

## 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	0874300841		
法人名	アサヒケアサービス有限会社		
事業所名	グループホームみやびの里		
所在地	茨城県古河市駒羽根1420-2		
自己評価作成日	平成26年1月23日	評価結果市町村受理日	平成26年6月10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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0874300841-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0874300841-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成26年3月13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)】

アットホームな環境作りと個々の能力を活かした自立支援	拘束0運動
----------------------------	-------

## 【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)】

同敷地内にショートステイを開設し、デイの利用者に合わせてショートステイの利用者との新たな交流が生まれた。デイやショートの利用者がグループホームへ移行することもあり、混乱なくホームでの生活できている。「看取りができるホーム」をホームの売りとし、職員全員が積極的に取り組んでいる。各種研修体制もできており、講師を職員が交代で行ったり、外部へ講師として出かけることもあるなど意識の高さが感じられた。介護の世界では敬遠されがちな胃ろうの方の受け入れが可能。医療連携で医療的な行為が必要な方もすべて受け入れるという。スタッフからは『病院とは違うグループホームならではのケアに家族以上に愛情を感じる』『勤務日以外の日の研修に関しても勉強になっていい』などのポジティブな発言が聞かれた。施設長の経験を活かしたチームワークのとれた職場である。
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 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)	○ 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、活き活きと働いている (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している (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	職員と共に作成した理念を毎朝利用者と唱和し共有しています。	会社の理念をホールに掲示し、利用者と一緒にみんなで唱和しており、利用者が字を読めるようになった。職員は接遇改善委員会で職員が目指すものを話し合い、わかりやすい言葉で毎月目標を定め掲示している。	
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	自治会より催しのお誘いがあり、参加をしています。施設内のイベントにも地域の方々を誘い、交流をはかっています。	老人クラブ会長、自治会長からの声掛けにより、公民館まつりに参加した。パチンコ店からの招待でパチンコ大会や誕生日会を開催してもらい、大いに楽しんでいる。大正琴や傾聴ボランティア、中学生の体験学習を受け入れている。体験者からこの仕事に就きたいとの感想を貰った。	
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・幼稚園生の見学や中学生のボランティアで認知症の話をしながら理解を深めている。町内清掃への参加。		
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	市職員、家族、地域の方々とサービス提供の報告や話しあい、意見交換を、運営推進会議で行っています。	年間計画を決め(委員の希望で土日もあり)事前に配布し定着している。行政、自治会長、民生委員、家族が出席し、最近では災害対策の話題が多く、市のハザードマップをもとに協議している。会議録あり。委員からは地域の災害や事故報告などの情報が寄せられる。	
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	成年後見人を利用している利用者への定期的訪問や認定調査があり、時にスタッフが生活状況について報告しています。	行政からは推進会議などで情報を貰える。権利擁護利用で月1回社協職員が来訪している。利用者の日常の様子を伝えたり、良好な関係ができています。	
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	年2回の社内研修で身体拘束への理解を深め、拘束なしを目指しているが、建物の構造上、やむを得ず施錠している所があります。	前期後期に分けて拘束しない研修を実施。4点柵廃止にむけ1年間検証し、事故はなかった。見守りで防げると職員も自信が付き、拘束ゼロを目指す運動を展開している。家族にもよく話し、納得してもらおう。研修は職員が30分~1時間それぞれの項目ごとに講師となる。	

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
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	ユニット会議・申し送り等で随時話し合い防止に勤めている。社内研修を実施して意識を高めている。		
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	施設内で研修を行っている。会議などでも随時行っている。		
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	契約時内容を説明している。疑問点はその場にて解消できるように努めている(施設長・ケアマネ)解約時は退去後の事を家族と相談し本人にとって最良の選択ができるよう努めている。		
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	家族の面会時、家族会で出された要望を反映出来るように職員会議や責任者会議で話し合い、反映させています。	家族会で意見を聞いたり、日常的にリーダー等が家族と連絡を取り合っている。「ご飯が少ない」との利用者からの訴えを家族から聞き、要望に応えた例がある。	
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、1階、2回の総合ミーティングをしています。	職員の意見は、スタッフ会議→リーダー会議→施設長へ届く仕組みで、勤務に関する要望が多く、なるべく添えるように努めている。思った時にその都度いう事もある。購入してほしいものなどはほぼ反映されており、駐車場の街灯を実現した。スタッフ会議には社長も出席、直接意見を聞く。	
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	キャリアアップ委員会を設けている。		
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	各職員のスキルアップに社内・社外研修の参加を勧め取り組んでいる。学んだことをレポート提出し、ミーティングで発表の場を設けている。		

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
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	多施設とも相互訪問等の活動を行い交流を深めている。		
<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	ご自宅入居先に伺い実地調査を行っている。		
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	面会時や電話などで傾聴を行い受け止めている。		
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	実地調査に伺い、相談者・施設長・ケアマネ・必要あれば管理者との話し合いのなからGH入居が適しているか十分に検討している。		
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	個々の性格、人生を知り個別支援を行い職員と共有、利用者の居場所作りを行っている。		
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	面会時には情報交換を随時行い、話し合いながら支援に勤めている。外出のお願いや、職員との買い物の同行の許可をもらうなどしている。		
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	関係性が途切れないような環境作りや声かけを行っています。	自分で下着を買いに行く利用者がいたり、デイやショートからの移行された利用者が、デイと交流している。馴染みの整体師がマッサージに来ながら利用者にパソコンを教え、パソコンで日記をつけている利用者がいる。馴染みの美容院に家族が連れて行くなど、馴染みの関係が継続できるよう支援している。	

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
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	利用者同士が助け合い、支え合うことで仲間意識が強くなっている。職員より身近にいる時は、困っている人の手助けをしている。		
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	利用者、家族が希望すれば行う。		
<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	本人や家族から情報を随時集め、その意向に添えるようにしています。	その人の思いは、表情や日々の生活の中から見えてくるものがあり、他の職員とも情報を共有している。職員が昔の話を語りかけ、忘れないように工夫している。	
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	家族・友人・知人の面会時交流を深め情報入手し職員で共有し支援している。		
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	毎朝のバイタルチェック・排泄・食事状態・夜勤者からの申し送り事項を把握し各入居者にあつた1日になるよう支援している。		
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	利用者が、本人らしい生活を送る為に、本人、家族の要望を尊重し、ケアプランを作成し、モニタリングで、毎日の評価をしています。	利用の希望を受け、初回はリーダーと施設長がアセスメントをする。アセスメント表は半年ごとに担当者が交代し、モニタリング表は毎日記入してケアマネ中心に担当者会議を行い検討する。ミーティングで振り返り、1か月後に検討するなど、介護計画には全員で取り組んでいる。	
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	日中・夜間個別のケース記録に残し共有するため業務日誌・申し送り伝言板で連絡し共有している。		

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
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	デイサービスの利用(書道等)。受信時介護タクシーの利用。		
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	傾聴ボランティア・慰問・地域中学生のボランティア・防災訓練・救命講習の参加。		
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	2週間に1回の訪問診療と、随時の訪問看護。	訪問診療と連携し、24時間対応できる。入院については家族の希望を聞きながら話し合う。ストーマや専門外来は紹介状持参で受診。家族支援が基本だが職員が付き添うこともあり、結果を家族に報告する。訪問歯科は必要時その都度依頼している。	
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	24時間体制で訪問看護に連絡可能。		
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。	ほとんどが訪問診療の主治医に紹介された病院に入院可能。入院した時は職員が病院に訪ねる。		
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、事業所の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	本人、家族の希望を重視し、医師との連携を密にとり、ケアプランを作成し、職員と共有し、支援している。	看取りまで実践している。職員は研修会で勉強している。昨年家族や友人に見守られながら看取ることができた利用者がいた。看取り期の職員協力体制もできており、不安なくケアができた。エンゼルケアも行う。現在もひとり終末期の方がいて職員は心得ている。	
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	定期的に消防・看護師による訓練を受けている。		

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
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	全職員、利用者と共に避難訓練(夜間想定も)を行っており、地震の都度、利用者の安全確認を行い報告しています。	ハザードマップにより、水害の予測される際には高齢者避難受け入れも検討中。運営推進会議でも協議している。東日本大震災を機に、グループホームでの高齢者受け入れも必要と感じている。年2回避難訓練を実施、夜間想定も行っている。消防車が来るまでにすべきことなどの助言をうけることで、新たな課題を見つけられる。個人ごとのヘルメットも用意した。	同敷地に建物ができたことで、消防車の通路や避難経路など、新たな解決すべき点が見えてきている。訓練で気づいたことも合わせて検討し、利用者の安全確保を期待したい。
<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	新人職員にはオリエンテーションとして、権利擁護の研修を行っており、職員は接遇委員会で毎月の研修を行っています。	特別な事情があり、家族から面会や外出を禁じられている方への配慮がある。言葉使いについて、接遇改善委員会でロールプレイをしながら研修を行っている。言葉使いなどは職員同士で気づくことが多い。標語を作ってホールに掲示し意識づけする工夫をしている。	
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	本人の希望・想いを普段の会話の中から表出しやすいように心がけている。		
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	個別支援、自立支援の重要性を職員全員が把握し、その人に合った支援を行っている。		
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	月1回床屋・美容師を選択し利用している。化粧をし、口紅もつけている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	毎日行っており、給食委員会が出来、利用者の好みの希望も少しずつですが、取り入れられています。	給食委員会を発足させ、栄養士中心に献立作成。食材も用意されるが、違うメニューに変更されることもある。朝と夜はホームで下ごしらえ、下膳片づけなど手伝う。外食は月1回、回転すし、ラーメンなど。誕生日会を行ったり手作りおやつを楽しんだりしている。ミキサー食、刻みなどの食形態もある。	

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
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	水分量、食事量の記入。一人ひとり食事量も違い、お粥の人、刻みの人、個々に対応している。		
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	毎食後行っている。(自分で出来ない人は声掛け誘導、介助している)		
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	残存機能の低下を防ぐためのトイレ使用の声掛けを重視しています。	基本はトイレで排泄。夜間弄便の方がいるが、見守り回数を増やし介助している。排泄パターンを把握し、声掛け、トイレ誘導しながら自立支援にむけたケアを行っている。ポータブルの人は自力で移動できる。	
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	排泄チェック表、本人確認にて取り組んでいる。		
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	希望に沿い行っています。足浴、手浴も実施しています。	ショートの大きな風呂を利用することもあり、大きな風呂で気持ち良かったとの感想。入りたくない人に一日おきに利用者が声をかけてくれる。白癬の方や拘縮の方がおり、入浴しない日は、足浴や手浴を実施。夜間帯も皮膚疾患のある方に足浴をすることもある。風呂場は利用者がぐちをはきだしたり、スタッフとホンネで話せる場にもなっている。	
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	就寝時間が個々に違うため、本人の希望、体調に応じて対応している。		
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	薬の変更は随時連絡。個々の処方箋ファイルがあり、確認できるようになっている。		

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
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	施設内外の散歩。食事作り・おやつ作り・外食・利用者同行にての買い物をしている。		
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	散歩は随時行っており、季節に応じた外出や外食も行っています。	デイの利用者となし狩り、菊まつり、桃祭りなどにでかける。散歩にふれあい館や利用者宅の庭をのぞいたりすることがある。寒いときは施設内を散歩、欲しいものがあれば買い物に行く。赤い服がはやり、買い物に出かけることになった時期があるなど、利用者の希望に沿った外出支援を行っている。墓参りや外食に家族と出かける人もいる。	
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	個々の金銭管理は事務所でやっている。		
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	本人の希望がある時は職員が対応し電話をかけている。		
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	利用者の季節ごとのイベントの写真や、心地よい居場所作りを職員、家族と話し合いをしています。	季節柄、雛飾りや利用者の作品が飾っており、写真つきメニューも掲示されている。リビングはやや狭い感じもあるが、狭いスペースの良さを活かしている。話しやすい雰囲気があり、利用者同士の会話も弾んでいた。「みんな仲良く」という人に「そうね」と相槌を打つ様子は、大家族の雰囲気を感じさせる。	
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	居間のソファで、居眠りしたり、職員と談話している。南廊下の中央の椅子に座りくつろいでいる利用者もいる。心地よい居場所作りを心がけ検討している。		
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	本人の昔からの馴染みの品や写真があり、個々のカラーがでています。	エアコン以外は自前で用意してもらう。ベッド、布団、テーブル、写真など思い思いのものを置いている。テレビもOK。耳が聞こえない利用者にはポストを用意し、職員が手紙を書いて入れている。服の入れ替えは担当者が行う。鍵をつけている方もいるなど自由に使っている。	

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
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	Pトイレの設置・整理ダンスがあり、自分で出し入れが出来るよう自立支援している。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームみやびの里

作成日:平成26年5月27日

目標達成計画

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	4	日常における地域の繋がりをより一層強化し今までの関係の継続	行政や推進委員などの関わりが深くなる事で地域社会と密接、連携した生活を送る事で入居者が安全・安心に暮らせる。又施設側でも地域の高齢者に対して災害時は受け入れ体制を作り協力する。	運営委員会による率直な意見を取り上げ内容を充実させ地域の繋がりに努める。2か月に1回推進委員会の開催の予定日を伝え了解して頂いた	12ヶ月
2	35	火災 震災 風災 水災等の防災訓練	上記の事を含め地域との協力体制を作る。	推進委員会にて地域の方たちと一緒に訓練を行うまず手始めに救急救命講習を行う。(消防署に日程依頼中)	12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。