

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27年10月1日	評価結果市町村受理日	平成28年1月14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)】

開設から3年半、利用者の今に寄り添い、安心して日常生活が送れるよう、支援しています。周りの静かな環境のなかで、四季を感じて頂けるよう、お花や野菜を育てたり、外出、外食で気分転換を図り馴染みの土地で今までの暮らしが送れるよう支援しています。

※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.kai.gokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=0894400027-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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27年11月16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)】

敷地内に、母体法人が経営する地域密着型特養が隣接し、老人保健施設と診療所があり、連携が図られている。住宅地のはずれの広い敷地に建つホームで、庭先のお花やホーム内の作品が季節を感じさせてくれる。利用者もお話をしながら和やかに過ごされ、職員も利用者と一緒に作品作り、野菜作り、レクなどを楽しんでいた。訪問医は認知症への理解が深く、連携して看取りを推進してくれるため利用者もご家族も安心して過ごしているようであった。

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)
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)
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)
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 (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)
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
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
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	各ユニットごとに、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職員一人ひとりが心に寄り添う介護に努めています。	ユニットに掲示、全職員に名刺大に印刷して配布している。3年半が経過しているので、改めて職員と一緒に読み直して必要があれば新しい理念を考たい。職員は、慣れてきた時に振り返りのために見ている、と話していた。	職員は理念に沿った支援を心がけているが、より質の高い支援をめざし、理念について定期的に話し合う機会を設け、家族など来訪者にも目立つように掲示していただきたい。
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	常総の氾濫があり外での納涼祭は中止しホーム内で縮小して行った。ボランティアの方に来て頂きお花作り、習字などを行い交流をしている。	今年の納涼祭は規模を縮小したが、職員手作りの料理でもてなし、家族と一緒に楽しく開催した。地域の方は、老健や特養に来てもらった時に交流している。毎月行うイベントに大正琴やマジックなどのボランティアが参加してくれる。高校生の体験学習も毎年数人の訪問がある。	
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	運営推進会議において意見交換を行い、得た情報をもとに介護に役立てている。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	2ヶ月に一回運営推進会議を開き、その議事録をご家族に送付し、又職員に閲覧してもらい情報の共有化を図っている。地域包括が福祉課と一緒に交替で出席している。	自治会代表や民生委員が参加して運営推進会議を開催している。家族に通知し、数人の参加がある。ホームでの活動報告、質疑応答、意見交換を行っている。会議録を作成して、不参加の家族にも報告をしている。	
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、相談や情報交換をおこなっています。	役場に出向いた時には、高齢福祉課、地域包括、生活保護担当を訪ねて事務連絡等を行い、連携を図っている。11月15日は包括からの声かけがあり、介護フォーラムに出演した。利用の希望もいただいている。	
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。	毎月行っている事故委員会では、拘束に係る件が議題になることもある。日々のケアの中で言葉による拘束に気付いた時は、その都度注意をするようにしている。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	認知症の研修や施設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。		
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	個々に研修などで権利擁護に関する制度について学んだり、上司、管理者、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、契約書について十分に説明を行い、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。	家族の面会は比較的頻回であり、面会や訪問があった時に日頃の状況を話し、要望を聞くようにしている。薬をやめてほしいと家族からの要望があり、主治医と相談して減らすことにした例もある。	
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。	ユニット会議を毎月開催、施設長、管理者が出席し、公休の職員も出席する。上司は、連絡事項を伝えた後は聞き役に徹してくれ話しやすい会議であると職員から聞かれた。役職との面談の機会があり、職員と直接意見交換できる場となっている。法人内の研修機会は多く、職員が参加できる体制もある。	
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	職員の状況によりシフト変更を行っている。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研修後は実践しています。お互いに実践したことを話し合っている。		

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
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に努めています。		
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	契約時、ご家族、本人から得た情報を元に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	管理者、リーダー、利用者担当がこまめに連絡を取り、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	職員は共に話をし共に行動し、暮らしの知恵を教えて頂きながら関係作りをしている。		
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	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。行事などには、参加していただけるよう、積極的に声かけし家族間の交流に努めている。		
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	ご家族や親戚はもちろん、ご近所の方、友人にも面会に来て頂き楽しい時間を過ごして頂いている。家族と外出もされている。	自宅で購読していた新聞をとっている方や、携帯電話を持って関係を継続している利用者がある。地元の美容師が訪問してくれており、馴染みの利用者もいる。	

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
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。職員も間に入り会話を盛り上げ支援しています。		
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	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。契約終了後も時々訪問して下さるなど関係性を保っています。		
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豊かになれるように努めています。	意思疎通が困難な方には、声の出し方などで思いを把握し対応している。職員は、気が付いた時にはメモを取り、管理者に報告したり、送りノートに記載して情報共有を図っている。	
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	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の内容を話し合い、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	申し送りやケアの記録を通し、状態の把握を共有しケアに努めています。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。	家族も参加してのサービス担当者会議で課題を整理し、ケアプランを作成する。ケース記録はプランに沿って記入され、ユニット会議にて毎月モニタリングを行い、次の計画につなげている。	
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。		

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	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。		
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	プロのマジシャンその他、ボランティア活動の方々による習字、お花作りは月2回行っている。		
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	定期的な往診と急変時の対応については、主治医に連絡を取り、相談しケアを行っています。	ユニット毎に月1回訪問をする医師は、地元診療所の医師であり、かかりつけ医であった利用者も多い。近くの診療所を受診している方は管理者が支援することが多い。変化があった時は家族に連絡をしている。	
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や、体調変化時の受診相談等を行っています。少しの変化についても報告相談し対応しています。		
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。	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、事業所です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を受けてから、同意書への有無をいただいている。	医師や訪問看護との連携で看取りを行う方針をもち、7月以降で3人の方の最期を看取った。医師が状態をよく把握して説明してくれるので、家族や職員も安心して最期を迎えることができている。希望する家族には泊まっていただくこともできる。	
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すべての職員が消防署指導の下で受けています。		

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
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	消防署の非難訓練を年2回実施している。夜間常設定にし、出火場所は毎回変えている。	避難訓練は民生委員も参加して行っている。消防署は近くにあり、定期的な検査時にも指導をしてくれている。管理者が研修で行ってきた「図上訓練」を実施したいと考えている。コンセントの掃除等も行って予防している。非常用持ち出し品も準備している。	
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。	特にトイレ誘導の声かけには配慮しており、ドアも閉めて支援をするように注意している。写真の掲示には同意をいただいている。毎月のお便りも写真を入れるが、個人毎のファイルを作成して家族に渡せるようにしている。	
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	今を大切に、何がしたいのかを聞いてみたり、くみ取ったりしています。飲み物、入浴、散歩、休憩等、小さなことでも声かけ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	充実した一日を過ごしていただけるよう、その人にあったレクや遊びの提案、提供を行いその日を楽しめるよう支援しています。		
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	起床時、入浴時の衣服の選択、月2回の整髪希望を取り、本人の思いに添って支援している。		
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	テーブル拭きや、おしぼりたたみ、食器の片付け、お膳拭きなど役割を持って頂き、その日の献立の話をしなが、楽しんで行って頂いている。	食材は特養で用意され、利用者に引き取りを手伝ってもらったりする。好き嫌いを把握して代替品を用意することもある。流しそうめんを行ったり、外食やお弁当を楽しむこともある。老健や特養に出かけてコーヒータイムを楽しむ利用者もいる。職員も同じテーブルに着き、会話を楽しんだり、食事介助をしながら一緒に食事をしている。	

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
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	毎日食後には必ず声かけし、自分で出来る所まで行なって頂き、最後に職員が仕上げ確認をしている。定期的な歯科検診を行っています。		
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の方法を職員間で話し合い排泄チェック表で確認、本人に話しをしながら自立に向け排泄支援を行っています。	排泄チェック表を用いて声かけを行い、オムツを利用する利用者には自室に誘導して交換を行っている。夜間ポータブルを利用されている方には、職員が音で聞き分け見守りを行っている。	
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	排泄チェック表にて個人の排便を確認し、下剤調整を行っています。水分摂取の量を確認、軽い運動にて排便を促している。		
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、個々にそった支援をしている	入浴日や時間帯は、決まっているが、本人の体調に合わせ臨機応変に対応している。	週2回の入浴を基本とし、拒否傾向の方も工夫をしながら入浴できるように支援している。バスマット等は個人毎に交換して清潔に配慮している。季節のゆず湯やしょうぶ湯を楽しむ。利用者の健康保持のために、安全に配慮しながらストーブなどで脱衣所や浴室の寒さ対策に気を遣っている。	
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	今まで使用していた馴染みの物を持って来て頂き安心して眠れるよう支援しています。睡眠時間にも気を配り、その人の睡眠パターンを考えながら行っています。		
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	服薬時本人確認や内容を読み上げ誤薬を防いでいる。副作用、用法は職員一人ひとり把握しており、変更や中止になった場合は申し送りで情報共有をしている。		

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
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	生活歴を活かした役割の提案や夢中になれる趣味の時間、音楽やテレビ鑑賞、の提供。散歩の同行塗り絵も楽しませている。		
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	天気の良い時気分転換に、散歩や外食、ベランダにて日光浴を行っている。	ホームの周りを散歩したり、庭の花を眺めたり、ベランダで歌を歌ったり、時には外食やお花見などに出かけることもある。買い物に行き、自分で買いたい物を選ぶこともある。家族の支援で外出や外泊を行う利用者もいる。	
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	お小遣い程度預かり、外食代、行事、その他話し合いをし使っている。		
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	利用者さま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、電話で対応しています。		
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	リビングには季節に合わせた花や飾り物、行事の写真の掲示。天気の良い日にはベランダで風を感じたりきれいなお花を鑑賞している。	リビングで過ごす時間が長いので、テレビ・カラオケ・ビデオなどでゆっくりとくつろげるように配慮している。廊下やホールには、利用者が制作した干し柿や干し大根が飾られ、季節感を醸し出している。庭の花壇も手入れされ、季節の花や植物が和ませてくれる。	
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	関係瀬に配慮した座席、席には名前をつけて居ます。畳の部屋やフロアーなど好みの場所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。	自宅で使用されていたタンスや物置などを置き、写真や自分の作品などで飾りつけ、それぞれの部屋が作られており、仏壇を置いている利用者もいた。部屋の掃除は職員が行い、布団干しなどは交替で行って清潔を保持している。	

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
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	居室、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 28年1月12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	1	職員は理念に沿った支援を心がけているが、より質の高い支援をめざし、理念について定期的に話し合う機会を設け、家族など来訪者にも目立つように掲示する	全職員で理念について話し合う	各ユニット会議にて意見を述べてもらい、誰にでもわかりやすいように、簡潔なことばにする。事務所、ユニットに貼る	12ヶ月
2	5	身体拘束に関する議事録がない。職員全員が身体拘束について理解できているか把握する。	年4回身体拘束について研修をする	身体拘束について、ユニット会議で話し合い職員一人ひとりが把握し理解に努める(3月、6月、9月、12月)	12ヶ月
3	12	看取りの同意書について詳しく内容を検討する	本人、家族の希望に添えるよう、職員間でよく話し合い、本人らしく最後まで安心して過ごせるよう支援していく	看取りについての方針を、医師、看護師、本人、家族と納得のいくように話し、職員に徹底周知する。職員対象に主治医に看取りについての研修をしていただく。	12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。