

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	1192800025		
法人名	株式会社あい		
事業所名	グループホーム杜の家あい		
所在地	埼玉県入間市森坂4-12		
自己評価作成日	平成26年10月1日	評価結果市町村受理日	平成27年3月9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.kaijokensaku.jp/11/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kan=true&JigyosvoCd=1192800025-00&PrefCd=11&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区領家2-13-9-103		
訪問調査日	平成26年10月27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)】

利用者一人一人のニーズにあわせて、その人らしい生活が送れるよう柔軟に対応して日々支援しています。日々の生活の中で家族、友人との再会、外出の機会も多く自由な雰囲気です。散歩、買い物、併設施設の小規模多機能施設利用者との交流により、地域に根差した生活を送れるようにしています。平成24年度から、自治会館を会場とした「健康体操教室」を開催して、地域との交流にも努めております。

【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)】

●職員の労務管理に対して配慮がなされており、高い定着率が実現している。10代から70代までの幅広い職員構成により安定したサービスの提供に努めている。
 ●ケアプラン作成時の意見交換や申し送りなど密なる情報共有に努めており、職員のチームワークを大事にしながら連携した支援となるよう取り組んでいる。
 ●困難ケースに対して行政・地域包括支援センターよりの相談に応じるなど関係機関と協調しながら利用者の福祉に資する取り組みがなされている。また利用者情報提供書への延命措置の記載や重度化指針への同意手続きなど緊急時や重度化への措置にも対応がなされている。
 <場面観察>訪問時には外部講師を招いての書道教室が開かれており、利用者にあわせながら楽しめるよう支援がなされていた。職員が用意をしたり、腕前をほめたりしながら見守られており、充実した時間となっていた。

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	理念を誰もが目に付く場所に掲示している。また研修や会議の時に理念を振り返る時間を作って管理者、職員共に共有している。	地域密着型サービスとしての理念の周知に努めており、新人研修での指導・認知症への理解等を通して利用者の変化に対する的確な対応とチームワークを大事にした支援に取り組んでいる。	
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	日常的に散歩をし、その際近隣の方々とは話をし、交流している。また、自治会館での健康教室も引き続き行い、地域の認知度も高まっている。	自治会への加入、清掃活動への参加を通して交流がなされており、また定期で「健康体操教室」を開催するなど地域の介護予防に資する活動がなされている。	
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	散歩や行事での交流の中、障害や認知症があっても、その人らしく地域で生活していることを理解してもらえるような会話や態度を示している。		
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	地域の方、ご家族、利用者様に参加してもらい、現状の報告、問題点を話し、それぞれの目線での意見を頂き、より良いサービスの提供に生かしている。	地域包括支援センター、民生委員、区長等の方々に参加し開催がなされており、事業計画や行事の報告を中心に話し合いがなされている。	
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に取り組んでいる	市役所の担当者には、市役所に出向いた時や地域ケア会議等の機会に相談し、良いアドバイスももらっている。	法人として多種の介護サービスを運営していることから困難ケースに対して行政・地域包括支援センターよりの相談に応じている。関係機関と協調しながら利用者の福祉に資するよう数々の取り組みがなされている。	市内の地域密着型サービスや他の入所施設との連携が更なるサービスの向上に繋がると想察されており、長年の功績とその人望より実現に向け、中心的役割を担われていくことが期待される。
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	日々の申し送りやミーティングなどに於いて、身体拘束禁止について理解を深めてもらうように努めている。玄関は昼間の間は開錠して自由な出入りの機会を提供できるよう心がけている。	ゆとりある人員配置・丁寧な見守りを通して安全とのバランスに配慮しながら支援がなされている。自然豊かな環境を利用して、ゆとりのある・利用者には制限をしないケアに取り組んでいる。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待のないよう、管理者が状況の情報収集に努めている。また、社内研修でも学ぶ機会を作っている。		

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
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	管理者は本などで勉強し、勉強会、研修等で職員に成年後見制度の説明、理解を深めるようにしている。		
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	契約の際は、疑問点や不安な点を聞き、説明をしている。本人家族に理解、納得をして頂けるよう、十分に説明している。		
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	意見箱、苦情相談に対する窓口を設置して、意見要望を聞き、話し合いの場を持ち意見を反映している。利用者家族にはその都度、決定事項を説明している。	家族の要望と本人の意向の隔たり等に対しては話し合いや手紙などを通してその理解につながるよう努めている。家族からの要望もサービスの質の向上への種として感謝をもって受け止めている。	
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	定期的なミーティングを行い、職員の意見や提案を聞いている。全体ミーティングでは管理者との意見交換をしている。	ユニット別に開催がなされている職員会議では利用者個別のカンファレンスや意見交換がなされている。職員同士のコミュニケーションを図りながらチームワークの醸成に努めている。	
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	代表者は3月に職員全員と個別面談をして、本人の希望、就業形態について話し合い、希望を聞いている。資格取得の支援もおこない、やりがいを持てるような環境にしている。		
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	代表者は3月の個別面談にて職員の評価、目標設定、資格取得支援をし、必要に応じて研修を受ける機会を設けている。		
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	代表者は近隣にある施設と意見交換をし、見学も随時受け入れている。また、勉強会も行い、サービスの向上に努めている。		

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
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	事前面接で本人のニーズを把握、グループホームに於いて安心して暮らしていけるように、職員間で話し合い、情報の共有に努めている。		
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	家族との話し合い、面会、電話連絡を通して、不安なこと、要望を聞き、本人を含めた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	利用者、家族との話し合いに於いて、状況を把握し、状況に応じて他のサービスも含めて柔軟に対応している。		
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	生活の中でひとり一人を理解、尊重した支援を行い、各々が支え合い、共に生活を作り上げるよう努めている。		
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	会議、面会、電話連絡を通じて、日々の生活の中で相互のニーズを話し合い、共に本人を支えていくよう支援している。		
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	家族、友人との施設内外の自由な交流、近隣への外出の機会を持ち、馴染みの関係を継続できるよう努めている。かかりつけ医の継続受診も行っている。	家族や知人との面会への支援・日常の中で見られる利用者のこだわりや習慣を大事にし、ながらより家庭に近い環境となるよう努めている。	
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	利用者一人一人を理解し、利用者同士の関係性も把握し、共同生活に於いてその人らしさを生かせる生活を支援している。		

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	契約終了後も生活環境、介護の継続性に配慮し、利用者及び家族に対して必要な援助をしている。		
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	日々の生活の中で、利用者それぞれの要望の把握に努めている。その都度検討、実践、見直しを行い、よりその人らしい生活を送れる支援を行っている。	生活歴等に対するアセスメントや身体状況のモニタリングを通して利用者の要望や意向の把握に努めている。また把握の困難な方に対しても角度を変えたアプローチにより利用者本位のサービスとなるよう取り組んでいる。	
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	事前情報、利用者、家族との関わり合いを通じて生活歴を知るとともに、日々の個別支援に努めている。		
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	申し送り、連絡ノート、個人記録を活用し、一人ひとりの状態把握に努めている。		
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	利用者、家族、関係者との関わり合い、職員とのミーティングを通じてニーズを把握し、それぞれの意見を反映した介護計画を作成している。	利用者ごとに居室担当が定められており、居室担当から意見を反映したケアプランの策定がなされている。	
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	日常生活記録、個人チェック表、連絡帳を通じて、日々の申し送り、ミーティングにて、その都度評価、見直しを行い、介護計画に生かしている。		
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	その時々利用者、家族の状況に応じて今できることを考え、それらを柔軟に実践している。		

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	馴染みの場所での買い物、外出、小規模多機能利用者や地域住民との交流の機会を持っている。		
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	基本は、個々にかかりつけ医がおられ、ご家族同行にて受診されている。適宜グループホームでの生活の様子、体調について報告し、状況によっては職員が受診に同行している。	入居前からのかかりつけ医への継続受診を支援しており、受診同行時には日常の様子や健康状態を伝えている。事業所の看護師による健康への支援もなされている。	
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	利用者の体調、介護上不安なことなどは適宜看護師に相談、協働体制がある。		
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。	緊急時及び入院時の利用者情報提供書を作成している。また、協力医療機関との連携も心がけている。		
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	利用者、家族、主治医、代表者で、本人家族の意思確認、医師の診断、指導、施設の支援方針の協議を行い、対応方針を決定している。	入居時に重度化と終末期に向けたケアに対する指針に同意をもらっている。また緊急時のために利用者情報提供書が整備されており、延命治療についての情報等が万一の際のため準備されている。	
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	緊急時のマニュアル、看護師との連携により対応している。研修やミーティングなどで話し合いの機会を作っている。		
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	防災訓練を定期的に行っている。ミーティング等を利用し、話し合う機会を作っており、職員ひとり一人の意識を高めている。地域とも防災について話し合う機会を設け、意識を共有している。	自治会と防災協定が締結されており、地域と協調した防災体制の整備に努めている。夜間・火災等の想定がされた避難訓練が定期的なされている。	

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
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	言葉がけ、対応は利用者一人ひとりに合わせて行っている。また、一人ひとりの人格を理解することに努めている。	新人研修において接遇の指導に努めている。日々の業務の中で職員個別に指導するなど利用者の自尊心と羞恥心に配慮したケアに取り組んでいる。	
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	利用者が希望を表出しやすい雰囲気作りや、意思表示しやすい言葉かけに気を付けている。		
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	利用者本人が過ごしやすいペースで過ごせるように配慮している。		
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	利用者本人が、好みに装えるよう支援している。		
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	食事の支度から片づけまで、それぞれが出来ることを手伝っていただいている。また、カウンターキッチンで料理するので、音や香りでも食事を楽しみにしていただいている。	食事の準備や後片付けなどできることは手伝ってもらったり、作り方を教えてもらったりと皆が参加する食卓づくりを目指している。レクリエーションでのおやつ作りなども楽しまれている。	
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	食事は栄養バランスのとれた食材を配達してもらい、提供している。水分は定時(毎食前後、10時15時浴後起床後)の他、随時提供している。		
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、口腔ケアの声掛けと誘導行う。訪問歯科、歯科衛生士の指導のもと、必要な介助行っている。嚥下体操おこなっている。		

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
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	記録等をもとに個々の排泄パターンの把握に努め、支援を行っている。また、介護の工夫での改善のため日々職員間で話し合いを行っている。	時間での誘導等によりなるべくトイレの排せつできるよう支援に努めている。失禁時にも自尊心に配慮した支援となるよう取り組んでいる。	
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	研修にて便秘について勉強する。日々の体操、散歩、レクにて運動の時間を確保し、週3回牛乳を提供している。個々の状況に応じて主治医、看護師に相談しながら下剤の服用も検討している。		
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ず、個々にそった支援をしている	午後の入浴を基本とし、毎日、1日3、4名入浴している。本人に合わせたタイミングで、できるだけゆっくりと入浴していただけるように心がけている。	利用者の状況や状態に合わせた入浴の実施がなされている。事故やけががないよう見守りながらゆったりとした入浴となるよう支援に努めている。	
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	日々の利用者の状況に応じて、休息や睡眠が取れるように支援している。		
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	申し送り、ミーティング、連絡ノートを用いて、利用者それぞれが服用している薬の内容について職員間で情報共有するとともに、薬確認票を用いて誤薬がないように服薬支援と、症状変化の観察に努めている。		
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	利用者それぞれの得意、不得意を把握し、それぞれが楽しんでいただけ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支援している	毎日の散歩や外気浴、ちょっとした日用品の買い出しなど、一人ひとりの希望に沿って外出できるように努めている。また、普段は行けないような場所にも外出機会を設けることも検討企画している。	季節感に配慮した毎月の行事が事業計画に盛り込まれており、楽しまれている。また行事のほかにレクリエーションや散歩において外出する機会をもつよう努めている。	

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
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	お金の所持を希望される利用者は、本人、家族同意の上で所持し、その際は買い物の機会を設けている。		
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、電話、メール等の要望がある場合、個別支援により自由に行っている。		
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	レクリエーション作品、季節の飾り、観葉植物や季節の花々などで生活感、季節感を出すように心がけている。	いただいた花を飾ったり季節感に配慮した装飾がなされている。換気や消臭がなされており、清潔かつ感染症等にも配慮した共有空間となっている。	感染症等の対策にも注力がなされている。本年は職員全員への予防接種を予定しており、実現が望まれる。
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	テーブル、椅子、ソファを時間に合わせて自由に使ってもらっている。		
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	居室内の家具は基本的に自宅からの持ち込みが主で、各居室はご本人とご家族が過ごしやすい空間にしている。	タンスや仏壇などが持ち込まれており、利用者や家族のイメージと重なるよう配慮に努めている。日中はリビングに集うことが多いが、くつろぎ、安心できるスペースとなっている。	
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	安全、事故防止に努めながら、利用者一人ひとりが役割を持ち、積極的に行動できるように支援している。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホーム杜の家あい

目標達成計画

作成日 : 平成27年2月22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	19	ご家族への報告について、日頃のご様子についてはその都度電話や口頭で報告しているが、訪問回数が少ないご家族への報告回数が少ないため、ご家族が普段の様子を知る機会がない。	利用者様個人の月一回の報告書を作成し、定期的に報告することにより、ご家族との信頼関係を構築したい。	月一回書面にて、日頃の様子や特変事項を伝える。	3ヶ月
2					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、行を挿入して下さい。