

### 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	0872005004		
法人名	社会福祉法人 愛信会		
事業所名	グループホーム いちようの木		
所在地	つくば市上岩崎835-6		
自己評価作成日	平成26年12月9日	評価結果市町村受理日	平成27年4月20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	<a href="http://www.kaiigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872005004-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaiigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872005004-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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東4637-2		
訪問調査日	平成27年1月23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)】**

唯一つ、どこにでもある小さな幸せを大切に暮らしていけるように心がけております。四季の移ろいを感じ、季節の美味しいものを食べ、思い思いに生活を送る。その中でお互いを思いやり、励ましあい、尊重し、協力して楽しい生活ができれば良いと考えてお手伝いさせていただきます。

**【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)】**

平成18年設立の当ホームは勤務年数の長い職員が多く、認知症ケアについての高い専門性を有しており『認知症よろず相談所』として地域の認知症ケアの拠点となっている。利用者の多くは高度成長期に都会から移り住んだ方々であり、地元住民との個別の交流は多くないが、地区長や民政委員などの協力を得ながら敬老会・夏祭り・文化祭など地域のイベントに積極的に参加したり、ホームの『いちようの木まつり』に地元の方々の参加を呼びかけたりと地域との交流を積極的に進めている。職員は利用者一人ひとりをよく知ることを目指し、独自のアセスメント用紙を用いて利用者の生活全般にわたる丁寧な観察を行い、介護計画に反映させ、その人らしさを失わない生活ができるよう支援している。利用者は職員や訪れる家族・友人等に見守られながら、日々の散歩や地域行事への参加、ホームのマイクロバスで花見・冬のイルミネーション観賞等の外出を楽しみ、趣味や出来る事を続けながら穏やかな雰囲気の中で誇りある暮らしをしている。

**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ます (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、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、安心して暮らさせている (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
<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	開設当初より管理者、職員で作り上げた理念に沿って日々実践に取り組んでいる。理念の改善が必要であれば見直しを行うが、今のところ現行のままで良いと考えている。	事業所開設時に全職員で検討し、5つの項目からなるホーム独自の理念を作り上げている。理念の文言を唱和する事はないが、新任研修時や先輩職員が、折に触れ理念の精神にそった指導をする事で全職員は理念の目指すところを共有して日々のケア実践に活かしている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	地域の方々とは地区長、民生委員、ご近所、ボランティア、などと交流を行い、地域のお祭りや行事などに参加している。	利用者の多くは高度成長期に都会から移り住んだ方々であり地元と馴染みの薄い傾向にあったが、地区長・民生委員・ボランティアの方々の協力を得ながら地域の祭りや事業所の行事、日々の楽しみ事など、多くの機会に地域の方々ともふれあい地域に溶け込んだ暮らしをしている。	
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	認知症への専門性を活かし運営推進会議などを通じて自治会などに働きかけている。		
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	運営推進会議の場では外部評価や情報の公表の結果を報告し、ご意見をいただいている。	3ヶ月に1回開催する運営推進会議は地区長・民政委員など地域の方々も参加しており、「いずれお世話になるところ」といった思いでホームの運営に理解を示し協力的な意見・提案を出してくれている。ホームからは丁寧に日頃の活動状況を報告しながら運営委員の意見や要望などを積極的に取り入れ利用者へのサービス向上に活かしている。	
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	運営推進会議やつくば市地域密着型サービス連絡会を通し、緊密な関係を築いている。	運営推進会議をとおして利用者の日々の暮らしぶりを積極的に伝えており、良い協力関係が出来ている。ホームは『認知症よろず相談所』として地域の方々の相談にあたり、同法人の特別養護老人ホームと協力しながら『認知症サポーター養成講座』を開催する等、市と協力しながら地域の認知症ケアの拠点として活躍している。	
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	身体拘束については事業所内にポスターを掲示したり、該当行為かどうかを随時確認ができるようにしている。	全職員は身体拘束についての正しい知識を共有し、日々拘束のないケアを実践している。玄関は常に施錠せず、利用者が何時でも自由に出入りが出来るようになっているが、職員は利用者一人ひとりの行動パターンを把握しており、事故防止に向けた注意深い見守りの中で閉塞感のない自由な生活をしている。	
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逃ごされることがないよう注意を払い、防止に努めている	茨城県長寿福祉課研修会、集団指導などの際に最新の動向を把握し、事業所内での注意喚起や発生の防止に努めている。		

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、成年後見人制度利用者1名、制度活用に取り組んでいる。		
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	利用者及びご家族への説明を口頭、文書にて行っている。		
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	ご家族と職員、管理者は密接な関係を築いており意見や要望を伝えやすい環境整備を心がけている。また、苦情、要望解決のため第三者委員等の体制設置も行っている。	第三者委員の明示をしたり、アンケートを実施したりして利用者や家族からの運営に対する意見や要望を聞く取り組みをしている。また、家族の面会時や『いちょうの木祭り』などのホーム行事への参加時に利用者の近況を知らせながらリラックスした状況の中で意見や要望を聞くようにしている。意見や要望などが出された場合には第三者委員も交えて解決に向けた検討をする仕組みを作っている。	
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	職員の意見や提案をほぼ全体の業務に取り入れた運営を行うために随時意見を聞き、アンケート等も行い、運営改善を行っている。	法人全体に職員が意見や提案を出し易い雰囲気があり、運営について変更がある場合にはアンケートを実施して全職員にアイデアや意見を求める仕組みがある。全職員が参加する会議をなくしたり、残業をなくすなど職員の負担軽減を図る取り組みも行われている。また勤務表作成にあたっては希望休5日を採用する等、職員の働き易い職場作りなども進められている。	
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	定期的な自己評価の提出や面接の機会を設けており要望や労働条件の提示を行っている。		
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	外部研修会への参加促進や法人内研修の実施など行っている。		
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	つくば市地域密着型サービス連絡会を中心に定例会の開催や勉強会、懇親会など行っている。		

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
<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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係作りを開始している。		
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	事前の情報収集や場合によっては導入事前訪問など入居の前から関係作りを開始している。		
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	利用契約に関しては他のサービス利用が妥当と思われる場合にはそのサービスを利用できるように支援している。		
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	生活作業、掃除などを中心に出来る事への参加をしていただき役割を持った生活をしていただくようにしている。食事は職員も一緒に食べて関係性を深めている。		
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	あくまでも在宅であるというスタンスを踏まえながら施設介護のメリットも加味した総合的な援助をご家族と一緒に出来るように連携している。		
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	これまでの関係は、大事にして来客の対応や外出の援助を行っている。	何時でも外部の人が気軽に立ち寄れる雰囲気づくりを進めており、常に友人・知人・家族等がホームを訪れている。家族の協力も得ながら馴染みの映画館に出かけたり、食事に出かけるなど、自宅に居た時と同じような楽しみが得られるよう支援をしている。また家族の冠婚葬祭などへの参加も家族の了解を得ながら出かけられるよう支援している。	
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	ユニットのメンバーは大きなひとつの家族と捉え、個々の役割などで助け合って生活できるように務めている。		

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
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	退去後の相談や退去後の支援についてご家族と協議を行っている。		
<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	生活していく上で本人のペース、趣向、嗜好、特性などを把握して個別な対応を実践している。	利用者一人ひとりの日々の行動を丁寧に観察し、それぞれをよく知ることを目指した支援をしており、観察した様子は申し送りノートやミーティングなどで口頭で伝え合い全職員が共有している。ホームでの役割などは本人の意向を重視しており、機能低下によって役割の遂行が困難になった場合でも、包丁を使う立ち仕事ができなくても座ってできる作業をしてもらうなど、本人の意向を大切にして出来る事を全職員で検討している。	
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	家族には生活暦や仕事暦、履歴などを教えていただき、以前のサービス利用はできるだけケアマネや利用事業所、主治医などと連携して多くの情報を集められるように務めている。		
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	日々変化する心身状況やできることできないことの把握に努め、生活を重視した過ごし方の支援を行っている。		
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	ご家族には面会時などに十分に生活や心身についての状況をお伝えし、ケアの方針についてもお伝えし、ご意見をいただいている。即時性が求められる場合には電話等で連絡し、対応している。	利用者の日常をよく知っている職員が数日かけて生活面・身体面の両方が記入できるホーム独自のアセスメント様式を用いて暮らし全般についてのアセスメントを行い、これを基に計画作成担当者が本人・家族・職員と話し合いながらホームでの役割や趣味の縫い物・編み物・散歩などを取り入れた暮らしに反映できる丁寧な介護計画を作成している。家族や職員の話聞きながらモニタリングを実施して利用者の状態に合わせた随時の見直しや定期的な見直しを行っている。	
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	生活記録、介護記録、看護記録などの個別ファイルと健康管理シート、介護日誌、申し送りノートなど情報共有できるように工夫し実践している。		
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	何でも請け負い、何でも代行するのではなく、事業所として全体のバランスを大事に柔軟に対応できるように務めている。		

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
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	本人の今までの生活を重視し、社会資源、地域資源とも有効に連携した暮らしが送れるように支援している。		
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	各人の主治医はそれぞれで選択していただき、今までかかっていた主治医を変更していただく必要は無いと説明している。かかりつけ医ともできるだけ連携を取ることができるように務めている。	かかりつけ医への受診は本人・家族の希望にそって出来るよう支援している。協力医療機関による往診も定期的であり、利用者は体調の変化に応じて何時でも適切な医療を受けられるようになっている。かかりつけ医、協力医療機関への受診結果は申し送りノートに記入し、それぞれのケース記録に記し、全職員が情報を共有できるようにしている。	
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	事業所内には看護職はいないが協力医療機関等の看護師や法人内の看護職員と連携を取っている。		
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。	周辺の入院設備のある大きな病院とは常に関係性を維持している。入院した場合にも病院のソーシャルワーカーなどと情報のやり取りを行っている。		
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	入所時に重度化した場合の指針及び看取りに関する要望をお聞きし、その中で介護事業でできることと越権、逸脱行為はできないという説明を行っている。重度化した場合には主治医、病院関係者、特養などと相談して対応するようにしている。	利用者の重度化や終末期のケアは『重度化した場合における対応に係る指針』に基づいて行われており、看取りを希望される場合はホームで出来るケアについて十分説明し、主治医を中心としてホーム・家族と協議し、主治医の指示に従い対応する事としている。職員は重度化・終末期ケアについては研修を実施してケア技術の向上を図っている。	
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	救急救命講習3級を全職員受け随時更新研修を行っている。		
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	この場所は水害の恐れは無い。火災、地震等の避難訓練を行っている。運営推進会議を通じて地区のかたがた、市役所との話し合いもしている。	消防署立会いでの避難訓練・消火訓練など年4回の訓練を実施して利用者の安全を図っている。夜間想定・地震想定等の訓練も今年度は予定している。災害対策としては食料品・飲料水の備蓄、近所の井戸水の確保、発電機の設置など日常生活に困窮をきたさない準備をしている。	

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
<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	認知症や老人性うつなど心身の状況に合わせ、一人ひとりに合った声掛けや対応をおこなっている。	利用者一人ひとりを尊重する取り組みとして、一人ひとりをよく知り、その人に合わせた関わりが出来るよう常に職員間で話し合いをしている。利用者の言動に対しては否定・拒否をしないことを常に心がけ、利用者のもつ雰囲気等も大切に丁寧な関わりをしている。役割や趣味を持ち、誇りある生活ができるよう一人ひとりの機能に応じた支援が行われている。	
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	声掛けに自己決定の要素を盛り込むように務めている。		
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	本人とその周りの人などとの調和を大事にして支援している。		
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	季節に合った服装、白髪染め、整髪、など希望に添えるようにしている。訪問理容も導入している。		
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	食事準備や後片付けはもちろん一緒におこなうが、好きな物嫌いなものを把握して栄養が偏らないように工夫している。	職員も一緒にテーブルを囲み、和やかな雰囲気の中でそれぞれが食事を楽しんでいた。湯のみ・箸など個人用の食器を使い家庭的な雰囲気の食卓であり、ミキサー食や油抜きメニュー等それぞれに合わせた細やかな配慮があった。食事介助もゆっくりと丁寧に行われており、食事の後にはエプロンを着け台所に立つ利用者も見られた。また利用者が楽しみにするおやつ作りや行事食なども随時行っている。	
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	健康管理シートの活用で前の状況がすぐに分かるようになっている。その中で不足している場合などは工夫をして対応を検討し、実行している。		
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	できる方は自分で。できないかたは支援を行いケアしている。		

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
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	自立支援はもちろんだが、排泄のパターンを把握して対応している。失敗を無理に改善するのではなく、失敗した時にどれだけ精神的ダメージを受けないようにしていけるかが大事と考え対応している。	布パンツでパットなしを維持する事を目指した支援をしており、一人ひとり排せつパターンを把握した上で生活リズムに合わせた声かけで殆どの利用者が失敗なくトイレで排せつできている。夜も声かけをしてトイレで排せつできるように支援をしている。入院による機能低下の場合には状況に合わせてオムツを使用することもあり、無理のない支援をしながら改善に向けた取り組みをしている。	
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	主治医との連携、食事献立の工夫。運動などの働きかけ、水分摂取の励行など行っている。		
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	入浴はユニットごとに隔日で行っている。個々の希望と体調に沿って入浴していただいている。	浴槽は広く二人でもゆっくり入れるようになっており、二人で入りたい人、一人で入りたい人、一番風呂に入りたい人、最後がいい人等それぞれが思い思いに気持ちよく入浴できるよう柔軟な対応をしている。各ユニットは隔日に入浴できるようにしているが、どちらかのユニットで常に入浴できるようになっていることから、利用者の希望によっては毎日でも入浴できるようにしている。足拭きマットやバスタオルなどは個人用にしており、常に清潔なものが使え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	眠れない夜の次の日はゆっくりと過ごしていただいたり。適度な運動やレクリエーションを行うなど、好きなように過ごせるように支援している。		
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	服薬一覧表と変更時の申し送りなどにより情報を共有している。服薬に関しても誤服薬防止の工夫をしている。		
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	日頃の遊びや脳トレ、塗り絵、ボランティアなどのレクリエーション。バスなどでのドライブなどを行って参加したい方が選択できるようにしている。役割は生活の中で確立している。		
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	外出は希望している方がいる場合にはご家族と協力してできるだけ要望に応えられるようにしている。	現在はホーム前に小規模特養を建設中のため利用者が一人で外に出ることは危険であるが、玄関は常に施錠せず、自由に戸外に出られるようになっており、散歩・外気浴は日常的に行われている。家族の協力を得ながら映画館や冠婚葬祭など個別の外出も行われている。また29人が乗れるマイクロバスで普段はなかなか行けない冬のイルミネーション観賞など少し遠出の外出も月1回行われている。	

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
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	本人の状況によりお金があると安心する方、逆に不安になる方などの特性を見て対応している。お預かりしている方もおられます。		
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	自己判断が難しい方に関しましては事前にご家族などと協議し、対応を決めております。基本的には支援できるようにしています。		
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	利用しやすく誤認が減らせるような工夫をしている。また、季節に合わせた創作物や装飾を行っている。	各ユニットの造りは同じであるが、それぞれの廊下に置かれたソファや飾られている写真や創作物にはユニット毎に趣向をこらしてあり、利用者と職員が協力し合ってそれぞれに居心地の良い空間作りをしている様子がうかがわれた。各ユニットとも食事作りをしている台所が見える居間は生活感のある家庭的な雰囲気が常にあり安心して過ごせる場所となっている。冬の強風対策として隙間風が入らないような工夫など職員の温かな気配りも見られた。	
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	廊下や居間など所々に椅子などを配置して居室以外に過ごせる場所を作っている。		
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	ご家族には本人が慣れ親しんだ物や使い慣れた物を持込んでいただけるようお願いしている。	各居室には洗面台があり、日常使うものが身近に置けるようになっている。それぞれの部屋は持参したベットやタンスを置き、家族の写真に囲まれていたり、好きな本や好みの絵を飾ったりしてその人らしい居室作りをしている。中には頻りに訪れる家族の為に椅子が置かれて、家族との関係を大切にしている様子などもうかがわれた。	
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	自分で判断して行動できる方だけではなく、難しい方へ適切な支援となるように支援方法を常に工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名:グループホーム いちようの木

## 目標達成計画

作成日:平成27年4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	31	事業所内に看護職がない為、利用者の体調の変化への対応が十分ではない。	昼夜問わず利用者の体調の変化に対して、適切かつ迅速な対応がとれるようにする。	併設の地域密着型特別養護老人ホームの看護職と密に連携をとり、協力体制を整える。	12ヶ月
2	35(13)	夜間及び地震を想定した訓練を行っていない為、防災対策が不十分ある。	夜間及び地震を想定した訓練を実施し職員の防災意識の向上を高める。	併設施設及び地域との連携を含めた夜間・地震を想定した避難訓練のマニュアル作成と実施を行う。	12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、行を挿入して下さい。