

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	1690200595		
法人名	社会福祉法人 あいの風福祉会		
事業所名	福祉コミュニティ 高岡あいの風		
所在地	富山県高岡市内免5丁目50番1		
自己評価作成日	平成29年 1月 31日	評価結果市町村受理日	平成29年3月31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	一般社団法人 富山県介護福祉士会
所在地	939-8084 富山県富山市西中野町1-1-18 オフィス西中野ビル1階
訪問調査日	平成29年2月24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)】

これといったこだわりは持たず、ありのまま・そのままで過ごせる空間である。施設だからといって、閉鎖的になるのではなく、限られた空間でも開放的に行き来できる環境である。
職員は、あいの風理念である”利用者様、ご家族様の最高のパートナーとして存在したい”を目指し、まっすぐな気持ちで正直な業務(支援)を行っています。

【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)】

法人理念に基づき職員の意見を取り入れた理念「毎日笑顔あふれる大家族」を掲げ、職員は利用者の身近な存在として寄り添い、ホームの生活が笑顔で過ごせるよう手助けしながら利用者本位のサービス提供に努めている。開所間もないが、法人他事業所の運営やサービスのノウハウを活かし、地域密着型事業所として、地域とのつながりを深めようと災害時の緊急避難所としての受け入れや行事の際には民生委員、地域住民の協力を得るなど、地域の方々と一緒に地域に根付いた施設を目指している。また、利用者の暮らしの希望やこだわりを尊重したケアに努め、当たり前の生活を提供しようと管理者を中心に日々の取り組みがみられる。職員に対しても管理者、施設長、法人育成部長等による面談機会を多く持ち、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印		項 目		取 り 組 み の 成 果 ↓該当するものに○印	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
57	利用者と職員が、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広がったり深まり、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 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	グループホームでの理念を職員全員で意見を出し合い作成し、それぞれが目指すサービスの目標に向かい、同じ方向性でケアに取り組む事ができる様にしている。	法人理念に基づき職員の意見を取り入れた理念「毎日笑顔あふれる大家族」をホーム内に掲示し、ホームに関係する方々と共有を図っている。日々のケアにおいて、利用者からホームでの生活が心から楽しめている表情が伺えるよう、フロアミーティングや毎朝の申し送りで話し合い、理念の実践に取り組んでいる。	
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	自治会行事(獅子舞・納涼祭など)への参加や、施設行事(文化祭・納涼祭など)の案内を出し、交流機会の確保に努めている。	自治会に加入し回覧版を活用して、自治会行事の確認やホーム行事の案内を行い地域の方々と交流する機会を持っている。推進委員である民生委員の申し出で、ホーム行事や利用者外出時にボランティアの参加をつくり協力を得ている。	今後、ホームからの働きかけにより地元幼稚園・小学校等の園児や児童との世代間交流の機会がもてる取り組みに期待したい。
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	現在、地域の人々へ認知症の理解等を伝える活動は行っていない。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2ヶ月に一回開催しており、施設運営状況・活動内容を報告している。また、参加者からの意見や質問を受け、その中でサービス向上につながるものは取り入れている。	会議は併設されている地域密着型事業所で開催され、運営状況や活動内容を報告し意見交換が行われている。自治会長より災害時の市避難所が遠方のため地域住民の受け入れを検討してほしいと要請があり、施設が緊急避難場として地域住民の受け入れに取り組むことになる。今後も地域密着型事業所として地域に貢献したいと考えている。	
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	現在、積極的な連携は図れていないが、今後必要となった時には、協力・連携が取れるよう努めていく。	運営推進会議委員である地域包括支援センターには、ホームの実情の理解を得ながら相談・助言等の協力関係を築いている。市担当課には、運営推進会議議事録を送付しホームの運営状況や活動内容を報告している。	介護相談員派遣を依頼するなど、市担当課と積極的な連携、協力関係を築く取り組みに期待したい。
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	原則、施錠はせず自由に出入り出来る環境である。(玄関の施錠は20時～6時まで)また、施設内にて身体拘束委員会の設置があり、研修を行っている。	身体拘束委員会がまとめた身体拘束に関する取り組み内容をフロアミーティング(月1回)で周知徹底を図りながら、日々のサービス提供時においては、職員間で確認・注意し合う風土をつくり、身体拘束をしないケアが実践されている。	
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	常に周囲に意識を持ち、言動等にも注意を払いながら支援を行い、虐待防止に努めている。ミーティング等でも虐待について学ぶ機会を確保している。		

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
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	職員全体での学ぶ機会は、殆どない。全体ミーティング・フロアミーティングで機会を設け、理解を深めていきたい。		
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	十分な説明を行い、同意を得ている。また、改定等により再度捺印が必要な時には、しっかりと話しをする時間を設けている。		
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	玄関入口に意見箱を設置しているほか、面会時には、意見や要望等話しやすい様雰囲気作りや信頼関係の構築に努めている。	毎月、利用者のホームでの生活ぶりを家族に報告し、家族の面会時には積極的にコミュニケーションを図り意見・要望の把握に努めている。聞き取った意見・要望は申し送りノートに記録し、職員全員で共有して出来る事からケアに反映し信頼関係構築に努めている。	
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	2ヶ月に一回、全体ミーティングを開催し職員からの意見を聞いたり、日頃から話しやすい・提案しやすい環境を作っている。	職員はフロアミーティング・全体ミーティング・自己評価後の施設長との面談・法人人材管理部長とのヒアリングで、自分の意見・提案を言う機会を多く持っている。管理者は日々職員と積極的にコミュニケーションを図り、把握した意見・要望は管理者ミーティングで報告・検討し、サービスに反映している。	
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	年に1回、ヒアリングを実施し会社への要望や不安・自身の思い等を伝える時間を設けている。改善できる事については、早急に対応し自信を持って働ける様努めている。		
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	施設内での研修はもちろんのこと、外部研修への参加も積極的に促し、研修後には報告会を開催する事で職員への周知・理解を深めている。また、キャリア段位制度への取り組みも進めている。		
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	ビーチバレー大会やマラソンへの参加、他施設の行事(納涼祭など)参加にて、交流機会を作りサービス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	見学・面接時に、しっかりと本人の話に耳を傾けている。趣味・嗜好などの話を混ぜながら、不安や要望を話しやすい雰囲気作りに努めている。		
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	今までの生活歴や、現在の生活上で不安に思っている事、今後の生活に対する要望等を十分に聞くよう努めている。		
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	面接時に必要としている事や、本人・家族の意向をしっかりと把握し、支援を一緒に考え話をしている。必要であれば、他サービスについての説明等も行っている。		
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	共に笑い、相手の立場に立って一緒に考えて、日々高め合って暮らしていけるよう、安心できる生活の場・憩いの場になる様、顔馴染みの関係づくりに努めている。		
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	面会時には、日頃の様子を伝え常に情報の共有に努めている。共有する事で、家族の意向や思いをさらに知る事ができ、本人に対し家族・職員と一緒に良い支援ができる様努めている。		
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	無理の無い範囲での面会や外出の継続をお願いしている。また、ドライブの際は、昔馴染んだ場所や行きつけの店に行く事で、昔を思い出したり顔なじみの方との会話時間を確保している。	正月・お盆・法事などには自宅へ外出泊したり、馴染みの店での買い物、馴染みの場所へのドライブなど慣れ親しんだ場への訪問に努めている。また、知人等の面会時にはゆっくり過ごせるよう配慮したり、同施設内の他サービス利用の馴染みの方々との交流も積極的に行うなど馴染みの人との関係継続も支援している。	
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	レクリエーション等の活動を通し、他者と関わる機会を確保し、全員で笑い合える様・穏やかな時間が過ごせる様支援している。一人ひとりの個性を考え、一対一での関わりが持てる時間の確保にも努めている。		

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	他施設への入所が決まった際には、相談員・ケアマネジャーらと連絡を取り、連携に努めている。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	普段の何気ない会話や行動を通し、本人の思いが把握できる様努めている。	家族からの情報や利用者の暮らしぶり、言動・表情等からの気づきをありのままに24時間介護記録に記録し、全体周知を図っている。さらに、事業所独自のアセスメントシートに整理し、定期的に見直し、その時々々の思いや暮らしの希望の把握に努めている。	
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	本人・ご家族・介護サービス担当者などから情報収集を行い、今までの生活と変わらず暮らしていただける様努めている。		
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	常に、心身状態・表情等を細かく観察・把握する事で、ちょっとした変化に気づける様努め、それに適した迅速な対応が出来るよう、日頃より職員間での情報共有にも努めている。		
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	日々の様子を観察し、ミーティングやモニタリングを行い、現状に合ったプランを作成している。	介護記録シートに介護計画内容を添付し、計画に沿ったケアを実施しながら、その時々々の利用者の状況や言動等から把握した情報も計画に反映しながらの実践になっている。モニタリングは3ヶ月ごと、計画は6ヶ月ごとに見直し、心身状態の変化時には随時見直ししている。見直し1ヶ月前に担当者会議を開催し、利用者・家族に出席を依頼し意見・要望を聞き取り計画に反映している。	介護記録内容を計画に反映しやすくするために、記録内容の整理の仕方に工夫する取り組みに期待したい。
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	毎日のちょっとした変化・言動など見逃す事なく、細かく個別記録に記入する事で、職員間での情報共有や、介護計画書の見直しに活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々々に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	その時の状態に合わせ、職員間で意見交換する事で、色々な視点から捉え、柔軟な支援が出来る様に努めている。		

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
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	地域資源の把握に努める事で、今までの生活を継続できる様、心穏やかに暮らしていく事が出来るよう支援している。		
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	家族が受診同行される際は、状況報告書を作成し医師に提出して頂いたり、必要であれば電話連絡し対応をしている。	契約時に協力医の情報提供を行い、利用者・家族が希望するかかりつけ医が選択できる。家族の受診付き添い時には書面で情報提供を行い、必要に応じて職員の受診同行・協力医の往診(2週間ごと)や24時間連絡体制・看護師の配置など、適切な医療が受けられるような支援体制になっている。	
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	常に、細かな状態観察をしちょっとした変化があれば、看護師に報告し必要な指示を仰いでいる。また、看護記録にも目を通し把握に努めている。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入退院時には、地域医療連携室または病棟看護師らと連携を取り、状態把握に努めている。また、必要な情報を共有し利用者の早期回復に努めている。		
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	重度化対応・終末期ケア対応指針を定め、その指針に沿って適格に迅速な対応が出来る様努めている。	契約時に事業所の重度化・終末期ケア対応指針に基づき、事業所の出来る事・出来ない事を説明し理解を得ている。開所間もないので看取りケアの実績はないが、希望があれば、かかりつけ医と連携しながら看取りケアに取り組みたいと考えている。	看取りケアに向け、職員研修や体制整備の取り組みに期待したい。
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	救命救急講習会への参加を促している。また、看護師より急変時の対応を確認している。発生時のマニュアルを作成し緊急時に備えている。		
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	年2回避難訓練の実施を行い、安全確認に努めている。日頃から避難経路の確認を行っている。災害時には、地域住民の緊急避難場所として使用していただける様、自治会と話しをしている。	高岡あいの風全体で消防署の協力を得て、年2回(日中・夜間想定)利用者と一緒に火災訓練を実施している。施設内避難経路の確認や水・食料を備蓄し、災害に備えている。また、災害時の市指定避難所が遠方のため、自治会長から事業所で受け入れてほしいと要請があり、受け入れの具体的な話し合いが行われている。	日頃の避難訓練等に地域住民の参加等、災害時に自治会との相互の協力が得られる体制整備に期待したい。

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	気分を害す言葉や、強い口調で話しをせず、威圧的な態度等で接する事の無い様常に尊敬の意を示し、感謝の気持ちを忘れずに声掛け・対応を行っている。	フロアミーティングで「介護職の言葉づかい・信頼関係と伝え方」をテーマに研修を実施し、利用者個々の人格を尊重しプライバシーを確保した接遇や言葉かけに理解を深めている。特に居室ドアの開け閉めや排泄・入浴のケア時の音や接し方等に留意している。	
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	必ず本人に何がしたいか？どれが良いか？などの意思確認をし、自己決定できる場面を提供している。		
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	業務を優先せず、利用者の方と歩幅を合わせながら、ゆっくりとした時間を過ごせる様努めている。体調や気分に合わせてながら、無理強いする事の無い様支援している。		
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	毎朝、洋服を選んでもらったり、化粧水・乳液等の肌ケアや髪のセットなど、本人の希望に沿った支援を行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	配膳や下膳を一緒に行っている。また、本人の力に応じた食器（箸やスプーン、湯呑やプラコップ）を使用し、スムーズな食事ができる様支援している。	給食委員会が季節感や嗜好・栄養を考慮して献立を立て、事業所内の厨房で調理し温かな食事が提供されている。月1～2回は、利用者希望の昼食や季節感のあるおやつをホームで作り、利用者の出来る調理の下準備等を一緒に行っている。季節の行事食や誕生会の手作りケーキ・買い物やドライブ時に喫茶を楽しむなど、食事が楽しみになるよう工夫している。	
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	毎食時に摂取量を確認したり、一日の水分摂取量を計測し記入している。体重測定・皮膚状態の確認も合わせながら、栄養状態のバランスが適切であるかを確認している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後、口腔ケアを実施している。必要であれば、仕上げ磨きやうがいの声掛け、口腔内の観察を行っている。うがい薬の使用もしている。		

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	本人の排泄パターンや、排泄時のサイン等を把握する事で、トイレで気持ちよく排泄していただける様支援している。状態に応じ、パットの種類を変えたり布パンツの使用へと移行している。	24時間排泄状況を記録し、排泄パターンやサインの把握に努め、時間ごとの誘導や声かけを行い排泄の自立を支援している。排泄状況に合った紙パンツやパットの選択、本人の能力を勘案したケアに努め、布パンツに移行した利用者があるなど自立に向けた積極的な取組みがみられる。	
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	乳製品や食物繊維を含む食品の摂取を促したり、水分補給や適度な運動に取り組んでいる。		
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	湯船の温度・入浴時間(午前・午後)等、本人の今までの入浴習慣を把握し取り入れている。	月～土曜日入浴準備を行い、週最低2回(回数の制限なし)を目安に職員と1対1で利用者のペースでゆっくりと入浴している。利用者一人ひとりのこだわりの尊重や身体機能悪化においても安全に入浴できるようチェア入浴の整備、季節ごとの入浴剤使用など、入浴が楽しみになるよう工夫している。	
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	本人の今までの生活パターンを理解し、午睡をしてこられた方には、意向を確認してから休む時間を提供している。就寝前には、照明の明るさ・テレビ等の音量・室内温度に配慮している。		
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	服薬情報をファイルに入れ、常に目の届く様にしている。誤薬など無い様に、服薬一覧をカウンターに置いたり、薬箱にも名前・食前食後など記入している。一人ひとりに合った介助方法にて支援している。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	今までの得意としてきた事や、仕事で培ってきたもの・趣味等を生活の中に取り入れる事で、役割を持って楽しく生活ができる様支援している。		
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	個別での買い物支援や散歩、遠足やドライブなど出来る限り機会を設け行っている。また、家族の負担や無理のない範囲で、本人と一緒に外出・外泊が継続できる様努めている。	月ごとの外出計画を作成し、季節ごとの外出(初詣・花見・遠足・紅葉狩りなど)や日常的に買い物・近隣の城跡公園での散策・希望の場のドライブなど、外出の機会を多く持つよう努めている。	

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
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	少額であれば自身で管理している方や、こちらで管理し外出時等で支払いが生じた時には、傍で見守りながら、その時に必要な支援を行っている方もいる。		
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	必要時には、ご家族へ電話をかけている。手紙等のやりとりは行っていないが、今後支援していきたい。毎月の様子は、施設便りを出し写真付きで近況報告している。		
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	季節に合った壁画を作成し飾ったり、行事写真を飾ったりしている。照明やテレビの音量・室温も、過度にならない様時間帯などで調整している。	共有空間は広々と明るく、ソファや椅子を適所に配置し独りで過ごせたり、気の合う利用者同士で会話を楽しむなど思い思いに過ごせる空間になっている。利用者と一緒に制作した季節ごとの装飾品(幼稚にならないよう留意)や外出時、行事の写真を飾り、快適に過ごせるよう照明・室温などに配慮している。	
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	少し離れた場所にソファや椅子を置いたり、テーブル席では、気の合う方と遠慮なく楽しい時間が過ごせる様に座席に配慮している。		
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	自宅で使用していた物(家具・寝具・装飾品など)を居室に配置し、馴染の物があることで安心して過ごして頂ける様、ご家族にも協力していただいている。	居室にはベッド・整理ダンス・洗面所が整備され、自宅から使い慣れた家具・家族写真・好みの装飾品が持ち込まれている。居室は〇丁目〇番号と表示したり、ホーム近隣に緑が少ないため安らぎにつなげようと各居室から趣きの違う坪庭が眺めれるなど個々の住家を演出している。	
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」「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	お風呂やトイレは、目印となるマークをつけたり居室前には、本人の部屋と分かる様写真を飾ったりしている。物の配置は極力変えず、いつもの場所である様工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 福祉コミュニティ 高岡あいの風

作成日: 平成 29年 3月 23日

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	26	利用者の日々の状態や言動を介護記録に細かく記入し、よりよい生活環境が整備できる様努めていたが、その内容を要約する物がなく、職員間での周知徹底が出来ていなかった。職員全員が利用者の生活やケア内容等を把握しているという事を示す物・記入方法など、再度検討していく必要がある。	介護記録内容を、ひと月事に整理する事でケアプランへの反映がより良い物になる様努めていく。	各職員に担当利用者がいるので、毎月その利用者の介護記録を要約し専用シートに記入する。また、シートにはサイン記入欄を作成し読んだらサインをしていく。全職員が目を通す様、一つのファイルにまとめておく。	2ヶ月
2	35	年2回の火災訓練を行ってきたが、参加者は施設関係者のみで、近隣住民と一緒に行う内容になっておらず、回覧等を使用しての参加案内もせず、協力体制が不十分であった。	近隣住民の、避難時等協力体制を整えていく。	事前に火災訓練への参加協力を回覧にて案内していく。また、運営推進会議においても協力要請していく。	3ヶ月
3	33	重度化指針を立て、契約時には本人・家族への説明を行っているが、終末期ケア・看取りケアに対する職員への研修の実施や事業所の受け入れ体制がまだ十分ではなく、その整備への取り組みが必要である。	終末期ケア・看取りケアに向け、職員への研修を行っていく。現在の事業所の受け入れ体制がどこまで整備されているのか・可能であるのかを把握する。	協力機関医や看護職員に、研修を依頼する。また、外部研修への参加を促していく。施設として、どこまで対応できるのかについて、施設長等と話し合いの機会を設け、不十分な箇所については迅速に対応しその内容を検討していく。	6ヶ月
4	2	町内行事(納涼祭・獅子舞)での交流機会はあるものの、近隣の小学校や保育園との交流は図れていない。現在、施設からの積極的な働きかけも行っていない為、交流機会が図れる様取り組んでいく必要がある。	小学校・保育園等と世代交流を図る機会を確保する。	施設として、近隣小学校・保育園へ交流依頼に行き、機会を確保していく。施設行事への参加協力も促していく。	6ヶ月
5	5	現在、市町村担当者との積極的な連携は図れておらず、運営推進会議の議事録を提出し報告するにとどまっている。日頃から、協力関係を築ける様な取り組みが必要である。	介護相談員の派遣依頼を検討し、市町村との連携や協力関係を築いていけるよう努めていく。	市担当課に連絡をとり、介護相談員の派遣依頼をし積極的な連携や協力体制を築く。	6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。