

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

【事業所概要（事業所記入）】			
事業所番号	1691700015		
法人名	NPO法人生活支援センター アットホーム新川		
事業所名	グループホーム東狐金さん銀さん		
所在地	入善町東狐603		
自己評価作成日	平成27年2月12日	評価結果市町村受理日	平成27年4月27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.kaisokensaku.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2014_022_kihon=true&JigvosvoCd=1691700015-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	富山県社会福祉協議会
所在地	富山市安住町5-21
訪問調査日	平成27年3月11日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

<入居者様の思いに添う>外出支援 <地域との交流>・地域に当施設をもっと知ってもらおう作戦 →施設行事への参加(地域の方が参加しやすい様に地元のボランティアを呼ぶ・地元保育所+小学生の訪問等) →施設行事の広報活動(地元公民館への案内掲示・地区回覧板への回覧・地域TV+新聞社へ取材依頼・職員が近所の人に積極的に声を掛ける) →小中学生のボランティア受入 →学生の福祉学習現場訪問受入等 <施設内の雰囲気作り> 施設目標の掲示・行事の写真掲載・月に応じた作品掲示・家族より季節の花の生け花

【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)】

・法人の仕組みとして毎年ホーム独自の事業方針を打ち出しており、今年度は「はんじょーな」を掲げ、地域交流やレクリエーション、ボランティアを通じて、利用者がもともと活き活きとなるよう取り組んでいる。 ・事業方針に基づいた取り組みは、利用者が着物を装っての初釜茶会やホームでの中学生による吹奏楽演奏、杵臼を用いての餅つき会など、多くの地域交流を生み出し、ケーブルTVや新聞にも報道されている。 ・介護計画は、本人がしたい事なりたい事を目標にして、本人の気持ちに即した計画になるよう取り組んでいる。 ・今年度は看取り事例もあり、将来的観点から本格的に看取りケアに取り組む方針を定め、ホーム医との連携、正・准看護師の配備等をベースに、職員の心理的ケアも含めながら着手して行く意向である。

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	○理念を見やすい所に掲示している。 ○理念に沿い、入居者様の生き生きとした暮らしを支援できるように日々業務にあたっている。	法人理念の「存在意義・経営の姿・行動規範」は、玄関と事務所に掲示。今年度の施設方針『はんじょな』は、リビングと居室通路の間に掲げられている。理念と方針は、職員の包括的な日々のサービスとケアで提供され、【笑いと賑やかさ溢れる】日常生活となっている。又、利用者と家族も理念や方針を理解している。		
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	○施設行事への参加案内(餅つき大会や演奏会等大きな行事を季節毎に開催) ○地区行事に参加 ○地元保育所や小学生との交流 ○ボランティアの受入(傾聴や小中学生等)	施設では利用者個々の能力やニーズに応じた地域の社会資源を活用する取り組みとして、公民館祭り・3世代交流会・運動会・敬老会など多数のイベントに参加し日常的な交流を推奨しており、活動範囲に広がり認められる。また季節行事の案内を所属町内と隣接町内双方に回覧し、利用者と地元の交流を働きかけている。地域住民や小・中学生と一般ボランティアの施設訪問者も多く、利用者と地域の関係が良好である。		
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	○買い物や外出先で入居者様が他者に話しかけたりした時、職員が間に入り理解を求めている。 ○定期的な傾聴ボランティアや区長の訪問により、顔なじみになっている。			
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	○会議の内容や意見は職員会議で報告。 ○第三者評価の説明、活動報告、事故報告、当施設の取り組み(水分摂取や看取り等)に対して意見を頂き、業務に反映している。	運営推進会議は毎回第4土曜日隔月で開催され、メンバーや地域の出席者から、施設運営の見守りや協力者としての助言を得てサービス向上に活かしている。開催都度の事前案内や会議後の議事録は専用ファイルに整理され、欠席メンバーには議事録が送付されている。		
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	○運営推進会議に役場の高齢福祉係長や包括支援センター職員が出席し、意見を頂いている。 ○町主催のケア会議に職員が出席し、施設での困難事例を相談している。	行政担当課や地域包括支援センターは、運営推進会議のメンバーでもあり、施設の懸案事項や情報は共有化されている。グループホーム連絡会主催の職員研修や町主催のケア会議にも積極的に参加し連携を図っている。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	○玄関施錠は20時～翌8時。それ以外は施錠はしない。 ○外出願望を訴える方については「行ってらっしゃい」と声を掛けて見送る。(安全の為、後から職員付き添い)	日中の玄関は無施錠であり、リビングから近いが、普段は入居者の笑い声などで賑やかなためチャイムを使用している。外出願望者は若干名おり、行動範囲は限定的で施設敷地内が多いが、職員が同行して見守っている。鍵をかけない暮らしの大切さを認識しケアに活かしている。		
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	○職員会議で身体的虐待だけではなく、どのような言動が虐待にあたるか話し合っている。			

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	○今年度、法人主催の研修委員会や町主催のケア会議を学ぶ機会があり、職員会議で内容を説明。適用ケースはないが、今後対応できるように学習の機会を適度に提供する。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	○契約時には、相手がわからない用語は使わず、1つ1つ区切って説明している。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	○意見箱を設置している。 ○面会時、家族との会話の中でケアマネや管理者が「何か要望等ありますか?」「○○についてどう思いますか?」と聞いている。	玄関に意見箱が設置されている。家族には面会時に意見や要望を聞くなどし、意見を言える機会と雰囲気づくりに心掛けている。意見や要望は、毎月2回の職員会議で話し合いケアに反映させている。	
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2回、管理者と施設幹部との会議および職員会議を実施。 ○「接遇改善委員会」「行事の委員会」「研修・防火・衛生委員会」「計画作成担当者会議」を設置し、全職員がいずれかの委員会に参加。	職員意見や要望は月2回の職員会議で聴取している。代表者や管理者は職員意見や情報に耳を傾け、話し合いながら処遇改善に結びつけている。また親睦行事は法人負担にて実施されている。	
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	○職員各自の勤務成績に応じて、賞与の支給を査定。 ○長期勤労者に表彰あり。 ○外部研修に参加し、意欲向上を図っている。		
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	○「研修委員会」が法人内の研修を企画し、職員が参加。 ○外部研修に参加し、意欲+介護知識向上を図っている。		
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	○町主催の地域ケア会議に出席。 ○グループホーム協議会主催の研修や交流会に参加。		

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	○面接時に本人の不安や要望を伺い、その答えを本人に説明できるように準備する。 ○施設への不安は施設見学に来て頂くように促している。		
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	○家族の不安や要望は状況に応じて対応できるように、十分に話し合う。		
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	○本人や家族の今の思いを傾聴し、当施設以外の施設やサービス情報を提供している。		
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	○施設という共同生活者として、入居者と共に施設手伝い(調理手伝い・掃除・洗濯物等)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	○来所された際に近況を報告したり、写真や作品を見て頂いている。 ○行事への参加案内 ○広報誌を2ヵ月に1度送付し、行事報告。		
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	○地元ボランティアを施設に呼び、馴染みの関係を継続。 ○買い物や地域イベントへの参加で昔の知人との出会いがある。	舟見七夕祭りや馴染みのスーパーでの買い物、近所の美容院利用、手紙と年賀状の宛名書きや家族からの連絡の取り持ち、地域イベントの全員参加やデイサービス交流など、入居者の人間関係や社会との関係を把握した対応が行われている。また利用者の意見は外出計画等に組み入れ、実現するようにしている。	
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	○1人の空間を作らない様に配慮し、一緒に物事に取り組む様にしている。 ○話好き・世話好きな入居者をリーダーに周りの方も見て頂ける様に声掛けする。 ○ティータイム時、職員が間に入り会話の橋渡しをしている。		

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
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	○退去の際、次の入居先に情報提供している。 ○家族と連絡を取り、不安要素が少なく出来る様に相談に応じている。		
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」シートを活用し、思いの把握に努めている。	自分の思いや意向を口にできる方がほとんどだが、日によって人によって違う事を言われる場合もある。意向を口にできない方も含め、その表情やその時の状況もケアシートに書き留めることで本音の把握に努め、ケアマネが「私の気持ちシート」にまとめている。	
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	○センター方式を使用し、生活歴等を家族に記入して頂いている。 ○日常の会話の中で、昔の話を伺う。聞いた内容は「思い」「訴え」という項目でケアノートに記入している。 ○今までのケアマネと連絡を取り合い、サービス状況や経過を聞いている。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	○看護師による毎日のバイタル測定。体調把握に努めている。 ○ケアノート・バイタルノート・排泄チェック表等で入居者の全時間帯の情報を把握。 ○月2回の職員会議で各入居者のケアを検討。		
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	○本人・家族に介護に対する意向を伺う。 ○職員会議で介護計画の検討会。 ○介護計画を家族に説明し、納得されてからサインを頂く。	計画は、本人がしたい事、なりたい事を目標にしている。担当職員のアセスメントを職員会議にて検討し、その後ケアマネジャーと担当職員が本作成。基本、半年毎の見直しだが、個々の目標次第で異なる。家族にも意見を求め、本人の意向に即した計画につなげている。	
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	○本人の「思い」「訴え」がすぐわかる様にケアノートの項目に記入し、本人の言葉をそのまま記入している。 ○本人が出来る事(役割等)を記入する表がある。		
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	○出来る限り本人の思いに添い、急遽ドライブや買い物に出かけたり、隣接するデイサービスで過ごす事もある。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	○運営推進会議で区長・民生委員・社会福祉行議会会長等地域の方から情報収集。 ○各方面のボランティアさんと交流し、協力を得ている。		
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	○かかりつけ医は本人・家族の希望に応じている。介護家族の状況により、当施設の協力医「川瀬医院」に往診依頼している。 ○かかりつけ医があっても、緊急時は川瀬医院の指示・往診を依頼している。	主治医の選択は、従来からの継続医でも、毎月往診・24時間対応のホーム協力医でも本人・家族の意向が尊重される。ホーム医以外の受診や内科以外の専門診療は家族付添いだが、都合によって職員が同伴したり往診機関を紹介するなど、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	○看護師は毎日血圧・体温測定し、体調把握をしている。食事・排泄チェック表も確認し、気になる方は指示を介護職員にだしている。 ○変化があれば、職場内の看護師に伝え、指示を仰いでいる。		
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。	○入院前の状態を病院関係者に情報提供したり、施設の情報を伝えている。 ○入院中の情報を退院時頂ける様をお願いしている。 ○入院中面会に行き、状態を看護師に聞き、関係性を深めている。		
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	○症状の変化により、家族にはその都度連絡している。「看取り」に関しての意向も伺う。 ○協力医「川瀬医院」とは終末期について話し合っている。 ○運営推進会議で「終末期」をテーマにし、施設が取り組んでいる現状を伝えている。	今年度は看取り事例もあり、将来的観点からも本格的に看取りケアに取り組む方針である。ホーム医との連携、正・准看護師の配備等をベースに、家族や運営推進会議にも理解を求め、職員の心理的ケアも含めながら着手していく姿勢である。	入院や通院支援、居宅療養など、様々な方向性を、本人・家族や関係者等と話し合いを重ね、納得のいく終末となるよう取り組まれる事を期待したい。
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	○救命講習を受講。 ○これまで、各種症状に合わせて対応の仕方を身につけている。(ストマ・バルーンカテーテル等) ○緊急時の状態に応じた連絡手順の掲示。		
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、夜間想定で避難訓練を実施。近隣の方・タイサービスとも連携している。 ○消防士立ち合いで水消火器の消火訓練実施。 ○運営推進会議で区長から地区の消火栓についての説明を受ける。	避難訓練は防火・衛生委員会の企画のもと、消防署立会いと独自の年2回、いずれも夜間、想定で実施。今年度は悪天候で利用者の戸外退避はできなかったが、出火場所を当日に設定するなど現実的なものとなっている。救急救命研修も全職員が消防署で受講しており、県民一斉防火訓練にも参加している。	地震・台風・豪雪等の災害別対応マニュアルやライフラインリストの整備、食糧や防災備品等の配備も求められる。また、近隣住民とも具体的な連携や協力体制を構築される事を期待したい。

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	○時々、声掛けや対応に問題あり。(認知症進行に対応できていない声掛け)	今年度は接遇委員会が職員アンケートをとり、自己評価をする機会を得ている。症状変化で、その場その人に適した声掛けになっていないかを省み、利用者間のトラブルも、症状や人柄に応じて両者の尊厳を損ねない対応に努めている。法人通信誌の顔写真掲載も事前承諾をとっている。	
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	○レクや行事の希望を聞く。 ○食事のリクエスト(食べたいメニュー・おかわり等)を聞く。 ○15時のティータイムに出すお茶菓子を選んで頂く。		
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	○食事やレク後の過ごし方は本人の希望に添う。 ○新聞・雑誌・パズル等取りやすい場所に置き、自由に見られる。 ○「何かをしていたい」という方には作業の提供をする。		
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・午睡後・随時ブラシで整髪して頂いている。男性の方は毎朝、髭剃り。 ○散髪は昔馴染みの美容室に行ったり、近所の美容室に出かける。訪問理容もあり、美容師にカットの要望を伝言している。		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	○各自の能力に合わせて調理手伝いをして頂く。(切る・皮むき・盛付・台拭き・お茶汲み・茶碗洗い等) ○トラブルがない様、時に席替えも行っている。	食事担当職員が献立から食材調達、調理まで行っている。肉・魚・野菜類をベースに味にもこだわり、誕生月には好物にも応じている。利用者も皮むきや盛付け等を手伝っている。外食先には障害者施設もあり、そこからオーダーブルを出前して頂いた事もある。	
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	○各自の状態・体調に応じた食事量や形態で提供している。 ○水分摂取が困難な方には、代用品を提供している。(寒天・果物・ゼリー等)		
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・毎食後に歯磨きや義歯洗浄を声掛けし、介助している。 ○就寝時は義歯を外し、水に浸ける。 ○週1回、義歯洗浄剤に浸ける。		

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	○排泄チェック表をつけ、各自のタイミングをみて誘導。施設では2～3時間おきに誘導や声掛けを施行している。 ○布パンツで対応できる方は使用を継続して頂く。	排泄支援は全利用者を対象にし、個々のペースに合わせて行っている。定時のトイレ誘導で失敗を減らす支援に取り組んでいる。	
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	○適時の水分補給の他に、食事・ティータイム時に寒天ゼリーや果物を提供している。 ○体を動かすレクや運動を取り入れている。		
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ず、個々にそった支援をしている	○曜日や時間帯は決まっているが、希望に応じて入浴回数・順番・温度を変えて対応している。	月、火、木、金曜の午後が入浴となっているが、行事等で変更となる事もある。嫌がる方には本人が好む話題でお誘いし、全員にかかさず入浴して頂いている。入浴剤の他に柚子・菖蒲・蜜柑等の季節湯もあり、くつろげる入浴時間となっている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	○各自の寝具を持ってきて頂き、慣れ親しんだ寝具で休んで頂く。 ○午睡や夜間、本人の状況によりベッドに限らずソファで休んで頂く事も出来る。 ○安心して入眠できるように季節に応じて、空調や寝具内の保温をしている。		
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	○ケアノートに薬剤情報を綴り、副作用をすぐ確認出来る様にしている。 ○ケアチェック表に服薬チェックをつけている。 ○内服変更の際は、医療報告書に「○日から変更」と記載し、職員がサインを確認している。		
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	○生活歴や趣味・今できる事を把握して、日々役割をもって生活している。 ○傾眠傾向の入居者には本人の嗜好品を提供して、気分転換を促している。 ○定期的にボランティアの訪問がある。		
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	○各自の希望に応じて、散歩・ドライブ・外食等を行っている。 ○地域での催し物の際に、近所の協力を得て、全員参加出来る様に努めている。 ○家族の協力により、自宅の外出・外泊を実施。	天気が良ければ、前後半の2回に分けてドライブに出かけ、日用品やお菓子等を買う機会もあるが、個別の外出支援には対応できていない。花見や紅葉狩り、地域の七夕や花火大会等は年間行事に組み込まれ、法人から車を手配して皆で繰り出している。	個別の外出もできるような工夫の取り組みに期待したい。

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
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	○個人のお金は施設で管理。しかし、外出時希望の物を購入できるように働きかけている。		
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	○家族からの電話は取り次ぎ、本人と話をし頂く。 ○年末、自分の思っている方に年賀状を出して頂く。(文字を書くのが困難な方には職員が支援) ○手紙は本人にお渡しする。		
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	○食卓テーブルの前で調理をしており、音や匂いを感じられ、生活感がある。 ○玄関・食卓には季節に応じた花を飾っている。 ○施設内に入居者の年齢に合った曲やラジオを聴いて頂いている。	リビングの天井は高く、天窓や大きな窓から彩光が入り、木製のテーブルや椅子・ベンチは温かみを感じさせている。テレビ前のソファや小上がりの畳スペースもあり、くつろげる空間が多数ある。季節毎の装飾も利用者作品で飾られている。	
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	○ソファや食卓・居室等で思い思いに過ごして頂いている。 ○リラックスしたり会話したり出来る様に、適宜にコーヒータ임을設けている。		
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	○居室には慣れ親しんだものを持ってきて頂けるように伝えている。 ○自分の作品を飾っている。 ○家族や施設行事の写真を飾っている。	全室洋室でベッドとクローゼットが備付け。持ち込みは自由で、それぞれ馴染みのタンスやソファセット、暖簾などが揃えられ自分の空間を作られている。行事写真は一定期間リビングで掲示し、その後自分が写っている写真を居室に貼られている方もいる。	
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	○各居室に自分の表札・トイレの表示を見やすいように掲げている。 ○歩行運動の際、歩行混雑で転倒しないように歩行順路を床に貼っている。 ○居室は本人の症状に合わせて家具配置をしている。		

目標達成計画

作成日: 平成 27 年 4 月 22 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	33	・当施設はH26年度から「看取り介護」に取り組んでいる。その時点で本人や家族に「施設の具体的な方向性」を十分に説明すべきところ、入居者の体調変化時に「施設での看取りの選択もある」という説明になっている。	・入居者本人や家族に「施設での看取り介護」の十分な説明をすると共に意向確認をする。 ・事例を参考に納得のいく終末期になる様にチーム(協力医・施設職員・本人・家族)で話し合いを重ねる。	1、「当施設での看取り」についての家族アンケートを配り、意見を伺う。 2、「看取りの指針」「マニュアル」の改訂に伴う話し合い。 3、職員の技術的・心理的研修への参加	6ヶ月
2	35	・ライフラインリスト未整備。(H24年度の目標達成計画となっていたが、未完成になっている) ・食糧の備蓄がない。	・ライフラインや食糧備蓄の整備 ・避難訓練時、近隣住民との協力体制を確認し合う。	1、これについては達成済み。ライフライン・非常時の備蓄の場所や数も職員事務室に大きく掲示している。 2、春・秋の避難訓練時に災害時の協力体制について確認や再依頼をする。	3～6ヶ月
3	49	・H26年度は入居者の思いを全体的な行事として企画、実現していたが、1:1の個別外出の機会が少なかった。	・当施設の今年度運営方針を「9人9色 さっ! あいぼ あいぼ(新川地区方言で歩もう 歩もう)」とし、9人それぞれの思いを受け止め、実現できる施設でいる。	・入居者との普段の会話から思いを抽出し、その日に実現できるのなら行く。また、日を改めて個別に出掛ける。 ・本人の思いがあり、ご家族の了解が得られれば、入居者のご自宅付近を散策する。	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。