

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260-2		
自己評価作成日	平成25年9月26日	評価結果市町村受理日	平成26年1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	http://www.kaigokensaku.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25年12月12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)】

グループホームあおばは、昨年4月に開設した新しい施設です。私共あおばは、入居者様の一人ひとりの今までの人生を大切に尊敬の念をもち、これから ゆっくりと笑顔のた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。第2の家族になれるよう 日々努力していきたいと思っています。

【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)】

住宅地に隣接する、近年開設したグループホームです。1周年記念行事には近所の方の参加があり、地域に馴染んできている様子が伺えました。基本理念にもあるように、利用者のこれまでの生活の上にある“今”を大切にし、“今日一日”を楽しく過ごしてもらいたいとの思いを職員もよく心に刻み、スキルアップの必要性を感じて積極的に研修を受けています。同敷地内の特養や隣接の老健施設との連携もとれており、職員と利用者が安心して生活できる事業所です。

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
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 (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
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、ゆっくりと笑顔の耐えない安心した生活を送って頂けるように心に寄り添った介護に努めています。	基本理念と運営方針、事業計画を年度で作成し、ユニットごとに掲示して職員に配布する。職員もよく理解しており、利用者の「今」を大切にしながら寄り添った介護をしながら、技術向上のための研修等にもよく参加している。	
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	もえぎ野台の自治会の夏祭りのイベントに入居者様にも参加して頂いています。	新しい住宅街の中にあり、外で行ったイベントの音や草刈り機の音などに対する苦情をいただいたが、自治会長からのアドバイスで近所の方にチラシでイベントへのお誘いをかけたところ、参加してくれる方も出てくるようになり地域に受け入れられてきている。散歩では、犬の散歩の方と会い挨拶を交わすようになった。自治会には法人として加入している。	
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	運営推進会議を通じて理解を広めたり、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践、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。	自治会長、民生委員、家族、役場、職員で構成し、2月に1回開催している。活発な意見交換があり、家族や外部委員からの疑問等でその場で解決できない場合は、次回にきちんと回答されていた。記録を残し職員に口頭で説明をしている。	
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じて、相談や情報交換を行っています。	役場には何でも相談しており、よい対応をいただいているとのこと。看取り導入に対する相談にもアドバイスをいただいた。施設利用に関しては管理者がすぐに対応するようしており、情報のやり取りが密である。	
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	身体拘束に関する研修を行うとともに、各ユニット会議等で、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。	身体拘束に関連して、認知症状(失行・失認など)に対する研修を行っている。新人スタッフには入職時に指導している。慣れて“あたりまえ”にならないよう研修していくことが必要と考えている。	

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	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勤めています。		
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。	利用者に対し担当スタッフを決めて、毎月家族に手紙を書き、家族からお礼の言葉が届いている。家族の意見は運営推進会議で聞くことが多いが、面会時にも聞くようにしている。グループホーム直通の電話がなかった時期があり、家族からの指摘で代表電話以外の直通電話を設置した。	
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、管理者が法人の会議で報告しています。	職員は毎月開催するユニット会議でケア以外のことについても意見を出し合っている。職員からでた意見で特に重要と思われることは、2月に1回行われる法人会議時に管理者が報告し、その結果を職員に報告している。	
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、法人の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て研修後は、実践しています。		

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
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	同法人内に介護施設があり、相互に訪問する等の交流を通じてサービスの向上をしています。		
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	少人数でのコミュニケーションをとり、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	共に話をし、共に行動し、暮らしの知識を教えてもらいながら、役割をもって過ごして頂いています。		
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。ご家族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いただいています。	利用前に近所に住んでいた方や、親戚の人が訪問してくれる。自宅にいたところからの新聞を継続購読している利用者がいる。家族の付き添いで、かかりつけの美容室に行く方もいる。	
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とり、その人の立場や役割を職員全員で把握している。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。	管理者は職員に目と目を合わせて必ず1人とは会話をするように指導をしている。職員は、利用者と向き合うことで気づきがあり、それに対し思った通りに行動するようにしている。意思疎通がとりにくいときは、手を握ったり、アイコンタクト、触れ合う事を重視し、意向の把握に努めている。	
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	本人やご家族に生活習慣や生活暦、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拘わりを探っている。毎月ケアカンファを行い、本人やご家族へ報告・相談して、モニタリング・介護計画作成をしています。	月1回のユニット会議で全員のモニタリングを行い、職員が交替で記録をとっている。モニタリング結果と家族を含めた担当者会議を基にケアプランを作成し、職員に周知している。業務日誌は職員は全員が目を通してサインするようにしている。	
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	個別記録、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、状況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・相談を行っています。ご家族への報告・相談も行っています。	2つのクリニック(1院は認知症認定医)から月1~2回の往診がある。結果は往診ノートに記録し、必要に応じて家族に報告している。かかりつけ医への受診は家族が同行し、報告は口頭で受けている。担当医師に質問をしたときは文書で回答をくれるなど連携もとれている。	
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	契約時に看取りについての説明をし、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。	家族と話し合い同意をいただいて看取りを行っており、実際に9月に看取った方がいる。看取りについては認知症認定医の医師から研修を受け、パンフレット等により職員と家族が共通の認識を持つことができ、職員も不安を和らげることができている。	
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。	9月に夜間想定避難訓練を行い、消防署から反省点・注意点も含めた講評をいただいている。避難先について職員もよく周知している。水・食事・薬などの備蓄を行っている。	住宅地に隣接しており、自治会長や民生委員も協力的であることから、地域の方の協力をいただくような避難訓練の実施を計画していただきたい。また、避難口について、玄関以外の避難経路も確保できるように検討していただきたい。

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	ひとり一人の性格、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掛けや働きかけを行っています。	写真の掲示等について文書で同意をいただいている。異性の介助を嫌がる利用者には同性介助で対応するなど、本人の希望に沿うような支援をしている。排泄介助等も自立支援を基本とし、その方の生い立ちや恥じらいなどを大事にして支援を行っている。	
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	ひとり一人の性格、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掛けや働きかけを行っています。		
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や月2回の整髪希望を取っています。		
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	調理の下ごしらえ(皮むき、きざみ、もやしのひげ取り等)をやって頂いています。個々の好みも把握し、希望者様にはエプロンを使用しています。	隣接の特養が献立をたてて食材を購入し、調理は職員が行っているが、下ごしらえや下膳などを利用者に手伝ってもらう。利用者の希望を聞くこともあり、刺身や生野菜などのメニューは利用者に好評である。外食は年に2~3回行っている。職員は同じテーブルと一緒に食事をしている。	
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	食材発注は同施設内の厨房に委託し、バランスのとれた食事を提供しています。その中で、ひとり一人に合わせた食量・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	入れ歯の消毒を毎日行い、出来るだけ本人にしてもらい汚れの残っているところを職員が行っている。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	ひとり一人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。	オムツは自費になるので、負担が増えないように個人に合わせた工夫して支援をしている。本人が訴えることが出来る場合には、本人のペースを大事に介助している。	
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、ひとり一人に合ったタイミング・好みの温度で支援しています。	個々に合わせて湯温を調節している。入浴拒否傾向の方にも工夫をして週2回の入浴を支援。柚湯・しょうぶ湯などの季節の湯を実施。脱衣所には安定した椅子があり、収納もすっきりしていて事故防止に繋がっている。	
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	その日の体調や好みの時間に応じて、前日あまり眠れなかった時は昼寝の提案と日中活動の提案を行っています。		
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	処方箋は、個々のファイルと処方箋ファイルを開覧出来る様になっています。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。		
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・テレビ鑑賞の提供と時間で区切らず、ひとり一人に合わせた出来ることの提供(散歩・貼り絵・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。	天候やその方の状況により、住宅内を午前・午後関係なく散歩するよう心がけている。年に2~3回の外食や、季節により花見などに出かけている。家族と一緒に買い物や外食に行く利用者もいる。100円ショップに行くと利用者が喜んでいたとのことでした。	

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いるが、個人で所持している利用者様はいないが小遣いをご家族から預かり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、本人からの訴えは少ない。		
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、行事の写真の掲示。季節や気温、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。	陽当たりがよく安全なベランダを利用して、日向ぼっこやお茶を飲んでいる。食事をする共有スペースは採光も明るくゆったりとしている。季節に合わせて、玄関や廊下などの飾りつけをしている。行事などの写真を掲示し、利用者も楽しく見ている。	
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	関係背に配慮した座席、席には名前を付けています。たたみ、フローアなど好みの場所・気分で過ごして頂いている。		
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。	自宅で使用していた小さなテーブルや仏壇などを持ちこんでいる方もおり、写真や壁飾りなどその方に合わせた部屋作りがなされていた。転倒しやすい方には家具の並べ方を統一するなどの工夫もされていた。	
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	場所の名前の掲示。洗面所の手拭きの場所など決まったところに設置。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホームあおば

作成日:平成26年1月10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	26	ケアプランの長期目標と短期目標が職員に周知されていなかったことにより、介護記録ができていなかった。	短期目標をしっかりとかけて目標についての記録をする。	短期目標にそった記録について話し合い指摘評価にそった介護記録が出来る様に、一人ひとりの目標を周知するように努めます。	12ヶ月
2	35	地域の方の協力をいただくような避難訓練の実施を計画していただきたい。	次回の避難訓練時には実行する。	近隣には、回覧板によりお知らせし、周りの事業所にも参加して頂き、運営推進会議にもお知らせをして行き、反省点を運営推進会議に話し合いをする。	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。