

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	0873200349		
法人名	医療法人社団 正信会		
事業所名	グループホームれんぎょう	ユニット名(南館)
所在地	〒319-0206 茨城県笠間市安居3144-521		
自己評価作成日	令和 5 年 8 月 22 日	評価結果市町村受理日	令和 5 年 12 月 13 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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_022_kihon=true&JkyosyoCd=0873200349-00&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10月24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)】

各季節ごとに行事の企画を立て季節感を味わったり楽しみがあるようにしています。各個人が安心して生活が出来るように支援・援助をするように努めています。たとえベッド上での生活になったとしても孤立しないよう柔軟な支援に努めています。看取りはしていませんが、先生の指示のもと慣れ親しんだ環境で、ギリギリまでホームでの生活を支援しています。

【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)】

設立して以来、近隣地域との交流を継続させながら、地域交流を中心に温かい支援を展開している。経営母体が医療機関であり感染症対策に力を入れ、医療との連携が強いことが利用者と家族等の安心となっている。コロナ禍での制限がある中、近隣住民が事業所へ犬の散歩に立ち寄りしてくれるなどの暖かい交流が続いている。利用者と職員が、「食」を通して豊かな気持ちで過ごすことができるように、手作りのおかずやイベント食、季節の食材などを取り入れ、食べる楽しみを大切に支援を行っている。

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)	○ 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している (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

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	理念を提示し共有している。個人差はあると思うが実践につなげるように努めている。	理念を掲示するとともに話し合いの中で振り返り共有している。利用者が笑顔になるよう職員自らが朗らかに笑顔で会話をしよう努めている。	
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	道が悪く歩くことに不安があり、外に出たがらない為、散歩をしていない。地域の人が訪ねてくる事もないので交流が難しい状態です。	野菜の差し入れがあるほか犬の散歩途中に施設の敷地内に立ち寄り、利用者と飼い犬のふれあいの時間を設けてくれる近隣の方がいる。敬老会において、地域住民である運営推進会議の参加者と共に、利用者はカラオケを楽しんだ。	
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	認知症の方の理解は以前より進んでいると思います。事業所からの発信はありません。		
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	事業所報告と虐待や身体拘束について話し合うことで、サービスの質の向上に努めています。	市職員や民生委員、地域住民なども参加して定期的に開催されている。身体拘束に該当するか事例を委員とともに検討したり、熱中症予防に関する意見をもらったりしている。	
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取り組んでいる	推進会議を通して協力関係が築けるように努めています。	運営推進会議では、担当者と顔を合わせており、事業所の様子をわかりやすく情報提供し、市の担当者とは協力体制を築けるようにしている。	
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	身体拘束をしないケアに努めています。家族には拘束しない為、転倒・骨折の危険を十分に伝え納得頂いています。	身体拘束排除のための委員会を開催している。検討会として研修を開催しマニュアルに沿って確認している。研修参加者以外にも資料配布による伝達研修を行っている。	

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
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	虐待がないように日々取り組んでいます。言葉の暴力、または利用者の訴えを無視しないように努めています。		
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	学ぶ機会はありません。成年後見人制度を利用している方はおり、月に一度面会しています。		
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	契約時に十分説明し納得したうえで、契約を結んでいただいています。		
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	家族来所時や電話があった時に、近況報告しながら意見や要望を聞き、話し合うことで信頼関係が築けるように努めています。	日頃から家族等の話を機会あるごとに聞くようにしている。来訪の際には担当の職員が必ず顔を出し、信頼関係の構築に努めている。家族等からの意見で、誕生日には好きなメニューを決められるようにし、全員で楽しんでいる。	
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	職員の困りごとは随時に話し合い解決出来るように努めている。	日ごろから話しやすい雰囲気づくりに努めるとともに、朝のミーティングでも意見や要望を聞いている。レクリエーションや行事の内容、室内装飾について意見を反映している。	
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	勤務時間・勤務日数など、家庭の事情に配慮しお互い協力しながら日々のケアに取り組んでいます。		
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	研修参加の呼びかけがあり、なるべく参加できるように努めている。		
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	同系列の施設の方との交流は、定例会議や病院の待合室で情報交換をしています。		

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
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	診療情報や家族からの情報を得て、声かけや話しかけをし、不安なく過ごすことが出来るように努めています。		
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	本人や家族が今望んでいることは何かを聞き、出来る事出来ない事を含めて話し合うことで信頼関係が築けるように努めています。		
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	本人と家族にとって今必要なことは何かを見極め、必要なサービスが受けられるように努めています。		
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	出来る事は嬉しいし、または一緒に作業することで一緒に過ごす者同士の関係が築けるように努めています。		
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	買い物や外出は家族に依頼し、何かあれば随時相談をして協力し合っています。		
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	本人の希望があれば電話などの連絡を行っています。友人が訪ねて来ることは殆どなくなっています。	フェイスシートを作成している。以前の馴染みの人と再会できるように、通院している病院で会えるように日程調整を支援した。また、手紙を書いたものを投函したり、電話の取次ぎ支援している。	
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	利用者同士がトラブルにならないように配慮して助け合うことが出来るように支援しています。		

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	契約の終了は、死亡退居が多いことから継続的な支援はありません。本人が亡くなった後でも、家族の来所があり交流がある方もいます。		
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	今までの生活歴や習慣を把握して、本人の思いに近づけるように努めています。困難な方は表情などで汲み取るように努めています。	表情、仕草の観察をし、声掛けの工夫や、アセスメントシートを振り返って話し合い、把握に努めている。家族等にも確認をしている。	
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	利用開始時に情報を頂くことで把握するようにすると日々の暮らしの中での会話からも把握出来るように努めています。		
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	毎日の申し送りやケース記録などから現状を把握するようにしています。		
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	日々の暮らしの中での課題とケアについて随時に意見交換し、担当者会議で話し合うようにしています。	3か月ごとにモニタリングを記録し、1年ごとに担当や会議を行って計画の見直しを行っている。状態が変わった時には再アセスメントを行い見直しを行っている。	
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	日々の記録や申し送りの中での気づきを話し合い、共有し実践につなげるように努めています。		
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	随時に家族と話し合いながら対応しています。		

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
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	地域資源の活用はありませんが、楽しみがある生活が出来るように努めています。		
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	かかりつけ医は家族と相談して決めていません。協力病院以外の受診は家族の送迎を依頼しています。	協力医療機関への受診は職員が付き添っている。それ以外のかかりつけ医へは家族等が付き添っている。訪問診療も週1～2回ある。週1回訪問看護師が来訪している。	
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	随時に医師と看護師と連絡を取りながら利用者の健康管理や医師受診をしています。		
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。	サマリーなどにより情報を交換しています。随時に看護師等に連絡・相談をしながら良い関係が出来るように努めています。		
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	看取りはしていませんが、随時に家族や本人の要望に沿って医師と相談しながら対応しています。	看取りは行わない事業所であることを入居時に重度化に関する指針に基づき説明している。重度化に関するマニュアルを作成し、朝のミーティング時などに重度化に関する注意事項等を随時共有している。	
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	救命講習は受けており、定期的に講習を受け繰り返すことで身に付けるようにしています。		
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	避難訓練を利用者、職員全員で年2回行っています。	夜間想定を含む避難訓練を行っているが、火災以外の訓練を行うまでには至っていない。訓練後は反省会を行って話し合いをしているが出た課題を次の訓練に活かすまでには至っていない。	課題を次の訓練に活かすことと様々な災害に備えた訓練を行うことを期待する。

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	各個人のプライドを損ねないように声かけするようにしています。笑顔が見られように心がけています。	利用者の誇りやプライバシーに配慮した言葉かけに配慮し、気が付いたことはその場で話をするようにしている。個人情報や肖像権に関する同意書がある。	
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	各個人の力量に応じて自己決定が出来るように支援しています。		
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	体調や気分を含め各個人が自分のペースで過ごすことが出来るように努めています。		
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	各個人が何を着たいのか、聞きながら準備や着替えの支援をしています。		
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	各個人の力量に応じて食事の準備や盛り付けをして、自身で食べることが出来るように支援しています。準備はしてもらっていませんが下膳はしてもらっています。	外注の食事に手作りの品を加えて、好みや季節感を意識し、豊かな食卓となるよう工夫している。家庭的な雰囲気の中で職員と利用者が一緒に食事をとっている。	
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	毎日の食事の摂取量を記録し水分も十分に摂れるように支援しています。		
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、口腔ケアを行っています。出来ない方は介助しています。		

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
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	夜間オムツ対応の方もいますが日中はトイレに行けるように支援しています。	時間をみて声掛けをし、日中はトイレでの排泄ができるよう支援し、夜間はポータブルトイレを活用している。オリゴ糖や腹部マッサージなどで便秘予防をし、利用者の薬剤負担を軽くしている。	
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	食事・水分や運動などで便秘にならないよう支援しています。それでもダメな方は医師に相談し薬を処方してもらっています。最近ではオリゴ糖で対応しています。		
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	入浴の時間・曜日は決められていますが一人ひとりのペースで入浴を楽しめるように支援しています。	職員と1対1になれる時間であるため、利用者が心を開いてくれる貴重な時間となっている。ゆず湯などで季節感を楽しんだり、歌を歌って気分良く過ごしている。	
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	夜間は良く入眠出来るように、日中は外気浴や屋内散歩を勧めています。		
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	薬の内容及び副作用について職員同士で共有しています。症状に変化があった場合は医師に伝え指示をもらっています。		
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	出来る事はお願いしねぎらいの言葉をかけています。自身の役割となる事ができるよう支援しています。		
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	日常的な外出はありません。家族の要望により外出できますが、現在はおりません。	中庭や駐車場に出て外気浴をしている。特別な場所へは家族等と出かけている。	

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	自己管理されている方はおりません。		
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	本人からの要望があれば随時に対応しています。		
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	テレビの音や採光、室温に配慮して居心地よく過ごせるように支援しています。季節の花を楽しめるようにも工夫しています。	玄関ホールには、家族等と面談が出来るように、イスとテーブルを設置している。共有空間は窓が大きく明るい。キッチンにはカウンターがあり利用者と会話を楽しめる。和室スペースやソファで思い思いにくつろげるようになっている。	
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	各個人が好きな所で過ごすことができるように配慮しています。利用者同士の関係にも配慮し居場所の工夫もしています。		
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	自室は自由に使用できるように支援しています。使い慣れた物の持ち込みも可能なので家族にお願いしています。	居室にはエアコンやベッド、サイドテーブル、洗面台等が備え付けられている。利用者はそれぞれ好みのものや使い慣れたものを持ち込んでいる。	
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	手すりの設置や目印をおいて自立して過ごすことが出来るように努めています。トイレに関しましては、夜間ポータブルトイレを使用している方もいます。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームれんぎょう

作成日 令和 5 年 12 月 11 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	夜間想定を含む避難訓練を行っているが、火災以外の訓練を行っていない。訓練後は反省会をしているが出た課題を次の訓練に活かすまでには至っていない。	様々な災害に備えた訓練の実施と振り返りをする	火災の他に地震想定の実施し、反省をし出した課題を元に次回の訓練に活かすようにする。	3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。