

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	2370500916		
法人名	有限会社 丸八介護サービス		
事業所名	丸八グループホーム日吉		
所在地	名古屋市中村区日ノ宮町1丁目61-1		
自己評価作成日	平成21年10月10日	評価結果市町村受理日	平成22年1月12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)】

共用型デイサービスの導入により、早い段階から入居申請者と「なじみの関係作り」が可能となり、住まう場所が変わっても大きな混乱を生じさせる事なく新しい生活環境になじまれている。また、看取りケアの提供により住み慣れた場所や人達の中における、継続した生活支援の構築に努めている。

※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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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『サークル・福寿草』
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町1丁目24番地 S101号室
訪問調査日	平成21年11月16日

【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)】

住宅街に囲まれた2階建ての施設で、前が公園になっている為、毎日の散歩は欠かす事はない。終の住家がこのホームであることを管理者、職員は理解している。本人、家族が終末期をこのホームで過ごしたいという希望があれば、家族とは何度も話し合い、看取りケアの指針を提示・検討して、役職員一丸となり取り組んでいる。ホームの主治医が近くであることも幸いして気軽に往診していただける。職員にとっても安心できる要素である。管理者はごく当たり前のことだと、捉えているその気持ちが全職員にも伝わっている。共用型デイサービスを併用している為、馴染みの関係が出来て、スムーズに不安なく入居できる体制になっている。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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)
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)
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)
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
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
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、安心して暮らせている (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	利用者が地域の人達と共に地域の中で暮らす事が出来るよう、日々の業務の中で実践に心掛けている。	『喜びの輪(和)を広げよう』を基本理念として、「個性が豊かに生きる」「共に生きる」「安全安心に生きる」がサブ理念的に位置づけられている。利用者・家族や職員がここで出会えてよかったと、心から喜び会える気持で日々の生活を支援している。	
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	一階デイサービスを地域の方に貸し出して、子供たちが夏祭りの太鼓練習をしている時等は、見学したり一緒にお茶を楽しんでいる。	地域の夏祭りでは、太鼓練習場にデイ空間を提供をしたり、町内会対象の認知症講演会を企画開催して、大勢の参加者があった。事業所の前が公園であるので、地域の人達、子供達の憩いの場で、利用者が交流を持てるよう仕組みられている。	
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	町内会を通じ、認知症理解のための「地域介護者教室」を施行的に開催し、認知症になっても地域の中で安心して暮らしていけるようなアピールを行っている。		
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	2か月に1度、運営推進会議を開催しGHの現状を報告の上、意見交換を行っている。	偶数月の第1水曜日に開催されている。町内会長・民生委員・家族代表・施設長の出席で報告や議題について話し合い質疑応答がある。地域に開かれた運営が出来るよう努力し、高齢化が進んでいる地区なので介護情報発信も行なっている。	会議には、市町村職員が参加していない為、より充実した会議ができる様に、地域包括センターの参加を促すことを期待したい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	地域包括支援センターからの困難事例を積極的に受け入れている。	施設長が中村区地域推進ケア認知症部会の役員をしている為、積極的に情報交換等を行って、困難ケースも包括センターと連携して、解決に導いている。独居老人や感染症など困難な高齢者を受け入れたら、積極的に協力関係を築いている。	
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	出入り口を開けると、すぐに急な階段があるため、不穏行動が激しい利用者がある場合は、やむをえず施錠する事もあるが、それらの行為が拘束にあたる意識はしっかり持っている。	拘束をしないケアについては全職員が研修を受け理解している。しかしながら、2階部分がホームで、階段は急な勾配であるため危険防止のため、出入り口には施錠がしてある。調査当日の利用者は落ち着いて出て行く気配がなかった。	今後に向け、一日中施錠することがない様な工夫を期待したい。
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	虐待に対する意識強化に努める傍ら、共用型利用者に対しては、家族関係が良好に保つように留意している。		

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	権利擁護制度を活用されている利用者があり、毎月来訪される権利擁護スタッフとの情報交換に心掛けている。		
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	理解して頂けるように説明し、必要あれば弁護士などにも依頼する。		
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	ご意見箱を設置したり、アンケート等を行っている。また、来所されるご家族には、状況変化による要望をこまめに伺うようにしている。	家族が要望、希望、苦情など何でも言いやすいよう気楽に話ができるように努めている。家族が来所された時は、話をよく聞いたり、こちらからもよく話しをするようにしている。	
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	1～2ヶ月に1度、グループホーム会議を開催して意見交換を行なっている。また月に1度、各セクションの代表者による運営推進会議を設けている。	「職員が幸せでなければ、良い介護は出来ない」の考えに基づいて職員が意見を言いやすいように、又満足できる良い仕事につなげるように管理者は配慮している。今回の外部評価、情報公開についても職員全員で作成し管理者がまとめた。	
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	能力給等の個々の評価を行い、やりがいの持てる給与水準に近づけるよう努めている。		
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	研究会や全国大会における事例発表などを通じ、個々の能力を高めるよう力を入れている。また、資格習得のための休み等は、最優先で便宜を図っている。		
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	認知症実践者研修へ積極的に参加して貰い、同業者との横のつながりを築いて頂いたり、認知症リーダー研修の実習生を受け入れている。		

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	居宅の介護支援専門員から情報やご家族からの聞き取り等を通じ、信頼関係作りに努めている。		
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	家族支援や家族関係の修復に留意しながらの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	他事業所の紹介等を始め、希望や要望に沿う最良サービス提供に努めている。		
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	「共に生きる」事を意識し、日常的に出来る事はして頂きながらの生活作りを目指している。		
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	住まう場所が変わっても、より良い家族関係が継続出来るような関係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	家族写真等を居室に飾って頂いたり、思い出アルバムを一緒に見たりするなどし、本人にとって心地良い時間や空間作りに努めている。	七夕、誕生会、クリスマス会、音楽会等の行事には家族にその都度、案内状を出し家族との思い出を断ち切らない様になっている。行きつけの美容院から案内ハガキや年賀ハガキが来る。以前通っていた接骨院に行く利用者もいる。	
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	音楽療法・散歩・作業等を共同で行いながら、利用者同士のおしゃべりを引き出す等、孤立しないように努めている。		

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
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	殆どが死亡退去であるため、契約終了後に家族から相談を受ける事はないが、葬儀等には参加させて頂いている。		
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	意向に沿えるように努力はしているが、充分ではない。	利用者の思い出や意向を把握する為に、共用デイサービスの時から、馴染みの関係になって、話し易い環境を作っている。	
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	担当ケアマネや家族からの聞き取りを行っている。		
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	毎日ミニカンファレンスにて情報収集と共有を図っている。		
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	日々介護記録や支援経過記録を参考にモニタリングを行い、計画担当者が作成している。	一人ひとりの支援経過記録を見ながら、毎日午後にミニカンファレンスを行い、皆で総合的、立体的に把握して、情報の共有を計っている。この作業を踏まえて基本的には3ヶ月に一度の見直しをしている。	
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	日々のチェック表や支援経過記録から、必要なアセスメントを導き出し、職員間での情報を共有している。		
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	画一的なサービスにならないよう、個々の状況やニーズに応じ臨機応変なサービス提供と処遇改善に努めている。		

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
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	雑巾を作成し、町内会や保育園等を使っていただくようにしている。		
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	基本的には当施設のかかりつけ医に通院して頂いている。この際は医療情報提供票にて、従来の治療が継続して行えるように支援している。また、馴染みの医院等を希望される場合には、本人・家族の意向を優先させて頂いている。	基本的には、当ホームの近くの開業医をかかりつけ医としているが、ペースメーカーや足の悪い人は、今までの病院へ通院しているが、都合で家族が付き添えない場合は、職員が付き添っている。	
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	常勤看護師により対応している。		
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。	通院時カンファレンスやサマリー等の提供をお願いしている。		
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	入所時の意識確認やアンケートと併せ、状況に応じて看取りケアの指針を提示し、その方向性を検討している。	開設時から看取り介護をしており、病変の都度、家族と話し合い、既に12名を看見送っている。終末期は、かかりつけ医と職員の24時間体制で、夜間でも職員が困らない体制を取り、ホームが利用者にとって、わが家であるという認識を役職員は理解し、職員研修を重ね対応できる体制である。	
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	AED講習会の開催や緊急時・急変時対応の習得を行っている。		
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	防災訓練を年2回行っているが、検討の必要性がある。また、防災時には近隣の協力が得られるよう、運営推進会議等で依頼している。	消防署とのホットラインにより、体制は確立されているが、ホームが2階なので非常階段まで誘導する訓練しか出来ていない。備蓄品は水、カンパン、オムツなど備蓄している。	防災訓練時に、消火器を実際に使用して、職員が身に付ける事を期待したい。備蓄品は、レトルトおかゆ、パック入りご飯等高齢者対応を期待したい。

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	日々のカンファレンスや研修を通じ、常に人格やプライバシー尊重の意識付けに努めている。	プライバシーの確保と個人の尊重には気をつけている。トイレの誘導時、居室への入室時、入浴等一般的な配慮や接遇マナーが低下しないよう努めている。	
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	傾聴に心掛け、会話を重視している。		
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	努力はしているが、人手が足りないとき等は十分に行えていない場合もある。		
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	理美容や衣類選択の支援を行っている。		
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	外食会や出前などを取り入れたりしながら、メニュー内容を増やし、準備や片付け等も利用者と職員と一緒にしている。	外部業者から食材を取り寄せて、少し品数を増やし、見た目も彩りよく、食事が楽しみになる様に工夫している。食事準備、調理、片付けなど職員と利用者が一緒に行っている。外食や誕生日にはその人の好きな食べものを聞く配慮をしている。	
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・水分排泄量をチェックし、夜間でも要望や必要に応じて飲水等が出来るようにしている。		
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、歯磨きや口腔ケアを実施している。		

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	必要に応じて排泄パターンのアセスメントを行い、適切な支援の検討を行っている。	トイレ誘導の声かけは、さりげなく本人の自尊心を傷つけないよう支援している。排泄のパターンを把握してリハパンから布パンツに戻した利用者もいる。現在3人自立している。	
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	下剤だけに頼らないよう、食べ物の工夫や状況に応じて腹部マッサージ等を実施している。		
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	共用型デイサービス利用者との兼ね合いから、ある程度の入浴時間を決めている。	浴槽は個浴で一人ずつの入浴である。今は、車椅子の入居者が4人から1人に減り、ゆとりをもって入浴介助ができる。見守り、もしくは介助が必要であるが1週間に4回程度入浴している。	
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	達成できている。		
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	処方箋をカルテに綴じ込み情報を共有している。また、必要に応じて看護師から個々の注意事項の説明を受けている。		
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	それぞれの役割を見出すように努力している。		
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	毎日の散歩を日課とし、外食や遠足などを実施している。	毎日の散歩は、ホームの直ぐ前が公園なので、午前、午後は必ず行き、雨の時はベランダ・玄関に出て、外の雰囲気を感じてもらう様にしている。時々外食に出かけたり、月行事の遠足は、お弁当を持って、なばなの里にも出掛けている。	

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	金銭所持を希望する方には、財布を身に付けて頂いている。		
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	支援できている。		
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	季節の花を飾ったり、季節に応じた手作りカレンダーを掲示している。	玄関、共用の空間には季節の花が飾られ目を楽しませてくれている。利用者さんの作品で布ぞうり、カレンダー、行事で撮影した時の楽しそうな写真が展示してある。居室の廊下には、ボランティアの方が撮られた秋を感じられる景色の写真が飾られ季節を感じることが出来る。	
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	フロア内のソファやベランダの長いす等で、くつろいで頂いている。		
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	入居時に家族と相談し、馴染みの家具や小物等を持参して頂いている。	家族の写真、絵画、お位牌、タンス、テレビなどなじみの品が持ち込まれ、その人にとって過ごしやすくなっている。出入り口にはどの部屋も表札と暖簾が掛けてあり、昔を思いだす。居室は全室明るく清潔で心地よく落ち着ける場所である。	
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	自分の居室から分かるように暖簾を活用したり、トイレの位置がわかる工夫を取り入れている。		

(別紙4(2))

事業所名 丸八グループホーム日吉

目標達成計画

作成日: 平成 年 月 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		散歩を日課としているが、1人1人の希望に添った外出支援が十分になされていない。	なじみの喫茶店や美容院に出かける事が出来る。	家族からの聞き取りを行いながら、本人の希望を引き出し、外出支援計画を立てる。	3ヶ月
2		防災訓練が実態に合っていない。	消防署に連絡し、実際の消火器を用いた訓練を行う。また、地域住民にも訓練に参加して頂く。	消防署への問い合わせと町内会への働きかけを行う。	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月