

平成30年度

## 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	1490500376	事業の開始年月日	平成28年10月1日
		指定年月日	平成28年10月1日
法人名	株式会社 Azzurro		
事業所名	グループホーム あおぞら さくら		
所在地	( 232-0061 ) 横浜市南区大岡3-9-27		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成30年8月1日	評価結果 市町村受理日	平成30年12月3日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/">http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/</a>
----------	---

### 【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)】

グループホームあおぞら さくらは理念に基づき、ご利用者様とご家族様の気持ちに寄り添い温かな介護を目指しております。利用者様の思いや、行動を制限せず、[待つ]ことを優先し利用者様の思いに少しでも近づけるようなケアをすることを目標にしております。又、「利用者の為」「地域の為」「自分の為」出来ることから少しずつ1歩踏み出す明るいホームをスローガンに掲げ、それを実践しております。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年10月20日	評価機関 評価決定日	平成30年11月26日

### 【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)】

事業所は、京浜急行、横浜市営地下鉄ブルーラインが交差する上大岡駅から徒歩約10分に立地し、地区の公園に隣接しています。平成28年に運営法人が変わりましたが、継続してサービスを提供しています。

<優れている点>

食材は地区の生協から購入し、職員の手づくりによる温かみのある食事を提供しています。地域の防災訓練や運動会、事業所の強みを活かした認知症サポーターキャラバンへの参加など、地域との交流が活発に進められています。看取りの希望が多く、これまでも多くの看取りを実施しています。法人本部で実施している事例検討の研修で発表の機会があり、支援スキル向上の水平展開がされています。また、パーソンセンタードケアやユマニチュードの基本について研修の機会があり、日常の支援の考え方に取り入れています。

<工夫点>

記録の一部にタブレットを活用し、記録の負担軽減と紙の節約に繋がっています。介護計画については利用者別の日々のサービス内容について、それぞれ10項目ほどあり、実施したかどうかのチェックを毎日行っています。これにより、各職員は介護計画を身近にとらえ、みんなで作り上げるものという意識とともに、その利用者には何が求められているかを共有することができるようになっています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム あおぞら さくら
ユニット名	1階

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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、安心して暮らせている。 (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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
		○	3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えています。 (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. 全くいない
66	職員は、生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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	理念は玄関と事務所に掲示されている。又、月に1度のミーティングで理念を読み上げ、皆で共有している。	月に一回実施しているミーティングで理念の読み合わせをしています。会議進行の配布資料には、予め法人理念を印刷しており、会議に先立って、毎回目に触れることで理念の浸透を図っています。	
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。	町内会に所属し町内で実施される行事には参加している。また、事業所で実施される行事も町内の方の参加はある。	地区の健康福祉祭りとして、運動会が開催され参加しています。小学生や地域住民の参加があり、幅広い世代間交流の場となっています。この他、防災訓練、認知症サポーター養成講座に出向くなど、地域交流が進められています。	
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。	事業所で認知症サポーター養成講座の実施をしたり、管理者が地域に出向き認知症の方の理解を訴えている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議は年に6回実施している。そこでの意見はサービスの向上に活かされている。	運営推進会議は2ヶ月に一度実施しています。参加しているメンバーの中に事業所の庭木の手入れを手伝ってくれる人もいます。また、メンバーから、職員の顔と名前がわかるようにしてほしいとの意見があり、各ユニット入り口に顔写真を掲示しています。	
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。	市町村とは密に連絡は取ることはあまりないが、役所などから召集があれば管理者が参加し、ケアサービスに役立っている。	グループホーム連絡協議会では、事業所の施設長が役員となり年間計画を立て、実施しています。行政が推進している認知症カフェ(中島町)には毎回利用者を1名連れて施設長が参加しています。	行政とのコンタクトをより強固にしていくよう、運営推進会議で出た意見や報告書を持参し、意見を添えるなどの積極性も期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	今年度は身体拘束委員会を発足し、拘束ない介護に取り組んでいる。また、職員は身体拘束に関する勉強会などにも参加して拘束ないケアに取り組んでいる。	身体拘束廃止委員会を事業所内で発足させています。ここでは、3ヶ月に一度の頻度で会議を実施し、指針は基より各フロアで想定される案件について、意見をまとめ共有しています。各職員は、「自分がして欲しくないことは人にしない」ということを念頭に討議しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	法人内、外の研修に参加し虐待防止の周知は職員には周知されている。また、施設内に使ってはいけない言葉の拘束と称して、その文言を掲示している。		
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。	権利擁護の研修は徐々に実施している。また、後見人制度についても学ぶ機会はある。同施設でも後見人制度を利用している利用者がいる。		
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。	契約は管理者がすべて行う。また解約時の事務処理も十分な説明の上実施され理解、納得を得ている。		
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並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。	玄関に意見箱を設置しているが利用されたことはなく、疑問や問題、意見、要望があれば利用者やご家族は直接、職員や管理者に話され、内容によっては運営に反映されることがある。	日中は玄関の施錠をしていません。利用者の家族から、不審者侵入を想定した対応として監視カメラの設置に関する意見があり、法人本部で検討することとしています。この他にも面会時など、家族から気軽に意見がもらえるよう努めています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	月に1度のミーティングで意見や、提案を聞く体制である。また問題があれば、いつでも管理者が面談に応じる。	職員から出た休憩時間確保のため、合理化の一環として、記録の一部はタブレット端末を活用しています。結果として15分ほどの効率向上が遂行されています。合わせて介護記録のペーパーレス化を推進しており、紙の節約にもなっています。	
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。	キャリアアップシートの活用や、本部への意見などもいつでも話せる体制である為、職場環境の整備は徐々に改善されていると思われる。		
13		○職員を育てる取組み 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。	資格支援制度の活用や、助成金なども取り入れ研修は誰でも行ける体制である。今年度、初任者研修の資格を得るため事業所で働きながら挑戦している職員もいる。		
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つくり、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組みをしている。	法人内、外の研修に参加しているため他施設の職員との交流は図れている。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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。	契約前に相手先のケアマネや、ご家族より情報を収集し、入居前に職員同士でミーティングを実施、入居時に問題がないように本人の安心を確保する。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	サービスを開始する前に、ご家族や、関わりのあるケアマネージャーより聞き取りを十分に行い、不安のない関係づくりに努める。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	話し合いを十分に行い、必要なサービスがあれば、他のサービスを含めた対応も考慮する。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者が出来ることと、出来ないことの把握に努め、出来ることはやって頂き、出来ないことは支援する体制で、職員と共に共同生活を基本に良い関係づくりを構築する。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	ご家族の意見は尊重し、ご家族、職員と共に、全力で利用者を支える体制である。		
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。	入所してからの馴染みの人や場所は大切にし、馴染みの方との関係が途切れないように支援に努める。	利用者の幼な馴染みが遠路、ほぼ毎月来所し、温かい交流が続いています。ホーム開設10年が経過し、当初からのハーモニカなどのボランティアの人とは、顔なじみでもあり、待ちどおしい訪問者となっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	職員は利用者同士の関係性は把握している。1. 2階合同でイベントなども開催されており、利用者が孤立しないように努めている。		
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。	終末期に入り契約終了となった場合はなかなか、関係性は継続しないが、他施設などに転居された場合は相手先の施設と連絡を密にとり相談や支援に努める。		
<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。	ミーティングで個々のカンファレンスを行い、個々の希望や、意向を話し合い必要があれば、計画書の見直しも行う。	毎月のカンファレンスでは、毎月2～3名について支援内容や最近の表情観察、思いの把握について意見交換し、支援の検討を重ねています。ケース記録、連絡ノート、日々の申し送りなどから支援の対応を話し合い、共有しています。	
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。	入所前の馴染みの人や場所は大切にし、馴染みの方との関係が途切れないように支援するとともに、これまでのサービス利用の経過にも努める。		
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。	ケア確認表、排泄チェック表、日誌などを確認しながら、利用者の心身状態の把握に努める。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ミーティングで個々のカンファレンスを行い、個々のモニタリングを実施し、医師や看護師の意見も取り入れて、介護計画書を作成している。	毎月のカンファレンスで出た意見は介護計画に反映され、長短期目標や日々のケアサービスとして、個々に10項目ほどのサービス内容が計画されています。実施の有無は毎日チェックしています。これらのデータを集約してモニタリングにフィードバックしています。	
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。	個人のケース記録や日誌、看護記録などを職員間で共有し、ミーティングで個々のカンファレンスを実施し、介護計画の見直しに活かしている。		
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。	その時々ニーズは職員、管理者、ご家族、医師、看護師と話し合い、サービスの多機能化に取り組むように努力している。		
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。	ボランティアの協力を得て、時には他の地域資源も視野に入れ利用者の安全な暮らしを支援する。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	受診は基本的にはご家族にお願いしているが、ご家族の都合がつかない場合は、管理者が受診に対応している。また、往診医は月に2回来所され適切な治療を受けられるように支援している。	入居後のかかりつけ医は利用者全員が往診医となっています。また、週1回の看護師の派遣もかかりつけ医と同じ医院から来ており、医師や看護師と利用者・ご家族・職員との連携や伝達も円滑に行われています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	医師、看護師用の連絡帳があり、職員が疑問に思ったことや要望、利用者の変化を書き入れるように準備されていて、受診や往診時に適切に対応できるように支援している。		
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、また、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。又は、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。	入退院時の対応はすべて管理者が行っている。入院先の医師や看護師、ご家族と密に何度も連絡を取り、利用者が安心して早期退院できるように支援している。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化し終末期に入ると、ご家族、医師、看護師、職員、管理者が何度も話し合い、利用者にとって一番良い方針を導きだし、チームとして利用者の為に支援に取り組む。	看取りについては、家族などに対して重度化の状況に応じて話し合いを繰り返し、実施し、その方針が共有されています。現在の利用者全員が看取りまでを希望しているなど、職員を含めた事業所の支援体制について信頼を得ています。	
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。	緊急対応マニュアルは事務所に掲示されている。また年2回の防災害の訓練でAEDの取り扱いなど事故発生時の対応はしっかりなされている。		
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。	年に2回の防災害訓練で避難誘導ができる方法を学んでいる。また訓練は地域の方、ご家族、包括などの参加もあり、協力体制は万全である。	防災訓練実施時には所管の消防署長をはじめ地域包括センター職員、地域住民や家族が参加し、施設に対する理解・認識が浸透しています。車いすの利用者もいて、地震などについては室内の方が安全と判断し、避難移動しない方針としています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	個々のプライバシーに配慮した言葉がけをしている。また、施設内に言葉の拘束と称して、使ってはいけない言葉を掲示している。	利用者の誇りやプライバシーを損ねないよう言葉かけに細心の注意を払い、使用してはいけない言葉について掲示し職員に徹底しています。トイレや入浴介助については本人の要望などを考慮して対応しています。	
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。	本人に意思確認し、自己決定できる方には声をかけ、出来ない方には希望や要望を読み取るように努力している。		
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。	利用者の体調などを考慮し、個々のペースで希望に添った支援を心掛ける。		
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。	理美容の訪問は2ヶ月に1度ある。洋服は自分で選べる方は自分で選んでいただき、出来ない方は季節やそのときに合わせ支援している。		
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。	食事の支度はできる方は少ないが、食器拭きやテーブル拭きなど出来ることは活動して頂いている。また食事は季節のものを、色なども考え楽しんで頂いている	食事は外注せずに職員が順番に手作りの料理を提供しています。季節感のある食材を採り入れたり、正月にはおせち料理を作るなど、利用者にとって食事は大きな楽しみとなっています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	ケア確認表や水分チェック表を参考に個々の状態に合わせて提供している。また栄養状態が悪い場合は、栄養補助食品なども採り入れている。			
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に、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。	訪問歯科が1か月に2回訪問し口腔のチェックをしている。また口腔ケアは毎食後実施している。			
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向けた支援を行っている。	個々の排泄パターンを把握し誘導している。また、なるべくトイレでの排泄を促しているため、オムツ使用の方はあまりいない。	排泄は、トイレで行うように努めています。寝たきりにならないよう利用者の歩行支援も積極的に行ない、トイレまで誘導できるようになった人もいます。一部の利用者は夜間のみオムツを使用しています。		
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。	食事はバランスよい食事を心掛け、便秘の場合はヨーグルトや牛乳を接種して抱き、困難な場合は医師と相談の上下剤を服用することもある。			
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の時間は決まってはいるが、無理に進めることはない。体調に考慮し個人のペースで入浴して頂いている。	入浴は週2回から3回実施しています。入浴時間は午後1時30分から3時まで一人30分を目安としています。利用者の要望や状況に応じて、リフト浴や夏場のシャワー浴を採り入れています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	居室は個室である。居室の室温やリネンの洗濯などをこまめに実施し安心して眠れるように支援している。		
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。	服薬管理は薬剤師が主に実施しているが、職員も薬説の確認は義務づかれている。急変時の薬も薬剤師管理のもと常備薬が置かれている。		
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。	個々の生活歴を大切に、カラオケや音楽鑑賞、個室で手紙を書いたり、自由に過ごせるように支援している。		
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。また、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。	外出はあまりできていない状況である。しかしご家族とでかけられる方には支援している。	車いすの人も多くなり、利用者自身も施設内の庭にも出ることも嫌がる人がいて、外出の機会は少なくなっています。外出支援の一環として施設長が地域にある認知症福祉カフェに利用者を1名ずつ連れ、ランチ時に訪問したりしています。	利用者の高齢化が進み散歩などの実施は難しくなっています。外出ボランティアなどを活用し、施設の庭や隣接している公園などに同行し、外気に触れる機会を増やす工夫も期待されます。
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。	お金は施設管理で行っている。利用者が買いたいものがある場合は職員が購入している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話は事務所にあるため自由に使用できる。また個人で携帯を所持している方もいる。手紙は職員が預かり投函している。		
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。	音、光、温度は施設管理している。心地よく過ごせるように季節の花を飾ったり、壁にイベント時の写真を掲示したりしている。	リビングルームは南向きに面し明るい空間となっており、オープンキッチンを利用者とのコミュニケーションが図れる造りとなっています。フラダンスやハーモニカ演奏会などのイベント時の写真を飾り、馴染みのある雰囲気づくりの工夫をしています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	リビングにソファが置かれているため利用者同士がくつろげるようにしている。また居室は個室の為1人の空間も楽しめるように確保している。		
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。	入居前に使い慣れたものは持ち込み自由である。ただし居室に収まる程度にお願いしている。	洋服ダンスなど、利用者が使い慣れたものを居室に持ち込んでいます。歌が趣味で自分の作った歌を居室の壁に貼り付けて楽しんでいる利用者もいます。カーテン、クローゼット、エアコン、ベッドは施設が備えています。	
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」や「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。	安全に生活できるようにバリアフリーの設置や、個々の居室がわかるようにネームプレートの使用など利用者が困らないように工夫している。		

事業所名	グループホーム あおぞら さくら
ユニット名	2階

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている。 (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
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、安心して暮らせている。 (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

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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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. 全くいない
66	職員は、生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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	理念は1.2階の事務所と玄関に掲示され、月に1回のミーティング時にも理念を読み上げ、職員同士で共有している。		
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。	町内会に所属しており、地域の行事には参加している。又施設の行事にも地域の方の参加はあり、交流を深めている。		
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。	施設で認知症サポーター養成講座などを実施している。又、管理者が様々な場所や、様々な方に認知症の講座を実施し認知症の方の理解を求めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	推進会議は2ヶ月に1回必ず実施され地域住民、包括、民生委員、ご家族、で構成され毎回たくさんの参加がありサービス向上に活かしている。		
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。	区役所の定例会、町内連絡会への参加、行政主催の講習などにも数多く参加しているが、担当者との直接のやり取りはない。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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。	今年度、身体拘束委員会を発足し拘束しないケアを目指している。また、社内研修でも、高齢者虐待防止、身体拘束、権利擁護などの研修を実施している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	法人内、外の研修に参加し虐待防止の周知は職員に浸透している。また、施設内に使ってはいけない言葉の拘束と称して、その文言を掲示している。		
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。	職員は成年後見制度について学ぶ機会はある。また自施設にも後見制度を利用している利用者がいる。		
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。	管理者が入所時に親切丁寧に説明して実施している。		
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並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。	1.2階の玄関にそれぞれ意見箱を設置しているが、意見箱が利用されたことはない。ご家族様、ご利用者様は、意見があれば直接、職員や管理者に話される為、皆が良い関係性にある。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	月に1度のミーティングで法人の意向や、運営に関しての報告が管理者よりあり、意向や運営に関しての意見があれば、その場で提案できるような態勢にある。		
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。	キャリアアップ制度を活用し、年に1度面談し、職場環境の整備に努めている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	法人内、外の研修は盛んに実施している。また助成金などの活用で資格がない職員へのサポートにも努めている。		
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つくり、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組みをしている。	法人内の研修で同業者との交流を図り、サービスの質の向上に努めている。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居前にご家族や、相手施設の担当者と会い、要望等には耳を傾け、ご本人が安心して暮らせるように関係づくりに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	サービスを開始する前に、ご家族から聞き取りを十分に行い、不安のないように、要望にお応えする。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	話し合いを何度も行い、必要なサービスは取り入れられるように努力する。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	利用者の出来ること、出来ないことを把握し、利用者と共に考え、利用者も職員も家族の一員と考え、共同生活を基本に良い関係づくりを構築している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	ご家族の意見は大切にし、常に連絡は取り合い、ご家族の協力が必要なときは協力して頂き、職員と共に常に支える体制に努力する。		
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。	馴染みの方の訪問は少ないが、訪問されると、関係が途切れないように支援に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	利用者同士の関係性は職員全員が把握している。利用者同士は良い関係性にあるため、孤立することはない。		
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。	看取りで契約終了となる場合が多いため、契約終了後はあまり関係性はないが、他施設などに転居された場合などは、その後の相談や支援は出来る体制にある。		
<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。	ミーティングで個々のカンファレンスを実施し、その方に必要支援は本人本位に検討している。		
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。	入所前に情報収集し、これまでの生活歴などの把握に努める。		
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。	ケア確認表、排泄チェック表、日誌等を日々確認しながら、利用者の現状を把握する。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ミーティングで個々のカンファレンスを行い、個々のモニタリングを実施し医師や看護師の意見も取り入れ、介護計画書を作成している。		
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。	個人のケース記録や日誌に記録し、情報を共有しながら、ミーティングのカンファレンスに役立て、計画書の見直しに役立てている。		
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。	その時々ニーズは職員、管理者、ご家族を含め話し合い、必要があれば他のサービスも取り入れる。		
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。	ボランティアの協力を強化し、他の資源を活かしながら、個々に楽しみが出来るように支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	入所前からのかかりつけ医を利用するのは可能である。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	日々の重要な連絡事項は、連絡帳、看護帳、往診医帳と分けられ職員同士で共有できるようになっている。		
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、また、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。又は、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。	利用者が入院した際は、入院先の医師、看護師、施設側の医師、看護師との連絡を密にとり、ご家族の意見も考慮し、利用者が早期に退院できるように努める。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	重度化や終末期に入った場合は、何度もご家族と話し合い、利用者、ご家族の希望を受け入れながら、職員へも何度も説明を繰り返し利用者の為にチーム一丸となり、支援に取り組む。		
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。	緊急対応マニュアルは事務所内に掲示してある。また、緊急の場合に備え、職員は、年に2回防災害の訓練時に緊急対応の実践訓練を受けている。		
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。	地域の方々を交え、年に2回防災害の訓練を実施している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	個々のプライバシーに配慮した言葉かけを行っている。また、施設内に使ってはいけない言葉として〔待ってて〕〔座ってて〕〔ダメ〕の掲示物を貼り職員に徹底させている。		
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。	常に本人に意思確認し本人が意思決定できるように働きかけている。		
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、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。	利用者には、寝たい時は寝て頂く、歩きたい時は歩いて頂く、夜間帯に寝たくない時は起きて頂く、利用者の意見をなるべく尊重し、今したくないことは無理にしないように心掛けてそれを職員で共有している。		
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。	季節の変わり目、早めの衣替えの支援や、外出の際は本人の希望を取り入れ清潔感のある身だしなみを支援している。		
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。	最近ではなかなか、利用者と共に食事の支度をするのは困難な状況ではあるが、テーブル拭きや食器の片づけなど、出来ることはやっけていただいている。また、食事は全食職員の手作りで季節の旬のものを使用したり彩などには注意しながら支度している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	量や形態は個々の利用者に合わせ栄養バランスを考慮している。栄養素が不足の場合は医師と相談し栄養補助食品なども取り入れる。また水分量はチェック表を確認しながら個々の摂取量を把握している。		
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に、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。	毎食後の口腔ケアは欠かさない。口腔に問題があれば、往診医帳に記録し往診時に診察してもらえ体制性にある。		
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向けた支援を行っている。	利用者の排泄パターンを把握し、早めの声かけや、さりげない誘導でトイレの排泄支援に取り組む。また今年度、1名オムツ使用の方がいたが、トイレでの排泄を試み日中はリハビリパンツに変更になり自立の排泄が成功している。		
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。	野菜中心の食事提供、適切な水分補給、体操などに取り組んでいる。また便秘や軟便などが続くようであれば医師や、看護師に相談し指示を仰ぎ薬を使用する時もある。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴の時間は決まってはいるが、無理に進めることはない。本人の体調に合わせ、シャワー浴、一般浴、リフト浴、清拭などその時々で違う場合もある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	就寝の時間は決まっていない。居室は個室である為、休息はとれていると思われる。またリネン類の清潔、居室の室温、空調管理に配慮している		
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。	個々の服薬内容は職員一同把握している。2週間に1度薬説が来るため、職員は薬説を理解し確認後捺印を押すようになっている。また、症状の変化があった場合は、直ぐに管理者に報告する義務が生じるため薬に関しては万全である。		
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。	洗濯物のたたみや、テーブル拭き、出来ることは利用者を含め皆でやるように心掛けている。またボランティアの参加が盛んな為、1か月に1回程度の行事は利用者にとって気分転換になっていると思う。		
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。また、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。	外出はご家族の協力で行っている。外出支援はあまりできていない。隣接している公園で町内の行事ごとがあれば出かけるが、外出支援できていないのが現状である。		
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。	お金の管理は施設で行っているため、本人はお金の所持はしていない。買いたいものがあれば職員が買いに行く。		



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	電話は事務所の電話をいつでも使用できる。また携帯電話を所持している利用者もいる。手紙は職員が投函する。		
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。	音、光、温度は利用者が不快にならないように施設側で管理している。また季節の花を飾ったり、壁に行事ごとの利用者の写真を掲示したりしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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。	居室は個室である。リビングにソファが設置してあり、誰でもくつろげるよう配慮している。		
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。	入所前に使い慣れたものは、持ち込み可能である。居室内に収まる程度でお願いしている。		
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」や「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。	安全に生活できるようにバリアフリーの手すりを設置し、個々の個室は自分でわかるように、ネームプレートを使用している。		

平成30年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームあおぞら さくら

作成日： 平成 30 年 11 月 29 日

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	49	日常的な外出支援はできていない。	日常的に庭でのカフェなどを楽しめるように誰でも楽しめるような環境を整える。	まずは、施設内の庭での日光浴を実施する。天候を考慮し、1日1人を目標に遠方でなくとも、隣の公園へ出かけられるように支援する。	6ヶ月
2	5	市町村との連携、かかわり方	積極的に市町村へ出向き顔なじみとなり連携をとれるよう努力する。	郵便物などは、なるべく郵送は避け手渡しとし、相談事なども電話ではなく、出向くように心がける。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月