

### 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	1194200075		
法人名	社会福祉法人 神流福祉会		
事業所名	グループホーム わたど		
所在地	埼玉県児玉郡神川町大字渡瀬 1024-3		
自己評価作成日	平成22年2月11日	評価結果市町村受理日	平成22年4月20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.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do">http://www.kohyo-saitama.net/kaigosip/Top.do</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	さいたま市中央区下落合 5-10-5 V1P202		
訪問調査日	平成22年2月25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)】

その人らしい生活おこなっていただくための家です。家庭的な環境の中で、ゆっくり、楽しく、自由に暮らしていただける場です。

【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)】

職員の年齢が高く、せかせかしていないことや、コミュニケーションも良く取れていることが、入居者に親しみと落ち着きを与えている。  
 協同作業等で入居者同士の連帯感(車いすでない人が車いすの利用者を気遣う)等の使いが醸成されている。  
 近隣在住の職員も多く、事業所が地域を構成する一員となり、地域社会との不可分の関係が作られつつある。

**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)	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)	<input type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	<input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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)	<input type="checkbox"/>	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	○利用者の意思を尊重しながら、自宅に居ると同じようにゆっくりと生活していただいている。	「自由に・楽しく・ゆっくり」は「束縛しないケアをしよう」を目的に作られた理念で、理念に反する行為はその場で注意がなされ、良い行動は「ヒヤリハット」ならぬ「にやりハット」に記録される等、理念が実践に活かされている。	
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	○地域のボランティア受け入れ ○公園散歩 ○商店買い物	事業所名を公募で決めた事を始め、町内会や老人会へ参加するだけでなく、地域行事を積極的にサポートしたり、地域高齢者との食事会やバイタルチェックのサービス等を通して、施設が地域の振興に一役を買っている。	
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	○小学生とのふれ合い交流(運動会・七夕) ○地域のお祭り参加		
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	○6ヶ月1回実施 家族、利用者の要望を聞きサービスの援助につなげている。	参加者の都合の調整に手間取ることが多く、開催回数は多くないが、利用者・家族に町内会・婦人会等の地域代表と地域包括支援センターを含んで実施され、そこでの意見が運営やケアに活かされている。	
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取り組んでいる	○福祉課担当者と協力関係築いています。 ○包括支援センターのケア会議参加しています。	地域密着型サービスになってからは、利用者個々の問題を市町村の担当者から相談を受けることが多くなり、それを通して、行政との良い協力関係が築かれている。	
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	○普段玄関の施錠はしていない職員が手薄になった時間帯は必要に応じ施錠している ○身体拘束は、職員手薄の時間帯1名家族に同意を得ている。	手薄の時間帯(夜間)に、車いすのベルト着用を行っている利用者が1名あるが、何よりも利用者の気持ちが落ち着く事を最優先とし、声かけ、歩行等の気分転換を図って身体拘束をしないケアに努めている。	
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	○虐待はない。 ○各職員に注意の徹底をはかっている。		

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	○講習は受けたが実際に利用者家族の方への説明はしていない。		
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	○管理者対応にて説明し納得して頂いている。		
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	○運営会議等に参加して頂き、意見を聞き介護に反映させています。	話し易い雰囲気を作るために、運営会議後、お茶のみ会を行っているが、その時に部屋担当職員に話されることが多く、それを日常のケアに反映させるようにしている。	
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	○月一度会議開催職員の声を聞いている。 他に随時受け入れている。	日常の業務の合間や月に1度の職員会議とその後の食事会等で、ケアの方法等、具体的な提案や質問が良く出ている。予算的制約はあるが、提案を試してみることも出来ている。	
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	○職員の要望・希望を取り入れて、人員不足のない様配慮している。		
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	○研修を受ける確保を進めています。		
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	○運営者に同業者との交流する機会を希望している。		

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	○本人の希望や困っている事等をゆっくりと話を聞きながらどんな支援が心要かを考えていく。		
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	○家族に利用者の方が困っている状態を、こうなってほしいという希望を伺う。		
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	○状態を見ながら、本人に心要な支援を実践している。面会時に日頃の様子を伝える。		
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	○自分で出来る事はしていただいている。 ○洗濯たたみ、布団を敷く、車椅子を押して頂く。		
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	○面会への声掛けや日頃の様子を説明する ○毎月お便りにて日頃の状況を伝えている。		
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	○家族の面会の声かけ(友人面会) ○お墓参り ○買い物、散歩	入居前からの友人や知人が、利用者はボランティアとして来てくれることで、馴染みの関係がよく継続されている。利用者からの電話は困難だが、友人や親戚・元同僚からの電話は多く、取次の支援がなされている。	
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に関わり合い、支え合えるような支援に努めている	○集団で他の利用者の方と一緒に参加する事で 顔見知りなり安心感を持ってもらう。 (本人の意思を尊重し無理はしない)		

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	○同法人内の利用者が移動又は病院入院者と、つながりを持ち時々面会を行っています。		
<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	○その人の意思に添って自由に過ごしていただいている、必要に応じ声かけし体操、レクに参加していただく。	生活歴や職歴等も確認しながら関わりを持つようになっている。会話の成立し難い利用者とも、一緒にいる時間を長くし、一方的に傾聴することで通じ合うことを見つけ出している。	
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	○今までの暮らし方を聞きながらその人らしい生活が送れるよう支援に努めています。		
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	○バイタルチェックで毎日体調管理しその日の状態を把握し安心して過ごせるよう対応(出来る事はしてもらう、自立支援)		
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	○本人の状態を見極めその日にあった対応しています。	モニタリングはケアマネジャーと部屋担当職員で行われ、ケース会議は全職員の参加で実施され、1人が気付かないことでも他の職員が気付いたことや、相手によって反応の異なる利用者の状況を反映出来るようにしている。	
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	○個別の記録は毎日記入し情報の共有はしています。		
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	○デイサービスの実施		

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	○小学校の児童や住民の方達との交流を共にお茶会、踊り、カラオケ、余興等ボランティアさんに協力して頂いています又外出時近隣の人達と話し交流をしています。		
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1回の往診や緊急時も受け入れをしていただいています、又いつでも連絡を取りながら適切な医療を受けています。	かかりつけ医の受診は、家族が対応することを原則とし、協力医との連携体制も整備されており、利用者や家族の希望により他の医療機関の選択が出来るように支援がなされている。	
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	○看護職との協働はできている(利用者に体調不良あった時に受診しています) ○受診する程でない傷や打撲に関しては看護師が対応しています。		
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。	○主治医と密に情報交換しています。 ○入院した場合、病室や看護室に行き情報を得ています。		
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	○家族と施設での話し合いを行い利用者に苦痛がががない様又家族にも出来る限り負担のない様に心掛けたい。	家族より、終末期医療に対する指針は確認しているが、家族の気持ちも時間の経過とともに変わって行くので、往診時に医師との話し合いを継続し、現在の人員体制で、可能な限りの支援がなされている。	
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	○心肺蘇生法訓練実施しています。 ○常に常態観察行う。 ○マニュアルに従う。 ○敏速に対応する。		
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	○火災防災避難訓練と夜間想定火災防災訓練を実施、地域の方々とコミュニケーションを密にし協力を得られる様にしています。	地域の行事に参加した折に、防災・防火訓練への参加と協力要請を行い、実施している。	協力・参加をお願いするだけでなく、事業所・地域住民・消防関係・職員家族(近隣の職員が多いので)が明確な役割分担をして、地域防災協定の締結へのステップアップ等を期待します。

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
<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	○入浴時や排泄時に介護が必要な場合は職員が最小限の所で支援し、一人ひとりのプライバシーを損ねることのないよう対応に配慮しています。	長時間寄り添うことで利用者が望まないことも解るようになるので、「利用者の部屋へ入る場合は、必ずノックをし了解を得てから入る。職員同士の引き継ぎは別室で行う。」などを徹底し、望まれないことを、行わないように配慮している。	
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	○声かけをし何を希望しているかを聞いています。		
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し、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	○本人の希望を聞き一人ひとりのペースを大切にして自由に生活できる様支援しています。		
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	○隔週のエステ ○理髪 ○衣類を自分で選んでもらう。		
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	○片付けや食器洗いをして頂いている。	調理は職員が交代制で行い、出来る範囲で下ごしらえ等を一緒に行っている。行事食は、グループの特養の調理師の協力を得て、寿司やマグロの解体ショーなど、月1回大々的に行われており、利用者に喜ばれている。	
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	○粥・刻み食の提供 ○嫌いな物は代替の食事の提供		
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	○うがい・歯磨き・入れ歯毎食後口腔ケア実施、出来ない利用者は介助にて対応しています。		

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
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	○定時、随時のトイレ誘導で失禁を減らし、パット使用が少なくなるように取り組んでいる。 (排泄パターンの把握)	日中は、通常のパンツの使用を原則とし、排泄パターンの把握により、トイレ誘導を行い、自立に向けた支援が行われている。失禁時にも、いつもと変わらない様に、対応がなされている。	
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	○排便チェックの実施 ○水分を充分にとって頂く。 ○体操・歩行や繊維質の多いもの調整		
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	○曜日は決めてあるが本人の意思で他の日にも入浴可能です。	かなりの入浴介助が必要な利用者には、職員の余裕のある時間帯となってしまうが、二人による入浴介助で対応され、長時間の入浴を楽しむ方もおられる。	
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	○その人のペースに添って自由に過ごしていただいている		
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	○内服については職員一人ひとりが薬の理解し説明も受け症状の変化は看護師や医師に相談しています。		
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	○家族や本人から生活歴や好みを聞きこれらを活かした生活をして頂いています、気候を見ながら散歩、買い物、ドライブ等を支援しています。		
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	○面会時に戸外に出かける、ドライブ、食事 ○年1回家族の協力で日帰り入浴(職員同行)	日常の外出の希望は買い物の支援が一番多い。また、外食の希望も多いが、外食は家族の協力を得て支援が行われている。家族の協力は十分に得られており、温泉での入浴や芝居見物等も積極的に行われている。	



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	○一人ひとりの能力に応じた金銭管理をしてもらっています。		
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	○本人希望にて電話対応しています。 ○手紙は自分で書き家族や友達と連絡を取っている利用者もいます。		
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	○季節にあった環境作りに努めている。 ○温度、湿度調整	共有空間に飾られているカレンダーや張り絵は、利用者自身の作品であり、親しみを感じさせている。刺激が強すぎないように彩光が季節ごとに調整されており、茶室も含めて居心地の良い共有空間が作られている。	
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	○テーブルの組み合わせは気の合った人との考慮し又別にソファで一人で過ごせる様に対応しています。		
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	○自分の居宅同様に使える様に配慮し家族の協力と共に使い慣れた物を使って頂く。	ベット(洋室)に馴染めない利用者は、畳(和室)を選択出来る。馴染みの物の持ち込みや整理は、家族の協力を得て、適切に行われている。	
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	○一人ひとりが分解の様ゆっくりと説明し自立した生活が送れる様努めています。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホーム わたど

## 目標達成計画

作成日: 平成 22年 4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	13	日誌の記入に漏れがある、他の職員が読んでわからない事がある。	だれが読んでも明確に日誌を記入する。	5W1Hを使い(いつ・どこで・だれが・なにを・どのよう)に明確に記入する。	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、行を挿入してください。