

(別紙4) 平成 23 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	3190200075		
法人名	社会福祉法人真誠会		
事業所名	小規模多機能センター真誠会ふる里		
所在地	米子市和田町1722番地		
自己評価作成日	平成23年9月24日	評価結果市町村受理日	平成24年1月23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	鳥取市伏野1729-5		
訪問調査日	平成23年10月26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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・建物は60～70年前の静かで平和な田舎に帰ったような雰囲気です。室内には古い時代の民具や家具を配置し、利用者が懐かしさと家庭的な中で寛げる環境を整え、ふる里を生涯教育の場「尊徳塾」と称し、地域へ医療・福祉面及び文化面での啓蒙の場として取り組んでいます。 ・地域自治会及び地域ボランティアの方と合同でふる里まつりやもちつき大会及び地域交流行事企画を実施して地域と共に歩む取り組みを継続している。 ・地域と合同で綿プロジェクトを結成して2年目。昔盛んであった「伯州綿」づくりを地域と協働で行ない、新たな地域興しとして継続的に取り組んでいます。(保育園園児・小学校児童も参加) ・地域交流スペースとして、昨年秋にオープンして綿づくりの歩みや各地域の方々の作品展示や演奏会の企画

【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)】

<p>自治会活動に積極的に関わり、事業所では多彩な行事が毎日のように行われ、地域交流活動に力を注いでおられます。今年で2年目になりますが、かつて地域経済を支えた綿づくりを復活させたり、ギャラリーを設けて地域の文化、芸術活動の拠点として、地域住民との交流に取り組まれています。特に今年で5回目になる「ふる里祭り」には、地域住民等400人の参加がありました。職員の異動はほとんどなく、利用者との関係性の継続に努められています。</p>

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	朝礼時に「ふる里理念」「地域密着の使命」の唱和を行い、職員間で共通認識している。日々のミーティングでも理念と提供サービスがリンクしているかを確認している。	毎朝礼時に「ふる里理念」の唱和を行い、週3日は、事業所と地域の関係性を重視し作成された「地域密着の使命」の唱和が行われています。ミーティングでも理念が支援活動と繋がっているか確認をされています。	
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	自治会活動及び日常的にも活発な交流を継続している。公民館活動やいきいきサロン等と相互に活動参加して利用者と地域のつながりを強くする機会を活用している。	自治会活動に積極的にに関わり、また、事業所では多彩な行事が多く行われ、地域住民との交流が盛んに行われています。昨年10月には、敷地内の倉庫を「ふる里ギャラリー」に改修し、「かすり展」、「木彫り展」、「書道展」、「民話を聞く会」、「コンサート」等様々な文化・芸術活動が行われています。行事には地域住民も日常的に自由に参加され、事業所が地域交流活動の場となっています。	
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	地域包括支援センターと連携し、地域高齢者を対象とした健康教室を毎週1回開催している。介護予防のための運動の実践や、認知症の理解と予防についても啓発している。認知症110番でも対応している。		
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	偶数月に実施し、利用状況、サービス提供状況及び地域交流の様子をスライド上映により説明報告。地域交流の情報など具体的提言についても活かしている。合同企画行事も実施。	会議は偶数月に開催され、直近の会議の出席者は、利用者、利用者家族、地区社協会長、市担当課職員、民生委員、自治会長、地域住民、地区交通安全協会、地区駐在所、地域包括支援センター、法人本部役員、事業所職員の19名でした。地域の10名の出席者から意見があり、それらの意見をもとにサービスや運営に反映されています。	
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	市町村担当者とは日常的に連絡を密にとり、介護保険関係、サービス提供状況についても相談。また運営推進協議会にも参加し現状についての情報交換をしている。	市町村担当者には、日ごろの取り組みを紹介する資料を手渡ししたり、情報を得たりして連携が取れる関係が来ています。また、運営推進会議に市の担当課職員の参加があります。	
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	研修会に参加し、全職員が身体拘束について正しい理解と得た知識をもとにケアに取り組んでいる。朝夕のミーティングにおいて、身体拘束だけでなく言葉の拘束もしていないか振り返り相互に確認し合っている。	法人の人材育成委員会が開催する研修会への参加や、サービス評価委員会の下にある身体拘束廃止取り組み班が実施した「言葉の拘束に関するアンケート」等により職員の共通認識が図られています。	
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	虐待防止について法人内の研修で学び、マニュアルに沿って対応できるように共通認識を図っている。また虐待が自宅で疑われるような場合は、弓浜包括支援センターと連携して対応できるようにしている。		

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	管理者やケアマネは内外の権利擁護や成年後見人制度の研修参加して学び職員に共通認識を図っている。後見人制度利用は地域関係者と連携して話し合い、活用して支援に取り組んでいる。		
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	管理者・ケアマネが訪問して契約の締結、解約及び利用に関する内容・リスク等をパンフレットを活用して説明している。本人・家族等の不安や疑問点を伺い、理解・納得したうえで利用手続きを進めている。		
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	玄関内には意見箱を設置。苦情があった場合はマニュアルに沿って対応・解決し、サービスの質向上の改善につなげている。日常的に送迎時・利用時等にお聞きするように心掛け、連絡ノートも活用している。	サービス評価委員会の下にある満足度調査班が年1回満足度調査を実施し、改善案などが検討されています。日常的には、ふる里連絡ノートを活用し、家族からの要望等への対応がなされています。	
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	日々のミーティングや月例職場会において職員の意見や提案を聞く機会を設け、個別の面談も実施。業務連絡ノートや気づきノートの活用により意見や改善提案などを検討し、運営全体に反映させている。	夏冬年2回の管理者による個別面談や毎月第1月曜日に実施される職場会で職員の意見や提案を聞き、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	全職員がキャリアデザインシート及び個人目標実践シートを活用して、それぞれが向上心を持てる職場環境を整えてその実績や役割を把握し、評価すると同時に達成感を持って働け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	法人全体で年間計画された集合研修と職種別研修に参加している。事業所内でも現場対応に即した分散研修を実施。また外部研修や資格取得研修にも参加し自己研鑽の啓発の意識強化を図っている。		
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	ケアマネ・介護福祉士・認知症ケア専門士の各研修に積極的に参加して専門性の質の向上や交流の機会をもっている。また小規模多機能連絡会の会合及び研修等に参加し、情報交換を行っている。		

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
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	サービスを利用する段階で、本人が困っていることや生活上での不安な事や、要望等を複数回の訪問により伺いながら、支援開始に向けて本人の安心と信頼関係づくりに努めている。		
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	サービスを利用する段階で、家族が困っていることや生活上での不安な事・要望等を複数回の訪問により伺い、支援開始に向けて家族が安心できる関係と紹介を受けた地域住民も交えた関係づくりに努めている。		
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・家族及び紹介を受けた関係者の情報から、当法人の生活支援隊と連携して福祉用具等の利用について検討し、現状に必要なサービスが利用できるように努めている。		
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	利用者を一人の「人」として尊重し、その人らしさや望む暮らしを把握するために、積極的な関わりに努めている。また、共に過ごしながらその人の持っている個性や力を引き出し安心して利用できるように努めている。		
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	利用者や家族の関係性や家族の思いを把握し、情報を共有している。本人と家族の絆が途切れることなく、今後より良い関係になるように、本人を共に支える支援者ある姿勢を常に示しながら関係を築いている。		
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よう、支援に努めている	本人が大切にしてきた近隣住民や馴染みの人や場所などの関係を把握して、その関係が途切れないよう地域交流行事の実施や近隣住民が参加するいきいきサロン等への参加支援に努めている。	本人と地域との今までの関係を把握され、地域の馴染みの理美容院の利用等、馴染みの関係の継続が図られています。	
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	利用者のこれまで築いてきた地域での関係を把握し、より良い関係が継続できるよう居心地のよい環境作りに努めている。また利用者同士が気軽に交流できるような環境や関係作りを支援している。		

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	入院及び施設利用等で利用契約を終了しても、関係を断ち切らないで家族の相談や電話連絡により情報を把握し、本人の状況やケアについての相談支援に努めている。		
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	センター方式等を活用して本人・家族の思いや暮らし方の把握に努めている。毎月のモニタリング時や日々の関わりからも望む暮らしや意向を把握して、本人の視点にたったケアマネジメントに努めている。	「きっかけアセスメントシート」やセンター方式を活用し、生活歴や環境等を把握されています。利用者や家族に関する情報や気づきを職員間で共有し、本人の望む暮らし方の把握に努められています。	
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	「きっかけアセスメントシート」やセンター方式を活用して、生活歴及び環境等を把握し、サービス利用する上で不安がないように、馴染みの関係を築きながら、これまでの日々の暮らし方の把握に取り組んでいる。		
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	生活習慣や暮らし方、心身状態の変化を把握し、一人ひとりのペースに合わせて過ごせるように支援している。利用者の情報について朝夕のミーティングに職員間で共有し現状把握に努めている。		
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	利用者・家族・関係者等で話し合い、介護計画を作成している。日常的に状態の変化や新たなニーズに応じて評価、見直しをして、本人の状況や意向に沿ったケアの実践に取り組んでいる。	介護計画は、利用者・家族・関係者等で話し合い作成されています。3ヶ月に1回評価、見直しをされています。利用者・家族の要望や必要に応じてモニタリング、カンファレンスが行われています。	
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	日々の生活の様子やケアの実践に向けてその結果を評価し、職員個々での気づきやケアの工夫等それぞれの情報を共有し、介護計画の見直しにも活かしている。		
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	利用者や家族の状況により通所、宿泊及び訪問に対して、急な宿泊や早朝利用及び時間延長に伴う食事や安否確認のための訪問依頼等に柔軟に対応している。		

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
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	利用者の暮らしを支えてきた近隣の生活圏の情報を把握し、地域サロン・公民館及び近隣住民等の交流に参加できるように取り組み、その交流を通して日々の暮らしを楽しむことができ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、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	受診は、利用者及び家族の希望により調整。職員同行を必要とする利用者には、必ず同行し日常生活の様子を説明して主治医との連携を図っている。	基本的には、家族の同行で、かかりつけ医を利用されています。受診時には、利用者の状況が記録されている「連絡ノート」が活用されています。また、法人の6事業所を循環バスで結び、途中20カ所の停留所では、利用者、家族は無料で乗車できます。医療機関の利用には、それらも活用されています。	
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	介護職は、日常の関わりの中で把握した情報や気づきを看護師に報告相談し、状態に即した早期受診、看護が受けられるよう、看護師と連携して支援している。		
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、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。	利用者が入院した際には、本人・家族に面会訪問し、病院関係者との情報交換や相談を行い、安心して治療が出来るように努め、退院時には情報提供表を基にカンファレンスを実施してプラン変更等を本人・家族及び主治医へ報告している。		
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	事業所の対応について現状を把握し、職員全体で支援について話し合い、共有を図っている。重度化した場合や終末期対応が考えられる場合、本人の意思を尊重した支援に努め、家族及び主治医とも連携して実施できることを説明している。	利用開始時や必要に応じて家族からの相談に対応されています。過去に1度看取りをしたことはありますが、重度化した場合は、関係者間で支援の仕方について対応方針を検討する仕組みがあります。	
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	利用者の身体状態や急変及び事故発生時に、迅速適切に対応できるように、毎月1回の救急蘇生及びAED取扱訓練を実施。送迎車両にもアンビュー及び血圧計を常備。		
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	災害時での対応を、年3回の防災訓練実施を通して確実に避難誘導や近隣自治会等への非常連絡等の対応を出来るように取り組んでいる。訓練には、近隣自治会及び住民参加で合同実施している。	地域との防災協定が結ばれており、年3回の防災訓練が近隣自治会、住民参加で実施されています。現在は、火災時に赤色灯とサイレンを鳴らすシステムを検討されています。	宿泊者がいる場合を想定した安全対策を検討し、夜間を想定した避難訓練などの取り組みを期待します。

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	一人ひとりの人格を尊重し、常に目線・視線を意識した声かけで対応。名前もフルネームで呼ぶように意識して対応している。排泄や入浴の声かけ、ケアに対してプライバシーに十分配慮して対応している。	法人理念が職員一人ひとりに浸透しており、利用者の権利の尊重と尊厳を損ねないような言葉かけや対応がなされています。同姓の利用者が多いので、そばに寄り添ってフルネームで呼ばれています。	
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	利用者が思いや希望を表すことができるよう、答えを焦らすことなく、ゆったりとした対応に努めている。意思表示が出来ない場合でも表情やしぐさをキャッチしてその思いを把握するよう努めている。		
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	全体としての流れはあるが、職員の都合を優先するのではなく、一人ひとりの体調やペースに合わせて過ごしていただいている。その日、その場面での希望を伺い、個々に合わせた過ごし方が出来るよう支援している。		
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	その人らしい髪型や服装等の身だしなみやおしゃれについて本人の好みや意向を伺い、家族と共に支援している。入浴後にはヘアセットをしてお化粧の支援をしている。馴染みの理美容院利用の支援。		
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	利用者と職員が同じテーブルで行い、楽しいひとときとなるように支援している。食事準備(テーブル拭き・おしぼり・お茶出し等)と片付けは利用者の持っている力に合わせて出来るように支援している。	月に2回ずつ食事レクとおやつレクが催され、その時には利用者と職員が役割分担して調理し、利用者と職員と一緒に食卓を囲み、楽しく食事できる雰囲気にならなっています。	
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	管理栄養士の献立により食事を提供している。当日の体調から食事形態や量の検討をするとともに、定期的に栄養評価を実施し、低栄養予防のため管理栄養士と連携して栄養、水分の確保に努めている。		
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	口腔ケアは食事後に実施し、自身で出来ない方には介助し、オーラル体操を実践して口腔内外の筋力強化に努め、舌苔など専門的な指導が必要な場合はSTと協働して、適切なケアを実施するよう努めている。		

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
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	個々それぞれの排泄パターンを把握し、自宅での排泄動作と合わせた介助を行い、支援している。意思表示の困難な方には、排泄パターンに合わせた声かけをしてトイレにお誘いしている。	意思表示の困難な方には、排出チェック表で排泄パターンの把握をし、排泄パターンに合わせた声かけをし、トイレ誘導がなされています。誘導の際には、さりげなくそっとした支援がなされています。	
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	排泄習慣を把握するため、送迎時に排泄状況を家族及び連絡ノート等で連絡し合い、自然な排便を促すように努めている。また、全身運動や有酸素運動等により適切な水分補給ができるように取り組んでいる。		
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	その日の体調や希望を伺いながら、ゆったりとくつろいで入浴できるように支援している。入浴拒否などの方は無理強いないで、時間帯をずらしたり、着替えのみや清拭などで支援をしている。	一人ひとりの希望や体調に配慮した支援がなされています。泊が複数人あるときには、夜勤職員1人にもう1人加え2人体制にし、夜間入浴に対応されています。	
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	一人ひとりの生活習慣を把握し、本人の希望も伺いながら、ソファや和室で休息したり、利用者同士で横になって気軽に談笑できるように支援している。		
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	利用者の服薬内容を把握し、服薬が困難な方や自己管理できない場合は、利用時及び訪問時に確認支援している。また本人の状態変化や経過等を確認し、主治医に情報提供するように努めている。		
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	きっかけアセスメントシートを活用し一人ひとりの生活歴を把握し、出来る事を引き出しながら手芸・編物・花作り・野菜づくり・綿づくり・縫い物・将棋等をその人に合った過ごし方で支援に努めている。		
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支援している	日常的に天気の良い日は、外出できるように個別や少人数で実施している。庭や綿農園・畑等の散策をして地域の方々との気軽な交流にも取り組んでいる。	近所の馴染みのストアでの買い物、理美容院の利用、畑作業、散歩等、外出支援がされています。時には、回転寿司に利用者、家族と一緒に出かけ、楽しく過ごせるよう支援されています。	

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	毎月、買物の日を設けて、家族の了解のもとで参加できるように支援している。買物の支払いは本人が支払いその様子は写真にして連絡帳に貼り付けて家族に報告。理美容利用にも同様に取組んでいる。		
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	家族や地域隣人・知人及び親類等に電話したい希望がある時には、他利用者と離れた場所及び部屋にて、いつでも電話利用できるように支援している。		
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	共用の空間では、季節に応じた花や自然の木や置物等を活用して飾ると同時に、テーブルや昔の民具などの上にも季節を感じていただけるように工夫している。室内全体は、戸、ブラインド等も活用して、換気や温度及び遮光などの配慮に努めている。	室内のいたるところに季節の花が生けられ、季節感が感じられます。また、空調も程よく管理されています。調度品は、昔を懐かしく感じるものが置かれ、共用空間では60～70年前のレコードを当時の蓄音機で聴けるようにされています。	
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	利用者に合わせたテーブル席の位置を工夫してより良い関係づくりが出来るように努めている。共用の空間内にあるソファや和室及び2階和室等で少人数でも過ごせるように居場所の工夫に取り組んでいる。		
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	泊まりの部屋では、利用者や家族に家庭での様子を伺い、ベッド及び布団利用で対応している。使い慣れた枕や寝間着等を持参して居心地よく安心して利用できるように支援している。	泊利用は、週に1～2回程度あります。利用者は、自宅で使用している枕や寝間着を持参して安心して過ごせるように配慮されています。また、居室に縫いぐるみ等が置かれ、和やかに過ごせるよう工夫されています。	
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	室内はバリアフリーにして安全に歩行しやすく、手洗い・トイレ・浴室に介助バーを設置。本人が出来る事を活かすように取組んでいる。トイレの扉表には、使用が一目でわかるように手作り表示を作成して活用。		

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価およ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合います。目標が一つもなかったり、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	達成に向けた具体的な取り組みの内容	目標達成に要する期間
1	35	東北大震災以降、福祉施設においても災害に対する対策が見直しの時期となっている。 特に宿泊時について、利用者、職員双方が安心して宿泊でき、万が一発生した災害に対して安全に避難できるよう、具体的なシステム作りと、その内容を職員、地域住民が周知し行動することが必要。	職員、地域住民が、ふる里災害マニュアルに沿って統一した行動ができる。	①1月職員会で、災害時での対応(宿泊時の安全対策、台風・地震、雪害)について、現状の問題点と具体的な対策(案)を検討し、事業所内の意見をまとめる。 ②職場会で検討した内容をもとに、本部と災害システムについて協議し、ふる里災害マニュアル(案)を作成する。 ③2月地域運営推進会議において、ふる里災害マニュアルを協議する。 ④承認された、ふる里災害マニュアルに沿った行動ができるよう、年3回災害訓練(火災・地震・水害)を実施する。 ⑤訓練実施後の評価を行い、課題点から次の訓練に活かす。必要に応じて、マニュアルの追加、修正を行う。	①1ヶ月 ②1ヶ月 ③2ヶ月 ④7月11月 3月の年3回 ⑤9ヶ月
2					
3					
4					

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入してください。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。