

(様式1)

## 1 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 23年 1月 20日

### 【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	3473300675		
法人名	有限会社 畠中商事		
事業所名	グループホームあおば		
所在地	広島県廿日市市福面二丁目8-6 (電話) 0829-56-5775		
自己評価作成日	平成23年1月20日	評価結果市町受理日	

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URL	<a href="http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3473300675&amp;SCD=320">http://www.hksjks.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3473300675&amp;SCD=320</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医療福祉近代化プロジェクト
所在地	広島市安佐北区口田南4-46-9
訪問調査日	平成23年2月18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)】

「ゆっくり、いっしょに、たのしく」を職場のモットーに掲げ、常日頃からスタッフ一同が力を入れて取り組んでいます。日常生活を行う上で、利用者が有する能力に応じて、自立した生活を営んでいただくため、利用者の思いを取り入れ、家庭的な生活を行っていただくように支援する。

### 【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)】

閑静な団地にあるグループホームあおばは、元社員寮の建物を改装(車いす専用トイレ、浴槽)され、高齢者の生活の充実に努められ、災害対策(スプリンクラーの設置、消火器、長椅子を町内会に登録)は非常時の安全な協力体制が築かれています。玄関からリビングに入ると家庭的な雰囲気の中であおばの理念、ゆっくり、いっしょに、たのしく、利用者、スタッフが一緒に穏やかに過ごされています。生活機能維持向上にも積極的に取り組まれ、共に支えあい、楽しむ生活を大切にケアの工夫をされており、施設長、管理者、職員は実践に努められています。地域ボランティアの訪問を入居者は楽しみにされ、施設が地域に受け入れられ、地域と交流がある地域密着型のホームです。

グループホームあおば

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
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。	グループホーム独自の運営方針を、事務室、スタッフルームに掲げ、理念の実現・実行して行くようにしている。また、定期的にスタッフ全員によるミーティングを開催し、理念の目的達成のための話し合いを行っている。	あおばの目指している理念を職員一人ひとりが理解し、全員が参加するミーティングでは共通意識を確認し日々の実践に取り組みされている。	
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。	自治会に加入し、地域の会合・行事・会議・活動へ参加し、交流を深めている。近所、近隣の方から花・果物・野菜等を頂くことが有り、近隣の方々の理解も日々深まっている。	開設当初から自治会に入り、行事に参加され、地域の方と交流があり理解されている。近隣の方が家庭菜園で作られた花、野菜、果物などを持って来られる事が度々ありボランティアの訪問もありハーモニカ、ギター、ピアノの演奏は入居者の楽しみになっている。	
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。	運営推進会議、地域の会合・会議等の機会に、地域の高齢者等の悩みや、対応策を聞き、アドバイスをしている。		
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2箇月毎に開催しており、利用者へのサービス、取組みを報告し、意見を聞きながら今後のサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回の運営推進会議に町内会役員、民生委員、市役所職員、グループホーム職員の参加でホームでの状況報告をされ、参加者から認知症についての質問(薬、使用状況)があり、ホームでのサービスの取組みを報告される。参加者の多くの意見を聞きサービスの向上に活かされている。	
5	4	市町との連携 市町担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実績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組んでいる。	廿日市市役所、廿日市市役所大野支所とも連絡を取り合っており、市主催の研修にも参加している。	廿日市市役所、廿日市市役所大野支所と連携を保ち研修の情報を得て参加するよう努められている。	
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。	身体拘束は行っていない。しかし職員全員が「禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しているとはいえない。	身体拘束については認識されており、日頃から職員は確認をし、ミーティングでも日々のケアの取組みについて話し合いがされる。	
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。	グループホーム職員研修、グループホーム交流会等に参加し、虐待防止・身体拘束の防止に向けた意識の向上に日々取り組んでいる。		

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
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。	地域福祉権利擁護事業や後見人制度について学ぶ機会はないが、制度についての理解はしている。現在、入居者には家族が求められるため制度を利用されている入居者はいない。		
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。	契約の締結、解約については、入居時に理解されるよう説明し、解約時においても納得されている。		
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。	「ご意見承り箱」を玄関に設け、意見・不満・苦情等を伺うように設置している。また、直接伺った意見・要望に対しては、速やかにスタッフで話し合い出来ることは速やかに行っている。	入居者の気持ちを受け止められるよう、家族と話し合いがされている。家族からの苦情はないが、要望があれば職員で話し合い運営に反映されている。	
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。	定期的に、スタッフ全員によるミーティングを開催し、運営に関する意見、提案を検討し出来ることは反映されている。	2ヶ月に1回の全員参加のミーティングでは意見や提案を聞き、良い提案が反映されるよう取り組まれている。	
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。	管理者や職員の意見を尊重し、出来ることについては摂りいれている。また、勤務状況にも気を配り、時間外労働手当等についても漏れなく支給している。		
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。	入居者一人ひとりの趣味・嗜好・性格等の把握をする事を基本として、各種研修の受講を受け、日常生活の世話、機能訓練を行うようスタッフを育てている。		
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。	定期的で開催される「グループホーム交流会」に参加し、同業者との意見交流、勉強会等を行い、サービスの質の向上ができるよう取り組んでいる。		

グループホームあおば

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
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		<p>初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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。</p>	<p>入居時に、本人の希望、家族の希望をよく聞き、入居後における不安、困ったことを聞く機会を作り、ケアプランにも採り入れ対応している。</p>		
16		<p>初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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。</p>	<p>家族が気軽に訪問でき、グループホームのスタッフとの信頼関係ができるよう、生活の様子や健康状態を常に報告している。</p>		
17		<p>初期対応の見極めと支援</p> <p>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。</p>	<p>入居者と家族の要望を聞き、他のサービスを希望される方には、デイケア、定期的なリハビリ受診等希望に添えるように努力している。</p>		
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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。</p>	<p>食事作りや家事、作業などを一緒に行うことでコミュニケーションを図るようにしている。食事のメニュー、料理方法、味付け、植物の育て方、野菜の作り方等を入居者から聞きながら行うこともある。</p>		
19		<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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。</p>	<p>常に家族と連絡を取り、また面会時には本人を交えて話し合い、支えて行く関係を築いている。</p>		
20	8	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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。</p>	<p>馴染みの人との関係意地のため、面会時には一緒に居室で食事等をして頂いたり、外出の支援もしている。</p>	<p>馴染みの関係が維持できるよう、家族と一緒に外出や食事をされるなど入居者の意思を大切にした関係づくりを支援される。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>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。</p>	<p>入居者同士がより良い関係を築けるようコミュニケーションのきっかけを作ったり、関係が壊れないように努力している。</p>		
22		<p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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。</p>	<p>退去後においても出来る限りの支援をするため、面会等を行っている。しかし、徐々に疎遠になっている。</p>		

グループホームあおば

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
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	思いやりや意向の把握 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。	本人から聞き取れる場合は、直接本人から希望や意向を聴くようにしている。また、日常の会話からも本人がどのような希望や意向を持っているのかを推し測るようにしている。聞き取りが困難な場合も態度や仕草から思いを感じ取るよう努力している。	利用者の、何がしたいという希望を把握するよう気をつけられている。意思、表出が困難な方は家族の意見も聞き、できるだけ良い思いで暮らせるようその方の思いに関心を寄せるよう支援される。	
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。	入居時に詳しくモニタリングしている。また入居後もなるべく本人、家族から情報を得て本人のこれまでの暮らしを把握するようにしている。		
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。	日々の状態を詳しくケア記録に記入するようにしている。また、スタッフが日常で気付いたことをミーティングやケアカンファレンスで話し合うことで複数の視点から総合的に把握するようにしている。		
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。	定期的なモニタリングにより本人、家族と話し合いながら介護計画を見直している。また、スタッフミーティングの場でスタッフ全員でカンファレンスを行うことなるべく多くの人の意見やアイデアを介護計画に反映させるようにしている。		
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。	一人ひとりのケア記録を作成して日々の様子など詳しく記録するようにしている。また、気づきや工夫などはカンファレンスノートに記入することで情報を共有し実践や介護計画に活かすようにしている。		
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。	現状では多機能性は備えていない。今後ニーズが高まれば検討したい。		
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。	徘徊のある方は本人や家族等の了解を得て地域の「SOSネットワーク」に登録するなどして、地域機関と協力しながら支援している。また、地域の老人会の会合への参加、ピアノ、ハーモニカ演奏、手品、など地域の方のボランティアにも支えられている。		
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し、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。	入居時に、本人の及び家族と話し、希望を聞き、出来る限りの希望医療が受けられるよう支援している。	入居者、家屋の希望を聞き、かかりつけ医以外の医療も受けられるよう医療関係者と連携し、適切な医療が受け入れられるよう柔軟な支援をされている。	

グループホームあおば

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。	心身の変化等があった場合、気楽に相談できる提携医療機関があり、医師、看護職にも相談しながら対応している。		
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。	入院治療となられた場合には、主治医との連携を密にして、早期退院に向けた情報交換を行っている。		
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。	重度化した場合や終末期のあり方については、主治医及び家族との話し合いを持ち、納得のいく結論を出し、職員にその方針を伝えている。	重度化した場合や終末期に向けての方針は入居時に家族の意向を聞き、同意を得られているが状態に変化があれば医師、家族と話し合い職員はその方針を共有される。	
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。	研修や訓練を受けている職員もいるが、まだ受けていない職員もいる。		
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。	避難誘導訓練を実施することで、職員が災害時の避難方法を身につけられるように努力するとともに、地域の協力も得られるよう働きかけている。また、消火器・長椅子についても町内会に登録し、非常時には、いつでも使用できるようにしている。	夜間を想定して消防署の指導のもとに通報、消火、避難を実施し、今回は8分で誘導避難をされた。日頃から少数の職員で避難誘導を意識して実践的な訓練がされている。	
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。	スタッフミーティング等を通して優しく穏やかな言葉かけや対応を職員に呼びかけている。また、ケア記録は本人や家族等に読んで頂いても失礼のない丁寧な表現で、他の入居者の個人情報かわからないよう書くように指導している。	一人ひとりのプライバシーを損ねるような言葉や対応についてミーティングでも話し合い、常にやさしい言葉かけがされています。	
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。	一人ひとりが自己表現できるように、本人を中心としたケアプランを作成するように努力している。また、介護スタッフはケアプランに従った援助をするようにしている。		
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。	大まかな一日の流れはあるが、なるべく一人ひとりの意思や希望に添って、その日をどのように過ごすかを決めている。散歩や買い物なども職員の都合で決まった時間にせず、入居者と相談しながらするようにしている。		

グループホームあおば

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
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。	本人の希望に応じて、可能な範囲であれば少し遠方の行きつけの美容室などへも外出している。		
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。	献立や調理方法、味付けなどを相談しながら作っている。また、出来る方には料理の下ごしらえや配膳、下膳を手伝って頂いている。	食事は食べ易く調理されていた。昼食の藕を刻み、トロミをつけるなどその方に合った食事が提供されている。行事食も多く(おせち料理、ひな祭り、誕生会、クリスマス会)手作り料理が提供され、外食(回転寿司、レストラン)も楽しみにされている。	
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。	食事や水分摂取量を記録して一人ひとりの状態をはあくするようにしている。ただ同じ献立を全員に提供するのではなく、一人ひとりの好みや習慣、希望に応じて個別に食事や飲み物を提供するなどして栄養、水分の摂取を支援している。		
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。	一人ひとりの能力に応じて声を掛けたり、介助したりしている。起床後と寝る前には適切に行っているが、毎食後に必ず行っているわけではない。食後ではないが日中も外出やトイレの後にはうがいをしてもらっている。		
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。	失禁のある方も紙パンツや尿取りパットのみで対応するようにしている。また、定時のトイレ誘導ではなく、一人ひとりの排泄パターンにあった援助を心掛けている。	利用者の個々の排泄パターンを把握し、声かけやトイレ誘導がされ自立に向けた支援をされる。	
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。	普段より食物繊維の多い食物を献立に入れるようにしたり、水分摂取や運動を働きかけたりして手助けしている。また入居者の排便の状況を記録しており、必要に応じてセンナ茶を提供したり服薬の補助をしている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴日と入浴時間は概ね決められているが、入浴日以外でも希望があればできる限り対応する。また、足浴の希望には随時対応しており、専用の足浴機もある。	一週間に夏は3回冬は2回と決められているが、希望があればいつでも対応される。足浴機はいつでも使えるよう常時対応されている。	
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。	一日中、自由に居室を使用するようになっており、休息をとることができる。自分で移動できない方は、様子を伺いながら適宜に居室やソファへ誘導するようにしている。		
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。	入居者が飲んでいる薬の詳細な情報は一人ひとりのケアファイルの1番上にわかりやすくファイルしており、職員はいつでも確認することができる。また、常備している頓服薬なども用法を間違えないように詳細な情報を添えて保管するようにしている。		

グループホームあおば

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
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。	花の手入れ、生け花、菜園での野菜作り、メダカの飼育等、入居者が自分で役割を持てるように支援している。また、ピアノ演奏による音楽療法やカラオケ、塗り絵等の多様なレクリエーションを提供している。		
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。	一人ひとりのその日の希望にそって散歩や買い物、屋外での活動ができるように支援している。	希望にそって散歩、買い物の支援がされている。外食、紅葉狩り、地域の盆踊り、お祭りや年間行事のレクリエーションがあり出かけられよう支援がされている。	
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。	一人ひとりの能力に応じて所持する金額や保管する場所を決めるようにしている。また、買い物の相談などにも応じている。		
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。	本人宛の手紙は直接渡すようにしている。必要に応じて、手紙の内容を理解することが難しい方への説明や手紙を書いたり、出したりするときの援助をしている。電話は、携帯電話を持ち込んで自由に使用することができる。自分で電話することが難しい場合は希望に応じて援助している。		
52	19	居心地の良い共用空間づくり 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。	共用の生活空間が違和感や威圧感を感じさせず、家庭的な雰囲気を出すよう配慮しており、調度や設備・物品・装飾にも家庭的な雰囲気を出すよう心掛けている。また玄関周りや建物の周囲に花を植えたり、室内に花を飾るなど季節感を採り入れるように心がけている。	建物のまわりや玄関に花があり、リビングには手作りの手芸、カレンダー装飾が飾られ家庭的な雰囲気の中、ソファでいつでも休める場所は居間みんなで集まってゲームや体操などされて、気軽に過ごせる場となっている。	
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。	職員がリビングの座席を指定して名前を貼ったりせずに入居者が自由に思い思いの場所ですごせるようにしている。またリビングの片隅にソファを置いたり、廊下や洗面所にもイスをおいたりして気軽に独りで休憩できるように配慮している。		
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。	備品や持ち物はなるべく本人が使い慣れたものを継続して使用できるように相談している。また居室内のレイアウトや備品の配置は安全上問題がなければ本人の希望に応じて自由にできるようにしている。	本人、家族と話し合い使い慣れた持ち物、家族の写真などが持ち込まれ、落ち着いて安心して過ごせるよう工夫されている。	
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」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。	できるだけ安全に自立した生活が送れるように浴室やトイレを改修したり、手摺りや滑り止めを設置したりしている。また一人ひとりの状態に合わせて家具、備品の配置や室内の改良などにも配慮して自分でわかりやすいように配慮している。		

グループホームあおば

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。		ほぼ全ての利用者の 利用者の3分の2くらい 利用者の3分の1くらい 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		毎日ある 数日に1回程度ある たまにある 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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した表情や姿がみられている		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが ほとんどいない
60	利用者は、戸外への行きたいところへ出かけている		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての家族と 家族の3分の2くらいと 家族の3分の1くらいと ほとんどできていない

グループホームあおば

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		ほぼ毎日のように 数日に1回程度 たまに 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や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		大いに増えている 少しずつ増えている あまり増えていない 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている		ほぼ全ての職員が 職員の3分の2くらいが 職員の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての利用者が 利用者の3分の2くらいが 利用者の3分の1くらいが 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		ほぼ全ての家族等が 家族等の3分の2くらいが 家族等の3分の1くらいが ほとんどできていない

(様式2)

2 目標達成計画

事業所名 グループホームあおば

作成日 平成 23年 2月 18日

【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	47	・処方薬の落下がある。	・確実な服薬をする。	・手渡しした薬が確実に服薬されたことを確認する。	1週間
2	34	・居室での転倒が多い。 ・歩行時の転倒が多い。	・転倒を防止する。	・必要な箇所に手摺を設置する。 ・杖歩行の励行。 ・必要により4点杖を使用していただく。	早急に
3	6	・徘徊がある	・徘徊を防止する。	・玄関にセンサーチャイムを設置する。 ・モニターテレビを設置する。 ・夕刻から玄関鎖錠。	早急に
4	44	・排便のコントロールができない。(便秘)	・定期的な排便。	・排泄パターンの把握。 ・医療機関との連携 = 排便薬の使用。 ・食事の改善。	1箇月
5	41	・食事量が多くなり肥満になる。	・ベストな体重を維持する。	・カロリーの高い食事は極力少なくする。 ・適度な運動をする。	2 ~ 3箇月
6					
7					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。