

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	4372300600		
法人名	社会福祉法人 千寿会		
事業所名	グループホーム ひだまり I		
所在地	熊本県 下益城郡 美里町 二和田1235-1		
自己評価作成日	平成23年2月16日	評価結果市町村報告日	平成23年4月2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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成23年2月28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)】

眺めが一望できる高台に建ち、季節の移り変わりが体感できる環境のなかで、木の香りに包まれ落ち着いた雰囲気グループホームです。
その人らしさを大切に、一人ひとりが持っている個性を活かし、主体性や自主性を引き出せるよう支援しています。
ご利用者それぞれの、その日の状態に応じ、負担なく生活が送れるよう配慮し、職員がご利用者の楽しみや役割を把握し、喜びや笑いのある生活が送れるよう支援しています。
また、昨年度からは保育園への訪問交流もスタートさせ、地域に根付いた施設を目指しています。

【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)】

ホームから四季の移り変わりが一望できる自然環境に恵まれた高台に立ち、本体の施設と同敷地内に2棟が廊下でつながっています。現在の入居者の介護度が徐々に高くなり、身体機能の低下がホームとしての課題でもあります。そのため夜勤や日勤の職員体制を検討し、入居者の状態に合わせたケアに取り組んでいます。一人ひとりの特技や役割などできる限り支援するよう努めています。地域との交流にも尽力し近隣の保育園との相互訪問が実施されています。認知症の地域啓発と共に、日常生活の中で潜在能力を活かせるケア内容を介護計画の中にも組み込んでもらえる事が望まれます。

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	利用者本位を大切に、生まれ育った地域と現在のグループホームの関係性を見つめながら、地域との交流が図れるよう支援している。また、それに伴った理念もつくりあげている	地域との結びつきを大切に考えた理念を作成し、念頭におき実践に努めている。毎朝唱和し、目に付く箇所に掲示している。	職員が集まる場である会議などに理念についての理解や確認の機会が期待されます。
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	職員がチラシを配りひだまりの行事に参加を呼びかけたり、利用者と共に地域の行事に参加し、交流を行っている。月に1度保育園へ訪問し、子供たちとの交流も行っている。	地域の行事や買物は地元に出かけるなどしている。ホームの行事に近隣の住民に参加を呼びかけ、ホームを訪問し、交流の機会を作るように努めている。	
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	講演会の実施や、実習生の受け入れを行い、認知症の方への理解等を促している。		
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	運営推進会議で現状の取り組みや課題・問題点について意見を出し合い検討している。また、それをサービスに反映させている。	定期的開催されており、メンバーは行政、家族代表、民生委員とホーム職員で構成されており、消防署職員などに参加してもらうこともある。ホームの様子や状況報告をしている。ホームの問題点に関する意見や相談など有効な意見交換が出来ている。	会議では活発な意見交換が行われているようです。他の家族の意見や地域の住民の意見も取り入れられると、更に充実した会議となると思われます。
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	運営推進会議以外にも、ブロック会議などへ町の担当者の方も参加されており、意見を求め参考にしている。	推進会議への出席の他に、入居者に関する相談や情報交換を行っている。	
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	拘束により、利用者が受ける精神的、身体的苦痛を理解し、拘束を行わず、その人らしく生活できるように支援している。	本体の研修や、外部の研修に参加し、拘束の弊害を職員は理解している。車椅子の方には常に意向を聞き、椅子やソファーに移ってもらうなど気をつけている。出来るだけ、言葉の拘束もないように努めている。	
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	内部研修や、外部の研修等で虐待などを学び、虐待防止に努めている。		

グループホーム ひだまり

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	制度利用者は、プライバシーを考慮し、管理者、主任が把握し、対応している。社協担当者又は民生委員と共に協力し支援している。		
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	契約時には、ご家族等に説明を行い(その後、疑問、不安等があればその都度時間をとり説明を行っている。)金銭等及びリスク等に対する考えや取り組み、施設方針等も説明し納得、同意を得るようにしている。		
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	利用者の言葉や表情、行動等で感情を推測し、利用者の思いをくみ取っている。又、家族会や面会時に個別に話を聞ける場を設けており、ご家族の意見は職員間で共有しサービスにつなげている。	面会時に職員はホームでの様子や健康状態について報告している。その際に意見や要望を出しやすい雰囲気作りに努め、出された意見はすぐに職員間で共有、検討している。また、面会が少ない家族には写真を送付したり、電話で報告する際に意見を聞くようにしている。家族会や敬老会開催時も意見を聞く機会としている。	
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	ミーティングにて意見を聞くようにしている。また、日頃からコミュニケーションを図るよう心がけ問いかけたり、聞き出したりするよう努めている。	月1回のミーティングに職員の意見や提案を聞くようにしている。業務中でも職員の提案や意見を聞くようにしている。	
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	現場で起きている状況や変化を知り、職員の努力や成果について把握している。職員の資格取得に向けた支援もしている。		
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	事業所内外で開催される研修には、なるべく多くの職員が参加出来るようにしている。外部研修にも参加し職員育成につとめている。		
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	宇城ブロックのグループホーム研修などに参加し、勉強会又は交流を通じ意見の交換や情報交換をし、ケアの質の向上に努めている。		

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
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	入所前に事前の面談にて生活歴、現状などの把握に努めている。本人の要望、不安点等を聞き出し、理解に努め、解決できるよう努めている。		
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	家族の思い、要望等を理解し、事業所として今後どのようなことができるかを事前に話し合いをしている。		
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	相談時に、状況や本人、家族の思いを把握し、可能な限り柔軟な対応を行っていく。		
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	本人が出来る事は行っていただき、職員も一緒に行う中で会話などから本人の思いや不安を汲み取る。又、ご利用者が昔から得意とされていた事等のご利用者から指導していただく。(漬物作りなど)		
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	ご利用者の細かな変化、又変化にかかわらず定期的に連絡をし、今後のケアの方針などを家族に相談しながら計画している。盆、正月などは家族の協力のもと帰省を行っている。		
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	地区の行事に参加したり、買物も地域の店を利用し、周囲との関係を継続している。併設のデイサービスや特養へも足を運び、馴染みの方々と過ごす環境を作っている。	地域へ出かけ、催しに参加し、知り合いや馴染みの方と会い、会話したり、馴染みの店に出かけている。併設の施設に出かけそこでなじみの方との交流を図り縁が切れないように努めている。	
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	皆さんで過ごす時間を作ったり、職員が個々に色々な話ができる時間を作ったりと孤立しないように努めている。		

グループホーム ひだまり

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	他施設へ移られた際は、交代で面会に行き、継続的なつながりを持ち、本人との関係を断ち切らないようにしている。		
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	「私の姿と気持ちシート」を作成し、希望意向の把握に努めている。	本人や家族から思いや意向を聞き、シートに記録し共有している。日常の関わりや会話の中から情報や希望や要望を引き出すことも多い。	
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	生活歴など本人、家族から聞き、これまでの生活を職員が把握できるようにしている。		
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	細かな変化等も職員全員が把握できるように毎朝、朝礼で職員に伝え、記録にも残すようにしている。		
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	本人、家族の意見を尊重し、又、必要なことはケア側より説明させていただき、双方が納得できるような計画作りに努めている。	入居前の情報を基に、暫定プランを作成し、しばらく様子を見て、家族、本人の意見を取り入れ、職員の意見も参考に介護計画を作成している。月に1回評価し、半年に1回見直しをしている。変化があれば随時変更している。	
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	個別記録にはケアプランが記載されており、ケアプランが活かされるようにしている。又、月1回評価をし、変更があれば記入を変更し、ケアへつなげている。		
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	各事業所間の連携を図り、柔軟に対応ができるよう努めている。		

グループホーム ひだまり

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	本人と、地域との接点を見つけ、ボランティア、教育機関などと協力しながら支援している。		
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	協力医とは違うかかりつけの病院からの往診を受け入れたり、必要に応じて、専門医との連携を取り、必要な医療を受けれるようにしている。	入居前のかかりつけ医の医療を受けられるようにしている。月に2回かかりつけ医の往診と、月2回認知症専門医の往診がある。定期的と必要に応じて訪問歯科も利用している。	
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	変化があれば直ちに看護師へ報告し、適切な看護が出来るようにしている。又他部署との連携もとれるようにしている。		
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。	定期的な回診で、細かく状況を説明し、主治医とは情報交換を行なっている。		
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	本人の意思を尊重し、家族と相談をしながら、ケア職員、看護師、病院(医師、看護師)との連携をとれるようにしている。	家族や本人の希望により、かかりつけ医と連携を図りながら看取りを行うことにしている。医療緊急時のマニュアルを作成しており、看護師の指導のもと研修をしている。	
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	初期対応又、応急手当の勉強会をしたりと実践で役立てられるようにしている。又、マニュアルを作り、素早く落ち着いて対応できるようにしている。		
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	利用者も参加し、防災管理者立会いのもと避難訓練を行っている。又、法人全体での避難訓練も行っている。	グループホーム独自の避難訓練を実施している。年2回、昼・夜想定で入居者も参加した訓練を行っている。更に、隣接の施設の避難訓練にも参加している。	

グループホーム ひだまり

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	「やさしく、丁寧な言葉遣い」を心がけ、ゆっくり、はっきり視線を合わせ話すようにしている。	笑顔を忘れず、入居者のプライドを損ねないように優しく言葉かけをするように努めている。	
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	言葉かけを工夫し、できるだけ本人の希望や自己決定ができるようにしている。		
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	危険が伴わない限り、本人の行動を制止せず、見守り、又は付き添い対応行っている。		
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	訪問販売等を利用し、好きな服を購入され、着られたりしている。起床時は、自分で髪を解いてもらったりしている。		
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	畑でできた野菜を収穫し、それを食事に使ったり、時には野菜の皮むきを手伝っていただいたり、とできることを一緒にしながら準備や片付けを行っている。	入居者は出来ることが少なくなってきたものの、能力に応じて下拵えや味付けしてもらっている。食事中は介助の必要な方の傍らで、話かけながら行っている。嚥下能力に応じて食事形態をかえた食事を提供している。	
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	一人ひとりに合わせた食事提供行い、栄養バランスなど配慮している。 水分確保が困難な方には、お茶ゼリーを提供したり、トロミを使用し飲みやすい工夫をしている。		
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	歯磨きをしていただき、必要に応じてできないところをブラッシングしている。義歯使用の方は、夜間は預かり洗浄剤にて清潔を保持している。又、必要に応じて、訪問歯科を利用している。		

グループホーム ひだまり

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	トイレ誘導にて、できるだけパットに頼らずトイレでの排泄に努めている。トイレも解りやすく目印をつけている。	排泄に関しての能力やパターンを把握しており、時間やしぐさを察知して誘導や声かけを行い、出来るだけトイレでの排泄を支援するように努めている。	
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	一人ひとりに応じ運動をすすめたり、水分補給に気をつけ自然排便を促している。チェック表をつけ排便状況の把握に努めている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	声かけを行い、本人の意思や体調に合わせ入浴を行っている。	入居者の希望や体調に合わせた入浴支援を行っている。拒否の方には時間や職員を変えて声かけをしている。季節によりゆず湯などにし喜ばれている。	
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	適度な疲労感をもてるように、日中の活動を行い、状況を見て、休息や安眠できるような環境を提供できるようにしている。夜間、不眠時は、寄り添い見守り本人に合わせ対応している。		
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	処方箋に目を通し、理解するようにし、いつでもみれるように、ファイルしている。状況の変化に合わせて観察し、看護師、医師と連携を取っている。		
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	生活歴を知る為に家族の協力のもと情報収集を行い、できることの支援を行い、役割を見つけ、共に喜び合える環境を作っている。		
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	買物や外出へ出たりと個人にあわせ支援している。 又、秋の旅行や、演劇鑑賞に行ったり遠出もし、盆、正月は家族の協力のもと、帰省を行っている。	近隣の保育園へ定期的に出かけ、交流をしている。希望により買物や外出・外食などを行っている。年2回のバス旅行や季節ごとにドライブや花見などに出かけている。	

グループホーム ひだまり

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	園外へ行った場合は、小遣い程度の金銭を持参し、希望によって買物ができるように支援している。		
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	正月には、写真入の年賀状を送り、家族からも年賀状を本人宛にいただいている。家族からの電話では、できる限り本人とかわり声を聞いていただいている。		
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	美化委員が中心となり、季節感が感じ取れるようなレイアウトを行い、玄関、ホールには花などを飾ることで、季節を感じ、落ち着いた空間作りを行っている。	ホームの周りには桜や梅などの樹木が植えられ、玄関や共有空間には季節の花や装飾品、観葉植物などが飾られている。随所にくつろげる場所が確保しており、思い思いに過ごされている。	
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	ホールには、皆さんで過ごせるようにテーブルを配置しているが、一角にはソファ等を配置し、少人数で過ごせたり、一人で過ごせるような空間作りも行っている。		
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	使い慣れた家具や、寝具、を使い、装飾には家族写真などを飾り、安心できる空間作りを行っている。	入居前に使用されていた生活用品や家具、電化製品などが持ち込まれている。家族の写真や植物の鉢が置かれている居室もある。各入居者に対して、特技や特徴などを表した表彰状が飾られている。寝具や家具の配置など各入居者に合わせている。	
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	居室には、本人が解りやすい様に名札をつけ、トイレなど共有する場所には、表示と共に、目印をつけて、手すり伝いにいけるようにしている。		

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	4372300600		
法人名	社会福祉法人 千寿会		
事業所名	グループホーム ひだまり II		
所在地	熊本県 下益城郡 美里町 二和田1235-1		
自己評価作成日	平成23年2月16日	評価結果市町村報告日	平成23年4月2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://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構		
所在地	熊本市上通町3-15 ステラ上通ビル4F		
訪問調査日	平成23年2月28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)】

眺めが一望できる高台に建ち、季節の移り変わりが体感できる環境のなかで、木の香りに包まれ落ち着いた雰囲気グループホームです。
その人らしさを大切に、一人ひとりが持っている個性を活かし、主体性や自主性を引き出せるよう支援しています。
ご利用者それぞれの、その日の状態に応じ、負担なく生活が送れるよう配慮し、職員がご利用者の楽しみや役割を把握し、喜びや笑いのある生活が送れるよう支援しています。
また、昨年度からは保育園への訪問交流もスタートさせ、地域に根付いた施設を目指しています。

【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)】

--

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 3. 利用者の1/3くらい 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	ユニット1と同じ		
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	同上		
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	同上		
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	同上		
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	同上		
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	同上		
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	同上		

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	ユニット1と同じ		
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	同上		
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	同上		
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	同上		
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	同上		
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	同上		
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	同上		

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	事前面談で生活状況を把握するよう努め、ご本人の求めていることや不安を理解しようと努めている。本人の状況を把握することによって信頼関係を築くことを心がけている。		34r
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	これまでの家族の状況をじっくり聞き、家族が求めていることを理解し、事業所としてどのような対応が出来るか、事前に話し合いをしている。		
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	相談時、本人やご家族の思い、状況等を確認し、可能な限り柔軟な対応を行い、場合によっては地域包括支援センターにつなげる様にしている。		
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	一緒に話す時間をつくったり、料理や昔からの行事については、話す中で教えてもらったり、調理の下ごしらえや家事を手伝って頂いている		
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	本人の状況を報告、良かった事、できた事を話して喜んでもらえるよう心がけ、家族との信頼関係や本人を支えていく為の支援体制づくりに努めている。		
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	併設のデーサービスやホーム利用の知人の方と交流をはかっている。時折、町内から面会に来られる。		
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	同じテーブルを囲み、お茶を楽しく飲まれたり、談笑し合える空間づくりができています。		

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
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	サービスを利用しなくなっても、遊びに来てもらう等継続的な付き合いができるように心がけている。		
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	家族や本人との話し合いにて、本人の意図を確認している。認知症重度にて難しい面もあるが、何か希望や要望を言われたときはそれに対応するよう検討している。		
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	家族の面会時に話を伺ったり、直接生活歴などを記入してもらい、利用者の情報収集に努めている。		
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	一人ひとりの一日の暮らし方や生活のリズム(食事や睡眠、排泄の時間、生活習慣、体調の変化)を把握するよう努めている。		
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	ご本人や家族には日頃のかかわりの中で、思いや意見を聞き、反映させるようにしている。課題となることをスタッフ全員で話し、介護計画の作成に活かしている。		
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	介護計画に沿って実践されたかの評価をし、食事・水分量、排泄等身体的状況および日々の暮らしの様子や本人の言葉、エピソード等を記録している。職員間の情報共有を徹底している。		
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	各事業所間の連携を図り、柔軟にな対応ができるよう努めている。		

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
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	本人と地域とのさまざまな接点を見出し、ボランティア、警察、消防、文化・教育機関等と協力しながら支援している。		
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	事業所の協力医の他、利用前からのかかりつけ医での医療を受けられるよう、ご家族と協力し通院介助を行ったり訪問医療に来てもらうケースもあり、複数の医療機関と関係を密にしている。		
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に応じた支援を行なえるようにしている。看護職員がいない時間は、介護職員の記録をもとに確実な連携を行っている。		
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。	入院時には、本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供し、頻繁に職員が見舞うようにしている。また、家族とも情報交換しながら、回復情報等速やかな退院支援に結び付けている。		
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	終末に対する対応指針を定め、家族・本人の意向に沿うよう支援している。家族・医療機関との話し合いを行い、全員で今後の方針を共有している。		
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	消防署の協力を得て、応急手当や蘇生術の研修を実施し、対応出来るようにしている。夜間時の緊急時対応について、マニュアルを作成し周知している。		
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	消防署の協力を得て避難訓練、避難経路の確認、消火器の使い方などの訓練を定期的に行なっている。		

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
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	勉強会やミーティングの折に、職員の意識向上を図ると共に、利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応を図っている。		
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	本人の認知・理解力に応じた関わりをしている。		
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	個々のペースに合わせた起床・就寝・日常生活を送れるよう支援している。また、本人の言動をよく観察し、ニーズの把握に努めている。		
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	個々の生活習慣に合わせ、身だしなみやおしゃれができるよう支援している。		
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	高齢化や重度化に伴い、食事の準備や後片付けが難しくなってきたため、食事を楽しむ為、外食やおやつ作りなどを実施している。		
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	食事や水分の摂取状況を個人記録に記載し、職員が情報を共有している。		
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	一人ひとりの力に応じ口腔ケアを行っている。就寝前に義歯の洗浄を行っている。		

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	一人ひとりの能力や排泄パターンに応じトイシで排泄できるよう支援している。		
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	繊維質の多い食材や乳製品を採り入れている。散歩、家事活動等身体を動かす機会を適度に設けて、自然排便できるよう取り組んでいる。必要な方に対しては下剤を服用している。		
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ず、個々にそった支援をしている	利用者の方の希望を確認し入浴して頂いている。		
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	一人ひとりの生活パターンや体力に応じ、必要な時に休息がとれるよう支援している。		
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	処方箋をファイルに整理し、職員が内容を把握出来るようにしている。服薬時は本人に手渡し、きちんと服用できているかの確認をしている。		
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	一緒に話す時間をつくったり、一人ひとりの能力に応じ、料理や家事を共に行い支えあう関係づくりに努めている。		
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	定期的に保育園と交流の機会を設け希望者の方と出かけている。お盆や正月に家族に呼びかけ帰省をして頂いている。		

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	管理が出来る方は、お金を預けて、買い物 の支払いなどを行って頂くように努めている。		
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	電話が出来る方は、電話の機会を設けている。また、年賀状等を共に作成し出すようにしている。		
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	カウンター式の台所なので、調理の音やご飯の炊ける臭い、心地よい音楽、柚子湯や菖蒲湯、鍋料理や田植え万十など、五感や季節感を取り入れる工夫をしている。		
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	絵画や花などをいけ、ホールや廊下にテーブルやソファ・椅子を置き、一人で過ごしたり、仲のよい利用者同士でくつろげるような環境づくりに配慮している。		
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	家族と一緒に写真などを飾り、安心されるような空間づくりを行っている。		
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	利用者個々が安全かつ自立した生活が送れるよう椅子やテーブル等の家具を配置し、必要箇所には手すり、移動バーが設置されている。		

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	4	当施設での行事への参加などを呼び掛けているが、あまり参加を得られず施設と、地域住民との間に距離を感じる	当施設の存在を地域住民に理解して頂くため、運営推進会議の充実をはかる	運営推進会議に近隣住民の方に参加して頂き、当施設の事を知って頂く。意見交換を行い協力関係をつくる。	6ヶ月
2	1	これまで理念の見直しを行う機会がなく、また、スタッフのケアも個人差があり、ケアの向上が必要である	スタッフのケアの在り方を振り返ると共に、理念の見直しを行い、ケアの向上をはかる	これまでの委員会活動やミーティングの内容を再検討し、ケアの充実をはかる	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。