

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	0873700504		
法人名	(株) いっしん		
事業所名	グループホーム いっしん館 麻生		
所在地	茨城県行方市石神1685-1		
自己評価作成日	平成28年4月1日	評価結果市町村受理日	平成28年7月15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.kaizokensaku.jp/08/index.php?action_kouyou_detail_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0873700504-00&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5月18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)】

<p>ご利用者様の長寿を目的として、その人らしい生活を笑顔で送れるようにサービスを提供している。</p>
--

【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>市街地に近いながらも、畑や林など自然ゆたかな眺めがある。近所の方が野菜を届けてくれたり、ぶらっと見学に来られたり、避難訓練に民生委員や消防団が参加してくれるなど、事業所が地域に溶け込んでいる様子が垣間見られた。20代～60代まで幅広い年齢層の職員は落ち着きがあり、人生の先輩である利用者のお話を聞いて、一緒に会話を楽しみ、理念でもある「笑顔」を大切に支援をしている。会話をしながら和やかに昼食をすませた後、ホールに掲示された写真の解説をしてくれる利用者の姿からは、日頃の満足感が感じられた。</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
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)	○ 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
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	○ 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	基本理念と独自の地域交流目標を立て、朝・夕礼で共有している。	会社の理念と麻生館独自の目標を、毎朝唱和をして職員間で共有するほか、カンファレンス等でも理念を思い起こし実践している。笑いを大切にし、職員が明るく接することで、利用者の笑顔につなげている。	
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	行事は地域運営推進会議や職員の声掛けにより地域の方々に参加して頂けるように働きかけている。	地域代表の運営推進委員から情報をいただき、地域のお祭りや、小学校・保育園等の運動会に参加をしている。中学生の職場体験では「楽しかった」「イメージが変わった」などの感想が寄せられ、利用者も子どもたちとの交流を喜んでいる。	
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	地域推進委員会会議を開催し地域住民へ働きかけている。		
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	2ヶ月毎に地域住民・利用者・家族・職員で開催し、意見・要望を取り入れサービス向上に努めている。	区長、民生委員、職員、家族、市役所職員が推進委員となり、開催している。家族には利用開始時の説明で会議の事を伝え、参加してくれる家族に通知をしている。会議では、特に民生委員が情報等を含め活発に意見を出してくれる。職員には会議録等で報告している。	
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	定期的に伺い状況報告、情報交換している。	介護保険担当には、適宜訪問して連携を図っている。生活保護受給者が多く、生保担当定期訪問がある。身寄りのない方も利用されており、必要に応じて市役所と連絡を取り、本社が運営する葬儀社や納骨堂を利用することがある。	
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	身体的拘束マニュアルがあり社内研修を行っている。	基本的に拘束をしないケアを実践。本社で年4回行っている研修に職員が参加し、他の職員に報告をするようにしている。	

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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	ミーティングを行い人生の先輩とし業務に携わっている。申し送りを活用し細かく状況がわかるようにしている。		
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	職員が制度を理解し必要性を認めたら早急に対応出来る体制を整え支援している。		
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、解約改定等の際、御家族様に十分納得を得た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	苦情が発生した時はその都度納得して頂けるように説明する。相談の苦情は随時受け付けている。要望があった際はケアプランに組み込んでいる。	利用者の要望は、「家に帰りたい」「外に行きたい」が多く、一緒に散歩したり、家族に電話をするなどその都度対応している。家族からの要望はないが、面会時にホールで一緒に話をしたりして考えを聞くように心がけている。家族には毎月写真付きで個別のお便りを作成し利用者の様子を報告している。	
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	人事採用に関しては本社に一任しているが御利用者様の受け入れ受入継続の可否等はスタッフの意見を聞き入れながら取り組んでいる。	毎月、時間内に定期カンファレンスを行い、意見交換を行っている。トランスや食事の仕方などの介助方法についてや、ホールの席替えなど、職員は自分の意見を出し合っている。他館での修理事例を参考に改善を図るなどしている。職員からの提案や要望にはきちんと対応してくれるとの声が聞かれた。	
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	代表者はミーティングの参加、定期的な館視察を行うことで職員が向上心をもてる環境を保つ事に努めている。管理者は個別面談により職員の要を汲み上げている。		
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	新人研修を随時行っている。また、現場に能力に応じた指導を行っている。社内研修を定期的に行い内容を職員全員が周知している。		

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
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	毎月地域のケアマネの定例会に参加し情報の共有化を図り質の向上に繋げている。		
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	1対1で話せる場面作りをしている。話された内容をケース記録に記入しアセスメント様式によって利用者様の現状、希望等を把握し個別支援計画を作成している。意思疎通困難な方などバリテーションを活用し適切に作成している。		
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	ユニット出入り口に御意見番を設置し気軽に意見を出していただけるようになっていく。		
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	グループホームの入居にあっているか見極め、他のサービスが適していると感じたらご家族様と相談し支援している。		
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	人生の先輩として昔の習わしや料理、畑の作り方等、教えて頂いている。料理など一緒に同じものを召し上がっている。		
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	行事や一泊旅行などに参加して頂けるように支援し何かあれば御家族様は相談・連絡・報告している。月に一度は写真付きのお便りを出し電話等掛けたい時は掛けたいいただきます。		
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	お便りや電話や面会される。時には、馴染みの場所に外出や買い物に出掛ける。	買い物やイベント、外食などに出かけて、利用者の知人に会うこともある。墓参りなどの希望や手紙を書く利用者への支援を行っている。外出先の希望などは答えを選択しやすいように支援している。	

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
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	職員も上手に輪の中に入り自然とコミュニ ケーションが取れている。世話役の方には 出来る限り役割を發揮して頂いている。		
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	当事業所はグループホーム・有料老人ホー ム・サービス付高齢者住宅の3本柱になっ ている。 事情により退居になってしまった後も相談を 受け状況に合わせ支援している。		
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	個人個人の話や傾聴し御本人様の希望を 見出し把握していく。意思表示の少なく選択 等の場作りが乏しいが細かい事柄でもま ず、ご利用者様に聞き選択の機会を多く 作っている。	思いを把握するためには、本人の話の裏の 裏まで聞くようにして、不安や不満を見つ けるように心がけている。気付いたことはメモを して、カンファレンスに議題として話し合い、情 報の共有を図っている。	
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	全スタッフがご利用者様の生活歴を把握し 御家族様に昔の話や聞き、それを率先して 行っている。		
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・申し送りを活用している。一人 ひとりの状態に合わせ過ぎて頂いている。		
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	ご本人・家族様の意見を取り入れより良い 生活が出来る様に作成している。医師や看 護師等必要な時は相談しセンター方式を 活用し作成している。	担当職員が本人の意見を聞いたり、日ごろ の状況を把握してアセスメントを行い、半年ご とに担当者会議を開いてケアプランを作成し ている。家族にはプランを送付して意見を 伺っている。ケアカンファ等で定期的にモニタ リングを行い、次の計画につなげている。	
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	昼夜の様子をケース記録に時間毎に記入し 必要な時には申し送り帳に記入している。 業務日誌も活用しスタッフミーティング時は 話し合いをし介護計画の見直しに活かして 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
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	当事業所はグループホーム・有料老人ホーム・サービス付高齢者住宅の3本柱になっている。 医療行為が必要な時は連携している病院に相談し取り組んでいる。		
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	地域のスーパーに買い物に出掛けたり、外食している。ボランティアの方々に来て頂いている。		
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	内科・精神科・外科・歯科等、連携医療機関の往診を受け、ご家族様には電話報告している。 希望の医療機関がある場合には、ご家族様と受診する方もいる。	連携医療機関の往診の結果については、変更があったときには家族に連絡をして、申し送りノートに記録を残している。通常健康状態については毎月のお便りに記している。外部の医療機関受診は原則家族対応で行い、その報告をいただいている。	
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	週1回のペースで看護師がご利用者様の健康管理に来ている。 常に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。	定期的に面会と担当医師、看護師から病状説明を早期退院に向け連携している。 退院後も小さな事でも連絡を取っている。		
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、事業所の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	その人らしい生活を送って頂き体調の変化に気づき医師と連携している。 ご家族様には要望を聞きケアプランに組み込みながらケアにあたっている。 様々な対応策等を地域包括の方にも相談している。	医療職がいないことから看取りまでは難しいと考えており、救急車対応が基本となっている。重度化した場合は、往診時に家族と一緒に医師の意見を聞いている。昨年は、医療依存が少ないケースで家族の同意により、職員の不安もなく看取りを行った事例がある。	基本的に看取りは行っていないとのことであるが、急な対応を迫られることも考えられることから、重度化や終末期の状態や対応について、職員の研修を深めていただきたい。

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
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	応急処置を出来るようマニュアルや薬箱を揃えて応急手当は出来るようにしている。新人職員の研修を行いカリキュラムの中に取り入れている。		
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	避難訓練を年2回行い、そのうち1回は消防署員立会いにて行っている。夜間を想定して訓練を行っている。	避難訓練には消防職員の立会があり、初期消火の大切さや2階の避難方法(ベランダ利用)などの助言をいただいている。地域にも呼びかけ、地元消防団の方も参加してくれている。夜間想定訓練も行い、職員が駆けつけられる時間も把握している。コンセントの定期チェックなど予防を重視。3日分の食糧などの備蓄も行っている。AEDを設置していることを地域に知らせている。	
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	トイレ誘導の声掛けをする場合、ご本人様の自尊心を傷付けない様な声掛け、対応、声のトーンや姿勢に配慮している。	元教師の利用者に、「先生」と呼びかけ、生涯「先生」でいることができたなど本人の思いを大事に支援をしている。呼びかけ方は、本人や家族の思い、職員と本人の関係等により使い分けるような配慮を行っている。雑な言葉かけにならないよう気を付けている。	
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	一人ひとりの話を傾聴し信頼関係を築き個人の意見を尊重し決定権を御本人様へと努めている。 また、決定することが難しい場合には助言をしながら決定出来るようにしている。		

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
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・トイレ・入浴の時間を決めずにその人に合わせている。また、季節の習わしを取り入れ希望に添えるようにしている。		
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	毛染め・化粧等のおしゃれの支援をしている。 また、移動理髪店があり希望があればいつでも来て頂ける体制になっている。好みの洋服等一緒に買い物に同行する。		
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	季節感のある献立を作成し御利用者様の好みのメニューを取り入れ提供している。また、出来る仕事の分担を決めお手伝いを可能な範囲で御願ひすることもある。	献立は利用者の声を聞きながら職員が作成、買い物は利用者と一緒に行く。利用者は台拭きなどできることを行っている。月毎に外食やお弁当をとるなど変化をつけ、焼き肉店に出かけることもあった。おやつでは、誕生日のケーキやホットケーキ、まんじゅう、ゼリーなど手作りを楽しむこともある。希望者にはアルコールも提供、たばこは喫煙スペースで職員管理のもとたしなむ方もいる。	
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	個人々の水分の目安は表にしている。食べる量が決まっている方は何グラムと表示している。 1日の食事・水分量はチェック表に記入している。		
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	毎食後にその方に合った口腔ケア方法で行い状況に応じ介助し清潔保持に努めている。 月2回歯科往診がある。		

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
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	排泄パターンを把握しその方に合ったトイレ誘導が出来るように支援している。	2時間くらいで声掛けをし、トイレ誘導することで失禁を減らしたり、リハパン利用者がパットのみになり、布パンに改善できた方もいる。おむつ使用の方にも、時間を決めて交換を行っている。排便についても早めに対応し、便秘にならないような支援を行っている。	
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	便秘予防になるように水分・食物繊維が豊富な食品を献立に取り入れている。天気に応じて外やホールを歩く運動を取り入れている。		
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	ご本人様の希望を重視し好きな時間に入浴出来るようにし、その人に合った温度にし、入浴して頂いている。	1日おきの入浴で、9時～15時くらいまでの中でいつでも入れるようにしている。季節のユズ湯や、花を浮かべたり、入浴剤も使用することがある。皮膚乾燥に気を付けている。	
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	居室の温度管理に注意したり寝具を干したりして清潔に寝やすい環境を提供している。眠れない時など、傾聴し心の安定を図って環境整備をしている。		
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	全職員が薬の内容を理解し指示通り服薬出来るようにしている。薬の変更があったり飲み合わせの悪いものなどは申し送りを活用している。		
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	家事・掃除・畑等ご利用者様が其々の役割を持ち張り合いのある生活を過している。レクや季節の行事等楽しみも多々行っている。		
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	日常的に外に散歩・ドライブに出掛けたり地域の食堂で外食している。お墓参りの要望があった場合にはご家族様に連絡し計画を立て出掛けている。	散歩は安全な敷地内で行うが、買い物や外食、花見などの外出が多い。ホールには、1泊でバス旅行に行った時の写真が掲示されており、今年も計画したいと話されていた。友人や家族と出かける利用者もいる。	

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	基本的にお金は持たないが、家族との相談の上、預かる場合は本部管理とし出納時には領収書を添付し明確にしている。		
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	電話や手紙は利用したい時にしてもらい知人の方など面会に来られた際は御礼状を書き、出している。		
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・廊下・ホール等に写真や季節の花を飾っている。玄関・トイレは常に清潔を心掛けている。 こまめに換気を行い空気清器を設置している。	ホールは運動会ができるほど広く、畑やこもりと茂った林が見え、利用者がゆったりと過ごせる空間になっている。運動会や旅行、外食時の写真が掲示され、利用者が楽しそうに説明してくれた。手作りのカレンダーや、季節に合った利用者の作品なども掲示されていた。洗濯物を畳んだり、寒い時期にはコタツでくつろぐことができる畳のスペースもあった。	
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	ホールにはソファを置き、和室にはテーブル、冬には炬燵を置き話の出来る環境を提供している。		
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	使い慣れた家具や生活用品を持ち込みその人らしい居室作りをしている。また、家具の配置にも気を配り安全で快適な居室作りをしている。	本人と家族で家具や飾りつけをし、好みの居室となっている。仏壇を置いている方や、畳を敷いている部屋もあった。毎朝、職員が掃除をして清潔を保っている。	
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	バリアフリーになっており全体に手摺が設置してある。滑りやすい階段や浴室には滑り止めを付け誤認錯覚アクシデントの原因となる物は置かない。居室の入り口には目印の絵に写真を貼りわかりやすくしている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームいっしん館麻生

目標達成計画

作成日: 平成28年7月11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	30	重度化や終末期を急に迫られた時にとまどうことなく対応が出来るか不安さがある。	重度化や終末期の対応に急に迫られた時に全スタッフが同じ意識で的確に対応できるようにする。	重度化や終末期について、全スタッフの考えや意識統一を図り迅速かつ的確な対応が出来るように研修を行う。	3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、行を挿入してください。