

(別紙4) 平成 26 年度

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	3190300065		
法人名	社会福祉法人 中部福祉会		
事業所名	倉吉グループホームあずま園 打吹の家		
所在地	鳥取県倉吉市東巖城町472		
自己評価作成日	平成26年11月18日	評価結果市町村受理日	平成27年3月12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	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取県鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成26年12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)】

東に隣接して国が管理する天神川河川敷、居ながらにして周囲の山々や川面を楽しめる自然環境豊かな立地です。敷地は広く、園内のふれあい広場やウッドデッキでバーベキューなどの行事を積極的に取り入れています。又園内には農園が整備され、利用者の皆さんと野菜作りを楽しんでいます。食材には特にこだわり、旬の野菜のほとんどが契約農場から供給され、年中青菜が確保されています。味噌は手作り、米は地元コシヒカリ米を使用しており、毎月園で企画するおもてなしの「季節御膳」の取組みは入居者及び共同生活する職員の楽しみの一つになっています。また地元公民館との交流も盛んで、共同企画した春の防災まつりには町内7割の戸数が集合され、イベントを楽しむことができました。協力医の訪問が定期的であり、利用者の状態急変に素早く対応することができ、利用者及び家族の強い味方になっています。

【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)】

今年新たに家族会「あずま園いきいき倶楽部」を立ち上げ、地域交流会やホームの行事などを検討するなど、事業所と利用者、家族が一体となった取組がおこなわれています。併設するデイサービスと開催した納涼祭の時などは家族が親子連れで参加するなど、当初の予定を大きく上回る参加もあり世代間の交流にもなっています。

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 3. 利用者の1/3くらい 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
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	月に1度の職員会議で、あらためて理念を振り返る機会を設け、理念を全員で唱和し、個々の意識を高め、職員間で共有している。	理念を事業所内に掲示するとともに、毎月の職員会議で理念を唱和し、職員間で共有しておられます。また事業所開設後、1年の経過を踏まえ、再度理念の振り返りを全職員で行っておられます。	
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	地元自治公民館に加入し、公民館行事やホーム行事の際には、共同企画の提案や、参加し合える関係づくりに努めている。	自治会に加入し、ホームとの共同企画で防災まつりを実施したり、文化祭や地区運動会などにも参加しておられます。地元の小・中学校との相互交流では、利用者と稲刈りをしたり、ホームに招いて食事会などを実施しておられます。また、市や各福祉関係機関等が集まって企画・運営する「小学校における認知症理解のための絵本教室」に事業所として携わっておられます。	
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	地元小学校において、家族と子供たちの認知症の理解のための絵本教室に準備打ち合わせの時から参加し、認知症について正しく理解し、誰もが安心して暮らせるまちづくりの推進に努めている。		
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か月に1回開催し、事業所の取り組みやサービスの状況などを報告し、会議の中で出た意見やアドバイスを元に、サービスの質の向上に努めている。	運営推進会議は、利用者、家族、公民館長、民生児童委員、市職員、包括支援センター職員が参加し、2か月に1回開催しておられます。外部評価の結果を報告し、運営改善に向けた協議が行われ、サービスの向上に活かしておられます。会議で出た意見は、ユニット会議等でも検討を行い、職員間で共有を図っておられます。	
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	運営推進会議での意見を職員会議で検討したり、倉吉市相談員派遣事業に参加し、実情の伝達やサービスの向上を目指している。	市相談員派遣事業により、市職員が毎月定期的に訪問し、職員の相談にのったり、利用者との面談を行っておられます。そこで気づかれた点などを管理者へ伝えて意見交換が行われ、サービスの改善につながっておられます。	
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「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	職員研修をととして、身体拘束の正しい知識を理解し、実践学習をし、ユニット会議で検討して改善に向けている。	外部の認知症研修会への参加や職員会議などで、研修の機会をもっておられます。家族の希望によりこれまでベッド柵をしている利用者がありました。運営推進会議などで議論し、日中は、職員の見守りにより対応することになっています。夜間のみベッド柵をしておられます。	夜間に十分睡眠がとれるような日中活動の工夫など、ベッド柵に頼らない取り組みに期待します。
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	職員研修をととして、虐待の正しい知識を理解し、虐待の前段階として存在するであろう不適切なケアを行わないようにし、また、不適切なケアを生み出したり放置したりするような背景があればそれを改善します。		

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
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	成年後見制度を利用している入居者がいるため、実践で学ぶ機会となっている。また既に成年後見ネットワーク倉吉に加入し、問題事例に素早く対応できる支援体制を整えている。		
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	契約までの見学時と契約等の面談時に十分な説明を行い、理解と同意を得てから契約を結んでいただけるよう心掛けている。		
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	運営推進会議に参加される利用者や家族は固定せず、多くの方のご意見を聞き、それらを運営に生かすようにしている。今後家族会を開催し、気軽に意見交換できる環境を整える予定。	面会時や日頃の会話などから、家族、利用者からの意見、要望を聞いておられます。家族とは利用者一人一人の連絡ノートをつくり、意見を聞いておられます。また、園の行事毎にアンケートを実施し、家族の意見を聞いたたり、今年新たに家族会を立ち上げ、ホームの行事などを検討するなど、利用者や家族の意見を運営に反映しておられます。	
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、代表者が参加する職員会議を開催し、意見や要望を直接聞いている。職員会議ではリーダーが主催するユニット会議での介護実務の協議や検討された事項が報告され、より職員の意見や提案がしやすい環境ができています。	毎月の職員会議の中で、意見を聞く機会をもっておられます。現在、毎月実施されている季節御膳の日は、利用者の声をもとに職員からの提案で実施することになりました。	
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	代表者と管理者は年に2回、職員による自己評価及び管理者評価を実施し、個人の実績や要望の把握に努めるよう予定している。資格手当を設けるなどして、各自が向上心を持って働けるようにしている。		
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	毎月の全体会議で内部研修を実施している。外部研修ではレベルに応じた職員を計画的に受講させるようにし、受講後は研修報告を行いケアレベルの向上を目指している。		
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	地域密着型サービス連絡協議会主催のレベルアップ交換研修に参加しています。ネットワーク会議への参加を通じて同業者との関係作りや、サービスの質の向上を図るよう努めている。		

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
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	事前に本人に面談して、生活状態や本人の思い、不安をできる限り聞き取るようにしている。入居時には本人が安心して対話ができるような環境と関係づくりに努めている。		
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	家族の立場に立って困っていること、不安等を十分に聞き取り、問題になっていることや要望を明確にしたうえで信頼関係を構築するよう努めている。		
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	相談を受けた時、本人と家族が必要としている支援を見極め、自施設での対応が困難な場合が発生したときには、本人、家族の理解を得たうえで、他のサービスの利用ができるように努めている。		
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	利用者の状況に応じ、一緒に日常生活における作業を行ったり、楽しみを共有することで共に暮らす馴染みの関係を築いている。		
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	家族来園時は本人と過ごす時間を大切にしている。家族への近況報告や相談はもちろん、変化のあった時にはすぐに連絡し、家族の一員としてともに本人を支えていけるように努力している。		
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	家族の協力を得て外出や外泊ができたり、来所の回数を多くしていただくようお願いしている。また、親戚や友人が気楽にホームを訪ねていただけるような雰囲気づくりを心掛けている。	利用者の生活歴等の情報を本人や家族から聞き取り、フェースシートに記録しておられます。利用者個々に月1回「ふるさと訪問」の日をもうけ、実家など、なじみの場所への外出支援をしておられます。また、事業所の働きかけで、家族、親戚をはじめ、友人や近所の方など毎月50名を超える面会者があります。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	それぞれの相性や気分の具合を把握するよう努め、トラブルになりそうな時は、職員がフォローするようにし、利用者同士コミュニケーションがうまく取れるよう、良い関係づくりを支援している。		

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
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	長期治療が必要となり退所された後も、ご家族からの相談などに対応している。在宅復帰についての相談にも対応している。		
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	日々のかかわりの中で声をかけ、言葉や表情やサイン(動き、しぐさ)などからご本人の思いをくみ取り、確認している。困難な場合には家族からの情報を得るようにしている。	日々の会話や関わり中で、利用者の思いや希望を把握しておられます。把握した希望や気づき等を支援記録に記載し、職員間で情報共有するとともに、サービスに反映しておられます。また、家族との面会時に情報を得たり、本人の思いを伝えたりして話し合いが行われています。	
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	入居前のアセスメントで生活歴等伺うが、入居後も本人との関わりの中や家族、知人から得た情報を記録に残し、職員全員で共有している。		
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	利用者一人一人の生活リズムを理解し、日々の行動や言葉、表情から現状の状態把握に努め、申し送りすることで情報を共有している。		
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	介護計画の見直しは原則として6か月に一度行う。毎月の会議で話し合う利用者の状態変化や要望、本人及び家族の意向とモニタリングを反映した介護計画にしている。	利用者、家族から希望、意向を聞きとり、ユニットリーダー、担当介護員、看護師、ケアマネなどで協議し、介護計画を作成しておられます。さらに介護計画をもとに、ユニット会議で話し合いがもたれ、より具体的な生活援助計画を作成しておられます。また、モニタリングを通じて生活援助計画の見直しを協議し、介護計画に反映しておられます。	
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	利用者の個別記録に、支援の実践結果や生活状況及び本人の言葉や行動を記録し、常に職員間で情報を共有し、実践の見直しや、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	利用者や家族の要望、希望に応じ、専門医への通院介助や入院中の支援、外泊、買い物など行っている。他事業との行事などに参加したり受け入れたりしている。		

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
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	地元小学校との学習会や交流会を行い、地域のホールで行われる音楽会にも参加している。地元公民館主催の文化展にも出展することができた。		
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し、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	本人のかかりつけ医との受診継続や、家族の受診介助ができないときの通院介助を行っている。協力医には定期的に訪問をしていただき、容態変化の相談や対応など連携を密にした支援を行っている。	利用者・家族の希望により半数は、これまでのかかりつけ医の受診、半数は協力医に受診しておられます。受診は、家族の付添いを基本としますが、家族が対応できない時は、職員による受診支援を行っておられます。受診結果は、受診ノートに記録し、職員間で共有するとともに、家族へ受診結果を報告しておられます。	
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	介護職が日々の健康や体調を記録し、看護師とケアマネに相談を行い、看護師は協力医の来園時に状況を報告します。協力医が診断した結果は看護師が取りまとめ、介護職員に伝え日々の介護支援を行います。		
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。	医療連携室と連絡を取り合い、情報提供書の提出や入院によるストレスの軽減及びできるだけ早期に退院できるよう情報交換や相談を行っている。家族とも見舞いでの情報交換や相談をしながら、早期に退院できるように支援している。		
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	重度化されていく中で、終末期のあり方について早い段階から話し合い、施設対応の希望がある場合、本人家族の望む体制を整えるため、かかりつけ医と話し合い、関係者と常に連絡を取りながら、最良な支援につながるようにします。	指針を定め、入所時に本人・家族と話し合いをしておられます。指針は、職員で協議し、協力医の理解を得て作成しておられます。	
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	AEDを備え、救急救命の講習を受け、最新の技術の習得に努めている。緊急時の連絡網と緊急時対応マニュアルを備えている。		
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	災害に備えた避難訓練を自治公民館と共同で実施している。夜間火災を想定した避難訓練の中で、反省点や改善点を見出し、最良の避難方法を確認していきます。協力体制について公民館に相談している。	昨年に引き続き自治公民館と合同で住民参加のもと避難訓練を実施しておられます。夜間火災を想定した避難訓練も実施しておられます。	

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
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	プライバシー確保の徹底のため、職員採用時には守秘義務について遵守の確認を署名してもらっている。職員会議などで、守秘義務の再確認と人権意識を高めるための研修を行っている。また、ユニット会議時に具体的に説明をし、実践している。	日々の生活の中で、さりげない声掛けをして食事の介助や排泄支援などを行っておられます。職員研修や職員会議の中で人権やプライバシー保護について理解を深めておられます。	
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	本人の希望や訴えに常に耳を傾け、自身の訴えの伝達が困難な方にも、選択できるような問いかけを行い、自己決定できるように、日頃からコミュニケーションを図って理解しあえるように努めています。		
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	一人ひとりの日々の生活パターンを把握し、その日の体調を考慮して希望に沿うような環境を整えるよう努めています。		
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	自宅から持参された好きな服を着用していただいています。天候や季節に対応したり、行事を考慮して職員がさりげなく支援します。不足と思われる場合には家族に相談します。		
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	好きなもの、食べたいものを聞きながら、献立作りを行ったり、その人の力に応じ、準備や片付けのことができることをしていただいています。毎月行う旬の食材を使った季節御膳などの取り組みを取り入れ、楽しく食事ができる回数を少しずつ増やしています。	利用者と職員と一緒に準備や食事をしておられます。時には、交流スペースで、家族と一緒に食事をとったり、屋外で食事会をすることもあります。食材は、ホームの菜園で利用者と収穫した野菜を使用したり、近所のスーパーと一緒に買いだしに行くなど、メニューを本人の希望を取り入れながら決めることで、食事を楽しむことのできる支援に努められておられます。	
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	栄養バランスを考え献立を作り、一人ひとりの食事、水分量を把握できるようにしている。その人の状態に合わせて食事の形態やメニューを変更している。		
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	食後の口腔ケアの声かけを行い、本人の力に応じて自分で行ってもらい、できないところは介助している。就寝時は義歯を外し専用容器で消毒している。		

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	支援記録により、排泄パターンを確認し、できるだけトイレで行えるように声かけ誘導を行っている。夜間リハビリパンを使用されている方で、日中は布パンツで過ごして頂いている方もある。	支援記録や排便チェック表により、排泄パターンを把握して、様子を見ながらさいりげない声掛けによってトイレでの排泄が行えるよう支援しておられます。夜間はリハビリパンツを使用の方も、日中は布パンツへの移行もあり、排泄の自立支援に努めておられます。	
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	普段から野菜を多く取り入れた食事を心がけ、外出活動や施設周辺の散歩などで身体を動かす機会を多く作って自然排便に取り組んでいる。		
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	週3回の入浴を基本とし、午後入浴としているが、その人のペースに合わせて、ゆったりと入浴して頂けるよう支援している。当日の状況や拒否により入浴ができなかった場合は、時間をずらしたり、日を変えながら、心地よく入浴して頂いている。	利用者の希望をもとに週3回を基本として入浴支援をしておられます。入浴を拒む方に対しては、その理由の把握に努めて対応するなど、一人一人にあわせた入浴支援に心がけておられます。今年から、ゆず湯を取り入れるなど、入浴を楽しめる支援をしておられます。	週3回にとらわれることなく、利用者の習慣やその時々希望に合わせて入浴できる取り組みを期待します。
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	利用者の体調の変化に合わせて、自室での休息や臥床を促している。不安や不穏のある時は落ち着かれるまで側にいて、入眠して頂けるよう支援しています。		
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	利用者ごとに処方薬の目的・用法・用量の説明書をファイルに綴じて自由に見れるようにしている。服薬時は本人に手渡し、また介助にて服用して頂いているが、きちんと服薬できているのかの確認を徹底して行っている。		
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	一人ひとりの生活歴を把握して、得意だった手芸や紙細工を他者に教えていただいたり、食事の準備やかたづけ、洗濯物干し、縫い物など役割感や楽しみを感じて頂いている。		
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	散歩、買い物など、自発的な要望や会話の中から推測して、行きたい所、見たい所に出かけられるように支援している。天気の良い日には河川敷を散歩したり、敷地内にある畑に野菜を収穫しにいかれることもある。また、家族と食事に出かける方もある。	家族からの情報や本人の希望を把握して、外出支援に努めておられます。毎日の外出支援「一日に一度は！」を目標にホームの周辺を利用者と一緒に散歩したり、買い物に出かけたりしておられます。近くの河川敷の公園でグラウンドゴルフをしたり、法人の農園に出掛けてサツマイモ植えをしたり、時期によっては、毎週ピクニックに出かけることもあります。また、家族の協力を得て、外食や外泊などの支援をしておられます。	

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
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	自己管理されている方はおられないが、購入したいものがあれば立替金にて購入している。本人と家族のお金の所持や使用についての希望があれば支援する。		
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	電話をかけたいとの希望があれば、施設内の電話を使用して頂く。家族からの電話も取り次いでいる。		
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	居間や通路などの窓を広くとり、必要な所は二重カーテンをしている。季節の慣わしや装飾、季節の花を育てることで、季節感や生活感を感じて頂けるよう支援している。	共用スペースは利用者が安心して生活できるようゆったりとした空間スペースがとられ、落ち着いたような採光、室温調整をしておられます。行事の写真や家族が作成した版画のカレンダーなどを掲示したり、季節感を感じるような装飾品を壁に飾っておられます。	
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	玄関前、通路、ホーム内、外庭など各所にソファーやベンチを設置し、一人でも少人数でもくつろげる小空間を確保している。		
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	居室には使い慣れた馴染みの物や好みの物を持ってきて頂き、落ち着いた空間づくりに努めている。使い慣れたソファーや思い出深い品々を置いておられる方もある。	本人や家族と相談のもと、居室には、使い慣れたソファーや家具、時計や思い出の写真など自宅からなじみのものを持ち寄り、落ち着いた空間となるよう支援しておられます。	
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	一人ひとりのできることやわかることを理解し、安心安全に暮らして頂けるように工夫している。施設はバリアフリーな構造とし、車椅子が交差できる広さを確保している。福祉用具の点検はこまめに行っている。		

(別紙4) 平成 26 年度

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	3190300065		
法人名	社会福祉法人 中部福祉会		
事業所名	倉吉グループホームあずま園 羽衣の家		
所在地	鳥取県倉吉市東巖城町472		
自己評価作成日	平成26年11月18日	評価結果市町村受理日	平成27年3月12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	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会		
所在地	鳥取県鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成26年12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)】

東に隣接して国が管理する天神川河川敷、居ながらにして周囲の山々や川面を楽しめる自然環境豊かな立地です。敷地は広く、園内のふれあい広場やウッドデッキでバーベキューなどの行事を積極的に取り入れています。又園内には農園が整備され、利用者の皆さんと野菜作りを楽しんでいます。食材には特にこだわり、旬の野菜のほとんどが契約農場から供給され、年中青菜が確保されています。味噌は手作り、米は地元コシヒカリ米を使用しており、毎月園で企画するおもてなしの「季節御膳」の取組みは入居者及び共同生活する職員の楽しみの一つになっています。また地元公民館との交流も盛んで、共同企画した春の防災まつりには町内7割の戸数が集合され、イベントを楽しむことができました。協力医の訪問が定期的であり、利用者の状態急変に素早く対応することができ、利用者及び家族の強い味方になっています。

【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)】

今年新たに家族会「あずま園いきいき倶楽部」を立ち上げ、地域交流会やホームの行事などを検討するなど、事業所と利用者、家族が一体となった取組がおこなわれています。併設するデイサービスと開催した納涼祭の時などは家族が親子連れで参加するなど、当初の予定を大きく上回る参加もあり世代間の交流にもなっています。

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 3. 利用者の1/3くらい 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
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	月に1度の職員会議で、あらためて理念を振り返る機会を設け、理念を全員で唱和し、実践しているのかを職員間で共有している。		
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	地元自治公民館に加入し、公民館行事やホーム行事の際には、共同企画の提案や、参加し合える関係づくりに努めている。		
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	地元小学校において、家族と子供たちの認知症の理解のための絵本教室に準備打ち合わせの時から参加し、認知症について正しく理解し、誰もが安心して暮らせるまちづくりの推進に努めている。		
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か月に1回開催し、事業所の取り組みやサービスの状況などを報告し、会議の中で出た意見やアドバイスを元に、サービスの質の向上に努めている。		
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	運営推進会議での意見を職員会議で検討したり、倉吉市相談員派遣事業に参加し、実情の伝達やサービスの向上を目指している。		
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「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	職員研修をとおして、身体拘束の正しい知識を理解し、身体拘束の前段階として存在するであろう不適切なケアを行わないようにし、また不適切なケアを生み出したり放置したりするような背景があればそれを改善します。		
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	職員研修をとおして、虐待の正しい知識を理解し、虐待の前段階として存在するであろう不適切なケアを行わないようにし、また、不適切なケアを生み出したり放置したりするような背景があればそれを改善します。		

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
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	成年後見制度を利用している入居者がいるため、実践で学ぶ機会となっている。また既に成年後見ネットワーク倉吉に加入し、問題事例に素早く対応できる支援体制を整えている。		
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	契約までの見学時と契約等の面談時に十分な説明を行い、理解と同意を得てから契約を結んでいただけるよう心掛けている。		
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	運営推進会議に参加される利用者や家族は固定せず、多くの方のご意見を聞き、それらを運営に生かすようにしている。今後家族会を開催し、気軽に意見交換できる環境を整える予定。		
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、代表者が参加する職員会議を開催し、意見や要望を直接聞いている。職員会議ではリーダーが主催するユニット会議での介護実務の協議や検討された事項が報告され、より職員の意見や提案がしやすい環境ができています。		
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	代表者と管理者は年に2回、職員による自己評価及び管理者評価を実施し、個人の実績や要望の把握に努めるよう予定している。資格手当を設けるなどして、各自が向上心を持って働けるようにしている。		
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	毎月の全体会議で内部研修を実施している。外部研修ではレベルに応じた職員を計画的に受講させるようにし、受講後は研修報告を行いケアレベルの向上を目指している。		
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	地域密着型サービス連絡協議会主催のレベルアップ交換研修に参加しています。ネットワーク会議への参加を通じて同業者との関係作りや、サービスの質の向上を図るよう努めている。		

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
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	事前に本人に面談して、生活状態や本人の思い、不安をできる限り聞き取るようにしている。入居時には本人が安心して対話ができるような環境と関係づくりに努めている。		
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	家族の立場に立って困っていること、不安等を十分に聞き取り、問題になっていることや要望を明確にしたうえで信頼関係を構築するよう努めている。		
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	相談を受けた時、本人と家族が必要としている支援を見極め、自施設での対応が困難な場合が発生したときには、本人、家族の理解を得たうえで、他のサービスの利用ができるように努めている。		
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	本人の気持ちを大切に、その人らしく生活できるように心がけているが、利用者の状況に応じ、一緒に日常生活における作業を行ったり、楽しみを共有することで共に暮らす馴染みの関係を築いている。		
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	家族来園時は本人と過ごす時間を大切にしたいと考えている。家族への近況報告や相談はもちろん、変化のあった時にはすぐに連絡し、家族の一員としてともに本人を支えていけるように努力している。		
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	家族の協力を得て外出や外泊ができたり、来所の回数を多くしていただくようお願いしている。また、親戚や友人が気楽にホームを訪ねていただけるような雰囲気づくりを心掛けている。		
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	それぞれの相性や気分の具合を把握するよう努め、トラブルになりそうな時は、職員がフォローするようし、良い関係づくりを支援している。また、日常の座席の変更をするなど工夫して支援している。		

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
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	長期治療が必要となり退所された後も、ご家族からの電話相談などに対応している。在宅復帰についての相談にも対応している。		
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	日々のかかわりの中で声をかけ、言葉や表情などからご本人の思いをくみ取り、確認している。困難な場合には家族からの情報を得るようにしている。		
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	入居前のアセスメントで生活歴等伺うが、入居後も本人との関わりの中や家族、知人から得た情報を記録に残し、職員全員で共有している。		
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	利用者一人一人の生活リズムを理解し、日々の行動や言葉、表情から現状の状態把握に努め、申し送りすることで情報を共有している。		
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	介護計画の見直しは原則として6か月に一度行う。毎月の会議で話し合う利用者の状態変化や要望、本人及び家族の意向とモニタリングを反映した介護計画にしている。		
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	利用者の個別記録に、支援の実践結果や生活状況及び本人の言葉や行動を記録し、常に職員間で情報を共有し、実践の見直しや、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	利用者や家族の要望、希望に応じ、専門医への通院介助や入院中の支援、外泊、買い物など行っている。他事業との行事などに参加したり受け入れたりしている。		

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
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	地元小学校との学習会や交流会を行い、地域のホールで行われる音楽会にも参加している。地元公民館主催の文化展にも出店することができた。		
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	本人のかかりつけ医との受診継続や、家族の受診介助ができないときの通院介助を行っている。協力医には定期的に訪問をしていただき、容態変化の相談や対応など連携を密にした支援を行っている。		
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	介護職が日々の健康や体調を記録し、看護師とケアマネに相談を行い、看護師は協力医の来園時に状況を報告します。協力医が診断した結果は看護師が取りまとめ、介護職員に伝え日々の介護支援を行います。		
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。	医療連携室と連絡を取り合い、情報提供書の提出や入院によるストレスの軽減及びできるだけ早期に退院できるよう情報交換や相談を行っている。家族とも見舞いでの情報交換や相談をしながら、早期に退院できるように支援している。		
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	重度化されていく中で、終末期のあり方について早い段階から話し合い、施設対応の希望がある場合、本人家族の望む体制を整えるため、かかりつけ医と話し合い、関係者と常に連絡を取りながら、最良な支援につなげるようにします。		
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	AEDを備え、救急救命の講習を受け、最新の技術の習得に努めている。緊急時の連絡網と緊急時対応マニュアルを備えている。		
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	災害に備えた避難訓練を自治公民館と共同で実施している。夜間火災を想定した避難訓練の中で、反省点や改善点を見出し、最良の避難方法を確認していきます。協力体制について公民館に相談している。		

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
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	プライバシー確保の徹底のため、職員採用時には守秘義務について遵守の確認を署名してもらっている。職員会議などで、守秘義務の再確認と人権意識を高めるための研修を行っている。		
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	本人の希望や訴えに常に耳を傾け、自身の訴えの伝達が困難な方にも、選択できるような問いかけを行い、自己決定できるように、日頃からコミュニケーションを図って理解しあえるように努めています。		
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	一人ひとりの日々の生活パターンを把握し、その日の体調を考慮して希望に沿うような環境を整えるよう努めています。		
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	自宅から持参された好きな服を着用していただいています。天候や季節に対応したり、行事を考慮して職員がさりげなく支援します。不足すると思われる場合には家族に相談します。		
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	好きなもの、食べたいものを聞きながら、献立作りを行ったり、その人の力に応じ、準備や片付けのことができることをしていただいています。行事食を取り入れ、楽しく食事ができるよう心掛けている。		
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	栄養バランスを考え献立を作り、一人ひとりの食事、水分量を把握できるようにしている。その人の状態に合わせて食事の形態やメニューを変更している。		
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	食後の口腔ケアの声かけを行い、本人の力に応じて自分で行ってもらい、できないところは介助している。就寝時は義歯を外し専用容器で消毒している。		

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	排泄管理記録により、排泄パターンを確認し、できるだけトイレで行えるように声かけ誘導を行っている。排便に課題がある場合は、看護師と連携を取り、検討して支援を行っている。		
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	普段から野菜を多く取り入れた食事を心がけ、外出活動や施設周辺の散歩などで身体を動かす機会を多く作って自然排便に取り組んでいる。		
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	基本的3回の入浴を基本とし、午後入浴としているが、その人のペースに合わせて、ゆったりと入浴して頂けるよう支援している。当日の状況や拒否により入浴ができなかった場合、時間をずらしたり、日を変えたりして実施している。		
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	利用者の体調の変化に合わせて、自室での休息や臥床を促している。不安や不穏のある時は落ち着かれるまで側にいて、入眠して頂けるよう支援しています。		
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	利用者ごとに処方薬の目的・用法・用量の説明書をファイルに綴じて自由に見れるようにしている。服薬時は本人に手渡し、また介助にて服用して頂いているが、きちんと服薬できているのかの確認を徹底して行っている。		
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	一人一人の生活歴を把握して、継続した生活や趣味活動が行えるような環境整備を行っている。気分によっては職員と居室で対話をしたり買い物や散歩など一対一の支援を行い、気分転換の支援を行っている。		
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	個々の身体状況に配慮し、周辺環境を活かして、天気の良い日は、重度の利用者も散歩に出かけています。		

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
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	少額の現金を保持し、欲しいものがあれば、職員に依頼され、購入している方もある。		
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	電話をかけたいとの希望があれば、施設内の電話を使用して頂いており、家族からの電話も取り次いでいる。家族からたびたび届く便りを楽しみにしている方もある。また、遠方の家族に手紙を書く支援をしている。		
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	居間や通路などの窓を広くとり、必要な所は二重カーテンをしている。室温、湿度の調整、換気を行い、快適に過ごして頂けるよう努めている。季節の慣わしや装飾、毎月行う旬の食材を使った季節御膳などの取り組みで、季節感や生活感を感じて頂けるよう支援している。		
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	玄関前、通路、ホーム内、外庭など各所にソファやベンチを設置し、一人でも少人数でもくつろげる小空間を確保している。		
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	居室には使い慣れた馴染みの物や好みの物を持ってきて頂き、その人らしく、安心して落ち着いて過ごせる居室作りをしている。趣味の編み物や大正琴を持参し居室で楽しんでいる方もある。		
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	一人ひとりのできることやわかることを理解し、安心安全に暮らして頂けるように工夫している。施設はバリアフリーな構造とし、車椅子が交差できる広さを確保している。福祉用具の点検はこまめに行っている。		

目標達成計画

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	・職員を育てる仕組み
1	33 (12)	重度化に伴い、終末期のあり方について、家族と本人の意向を組み入れた適切な支援計画と介護体制が不十分。	早い段階から話し合い、医療と連携し、介護職員の技術の向上を図り、最良な支援体制を整えたい。	・終末期のあり方について、話し合い、支援についてプランに落とし込む。 ・看取りに関する技術や対応の仕方など、積極的に外部研修に参加し、質の向上を図る。	6ヶ月
2	6	家族の希望により、転落防止のための夜間のベッド柵設置の事例がある。安易に設置するのではなく、身体拘束をしないケアの実践ができていない。	代替的な方法を考え、ベッド柵に頼らない介護を実践したい。	・夜間の見守りの頻度を増やしたり、行動パターンを把握することで危険を予知し対応する。 ・家族と積極的に話し合い、身体拘束の弊害を共有する。 ・創意工夫で解除を実践してみる。	6ヶ月
3	27	利用者一人一人の望む生活や課題を明確にできていない。	ケアプランに沿った支援をより充実させ、ケアの質の向上を図りたい。	・定期的なアセスメントをしっかりと行う。 ・ケアプランに沿った支援ができていないかチェックリストで確認する。 ・気づき、ひらめきの情報を共有し、振り返る。	12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。