

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	3171400595		
法人名	社会福祉法人 中部福祉会		
事業所名	グループホームあずま園(大山の家)		
所在地	鳥取県東伯郡北栄町東園331-1		
自己評価作成日	平成24年9月8日	評価結果市町村受理日	平成24年12月25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24年10月11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)】

<p>利用者の安全・安心・尊厳を最重点課題として取組、健康管理に努め、医療機関や家族との連携を密にした支援を目指し取り組んでいます。</p> <p>また地域密着として地域と施設との交流では地域行事に積極的に参加したり、施設行事では地域の方にも来園して頂き交流をしています。</p> <p>あずま農園では約1000坪の農園で花畑が700坪、さつま芋300坪で栽培、今年で6年目を迎え、地域の方々、近隣の方々の交流の場として定着してきています。収穫祭では約250名以上の参加者で喜んで頂き、地域になくならない「地域交流農園あずま農園」となっています。</p>

【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)】

<p>地域とのつながりを大切にし、地元の祭りや神社の清掃等の自治会活動に参加したり、地域交流農園「あずま農園」で行われる収穫祭に地域の方や近隣福祉施設の利用者などを招いたり、積極的な交流が行われています。</p> <p>重度化及び看取り介護の方針を事業として定められています。これまで、数件の看取りを行われた経験もあり、協力医療機関との連携を密に図りながら、本人や家族が安心して納得した終末期が迎えらるよう取り組まれています。</p>

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、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
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	管理者と職員は月1回の職員会で理念を全員で唱和、日々の中で意義や役割を理解している。5つの理念を職員と共に共有し実践に生かしている。	事業所の理念は、玄関に明示されており、毎月開かれる職員会や朝礼時などに確認し、常に意識を共有されています。	
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	地域行事への積極的な参加、地域ごみ収集場の掃除当番、祭りに向けての神社の清掃、地区ごとの清掃の参加、近所の高齢者宅を訪問しコミュニケーションを図っています。	地域とのつながりを大切にし、地元の祭りや神社の清掃等の自治会活動に参加したり、地域交流農園「あずま農園」で行われる収穫祭に地域の方や近隣福祉施設の利用者などを招き、積極的な交流が行われています。また、散歩の際にも、近隣宅に寄ってお話をするなど、日常的に交流が行われています。	
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	認知症の家族から相談を受けたり時には包括と連携し支援しています。地域交流農園「あずま農園」を活用し、地域の子ども、高齢者(いきいきサロン)、近隣の施設と一緒に作物や花を作り収穫を行い交流を図っています。		
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	運営推進会議では施設の実態、利用者の状況、サービスの取り組み状況や外部評価の結果を報告し、推進委員から更に意見を頂き、意見を元に改善をし、サービスの向上に努めている。	運営推進会議は、2カ月に1回開催され、利用者の家族、町役場職員などの参加が得られています。会議では、事業所からの報告とともに家族等参加者からの意見もたされ、運営について意見交換が行われ、サービス向上に活かされています。	
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	地域ケアネット会議等の研修には参加し困難な事例の場合、包括の担当者と連携をとりサービスの向上に努めている。今年度は、町からの要請で災害対策として、施設を避難場所としていく方向である。	日頃から電話などで、気になったことなどを、気軽に相談できる関係が築かれています。運営推進会議に町役場職員が参加したり、町主催の地域ケアネット会議に事業所の職員が参加したりして、事業所の実情や課題を共有されています。	
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	身体拘束についてのマニュアルがいつでも手にして見ることができ、把握できるようにしている。拘束要素がないか常に職員会議でも身体拘束についてOJTを行い拘束しないケアに取り組んでいる。	身体拘束についてのマニュアルがあります。職員会議や職員研修の際に身体拘束をテーマに取り上げ、拘束をしないケアについて、職員の共有認識を図り、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	虐待防止連絡協議会の副会長を理事長がしており、常に会議や研修等について職員会議等で伝達研修をされており、声かけの仕方でも一つ間違えれば虐待につながる等、注意義務と安全防止に努めている。		

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
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	成年後見ネットワーク倉吉のメンバーに理事長がなっており伝達研修を行なっている。また実際に施設利用者で3人の方が成年後見を利用しており、実践で学ぶ機会となっている。		
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	契約時には施設の取組状況や考え方、契約内容を十分に説明して契約している。解約や退園では退園の理由を双方で理解し、次の利用先等も家族に助言し最後まで見届け安心、納得して頂くようにしている。		
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	家族の来園時に管理者、家族からの会話の中で、意見や要望を聞き出し「家族との連絡ノート」を使用し、家族からの意見を記録に残し、改善、対応に努めている。また目安箱を設置して意見や苦情が伝えやすいようにして改善に努めている。	家族の来園時や電話の時など、意見や要望を尋ねられています。また、個々の連絡ノートを作成し、意見や要望を出していただくよう努められています。	家族は、意見や要望を言い出し難い立場にあることを理解し、無記名によるアンケート調査を行うなど、意見や要望を聞き出せるような工夫をされるよう期待します。
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回の全体会議、ユニット会議、朝礼等で意見や提案を聞いている。リーダーが職員個々と面談して意見や要望を聞き働きやすい環境づくりに努めています。「申し送りノート」を使用し、職員の意見や提案がしやすい環境ができています。	月1回の全体会議やユニット会議等で職員の意見を聞く機会が設けられています。ケア記録に関する様式を、職員の意見を取り入れ、改善が行われています。	
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	職員の成果に対しては昇格や待遇面の評価を行っている。また職員の資格取得の支援にも努めている。「できた」事に対しては、褒めることも勤めている。「やれば」報われる体制で、常に向上心をもって働けるように努めている。		
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	毎月の全体会議でのOJTの実施。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ている。受講後は更に伝達講習を行いレベル向上を目指している。県外研修にも派遣を行っている。		
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	ネットワーク会議による他の施設との情報交換や交流の活用、また代表者はGH協会の役員でもあり施設間交流を指導しており、毎年相互研修を行い情報交換やサービスの質を向上させる努力をしている。		

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
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	相談時は事前に本人に必ず面談して生活状態や本人の思い、不安を把握し受止め、今後の施設利用が良い関係造りになるように努めている。入居時には本人が安心して出来る環境や関係作りに努めている。		
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受容することで信頼関係を築き、家族の方から話しができるように聞く姿勢を大切にしている。今後の施設利用に反映している。		
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	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、どこのサービス利用が適格なのか対応に努めている。最終的に当施設を選択された時に申込みを頂くようにしている。常に家族・利用者の視点にたって支援を行っている。		
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	利用者と共にできる事を実施。例えば、洗濯たたみ、掃除、草取り、栽培、調理の下ごしらえ、買い物などを一緒に行い、家庭で暮らしているという「やりがい」を通した関係作りを行っている。		
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	家族の面会時には家族と水入らずで過ごせるよう配慮する。面会時以外でも、変化がある場合すぐに連絡をし、連携をとるようにしている。本人の生活暦、食べ物の好み、趣味などを尋ね支援に生かし、共に本人を支え合う関係作りに努めている。		
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	本人の友人や知り合いの人も気楽に施設内に訪ねてこられる雰囲気作りに心がけている。近隣を散歩する機会を持ち昔馴染みの人から声をかけてもらっている。ピクニックでは本人の馴染みの場所にでかけて会話を楽しむ機会を設けている。	友人との手紙のやり取りや事業所への訪問があり、継続的な交流ができるように努められています。また、「ふる里訪問」として、ピクニックや買い物の際に、本人がこれまで住んでいた場所に立ち寄るなど、馴染みの人や場との関係を重視した支援に努められています。	
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	それぞれの合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をするようにし、良い関係作りを支援している。利用者同士が助け合っている場面も多く、ほほえましい時を過ごされている。		

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
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	他施設や病院等に移られる時は本人の状況、習慣、支援等の情報を詳しく伝え変化のない暮らしが出来るように連携を取っている。病院へのお見舞いにも出向いている。		
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	利用者の思いや希望を出来るだけ聞き本人の視点に立ち、家族からも情報を頂きケアにつなげている。利用者のしぐさや表情などから本人の視点に立ち、思いを把握し家族と相談しながら支援している。	家族の来園時や電話の時など、希望や意向の把握をされるように努められています。	
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	入居時点でアセスメントを行うが、入居後も利用者との関わりの中で生活歴・馴染んでこられた暮らし方等の理解に努めたり、家族・知人からも今までの経過や暮らしぶりを聞き理解や把握に努めている。居室になじみの家具や写真を置いている。		
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	利用者一人ひとりが心身状態も、生活のリズムも異なり、日々変動があるがその人に合った無理のない生活リズムや出来る事を生活の中に取り入れていくよう心がけている。現状を把握するため、状態観察を行って、職員で共通理解している。		
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	介護計画は6ヶ月に1回行い、毎月の担当者会議で利用者の状態変化や要望、本人家族の意向とすり合わせてなどを検討してモニタリングを行い、介護計画に反映している。本人がよりよく暮らすための介護計画となっている。	担当職員とケアマネージャー、ユニットリーダーが中心となって、家族の意向に沿って介護計画が作成されています。また、必要に応じた見直しが行われています。	
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	利用者の個別記録に支援の実践結果、生活状況健康記録(排泄・水分・食事量・入浴)本人の言葉行動の記録を基に情報を共有して、担当者を設けより深い関係を築き発見につなげ介護計画の見直しを行っている。		
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、家族のニーズに応じ、自宅外泊の支援など臨機応変に対応をしている。入居事業所だけの生活だけではなく、他事業所との行事など、参加したり受け入れている。		

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	運営推進会議に地域の民生委員、役場職員も出席していただき地域との協調を図っている。地域の資料館や近隣農家の収穫へ参加へ利用者の外出支援を行っている。定期的に理髪店の訪問、ボランティアコンサートもしていただいている。		
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、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継続医療や、家族の通院介助が出来ないときは職員が対応している。本人と家族に受診の同意を得てから行っている。施設も協力医と連携をとっており、定期的に訪問診療をして頂き連携を密にした支援を行なっている。	これまでのかかりつけ医や希望する医療機関による受診ができるよう支援されています。また定期的に協力医が訪問されています。	
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	施設の看護職員が日常の健康管理、医療活用の相談、支援を行っている。看護職員とは24時間連絡とれる体制ができており、何かあれば支持を受けることができる。また、連携医療機関の看護職から指導や助言をいただける。		
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	利用者が入院された地域医療連携室と連絡をとり、入院による慣れない場所での心身ストレスの負担を軽減するよう、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。入院中、見舞いをして回復状況の確認を行い、家族とも情報交換や相談をしながら退院の支援を行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、終末期のあり方について施設対応の希望があれば、本人家族の望む体制を整えるためかかりつけ医とも話し合い、関係者全員でチームとなり方針を共有するようにしている。	重度化及び看取り介護の方針を事業として定められています。これまで、数件の看取りを行われた経験もあり、協力医療機関との連携を密に図りながら、本人や家族が安心して納得した終末期を迎えられるよう取組まれています。	
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	救急救命の講習は受講している。夜間の緊急時の連絡網を作成して対応している。緊急対応後反省や対応の仕方を振り返りをしたり、定期的に職員会議等でOJTにて指導を受けている。緊急時のマニュアルあり。		
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	消防署の協力を得て、年2回入居者と共に避難訓練を実施している。また、消火器の使い方の訓練も体験している。また地域の自治会消防団とも連携を取っている。スプリングクラーは22年度設置済み。地域の避難場所として提供する方向である。	避難マニュアルを作成し、消防署の協力のもと、避難訓練が実施されています。消火訓練も利用者参加のもと実施されています。	

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
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	一人ひとりのプライバシーの確保の徹底のため、職員採用時には守秘義務についてサインももらっている。職員会議などで、守秘義務の再確認を行っている。人権意識を高めるための研修、認知症研修会も行っている。	トイレへの誘導、さりげない声かけ、食事介助など、一人ひとりを尊重した対応がなされています。また、人権研修などの取り組みも行われています。	
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	本人の希望や訴えには話しに耳を傾けている。、自分の訴えの伝達が困難な方にも、問いかけに選択できる問いかけを行い、今何が欲しいのか、やりたいのか日頃からコミュニケーションを図り理解できるように努めて支援している。		
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、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する様に努めている。その日の体調を考慮し、気持ちを尊重して希望にそって支援している。		
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	外出、入浴時等、一緒に服を選んだりしている。希望の品があれば、一緒に買い物に行っている。理容は施設に来られる理容師にお願いしている。皆さんに髪型の要望をお聞きして好みに合うように支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好みを聞いて献立にいかしている。食事の下ごしらえを積極的にして頂いている。又、外食や行事食なども取り入れ、楽しく食事ができるよう心がけている。毎食、入居者の方が率先して準備、片づけも行っている。	利用者とともに近隣のスーパーへ買い出しに行ったり、事業所の畑で利用者とともにつくった野菜を収穫し、食材とされています。芋などの食材の皮むきや、皿洗いなど、利用者と職員が一緒に行い、楽しく食事が出来るように心がけておられます。	
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	水分、食事量をチェック、記録し、その情報を職員間で共有している。飲み込みの悪い方は、ミキサーにかけたり、刻みにして食べていただいている。水分もトロミや、ゼリー状にして摂取していただけるよう工夫している。		
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、義歯を除去し専用容器にポリドントを使用しつけている。		

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	日中は出来るだけトイレ誘導で支援することに努め自立を促すようにしている。チェック表を活用して排泄パターンを把握し声かけにて案内したり、布パンツに返すように努力している。	個人の支援記録で排泄パターンを把握し、全職員が共有のもと、利用者個々の様子をみながらトイレ誘導が行われています。	
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	ピクニック、体カリハビリ、心身リハビリ、家事活動、園庭での歩行訓練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。食事のメニューも野菜を多く取り入れて、食物繊維を摂ってもらうようにしている。		
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	希望時間帯の入浴は行えていないが、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。作業で汗をかかれた時は午前にも入浴して頂いている。季節の味わいでしょうぶ湯、ゆず湯を行っている。	入浴は、基本的に午後1時から4時の間に行われています。現在、夜間入浴の希望者はありませんが、今後、夜間入浴の希望があった場合の対応について、検討されています。	利用者本人の希望を聞きだし、実践されることを期待します。
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	夜間の安眠を促す為にも日中の活動をしっかり取り入れている。不安や不穏のある時は落ち着かれるまで側にいて、入眠していただくよう支援している。不眠時には温かい飲み物を提供している。		
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	各個人の薬の目的・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いただいているが、きちんと服用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、継続した生活や趣味活動(囲碁・ちぎり絵・塗り絵)が行えるような場面提供をしている。又、その人に合わせた役割分担をしている。		
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支援している	職員と一緒に週一回近所のスーパーにでかけたり、地域の方との交流や行事に出かけている。天気のよい日は出来るだけ外へ散歩に出かけている。神社がそばにあり、日々の散歩コースに利用して、ご利益を頂いています。	天気の良い日は、毎日職員とともに散歩したり、毎週、近隣の名所等にピクニックに出かける機会を設けるなど、外出支援に努められています。閉じこもりがちな人には、本人が信頼をおく職員が寄り添い、出かけられるように支援するなど、利用者の状態にあわせた外出支援が行われています。	

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	自己管理されている方はおられないが、購入したい物があれば立替金にて一緒に買い物に出かけ、支払いをしていただいている。支払いが困難な方には職員が対応している。		
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	電話をかけたいとの希望があれば、事務所やユニット内にある電話を使用していただいている。家族からも電話で話したいという要望も取り次いでいる。その際、職員は側をはなれないよう、気配りをしている。		
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	テレビの所にはソファを置き、座って好きな番組を観て過ごしていただいている。食事の匂いや食事作りの音で五感の刺激を行っている。切干大根、しその穂とり、ゆず湯、しょうぶ湯、栗の皮むきをし栗ご飯など季節感を取り入れる工夫をしている。季節の装飾は利用者の方と一緒に製作する。	共用の空間には、テレビやソファ、雑誌等が置かれ、くつろぎやすい雰囲気となっています。衛生管理を徹底し、またテレビの音量や室温に注意を払い、居心地をよくする努力がされています。	
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	玄関前に、ベンチを置いて、くつろげるスペースを作っている。リビングには畳の間とソファを置き、入居者の方が歩行訓練の合間に座って話をされたり、くつろげるスペースを作っている。共用空間にも一人スペースも確保できるようにしている。		
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	居室は出来るだけ使い慣れたものや好みのもを持って来ていただき、落ち着ける空間作りに努めている。特に趣味などがあるもので、洋裁道具などはとても興味を持って利用されている。	居室には、使い慣れた家具など、馴染みのものが持ち込まれています。	
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	建物内部は完全なバリアフリーで全て手すりが設置してあります。歩行器などの利用では廊下やトイレが広く設計してあり自立した生活が出来るようにしている。福祉用具では常に点検し安全に努めています。		

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	3171400595		
法人名	社会福祉法人 中部福祉会		
事業所名	グループホームあずま園(日本海の家)		
所在地	鳥取県東伯郡北栄町東園331-1		
自己評価作成日	平成24年9月8日	評価結果市町村受理日	平成24年12月25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24年10月11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)】

<p>利用者の安全・安心・尊厳を最重点課題として取組、健康管理に努め、医療機関や家族との連携を密にした支援を目指し取り組んでいます。 また地域密着として地域と施設との交流では地域行事に積極的に参加したり、施設行事では地域の方にも来園して頂き交流をしています。 あずま農園では約1000坪の農園で花畑が700坪、さつま芋300坪で栽培、今年で6年目を迎え、地域の方々、近隣の方々の交流の場として定着してきています。収穫祭では約250名以上の参加者で喜んで頂き、地域になくはならない「地域交流農園あずま農園」となっています。</p>
--

【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)】

<p> </p>

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	管理者と職員は月1回の職員会で理念を全員で唱和、日々の中で意義や役割を理解している。5つの理念を職員と共に共有し実践に生かしている。		
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	地域行事への積極的な参加、地域ごみ収集場の掃除当番、祭りに向けての神社の清掃、地区ごとの清掃の参加、近所の高齢者宅を訪問しコミュニケーションを図っています。		
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	認知症の家族から相談を受けたり時には包括と連携し支援しています。地域交流農園「あずま農園」を活用し、地域の子ども、高齢者(いきいきサロン)、近隣の施設と一緒に作物や花を作り収穫を行い交流を図っています。		
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	運営推進会議では施設の実態、利用者の状況、サービスの取り組み状況や外部評価の結果を報告し、推進委員から更に意見を頂き、意見を元に改善をし、サービス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	地域ケアネット会議等の研修には参加し困難な事例の場合、包括の担当者と連携をとりサービスの向上に努めている。今年度は、町からの要請で災害対策として、施設を避難場所としていく方向である。		
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	身体拘束についてのマニュアルがいつでも手にして見ることができ、把握できるようにしている。拘束要素がないか常に職員会議でも身体拘束についてOJTを行い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	虐待防止連絡協議会の副会長を理事長がしており、常に会議や研修等について職員会議等で伝達研修をされており、声かけの仕方でも一つ間違えれば虐待につながる等、注意義務と安全防止に努めている。		

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
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	成年後見ネットワーク倉吉のメンバーに理事長がなっており伝達研修を行なっている。また実際に施設利用者で3人の方が成年後見を利用しており、実践で学ぶ機会となっている。		
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	契約時には施設の取組状況や考え方、契約内容を十分に説明して契約している。解約や退園では退園の理由を双方で理解し、次の利用先等も家族に助言し最後まで見届け安心、納得して頂くようにしている。		
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	家族の来園時に管理者、家族からの会話の中で、意見や要望を聞き出し「家族との連絡ノート」を使用し、家族からの意見を記録に残し、改善、対応に努めている。また目安箱を設置して意見や苦情が伝えやすいようにして改善に努めている。		
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	月1回の全体会議、ユニット会議、朝礼等で意見や提案を聞いている。リーダーが職員個々と面談して意見や要望を聞き動きやすい環境づくりに努めています。「申し送りノート」を使用し、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	職員の成果に対しては昇格や待遇面の評価を行っている。また職員の資格取得の支援にも努めている。「できた」事に対しては、褒めることも勤めている。「やれば」報われる体制で、常に向上心をもって働けるように努めている。		
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	毎月の全体会議でのOJTの実施。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ている。受講後は更に伝達講習を行いレベル向上を目指している。県外研修にも派遣を行っている。		
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	ネットワーク会議による他の施設との情報交換や交流の活用、また代表者はGH協会の役員でもあり施設間交流を指導しており、毎年相互研修を行い情報交換やサービスの質を向上させる努力をしている。		

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
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	相談時は事前に本人に必ず面談して生活状態や本人の思い、不安を把握し受止め、今後の施設利用が良い関係造りになるように努めている。入居時には本人が安心して出来る環境や関係作りに努めている。		
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受容することで信頼関係を築き、家族の方から話しができるよう聞く姿勢を大切にしている。今後の施設利用に反映している。		
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	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、どこのサービス利用が適格なのか対応に努めている。最終的に当施設を選択された時に申込みを頂くようにしている。常に家族・利用者の視点にたつて支援を行っている。		
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	利用者と共にできる事を実施。例えば、洗濯たたみ、掃除、草取り、栽培、調理の下ごしらえ、買い物などを一緒に行い、家庭で暮らしているという「やりがい」を通した関係作りを行っている。		
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	家族の面会時には家族と水入らずで過ごせるよう配慮する。面会時以外でも、変化がある場合すぐに連絡をし、連携をとるようにしている。本人の生活暦、食べ物の好み、趣味などを尋ね支援に生かし、共に本人を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	本人の友人や知り合いの人も気楽に施設内に訪ねてこられる雰囲気作り心がけている。近隣を散歩する機会を持ち昔馴染みの人から声をかけてもらっている。ピクニックでは本人の馴染みの場所にてかけて会話を楽しむ機会を設けている。		
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	それぞれの合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をするようにし、良い関係作りを支援している。利用者同士が助け合っている場面も多く、ほほえましい時を過ごされている。		

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
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	他施設や病院等に移られる時は本人の状況、習慣、支援等の情報を詳しく伝え変化のない暮らしが出来るように連携を取っている。病院へのお見舞いにも出向いている。		
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	利用者の思いや希望を出来るだけ聞き本人の視点に立ち、家族からも情報を頂きケアにつなげている。利用者のしぐさや表情などから本人の視点に立ち、思いを把握し家族と相談しながら支援している。		
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	入居時点でアセスメントを行うが、入居後も利用者との関わりの中で生活歴・馴染んでこられた暮らし方等の理解に努めたり、家族・知人からも今までの経過や暮らしぶりを聞き理解や把握に努めている。居室になじみの家具や写真を置いている。		
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	利用者一人ひとりが心身状態も、生活のリズムも異なり、日々変動があるがその人に合った無理のない生活リズムや出来る事を生活の中に取り入れていくよう心がけている。現状を把握するため、状態観察を行って、職員で共通理解している。		
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	介護計画は6ヶ月に1回行い、毎月の担当者会議で利用者の状態変化や要望、本人家族の意向とすり合わせてなどを検討してモニタリングを行い、介護計画に反映している。本人がよりよく暮らすための介護計画となっている。		
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、生活状況健康記録(排泄・水分・食事量・入浴)本人の言葉行動の記録を基に情報を共有して、担当者を設けより深い関係を築き発見につなげ介護計画の見直しを行っている。		
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、家族のニーズに応じ、自宅外泊の支援など臨機応変に対応をしている。入居事業所だけの生活だけではなく、他事業所との行事など、参加したり受け入れている。		

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	運営推進会議に地域の民生委員、役場職員も出席していただき地域との協調を図っている。地域の資料館や近隣農家の収穫へ参加へ利用者の外出支援を行っている。定期的に理髪店の訪問、ボランティアコンサートもしていただいている。		
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、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継続医療や、家族の通院介助が出来ないときは職員が対応している。本人と家族に受診の同意を得てから行っている。施設も協力医と連携をとっており、定期的に訪問診療をして頂き連携を密にした支援を行なっている。		
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	施設の看護職員が日常の健康管理、医療活用の相談、支援を行っている。看護職員とは24時間連絡とれる体制をができており、何かあれば支持を受けることができる。また、連携医療機関の看護職から指導や助言をいただける。		
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。	利用者が入院された地域医療連携室と連絡をとり、入院による慣れない場所での心身ストレスの負担を軽減するよう、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。入院中、見舞いをして回復状況の確認を行い、家族とも情報交換や相談をしながら退院の支援を行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化した場合、終末期のあり方について施設対応の希望があれば、本人家族の望む体制を整えるためかかりつけ医とも話し合い、関係者全員でチームとなり方針を共有するようにしている。		
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	救急救命の講習は受講している。夜間の緊急時の連絡網を作成して対応している。緊急対応後反省や対応の仕方を振り返りをしたり、定期的に職員会議等でOJTにて指導を受けている。緊急時のマニュアルあり。		
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	消防署の協力を得て、年2回入居者と共に避難訓練を実施している。また、消火器の使い方の訓練も体験している。また地域の自治会消防団とも連携を取っている。スプリングクラーは22年度設置済み。地域の避難場所として提供する方向である。		

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	一人ひとりのプライバシーの確保の徹底のため、職員採用時には守秘義務についてサインをもっている。職員会議などで、守秘義務の再確認を行っている。人権意識を高めるための研修、認知症研修会も行っている。		
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は話しに耳を傾けている。、自分の訴えの伝達が困難な方にも、問いかけに選択できる問いかけを行い、今何が欲しいのか、やりたいのか日頃からコミュニケーションを図り理解できるように努めて支援している。		
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	一人ひとりの日々の生活パターンを把握する様に努めている。その日の体調を考慮し、気持ちを尊重して希望にそって支援している。		
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	外出、入浴時等、一緒に服を選んだりしている。希望の品があれば、一緒に買い物に行っている。理容は施設に来られる理容師にお願いしている。皆さんに髪型の要望をお聞きして好みに合うように支援している。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	好みを聞いて献立にいかしている。食事の下ごしらえを積極的にして頂いている。又、外食や行事食なども取り入れ、楽しく食事ができるよう心がけている。毎食、入居者の方が率先して準備、片づけも行っている。		
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	水分、食事量をチェック、記録し、その情報を職員間で共有している。飲み込みの悪い方は、ミキサーにかけたり、刻みにして食べていただいている。水分もトロミや、ゼリー状にして摂取していただけるよう工夫している。		
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、義歯を除去し専用容器にポリドントを使用している。		

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	日中は出来るだけトイレ誘導で支援することに努め自立を促すようにしている。チェック表を活用して排泄パターンを把握し声かけにて案内したり、布パンツに返すように努力している。		
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	ピクニック、体カリアハビリ、心身リハビリ、家事活動、園庭での歩行訓練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。食事のメニューも野菜を多く取り入れて、食物繊維を摂ってもらうようにしている。		
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	希望時間帯の入浴は行えていないが、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。作業で汗をかかれた時は午前にも入浴して頂いている。季節の味わいでしょうぶ湯、ゆず湯を行っている。		
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	夜間の安眠を促す為にも日中の活動をしっかり取り入れている。不安や不穏のある時は落ち着かれるまで側にいて、入眠していただくよう支援している。不眠時には温かい飲み物を提供している。		
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	各個人の薬の目的・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いただいているが、きちんと服用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、継続した生活や趣味活動(囲碁・ちぎり絵・塗り絵)が行えるような場面提供をしている。又、その人に合わせた役割分担をしている。		
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	職員と一緒に週一回近所のスーパーにでかけたり、地域の方との交流や行事に出かけている。天気のよい日は出来るだけ外へ散歩に出かけている。神社がそばにあり、日々の散歩コースに利用して、ごりやくを頂いています。		

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	自己管理されている方はおられないが、購入したい物があれば立替金にて一緒に買い物に出かけ、支払いをしていただいている。支払いが困難な方には職員が対応している。		
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	電話をかけたいとの希望があれば、事務所やユニット内にある電話を使用していただいている。家族からも電話で話したいという要望も取り次いでいる。その際、職員は側をはなれないよう、気配りをしている。		
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	テレビの所にはソファを置き、座って好きな番組を観て過ごしていただいている。食事の匂いや食事作りの音で五感の刺激を行っている。切干大根、しその穂と、ゆず湯、しょうぶ湯、栗の皮むきをし栗ご飯など季節感を取り入れる工夫をしている。季節の装飾は利用者の方と一緒に製作する。		
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	玄関前に、ベンチを置いて、くつろげるスペースを作っている。リビングには畳の間とソファを置き、入居者の方が歩行訓練の合間に座って話をされたり、くつろげるスペースを作っている。共用空間にも一人スペースも確保できるようにしている。		
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	居室は出来るだけ使い慣れたものや好みのものを持って来ていただき、落ち着ける空間作りに努めている。特に趣味などがあるもので、洋裁道具などはとても興味を持って利用されている。		
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	建物内部は完全なバリアフリーで全て手すりが設置してあります。歩行器などの利用では廊下やトイレが広く設計してあり自立した生活が出来るようにしている。福祉用具では常に点検し安全に努めています。		

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
1	10	・運営に関する利用者、家族等の意見反映 日常利用者家族から意見や要望を聞き計画等に反映してきているが、意見を出しにくいところがあります。	無記名によるアンケート調査の実施	利用者家族へ意見、要望、苦情の無記名によるアンケート調査の実施	12ヶ月
2	4	・グループホーム協会鳥取県支部では毎年、各グループホーム間で職員間による相互研修を実施 されているが、町内5つのグループホーム、合同による研修会の実施。	グループホーム間、相互の施設運営の質の向上を目標	行政機関、町とも連携を取り、実施に向けた提案を行い、町の会議室等を利用して意見交換を行う。	12ヶ月
3					ヶ月
4	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。