

### 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	2390800155		
法人名	社会福祉法人しあわせあつくん		
事業所名	あつくん家		
所在地	愛知県名古屋市長区瑞穂区大喜町4丁目27番地		
自己評価作成日	平成25年2月21日	評価結果市町村受理日	平成24年4月11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	
----------	--

**【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市長区熱田区三本松町13番19号		
訪問調査日	平成25年3月7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)】**

<p>① 経理理念である「ひとりひとりを大切に」の思いから、どんな疾患・症状の方でも可能な限り受け入れます。他の施設で断られた方でも当施設では断りません。職員がご家族と密に連携を取りながら、共にご利用者のお手伝いをさせていただきます。</p> <p>② ご利用者の元々の生活スタイルをなるべく崩さぬようにご本人の希望を実現できるよう努力しています。</p>
--

**【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)】**

<p>ホームは、小規模多機能を併設して開所していることで、小規模多機能の利用者との交流が日常的に行われており、1階に設置した「地域交流スペース」を活かしながら、様々なレクリエーションを実施して日中は積極的に活動してもらいながら、夜間は静かな環境下で充分な休息を取ることができる取り組みが実践されている。その一方で、大勢の方と日中、過ごすことを好まない方には、グループホームのリビングで職員に見守られながら一人ひとりに合わせたケアも実践されている。さらにホームでは、法人の方針もあり、看取りに向けた支援も行われていることで、利用者が重度になっても最期まで安心して過ごすことができる環境が提供されている。また、地域との交流も前向きであり、グループホームの利用者と町内会の方との日帰り旅行が実現しており、利用者も地域の一員として生活している。</p>
--

**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
<b>I.理念に基づく運営</b>					
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	法人研修にて全職員に理念の共有を行った。また、理念である『ひとりひとりを大切に』の思いを全職員が理解し、介護者主体のかいごではなく、利用者に寄り添う否定しない介護を実践している。	法人全体の理念をホームの理念として共有しており、職員への浸透をはかっている。職員も利用者への支援に対する理念に込められた思いを理解するように、日頃のケアにつなげるように取り組んでいる。	
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	管理者が主となり町内会長や民生委員の方と日常的に顔を合わせ、町内の様子や情報を伺っている。 また、1階スペースを地域の子供会や老人会に貸し出し、交流を図っている。	ホームでは、利用者一人ひとりが町内会に入会しており、利用者も地域の一員として、地域の方との交流を行っている。1階の地域交流スペースを地域の方にも貸し出しており、老人会や子供会の活動につながっている。	
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	地域交流スペースを利用した方や通りがかった人などからの相談や町内の迷子老人などを一時預かり、自宅へ案内などを行った。		
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	二ヵ月ごとの定期的な運営推進会議とともに四ヵ月ごとに通常の運営推進会議メンバーに加えご利用者の家族を招き家族会を行い、その場で取り組み状況の報告や疑問、不満点などを吸い上げている。	会議は、併設小規模多機能との合同会議とグループホーム単独の会議と、会議の種類を分けて実施していることで、ホームの運営が十分に伝わるように工夫している。会議を通じて、ホーム利用者と町内会の方との外出行事が実現している。	
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	日頃から連絡を密にとるということとはできていない。	ホーム管理者としての定期的な情報交換が少ないが、併設小規模多機能の管理者がグループホームを含めた施設全体の代表として情報交換を行っており、ホームの運営にもつながるように努めている。	
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	法人研修にて、身体拘束排除の講習を開いており、全職員が理解をしている。また、玄関も施錠はしておらず、徘徊される認知症の方でも、職員が付き添いのもと自由に外出できるケアを行っている。	身体拘束をしないケアについて、法人全体で取り組んでおり、研修も行われ、職員に対する周知も図られている。日常的にも施設玄関の施錠行わないことで、利用者が施設内を自由に生活できるように、職員は見守りを重視している。	
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	法人研修にて、高齢者虐待防止についての講習を行い、全職員が理解をしているとともに、虐待の現状がないか、入浴時には全身状態の把握をす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	現在はまだ、全体研修などで権利擁護に対する理解を図ってはいないが、今後、法人研修で取り上げていく予定である。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時にはご家族に細かく説明し、疑問や不安がある場合はその場で納得がいくまで説明した。		
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	ご利用者、ご家族からの意見は随時、受け付けているとともに、定期的に行われる運営推進会議に参加していただき、運営に反映させている。	運営推進会議に多くの家族の参加が得られていたり、独自アンケート活動も実施しており、家族からの意見や要望等の把握が行われている。また、ホーム便りも毎月の全体の便りとは別に、個別の「新聞」としても発行して、利用者の様子を伝えている。	
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	施設内にていくつかのグループを作り、各班のグループリーダーが日々、パートの方から意見を聴取している。聴取した意見を月に一度のミーティングで管理者に報告している。	ホームでは、パート職員もグループ分けしてそこに常勤職員が小リーダーとして担当することで、全職員にホームの方針の共有と、細かな意見等の把握につなげている。管理者が把握した情報は、法人全体を統括する施設長にも伝えられている。	
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	年に二回支給するボーナスでは、職員の日々の勤務状況を反映し、加算している。また、残業ゼロを目指し、できるだけ定時で帰宅するよう努めている。		
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	法人内で毎月ケアの向上や理解の向上に努める研修を行っている。また、日々、一人一人わからないことを管理者及びリーダーがすくいあげ、教育している。		
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	区内で行われる介護事業者交流会や認知症実践者研修に参加できる仕組みを整えており、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
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	サービス導入段階でご本人またはご家族、管理者、ケアマネージャーがアセスメントを行い、できるだけ本人の希望に添えるよう努めている。		
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	サービス導入時アセスメントにて、ご家族の不安点を聞き取るとともに、当施設がどのように関わっているかを説明し、関係づくりに努めている。		
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	サービス導入段階だけでなく、随時、ご本人、ご家族に一番合っているサービスとは何かを模索しながら、ご本人のより良いサービス利用を検討していただいている。		
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	ご利用者とともに暮らす思いで、一緒に家事などをし、お互いの信頼関係を築き、介護されるという感覚を持たれないよう努めている。		
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	ご家族には契約時に月に一回以上面会に来ていただくようお願いし、共にご本人の生活を支えていく関係を築くよう努めている。		
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	定期的な外出をし、若いころに行ったであろう場所を散歩に行き、関係が途切れないよう支援に努めている。	ホームでは、馴染みのある方の訪問がある他、利用者と家族との外出の機会をつくっており、外食等にでかけている。また、正月の際には、家族と過ごしてもらおうように取り組んでおり、何人かの利用者が家族と過ごしている。	
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	相性の良し悪しを、日頃から協議し、全職員が把握している。		

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
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	施設を退所された後も、関係を断ち切らないよう、ご本人、ご家族と連絡をとり、相談に応じていく意向である。		
<b>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</b>					
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	「ひとりひとりを大切に」の経営理念のもと、ひとりひとりに目を向け、今まで本人の培ってきた生活を出来る限り崩すことなく、支えていくよう努めている。	ホームでは、家族に定期的に来てもらうように取り組んでおり、家族からも情報を集めてアセスメントにつなげている。また、職員間においても把握した情報を全員で共有するように取り組んでおり、ケアに活かしている。	
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	サービス利用契約前のアセスメントにおいて、ご本人、ご家族、ケアマネージャーから生活歴などを尋ねるとともに、自宅訪問し、生活環境の理解などに努めている。		
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	上記(24)同様、アセスメント時に聞き取りなどにより、現状の把握に努めている。		
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、ご家族からは適時、サービスについての意見を伺っている。また、関係職員からは日々、些細な事でも気付いたこと、接して感じたことを記録に残してもらい、介護計画に反映させている。	独自の様式を利用して、一人ひとりの生活場面に合わせた介護計画を作成しており、それを職員が毎日状況チェックして、変化が見えるように工夫している。計画は基本、3か月で評価し、必要な見直しにつなげている。	
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	上記(26)の取り組みを行い、すくい上げた意見を毎日の申し送り、または申し送りノートなどにより、職員間で情報を共有している。		
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	元々近くに住まわれていた方は自宅へ帰りたい時は職員がお連れするなど、出来る限り、ご本人の要望に応えている。		

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	地域資源の有効活用はできていない。		
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	第一として、ご本人及びご家族が希望する病院にかかっていたい。ただ、ご本人、ご家族が希望する場合やかかりつけ医がいない場合は連携医の成田外科を紹介している。	ホーム協力医による往診が月2回実施されており、状態変化時にも受診等の柔軟な対応が行われている。他科受診として皮膚科の往診もある。また、歯科については、受診または往診による対応となっている。	
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	今のところ、看護師はいないが法人のデイの看護師や成田外科の医師と日頃から連携をとり、相談しながら、対応している。		
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。	入院した際、早期退院を目指すため、病院のソーシャルワーカーや医師などと情報交換に努めている。		
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	入所者で終末期を迎えた方はまだいないが、重度化した場合についての話し合いはその都度、管理者、ケアマネージャーが中心となり家族と話し合っている。また、時には医師にも相談し、そのあとの方針決定をおこなっている。	ホームでは、法人の方針として、終末期に向けた支援を行う方針を掲げており、家族とは指針の理解と同意書を交わしている。利用者の重度化に応じて、協力医の指示も受けながら、家族と段階に応じた話し合いを行うよう取り組んでいる。	法人が運営している関連ホームでは、看取り支援の実績があるが、当ホームには介護職未経験で採用された職員がいるため、職員に対する十分なフォローが行われることを期待したい。
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	緊急時の対応は入社時に説明するとともに、書面も作成し、全職員がいつでも読める位置に置いてある。また、定期的な法人研修でも講義内容として研修していく予定である。		
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	定期的な避難訓練とともに、書面も作成し、全職員がいつでも読める位置に置いてある。また、定期的な法人研修でも講義内容として研修していく予定である。	年2回、併設事業所との合同で訓練を実施しており、マニュアル等の確認も行っている。法人で通所介護等の事業を行っていることで、地域との関係も築かれている。また、備蓄品の確保についても行われている。	今後に向け、地域の方との連携を深めながら、地域の訓練に参加する等の取り組みについても期待したい。

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	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>						
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	『ひとりひとりを大切に』の理念のもと尊重とプライバシーを損ねない声掛けに努めている。その中には敬語で話すだけでは冷たく感じる部分もあるため、時と場合によっては敬語を使わず会話する時もある。	職員による言葉遣い、利用者の接し方等については、法人で研修を実施しており、徹底するように取り組んでいる。また、日常的にも、管理者は職員に対し、丁寧な言葉遣いをするように指導を行っている。		
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	一日のスケジュールに縛るのではなく、レクリエーションなど本人のやりたいことを重視している。また、一つの場所に縛るのではなく自由に場所移動できるよう努めている。			
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	上記に述べたように、本人のやりたいことを重視している。時によっては他の入所者に危険が及ぶ可能性もあるが、できるだけ心がけている。			
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	その人らしい身だしなみやおしゃれができるよう心がけている。元々、持っていた衣類などをそのまま使用していただいている。			
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	昼食は調理師を在中させ、栄養価が高く暖かくておいしい食事を提供している。お茶の準備や食事の片づけなど入所者に手伝っていただいている。また、おやつ作りなど積極的に手伝っていただいている。	食事は、関連の通所介護の厨房で調理した食事を事業所内で分けて提供しているが、時に、男性職員が朝食を作る取り組みを実施したこともある。なお、おやつについては、利用者で作ることがあり、楽しみにもなっている。	今後、食材の買い物から調理までを利用者と職員で行い楽しみにつながるような取り組みが定期的になっていくことを期待したい。	
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	食事、水分摂取はその人に合った量、形状を工夫し、一人一人提供している。また、上記で述べたように調理師による食事でのバランスのとれた食事を提供している。			
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、口腔ケアの誘導をしている。その際、せきるだけ職員は手伝わず、本人の力で口腔ケアをしていただいているとともに、口腔内の確認も行っている。			

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
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	排尿感がない方は二時間に一回を基本とし、トイレ誘導の声掛けをしている。また、トイレ内でもすべてを職員が手伝うのではなく、本人のできないことを手伝い、自立に向けた支援を行っている。	排泄について、法人全体で職員にとって介助しやすい環境づくりを行う事で、利用者が重度になってもトイレで排泄できるように、ハード及びソフトの両面で工夫を重ねている。その結果、おむつ使用の方が布パンツで過ごせるようになった事例もある。	
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	毎日、体操や散歩を行い、排泄を促している。また、『排泄チェック表』を作成し、排泄状況を理解し、便秘の予防に努めている。		
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	出来る限り、毎日入浴していただいている。また、入浴中も本人を焦らせることなく、ゆっくり入浴していただいている。	入浴についても、利用者が自分の力で移動し、職員が介助しやすいように、浴槽に独自の工夫が重ねられている。浴槽は木でつくられてあり、利用者も香りを楽しみながら入浴している。また、季節の菖蒲や柚子等の楽しみも行っている。	
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	昼夜逆転をしないよう、日中はできるだけ起きていていただいで、レクリエーションやお手伝いをしてもらい、夜間ぐっすり寝ていただくようにしている。		
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	ご家族、連携医の成田外科と相談の上、薬を処方してもらっている。それを全職員が把握できるよう、申し送り、往診記録に記入などして、間違いがないよう施設側で管理している。		
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	多種多様なレクリエーションを提供し、張り合いが持てるような生活を送っていただいている。中には集団レクリエーションではなく、個別のレクリエーションを提供することもある。		
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	近所の散歩や買い物、ドライブなど定期的に行っている。また、年に一回ではあるが、本人の食べたいもの行きたい場所を聞き、夕食などを実施したり、日帰り旅行も計画している。	ホームでは、一人ひとりの外出状況を表にして記録に残している。そのうえで、全員の方が可能な限り、散歩、買い物等で外に出ることができるように取り組んでいる。また、利用者の希望も考えながら、県外への外出を行ったこともある。	

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	認知症の重い方が多く、『失くす、隠す、盗られた』などのトラブルを防ぐため、一部の方のみご本が管理している。あとの方は施設側が管理している。		
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	ご本人が電話をしたいという時には自由に電話を使っていただいている。職員が電話番号を入れて電話を渡すことが多い。		
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	設計段階から綿密に設計し、利用者の混乱や不快を招かないように配慮し、生活空間を作っている。	リビングでは、木の香りを感じながら落ち着いて過ごしてもらうように環境整備を行っている。さらに、利用者は3階のリビングの他に1階の地域交流スペースで過ごすことも可能で、一人ひとりが好きな場所で過ごすことができるように、職員の配置等も考えている。	
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	共用空間にとどめるのではなく、施設内での利用者も自由に歩けるように努めている。ご本人が居室でゆっくり過ごす事もあり、定期的に様子を見に居室へ行くようにしている。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室にはご本人の慣れ親しんだ家具、荷物などを持ち込んでいただき、少しでも環境の変化を軽減できるように努めている。	居室内は、フローリングと畳の部屋を用意することで、ベッドの他に布団で過ごすことも可能であり、希望に添えるように居室内の家具の配置等を考えている。また、写真や仏壇等、利用者の希望に応じた持ち込みも可能となっている。	
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	設計の段階で利用者でもわかりやすいつくりこにこだわり、水洗周りや居室などの環境づくりを行った。		

(別紙4(2))

事業所名 あつくん家

## 目標達成計画

作成日: 平成 25年 4月 11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	・災害時における、避難誘導や消防機器の使用方法が職員間で理解の差があり不十分。	・常勤・非常勤問わず、全ての職員への避難時行動の統一化。	・具体的な防災マニュアルの整備。 ・防災訓練の実施を年2回から年3回へ。 ・災害時研修の実施。	12ヶ月
2	33	・終末期ケアを体験したことのない職員が多く、実際、終末期ケアを行う際、不安点が残る。	・終末期ケアについて新人職員でも不安なくできる。 ・緊急時、適切な対応・処置がとれる。	・法人としての終末期ケアに対する考えを研修を通じて職員に周知する。 ・新人教育の際、緊急時対応方法を教育する。	6ヶ月
3	40	・食事の盛り付けや配膳は手伝っていただいているが、食材選びから行い、調理まではまだ行っていない。	・調理を通じてご利用者さんの生きがいを見つけたい。	・毎日は難しいが、月に一回などイベントそして、調理を取り組んでいきたい。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月