

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	0892000019		
法人名	株式会社 いっしん		
事業所名	グループホーム いっしん館 つくば (1F)		
所在地	茨城県つくば市上原23		
自己評価作成日	平成28年7月1日	評価結果市町村受理日	平成28年11月1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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0892000019-00&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28年8月26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)】

各個人の誕生日や季節に合わせたレクリエーションを定期的に企画している。
 日常的に家事等に参加して頂いたり、役割を持って生活出来るように配慮を行っている。
 また、日々の生活の中で要望を伺い、沿えるように取り組んでいる。

【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)】

田んぼの稲が実り穂がたれていくのが見え、豊かな気持ちになれるような立地のホームである。職員は、利用者の状況が変わってきても、レクなどの楽しめる企画を考えたり、思いに寄り添った支援をめざしており、その姿勢が利用者の笑顔となってあらわれていた。職員は勤続年数が長い人が多く、職員間の話もしやすい環境づくりがされているようであった。

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)
57	利用者職員が、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が訪ねて来ている (参考項目:2,20)
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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている (参考項目:4)
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)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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
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	利用者様が自分らしく生活していけるように、運営規定・基本理念・決め事10則を掲げ、新人職員には基本マニュアルを用いて理念の周知徹底を行っている。	職員は、基本理念を朝礼・夕礼で毎日2回唱和している。慣れあいになってしまったように感じた時など、理念を振り返るように注意している。職員も「即実行」など理念を意識して支援している。	
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人として日常的に交流している	外出時、洗濯物を干す時等、積極的に挨拶をし、館主催の行事がある際には参加して頂けるようお誘いしている。 近所の小学校の見学依頼を受け入れている。	以前は夏祭り等に近所の方をお誘いしたが、現在は館内で夏祭りを行うため誘うことができない。自治会加入を検討し、地域との交流を深めたいと考えている。小学生の職場体験を受け入れ、お礼の手紙がホールに掲示されていた。ボランティアやシルバー人材センター職員の訪問がある。	
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	初任者研修を通じ、多くの人に理解して頂けるように取り組んでいる。		
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	地域運営推進会議を行い、ご家族やスタッフ、市役所との意見交換の中で理解を深め、サービスの向上に生かしている。	家族の希望もあり土曜日に開催。市職員・家族・職員の参加がある。ホームの状況報告とテーマを決め勉強会も実施している。議事録は作成していないが、職員には口頭で報告している。自治会加入を検討し、地域代表や民生委員の参加をお願いしていく。	
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に取り組んでいる	市町村担当者に地域運営推進会議に参加して頂いたり、市役所での勉強会へ参加し、意見交換を行っている。	グループホーム連絡会に市職員が出席しており、相談などにもよく応じてくれる。認定の更新などケアマネが市役所に出向くこともあり、良好な関係作りがされている。生活保護受給者の入居もあり、生保担当との連携も図れている。	
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	夜間は防犯上玄関の施錠はしているが、日中の施錠はしない。その他にも身体拘束をしないケアに日々取り組んでいる。	身体拘束について、研修会としては実施していないが、ケア会議やケアの現場で気付いたことを注意したり、話し合っ、情報を共有し、同じ方向を向いて支援していけるようにしている。対応方法、介護の仕方や薬についてなど、年に数回、グループミーティングや研修などを行っている。	

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
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	虐待はしない・させない・見過ごさないよう、普段から意見を言い合える環境作りをしている。		
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	つくば市地域連絡会の研修に参加し、学ぶ機会を得ると共に、理解に努めている。		
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	契約の締結、解約時には利用者様、ご家族様に十分に説明を行い、理解と同意を得ている。		
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	相談、苦情は随時受け付けている。また、アンケートや意見箱を設置し、ご意見、ご要望を頂けるようにしている。頂いた意見はその都度ご納得頂けるまで説明をしている。	市の実施指導等で行ったアンケートでは「行きやすい」「話しやすい」との回答があったと聞いた。面会時等で家族に意見を聞くようにしているが「楽しく過ごせたらいい」「心配していない」などで、辛口の意見が聞かれない。クリスマスや夏祭り、初詣などには家族へもお誘いをし、家族間の交流の機会もつづけている。	
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	月に一度のミーティングに加え、普段の業務の中で職員同士の交流や意見交換を行い、悩みや相談事を話し合う等やりがいある職場作りに努めている。	月の中旬に、責任者・ケアマネも含めミーティングを実施している。事前に資料を配布し、欠席の職員にも会議録等で報告している。気付いた時には随時話し合いを行っている。親睦会を兼ねた食事会も行っている。職員からも、業務の中で意見交換しており、意見は受け止められていると話が聞けた。	
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	職員ミーティングや普段の業務の中で、職員同士の交流、意見交換を行い、悩みや相談事を話しやすい環境作りに努めている。		
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	普段の業務内での意見交換や定期的な社内研修、またDVD等を活用し、学べる体制を整えている。		

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	つくば市地域連絡会の研修に参加し、より良いサービスに伴う質の向上に取り組んでいる。		
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	話しやすい環境作りに努め、要望や不安等を伺っている。また、気付きシートやアセスメント様式を用いて現状把握に努めている。		
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	入居前、入居日に利用者様についてご家族様に希望等、ゆっくり話し合える機会を作り、安心して頂けるよう心掛けている。また、入居後をこまめに連絡を取り合い、ご家族様との連携を深められるように努めている。		
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	身体状況や精神状態を把握し、緊急を要する事を優先し支援に努めている。		
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	掃除や洗濯物畳み、調理を一緒に行う時や、入浴時に、昔の思い出話や経験した事を教えて頂く等、コミュニケーションを増やしている。		
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	毎月のお便り、面会時にも普段の様子をお伝えし、利用者様とご家族様の関係を大切にしながら意見交換をしている。また、レクリエーションを行う際にもお誘いしている。		
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	手紙や電話等、馴染みの関係が継続出来るよう支援している。	友人が手紙をくれ訪問してくれる利用者がいる。友人などの訪問は家族の了解のもと受け入れている。墓参りを希望する利用者と一緒に墓に行き、草取りをしてもらうこともある。美容室等は訪問美容を利用、髪型は本人の希望を聞いている。施設の前に美容室があるので、今後利用を検討していこうと考えている。	

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
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	利用者様の気持ちを配慮しながら、日常生活 において利用者様同士がコミュニケーション を取れるようスタッフが間に入り橋渡しを している。また、レクリエーションを通じて交 流を図っている。		
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	当社はグループホームの他にも関連施設 があり、必要に応じて転居する事も出来る ので、利用者様、ご家族様へ様々なご提案 をする等、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	利用者様の要望を傾聴したり、意思疎通が 困難な方には普段の生活の様子やご家族 様の要望を伺い、利用者様の意向に沿える よう工夫している。	利用者の体調等もみながら言葉かけをして、思いを聞 けるようにしている。職員から質問をして意向を把握 するよう努めている。	
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	今までの生活歴を情報書やご家族様へ伺 い、利用者様が得意としている事、好み等 を見極め日常生活に生かしている。		
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	ケース記録、日誌、申し送り帳、朝礼や夕礼 を活用し、心身状態の現状把握に努めてい 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	利用者様、ご家族様の意見を取り入れ、よ り良い生活が送れるよう、状態に変化の あった場合や毎月のミーティングにてスタッ フ間で意見交換し現状にそった介護計画書 を作成している。	毎月のミーティングで利用者の状態を把握し、担当者 会議を経てケアマネがプランを作成。家族にプランを 示し意見をもらう。プランは職員が確認できるように支 援経過記録簿にファイルされている。3月ごとにモニタ リングをして、次のプランに活かしている。	
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	ケース記録、日誌、申し送り帳を活用し、利 用者様の様子やケアについて記録を残し、 その内容をスタッフ全員が把握して介護計 画書作成にも生かしている。		
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、その時々にも生まれるニーズ 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	当社はグループホームの他にも関連施設 があるので、利用者様の身体状況に応じた 対応が可能である。		

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
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	定期的に消防訓練を行い、地域の消防署に協力と指導をして頂いている。		
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	受診、往診は利用者様、ご家族様の希望に応じて対応している。また、年に一度の健康診断を実施している。	往診は2週に1回、受診記録表に記録し、職員は確認して押印。家族への連絡は申し送り簿に記録している。家族同行で外部のかかりつけ医受診の際は、結果をの知らせていただいている。	
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	受診、往診に加え月2回の訪問看護もあり、その都度相談出来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。	入院時には定期的に面会をし、医師から病状説明を受け、看護師、相談員との情報交換を行い早期退院、退院後の生活環境を整えるよう連携を図っている。		
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	ターミナルケアについては、入居時にご相談したり、その後も状況に応じて利用者様、ご家族様の意向を伺い、医師と連携を取りながら最善の方法を取れるようにしている。	利用開始時に希望を聞き、重度化したときに再度家族と話し合いを行い、ミーティングで対応を協議する。医師との連携は、日中は往診医に連絡、夜間・休日は提携病院で対応してもらうことができる。職員に不安はあるが、今後看取りを考えなくてはと思っている。	看取りについて、職員の不安を和らげ、落ち着いて支援できるように、基礎知識から技術まで体系的な研修を実施されることを期待する。
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	全スタッフが救命救急の講習を受けている。 AED設置時にも講習会を行っている。		
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	消防署の協力を得て、定期的に避難訓練を実施している。災害用品や非常食を備え、定期的にチェックを行っている。	年2回の避難訓練を実施、訓練の結果については申し送り簿に記録されている。連絡網は近くの職員から整備されているが、現在はSNS(LINE)を利用して短時間での周知を図っている。備蓄は定期的に入れ替え、中身がわかるように明記している。処方箋も含めた持ち出し品も用意されている。	

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
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	普段の生活の中で利用者様の生活歴や現状の性格を把握し、馴染み深い言葉で会話をする等してその方に合わせた言葉遣いや声の掛け方を工夫している。	利用者のそれまでの生活スタイルを尊重し、個人個人に向けた支援を行っている。言葉かけも、職員との距離を測りながら個別に対応している。写真の掲示に関しては家族の同意を得ている。	
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	利用者様本人に決定権を委ねるよう普段から傾聴や会話の機会を多く作っている。自己決定が困難な方には、スタッフが助言をしながら決定出来るように努めている。		
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	日々の暮らしを時間で区切らず、個々の生活リズム(習慣)に合わせたケアを行っている。		
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	当社の訪問理容室を希望に応じて利用出来る。また、日頃より清潔保持や身だしなみに気配りしている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	利用者様の好みを伺い、バランス良く献立に反映出来るようにしている。また、調理や食器拭き、片付けにも参加して頂いている。	献立は、1週間ごとに各ユニットの職員が考えて作成し、食材は3~4日に1回職員が買い出しに行き、利用者が同行してカートを押すこともある。嫌いなものについては個別に対応。野菜の皮むきや食器拭きなどの手伝い、畑の草取り・収穫も行っている。外食や出前、寿司などを楽しむこともある。おやつ作りも行う。	
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	利用者様に応じた食事、水分摂取量を記録し、状態に合わせた食事形態にしている。制限のある方に対しては、摂取量や食材の管理も行っている。		
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	毎食後の口腔ケアに加え、定期的な歯科往診にて口腔内の清潔保持や治療等のアドバイスを受けている。		

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	1人1人の排泄パターンを把握し、トイレ誘導や声掛けにて個々にあった排泄支援を行っている。	利用開始時におむつを使用していたが、リハビリになった方がいる。リハビリの方は、声かけによりほとんど失禁はない。夜間ポータブル使用の方にはセンサーで見守りをし、安全を保持している。	
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	こまめな水分補給を促したり、献立に整腸作用のある食品を取り入れている。また、起床時には白湯を提供している。		
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	日々の体調、身体状況を把握しながら入浴したい日や時間帯に入浴出来るよう配慮している。温度や入浴方法も個々の好みを考慮し対応し、季節を感じて頂ける入浴も提案しながら入浴して頂いている。	1日おきの入浴で、1人毎にお湯を取り換えている。午前・午後と希望により入浴が可能。足浴も実施している。拒否傾向がある方には、働きかけを工夫している。季節のしょうぶ湯やユズ湯、入浴剤を使用することもある。	
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	寝具類、室温の調整をこまめに行い、安眠出来るよう配慮している。天気の良い日には布団干しもしている。		
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	誤薬防止の為、スタッフ2名にて十分な確認を行っている。薬が変更になった場合には、全スタッフが周知出来るようにその都度申し送りをするよう徹底している。		
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	利用者様の生活歴や得意な事に合わせた役割、お手伝い、遊びを行って頂き、やりがいのある生活を送れるよう支援している。		
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	外食やお弁当持参にて公園等への外出等、積極的にやっている。また、スタッフが買い物に出掛ける際、希望があれば同行して頂き、外へ出る機会も増やしている。	桜やあやめなど季節の花見、初詣、霞ヶ浦のこのぼりを見学したりしている。会社全体で行う将棋・カラオケ・パチンコなどに参加する方もいる。日頃の散歩では、田んぼの周りや、洞峰公園まで足を延ばすこともある。家族と出かける方もいる。	

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
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	ご家族様より預かったお金を事業所が管理している。外出時の買い物の際には、ご自身でお支払出来るようお金をお渡ししている。		
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	電話や手紙のやり取りは利用者様の希望に応じて、利用したい時に利用出来るようにしている。		
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	玄関、ホール内には、レクリエーションの写真を掲示したり、季節を感じて頂ける飾り付け、利用者様と作った作品を掲示している。トイレや洗面所、ホール内の温度差が無いようにし、常に清潔を保つよう心掛けている。	広く清潔なホールには、テレビの前などにソファが置かれ利用者がゆっくりとくつろげるようになっている。ユニットによって掲示物も違い、利用者に添った演出がされていた。	
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	ホール内を有効的に活用出来るよう、テレビの位置や高さ、テーブル、ソファの配置を工夫して、その時々に合わせて居場所を確保出来るようにしている。		
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	使い慣れた家具や写真、寝具、飾り付け等を利用者様と相談しながら個々の居室作りを行っている。	大きなクローゼットが備え付けられ、自由に使えるスペースが多い。食べ物以外の持ち込みの禁止はなく、仏壇を飾られている方もいる。掃除は主に職員が行って清潔を保持している。	
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、風呂は目に付きやすいよう表示し、利用者様の状態に合わせて手摺の配置を変更する等、自立した生活が送れるようその都度工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームいっしん館つくば

目標達成計画

作成日: 平成 28 年 10 月 28 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	4	運営推進会議に地域代表や民生委員の参加が無い為、参加をお願いしていく。	運営推進会議に地域代表や民生委員に参加して頂き地域の方との関わりを広めお互いに理解を深めていく。	地域代表や民生委員に運営推進会議に参加して頂く。自治会加入も検討し、地域の方々と関わりを深め相互理解をしていく。	6ヶ月
2	26	個人の目標に沿ったケア記録や目標を意識したカンファレンスをし、次のケア計画に反映出来るように結果を文書にて記録される事が望ましい。	スタッフ一人一人が利用者様の目標をより意識しながらケアに努める事で、ケア記録やケア計画に反映出来るように取り組んでいきます。また、結果についても文書にて記録していく。	スタッフ全員がケアプランの内容を理解、意識して記録が記入出来るよう指導していく。また、なぜ必要なのかをスタッフ一人一人理解した上で、記入出来るよう指導していく。	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。