1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2874900265		
法人名	神戸聖隷福祉事業団		
事業所名	高齢者グループホームわらしべ		
所在地	兵庫県朝来市和田山町竹田1957-1		
自己評価作成日	平成30年12月16日	評価結果市町村受理日	平成31年3月18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	http://www.kai.gokensaku.nhlw.go.jp/28/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉市民ネット・川西		
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104		
訪問調査日	平成31年1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)】

・ベランダからは竹田城址が望め、山々に囲まれた環境で季節の移り変わりを感じることができる。
 ・施設内は日当たりが良く、開放的な共有スペースがあり、日々のレクリエーションだけでなく、ボランティアの方々や地元の保育園との交流会、ご家族参加の行事等、地域やご家族との繋がりを大切にしている。
 ・ご本人の希望に応じ、誕生日外出や故郷訪問等の個別支援を実施。

【第三者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)】

母体である法人が、当地に初めて福祉施設を開園して以来約40年が経過した現在、多くの福祉施設が点在する「福祉村」を形成するに至っている。事業所は平屋建ての瀟洒な日本家屋として建てられ、今年で15年目を迎えようとしている。法人はキリスト教精神に基づいて運営されているが、利用者、職員ともに宗派に関係なく門戸は開かれている。事業所の広いベランダからは、すぐ近くに桜並木が、遠くに竹田城が眺められ、利用者お気に入りの景色となっている。地域から多くのボランティアが訪問し、習字、歌、ハンドマッサージ、お手玉、大正琴や尺八などバラエティに富み、外出先はグラウンドゴルフ大会、紅葉狩り、ぶどう狩り、地区の夏祭り、室内では風船バレー大会や大運動会など、職員のアイデア満載のイベントが多い。今後とも、地域とともに歩む貴重な福祉資源として研鑽を積まれるよう期待したい。

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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)	○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	従来から行っている職員会議での理念の唱和、牧師からのメッセージに加えて、今年度から新たに理念の浸透のために作成された「神戸聖隷ハンドブック」を活用して共有し、実践に繋がれるように努めている。	法人の理念に基づいて職員全員が話し合って策定した接遇マナーを、「否定をしないで、まず受け入れる」など30枚の日めくり式の標語にし、毎朝一つずつ唱和することを今年度から始めた。その結果、慣れの中で漫然と行っていたケアを改める効果が有ったと、管理者は考えている。	
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人として日常的に交流している	加齢や重度化もあり、日常的に交流することは難しいが、個別に地域の生け花教室に参加したり、積極的に地域のボランティアグループの受入れを行い、地域の方々との繋がりが持てるように努めている。今年度は地元のこども園との交流会も実現できた。	事業所が主催する夏祭りには、地区の多くのボランティアが参加した。地域住民を招いた「感謝祭」には、父兄同伴で沢山の小学生が参加し、利用者との交流の機会にもなった。高校の学園祭に数名の利用者を引率し交流する中で、楽しい時間を過ごした。	
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	2名のキャラバンメイトがおり、昨年度はサポーター研修の講師として活躍できたが、今年度は職員不足の影響でほとんど活動できていない。 10月発行の機関紙の中で認知症ケアについて発信した。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実践、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	運営推進会議を2ヶ月に1回開催し、利用者へのサービス状況等を報告している。委員の方々からの意見を聞き改善等の参考にしている。 今年度から利用者1名が委員として会議に参加されている。	委員として、利用者、家族、地域包括センター、民生委員が参加している。身体拘束の適正化に関する事業所の指針を説明する中で、拘束の定義について説明した。活発な意見交換を行っており、毎回、利用者からも発言が有る。議事録は、次回開催時に委員にのみ渡している。	議事録を全家族に送ることによって、事業所の運営状況をPRするとともに、会議への参加を呼び掛けられたらどうであろうか。
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	朝来市内等のグループホーム連絡会や運営推進会議への出席の機会を通じ、実情の報告等を行うとともに市からの情報提供等をいただく等協力関係を築くよう努めている。又、市へは毎月実績を報告している。	隣接する市と合同で隔月に開催される事業所連絡会に参加している。7事業所が参加し、時には市も参加する中で情報交換を行っており、門扉の日中開錠など事業所の運営に反映していることもある。	
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	施設内研修会を2回実施(6月、9月) 今年度は1名センサーマットを解除し、身体拘束がゼロとなった。身体拘束以外の方法を検討し、本人主体のケアに取り組み、またご家族への説明と理解をいただくように心掛けている。 常時閉じていた門扉について、職員会議で議論し、10月より日中の開放を実施している。職員全体の意識は高まっていると感じる。	今年度初めに、身体拘束の適正化に関する事業所の指針を改定し、カンファレンスの記録と家族への説明書式も充実させた。管理者、ケアマネ、有資格職員などで構成する委員会を定期的に開催しており、内容に関して毎月の職員会議で職員に周知している。7時から16時の間、門扉を開放することによって、利用者を見守る職員の意識を高める効果があったと管理者は考えている。	

自己	者	第三	項目	外部評価	
				自己評価 実践状況	実践状況
7	(6)	○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	毎朝礼時には職員が考えた虐待防止の標語を唱和して意識付けを行っている。今年度は募集した全標語を日めくりにして唱和している。勉強会や年2回チェックリストを実施し自己確認する機会を設けている。	全職員が法人の「接遇ハンドブック」を携行するとともに、利用者への言葉遣いなどの接遇マナーを標語にして、毎日のケアに活かしている。法人のシステムである自己チェック項目は20項目に亘り、不適切ケアの判断基準表から具体的な事例を学んでいる。	
8	(7)	○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	法人の成年後見人制度活用推進委員としての取り組みや情報をご家族へ発信している。職員の学習機会は少ない。また現在は成年後見制度を活用されているご利用者はいらっしゃらない。	事業所開設以来、制度を活用した利用者はいない。意識調査の結果、家族は成年後見制度の内容は知っていても、利用についての関心が低いことが分かった。利用者それぞれに、キーパーソンとなる家族があるからだと思われる。制度を概説した資料は準備していない。	「法テラス」などが作成しているリーフレットを準備しておき、職員の研修材料にするのと同時に、契約説明時に家族に渡されたらどうであろうか。
9	(8)	○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	日程調整した上で、理解、納得いただけるような説明を心がけている。改定等の際には資料添付を行い質問等への対応も行っている。	重要事項説明書と契約書の内容を丁寧に説明し、納得の上での契約となっている。「緊急受診時の対応に関する確認書」によって、延命処置を希望するか否かについても確認している。	
10	(9)	○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	玄関に意見箱を設置しているが活用されていない。家族からの要望は面会や行事、サービス計画書見直し等の機会に伺うようにしている。また、運営推進会議において、運営に関する意見をいただき、できる限り支援に反映するようにしている。	家族との懇親会を開催しているが、話が出るのは利用者個別の話題であり、事業所の運営に反映させるようなテーマは無い。運営推進会議に出席している利用者からの「身体を動かす機会を増やしてほしい」という希望には、テレビ体操や時間を決めて散歩をすることで応えている。	
11	(10)	○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	年に一度は代表者と個別面談を行っている。また朝礼、各会議、日常会話等色々な場面を通じ、職員の意見を聞く機会を設け、できることから取り組む努力をしている。	職員の意見は、毎月開催する職員会議や日々の会話の中で聴く機会を持っている。地産地消が可能な地元の業者に食材を発注することで、食材の買い物に職員が半日費やしていた時間を、利用者のケアに振り向けることが出来、業務改善につながった。	
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	法人全体の取り組みの中で、評価、給与、育成等の整備に取り組んでいる。また、個々の資格取得等への配慮等も実施している。		
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	地域や法人内で開催される研修、GH連絡会が主催する研修等へは積極的に参加し研鑽に励んでいる。今年度も但馬長寿の郷が主催する介護職向け専門研修に6コース6名が参加した。職員会議では伝達研修を必ず行っている。		
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	朝来市・養父市のグループホームで作られたグループホーム連絡会を2ヶ月に1度開催し、意見交換や情報共有、研修やサービスの向上に向けての取り組みを行なっている。		

自己	者	第三	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	入所前にはご家庭等に訪問し、直接ご本人と面談し話を聞く機会を設けている。不安な時は必要に応じ家族の協力を求め関係作りをしている。		
16			○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入所前、入所後にも必要に応じご家族等との面談を行う。また、今までの暮らしの様子等をお聞きしたり記入していただき、生活状況、困り事、要望等の把握に努めている。面会時には近況報告をするなど言葉掛けに努めている。また毎月の近況報告を全ご家庭に郵送もしている。		
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	まずはご本人、ご家族の思いをお聞きし、尊重して「今、何が必要か」を見極め、他サービスの情報提供も含めた対応に努めている。		
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	職員は、様々な生活の場面（掃除、洗濯物を干す、たたむ、片付ける、ゴミ捨て等）で役割を持っていただけるように支援し、互いに助け合う関係を築くように努めている。食事と同じものをいただき、ともに暮らす関係を築いている。		
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	近況報告・面会等で現状をお伝えし、ご家族と連携を図りながら利用者の支援について考えている。自宅への外泊、ご家族との外出、受診の付き添い等も協力依頼し、ご家族との絆を意識した支援を行うようにしている。		
20	(11)		○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	ご家族、知人等の面会についてはいつでも受入れが可能である。ご利用者の故郷訪問や友人宅への訪問等も積極的に支援を行っている。	利用者から希望を聴いて実現する「故郷訪問」を個別支援の一環として続けている。訪問先は、自宅、墓参、友人宅などで、家族の協力を得ながら職員がマンツーマンで支援している。定期的に来訪する習字、ハンドマッサージ、余興などのボランティアが利用者にとって新しい馴染みとなっている。	
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	利用者の関係性を重視した食事席の配置を行うようにしている。行事やレクリエーション等の機会を通して利用者同士が触れ合える場を作っている。		
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	サービス終了後のフォローはほとんどできていない。		

自己 者 第三	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
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	(12) ○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	生活の中での会話、プラン作成時等一人ひとりの思いや意向を聞き取り、可能な限りプランに盛り込むようにしている。また、家族の意向等も必ず尋ねている。	コミュニケーションが難しい利用者があるが、耳元で話し掛けたり、表情や身振り手振りで意向を判断している。新しく分かった利用者の意向については、ユニット別の連絡ノートやケア記録へ記載して職員間で情報共有し、内容によっては介護計画に反映させている。	
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	生活歴、馴染みの関係、生活環境の把握については、ご家族等から聞き取りやシートに記入してもらう等している。又、本人との会話などから把握す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	毎日の生活状況、身体状況等はケース記録に記入し全職員が利用者ひとり一人の現状を把握した上で介護にあたるように心掛けている。 基本的な生活サイクルはあるが、本人の体調やお気持ちに合わせて食事時間の変更や入浴日の変更等、臨機応変に行っている。		
26	(13) ○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	介護計画は食事、排泄、入浴、医療、余暇等、項目毎に本人に意向を聞き作成。ご家族にもケアについての相談や協力を依頼し、ご本人の意向を共有するようにしている。また、医療や食事に関することは主治医に確認を取って介護計画に取り入れている。毎月のユニット会議と3か月毎のモニタリングを行い支援の確認を行っている。	利用者の主担当職員が情報をまとめ、毎月のユニット会議でプランの評価と見直しを行っている。介護計画の長短目標に関する各ニーズに対して具体的なサービス内容を20項目上げ、各ユニットごとに全利用者分をファイルしている。しかしながら、日々のケアにおいて参照しやすく、従って3か月ごとのモニタリングにも運動していない嫌いが有る。	利用者が必要としているサービス内容を参照しながら職員が日々のケアを行い、サービス内容ごとの出来不出来(○△×)を集約した形で、モニタリングが出来る書式の考案が待たれる。
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	各ユニットで情報伝達、共有のためのノートを活用している。全職員が必ず目を通し、利用者の日々の状態を把握するようにし、共通のケアが行えるように努めている。		
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	必要に応じた病院等への受診、馴染みの場所への外出等、個々のニーズに応じた支援に取り組んでいる。また高齢化・重度化への支援も都度検討し対応できるように努めている。		
29	○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域のボランティアの方々の協力を得たり、近隣施設や病院等とは常に良好な関係を保ち、何かあれば支援していただける体制作りにも努めている。		

自己 者 第三	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
30	(14) ○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	利用者や家族が望まれる医療機関を利用し、継続的な医療ケアが提供されるようにしている。体調変化等により新しく受診する場合についても家族へ確認をおこない受診している。 現在3名の利用者がわらしべ内で在宅医療を受けている。	かかりつけ医の選択は自由で有るが、全利用者は管理医により毎月1回の定期的な訪問診療が受けられ、法人の看護師との連携により健康管理を行っている。毎週、地域の在宅診療医の診察を受けている利用者もある。必要に応じ歯科や眼科の往診もあり、利用者と家族の安心に繋がっている。	
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	同法人内の看護師の協力にて利用者の健康管理や医療相談、処置の支援を得ている。また、かかりつけ病院、協力医療機関の看護師へも必要に応じ連絡し適切な受診や判断が得られるように努めている。3名の利用者が訪問診療・看護のサービスを受け、適宜相談に乗ってもらっている。		
32	(15) ○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。	利用者の入院時には、家族の了解を得た上で病院スタッフとの面談に同席する等、利用者の入院中の経過報告を受けやすい体制づくりや退院に向けてのスムーズな対応が出来るよう連携を深めるよう努めている。 入院時には頻りに面会に行き、状態の確認と把握を行っている。	入院は、市内の協力医療機関であるが、急性期を脱すると早い段階で退院を勧められる。骨折で入院した利用者がいたが、不穏症状が悪化した事もあり、職員が再三面会に行き家族の強い希望もあり早期に退院した事例もある。入院時の居室確保期間は1か月としているが、早期に退院できる様支援している。	
33	(16) ○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	重度化に対しての対応は法人内の特老との連携を図り、利用者、家族へサービス変更等の情報を提供している。終末期における対応については協力医療機関との連携のもと、家族への説明、理解、協力を得ながら進めている。	契約時に重度化や緊急時の対応に関する指針を示し同意を得ているが、終末期は、医師の指示の下家族の意向を確認し同意書もらっている。事業所での看取りは殆どなかったが、今年度数名の看取りをした。一部の職員は看取り経験者で有り、それぞれの事情が違う事を感じたが、看取りの振り返りや研修はしていない。	法人の中期計画に看取りの取り組みが掲げられており、看取りへの対応を再度確認して、振り返りや研修をされてはどうだろうか。
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	AEDの設置。 緊急連絡網の点検と確認、緊急時の対応の確認など、利用者の急変や事故発生時の備えとしてマニュアルの作成と救急法やAEDの訓練も実施している。講習会へも参加している。		
35	(17) ○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回の消防署届出の訓練や、毎月の日中、夜間、地震等の避難訓練を実施し、全職員がどのような対応をすれば良いか、利用者が慌てず行動できるように訓練を実施。またサイレン付パトライトを設置し火災等の時は地域、近隣施設を巻き込んだ形での協力が得られるようにしている。	年に2回の消防署届出の定期的な訓練の他に、毎月、想定や方法を変え実施している。リビングの壁に地震時の避難方法を絵で示し、避難時、外部の誰でもわかる様個人の移動方法を表示している。事業所に隣接して職員寮が有り、緊急時は応援体制が取られる。非常時の持ち出しファイルも整え、非常時の防災備蓄も確保している。事業所は福祉避難所に指定されている。	

自己 者 第 三	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	(18) ○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	毎月のユニット会議で個々を尊重した支援について話し合っている。 プライバシー保護のため居室トイレにカーテンを設置した。居室入口のドアはご本人の希望に応じて対応しているが、開けておきたい方へはのれんをつけさせていただく等プライバシーへの配慮を行っている。	利用者には名字に「さん」を付け呼んでいる。排泄誘導時は耳元で「お部屋に戻りましょう」の声掛けて誘っている。利用者の言動を先取りしない様、利用者本位の自立支援に心掛けている。訪問診療医の診察は利用者の居室で行っている。	
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	一方的な声掛けを控え、利用者のペースに合わせることを心がけている。利用者へ選択の機会、自己決定の機会を提供できるよう努め、利用者の思いや希望が表出できるように努めている。		
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	食事の時間や入浴等施設の日課はあるものの、強要はせずにご本人の希望やペースに合わせた暮らしの支援に努めている。		
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	散髪については、希望にてほぼ全員が2か月に1度の訪問利用を利用し、希望するスタイルにカットしていただいている。衣類については、季節や清潔感、利用者の好み等に配慮し、支援の必要な方に対しては、利用者と職員で決定している。 入浴時には一緒に着替えを選んでいただくようにしている。		
40	(19) ○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	利用者の誕生日には希望献立を提供している。 アレルギーや禁止食の提供に加え、好みについてもできる限り対応している。 野菜の下準備や盛り付け、片付け等も一緒にできるように取り組んでいる。また、行事としておやつ作りや夕食作りを計画・実施している。	職員が献立を作成し食材は業者に発注し、毎日配達され届いた食材を手作り調理している。食事の質を上げる取り組みとして、地産地消の考え方を取り入れた結果、食事が美味しくなったと好評である。職員は同じ食事を一緒に食している。利用者が調理やおやつ作りに参加したり、食後は同じ食器を重ね片づけている。誕生日には希望献立が提供される。メニューは利用者の目に触れず、説明も行っていない。	掲示板等にメニューを掲げ、利用者がメニューを見て想像する時から食事を楽しむ時間にされてはいかがか。
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	同法人の栄養士に栄養バランスや個々の利用者の栄養状況等の確認をしていただくなどの取り組みを行なっている。また、個々の状態に合わせた食事形態で提供し、介助が必要な場合は実施している。水分摂取は積極的に勧めている。食事量、水分量は記録に残し、必要に応じて医師の指示の下で捕食も提供している。		

自己 者 第 三	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
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	起床時、毎食後の口腔ケアを実施している。また、毎晩洗浄剤を使用し義歯の清潔保持に心がけ体調管理に努めている。利用者個々の状態により職員が支援している。		
43	(20) ○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	定期的な声掛けや誘導を行う等、個々の状況に応じた支援を心掛けている。例えば失敗が増えた方に対しては24時間シート等を活用し、現状把握を行った上で適切な支援を行えるように努めている。また排便については医師の指示の下で服薬調整を行い、トイレでの排泄ができるように支援している。車椅子の方も可能な限りトイレを使用し、安全な介助を心がけている。	布パンツとリハビリパンツ使用を含めた、ほとんどの利用者がトイレで排泄している。おむつやポータブルトイレ使用者もあり、それぞれに合った排泄支援をしている。排泄の失敗の恐れがある利用者には介護計画に24時間シートを活用し、排泄パターンを把握した対応をしている。	
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	必要に応じてかかりつけ医とも相談しているが、主に服薬の管理が中心となっている。水分摂取は積極的に勧めているが、食べ物の工夫は十分ではない。		
45	(21) ○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ず、個々にそった支援をしている	ご本人への事前の声かけを行い、体調不良で入浴出来ない時は、翌日に声掛けするなどご本人に合わせて入浴できるようにしている。入浴日以外に希望がある場合は可能な限り対応するよう努めている。時間帯については職員や業務の都合になることも多い。	入浴日は1日おきに設定しているが、利用者の希望に応じ柔軟に対応している。入浴を楽しむための入浴剤や季節によってはゆず湯等を取り入れ、気分転換を図りながら、職員はゆったりと入浴できる様支援している。重度の利用者には座面昇降リフトを使用している。	
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	入居前の生活習慣を継続しつつ、日中活動等へお誘いし、夜間の安眠へ繋がるよう心掛けている。また、夜間眠れない時は夜勤者と一緒に過ごす等安心して入眠できるようにしている。不眠が続く場合は医師への相談、助言を受けている。		
47	○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	職員は、病院受診時に処方された薬について効能や副作用について理解するよう努め、利用者が正しく服薬できるようにしている。服薬後の状況の確認も行ない、次の受診時には報告等も行なっている。配薬ミスや飲み忘れ、飲みこぼし等の薬に関するヒヤリハットについて、都度ユニット間で対策を講じ再発防止に努めている。		

自己	者	第三	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	
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	個々の生活歴や性格、残存能力を活かせるように支援を行い、役割りを持って生き生きと暮らして行けるように工夫している。余暇時間には塗り絵、習字、歌、ゲーム等の楽しみごとの提供を行い気分転換に繋がるように努めている。			
49	(22)		○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	ご本人の希望による買物、外食、地域行事への参加等外出の機会を設けている。今年度はご家族の協力を得て、地域での生け花教室への参加や故郷訪問、ぶどう狩りに出かけた。5名の希望者で大衆演劇も見に行った。	地域の公民館活動の生け花教室や故郷訪問、ぶどう狩り、大衆演劇等それぞれの希望に応じ出かけている。食材購入に出かける必要がなくなった分、利用者が職員と一緒に買い物に出掛ける機会が多くなった。		
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	紛失等の問題で個人が所持されているケースはない。外出時は小口現金(小遣い)から自由に使えるようにしている。			
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	年賀状を書く、発送するなどの支援や電話を掛けたいと希望される方については、電話を掛ける・繋ぐといった支援をしている。			
52	(23)		○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	利用者にとって安らげる空間であるように、季節の花を飾り、光、温度等には注意し快適に生活できるように心がけている。ユニット毎に折り紙や壁面等を飾り、季節を感じるような工夫もしている。	事業所は自然に囲まれ、建物内から季節が感じられる。リビングは広く天井が高いため明るくゆったりした空間である。広いベランダが格好の歩行訓練の場所に成り休憩用に椅子が置かれている。リビングから居室や浴室まで移動しやすいレイアウトで、それぞれの場所で気の合う利用者同士テレビを見たりくつろいだりしている。		
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	各ユニットには、共有する空間があり、おやつ時間にはその場でくつろいだり、テレビを見るなど憩いの場所を提供している。また、食堂は調理場と対面式になっており、カウンターをはさみ見守りの中で会話を楽しめるような工夫もある。逆に、気の合わない方同士への配慮も行っている。			
54	(24)		○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	入所時には、自宅で使用していた馴染の家具や生活用品の持ち込みを勧め、配置についてはご本人と相談し、使いやすく安全な配置を工夫し、居心地の良い場所となるよう配慮している。また、家族写真や仏壇を置かれている方もある。	床や天井は木造であり、木製のベッド使用者が多く温かみのある居室と成っている。利用者の身体状況等により、手すり代わりにタッチアップを置いたり、トイレへの動線に配慮した工夫をしている。家族の写真や自宅で使用していた馴染みの筆筒や椅子、テレビなど自由に持ち込み落ち着いた雰囲気がある。		
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	居室内でベッド・家具の配置の工夫や転倒予防へつながる環境づくりを行い、一人ひとりの力を活かした生活ができるように努めている。ベッドをトイレの近くに配置しておられる利用者が多いが、安全と自立の両立のための対応である。			

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	4	・運営推進会議の議事録は委員にのみ渡しており、家族は運営状況を知る機会が少ない。	・家族に事業所の運営状況をPRする。 ・運営推進会議への参加に繋げる。	・全家族への運営推進会議議事録の送付。 ・家族を招待する行事等で運営に関して話し合う機会を持つ。	9月
2	26	・介護計画の各ニーズに対して、日々のケアにおいて参照しずらく、モニタリングにも連動していない。	・利用者が必要なサービス内容を参照しながら職員が日々のケアを行えるようにする。 ・モニタリングの新しい書式の考案。	・記録システム「ほのぼの」の包括的自立支援プログラムの使用の検討。 ・他施設の取り組みを学ぶ。	12月
3	33	・終末期の対応について、経験、知識、研修等が十分ではない。 ・事業所の方針の共有、職員の意識統一が十分に図れていない。	・看取り支援の充実。	・重度化した場合や終末期のあり方について、利用者本人や家族も含めて十分な話し合いの機会を持ち、方針を共有できるようにする。 ・看取り支援の確認、振り返りや研修会への参加等を通して職員へ啓蒙して行く。	12月
4					月
5					月