

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	0892700154		
法人名	株式会社榎戸工務店		
事業所名	グループホームE☆ホーム		
所在地	茨城県筑西市申し上げます。茂田1396番地3		
自己評価作成日	平成31年1月8日	評価結果市町村受理日	平成31年4月8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_2017_022_kani=true&JizyosyoCd=0892700154-00&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31年2月20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)】

利用者様が自宅で生活しているような、普通の暮らしの実現に向け、またご家族様には実家と思って気軽に訪問いただける、そんな家族愛に満ちたホームをめざしています。認知症の諸症状を個性として温かく見守り、楽しい体験を多く持てるよう、また利用者様の生活力が維持できるよう、お手伝いさせていただきますたいと考えております。

【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)】

筑西市主要道路に面した開設2年目の施設である。会社理念の『家族愛』をもとに、ホーム独自の理念を作り日々支援している。グループホームの理想の在り方である『家庭の延長』を重視しながらケアをしている様子が窺われた。家族から郷土料理や家庭料理の差し入れがあり、利用者だけでなく職員も楽しんでいる。接遇、感染症、認知症などの研修を定期的に開催している。管理者をはじめ、スタッフ間で意見交換を自由に行い、日々の支援に繋げるなど今後期待できる施設である。

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、安心して暮らさせている (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	家族愛の理念のもと利用者様も職員もひとつの家族構成員として、利用者様ご家族様が安心して、安全に生活できるようおてつたいをさせていただいておりなす。面会者数も当初より3倍以上増え、活気づいてきた。	会社理念をもとにホーム独自の理念を作り支援している。定期的な確認等は行っていないが、日々の支援に反映しようとする様子が窺えた。	
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	近所への散歩や公園に行き近隣の方々と触れ合い、散歩中にゴミを拾う。ボランティアの催しにご家族や近隣の方々を誘ったりして参加いただいている。	地域交流としてイベントを行った際、不穏になってしまった利用者がいた。現在は外出の機会を増やしている。中学生の体験学習や福祉科がある高校の実習生を受け入れ、現在、土日にアルバイトとして就労している。自治会に加入している。	
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	認知症を考える会に参加しRUN伴に利用者6名高校生ボランティア2名職員4名、施設長も啓蒙活動に参加した。その他認知症理解のためのキャラバンメイト講習も徐々に職員に浸透させていきたいと考えております。		
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	推進会議出席率を上げるため、新たに副区長さんへ依頼、民生委員さんも毎回参加して下さるようになり、ご家族様の参加が増え、毎回10名を超える会議が実現している。	奇数月の第3火曜日に設定している。副自治会長や民生委員、利用者、家族、行政、前管理者、施設長が参加している。参加されない家族には、議事録を郵送している。参加者一覧の作成または参加者に名前を記入して頂く名簿の作成など、参加された方を明確にすることを検討して頂く。	
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	入所者の状況等月1回報告、判断に迷うときはアドバイスを受けて対応している。	糖尿病でインスリンを自己注射している利用者が気づかないうちに外出してしまい、救急搬送されてしまった。今後、自己注射ができなくなった場合の相談をした。筑西市の地域包括支援センターが中心になって認知症を考える会を発足している。管理者が参加して研修会を行っている。今後は、ケアマネジャーが参加して行く予定である。	

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
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	各ユニットごとに身体拘束マニュアル配置、身体拘束の勉強会を行いながら職員の意識を高め身体拘束0を実行、全利用者を見守るよう努めている。	今後、身体拘束についての指針を作成する。また、定期的な勉強会の開催も検討していく。家族からの要望に対し、同意書の作成を検討していく。	
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	各ユニットに虐待防止マニュアルを配置、職員に虐待防止の理解を深め、個人の尊厳を守っていく意識を向上させる指導を行っている。		
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	ご家族様、甥姪様、身元引受しっかりされており、施設でのアドバイスの必要性はない。職員には知識として徐々に研修等知識を習得していくよう考えている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約または改定等の際は、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	入所時に細かくわかりやすい説明を行なっている。随時疑問には丁寧に対応する旨伝えている。現在のところ質問はない。		
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	利用者様にとって、良いアイデア、提案はどんどん取り入れている。	飲酒の希望があり、定期的に焼酎を飲まれる利用者がいる。主治医や家族の同意書作成について検討をして頂く。家族からは外出の希望が多く、外出支援を増やした。	
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	アイデアや行事等職員からの提案が出やすい環境づくりに気を配っている。利用者様にとって良い事、職員にとって働きやすい良い提案は聞き入れるよう配慮している。10月より歯科医師の往診を実現した。	月1回の会議で意見交換、勉強会、伝達講習を行なっている。今後、会議の議事録を作成し、内容や参加者を記録に残すことを検討して頂く。施設長や管理者との面談は、希望があれば随時行う。	
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	福利厚生については地域の事業所さんの水準よりアップを心掛けている。職員に自己評価を毎月行い報酬に反映させている。職員の有給消化が出来ておらず希望もないが、職員の増員に取り組んでいる。		

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
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	施設内研修、日常のケア指導、また、一人ひとりの能力に合わせ、より向上を希望し外部研修への参加を実践している。看護協会の研修ではしっかり伝達講習を実施し不慣れながら伝えることにより一層の効果を感じる		
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	認知症を考える会を通じた事業所とのコミュニケーションづくりに、協力体制はできつつある。		
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	必ず施設見学していただき、面接、事前の情報収集、ご家族様ご本人様から不安や要望など聞き取り解消に努めている。入所後もご本人様の観察、ご家族様への状況報告を行なっている。		
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	時間をかけご家族様のお話を伺っている。傾聴、共感をもって不安の解消に努めている。		
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	事前調査、面談により 利用者様ご家族様に提案をして、ご理解をいただいている。		
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	常に ともに生活を送る家族の立場に立って 日常生活が送れるよう努力している。見守ることも大切にし、時間がかかっても自分のできる幸せを感じてほしいと考えている。		
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	ご家族様と連絡を密にとり、利用者様の気持ちを代弁したり日頃の様子をお便りや、ご家族様の了解によりラインを利用し写真を送っている。		

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
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	面会者が増え気軽に訪問できる。が理解いただけただけで、ご家族様からも感謝の言葉をたくさんいただいた。親戚や近所のなじみの方も面会してくれている。これからも近所の方がお茶を飲みに寄れるよう努力します。	近所の友人が自転車で面会に来ている。買い物など、日常的に外出している。法事やお墓参り、美容室に出掛けている。管理者と利用者家族はSNSを利用して連絡を取り合い、写真を送ることもある。	
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	各利用者の個性を把握し、上手く誘導をもってトラブル防止に努めている。		
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	退所者についてはその後の状況を伺ったり、ご家族様の話を受け止め、退所後もつながりを大切にしている		
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	一人ひとりの思いに寄り添い笑顔で暮らせるよう、コミュニケーションを大切に、模索しながら取り組んでいる。	難聴の方とは筆談でコミュニケーションを図っている。入浴順などの要望があり、それぞれの要望に合わせて支援している。	
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	ともに生活をする中で昔話や生活習慣等、観察しコミュニケーションで把握し、職員間で共有できるようにしている。		
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	ともに生活をする中で昔話や生活習慣等、観察しコミュニケーションで把握し、職員間で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	職員利用者と密にかかわり職員の気づき、利用者の変化等つかみカンファレンス等に繋ぎ介護計画に反映させている	介護計画は利用開始1か月後に立案し、その後は状況に合わせて6か月から1年で立案する。モニタリング用紙は独自のものを使っている。利用者一人一人に合わせた、具体的な支援内容を検討して頂く。	

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
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	介護経過記録を毎日つけているが内容の検討改善の途中である。		
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	状況に合わせて柔軟に対応している。		
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	地域の方々とのさらなる関係を密にできるよう努力していきたい		
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	往診明野中央医院、大田医院、中山歯科、奥澤耳鼻科、のかおい整形外科、協和中央病院、西部メディカルとの連携も良く、看護師が常に付き添い対応している。	月2回、内科医2か所から往診が入る。医師と看護師は24時間対応である。突発時の受診は家族に連絡し受診している。受診内容は利用者毎の支援経過記録に記載している。薬や注意事項等は申し送りで共有する。	
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	介護支援専門員兼看護師職員の採用により医療連携構築することが出来た。		
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。	地域連携医療会議を定期的に協和中央病院のソーシャルワーカーとミーティングし、入退院の援助入院時に毎日は日の面会を実施している。		
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、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看護師採用に伴って24時間オンコールの実施。終末についても今後体制を整える予定。平穏死の実施予定	現在、看取りは行っていない。しかし、状態の変化や家族の要望に伴い、今後は看取りを行う予定。看取り指針の作成や、看取りに対するスタッフ間の共通理解を図り今後の支援に繋げていく。	

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
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	マニュアルを各ユニットに配置 緊急連絡網により連絡対応。消防の救急救命講習受講の予定		
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	母体工務店に炊き出しセット有、市議員でもある施設長の為、地域の応援体制は期待できる。避難訓練も実施しており、消防との関係も良好。今後近所の方も交えた訓練に拡大していきたい。	日中夜間想定で避難訓練を行っている。備品、備蓄の準備はできている。災害や震災、水害に対するマニュアルがない。近隣住民と協力体制を構築し支援に繋げている。	避難時の誘導など、更に具体的な避難方法について検討して頂く。
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	利用者様に対する言葉、職員間の会話についても節度ある言葉遣いを指導し実施できている。	家族の要望により、通称を呼び名にしている利用者がいる。個人情報保護の観点から具体的な同意を確認する。また、苦情解決責任者が『監督責任者』と記載され、苦情が伝えにくいと思われる。個人名など、具体的に記載すること検討して頂く。	
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	コミュニケーションを密にとり利用者様の思いをくみ取る努力をしている。		
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	一人ひとりのペースを守るようにしている。		
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	自分で洋服を選んだり、個人のこだわりは尊重している。		
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	家事に参加できる方は積極的に参加できるように援助している。会話の中に嗜好を探る内容を入れ懐かしのメニューなど作るようにしている。	食材や献立は外部業者に依頼している。家族から野菜やお赤飯、郷土料理の差し入れがある。お弁当やおやつを持って出掛けている。馴染みのお箸やお茶碗を使用している。	

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
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	食事量 バランスを考えたメニューに心掛けている。水分は定時のみならず常に提供するようにしている。		
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	食後の歯磨きは定着、利用者様同士で声かけしている姿もあり、職員も援助して実施。中山歯科より定期的に口腔ケアを受けている。		
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	日中はトイレ介助にて排泄可能となる。失禁はあるものの足の力付き簡単な援助にて排泄習慣が出来た。介護度も5から4に改善された方もあり全体に活気良くなっている。個々の排泄パターンは掴めている。	排せつ誘導など、残存機能を活かす誘導を行っている。日中夜間ともにオムツの使用者は少なく、排泄の自立に繋がっている。	
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	排泄チェックにより管理している。ヨーグルトや牛乳、繊維の多い食品を心掛け便秘予防に取り組んでいる。下剤の使用はない。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴は曜日を決めず週3回を目安に自ら進んでゆっくり自分なりの入浴をしていただいている。	週2~3回の入浴支援をしている。入浴時間の制限はない。季節に合わせて入浴剤を使用している。感染症対策もされている。	
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	個々の睡眠パターンを把握し、日中の活動の活発化に努めている。		
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	看護師管理により医師、薬局よりの情報を職員に共有、指導している。		

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
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	行事、レク、趣味等個々にあった支援を提供できるようにしている。H		
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	毎月一回外食 その他天気利用者様の様子を見ながら季節に合った外出を心掛けている。日常の中では買物外出、スーパーで一緒に食材、おやつ選びをしている。職員の事務的の外出に同行することもある。	四季に合わせたお花見や買い物、文化祭に出掛けている。今後も外出支援について検討して頂く。	
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	自ら買物し支払いをする援助の実施。初詣に賽銭をもってお参りに行く。スーパーで自分でほしいものを買う支援の実施。		
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	ご本人様の希望で自由ではあるが希望は今のところない。		
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	ホール壁面に季節ごとの壁飾りを利用者様と職員で考え作成、常にきせつかんをもてるようにした。冷暖房管理も利用者さんに聞きながら調整をまめにしよう心掛けている。日めくりカレンダーを置き、月日の確認が出来るようにしている。	開設2年目で、白の壁紙が明るい空間作りがされている。季節の飾りや行事の写真などが飾られ、馴染みの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	ホールのソファを増やしくつろげる場所の確保。玄関フロアにソファ、事務所も開放し自由にお茶を飲みくつろげる場所とした。		
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	入所時に使い慣れたものを持ち込んで頂けるよう声掛けし、自由になっている。カレンダーにより月日の確認が出来るようにしている。	自宅にいた頃の生活環境をもとにした個別の居室環境とはなっていない。家族写真や飾りなど、馴染みのものがあまり見られない。	利用者一人一人の馴染みの環境作りの為に再度情報収集を行い、居心地よい居室作りを検討して頂く。

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
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	各所に手すりあり、場所も皆さん理解され、歩行注意者には付き添い見守りを徹底している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームE☆ホーム

目標達成計画

作成日: 平成 31 年 4 月 5 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	35	各災害マニュアルの未作成	即急にマニュアルの作成、また日頃から各避難経路を利用した避難訓練の実施を行なう	4/1付けにてマニュアル作成、職員会議にて周知予定。日常よりリハビリ、レクリエーションを兼ね非常口からの出入を散歩外出時に日常的に実施している	3ヶ月
2	54	利用者一人ひとりの居室環境が整っていない。	安心して落ち着ける居室づくり	ご本人との会話によって得た成果る歴に関しご家族様とコミュニケーションを持ち徐々にご家庭にあるなじみの物の持ち込み依頼を続け、落ち着ける居室づくりをしていく。	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、行を挿入してください。