

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	0872000906		
法人名	東成産業株式会社		
事業所名	グループホームいちさと	ユニット名(A)	
所在地	茨城県つくば市柳橋122-8		
自己評価作成日	平成 30年 2月 10 日	評価結果市町村受理日	平成30年4月25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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kihon=true&JigyosyoCd=0872000906-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 茨城県社会福祉協議会		
所在地	水戸市千波町1918番地 茨城県総合福祉会館内		
訪問調査日	平成30年3月2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)】

ご家族の殆どが最期までいちさとでお願いしたいという要望が有る事で介護度も年々重くなってきている。本来のグループホームの在り方が失われている状況の中で今、その時を大切に各々の職員が会話を重視しながら、介護者だから出来ること、入居者様と出来ること等、ご家族に協力を頂きながら時には皆で、時には個別にと日々入居者様の気持ちに寄り添った対応を心掛けています。

【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)】

事業所は、地域密着型サービスの意義を踏まえた理念を作成しており、利用者の立場になって考え、利用者の気持ちを理解し、理念通り常に利用者寄り添ったケアを職員全員が取り組んで支援している。職員の離職率も低く、働きやすい職場で、上下関係も良く、何でも言いやすく話しやすい関係をもつことで、職員が生きいきと働いているため介護力が高く、利用者も穏やかに過ごすことができ、笑顔で生活が送れている。

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、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
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

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	各ユニットのリビング、休憩室等目の付く場所に掲示してある。月1回のカンファの時は皆で読み上げを行い確認している。	玄関や事務室、各ユニット等に掲示するとともに、職員会議時に唱和し、共有している。常に利用者の立場になり、寄り添ったケアを行っている。
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	施設周辺の方は皆さん働いていることもあり難しいところがあるが、地域との繋がりとしてブドウ農園の方からブドウ狩りの誘いを受けたり散歩時すれ違う方に挨拶したりする等で施設を知って頂き、助けて頂いた事がある。	事業所の周辺を散歩してすれ違う人と挨拶をしたり、会話をしたり地域住民との交流を図っている。日本舞踊やギター演奏等のボランティアも受入れている。
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	ボランティアを招いたイベントには地域の方に声掛けを行い施設の存在を知って頂くようにしている。学校の行事(運動会、マラソン等)の応援に行き地域参加をしている。	
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	ご家族の方々も高齢になってきているため参加することが困難になってきているのが現状である。サービスの取り組み、評価等の話し合いは出来ていないが民生委員、区長等長年に亘り関わって頂いている方もおり少しずつではあるが理解して頂いている	市職員や民生委員等が参加して、定期的に開催されている。行事や利用者の状況報告をするほか、委員から様々な意見を出して貰い、話し合いを行っている。運営推進会議を利用して救急救命の講習会を行ったり、事業所の食事を試食してもらったりしている。
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に取り組んでいる	高齢福祉課、社会福祉課との連絡は定期的に行い報告、連絡、相談は行っている。	市担当者とは常に連絡を取り合っている。生活保護の方がいるため、社会福祉課職員の定期的来訪がある。
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	マニュアルも有り拘束はしないという前提で取り組んでいる。共同で使用している場所については二重ロック等はしていない。しかし生命の危険を冒す行為及びご家族からの要望で掃き出し窓の二重ロックを行っている箇所は有る。このことについてはカンファの議題として定期的に取り上げ出来るだけ早い段階で解除できる様に努めている。	身体拘束を行わない方針については、カンファレンスなどで話し合いをしており、常に利用者に寄り添ったケアを行っている。マニュアルを整備し、年4回研修を行っている。やむを得ず身体拘束を行っている利用者については、記録を残し、どうすれば行わなくて済むかの話し合いを行っている。
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	精神的虐待を中心に具体例を示しながら(DVD、ネット、福祉新聞等から)職員の気づきが出来るように努めている。	

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
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	成年後見制度を活用されている方がいる事も有り弁護士が来所時に質問したり情報を教えて頂いたりしている。研修が有れば参加している。		
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	契約書を事前にお渡ししておき疑問点があれば説明、理解して頂く。契約時には読み上げを行う。		
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	ご家族様来所時に様子を報告する中で意見や意向を話せるような時間を作っている。	重要事項説明書に苦情相談受付窓口を明示するとともに、玄関に掲示している。家族等が面会に来た時や行事のときに、コミュニケーションをとり、話を聴くように努めている。	
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	各職員に年2回位の自己評価表を提出させ不満不安等個別対応を行っている。	日頃から話しやすい雰囲気であり、年1回の職員面接時にも意見等を聴いている。職員に最低年に1回自己チェックリストを提出してもらい、日々の支援を振り返ってもらっている。悩みや要望があればそれに答えている。	
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	勉強会、外部研修には理解を示してもらい、シフト変更、研修参加時には残業代あるいは休日出勤扱い等配慮している。		
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	無資格者又は介護福祉士を目指している職員には働きながら取れる様時間や費用の配慮をしている。		
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	地域密着型サービス連絡会の役員を引き受けている事も有り色々な事業所との交流を持つことが出来ている。		

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
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	入居前には担当ケアマネージャーと連携を取り合い、事前に色々な情報を交換している。新しい入居者様と会話をする時間を多く持ち、一人での時間を少なくする様に心掛けている。		
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	入居前面接でご家族とお話し合いを行い不安な点、今後の事について安心して、施設で生活できるようご説明している。		
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	ご家族の意向を取り入れたケアプランの作成に心掛けている(以前の生活の様子、本人の思い等)		
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	理念の中に有るご本人の気持ち立場を常に念頭に入れ一人で出来ること、一緒に出来ること、仲間同士で出来ることをお手伝いしながら過ごしている。帰宅願望者には1対1で落ち着くまで寄り添っている。		
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	ご家族の方が来所されたときにはゆっくりした時間が作れる様に心掛けている、ご家族様には現在の様子をお伝えしたときに要望が有ればお聞きし、こちら側からのお願いもしたりしながら共に支えていける様にしている。		
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	外出する機会が少なくなってきた中で昔から馴染みの理髪店に行くとか出来るようご家族と協力しながら実行している、電話で話したいと希望されれば何時でも話が出来る様計らっている。	入所時のアセスメントから把握したり、面会時に家族等から聞いて情報を得ている。馴染みの理容室に行くなど、関係を途切れさせないよう支援している。	
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	特に施設側からアプローチしなくても自然と出来る事は皆で協力しながら行っている。その中でおしゃべりも弾んでいる。(洗濯物たたみ、食器拭きテーブル拭き、手すり拭き、畑いじり、落葉清掃、草取り等)		

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	退居後は新しい施設や、病院へお見舞いに行く。又TEL,FAX等で相手方ケアマネと連絡を取りながらスムーズに移行のできるようにしている。		
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	ケアプラン作成にあたり私の姿と気持ちシート(普段の生活からご本人が発した言葉、本人の思い気づき、家族が言ったことをメインに活用している)又介護記録を参考にご本人の思いを引き出せるように心掛けていた	家族に聴くほか、入所前の生活歴や表情やしぐさなどで把握している。把握した思いや意向は職員会議で周知している。	
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	今までの生き方、考え方、ご家族からの情報を参考にしながらその人らしさを引き出せるように努めている。		
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	今までの生活のペースを壊さず健康面の把握を行い自由に過ごせるように手助けをしている。		
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	Dr、訪看、薬剤師、福祉業者と連携を図りながら今出来る事、やらなければいけない事等を話し合いながらケアプランに反映させている。(低床ベッド、リハビリパンツ、講習会、車椅子購入、傷の処置方法等)	家族等や利用者の意向を基に、医療関係者の助言を受けて介護計画を作成している。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、半年ごとに見直しを行っている。家族等へは面会時に説明し同意を得ている。	
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	介護記録を中心に送りノートを全員が必読し情報を全体把握できる。意見、問題点はカンファで解決している。		
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	常に3:1の職員対応を行っている。突然の出来事に対しては事務所で行うことが出来る。(病院の付き添い、不穩時の寄り添い、外出時のお手伝い等)		

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	地域イベント(運動会、マラソン大会、農業祭)には見学させて頂き楽しむことができる。又個別での外食、買い物等を行うことで施設以外の社会と触れ合うことができるようにしている。		
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	入居直後にDrと家族との話し合いが行われ、今後の方針がほぼ決まることで家族も安心できている。医療関係者との連携もスムーズに行われている。	入所時にかかりつけ医に受診可能なことを説明している。協力医療機関の医師による訪問診療が月2回と訪問看護が週1回ある。医師とは訪問介護の看護師を通して連絡を取り、指示をもらっている。	
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	入居直後Drと家族との話し合いには訪看も出席するため今後のケア、日々の健康管理をスムーズに行うことが出来ている。(訪看ノートが有り困っていること等を記入することでより良いケアが出来る、勉強会も開き知識を得ている)		
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。	訪看からDrに繋ぎスムーズに医療機関で診てもらえる。入院時には日々の暮らし、サマリー等で情報の共有は出来ている。		
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	急変時には訪看⇒Drへと連携が出来ている。Drより家族に連絡を入れ状況説明が有る為方針が決めやすい。それに従って訪看、薬剤師が動いてくれているため連携は整っている。	契約時に「延命治療・看取りに関する指針同意書」に記入してもらい、段階を経て何度か同意を得るようにしている。マニュアルを作成するとともに、重度化や看取りに関する研修に年数回参加している。	
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	訪看との勉強会(カンファ形式で実技指導も含む)を年に2~3回実施している。		
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	地震や火災の訓練を定期的実施している。(水害は指定地域ではないので実施はしていません)	夜間想定を含む避難訓練を年2回以上行っているが、訓練後に反省会を行い、課題について話し合うまでには至っていない。	避難訓練の実施記録は作成しているが、全職員で反省会を行い記録に残すまでに至っていない。反省会を行い記録に残すことを期待する。

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
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	お世話をしてあげているということではなく人生の先輩として謙虚な気持ちで言葉遣いに注意しながら接している。カンファでも取り上げて、排泄時は小声で声掛け、人のいない場所等を見計らいながら行っている。	誇りやプライバシーを損ねない言葉かけに配慮している。呼び方はそれぞれ本人に聴いて、基本「さん」付けにしている。人権尊重や守秘義務について月1回の会議で話し合いを行っている。	
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	日常生活の中で気持ちを伝えることが出来る方にはご家族との連携を取りながら出来るだけ叶えるようにしている。伝えることが出来ない方には時間を大切に心掛けている。		
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	重度化してきている中で施設の時間に沿って行ってしまう事もあるが起床時間、食事時間、就寝時間、入浴日の入浴時間等についてはその方の希望に沿って行っている。		
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	数枚の服を着回しするのではなく入浴時には、スタッフと共に来たい物を選んでいく。ご自身で選んだ物については尊重している。		
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	食べたい物が有れば個人購入で提供している(ご家族からの物も含め)職員から声掛けするのではなく手伝ってあげると言う言葉が出る時にはお願いしている。下膳できない方の物を下膳してくださっている。	利用者は、野菜の下ごしらえやテーブル拭き、下膳等できることは職員と一緒にやっている。誕生日には食べたいものを提供したり、外食をして楽しめるようにしている。	
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	食材業者が入っているため栄養、カロリーは考えていない。水分量が少ない方に対しては好みのもの等を提供し1日の水分量を確保している。		
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	1日3回口腔ケアを行っている。義歯使用者に対しては夜洗浄して清潔の保持に努めている。歯科医につなげる事も有る(口臭がひどかったり、痛みを訴えたとき等)		

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	排泄チェック表を基に排泄パターンを見ながら声掛けを行っている。拒否時には少し時間を置き再度声掛けを行いトイレの排泄を心掛けている。	排泄チェック表や個人記録から把握し、それぞれのパターンに合わせて声かけをしてトイレ誘導したり、夜間ポータブルトイレを使用するなど、具体的な方策を立てて、排泄の自立に取り組んでいる。	
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	日常生活の中で便秘解消が出来るようにレクの時間に体操をしたり軽い散歩等を行っている。定期的に乳酸飲料、ヨーグルト、お芋等を提供している。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴表は有るが入居者様の希望で入浴を行っている。入浴剤を入れたり菖蒲湯にしたりして変化を付けている。	基本の回数等は決まっているが、利用者の希望に沿っていつでも入れるよう支援している。入浴剤を使用したり、季節にはゆず湯や菖蒲湯を行うなど入浴を楽しめるよう支援をしている。	
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	適温、適湿に心掛けている。馴染みの寝具を使用したりしている。天気の良い日は布団を干している。		
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	月2回薬剤師が来所した時に薬の情報を得ている。薬の変化、飲み方が変わった時、新しく処方された薬については薬局ノートで情報の確認は出来ている。		
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	忘れてしまう事も多くなってきているがその時を楽しめるようにご家族の協力を得ながら行っている。(花見、花火、焼き芋、外食、ドライブ等)		
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支援している	車椅子が多くなってきている中で頻繁な外出は難しくなっている、然し要望が有るときにはご家族の協力も有り外出、買い物、食事等を行っている。	近隣を散歩したり、日用品を買いに出かけている。年間行事計画を立てて、筑波山や牛久大仏、花見等に出かけている。	

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
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	普段の金銭管理は施設で行っているが、買い物外出時にはお金を渡しレジで精算できるようお手伝いしている。		
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	電話をしたいときにはいつでも出来るようになってきている。いちさと便りで近況を報告しているためご家族が来所して下さっている。		
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	施設内の環境整備には十分気を付け外気も取り入れている。廊下やトイレはLEDの電灯に改造し明るい館内になった。廊下に色々なジャンルの音楽をに流しホッとする空間を創り出している。	日当たりが良い環境になっている。各ユニットに繋がる廊下には行事の写真が飾っており、廊下には音楽が流れていてゆったりと寛げるような環境になっている。	
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	各リビングにソファを設置し話し易い様にしている。又冬にはストーブを囲み暖まりながら心地よい時間を設けている。		
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	馴染みの物を置いたりしているが、転倒の恐れが高い方に対してはクローゼットに収納している。又ご本人が使いやすいようベッドの位置を見直している。	居室にはエアコンやベッド等が備え付けられている。利用者はそれぞれ、持ち込みしたいものを自宅から持って来て、居室を自由にアレンジして過ごしやすいようにしている。	
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	居室横には表札を(ご家族の承諾済み)付けたリトイレ、お風呂等にも名前を掲示している。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名 グループホームいちさと

作成日 平成30年5月16日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに次のステップへ向けて取り組む目標を職員一同で話し合いながら作成します。

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組み内容	目標達成に要する期間
1	35	現在は訓練を年複数回行っているところですが訓練の反省点は職員に掲示しているだけで反省会は開催しておりません。	反省会を開き全員に周知徹底を図ることとする。	訓練終了後早い段階で、会を招集し職員に関心が薄れないうちに反省点を洗い出して改善を行ってゆく。	直近で
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注1) 項目番号の欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。