

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28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28年9月21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ます。地域の理美容との交流も図っています。

【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)】

「毎日笑顔あふれるHOME」を理念に掲げ、利用者本位のサービス提供に努めている。利用者の笑顔や笑い声を引き出そうと、毎週水曜日に利用者の楽しめる余暇活動の時間を設定し、アットホームな時間を設けている。職員の誰でもが、利用者一人ひとりに合った個別ケアが実践できるよう、事業所独自のアセスメントシート「基本情報・暮らしの情報」や入所1カ月後に家族が出席して開催するサービス担当者会議での意見を活用して、利用者個々の「日課表・個別ケアマニュアル」を作成し、統一した個別ケアに取り組む工夫がみられる。今年度は、1ユニットから2ユニットに増設され、新人職員が多い中で、サービスの質が低下しないよう管理者中心に職員一丸となってケアに取り組んでいる。

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)	○	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
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	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。	開所時に全職員で作成した理念「毎日笑顔あふれるHOMEに」を掲げ、玄関等の共有スペースに掲示し、家族や来訪者とともに共有を図っている。また、毎週水曜日午後には利用者と職員が笑顔で楽しめる余暇活動の時間として設定し関係性を深めており、理念の実践にむけた取組みである。	
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	週1回理容院より出張してもらったり、また美容院から迎えに来てもらったりしている。また祭礼や神輿の受け入れを行っている。	町内会に加入して回覧版等で地域情報を把握し、活動に活かしている。また、近所の理容院の活用や音楽療法・折り紙教室等の地域ボランティアの受け入れが行われている。ホームが主催する「落語会」には、地域の方々の参加を呼びかけるなど多様な交流機会を持っている。	世代間交流に向けた取組みとして、地元保育園や小学校との交流も積極的に働き掛ける取組みに期待したい。
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	今年度は実践を活かされていない。		
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。	2ヶ月ごとに会議を開催し、ホームの運営や活動内容・ヒヤリ・ハット等を報告し、意見交換が行われている。例として誤薬のヒヤリ・ハットを報告した際、委員から薬の一包化に協力してもらえる薬局を紹介してもらい、サービスに反映している。	
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。	市担当職員は運営推進会議の委員であり、会議を通してホームの実情を理解しており、いつでも相談・助言をいただける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。	マニュアルを整備し、新人研修で身体拘束の具体的内容やリスクの理解に努めている。玄関の出入りはチャイムで確認できるようになっており日中施錠は行われていない。また、日々のサービス提供時に身体拘束にならないよう言葉かけや接遇方法に職員同士で注意しながら支援されている。	身体拘束をしないことを基本にしながらかも、一時的拘束の必然的な場面も想定され、身体拘束に必要な手続き書類を整備することに期待したい。
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	実践者研修を終了した職員からの報告や施設内研修に結び、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。	2ヶ月ごとに広報誌「しばんぼ」を家族に送付しホームの暮らしぶりを知っていただきながら、家族の来訪時に積極的に意見を求め、思いや要望の把握に努めている。把握した情報は業務個別日誌に記録して職員全員で共有しサービスに反映している。	
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	週1回程度ミニミーティングや月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。	代表者が出席する職員会議やミーティングは、職員が要望・提案を言える機会になっている。また、管理者は日々の職員との関わりのなかで把握した提案・要望を代表者へ報告し、改善に向けた検討等が行われている。	
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	重度化した場合は契約時口頭での説明を行っている。		
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
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	本人が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。	家族の協力を得て、自宅への外出泊・かかりつけ医への継続受診・家族との外食・馴染みの店での買い物などを支援し、馴染みの地域との関係継続に努めている。	
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。		
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	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。	家族や関わりの中で把握した思いや意向は日々の個別記録に記入し、担当者が事業所独自のアセスメントシート「基本情報・暮らしの情報」に整理して、ケアにつなげている。また、利用者個々の思い・意向を取り入れた「個別日課表・ケアマニュアル」を作成し、統一ケアの実践に活かされている。	
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、個別計画書を作成し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。	入所1ヶ月後に家族も出席する「サービス担当者会議」を開催し、サービス内容について意見交換を行い介護計画を作成している。毎月ケアカンファレンスを行い、3ヶ月ごとのモニタリング、1年ごとの計画見直しを行っているが、状態変化に合わせた随時の計画見直しも行われている。計画内容は家族に説明し、意見・要望を聞き取り計画に反映している。	高齢者の心身の状態変化は日々みられることも想定され、3ヶ月ごとのモニタリングを活かしながら、全体の計画見直しも短期間で行うことに期待したい。
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を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。	在宅から継続のかかりつけ医受診を支援している。受診時には「情報提供書」による書面での情報提供や必要時の職員同行を行い適切な医療が受けられるよう支援している。夜間帯の急変時には、看護師の有資格者である管理者が判断して、救急車対応などが行われている。	
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	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	入居後書面にて重度化した場合の対応について説明している。	契約時に、重度・看取りケアを行っていない事を説明し了解を得ている。重度化した場合は、かかりつけ医と相談しながら家族の意向に沿えるよう支援している。入所中に入院された場合は、入院先の地域連携室と連絡を取り合い、家族の意向や本人にとって最善の生活の場等の相談支援に努めている。	
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	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。	消防署の協力を得ての夜間想定火災訓練や自発的に水害訓練を利用者と一緒に行っている。また、災害時の地区の協力を得るために、運営推進会議でも議題に取り上げたり、次回の訓練には近隣の人たちの参加を募る計画を持っている。	

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
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	個々の尊厳を重視したケアを行うよう努めています。	利用者個々の言葉かけ・接遇方法・ケア時の留意点を整理した「個別ケアマニュアル」を作成し、人格やプライバシーが損ねられないケアの統一が図られている。「個別ケアマニュアル」は状態の変化に合わせてケアの仕方、声かけの留意点等を変更し、人格の尊重に努めている。	
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、本人の希望に応じた援助を行う。		
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	みんなで集まっておやつを作ったり、皮むきや盛り付けの手伝いをしたりして、みんなで楽しく食事をしている。	季節ごとの旬の野菜を多く取り入れた献立で食事を楽しんでいる。利用者のできる調理の下準備や盛り付けは職員と一緒にしている。土・日曜日は季節ごとのおやつを手作りしたり、利用者全員でファミリーレストランで外食するなど、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	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。	24時間対応排泄チェック表を活用し、個別ケアマニュアルの排泄支援方法や留意点に沿いながら時間ごとのトイレ誘導や声かけを行い、プライバシーに配慮しながら支援を行っている。	
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。	利用者の体調や希望に合わせてながら、最低週2回を目安に職員と1対1で利用者のペースに合わせてゆっくりと入浴している。季節感のある入浴剤を使用し変化を付けたり、身体状況により清拭・シャワー浴・足浴を行い、保清に努めている。	
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。	利用者の希望や季節により、花見や外食・ドライブ・地域行事などの外出支援に努めている。また、日常的には天気の良い日の散歩、買い物等に出かけ、外出の機会を多く持てるよう努力している。	

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
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。	共有空間は中庭から光彩が降り注ぎ明るい。利用者と一緒に作成した季節の装飾品が飾られ、ソファや椅子を適所に配置し利用者が思い思いに過ごせる場になっている。利用者同士や職員との会話・笑い声が聞こえるアットホームな雰囲気である。	
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	フロアにソファを設置し、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。	ベッド・整理タンス・化粧台・整理棚が整備された居室には、自宅から持ち込んだ使い慣れた椅子や家族写真・好みの装飾品でレイアウトされている。また、利用者の移動状況や使いやすさを考慮して、ベッドや家具が配置されている。	
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」「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ばの里

作成日: 平成 28年 10月 31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	2	地域ボランティアの受け入れを行っているが、世代間の交流の取り組みがない。	世代間交流の取り組みを行う。	地元の保育園、小学校との交流を積極的に行う。	8ヶ月
2	26	3ヶ月毎にモニタリングを実施しているが、それを活かした計画の見直しがされていない。	モニタリングを活かした計画を行う。	モニタリング時に計画の見直しを行う。	8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。