

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	2590600082		
法人名	医療法人 社団 よつば会		
事業所名	グループホームクローバー (そよかぜユニット・ひだまりユニット)		
所在地	滋賀県草津市上笠四丁目24番19号		
自己評価作成日	平成30年5月7日	評価結果市町村受理日	平成30年7月2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	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成30年6月6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)】

当事業所ではユニットケアを行っており、各利用者様が個々に合った環境の中で、家庭的な生活を過ごしていただけることを目標としています。施設内での利用者様の生活は、それぞれに合ったレク活動、洗濯物たたみや食器洗いなど、ご家庭での日常生活の延長線上の活動を行っていただいています。散歩やお買い物、季節感を感じてもらえる場所へ出掛けたりなどの外出支援も行っています。また、ボランティアの方々をお呼びし、地域の方たちとの交流の機会を増やしていけるようにも取り組んでおります。ゆっくりと安心して過ごしていただけるような環境作りを心掛けており、そのためにも施設内勉強会を定期的に行い、外部研修にも参加し、職員の介護知識と技術の向上に努めています。日常の健康管理では、南草津病院からの訪問診療の主治医・看護師とケアワーカーが密に連携を図り、利用者様の毎日の健康管理を行っています。

【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)】

医療法人よつば会が運営する2ユニットの当事業所は開設から8年目を迎えている。開設当初に見られた空き地や田畑にはほとんど家が建てられ新興住宅地化している中で「認知症なんでも相談所」を設け地域との繋がりを深めている。同法人の南草津病院から月2回の協力医の往診と週1回の看護師の訪問があり、家族からは健康管理が充実していて安心できると喜ばれている。利用者は月2回のおやつ作りや昼食作りを楽しんだり、居間に置かれた大きなソファに腰を下ろし自由にのんびりと思いつきに過ごしている。ヒヤリハットよりも広義な「気づきポイント」という用紙を作成、活用してリスク管理に力を入れ、利用者が安全に暮らせるように又職員にも快適な職場環境になるよう努めている。

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 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
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	地域密着型サービスの意義をふまえた内容で、且つ利用者様本位での支援を行っていく内容であり、施設内にて、職員全員・来所された方が目につくような場所(玄関・フロア・事務所)に掲示している。新規の職員には必ず説明を行っている。	「利用者様個々の気持ちと生活を大切にしてい...地域との交流を図ります」という理念を目的とする場所に掲示し定着を図っている。ワーカー会議やユニット会議でケアの内容を理念に照らし、日ごろのケア向上に努めている。	
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	地域の祭り(上笠町・下笠町)に参加している。今年は寒暖の差が激しく体調不良の利用者が多かったため不参加となった。また、施設の恒例行事であるクローバー祭にも地域の方が参加してもらえるようにと回覧板にてお知らせをしている。また、子供の会の廃品回収にも協力させてもらっている。クローバー祭りによる施設内の情報発信も継続して行っている。	開設当初から自治会に加入し、毎年地域の祭りに参加している。歌やフラダンスなど地元のボランティアの訪問を受けたり、「認知症なんでも相談所」を開設して地域との交流に取り組んでいる。恒例のクローバー祭では地域住民の参加や地元高校生の応援もあり楽しいイベントとなっている。	
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	運営推進会議で地域の方が認知症介護についての相談に応じるということを確認して伝えている。「認知症なんでも相談所」も継続、明記したステッカーを社用車に貼り、地域への発信を行っている。見学に来られた方への相談にも対応している。		
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践、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	地域の区会長・民生委員・地域包括支援センター職員・市職員・施設職員で2カ月に1回のペースで開催。会議では施設内の状況・今後の活動内容の報告をし、それについての意見交換・議論を行っている。各方面からの情報を受け入れ、サービスの向上に活かせるように努めている。	事業所の状況や活動内容等を報告し意見、アドバイスをもらっている。ヒヤリハットの報告が少なく、意識が低いのではとの指摘を受けインシデントに対する意識が変化し、事故の回避に繋げている。会議に家族の参加が無く、議事録の内容がいささか分かりにくい。	誰が読んでも分かるように議論した内容を経緯に沿って記録するよう望む。家族には事業所の運営に対して関心をもってもらうよう工夫しながら参加を促す努力を期待したい。
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	運営推進会議に地域の区会長・市職員・民生委員に参加してもらい、協力関係を築くように努めている。市のGH会議(市職員も参加)にも継続して参加し、意見や情報の交換を行っている。介護保険サービスなどで不明な点は市職員に相談をしている。	運営推進会議に行政から2名の担当者が参加しており、また日常的にも都度事業所の実情やケアサービスの取り組みを伝えている。看取り介護における喫煙を包括支援センターに相談をして助言をもらっている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	施設内の身体拘束廃止委員会を中心に、毎年必ず勉強会を行っている。ワーカー会議内でも身体拘束廃止について考えており職員全体で知識を深めることに努めている。現在、玄関の施錠においては、防犯の問題上困難であるが、事務所に職員が仕事をしている間は解錠に努める。	「身体拘束廃止委員会」で検討した内容を全職員が共有し、知識の向上に努めている。防犯を考慮し施錠していた玄関の鍵は、玄関が見渡せる事務所に職員がいる2、3時間まではできるようになっている。	玄関の施錠をしなくてもよいケアのあり方を「身体拘束廃止委員会」を中心に全職員で検討し、日中は解錠に向けた努力を期待したい。
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	勉強会やワーカー会議、ユニット会議内において、話し合う機会をもうけている。現状のケアにおいて、虐待や身体拘束の可能性が感じられる場合や、個々により捉え方が違うこともあるため、その都度、職員間で話し合い・カンファレンスを行うようにしている。		

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	施設内で、成年後見人制度を活用している利用者がおられる。今年度も活用される利用者がおられたため、その経緯や内容を職員全体で把握・理解できるように努めた。今後も、必要であれば、制度の活用ができるように、関係者の方と協力し、利用者の方を支援していけるような体制作りを目指している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入所の契約時や同意書を求める場合は、わかりやすく丁寧に説明を行い、納得・理解をして頂けるように努めている。その上で、署名・捺印をして頂いている。制度改正等による変更があった場合は、その都度、家族に説明を行い、同意書を得ている。		
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	ケアプラン作成前には、利用者・ご家族の意見や希望を必ず聞いている。ケアプランの説明時や面会時にも意見や希望の確認を行い、その内容を今後のプランや運営に反映させるように心掛けている。今年度途中から、介護支援相談員が各フロアに1名体制となり、より細かな支援を目指している。	日常のケアの中で聞き出したり、家族には訪問時に意見、要望を聞いている。内容を申し送り表に記録し職員間の連携漏れがないようにしている。訪問の少ない家族とは電話で意見、要望を聞き出している。	
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	ワーカー会議・ユニット会議において各職員の施設の運営に関する意見を聞き、検討する機会を設けている。通常時でも提案があれば、カンファレンスを行い検討していくことにしている。新職員の新鮮な意見などにも耳を傾けている。	管理者と職員の関係は良く意見の言いやすい職場環境である。職員の意見で冬場のおむつ交換時の清拭タオルが冷めない保温方法に改め利用者に喜ばれている。提案による移乗用ロボットの導入も検討中である。	
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	管理者は職員の勤務内容・勤務状況を把握することに努めている。年度毎に各自「成長目標管理シート」を作成し、職員個々が向上心を持って働くことを目指している。そのそれぞれの職員の活動・実績を管理者会議にて管理者が法人代表者・事務長に報告している。		
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	施設内での勉強会を定期的に行っている。個々に合った外部の研修にも参加してもらい、受講者には研修内容の伝達講習を行うことで、職員全員で知識を共有している。新人職員に対しては、初期の勤務時には必ず先輩職員を付け、コーチングを行っている。		
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	草津市におけるグループホーム会議に管理者が出席している(2ヶ月に1回開催)。その会議において他施設の管理者と情報交換を行い、様々な問題について議論している。草津市内のグループホームを対象とした合同の勉強会にも参加している。		

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
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	利用申し込み時には、本人・ご家族に施設見学をしてもらっている。また、サービス開始前には面談を行い、本人の困っていることや要望を聞いている。前サービス担当者からも意見を聞くようにしている。その要望や意見を取り入れ、初期のケアプランを作成している。		
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	サービスの開始前より、ご家族と面談・話し合う時間を設け要望を聞きだし、サービス計画書の支援内容に取り入れている。サービス提供後の施設内での生活が、利用者・ご家族にとって満足いく内容になるよう努めている。		
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	サービス開始前に必ず面談を行い、そこで得た情報をもとに、また、担当のケアマネージャーや利用していた施設・病院の相談員等の意見も取り入れ、その利用者にも今の段階で必要な支援を考えていくようにしている。必要により主治医の意見も取り入れている。		
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	利用者と一緒に日常の家事を行ったり、一緒に買い物に出掛けたり、レク作業をしながら、その中でコミュニケーションをとりつつ、利用者の方に「一緒に生活をしている」「必要とされている」と思ってもらえるような環境作りに努めている。		
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	ご家族が来られた際は、施設内での利用者の様子を伝え、本人の状態を理解していただく。その上で利用者として接していただいたり、一緒に外出をしていただけるように支援している。また、利用者様の抱える問題などについても、共に解決していただくように相談をすることもある。		
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	利用者の馴染みの友人の方には気軽に面会に来て頂けるよう、面会終了後に「また、お気軽にどうぞ」などの声掛けを行っている。また、利用者の方が希望された場合は、ご家族を通じて連絡を取るなど、関係が途切れないように支援を行っている。馴染みの場所にはドライブを兼ねた外出も行っている。	家族、親戚、知人、友人がいつでも自由に面会に訪れ、地域の夏祭りに参加したり初詣や四季折々の花見で馴染みの場所へ行くことが利用者の喜びとなっている。職員同伴でいきつけの喫茶店やお店に行くことを楽しみにしている。	
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	利用者同士がコミュニケーションがとれるような環境作りを心掛ける。そのためにも、利用者同士の会話に職員も積極的に交わったり、数名のグループで同じレクをするようにしている。また、利用者同士の普段の関係にも注目し、良好な関係が維持できるように努める。		

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	サービスの利用終了後も、ご家族からの相談に応じている。また、他サービスを利用される場合は、必要に応じて、サービス担当者などに相談や情報提供を行っている。逆に、利用前のサービス担当者などとも、情報交換などを行っている。		
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	利用者の意見や希望を表情や日常の会話を傾聴することで把握していき、それが実現できるように支援を行うようにしている。そのために、ワーカー会議・ユニット会議で議題に出し検討したり、定期的もしくはその都度、カンファレンスにて検討している。	現在はほぼ全員が意思表示できており、随時本人の意向を確認している。特に職員と二人きりになった時に本音を聞くことが多い。把握した内容は申し送り表や日誌、支援経過に記入し職員間で共有している。	
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	サービス提供前に、面談にて本人・家族から、生活歴や趣味・特技を知り、また、過去のサービスの利用時の担当ケアマネジャー・サービス担当者などからも聞き取りを行い、確認をしている。趣味や特技を活かした活動をしてもらうように心がけている。		
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	毎日の行動や言動、バイタル、食事量、排泄の状態の記録をとり、利用者個々の現状の把握に努めている。体調の優れない利用者については早めに看護師に報告しておき、体調の変化を注視している。職員がユニット固定のため、早期発見に繋がっている。		
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	3ヶ月に1回の介護計画の見直しを行っている。作成するにあたって、利用者の担当者・ケアマネジャーを中心に職員間でカンファレンスを行っている。事前に本人・ご家族と話し合っ各々の意見を聞き、カンファレンスの中で個々に合った支援を考え、介護計画を作成している。	状況変化時以外にも3ヶ月毎に評価を行い介護計画を見直し、その都度家族に説明し確認印をもらっている。医師、看護師の訪問記録や意見も参考にして作成し、本人、家族の意向に沿った内容にしている。	
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	職員が気づきや、ケアの工夫・実践・結果の内容は、継続して個人ケース記録に記入している。また、受診後の結果や服薬の変更、処置の変更、ケアの変更等の特筆事項は利用者用申し送りノート・日々の申し送りを活用し、職員全員が情報の共有ができるようにしている。		
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	利用者の希望するニーズに対しては、表情や日常の会話でその内容を汲み取り、可能な限り支援を行うようにしている。また、ご家族の希望するニーズは、面会時に話をすることによって汲み取り、利用者のニーズと同様に、出来る限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
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	運営推進会議において、地域の方・民生委員・地域包括支援センターの方・市職員との話し合いで、地域資源や地域の行事などの把握を行っている。社会福祉協議会等を通じてのボランティアの方々と交流を行い、更には交流のある高校のボランティアとの交流も継続し行っている。		
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	施設入所後も本人・ご家族が希望されるのであれば、過去に利用していたかかりつけの医への受診の継続を支援している。受診時には施設の状態を必ず伝えるように、受診後には医師の指示通りのケアを行っている。また、それとは別に主治医による月2回の訪問診療を行っている。	利用者全員希望により協力医をかかりつけ医としている。月2回内科の往診を受けている。専門医の受診は家族が事業所の受診メモを持参して同行し、医師から事業所へ結果が送られてくる。必要時は職員が同行している。	
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	常勤の看護師、訪問看護の利用にて、利用者の健康管理を行っている。利用者の異変を感じた時は、すぐに看護師に報告を行い、適切な対応ができる体制をとっている。必要であれば、主治医へ連絡をとっている。		
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。	利用者が入院した際、入院先の相談員と連携を取りつつ、その状況を主治医に報告している。退院までの流れがスムーズに行えるように、密に連絡を取り、情報交換を行っている。退院の際は、施設での今後の対応がしっかりとできるように、入院中の様子・退院後の留意点などを明記した情報提供書を必ず受け取っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	契約時に重度化もしくは終末期を迎えた利用者における対応を必ず説明している。実際にそのような状況を迎えた場合は、ご家族と主治医を交えた話し合いの場を設け、今後の方針などについて考えていくようにしている。施設内での限度ある医療処置についても説明し、納得してもらい、その上で同意書に署名・捺印をもらっている。	重要事項説明書別紙として重度化と看取り介護に対する指針があり、契約時に説明している。看取り時の職員のターミナルケア・精神ケア対応マニュアルがある。看取り経験が豊富な先輩職員の対応の仕方を後輩が学習するかたちで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	施設内での勉強会を定期的、又は感染症などの発生の多い時期前にそれに見合ったテーマで開催している。マニュアルを作成し、職員全員が混乱なく対応できるように努めている。日中は看護師を介し、夜間は直接主治医に連絡できる体制を整えている。		
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	年2回の避難訓練を実地し、災害時には職員全員が適切な行動で避難誘導できるように努めている。混乱なく行動がとれるように、通報時のマニュアル・報知器の操作マニュアル等も分かりやすい場所に設置している。また、夜間想定・消防署立ち会い・水等の備蓄など出来る限り改善、検討している。	消火器や非常時の通報マニュアルを完備しており、消防署署員立ち合いの下夜間想定を含めた訓練を年2回行っている。自治会長の参加はあったが、近隣住民の協力は無い。災害用備蓄は本部に申請中で、まだ出来ていない。	災害時、地域の協力が得られるよう協力体制を構築してほしい。水、食料などの備蓄も速やかにするよう希望する。

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	利用者一人ひとりの人格や個性を尊重し、また、声掛けや会話の中でも、誇りやプライバシーを損ねないように、また、慣れ慣れしくならないように心掛けている。常に利用者の個性や性格などを把握するために、情報収集や、その共有を職員間で行えるようにしている。	所内の「教育委員会」で年数回、職員の意識を高める勉強を続けている。利用者の思いや個性は職員の間で共有するように送り表や口頭で伝達、確認し、必要に応じて会議で集約、確認している。	
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	利用者の希望や要望をしっかりと把握し、職員間で情報を共有した上で、個々に応じた支援や、思いや希望が自由に表現できる環境作りに努めている。言葉や行動で思いを伝えにくい利用者においては、職員が声掛けし、自己決定に繋がるような支援を心掛けている。		
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	利用者個々の生活のペースを把握し、そのペースに合わせた生活を送っていただくように心掛けている。また、利用者との関わる時間・会話をする時間を多く持ち、希望を実現に向けてにユニット会議で検討している。		
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	自立で身だしなみができる方においては、自己決定を尊重し行ってもらっているが、職員が必ず確認を行っている。介助が必要な方は、できるかぎり自分でやってもらい、必要であれば、一緒に考えるといった支援を行っている。		
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	通常は委託の給食業者にて調理された料理を施設まで運んでもらっている。盛り付けやお皿洗いなどの後片付けが可能の方は、職員と一緒にやっている。料理作り・おやつ作りを月2回ずつ行い、調理の段階から参加してもらい、一緒に「楽しく食事を作る」「食事が楽しみ」になるように支援を行っている。	業者が搬入する料理を盛り付け、配膳、後片付け等利用者も出来ることで協力している。要望による寿司やパンのバイキング献立は利用者が喜んでいる。月2回の手作り昼食、手作りおやつは手作りに参加することも合わせて利用者の楽しみになっている。	
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	利用者が摂取した食事量・水分量を記録に残し、現状を把握できるようにしている。毎月の体重の増減にも注意をしている。食事が減ってきている利用者については、主治医や看護師に相談したり、栄養補助製品などを提供している。個人の好みにも対応していくようにしている。		
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	洗面所にて行ってもらっているが、最後の確認を必ず職員が行っている。介助が必要な方は、洗面所へ一緒に行き、できる限りの範囲を自分でやってもらい、できない部分を介助で行っている。義歯の管理は職員が行っている。家族の希望で訪問歯科を利用している利用者もいる。		

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	利用者個々の排泄パターンや頻度、便秘している日数などを一目でわかりやすい排泄チェック表を使用している。それにより、個々の排泄パターンを把握し、声かけや誘導を行うことで失敗を減らし、リハビリパンツやオムツの使用を減らしていくよう努めている。	排泄チェック表で職員は頻尿や便秘の状態を把握しトイレ誘導している。体調により布パンツ、パット、リハビリパンツの使い分けをしたり、便秘薬の服薬調整により、布パンツ着用に変わる利用者が増えている。	
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	便秘がちにならないように、水分補給やレクリエーションを兼ねた体操・散歩を行っている。食事の形態も利用者にあった形の物を検討し、消化がしっかりと行えるように考えている。また、ヨーグルトなどの乳製品を家族様に持参して頂き協力をお願いしている。どうしても便秘が続く利用者に対しては主治医や看護師と相談し、必要であれば下剤を使用している。		
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	入浴日を利用者毎に設定しているが、当日の体調や本人の意思を尊重し、入浴の調整を行っている。入床前に希望される利用者がおられた場合は、可能な範囲で応じている。入浴頻度については家族の希望も取り入れている。季節感が味わえるように入浴剤を季節に応じ使用している。	最低でも週2回を原則にしており、嫌がる利用者には慣れた職員が誘導し、目標を達成している。利用者の肌のかぶれなどを考慮して入浴剤の使用は適度に行っている。浴槽入浴ができない利用者には椅子でシャワー浴をしている。	
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	入床時間は設定しない。個々のペースに合わせて、入床してもらっている。睡眠にくい利用者の中には眠剤の服用をしてもらっている方もいる。入眠中は自立で寝返りの出来ない方に対しては、体位交換を行っている。日中も様子を見て適度にお昼寝をして休んでもらっている。		
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	カルテに保管されている薬の説明書にて、利用者が服用している薬について理解していくよう心掛けている。また、薬の変更があれば、申し送りや申し送りノートに明記し、その薬の効果・作用・飲み方・副作用を職員全員で情報共有をし把握していくようにしている。		
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	利用者に過去の生活歴で続けていた趣味・特技などを把握し、施設内でも継続して行っていくように考えている。料理作り、おやつ作り、食器洗い、洗濯物干し・たたみ、掃除などを職員と一緒にしてもらい、利用者自身が役割を持つことによって、楽しく生き生きと過ごしていただけるように努めている。		
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	施設の庭やベランダには、職員と一緒にではあるが、気軽に出入りできるように心掛けている。気分転換や季節感を感じていただけるよう、お買い物やドライブ、近所の喫茶店などへの外出などを職員と一緒に、ご家族の協力も得て行っている。レクの一環としても、花見・紅葉狩りなどの外出支援も行っている。	日常はベランダに出たり、玄関先のテーブルでお茶を飲んだり菜園で収穫したりして外気にあたっている。ドライブ好きな利用者は職員の仕事に同行したり、逆におやつ購入時に職員がコンビニまで同行したりする。希望する場所には家族と一緒に多い。	

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
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	利用者のお金の管理はご家族の同意の上で委託状の署名の上、事務所で管理をしているが、本人がお金を自分で所持することにより、安心感を得る場合なども、ご家族の同意の元、少額の金額を所持してもらっている。買い物の支払いは、出来るだけご本人にお願いしている。		
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	利用者が希望される場合は、電話(施設内のもの)を使ってもらっている。ご本人の携帯電話をもっておられる方もおられる。手紙のやり取りも希望があればしてもらっている。また、毎年、年賀状を職員と一緒に作成し、ご家族や友人の方宛に出している方もおられる。		
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	利用者が不快にならないように、光(カーテンの開閉や電気の調節)・音(テレビのボリュームの調整等)・温度(窓の開閉・空調での調整)に配慮している。このことは目標にも掲げている。居室やホールには、馴染みのあるもの、イラスト入りのカレンダー、季節に応じた展示物などを飾り、季節感を感じてもらえるようにしている。	室内の温度は利用者の要望にあわせてこまめに調節している。居間の窓際には一人用の椅子とソファが置かれ、利用者は気分に合わせて座っている。壁に利用者と職員合作の造花の額や折り紙の季節の花が飾られて楽しい雰囲気を作りだしている。	
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	ベランダや庭にベンチやイスを配置し、利用者がくつろげるスペースを用意している。ユニット内にはソファを設置し、誰もがいつでも利用できるようにしている。座席は職員が指定した場所に座ってもらうのではなく、気の合う利用者が隣同士や近くに座って話ができる環境作りを行っている。		
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	家庭で生活していた時に使用していた、馴染みの物(テレビ・ダンス・時計・冷蔵庫など)を居室に持ち込んでもらい落ち着いて安心して生活してもらえるように工夫している。お箸やコップも同様に使い慣れた物を使用してもらうようにしている。	居室は入居時に家族の協力を得て整えている。入居後に作った工作物を飾ったりしているが、利用者によっては物を置くことで混乱する人もおり、職員は気をつけている。居室は職員が掃除し清潔である。	
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	施設内の居住空間は、バリアフリーで手すりも設置しており、利用者が安全に移動できるようにしている。トイレの場所や、トイレ内の水を流すボタンには大きな字で案内をしている。また、自分の居室がわかりづらい方には、居室前に大きく名前を書いた紙を貼り、案内をしている。		

2 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	目標達成に要する期間
3	4	事業所の状況や活動内容等を報告し意見、アドバイスをもらっている。ヒヤリハットの報告が少なく、意識が低いのではとの指摘を受けインシデントに対する意識が変化し、事故の回避に繋がっている。会議に家族の参加が無く、議事録の内容がいささか分かりにくい。	議事録内容を経緯に沿って記録する。 家族の協力を頂き、会議への参加を促す。	議事録を、経緯に沿って記録し、議論した内容をしっかりと記録する。 家族に事業所運営に対して関心をもってもらえるよう、参加協力を促し、会議への出席を要請する。	12ヶ月
1	6	「身体拘束廃止委員会」で検討した内容を全職員が共有し、知識の向上に努めている。防犯を考慮し施錠していた玄関の鍵は、玄関が見渡せる事務所に職員がいる2, 3時間はできるようになっている。	玄関の施錠をしなくてもよいケアに向け、「身体拘束廃止委員会」を中心に、日中解錠を目指す。	玄関にセンサー設置や、解錠時間の延長に向けて努力する。 また、地域の方と連携を図り、支援体制を得られるよう努める。	12ヶ月
2	35	消火器や非常時の通報マニュアルを完備しており、消防署署員立ち合いの下夜間想定を含めた訓練を年2回行っている。自治会長の参加はあったが、近隣住民の協力はない。災害用備蓄は本部に申請中で、まだ出来ていない。	災害時における、地域の協力、連携体制の構築と備蓄の確保を目指す。	災害時の、地域協力が得られるよう、地域の町会長、民生委員を中心に、話し合いを重ね、連携体制の構築に努める。 グループ全体での備蓄体制が準備段階のため、整い次第早急に対応する。	12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。