

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	0873700488		
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玉造		
所在地	茨城県行方市玉造甲476-1		
自己評価作成日	平成27年5月5日	評価結果市町村受理日	平成27年7月14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.jp/08/index.php?action_kouhyou_detai1_2011_022_kani=true&JigyosyoCd=0873700488-00&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27年6月13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)】

御利用者様の生活習慣を大切に、一人ひとりがその人らしい生活を送れる環境を提供している。

【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)】

市内の中心部に位置する施設は地域とのかかわりに力を入れ、地域との関係作りや関係維持を図る為積極的に地域とかかわる行事を行っている。特に夏に行われる200人を超える夏祭りには地域住民を招待するなど、かかわりが継続できるよう努めている。 このホームでは、長寿という言葉に役割・仕事・笑顔・その人らしさという意味を持たせた施設独自の理念を作り上げ、利用者のその人らしさを重視しケアの提供を行っている。特に外出などは、職員と一対一で出かけ利用者が希望のものをゆつくり選んだり、自分の行きたいところへ行けるようにといった配慮がある。 利用者の生活史を大切にケアの提供が行われていると感じた。
--

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、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	地域の交流を大切にしグループホームという施設を地域の方々に理解していただけるような理念を掲げている	法人の理念をもとに施設独自の理念を作り上げ、職員間で共有し、地域との連携に力を入れ認知症高齢者がその人らしく生活できるよう支援している。	
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員として日常的に交流している	レクリエーション、夏祭りなど近隣の施設や地域の方々に招待し一緒に楽しむ機会を作っている	地域交流に力を入れ、年に一度の夏祭りは、200人を超す規模で地域の住民や民生委員などを招待し行われている。また地域でのクリーン作戦や地域主催の会議などには施設長が出席し、地域の中のホームとして意向を伝えている	
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	運営推進会議を開催し地域住人へ働きかける機会を設けている		
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	利用者の様子や夏祭り、行事の報告、参加の声掛けをしている。意見、要望を受けサービスの向上に努めている	偶数月に行われる推進会議は、区長、行政、民生委員、家族、利用者などの参加がある。参加できない家族には、便りや電話連絡などを使って報告している。	
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に取り組んでいる	可能な限り直接市役所へ届け出るようにしている。保護担当者とは密に連絡をとり、相談に応じて頂いている	施設長が書類や情報の交換など積極的に足を運び行政との連携に努めている。	
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	問題行動をバリエーションを活用し違う視点より見つめるようにしている。ミーティングを行い人生の先輩と認識し業務に携わっている。	法人内での研修を行い、身体拘束のないケアの提供を行っている。またBPSDを利用者のサインとして受け取り、行動の以前に利用者の不安や気持ちの変化に気を付けるよう配慮している。	

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	ミーティングなどを行い人生の先輩と認識し業務に携わっている。申し送りなどを活用して細かく状況が分かるようにしている。身体拘束についてのマニュアルがある		
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、解約改定等の際は御家族様に十分納得を得たうえで同意を得ている。		
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	苦情が出た時はその都度納得して頂けるように説明する。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。	家族や利用者の意見は直接確認するほか、便りやコミュニケーションにより聞き取り申し送りやケースカンファレンスを利用し、スタッフ間での共有に努めている。	
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	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。他のいっしん施設への紹介も行っている	月に一度のスタッフ間ミーティングでは様々な意見が述べられる他、スタッフは不安や要望を直接上司に話せる職場の雰囲気大切にしている。	
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	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など汲み上げている		
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		

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	一対一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デ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。電話などで話したり面会時間を作り話す場面を設けている。契約時に御家族様の御意見を聞きケアプランを作成し説明させて頂いている。		
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、畑の作り方など教えて頂いている。料理など一緒にし同じ物を一緒に召し上がっている。		
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。月に一度は写真付きのお便りをだし、電話など掛けたい時は掛け、不在で心配してしまう時もあるので予め繋がる時間を伺っている。		
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	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。	定期的に家族や友人の面会を受け入れる他、利用者の希望によって一対一の外出支援が行われ地域で育まれた利用者の馴染みの関係の維持に努めている。	

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
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、高齢者住宅の三本柱になっている。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。	利用者のその都度の意見を聞きながら日々の支援に生かしている。利用者の希望は様々だが利用者が選択できるよう配慮している。	
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	全スタッフが御利用者様の生活歴を把握し御家族様に昔の話聞き、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経過して頂いている。テレビが好きな方はテレビを見て頂いたり、散歩が希望の方は散歩に行ったりと個々に合わせて行っている。		
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	御本人・家族様の意見を取り入れ良い生活が出来る様に作成している。看護師・医師・栄養士等必要な時は相談し月一回のモニタリングとアセスメントをスタッフ全員で行い介護計画を作成している。状態の変化があればその都度検討している。	1ヶ月に一度のケースカンファレンスで問題点や改善点を話し合い、6ヶ月に一度ケアプランの見直しを全体で行っている。見直したケアプランについては、継続する意向や変更の意図が記入されスタッフ間で共有できるよう配慮されている。	
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	昼夜の様子をケース記録に時間事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、高齢者住宅の三本柱になっている。また、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。		
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	必ず御本人、家族様の希望を確認した上で医療機関に受診している。医師の紹介状と連携により体制が整っている。	連携医師の訪問診療の他、利用者のかかりつけ医の受診も家族や職員の付き添いの元可能になっている。	
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	週一回のペースで看護師が御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	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絡している。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。様々な対応策などを地域包括の方にも相談している。	家族との密な連携をもとに、本人の意志、訪問医療との連携をもって終末期のケアを行っている。病状や身体の変化については、細かく家族や連携医師に報告するよう配慮している。	
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	応急処置が出来る様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。新人職員等の研修を行いカリキュラムの中に取り入れている。全スタッフは救命救急講座を受けている。		

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
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	避難訓練を年二回以上行うと共に緊急時に全スタッフが対応法を身に付けている。夜間を想定しての避難訓練も行っている。	消防署と連携し、避難訓練を定期的に行っている。近隣住民への協力体制も推進会議を利用し依頼している。	災害時の備品の再度確認や、災害時のいろいろな場面の変化に応じた訓練の実施を行うことが期待される。
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等、御本人様を傷つけないような声掛け、対応、声のトーンにも配慮している。	利用者個人の気持ちや行動に配慮し、自尊心に配慮しながらケアの提供が行われている。	
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	会話の中で信頼関係を築き、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できるようにしている。		
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。また季節の習わし等を取り入れ出来る限り希望に添うようにしている。		
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・化粧など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。好みの服など一緒に買い物に行き選んでいる。		
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	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お願いする場合もある	季節に応じた献立に配慮し、職員は利用者と同じテーブル食事をしている。また外食等も多く利用者みんなで食事に行くほか、利用者の細かな希望にも1対1で関わりながら希望に添えるよう工夫をしている。	
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	個人個人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を何グラムと表示し写真に出している。一日の食事量・水分量などチェック表に記入しいつでも見られるようにしている。		

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
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。月二回歯科往診がある。		
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ように支援している。	利用者の排泄の時間やパターンをできるだけ把握し、その人に応じた排泄への支援を行えるよう配慮している。	
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てしまわずに、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様にして、その人に合った温度にし、快適に入浴剤を入れたりゆず湯にし気分転換をして頂いている。	利用者の希望に応じた入浴の支援が行われ、希望があれば毎日でも入浴できるようになっている。	
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。また眠れないときには話を聞いたり飲み物を提供することで心の安定を図っている		
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	全スタッフ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物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・畑など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。レクや季節行事など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支援している	日常的に外に散歩・ドライブに行ったり地域の飲食店に外食に行くようにしている。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。	地域の住民が気軽に声をかけてくれるほど毎日のように行われる散歩をはじめ、利用者の希望や意向に応じた買い物の支援、馴染みの関係を維持する外出など、様々な場面で外出の支援が行われている。	
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	基本的にはお金は持たないが家族との相談のうえ預かる場合は本部管理とし出納時にはレシートを添付し明確にしている。一緒に買い物に行き支払い時にはお金を渡し支払いして頂いている。		
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いて出している。御家族様からも進んで行って頂いている。		
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・ホールなどの写真や季節の花を飾っている。窓には蔭簾や簾で日よけし夏を過ごしている。玄関・トイレは常に清潔をに心掛けている。こまめに換気をし空気清浄器を置いている。	玄関や共用空間はキルトを使った個性あふれる飾りつけがされ、見易さへの配慮もあった。利用者の写真や作品などを多く使い、明るい雰囲気のある共有空間が演出されていた。	
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	ホールにはソファを置き、和室にはテーブル、冬には炬燵、また、車椅子の方が自操して入れるテーブル炬燵を置き話のできる場を持てる環境作りをしている。		
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んでもらいその人の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	居室は、利用者の持ち物や馴染みの物品が多く持ち込まれている。各部屋がその人の生活にあった空間となっている。	
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すりが付いている。滑りやすい階段浴室には滑り止めを付け清潔感を心掛け誤認錯覚アクシデントの原因になる物は置かない。居室入り口には目印の絵に写真を貼りわかるようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名: いっしん館 玉造

目標達成計画

作成日: 平成27年7月7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	災害時の備品の確認。 さまざまな災害に応じた訓練の実施。	災害時には備品で過ごせるように備える。 火災、震災などいろいろな場面にも応じる体制を作る。	備品の適量を把握し消費期限を確認しながら補充を行い、全スタッフが使用できるように周知する。避難訓練時に様々な場면을想定し訓練を行う。	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。