

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	3191400120		
法人名	社会福祉法人 福生会		
事業所名	グループホーム 仁の里		
所在地	鳥取県東伯郡三朝町山田108番5		
自己評価作成日	平成25年9月20日	評価結果市町村受理日	平成26年1月14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25年11月19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)】

家庭的な環境と、地域住民との交流、母体の三喜の協力のもと、「地域と共に喜びを育むこと」との理念を掲げ、家族会、地域の方の協力により、四季折々の野菜を畑で育て、草取りや収穫までお世話になり、新鮮な野菜が食卓に並び美味しくいただいている。定期的な催しとなった、地域交流会、夕涼み会と馴染みの関係になりつつあり、今後も交流を深めていきたい。
日々の体調管理も隣接する訪問看護との連携により迅速に対応、相談ができ協力が得られる。ボランティアの方の協力により手芸、語り(昔ばなし)が聞け、又、運動面でも(筋力維持)体操に力を入れ、いつまでも元気に過ごしていただけるよう心がけている。気分転換に定期的にドライブ外出をし、ここでの足湯以外にも楽しんでいただいている。

【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)】

事業所独自の理念を平成24年11月に新たに作りあげられています。理念は事業所内に掲示されるとともに、事業所パンフレットにも掲載され、毎朝のミーティングに全職員で唱和されています。
事業所が企画する年8回の地域交流会には地域の方が多く参加され、地域の方から提供いただいている畑の草刈りや収穫時には地域の方の参加が得られています。以前から利用されている美容院の利用や、墓参りをされています。また、ふるさとを訪ねたり、外出時に馴染みの場所に立ち寄るなど、これまでの関係が途切れないよう支援されています。重度化した場合や終末期の対応を主治医、訪問看護と連携して対応されています。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№.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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会			
			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	毎朝の引き継ぎ時に理念を皆で復唱し、常に頭に入れ実践することを意識づけている	平成24年11月に職員の意見をふまえ事業所独自の理念を作りあげられています。理念は事業所内に掲示されるとともに、事業所パンフレットにも掲載され、毎朝のミーティングに全職員で唱和されていますが、新しい理念の利用者や家族への周知は十分ではありません。	事業所をより理解いただくためにも、今後、利用者や家族にも説明し、共有され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	日頃から、地域に根差した施設を目指し、地区の草取りや運動会へも積極的に参加する事を心掛け、地域交流会や畑仕事を通して地域の方との交流を深めている。	自治会に加入されています。年に8回行う地域交流会(手芸、陶芸、クリスマスリース・門松づくりなど)は年間計画を回覧板や地区掲示板などで地域にお知らせされ、多くの方が参加されています。また地域より提供いただいている畑の草刈りや収穫時には、地域の方の参加が得られています。	
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	地域交流会を活用し、認知症指導者研修を修了した職員による介護教室の開催をし、意見交換をした。		
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	2か月ごとに運営推進会議を開催し、入居者の状況や事故、苦情等を報告。意見を頂いた中でサービスの向上に努められるよう、再度職員間で話し合いをしすぐに実践できるものは実施している。	運営推進会議は2ヶ月に1回開催されています。議題は職員の意見や、事例検討などを取り入れ、具体的内容で話し合われています。運営推進会議で出た意見は、ミーティングや連絡ノートで職員が共有し、サービス向上に活かしておられます。	
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	役場職員も運営推進委員である為、定期的な情報の提供とアドバイスを頂いている	運営推進会議に町の担当職員や地域包括支援センター職員の出席があり、事業所の様々な実情や取り組み状況を伝え、意見交換がなされています。また、町の担当職員が事業所を訪ねて来られることがあります。	
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「介指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	法人としても身体拘束を行わない事としており「身体拘束廃止に関するマニュアル」をもとに、身体拘束は行っていない。玄関の施錠は夜間のみ実施。	入居時に利用者、家族に説明し、「身体拘束廃止に関するマニュアル」をもとに、身体拘束を行わないケアに取り組んでおられます。また、法人内の研修会に参加され、それを事業所内で「伝達講習報告書」により職員間で共有されています。	
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	苑内研修においても勉強会を行い、認知症の方への知識や対応の仕方を共有し、尊厳を大切に虐待は行っていない。		

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
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	権利擁護に関する制度についても苑内研修を行っている。現時点ではその対象者はいないが必要に応じて対応していく。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約時は口頭で説明し、納得いただいてから契約を行っている。又、追加・変更等があった場合は文章でお知らせし理解を得ている。		
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	ホーム内の廊下に苦情・意見箱を設置。又年1回(9月)にアンケートを行い、結果についても職員間で話し合い、運営推進会議やご家族へも報告し改善を行っている。又常日頃からご家族とも言いやすい関係作りに努めている。	日々の会話の中から意見を聞き取るようにされています。また利用者アンケート、家族アンケートを年に1回実施し、改善に向けた取り組みをされています。アンケート結果は広報紙で公表するとともに、運営推進会議やミーティングで報告、検討されてます。	日常的な会話からの意見や、アンケート結果に基づく取り組み状況を公表するなど、利用者や家族に知らせる工夫を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	月1回のミーティングの際に問題点をだし、解決できることは早めに対応している。	日々の業務の中から意見を聞き取るようにされています。また月1回開催されるミーティングや毎朝のミーティング時に職員の意見や提案を聞く機会を設け、運営に反映されています。	
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	定期的な面談にて個人の目標達成の度合いを評価し、要望や悩み事等、職員の心身での健康状態を留意しながら、働きやすい職場作りを目指している。		
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	研修の機会を設け、専門性の高い介護の提供が出来るよう支援している。又、ケアに参考になるような資料を配布し知識を深めてもらうようにしている。		
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	相互研修や町内福祉施設の交流会の参加によりお互いの情報交換や良い所を取り入れ、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
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	入居者とのゆっくりとお話をする時間を設け、要望や相談事に対しても職員間で共有、統一したケアを提供し、安心して生活して頂けるよう努力している。		
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	入居者、ご家族の立場を理解し相談や要望を聞きサービスの提供に生かしている。又、面会時にも定期的に状況をお伝えし、関係作りに心掛けている。		
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	ご家族の要望をしっかりと聞き、想いを受け止めた対応・サービスに努めている。場合により家族の協力も得ている。		
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	個人個人の生活リズムに配慮し、常に笑顔を保ち、調理や畑仕事を一緒に行いホームでの生活が職員も家族の一員としての関係性を保ちながら自立支援へも心掛けた関わりを行っている		
19		○本人と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	毎月のホームの広報誌に担当職員からの日々の様子も合わせてお知らせし、行事等の参加の呼びかけにより、一緒に過ごして頂ける時間を設けている。又遠方の方とは電話やメールのやり取りによりその時点での様子がお伝えできている		
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	ご家族や知人等、気兼ねなくホームに来てくださること、又、ご近所の兄弟さんを訪ねたり、ふるさと訪問、お盆外泊、お墓参り等日頃から良い関係が継続できるよう努めている。	以前から利用されている美容院を継続して利用されたり、家族の協力を得て墓参りをされています。また、ふるさと訪問でふるさとを訪ねたり、外出時に馴染みの場所に立ち寄るなど、これまでの関係が途切れないよう支援されています。	
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	ご自身のペースではあるが、行事や体操に参加されたりと居室への閉じこもりはない。日々の生活の中でも良好な関係が築けるよう職員が声かけや見守りの支援を行っている。		

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
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	昨年度1名の方が永眠されたが、その後もお会いした時には、日頃の協力に対してもお礼を伝えている。		
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	日頃から入居者とゆっくりと関わる時間を多く持ちその中で、要望を聞き、出来る事は早めの実現して行くように努めている。又、生活歴、趣味等把握した上で、難しい事はご家族に相談したりし、意向に添えるように努力している。	日々の会話や仕草の中から思いや意向の把握に努めておられます。思い等を出されない利用者には、家族から聞き取りをされるなど利用者本位となるよう、職員、家族が協力して検討されています。	
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	生活歴や家族環境等、プライバシーに配慮した上で、職員間で把握する共に、個別ケアに努めている。		
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	一人一人の日々の過ごし方は違っており、本人の意向を尊重し、能力に見合ったお手伝いをして頂いている。日々の状態もケース記録に記入し職員間での把握にも努めている。医療面でも随時訪問看護と連携し、早期発見に努めている。		
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	入居後、ご家族からの要望を聞き、又職員からの意見も踏まえて計画を作成している。完成したプランについては、ご家族に郵送し署名、捺印を頂いている。その際ご家族からの要望を確認している。又担当職員にて毎月の評価も実施。	利用者、家族の意向に、担当職員の意見を踏まえ作成されています。来所の少ない家族へは、介護計画の原案を家族に郵送しておられます。介護計画は毎月担当者が評価し、3ヶ月に1回モニタリングされています。	介護計画は、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、現状に即したものとされることを期待します。
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	ケース記録、観察表、連絡ノートに個人の状態や状況が記録されており、職員は出勤時に状況を確認する事にしており、情報の共有を図っている。又、気付いた点等、今後のプランに生かせるように記録に残している。		
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	買い物や通院、食事内容等、家族や本人の希望には出来る限り対応できるように努めている。又当施設のみにこだわらず、母体に三喜苑へ出向く事で行事やクラブへの参加、散髪等への協力が得られている。		

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
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	地域の方の協力や様々なボランティア、実習生の受け入れをし、変化のある生活を楽しんでいただいている		
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、ご家族との相談にてかかりつけ医を決めており、定期的な受診を実施。往診や訪問看護の協力もあり適切な医療が受けられる。ご家族対応での受診をされる場合、ホームでの生活が分かりやすい様に状況表を渡し説明している。	入居前からのかかりつけ医での受診を継続されています。家族が同行できない場合には受診前に連絡を入れ、家族の意向を確認されています。家族が同行される場合には事業所での様子を「受診状況表」に記載し、受診時に持参していただくなど家族と連携した支援をされています。	
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	訪問看護との契約もあり、週1回の訪問に合わせて、特変時や体調の変化があった時には、いつでも相談できる体制が整っている。		
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。	入院中には定期的に洗濯物を取りに行き、状態把握に努めている。退院後の協力体制等も地域連携室を通して相談できる関係が出来ている。		
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	週末期の対応、希望については契約時に説明している。看取りについて、その時での気持ちをご家族とも再度相談、終末期の対応を確認し同意書を頂いている。かかりつけ医、訪問看護との連携、協力も得られるよう早い時点での相談も行っている。	事業所は主治医、訪問看護と連携し、重度化した場合や終末期の対応をされています。入居時に利用者と家族に説明し、終末期に対する意向を「意向確認書」で確認されています。利用者の容態が変わったときには、家族に意向を再確認した上で支援されています。	
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	心肺蘇生法等の講習をほぼ、全員が受けている。事故や急変時の対応、連絡体制についても分かりやすい所に貼り、周知するよう努めている		
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	マニュアルに添って、職員に周知し隣接のサテライトデイサービスと合わせて3か月に1回程度の定期的な避難訓練を実施。消防署の立会いも2回あり、近所への協力も得るため参加への呼びかけを行っている。	火災を想定した避難訓練を年2回、消防署の協力を得て日中と夜間を想定して実施されています。運営推進会議で地域の方にも協力をお願いされていますが、まだ参加はありません。また今後は煙感知器や避難口にスロープの設置を予定されています。事業所内には食糧が備蓄されています。	火災に限らず様々な災害を想定した訓練が必要です。また夜間の災害など職員体制に限界があることが想定されるため、地域や警察署との連携など、災害時に対する取り組みを強化され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	入居者の尊厳や言葉使いについて、接遇の面からも常日頃から気をつけ、優しい言葉かけをするよう心掛けている。又新人職員の言葉使いを見ながら、自分たちの言葉使いは大丈夫か、改めて見直しをしている。	日々の言葉かけに配慮され、職員はミーティングで人権の尊重とプライバシーの確保について話し合いをされています。入浴や排泄時など、本人の状態に配慮し、職員の都合を優先したケアにならないようにしておられます。	
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	日々の生活の中で、食事や外出、服装等ご本人の意見、希望を引き出せるよう、言葉かけを行い、出来るだけ自己決定をして頂けるようにしている。		
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	ご本人のペースで生活して頂いている。それぞれの生活歴があるように、生活リズムも違う為、起床、食事の時間やレクレーションへの参加等、希望に添って支援している。		
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	母体の三喜苑での散髪の日、定期的に行われている。又近所の理髪店に出かける事もあり、服装も季節感に考慮しつつ、ご自分で選んで頂いている。祝典、外出等では化粧をする機会をもつよう心掛けている。		
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	一緒に調理の下ごしらえ、味付けや盛り付け等のお手伝いをして頂いている。食事の形態(いなり寿司、カレーライス等)により理解できない方については、食器を工夫し食べていただくようにしている。	毎食の献立は、冷蔵庫の中を見ながら利用者に相談し決めておられます。利用者と職員は一緒に準備し、食事をしておられます。畑の野菜や、地域の方の差し入れた野菜などが食卓に並ぶこともあります。法人内の栄養士に定期的に献立を確認してもらい、アドバイスを受けておられます。	
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	食が進まない方には、希望に添った代替品をあらかじめ用意し、食事、水分摂取量の確認をしている。又量が多いと、最初から手をつけられない為、普段からの食べられる量を把握しその人にふさわしい量を盛り付けるよう心掛けている。		
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	毎食後に口腔ケアの声かけを行い、自発的にされている。介助の必要な方へは不穩にならない様に注意しながら介助を行っている。		

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
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	ほぼ全員がトイレでの排泄をされる(1名ポータブルを夜間使用)トイレの間隔が長くなってきている方へは声をかけ、失敗のある場合はさりげなくパット交換を行い羞恥心のないよう配慮している。	一人一人の排泄パターンは「排泄表(1日の記録)」と「健康管理表(個人の記録)」に記載し、把握されています。また、早めの声かけや誘導をされており、特に夜間は居室の物音等気配を感じ取り対応するなど、トイレで排泄していただけるよう支援されています。	
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	観察表により毎日排泄をチェック。起床時の水、マッサージ、運動、乳製品の提供に心掛けている。排便がない方へは、水分や野菜の摂取量を増やしたり、季節の果物を使ってゼリーにしたりと排便を促すようにしている。		
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	週2、3回の実施。入浴チェック表をもとに、入られていない方への声かけをするが、本人の希望や時間を聴き対応している。1人1人がゆったりと入れるよう心掛けている。入浴されない方は足湯に誘ったりと安眠にも配慮している。	一人一人の希望に応じ入浴できるようにされています。声かけなどの工夫で、最低でも週2回以上入浴できるように支援されています。また、希望により毎日の入浴や、夜間の入浴にも対応されています。	
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	日中の午睡は自由とし、それぞれの生活パターンにより、いつでも休めるようにしている。又、日中の活動を増やし、夜間の安眠につなげ、その人にとっての眠りやすい室温、寝具に心掛けている。		
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	入居者の薬情報も各自のファイルに添付しており、職員間でも共有できるようにしている。又薬の変更があった時は様子を記録に残し受診時に情報提供できるようにしている。毎食事に飲まれる薬を都度箱に用意し2人で確認のもと服薬介助。		
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	ラジオ体操時の声かけ、花の水やり、食事作り、盛り付け等その人が出来る能力に応じて作業をお願いしているが、自分の出来る役割を決めておられ、進んで作業をされる。畑での苗植え、収穫やドライブ等の外出をし気分転換も図っている。		
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	希望に応じて、買い物の付き添いや近所への散歩、パン屋さん、個々での外食(お寿司)図書館等に出かけている。又定期的に外出行事を計画し外出の機会を確保している。家族での外出をされる方もあり。	移動パン屋や、図書館、散歩、時には利用者が会いたい人に会いに出かけるなどされています。利用者のその日の希望に添えるよう支援されていますが、外出の希望を言われない利用者もあり、その場合には外出が負担となっていないか、表情等を確認しながら、外出の支援をされています。	

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	本人が管理できる方に関しては、所持していただいているが、買い物等での支払いは同行している。又預り金がある方に関しては、出納帳をつけ、支出状況をご家族に報告している。		
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	能力に応じて手紙を出されたり、電話を掛けられる方もあるが、電話をかけてほしいという希望には随時対応、支援している。		
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	玄関や共有スペースには季節の花を飾り、不快な思いを抱かれない様、掃除にも心掛けています。ゆったりと過ごせる明かり、音楽に気をつけながら生活して頂いている。	共用スペースは吹き抜けの広々とした空間に、居心地よく過ごせるよう照明や室温、BGMなどの音の大きさに配慮されています。また、ゆったりとくつろげる大きなソファは利用者と相談しながら配置されています。	
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	リビングにソファを配置し気の合った入居者同士でくつろげる場所となっている。又それぞれの居室でも、仲良し同士で行き来され、思い思いの写真や飾り物をし、だんらんの場となっている。		
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	入居時ご家族とも相談の元、以前に愛用されていたタンスやコタツ、毛布等持ってきて頂いたり、馴染みの湯のみ、写真を見る事で安心感につながるよう配慮している。	居室には以前から使用されていた布団や家具等が持ち込まれています。また、遺影や家族との思い出の写真が飾られ、居心地良く過ごすことができるようにされています。	
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	施設内はバリアフリーになっており、椅子に座ってもちょうどいい高さの洗面台や狭い空間でもつかまり歩行が可能な椅子やテーブルの配置となっている。又居室には、本人の状態に合わせて家具の場所や手すりを置き安全に心掛けている		

目標達成計画

作成日：平成26 年 1 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	10	アンケート結果や日常的な意見を利用者・家族に今以上に知らせる工夫が必要	日頃の意見を皆に浸透していくようにする	広報誌に「こういうような意見がありました」との文章、対応(対策)を載せていく 掲示板に提示する	6ヶ月
2	35	火災に限らず、災害時に対する取り組みが必要 災害対策	地域との連携・災害時の避難訓練の実施	隣近所への声かけ。訓練時の協力を仰ぐ 地震の避難訓練の実施	6ヶ月
3	26	介護計画について他職種(関係者)を交えたカンファレンスが難しい	関係者を交えたカンファレンスの実施	訪問看護の定期的な健康チェック日に合わせカンファレンスをする 遠方のご家族へは手紙のみでなく、電話をして確認する	6ヶ月
4	1	新しく事業所独自の理念が出来ているが、利用者 家族への周知が十分でない	理念の周知	定期的に発行している広報誌に理念を載せる 毎月、目に触れる事で知っていただく	6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。