

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「スズシヨウ」		
事業所名	グループホーム「えがお」		
所在地	茨城県結城郡八千代町		
自己評価作成日	平成26年9月30日	評価結果市町村受理日	平成27年1月19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=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東4637-2
訪問調査日	平成26年11月13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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の皆様が、今まで暮らしてきたような自然溢れる環境の中で、毎日を穏やかに過ごしている。 ・ホーム所有の畑では季節の花々や、野菜が収穫できそれらを見て楽しみ、食べて健康になることができています。その土地で取れた物を食べ健康になる。まさに地産地消である。 ・健康管理にも充分配慮しており、高性能の浄水器から生み出される「安心 安全で 美味しい水」を飲み水や、調理に提供している。 ・ひとり一人の個性と向き合い、その人にあった、最大限の支援提供を目指している。

【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)】

<p>広大な敷地の一角に、グループホームとデイサービスが併設されている。敷地内には季節の花々や農作物が栽培され、利用者と共に収穫を楽しみ、旬の食材として食卓にぎわせている。四季に合わせ、地域住民を招いてボランティアと共にお祭りや運動会を行っている。利用者の健康面に於いては開設時より看護師が常駐しており、専門知識を持って利用者の体調変化の早期発見に努めている。また、オーナー自らがケアマネジャーの資格を取得しており、多くの専門知識をもって利用者に合わせて支援を提供している。</p>

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	毎日の朝礼では全員で実践理念、行動指針を読み上げ、理念の共有が出来るよう行っている。	朝礼にて理念を復唱し共有している。また、健康面について看護師からの情報の共有を徹底し支援に繋げている。	
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	地元ボランティアのイベントが盛んに行われている。ボランティアの人々が利用者の知り合いの場合が多く、いっそう心弾むひと時となる。ホームの農園での野菜作りからも交流がひろがっている。	敷地内にて利用者、家族、地域住民、ボランティアと共に、運動会、秋祭りをし支援に繋げている。近隣幼稚園との交流や障害者、特別支援学校の実習の受け入れを行い地域との交流の幅を広げている。	
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	運営推進会議などで介護相談や地域の認知症に関する会議や、研修会に参加して支援方法を学び、地域の相談窓口になる等の支援を行っている。		
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	運営推進会議は定期的開催されている。会議では、話し合いの中から「えがお」に対する参加者の率直な考えを伺い、改善するところがあれば対応し、将来の方向性に役立たせている。	運営推進会議を2ヶ月に1回、偶数月に行っている。施設行事に合わせて日程が調整されている。参加者は行政、地域住民、農園管理者、利用者家族、デイサービス職員及びセンター長が参加している。	
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	日常の相談ごと等、すぐに対応してもらえる連携ができています。運営推進会議を通し面識も増えてきており、「えがお」の実情や取り組みも理解していただき協力関係の構築に努力している。	県の地域密着連絡協議会にオーナーが参加している。ケアマネ連絡協議会への参加はしていない。推進会議をはじめ、行政との連絡調整を行い支援に繋げている。	
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	日頃より「身体拘束は行わない」事を基本とし、職員同士が意識してケアに取り組んでいる。社内研修での勉強会も開かれ、代表者の強い考えは職員に浸透している。	月に1回身体拘束について学習会を行い共有している。参加できないスタッフも共有できるように、確認後にサインを残している。	日中、車いす乗車の時間が長く見受けられる。利用者一人一人に合わせた日常動作や椅子、車いす使用の評価を行い、筋力低下予防等に繋げて頂きたい。
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	社内、社外研修等で学び、情報を共有することで、職員全員で虐待の防止についての意識を高め、防止に努めている。		

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	成年後見制度を利用している利用者もいる為、管理者は権利擁護に関しての外部研修にも参加し、職員に伝達している。		
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	契約をする前に必ず、見学を通して理念についての説明を行っている。また、契約時の読み合わせを通して不安要素、疑問点の解消、希望を十分に話し合い、納得された上で契約を行っている。		
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。また利用者全員の家族と面会する事で直接意見を聞くため、月々の利用料金を現金支払いにしている。玄関には常時、意見箱がおかれてある。	日々の支援を通して利用者の意見を聞いている。利用者家族の意見や要望について、スタッフ間で共有し支援に繋げている。	
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	代表者自ら職員の意見や提案には耳を傾け、参考にしながら運営を行っている。また、意見を提案できるような教育、雰囲気作りにも力を注いでいる。	スタッフ間の情報共有は日々の朝礼を通して行なっている。介護実技研修を毎月1回開催し、理学療法士より学び支援に繋げている。	
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	代表者は職員個々と話し合い、働きやすい時間設定や、環境を整えるように勤めている。また、職員個々と、就業上の問題点を話し合い考えや、気持ちを受け止め、理解できるように努めている。		
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	社内研修で、接遇、挨拶、介護実技の基礎から学び、知識を深めケアの向上に努めている。また、希望者には外部研修を受ける機会が確保され、その他資格取得のための支援も積極的に行っている。		
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	近隣の事業所に外部研修に参加したり当事業所に研修に来ていただいたりしている。さらに、外部研修の研修場所として施設を開放することによってネットワーク作りとなり、情報交換や、ケアの向上にも役立っている。		

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	サービス導入前の本人との面談を通し、困っていることや、要望や悩みを伺い、直接本人から意向が伺えない場合、家族等からも話を伺って、安心できるような関係作りに心がけている。		
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	サービス導入前には、家族等に必ず面談を行い、要望や悩み、困っていることなどを話し合い、代表管理者、職員の顔が見える安心できる関係作りに心がけている。		
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	サービス導入段階で本人、家族や、家族等の必要としている事を話し合い、課題を見極めサービスを決定させている。		
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	利用者様を人生の先輩として尊敬し、生活を共にする大切な一員としての関係を築くようにつとめている。		
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	家族にも家族参加のイベントを多く予定しており参加機会を設けている。また、面会時間の制限を設けず、忙しい家族も面会に来ていただけるように配慮している。		
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	地元主催のイベントや利用者家族が営むお店への来店、なじみの人との出会い、懐かしい場所に出向く等の支援や、ホームの畑も懐かしく、喜ばれている。	近所の友人が訪問している。定期的に家族とも外出や馴染みの理容店に行っている。	
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、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	幼馴染や、近所で顔見知りという利用者も多く、毎日の会話を楽しめるように配慮、支援している。また、無理強いをせず、ご本人の自発的な部分を大切にやりがいが持てるよう努めている。		

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
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	契約終了後も様子を伺ったり、相談や、支援を行えるよう体制を整えている。また、次の移動先がある場合は、不安なく移動出来る様に支援を心がけている。		
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	日々のコミュニケーションを通し、言動、思いから意向の把握をし、その意向を尊重するように努めている。本人からの意向が把握できない場合には家族からの情報や支援経過から得た情報をケア会議等で共有を図り、次への支援に繋げている。	日々の支援を通して思いや意向の把握に努めている。口頭により把握できない場合には、表情や行動から汲み取り支援している。	
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、家族との普段のやり取りの中から、今までの生活歴や、習慣、大切にしてきた事などを聞き取り把握し、サービスに活かせ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	24時間シートを活用しながら本人の状況把握に努めることで、職員間での共有を行い現状の把握が多く出来る様に支援している。		
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	顔の見える関係づくりを大切にしていくために、本人、家族等とのコミュニケーションから始まり、介護計画は、本人家族の意見を踏まえながらケア会議で意見を出し合いながら作成している。	介護計画は6か月または随時計画の見直しを行っている。日々の支援を通してモニタリングを行い、介護計画に繋げている。	
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	個人記録を毎日記録し、職員間でも情報を共有している。また、毎朝行われるミニカンファにおいても気づきや工夫点などを取り上げ、必要時にはすぐに対応できるように支援している。		
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	面会時間の設定をせず自由に入出入りしていただいたり、外出していただいている。また、食事の好みや時間の過ごし方など利用者や、家族の意向や、決定を重視している。		

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
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	安心して生活が送れるように地元の消防、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おおく、積極的に受け入れることで地域資源の活用の幅を広げている。		
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	地元の医師がかかりつけ医であり定期的に往診してもらっている。緊急時には24時間の対応も行い健康管理は万全である。専門医には家族が付き添うが事情によって、職員が対応出来る様になっている。	かかりつけ医の往診や訪問歯科が定期的に介入し、口腔ケアの方法について指導を受けている。受診後は受診ノートに記載し変更内容についてスタッフ間で共有している。	
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	職場看護師や訪問看護師とも常に相談し受診や看護に関して助言や、指示を受け必要時には受診できる体制を整えている。		
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。	実際に訪問しての連携を取っており、退院後の打合せを行い早期退院のむけて支援をおこなっている。		
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、事業所ですることが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	代表、医師、看護師等が家族等に説明し同意書を作成している。またともに生活をしている自然な流れから職員も週末ケアに取り組んでいる。	要望に合わせてスタッフ間で看取りについての共通認識を行い支援している。また、連携医師や看護師、家族と病状に合わせた、説明同意書を受けながら支援している。	
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	看護師が中心となり急変時や事故発生時の対応を学び、日頃から落ち着いて対応できるようにシミュレーションし、訓練を行っている。		
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	消火器は目立つように配置している。消火器の使い方及び、避難訓練、災害訓練は定期的に行っている。また、緊急時には代表や近隣職員が駆け付けられる体制ができている。地元の協力も運営推進会議などに依頼している。	日中の避難訓練や災害訓練を定期的に行っている。震災後、備品・備蓄の見直しを行い、今後災害ダイヤル登録について検討していく。また、夜間想定による避難訓練についても検討していく。	

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	日常の支援においても、一人ひとりの人格を尊重し言葉かけや、接し方にも配慮し、プライバシーには介入しすぎないように注意している。	日々の支援の中でプライバシーに配慮し、特に言葉かけや排泄誘導時には気を付けている。面会簿の記入方法について検討していく。	
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	本人が希望や想いを自分の言葉で表現できるように聞く事をこころがけている。また、ふだんの食事や、外出等にも本人の意思を尊重し選択できるように支援している。		
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	1日、1日を穏やかにゆったりと過ごしていただけるように心がけ本人の意向を尊重する支援をおこなっている。		
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	更衣の際の選択も本人の好みを尊重している。また、出張美容室を利用し、好みのカットや、染髪を楽しんでもらっている。		
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	昼食の献立に関しては、自家農園で取れた野菜を中心に地元の料理や、希望のメニューを取り入れ職員と共にいただいている。また、おやつについても利用者とすることもあり、好評を得ている。	栄養士が食事の献立を考えて食事の提供をしている。また、介護用の食器を使用し食事の自立が考慮されている。誕生日会やおやつ作りなど、食事を楽しむ工夫がされている。	
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	本人の水分摂取量、嗜好、食欲、栄養状態、体調などを職員が情報を共有できるようにし個々の支援に反映させている。		
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	口腔ケアは毎日の習慣となっており、歯磨き、入れ歯洗浄、口腔内清拭など一人ひとりの状態にあわせながら、自然な流れで行っている。		

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	個人記録を毎日記録し、職員間でも情報を共有することで、個別に対応している。日中はリハビリ、トイレでの排泄を基本としている。トイレは分かりやすい目線で目印がある。	車いす乗車の利用者が増えているが、日中は排泄の一部介助、見守りなどの支援に繋がっている。また、日中はリハビリパンツ使用を目標に支援している。	
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	水分量に注意を払い、なるべく薬には頼らず、繊維質の多い食事、運動を支援するとともに栄養会議を開催し、話し合っている。		
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	基本的には入浴日は決まっているが、本人の都合や希望に合わせて入浴日や、時間を変更、調整している。身体状況によって、併設施設の機械浴を利用している。入浴を嫌がる利用者も、原因を見極めながら支援している。	毎日、または随時入浴が出来る。デイサービスの機械浴も使用し支援している。入浴時に利用者からスタッフへ要望がでた場合には、出来る範囲で要望を聞き支援している。感染症についても留意されている。	
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	それぞれのペースに合わせて、ゆったりと過ごしてもらい安眠できるように支援している。日中は好きな時間に休息できるようにソファや椅子を数か所に設置している。		
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	服薬については、主治医や看護師から、助言や指示を受けている。		
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	自家農園の収穫を手伝ってもらったり、外気浴や、散歩を行い、外でお茶を楽しんだり、気分転換を行っている。		
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	敷地内の畑の散策をしながらや、デッキでの外気浴を楽しんでいる。イベントや、地元の祭り時などには積極的に参加し、馴染みの人との出会いやその場での交流を楽しんでいる。	季節に合わせて、敷地内の散歩や行事を楽しんでいる。車いす乗車の利用者が増えているため外出の機会が減っている。	外出支援について、利用者の状態や趣味、認知度などに合わせた外出支援の工夫を検討して頂きたい。

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
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	それぞれの状態に応じ、高額ではないがお金や時計等を所持したり、所持が困難な利用者には外出や、イベント時に各自、おこずかいの中から買い物などを楽しんでもらっている。		
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	家族や友人、親戚等からもらった手紙等に自ら返事を書いたり、写真を送ったり手渡したりしている。また、希望時には電話を取り次ぎ家族等の声を聞いてもらい双方に喜ばれている。		
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	共用部分のフロアから広いデッキに自由に入出入りして椅子などでゆったりと過ごしている。建物内は、明るく風通しがよく、過ごしやすい空間となっている。	木造作りで天井が高く、明るい落ち着いた空間作りがされている。また、大きな窓ガラスとデッキへ続く空間は、日光浴が自由にできるように工夫された作りになっている。室内は、季節の行事の写真や花々が飾られ居心地良い空間作りがされている。	
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	廊下や、窓際、デッキなどの共用空間でゆったり自由な時間を楽しめるよう工夫している。		
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	馴染みの物を持ち込んだり、写真を飾ったりそれぞれの好みの配置・収納で心地よく過ごしてもらえるよう工夫している。	馴染みの家具や仏壇、位牌、家族写真が飾られている。利用者一人一人の馴染みの空間となっており、居心地良い居室作りがされている。	
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	トイレ、浴室、居室、物品など個々の場所が目線で特定できるような飾りや、目印をつけて安心して生活できる工夫を行っている。		

(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27年1月19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	6 (5)	日中、車椅子乗車の時間が長く見受けられる。利用者一人一人に合わせた日常動作や、椅子、車椅子使用の評価を行い、筋力低下予防等に繋げて頂きたい。	筋力低下防止に努め、できるだけ車椅子を使用しない生活の提供を目指したい。	一人一人の残存機能能力、及び可動域の確認を行い、《できる》事を見直し、自立に近い日常生活が送れるように支援していきたい。筋力低下防止の為の運動・体操を日常的に継続していきたい。	3ヶ月
2	49 (18)	外出支援について、利用者の状態や、趣味、認知度などに合わせた外出支援の工夫を検討して頂きたい。	季節の移り変わりや、世の中の移り行く様子を外出をすることで感じ、心の活性化と共に、社会との接点を繋いでいく。	暖かな季節に向けて体調管理に努め、ご本人の希望に沿った外出計画を考え(花見や、作品展、買い物、観光)、楽しみのある生活を支えていきたい。	3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。