

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	2019年8月31日	評価結果市町村受理日	2020年1月22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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0873900716-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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4637-2
訪問調査日	2019年10月21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)】

利用者様の気持ちを大切に考え、毎日、笑顔で過ごせるよう寄り添えるよう工夫しています。介護度、年齢差を考え、1人1人その方に合った対応を工夫しながらスタッフ同士で共有している。出かける事が少ない時は館外にでて近くまで散歩や日光浴をしています。

【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)】

母体は大きな法人であるが、事業所毎に運営が任されており、法人理念の他に事業所独自の理念と目標を掲げ、利用者が穏やかな生活を送れるよう、笑顔で、一人一人に合ったケアに努めている。利用者を主体とし、家庭的な雰囲気を大切にしているホームとなっている。介護度が高くなり、外出支援が難しい利用者には、近場の散策やベランダで日光浴等を行い、風や太陽の日差し、季節の草花等から季節の移ろいを感じてもらう。利用者とのコミュニケーションを多くとり、その時々を利用者の思いの把握に努めている。

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、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

[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	基本理念と独自に地域交流目標を立て、地域の方々に理解して頂けるよう、朝・夕礼で共有している。	法人理念・地域密着型サービスの意義を踏まえたグループホームの理念を朝・夕礼の唱和で確認し、実践に努めている。朝令では職員のその日の目標を述べ、夕礼に自己評価を実施している。職員は利用者の「ありがとう」という言葉に喜びと感謝を感じながら、利用者のペースに合わせた支援を実践している。	
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	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。情報をいただき、催しに参加している。	自治会に加入している。地域住民に回覧板を通して夏祭りへの参加を呼び掛け、利用者と一緒に時間を過ごしてもらう。今後は地域の『こまちまつり』に参加を検討している。認知症カフェにでかけ、利用者は作品作りを楽しみにしている。傾聴ボランティア以外のボランティアを社協に問い合わせ活用したいとの事。	
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	地域運営推進会議を開催し、地域住民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	2ヶ月毎に、地域住民・家族・職員で開催し、利用者様の様子や常時の報告を行い意見・要望を受けサービスの向上に努めている。	2ヶ月ごとに民生委員・家族・利用者・行政・社協・事業所担当者のメンバーで開催している。主な内容は事業予定・報告・利用者の状況等で、そこでの意見をサービス向上に活かしている。前回の評価を受け、家族に参加を呼び掛けた結果、参加があった。欠席された家族向けに、広報に会議内容の記載を検討している。職員には会議等で報告し共有している。	
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	職場体験、行政の見学の受け入れをしている。定期的に伺い状況報告、情報交換している。	高齢福祉課・社会福祉課・地域包括支援センター・社協と連絡を取り合い、良好な関係を築いている。介護相談員から情報を得ている。小・中学生の体験学習を受け入れている。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会に参加し行政と情報を共有している。子供110番は設置予定。	

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	身体拘束マニュアルがあり、社内研修を行っている。ほかの職員に報告するようにしている。	マニュアルと指針があり、拘束となる行為や弊害は周知している。定期的に身体拘束廃止委員会が主となって研修会を実施し、内容はDVDに記録し、全職員で共有している。拘束はしないことから、書類は整備していない。	ケアプランの中でセンサー設置についての同意を得ている。利用者の安全上設置しているセンサーではあるが、グレーゾーンの部分でもあると感じるので、身体拘束に関する同意書を取り交わすことが望ましい。
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	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。申し送りなどを活用して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、解約改定時の際、ご家族様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	苦情や意見が発生した時は、その都度納得して頂けるように傾聴、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。	毎月、生活状況や体調を伝える為、写真を同封して送るお便りや面会時、電話連絡時に要望を聞いている。ケアプラン作成前後に要望・意見を聞いている。要望があった場合はケアプランに組み込んで対応している。意見箱・第3者機関からの意見は無い。職員の名前や異動はユニット内に写真と名前を掲示し、広報でもお知らせを検討中。	
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	人材採用に関しては本部に一任しているが、ご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。ほかのいっしんグループへの紹介も行っている。	運営に関する報告は受けている。現場の気づきはその場で検討している。年2回の代表が参加する全体研修では職員の生の声を聴き、反映している。管理者・エリアマネージャーは個別面談を実施している。外部研修受講後は伝達研修で共有している。管理者・ケアマネ・職員の関係は良好で、ストレスや不満な無いとの事。ボーリング等で親睦を深めている。	

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
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、意見交換を行う事で職員が向上心を持てる環境を保つように努めている。管理者は個別面談により職員の要望を汲み上げている。		
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	2ヶ月に1回、地域のケアマネの定例会に参加し情報の共有を共有化を図り、質の向上につ繋げている。		
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ご利用者の現状希望等を把握し個別支援計画を作成している。意志疎通困難な方などは、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ご意見箱を設置し、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、面接時など時間を作り、話をしている。		
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	グループホームの入居にあっているか身体状態を見極めほかのサービスが適していると感じたらご家族様と相談して支援している。		
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	人生の相談として昔の習わしや料理法、畑の作り方などを教えて頂いている。料理など一緒にし、同じものを一緒に召し上がっている。		

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
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	行事などに参加して頂けるように支援し、何かあればご家族様に相談・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、電話など掛けたいときは掛け、不在で心配してしまう時もあるので前もってご家族様につな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、面会される。時にはなじみの場所に外出し買い物や外食に出かける。	面会に来た友人に礼状を郵送したり、親族・知人等の馴染みの人と、電話や手紙を通して関係継続に努めている。家族と外出、毎月自宅に外泊、お墓参りや買い物、外食に出かけている利用者がいる。職員と一緒に図書館に本を借りに行く利用者がいる。新聞や乳酸飲料を届けてもらっている方もいる。利用者同士が馴染みの関係になり、お互いを思いやる光景が見られた。	
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・サービス付き高齢者向け住宅の3本柱となっている。事情により退去と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、ご本人様の希望を見出し把握している。意思疎通が困難な方には、ご家族様や職員から情報を得て、その人らしい生活が送れるよう支援している。	日々の会話の中から利用者の思いを把握し、個人に合わせたケアの提供に努めている。把握が困難な場合は家族に聞いたり、職員からの情報や生活歴・アセスメントから抽出して利用者本位に検討している。俳句・読書・歌手のファンクラブなど趣味の継続や料理・買い出し・下膳・食器洗い・食器拭き・洗濯たたみ等の家事から利用者のやりがいに繋げている。利用者や家族の思いが違ふ時は利用者の思いを優先し家族に説明して了承を得ている。	
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	日常生活の中から個々の役割を見つけている。全スタッフが利用者様の生活歴を把握し、家族様に昔の話を聞き、それを率先して行っている。		

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
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。地域の習わしや季節の行事を大切にしながら一人一人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	ご本人・ご家族の意見を取り入れ、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ときは相談しセンター方式を活用し作成している。状態の変化があればその都度検討している。	前回の評価を受け、プランの文面を分かりやすくし、センサー設置について同意を得た。ニーズとケアのあり方を話し合い、現況に即したプランを作成している。ケース記録には、時系列に目標達成に向けたケアの内容を記入している。3か月ごとのモニタリングを実施し、評価に繋げている。	
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	毎日記入しているケース記録に時間毎に記入し情報共有している。必要なとき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・サービス付き高齢者向け住宅の3本柱となっている。ご家族様の希望に添えるような対応、支援を心がけている。医療行為が必要になれば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かけたり、外食もしている。月3回、ボランティアの方々に来て頂き、外部からの情報を取り入れながら、地域で暮らして行く事を楽しめるようにしている。		
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	内科・精神科・外科・歯科、連携医療機関の往診を受け細かな情報を伝え、適切な医療が受けられるようにしており、ご家族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。	内科・精神科・外科・歯科・眼科の定期往診と週1回の看護師が訪問し、利用者の体調管理に努めている。突発受診は家族に連絡し、申し送りで共有している。医療連携機関とは24時間対応可能である。	状態変化での受診や処方薬の変更があった時は電話で連絡している。受診記録にその内容やいつ・誰に・報告したかと、その時の家族の返答等も記録に残すことが望ましい。

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
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利用者様の健康管理に来ている。情報の共有をし常に相談でき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ての相談を行い、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、事業所です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。家族様との話し合いの場を設け、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。	契約時に看取りについて説明し、同意書をとりかわしている。体調の変化に応じ医師から説明があり、次のステップに向けた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に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	年2回避難訓練を行い、避難方法などの災害時対応を確認し夜間を想定しての訓練も行っている。	年2回の避難訓練を実施し、利用者が安全に避難できる方法を職員は身に付けている。運営推進会議で地域住民に協力依頼をしているが、合同訓練は出来ていない。風水害マニュアルは作成している。備蓄品は整備している。緊急持ち出し用品については再度職員と話し合う予定。もらい事故に対するマニュアルの整備・広域避難場所・福祉避難場所の周知をお願いします。	
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	一人一人の性格・人格を把握し、ご利用者様の自尊心を傷つけないような声掛け・対応・声のトーンや姿勢に配慮している。	利用者の人格を尊重し、その人に合わせた声掛け、対応を実施している。調査日の声掛けは視線を合わせゆっくりとした口調で話しかけていた。個人情報については本部のチェックリストで具体的な内容を確認し同意を得ている。	

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
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	ご利用者様、職員ともに喜怒哀楽を共感することで信頼関係を築き、一人一人の感情を出せるように支援している。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、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	その日その日の本人様の体調や気分に合わせて声掛けしている。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	ご本人様に着たい服を選んで頂けるような声掛けをし毛染め等のおしゃれの支援をしている。好みの洋服等を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、利用者様の好みや食べたい物をメニューに取り入れ、食事が楽しめるようにする。出来る仕事の分担を決め、出来る範囲で一緒に行うこともある。	ユニットごとに利用者の希望を聞き、季節の食材を取り入れた献立をたてている。食材の買い出しや下準備、テーブル拭き、配・下膳等利用者の力量に応じて職員と一緒にいる。自分の食器で、その人の状況に応じた形態で提供された食事を食べながら、同じテーブルを囲む職員と笑顔と笑いのある食事風景であった。食が進まない利用者にはまめな声掛けがあった。おやつホットケーキ・草餅・誕生日のケーキ作りや外食支援は利用者の楽しみとなっている。	
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	個人にあった食事形態、水分補給ができるようにしている。1日の食事量・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を行い、状況に応じて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	一人一人の排泄パターンを把握し、気持ちよくトイレで排泄できるように支援している。	利用者一人一人の排泄パターンを把握し、さりげない声掛けで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に努めている。夜間はポータブル使用の利用者がいる。便秘予防として水分・繊維質の食事・屈伸・歩行運動を取り入れている。	

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
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。屈伸や歩行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できるようにし、その人にあった温度設定を行い快適に入浴している。	週3回の入浴支援を行っているが、失禁等があったときは臨機応変に対応している。季節のゆず湯・しょうぶ湯を提供して喜ばれている。入浴時は皮膚の異常にも注意をしている。皮膚感染予防として足ふきマットの上に個人用タオルを敷いている。着替えの準備は主に職員と一緒にやっている。まきづめはドクターに切ってもらっている。	
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	居室の温度設定に注意したり、寝具を干して喚起を行い、清潔に寝やすい環境を提供している。眠れないときなど傾聴し心の安定を図って環境整備している。		
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、指示通り内服できるようにしている。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・掃除等、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	日常的には外に散歩・ドライブに出かけたり、地域の飲食店で外食している。お墓参りの要望があった場合には、家族様に連絡し計画を立て出掛けている。突発的な外出や散歩の希望があれば同行して外出している。	季節に合わせて花見やドライブ(つくば・水郷公園等)に出かけている。天気・体調に応じ散歩や買い物に出かける。フードコートやファミレスの外食支援は利用者の楽しみとなっている。急な外出要請が出た場合は出かけるようにしている。時には家族に協力を依頼し、計画実施に繋げている。図書館にいたり、靖国神社に参拝に行く利用者がいる。	
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、お金は持たないが、家族様と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。		

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
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、知人の方が面会の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、細目に換気を行い空気清浄機を設置している。思い思いの場所で過ごせるよう空間作りをしている。	共有空間はイベントの写真や季節の花を飾り、温かみのある雰囲気があった。ソファに座り、自分の居場所として、のんびり過ごしている利用者の姿があった。読書や新聞を読んでいる利用者もいる。トイレ・風呂場の表示はわかりやすくなっている。玄関先の生花が暖かく迎え入れてくれる雰囲気があった。水槽の金魚が人影を見ると餌が欲しいと口をパクパクしている光景は訪問者を笑顔にしてくれる。	
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	ホールにはソファを置き、和室にはテーブル、冬にはコタツ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に工夫している。	居室入り口に目印の絵や名前を貼り、混乱防止にむけた配慮があった。馴染みのタンス・椅子・テーブル・テレビ・座椅子等を安全面に配慮し設置している。転倒に配慮しマットを敷いている居室があった。家族の写真・ぬいぐるみ・アルバム・折り紙の本・手作り作品等を飾り、利用者がホッとできる居室となっている。職員と一緒に掃除を行い、清潔保持に努めている。	
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、全体に手摺りが設置してある。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や写真を張り、分かりやすいようにしている。		

(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: 2020年1月20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	状態変化での受診や処方薬の変更があったときは電話で連絡している。受診記録にその内容やいつ・誰に・報告したかと、その時の家族の返答等も記録に残すことが望ましい。	受往診記録後に家族様に連絡・報告を行う。家族様にきちんと説明し家族様の返答も記入する。	受往診記録表の作り直し。受往診後、家族様用に連絡・報告を行い、家族様の返答等を記入をし、いつでもわかるようにする。	1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。