

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	0894400027		
法人名	社会福祉法人河内厚生会		
事業所名	グループホームあおば		
所在地	茨城県北相馬郡利根町大平260番地2		
自己評価作成日	平成26年9月9日	評価結果市町村受理日	平成27年2月9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)】

少人数の落ち着いた雰囲気の中で生活を送ることによって、認知症状の進行を穏やかにし、よりよい日常生活が送れるように支援しています。馴染みの土地で今までの暮らしを変わらずに送っていただけるよう、一人ひとりのペースに合わせた生活を提案していきます。

※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	http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0894400027-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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)】

開設からまだ数年のホームであるが、2自治会に加入するなど地域との協力関係が深まってきた。また、認知症認定医と密な連携のもとで、自然に枯れて亡くなるような看取りを行うことができている。同法人の診療所、老人保健施設、特別養護老人ホーム隣接しており、職員の研修機会も多い。専門スタッフが派遣されて筋力アップのリハビリ方法の指導を受け、車イスからの移譲が楽になった例があり、職員間の協力体制が整っている様子が窺える。利用者も安心できる静かな環境の中でゆったりした生活を送っているようであった。

【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11月18日

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 3. 利用者の1/3くらい 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		

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
I. 理念に基づく運営					
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	ユニットごとに、ゆっくりと笑顔の絶えない安心した生活を送って頂けるように心に寄り添う介護に努めています。	利用者が外出傾向にあるなどに理念を振り返り、徘徊と思わずに見守るようにしている。職員の都合ではなく、利用者優先を心がけている。職員も利用者個人を尊重し、できるだけ楽しみを感じていただけるようなケアや声かけを日常的に行っている。	
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人として日常的に交流している	もえぎ野台の自治会のイベントに入居者様にも参加していただいています。	区境のため2自治会に加入し、草取りやクリーン作戦などの奉仕活動や、イベントへのお誘いをいただいて参加し、法人主催の納涼祭には地域の方に参加してもらっている。散歩時にはあいさつを交わし、近く、老人会の方々が訪問してくれる予定がある。高校生の体験学習の受け入れも行っており、楽しそうな様子の写真が掲示されていた。今後、傾聴ボランティアを依頼したいと考えている。	
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	運営推進会議を通して理解を広めたり、近隣住民の方からの介護の相談を受けたりしています。		
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	運営推進会議で頂いた意見を職員に周知し、サービス向上に活かしています。	運営推進会議には民生委員や自治会長の参加もあり、意見交換が活発に行われ、会議録も作成している。全家族に開催案内を送っている。今後、地域包括支援センターにも出席依頼を考慮する。	運営推進会議の議事録はあるが、欠席家族や職員に対する報告がないので、文書により報告するなど、出された意見を活かすための情報の共有化を図っていただきたい。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議の参加や役場への訪問等を通して、相談や情報交換を行っています。	運営推進会議には行政担当職員が必ず参加しており、連携もできている。10/5の台風時には地域に避難警告が出され、町から住民の受け入れを依頼され、了解をするという事態があった。生活保護受給の利用者もあり、行政担当職員が訪問することもある。	
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	身体拘束に関する委員会があり、全職員に拘束についての話し合い、身体拘束をしないケアについての意識の確認を行っています。	法人内の研修委員が職員全員に「拘束とは何か、何故いけないか、言葉による拘束は」のアンケート調査を行って職員自身による振り返りを促し、集計結果を職員に配布した。玄関の施錠は行っていない。	
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	認知症の研修の中で、虐待防止について職員に周知徹底を行っています。		

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
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	権利擁護に関する制度について学んだり、会議、申し送りの中で職員間で意見交換をしています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、契約書について説明を行い、その中で意見や要望を伺い、共通理解を深めるよう努めています。		
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	運営推進会議において、家族からの意見・要望を伺う時間を設けています。	利用者からは、「家に帰りたい」「ここにいていいのか」など日々の訴えはあるが、その都度職員が対応することで落ち着くことができている。家族には毎月担当職員がお便りを送っており、面会時等にも話を聞くよう心がけている。	
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	毎日の申し送りや職員間の話し合い、職員会議で出た意見を管理者が法人会議で報告しています。	職員のアイデアにより、ミニ運動会や納涼祭を開催し、利用者は当日ばかりでなくビデオを見て何回も楽しむことができている。管理者は、職員からの意見を実現できるように会議で報告しており、職員も管理者に意見を言いやすい環境ができている。月に1回ユニット毎の会議を行い、研修にも各自1回は参加するようにしている。	
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	代表者は、法人会議等で管理者から出た意見を活かし、職場環境の充実・整備に努めています。		
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	法人内外での研修参加を職員全員に呼びかけして研修後は、実践しています。		
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	同法人内に多種多様な介護施設があり、相互に訪問する等の交流を通してサービスの向上をしています。		

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
Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	少人数でのコミュニケーションを取り、本人の訴えを理解し慣れ親しんだ関係作りを行っています。		
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	こまめに連絡を取り、自宅での生活や利用者様を取り囲む環境・背景などの話を聞く。介護への共通理解を図り、ご家族の不安や要望も聞きだせるような関係作りを行っています。		
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	在宅からの継続を主に本人の負担とならないようなニーズへの対応、歯科往診や主治医の決定支援、福祉用具の導入や環境整備に努めています。		
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	共に話し、共に行動し、暮らしの知恵を教えて頂きながら、役割をもって過ごして頂いています。		
19		○本人と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	生活用品などは持参して頂き、出来るだけ面会の機会を設けています。ご家族様参加のイベントを定期的に企画しています。		
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	ご家族や親戚はもちろん、ご近所の方にも面会に来て頂いています。	近所の方や友人の訪問もあり、お茶を用意してゆっくりと自室やリビングで対応できるように支援している。自宅付近までドライブしたり、お墓参りや初詣などに出かけている。	
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、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	一緒に趣味を持ち、お出かけの機会を増やし、共通の話題を作っています。職員も間に入り話をしたりして支援しています。		

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
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	契約が終了しても、ご家族様に対して相談に応じています。		
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	(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	日々のケアの中でコミュニケーションを取り、その人の立場や役割を職員全員で把握しています。色々なサービスを提供して、出来ることや本人の声を引き出し表情も心も豊かになれるように努めています。	今回、全利用者に対してセンター方式を導入した。担当職員は利用者と真摯に向き合い、家族にも話を聞いた。聞き上手な職員が聞いてくれることもあり、その方に対する理解や思いやりが深くなったようである。利用者や家族とのコミュニケーションも深まり、情報も共有されるようになったことで、これまで以上にその人の思いに沿ったケアができるようになった。	
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	ご本人やご家族に生活習慣や生活歴、入浴方法や食事の好みなどを聞く。ケア記録やケアプランへ記入し職員全員での把握に努めています。		
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	毎日の申し送りでケア内容を話し合い、日々の変化を追いながら、心身のケアに努めています。		
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	申し送りやケア記録を通して、状態情報の共有を行い関わりを探っています。毎月ケアカンファを行い、本人やご家族へ報告・相談し、モニタリング・介護計画作成をしています。	センター方式の24時間アセスメントまとめシートを利用したり、できる限り家族参加で担当者会議を開催し、半年ごとにケアプランを作成している。モニタリングは、ケース記録、ケアカンファレンス、家族の意向を踏まえ毎月行っている。プランのサービス内容に沿ったケアと記録が行われていた。	
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	個人記録、業務日誌、申し送りノートなどを通して情報交換を行っています。利用者様の小さな変化や気づいたことをその場で話し合い柔軟に対応しています。		
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	訪問理容、訪問診療、訪問歯科などのサービスはもちろん、状態に合わせた支援が出来る様本人の声とご家族への相談をもち、柔軟に対応しています。		

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
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	地域で行われる催し物に入居者様にも参加して頂き地域との関わりを持っています。		
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	定期的な往診と急変時の対応を行い、主治医への連絡・相談も行っています。	協力医療機関からの往診と、利用前からかかりつけ医となっている方が多い診療所からも月1回の往診があり、結果については面会時等に報告をする。家族対応で病院受診される場合は家族から報告を受けている。緊急時は診療所の指示を仰ぎ家族と連携して受診、結果は業務日誌に記録し必要に応じてケース記録に転載している。	
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	週1回の看護師による健康管理のほか、24時間のオンコール、体調変化時の受診相談等を行っています。		
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。	入院時には速やかに医療機関への情報提供を行い、入院中・退院時には相談員や看護師と情報交換をすることで、ご家族と共に状態の把握を行っています。		
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	契約時に看取りに付いての説明をし、ご家族にとっての看取りのあり方を考えて頂き、医師からの状態報告があつてから同意書への有無を頂いています。	初めて看取りを行ったあとに、診療所の医師が職員に研修を行ってくれたことで職員の不安が軽減され、現在は医師の指示のもとで家族も宿泊してくれるため、夜間も落ち着いて看取することができる体制になっている。医師とは24時間連絡が取れ、週1回の訪問看護との連携も密である。家族には契約時の説明と、本人の状況に応じて医師も交えた話し合いを行い、文書による同意を得ている。話しながら枯れるような看取りができたことが、職員の安心につながっている。	
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	救命法の研修と災害訓練を全ての職員が消防署指導の下で受けています。		
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	消防署の指導を受け、広域避難場所について、各ユニットに貼付し周知しています。	6月に行った避難訓練では声をかけた近所の方の参加はなかったが、民生委員が参加してくれ、消防署からの講評もいただいた。訓練は敷地内の同法人の特養と合同で行い、災害時等の協力体制を整えている。備蓄はホーム内と法人で行っている。非常用持ち出し品については準備を始めたところである。	

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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	一人ひとりの性格、居心地を考えた環境作りを行い、お互いの思いを大切に声かけや働きかけを行っています。	トイレ誘導は小声で話しかけ、トイレや入浴についてはドアを閉めてから行動に移すなど配慮している。接遇で家族から意見をいただいたことがあり、法人内リーダーで有料老人ホームに研修に行き、会議等で報告をして改善を図っている。	
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	今を大切に、何がしたいのかを聞いたりくみ取ったりしています。飲み物、入浴、散歩、休憩等、小さなことでも質問し、希望を聞いています。		
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、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	一人ひとりにあった一日の過ごし方、その日その日を楽しめるような遊びの提案・提供。その日に希望に添えないときは、イベントを企画して希望に添えるようにしています。		
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	起床時・入浴時の衣服の選択、月2回の整髪希望をとっている。		
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	台拭きやおしぼりたたみ、食器の片付けなど役割を持っています。献立の話しながら調理の出来ない方にも楽しんで頂いています。	敷地内の特養と月1回食事委員会を開催し、栄養士がメニュー作成し、食材も届けられる。ゴマすりやもやしのヒゲ取り等は利用者も手伝う。セレクトメニューの日や弁当、釜飯、スイーツバイキングなどを楽しむことがある。外食は年1回程度。おやつはホットプレートを囲んで手作りすることもある。職員も一緒に話しかけながら食事をしていた。	
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	食材発注は同施設内の厨房に委託し、バランスの取れた食事を提供しています。その中で、一人ひとりに合わせた食量・水分摂取方法を取っています。		
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	毎日続けられる簡単な自己ケアの提案、出来るだけ本人にしてもらい汚れの残るところを職員が行っています。定期的な歯科検診を行っています。		

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	一人ひとりに合った排泄手順の提供。本人と話し合いながら自立に近い排泄支援を行っています。	自立している方もいるが、排泄チェック表を用いて声かけなどを行っている。夜間はポータブル利用時の見守りや、2時間ごとに排尿チェックを行っている。職員はオムツの研修も受けて、排泄の自立に向けた支援を心がけている。便秘に対しては、下剤でスムーズに排便できるようにするなどの配慮をしている。	
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	個々の排便ペースを知り、水分補給や下腹部のマッサージを行い下剤調整を行っています。		
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	本人の希望する入浴日や時間を聞き、一人ひとりに合ったタイミング・好みの温度で支援しています。	基本的に週2回午後に入浴をするが、拒否的な場合は、タイミングを見て声かけをしたり、次の日に誘うなど無理強いはいしない。ゆず湯やしょうぶ湯など季節のお風呂を楽しんでいる。浴室や脱衣所の寒さ防止には浴室を温めたり、熱傷などの事故に配慮しながら、暖房器具を置くなど工夫をしている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	いままで使っていた布団を使って、その日の体調や好みの時間で支援しています。		
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	申し送りノート、個別記録等で、職員の情報共有をしています。処方薬については、処方箋ファイルに個々の処方薬と副作用についての説明書が閲覧出来る様になっています。		
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	生活暦を活かした役割の提案や夢中になれる趣味の時間、音楽・テレビ鑑賞の提供と時間で区切らず、一人ひとりに合わせた出来ることの提案（散歩・貼り絵・塗り絵・歌など）		
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	天候の良いときの気分転換の買い物や外食の企画を行っています。	散歩はお天気と本人の体調をみながら、1人から数人単位で出かける。ベランダでお茶を飲んだり、歌を歌ったりと日光浴を心がけている。ドライブなどに出かけるときは、管理者に届けを提出し、帰ってから報告書を作成している。お花見や買い物などにも出かけている。家族と一緒に出かけられる方もいる。	

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	金銭管理はご家族が行っており、個人で所持している利用者はいないが、毎月の小遣いを話し合い、購入希望にはその中から対応しています。		
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	利用者様の希望に添って対応しています。ご家族から本人への電話が多く、電話で話をしています。		
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	季節に合わせた花や飾り、行事の写真の提示。季節や温度、天気などを直に感じられるテラスの利用を行っています。	廊下が広く天窓があり、明るく、落ち着いた共有スペースになっている。職員は季節感に配慮しており草花が飾られるほか、折り紙による「大根」が吊るされており、利用者からは「干し柿」の要望が出されているとのこと。行事を楽しむ利用者の写真も多く掲示され、月毎の行事を表す作品も廊下に展示されていた。	
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	関係性に配慮した座席、席には名前をつけています。畳の部屋やフロアなど好みの場所・気分で過ごして頂いています。		
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	ご家族と相談し、出来るだけ使い慣れたものを持参して頂いています。	ベッドと物入れはホームの物を使用。特に湿度に気を配り、加湿器が各部屋に用意されていた。仏壇やテレビ、冷蔵庫を使用している方もいる。	
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	場所の名前の提示。洗面所の歯ブラシの置き場所は個々の決まったところになっています。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームあおば

作成日:平成27年2月5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	運営推進会議の議事録はあるが、欠席家族や、職員に対する報告がないので、文書により報告するなど、出された意見を活かすための情報の共有化を図っていただきたい。	運営委員会から出された意見を活かす為、文書により報告を行い、情報の共有化を図る。	・今まで継続している、ご家族様への手紙の中に議事録を同封することによって報告としたり、職員には議事録を閲覧して貰いサインをすることを実施する。	12ヶ月
2		避難訓練は、全職員に伝え行う。持ち出し物がわかるようにしておく。	全職員の参加を呼びかける。	2箇所の火元を想定し避難経路を作成し、消防署の指示を仰ぎマニュアルを作成する。マニュアルを作成したらユニット会議で配布し役割を決めて具体化する。持ち出し物(薬、お金、保険証)利用者様の連絡網を作成する。	12ヶ月
3		ボランティアの実施	利用者様の活性化に努める	社協に問い合わせ、種類などを把握し利用者様にあったボランティアを取り入れていく。	6ヶ月
4		運営推進会議に、地域包括支援も参加に入れていただきたい。	いろんな方面からの情報交換により良いケアに繋げていく為	二ヶ月ごとの会議に開催案内を送り参加していただく。	12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、行を挿入して下さい。