

### 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	0872001201		
法人名	有限会社 弥久		
事業所名	グループホーム 幸寿苑		
所在地	茨城県つくば市磯部15		
自己評価作成日	平成27年5月12日	評価結果市町村受理日	平成27年8月3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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872001201-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872001201-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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	H27年6月22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)】**

本人のできる事とできない事を把握して、利用者の持っている力が継続できるよう支援している。代表者が医師であることと看護師が2名常勤としているので終末ケアを得意とする。

**【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)】**

筑波山のふもとの田園風景が広がる小さな集落にある、静かな生活が送れるグループホームです。開設より10年が経過し、利用者の状態も変化してきているが、医師である開設者宅に隣接し、常勤の看護師がいることから、胃ろうなどの医療処置にも対応できることは、利用者や家族の安心に繋がっている。幅広い年齢層の職員ですが話しやすい環境ができており、利用者を含め、家族のように思っているとの声が聞かれた。

**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 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、活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

[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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	特に理念の中の家庭的な環境というところを重点に置いてケアに努めている	理念に沿って、自分の家族だったらどうしてほしいか、自分だったらと置き換えてケアを実践するように話している。理念は玄関と事務室に掲示し、職員は入室時などに見ている。	職員間で話し合い、理念への理解を深めるとともに、現状を振り返って次へのステップとすることを期待したい。
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	直接利用者との関わりは難しいが野菜などを届けて下さることもある	近所の方が野菜を届けてくれることはあるが、日常では地域の方との交流の機会が少ない。年1回の地域交流会には地域の方に声かけをし、大勢の方が参加してくれる。職員の知り合いの方が訪問してくれることがある。	地域との交流の機会が少ないので、利用者の負担にならないような頻度や内容でのボランティア受け入れや、認知症の勉強会などを検討していただきたい。
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	利用者が戸外に出てしまうこともあるのでその旨近所の方には説明し理解していただいている程度にとどまっている		
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	報告のみになってしまっている	3ヶ月に1回、家族や利用者、市職員等の参加で開催している。野菜を届けてくれる地域の方が参加してくれることがある。家族にはお便り、職員には会議時に報告を行っている。	
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	運営推進会議やグループホーム連絡会をとうして協力関係を築けている	毎月のグループホーム連絡協議会に参加して市職員との交流を図っており、相談等がしやすい関係づくりができています。生活保護の利用者への定期的な訪問がある。	
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	介護職の理念として職員には入社ときに説明している	言葉かけや職員の態度が利用者の問題行動につながることを職員間で確認している。入社時の説明や場面での注意、会議などを利用して、職員の理解を深めるようにしている。実践者研修等で研修している職員もいる。	
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	介護職の理念として職員には入社ときに説明している		

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	職員全員は難しい一部の職員しか理解できていない		
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	入所時に説明しご理解いただいている		
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	話しやすい環境に努めている 目安箱 苦情等申立先をもうけている	玄関の目安箱を利用される方はほとんどないので、面会時等に本人の状況を話して家族からの要望も聞くようにしている。ペースト食に変更した時、家族の要望できざみ食にしたこともあった。毎月のお便りでは全体での報告に加えて個別に体調や活動状況などの様子を記入して送っている。地域交流会やクリスマス会時には、家族同士で話し合う時間を設けている。	
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	職員の意見や提案は積極的に取り入れている 職員会議で意見交換している	職員会議を毎月開催し意見は言いやすい雰囲気となっており、話し合っ利用者の入浴方法を変えたことがある。日頃から意見がある場合は管理者等に言うことができ、管理者も受けとめる環境が整っている。忘年会等の職員間の懇親を深める機会もある。	
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	向上心がある職員にはその努力をつぶさない様に配慮している		
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	研修の機会が少ない個々に行きたい研修など申し出があれば勤務の調整はしている		
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	グループホーム連絡会の参加することで交流を図っている		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	事前調査 面接をしてご家族 利用者の要望不安など聞き取るようにしている		
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	事前調査 面接をしてご家族 利用者の要望不安など聞き取るようにしている		
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	優先順位を決めて祖と気必要な支援を出来るようにしている		
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	状況によっては一方的になってしまうことのあるが共に生活をするということを忘れず支援ができるよう努力したい		
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	利用者の状況はご家族に報告して決め事などご家族の意見を重視している		
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	面会などこまめに来て頂けるようお願いしているまた来やすい環境につとめている	友人が訪ねてきて外食を楽しむ方や、家族の支援で以前からの美容室を利用される方もいる。訪問美容では永年の髪型を尊重する気遣いをしている。ホームの方針で刺身の提供はしないので「お寿司が食べたい」と家族と出かける方もいる。「家に帰りたい」と希望するかたに、電話をかけるなどの支援を行うこともある。	
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	利用者の様子をみながら支援している		

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
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	困りごとがあれば相談いただけるように声をかけるようにしている		
<b>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</b>					
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	利用者の仕草や言動から今何がしたいのかをくみ取り意向の把握につとめている	意思を口に出せない方にも、表情や顔色、しぐさなどで思いをくみ取り、無理強いをしないようにしている。昼食時間に食べたくないときなど、時間をずらしたりして本人のペースに沿った支援を行っている。リハパンは蒸れるので布パンにしてほしいとの希望があり変えたことがある。	
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	生活歴の把握や暮らしぶりなど家族の聞き取りや本人の意向に添えるように支援している		
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	本人の状態観察は十分できるように職員全員に引き継ぎ一日の様子は把握している		
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	職員会議でモニタリングをして課題にとりくんでいる	計画作成時に策定評価表にて本人の状況を把握し、担当で話合っている。家族に説明し、プランの了解をいただく。経過記録も何についての記入かわかるように様式を工夫し、記録も細かくされているが、さらに個人の目標を記入する欄を設けて様式変更を図っている。モニタリングは、3ヶ月毎に作成者が記録や会議内容により行い、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	ケース記録等に気づき等を記載しているがケース記録が日記のようになってしまっている		
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	施設の中だけのサービスになってしまっている		

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
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	消防 警察署の方々には定期的に訪問していただきホームの状況を話している		
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	かかりつけ医は本人ご家族の希望を優先しているその状況に合わせて助言をしている	2週間に1度の往診により受診。専門医の受診は家族が対応し結果が報告されている。歯科は訪問により受診できる。体調不良等の時は主治医の判断を仰いで対応している。家族との連絡はキーパーソンに連絡し、記録に残している。	
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	週一回の訪問看護師と常勤の看護師と連携がとれていて良い関係が築けている		
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。	協力病院ということのあり連携は良好である		
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	何度か看取りをやっているので手順等は万全である	利用開始時に指針を説明し、重度化した時に看取り介護の指針を説明して依頼書を作成していただいている。ターミナル期には家族も宿泊できるようになっている。開設者である医師の自宅が隣接しており、夜間の連絡体制が整っていること、看護師がホームとデイに常駐することは、利用者や家族、職員の安心につながっている。実際の看取りに際しても、利用者・職員は混乱なく対応できている。	
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	その状況に応じて手順など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	避難訓練の実施や緊急避難場所の確認はできている	避難訓練は年2回、その内1回は夜間想定で行っている。消防署の協力で消防車が来るときは隣人に知らせている。1週間分の備蓄がある。緊急持出しは薬品のみとなっており、看護師が管理している。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	人格の尊重はケアの基本的なものと考えている言葉かけには配慮している	利用者に対して軽々しい接し方は避け、丁寧な言葉かけをするように職員に指導している。ホームページなどの写真掲載については家族の同意を得ている。	
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	何を望んでいるのか導けるようにケアに取り組んでいる		
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し、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	状況によって職員側のペースになってしまう時があるがその人のペースで動けるように努力している		
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	その人に合った洋服を髪形を支援している		
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	介助する方が増えなかなか難しくなってきたり出来る限り会話をしながら食事をしている	週3回はデイの厨房で調理し、以外はホームで調理を行っている。献立は厨房で作成。食材は生協と八百屋さんの配達を利用し、たまに買い物に行くこともある。おにぎりなどを作って外出先で食べることもある。外食は家族支援で行う。手作りおやつを作ることもある。テーブル拭きや下膳などを手伝ってもらう。	
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	食事摂取量の把握して状況に合わせて支援している		
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	朝 夕の口腔ケア 必要に応じて訪問歯科の利用をしている		

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	時間ごとのトイレ誘導排泄の行動パターン把握に努めている	排泄表でチェックしてトイレ誘導を行っており、オムツ使用の方は2～3時間毎に交換している。入院時にオムツ使用になった方で、退院後に誘導によりパンツに変えられた例がある。便秘等は看護師がチェックして改善を図っている。	
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	食事面 運動面に気をつけている薬の状況に合わせて使用している		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	介助なしで入浴できる人にはその人のペースに合わせているが介助が必要な人などは時間曜日は決まってしまう	週3回の入浴を基本としており、嫌いな人に無理強いはないが、清潔が保てるように家族の協力をいただくことがある。デイの特浴を利用される方もいる。季節のしょうぶ湯やゆず湯、入浴剤などを使用して楽しく入浴できるようにしている。足拭きマットは個別にタオルを使用している。着替えの準備等は職員が行う方が多い。	
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	日中は体を動かしたり日光浴をしたりして生活のリズムを整えるようにしている		
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	薬の理解についてはおおよそしているが勉強会など開催してさなる理解が必要		
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	利用者の好きな事やりたいことができるように生活がマンネリ化しないように努めている		
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	出来る限り外に出掛けられるように支援しているが以前に比べると少なくなってきた	5～6人くらいで近くを散歩している。日用品の購入を希望して買い物に出かけることもある。お弁当を持ってお花見などのドライブを楽しむことがある。親戚の家に行きたい、カラオケ大会に参加したいなど、個別の外出支援も行っている。	



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
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	利用者がお金を持つことはないが欲しいものがあれば家族に了承を得て立て替えで購入している		
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	本人の要望により自由にしてもらっている		
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	危険を回避して混乱しないよう工夫している	広いベランダには利用者が管理する鉢植えの花がきれいに咲き、バーベキューができるスペースもある。折り紙の作品が壁に飾られていた。利用者同士のトラブルで席替えをしたり、危険回避のためにソファの位置を変えるなどの気配りがされている。午後には編み物をする利用者がいた。	
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	ソファやテーブルを利用して居場所作りをしている		
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	入所時に使い慣れたものを持ってきていただいき馴染みのもの使ってもらおうようにしている	ベッドと押入れが備え付けられ、テレビや冷蔵庫などを置いたり、家族の写真を飾っていたり、個別の部屋作りがされていた。掃除は共有スペースを含めて早番の職員が行っている。	
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	トイレお風呂など絵で分かりやすくしている 手すりも廊下には設置してあり歩きやすくなっている		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム幸寿苑

## 目標達成計画

作成日:平成27年8月3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(1)	理念の理解が全職員に浸透していない	全職員が理念をきちんと理解している	職員会議を通して理念意味をきちんと伝え理解してもらう	3ヶ月
2	2(2)	運営推進会議にも地域の方の参加が少なく地域の方の交流の機会を持てるようにする	運営推進会議に地域の方の参加を多くする	事前準備をしっかりと地域の方が参加しやすい曜日に合わせる	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。