

### 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(きんもくせい・ぎんもくせい) きんもくせい		
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21年11月1日	評価結果市町村受理日	平成22年1月19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11月30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7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。職員は20代から60代と幅広くそれぞれの特性を生かして入居者に関わっている。職員に対する研修は計画的に取り組んでいる。職員も他のホームへ研修に行きたいという希望もあり積極的である。法人内には各種委員会があり事業種別を超えた活動も活発で、一つの事業形態に閉じこもらないよう視野を広げる役割も果たしている。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、最近、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)】**

知多半島の元牧場跡の丘陵地に「グループホーム・もくせいの家」がある。広大な自然に囲まれた2ユニットのホームは、隣接するデイサービス、老人保健施設等関連施設と連携を取っている。事業所の理念である「生活の主体性、自己決定を尊重しその人らしさを大切に・・・」をモットーに、管理者・職員は日々の生活の中で、一人ひとりの表情やしぐさを把握した対応がされており、利用者の表情が豊かで笑顔が絶えずなく、訪れる者の「心をほっと」させる。認知症の方が地域で普通に安心して暮らせる工夫を考え、勉強会を行ったり、地域のサポーター養成講座に出向き、認知症の理解を深める活動をしたりしている、向上心のあるホームである。

**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ます (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。	ホームを入ったところに理念である『その人らしい生活が地域で過ごせるよう』という掲示があり、毎月1回の職員会議でも繰り返し確認をしながら、役職員一体となってケアに取り組み、理念の共有と実践が為されている。	
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	近隣のスーパー等へ買い物に行くことや近隣の食堂等に食事に行っている。近隣の行事(夏祭)に参加している。	認知症サポーター養成講座の講師として、地域住民に対して認知症の理解を深めたり、地区(緒川地区)の夏祭りにも参加し、地区との交流には積極的である。スーパーに利用者と一緒に買い物に出かけたりするなど、地域住民との交流を図っている。	認知症の理解を更に深める為にも、今後は商店街、学校等幅広く認知症サポーター養成講座を行い、地域での認知症ネットワークができるような働きかけを望みたい。
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	町主催の認知症サポーター養成講座に講師派遣を派遣している。		
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、「事項防止に関して分析して1件でも減らす工夫をするよう」という意見があり、事故報告書を分析し、12月の運営推進会議で報告する予定である。	利用者代表も参加し、2か月に1回開催されている。利用者・家族から出た意見や要望を運営推進会議で検討している。「ヒヤリ・ハット」についても内容が率直に報告され、業務の改善につながる様、運営推進会議を位置づけている。	「ヒヤリ・ハット」報告にて、率直に報告している「投薬(抜薬)」対策を早急に検討することを期待したい。
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	月に2回管理者が、役場を訪れ、意見交換をしている。町主催の認知症サポーター養成講座に講師を派遣している。	管理者が介護保険認定審査会の委員をしており、最低でも月2回役場に行く機会があり、意見交換が図られ良い協力関係が築けている。市町村との連携は極めてよい。	
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	サイドレールでベッドを囲んでいる入居者があり、状況を分析し、家族とも話し合いながら、サイドレールをはずすことになった。急に、外出したくなる方がみえ、現在、屋間も外の門扉が閉められている状態である。	身体拘束に関する研修を行い、管理者・職員は身体拘束をしないケアに取り組んでいる。また、徘徊の傾向ある利用者には、GPSをさり気なく持たせているが、調査訪問当日には、念のため安全を配慮し、玄関は施錠されていた。	利用者の心身の状況を見極め、玄関の施錠頻度を下げるよう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	今年度、研修を行っていない。		
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。	家族の面会時や4か月に1度の家族会を開催(常時、10~11家族が参加する)し、意見・要望を取り入れる機会を設け、役職員ぐるみで検討し、運営に反映させるような努力がある。	今後は、「ホーム便り」の発刊等を検討し、家庭の事情により、来所頻度の少ない家族への情報発信の強化策を期待したい。
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。	職員の意見はホーム長に気楽に言える環境になっており、出た意見は職員会議(毎月第2火曜日)で検討され、解決に反映している。	
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。個々の職員には、その状況が伝わりにくい。		
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。		
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	県のブロック内の交流会が行われている。事業所間の交換研修が1件実施できた。		

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回行い、他に毎月1回「家族の日」という設定をしている。「家族の日」には、一緒にご飯をつくって、食べたり、切り干し大根作りをしたり、畑仕事をしたりしている。		
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	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。	通い慣れた美容院等に行ったり、年1度誕生日には利用者の希望を聞き、普段行けない所に行っている。以前住んでいた家に職員と訪問したり、お墓参り等、馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援している。	
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。		
<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	本人の意向を把握し、添うことができるよう努めている。	利用者の普段の生活から意向を把握し、利用者の満足度が出来るだけ上がるようなケアを実践している。また、家族と連携をとりながら、利用者と家族との関係もうまく行くような工夫もしている。	
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	いままでのライフスタイルを尊重し、なじみの生活用品を持ってきて頂くよう努めている。		
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	一人ひとりの状況を把握し、その方の力が発揮できるよう努めている。		
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	職員間で話し合い、本人・家族に提示し、よりよい介護計画の作成に努めている。	3か月に1度、課題やケアの在り方について職員間で検討し、介護計画を作成し、利用者・家族に提示している。その他変化があった場合は、随時計画の見直しを行い、現状に即したケアに取り組んでいる。	
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	個別の記録をとり、変化に気づき、その変化を共有できるよう努めている。		
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	学習療法に取り組んでいる。さらに、ボランティアの活用、有料の上乗せのサービスの検討も必要だと考えている。		

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	ボランティアの活用を進めているが、さらに工夫が必要だと思う。		
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。しかし、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。	嘱託の病院を基本としているが、入居以前からのかかりつけ医を希望する利用者については、家族の協力を得て支援している。	投薬管理についても、医療面の関連項目として改善策を期待したい。
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、本年3月辞職している。		
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。	入院の際の病院を確保している。不定期に病院のワーカーと相談を行っている。		
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	重度化した場合の対応の説明を家族会等で行っている。	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時に説明し、利用者・家族と話し合い事業所の方針を理解していただいている。現在ターミナルケアはしていないが、今後の検討課題として管理者と職員間で検討中である。	今後に向け、ターミナルケアへの取り組みを期待したい。
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、ほぼ毎月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。転倒しやすい家具の調査を行っている。	毎月1回、火災訓練を行い、夜間対応も安心して過ごせるよう職員全員が参加している。本年12月には、スプリンクラーの設置を完了した。また、転倒しやすい家具等の調査も行い、備蓄品も2週間分位保管している。	

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	「○○ちゃん」と呼ぶ場合が多くなっており、検討が必要だと感じている。	長期の利用者と永年勤務の職員が多いため、慣れ合いの関係が出る時があるので、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に気をつけるよう職員相互間で注意し合っている。	
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	外出の機会が減り、希望に添えなくなっている。		
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	食事の場所や時間をその人の好みに合わせるようにしている。		
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	本人が着たい服を選べるよう援助している。		
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	できる方、力を持っている方には、発揮して頂けるようにしている。	各人の残存能力が発揮できるよう、準備や片付け等に参加してもらっている。また、利用者の得意としている郷土料理を時々作ってもらったり、職員の得意の料理を作り、食事を楽しみになるよう支援している。	
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	過不足ないように支援している。特に、細かい観察が必要な場合は、記録をとってチェックしている。		
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、口腔ケアを行っている。定期的に、歯科にも受診している。		

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	必要な人には、排泄チェック表に記録して行っている。	必要な人には、排泄チェック表を用い、一人ひとりの排泄パターンを把握し、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。トイレ誘導は、周囲に分からないようにさりげなく行っている。	
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	食べ物の工夫、散歩等の運動を行っている。		
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	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。	日曜日以外、毎日入浴が出来る。入浴の順番は、全員が平等になるように配慮し、自宅のお風呂のようにのんびりと入浴ができる様、配慮をしている。	
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	それぞれのパターンで休んで頂いている。		
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	ある程度は把握しているが、完全ではない。服薬ミスが毎月発生している。		
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	少しの時間を生かして、歌を唄ったり、本を読んだりして工夫している。		
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	日常的な希望に添った外出ができていない。1年に1回誕生日に、本人の希望に添った個人外出を行っている。	一人ひとり、その日の希望や体調に合わせて散歩に出かけたり、家族の了解のもと自由に一人で外に出かけられるよう希望に添っている。買い物は職員・ボランティア・利用者と一緒にっており、地域の人々とも協力しながら出かけられ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
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	お金の管理がある程度できる方には、所持して頂いている。		
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	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	できるだけ清潔にするようにしているが、梁のほこりがたまってきたりして、大掃除の必要性を感じている。	オープン・キッチンで、利用者と会話をしながら調理ができ、居間の天井は高く開放感がある。廊下は広く、片隅にソファを置き、そこから庭が見え、季節感が感じられ、利用者は居心地よく過ごせるような工夫が為されている。	
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	各所にソファを設けて工夫している。		
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	本人の好みが生かせるよう努めている。	使いなれた家具等を持ち込み、利用者と家族が話し合っって配置されている。各居室の中には、洗面所があり自分で掃除のできる利用者は自分たちでしている。トイレは居室の隣にあり、便利であり、自立した生活が送れるよう配慮されている。	
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	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

## 目標達成計画

作成日: 平成 22 年 1 月 12 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	10	今後は、「ホーム便り」の発刊等を検討し、家庭の事情により、来所頻度の少ない家族への情報発信の強化策を期待したい。	ホーム便りを定期的に発行する	隔月でホーム便りを作成し、家族・近隣機関に郵送する。	0ヶ月
2	4	「ヒヤリ・ハット」報告にて、率直に報告している「投薬(抜薬)」対策を早急に検討することを期待したい。	投薬(抜薬)事故を2009年度の半数に減らす	事故分析を行う。チェックリストを新しいものにする。	2ヶ月
3	2	認知症の理解を更に深める為にも、今後は商店街、学校等幅広く認知症サポーター養成講座を行い、地域での認知症ネットワークができるような働きかけを望みたい。	年1~2回の認知症サポーター養成講座に講師派遣する	行政との共同開催に協力する。	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月