

## 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	株式会社 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26年3月11日	評価結果市町村受理日	平成26年6月3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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0873700504-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0873700504-00&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26年5月17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)】

御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。
---

## 【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)】

法人として様々な福祉事業を展開していく中、管理者・職員はグループホームとして利用者の思いに添ったケアの提供を第一と考え、日々、利用者がこやかに生活できるよう支援に努めている。地域交流ではイベントに参加・事業所主催の行事に招待・地域にむけてAEDの説明・自治会主催の防災訓練に参加・散歩時の日々の挨拶・幼、小、中学校の運動会等を通して事業所や認知症に対する理解も深まり、介護・認知症に関する相談を受け、アドバイスをしたり関係機関へつなげている。職員と利用者の会話には常に笑顔があふれており、アットホームな事業所だと感じた。
--

## 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. 全くいない
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、生き活きと働けている (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
<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	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。	法人の理念と地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所独自の理念と地域交流目標を作成し、朝・夕の申し送り・会議等で確認を行い、管理者・職員共に理念を共有し実践につなげている。職員からは日々の支援の中で理念を意識し、職員も利用者も笑顔の一日となるよう努めているという話が聞かれた。	
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	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掛けている。	地域イベントの神社祭・子供祭・祭礼等に参加し、山車やみこしを見学して利用者は大いに楽しんでいる。事業所主催の夏祭りには地域住民が多数参加し、そこで同級生と再会し交友を深め、面会に来たり、お墓参りに出かけたりと輪が広がり、利用者も楽しみの一日となっている。ボランティア(カラオケ・マジック・民部)を受け入れ、横のつながりが広がり、活発な利用者参加型で楽しんでいる。地域の防災訓練に参加し、AED設置の説明を行い、事業所・認知症に対する理解を得ている。	
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	地域運営推進委員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。	2ヶ月毎に地域住民(各地区区長・民生委員)・利用者・家族・行政・事業所関係者の構成メンバーで開催している。主な議題は事業報告・利用状況・ヒヤリハット等で、報告や話し合いを行い、席上出た意見等をサービス向上に活かしている。欠席の家族には郵送または面会時に報告している。職員には議事録にまとめ、会議等で報告し共有している。ヒヤリハットは原因・対策等検討内容を記載し全職員の押印で共有している。	
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	定期的に伺い情報交換している。	行政には一週間に一度は出向き(生保・高齢福祉・地域包括センター・社協)夫々情報交換を行い、良好な協力関係を築いている。小学校の運動会を見学、中学生の体験学習の場として提供、ヘルパー実習生を受け入れている。ケアマネ会に参加し、行政と情報交換を行っている。今後は子供110番の設置を考慮中。	

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	身体的拘束のマニュアルがあり社内研修を行っている。	社内研修を行い、拘束となる具体的な行為とそれに伴う弊害を職員は理解し、拘束をせずに利用者の安全・安心に向けて取り組んでいる。アットホームな環境と職員の努力がありスピーチロックは無くなった。車椅子の点検は職員・業者で実施し安全確保につなげている。食事のエプロン使用は利用者の承諾を得て拘束にあたらぬ配慮を行っている。	
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	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分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でき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様に説明する。相談や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。	利用者の会話を通して担当職員が把握し反映させている。家族には面会時や電話連絡等で聞くようにし、ケアプランにも盛り込むようにしている。意見を言い出しにくい家族・利用者に対し、意見箱の設置の他、書面で第三者機関名・電話番号・苦情処置方法を明示し速やかに対処を行い、全職員と共有する体制となっている(セーターの毛玉が気になるなどの意見があったので、ネットに入れて洗濯するように改善)。広報誌を発行し近況報告を行っている。利用者直筆で書き入れるときもある。	
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。	現場での提案はその都度検討を行い対処している。毎月のミーティングにおいても意見や提案を聞くようにしている(滑り止めマットの交換・歩行器使用・リクライニング車椅子使用)。代表はミーティング参加・視察を行い職員の意見を聞き、働きやすい環境整備に努めている。管理者は職員の意見の吸い上げを行い、ストレス・不満解消に努めている。職員からは主任・管理者に何でも相談できる関係であるとの話があった。	

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
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持てる環境を保つことに努めている。管理者は個別面談により職員の要望等を汲み上げている。		
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。又現場において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。		
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。		
<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	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御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	ユニット出入りに御意見箱を設置し気軽に意見を出して頂けるようになっている。		
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	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御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様に支援し何かあれば御家族様は相談・連絡・報告をしている。月に1度は写真付きのお便りを出し、電話等掛けたい時は掛けて頂きます。		

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
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。	面会に来れない遠方の親戚・友人・知人(写真仲間等)には電話や手紙を通して関係継続に努めている。友人や家族の面会は頻繁にあり、利用者にとって憩いの一時となっている。自宅に外泊したり、家族と一緒に出かけ、馴染みのお店で買物・外食を楽しむ利用者がいる。馴染みのお饅頭が食べたいと要望があったときは一緒にお店にかけ要望に沿うようにしている。スーパーで買い物中に知人と出会い、しばし会話を楽しむという場面は多々ある。	
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	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て支援している。		
<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	個人個人の話を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、まず御利用者様に聞き選択の機会を多く作っている。	利用者との会話の中から思いや要望を吸い上げ、支援につなげている。朝・夕申し送り時に職員の気づきを報告し、利用者の状態を共有している。個人的な酒肴は家族・医師の了解を得て支援を行っている。意思疎通の困難な場合でも職員が決めるのではなく、利用者が選択できるような問いかけを行い、様子や表情から察知し利用者本位に検討している。利用者の趣味や役割(窓の開閉・施錠確認)を見出し、やりがいにつなげている。	
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を聞き、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て過ごして頂いている。		
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	御本人・家族様の意見を取り入れより良い生活が出来るように作成している。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。	家族・利用者の思い・要望を聞き、アセスメントシートを活用して担当職員が立案したプランをカンファレンス会議で課題とケアのあり方について話し合い、ケアマネがケアプランを作成している。作成後は家族に説明し同意をえている。モニタリングは6ヶ月ごとに実施し評価につなげている。状況変化時は現状に即したケアプランを作成している。	利用者の日常の様子はケース記録に詳しく記載されているが、職員も気づいているように記録方法をケアプランに連動させる形でケアの提供内容を記載し、目標達成につなげるよう期待する。

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
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。		
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、御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、御家族様と受診する方もいる。	24時間対応可能な連携医療機関の往診を(内科・精神科・外科・歯科)受けている。突発受診や変化があった場合は家族に報告し、体調を崩したときの記録表・ケース記録に残して職員間で共有している事が確認された。家族が付き添いの受診は、報告を受け記録に残している。訪看の訪問が週1であり、利用者の健康管理に努めている。	
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御利用者様の健康管理にきている。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受け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、地域の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。御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。	医療連携体制、重度化、看取りに関する事項を明文化し、家族に説明し同意を得ている。現在は病院搬送を希望する家族がほとんどである。要望があれば事業所ができる範囲内で医師・訪看・地域包括センター・家族と連携を行い支援に取り組んでいる。	
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	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。		

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
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行っている。夜間を想定して訓練を行っている。	消防署指導・自主訓練を消防団と一緒に実施(夜間想定・消火器使用方法・緊急連絡システム・避難経路確認・利用者行動把握等)し利用者が避難できる方法を職員は身につけている。今回の訓練は運営推進会議委員と一緒に予定である。消防団・近隣住民には協力内容の構築を考慮中。備蓄品・緊急持ち出し用品は整備している。昨年度の指摘を受け連絡網の見直しを行い、事前連絡なしで訓練を行った結果、30分以内に連絡が取れた。ガソリン満タンは周知済み。	
<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	トイレ誘導の声掛けをする場合、御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。	人生の先輩として自尊心やプライバシーを損なわない対応に心がけている。トイレ誘導やふとした声掛けにも対応、声のトーンにも配慮している。書類関係の保管場所や肖像権を含めた個人情報保護に努めている。失禁時はトイレにホットキャビンを設置しているので、その場で対応。	
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。		
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	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場合もある。	献立は利用者の希望を聞き、季節感を取り入れた旬な食材を利用者と一緒にお買い出しに出かけ提供している。利用者の出来る範囲で分担し、夫々が味見・皮むき・株分け・食器拭き等を楽しそうに行っている。行事料理等では利用者が職員に教える場面もある。食事形態は利用者に合わせ提供されている。職員が同じテーブルを囲み、会話を楽しみながらの食事風景であった。	
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。		

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
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。		
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様に支援している。	排泄パターンの把握・表情・様子から察知し、さりげなくトイレに誘導し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。夜間オムツ対応の利用者には昼間はリハビリで対応し自立することが大事だと職員は認識している。現在布パンツで自立に向けて検討中の利用者がある。排便には朝便座に座る・水分補給・味噌汁にキノコを入れる等の工夫によりスムーズに出来るよう習慣づけをしている。	
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	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ず、個々にそった支援をしている	御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、快適に入浴して頂いている。	週3回の希望時間の入浴支援であるが、失禁時や希望があれば随時入浴可能である。気持ちよく入浴出来るよう、利用者と一緒に着替えの服を用意したり、タイミングを見計らっての声掛けを行っている。5月5日は菖蒲湯でゆっくりと入浴してもらった。感染症予防として足拭きマットの上に個人用タオルを敷いている。巻き爪(外科・総合診療で対応)以外の利用者には職員が爪を切っている。	
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・畑等御利用者様がそれぞれの役割を持ち張り合いのある生活を過ごしている。レクや季節行事等楽しみも多く行っている。		

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
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	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御家族様に連絡し計画を立て出掛けている。	日々の散歩で季節の移ろいを感じたり、太陽の日差しを浴び五感の刺激を受けている。個人対応を行い、居酒屋・食事・買物・ドライブ等に出かけている。お墓参りや遠法への外出希望があった場合は家族と相談しながら支援につなげている。家族参加の一泊旅行や靖国神社参拝は利用者・家族にとって思い出を重ねる行事となっている。	
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	基本的にお金を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工夫をしている	玄関・廊下・ホール等の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浄器を設置している。	玄関・リビング・ホール等に季節の花を飾り、利用者や訪問者を暖かく包んでいる。清潔保持に努め、異臭や混乱を招くような刺激は無く、利用者が思い思いの場所でのんびり過ごしている。空気清浄機を設置しアレルギー・花粉等に配慮している。季節の飾り物や職員と利用者が一緒に仕上げたパッチワークなどの様々な作品やカレンダーは力作であった。	
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。又、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。	居室入り口には目線の高さに表札を掲示し混乱防止への配慮をしている。馴染みの家具等が利用者にとって安心出来る居室となることを家族に伝え、テレビ・単筒・椅子・テーブル等を安全面に配慮して設置している。家族やペットの写真・人形・ぬいぐるみ・目覚まし時計・家族からの母の日のカーネーション・趣味の編み物・妹さん手作りの手まり・年賀状等が利用者にとってホッとする雰囲気を出している。居室の掃除は職員と一緒にいい環境美化に努めている。	

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
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と物は置かない。居室の入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26年5月31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	26	日常のケース記録をケアプランに連動させた方法で記載する。	ケアプランに連動させる形でケア提供内容を記載し目標達成に繋がるようにする。	ケアプランに連動させるべき箇所はケアマネジャーにも解りやすく印を付ける等、申し送り、朝夕礼にて確認する。また、カンファレンス時に改善すべき点等を話し合い全職員が周知しケースファイリングの際は役職者が中心となり最終確認を行う。	2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。