

### 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	0871900445		
法人名	株式会社 ほーむけあ いしやま		
事業所名	グループホーム 感感		
所在地	茨城県牛久市東和田町312-2		
自己評価作成日	平成25年6月3日	評価結果市町村受理日	平成25年10月29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	<a href="http://www.kaiyokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871900445-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaiyokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0871900445-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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25年7月25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)】**

利用者一人ひとりの思いを大切に、生活への自立感が実感できるよう日常生活の中において、その日の服装等の選択の自由性を奪うことのないよう、また、食事のメニューを考えて頂いたり、食事の準備のお手伝いを頂いたり、利用者の感情表出が妨げられないようその環境整備に全職員が取り組んでいる。また、利用者の残存機能・能力のできる限り低下衰退を防ぎグループホームでの生活が安心・安全に送れますよう心がけている。

**【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)】**

国道からすぐの立地にもかかわらず、周りは緑に囲まれ静かな環境である。平成16年に開所し、利用者とともに様々なことを学び実践してきたホームである。平屋造りの建物の裏に広がる竹林での筍堀り、日常の買い物、花見や遠足など、日々の暮らしを通して利用者が楽しめること、望むことをその人らしくかなえられるよう、安全にも配慮しながら対応している。また家族や地域、行政とのコミュニケーションも図れるよう様々な取り組みも行われている。管理者だけでなく職員一人ひとりが積極的に動き、評価結果以外にも自主的に普段のケアを見直し、常に前向きに利用者の生活を支えている。

**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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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
<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	理念は事業所内の目につき易い所に貼ってあり、いつでも見ることができる。毎朝朝礼で、声に出し発声している。理念を職員全員が理解し、実践している。	法人とホームの理念があり、リビング、事務所等に掲示している。「ゆっくり」「ありのままに」と利用者のペースを大切に、家族や地域とのつながりも意識されている。毎朝復唱確認し、ケアに繋げている。	
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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している	地域交流会や地域の清掃活動で交流している。散歩時は挨拶を必ず行っている。地域の方に野菜等分けてもらったりする。	自治会に加入して利用者も美化運動に参加しており、近所の方との会話のきっかけにもなっている。地域の歌のボランティアの訪問がありティータイムを設けている。年1回ホーム主催の交流会があり、地域の子供たちも含めた多くの来場者で賑わっている。	
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	公園で人々に会ったりすると、利用者と会話して下さったりする。徐々に理解を得られていると思う。		
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	会議での意見は、職員会議で取り上げ話し合い、サービス向上に活かしている。	2か月に1回、偶数月の第4金曜日に行われている。相談員、家族、市議メンバー、区長、地域住民、市職員、医師、看護師などの参加がある。参加できない家族等への報告は2か月に1回のお便りにて行っている。各関係者の学びの場としても活用されている。	
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	市からの介護相談員も定期的に来所され、協力関係の状態が保たれている。	市の相談員の巡回もあり、連携が取れている。震災時もち早く水の配給があるなど対応が早い。生活保護の方の受け入れ相談のほか、連絡協議会等の市主催の様々な交流の機会があり、情報の共有化にも役立っている。	
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	職員会議で勉強会をし、ケアに取り組んでいる。また、全職員で実践している。	勉強会や会議を通じて確認している。玄関は開錠して、利用者が外へ出たいときは自由に出掛けられるよう職員が付き添って見守っている。利用者の想いと安全を両立できるように配慮しながら対応している。	
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	職員のストレスがたまらないよう、コミュニケーションや連絡等でケアに努めている。また、勉強会や研修会にも参加をしている。		

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
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	介護福祉士や介護支援専門員の資格取得の勉強等を通して、職員全員が学ぶ機会を持っている。また、会議時の勉強会も行っている。		
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	契約時、変更時は管理者が書面にて利用者・家族に説明を行い、納得の上で同意を得ている。		
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	玄関に意見箱を設置し、意見の把握に努めている。また、職員が受けた要望等は送りノードに記録し職員全員がそれを把握し、運営に反映している。	普段から気軽に話しかけられる環境づくりをしている。また利用者家族が集まる機会を設け、家族同士での交流が図れるよう配慮している。	
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	職員会議や日常の業務の中でも、職員の意見を聞く機会を設けている。	職員の意見が出やすいよう普段からコミュニケーションを取っている。記録の簡素化やケース記録の取り方などのケアマネジメントに関わる内容から職員の就業環境に関わる点まで、積極的に意見を取り入れている。	
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	毎年、代表者等との面談を行い、また、親睦会や実践報告会を行い、やりがい・楽しみのある環境を作っている。		
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	社内外の研修への参加を奨励している。また、今年度より認知症ケア専門士資格の取得を奨励している。		
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	ケアマネを中心に、交流会に他の施設の方々を招待したり、逆にお招きを頂いたりして他の施設の方々と交流し、情報交換等を行っている。		

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
<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	初期の段階では、管理者、ケアマネを中心に利用者によく話し合い、信頼関係作りをしている。その後は、他職員も毎日の業務の中で、コミュニケーションを取り、良好な関係を築いている。		
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	インテーク面談の段階で、利用者・家族の不安、要望を十分に聞き、その後も悩み等率直な話が頂けるよう努めている。		
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	ケアマネ、計画作成担当者が、本人・家族と十分に話し合い、必要な支援の見極めおこなっている。		
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	買物、レクリエーション等職員と利用者が一緒に行くことを原則としており、対等の立場でのケアを徹底している。		
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	家族が来所された時は、お茶やおやつと一緒に召し上がって頂き、団欒の場を提供している。また、必要時は家族の要望を充分に取り入れて、本人を支えている。		
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	友人が来所された時などは、ホームとしてその来所を快く受け入れ、ゆっくりと過ごせる場を提供している。また、買物やドライブの際は、馴染の場所に寄るよう努めている。	近所の方が野菜などを届けてくれ、お茶やカラオケと一緒に楽しんでいくこともある。利用者の希望を聞き、子供のころから馴染みのある筑波山などへの遠出をしたり、以前買っていたお団子屋さんや公園に立ち寄ることもある。	
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	十分な観察の上、座席の配置や職員の位置を工夫し、利用者同士の良い関係作りをしている。		

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	地域運営推進会議に参加してもらったり、行事等にボランティアでの参加を依頼して、関係継続に努めている		
<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	日常生活を観察し、希望にそえるよに努めている。困難な時はあらゆる情報を参考にし、その対処に努めている。	年に1~2回利用者に聞き取りアンケートを行い、行きたい所や食べたいものなどの希望を聴いている。また、パティション技法や思い出の場所での会話、生活歴などから直接聞き取れない希望も汲み取っている。	
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	入居時の調査票を基に、また、家族等から話を頂き、情報を得ている。		
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	日常生活の記録を徹底し、その記録を基に職員間で情報交換を常に行っている。		
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	介護計画書を基に会議で話し合い、その内容を精査し、より具体的な介護計画にしている。	前回の評価結果を受け、介護計画の記載を改善した。具体的で詳細なサービス内容を目標(ニーズ)別に記号で区分した表記にしたことで、日々の記録も目標区分別に整理しながら記入できるようになり、職員会議でのモニタリングにも活かされている。	
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	ケース記録や必要に応じた記録ノートを活用し、職員間での情報共有に努めている。		
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	利用者の日常生活の中で感じるニーズに対し、職員間でそれに対応するようなアイデアを出し合い、対処している。		

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	ボランティアの方々の協力を受けながら、家族会や地域交流会の開催を進めている。また、地域の催し物に対しても定期的に参加している。		
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	入居時にかかりつけ医、緊急搬送時等の意思確認を行っている。また、利用者や家族が希望する医療機関の確認を行い、そちらへの通院ができるよう努めている。	2週間に1回、協力医の往診がある。希望によってそれぞれのかかりつけ医を受診している。月1回の訪問歯科以外に、近所の歯科を利用する方もいる。職員に看護師がおり、利用者の健康状態を家族とともに常に把握している。	
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	常勤看護師と常に連絡が取れるようし、利用者のいかなる状態においても連絡・報告・相談をおこなっている。また、必要に応じた受診体制の支援を行っている。		
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・ケアマネが入院利用者を定期的に訪問し、同時にソーシャルワーカー等と面談を取り情報交換を行っている。また、退院後のケアについても、その医療機関関係者との連携ができています。		
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、事業所ですることが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	入居時及び年度初めに看護師が看取りの同意書を基に、重度化や終末期のケア方針の確認を行っている。また、その内容については、記録として保管し、委託医や介護職員間で共有している。	看取りに関する同意書があり、本人の状態や家族の想いを考慮しながら、必要に応じて再度確認するようにしている。医師、看護師も含めて方針を共有化しており、看護師が中心となって職員に対する研修も行っている。	
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	ホーム内に緊急時対応マニュアルが備えられており、また、看護師により緊急時の対応についての研修が行われ、その知識等の取得がされている。		
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	消防署及び地域の消防団、危険物協会関係者の協力の下、定期的に訓練が重ねられている。また、地域運営推進会議等の機会を利用し、行政区長や近隣住居者との連携も図っている。	年2回、夜間や地震災害を想定した訓練も行っている。訓練には地元消防団の参加もある。持ち出し袋や備蓄品なども法人と協力しながら備えている。運営推進会議、近隣市町村との広域の協力会議などを活かし連携を図っている。家族への緊急時の連絡方法改善や地域との協定の明確化などの取り組みも進められている。	

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
<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	馴れ馴れしい呼び方や言葉遣いはせず、個人のプライバシーに関することに対しては、根掘り葉掘り聞くことはさけ、常に個人として尊重している。	書類は目につかないところに保管されている。面会簿は単票式となっている。写真の取り扱いについては同意書がある。利用者に対する言葉づかいは注意して対応しているが、不適切でないかを常にチェックしている。	
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	衣食に関することは可能な限り本人の嗜好を聞いてから決めている。その他に関することも本人の希望を聞くことに努めている。		
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	食事や入浴などは、本人の希望や体調を考慮し意思決定をしてもらう。一人ひとりの生活ペースを大切にして何をして一日を過ごすか希望を聞く。		
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	利用者・家族の希望により、散髪、化粧等の支援を行っている。毎日の服装選びも、利用者の選択を優先している。		
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	献立も利用者の希望を取り入れている。買物、調理、片付け等可能な限り参加して頂いている。	メニューは利用者の希望に合わせて作成したものを管理栄養士がチェックして作成している。利用者が食べやすい骨抜き加工の魚を使用している。出来る利用者は積極的に手伝いもしている。遠足や花見、また年1回程度、回転ずしに出かけるなど外食も楽しんでいる。	
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	食事、水分の摂取量をチェックしている。また、利用者の嚥下能力に応じた飲食形態を工夫している。捕食・補水も心がけている。		
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、口腔ケアを行っている。利用者の状態により、歯ブラシ、入れ歯洗浄、舌洗浄等を行っている。		

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	排泄チェックシートにより個人個人のパターンを把握し、声かけトイレ誘導をし失禁を少なくし、トイレに行くという習慣をつけて頂けるよう支援している。	夜間も含めてリハビリパンツやパットを使用し、自立に向けた支援を行っている。検温表に水分摂取量を記載するチェック表を作成し、パターンを把握しながら誘導している。	
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	軽い運動で身体を動かしたり、飲食物と食事の工夫などで予防に取り組んで予防している。		
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	入浴したいという希望とタイミングで入浴して良かったと思って頂けるようにし、楽しんで頂く入浴を支援している。	1日中いつでも入浴できるように準備している。失禁時の対応も含めて一日数回の入浴もある。時には入浴剤を使用したり、利用者の希望に合わせた介助者が対応するなどの入浴しやすい環境づくりをしている。	
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	生活習慣により安心して睡眠が取れるよう、寝具の取替えや空間作りを気を配りし、その時々状況把握し気持ちよく休息して頂ける環境を整える。		
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	看護師の指導により、薬の目的、用法、用量、副作用等しっかりと理解し服薬の支援を行っている。また、特変時は看護師へ連絡し、支持により対応している。		
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	一人ひとりの生活歴、能力を活かし、買物、日曜大工、除草、園芸、食事の手伝い等、張り合いや喜びを持って過ごして頂くようにしえんしている。		
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	希望にそってドライブ、お花見、お祭りの見学、外食等家族や地域の方々や協力し、出かけられるよに支援している。	近くの公園へ散歩に出ている。バスで牛久大仏などへ出かけて散歩することもある。買い物希望の外出の支援も、出来るだけ本人の行きたいタイミングで出かけられるよう支援している。筑波山や大洗水族館など、遠出の機会もある。	

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
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	買物等の機会を利用し支払いなどを実際に行って頂き、お金を使うことへの実体験をして頂く。		
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している	家族に了解の下、利用者が希望する電話連絡等は可能にし、また、手紙を書くや手紙を送る等について利用者の気持ちを尊重し、職員がその介助を行っている。		
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	他の利用者同士一同に介する場として、空間の音、光、色、温度、また、季節の花を飾る等、適切な状態に整え、利用者が快く感じられるよう努めている。	リビングの隣には和室のスペースもありつるげる。玄関等に季節の花、廊下に写真などがさりげなく展示されている。廊下にも何か所か座るスペースが設けられている。ユニット間の廊下が繋がっていて自由に行き来ができ、て開放感がある。	
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	利用者の見かた、聞きかた等感情的なものを考慮して座席の位置などを決め、また、利用者の思いを考え、他利用者の中でもゆっくりにできる空間としてその場の提供に努めている		
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	各利用者に担当職員を配置し、利用者や家族が望まれる居室作りを心がけ、安定した生活が送れるよう努めている。また、職員同士担当職員に対し全面的に、その環境づくりに協力している。	床はフローリング。荷物の収納スペースは押し入れになっており、段の高さに使いやすい工夫があり、奥行きにも余裕がある。窓は掃出し窓で開放感がある。それぞれその人らしい家具、テレビなどを持ち込まれている。	
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	ホーム内の各部署にはその用途の名札が掲げられ、利用者自身が確認できるようになされている。また、利用者の自立生活を尊重し職員の見守りの中自由に歩行等ができるよにされている。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム感感

## 目標達成計画

作成日:平成25年10月24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	災害時における緊急協力体制依頼の確認について。	災害時の近隣の協力体制について、協力確認の実施。 (簡素化された書面等にての確認)	地域運営推進会議等の機会を利用し、近隣住居人に対する十分な説明を行う。 また、地域行政区役員会等に参加の機会を得て、十分な説明を行う。	12ヶ月
2					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。