

(別紙4) 平成 26 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	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26年12月10日	評価結果市町村受理日	平成27年2月19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26年12月10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)】

利用者の安全・安心・尊厳を大切にしている。健康面はかかりつけ医とあずま園看護師、そして職員の利用者がいつもと違うという気づきを大切に連携をし、健康管理の早期発見と維持に努めています。地域との連携には力を入れており、第8回となるあずま農園のさつまいも植えや収穫祭には300人近くの方が参加をされています。炊き出しの準備には地域のボランティアの方の協力を得ています。また、地域の小学校との町の取り組みの『あいさつ運動』を通して、学習発表会に利用者の方と観覧、そして、認知症の授業では学校へ講師として出向き、認知症の方の理解に努めています。職員の質の向上として、外部研修に参加をし、研修した内容を現場に具体的にいかすように取り組んでいます。また、町の方をよんで認知症の理解を深めるために、施設内研修も行っております。

【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)】

町のあいさつ運動で、利用者とともに定期的に小学校に出向いて子どもたちとあいさつを交わされるなど、子どもたちとのふれあいを大切にしておられます。また、今年で8回目を迎えた「あずま園収穫祭」では、朝早くからの準備にボランティアの方が協力されたり、炊き出しは地域の方がしてくださるなど、地域行事として定着しており、継続した地域交流が行われています。地元の新鮮な魚や旬の野菜、手作り味噌を使用され、喜ばれる献立を工夫し提供しておられます。

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
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	管理者と職員は月に1回の職員会で理念を全員で唱和している。5つの理念を職員と共に共有し実践している。また、副リーダー以上の会議にて、理念を具体的に現場で実施できるように話し合い、実行、見直しに努めている。	毎月の職員会議で理念の唱和をしておられます。月に1回のリーダー会議では、理念を全職員が理解し、共有するためにはどのような取り組みが必要か話し合われました。その内容を受けユニット会議で月目標を立て、実践につなげておられます。	
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	定期的に外散歩にでかけ、地域の方と交流している。地域の店へ定期的買い物。地域掃除に参加、町の取り組み「あいさつ運動の参加」「あずま農園行事」など、地域交流を大切にしている。	定期的に小学校へ出かけ、下校時のあいさつ運動に参加されたり、あずま農園収穫祭等、園の行事へ地域の方を招くなど、地域の方との交流を大切にしておられます。また、天気の良い日は近所へ散歩に出かけ近隣の方とお話をしておられます。	
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	「認知症授業」で小学校の授業の講師として参加。園だよりや来園された時に、活動の説明により理解につなげる。「地域のいきいきサロンの方の行事参加」により、認知症の方と一緒に過ごしていただく。		
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、現場の情報を伝える。会議へ利用者の方の参加、会議参加者に現場を見てもらっている。会議で意見をいただいた内容を職員に伝え、改善点はいかす方向でサービスの向上につなげている。	民生委員、町役場職員、利用者家族をメンバーとして開催されています。事業所の取組状況の報告を行うとともに、意見交換が行われています。	報告にとどまらず、会議のメンバーから率直な意見をもらい、サービスの向上に活かすためにも、利用者の参加や地域住民の代表として自治会長等の参加について働きかけられ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	地域ケアネット会議や町主催の会議や研修に出席。町の実地調査等で指導していただいているので、利用者の方にあったケアの改善や記録物の改善は、町の方に報告をしてから実施を行っている。	日頃から、利用者へのケアや記録の仕方等少しでも疑問に感じたことを町役場へ相談されたり、町主催の研修や会議に参加し、徘徊の人の支援の協力など、協力関係を築くよう取り組まれています。	
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	職員は身体拘束のマニュアルを理解するように努めている。身体拘束につながらないケアを行っている。やむおえず、夜間個室対応の方にセンターマットを使用。身体拘束解除に向けて、下肢筋力などの向上を医師の指示のもと行い、解除に向けて努力している。	日々のケアを職員一人一人がアンケートにて振り返り、その結果をもとに職員会議で話し合われ、職員間での共通認識を図られています。センターマットを使用している利用者が1名おられますが、本人、家族への説明及び同意により支援計画に位置付けて使用されており、解除に向けて取り組まれているところです。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止連絡会の委員をしており、職員と共に、利用者の方にとっての視点で常に現場で意識している。職員は「ささいなこと」と思わず、常に利用者の立場にたって、虐待防止に努めている。		

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	成年後見を利用されている方が3名おられるため、職員はその方とのかかわりを通して、学ぶことができる。また、介護支援専門員が自ら後見人を行っている事で、日常生活自立支援についても、学ぶことができる。		
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	契約時には施設の取組み状況や考え方、契約内容をすべて説明をしている。解約や退園では双方の理解で契約終了としている。退園後も、相談できるようにし、退園後の関係も築いている。		
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、家族からの会話で意見や要望を聞き、「家族との連絡ノート」を使用し、改善が必要と判断したものは、「口頭や申し送りノート」にて具体的改善を周知する。要望については「ヒヤリ・ハット報告書」を使用して改善に努めている。	利用者の意見要望は6か月に1回のアセスメント時や、日々の会話や様子から把握するよう努めておられます。家族には面会時に聴かれたり、意見箱を設置されています。出された意見は、職員間で共有し、改善が図られています。今年12月に無記名の家族アンケートを実施されたところでした。	出された意見は「ヒヤリ・ハット報告書」により報告し対応されていますが、職員が、ヒヤリ・ハットと利用者・家族からの意見を区別して対応できるよう整理されることが必要です。また、アンケートの結果が運営に反映されるよう取り組ま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回の全体会議、ユニット会議で、職員が発言する時間を設けている。また、職員の意見を掬えるように、「議題」を設けて、職員全員がその時にテーマに沿って要綱に記入して職員の意見が反映できるようにしている。	毎月のユニット会議や職員会議で職員からの意見を聞く機会が設けられています。出された意見については話し合わせ、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	職員の成果に対して、昇格や待遇面の評価を務めている。リーダー、副リーダーのポジションは、年功序列ではなく、若手でも、そのポジションを経験をし、やりがいが発揮でき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	職員育成「コーチング」「管理者研修」「リーダー研修」に参加をし、常に、職員一人一人の力が発揮できるように、リーダー含めて職員の活かせる特性を発揮できる業務を分担している。		
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	理事長がグループホーム協会の役員をしており、第1回管理者会議を今年度実施。他施設での勉強会にも誘われ「看取り研修」に参加。他施設の行事も互いに定期的に交流し、互いの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	サービス導入時に、現場職員と共に自宅や病院など事前に面会を行うように心がけている。本人と会話をしたり、自宅の環境を参考にしながら、安心して生活できるように努めている。		
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、困っている事、不安なこと、要望などを聴かせていただき、家族との信頼関係を築き、本人、家族、あずま園が共に連携できるように努めている。		
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	本人の思いを大切に、家族の思いを含めて、必要とされている「その時」の支援を提供できるように、他との関連機関と連携して、最適なサービスの対応に努める。		
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	運営理念1の最適なサービスについて、職員全体で具体的なサービスを常に話し合っている。担当職員が、「本人の思い、気持ちの聞き取り用紙」を基に、サービス計画に反映させて、サービス計画をもとにサービスの提供を行っている。		
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	職員は、常に本人は家族が1番であるという意識をしている。ご家族ができることは、本人と家族の為、職員だけで行ってしまうことは避けている。		
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	「私の思い・気持ち」の聞き取りシートで本人の馴染みの人や場の情報を得ている。地域のスーパーでの買い物、ピクニックでの外出、地域の小学校へ出むくなど、住んでおられた関係性の継続に取り組んでいる。	アセスメント時や日々の会話から馴染みの人や場所を聞き取るようにしておられます。自宅への帰宅や親戚の集まりに参加できるよう支援に努められています。	把握した馴染みの関係や支援の経過は、個人記録に整理し、職員で共有しながら馴染みの関係が途切れない支援に努められることを期待します。
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	利用者が他者とどのような関係性を築きたいのかを日々の支援記録やユニット会議を参考に、リビングでの席の配置、両ユニットでの交流、外出の参加者など、孤立にならないように努めている。		

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	契約終了前より、契約終了後も連絡をいただけるよう説明している。契約終了後も病院へのお見舞い、退院後も本人にあった他施設への情報を提供している。		
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	「私の気持ち・思い」シートを使用するなど、本人との日々の会話を大切に希望を知り、日々の支援に努めている。常に、本人を尊重し、できる限りの希望・要望に備えるように努めている。	利用者の思いや意向は、日々のかかわりの中で会話や表情などから把握するよう努められています。意思疎通が困難な方については、家族の方から情報を得るようにしております。	
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、可能な家庭には、自宅の生活を見せてもらっている。居室には、馴染みの家具や写真を置いている。本人が、馴染みの生活ができるように本人や家族からの話を聞き、これまで通りの生活ができるように努めている。		
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	1人1人の生活のリズムや心身状態が違うことを理解をし、支援記録に、本人が話をされた内容や表情、活動を記入し、職員同士の情報の共有に努めている。情報の共有をすることで、本人にあった支援に努めている。		
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	介護計画は6か月に1回行っている。本人は「私の気持ち・思い」シートで、本人の気持ちを聞き、記入。本人がより良く生活していたできるように家族の意見も参考にしている。常に介護計画は、本人の視点で作るように努めている。	アセスメントにより本人の思いを確認し、本人、家族、職員等で担当者会議を開催し、介護計画を作成しております。家族が出席できない場合は、電話で家族の意向を確認しております。日々のモニタリングの結果をもとに、毎月のユニット会議で確認し、6か月に1回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	支援記録の記入を大切にしている。本人が発言された内容、健康面、活動内容の記入を通して、職員が情報の共有。月1回のユニット会議で介護計画をもとに職員が意見や改善点を出して実践し、見直しの繰り返しに努めている。		
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	本人の生活は日々変化をしている。職員間で大切にしていることは、本人のニーズに臨機応変に対応することである。職員単独での判断は行わず、リーダー以上に相談をし、情報を周知をして、実行しながら、本人にあったサービスに変更する。		

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
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	ゆっくりと歩ける環境の中、近所の方と散歩でふれあっている。地元の魚や野菜が食卓にあがっている。地域のらっきよを漬けている。地域のコンサートや学校行事にもでかけ地域資源利用させていただいている。		
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した医療や家族の通院介助ができない時には、職員で対応している。医師が往診にもこれ、連携を密にした支援を行っている。	これまでのかかりつけ医や希望する医療機関に受診ができるよう支援されています。通院は基本的には家族が付き添いますが、家族が困難な場合は職員が同行し、受診内容は電話や毎月の便りで伝えておられます。また、定期的に協力医が往診に来られています。	
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	看護師とは健康管理、医療活用の相談など、行っている。看護師記録を通して、職員が医療面の把握を行い、看護師のアドバイスを現場でいかすことができる。夜間かかりつけの医院、病院の看護師とも連絡をとれる体制がある。		
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。	入院をされた場合、家族と密に連絡をとりあい、地域連携室と連絡をとり、治療の方針と退院後のアドバイスを受けている。本人が入院での環境の変化でストレスの負担を軽減できるようにお見舞いに行っている。		
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	重度化した場合、終末期のあり方についてあずま園での希望があれば、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享有するようにしている。看取りケアの研修にも参加をしている。	重要事項説明書に「利用者の重度化した場合における対応に係る指針」及び「看取り介護指針」を示されており、入居時に説明しておられます。本人、家族の希望にあった支援体制を整えるため、協力医療機関と連携を図られています。	
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	救命救急の講習受講や、施設内での救命講習を行っている。急変時マニュアルを基に訓練を実施し、職員が意見を出して、1秒でも早く対応できるように、全員が使いやすいマニュアルを目指し、検討を重ね変更を行って作成をしている。		
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	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。消火器の使い方の訓練も実施。地域の避難訓練場所として提供。台風時、町より避難が必要な場合、高齢者の介助の依頼あり。緊急連絡網で職員自宅待機とした。	年2回、消防署の協力のもと昼夜の火災を想定した避難訓練が実施されています。また、さまざまな災害に対応したマニュアルを整備しておられます。	火災以外の災害を想定した避難訓練を実施されるとともに、地域住民と連携を図り、具体的な協力体制を整備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
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	1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らっている。本人の既往歴を把握し、その方にあった対応をユニット会議などで話し合い、言葉遣い、振る舞いを常に意識するように心がけている。	一人一人の尊重やプライバシーについて、センター方式の様式「利用者の求める関わり方シート」を利用し、自己評価を行い、職員会議で話し合いをしておられます。	
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	本人の希望や思いを、会話の中からくみ取り、どのような支援をすることが、自己決定の支援につながるのか、具体的に実施できるように話し合い実践している。ケアプランが常に現場でいかせるように日々モニタリングを行っている。		
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、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	ケアプランを基に、本人のペースにそった1日が過ごせるように支援をしている。職員同士の気づきを全体で取り上げ、その気づきを全員で「申し送りノート」や「朝のミーティング」でとりあげ、職員全員が同じ方向性で支援できるようにしている。		
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	できる方は、服を選択していただく。毎月1回に訪問散髪に来られるので利用される。生活歴からその方の身だしなみを把握するよう努めている。		
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	食事の下ごしらえで材料を切ってもらっている。食事には職員がテーブルにつき一緒に食事をし、食事の会話を楽しむ。利用者は、食事前のおしぼり作りや食後のお盆拭きなど、準備や片づけなどできる事は行っている。	地元の新鮮な魚や契約農家からの旬の野菜、施設の手作り味噌を使い、職員の手作りにより食事が提供されています。メニューは配達された食材を見ながら利用者とともに決めておられます。利用者とは同じ食卓を囲み食事をされています。BGMとして童謡を流しておられます。	
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	栄養士が常駐していないので、他施設の栄養士や町へ相談できるようにしている。水分量は朝、昼、夕、夜間で欄をわけて、1500ccを摂取できるように努めている。水分の不足される方には、お茶ゼリーなどを作り水分摂取に努めている。		
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	歯科医師による、口腔ケアのアドバイスももらっている。県の福祉課の方より口腔ケアのアドバイスもいただいている。口腔ケアの実施をチェックをしている。口腔ケアの必要性を外部研修で学び周知をしている。		

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	1人ひとりの排泄パターンを確認し、トイレへの声掛けや案内をしている。自立に向けて、夜間のポータブルトイレの解除の取り組みを実行。おむつの種類なども話し合いをし、心地よく過ごしていただけるように努力をしている。	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で排泄できるよう支援されています。また、職員で話し合いながら、夜間でもトイレで排泄できるよう、自立に向けた支援に努められています。	
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	排便のリズムを看護師と相談をしている。食事では繊維質のものを取り入れるようにしている。職員で話し合いをし、飲むヨーグルトや寒天ゼリーの実施。歩行や運動を通して、自然な排便に努めるようにしている。		
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	「ええ湯だったなあ」と言っていただけのように、入浴に職員は心掛けている。本人の希望に添えるように日程を調整するようにしている。	入浴は、基本的に午後1時から4時の間に行われ、利用者の方は週に3回入浴されています。夜間入浴については、急変に対応できる体制が確保できないため実施されていません。	利用者の習慣やその時々々の希望に合わせて入浴できるよう、体制を整えら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々の状況に応じて、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	本人の体調、生活習慣を把握し、休息していただいたり、午睡をしてしている。毎日のベッドメイキングやシーツ交換など心地よく眠られるように心がけている。室温計を居室に置き、本人にあった室温を設定している。		
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	職員は、個人ファイルに服薬情報が記載されており、処方されたたびに確認している。受診記録に目を通し、病状と服薬の関係を理解をするように努めている。薬の主たる責任者に薬担当の役割を設けている。		
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	縫い物や洗濯畳、洗濯干し、野菜の下ごしらえは毎日行っている。食べたい物を一緒に手作りで提供している。ボランティアの方による演奏会では、着物の踊りや馴染みの曲と一緒に歌われる。		
49	(18)	○日常的な外出支援 本人が行きたい場所への散歩にでかけ、近所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	本人が行きたい場所へ散歩にでかけ、近所の猫や鯉やカモを見ながら会話をしている。小学校での行事に参加。ピクニックの行事では、コンサートなど音楽鑑賞や展示会に出かけている。	天気の良い日は職員とともに近隣を散歩したり、地域のマーケットへ買い物に行かれたり、ピクニックへ出かけられています。また、本人の希望に沿って、絵の展示会、音楽鑑賞などにも出かけておられます。	

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	ご自分でお金を管理されている方もおられ、一緒に買い物にでかけている。また、週に3回は地域のお店に買い物にでかけ、あずま園で必要なものを一緒に購入している。		
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	本人の希望があれば、電話を掛ける事ができる。県外の方より、絵手紙などが届くので、本人にお渡しする際、送り主の方についての事を話をされるので、会話を楽しんでいる。		
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	センター方式を利用して、本人にとっての生活音について検討している。必要ないときにはテレビを消し、馴染みの曲をかけるようにしている。光など明るすぎる時には、調整をするなど、その方にあった空間づくりに心掛けている。	ソファを座りやすいものに変えたり、食事等で使用される椅子は利用者に合わせ高さを調整されており、居心地のいい空間づくりに努めておられます。	
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	リビングソファや和室を利用して、利用者同士での会話が日常見られる。本人にとっていまのような空間が適するのかを職員同士で話し合い、居室で過ごされたり、反対ユニットや事務所などを利用して居場所づくりに心掛けている。		
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	自宅で使われていた馴染みの家具を持ち込んでいただいている。生活されてからの制作物や誕生者写真などを飾り、本人が安心して過ごせるように、担当職員が主となり環境の配慮を行う。	居室は、担当職員が主となり、利用者の思いを聞きながら好みのものを置かれ、安心して過ごせるよう努めておられます。神棚を設置されている方もおられます。	
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	全盲の方には、手すりに目印をつけて、ご自分で移動できるようにしている。トイレには「べんじょ」と掲示をし、ご自分でいく事ができるようにしている。畳とリビング段差もあり、上り下りもご自分でできる環境となっている。		

(別紙4) 平成 26 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	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26年11月12日	評価結果市町村受理日	平成27年2月19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26年12月10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)】

利用者の安全・安心・尊厳を大切にし、日々の利用者にあったりハビリ、歩行訓練を職員と共に作っている。医療機関や家族との連携を大切に、健康の維持、向上をあずま園の生活で行える場所として取り組んでいます。
 地域との連携では、町の取り組みのあいさつ運動に参加をし、小学校にでかけ子どもとのふれあいを大切にしています。学校行事にも出向き、地域との連携をはかっています。
 また、第8回となりました、さつまいもの苗植え、収穫祭には、300人近くの方が参加をし、地域住民、利用者家族、他施設の方にも参加していただき、地域との関係が深まっている。

【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)】

町のあいさつ運動で、利用者とともに定期的に小学校に出向いて子どもたちとあいさつを交わされるなど、子どもたちとのふれあいを大切にしておられます。また、今年で8回目を迎えた「あずま園収穫祭」では、朝早くからの準備にボランティアの方が協力されたり、炊き出しは地域の方がしてくださるなど、地域行事として定着しており、継続した地域交流が行われています。
 地元の新鮮な魚や旬の野菜、手作り味噌を使用され、喜ばれる献立を工夫し提供しておられます。

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 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	管理者と職員は月に1回の職員会で理念を全員で唱和している。5つの理念を職員と共に共有し実践している。また、副リーダー以上の会議にて、理念を具体的に現場で実施できるように話し合い、実行、見直しに努めている。		
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	定期的に外散歩にでかけ、地域の方と交流している。地域の店へ定期的買い物。地域掃除に参加、町の取り組み「あいさつ運動の参加」「あずま農園行事」など、地域交流を大切にしている。		
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	「認知症授業」で小学校の授業の講師として参加。園だよりや来園された時に、活動の説明により理解につなげる。「地域のいきいきサロンの方の行事参加」により、認知症の方と一緒に過ごしていただく。		
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、現場の情報を伝える。会議へ利用者の方の参加、会議参加者に現場を見てもらっている。会議で意見をいただいた内容を職員に伝え、改善点はいかす方向でサービスの向上につなげている。		
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	地域ケアネット会議や町主催の会議や研修に出席。町の実地調査等で指導していただいているので、利用者の方にあつたケアの改善や記録物の改善は、町の方に報告してから実施を行っている。		
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	職員は身体拘束のマニュアルを理解するように努めている。身体拘束につながらないケアを行っている。やむおえず、夜間個室対応の方にセンターマットを使用。身体拘束解除に向けて、下肢筋力などの向上を医師の指示のもと行い、解除に向けて努力している。		
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	虐待防止連絡会の委員をしており、職員と共に、利用者の方にとっての視点で常に現場で意識している。職員は「ささいなこと」と思わず、常に利用者の立場にたつて、虐待防止に努めている。		

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	成年後見を利用されている方が3名おられるため、職員はその方とのかかわりを通して、学ぶことができる。また、介護支援専門員が自ら後見人を行っている事で、日常生活自立支援についても、学ぶことができる。		
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	契約時には施設の取組み状況や考え方、契約内容をすべて説明をしている。解約や退園では双方の理解で契約終了としている。退園後も、相談できるようにし、退園後の関係も築いている。		
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、家族からの会話で意見や要望を聞き、「家族との連絡ノート」を使用し、改善が必要と判断したものは、「口頭や申し送りノート」にて具体的改善を周知する。要望については「ヒヤリ・ハット報告書」を使用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、ユニット会議で、職員が発言する時間を設けている。また、職員の意見を揃えるように、「議題」を設けて、職員全員がその時にテーマに沿って要綱に記入して職員の意見が反映できるようにしている。		
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	職員の成果に対して、昇格や待遇面の評価を務めている。リーダー、副リーダーのポジションは、年功序列ではなく、若手でも、そのポジションを経験をし、やりがいが発揮でき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	職員育成「コーチング」「管理者研修」「リーダー研修」に参加をし、常に、職員一人一人の力が発揮できるように、リーダー含めて職員の活かせる特性を発揮できる業務を分担している。		
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	理事長がグループホーム協会の役員をしており、第1回管理者会議を今年度実施。他施設での勉強会にも誘われ「看取り研修」に参加。他施設の行事も互いに定期的に交流し、互いの質の向上に取り組んでいる。		

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
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	サービス導入時に、現場職員と共に自宅や病院など事前に面会を行うように心がけている。本人と会話をしたり、自宅の環境を参考にしながら、安心して生活できるように努めている。		
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、困っている事、不安なこと、要望などを聴かせていただき、家族との信頼関係を築き、本人、家族、あずま園が共に連携できるように努めている。		
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	本人の思いを大切に、家族の思いを含めて、必要とされている「その時」の支援を提供できるように、他との関連機関と連携して、最適なサービスの対応に努める。		
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	運営理念1の最適なサービスについて、職員全体で具体的なサービスを常に話し合っている。担当職員が、「本人の思い、気持ちの聞き取り用紙」を基に、サービス計画に反映させて、サービス計画をもとにサービスの提供を行っている。		
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	職員は、常に本人は家族が1番であるという意識をしている。ご家族ができることは、本人と家族の為、職員だけで行ってしまうことは避けている。		
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	「私の思い・気持ち」の聞き取りシートで本人の馴染みの人や場の情報を得ている。地域のスーパーでの買い物、ピクニックでの外出、地域の小学校へ出むくなど、住んでおられた関係性の継続に取り組んでいる。		
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	利用者が他者とのような関係性を築きたいのかを日々の支援記録やユニット会議を参考に、リビングでの席の配置、両ユニットでの交流、外出の参加者など、孤立にならないように努めている。		

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	契約終了前より、契約終了後も連絡をいただけるよう説明している。契約終了後も病院へのお見舞い、退院後も本人にあった他施設への情報を提供している。		
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	「私の気持ち・思い」シートを使用するなど、本人との日々の会話を大切に希望を知り、日々の支援に努めている。常に、本人を尊重し、できる限りの希望・要望に備えるように努めている。		
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、可能な家庭には、自宅の生活を見せてもらっている。居室には、馴染みの家具や写真を置いている。本人が、馴染みの生活ができるように本人や家族からの話を聞き、これまで通りの生活ができるように努めている。		
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	1人1人の生活のリズムや心身状態が違うことを理解をし、支援記録に、本人が話をされた内容や表情、活動を記入し、職員同士の情報の共有に努めている。情報の共有をすることで、本人にあった支援に努めている。		
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	介護計画は6か月に1回行っている。本人は「私の気持ち・思い」シートで、本人の気持ちを聞き、記入。本人がより良く生活していただけるように家族の意見も参考にしている。常に介護計画は、本人の視点で作るように努めている。		
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	支援記録の記入を大切にしている。本人が発言された内容、健康面、活動内容の記入を通して、職員が情報の共有。月1回のユニット会議で介護計画をもとに職員が意見や改善点を出して実践し、見直しの繰り返しに努めている。		
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	本人の生活は日々変化をしている。職員間で大切にしていることは、本人のニーズに臨機応変に対応することである。職員単独での判断は行わず、リーダー以上に相談をし、情報を周知をして、実行しながら、本人にあったサービスに変更する。		

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
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	ゆっくりと歩ける環境の中、近所の方と散歩でふれあっている。地元の魚や野菜が食卓にあがっている。地元のらっきょを漬けている。地域のコンサートや学校行事にもでかけ地域資源利用させていただいている。		
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	本人のかかりつけ医との継続した医療や家族の通院介助ができない時には、職員で対応している。医師が往診にもこられ、連携を密にした支援を行っている。		
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	看護師とは健康管理、医療活用の相談など、行っている。看護師記録を通して、職員が医療面の把握を行い、看護師のアドバイスを現場でいかすことができる。夜間かかりつけの医院、病院の看護師とも連絡をとれる体制がある。		
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。	入院をされた場合、家族と密に連絡をとりあい、地域連携室と連絡をとり、治療の方針と退院後のアドバイスを受けている。本人が入院での環境の変化でストレスの負担を軽減できるようにお見舞いに行っている。		
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あずま園での希望があれば、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享有するようにしている。看取りケアの研修にも参加をしている。		
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	救命救急の講習受講や、施設内での救命講習を行っている。急変時マニュアルを基に訓練を実施し、職員が意見を出して、1秒でも早く対応できるように、全員が使いやすいマニュアルを目指し、検討を重ね変更を行って作成をしている。		
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	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。消火器の使い方の訓練も実施。地域の避難訓練場所として提供。台風時、町より避難が必要な場合、高齢者の介助の依頼あり。緊急連絡網で職員自宅待機とした。		

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	1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らっている。本人の既往歴を把握し、その方にあった対応をユニット会議などで話し合い、言葉遣い、振る舞いを常に意識するように心がけている。		
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	本人の希望や思いを、会話の中からくみ取り、どのような支援をすることが、自己決定の支援につながるのか、具体的に実施できるように話し合い実践している。ケアプランが常に現場でいかせるように日々モニタリングを行っている。		
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、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	ケアプランを基に、本人のペースにそった1日が過ごせるように支援をしている。職員同士の気づきを全体で取り上げ、その気づきを全員で「申し送りノート」や「朝のミーティング」でとりあげ、職員全員が同じ方向性で支援できるようにしている。		
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	できる方は、服を選択していただく。毎月1回に訪問散髪に来られるので利用される。生活歴からその方の身だしなみを把握するように努めている。		
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	食事の下ごしらえで材料を切ってもらっている。食事には職員がテーブルにつき一緒に食事をし、食事の会話を楽しむ。利用者は、食事用のおしぼり作りや食後のお盆拭きなど、準備や片づけなどできる事は行っている。		
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	栄養士が常駐していないので、他施設の栄養士や町へ相談できるようにしている。水分量は朝、昼、夕、夜間で欄をわけて、1500ccを摂取できるように努めている。水分の不足される方には、お茶ゼリーなどを作り水分摂取に努めている。		
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	歯科医師による、口腔ケアのアドバイスももらっている。県の福祉課の方より口腔ケアのアドバイスもいただいている。口腔ケアの実施をチェックをしている。口腔ケアの必要性を外部研修で学び周知をしている。		

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	1人ひとりの排泄パターンを確認し、トイレへの声掛けや案内をしている。自立に向けて、夜間のポータブルトイレの解除の取り組みを実行。おむつの種類なども話し合いをし、心地よく過ごしていただけるように努力をしている。		
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	排便のリズムを看護師と相談をしている。食事では繊維質のものを取り入れるようにしている。職員で話し合いをし、飲むヨーグルトや寒天ゼリーの実施。歩行や運動を通して、自然な排便に努めるようにしている。		
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	「ええ湯だったなあ」と言っていたけように、入浴に職員は心掛けている。本人の希望に添えるように日程を調整するようにしている。		
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	本人の体調、生活習慣を把握し、休息していただいたり、午睡をしてしている。毎日のベッドメイキングやシーツ交換など心地よく眠られるように心がけている。室温計を居室に置き、本人にあった室温を設定している。		
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	職員は、個人ファイルに服薬情報が記載されており、処方されたたびに確認している。受診記録に目を通し、病状と服薬の関係を理解をするように努めている。薬の主たる責任者に薬担当の役割を設けている。		
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	縫い物や洗濯畳、洗濯干し、野菜の下ごしらえは毎日行っている。食べたい物を一緒に手作りで提供している。ボランティアの方による演芸会では、着物の踊りや馴染みの曲と一緒に歌われる。		
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	本人が行きたい場所へ散歩にでかけ、近所の猫や鯉やカモを見ながら会話をしている。小学校での行事に参加。ピクニックの行事では、コンサートなど音楽鑑賞や展示会に出かけている。		

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
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	ご自分でお金を管理されている方もおられ、一緒に買い物にでかけている。また、週に3回は地域のお店に買い物にでかけ、あずま園で必要なものを一緒に購入している。		
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	本人の希望があれば、電話を掛ける事ができる。県外の方より、絵手紙などが届くので、本人にお渡しする際、送り主の方についての事を話をされるので、会話を楽しんでいる。		
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	センター方式を利用して、本人にとっての生活音について検討している。必要ないときにはテレビを消し、馴染みの曲をかけるようにしている。光など明るすぎる時には、調整をするなど、その方にあった空間づくりに心掛けている。		
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	リビングソファや和室を利用して、利用者同士での会話が日常見られる。本人にとっていまだのような空間が適するのかを職員同士で話し合い、居室で過ごされたり、反対ユニットや事務所などを利用して居場所づくりに心掛けている。		
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	自宅で使われていた馴染みの家具を持ち込んでいただいている。生活されてからの制作物や誕生者写真などを飾り、本人が安心して過ごせるように、担当職員が主となり環境の配慮を行う。		
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	全盲の方には、手すりに目印をつけて、ご自分で移動できるようにしている。トイレには「べんじょ」と掲示をし、ご自分でいく事ができるようにしている。畳とリビング段差もあり、上り下りもご自分でできる環境となっている。		

目標達成計画

作成日: 平成 27 年 2 月 17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	4	運営推進会議のメンバーが限られたメンバーであること。	運営推進会議のメンバーを地域の方をお願いをする。	利用者の方が散歩に出向く、近所の方や、地域のいきいきサロンの会をされている方へ参加を依頼する。	3ヶ月
2	4	運営推進会議で話あわれた内容をサービスの向上に具体的につなげているケースが少ない。	運営推進会議の内容を、具体的にサービスの向上につなげていくように、職員と共に実施する。	会議でいただいた意見から、サービスの向上につなげていける内容を日々の業務に明確化し、業務が的確になされているのかを、ユニット会議や職員会で取り上げる。	3ヶ月
3	10	家族、利用者の意見を、日々の「ヒヤリ・ハット報告書」と一緒に職員と周知している。	家族、利用者からの意見要望は、現場の「ヒヤリ・ハット報告書」内容と区別をすること。	現場による「ヒヤリ・ハット」とする内容の事柄と、利用者、家族からの意見要望は、別綴りをもうけて、意見要望が現場で改善できるようにする。	1ヶ月
4	20	生活やなじみの関係について、入居されてから、本人に聞き取りを行っている。また、家族との会話によって情報を得ている。	生活歴やなじみの関係についての情報を、本人がよりよい生活ができる支援につなげる。	生活歴やなじみの関係について、入居時に聞き取りするための様式を定め、関係を継続するためケアプランに結び付ける。	1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。