

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1490500103
法人名	株式会社 白寿会
事業所名	グループホームふあいと天神橋
訪問調査日	2019年1月31日
評価確定日	2019年3月31日
評価機関名	(株)R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 30 年度

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	1490500103	事業の開始年月日	平成19年6月1日	
		指定年月日	平成19年6月1日	
法人名	株式会社白寿会			
事業所名	グループホームふあいと天神橋			
所在地	(〒232-0033) 横浜市南区中村町5丁目317-3			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名	
		ユニット数	2ユニット	
自己評価作成日	平成31年1月7日	評価結果 市町村受理日		

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

ご入居様がそれぞれの持っている力を用いて、家事、ご入居様同士の助け合い等を通して共同生活を送りながら、ご自身のペースで安らぎある生活を送っているホームです。その人の持っている残存能力、できることを見出す支援を行うよう、職員一同取り組んでおります。、年々、地域との関わりを深められるよう、地域との交流、運営推進会議の充実、相談、助言をホーム運営へ活かせるよう努力しております。これからは運営推進会議との連携を強化していきたいと思ひます。また、いつ起こるかかわからない災害の為、防災訓練を定期的に行えるように努力しています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成31年1月31日	評価機関 評価決定日	平成31年3月31日

【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)】

●この事業所は、株式会社白寿会の経営です。株式会社白寿会・医療法人社団平平會グループとしてクリニック、訪問介護、居宅支援、看護小規模多機能型居宅介護、小規模多機能型居宅介護、グループホームを展開しており、医療と介護の連携を目指しています。グループでは横浜市を中心、川崎市、鎌倉市でグループホームを運営しており、横浜市に7ヶ所、川崎市に1ヶ所、鎌倉市で2ヶ所、全体で10事業所あります。ここ「グループホームふあいと天神橋」は横浜市営地下鉄「吉野町駅」から滝頭または磯子車庫行きのバスに乗り「天神橋」下車して徒歩3分程の掘割川沿いに面した住宅地に位置しています。
●管理者は事業所の開設時から職員として勤務しており、ユニットリーダーを経て管理者に就任し、今年で2年目を迎えています。管理者は「その人らしい生活が出来るように」をケアの方針に掲げ、事業所では「パーソン・センタード・ケア」の考え方を取り入れたケアを実践しています。利用者1人ひとりの「①性格や傾向、②生活歴、③健康状態や感覚機能、④その人を取り囲む社会心理」に着目して、その方を理解し、残存能力や出来る事を見出しながら、利用者の求めていることを理解するための「職員の心得5カ条」を事務所内に掲示して、統一したケアが行えるよう、職員に周知しています。
●地域との交流については、町内会のお祭りやリサイクル活動、防災訓練等に参加することで交流の幅を広げられるようにしていますが、今年事業所主催の行事に地域の方にも声かけして参加頂く行事の開催までは至らなかったため、次年度は地域の方にも参加して頂ける行事を開催したいと考えています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	ふあいと天神橋
ユニット名	だいち

V アウトカム項目	
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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 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
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 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

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ます。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 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
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：9, 10, 19)	1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3. たまに
	4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	地域の福祉向上、地域との交流を施設理念に掲げて職員がいつでも見れる場所に掲示している。ただ抽象的なため状況の変化に即しての具体的な理念の再考をしている。	法人の理念「ご利用者の安心と尊厳ある生活を実現する為に、真心のこもった態度で、誠意ある快適な環境を提供致します。」は各ユニットの入り口に掲示していますが、より具体的に分かりやすくしたものを職員と話し合って作成して事務所に掲示し、事業所で目指しているケアの根本をいつでも振り返れるようにしています。		今後の継続
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	地域の方々との挨拶等は交わしているがなかなか認知していただけてはいないと思う。町内会を通して交流の幅を広げられる様、夏祭りへの参加、町内リサイクル活動への関わりを持っている。	町内会に加入しており、町内会のお祭りには毎年利用者をお連れして参加し、屋台での買い物を通して社会性を維持できるように支援しています。また、町内会のリサイクル活動(資源ごみ)や防災訓練にも参加し、町内との関りや協力関係の構築に努めています。事業所のクリスマス会にボランティアの方をお呼びして、フラダンスを披露して頂いています。		今後の継続
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	運営推進会議、民生委員との相互連絡により認知症の高齢者の地域での情報は時折伺っているが、見学等を通して将来の入所につなげられるような努力も必要と思う。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議において、各入居者の日常生活の報告を密に行い、事故報告、事業報告、また困難事例に対する助言を、地域包括よりのオブザーバー、民生委員に受けている、入居者代表にも参加いただいている。ホームへの要望も言っていただけるように取り組みたい。	運営推進会議は町内会長、民生委員、地域包括支援センター職員、家族の参加で2ヶ月に1回奇数月に開催しています。事業所の現状や活動報告を中心に、地域行事や独居の高齢の方の情報提供を頂くこともあります。参加者の方から頂いた意見等は第三者からの貴重な意見として、サービスの向上につなげています。		今後の継続
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	南区担当者とは現在非常に良い関係を保っており、相互に協力し合っている。これからも良い関係を継続していきたい。	生活保護受給者の受け入れを行っている関係で、南区の生活支援担当者と連絡を密に取り合う等、良い関係を構築できています。2~3ヶ月に医会は担当者の来訪もあり、その際に日々の様子等を細かく伝えていきます。また、地域包括支援センターからも困難事例の相談を受けることもあり、その際は出来る限り対応しています。グループホーム連絡会や行政からの研修案内等も来ていますが、現状は参加出来ていません。		今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束は一切行っていない。玄関施錠も日中に行っていない。が無断外出が続いた際に例外的に収束するまで限定にて行い、夜間帯は防犯の為施錠している。現在入所間もなく居宅時に無断外出で何度も警察に保護された入居者がいる為、特に所在の確認には留意している。	日中は玄関の施錠は行っていませんが、帰宅願望の強い方がいるため、ユニットの出入り口は施錠しています。身体拘束については、法人の研修やユニット会議でマニュアルを基に事例検討会を行っており、身体拘束に関する理解と知識を深めています。更に研修終了後はレポートを提出して、職員の理解度を確認しています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	虐待防止の徹底についてはホーム内にて研修を行い、各自レポートを提出してもらい、再確認してもらっている。職員同士でも相互確認している。		
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	現在は一階ユニットには、成年後見人を利用している入居者はいないが、新しく入居予定者には法定後見人が関与しており、連携した援助となっていくと思われる。		
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	契約に関する説明と納得については本部担当者が重要説明事項等を説明し理解を得ている。また、後の家族等の疑問にも説明を行っている。肖像権等新たに意思の確認、契約が必要な場合は随時、家族本人に説明し、署名捺印をいただいている。		
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並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	運営推進会議、アンケート、訪問時の話し合い時に意見を収集し、運営に反映させられるように努力をしているが、更に苦言も発信してもらえるような努力も必要と思われる。(クレームが無いため)	家族の面会は、多い方は毎日、少ない方でも3ヶ月に1回程の頻度で事業所に来られるので、その際に日頃の生活の様子と併せて意見や要望を聞いています。運営推進会議や電話連絡した際、年1回の外部評価でも家族の意見や要望を収集し、運営に反映させるように努めています。家族からの意見や要望があった際には、申し送りや記録に残して職員間で情報を共有しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	日常的に職員の意見、提案は聞くようにしている。ユニット会議、申し送り時間に話も聞いている。また職員のマニュアルを遵守したうえでの自主性も尊重することが重要と思う。	管理者は日頃から現場に入ることが多く、その都度職員からの意見や提案を聞いています。また、職員が居心地良く働ける環境整備にも力を入れており、普段から積極的に職員とのコミュニケーションを図りながら、気兼ねなく発言できる雰囲気作りにつなげています。職員が自主的に動けるようマニュアルの整備や月1回のユニット会議で発言を促す等の工夫も行っています。	今後の継続	
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	定期的に査定は行い、賞与、昇給時には本人の実力、に即しているかどうかは判断できない。が、職能を反映した賃金体系ではない為、実力に比例した賃金であるとは言い難い面もある。有給消化率は人手不足の現在でも減少することなく推進していきたい。			
13		○職員を育てる取組み 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	基本的には0JTでの教育となっている。職員全員がオールマイティに自発的に情報共有して業務に取り組むトレーニングを目指している。以前法人内で新入社員に行っていた習熟度チェックが無くなってしまったので、今後の課題である。			
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つくり、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組みをしている	同業者との交流は地域ケアプラザとは保たれているが、それ以外は交流が出来ていない。			
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居の初期段階で本人の主訴を把握する努力を職員各人が行っていると思われる入居前の過去の生活歴、家族関係の把握はし切れていない場合もある為、日常の援助の中で行っている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	利用初期の場合は面談時に特に家族等の不安、要望を聞く事に努めている。家族がいない場合、連絡不能な場合は、本人の意思を引き出せるようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入所時アセスメント、面談をふまえて、まず、暫定ケアプランを作成して2か月後に見直しているが、見極めには、実際には時間を要する場合が多い。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	グループホームの基本に沿い、ともに生活する姿勢で支援に当るよう、各職員努力している。入居者同士での助け合いも見られ、共に生活する関係も出来ている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	利用者の家族とは、日常の報告をして、生活の様子を知らせるようにしている。家族の絆を途切れさせないように、受診等も協力願っている。家族からは、受診、散歩、外出支援に於いてご理解頂き、協力していただいている。		
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う、支援に努めている	頻りに家族が訪問する利用者と音信不通な家族、家族の居ない利用者とは様々であり、友人が訪ねてくれる利用者もいる。	近所に住んでいた方で友人が訪ねて来ることもあり、来訪時には職員一同で歓迎し、また足を運んでもらえるように声掛けしています。中には手紙や年賀状のやり取りを継続されている方、電話がかかってきて取り次いでいる方もいます。また、家族と一緒に墓参りに行かれています方もおり、これまで築き上げてきた馴染みの人との関係を継続出来るように支援しています。今後は、現在入居している方だけでなく、退去された家族にもお便りや年賀状を出すことを検討しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士がお互いに出来ない事を補い合って生活できるようなホームになっていると思う。自立度の高い入居者は、重度の入居者に自分のできる範囲での手を差し伸べてくれている。お互いに危険行為とならないよう、職員は対応している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	特養入所等で退所された入居者のご家族とはその後の様子について連絡あり関係は継続している。が年月が過ぎていくと音信は研がれがちではある。		
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。	自分の意思をなかなか表明できない入居者の自己決定こそできるような支援を心がけている。（自分の希望を伝えられる入居者以上に）、て意思表示をできない入居者の代弁は重要と考えて、意向の把握は日常の交流を通して意思の把握に努めている。（訪室時、入浴介助時などの機会に）	入居前のアセスメントで医療、生活歴、ADL、暮らし方の希望について話しを伺いながら、思いや意向の把握に努めています。アセスメントで得られた情報を基に、日々の関りや会話の中で本人が発した言葉や職員の気づきは個人履歴に記入して情報を共有しています。管理者は我慢や遠慮している方こそ、思いや意向を聞く必要があると考えており、心身共にリラックスしている入浴介助時に、時間をかけて話を聞くようにしています。	今後の継続
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	入居前のアセスメントでは不十分なため、日常の会話の中で把握するようにしている。また、ご家族からも入居前、入所後と情報提供頂けるよう、協力いただいて把握に努めている。本人のふとした発言から生活歴の詳細がわかることも有る。		
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	重介護度の入居者であっても入居者自身のストレングスの把握に努め、自立支援に勤められるように全職員が心がけていると思う。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	介護計画のモニタリング、ケアプラン作成シートをもとに、介護計画原案を作成し閲覧、意見、アイデアを集約し本案につなげている。本人家族には説明と同意を得ている。モニタリングは介護計画見直しの為の材料の為、各職員が参画するように各自が携わっている。	アセスメントで得られた情報を基に2ヶ月程度様子を観察して、情報を収集しています。その後は、アセスメントの情報や様子を観察して得られた情報を基に介護計画を作成しています。毎月ケアプランチェックシートを基にモニタリングを行い、意見や気づきを書き込んでいき、ケアプランチェックシートを基に介護計画を作成しています。短期目標は6ヶ月、長期目標は1年で見直しを行っています。	今後の継続
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	個別記録には、本人の状態、ケア内容を詳細に記入している、記録の閲覧による情報共有の結果をもとに介護計画原案作成に役立て日々の介護に役立てるようにしている。また夜間の巡回時の様子についても詳細にこれからも記録していきたい。		
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	事業所の多機能化には、対応できているとは言えない。難しい課題とは毎年自覚している。介護保険外のサービスの開拓に努力していきたい。		
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	フォーマル、インフォーマルを含めて地域資源の調査整理をし、本人のストレングスを引き出し、豊かな生活に結びつけたい。社協のお散歩ボランティア、将棋ボランティアの活用は行ったことがあるが、今後は、動物とのふれあい、傾聴等のボランティアを招聘しようと思っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	週1度の訪問診療でかかりつけ医の診察を受け、専門的な診察が必要な場合は紹介状持参での専門治療等の為外部受診にて対応している。	法人の提携医から月2回の往診と看護師の巡回が週1回あり、利用者の適切な健康管理が行われています。主治医の往診、看護師の巡回時には職員も同席して日々の様子や気になる点を伝えることで、適切な医療連携が図れるようにしています。歯科は毎週往診があり、口腔ケアと必要な方のみ治療を行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	看護職員には、週一回の訪問により状態把握、処置等をしてもらい、入居者の異変を察知した場合、または判断に迷った時は即座に連絡し、指示を受けて入居者対応している。医療連携は出来ていると思う。		
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、また、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。又は、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。	入院時に病院相談者とは綿密に連絡を取るも制度上、入院可能な期間が短くなっており、再入院、リハビリも不十分で退院してくることがある。		
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	重度化に備えての説明、同意は家族、関係者との間で入所契約時より交わしている。終末期の看取り対応は対象者がいたが、疾病治療で一時的にでも苦痛を取り除くことが出来たため、ご家族と時期を見極めての選択とした。	入居時に重度化した場合における指針を説明し、延命治療の確認と合わせて同意書を取り交わしています。重度化してきた際には、家族、医師、看護師、管理者による話し合いの場を設け、今後の方針を決めたうえで再度、同意書を取り交わしています。事業所では看取りを行う方針としており、穏やかな最期が迎えられよう支援しています。	今後の継続
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	急変時、事故発生時はマニュアルに沿った対応を取れるように会議、申し送りの時間にしている。夜勤対応もある為、すべての職員が冷静に対処できる力を身につける必要がある。		
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	地域との連携は推進会議等を通じてなされており、防災マニュアルは完備されているが全員に周知徹底できるよう熟読レポート提出とした。今年度は消防署指導の防災訓練、ホーム独自の津波を想定した防災訓練を行い、町内会の防災訓練にも参加した。	防災訓練は年2回実施し、うち1回は消防署職員に立ち合いをお願いしています。防災マニュアルを完備していますが、昨年までは全職員への周知は出来ていませんでしたが、熟読レポート提出としたことで、全職員への周知徹底が図られました。今年度は、火災想定に加え、津波想定で1階の利用者を2回へ誘導する訓練を実施しました。3日分の水と食料の他、ヘルメット、懐中電灯、ラジオ、カセットコンロ、衛生用品を準備しています。また、町内の防災訓練にも参加し、避難場所や災害時の協力体制についても確認しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	トイレ誘導、介助の際のプライバシー保護には細心の注意を払っている。またたとえ親しみを込めたとしても、言葉使いには注意するように職員は対応している。	事業所では、パーソン・センタード・ケアの考え方に沿って、利用者と接する時には一人の「人」として尊重し、その人の立場に立つ声かけや対応を徹底するよう、職員に周知しています。また、利用者との親しい間柄になっていたとしても、礼儀と節度をわきまえた言葉遣いで話すよう、日頃から職員に注意しています。	今後の継続	
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	自己の希望が表明出来る入居者以上に、自分の意見、希望を伝えられない入居者に程より、細心の注意を払い、話しやすい雰囲気と場所（居室、入浴介助中等）で考えを引き出すようにしている。			
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	居室で過ごされる方、リビングで他入居者と過ごされる方、職員と共に家事に参加される方、それぞれが自分のペースで毎日を過ごされていると思う。			
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	入所時に自宅より持ってこられたものに加え、本人の希望を考慮して買い物支援を行っている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	健康の為、基本的には薄味で素材を活かすようにはしてい下膳、食器洗い、食器拭きには各自出来る範囲で参加している。	業者から食材とメニューを発注し、職員が調理を行っていましたが、人間的な関係で、2月から湯煎の物に切り替えることになりました。これまでは、出来る方には下拵え等を手伝って頂いていましたが、今後は、下膳や食器拭きを中心に携わって頂くようにしたいと考えています。誕生日には出前や弁当を購入し、ケーキを皆で作ってお祝いしています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	栄養バランス、カロリー計算は、業者の食材による管理。量は各人の適正量に沿って提供している。水分量は一日の水分量を記録して把握しており。持病に即して小まめな水分補給にも努めている。		
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に、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	毎食後職員が口腔ケアの支援をしている。さらに毎週土曜日に、歯科医師、歯科衛生士による口腔ケア指導を受けている入居者も多いため口腔内清潔維持は保たれている。義歯の合わない等の不都合は訪問歯科にて対応している。		
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向けた支援を行っている	リハパン、パットを装着している入居者もトイレに行く間隔があいた際には誘導にてトイレにての排尿を援助し、排泄の失敗やオムツの使用を減らせるように援助している。	自立している方も含め、利用者全員分の排泄状況や状態を把握し、日中は基本的にトイレでの排泄を心がけた支援を行っています。自立している方は見守りでの対応し、それ以外の方は時間やタイミングを見計らった声掛けでトイレ誘導を行っています。夜間はオムツを使用していますが、日中の使用を無くすことで、経済的にも負担を減らせるように注力しています。	今後の継続
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	水分摂取にて自然な排便にも努めている。冷水、ラジオ体操、トイレ時の腹部マッサージも試みている。便困に対しては緩下剤は使用している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は本人の希望、入浴回数、体調によって、臨機応変に対応している。また長湯にて体調を崩さないように考慮している。入浴剤でのリラックス効果も行っている。	入浴日は月・水・金とし、時間や曜日は利用者の気分や体調を考慮しながら臨機応変に対応しています。入浴時は、心身共にリラックスしているため、普段は口数の少ない方でもいろいろな話しが聞ける機会でもあり、長湯によって体調を崩さないよう、配慮しながら入浴支援を行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	休息は入居者の判断でそれぞれに居室にてされている。昼夜逆転にならないように、日中居室で傾眠がちな自立度の高い入居者には、夜間に安眠できるようにリビングでの生活、活動への参加等の支援をしている。			
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	月2回薬剤師の居宅療養管理指導を受け、入居者の薬の説明を受け、目的、副作用、を理解し、投薬に活かしている。一包化、薬局による日付け記入により服薬支援を行っている。			
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	生活歴や本人の力を活かした役割として家事への参加を各人出来る範囲で今まで以上に促していく余地はあると思う。楽しみごと、気分転換の支援は、散歩、買い物支援、家族との面会、外出、1、2階共同のレク企画、各フロア個別の企画にて行っている。			
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。また、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	職員との散歩支援、買い物同行支援に努めている。家族との絆を途切れさせないように買い物、食事、墓参り等で外出されている入居者もいる。	天気や気候、利用者の体調も考慮しながら散歩や買い物にお誘いしています。散歩を拒否される方もいるので、無理強いはしませんが、ウッドデッキでの外気浴を行っています。散歩に行かれる方は、近くのお寺や中村5丁目公園まで行き、日用品の買い物に同行している方もいます。また、家族の面会時に一緒に出掛けている方もいます。		今後の継続
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	お小遣いはホーム管理であるが、少額の金額を本人の安心のために所持している入居者も1階ではおられる。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	家族との電話、手紙のやり取りの支援は継続して行われている。家族への電話は家族の都合も考慮したうえで、本人が希望した時は連絡の支援をしている。			
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	共用の空間での照明の加減、夜間に音がしないように職員が調整している。庭に花や野菜栽培で季節感を取り入れている。室温度は本人、職員が随時、調節している。室温の設定温度を基に、その日の寒暖に応じて、柔軟にエアコン調整し、体調を崩さないように対応している。	リビングは照明の調光、室温や湿度等にも配慮し、壁には行事や動物の写真、四季折々の装飾を行い、居心地良く過ごせる空間作りがされています。日中はリビングで過ごされる方が多く、ソファに座ってテレビを観ている方もおり、個々にお気に入りの場所で過ごされています。1階にはウッドデッキがあり、外気浴や洗濯物干しや取り込みを手伝って頂き、2階はベランダにプランターを置いて季節の野菜を栽培しています。		今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	共用空間の中では、各人がそれぞれの定位置が固定しているが、利用者同士で調整し、思い思いに過ごしている。以前は場所の位置で争いもあったが、現在はそれぞれに譲り合い、協力して安心空間を確保頂いている。			
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	本人の居室内の導線も考慮し、転倒の原因とはならないように、安全性も確保して自宅と同じ空間を作れるように支援している。	クローゼット、エアコンは完備されていますが、それ以外に必要な寝具、家具、調度品は使い慣れた物を持ち込んで頂くよう、入居時に伝えています。居室内の配置は利用者のADLや導線を考慮しながら、転倒のリスクを排除して、安全・安心して生活できる空間作りがされています。		今後の継続
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」や「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	ホーム内はバリアフリーであるが、ソファ、食席配置、浴室の滑り防止、寒暖差が無いよう配慮している。歩行不安定な入居者には手摺をつたわって安全に歩行できるように見守りし自立歩行を促している。が介助歩行の必要な状態、入居者には安全を優先しての介助歩行となっている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

ふあいと天神橋

作成日

平成31年1月31日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
3	32	入退院時特に退院時処方時に、病院からの処方日数の不足分があったり、本来必要な薬が無かったりして混乱したことがあった。	退院時には退院処方日数、変更薬剤を退院前に再確認する。	相談室と共に看護部に前もって処方日数、変更事項を電話で確認する。また相談室との連携をより密接にして、何でも相談できる関係を構築する。病院ごとに異なる退院時の対応に対処できるよう関係を築く。	3 ヶ月
1	47	誤薬、服薬ミスこそそこそ無いものの薬のセットミスが時々おこる。(第3者チェックにより発見はされているが)	第3者が再チェックする為、大事には言っていないものの背約ミスをする人が限定されている為、1回目の配薬時にミスがおこらないようにする。	一回目の配役時にWチェック、トリプルチェックを行い、更に日付けも更にチェックするよう習慣付ける。また配薬は急がずゆっくりと行ってもらおう。	3 ヶ月
2	35	ホームの夜間対応、避難訓練以外の、町内会の防災訓練に参加はこの一年で達成できたがより綿密に災害訓練を行ないたい。	年1度の消防署立ち入り訓練、ホーム独自の防災訓練の頻度を増やす。	30年度に消防署招聘の避難訓練、ホーム独自の避難訓練に参加した職員以外の職員にも参加できるようにシフト調整を行う。	6 ヶ月
4	22	入居者が特養に入所後に、暫くすると関係が途切れる。	退去者のその後を知ること継続した相談援助を行う。	年賀状等時候の挨拶により途切れがちな関係を回復し、必要に応じた相談援助を行う。	6 ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	ふあいと天神橋
ユニット名	あおぞら

V アウトカム項目	
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)	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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
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)	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 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
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 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

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ます。 (参考項目：9, 10, 19)	<input type="radio"/> 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
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：9, 10, 19)	1, ほぼ毎日のように
	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3. たまに
	4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
	<input type="radio"/> 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
66 職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 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
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
	<input type="radio"/> 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
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	3. 家族等の1/3くらいが
	4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	地域密着型サービスに即した事業所理念を法人理念との整合性を考えて職員合意の下に作り、事務所の誰でも見やすい箇所に掲示し、日々の実践に繋げているが、わかりやすい具体的で職員が言語化しやすい理念の構築中である。		
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	運営推進会議、地域の防災訓練への参加、町内会夏祭りへの参加で地域での交流は深まっている。地域資源の開拓は今後の課題である。		
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	近隣の認知症高齢者との関わりは、今後の課題とされる。が地域の要介護者との将来の入所を目的とした見学は数件あったのでそれを基に地域の認知症高齢者との接触を増やしていきたい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	運営推進会議では事業報告、事故報告、利用者の状況、等、ホーム内での出来事を行うと共に、特に困難事例への助言を積極的に得て参考にしていくも、更に助言、相談の場としての機能を強化していきたい。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取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	市町村担当者とは、医療券発行、等にて協力を得ている。南区との支援課担当との関係は密になり情報交換をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束はいかなる場合も行っていない。通常玄関の施錠も夜間以外は、特別に無断外出の危険性ある場合以外には行っていない。法人内、施設内研修にて身体拘束については毎年職員全員で確認している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	高齢者虐待については、事業所内で虐待が発生しないように、職員同士で相互に注意し、情報を共有することにおいて未然に防止している。それと同時に職員にストレスがかからないように日々情報共有、相談にて留意している。		
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	現在、市長申し立ての法定後見人入居者が、現在退去されており、定期訪問、電話連絡にて情報共有はされている。		
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、解約、改定時には十分な説明を行っていると思われる、（本部営業が担当と同時に管理者からの説明も行っている。）また、定期的に契約書類関連の確認はしている。		
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並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	家族の定期的訪問の際に、意見要望を伺っている。運営推進会議メンバーに家族代表者の引き受け者が依頼してもなかなかおらずに、今後の課題となっている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	日々の運営に関しては、ホーム内会議（フロアー会議、検討会議）時に意見、提案を機会を設け、日々の業務、利用者への援助に反映させるようにしている。会議に参加できなかった職員からも検討会議記録への記載、閲覧を行い、対処している。		
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	職員の介護離職、手術、疾病の為退職者が津すいており、また、介護業界全体の問題として面接希望者が以前より減っており、人手不足の状況にはなっているが、有給休暇取得、適正な残業時間にする為職員全体で協力しあっている。		
13		○職員を育てる取組み 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	法人の資格取得援助制度がある為、該当者が適正に利用できるよう周知徹底に努めている。介護福祉士取得の為、実務者研修への受講をしている職員もいる。		
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つくり、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組みをしている	実践者研修、管理者研修、ケアマネ研修等、法人外交換研修、各種法人外研修でもネットワークづくりはしているが、十分な成果があるとは言えないが、地域包括支援センターとは相談も含め連絡を取っている。」		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入所当初の本人の要望、不安、困っている事は、入所時アセスメントだけではわかりにくく、又は入所時面接、家族の話だけでは差異がある場合が多いため、入所後に日常生活の中で本人の不安、要望をつかむように職員相互で努力し、掴んだ情報を共有するようにしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	サービス開始時点で、家族、利用者からの今現在困っていることを聴き、主訴に基づいたサービス計画書の作成をして関係を構築するようにしている。入所後も経済的理由から、又は特養に早く入所したいという家族の相談に対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入所時1～2カ月は暫定ケアプランとして、主訴の把握、ADL状況の把握に努め、状態把握後に、施設サービス計画書作成により、その時々によどのような援助をすればよいのかを考えて支援出来るケアプランに変更して、日々の援助につなげる努力をしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	家事への参加を中心に本人ができることを見出し、その人なりの役割を果たして自己実現できるように援助している。入居者同士でもお互いに来ること出来ない事を補い合っている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	家族との連絡、訪問時の交流を通して、ともに本人を支えあう関係をめざしている。が、訪問、連絡の全く途絶えている家族もあり、こちらから連絡しても反応の無い、もしくは連絡自体が出来ない家族もあり、緊急の時の対応に課題がある。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	家族、友人、知人の訪問は随時されているが特定の入居者に限定されている。訪問が頻繁な家族、来訪されない家族の差異がある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	以前のように入居者同士の諍いは無くなっている。利用者同士で出来ない事、出来ることを補い合い、協力しあっている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	他施設移動後は関係は途絶えがちではある。が年賀状送付したところ、現在の状況を伝えて下さり関係の継続している、元入居者の家族もおられる。		
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。	訴えの多い方だけでなく、意向表出の稀な方、困難な方に対しても、日々の交流、観察を通して意向把握ができる様、各職員が自主的に行っている。自分の意思を明確に表明できない入居者の思いや意向の把握こそ重要と考えて入居者との交流を行っている。		
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	入所時アセスメント（生活歴等）だけでは把握できない事も多いため、日々のコミュニケーションを通して、これまでの暮らしを把握できる様に各職員が努力している。		
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	各職員が個別に各入居者と交流し現状の健康状態、身体状況、暮らしの把握に努め、情報交換していると思う。情報共有は継続的に申し送り、記録を通じて良くなされていると思う。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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、モニタリングはチームで作るべく、ケアプラン作成シートで各職員の情報を取りまとめて介護記録作成に活用している。また、モニタリングは全員で輪番で詳細に行われていると思う。		
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	個別記録、申し送りノートを通じて日々の実践、介護計画の見直しにつなげているが、情報共有したとして各人申し送り、カンファ記録には署名、捺印している。		
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、その時々にも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	事業所の多機能化には繋がっていない。地域資源の模索により、保険外支援、サービスも考えていきたいと思う。		
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	民生委員、一部の地域住民との交流はあるものの、地域資源を有効に把握し、活かしてはいる。社会福祉協議会のボランティアには以前は来ていただいたが、対象入居者退去により途絶えている為、浦舟センター等での情報を基に地域資源の開拓に努めたい。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	毎週1回の定期訪問により、診察、処方等適切な医療を受けられるように支援されている。第3週の居宅療養指導を通じて、Drとの入居者ADLの共有を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	毎週のNS訪問により身体状態の確認、処置を行い、24時間コール体制により、看護師との連携、相談は達成されている。異変時、転倒、等の際にはNsに指示を受けて入居者対応している。		
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、また、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。又は、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。	退院後の管理については看護サマリー、相談室との連携により病院の指導に添って行われて、その後かかりつけ医に引き継いでいる。緊急対応時に、入院していた病院への受け入れがスムーズに行われるように、更に連携をとる必要はあると感じている。		
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	家族、ケースワーカー等関係者と重度化した場合の同意書を交わし、早い段階（入所時契約時も含め）から説明して同意をえている。推進会議等を通じて、地域包括、民生委員からは助言をえてはいる。		
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	急変、事故時の対応はマニュアル、NS等の指示により誰でも対応できるように振り返り、指導等を行っている。マニュアルは各職員が熟読し指名し、定期的に再読を促している。		
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	防災マニュアルの周知（職員が日ごろから熟読し署名）、推進会議メンバー、近隣住民、との防災訓練の実施も連絡を取り合っている。また消防署立ち合いの避難訓練、も行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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	トイレ時のプライバシー確保、個人情報を他入居者に安易に流れないように、申し送り時等の声の大きさ等にも十分配慮して行う様に配慮している。また個人記録等が入居者の目に触れないように日常業務内での保管にも留意するよう職員に周知している。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	自己決定を尊重している。他入居者との不公平が生じないように配慮もしている。重度な状態、認知症の進行で自己決定できかねる入居者に対しては、真意を汲み取ることが必要と考えて意思の読み取り、推測も日常生活の中で把握していく必要があると感じている。		
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	入居者は自分のペースにて毎日の生活を送っている。職員の都合優先にはならず、その都度入居者と調整してその人らしい暮らしを目指している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	自宅より持ち寄ったもの、入所以降購入したものを含め、身だしなみ、おしゃれの支援はされていると思う。また定期的なおしゃれ着の買い物も入居者の要望を基に買い物支援を行っている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事は朝食以外は入居者と職員が共に食し、配膳、下膳も入居者が出来ることを行っている。(テーブルセット、配膳、下膳、食器洗い、拭き等) 食べるペースが遅い入居者にも、ゆっくりと食してもらい、全員でご馳走様を言える環境にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事の栄養バランスは業者により管理。水分量も既往症を考慮して記録により管理している。食べる量、塩分量、糖分、油加減は既往症、体重、身体の高さを考慮して提供している。		
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に、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	毎食後の口腔ケア支援と共に、特に必要と思われる利用者には、土曜日の訪問歯科により歯科衛生士による口腔ケア指導を利用いただいている。		
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向けた支援を行っている	夜間のみオムツ対応している入居者も含め、リハパン、パット対応の入居者にはトイレでの排泄支援を継続し、失禁が少なくなるように援助している。パット、夜間パットはその都度調整して使用している。		
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	便秘の原因になるものを探るようにはしている。（薬の副作用、加齢による腸の蠕動運動の低下等）トイレでの剤の仕方、ラジオ体操で体を動かすとうで蠕動運動の改善が出来るようにしている。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	基本的に日時は決めないようにしている。が曜日にこだわる入居者、特に身体の衛生除隊の保持が必要な入居者（皮膚疾患過度な尿失禁）もいるために、大まかには決めたくうえで、柔軟に対応している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	消灯は21時にはなっているが就寝、休息の時間はその人それぞれに任せている。、自室にてテレビをみていたりする入居者もいる。寝る時間はあえて本人に任せているが昼夜逆転等で本人の生活リズムが崩れることが無いようその都度対応している。		
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	薬事表を下に各職員が入居者の薬の目的、副作用、用法、用量を把握するようにしている。疑問の点は月二回の薬局の居宅療養管理指導にて説明を受けている。また薬事表、処方箋のコピーにて、薬剤の効能、福井作用についても各職員把握する努力をしいつ。		
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	折り紙のリビング装飾、買い物同行、家事の手伝い、園芸等、張り合いのある日々を過ごせるよう支援している。イベントの際の写真をカベに装飾して楽しさを思いだしていただいている。以前は将棋、トランプも行っていたが、出来る人が少なくなってきたり出来なくなっている。		
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。また、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るように支援している	買物の際の外出同行、家族との外出で日常的な外出支援は行っているが、外出機会のない入居者、居室に閉じこもりがちな入居者への対応は継続して課題とされる。散歩に誘っても本人が拒否する入居者の場合は散歩が不可能になっている。		
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	本人が希望した場合、管理力に応じた額を本人の安心のためにお預けしている入居者もいたが、現在は入居者による管理自体が出来なくなっている。（どこにしまったかわからなくなり、物盗られ妄想出現の為）		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	電話をかける、手紙を出すことは、職員が手助けしながら、支援している。家族の気持ちにも配慮しながら、電話をし、手紙を出してもらう等の支援に心がけている。家族、友人から電話がかかってきた場合は取次ぎ、気分転換していただいている。		
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	室内温度、光の注ぎ具合等、入居者の希望を考慮に入れて職員が調整している。2階テラスにプランターを置き、季節の野菜、花、等栽培して、季節感を取り入れ、楽しんでいただいている。室内気温の調整が困難な入居者には職員がその都度対応して室内温度管理している。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	居室内で他者と接せず一人ひとりで過ごしたい入居者には共有部で皆と過ごす事は強制はできない為本人の希望に沿って過ごしてもらっている。2階ユニット常に4人の入居者は日中を通して共有部にて共に過ごされている。		
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	居室より持ち寄った家具、備品等を居室に置いて、居心地良く暮らせるようにしていただいている。家具、備品が危険とならないかも考慮して職員が配置、等は家族、本人に確認の上、常時対応している。		
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」や「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	建物内はバリアフリーの為、手すりを利用して安全に移動できるように見守り、声かけしている。車椅子利用者にも見守り、一部介助にて、手すりでも安全確認しながら、筋力が衰えないように出来るだけ自走してもらっている。異常の場合は転倒、ずり落ち防止の為、見守り、一部介助としている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

ふあいと天神橋

作成日

平成31年1月31日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
3	32	入退院時特に退院時処方時に、病院からの処方日数の不足分があったり、本来必要な薬が無かったりして混乱したことがあった。	退院時には退院処方日数、変更薬剤を退院前に再確認する。	相談室と共に看護部に前もって処方日数、変更事項を電話で確認する。また相談室との連携をより密接にして、何でも相談できる関係を構築する。病院ごとに異なる退院時の対応に対処できるよう関係を築く。	3 ヶ月
1	47	誤薬、服薬ミスこそそこそ無いものの薬のセットミスが時々おこる。(第3者チェックにより発見はされているが)	第3者が再チェックする為、大事には言っていないものの背約ミスをする人が限定されている為、1回目の配薬時にミスがおこらないようにする。	一回目の配役時にWチェック、トリプルチェックを行い、更に日付けも更にチェックするよう習慣付ける。また配薬は急がずゆっくりと行ってもらおう。	3 ヶ月
2	35	ホームの夜間対応、避難訓練以外の、町内会の防災訓練に参加はこの一年で達成できたがより綿密に災害訓練を行ないたい。	年1度の消防署立ち入り訓練、ホーム独自の防災訓練の頻度を増やす。	30年度に消防署招聘の避難訓練、ホーム独自の避難訓練に参加した職員以外の職員にも参加できるようにシフト調整を行う。	6 ヶ月
4	22	入居者が特養に入所後に、暫くすると関係が途切れる。	退去者のその後を知ること継続した相談援助を行う。	年賀状等時候の挨拶により途切れがちな関係を回復し、必要に応じた相談援助を行う。	6 ヶ月

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。