

### 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	2375700792		
法人名	社会福祉法人 愛光園		
事業所名	グループホームもくせいの家(ぎんもくせい)		
所在地	愛知県知多郡東浦町緒川上荻又池58番地の1		
自己評価作成日	平成23年9月1日	評価結果市町村受理日	平成24年1月23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=2375700792&amp;SCD=320&amp;PCD=23">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2375700792&amp;SCD=320&amp;PCD=23</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	愛知県名古屋市中熱田区三本松町13番19号
訪問調査日	平成23年10月7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)】**

母体法人は昭和40年に障害者施設としてスタートし、平成8年高齢者施設を開設した。同敷地内に隣接するグループホームもくせいの家は開設して9年目を迎える。周囲は広い庭になっており、入居者・職員の方で畑の作物や多くの花が植えられている。行方不明の危険を減らすため白いラティス様の塀を周囲にめぐらしている。また職員に対する研修は、計画的に取り組んでいる。入居者の重度化は、避けられないが、母体の老人保健施設が重度化対応の施設であることから、それぞれの施設の特質をいかしていきたいと考えている。周囲に住宅が少なく地域住民との連携をとりにくい環境であったが、近隣の宅地開発が進み、地域住民との連携を深められる可能性が広がってきた。

**【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)】**

ホームは、母体法人の敷地内に立地している。ホームの玄関脇にはきんもくせい、ぎんもくせいの木がホーム名の象徴として植えられている。ホーム内の木の造りがめくもりを感じさせ、南側の庭は広く、畑もあり、利用者の散歩路にもなっている。管理者、職員も利用者の主体性、自己決定を尊重して、行事の企画、イベントなど工夫しながら支援している。また、今年度は、QC活動の取り組みとして、水分摂取を取り上げ、職員全員で実践している。さらに、夜間の勤務時間を変更し、職員の負担を減らし、利用者にも余裕をもって支援をしている。ホームでは、看取りを行っていないが、利用者が重度化した場合は、母体施設の老健施設で対応したり、緊急時も提携医と連携しながら、安心、安楽な支援体制で臨んでいる。

**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)	○ 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	入り口に理念を掲示している。理念をふまえた内容を職員会等で話している。	母体法人の基本理念を行動規範として使用し、携帯用の冊子にして、全職員が携帯している。日々の生活場面では、管理者、ホーム長が実践を見ながら確認している。また、職員研修でも取り上げて再確認している。	母体法人の基本理念をもとに、ホーム理念も職員研修で継続的に確認しながら、職員が共有して実践できることを期待したい。
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	ボランティアの方に来ていただいたり、地域の催しに出向いている。週1回の買い物や近隣への散歩を行っている。	自治会に加入し、回覧にて地域の行事を知り、毎年夏の盆踊り大会に参加している。地域の防災フェスティバルにも法人として参加、協力している。また、生け花、学習療法等、ボランティアの受け入れも行っている。	
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	あまり活動できていない。 広報誌を地域の公民館などにおいて頂いたりしている。		
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	隔月で報告を行い、意見を頂いている。最近では、「サービス向上について」意見交換する場面が多い。	会議出席者に事前に課題を提案し、活発な意見を出してもらっている。ホームからは、事故報告などもありのままに話し、家族にもリスクを知ってもらいながら意見を聞き、事故防止マニュアル作成等に活かしている。	
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	特に行われていない。	町主催の「徘徊高齢者捜索模擬訓練」に職員を参加させている。また、計画作成担当者が介護認定審査会の委員を務めていることで、その機会に担当者や情報交換等を行っている。	
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	急に、外出したくなる方がみえ、現在、昼間も外の門扉が閉められている状態である。ご家族と共に門扉の鍵が外せるよう、毎月話し合いを行っている。	毎月の職員会議で折にふれ、身体拘束に関する意識づけがなされ、職員の共有認識が図られている。玄関、門扉は施錠されているが、家族とも話し合いを重ねながら、一定時間に開錠していくことを検討している。	安全面に配慮して自由な暮らしが支援できるよう、職員と家族が話し合いながら開錠できる運びになるよう期待したい。
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	虐待防止法についての、研修を行っている。		

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
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	権利擁護に関する研修を行っている。		
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	実施している。		
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	4ヶ月に一度家族会を行い意見を伺い、運営に反映している。	年3回家族会を行い、そこでの意見を聞いたり、出席できなかった家族には訪問時に直接聞いて運営に反映させている。苦情なども管理者へ直接言うようにしてもらっている。出された意見や要望は、職員会議などで話し合っている。	
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	毎月、職員会を行い意見や提案を取り入れている。	管理者は基本的に職員の意見・提案を受けとめたいという姿勢があり、職員も職員会議や日常的にも意見が言いやすい環境にある。また、今年はQC活動の取り組みで、水分摂取の方法が取り上げられ、運営に反映させている。	
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	法人の会議にて報告を受けている。毎年人事考課後にフィードバック面接を行っている。		
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	法人・事業部内でスーパーバイザーを依頼して、研修の機会を増やしている。昨年度からからQCも取り入れ、今年度から全員参加している。水分摂取の取り組みで、法人内の研修で1等であった。		
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	本年度から管理者等が他施設の運営推進会議に出席している。		

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>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	本人・家族・ケアマネジャーからの聞き取り、訪問を行い状況把握に努めている。		
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	随時、電話連絡・面談の機会を設け対応している。		
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	家族からの申込があった場合でも、在宅生活を送れる可能性がある場合は、ケアマネジャーとも相談して、できるだけ長く在宅生活を送れるよう支援している。		
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	本人が持っている力を生かし、得意料理をつくっていただく日を設けたりして、工夫している。		
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	定期的な合同家族会を年に3回行っている。面会時に、お話を伺ったりして、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	面会に来られたときに、ゆっくり過ごして頂くよう配慮している。年に1回本人が行きたい場所にお連れする企画を行っている。	誕生日に、利用者の希望の場所へ行けるといいう支援をしている。以前住んでいた馴染みの地区までドライブに行ったり、家族の訪問時に外食するなどしている。訪問が難しい家族には、おむつ等を持ってきてくれるよう連絡もしている。	
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	トラブルが起こりそうであれば介入し、それぞれの距離感を保つことができるように支援している。		

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	本人が移った施設等に伺い、関係を保つよう努めている。退居後もボランティアに来てくださるご家族がみえる。		
<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	本人や家族から話を伺い、一人ひとりの希望や意向を実現できるよう努めている。	入居の初期段階で、本人や家族から細かく聞き、その後、担当職員や他の職員が日常会話の中から本人の要望などを把握している。また、今年より機能的自立度評価をも取り入れ、数値化して客観的にとらえる工夫も行っている。	職員が把握し記録したアセスメントをより活かすためにも、気が付いたことや変化があったことをアセスメントに追加したり、見直しをされていくことを期待したい。
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	フェースシートや生活歴シートを作成し、その方の人生を把握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	毎日バイタルチェックを行い、生活の記録をつけ、状態が把握できるように努めている。		
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	毎月の会議でカンファレンスを行い、家族の意見もお聞きし、3ヶ月に一度作成し直している。	毎月のケース会議でモニタリングし、家族の意見も聞きながら、担当者が原案を作成し、計画作成担当者が確認して、家族に同意を得ている。3か月に1回見直しを行い、急変時にはその都度見直している。	介護計画の中に、なぜこのような実践を行っているという理由を明確にされていくと、より分かりやすくなると思われる。
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	話し合いを行ったり、毎日記録にケアプランの評価を記入し、それを元に見直しを行っている。		
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	隣接の老健の機能を活用し、柔軟に支援している。		

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
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	月に一度、地域の図書館にお連れし、好きな本を選んで借りてきている。		
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	全ての人がかかりつけ医に受診している。病院医師がかかりつけ医の場合、すぐに連絡が取れないという課題がある。しかし、そのような状態の方は2名に減少してきている。	月1回定期的に、2人の提携医による訪問診療を受け、緊急時には医師に連絡し、必要な指示を受けて対応している。また、他科受診は家族が行い、緊急時の受診は職員が支援している。	
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	看護職はいない。必要な状況に応じて、訪問看護を依頼している。		
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。	病院、家族と連絡を取り情報交換している。		
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	重度化やターミナル期については、早い段階で家族と話し合いを行い、事業所で行えることを説明し、次の段階への道筋を作っている。	現状、看取りは行っていないが、ホームで提携医と連携しながらできる限りの対応をしている。重度化した時は、法人施設も含めて支援している。今後は医師・家族とも話し合いながら、もう一歩深めた支援を検討している。	
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	応急手当、初期対応の研修を行っている（年1回程度）が、さらに必要であると考えている。		
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	火災については、定期的に避難訓練を実施している。地震については、食料品の備蓄を行っている。	ホームでは、毎月1回、夜間を想定しての避難訓練を実施している。さらに、この10月は消防署立会いのもと、関連老健との連携を含めた訓練の予定もある。また、備蓄に関しても常時、米、飲み物、おやつ等を余分に購入している。	

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	十分にできているとは限らない。排泄の話題など、申し送りの内容などが入居者の方に聞こえていることがあると思う。	法人の行動規範に沿って、管理者が説明して、心地好い言葉遣いを指導している。また、申し送り時にも利用者が特定できないよう、イニシャルで表現するなどの工夫も行って、プライバシーの確保に努めている。	
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	外出先や入浴順、飲み物の提供など、本人が決める(選べる)ことはできるだけ選んでもらっている。		
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	一人ひとりのペースに合わせているつもりだが、つい職員の都合になりがちである。		
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	着替えの際、できるだけ本人に選んで頂いている。		
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	入居者に台所に入って頂き、一緒に準備したり、味見をしたりして頂いている。	食材は週1回、利用者と共にスーパー、八百屋などで購入している。また、ユニット毎でメニューの一部を違うものにしたたり、利用者と一緒に決めている。食事の準備や下膳、洗い物などの後片付もできる方は積極的に参加している。	
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	注意が必要な方は、水分量や食事量をチェックしている。必要に応じて医師等に相談し、適切な支援が行えるようにしている。		
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、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	排泄チェック表を使用し、各個人のパターンを職員間で申し送りして支援している。	排泄チェック表を使用しながら、時間誘導や見守り支援を行っている。また、個々の排泄状況に合わせながら、布の下着、紙パンツ、パッド等を利用して対応している。	
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	水分を摂って頂いたり、散歩にお誘いしている。		
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	ある程度決められた時間の中で本人の好みが反映できるように工夫している。	毎日、午後1時～6時の間で、好きな時間にゆっくり入浴支援している。入浴剤も本人の希望を聞き使用している。重度の方には2人体制で介助している。また、入浴を拒む方には、「明日にしようね」と声をかけて、工夫しながら促している。	
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	夜間、寝られないときは、声をかけたり昼夜逆転しないよう、体を動かして頂け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	薬保管ボックスに、名前・用法・用量を書いた紙があり、渡した職員がチェックする表があり、誤薬がないように努めている。		
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	お茶くみや汁の盛りつけなど、自分の役割だと思入居者を支援している。お酒を飲まれる方もいる。		
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	職員の人数により、その日の希望にはなかなか添って外出はできないが、月に何度か外出日が設けてあり、外出を楽しんで頂いている。	法人敷地が広いので、毎日のゴミ捨てに職員と一緒にいる。さらに、近くの豆腐屋に週1～2回買い物に行き、年2回の春、秋に日帰り外出の行事もある。また、誕生月には利用者の行きたいところへ出掛けるイベントなどの機会も作っている。	



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
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	ほとんどの入居者はホームでお預かりし、管理している。一部の方は自己管理され、買い物時などに使われている。		
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	電話、手紙の希望があった場合は、支援している。		
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	壁に季節の作品を飾ったりして、落ち着いて過ごして頂くように努めている。	ホーム内は開放的で、陽射しがよく入り明るい。また天井には大きな木の梁があり、ぬくもり感がある。また、ホーム中庭も広く、花、野菜などが植えられ、利用者にとっても良い散策路になっている。	
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	玄関前のソファや畳コーナーなど少し離れた場所に、ゆっくり座れる場所があり、思いに応じて過ごして頂けると思う。		
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	なじみの家具を持ち込まれている方と生活感があまりない機能的なものを持ってこられる方がみえる。	居室に表札があり、各居室に洗面所が設置されている。ベッド、布団のどちらにも対応しており、タンス、椅子等の家具類も、利用者が安らぐよう、馴染みの物をそれぞれが持ち込み、環境作りに配慮している。	
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	手すりを配置したり、手をつきやすいような家具を置いたりしている。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームもくせいの家  
(きんもくせい、ぎんもくせい)

## 目標達成計画

作成日: 平成 24年 1月 6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 (10)	介護計画の実施内容がご家族にわかりにくい部分がある。	介護計画の実施内容がわかりやすい形式をつくる。	①アセスメントを家族に提示する。 ②実施内容が伝わる工夫をする。 ③状況の変化がわかるようにする。	12ヶ月
2	6(5)	昼間、外の門扉が閉められている。	一定期間、門扉を解錠する。	①職員意識調査 1月 ②リスクを減らす工夫を検討 ③ご家族への説明 ④時間を区切って試験実施	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月