

### 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24年7月1日	評価結果市町村受理日	平成24年10月1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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1192800025&amp;SCD=320&amp;PCD=11">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1192800025&amp;SCD=320&amp;PCD=11</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社シーサポート		
所在地	埼玉県さいたま市浦和区北浦和3-6-9		
訪問調査日	平成24年7月24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。今年度は自治会との協力事業として、自治会館を会場とした「健康体操教室」を月2回企画して6月より開催しております。地域の皆さんとの交流の場所になることを期待しております。

【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)】

【事業所の雰囲気】日当たりと風とおしの良さ・窓から見える緑豊かな自然・広い居室等によりおのびのびと暮らすことができる環境が整えられている。【安全への配慮】ひやりはっと報告書と事故報告書の集積と周知により安全と自由のバランスに配慮した見守りが実践されている。【新たな取り組み】自治会との防災相互応援協定の締結、共同の防災訓練の計画、健康体操教室の開講など地域との連携をより一層深める取り組みが積極的にの行われており、地域密着型サービスとしての使命が果たされている。

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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 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	誰もが見やすい場所に理念を掲げている。毎月の会議の時、または問題があった時、理念に立ち返った話し合いを持っている。	法人の理念を掲示し、毎日のケアの中でも振り返ることができるようにしている。管理者からの指導を心得、理念をよく理解した職員により運営がなされている。	
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	近隣の散歩を日常的に行い、地域の方からの声かけも多く、交流を深めている。施設で1カ月の行事予定を掲示板に貼り、地域の方達に参加を呼び掛けている。今年度は自治会との協力事業も立ち上げた。	今年度より月に2回、「健康体操教室」を自治会館にて開講し、地域の方々の介護予防に対して貢献が始められており、より一層の地域との交流ははぐくまれている。	
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、外出、行事等の交流により、障害を持って、認知症であっても地域での生活を同様に送っている事を理解していただくように心掛けている。		
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	地域の方々、ご家族若しくはご利用者様にも参加していただき、現状の報告や問題などを話し合い、意見を出していただき参考にした活動を行っている。	自治会・民生委員・包括支援センターの方々に参加し、定期的に行なわれている。防災協定や健康体操教室なども会議の中での提案から始められている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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実情を理解していただける様、「市役所に出向いた時」「地域包括の月に1回行われる地域ケア会議」等の機会に相談することで、良いアドバイスを受けている。	市の各セクションの担当者・地域包括支援センターの方々とは緊密な関係を築いた上で情報交換がなされており、「地域のニーズに応える介護」が実践されている。	
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	日々の申し送り等のミーティングにおいて身体拘束禁止の理解を深めている。今年度の研修計画でも予定している。	年度の研修計画を立て、様々なテーマとともに知識の研鑽がなされている。安全に配慮した中で入居者の方々が思い思いに過ごせるよう配慮がなされている。	
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	管理者や職員は、日頃から虐待の情報に関心を寄せ、情報を出し合い虐待防止に努めている。今年度研修計画でも予定している。		

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	管理者はケアマネ協議会や県や市からの配布物、本などで勉強し、パンフレットの備え付けにより、職員に成年後見の説明、理解を深めるようにしている。事例はまだない。研修計画でも予定している。		
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、不安点、疑問点をその都度説明、ご理解いただけるよう努めています。		
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、ミーティング等において話し合いを持ち意見を反映しています。家族、利用者にはその都度決定事項を説明しています。	運営推進会議や面会時に相談・要望を聞くように努め、実施に取り組んでいる。また毎月のお便りにて生活の報告がなされている。	
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	定期的にミーティングを行い、意見要望については会議録、全体会議若しくは代表者との直接の意見交換により報告している。	月に1回の職員会議において入居者の状況・ケアの確認を中心に意見交換・提案がなされている。	
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月には職員全員と個別面談し、本人の希望と就業形態について話し合い、出来るだけ希望を入れている。資格の習得は支援している。(資金面の補助、昇給等)		
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一人一人の評価、目標を立て、資格取得支援、必要に応じて研修を受けられる機会を設けている。施設内研修は今年度月1回のペースで計画実施している。		
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	代表者は近隣にある施設との意見交換、見学の機会を持っている。		

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	事前面接で本人のニーズを把握、グループホームにお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ます。		
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事、要望を聞きながら、本人も含めた関係作りに努めています。		
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おいて、状況に応じて他のサービスも含めて柔軟に対応しています。		
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	日々の生活の中で個人を理解、尊重した支援を行い、各々が支えあい、共に生活を作り上げるように努めています。		
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に支援しています。		
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に努めています。	知人・家族の方々が来てもらいやすいよう配慮がなされており、入居前の馴染みの場所の把握・かかりつけ医への継続受診が行われている。	
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、尊重したうえで共同生活においてその人らしさをいかせるように生活全般を支援しています。		

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
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て利用者及び、家族に対して必要な援助をしています。		
<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	日々の生活の中でニーズの把握に努めてその都度、検討、実践、見直しを行いその人らしい生活が送れるように支援しています。	日常の生活の会話や表情から察する・家族から聞く等によりその方の要望を把握するよう努めている。またアセスメントやマニュアルを活用する半面、頼り過ぎないよう指導がこころがけられている。	
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	事前情報、利用者、家族との関わりあいを通じて生活歴を知ると共に日々の個別支援につなげています。		
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	変則勤務時の申し送り、連絡帳、個人記録の活用により利用者の日々の状態把握に努めています。		
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てより良い生活が送れるように介護計画を作成しています。	転倒防止・自立支援を盛り込んだケアプランが関係者の意見とともに作成されている。	職員みんなの意見が反映できるようケアプランの作成・活用の研修が予定されており、実現が期待される。
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、医務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実践、評価、見直しを行い介護計画に活かしています。		
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	利用者、家族の心身の状況、希望及び置かれている環境を踏まえて、その都度今、出来ることを考え、実践できるように努めています。		

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
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	地域資源の情報把握に努めて利用者のニーズに結びつけられるようにしています。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ます。		
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	基本的には個々にかかりつけ医がいらっしゃる、ご家族同行にて受診しております。適宜グループホームでの生活の様子や体調について主治医に報告、状況によっては受診に同行しております。	入居前の主治医への継続受診を支援し、必要時には受診に付き添っている。また訪問歯科・協力病院等医療機関と連携しながら支援に努めている。	
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	利用者の体調や介護上の不安なことなどは適宜看護師に相談、協働体制があります。また、緊急時には電話連絡、相談体制整備がされています。		
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。また緊急時には協力医療機関との連携も心掛けている。この1年間で入院の事例は1件。		
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、家族の意志確認、医師の診断、指導、施設の支援方針の協議を行い、対応方針を決定する。	ホームでできることを前提に最善の方策を考慮しながら支援に取り組んでいる。医療知識についても研修においてスキルアップできるよう努めている。	
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。現在、小規模多機能夜勤者も含めて夜勤2名体制で対応している。今年度救急救命研修を予定している。		
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	防災訓練を定期的に行っている。今年度は自治会と防災協定を締結、合同での防災訓練も計画している。		

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	利用者一人一人を理解、尊重したうえで言葉かけ、対応をしています。	年度の研修において接遇等の研修が組み込まれ実施されている。重要書類についても鍵のかかる書庫にて保管がなされている。	
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	利用者一人一人特性を把握したうえで、希望や考えを伝えやすくできるように個別に配慮しています。		
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	利用者一人一人特性を把握うえで、各々の生活のペースを尊重して、その人らしい生活ができるように支援しています。		
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、家族、職員と共に好みに合わせた服装、おしゃれができるように支援しています。女性利用者が外出時にお化粧することもあります。		
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	食事はグループホームのキッチンで利用者さんと職員と一緒に調理しております。日曜日の昼食はメニュー作りから買い物も一緒におこなっております。	入居者も一緒に調理・片づけ・買物をし、皆で楽しく食卓が囲めるよう支援がなされている。	
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	配達メニューによる栄養バランスのとれた食事、利用者の食事形態に合わせた提供を行っています。定時水分補給の確保(食前、食後、10時、15時、入浴後)の確保の他に利用者様による煎茶のもてなし等の楽しみのある支援も行っています。		
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	訪問歯科、訪問歯科衛生士が週に1回訪問、職員もその指導内容により、毎食後に口腔ケアの声かけ、介助を行っている。また、嚥下体操を毎日行っている。		

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
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	アセスメント、介護記録表による個々の排泄状況の把握、支援によりできるだけトイレで排泄できるように支援しております。	排せつの記録の把握と確認により自然な誘導が心がけられており、転倒防止に配慮した支援がなされている。	
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	今年度は研修開催して便秘について学習した。日々の体操、散歩等の運動機会の確保、週3回の牛乳の飲用。個々の排便の状態に応じては主治医や看護師に相談しながら下剤(頓服)の服用。		
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	毎日入浴を実施、午後入浴を中心として1日3名～5名入浴しております。できるだけゆったりと入浴して頂くよう心がけております。	一人ひとりに合わせた清潔保持の実施とともに、転倒防止と体の状態の観察に配慮しながら支援がなされている。	
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	一人ひとりの生活習慣や体調を把握したうえで、休息、睡眠がとれる様に支援しています。		
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	薬連絡帳、薬確認表、申し送り、ミーティングを通して職員間で情報を共有しています。		
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	利用者の趣味、嗜好、生活歴に合わせて、個別の趣味、合同のレクリエーション、家事等を個人のペースで行えるように支援していきます。		
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	散歩、買い物、行事、外食等の機会を日々の生活の中で家族、職員と共に計画して行えるように支援しています。	毎日の散歩・1日おきの買物等日常生活の中での外出支援がなされており、年間で計画された季節の行事も職員・家族・地域の方々と楽しみながら行われている。	



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
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され、日常的に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、電話等の要望がある場合には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	観葉植物、季節の花々、レクリエーションの作品、アルバム(写真)等を飾り、生活感、季節感をだすようにしています。	行事の写真・入居者がつくった製作物・近所の方からいただいた花等が飾られており、窓から見える豊かな緑と日当たり・風通しのよさにより室内に居ながら季節感を存分に感じることができる。	
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	個々の用途に応じて、テーブル、ソファ、チェアを自由に使っています。		
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	居室家具は自宅からの持ち込みが主で、各居室は本人、家族が過ごしやすい空間になっています。	居室には、テーブル・椅子・筆筒など思い思いの物が持ち込まれており、家族や知人が面会に来た際も居室でゆっくりくつろぐことができるスペースが確保されている。	
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もその人らしい生活が送れるように環境に配慮しています。		

(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24年9月20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	実際の介護・支援に十分活かせるような介護計画を作成したい。	ケアに関わるスタッフ全員が介護計画作成の技法を身につけたい。	・アセスメントシートの見直し・検討 ・定期的な勉強会を開催する	12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。