

(別紙4) 平成 23 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	3191400021		
法人名	社会福祉法人 赤碕福祉会		
事業所名	グループホームきらり(一丁目) (共通)		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕きらり2540番地5		
自己評価作成日	平成23年8月3日	評価結果市町村受理日	

※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23年8月31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)】

ボランティア交流、地域交流に力を入れ、地域の一人ひとりと実感して頂ける場面作りに取り組み開かれたホームを目指している。また、きらり地区清掃に参加し、豊かな緑に包まれた環境作りに取り組んでいる。日々の生活の中で、本人のつづやきや会話に注意を払い、行きたい所、昔よく行っていた所、会いたい人、したい事を知り本人の意向にそった外出支援を積極的に行っている。(マップ作り)医療機関と連携を取りながら、本人、家族の意向にそった看取り介護を行っている。

【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)】

管理者と職員は、ホームの基本理念のもと利用者一人ひとりを尊重し、思いに寄り添いながら支援することを大切にされています。利用者の馴染みの人や場所について本人や家族への聞き取りをもとに利用者ごとの外出マップを作成される等、外出支援と地域との連携・交流にも力を入れて取組まれ、地域住民や地元ボランティアとの馴染みの関係づくりを進められています。利用者のかかりつけ医、地域の協力医療機関、認知症専門医、理学療法士や言語聴覚士等、専門職との連携により医療面での支援体制も整えられています。

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、その時々々の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	利用者の基本的人権の尊重と共に、住み慣れた地域での安心した暮らしや関係性の継続、地域との関係作りを理念としている。毎朝、朝礼時には唱和し意識付け、理念の共有、実践に繋げている。	ホーム開設時に事業所独自の理念を作成され、事務所に掲示されています。職員の異動や採用時には研修で周知するとともに、毎朝の朝礼で唱和し、一人ひとりが理念を意識しながら日々の実践につなげるようにされています。	地域や利用者のニーズ、事業所の状況の変化によって現状に合った理念に作り替えていくことも必要です。事業所設立から5年目の節目を迎え、見直しの機会も設けられるよう期待します。
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	地域の催し物や奉仕作業に利用者と共に参加し地域交流を図っている。また、地域ボランティアとの交流を通じ、顔馴染みになり信頼関係を築く機会とし、地域との繋がりを継続している。	町内会に加入し、回覧を通じて地域の情報を得ながら積極的に行事に参加されています。行事や地元ボランティアグループとの交流等をきっかけに顔なじみの関係ができつつあるところです。事業所は介護に関する相談窓口を設け、事業所だよりで町民に案内されていますが、相談の実績はまだありません。	今の取り組みをさらに進めていくことで、行事以外でも日常的な交流が実現し、地域の人々と互いに支え合うような関係が築かれていくことを期待します。
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	ボランティア交流、広報誌を通じて、入居者の様子を知ってもらう事で認知症の理解を深めてもらう機会としている。また「きらり便り」を介して相談窓口の役割を担っていくよう発信している。		
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、ホームの様子やサービス提供状況等を報告している。会議メンバーから、質問、意見、要望等を頂き、サービスに反映するよう努めている。	利用者代表、家族代表、民生委員、地域住民代表、地域包括支援センター職員等の参加のもと定期的に開催され、利用状況の報告や情報交換をされています。ボランティアとの関わり方や地域消防団との連携等、受けた助言を反映させるように取組まれています。	ホームの取り組みをさらに理解していただくためにも、運営推進会議の様子や話し合われた結果を出席されなかった家族等へも返されるよう期待します。
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に取り組んでいる	運営推進会議にメンバーとして参加、助言して頂いている。地域生活を維持する為に、家族を含めた環境の調整の相談、協力を行っている。	管理者は、利用者や家族に対して対応が困難な場合等は町担当者に相談し、アドバイスを受けられています。	運営推進会議への出席や困難事例への対応にとどまらず、日常的な連携を図ることを期待します。
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	月1回、身体拘束廃止検討委員会に参加している。日頃のケアを振り返り拘束がないかを考え、事例を報告すると共に、他部署の事例も参考にしながら身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	月1回、ユニットごとの勉強会とホーム全体の部署会を実施し、身体拘束につながる事例について検討されています。特に言葉での拘束がないよう注意を払い、日々の業務を見直しながら身体拘束をしないケアを実践されています。	
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逃されることのないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止関連法について、部署内研修を実施している。事業所内でのケアや言葉かけによるもの全てにおいて、職員間で振り返り、虐待防止について周知徹底を行っている。		

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
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	部署内研修を実施している。必要時、関係者と話し合い、適切に支援提供出来るよう努めている。玄関にパンフレットを置き、面会者や家族にも目の触れるようにし制度の広報、相談の場としている。		
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	契約時、ケアに関する方針や取り組み、退居を含めた事業所の対応等について不安や疑問点を伺いながら説明を行っている。利用料金改定時も丁寧に説明をし同意を得るようにしている。		
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	月1回、利用者が日常のサービスに関する意見や思いを表せる場として「希望の会」を開催、面会時の家族からの意見、要望、年1回アンケートの実施、結果について運営やケアに反映するよう取り組んでいる。	年1回の家族アンケート、面会時や月1回の利用者への希望聴取等、意見や要望を把握する機会が設けられています。家族からの意見を運営に反映させるとともに、結果もお便りで公表されています。	
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	部署会を月2回開き、意見を聞くようにしている。引き継ぎノートを活用し意見や提案を出し合い職員間の意見の統一を図っている。年2回の個別面談時に意見要望を聞く機会を設けている。	管理者は、職員の意見・提案を聞く機会として部署会や引き継ぎノートを活用するとともに、日頃から職員が気づきや提案を言いやすい関係を築くよう心がけ、運営の改善に取り組まれています。	意見を言えない職員に対する働きかけや、運営に対する職員の気づきやアイデアを引き出すための、より積極的な取り組みを期待します。
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、職場環境作りに努めている。個別面談を行い、職員の努力や成果、悩みについて把握し、向上心をもって働けるよう目標設定し人事考課を行っている。		
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	就業年数、必要に応じ苑内研修(毎月1回)、外部研修への参加、職員間での伝達研修等、職員育成に取り組み日々のケアに活かすよう努めている。OJTリーダー制度を活用し新任職員指導を行っている。		
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	研修会等で同業者と交流する機会があり、他施設の経験をケアや業務に活かしている。また、苑内研修では、他施設の方を講師とし意見を聞きケアの参考としている。		

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	事前面接で、本人に会い、心身の状態や表情、つぶやきから思いを汲み取り、関わりの中から、安心、快に繋がる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	今までのサービス利用状況等、これまでの経緯について話をじっくりと聞き、家族が求めている事、困っている事、不安な事を理解していくようにしている。ホームとして、どのような対応が出来るか話し合っている。		
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	本人や家族の思い、状況等を確認し改善に向けた支援の提案、相談を繰り返す中で、必要なサービスに繋げるようにしている。		
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	生活歴の中から出来る事、出来そうな事を把握し、共に生活する気持ちを持ち互いに支え合う機会(家事、畑)を意識して設けている。人生の先輩という考えを職員間で共有し色々教わる事が多い。		
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	利用者の生活の様子をお便り、面会時等で伝え、日々の生活の出来事や気付きの情報共有に努め、家族の思いを含めた支援を行い、共に支え合う関係づくりに努めている。		
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	昔から利用している美容院、お店等へ出掛けたり、知人、友人等の所へ行ったりと継続的な関係が続いている。買い物も、地元のスーパーへ出掛け、地域の方との交流の場となっている。	馴染みの人や場所について本人や家族への聞き取りをもとに利用者ごとの外出マップが作成されています。希望によって行きつけの美容院や商店へ出掛けたり、知人へ会う機会を作るよう取り組まれています。	
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	利用者同士の関係について職員間で情報を共有し見守っている。ケアプランに取り入れ、関係が継続できるよう支援している。利用者、個々の思いを聞きトラブルを未然に防ぐ努力をしている。		

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
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	亡くなられ退所された家族の方でも、きらり夏祭りには声を掛け参加して頂いている。サービス利用が終了しても、家族の方と連絡をとり相談、支援に努めている。		
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	日々の生活の中で、表情やつぶやきから汲み取り、思いにそった支援に努めている。また、その事が職員全員が把握できるようカンファレンス、部署会時話し合いを行っている。	月1回希望を聞く会を開催するとともに、日々のかかりの中での気づきや聞き取り内容も引継ぎノートに記載し、職員間で共有されています。希望の把握が困難な場合には選択しやすい言葉かけをしたり、家族を通じて確認する等、利用者の思いを第一に考えて支援するよう努められています。	
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	関わりの中から、生活歴、馴染みの暮らしの把握に努めている。また、面会時、家族からの情報や外出先での知人からの情報も共有し支援に活かしている。		
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	入所後、2週間は細かく言動を観察し記録している。個人ファイルに日々の生活の様子、気づきを記す事で職員間で情報を共有しケアに繋げている。		
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	日々の関わりの中で汲み取った本人の思いや意見、家族の意向、かかりつけ医との連携を図り介護計画を作成。月に1度モニタリング、本人を交えたカンファレンスを行い現状に即したプランを作成している。	本人の思いや家族からの意見を取り入れ、カンファレンスにて計画が作成されています。月に1回モニタリングを行い、カンファレンスでの話し合いをもとに計画の見直しが行われています。医療面についても看護師の資格を持つ管理者がチェックし、必要に応じて医師や理学療法士等の意見を取り入れながら個々の課題に応じた計画となっています。	
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	利用者個々のファイルがあり、日々の生活状況、発した言葉、それによって職員の気づきを記録している。個々のサービス計画チェック表も記入し、日々の記録を基に介護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	本人、家族の要望を踏まえ町外の病院へ通院介助を行っている。利用者、家族の要望にそって医療機関と連携を図り健康維持、管理に努めている。地域交流、ボランティア交流を目標に掲げ取り組んでいる。		

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	きらり住民の方とのボランティア交流を行っている。小、中学校の運動会への招待、地区公民館のラン展示会への招待があり個々の思い、希望に沿って出掛けた。図書館を利用し、好きな本を借りている。		
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、家族が希望するかかりつけ医で医療が受けられるよう支援している。認知症の専門医の受診、歯科受診、眼科受診等必要に応じて支援している。	主治医は本人、家族が希望するかかりつけ医となっており、定期受診は職員が付添い支援されています。家族による受診時には結果を確認され、情報を共有されています。必要に応じて、歯科、眼科、認知症専門医の受診も支援されています。	
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に対応できるようにしている。急変時は、かかりつけ医に相談し、指示を受け、随時、家族了解のもと対応している。		
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。	入院にともなうダメージを極力防ぐため、本人の病状、支援方法の情報を入院先へ提供している。入院中は、職員が見舞い、家族とも情報交換しながら回復状況等確認し、病院関係者と連携を取りながら、速やかな退院支援に結びつけている。		
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	契約時ターミナルケアについて家族に話し希望があれば支援していく方針である。重度化した場合や終末期のあり方について事業所として出来る事、出来ない事を家族に伝え家族、本人の思いに注意を払い、かかりつけ医の見解、事業所の対応等話し合い方針を共有し支援していく。	利用開始時に、家族等にホームの方針を説明したうえで希望を確認されています。状態の変化時には改めて具体的な希望を確認され、かかりつけ医や協力医療機関の協力のもと、利用者、家族の望む体制がとれるよう連携が図られています。	
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	職員は、救急救命訓練を受講し修了証を交付されている。		
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	東伯郡消防連合演習に利用者と共に参加した。地域の消防署の協力を得て、年4回、日中、夜間想定した避難訓練を行っている。また、消火器の使い方や地震体験車を活用し体験した。	消防署の協力を得て、日中、夜間の火災や地震を想定した避難訓練や研修が実施されています。非常用として3日分の食糧を備蓄するとともに、火事を起こさないための対策として設備や機器の点検もマニュアルに沿って定期的実施されています。	特に夜間の災害について、職員だけの避難誘導には限界があります。地域住民との協力体制について運営推進会議で話題にする等、具体的な支援体制の整備に取組ま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
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	部署内研修にてプライバシー保護マニュアルの読み合わせを行い周知している。身体拘束廃止検討委員会の取り組みの中でも力を入れている。苑内研修で学ぶ機会を設け職員全員が学べる機会を作っている。	職員は、利用者一人ひとりの尊厳を守ることを念頭に置いた言葉遣いや接し方をされています。部署内及び法人全体での研修会でプライバシー保護や人権尊重について確認し合い、日々の実践に活かされています。	
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	利用者が意見、要望を話し合う場がある。(希望の会)選択できる声かけをし、自己決定が出来るよう工夫したり意思表示が困難な方は、表情を汲み取り本人が決定する場面を作っている。		
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	一人ひとりの生活リズムを大切にし、利用者のペースにそって体調を見ながら、その時の気持ちを尊重し個別の支援、外出を行っている。		
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	着る服を本人に選んで頂いてる。自分で決められない方でも、その人らしい服装をして頂いている。化粧水や乳液を使用している方、預かり金で洋服を買いに出掛ける方もいる。		
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	買い物時、食べたい物があればメニュー変更し提供している。一緒に、畑に行き季節の野菜を収穫して調理を行っている。調理、盛り付け、片付け等、日課となり共に行っている。	利用者の食べたいものを聞き、それを取り入れた献立作りや、地域の商店への買物支援が行われています。また、畑で収穫した野菜を使ったり、利用者ごとに買い物や準備、片付けなどできることに関われるよう支援されています。職員と一緒に会話をしながら食事をし、楽しい雰囲気づくりがなされています。	
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、水分量が一目で分かるチェック表があり、それを活用し把握している。水分制限のある方は、かかりつけ医の指示のもと対応、食事がすすまない方は、個々に応じて食事形態を調整、工夫し提供している。		
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、口腔ケアを行っている。その方の、力に合わせ、見守り、声かけ、介助を行っている。週1回、ポリドントにて洗浄している。また、口腔内の観察も行い、義歯の状態、変化があれば歯科受診している。		

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	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握しながら、尿意のない方もトイレでの排泄に取り組んでいる。失敗してもプライドを傷つけない配慮した声かけを行い、自立に向けて努力している。部署会時、見直しも行いおむつの削減に努めている。	「排泄チェック表」にて利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、おむつを使用せずトイレで排泄でき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	ヨーグルト等の乳製品、きのこ、食物繊維を多く含む食材をメニューに取り入れ、便秘予防に努めている。また、体操、歩行による運動に努め、定期的にトイレ案内を行い自然排便に心がけている。		
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	体調確認、バイタルチェックを行い、その日の希望を伺いながら入浴して頂いている。手浴、足浴、シャワー浴と希望に合わせて行っている。羞恥心に配慮して、一対一での入浴をして頂いている。	利用者のその日の希望に基づいて入浴が出来るよう支援されています。入浴中は利用者と1対1のコミュニケーションが取れる大切な時間としてとらえ、リラックスできるような言葉かけや対応を工夫されています。	
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	日中の活動を促し安心して入眠できるようにチームで取り組んでいる。寝付けない時には温かい飲み物を飲んでいただいたり、傍で付き添ったり個別に対応している。		
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	処方箋を個々のケースに綴り利用者が、服用している薬の効能、副作用も含め確認できるようにしている。受診時は、健康チェック表を持参し報告、治療や服薬調整に活かしている。		
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	出来る力を活かした役割を支援している。(草取り等)切干大根等、経験や知恵を発揮できる場面づくり、馴染みの場所への外出、地域行事への参加等、利用者と相談しながら対応している。		
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	希望にそった外出支援を日常的に行っている。地域での生活、馴染みの関係が途切れぬようマップ作りに入れている。家族の協力を得て墓参りに行ったり、外泊、外食、部落の敬老会等へ参加している。	利用者の希望があれば、その場ですぐに外出支援に当たることができるよう、職員相互の協力体制が築かれています。利用者個々の馴染みの人や場所、趣味等を把握し、日常的に外出の機会を作るよう家族の協力も得ながら支援されています。	今後も外出マップ作りを継続され、利用者全員のマップが活用されるよう期待します。

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
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	利用者の方に合わせて、自分でお金を持っている人もいます。預かり金の管理は、職員が行っている。買いたい物があれば、預かり金からお金を出し買ってもらっている。		
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	本人が電話をかけたい時、プライバシーに配慮してゆっくりと電話が出来るよう支援している。家族、知人の方からの電話の取り次ぎも行っている。		
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	食事時、音楽を心地よい音量で流している。テーブル、洗面台等季節の花を活けて心が落ち着くよう工夫している。茶碗の洗う音、戸の開閉、足音等利用者のストレスにならないよう注意をはらっている。食事作りの音や匂いで五感の刺激を行っている。	居間や廊下等にボランティアと共同制作した作品や個人の趣味の作品、利用者の思い出の品等が飾られ、明るく居心地のいい空間となるよう配慮されています。庭には花や植物を育てたり、ホーム内にも花が飾られ、季節が感じられるよう工夫されています。	
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	廊下、ホールにソファを設置し一人で過ごしたり、仲の良い方同士くつろげるスペースを作っている。中庭にベンチを置き、日光浴をしながらお茶を楽しんだり廊下のソファで歩行途中、一息つける等の工夫をしている。		
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	家族の写真を飾ったり使い慣れた家具を使用し、心地よく過ごせるような工夫をしている。家族の方も、面会時、孫、ひ孫の新しい写真を持ってこられ身近に家族を感じられるよう配慮されている。	利用者個々の使い慣れた家具や趣味や好みの品物を揃え、家具は利用者の使いやすいように配置されています。家族の協力を得ながら、落ち着いて過ごせるような部屋作りをされています。	
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	混乱や失敗を防ぐため「何が分かりにくい」を観察し状況に合わせて環境整備を行っている。理学療法士に相談し、身体状況に合った福祉用具の使用やリハビリ等について助言して頂き実践している。		

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	3191400021		
法人名	社会福祉法人 赤碕福祉会		
事業所名	グループホームきらり(二丁目)		
所在地	鳥取県東伯郡琴浦町赤碕きらり2540番地5		
自己評価作成日	平成23年8月3日	評価結果市町村受理日	

※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23年8月31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)】

ボランティア交流、地域交流に力を入れ、地域の一員として実感して頂ける場面作りに取り組み開かれたホームを目指している。また、きらり地区清掃に参加し、豊かな緑に包まれた環境作りに取り組んでいる。日々の生活の中で、本人のつづやきや会話に注意を払い、行きたい所、昔よく行っていた所、会いたい人、したい事を知り本人の意向にそった外出支援を積極的に行っている。(マップ作り)医療機関と連携を取りながら、本人、家族の意向にそった看取り介護を行っている。

【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)】

管理者と職員は、ホームの基本理念のもと利用者一人ひとりを尊重し、思いに寄り添いながら支援することを大切にされています。利用者の馴染みの人や場所について本人や家族への聞き取りをもとに利用者ごとの外出マップを作成される等、外出支援と地域との連携・交流にも力を入れて取組まれ、地域住民や地元ボランティアとの馴染みの関係づくりを進められています。利用者のかかりつけ医、地域の協力医療機関、認知症専門医、理学療法士や言語聴覚士等、専門職との連携により医療面での支援体制も整えられています。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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
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	利用者の基本的人権の尊重と共に、住み慣れた地域での安心した暮らしや関係性の継続、地域との関係作りを理念としている。毎朝、朝礼時には唱和し意識付け、理念の共有、実践に繋げている。		
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	地域の催し物や奉仕作業に利用者と共に参加し地域交流を図っている。また、地域ボランティアとの交流を通じ、顔馴染みになり信頼関係を築く機会とし、地域との繋がりを継続している。		
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	ボランティア交流、広報誌を通じて、入居者の様子を知ってもらう事で認知症の理解を深めてもらう機会としている。また「きらり便り」を介して相談窓口の役割を担っていくよう発信している。		
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、ホームの様子やサービス提供状況等を報告している。会議メンバーから、質問、意見、要望等を頂き、サービスに反映するよう努めている。		
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に取り組んでいる	運営推進会議にメンバーとして参加、助言して頂いている。地域生活を維持する為に、家族を含めた環境の調整の相談、協力を行っている。		
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「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	月1回、身体拘束廃止検討委員会に参加している。日頃のケアを振り返り拘束がないかを考え、事例を報告すると共に、他部署の事例も参考にしながら身体拘束しないケアに取り組んでいる。		
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	高齢者虐待防止関連法について、部署内研修を実施している。事業所内でのケアや言葉かけによるもの全てにおいて、職員間で振り返り、虐待防止について周知徹底を行っている。		

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
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	部署内研修を実施している。必要時、関係者と話し合い、適切に支援提供出来るよう努めている。玄関にパンフレットを置き、面会者や家族にも目の触れるようにし制度の広報、相談の場としている。		
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	契約時、ケアに関する方針や取り組み、退居を含めた事業所の対応等について不安や疑問点を伺いながら説明を行っている。利用料金改定時も丁寧に説明をし同意を得るようにしている。		
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	月1回、利用者が日常のサービスに関する意見や思いを表せる場として「希望の会」を開催、面会時の家族からの意見、要望、年1回アンケートの実施、結果について運営やケアに反映するよう取り組んでいる。		
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	部署会を月2回開き、意見を聞くようにしている。引き継ぎノートを活用し意見や提案を出し合い職員間の意見の統一を図っている。年2回の個別面談時に意見要望を聞く機会を設けている。		
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	職員の資格取得に向けた支援を行い、職場環境作りに努めている。個別面談を行い、職員の努力や成果、悩みについて把握し、向上心をもって働けるよう目標設定し人事考課を行っている。		
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	就業年数、必要に応じ苑内研修(毎月1回)、外部研修への参加、職員間での伝達研修等、職員育成に組み込み日々のケアに活かすよう努めている。OJTリーダー制度を活用し新任職員指導を行っている。		
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	研修会等で同業者と交流する機会があり、他施設の経験をケアや業務に活かしている。また、苑内研修では、他施設の方を講師とし意見を聞きケアの参考としている。		

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	事前面接で、本人に会い、心身の状態や表情、つぶやきから思いを汲み取り、関わりの中から、安心、快に繋がる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	今までのサービス利用状況等、これまでの経緯について話をじっくりと聞き、家族が求めている事、困っている事、不安な事を理解していくようにしている。ホームとして、どのような対応が出来るか話し合っている。		
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	本人や家族の思い、状況等を確認し改善に向けた支援の提案、相談を繰り返す中で、必要なサービスに繋げるようにしている。		
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	生活歴の中から出来る事、出来そうな事を把握し、共に生活する気持ちを持ち互いに支え合う機会(家事、畑)を意識して設けている。人生の先輩という考えを職員間で共有し色々と教わる事が多い。		
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	利用者の生活の様子をお便り、面会時等で伝え、日々の生活の出来事や気付きの情報共有に努め、家族の思いを含めた支援を行い、共に支え合う関係づくりに努めている。		
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	昔から利用している美容院、お店等へ出掛けたり、知人、友人等の所へ行ったりと継続的な関係が続いている。買い物も、地元のスーパーへ出掛け、地域の方との交流の場となっている。		
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	利用者同士の関係について職員間で情報を共有し見守っている。ケアプランに取り入れ、関係が継続できるよう支援している。利用者、個々の思いを聞きトラブルを未然に防ぐ努力をしている。		

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
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	亡くなられ退所された家族の方でも、きらり夏祭りには声を掛け参加して頂いている。サービス利用が終了しても、家族の方と連絡をとり相談、支援に努めている。		
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	日々の生活の中で、表情やつぶやきから汲み取り、思いにそった支援に努めている。また、その事が職員全員が把握できるようカンファレンス、部署会時話し合いを行っている。		
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	関わりの中から、生活歴、馴染みの暮らしの把握に努めている。また、面会時、家族からの情報や外出先での知人からの情報も共有し支援に活かしている。		
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	入所後、2週間は細かく言動を観察し記録している。個人ファイルに日々の生活の様子、気づきを記す事で職員間で情報を共有しケアに繋げている。		
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	日々の関わりの中で汲み取った本人の思いや意見、家族の意向、かかりつけ医との連携を図り介護計画を作成。月に1度モニタリング、本人を交えたカンファレンスを行い現状に即したプランを作成している。		
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	利用者個々のファイルがあり、日々の生活状況、発した言葉、それによって職員の気づきを記録している。個々のサービス計画チェック表も記入し、日々の記録を基に介護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	本人、家族の要望を踏まえ町外の病院へ通院介助を行っている。利用者、家族の要望にそって医療機関と連携を図り健康維持、管理に努めている。地域交流、ボランティア交流を目標に掲げ取り組んでいる。		

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	きらり住民の方とのボランティア交流を行っている。小、中学校の運動会への招待、地区公民館のラン展示会への招待があり個々の思い、希望に沿って出掛けた。図書館を利用し、好きな本を借りている。		
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、家族が希望するかかりつけ医で医療が受けられるよう支援している。認知症の専門医の受診、歯科受診、眼科受診等必要に応じて支援している。		
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	看護職員を配置しており、常に利用者の健康管理や状態変化に対応できるようにしている。急変時は、かかりつけ医に相談し、指示を受け、随時、家族了解のもと対応している。		
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。	入院にともなうダメージを極力防ぐため、本人の病状、支援方法の情報を入院先へ提供している。入院中は、職員が見舞い、家族とも情報交換しながら回復状況等確認し、病院関係者と連携を取りながら、速やかな退院支援に結びつけている。		
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、事業所の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	契約時ターミナルケアについて家族に話し希望があれば支援していく方針である。重度化した場合や終末期のあり方について事業所として出来る事、出来ない事を家族に伝え家族、本人の思いに注意を払い、かかりつけ医の見解、事業所の対応等話し合い方針を共有し支援していく。		
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	職員は、救急救命訓練を受講し修了証を交付されている。		
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	東伯郡消防連合演習に利用者と共に参加した。地域の消防署の協力を得て、年4回、日中、夜間想定した避難訓練を行っている。また、消火器の使い方や地震体験車を活用し体験した。		

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	部署内研修にてプライバシー保護マニュアルの読み合わせを行い周知している。身体拘束廃止検討委員会の取り組みの中でも力を入れている。苑内研修で学ぶ機会を設け職員全員が学べる機会を作っている。		
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	利用者が意見、要望を話し合う場がある。(希望の会)選択できる声かけをし、自己決定が出来るよう工夫したり意思表示が困難な方は、表情を汲み取り本人が決定する場面を作っている。		
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	一人ひとりの生活リズムを大切にし、利用者のペースにそって体調を見ながら、その時の気持ちを尊重し個別の支援、外出を行っている。		
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	着る服を本人に選んで頂いてる。自分で決められない方でも、その人らしい服装をして頂いている。化粧水や乳液を使用している方、預かり金で洋服を買いに出掛ける方もいる。		
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	買い物時、食べたい物があればメニュー変更し提供している。一緒に、畑に行き季節の野菜を収穫して調理を行っている。調理、盛り付け、片付け等、日課となり共に行っている。		
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	食事量、水分量が一目で分かるチェック表があり、それを活用し把握している。水分制限のある方は、かかりつけ医の指示のもと対応、食事がすすまない方は、個々に応じて食事形態を調整、工夫し提供している。		
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、口腔ケアを行っている。その方の、力に合わせ、見守り、声かけ、介助を行っている。週1回、ポリドントにて洗浄している。また、口腔内の観察も行い、義歯の状態、変化があれば歯科受診している。		

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	排泄チェック表を活用し排泄パターンを把握しながら、尿意のない方もトイレでの排泄に取り組んでいる。失敗してもプライドを傷つけない配慮した声かけを行い、自立に向け努力している。部署会時、見直しもおむつの削減に努めている。		
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	ヨーグルト等の乳製品、きのこ、食物繊維を多く含む食材をメニューに取り入れ、便秘予防に努めている。また、体操、歩行による運動に努め、定期的にトイレ案内を行い自然排便に心がけている。		
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	体調確認、バイタルチェックを行い、その日の希望を伺いながら入浴して頂いている。手浴、足浴、シャワー浴と希望に合わせて行っている。羞恥心に配慮して、一対一での入浴をして頂いている。		
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	日中の活動を促し安心して入眠できるようチームで取り組んでいる。寝付けない時には温かい飲み物を飲んでいただいたり、傍で付き添ったり個別に対応している。		
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	処方箋を個々のケースに綴り利用者が、服用している薬の効能、副作用も含め確認できるようにしている。受診時は、健康チェック表を持参し報告、治療や服薬調整に活かしている。		
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	出来る力を活かした役割を支援している。(草取り等)切干大根等、経験や知恵を発揮できる場面づくり、馴染みの場所への外出、地域行事への参加等、利用者とは相談しながら対応している。		
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	希望にそった外出支援を日常的に行っている。地域での生活、馴染みの関係が途切れぬようマップ作りに力を入れている。家族の協力を得て墓参りに行ったり、外泊、外食、部落の敬老会等へ参加している。		

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
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	利用者の方に合わせて、自分でお金を持っている人もいます。預かり金の管理は、職員が行っている。買いたい物があれば、預かり金からお金を出し買ってもらっている。		
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	本人が電話をかけたい時、プライバシーに配慮してゆっくりと電話が出来るよう支援している。家族、知人の方からの電話の取り次ぎも行っている。		
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	食事時、音楽を心地よい音量で流している。テーブル、洗面台等季節の花を活けて心が落ち着くよう工夫している。茶碗の洗う音、戸の開閉、足音等利用者のストレスにならないよう注意をはらっている。食事作りの音や匂いで五感の刺激を行っている。		
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	廊下、ホールにソファを設置し一人で過ごしたり、仲の良い方同士くつろげるスペースを作っている。中庭にベンチを置き、日光浴をしながらお茶を楽しんだり廊下のソファで歩行途中、一息つける等の工夫をしている。		
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	家族の写真を飾ったり使い慣れた家具を使用し、心地よく過ごせるような工夫をしている。家族の方も、面会時、孫、ひ孫の新しい写真を持ってこられ身近に家族を感じられるよう配慮されている。		
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	混乱や失敗を防ぐため「何が分かりにくい」を観察し状況に合わせて環境整備を行っている。理学療法士に相談し、身体状況に合った福祉用具の使用やリハビリ等について助言して頂き実践している。		

目標達成計画

作成日: 平成 23年 11月 20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	1	ホーム開設時の理念が、現状に合ったものか見直しの機会を設ける必要がある。	地域や利用者のニーズ、事業所の状況の変化によって、現状にあった理念に作り変えていく。	・地域密着型サービスの意義を全職員で確認する ・現状を把握し、地域密着型サービスとしての役割を目指した理念をつくりあげていく	6ヶ月
2	35	災害における地域との相互の連携が不十分である。	馴染みの関係を構築、継続しながら支え合う関係作りに努め、災害時における地域との相互の連携に努める。	・地域住民との協力体制について運営推進会議等で話題にする ・職員間で、地域との相互の協力体制について考える機会を持ち意見を出し合う ・地域住民の理解と協力を得る為にも話し合いの機会を持つ	12ヶ月
3	2	地域住民の方々との関係性の広がりが乏しい。	行事以外でも日常的な交流が実現し、地域の人々と互いに支え合う関係を築くよう努める。	・GHきらりの存在、役割を理解して頂けるよう「きらり便り」等を通して発信する ・GHきらりとして、何が出来るかを職員間で話し合い、でた意見の中から実践に繋げる。	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。