお互いに注意し、虐待の防止に取り組んでいる。		
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	後見人制度など勉強会に参加できていないが、それらについて各人が学んでいる。		
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	入居時に説明し同意書に署名、捺印する。不明な点がある場合、納得していただくまで説明している。		
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	面会の際、家族との話の中から意見・要望を引き出し、ミーティングにて検討している。	季刊でホーム便りを作成し掲示している。家族が面会に来られた時に話を聞くようにしている。利用者からの「買い物したい」などの要望にはなるべく応えており「家に帰りたい」にも形を変えて要望に沿うように支援している。	
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	気付いたことや提案は改善提案という形で議題にかけ、話し合いの場を設けている。	ミーティングやカンファレンスを定期的に行い話し合いをしているが、管理者は個別に話を聞くように心がけている。職員からの提案は受け入れており、週末の買い物や外食なども実施するようになった。職員からは管理者が「顔色をみて、どうした？と声をかけてくれる」と、職員に対する管理者の気配りを感じていることがうかがえた。	
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	一人一人が余裕を持って勤務できる体制を整えている。		
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	研修会への参加、参加後の報告会など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
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	グループホームの交流会に参加し、情報交換をしている。また、居宅のケアマネと密に連絡を取り合い、情報交換をしている。		
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	本人が安心して生活できるよう不安なことがあれば傾聴する支援を行っている。		
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	家族の不安に耳を傾け、納得するまで話し合いをしている。何が一番困っていることなのか話の中から見出す。		
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	ケアの質を高めてコミュニケーションを図り、信頼関係を深めている。		
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	ホーム側より家族へ声掛けをし、協力を得ている。		
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	家族をはじめ友人の面会も歓迎している。	友人や親せきの方の面会など、本人の思いを優先して受け入れをしている。本人からの申し出により電話をかけるなどの支援も行う。お墓参りなど家族と出かける方もいる。	
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	日課の中でみんなで作業する時間を作ったり、職員が中心になりコミュニケーションを図るなど努めている。		

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	退去の際、今後の生活について本人をはじめ家族の意向を十分に考慮し相談に努めている。		
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。その人らしく生活できるように意向を把握し、ケアに生かしている。	日々の生活の中で思いをくみとるようにしている。帰宅願望の方には工夫をして思いに沿うように支援している。利用者同士のもめごとには席を離したり話題を変えたり、状況に応じた対応をしている。	
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	入居前に情報を十分にいただき、入居者の生活リズムや癖など職員間で共有できるように努めている。		
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	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	全体ミーティングで話し合いをしたり、往診時に医師の意見を聞き課題の解決を図っている。	アセスメント、利用者・家族の意向を聞く、カンファレンス、プラン作成の流れができています。モニタリングもカンファレンスやケア記録を基に毎月行い次の計画につなげている。	
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	入居者の状態に変化があれば介護記録に記入し、それを元に話し合いの場を設け方向性を決めている。		
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	可能な限りニーズに応えられるように検討している。		

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	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ながら、入居者の生活支援に結び付けている。		
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	定期的にかかりつけ医による往診がある。入居者の状態をまめに報告し、情報の共有を図っている。	かかりつけ医の往診が月2回、訪問看護が週1回。個人のかかりつけ医受診や歯科受診などは家族支援で行い、受診の前で家族との連携を図っている。	
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	全身状態に変化がみられた場合、看護師に状況を伝え指示を仰ぐ。頻繁に情報の提供を行い、共有できるようにしている。		
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。	入院中に面会に行くなど入居者の状況を把握し、退院後などの情報、相談をする。		
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	家族、主治医、ケアマネ、看護師などを交えて話し合い、今後の方針を決める。看取りの場合、アセスメントシートに沿って対応する。	重度化したときに医師と家族と話し合いを行い、家族から同意書をもらい訪問看護や医師と連携して看取りを行っている。家族が泊まって看することもできる。お見送りは玄関で利用者全員が手を合わせ送っている。ホームホスピスが土台にあったため職員の看取りへの不安は少ない。	
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	ミーティングなどで緊急時の連絡方法の確認など行っている。		
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。災害用の食料品飲料水は確保している。	年2回、夜間訓練も含め3回に1回は消防署の協力を得て避難訓練を実施。消防署の指導で防災カーテンに替えたり、避難場所についても指導を仰いでいる。	避難訓練実施には近隣住宅等への声かけや協力依頼を行ったり、運営推進会議を活用して計画するなど、地域に密着した訓練になることを期待する。職員連絡網については、日頃から訓練することをしていただきたい。

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	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。	声かけは耳元で行ったり、入浴は個浴にするなど配慮している。災害時の避難に関連し、地域とのつながりの中で個別に家族の了解を得て自治会へ届け出ることを検討している。前回指摘の書類の保管については、職員以外の出入りが少ない部屋で、さらにカーテンを設置し、見えないように改善されていた。	
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	入居者との信頼関係を築きながら、何でも話し合える環境作りに努めている。		
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、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	自分から意向を伝えることは難しい。その人の立場になり、その人らしく過ごして頂けるように支援している。		
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	散髪をはじめ衣類の選択を家族や本人に確認している。		
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	各入居者のADLに合わせた支援を実施している。配膳が可能な人、洗い物ができる人、個別に対応している。	食材は業者委託で、日々のメニュー作りの負担が軽減されているが、個人の嗜好や食べたい希望には沿う配慮も行っている。平日の昼夕食は元板前の職員を雇用。利用者には味見や洗い物などを手伝ってもらっている。月1回は外食をしている。	
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	食事の嗜好などを把握し、その人らしい食事で提供している。食事が低下してしまう時などは高カロリーのもので対応している。		
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声掛けや誘導にて促している。	排泄パターンで声かけをしてトイレ誘導を行っている。オムツで病院を退院したが、職員の支援でリハビリに改善できた方もいる。夜間の排泄介助では無理に起こしたりせずに個人のリズムで支援している。	
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	個別に対応できている。各個人の対応が合わなくなった場合、看護師、医師と連携し対応を検討している。		
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	一人でゆっくり入浴できるよう対応している。自発的に入浴したいと訴えがある方はその都度対応しているが、他の方は曜日など決まっている。	日曜日以外は、希望すれば毎日でも入浴可能である。脱衣室には床暖房とストーブが置かれ、足拭きマットの上に個人のタオルを使用するなど健康への配慮がある。ゆず湯などの季節の湯や入浴剤などで楽しい入浴を心がけている。	
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	夜間ゆっくり眠れるように、生活リズムを整えている。		
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	一人一人がどんな薬を飲んでいるか把握し、服薬したか毎回確認している。		
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支援をしている。状態の安定している入居者の家族には声掛けし外出支援を依頼している。	散歩は車の通りを避けて40分くらいのコースであるが、車いすの利用者が増え、参加できる方が少なくなっている。買い物や季節の花見、外食など外出の機会を作っている。家族の支援で外出される方もいる。	

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	金銭管理は家族の対応となっている。		
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	本人からの訴えや急用がある時は、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	入居者にとって快適に過ごせる温度管理を徹底している。季節感が感じれるように自分たちで作った物を飾るなど工夫している。	床暖房のリビングは暖かく、ブドウや柿などが突っている手作りのタペストリーが飾られ季節感がでていた。行事を楽しむ利用者の写真も家族や来訪者が生活を垣間見ることができるように飾られていた。	
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	同じ趣味が行えるようテーブルの配置を工夫している。またホールから見える位置に休憩用のベットを配置している。		
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	使い慣れたものを用意してもらっている。またご自分で作った物を並べたり家族写真だけでなく、行事での写真も飾っている。	ベッドとチェストが用意されているが、自分のベッド持ち込みも可能。畳の部屋も用意されていたが、身体上の都合等でベッドが置かれるようになっていた。ぬいぐるみやテレビ、写真などそれぞれの部屋作りがされていた。	
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	生活習慣や手作りカレンダーなどを掲示し、自分で行動できるように工夫している。		

(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29年1月4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	理念がどんなものなのか共有できていない。また、スタッフ間での理想や目標が理念と異なることがある。	スタッフ全員で理念を見直し、新たな理念を掲げる	現在の理念ができた経緯を説明してもらい、これからのケアや今の考え方を話し合い、みんなで理念を考える。	6ヶ月
2	19	家族の協力が得られる利用者と、ほとんど関与していない家族がある。	行事や運営推進会議に参加してもらう。	定期的な面会をお願いする。また、各行事があることを早めに連絡し参加してもらえるように依頼する。	6ヶ月
3	31	日常の情報の報告以外に、相談事や緊急時の対応を相談したい。慣れないスタッフがいるため連絡に時間がかかってしまう。	相談事と緊急時の対応をしっかりと区別して連絡できるようにする。	医療職への連絡方法のマニュアルを作り、伝達時、必要な情報が漏れないように徹底する。	6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。