

(別紙4) 平成 25 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	3190100358		
法人名	とっとり福祉サービス有限会社		
事業所名	グループホーム ゆう		
所在地	鳥取市佐治町古市8-2		
自己評価作成日	平成25年11月20日	評価結果市町村受理日	平成26年4月4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	鳥取市伏野1729番地5		
訪問調査日	平成25年12月20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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・ゆっくり、ゆったりをモットーに、職員もやさしくて家庭的で安心して今まで通りの生活していただけるような支援を心がけています。 ・それぞれの生活リズムにあわせ、散歩や買い物など自宅と同じような生活ができるような支援を目指しています。 ・健康面でも協力医との相談のもと、夜間でも往診をしていただくよう連携をおこなっています。 ・地域との交流もミニデイや保育園児との交流・散歩途中での田畑で作業中の方々との立ち話など少しずつではありますが定着してきています。

【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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・地域の保育園との交流を定期的に行ったり、利用者が地域のミニデイに参加したりするなど、利用者と地域とのつながりを途切れさせないよう支援しておられます。 ・定期的に、歯科衛生士による口腔ケア指導を行っておられます。

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
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	毎月スタッフ会議にて理念の提唱を行い、また、玄関先・事務所及び個々の名札にも理念を貼って職員に理念の理解をはかるように心掛けると共に独自の理念も検討している	玄関等誰もが目につきやすい場所に、法人の運営理念を掲示しておられます。毎月のスタッフ会議で理念を唱和するとともに、研修会で理念について共通理解を図っておられます。事業所独自の理念の策定に取り組んでおられます。	地域密着型の意義や役割を踏まえたグループホームとしての理念を作成することを期待します。
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	地域の方と一緒に納涼祭・収穫祭等を行ったり、地域の公民館等で行事があれば、参加したり保育園などとも交流を図るなどして、地域の一員として日常的に交流している	地域のミニデイや納涼祭へ参加したり、事業所で収穫祭を開催したりするなど、地域の方と利用者との交流を図っておられます。また、地域の保育所とは年3回相互に訪問し、交流しておられます。	
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	地域の婦人会や民生委員の方より「認知症について」とか介護保険やサービスなどについて勉強したいが、何かいい資料はないかという問い合わせがあり、資料を提供し、説明した		
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	利用者皆様の状況や、職員研修、行事等地域との交流など説明・報告をし、ご意見をいただく等話し合いを行い、サービスの質の向上に努めている	2カ月に1回運営推進会議を開催し、区長、民生委員、人権センター所長、地域包括支援センター職員、市役所職員などが参加しておられます。運営推進会議での意見により、地域の方が作られた野菜を事業所が購入し食材とする機会を週2回設けるなど、地域との関係作りにつなげておられます。	利用者や家族を会議のメンバーとして参加することを期待します。また、メンバーが参加しやすい日や時間を設定することを期待します。
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取り組んでいる	数カ月に一度佐治町の地域ケア会議があり、市町村職員や包括支援センターの職員、他のサービス機関との意見交換を行うとともに、日頃より連絡を密にするなど協力体制をなるべく整えるようにしている	利用者の支援や事故の対応等について、包括支援センターを訪問し、相談するなど、日頃から連絡を取り、連携を図っておられます。	
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	夜間帯、早朝の時間帯を除いて玄関等の施錠はせず、またベッドで四本柵の方については家族の了解を得ている。身体拘束についての研修への参加や事業所内での研修も随時行っている	身体拘束をしないケアについて、事業所内で研修会を開催したり、外部の研修に参加したりしておられます。利用者1名が夜間に四本柵を使用しておられますが、記録がなく、家族の了承についても記録がありません。	身体拘束のないケアについて、理解を深め、実践したことを記録に残すことが重要です。
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	研修への参加や事業所内での研修を行うと共に普段からの言葉使い等マナーにも気をつけるなど、日中でも気づいたことは注意をうながしている。		

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
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	利用者の方で成年後見制度・自立支援事業を利用されている方がいらっしゃるため、年に1回以上は、新任・現任職員問わず説明や研修の機会を設けるなどして理解を深め、支援している		
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	契約書・重要事項説明書を元に詳しく説明させていただいており、また不明な点や疑問点などはその都度説明させてもらったり、電話等での問合せにも対応している		
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	気軽に意見等なんでも伝えてもらうことができるよう意見箱を設けている。また意見等は運営推進会議において報告し助言などもらうようにしている。職員には送りノートや朝礼等で伝える	意見箱を設置しています。利用者や家族からの意見や要望について、送りノートで職員に伝達しておられます。	送りノートで把握した意見や要望を整理し、記録としてまとめられることが必要です。利用者や家族から意見を聞く場を設け、出された意見を職員間で共有し、運営に反映されることを期待します。
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	管理者は、日常の中で要望や意見を聞く機会をもうけるよう努めており、また職員一人一人に「気付きノート」を渡し、日頃気づいた事等を記入してもらい、定期的に管理者等が読み対応するなど職員の意見を聞くようにしている	管理者は、「気づきノート」を活用し、職員の意見や要望を聞くように努めておられます。出された意見は、スタッフ会議で意見交換を行うなど、職員全員で共有する場を設けておられます。	職員の意見や提案を運営に反映されることを期待します。
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	週に一度は管理者から報告をうけ現場の把握に努めている。また定期的なスタッフ会議を設けており、各職員の意見や考えを聞く機会(面談・気付きノート等)を設けている		
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	外部の研修には積極的に参加するよう努めており、参加後は内部研修にて報告会を行う等伝達講習も行っており、また管理者等を中心に定期的に研修を行う等してケアに役立てている		
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	各事業所内で定期的に研修を行っており、研修の参加も行っている。特に同業者内で研修の機会を多く設けるようにしているが、外部施設との交流は行事に参加しているが、定期的には行っていない		

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
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	利用前にご本人に面会し、要望等話しを聞くようにしており、また時には体験として入所前に施設内で数時間でも過ごしていただくなど馴染んでもらうこともしている		
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	利用前にご家族様に面会し、不安な事や要望などしっかりと話しを聞くよう努めると共に、事前に施設見学等をしてもらうなどして少しでも不安等を取り除くよう努力している		
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	ご家族の要望や希望、また本人の要望等を聞いた上で、本人の出来る事を支援し維持できるように提案すると共に他のサービスを視野に入れた対応に心掛けている		
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	家事など日常生活の活動を利用者の方と職員が一緒に行ったり、職員が知らない昔の話や歌・遊びなどを聞いたり行ったりして暮らしを共にする関係を築くよう努めている		
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	施設内の大きな行事の時などは、ご家族の参加協力をお願いすると共に、面会時には必ず、近況(写真や動画等も活用)を報告するなどして、本人・家族と職員の関係を大切にし本人を支えている		
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	墓参りや買い物に行ったり、地域にドライブに行ったりと外出の機会や本人の馴染みの人に来ていただいたり馴染みの関係・機会をなるべく多く設けるようにしている	日々の会話や家族からの聞き取りで、馴染みの人や場所を把握し、馴染みの美容院やお店で買い物ができるよう支援しておられます。馴染みの場所等を記録として整理しておられません。	フェイスシートに馴染みの人や場所を記録として整理し、それに基づいた支援ができるよう期待します。
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	孤立しがちな方には、必ず職員の方から声かけを行うよう心がけると共に、利用者同士の関係の把握や利用者同士が支え合うような関係づくりに努めている		

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
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	入院されている方には、週に1回以上は見舞いに行ったり、家族様に様子をうかがったりし、退所された方には、家族の方に近況や要望等を聞くよう相談・支援に努めるよう心掛けている		
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	普段の会話や仕草等からご利用者の思いや希望・暮らし方の意向などの把握に努めるとともに、ご家族からの聞き取りも合わせて行い利用者本位のサービスになるように検討している	利用者との会話や様子から、利用者の思いをくみ取るよう努めておられますが、把握した意向等を記録に残されていません。	利用者の思いや意向を一部の人の意見や考え方で決め付けられないよう、聞き取られた内容を記録にとどめることが必要です。
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	入居時にご利用者及びご家族から生活歴や暮らし方・生活環境や他サービス利用などをお聞きして、これまでの暮らし方等について把握に努めている		
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	一人ひとりの生活のペースや心身の状態を把握し、毎日の朝礼や勤務交代等申し送り時に気づいたこと・利用者の現状などを職員同士で共有・把握するよう努めている		
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	家族や本人の希望を聞きながら介護計画を作成しているが、家族の意見が中心となっている場合が多く、ニーズが変わったと思われる時などは申し送りによって伝えているが、その場合計画書の作成が遅れることがある	利用者、家族、ケアマネージャー、看護師の参加のもと、サービス担当者会議を開催し、家族の意向や職員の意見を聞きながら介護計画を立てておられます。	計画の更新時に定められた手順に沿って、利用者の現状に即した介護計画を遅滞なく作成することが必要です。
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	日々の様子やケアの実践・結果、気づき等を個別の個人ファイルに記録しているし、状態変化などあれば個人ファイルに記入し、その都度介護計画の変更も合わせて行うようにしている		
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	本人やご家族の希望やご都合にあわせて、通院・散髪などの支援や墓参り・地域行事・買い物・ドライブ等その都度の外出は柔軟かつ多機能的に行っている。		

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
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	地域の大人・保育園児をはじめ児童生徒等との交流を楽しむ生活や地域の公民館などで行う行事・イベントなどあれば見学・参加することにより豊かな暮らしが出来るよう支援している		
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	家族の意向によりかかりつけ医として依頼している協力医とは常に連携をとり、受診や往診により詳しく状況を聞いており、緊急時には夜間でも往診に来ていただける体制をとっている	利用者や家族の意向を踏まえ、かかりつけ医や協力医で受診できるよう支援しておられます。受診結果は電話連絡等で家族に知らせ、家族と連携を取りながら支援しておられます。	
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	常時一般状態の観察をし、異常時の早期発見に努め、常に常勤看護師等に相談し、助言をもらうと共に、受診時や往診時には看護師が同行している		
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。	特に入・退院時には、病院の主治医や看護師、ケースワーカー等の方々と相談するなど定期的に情報交換を行い、また医師からご家族への話しがある場合には、出来る限り同席させていただいている		
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	入院時等に2名ほどの利用者のご家族と重度化した場合や終末期のあり方について話し合いをし、「最後までこの施設で」と言われた事はあるが、その後の話し合いは進んでいないし、来ていないのが現状であるが、現在看取り介護マニュアル作成中・検討中である	事業所として、終末期のケアについての方針を立てておられません。	重度化や終末期に向けて、事業所としての方針を立てられることを期待します。
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	職員に対し緊急時の対応マニュアルや急変時の救急電話対応等の研修会・講習会は年に1回以上は行っているが、定期的な応急手当等訓練は行っていない		
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	避難(誘導)・消火器による初期消火等訓練を利用者様とともに1年に1回以上は実施しているし、いざというときの為に地元消防団や地域の方々にはお願いしているが、合同訓練としては行っていない	消防署の協力を得て、年2回避難訓練を実施しておられます。避難経路や職員の役割分担を決め、職員間で共有しておられます。	全職員が避難誘導等をできるようにマニュアルを作成することを期待します。

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
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	ご利用者本人の性格や特性等心身の状況を常に把握し、個々の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないように、その人に合った言葉かけや対応に努めると共にプライバシー保護等についての研修も常に行っている	利用者への言葉かけや対応について、気がついたことは職員間で指摘し合い、必要に応じて意見交換の場を設定し、プライバシーに対する意識づけをしておられますが、実践に結びついていない場面が見られました。	プライバシーを損ねない言葉かけや対応についてさらに研修し、理解を深め、実践されることを期待します。
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	職員から利用者の行きたい所や食べたい物・着たい物などを聞きながら具体的に示したり話し掛ける事により日常生活において自己決定ができるように支援に心がけている		
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	無理やりや強制はせず、ある程度はご本人のペースは決まっていますのでそれを大切に、可能な限り希望に添えるように、またメリハリのある日常生活を過ごされるように支援している		
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	本人・家族の意向を大切にしており、整髪・洗面などは職員が援助してはいるが、起床後・入浴後・排泄後等の身だしなみには気を付けて衣類の好みなど利用者本位の希望を大切にしている		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	調理の準備、味見、片付けなど出来る方には手伝ってもらっており、ご利用者の嗜好やその日の体調等を把握・配慮し、その人に合った食事や形態で提供したり、定期的にお弁当・目の前での炭焼きによるヤマメやサンマ等食事が楽しみなものになるよう工夫している	野菜の皮むきや食器洗い、台拭きなど利用者ができることを職員と一緒にやっておられます。食事の様子から利用者の好みを把握し、献立に取り入れたり、季節に合った献立を考えたりするなど、利用者が食事を楽しめる工夫をしておられます。	
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	食事量、水分量とも毎日記録しており、不足がちな利用者には食事量やバランスを考え、またご利用者の食べたい物や旬の物をメニューに取り入れるなど工夫して提供し、人によっては夜食を出すなどもしている		
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	毎食後には口腔ケアをし、自力で出来る方は職員が見守りながらしてもらい、その後職員が再度口腔内をチェックし、自分で出来ない方には職員がブラシなどで口腔ケアをするなど、一人ひとりその人に合った口腔ケアをしている		

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
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、トイレ誘導の必要な方には失禁や失敗を減らすように早めの声掛けを行うなど自立支援に向けた支援を行い、職員にはパットを一枚でも減らす努力をしてもらっている	利用者の排泄パターンを記録し、様子を見ながら声かけを行い、トイレでの排泄支援をしておられます。	
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	水分をしっかりと摂取していただき、歩行訓練・散歩・体操などで体を動かして、トイレでの排便を促すようにし、またヨーグルトを使った料理を作るなど工夫し、更に便秘の方には飲むヨーグルトを摂取してもらったりと便秘予防に心がけている		
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	ご利用者の体調や意向・希望に合わせて、ゆっくりと楽しめるよう支援し、また市販の入浴剤等を使うなどして入浴意欲を促し、概ね週2～3回の入浴となっているが、本人の希望と体調により臨機応変に対応している	利用者の希望に合わせた入浴支援をしておられます。	
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	基本的には一人ひとりがお自宅で過ごされているように好みに過ごしてもらっているが、昼夜逆転にならないように気をつけており、日中の活動量に応じて適度な疲労感を感じるようメリハリのある生活に心がけている		
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	ご家族や薬局からの薬の処方箋をコピーし、その内容を職員間で確認・周知し、薬の変更等があれば申し送りノートにより情報を共有できるようにすると共に内服後の経過観察も行っている		
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	本を読む人・新聞を読む人・洗濯をたたく人など本人の習慣や出来る事を支援しながら、気分転換のためドライブや散歩・買い物同行などや毎日を楽しく過ごされるようレクリエーション等も行っている(2週に1回移動図書館が来所)		
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	施設の中だけで過ごす事がないように、買い物同行や散歩・ドライブに出かけたり、地域で行事などあれば積極的に出掛けたり、家族とともに墓参りや外食など外出しやすいように、家族と話し合っ支援している	利用者の希望にそって、買い物や墓参り、散歩やドライブに出かけるなど外出支援をしておられます。また、家族の協力を得ながら外食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のはお一人だけであり、後のご利用者については、外出時に本人の希望に応じて商品を購入するなどし、ご家族や後見人にレシートを添付したノート等により報告している		
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	ご利用者の希望があればいつでも電話を掛けられるよう支援しているが、職員から電話をしましょうか？と提案しても遠慮されることが多い		
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	共用スペースには季節の花や飾りつけをしたり、また夏の間はカーテンのかわりにスタレをしたりと季節感が感じられるよう工夫すると共に、温度や湿度などはこまめにチェックして、ご利用者同士がゆったりと居心地良く過ごせるようにしている	共用スペースには季節の花を置き、季節感のある飾りつけをしておられます。また、定期的に室内の温度や湿度をチェックするなど、利用者が快適に過ごせるよう配慮しておられます。	
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	廊下など食堂以外にもソファや椅子を設置し、ご利用者が思い思いに過ごせる場所・ゆったり過ごせる場所を設置するなど工夫している		
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	ご利用者本人や家族の意向を聞きながら居心地良く過ごせるよう努めており、自宅で使用されていた馴染みのあるものを持参してもらったり、また写真や花を飾るなどその人らしく落ち着いて過ごせるよう支援している	居室には使い慣れたタンスや家族の写真が置かれ、家族からのメッセージなどを掲示するなど、利用者が居心地よく過ごせるよう配慮しておられます。	
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	表示しているのは便所や風呂場くらいであるが、利用者の状況・状態に応じて本人の過ごしたいような安全な環境で自立した生活が送っていただけるよう支援している		

目標達成計画

作成日: 平成 26年 4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	6	毎日のケアを行っている中で、身体拘束を考えてケアしていない場面が見受けられる。	どのような事が身体拘束なのかを理解し、毎日のケアの中で自然と身体拘束的ケアがなくなる支援ができるようになる。	施設内での研修・外部の研修	3ヶ月
2	26	介護計画を作成する中でモニタリングが十分に反映されていない。	モニタリング及び毎日のケアの中で変化があると思われる時は、介護計画を変更しご利用者の状況にあったケアができる。	毎日のケアの中で、ご利用者の変化にきずけるような気づきに関する勉強会の実施やヒヤリハットの研修。介護計画の継続および見直しの会議を毎月行う。	3ヶ月
3	33	終末ケア	重度化や終末期に向けての方針をたて、職員全体で共通認識できる。	基本方針をたて、職員で検討しながら基本方針の見直しや修正を行うとともに職員の教育及び研修を行う。臥位具の研修にも参加	6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。