

### 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 いちょうの木		
所在地	つくば市上岩崎835-6		
自己評価作成日	平成25年1月31日	評価結果市町村受理日	平成25年3月29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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0872005004-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2011_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束4637-2
訪問調査日	平成25年3月13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)】**

特に力を入れたり、大きなアピールをするような大げさな介護は目指しておりませんが、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いております。

**【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)】**

利用者が当たり前の、今までどりの生活できるよう、個人個人にあったケアの提供に努めている。管理者・職員共に理念を共有し、日々のケアの中で確認を行いながら、利用者の意向に添った支援を心がけている事業所である。管理者も現場に入り、職員の意見・アイデアを聞き、更なるケアの質の向上に努めていることが、職員からの聞き取りで確認出来た。2地域の区長・民生委員と連携を図りながら、地域密着型サービスの提供に熱心に取り組んでいる。

**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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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	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が良いと考えている。	開設時に管理者・職員と地域密着型サービスの意義を踏まえた5つの理念を作成し、常に目に入る玄関と事務所に掲示し、全職員で共有して、日々ケアの実践に努めている。	
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	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。	地区境界に立地しているので夫々の地区のイベントに参加している。(敬老会・夏祭り・文化祭等)定期的なボランティア(歌・習字・お琴・ウクレレ・絵手紙・フラダンス等)を受け入れ、発表の場として提供し、利用者も楽しんでいる。11月にはいちょうの木祭を関連施設と合同で開催し、家族と利用者は楽しい一時を過ごしている。今後は自治会向けの認知症の勉強会を考慮中。地域から福祉に関する相談があり、関係機関へつなげている。	
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	認知症への専門性を活かし認知症キャラバンメイトを配置して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ヶ月ごとに2地区の区長・民生委員・行政・事業所関係者の構成メンバーで開催し、事業予定・報告・利用者状況・外部評価結果等を報告したり、感染症や認知症についての説明を行っている。席上出た意見をサービス向上に活かしている。議事録にまとめ職員に報告し共有している。家族には必要事項を知らせている。	
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	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・地域密着型連絡協議会に参加し情報交換・連携を行っている。担当行政・地域包括センター主催の勉強会に参加。中学生の体験学習の場として提供している。こども110番の家、小学生の見守り隊として貢献している。下校時にトイレを借りに来たり、お水を頂戴と来る小学生がいる。	

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
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。	ホーム独自のマニュアルを作成し、ポスターを掲示して、拘束となる行為やそれに伴う弊害を周知し、拘束を行わずに安全面を配慮したケアに取り組んでいる。同意書は用意しているが過去に使用した事はない。スピーチロックに関しては職員同士で注意をしている。車椅子の点検は安全点検ノートにて確認が取れた。	
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には注意を払っている	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。		
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、利用申し立て中1名と、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。	支払いはホームに持参してもらい、その時に、意見・要望等を聞くようにしている。第三者委員を明示したり、アンケートを実施し、意見の言い出しにくい家族・利用者に配慮している。アンケート結果は家族に報告している。外出・ドライブ等の要望については沿うように努めている。業務改善に関する要望は無い。開設時から離職者はほとんど無く、職員異動は広報誌(年4回)に掲載している。	

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
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。	管理者も現場に入り、職員と意見交換に努めている。提案内容として、夜勤体制や個人の意見やケアの充実化をはかること、共有する体制や起き上がりが不自由な利用者に配慮した突っ張り棒や伝い歩き用テーブル設置要請、細かい引き継ぎ内容を職員間で同一見解を持って支援をする等があげられ話し合った。職員の様子からストレスや不満を察知し、管理者は声をかけ解消に努めている。ボーリング大会・歓送迎会・忘年会で親睦を深めている。毎月の会議やアンケート、年2回の法人主体の面談で運営改善に努めている。希望休・勤務体制・研修受講は希望どおりである。管理者・職員間は良好でお互いなんでも言いたいことをいいあっているとの事。	
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。		
<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。		

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
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する。		
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。	家族の了解を得て、手紙や電話で馴染みの人との継続維持に努めている。家族との関係を継続してもらいたいので、家族協力の下で外出し、馴染みの場所や人との関係が途切れないようにしている。馴染みのお店の食べ物を食べたいと要望があるときには提供している。家庭の延長で新聞を購読している利用者がいる。今まで使っていた化粧品を買いに行くときもある。	
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。	アセスメントから利用者の思いや意向を把握し、利用者個人個人の気持ちに添った支援に努めている。自己表現の困難な利用者にはこれまでの意向や活動を鑑み、表情や様子から把握し職員間で話し合い、利用者本位に検討している。一日の流れは利用者を選択してもらっている。	
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	家族には生活歴や仕事歴、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	日々変化する心身状況やできないこと等の把握に努め、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。	適切なアセスメントシートを活用し、利用者には日々の会話の中からの気づきと、家族には面会・電話で意向を聞き課題とケアのあり方について職員の意見を聞き、ケアプランを作成し、作成後は利用者・家族に説明し同意を得ている。プランに沿った支援内容の確認が出来るケース記録となっている。3か月後とのモニタリング・評価を実施し現況に即したプランを作成。	
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。		

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
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。		
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が、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基本的に家族付き添いであるが、緊急時等は職員の付き添いが可能である。協力医院2か所から月2回の往診があり、結果は電話で家族に報告し、記録に残していることが確認された。職員は申し送りノートで共有している。専門医の受診も可能である。	
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	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。入院した場合にも地域医療連携室などと情報のやり取りを行っている。		

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
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。	入居時に重度化した場合の指針を説明し、事業所で出来る対応を説明し同意書を取り交わしている。看取りは行っていないので、在宅の方が踏むステップで主治医に相談し、主治医・病院関係者・特養・ホーム・家族と協議し職員全員で共有し対応している。法人で開催される看取りの勉強会には参加している。	
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行っている。スプリンクラー設置済み。	年4回(消防署指導・自主訓練)を実施し、火災・天災時の避難できる方法を職員は身につけている(緊急通報システム・連絡網・消火器使用方法・避難経路確認・利用者の行動把握等)。緊急持ち出し用品・備蓄品は整備している。次回、夜間想定での訓練を実施予定。地域住民との協力体制は運営推進会議で依頼はしているが、合同訓練は実施されていない。関連施設との協力体制は構築している。広域避難場所は家族に周知している。コンセントの点検を実施されていることが確認された。	
<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	一人ひとりに合った声掛けや対応をおこなっている。	利用者の人格を尊重した丁寧な声掛け・対応が調査時に確認された。書類関係は鍵のかかる書庫に保管、面会簿は個人用を使用するなど個人情報保護に努めている。写真掲載も同意を得ている。	
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、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。		

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
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。	メニューは管理栄養士が作成したのをアレンジし提供している。食材は注文し配達してもらい、下準備・配膳・下膳を職員と一緒にいき、利用者の励みとなるように努めている。利用者の状態に応じた食事形態で提供し、反対にアレルギー・嫌いな食材は差し控えている。職員は利用者を見守りながらの食事風景であり、調査日はやや緊張されていたようだが、普段は会話を楽しみながらの食事風景だという。誕生会は主人公の希望を聞き外食・出前で支援をしたり、行事食やおやつ作り(ホットケーキ・たこ焼き等)は利用者が張り切っているという。	
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一週くらい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。		
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。	利用者の排泄パターン・表情・様子から前誘導しトイレでの排泄や排泄に向けた支援を行っている。失敗をしたときは、他の利用者に分からないよう、プライバシーを損なわない配慮を行っている。パット使用者が布パンツに改善された例もある。	

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
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	入浴は毎日行っている。個々の希望と体調に沿って入浴していただいている。	利用者の体調・希望にあわせた入浴支援を行っている。入浴時はゆっくりした気分になり、話が弾み、気づきが多々出てくる貴重な一時である。季節に応じてゆず湯・菖蒲湯を提供。感染予防として足拭きマットは個人用を使用している。	
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。	季節に応じた外出支援(花見等)を行っている。利用者の希望が出た場合は家族の協力を得て希望がかなえられるようにしている。車椅子・シルバーカー・伝い歩きの方も外出できるよう支援に努めている。お天気のよい日は外気を浴び、五感の刺激に努めている。	

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
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。	共有空間は広々としており、時間がゆっくり流れるような雰囲気である。椅子やソファがリビングや廊下に置かれ、利用者がのんびりすごせる生活空間となっている。見当識を意識した装飾品(時計・カレンダー)があり、季節感を感じる手作り品やイベントの写真が飾ってあり、家族との会話が広がる工夫があった。	
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。	家族に使い慣れた品々が利用者の安心になることを話し、慣れ親しんだ椅子・テーブル・テレビ・ミシン等を安全面に配慮して設置している。小物(家族の写真・習字・折り紙・ぬいぐるみ・目覚まし時計等)は利用者がふと目をやる場所に配置し、居心地よく過ごせる居室となっている。	
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	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 いちょうの木

## 目標達成計画

作成日: 平成 25年 3月 29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	13	防災対策としての物資準備や地域との協力体制の構築が必要と考える。	物資の充実と協力体制の構築。	3日間を目安にした物資の購入。運営推進会議を活用した地域への協力依頼。	12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、行を挿入して下さい。