

### 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	2375601594		
法人名	有限会社ライフエール		
事業所名	グループホーム悠縁 1F		
所在地	愛知県愛西市甘村井町勘十田割21番地2		
自己評価作成日	平成21年11月10日	評価結果市町村受理日	平成22年1月22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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html">http://www.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html</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『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12月2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)】**

1つの”家族”となり、入居者・職員が共に支えあいながら、生活している。
-------------------------------------

**【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)】**

「自分の家族が安心して生活できるような施設、大きな一つの家族」を目指して、複合型事業所である「悠縁」を作り上げた代表者は、5年目に入った現在でも日々考え、向上できるよう支援している。代表者の熱意ある介護感に同調できる職員も同じ志で、利用者の笑顔を見るために、地域を巻き込んだ夏祭りの開催や学習療法の実施に取り組んでいる。入居時、病状の落ち着いた状態が続いた利用者でも、手厚い介護や働きかけにより、穏やかになられた方や、車椅子レベルであった利用者が、歩行ができるようになったなど、良質な介護ができてきているということが評価できるグループホームである。
--

**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)	○	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	会議等で理念についての確認をしており、管理者・職員・利用者が、1つの大きな”家族”として生活している。	利用者個人を尊重する9項目の理念が掲示される他、毎月目標とする標語を全スタッフより募集し、理念と共に掲示している。理念・標語は、毎朝読み上げており、日々の支援に反映されている。	
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	地域の清掃行事などに参加し、散歩などから地域の方と交流をしている。	地域への交流として、グループホーム全体で町内会に所属し、神社・地域への清掃などを行っている。ホーム通信(縁だより)を回覧板に入れ、その中にレシピも書いていることから、地域の方に喜ばれ交流のきっかけ作りにもなっている。	
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	回覧版に年4回の悠縁だよりを、入れさせて頂き、理解を促している。		
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	評価への取り組みや報告をし、話し合う事で、意見を交わしている。	2か月に1回開催され、行事や運営状況の報告、終末期の連携、防災などについて、話し合い、意見交換を行うことで、サービスの質の向上につなげている。	
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	定期的に連絡を取り、協力していけるよう努力している。	市役所の窓口とは定期的に連絡をとり、月1～2回行っている。また隣の津島市役所へも行き連絡を取れるようにしている。	市町村との連絡は、事業所単独で行われているが、市町村との連携を続けながら、市内の事業者とも連携していくことにも期待したい。
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	身体拘束0委員会を設置し、スタッフ一人ひとりが理解出来るよう、取り組んでいる。	身体拘束委員会が設置されており、身体拘束についての理解や対処法を身に付け、部屋や玄関に鍵をかけないケアをしている。また医療行為が必要な場合でも必ず職員の見守りで対応してきた。	
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	施設外への研修に参加している。又、日頃からスタッフ同士で注意しあったり、話し合いを行い、防止に努めている。		

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
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	管理者が制度についての理解を深め、必要に応じて活用出来るよう、話し合いをしている。		
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	解約に関する説明は、担当者が十分に説明を行っている。		
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	家族へのアンケートや意見箱の設置を行っている。	玄関には意見箱があるが、現在まで入っていたことはない。相談などはその都度行っている。またホーム独自の家族アンケートを実施しており、分析し、対応策に対しては推進会議で検討している。	
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	定期的に話し合いの場を作り、気軽に話し合える環境作りにも、力を入れている。	月1回のフロアー会議は、運営に関する意見を気軽に言える雰囲気になっており、活発な意見交換をしている。また、日々の支援のなかで、介護長が現場の声を聞き、管理者に相談する形であったり、直接管理者と話すことも多い。	
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	話し合いの場を作ったり、給料袋に一人ひとりに対して、メッセージカードを毎月入れている。		
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	積極的に研修等参加できるように、働きかけている。		
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	研修など参加を通じて、交流出来るよう、働きかけている。		

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
<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	要望を取り入れたケアプランや、信頼関係を深められるように、日々のケアに働きかけている。		
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	家族との話し合いの中で、要望などについて話を聞いている。家族が安心していられるよう、心掛けている。		
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	今、必要というサービスについて、話し合いをし、対応できるよう心掛けている。		
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	日々の生活の中で、食事作りや掃除・洗濯など、出来る事は行って頂き、“家族”として生活している。		
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	家族とのコミュニケーションを多く取り、信頼関係を深め、普段の様子など報告している。		
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	行事への誘いや、手紙などなじみの人との関係が途切れないように、支援している。	兄弟や同級生、教え子などが訪問しやすいよう、行事へのお誘いや手紙、年賀状作りなどの支援を行っている。家族の希望により、法事などの行事に参加できる支援をしている。また、家族等を招いた行事も開催されている。	
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	一人ひとりが孤立しないよう、リハビリやレクリエーションを行い、共に支え合いながら、生活できるよう、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	気軽に相談や訪問出来るよう、働きかけている。		
<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	一人ひとりの以降を優先し、最も良い暮らし方が出来るよう検討し、話し合っている。	入居時に本人、家族の意向を確認し、アセスメントする。言葉に出来ない方との関わり方には、日々の様子から表情・表現を見て確認しスタッフで共有している。	
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	アセスメント以外での情報は、面会などから、情報把握に努めている。		
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	観察をしっかりと行い、小さな変化にも早く対応が出来るよう、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	月1回行っているフロア会議で、意見を出し合い話し合っている。	アセスメントの結果、職員の意見を踏まえ、計画作成担当者が立案している。計画を立て実際に支援するなかで、申し送りノート等で、日々モニタリングしている状況である。毎月見直しを行い、状況変化時は随時見直しを行っている。	遠方の家族もいるため、初回以外はなかなか計画書についてじっくり説明することが困難な状況もある。家族の意向確認のため、継続的な働きかけを行われたい。
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	個人カルテに昼夜の様子、変化を記入し、職員間で情報を共有出来るようにしている。		
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	柔軟な支援が出来るよう、申し送りノートを活用し、サービスに取り組んでいる。		

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	地域資源を把握し、安心して楽しく生活出来るよう、ボランティア等の受け入れを行っている。		
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	月2回の往診。家族の希望のかかりつけ医は継続できるよう話し合いを行い、支援している。	契約時に意向を確認しており、往診希望ならかかりつけ医に変更してもらっている。ホームの協力医なら通院介助を行い、他科、専門科受診は家族の協力を得ており、透析などの必要な場合は医療機関の送迎を利用している。	
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	申し送りだけでなく、電話連絡など看護職と連携し協力している。		
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。	早期退院出来るよう、経過確認や安心して治療が出来るよう面会を行っている。		
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	早い段階で家族と話し合いをし、施設で”出来る事””出来ない事”についての説明をし、家族、医師との話し合いの場を作っている。	家族・医師との話し合いを行い、ホームとして、「出来ることはする」ということを家族に説明、同意してもらい、家族の理解を得ながら行っている。選択する場合、「ホームにいたい」という利用者が多く、今までに10人ほどの看取りをしている。	
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	看護師から手当での仕方や方法について、指導を受けている。		
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	年2回の避難訓練を実施している。	年2回避難訓練を行っており、実際に布団を用いて階段を降りる訓練などを行った。また、夜間の火災について話し合い、ホーム近隣4軒の方に協力をお願いすることが案に挙げられ、働きかけている。また、備蓄品は3日間ある。	

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
<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	その人その人に合った言葉掛けや対応を行い、得意分野を尊重し、自身が持てるよう対応している。	プライバシーの保護について職員は理念の共有で理解するよう取り組んでいる。一人ひとりに対してやさしい声かけに心がけるようにして、排泄時小さな声で優しく誘導しているなど、言葉かけを心得ている。	
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	自己決定出来るような、声掛けに努めている。		
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	入居者のペースに合わせ、希望に沿った支援に努めている。		
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	服装のコーディネートは本人の意向を、尊重し対応している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	準備や片付けなど、一緒に行くよう働きかけている。	食材は全て買い物であり、庭で育てた野菜も使用している。利用者の出来る範囲で調理の準備、食後の食器の片付けを利用者が笑顔で楽しくしていた。外食や行事食の日もある。	
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	一人ひとりの適量、状況を把握し、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、口腔ケアを行い、清潔保持に努めている。		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレにて排泄出来るよう、対応している。	チェック表を活用し、最終排尿の時間をチェックすることで、何時行けば良いのか排泄パターンを把握している。トイレで排泄が出来れば、利用者は気持ち良く清潔で年々パットの量が減ってきている。	
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	水分摂取や排便体操、適度な運動を行い、自然排便が出来るよう働きかけている。		
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	体調に合わせて、曜日や時間を変更するなどしている。	入浴時間は決まっていない。希望を聞き、相談しながら午前、午後に分けて入れるようにしている。入浴拒否者には清拭を行ったり、併設のデイサービスが終了してから「温泉に行きましょうか」と誘い定期的に入れるようにしている。	
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	体調に合わせ、安心して眠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	処方された薬について、処方箋を見て理解し、症状の変化の有無について、確認している。		
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	その人が出来る事を生かしたり、レクリエーションや役割など喜びが持てるよう、支援している。		
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	外出レクを利用し、出掛けている。家族の協力もお願いしながら、支援している。	女性であれば化粧品を、男性は乾電池など、日用雑貨を職員と共に買いに行っている。また、天候、利用者の体調に合わせて近くの公園他散歩に出掛けている。	



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	外出レクなど、お金を使う場面を、作っている。		
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	手紙など、その人に応じた対応をしている。		
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	四季を感じて頂けるような作品をレクリエーションで作ったり、花を飾ったりしている。	フローアは広々として明るく、居心地の良い空間となっている。車椅子や歩行器の操作もしやすい。壁には利用者の作品が貼られていたり、四季を思わせる写真が飾られており、自分の居場所、家庭を思わせる雰囲気がある。	
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	座れる場所をシチュエーション毎に考え、移動出来る工夫をしている。		
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	自宅で使っていた物など、家族と話し合い、心地よく生活出来るよう対応している。	利用者の作品が壁に貼られていたり、利用者が愛用していたテレビ台などが置いてあり、利用者の意向を大切にしている。また、ベッドではなく、敷布団で寝れるようにもしている。	
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	トイレや自室など、マークや矢印など、自分で理解出来、行動に移せるよう支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム悠縁

## 目標達成計画

作成日: 平成 22年 1月 15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	26	・介護計画において遠方の家族に対し、説明方法の検討が必要。	・家族の意向確認が出来るように働きかける。	・連絡を細めに行ないコミュニケーションを図る ・説明においても家族が納得いくまで行なう。	12ヶ月
2	13	・夜間における災害対策。	・夜間を設定した避難訓練。	・運営推進会議においても継続して地域の連携が図れるよう案をねる。 ・消防署と連携を図り、指導及び訓練の参加を働きかける。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月