

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2891000065		
法人名	社会福祉法人 ウエル清光会		
事業所名	グループホーム陽光苑		
所在地	兵庫県芦屋市陽光町3-75		
自己評価作成日	H.30.12.13	評価結果市町村受理日	平成31年3月5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	
----------	--

【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 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成31年1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)】

一人ひとりのペースに合わせた対応をし、レクやイベントを楽しんで頂いております。医療面では施設の看護師がおり、かかりつけ医師とは常に連携を取っております。又、精神科医や皮膚科医、眼科医、耳鼻科医、泌尿器科医などの訪問診療をして頂いております。毎日の体操や月1回の音楽療法是は継続して行っております。毎日昼夕の炊飯準備や週1回の昼食調理を入居者様と一緒に作ることも始めました。

【第三者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5年目の複合介護施設で、1階にデイサービス、2・3階に地域密着型特別養護老人ホームが併設され、4階のグループホームは2つのユニットが中で行き来できる設計である。建物入ってすぐに大きなスタンド型看板があり、月カレンダーに書かれているイベントがひと目でわかる。居室はどのタイプもゆったりした広さで、リビングには明るい光が差し込み、芦屋の街並みと芦屋浜が遠方に望める。法人の経営理念にもあるよう、施設内では「木鶏会」という勉強会が定期的に行われ、従業員の教育指導・人材育成に力を入れている。また特養との連携で、緊急時や看取りの際には、利用者・家族・職員が安心できる医療体制が整っている。今後も家族や地域など身近な方に取り組みを発信し、「大切な人を預けたい施設」を目指していただきたい。

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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	日々の朝礼時理念の唱和を行っている。理念の共有は充分ではないが努力はしている。	理念は朝礼で唱和している。法人の経営方針を基に、事業所ごとに年度目標を策定している。入院者の減少や地域に向けてのサロンの開催、感染症や事故対応などの研修を行うなど具体的な目標を掲げ、実践につなげている。	
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	地域の自治会のイベント等に参加している。	「ふれあい元気の会」の会員になり、地域の行事に参加している。盆踊りでは近隣の商店や他施設と一緒に屋台を出店し、利用者も交流を楽しんだ。苑主催の秋祭りの企画では地域の方の参加を呼びかけるなど働きかけている。	
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・家族会議等を開催して勉強会を行ったり、ご意見等を聞き施設の取り組みをお伝えしたりしている。		
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1回開催し、他のグループホームともお互いに参加して情報交換もしている。	2か月に1度、特養と合同で開催している。家族、市、地域包括、民生委員、他事業所等の参加がある。会議では、利用者の状況や事故報告、イベントなどの取り組みについて報告し、それらに対するの意見を得ている。議事録は家族に送っていない。	地域の理解と支援を得る貴重な機会と捉え、議事録を活用し、事業所の取り組みを発信すればどうか。
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・家族会議等を開催して勉強会を行ったり、ご意見等を聞き、施設の取り組みをお伝えしたりしている。	市の担当者は毎回運営推進会議に参加している。事故報告書についての問い合わせや相談をしたり、包括から見学先として紹介されることもある。事業所連絡会に参加し情報交換を行っている。	
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	施設として、身体拘束をしない事になっており、会議や勉強会をしながら身体梗塞をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束排除のマニュアルを作成し、身体拘束委員を設置、研修会を開催している。現在は該当する利用者はいない。フロア間の行き来は自由である。利用者の安全のためエレベーターは暗証番号によって開閉される。	

自己	者三	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	(6)	○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	勉強会や会議で話し合いをしたり、管理者から個別に注意をすることもある。	言葉づかいが不適切ではないかと注意をはらい、できるだけその場で注意するようにしている。スタッフ間で言いにくい時はリーダーが注意する。職員のストレスチェックは毎年パソコンでチェックした中で、点数によっては職員に対して産業医が面談している。	
8	(7)	○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	芦屋市事業所連絡会主催の勉強会に参加している。社会福祉法人ウエルのなかに研修センターがありそちらで受講する人もいる。	司法書士が保佐人を担っている利用者があり、事業所への訪問がある。事業所連絡会主催の勉強会や法人の研修に参加して、制度の理解を図り、伝達研修をしている。	
9	(8)	○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	契約時説明を行っている。面会に来られた時にもお話を伺っている。	契約の時点で、家族は費用については了解済みのため、質問に及ぶことは少ない。重度化の対応についての質問は多く、契約時に緊急時の対応について「確認書」の同意を得、入所後の入院時に「看取り介護についての同意書」を再度取り直して、意思確認している。	
10	(9)	○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・家族会などでご意見を伺いそれらを参考にして運営している。	開設当初はなかった家族会が、今は3か月に一度開催されている。半数近くの家族が参加し、家族の満足度アンケートを実施し要望等を聴いている。各ユニットに設置した加湿器は家族の意見によるものである。	
11	(10)	○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	ユニット会議や個人面談で意見を聞くようにしている。	職員の意見は、毎月の会議や、リーダーが個人面談で聴いている。職員の意見で休憩室にエアコンが設置された。資格取得については法人が受験のための勉強会を開催したり、合格すればお祝金を支給するなど、職員のやる気を大事にしている。	
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	現場から出た意見を元に修理や環境整備をしている。		

自己	者	第三	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
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	育てる状況が充分ではないが法人の研修センターでの受講や外部の研修に行っている人もいる。		
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	事業所連絡会で行う行事に参加して交流したりお互いの施設見学会をしました。又連絡会のなかで勉強会なども行っておりそれに参加している。		
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	入居前の情報の共有と入居後は関わるる全てのスタッフでコミュニケーションを図り、状況把握に努めている。		
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	入居前の聞き取り入居後の様子についての報告をしながら関係作りに勤めている。		
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	出来る限りご希望に添える様に勤めている。		
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	お互いの関係性についての理解が充分ではないこともある。		
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	信頼関係を構築するように努力している。		

自己	者三	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
20	(11)	○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	知人の方の来苑があった場合など一緒にコミュニケーションを図り、支援に努めている。ご家族だけでなく知人や友人が不定期にいられて行事やレクに差異化していただいている。	毎日または毎週、食事の世話などで訪問する家族がある。お正月に来られる家族、同級生や知人が来所することもある。毎月の音楽療法やデイサービスとの合同レクは馴染みの関係性を築きつつある。	
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	会話を繋ぐ役割の出来るように努めている。		
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	退居された方のご家族と連絡を取ったり、相談ごとに対応したりすることがある。		
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	(12)	○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	本人様の会話の中や家族様との情報を伺いながら意向の把握に努めている。	コミュニケーションツールとして、各利用者の「生活史」の作成を始めている。入所前の出来事を聴き取り入所後の写真などを織り交ぜてアルバム風に仕上げたいと思っている。役割をもちたい、手伝いをさせてほしいという本人や家族の意向により、一緒に調理をする機会を設けている。	
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	ご家族や知人などから話を聞いて情報収集に努めている。		
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	努めている。		
26	(13)	○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	会議のなかで話し合い、家族様の意向も聞いて確認している。気づいた時スタッフ同士でも情報交換しリーダーに伝えている。	当日の担当が、利用者ごとに「生活と身体状況記録表」や「介護・看護アプローチ連絡用紙」に記入している。それを参考に支援内容を「24時間の生活シート」にまとめ、ケアの統一を図っている。プランの見直しは担当職員とケアマネが行い、作成したプランは家族の来所時に説明している。	利用者のニーズに沿ったサービス事項であるか常に確認できるよう、短期目標を同シートに掲げてはどうか。

自己	者 第三	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
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	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	その都度本人・家族様の要望に対応している。		
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	地域の行事に参加し、買い物、散歩、調理に参加してもらっている。		
30	(14)	○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	週1回の往診と何かあれば直ぐに連絡を取り指示を受けられる。適切な医療が受けられるよう連携は出来ている。	基本的には、これまでのかかりつけ医の受診としているが、現在は家族の要望によりほぼ協力医が主治医となっている。日常的な健康管理はもとより、歯科、皮膚科、泌尿器科、眼科等の往診体制が確保され、急な状態変化にも対応できる。家族とは常時、利用者の状態の共有に努めている。	
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	看護職との協働・連携行っており、夜間のオンコール体勢も出来ており、適切な支援を受けている。		
32	(15)	○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。	地域連携室の相談員の方と情報交換や退院に向けての調整など密に連携は取れている。	今年度は、利用者自身の疾病からくる状態変化による入院があったが、利用者の状態を優先して積極的に情報提供を行い、早期退院につながった。協力医療機関の地域連携室とは、日頃から密な協力関係を築いている。	

自己	者 第三	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
33	(16)	○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	医療面については看護しより家族への説明などを行い、重度化・終末期については管理医師と家族様の面談支援を行っている。	契約時に事業所の方針を丁寧に説明し、緊急時対応については家族の意向を確認している。利用者の入院等による状態変化に応じ、主治医から重度化や看取り体制について説明するなど、話し合いの場を持っている。利用者や家族の不安を少しでも無くすことを心がけ、安心できる環境を用意するよう努めている。	
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	マニュアルに反って対応するようにしている。		
35	(17)	○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	防災訓練・避難訓練を年2回行っている。	昼夜想定 of 定期訓練を利用者も一緒に行っている。消防署立ち合いのもと、毎回助言や指示を受け避難経路を確認している。今年度の台風による大雨洪水により一時停電したので、その後、法人全体で災害全般にわたるマニュアルを見直し、危機管理の徹底に努めることができた。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	プライバシーの保護は出来ているが人格を尊重する言葉かけ等は十分ではないところがある。 気づいた時その都度、直接指導している。	このテーマによる研修は特に行っていないが、利用者一人ひとりを大事にする個別ケアを最優先に、声のかけ方や話し方には、注意をしている。利用者とのコミュニケーションを大事にすることを、普段から職員に伝えている。	
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	出来る限り本人の意思を尊重するように心がけている。		
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	本人希望に沿えるように努力している。定期的に声かけを行い「ダメ」などの一方的に否定するような言葉は使わないようにしている。		

自己	者 第三	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
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	気をつけて、その人らしい身だしなみになるよう支援している。		
40	(19)	○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	週1回の調理に参加され片付けなどをして頂いている。	以前から検討していた利用者と一緒に調理することを、週1回の昼食で実践している。利用者の希望のメニューとはいかないが、ちらしずしや焼きそばなどを買物から調理まで職員と利用者の共同作業で行っている。利用者の好みや役割の発掘等、さらなる工夫を検討している。	
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	毎日食事水分の摂取量の確認を行い、少ない場合には促しなどを行っている。		
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、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	毎食後の歯磨きの促し、介助、義歯洗浄等行なっている。		
43	(20)	○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	排泄パターンの把握を行い出来る限りトイレ誘導を行っている。	夜間のみおむつ使用者はいるが、原則、トイレでの排泄としている。利用者の排泄パターンを総合シートにまとめ、個々の習慣や声かけのタイミングを把握し失敗を減らすようにしている。無理な声かけはせず、その人の様子や行動からも汲み取るようにしている。	
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	看護師との連携と指示により対応を行っている。運動や水分摂取の声かけもしている。		
45	(21)	○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ず、個々にそった支援をしている	1日3回に分けて入浴時間を設け、その方の状態や希望に添って入浴して頂いている。	原則、週2回の利用者の入浴日は決めているが、利用者の希望に応じて時間をずらしたり、職員が代わって声をかけるなどしている。夜間は夕食後の夜9時まで対応している。一人の時間やペースを大事にするなど、自分でできることはできるだけしてもらっている。	

自己	者	第三	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
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	その方の生活リズムに合わせて就寝していただいている。		
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	その方の状態や、服薬による変化等が見られた際は看護師に報告している。		
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	入居者の能力に合った支援を行っている。		
49	(22)		○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	天気の良い時は、出来る限り屋上や戸外に出るようにしている。又ご家族の方が面会に来て散歩に行ったり、外出されたりしている。	花見や初詣等の季節毎の外出を企画したり、利用者からの要望で日用品の買物に出掛けている。地域の行事案内には、希望者を募りできるだけ参加している。気候のいい時期には、施設周辺を散歩することもある。屋上の菜園での夏野菜の手入れや水やりも、外気浴を兼ねた気分転換になっている。	
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	金銭管理はしていない。買い物、病院の受診等は立替で対応している。		
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	入居者様本人が直接電話をかける支援はあまり出来ていないが、どうしても時は事務所からかけて繋ぐことがある。		

自己	者 第	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
52	(23)	○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	光の調節や、お花を飾ったりして工夫している。	同フロアに2ユニットが並んでおり、利用者は自由に行き来できる。さりげない季節の飾りとどめなど、家庭的な雰囲気や大事にしている。空調や湿度管理により、感染症防止には気をつけている。	
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	ソファに座って頂いたり決まった席はなく自由に腰掛けて頂いている。		
54	(24)	○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	自宅で使ったり飾っていたものを居室に設置されたり、心地よく過ごせるよう家族と相談して工夫するように務めている。	ベッド、整理ダンスや小型クローゼット、洗面が備え付けられており、居室の広さは3パターンある。仏壇や置き棚、テーブルや椅子等、自宅で使っていたお気に入りの家具が置かれている。季節の花を置いている部屋もあり、家族も共にくつろげる空間となっている。	
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」「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	自宅で使っておられた物などを持参して頂いている。		

(様式2)

事業所名: グループホーム陽光苑

目標達成計画

作成日: 平成31年2月22日

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		・毎月誰かが入院される事があった	・事故防止に努め入院者を減らす	・総合シートにて入居者の生活リズムを把握する ・ケアの質の向上を図り誤嚥性肺炎を予防する ・毎日の体操継続でADLの低下を予防する ・環境整備をして転倒や異食などの事故防止をする	12月
2		・スタッフの介護技術レベルにバラツキがある	介護技術の向上と統一を図りその人らしくここでの生活を楽しく過ごして頂く	・入居者さまの個別対応は会議の中で話し合って統一したケアを提供する ・外出・外食の機会を計画する ・毎月勉強会を開催する	12月
3		・スタッフの入退職が多い	・職場風土を良くする	・スタッフ間の交流を図りコミュニケーションを良くする ・人の悪口は言わない ・決められた約束事は守る ・有給休暇を交代で取れるように協力しあう ・新入職者に優しく指導する	10月
4					月
5					月