

平成27年度

## 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	1474200324	事業の開始年月日	平成16年6月3日	
		指定年月日	平成16年6月1日	
法人名	特定非営利活動法人グリーンハウスえがお			
事業所名	グループホームえがお			
所在地	( 243-0427 ) 神奈川県海老名市杉久保南1-8-11			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成27年12月11日	評価結果 市町村受理日	平成28年3月17日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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)】

介護とは『その方に寄り添うこと』であることを実践しております。そして介護の先生は、介護させていただいている一人ひとりの方々と捉えています。介護させてもらうのに一人ひとりに寄り添わないと見えてきません。寄り添うことで、どうしたいのか、どうしてほしいのか、どう介護されたいのか等々の思いを、答えを教える下さるのです。そして『安心できる居場所づくり』をすることだと思っております。利用者一人一人の居心地の良い場所って何だろう』と常に意識しながら寄り添っていきたくと考えています。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年1月15日	評価機関 評価決定日	平成28年3月1日

### 【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)】

現在、事業所は、小田急線と相鉄線の海老名駅からバスで15分、「杉久保」バス停下車徒歩2分の住宅地内にあります。一般家屋を改修し1ユニット9名です。平成28年3月にJR門沢橋駅近くに新築移転の予定です。

<優れている点>

ホームでは、利用者や職員のゆったりとした会話に交えて笑い声も絶え間なく、共に過ごす信頼に満ちた豊かな空間をホーム全員で共有しています。「認知症介護」における職員の認識は、今までの職員の経験や資格に留まらず、それぞれ異なる症状の利用者から、人としてのあり方や介護の接し方、見方などを教わる先生として、日々利用者から学び実践しています。また、これで充分だという介護ではなく、職員の五感を十分に活用し、利用者それぞれの最善の暮らしが何かを模索し、人として当たり前で普通の生活を援助する共同生活の場として捉えています。

地域交流の場として「えがお祭り」を毎年開催し、手作り作品や食べ物、地場産野菜などを販売するバザーを行っています。テントはコミュニティーセンターなどから借り、金券も作っています。今回は、バザーの収益で江ノ島の水族館へ全員で出掛けています。また、利用者の意向に沿うような外出プランも実行しています。

<工夫点>

利用者の趣味、興味なども把握した工夫が、居室や共同の空間に見られます。食堂には「役割分担表」があり、それぞれのできる事を担いながら生活をしています。管理者は、「個性を敬い、ホームの生活に大切な人」と言う考えから、毎年、一人ひとりに感謝状を贈って居室に掲げています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホームえがお
ユニット名	

V アウトカム項目			
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くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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っなげている。	年度初めのミーティング時に、理念を確認し介護に対する想いと利用者への関りについて共有しています。それを踏まえて職員自身の今年度に向けて利用者への関りと取り組みについて発表しあいそこから目標に繋げています。	運営理念は、4月の定例会で管理者と職員は振り返りをして、意識の統一を図り方向性を確認しています。「介護の先生はご利用者」との視点と、職員の意見交換に基づいて、具体的な目標を掲げ共有して支援に取り組んでいます。	
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。	地域行事への参加だけでなく、えがお祭り（バザー）を行い事業所側からも交流の場を作っています。買い物や散歩時等に野菜を購入したりする中で会話を楽しんだり、季節の花や野菜を頂いたりと日常生活の中でも交流する機会をもっています。	地域へは、年2回自治会の回覧板に「えがお便り」を出し、地域交流や事業所の活動など生き生きとした生活の場を写真で紹介しています。散歩時に地場農産物を買ったり、防災訓練時やバザーの物品の募集など地域の人の協力を得て賑やかに開催できています。	
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。	散歩や週2回の買い物、市民音楽祭への参加等等で認知症への理解は少なからず深められていると思います。えがお便りを年2回発行し自治会の回覧板に入れてもらうことでえがおの様子を発信しています。	/	/
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	『えがお』の年間の取組み等を報告します。10月の会議はえがお祭りと同日に開催し場所が1階のリビングであったことから、利用者が何かと続々と集まれ一緒にお茶を飲みながらの和気藹々と出来利用者の表情がとても自然体でよいとの言葉を頂いています。	運営推進会議は年3回、自治会長や民生委員、市、地域包括センターなどの参加で開催しています。海老名市内の同一運営法人のグリーンハウスと合同で開催し、事業報告をしています。	「グループホームえがお」は地域の中の一員です。地域の人や利用者・家族の意見交換をしながら、豊かな生活の場として、安心して暮らせる地域の拠点になるよう期待します。
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。	生活保護受給者の方の利用もあることから、利用者の様子、行事等の取り組みの報告等の情報交換を実施しています。認知症状が重度化した方についての今後について市、家族と何回か話し合いを持ちその方に沿った対応をしました。	市とは事業所報告の他に、症状が重度化した利用者の相談などで連携をし、利用者や家族にとって最善の支援となるように努めています。病院へ入院した利用者の元へ、他の利用者が面会に行っています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	職員は『高齢者の権利擁護に関する研修』（身体拘束、虐待）を受講しミーティング時に二次研修を行い弊害の意識統一を図っています。玄関などの施錠は身体拘束と認識しており、自由に外に出ることが出来ます。	年1回の職員研修は、数年の介護経験者が受講した後、定例会で内部研修を実施し共有しています。日常のケアの中で互いに研鑽しながら支援に努めています。職員は利用者の行動問題を把握し、その対応などを検討して支援に努め、玄関の施錠は行なっていません。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	圧迫痕、打撲痕等はどうのように出来たのか確認し合い、介助する時の手の位置、転倒防止等の介護の仕方等の意見交換をしています。介護する中で気になる声掛けは其の都度声を掛け合うように話し合い声掛けには、耳元で静かに話しかけるように対応しています。		
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され後見人さんが付いています。身の回りのことにとっても気遣いされています。日々の生活の中で、本人の様子からまた要望を確認し後見人さんに情報を伝達しています。それを受け本人を交えて話し合い確認して支援活用に生かしています。		
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。	利用者家族、本人の入所に対する不安、自責の念、葛藤等の思いをしっかりと受け止める事、受け入れる職員も其の思いを共有し双方が納得した形で入所できるように努めています。		
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並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。	年1回の家族会で出された意見や要望を月1回のミーティングで全職員に周知すること、意見の言える利用者には運営推進会議に参加して頂き、介護についての思い、自身の想いを発言してもらい日々の介護のあり方について生かしています。	利用者が、重度化や終末期などで「えがお」を退所する場合について、家族の不安を捉え、在所している時から、特養ホームへの申し込みを提案して安心に繋げています。救急車を要請する時は家族に確認の電話を入れて対応しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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回のミーティング等で意見交換をしています。必要に応じて個人面談を実施しています。	年間の月別行事内容や、運営上の担当内容について役割担当表を作成しています。毎月の定例会で意見や提案、ケース事例について原因の把握やなぜそのような行動になったかを話し合い、職員の対応について検討し共有していません。	
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。	月1回の定例会でお互いの情報交換をしています。職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し職員の希望に添えるように事務方に進言しています。		
13		○職員を育てる取組み 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。	研修等の情報を職員が興味を持ち意欲を高めるために目に付く所に掲示しています。県主催の介護基本講座は、順番に受講しており、受講した内容、学んだことをミーティング時に報告してもらい全職員に共有する場（2次研修）を実施しています。		
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つくり、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組みをしている。	管理者は、2か月ごとに開催されてるケアマネ連絡会に参加することで、現状を取り巻く問題点等の意見交換をしたり、質を高めるための研修の実施等おこなっています。同列のホームとは、月1回交流会を行い利用者、職員同士の交流を図っています。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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。	利用初日に2階にある自室に行くために階段をゼーゼーしながら上っていた利用者が、日にちを重ねるうちに表情が明るくなりいつの間にかゼーゼーが気にならなくなっていた。利用者同士の安心を確保するための関係づくりと日常生活が評価されたと実感しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	サービスを開始するまえから、迷惑をかけるのではないかと体調を心配し利用を躊躇されていた家族が、体験入所の段階で、生き生きとした顔つきに変わってみるみる元気になる様子に『ここに来て良かった』とのお言葉をいただいた事に『えがお』の日常生活と役割分担等の取り組みを評価していただいたと思っております。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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。	すぐ利用したいのか、今後利用したいのか、そもそもグループホームとは何なのか等等、相談内容を見極め本人が必要としている情報を提供したり支援をしています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	毎朝の掃除、洗濯、家事全般は、利用者と職員とで役割分担しながら一緒に行います。最後のモップ、雑巾洗いも利用者がやって下さいます。『皆でやると早いし綺麗になってさっぱりした気分になるね』とは利用者の言葉です。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	年3回の大きなイベント時は、会場設営、盛り付け、片付け等を家族に手伝ってもらったり楽しいこと（いちご摘み、紅葉狩り等）の企画時は参加の声をかけたり、面会時は、皆の輪に入って頂き他利用者との交流を援助しています。		
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。	馴染みの方が訪問されたら気兼ねなくくつろげる場所等の配慮をしています。長年信仰されていた仲間の方が関係が途切れないように週1回顔を見せて下さる。その思いを大事にしその日の本人の様子から間に入ったり等の支援を心がけています。	ホームこそ馴染みの場所として、それぞれの”生きがい”を支えあいユーモアのある会話で笑い声が響いています。外食で、レストランや牧場へ行く時は、互いに車いすを押ししたり、手を添えて優しさに触れあっています。毎年市民音楽祭にも参加しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	気の合う方或いは、話しが合う方達の席が近くなるように配慮してます。場がもてない様子の利用者に対しては、仲間に入りやすいような雰囲気職員同士で作っています。また共通の話題で全員が会話に参加出来るように配慮してます。		
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。	病気の悪化から利用継続が難しくなった利用者に対して相談、情報提供をすることで移行がスムーズに運ぶことができました。住まいが変わった方の所に仲の良かった利用者と一緒に何回か面会に行ったりしてます。		
<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。	何気ない会話の中に、本人の思いをキャッチするよう努めています。誕生日に新鮮な魚が食べたとの希望から同じ誕生日と翌月の方にも声をかけ職員2名利用者5名で電車と徒歩で行ったりと希望に添える援助をしています。家族とどこかに行きたいとの希望があれば援助できる体制になってます。	会話の中で思いを拾い個人記録に記載しています。市の広報紙より、座間のプロムナードコンサートへ応募し鑑賞したことで”その感激よ再び”と今年も応募しています。七夕や正月の手作りの絵馬に思いを書き、「～に行きたい」と要望があると実行してます。	
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。	利用開始時、本人、家族そして担当の介護支援専門員から、今までの経過等の細かい部分までの情報収集しその内容を職員間で共有することで新しい生活にスムーズに入れるようにしています。		
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。	日々の様子、変化、本人が発する言葉等等個人記録に記録することで現状を把握し職員間で共有しそれを介護サービスに活かしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	個人記録から解決すべき問題点、対応の仕方等々が見えてくる。それを月1回のミーティング時に意見交換しながら介護計画に反映しています。	チームワークで、困難事例を乗り越えた経験を共有し、ケアカンファレンスを行っています。利用者の楽しみを大切にしてアセスメント・個人記録などでモニタリングをして、ケア目標やケース目標を検討して介護計画を作成しています。	
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。	身体機能等の変化に応じて、より本人の現状に添った対応であるか意見交換しながら対応法を検討し介護計画書の見直しを行っています。		
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。	定期通院は、家族に依頼してるが緊急時等は、家族に確認しながら受診、送迎等の支援を行っています。市の広報紙（コンサート）を見た利用者が、行きたいとの希望を受け支援したりしています。		
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。	毎月市の広報紙等から、参加したいものの意見を聞き可能な限り支援しています。失語症の会を紹介したことで入会され楽しみが増えたと現在月1回その日が待ち遠しい様子です。10月には、失語症の会のバス旅行に参加することができました。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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。	月2回往診を依頼しています。其中で必要に応じて専門機関等への受診へ繋げる等の適切な医療が受けれる体制となっています。	殆どの利用者が認知症・内科専門の訪問医療医に受診しています。専門外の医療機関やかかりつけ医の受診、急変に対応できる24時間体制など、複数の医療機関との連携も整えられています。週に一度は歯科往診や訪問看護師による健康管理も行っています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	日々の生活の中で、身体機能の変化等を記録し往診時に報告することで早い処置が受けれる体制になっています。認知症の進行状態を報告することで看護師からの指導を受けることができました。		
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、また、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。又は、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。	脳梗塞で入院された際にえがおでの様子、排泄状況などの情報を伝え状況が許す限りえがおと同じような援助をお願いをしました。また帰れる条件などを双方で確認しあい早い退院に向けての協力をしています。		
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。	身体機能の重度化してきている場合、随時家族に報告、或いは実際にホームに来て頂いて本人の様子を確認してもらい今後の対応について話し合っています。その内容は、全職員に報告し共有しています。	入居時に階段の上り下り、食事が口から摂れなくなった場合は、他の専門施設を紹介するとしています。入居を少しでも長く存続してもらう為に、その都度、ホームで出来得る支援や最良の方法を双方で話し合い、意向を確認した上での支援に取り組んでいます。	
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。	事故或いは急病が発生した場合についてのマニュアルを作成し対応の確認が出来るようにしています。消防署から講師を依頼して応急手当の指導を受講しています。（年に1回恒例）		
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。	利用者が避難できることを身につける方法として年3回（8、11、2月）に消防避難訓練を実施しています。実施後は、課題点を話し合い『報告書』にまとめ次回に活かしています。緊急連絡網の中に近所の方も載せています。火災報知機、自動通報装置も設置しています。	年に3回、夜間を想定して、一人の職員が全員無事に避難誘導できる訓練をしています。訓練実施報告書が作成されており、利用者の様子や職員の反省、利用者からの意見や今後の対策の検討も記録されています。	備蓄の配置や賞味期限などのチェックリストが、誰でも確認しやすいところに設置することや、訓練後の反省や課題を次回に反映できる仕組みを整えていくことも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	一人一人の訴え、発する言葉に耳を傾け共感し思いを受け止める対応をしています。発する言葉から本人の状況を判断し其の方に添った援助、声掛けすることで自己決定につながるように関っています。	利用者の表情や様子から、本人のそばに寄り、さりげない言葉掛けをしながら対応しています。また、日ごろの何気ない会話や行動でも誇りやプライバシーに配慮して利用者の意向を汲み取っています。	
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。	普段から会話ができる空間を大事にしています。お茶等を飲みながらの何気ない会話の中から本人の想い、不満等をキャッチするようにしています。行動に入る前に説明し納得して頂いてから行動に移しています。		
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。	毎朝のコーヒータイム時に当日の予定を伝えます。其の中で何に参加したいか希望を聞く対応をしています。また一人一人の体調、言動を観察し其の方に添ったペースを大切にしました対応をしています。		
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。	一人一人の好みを観察し理解しており其の方に添った支援をしています。馴染み理容店では、髪の長さなどの自分の意見が言えるように支援しています。外出時のお洒落着の用意の支援をしています。		
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。	食事の時間は、一番大事であると捉えています。3度の食事は勿論、おやつ時も全員が揃うまで待ち、一緒に頂いています。野菜を切ったり盛り付け等とそれぞれに出来る事に参加できる場面を支援しています。	食事やおやつのは、職員も一同に会して利用者の「いただきます」の言葉から一緒に食しています。テレビはつけず、会話をしながらの和やかな時を過ごしています。利用者の希望に沿うようファーストフードや和食レストランなどへも出かけています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	食事摂取量にばらつきのある方は、毎食の摂取量を記録しその記録から原因をさぐる等の分析をしています。小食の方には、小さな茶碗を用意する等たべやすい工夫をしています。また尿量が少ない場合は、水分量をチェックし摂れ工夫（ポカリ、砂糖湯）をしています。		
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に、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、歯磨き、口腔ケアの援助をしています。洗面所が分からない方、磨く行為が理解できない方など一人一人の能力に応じた支援をしています。週1回の歯科医による口腔ケアを実施しています。		
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向けた支援を行っている。	排泄チェック表に記録し、パターンを把握することで援助をしています。誘導時は『手を洗いにいきましょう』とか『手伝って下さい』等の声掛けをし本人のプライドを大事にした関りをしています。	基本的に、トイレ使用の介助支援を行っています。夜間の排泄が困難な利用者には、パットとポータブルトイレの併用ですが、出来るだけパット使用を減らす介助を行っています。	
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。	落ち着きがない、食欲がない、イライラしてる、水分は摂れているか等等の利用者の日々の様子を観察し記録をしています。毎日のラジオ体操と散歩、風船バレー等等体が動くそして参加できる場面を作っています。		
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むように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	週5日の入浴日を設けており数名の方が毎回入浴を楽しまれています。一人一人のペースに合わせて『気持ち良かった』と言って頂けるように気持ちよく入浴ができるように心がけています。	単独での入浴と基本同性介助での入浴で支援しています。問題ないと言われれば異性介助での入浴支援もしています。着替えを一人で用意する人、介助しながら用意する人など、利用者の好む着替え一式を脱衣場に準備しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	夜間不眠であった方、AM外出で疲れていると思われる方等状況に応じて自室に案内し休んで頂く援助をしています。その際ゆっくり休めるようにカーテンを閉め少し暗くするなどの工夫をしています。まめな布団干し、リネン交換で気持ちよく眠れるように支援しています。		
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。	『薬服薬一覧表』の中に使用している薬の目的や副作用等を明記しておりいつでも確認できる体制になっています。定期的受診時の変化、薬の変更等は、日誌に記録し全職員に周知しています。		
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。	職員は利用者一人一人の出来る事探しから始まりそこからそれぞれに役割を担当してもらい、それを『役割担当表』に記載することで利用者確認してもらっています。役割があることで生活に張りりと自信を持っていただけるような支援をしています。		
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。また、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。	其の日の希望を表現できる利用者は、少ないが天気の良い日は、数名でもいけるように援助しています。『外の空気を吸うとご飯が美味しいね』とは、利用者の言葉です。歩行が不安定な方に、元気な利用者がさりげなく手を差し伸べて下さるそんな光景に心が温かくなります。	職員と、買い物や散歩に出掛けています。近所の地場農産物販売所では、花や野菜を買い、互いに話ながら手を添える様子が見られます。興味や趣味などの遠出には、バスや電車を利用しています。年間行事で外食や季節を楽しむ外出には、車を利用し全員で参加しています。	
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。	毎月2千円の小遣いを預かり其中で歯磨き粉、湯のみ茶碗等の小物を必要に応じて自分で好きなものを選んで購入できるように支援しています。紅葉狩り、お祭り時も、個人でお金を持ち好きな物が買えるよう支援をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	家族からの電話は、状況が可能ならば本人に代わり、話が出来る場面の設定、利用者からの電話の希望に対しては番号を押す等の援助をし話せる場면을支援しています。暑中見舞い、年賀状等書ける場面の支援もしています。		
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。	玄関等に季節の花を飾ったり季節に添った図案を用意し塗り絵等を楽しみそれをリビングの壁に貼ったりする事で季節を感じてもらえる工夫をしています。外食、行事等の写真を貼りそれを見ながら話題も膨らんでいます。	リビングは、利用者の手作りの作品や写真などが見やすい位置に展示されています。季節に合わせ、1月は、願い事を書いた色紙で作った絵馬や、7月の七夕には、短冊が飾られています。明るいベランダに向けてコの字型に椅子を配置し、顔を見ながら会話出来るように工夫されています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	1階2階の共有空間（リビング）を編み物をする方、塗り絵を塗る方、会話を楽しむ方等々思い思いに過ごせる居場所作りを工夫しています。		
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。	自宅で使用していた寝具、箆筒、ソファ等の持込寝る前は本を読む習慣の方は本を持参、壁には家族との写真を貼ったりと見慣れた物に囲まれたその人らしい居室になっています。	これまでの暮らしで使用していた家具や寝具、馴染みのものを持ち込み、安心して過ごせる居室作りをしています。毎年管理者から、利用者の個性や特性がホームにはなくてはならない存在であることを伝え、感謝状を一人ひとりに渡し飾ってあります。	
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」や「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。	段差のある所には、目立つ色のテープングで知らせたり手すりの設置と安全性と本人の機能を大事にした関わりをしています。危険箇所には柱等にクッション性のある素材で保護しています。		

平成27年度

## 目標達成計画

事業所名 グループホームえがお

作成日： 平成 28 年 2 月 29 日

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		家族からのアンケート2、3から・・・えがおでの利用者の生活等の様子が伝わっていない。	ほとんど顔を見せない方に対しては、年に何回かお便りを出していた。毎月顔を見せて下さる方には、その都度様子を伝えていたが全員に行き渡っていない事から、全員に報告できる場面を作る。	年に1回、家族の都合のよい日を設定して、本人の様子、介護計画の見直し、検討の機会を作る。	12ヶ月
2	3	運営推進会議の開催が少ない…何をやってよいのか分からない。年2回、同列のホームと合同開催してる。	運営推進会議とはから、原点に戻って勉強する。その中でやるべきことを確認しそれに向けて計画的に進めていく。	運営推進会議についての専門的立場の方に参加していただき方向性を決めていく。	12ヶ月
3	13	備蓄の配置や、賞味期限のチェックリストがないので、何がどれ位あり、どれぐらい持つのかわかりにくい。	必要物品を見直し、誰が見てわかるように配置する。それを一覧表にまとめ賞味期限も入れることで誰が見てもわかるようにする。	①必要物品の見直し、誰が見てもわかるように配置する②チェックリストの作成…担当者 猪瀬	6ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月