

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	0894200013		
法人名	有限会社 スズショウ		
事業所名	グループホーム『えがお』 ユニット(温)		
所在地	茨城県結城郡八千代町蒔田161番地10		
自己評価作成日	平成30年8月8日	評価結果市町村受理日	平成31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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JiyosyoCd=0894200013-00&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30年10月16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)】

・八千代町で暮らしてきた入居者様が、これまでと同じような自然あふれる環境(畑や森、花等)で、環境変化への不安を軽減して生活できるよう、施設敷地内の環境整備を大切にしている。屋外に出たときは勿論、屋内にいながらの景観にも配慮して整備している。
 ・栄養士が栄養管理した調理を基本としながら、施設内の広大な畑で採れる、採れたての野菜や果物が口のできるような食事の提供、又、浄水・還元水など水を大切にしている。
 ・ボランティア活動を組織化し、外部の方の協力や力を日常的に生かし、事業所間の行き来もしやすく、ホーム外の様々な方との交流がまめに図れるようにしている。
 ・訪問診療医、訪問薬剤師との連携を強化し、内服加療を簡単に選択せず、本人様・ご家族の意向に添いながらターミナルケアは勿論のこと、心身両面の体調管理を行っている。

【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)】

広大な敷地に、グループホームとデイサービスセンターが併設されている。自家農園があり、季節の野菜を収穫して楽しんでいる。また、広い敷地を活用し、ホームのイベントに地域住民を招いて交流を深めている。デイサービスと合同のイベントではボランティアの参加が活発で、自発的に『えがお友の会』を結成、さらに活動の幅を広げている。ホーム内の廊下、事務室、ダイニングなどの壁に、教訓となるような事柄が貼ってあり、日々の気づきを意識させている。職員は、日勤、夜勤等シフトによる立場の違いを出しあって話し合い、ぶれないケアができるよう心掛けている。また、感情移入しすぎないように注意しつつ、家族と同じような気持ちで最後まで寄り添っていきたいと思いが聞かれた。看護師でもある管理者には、急変時の対応から重度化に備えて、職員を育てていく姿勢が窺われた。

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 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、活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	毎日の朝礼で、理念等を飲み上げ、共有及び実践につなげている。	理念の唱和は習慣化している。声を出して読みあげることで、仕事のスタートとして切り替えができる。行動指針は、言葉使い、挨拶、身だしなみ、勤務態度、コール対応など細かな項目に分け、具体的に示されている。職員は名札に入れて活用している。	
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	地元ボランティアのイベントが盛んに行われている。(利用者の知り合いが多くいる)	オーナーの人脈で多くのボランティアが訪問する。8月は蒔田地区のお祭りで、子ども神輿がホーム敷地内で神輿をもむ。お礼に流しそうめんをふるまい交流をした。ホームの夏祭りに近所の人を招待。お囃子、空手、演舞などのボランティアも参加した。夏休みに小学生がグループホームとデイの職場体験をした。	
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	包括主催の研修や認知症サポーター養成講座などの協力。介護等の相談に随時対応するなどしている。		
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	定期的に開催し、『えがお』に対する意見を頂いたり、行政の意見や相談、地域からの意見や相談など意見交換している。	家族全員に開催を案内。相談役(議員)、区長、町職員、えがお友の会(ボランティア組織)、商工会会長、心理カウンセラー(元教師)が参加。議事録玄関に置き、誰でも見られるようにしている。認知症の啓発イベントRun伴に利用者全員で参加した。	
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に取り組んでいる	運営推進会議の参加など、日頃からの連携を密にしている。	必要に応じて電話や窓口で相談することがある。推進会議に出席してもらい、ホームの雰囲気を知ってもらうなど、良好な関係が出来ている。	
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	身体拘束排除の取り組みの整備、周知、研修等を行っている。	委員会を立ち上げ、3か月ごとに開催。看護師と介護職は交代で出席。胃瘻の自己抜去対策としてミトン使用者がいる。医師の指示によるが、目の届く日中は外す時間があり。定期的にモニタリングを実施。家族承諾のもと車いすに安全ベルトを使用する人もいる。7月に研修を行って以来、職員の意識が変わった。	

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
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	社内・社外研修等で意識を高め、防止に努めている。		
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	社内・社外研修等で学び、必要時の支援ができるように努めている。		
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	出来るだけ見学して頂いたうえで、理解・納得できるよう説明し同意を得ている。		
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	苦情窓口、電話等で随時意見を受けている。また、支払いを現金にし、少なくとも月に1回以上面談する機会を作っている。	『えがおのぞきあな』を毎月作成して配布している他、ホームページも運用。利用者の様子を視覚で分かりやすくしている。毎月、家族の訪問はあるが、要望や意見は聞かれない。以前、着替えについてクレームがあったが、すぐに対応。本人と会わずに帰る家族も居る。	
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	随時、ミーティング、業務改善提案書など様々な機会を設け、意見を抽出しやすくしている。	看護師が24時間オンコール対応なので、職員は安心できている。不安は取り除かれるが、頼りすぎる面もあるので、育てることを意識するよう心掛けている。今年から業務改善提案書を活用し、意見を出してもらっている。今年、提案があり、敬老会で『泥棒学校』の寸劇を行った。職員は一から自分たちで考え、達成感があったという。	
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	職員個々の事情や要望等を聞きながら、働きやすい環境・シフト等を考慮し、努力や協力等を適切に評価し反映するようになっている。		
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	社内研修の充実を図り、希望を加味しながら社外研修の機会の提案等をしている。		

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
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	近隣の事業所の研修に参加したり、地域の同業者と交流の機会を得るようにしている。		
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	入居前の実調で十分に要望等を把握し、入居後も注意深く関係づくりに努めている。		
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	利用者同様、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	本人、家族と必要としている支援を共に話し合い、見極め初期段階のサービスを決定している。		
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	地元の先輩として尊敬し、生活を共にする大切な一員として関係を築くよう努めている。		
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	家族参加のイベントでの交流、支払いを現金にし月に1回以上は面会に来ていただき共に過ごして頂く機会を作るなどしている。		
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・家族の強い要望や制限がない限り、自由にこれまでの関係の方も気軽に面会していただいている。	友人やデイの利用者が会いに来る。イベントはデイサービスと一緒に。契約時に面会者の制限の有無を聞く。中には、誰にも知らせないで、面会は家族だけと希望される場合もある。運動会で、近所の人に声をかけられることもある。	

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
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	昔からの知り合い・親戚、話し好きな方・消 極的な方、利用者に応じて孤立せず共に暮 らす仲間とな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	契約終了後でも気軽に相談に乗っている。 他施設入所等時は不安なく移動できるよう 支援している。		
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	一人一人の希望や意向等を把握するように 努めている。	自分からあまり話さない人が多く、引き出すのが難 しい。具体的な質問で、意思表示しやすいように工 夫している。幼稚園の運動会が、参加の希望を 募ったが希望がなく、職員が推測して連れて行っ た。子供の運動会やクリスマス会、発表会はニコ ニコして顔の表情がとても明るい。	
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	適切に把握し、職員間で共有できるよう努 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	適切に把握し、有する能力等を活用できる ように努めている。		
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・家族の意向を理解し、関係者の意見 を反映し、現状に即した介護計画を作成し ている。	モニタリングシートやモニタリング一覧表により、達 成すると次の計画に移行するようにしている。ケア プランは、更新時か状態に変化があった場合、担 当者会議で話し合う。ニーズは日ごろの状態から把 握している。本人、医師、薬剤師、管理者、看護 師、ケアマネが出席している。	
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	毎日の記録、朝礼・夕礼時のミニカンファ、 看護職員とケアマネ及び計画作成担当者 のまめな連携などにより共有・実践・計画の見 直しに活かしている。		

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
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	本人・家族の状況やニーズに随時対応できるように取り組んでいる。		
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	地元の消防・学校・警察等に協力をお願いしている。ボランティアの希望も多く、積極的に受け入れている。		
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	定期的な訪問診療、必要時の電話相談や往診で適切な医療が受けられている。納得した治療方針となるよう、連携ノートの活用や適宜ムンテラを行っている。	ほぼ全員が訪問診療を受けている。24時間対応可能で、看護師が医師につなぐ。利用者の状況により入院先を検討する。連絡ノートは個人ごとに作成し、ホームでの変化も記入。医師・薬剤師からのコメントがあり、それを家族に見てもらい確認印をもらう。	
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	訪問看護師の他、常勤の看護職員がおり、日常的に連携できるようにしている。		
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。	看護師が医療機関と密に連携している。		
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	契約時の意向の確認、事象発生時のムンテラ、意向の確認など十分に話し合い、方針を決定・共有している。	契約時に確認。重度化したとき、医師から家族へ説明。『看取りについての同意書』にサインをもらう。ターミナルケアマニュアルを作成し、終末期の条件・看取り介護職員の役割・終末期の身体的変化・精神的側面に対するケアなどが盛り込まれている。『高齢者の見取りの原点』を基に研修を行った。	
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	日常的な指導、研修などで実践力の向上を図っている。		

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
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	避難訓練・災害訓練の実施を定期的に行い、運営推進会議で地域への協力依頼をしている。	自然災害を想定できるのは地震ぐらい。春は消火訓練として、業者立ち合いで消火器の使い方についての訓練を行った。秋は夜間想定で消防署立会のもと避難訓練を行った。職員のソワソワが利用者に伝わり、不安を招いたことが反省点で挙げられた。実地要綱、役割分担あり。ヘッドライト付きヘルメットは良かった。	
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	「介護職員の言葉使い」を朝礼時で読み上げ、常に意識を高めるようにしている。	職員が比較的高齢で、利用者にとって親近感があり、なれなれしい言葉使いにならず、丁寧過ぎず、馴染みの言葉を使うこともあり良い環境と思っている。また、面会時の制限が徹底されていなかったという失敗から、プライバシーの確保には十分注意をしている。	
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	一方的でなく利用者の希望や意見を確認す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し、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	1日1日を穏やかにゆったりと過ごして頂けるように心がけている。		
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	着る洋服の確認や訪問理美容では本人の意見を尊重するなど支援している。		
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	自家農園で採れた野菜を中心に地元のメニューを取り入れるなどしている。	ゴーヤジュースや梅干し作り、ホームの農園で収穫したもので楽しんでいる。栄養士が献立を作り、調理専任の職員を雇用。職員は朝食のみ作る。家庭的な献立で、旬の食材で作り、ほとんどの方が完食。ペースト状、刻み食あり。桜の下で弁当を食べることもある。おやつの手作り、自然薯をすりおろすなど手伝うこともある。季節の行事食、(おせち料理、雛まつり、5月の節句、誕生会など)もある。	
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	一人一人の状態等に応じた支援をしている。		

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
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、一人一人の状態に応じて口腔ケアを行っている。		
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	日中は特に、出来るだけトイレで排泄できるよう本人の能力を活用し支援している。	ほぼ自立が多く、時間で声掛け誘導。介助が必要な方は各ユニット2名。ズボンの上げ下ろしと排泄チェックをする。夜間のみオムツ使用の方もいる。ポータブルトイレはなく、できるだけトイレで排泄を心掛けている。	
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	日常生活上の運動や、繊維質の物を摂取できるようにし、便秘薬以外の方法をとるようにしている。		
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	清潔が保持できるよう、声をかけ意向を確認した上で、週2回の入浴等支援をしている。	最低でも週2回の入浴だが、いつでも入浴できる。着替えの準備はわかる人は自分で行う。皮膚科医によくないといわれたので、入浴剤は使わない。ゆず湯としょうぶ湯は、高齢者の馴染みの習慣として取り入れている。	
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	一人一人の状態や希望に応じて、ゆっくり休息したり眠れるように支援している。		
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	看護師が適宜指導しながら職員間で共有し、服薬の支援をしている。		
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	畑に馴染みのある方が多く、畑の収穫を楽しんだり、畑を眺めてお茶を飲んだり、収穫したものを口にしたたり支援している。		
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	家族と外出の機会が得られるよう働きかけたり、施設敷地内の散策など、戸外を楽しめるよう支援している。	天気の良い日は、農園に散歩がてら出かけている。車での外出はあまり望まない方が多く、日常的に特別なところへ出かけることはない。ベランダでの外気浴を楽しんでいる。11月、市の秋まつりで作品展に出展、見に行くこともある。5月には『えがお運動会』をデイサービスと合同で行う。	

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	一人一人の状態に応じ、所持や管理をしている。		
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	電話のやり取りの希望時には支援している。		
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	不安になるような刺激にならないよう、また馴染みの物を配置し心地よく過ごせるような工夫をしている。	広い敷地のウッドデッキでは、毎日お茶のみが楽しめる。外の畑や桜の木など、多くの花や植物に囲まれている。明るく、外の景色が眺められ、ゆったりとした気分させる。町の作品展に出品した作品を飾っている。思い出の写真や折り紙を得意とする人の作品が飾られている。その他飾り付けは季節ごとに変えている。	
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	廊下や窓際、デッキなど共用空間だが、個々の過ごし方ができるように工夫している。		
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	馴染みの物、写真など心地よく暮らせるような工夫をしている。	ベッド、物入れ、書道の作品や、折り紙が得意な人の作品が、各部屋に飾ってある。部屋の入り口には担当職員の顔写真が貼ってある。多くの方は、日中、ほぼダイニングで過ごしているので、居室内はさっぱりと片付いている。	
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	目印、利用者の目線、分かるよう工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム『えがお』

目標達成計画

作成日: 平成 31 年 1 月 10 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	33	終末期ケアは実施し、書類の整備も修正し整えたが、介護職員の意識・知識・技術等の向上を更に図っていくことで、終末期の入居者様のQOLがよりよくなるのではないかと。	最期の期間の不安が減り、自分らしく、家族と共に過ごせるなど、終末期ケアの質の向上を図ることができる。	①終末期ケアについての研修を継続的に年1回以上行う。 ②終末期ケアの対象者に対して、本人・家族の意向を十分に反映した上で、生活面を主体としたカンファレンスを行い、実践する。 12ヶ月
2	35	火災を想定した災害訓練は行っているが、自然災害(特に地震)の災害対策が不十分。	地震を想定した災害対策及び訓練を実施する。	①地震を想定した災害対策を練る。 ②地震想定災害訓練を実施する。 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、行を挿入して下さい。