

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	0873900716		
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こまち		
所在地	茨城県土浦市藤沢894-1		
自己評価作成日	平成29年11月20日	評価結果市町村受理日	平成30年3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.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kan_i=true&JigyosyoCd=0873900716-00&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30年1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)】

笑顔が絶えない環境作りに努めています。又、利用者様の介護度や年齢に留意し、一人ひとりにあったサービスができる様、スタッフ同士で声かけや情報共有を積極的にする事を心掛けています。

【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)】

母体法人の多くの介護施設を運営している。法人理念をもとに独自の理念を作成し、さらにユニット毎に目標を設定し支援している。喜怒哀楽がある家族的な笑いの絶えない施設づくりを実践している。管理者と職員、利用者は情報を共有しながら日々の暮らしを営んでいる。

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、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	運営規定・基本理念を掲げており、職員一人ひとりがこれらを念頭に置き行っている。	朝夕礼で理念を唱和し、共有している。また、職員間の声の掛け合いを大切にしながら利用者の支援にあたっている。	
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	近所の散歩時には積極的に挨拶し、会話ができています。自治会に加入し、地域の情報共有をしています。夏祭りでは、近隣の方を招待し参加頂いている。	自治会に加入し、自治会の行事に参加している。また、地域やご近所の方を招待して夏祭りを開催している。小中学生の体験学習受け入れは、要望があれば受け入れている。	
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	事業所隣の建物で行われている初任者研修に多数の方が受講されており、認知症の人への理解や支援方法を知るための場を設けており、実習の受け入れも行っている。		
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	定期的に行っている会議では、事業所からの報告と共に、参加者からの意見、質問、要望を受けることでサービスの向上の参考にさせて頂いている。	奇数月の第2火曜日に開催し、民生委員や行政、管理者、利用者が参加している。利用者家族へは口頭で報告している。	会議は定期的に開催され参加者も固定されている。しかし、利用者家族の参加がなく、意見交換や情報の共有が乏しいと思われる。勉強会の同時開催など、家族の参加率を上げ、サービス向上に繋がる取り組みを検討していく。
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取り組んでいる	介護相談員や認定調査員の方が来館された時、市役所に訪問した時などに事業所の現在の情報を伝えており、また訪問時に相談やアドバイスを頂いている。	生活保護受給をしている利用者があり、行政が定期的に訪問している。地域密着連絡協議会が年3～4回開催され参加している。	
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	毎月行っているケアカンファレンスや外部研修、社内研修で拘束の対象になる具体的な行為について理解を深め、行わないようにしている。また日常的に確認を行っている。	定期的に身体拘束を行わないケアについての研修会を実施している。研修内容はDVDに録画し共有されている。家族からの要望もない。	
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	ケース記録、申し送り、業務日誌を活用し、細やかな対応を心掛けている。また、研修や資料を通じて虐待について理解をし、起こらないように職員同士でも話し合いをしている。		

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
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	市役所や病院などの公共施設に設置されている資料等から情報を得ている。また、職員で資料を共有し、説明を行っている。		
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	契約時には十分な時間を取り、事業所のケアや取り組み、対応可能な範囲についても説明をし、十分な理解や納得を頂き同意を得ている。また、質問や疑問点の問い合わせにも随時対応している。		
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	ご家族様には定期的に手紙を出し、来館時にも遠慮せず要望等を言って頂けるような雰囲気づくりをしている。問題が発生した場合も、すぐに解決できるよう即時対応を心掛けている。	利用者からの要望により、近隣の動物ランドや神社の参拝に行っている。家族からは衣服管理や食事などの要望をもらい反映している。	
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	日常的にコミュニケーションをとり、個別に話を聞く機会を設けている。要望等があった時もミーティングで取り上げ、意見交換し運営に反映できるように心掛けている。	ケアカンファレンスや研修報告会が定期的に行われている。管理者やエリヤママネージャーとの面談は、随時行われている。	
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	管理者は職員とのコミュニケーションを図り、意見、要望を話しやすい環境になるようにしている。代表者もミーティングに参加する事で、より意見を聞けるように心掛けている。		
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	定期的に社内研修を行っている。又、社外研修の情報も入手し、積極的に参加できるようにしている。		
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	近隣の事業所との連絡会に参加し、情報交換や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めている。		

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
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	事前情報や相談により、ご本人様のこれまでの生活歴を把握することで、職員は資料を基に関係作りに活かしている。		
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	入居前、入居日にご家族様に希望等話し合える機会を作り、利用者様の事を理解できるよう努めている。入居後も連絡を取り合いながら、安心して頂ける様な関係を築け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	ご本人様、ご家族様の意見を尊重し、できる限り柔軟な対応をしていくことで、より良い支援ができるようにしている。		
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	暮らしを共にしていく中で、自然の流れで園芸をしたり、家事を一緒にしたりと支えあっている。外出する機会を設けている。		
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	季節ごとの行事のお誘いを行っている。来館時にはご本人様とご家族様がゆったりと過ごせるような環境づくりをしている。		
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	地域に暮らすなじみの友人が来館された時に、ゆっくりして頂ける環境づくりをしている。また思い入れのある場所への外出も行っている。	バスに乗って定期的に友人が面会に来ている利用者がある。お墓参りや外出、買い物、ご家族と外食に行かれている利用者もいる。	
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	仲の良い利用者様同士が交流しやすいようにホール内にソファーやこたつを設置し、同じ時間を過ごす環境を作っている。		

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
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	他館に移動された方にもイベントに参加して頂くようにし、関係が途切れないように努めている。契約終了した後でも、いつでも連絡が取り合える状態になっている。		
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	毎日ご利用者様と会話をし、行動・表情等を観察し情報を得ている。また、過去の記録やご家族様からの情報も参考にさせて頂いている。会話の難しい方は、ジェスチャーなどからくみ取っている。	日々の支援を通して声掛けを行い、思いや意向の把握をしている。利用者一人一人に合わせた方法で思いをくみ取っている	
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	ご利用者様の今までの暮らしや生活様式をご家族様からお聞きし、今までの生活歴の把握に努めている。		
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	出勤時、ケース記録や申し送りノートの確認、朝礼・夕礼での申し送りで、その日の様子や予定を職員全員が把握している。		
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	毎月行われているケアカンファレンスで、意見交換や各職員が気になったことを随時話し合い、アセスメント作成、介護計画書に活かしている。	定期的にモニタリングを行っている。独自のサービス計画を立て、記録の簡素化に繋げて支援の充実を図っている。家族への説明は、郵送後の電話や面会時に行っている。	家族への説明を行う上で、計画内容やサービス内容の具体的な説明やそれに対する同意を得ることが必要だと思われる為、検討して頂く。
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	ご利用者様の状態変化や少しでも気になった事は、業務日誌やケース記録を活用し、全職員が把握している。状態が変化した場合、介護計画書の見直しを図っている。		
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	ご本人様、ご家族様の状況に応じて、受診などの必要な支援は柔軟に対応している。外出する際は、その日の気分や天候によって変わるニーズへの対応も行っている。		

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
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	利用者様が安心して地域で生活できるように介護相談員などから頂いた情報をもとに、地域のイベントなどに参加させて頂く機会を作っている。		
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	事業所の協力医、利用者様やご家族様の希望により、他医療機関への受診もできるようになっている。	内科、外科、精神科、歯科、眼科の定期往診がある。突発受診時は家族に連絡し、受診記録や連絡票に記載、申し送りにて情報共有している。	
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	体調やわずかな表情の変化を見逃さないように早期発見に取り組んでいる。変化があった際は、訪問看護や主治医に連絡し、指示を頂いている。		
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。	入院時はサマリーを医療機関に提供し、こまめな面会も行っている。病院関係者との情報交換・相談、ご家族様と連絡を取り合うことで、早期退院に向けて取り組んでいる。また、密に連絡を取り合うことで、病院関係者とも良い関係が築けている。		
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	安心して納得した最期を迎えられるよう、ご本人様、ご家族様の意向を踏まえ、医師と職員が連携をとっている。また、ご家族様の意向の変化にも柔軟に対応し、ご家族様の心のケアにも配慮している。	家族からの要望があれば、病状に合わせ医師から説明した上で看取りの同意を得て看取りを行う。看取りを行う場合には、24時間訪問看護と連携体制を取って行う。	
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	職員が2年に一度の救急救命講習を受けている。また、マニュアルを目に付くところに置いたり、吸引ノズル・吸マスクなどの保管場所を統一化するなどし、急変時・救急時に備えている。		
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	年2回利用者様と一緒に避難訓練を実施している。運営推進会議などで、地域への働きかけを行っている。また、災害時の備蓄も整えている。	日中夜間想定にて5月と11月に避難訓練を行っている。近隣住民との連携体制について検討している。地震水害時の広域避難場所の確保についても検討していく。	

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	人生の大先輩として尊敬の念をもち、敬意を払い、日頃の言葉遣い、感謝の気持ちを忘れないなど、ご本人様の気持ちを大切にケアを行っている。個人情報などの書類も管理徹底している。	排泄誘導や声掛け時は特にプライバシー保護に配慮している。個人情報使用同意書について、具体的内容の記載について検討をする。	
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	利用者様一人ひとりの思いや希望を汲み取り、ご本人様が自分で決められるような環境づくりを行っている。		
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	基本的な一日の流れはあるが、その場その場での希望や体調などを考慮し、一人ひとりのペースに合わせた支援をしている。		
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	その日の服装を自分で決められる方は自分で決めて頂いているが、自己決定が難しい方は職員と一緒に考え、身だしなみを整えている。ご家族様の協力を頂くこともある。		
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	メニューは健康を考えて作成し、利用者様にも食べたい食事をリクエストしてもらうなど作成に参加して頂いている。そして利用者様と職員が同じテーブルで楽しく食事をしている。健康状態によっては接種状況を記録している。	献立はユニット毎に、利用者と共に考えている。献立に合わせて、買い物に出掛けている。誕生日会は一人ひとりお祝いし、ケーキを購入したり作ったりする。お箸や器は個々の物を使用している。	
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	生活記録表を活用し、栄養摂取量の把握に努めている。		
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	定期的に歯科往診を行っており、指示を頂きながら利用者様に合わせた口腔ケアを毎食後行っている。		

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
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	利用者様一人ひとりの排泄パターンを周知しており、タイミングを見てトイレ誘導を行い、排泄を促している。	利用者それぞれの排泄パターンを把握し、支援に繋げている。トイレやポータブルトイレを使用して支援している。	
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	利用者様の排泄を記録し、確認しながらその都度対応している。食事に工夫をしたり、適度な運動を働きかけ、職員とともにやっている。		
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	利用者様と話し合い、その時の心身の状態を考慮しつつ、タイミングを見て好きな時間に入浴していただいている。	週3回の入浴支援を行っている。入浴時間の要望がないため、午前中入浴としている。季節の入浴として冬至のゆず湯や菖蒲湯を楽しんでいる。	
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	日中の過ごし方などにも配慮を行いながら、メリハリのある生活を送っていただくことで、安眠に繋げている。		
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	利用者様が何の薬を処方されていて、どのような副作用があるか誰が見てもわかる様ファイルに綴り、すぐ確認できるよう努めている。また、追加の薬情報も申し送りで徹底している。		
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	できる方には洗濯物たたみや掃除、食器拭き等を御願している。役割をもって頂く事で、皆の役に立っているというやりがいや喜びのある生活を送って頂いている。		
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	ご本人様の希望や時間を見計らい、散歩などを行っている。個人レクや他館のレクへの参加、普段いけない所への外出は、計画を立てて実施している。ご家族様がいらっしゃる方はご家族様との外出もされている。	季節に合わせて近隣ある同法人の施設から車を借りて外出支援を行っている。また、フードコートやファミリーレストランにて外食支援をしている。	

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
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	ご本人様の希望に応じて買い物を行っている。規定で個人では現金を所持することができない為、ご自分で買い物に行ける方は職員が同行し、一緒に支払いを行っている。		
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	利用者様とご家族様でのやり取りだけではなく、職員も通してより円滑にやり取りができる様にしている。		
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	利用者様が利用しやすいように整備している。歩行の妨げになる物は無くし、飾りも季節が分かるような飾りつけを行っている。	共有空間は木造ならではの暖かさがあり、落ち着いた雰囲気を感じられる。行事の写真やイベントの写真を飾られている。また、四季を感じられるような工夫がされている。	
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	ソファなど家具を配置することで、利用者様同士のコミュニケーションが図れる場所も作り、一人ひとりの利用者様に自由に過ごして頂いている。		
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	ご本人様の思い出の品々をご自由にお持ち頂き、自由に配置する事で、居心地の良い居室作りができています。	馴染みの家具や椅子、テレビを置き、落ち着いて過ごしやすい部屋作りがされている。家族写真やカレンダーなどが飾られ、個々に合わせた馴染みの居室となっている。	
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	その人にあつた身体状況の中で、家具や寝具を配置し、なるべくご本人様自身でできることはやって頂けるように工夫している。建物全体はバリアフリーになっている。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホームいっしん館こまち

目標達成計画

作成日: 平成 30年 3月 14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	運営推進会議は定期的に行われているが、利用者様ご家族様の参加がなく、意見交換や情報の共有が乏しい。	ご家族様にも参加して頂けるようお声掛けし、意見交換や情報の共有を密にしていく。	運営推進会議の日程を事前にお伝えし、参加して頂けるようにする。3月開催の運営推進会議には参加して頂いたため、継続して参加して頂ける様にお声掛けを行っていく。	1ヶ月
2	26	居宅サービス計画書において、ご家族様に理解しづらい表記があった。センサーを設置させて頂いている利用者様においては、設置理由、設置時間などの表記も必要。又、設置に対するご家族様の同意を書面として残しておく必要がある。	誰が見ても理解しやすく表記する。センサー設置については、設置理由、設置している時間も具体的に表記する。又、設置に対するご家族様の同意を書面で残す。	誰が見ても理解できるよう文面を変更し、センサー設置をさせて頂いている利用者様については設置している理由と共に、設置時間も表記するようにした。センサー設置においては、同意書を作成した。ご家族様に書いて頂くことを説明、随時必要の際には記入して頂く。	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。