

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	0873900526		
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 霞ヶ浦		
所在地	茨城県かすみがうら市穴倉5200-38		
自己評価作成日	令和元年12月1日	評価結果市町村受理日	2020年3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	http://www.kaijokensaku_mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=0873900526-00&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	2020年1月16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)】

「毎日を明るく、そして元気に！」
 全体の中には90歳以上と高齢な利用者様が入居されていますが、毎日を楽しく生活していただいております。
 「やることがある。居場所がある。頼りにされる」
 一人一人がそんな存在になっていけるような環境作りに努めています。

【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)】

母体は総合福祉事業を運営しており、全体・各事業として様々な研修やイベントを開催し職員のレベルアップと利用者の機能維持に努めている。利用者の介護度は高くなってきたが、夫々が日々、毎日を楽しく元気に過ごせるよう、職員は統一したケアを提供している。職員はベテランが多く、利用者職員はお互いが家族のような関係で笑顔の多いホームであった。利用者の居場所とやりがいがあり、夫々が得意分野で生活をエンジョイしている様子が窺えた。職員はコミュニケーションをうまくとり、利用者の意思疎通に努めている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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	朝礼、夕礼において基本理念を唱和することで全スタッフが理念の意味を理解し、実践へ反映させています。	事業所独自の理念や目標を立て、地域密着型サービスの意義を共有している。朝・夕礼時に法人の基本理念を唱和し、理解を深めて実践に繋げている。職員は利用者の意見を尊重し、利用者本位のケアに取り組んでいるとの事。	
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	日々の外出(散歩)等、地域の方々と日常的に交流が図れるように努めています。	地域の一員として、日常的に散歩時に挨拶を交わしたり、野菜の提供を受ける時もある。最近、イベント開催はしていないが、フラダンスのボランティア訪問がある。今後はボランティア協会を通して、利用者参加型の交流を図る予定。	
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	地域運営推進会議の場を活かし、認知症の疾患を抱えている利用者様の日常生活やその知識について情報の共有と理解を深めています。また、認知症以外の事(流行病等)に関しても知識を共有している。		
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	地域運営推進会議参加者への質疑応答を行いそこで出た意見を取り入れている。	民生委員・地域住民・家族・行政・事業所担当者のメンバーで偶数月に開催している。事業予定・報告・利用者状況等を議題とし、意見交換を行っている。全家族に参加を呼び掛けているが、参加はすくない。会議内容は面会時に伝えている。	運営推進会議の意義を考えると、参加メンバーから意見・要望を聞き、双方向的な会議になる為に、全家族に議事録を送付し、事業所の取組を伝えることが望ましい。
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	特別な時以外にも日頃からの様子など報告している。また、市でやっている取り組みなどの情報も提供してくれている。	担当課(社会福祉課・介護福祉課・地域包括支援センター・社協)と連絡を取り合い、良好な協力関係を築いている。地域密着型連絡協議会・ケアマネ会には出来る範囲で参加している。介護相談員の来訪が毎月あり、情報を得ている。以前は小学生の町探検・中学生の体験学習の依頼があったが、小学校の廃校により最近はない。	
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	身体拘束委員会を設置し3カ月に1度会議を行っている。身体拘束に対する理解を全スタッフで深めている。	身体拘束廃止委員会を設置し、3か月ごとに会議を開催して拘束となる行為・弊害は周知している。マニュアル・指針は整備している。法人全体の研修もあり、利用者の安全・安心に向けたケアに取り組んでいる。やむを得ず、一時的に拘束をする場合は家族に同意をえて、解除に向けた記録を残すようにしている。	

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
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	月に1度の研修会にて虐待に関して学ぶ環境が作られている。		
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	定期的に各種研修に参加することで知識を得るように努めています。また、現在成年後見制度を申請中の方がいて、制度を円滑に利用できるよにこちらで出来る事はご協力させて頂いている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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、解約時には必ず利用者様やご家族様に説明をおこない、ご理解、ご納得して頂いております。また、契約事項改定の際には3カ月前までに書面にて通知し理解を得ています。		
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	事業所入口に「ご意見箱」を設置しご家族様の意見や要望を受け付けしやすい環境を作っている。また、面会に来られた際にスタッフの方に直接要望を伝えて下さるので頂いた意見には迅速に伝えるように努めている。	意見箱の設置・第3者機関名・電話番号を明示しているが、そこからの意見は無く、面会時に聞くようにしている。意見や要望が出た場合は迅速に対処しフィードバックしている。食の進まない利用者には家族と話し合い、内服薬の調整をした。2ヶ月ごとに写真を同封して日頃の様子や健康状態を伝えている。今後はアンケート実施を考慮中。	
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	月に1度のカンファレンスにて意見や要望等、直接伺えるようにしている。	現場での気づき・カンファで意見や要望を聞き反映している。勤務体制・転倒防止策・緊急時の対応・レクの提案があり検討し改善した。管理者は職員の様子から声掛けを行い、ストレスや不満解消に繋げている。内外研修に参加しレベルアップとやりがいのある職場環境に努めている。職員と主任・ディレクターの関係は良好で、なんでも話し合え、職員からアイデアをもらう場合もあるとのこと。	
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	管理者は日頃からスタッフの勤務状況などを上司に報告し把握できている。また、年に1回給料の見直しを行いスタッフのやりがいや向上心を持って働ける様に努めています。		
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	社内での研修に積極的に参加できる機会を作り、知識や技術の向上に努めています。		

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
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	事業所内の別の施設にヘルプに行くことができその際に同業者との交流や知識の共有を行い、自館に戻った際に他のスタッフにもそれらをフィードバックしている。その他にも研修会などで交流を図れている。		
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	入居前の面接時に、利用者様の生活歴や不安に思っていることをしっかりと伺い、全スタッフで共有することで安心できる環境を提供できるように努めている。		
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	どのようなことで悩んでいるのかなど入居前の面接時に伺い、個々に合わせたサービス内容の方向性を一緒に考えています。		
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	入居される前の情報からスタッフやケアマネージャーを交えて話し合いを行い、必要になりうる支援や介護用品などを検討し迅速に対応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	日常生活の中でご本人様が出来る事を行って頂き(洗濯やお掃除など)役割をもつていただくことでやりがい、生きがいに感じて頂ける様な対応を心がけています。		
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	電話のやりとりや2か月に1回の「お便り」などで状況を報告し、施設側だけでは困難な事案があった場合は、ご家族様と一緒に考え対応をしている。		
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	利用者様からの要望があれば馴染みの人たちと連絡が取れるようにしています。また、ご家族様(キーパーソン)の許可があれば外出等もできるようにしています。	電話・年賀状・手紙で馴染みの人との関係継続に努めている。定期的に馴染みの水戸の温泉に出かける方がいる。家族の協力を得て、帰宅・外泊・外食・お墓参り・外出と馴染みの場所に出掛けている。法人の靖国神社詣りや研修センターの大浴場や足浴に出かけている。	
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	普段の自席やレクリエーションなどの際のグループ分けにも配慮や工夫をし一人一人が孤立せず利用者様同士の関わりを保てるよう努めています。		

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
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	契約終了時には、今後も困った時には連絡して頂けるようにお話させて頂いています。		
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	ケアプラン作成時には利用者様と面談を行い、日々の生活での希望や要望を伺うことで本人様の意向の把握に努めています	日々の会話の中からその日の利用者の気持ちを推測し、ケアにあたっている。ケアプランには利用者の想いを取り入れたプランとなっている。生活歴・職歴等を把握し今まで通りの生活(裁縫・洗濯干し・たみみ・下膳・クッキー作り・新聞たみみ・食事前にエプロンの用意等)をやりがいに繋げている。困難な場合は家族に聞いたり、様子や表情から本人本位に検討している。訪問マッサージを受けている利用者がある。	
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	過去の生活歴や、今までの生活環境を伺い、出来る限り以前と変わらない生活を送っていたできるように努めています。		
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	利用者様の日々の言動や様子、状態などを記録に記載し、朝礼、夕礼時に報告し情報の共有をしています。		
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	利用者様やご家族様との面談を行い(ご家族様来館時を有効に活用)ケアマネージャーや居室担当スタッフ、役職者等にてアセスメント、モニタリングを行い、毎月のカンファレンスにて話し合いを行った上で作成しています。	利用者・家族から意見や要望を聞き、アセスメントを元にカンファレンス・担当者会議を開催し、ニーズとケアのあり方について話し合っ、ケアプランを作成している。毎月のモニタリング・カンファで話し合い、変化があれば現況に即したプランを作成している。ケアプラン作成後は家族に説明し同意を得ている。ケース記録とプランは連動した記録となっており、次のプランの見直しに活かしている。	
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	個別記録(ケース記録)をとり、全スタッフにて情報の共有が出来ています。また、介護計画の見直しにも活かすことができています。		
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	利用者様の要望に合わせて個別レクを計画し実行しています。		

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
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	地域広報などの情報や、地域運営推進会議時に地域住民からの情報にて、参加できる際には地域行事に参加しています。		
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	主治医による定期的な往診を受けています。また、内科以外にも歯科や眼科などの往診も受けられるようになっていきます。	月2回、外科・精神科の往診があり、体調管理を行っている。かかりつけ医・突発受診は職員もしくは家族が同行し、情報を受診記録に記録している。処方箋や諸々の情報は申し送りノートで共有している。歯科・眼科の往診もある。訪看との連携は無いが、ストレスケアのナースとの連携は24時間可能である。	
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	医療的なケアが必要になった場合は訪問看護師の方に連絡し適切なケアが出来るようになっています。		
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。	近隣の救急対応病院との連携は図れています。入院された場合は、定期的に面会へ訪問し症状や状態の把握に努めています。また、MSW等との連携も図り、早期退院に努めています。		
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	入居契約時に施設での対応可能範囲やそうでない範囲の説明を行い理解して頂いております。また、本人様やご家族様、医療機関連携も図り方向性を一緒に考えています。	家族から要望があった場合は看取りを実施しているが、事業所としては原則行わない事を契約時に説明し同意を得ている。重篤前に医師から説明があり、方針をたて、次の施設等につなげている。前回の評価をうけ、今後の方針を職員と話し合ったが、現時点では職員の不安はある。緊急時は上司の判断を仰ぐ前に119番通報をすることを伝えたので、職員の不安は少し軽減された。	
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	スタッフには救命救急講習、事業所に設置されている「AED」の取り扱い方法について定期的に指導、研修を受けています。		

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
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	年に2回防災訓練を行い、また、災害対策マニュアルを作成し緊急時の対応や、避難場所など周知し冷静な対応をとれるよう準備を徹底している	6月と12月に夜間想定を含め、自主・消防署指導の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つけている。備蓄品・緊急持ち出し用品を整備し、定期的にチェックも行っている。広域避難場所は周知している。消防署から手元にタオルを置くようにとのアドバイスを受けた。	地域住民との合同訓練を実施し協力依頼内容の構築、広域避難場所での利用者が混乱なく共同生活を送ることは困難であることから、行政に一部屋の確保の依頼と福祉避難場所の確認をし、家族にも周知することが望ましい。大災害の場合、法人の援助が受けられない可能性も考え、備蓄品の再点検を期待する。
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	一人一人の個性を把握し、どのような関わり方が良いのかを模索し実践している。	利用者を人生の先輩として尊敬し、失礼が無いよう、声掛けやケア提供時に注意している。個人情報保護については具体的な説明をし同意を得ているが、重要事項説明書への記載は本部に検討依頼するとのこと。	
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	出来る限り様々な選択肢を与え、自己決定できるように働きかけています。		
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	食事やおやつ等の時間等変更することが難しいことはあるが、その他に関しては柔軟に対応している(入浴時間の変更など)		
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	自身で選んで着替えを行ったりどんな服を着たいか希望を伺い対応しています。また、個別レクにて服を買いに行ったり、2カ月に1度訪問理容サービスを取り入れおしゃれが出来る環境を整えています。		
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	季節に合ったメニュー作り等、利用者様の好みを伺いながら作成しています。	利用者の希望を聞き、職員が季節の食材を入れたメニューを立てている。おやつ・誕生日・季節のイベント食は趣向をこらしている。職員は休憩時間の関係で一緒に食べてないが、担当職員が食事介助を行いながら、他の利用者の嚥下・食欲等に注意をはらっている。2～3か月ごとの外食支援を実施。	
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	栄養バランスが摂れる献立作りに努めています。個々の食事量などについては記録に記載し一人一人の状況把握に努めています。		

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
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	毎食後に口腔ケアを実施しています。必要に応じ定期的に歯科往診をうけ口腔ケアの方法などについても指導を受けています。		
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	利用者様個々の排出パターンを把握することで一人一人合ったタイミングにてトイレ誘導を行い、トイレで排出する習慣付けや自立に向けた支援に努めています。	利用者個々の排泄パターン・チェック表・表情を把握し、声掛け誘導で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。利用者の自立心と職員の声掛けにより、おむつからリハパンに改善した利用者がある。食事・飲み物・運動等で自然排便に努めている。	
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	便秘予防として食事や飲み物を工夫し適度な運動を取り入れ対応しています。		
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	基本的には利用者様の入浴したい日、時間などの希望に沿いながら対応しています。	利用者の希望に応じた入浴支援を実施しているが、基本的には週3回である。拒否は無い。皮膚感染予防対策は実施している。季節の菖蒲湯・ゆず湯・入浴剤でゆっくりくつろいでもらっている。巻き爪の利用者は外科訪問時に切ってもらっている。着替えの準備は自分で行う人もいるが、職員と相談しながら整えている。	
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	リネン交換を週に1回行い、常に清潔な環境で休息できるように心がけている。血圧が低い時や自席で傾眠されている時はお声掛けしお昼寝できるようにしております。		
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	薬剤情報の確認を行い、用途の理解に努めています。また、服薬後の経過観察も行い何か異変があった際には、主治医、薬剤師にすぐに相談している。		
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	個々の趣味、嗜好、能力を把握し一人一人に合ったお手伝いやレクを提案し実施しし役割を持って頂くことで生活にハリが出るように支援している。		

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
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	ご希望があればスタッフの方で計画し実施している。また、ご家族様と外出したいとの要望あればその旨をご家族様にお伝えしお食事などにも行けるよう支援している。	霞ヶ浦祭り・近くの公園での花見・花火大会・家族との思い出づくりの靖国神社参拝・牛久大仏・大洗水族館・フラワーパーク・水戸の温泉・ファミレス・回転ずし等に出かけている。天気・体調に合わせて散歩やテラスで日光を浴びている。個人的希望が出た場合は職員が一緒に行ったり、家族に協力依頼して対応している。	
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	個々のお買い物時にはスタッフが同行し金銭のやり取りが出来るように努めています。		
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	電話使用の際には、本人様に気兼ねなく利用できるように配慮しています。手紙なども特に制限はせずに柔軟に対応しています。		
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	季節ごとの飾りつけや、行事の写真などを掲示しています。	リビングは一直線になっており、利用者の行動が把握できる。季節の飾り物や行事の写真を飾り、見当識への配慮があった。毎食のメニューを掲示し、食の楽しみにつなげている。	
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	共有空間の中にマッサージ機やソファを設置し一人でもゆっくりできる環境がある。またテレビ前にテーブルを設置し気の合う方と一緒にテレビを見ながらお話できる環境もある。		
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	基本的に家具などはご家族様やご本人様に用意して頂くので使い慣れたものを使用させて頂いている。	利用者がわかりやすいよう、居室入り口に名前を明示している。使い慣れたものや好みのもの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、テーブル・衣装ケース・椅子・仏壇・テレビ等を設置している。家族の写真や手作り作品を飾り、居心地が良い工夫をしている。掃除は職員と利用者と一緒にしている。	
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	ホール内は車いすや歩行器が通りやすいように広めにレイアウトしています。全面バリアフリーは勿論、手すりの設置を行い安全面の確保に努めています。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム いっしん館 霞ヶ浦

目標達成計画

作成日: 2020年3月1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	定期的に地域運営推進会議開催しているがご家族様の参加が少ないため会議の意義を見いだせていない。(ご家族様にお声掛けはしているが忙しくなかなか参加できない)	参加できないご家族様にも会議の内容を周知していただき、そのうえでご意見などあった際は柔軟に対応し、より良い施設の運営に繋げる。	地域運営推進会議の議事録を参加できないご家族様にも送付し会議の内容を把握していただく。それにより会議に対する理解を深めていただき少しでも参加できるきっかけとなるよう努める。	6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。