

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	0890700099		
法人名	医療法人アスミス		
事業所名	グループホーム生きいき	ユニット名()
所在地	茨城県結城市田間1489番地2		
自己評価作成日	令和 5 年 8 月 28 日	評価結果市町村受理日	令和 5 年 11 月 16 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	https://www.kaizokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon:true&JkyosyoCd=0890700099-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 いばらき社会福祉サポート
所在地	水戸市大工町1-2-3 トモスみとビル4階
訪問調査日	令和5年11月4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)】

認知症高齢者の方があたたかい家庭的な雰囲気の中で安心・安全に暮らしていけるように環境づくりに取り組んでいます。職員は入居者様一人一人の思いに寄り添い、ゆったりとした生活の中で御本人の望む暮らしに少しでも近づける様に支援しています。

【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)】

医療機関が母体の1ユニットのグループホームであり、非常勤の看護職の配置や医師や訪問看護と24時間連絡が取れる体制は、利用者、家族等、職員も安心することができる。民家を改造しており、自宅に近い環境である。集落の中にあり、近所の方々もグループホームを認識し、自宅の庭で花見ができるようにテーブルと椅子を設置してくれるなど温かい目で見守っている様子がうかがえた。利用者は、歌や体操、レクリエーションをして過ごしており、新聞チラシをみて「今晚これが食べたい」と話したり、テレビのニュースに家族等を心配をすることもある。職員は、利用者のゆったりしたペースに合わせて支援するようにしている。管理者は、職員が統一した支援を行えるよう、研修等にも力を入れたいと計画している。

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)	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、戸外に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している (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、安心して暮らしている (参考項目:28)		

自己評価および外部評価結果

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	事業所のキッチン職員用トイレに掲示し、いつでも職員が確認できるようにしている。カンファレンス等でも理念に沿った判断ができているか皆で検討しているようにしている。	申し送り時に気になった点を話し、本人の望む暮らしに寄り添うことをめざしている。カンファレンス時に話し合っ、ケアの統一を図っている。	
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員として日常的に交流している	地域のお祭りなどの事業は本年度は中止となっています。5月より面会が緩和され近所の方がお茶のみに来たり、いただいた野菜を利用者に提供したりしています。	近所の方がお茶を飲みに来たり、野菜を届けてくれるなどの個別な交流は継続できている。隣人が、庭にきれいに花を咲かせて、テーブルと椅子を用意して、利用者を招待してくれている。	
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	グループホームについての理解を深めてもらえるように、自治会役員、民生委員の方との連携を図っています。また地域の方の疑問等には丁寧な説明につとめています。		
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	6月に実施しました。日常生活の様子、入居者の介護の状況の報告を行いました。御家族、地域の方からの意見を真摯に受け止め、指摘のあったところは改善に努めています。	しばらく書面による開催であったが、対面式の会議を開けるようになった。家族等からの苦情申し立て方法についての質問に市職員が説明をしたり、活発な意見交換ができている。議事録に、会議で出された意見と、その対応策が記録されている。	
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	市の介護保険課の職員も運営推進会議に参加され、苦情報告などの説明を行って頂きました。	書類提出に市役所に行ったときに担当者と話をしたり、地域密着型事業所の会議に参加するなど市職員との情報交換や良好な協力関係が構築できている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	委員会の設置。3ヶ月毎に委員会を開催予定としていたが、コロナ感染症防止に努めながら、身体拘束廃止に関しての指針を職員に理解してもらい、申し送り等で話し合い実践している。	3カ月毎に会議を実施し、転倒・転落リスクの高い方の支援について話し合い、記録を作成している。カンファレンス時に勉強会を行っている。	
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	必要な研修会(開催されるもの)への参加と職員への周知。事業所内の虐待防止に努めている。今後は各自の気づきの為チェックシートを使用して行うことも検討している。		

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
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	委員を設置。法人主催の勉強会への積極的参加。また、外部研修等で学ぶ機会を多くしていきたい。		
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	入居時は重要事項説明書・契約書・その他の説明を行い納得いただき、署名捺印いただいている。入居後も利用者・ご家族の心配事には、その都度丁寧な説明をに対応するようにしている。		
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	定期的に利用者様の状況を電話にてお知らせしています。その時に意見を伺ったり、また面会時に意見・要望を気軽に話せる雰囲気作りを心掛けている。	年2回、家族等へ写真付きで日ごろの様子を報告している。居室担当や看護師、管理者から必要に応じて電話連絡をしており、意見を聞く機会がある。自室で面会が可能で、面会時にも話をしている。	
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	日々、職員とのコミュニケーションを図ると共に申し送り時に意見を出し合い改善に努めている。また、年に2回個人面談で話を聞くようにしてる。	カンファレンス時には活発に議論し、申し送り時にも細かく伝えており、スムーズなケアにつながっている。個人ごとに目標を設定して自己評価し、面接で意見交換をしている。	
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	各自、年間目標をたて、年に2回自己評価と面談を行っている。新聞記事等での内容を研修報告書として提出するポイント制を導入し自己研鑽に努めている。		
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	法人内外の勉強会や研修への参加を働きかけている。資格取得の補助・支援もおこなっている。新聞記事等で勉強した内容を報告書として提出するポイント制を導入し自己研鑽に努めている。		
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	コロナ禍でも開催されている地域密着型サービス事業所連絡会やケアマネージャー研修会等に出席し意見交換しサービスの向上に繋げている。		

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	本人が安心して生活できるよう不安な事があれば傾聴し、介護計画に生かし職員が共有し個別ケアを行っている。		
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	契約前・契約時に家族と話し合い要望・意見を聞き信頼関係づくりに努めている。		
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	本人が持っている力を発揮できるよう職員間で話し合い介護計画やサービスに取り組んでいる。		
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	本人が出来ることはやっていただき、家事作業を職員と一緒にしている。植物等を育てる際、経験や意見を聞き参加してもらっている。		
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	本年5月より面会緩和により面会・外出ができるようになりました。希望により居室で面会をして頂いたり、電話で話しをして頂いたりしています。		
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	電話や手紙の支援はその都度対応している。馴染みの関係が途切れない様にしている。又面会時には居室・リビングなどでお話し出来るよう支援している。	フェイスシートを作成し、申し送りやカンファレンス時に共有している。兄弟が面会に訪れたり家族等と受診の後に外出などを行っている。	
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	入居者の関係性理解を努め、お部屋や座席の位置を考え、会話ができるようにしている。職員もともにコミュニケーションを図っていく。		

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	利用者様、ご家族からの情報を得て、楽しみややりがいを見出し、その人らしく過ごせるようなかわりを職員で共有しています。	日頃の会話の中から思いや意向をくみ取っている。テレビを見ながら季節の果物が食べたいという思いを受けて提供するなどしている。一人ひとりに合った聞き取り方をしている。	
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	基本情報やアセスメント、家族の日常会話の中からの情報、本人の生活を観察し、生活歴の把握に努めている。		
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	1人1人の状態を申し送り等で情報共有し、入居者のペースにあった過ごし方を重視している。		
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	ミーティングで話し合いをしたり、訪問診療の際に医師の意見を聞いて課題の解決に向けて介護計画を作成している。	アセスメントを行い、カンファレンス、担当者会議を経て、半年ごとにケアプランの作成、モニタリングを行い、次の計画につないでいる。家族等には、面会時に説明したり、遠方の家族等には郵送し、電話で説明している。	
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、生活の様子を介護記録に残し情報を共有してケアの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、運営推進会議などで地域住民の意見を参考にし、入居者の生活に結びつけている。		
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	かかりつけ医の訪問診療を受けており、緊急時の対応も可能となっている。専門医の受診についても相談に応じている。	協力医療機関の医師による訪問診療が月2回ある。訪問看護師が週2回来訪して健康観察をして記録に残している。毎月管理栄養士による飲み込みなどに関する管理も行っている。	
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	通常は、施設看護師が対応している。訪問看護ステーションとの契約により、夜間など緊急時の対応も可能となっている。		
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。	病気の治療等で、グループホームを離れる事が決まった場合、その受け入れ先の担当者と情報の共有に努め、今後の方向性を決定していく。		
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、事業所の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	入居時に終末期について説明をし事前確認書をいただいている。身体状況が変化した場合は、医師、看護師、スタッフを交え話し合い支援している。	契約書や重要事項説明書に明記し、同意書を得て医療職と連携した支援を行っている。自然な形で看取りを基本としている。医師や看護師から、ケアに当たっての細かい注意点の説明があり、職員は落ち着いて支援することができている。	
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	訪問看護師との連携により、24時間対応可能となっている。必要に応じ医師に連絡し対応ができる。		
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、消火訓練を行っている。災害用の備蓄食品・飲料水の確保をしている。	夜間想定を含む避難訓練を行っている。同法人の老人保健施設との協力体制もできている。訓練後は反省会を行い課題について話し合っているが次回に向けて活かすまでには至っていない。	訓練後の話し合いの結果を記録に残し、次に活かせるようにしていただきたい。

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	尊厳を重視し、日々相手の立場に立って声掛けが出来るようスタッフの教育をしている。入浴・排泄時もプライバシーが保たれるように全スタッフに指導している。	丁寧な言葉遣いに配慮し、トイレのドアの開け閉めやおむつ交換時の声掛けなどにも注意をしている。写真については個別に写し、家族等のみに開示している。	
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	利用者と信頼関係を築き上げるために、日々寄り添い、本音を聞くことができたり、安心して暮らせる環境づくりを心がけている。		
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	生活歴などを把握し、希望に沿ってその人のペースで生活できるよう対応している。		
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	おしゃれに関しては、利用者自身や家族が自由にできるように支援している。散髪や衣替え、洗濯は、適宜アドバイスを行っている。		
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	食事が楽しみになるような雰囲気づくりを心がけている。味付けも好みに合うよう工夫している。月に1回ケーキを作り、誕生日会を行っている。また季節ごとの行事では手作りおやつを計画し楽しませている。	食事形態や利用者の好みなどを報告するほか、管理栄養士が訪問してきて利用者の状態を把握し、栄養管理記録を残している。手作りおやつを作ったり、流しそうめんを行ったりしている。いただいた野菜で漬物を漬けたりしている。	
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	栄養スクリーニングを行い、栄養状態・体重の増減・血液検査のデータを把握しながら、管理栄養士の助言・協力を得ている。		
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、口腔ケアを行い口腔内の清潔に努めている。口腔状態に問題が生じた場合は、協力歯科医院に相談している。		

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	おむつ外しを心掛け、定期的に声掛けをし、トイレでの排泄を支援している。汚染の確認やタイミングは、個別に行っている。	トイレで排泄できるように支援しているが、力が入らずに立位が困難な利用者にはおむつを使用している。排便についても、チェック表を活用し、水分量を測り、牛乳を勧めたりして配慮している。	
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	排泄の有無を把握し、記録、主治医と相談しながらその人に合った支援を行なっている。(水分・食事・運動・薬等)		
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	週2回、1人ひとりゆっくりと楽しみながら入浴できるよう対応している。希望や拒否があれば臨機応変に対応している。	定期的な入浴の他、希望者には夜間以外、週末でも入浴の支援を行っている。ゆず湯など季節の湯を楽しみ、「温まった」と利用者が喜んでいる。足拭きマットや着替え用の座席に個人のタオルを使い、感染予防を図っている。脱衣所に床暖房が設置され、ヒートショックに配慮している。	
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	昼夜逆転を防ぐため、昼間の臥床時間を短くし活動量を増やすようにしている。(不眠の方については、主治医と相談している。)		
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	必ず、日付・名前を確認し内服させ、内服後は、口に残っていないか確認をしている。薬の内容が変更になった場合は、速やかに職員全員で把握するようにしている。		
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	築きあげてきた人生観を大切にしながら、その人らしく生活できるように支援を行なっている。		
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	天気や体調を見ながらベランダや庭に出て、日光浴をしています。出来る範囲で外気浴の機会を作っている。	近所の花を眺めたり、柿の実をもぎに行ったり、ゴミ出しに行ったり、庭を散策したりしている。老人保健施設へ食事を取りに行きながらドライブを楽しむことがある。2階のベランダで日光浴をしたりしている。	

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
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	金銭管理は家族対応になっているが、本人の希望・外出のときには、使えるように支援を行っている。		
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	電話や手紙は、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	快適に過ごせるよう管理している。季節を感じてもらえるような掲示物などを飾る工夫をしている。	掃除専門の修繕係の手伝いがあり、共有部や居室を清潔に保つことができている。全員でテレビが見られるような席の配置を行い、話をしている。床暖房があり温度や湿度にも配慮している。	
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	利用者同氏が自然に会話できるように席の配置・向きを工夫している。		
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	家で使用していた椅子やテーブルなどを使用している。馴染みの物を使用する事で安心した生活が送れるように工夫している。	居室にはエアコンやベッド、カーテン等が備え付けられている。褥瘡予防のエアマットを使用している。位牌を置いたり神棚を祀っている利用者もいる。	
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	カレンダーや生活習慣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))

目標達成計画

事業所名 グループホーム生きいき

作成日 令和5年11月16日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。
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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	定期的に避難訓練、消火訓練を行っているが訓練後の話し合いの結果を正しく記録に残していなかった。	訓練後の話し合いの結果を記録に残し、職員全体で共有する。	新たに避難経路、場所を明確にし、計画に元づき実施する。訓練後話し合いを行い記録に残して、職員全体で内容を把握する。近隣の方にも説明を行う。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。