

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27年10月6日	評価結果市町村受理日	平成28年3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	http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=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	平成27年11月25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穏やかにその人らしく安心した暮らしが送れるように家に代わる住まいのような環境作りに取り組んでおります。職員は、家族のような対応を心がけ、温かい共同生活の場を提供しております。入居者は毎日の生活の中で、ケアを受けながら自分のペースでのんびり・楽しく暮らしています。全ての方が職員とホールで一緒に過ごし、みんなとの楽しい時間を共有をしています。どんな方でも落ち着いて過ごせる「家」でありたいと考えております。

【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)】

理事長の交代により、ホーム名も「みんなの家」と改名された。どんなことでもみんなで考えて、皆で決めていきたいという理事長の思いが込められているという。職員個人個人が常に高い意識を持ってもらえるような研修も行い、職員を育てることに力も注いでいる。利用前の生活の延長として、家庭的な雰囲気も大切に地域とのつながりも意識している。職員は、一緒に生活しているという感じがとてもよく、最後までここで暮らしたいと思える支援をしていきたいという自信が伺えた。

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広がったり深まり、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、生き活きと働いている (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	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。	ミーティングや会話の中でグループホームの意味や管理者の思いを伝え、利用者に合わせたゆっくりしたケアをする。理念の実践にむけて職員には現場から教え、最後までホームで過ごしたいと思える支援をしている。	
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	老人会の慰問や夏祭りのお神輿が来てくれている。	自治会に加入し、自治会や神社の清掃に参加しながら、地域とのつながりを意識している。祭りでは神輿やお囃子がホームに立ち寄り、利用者の反応も良く、特に子供の姿に喜ぶ様子が見られる。	
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。	2カ月に1回開催。民生委員、家族、スタッフ、ケアマネ、行政担当者が出席する。その時々での勉強会(感染症予防など)を盛り込みながら、ホームの状況報告を行う。消防団は協力の意向があり、来年は参加要請を検討中。	自治会長、消防団の参加により、更に地域とのつながりが広がる事を期待したい。
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。	市から情報をもらい、市のイベントに歩ける方を5人ぐらいで参加した。公民館の催し物、演劇や幼稚園の合同演奏会、大正琴、ピアノなどの演奏を観に行く。会議や研修会などを通して、良好な関係が出来ている。	
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。	言葉の拘束(～しないで)にも気を付けている。拘束しないケアの実践については家族にも説明し、転倒リスクなどの理解を得ている。転倒を心配して出来ることをやらせないと、ADL低下につながるの、転倒したときの対応も家族に報告。歩き出す利用者にはスタッフが自然に寄り添って歩く等の工夫をしている。	

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
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著名な捺印する。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。	管理者自身も親の介護をしているので、家族の大変さを共有できる。家族の思いを共有したうえで、相談しやすい環境作りを心掛けている。	
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	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。	研修は仕事としての位置づけとし、資質の向上に努めている。管理者は日頃から職員の意見を聞き、コミュニケーションが図れるよう心掛け、職員の優しい心を感じている。	
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	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。		
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
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。		
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。	なじみの場所はかかりつけの病院になることもあり、病院で知り合った友人が訪ねる事もある。家族の面会が多いが、オムツは家族が持ってくるようにし、更に面会の機会を増やしている。友人、兄弟、親せきなどの訪問があり、地域がら面会も多い。	
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院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。	入浴介助など1対1のケアの場で、昔の話などを話してくれる。農家の人が多いことから苦勞した話や家を建てた話など、少人数なことであってゆっくり話ができる。日々の会話の中で思いの把握に努めている。	
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。	会話の中で聞いた事をケアマネに伝え、ケアプランに反映。ケアマネを中心にケアの方法を検討し、スタッフ間の連携もできている。ケアプランは面会時に家族に説明し、同意をもらっている。利用者情報はスタッフにきちんと伝え、モニタリングもスタッフ間で共有しケアプランに反映させる。	
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。	利用開始後に主治医の変更を勧めることはしないが、通院より往診を希望する方が多い。訪問歯科もある。整形外科などの専門外来は通院となる。受診結果などの情報も家族と共有している。	
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	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。		
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。	ホームとして看取りまで実施する方針である。終末期から看取りまで管理者が必ず対応し、職員も一緒に学び、安心して最後が迎えられように取り組んでいる。	
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	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、火災想定で避難訓練を行っている。消防署は近くにあるが、建物隣接しているので、特に火災には注意している。備蓄品の用意が出来ている。個人個人の医療情報もまとめてすぐに持ち出せるようにしている。	

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
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。	援助が必要な場合でも、本人の気持ちを大切にさりげない対応を心がけている。親しみやすい言葉でも高齢者にふさわしくないこともあるので、言葉使いにも気を付けている。	個人情報に記載された書類の保管場所について、再度検討する事により、プライバシーが確保される事を期待したい。
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いただ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	調理の下ごしらえや洗い物など、職員と一緒に楽しみながら行っている。	季節の行事に合わせた食事を工夫している。食材は生協の宅配を利用しているが、近所の方も野菜を届けてくれる。献立も利用者と一緒に考え、買い物も一緒に行く(週1回)。利用者は食事作りも手伝う。	
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	食事の嗜好など把握し、その人らしい食事で提供している。		
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	個別の排泄パターンを把握し、定期的に排泄誘導をしている。	常時オムツ1名、夜間のみ2名だが、日中は一人一人の排泄パターンを把握し、さりげなくトイレ誘導している。行動を見てサインを職員が共有している。病院ではオムツだったが、ホームにきてリハパンになった例もある。	
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	水分不足や運動不足による便秘をなくすため、その人にあった支援を行っている。		
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	身体の状態に応じて回数や時間の制限はしている。	最低でも週2回の入浴を基本としている。毎日入りたい方は毎日入れる。農家の人は風呂好きな方が多く、出来るだけ希望に沿った入浴支援を行っている。冬至にはゆず湯を楽しむ。	
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職員間で把握し、服薬の確認も毎回行っている。		
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	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行っている。		
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	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。	外食(道の駅)、筑波山、菊まつり等に出かけたり、天気の良い日、暖かい日は1時間ぐらい散歩コースを歩く。利用者から「最近はつれていってないよな」と催促される事もあり、外出を楽しみにしている方もいる。外出先で野菜を買いホームで料理をすることもある。	

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となっています。		
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	本人が自発的に訴えてくれば、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	季節に合わせた空調管理を行い、生活しやすいようにしている。季節の植物などを配置し季節感を感じていただいている。。	共用スペースは日中ほとんどの時間を過ごすところであり、一人一人のペースに合わせてのんびりできる空間となっている。生活感や季節感も大切にして、季節の植物を置き、居心地の良い環境を作っている。	
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	同じ趣味が行えるようテーブルの配置を工夫している。		
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	馴染みの布団や家族との写真などを置くことにより居心地の良く過ごせるよう工夫している。	利用者は「居室は寝るところ」という感覚があり、さっぱりと整理整頓されている。家族の写真を飾ったり、位牌を持ってきた方もいる。パット類は居室におかず、倉庫にまとめて収納しているので、ゆったりと使える。	
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	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28年3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	45	認知症ケア・介護技術に関して知識や技術に差があり、統一されたケアが難しい。また職員間の情報の共有がなされていない。	入居者の自立支援がなされるよう職員間で確認し、その人に合ったケアを実践していく。個別ケアができるよう知識・技術を身につける。	入居者の性格や生活歴、様々な視点からアセスメントし、どのような生活を望んでいるか職員間で話し合う。定期的なミーティングの開催はもちろんのこと、常に問題意識を持ってケアに取り組んでいく。	6ヶ月
2	49	外出の機会が少なく、施設で過ごす時間が多い。季節の移ろいや社会との繋がりがなく閉鎖的になりがちである。	毎月、外出の機会を設け社会との繋がりを持つ。また、外出によって入居者に季節を感じてもらおう。大きな行事には家族の参加も促す。	年間を通して大きな行事の計画をたてる。できるだけ地域の行事に参加し社会との触れ合いを持つようにする。家族の参加も検討する。	3ヶ月
3	35	自然災害や火災など、訓練はしているが不安がある。	不安の解消のため、定期的に訓練を実施していく。地域との深まりを持ち、消防団や自治会長など協力体制を構築していく。	運営推進会議に地区の消防団や自治会長を招き施設の運営を理解していただく。また地域の行事に参加することで信頼関係を結んでいく。	6ヶ月
4	33	職員の終末期ケアに対する経験が不足しているため不安がある。また終末期の入居者・家族に対する寄り添い方が充分でない。	職員が終末期ケアを理解し、入居者の望む最期に寄り添うことができる。入居者だけでなく家族も共に支えられるように努める。	終末期ケアの勉強会に参加し、内部研修も実施していく。医師や看護師との連携だけでなく、家族に状態を毎日報告するなどし時間の共有をする。	6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。