

# 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	1690700099		
法人名	アイ福祉サポート株式会社		
事業所名	グループホーム しばんばの里		
所在地	富山県黒部市生地芦区34番地		
自己評価作成日	平成27年8月5日	評価結果市町村受理日	平成27年11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	
----------	--

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	一般社団法人 富山県介護福祉士会		
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階		
訪問調査日	平成27年8月28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)】

グループホームしばんばの里では、同敷地内に富山型デイサービス、通常型デイサービスがあり、行事やレクリエーションなどを共に行う事で交流を図っています。また、施設の横に畑があり、収穫を行い、それが食卓に並び楽しんでいきます。

## 【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)】

海に近い住宅地に位置する事業所は、施設名を地元地区で歌われている民謡からとり、「しばんば」の里と命名した。開設時に皆でつくった理念、「毎日笑顔あふれるHOMEに」を基本に、管理者と職員は連携して理念の実践に努めている。毎月の会議、毎日のミーティング、代表者との個人面接等々、話し合うことや意見・提案を表出する機会を多く持ち、サービス提供に反映している。市の協力を得て周知を行った「認知症カフェ」を月2回、事業所で開催。カフェでは折り紙や音楽療法の講師を迎え、地域住民の参加を得ている。また、隣接する同法人のデイサービスとの交流も盛んに行われている。理念のサブテーマの一つに、「一人ひとりに合ったケアをめざそう」とあり、入所から1~2か月の間に作成する独自の(個別マニュアル)は、丁寧に利用者を観察し、思いを汲みとった記録であり、職員の誰でもが、利用者一人ひとりに合ったケアを実践できるよう作成されている。事業所は、理念、利用者・家族の思い、職員の願い、地域との共生、のバランスを取りながら日々運営に努めている。

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	グループホームを開所する際は、全スタッフで理念を考え、それに向かってケアにあたっている。その後は新しくメンバーになったスタッフには説明だけで、新しく検討には至っていない。	理念『－毎日笑顔あふれるHOMEに－』は、開設時に皆で話し合っただけのものであり、新入職員研修時には、管理者が説明をしている。また、理念は、来訪者や家族等が常に確認できる玄関に掲示され、共有に努めている。	基本の理念が、職員一人ひとりと共有し実践につなげることができるよう期待したい。
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	ホームの畑を地域に開放して一緒に畑仕事と思って、班長会に参加し勧誘をしたが、実行には至っていない。祭礼などの神輿の受け入れは行っている。	事業所は町内会に加入し、毎月の班長会に出席するなど地域の一員としての役割を果たすよう努めている。また、地区納涼祭への参加や毎月のボランティア来訪、地域の方からのさつま芋掘りへの誘い等々、日常的な相互交流がある。	
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	今年度より認知症カフェ「しょうず」を月2回開催している。現在の所、まだ相談には至っていない。		
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	家族、地域代表、民生委員、地域包括支援センターの方に参加していただき、2ヶ月に1回活動報告や意見交換を行っている。意見をもとに実現に結びつけている。	運営推進会議は隔月に17時30分より開催している。地区代表や家族が参加しやすい時間帯の設定により、情報交換とともに、経営・運営等についても活発な意見交換が図られ、サービスの向上に活かす実践的な内容となっている。	
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	運営推進会議で事業所の活動報告を行っている。また、意見を求め、ケアに生かしている。	運営推進会議での情報交換をはじめ、今年度から「認知症カフェ」を開き、市との連携で広報活動を行うなど、市や地域包括支援センターとは日常的な協力関係を築いている。	
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	利用者一人ひとりのニーズに合ったケアを目指して身体拘束をしないケアに努めている。	身体拘束をしないケアを実践するため、マニュアル『身体拘束廃止推進について』を、新入職員に説明している。また、玄関はチャイムで来客を知らせるなどの工夫を行い、施錠は21時～6時の間とし、家族にも了解を得ている。	
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	利用者一人ひとりの自尊心を大切に、介護の実践に努めている。		

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
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	毎日のケアを行う事に一生懸命で、研修までには至っていない。今後は研修を行いたい。実際には自立支援事業を活用している方がいる。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入居時には契約書、重要事項説明書について十分に説明し、納得を得よう努めている。		
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	利用者や家族からの要望・意見については面会時や行事などに参加して頂いたりする中で把握に努め、ミーティングで反映するよう努めている。	家族からの意見や要望は、利用者の衣類持参やケアプラン説明時、毎月の請求書の手渡しなどを通した来所の機会に聞いている。出された意見はミーティング等で共有し、運営に反映させている。	
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	月1回の職員会議で、所長、職員と話し合いの機会を設け、反映するように努めている。	毎月開催の職員会議、毎日のミーティングでは、利用者情報の共有とともに、施設整備や運営等について話し合っている。また、代表者との個人面接も毎年行われ、意見を表出する機会がある。	
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	法人の評価基準を設け、職員の査定評価を行っている。		
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	事業所内外で開催される研修会への参加を積極的に促し、受講できるように勤務調整などの配慮をしている。		
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	富山県認知症グループホーム協会に加盟して勉強会に参加したり、交流を図っている。		

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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入所時は環境の変化に戸惑う本人の不安に対して、本人と家族の思いや要望を受け止め、安心してもらえるように努めている。		
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	入所から約1ヶ月は面会時などに家族に要望などを聞きながら関係づくりに努めている。		
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	入所時や面会時に本人や家族の思いなどを把握し、改善に向けた支援を行う。		
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	本人の残存機能や能力を共有し、暮らしの中で会話や軽作業、リハビリなどを共に行う事で支え合って暮らせるように努めている。		
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	月1回「しばんば」新聞を作成してグループホームでの暮らしの様子がわかるような内容を届けている。		
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	本人は家族と一緒になじみの美容院に行ったり、食事に出かけたりできるように支援を行っている。	暮らしていた地域や家族との関係継続のため、自宅への外泊、お墓参りや外食等外出の機会が持てるよう支援している。また入所以前のかかりつけ医との繋がりについて、本人や家族と話し合い、関係が途切れることのないよう支援に努めている。	
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	利用者同士が会話したり、ともに活動が出来るように座席等の配慮をしている。		

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
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	契約を終了した方の状況を把握するため、自宅や本人に面会に行ったりと経過フォローに努めている。		
<b>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</b>					
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	毎日の関わりの中で、言葉や表情などから思いや願いをくみ取り、職員会議やミーティングで検討し、ケアなどに反映している。	入所時に、「基本情報」と「暮らしの情報」の項目に沿って、本人と家族の思いや意向を把握している。把握した思いや意向は、日課表・個別マニュアルに記載され、職員間で共有し、個々のケアに活かされている。	
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	入居する際に生活歴や暮らし方、ニーズなどを把握し職員間で共有できるように努めている。		
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	入居してから1ヶ月程度で一日の過ごし方や心身の状態を把握して共有できるようにしている。		
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	本人の課題やケアの在り方については、申し送り、職員会議などで気づいたことや意見を出し合って本人に合った計画を作成している。	「基本情報」「暮らしの情報」、職員会議、ミーティングなどで得た本人の情報や、来所時に家族から聞き取った思いや意向を計画に落とし込み、個々の状態に即した介護計画の作成に努めている。	日々利用者と緊密に接している職員や家族との話し合いを重ねながら、チームとして共に作り上げていく介護計画に期待したい。
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	業務日誌や個別記録に本人の状況を記載し共有を行い、実践やプランの見直しを行っている。		
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	当グループホームでは同敷地内にデイサービスが2か所あり、行事などに一緒に参加したりして柔軟な対応を行っている。		

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
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	地域の美容院や理容室など協力得られる資源を把握し、暮らしの中で生き生きできるよう支援している。		
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、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	本人や家族が希望するかかりつけ医となっている。本人の状態を家族やかかりつけ医に伝え、適切な医療が受けられるよう支援している。	入所以前のかかりつけ医との関係継続を支援し、個々の希望に添った医療機関となっている。緊急時以外等家族の受診同行時には、情報提供書を発行し適切な医療が受けられるよう支援している。	
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	介護職は入居者の状況を常に把握し情報や気づきを看護師や管理者に報告し共有するよう努めている。		
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、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。	入居者が入院された場合入院先に情報の提供を行っている。また、医療機関や家族と連携を図るよう努めている。		
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、事業所の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	入居契約時に口頭で重度化した場合の対応について説明している。今後は書面にてご理解頂くことも検討している。	入居時に、管理者から個々の利用者・家族に、重度化や終末期における事業所としての対応について、口頭で説明が行われている。	重度化や終末期に向け、利用者や家族に具体的に説明できるよう、事業所としての方針の策定を期待したい。
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	AEDの使い方の研修を早急に行うと同時に、緊急時の対応についても周知する。		
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	火災、水害時の避難訓練を行い、昼夜問わず入居者が安全に避難できるような方法を身につけている。	年に2回、災害対策の避難訓練を実施している。消防署の協力を得た夜間想定火災訓練を実施し、他1回は、津波を想定した訓練を行っている。	緊急災害時に迅速な対応ができるよう、地域との協力体制を築くとともに、水や食料等の備蓄を期待したい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	一人ひとりの性格や状態を把握した上で尊重し、個々に合ったケアを行うよう努めている。	施設内の認知症研修で、言葉かけや対応について学び、毎日のミーティングで気づいた事を話し合っている。利用者の「個別マニュアル」には一人ひとりを尊重する支援の方法が記載されており、日々のケアに活かしている。	
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	様々な方が同居されている中で、ご自身の思いを表現できない方もいらっしゃるので、きちんと個々の意見を聴けるよう働きかけている。		
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	何を優先すべきなのかを職員は常に把握し、一人ひとりのペースに合わせたケアを行うようにしている。		
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	着替えの際には今日は何が着たいかお聞きし、イベントがある時には化粧されたい方には声掛けをする。		
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	米とぎや盛り付け、皮むきなどみんなで楽しく作業している。	季節感のある地元の素材を利用した献立は栄養士が作成し、食材の準備と調理は、できる利用者も手伝いながら、職員が行っている。土日は手作りおやつの日となっており、利用者と一緒にワッフル、おはぎなどを作り楽しんでいる。	
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	一人ひとりの状態を把握し、個々に合わせた食事や水分摂取を行っている。		
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	毎食後口腔ケアの声掛けを行い、できない方には介助を行っている。		

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
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	排泄チェック表を使用し個々の排泄状況を把握し、トイレへの誘導を行っている。できる事は行って頂き、できない事の声掛け、介助を行う。	排泄チェック表での状態把握とともに、一人ひとりの「個別マニュアル」に沿って把握されている排泄の支援方法に基づき、自立に向けた対応をおこなっている。	
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	排泄チェック表を使用し排便状況を把握している。便秘がちな人には水分補給や腹部マッサージ、運動、排便促進剤の使用を行う。		
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	基本的には週2回の入浴とし、本人の希望や体調に応じた支援を行っている。	家庭的な風呂場の壁には、富士山が描かれており、利用者の楽しみとなっている。入浴は週2回としながら、月曜～金曜まで入浴可能な体制がある。また個々の体調や状況に合わせて、シャワー浴や夜間時の部分浴等、柔軟に対応している。	
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	一人ひとりの体調や状況に応じた休息をとれるよう支援している。活動時間にはお誘いし、昼夜逆転にならないよう努めている。		
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	薬に関する情報は職員が共有し、変更があった場合も申し送りして把握できるように徹底している。錠剤の数の多い人には小さなカップを使用し、内服しやすいように工夫している。		
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	個々の得意な事、好きな事を把握し、生活に取り入れたり、外出ドライブなどで気分転換を図ったりしている。		
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。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	月1回は外出ドライブを企画し楽しんで頂いたり、家族と共に外出を楽しんでいただいている。	地域の納涼祭に参加し、芋堀りを楽しみ、天気のよい日には事業所の周りを散歩している。月に1度は、皆で遠出に出かけ、運動公園への花見、牧場でのソフトクリーム、ぶどう狩り、地域の魚市場等々への外出を楽しむ機会がある。	

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
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	必要な物があれば家族に用意して頂くようにしている。また、自己管理できる方には家族と相談し、お金を所持して頂いている。		
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	ご希望に応じられるように可能な限り対応している。		
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	共有スペースは入所者の皆さんが過ごしやすいよう花を飾り、整理整頓するよう努めている。	共用空間のテーブルでは、利用者が季節の作品を作っており、キッチンからは食事の支度の音や匂いがしている。季節感のある壁面の装飾は、利用者の思いを聞きとり、したいことができることを汲み取りながら皆で協力したものが掲示されている。	
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	フロアに3か所のソファを設置し、足のマッサージ機などを使用して頂いたり、コミュニケーションを楽しめるよう努めている。		
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	写真立てやカレンダー、作品など好きなように飾って頂いている。	各居室には、ベッド、タンス、化粧台が設置され、室内には家族の写真や趣味で作った貼り絵などが個性豊かに飾られている。室内に可動式の歩行用手すりが設置されている居室もあり、本人の自立と安全を支えている。	
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	一人ひとりが「できること」を活かせるような環境づくりを目指し努めていく。		

(別紙4(2))

事業所名 グループホームしばんぼの里

作成日: 平成 27年 10月 16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	介護計画作成にあたって、改めて家族さんに来所してもらう事がなかった。その為、チームとして作成している実感がぼやけた。	日々利用者に関わっている職員と家族とチームとして計画作成する。	利用者ごとに担当を決める。 家族、担当者、計画作成責任者と担当者会議にて話し合い、一緒に作成する。 又、担当者は個別マニュアルも作成する。	6ヶ月
2	2	事業所と地域のつながりの中でボランティアの受け入れが少ない。現在の利用者の中で集団が好まれる方、一人でゆっくり過ごしたい方など、ニーズは様々である。ニーズに合ったボランティアの受け入れが必要。	利用者、それぞれに合ったボランティアの受け入れ。	地域の方でボランティアを実施してくれる人の確保。 入浴時のドライバーボランティアの受け入れ。 話し相手ボランティアの受け入れ。	6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、行を挿入して下さい。